

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Nuevos códigos CIE-10-ES 2020
Diagnósticos y Procedimientos

NÚMERO 7. 1^{er} SEMESTRE 2019

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES

MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Nuevos códigos CIE-10-ES 2020
Diagnósticos y Procedimientos

NÚMERO 7. 1^{er} SEMESTRE 2019

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES

MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

EQUIPO EDITORIAL

COORDINACIÓN EDITORIAL

Dolores PASTOR SANMILLÁN
Subdirección General de Información Sanitaria.
MSCBS

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

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

AUTORES

NUEVOS CÓDIGOS DIAGNÓSTICOS:
Juan José PIRLA CARVAJAL. Colaborador MSCBS

NUEVOS CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTOS:

Susana PATO ALONSO
Dolores PASTOR SANMILLÁN
Antonio RUIZ POLONIO

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

Fernando María VARELA NOREÑA
Representante de la Comunidad Autónoma de
Balears en la UT-CIE-10-ES

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

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

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

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

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

Belén BENEÍTEZ 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

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

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

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

Pilar PALAU MUÑOZ
Representante de la Comunidad Autónoma de
Valencia en la UT-CIE-10-ES

Carolina CONEJO GÓMEZ
Representante de la SEDOM en la UT-CIE-10-ES

Mª Carmen SALIDO CAMPOS.
Colaborador MSCBS. UT-CIE-10-ES

Susana PATO ALONSO
Colaborador MSCBS. UT-CIE-10-ES

Antonio RUIZ POLONIO
Colaborador MSCBS. UT-CIE-10-ES

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

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL
CENTRO DE PUBLICACIONES
Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO en línea: 731-19-008-4

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

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 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

Nuevos códigos CIE-10-ES 2020
Diagnósticos y Procedimientos



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

Las actualizaciones normativas contenidas en este cuaderno tienen vigencia para la codificación de altas con fecha a partir del 01-01-2020

Índice

Presentación	11
Introducción	13
CIE-10-ES 2020 Nuevos Códigos Diagnósticos	15
Capítulo 1. Ciertas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias (A00-B99)	15
Capítulo 2. Neoplasias (C00-D49)	17
Capítulo 4. Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas (E00-E89)	21
Capítulo 5. Trastornos Mentales y de Comportamiento (F01-F99)	29
Capítulo 6. Enfermedades del Sistema Nervioso (G00-G99)	35
Capítulo 7. Enfermedades del Ojo y sus Anexos (H00-H59)	39
Capítulo 9. Enfermedades del Aparato Circulatorio (I00-I99)	47
Capítulo 11. Enfermedades del Aparato Digestivo (K00-K95)	53
Capítulo 12. Enfermedades de la Piel y del Tejido Subcutáneo (L00-L99)	59
Capítulo 13. Enfermedades del Aparato Musculoesquelético y del Tejido Conectivo (M00-M99)	61
Capítulo 14. Enfermedades del Aparato Genitourinario (N00-N99)	65
Capítulo 15. Embarazo, Parto y Puerperio (O00-O9a)	63
Capítulo 16. Ciertas Afecciones Originadas en el Período Perinatal (P00-P96)	73
Capítulo 17. Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas (Q00-Q99)	81
Capítulo 18. Síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto (R00-R99)	85
Capítulo 19. Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (S00-T88)	89
Capítulo 20. Causas Externas de Morbilidad (V00-Y99)	93

Capítulo 21. Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (Z00-Z99)	95
Nuevos Códigos de Procedimientos CIE-10-ES Edición 2020	99
Sección 0 Médico-Quirúrgica	103
Sistema Orgánico 0 Sistema Nervioso Central y Nervios Craneales	103
Sistema Orgánico 1 Sistema Nervioso Periférico	108
Sistema Orgánico 2 Corazón y Grandes Vasos	108
Sistema Orgánico 3 Arterias Superiores	115
Sistema Orgánico 4 Arterias Inferiores	117
Sistema Orgánico 5 Venas Superiores	119
Sistema Orgánico 6 Venas Inferiores	119
Sistema Orgánico 7 Sistemas Linfático y Hemático	123
Sistema Orgánico 8 Ojo	124
Sistema Orgánico 9 Oído, Nariz, Senos Paranasales	124
Sistema Orgánico B Sistema Respiratorio	125
Sistema Orgánico C Boca y Garganta	128
Sistema Orgánico D Sistema Gastrointestinal	129
Sistema Orgánico F Hepatobiliar y Páncreas	131
Sistema Orgánico G Endocrino	133
Sistema Orgánico H Piel y Mama	133
Sistema Orgánico J Tejido Subcutáneo y Fascia	133
Sistema Orgánico K Músculos	136
Sistema Orgánico L Tendones	137
Sistema Orgánico M Bursas y Ligamentos	137
Sistema Orgánico N Huesos Cráneo y Cara	138
Sistema Orgánico P Huesos Superiores	139
Sistema Orgánico Q Huesos Inferiores	140
Sistema Orgánico R Articulaciones Superiores	140
Sistema Orgánico S Articulaciones Inferiores	141
Sistema Orgánico T Sistema Urinario	145

Sistema Orgánico U Sistema Reproductor Femenino	145
Sistema Orgánico V Sistema Reproductor Masculino	147
Sistema Orgánico W Regiones Anatómicas Generales	148
Sección 1 Obstetricia	151
Sección 3 Administración	153
Sección 4 Medición y Monitorización	155
Sección 5 Asistencia y Soporte Extracorpóreos o Sistémicos	157
Sección 6 Terapias Extracorpóreas o Sistémicas	161
Sección B Imagen	163
Sección X Nueva Tecnología	165
Bibliografía	171

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 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 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 Latorre
Subdirectora General
de Información Sanitaria

CIE-10-ES 2020

Nuevos Códigos Diagnósticos

Juan José Pirla Carvajal
Colaborador MSCBS

En esta tercera edición de la CIE-10-ES se han incluido todas aquellas modificaciones que han sido implementadas por el Centro Nacional para Estadísticas de Salud del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos para los años fiscales 2018 y 2019.

El propósito de todas estas incorporaciones y revisiones es dotar a la clasificación de una mayor especificidad que permita una mejor codificación de las enfermedades y problemas de salud.

Hay un total de 639 códigos nuevos finales en la 3ª edición de la CIE-10-ES y han sido borrados 192 códigos de la edición anterior.

La distribución por capítulos de estas modificaciones es la siguiente:

Capítulo 1. Ciertas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias (A00-B99)

Enterocolitis por *Clostridium Difficile*

El *Clostridium difficile* (*C. difficile*) es una bacteria que causa enterocolitis asociada al uso de antibióticos debido a la alteración de la flora intestinal normal causada por dichos medicamentos.

Hay que sospechar una colitis por *Clostridium difficile* en cualquier persona que presenta diarrea dentro de los 2 meses siguientes al uso de un antibiótico o en las 72 horas siguientes a una hospitalización. El diagnóstico se confirma cuando se identifica una de las toxinas producidas por *Clostridium difficile* en una muestra de heces. La toxina se detecta en alrededor del 20% de las personas con colitis leve asociada a antibióticos y en más del 90% de las afectadas por colitis grave asociada a antibióticos.

Un problema importante de esta infección es la recurrencia de la misma. Suele manifestarse entre 2 y 3 semanas después del primer episodio, y es más frecuente en personas mayores de 65 años o con enfermedades de base graves. Está asociada con mayor morbilidad y el tratamiento es diferente del episodio de inicio. Las recurrencias aparecen en el 15-35% de los casos y tras la primera, las posibilidades de nuevas recurrencias aumentan a un 45-65%. Entre los posibles factores causales implicados están una inadecuada respuesta humoral, disrupción persistente de la flora colónica, edad avanzada, uso de antibióticos después del primer episodio, estancias hospitalarias prolongadas y uso concomitante de antiácidos.

La **Enterocolitis debida a *Clostridium difficile* (A04.7)** se ha ampliado para diferenciar la enterocolitis recurrente de la no especificada como recurrente.

A04.71 Enterocolitis debida a *Clostridium difficile*, recurrente

A04.72 Enterocolitis debida a *Clostridium difficile*, no especificada como recurrente

Capítulo 2. Neoplasias (C00-D49)

Neoplasias del párpado

Se ha hecho una revisión de los códigos que incluyen las neoplasias del párpado. Hasta ahora se diferenciaba solamente la lateralidad. Con los nuevos códigos se puede especificar además si el párpado es superior o inferior. Las subcategorías que se han expandido son:

- Melanoma maligno de párpado, incluyendo canto (C43.11-C43.12)
- Carcinoma de células de Merkel de párpado, incluyendo canto (C4A.11-C4A.12)
- Neoplasia maligna no especificada de piel de párpado, incluyendo canto (C44.102-C44.109)
- Carcinoma basocelular de piel de párpado, incluyendo canto (C44.112-C44.119)
- Carcinoma de células escamosas de piel de párpado, incluyendo canto (C44.122-C44.129)
- Otra neoplasia maligna especificada de piel de párpado, incluyendo canto (C44.192-C44.199)
- Melanoma in situ de párpado, incluyendo canto (D03.11-D03.12)
- Carcinoma in situ de piel de párpado, incluyendo canto (D04.11-D04.12)
- Nevus melanocítico de párpado, incluyendo canto (D22.11-D22.12)
- Otras neoplasias benignas de piel de párpado, incluyendo canto (D23.11-D23.12)

Además de expandirse las subcategorías anteriormente mencionadas, se ha creado la subcategoría **C44.13 Carcinoma de células sebáceas**

de piel de párpado, incluido canto, que contiene a su vez los distintos códigos para los párpados superior e inferior, derecho e izquierdo.

- C44.131 Carcinoma de células sebáceas de piel de párpado no especificado, incluyendo canto
- C44.132 Carcinoma de células sebáceas de piel de párpado derecho, incluyendo canto
 - C44.1321 Carcinoma de células sebáceas de piel de párpado superior derecho, incluyendo canto
 - C44.1322 Carcinoma de células sebáceas de piel de párpado inferior derecho, incluyendo canto
- C44.139 Carcinoma de células sebáceas de piel de párpado izquierdo, incluyendo canto
 - C44.1391 Carcinoma de células sebáceas de piel de párpado superior izquierdo, incluyendo canto
 - C44.1392 Carcinoma de células sebáceas de piel de párpado inferior izquierdo, incluyendo canto

Mastocitosis y Otros Trastornos de Mastocitos

Para identificar ciertas neoplasias malignas de mastocitos la subcategoría **C96.2 Neoplasia maligna de mastocitos**, se ha expandido con una serie de códigos nuevos:

- C96.20 Neoplasia maligna de mastocitos, no especificada
- C96.21 Mastocitosis sistémica agresiva
- C96.22 Sarcoma de mastocitos
- C96.29 Otra neoplasia maligna de mastocitos

Existen otros tipos de mastocitosis y neoplasias de mastocitos que se clasifican en la CIE-10-ES dentro de las neoplasias de comportamiento incierto. El título de la subcategoría **D47.0** se ha revisado de “Tumores histiocíticos y de mastocitos de comportamiento incierto” a “Neoplasias de mastocitos de comportamiento incierto”, creándose códigos nuevos:

- D47.01 Mastocitosis cutánea
- D47.02 Mastocitosis sistémica
- D47.09 Otras neoplasias de mastocitos de comportamiento incierto

Los mastocitos son células que forman parte del sistema inmunitario y normalmente están presentes en muchos tejidos del cuerpo, especialmente la piel, los pulmones y la mucosa intestinal. Están implicados en diferentes alergias y reacciones de hipersensibilidad. Una vez activados liberan al medio unos gránulos preformados que contienen en su inte-

rior. Dentro de esos gránulos hay mediadores inmunorreactivos como por ejemplo la histamina o la heparina.

La mastocitosis es una afección poco frecuente. Comprende un grupo de trastornos caracterizados por la proliferación de los mastocitos y la infiltración de la piel u otros órganos por los mismos. Algunas personas tienen una mutación genética que da lugar a este trastorno, pero en ocasiones no se conoce la causa.

La mastocitosis afecta sobre todo a la piel (en cuyo caso se denomina mastocitosis cutánea) o a otras partes del cuerpo (mastocitosis sistémica):

Mastocitosis cutánea: Suele aparecer en los niños. Los pacientes consultan por una urticaria pigmentosa (exantema maculopapular de color pardo, de distribución local o difusa causado por múltiples pequeñas agrupaciones de mastocitos). De forma ocasional, los mastocitos se acumulan en una masa única en la piel, lo que se conoce como mastocitoma.

Mastocitosis sistémica: Esta forma de mastocitosis suele presentarse en los adultos. El acúmulo de mastocitos produce lesiones focales en diferentes órganos tales como la piel, estómago, intestino, hígado, bazo, ganglios linfáticos y médula ósea, afectando a su funcionamiento. En concreto el acúmulo de mastocitos en la médula ósea disminuye la producción de células sanguíneas normales y pueden llegar a aparecer trastornos hemáticos graves como la leucemia.

La leucemia de mastocitos se clasifica en la subcategoría **C94.3 Leucemia de mastocitos**.

Las mastocitosis con inicio en recién nacidos o el período neonatal se clasifican en el **Q82.2**. Este código se ha redefinido para indicar “Mastocitosis cutánea congénita”.¹

Capítulo 4. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E89)

Cetoacidosis Diabética

La cetoacidosis diabética (CAD) es una complicación aguda asociada generalmente a los pacientes con diabetes mellitus (DM) tipo 1, bien como forma de debut de la enfermedad o en diabéticos ya diagnosticados. Aparece cuando las concentraciones de insulina no son suficientes para cubrir las necesidades metabólicas básicas del organismo. La insulina desempeña una función crucial en el paso de la glucosa a las células. Sin suficiente insulina, el organismo comienza a descomponer las grasas para obtener energía. Este proceso produce una acumulación en el torrente sanguíneo de ácidos denominados «cuerpos cetónicos» que, con el tiempo, provocan cetoacidosis diabética si no se administra el tratamiento correspondiente.

Aunque es más frecuente en pacientes con diabetes tipo 1, también puede aparecer en pacientes diabéticos tipo 2, aunque es menos habitual y menos agresiva. Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 propensos a desarrollar una CAD generalmente son personas de mediana edad, obesos, con diagnóstico reciente de DM, expuestos a situaciones de estrés tales como infecciones severas y enfermedades cardiovasculares.

La cetoacidosis diabética cursa con hiperglucemia, hipercetonemia, acidosis metabólica, náuseas, vómitos y dolor abdominal. El letargo y la somnolencia son síntomas de descompensación más grave. Los pacientes pueden presentar respiraciones rápidas y profundas para compensar la acidemia (respiración de Kussmaul) y tener un aliento frutal generado por la acetona espirada. La fiebre no es un signo de la cetoacidosis diabética propiamente dicha pero, si se detecta, indica una infección subyacente. Si no se trata rápidamente, la CAD progresa al coma y lleva a la muerte.²

Con el fin de identificar la cetoacidosis diabética que aparece en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 se ha creado la subcategoría **E11.1 Diabetes mellitus tipo 2 con cetoacidosis**, que incluye dos códigos:

E11.10 Diabetes mellitus tipo 2 con cetoacidosis sin coma

E11.11 Diabetes mellitus tipo 2 con cetoacidosis con coma

Trastornos del metabolismo del ácido gamma aminobutírico (GABA)

El GABA es un aminoácido que se sintetiza a partir de otro, el ácido glutámico. Se transporta al espacio sináptico en donde actúa como neurotransmisor. Se degrada transformándose en succínico semialdehído (SSA), que se oxida mediante la succínico semialdehído deshidrogenasa (SSAD) formando ácido succínico que entra en el ciclo de Krebs.

El GABA es el principal neurotransmisor inhibitor en el sistema nervioso central. Desempeña un papel primordial en la reducción de la excitabilidad neuronal a lo largo del sistema nervioso. Esta sustancia es esencial en el plano sensitivo, cognitivo y motor. Asimismo, juega un papel importante en la respuesta de estrés.

Se ha creado un nuevo código **E72.81 Trastornos del metabolismo del ácido gamma aminobutírico**, donde se incluyen, entre otros, la deficiencia de succínico semialdehído-deshidrogenasa (SSAD) y el déficit de la transaminasa del ácido gamma aminobutírico (GT).

La deficiencia de succínico semialdehído-deshidrogenasa (SSAD) es una enfermedad de herencia autosómica recesiva, también conocida como aciduria gamma hidroxibutírica.

Cursa con retraso en el desarrollo, hipotonía, hiporreflexia, retraso en el lenguaje expresivo, retraso mental, ataxia no progresiva, trastornos de conducta (hiperactividad, ansiedad, déficit atencional, agresividad...), trastornos del sueño y convulsiones. La resonancia magnética puede mostrar aumento de señal en núcleos pálidos, atrofia de cerebelo y anomalías de la mielinización. Se diagnostica por la elevada concentración de gamma hidroxibutírico en LCR y orina. La demostración del defecto de actividad enzimática y el estudio genético confirman la enfermedad y permiten el consejo genético y el diagnóstico prenatal.

El déficit de la transaminasa del ácido γ -aminobutírico (GT) es una enfermedad de presentación rara y herencia autosómica recesiva caracterizada por encefalopatía epiléptica progresiva, retraso en el desarrollo, hipotonía y macrosomía. El diagnóstico se basa en trastornos de la migración neuronal, agenesia de cuerpo calloso o hipoplasia cerebelosa y elevación de GABA cerebral.

Se ha creado también el código **E72.89 Otros trastornos especificados del metabolismo de aminoácidos**, para indicar otros trastornos específicos del metabolismo de los aminoácidos y completar la subcategoría.

Deficiencia múltiple de sulfatasa

Dentro de la subcategoría **E75.2 Otras esfingolipidosis** se ha creado un nuevo código para diferenciar la deficiencia de sulfatasa de otras esfingolipidosis. El código **E75.26 Deficiencia de sulfatasa**, identifica dicha deficiencia, una enfermedad metabólica hereditaria muy rara del grupo de las lipidosis debida al **déficit de las enzimas** llamadas **arilsulfatasas A, B y C**. En esta entidad se acumulan sulfatos, mucopolisacáridos, sulfatos esteroideos y gangliósidos en la corteza cerebral y los tejidos viscerales.

El cuadro neurológico es similar al de la leucodistrofia metacromática infantil tardía con irritabilidad, incapacidad para andar, hiperextensión de las rodillas, abolición de los reflejos, emaciación, debilidad generalizada, hipotonía, convulsiones, atrofia óptica y tetraparesia al final de la enfermedad, pero asocia también una afectación ósea que puede sugerir una mucopolisacaridosis existiendo hepatoesplenomegalia, rasgos faciales toscos, sordera, cifoescoliosis y anomalías en el esternón y las costillas. Se produce una ictiosis (piel seca y escamosa) grave y existe una intensa anomalía de la granulación en los leucocitos o glóbulos blancos. Los niños tienen un cierto retraso del desarrollo y tardan más en aprender a hablar o caminar. El examen de la orina muestra aumento de polisacáridos y de sulfatos.³

Lipoproteína a elevada

Las lipoproteínas son moléculas hechas de proteínas y grasa que transportan el colesterol y sustancias similares a través de la sangre. La presencia de lipoproteína(a) o Lp(a) elevada, al igual que el colesterol LDL, constituye un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular. La cantidad de Lp(a) en sangre viene determinada genéticamente y se mantiene relativamente constante durante toda la vida del individuo. Se cree que un nivel elevado de Lp(a) contribuye al riesgo cardiovascular global, por lo que se la considera un buen marcador del mismo.

Se ha expandido la subcategoría **E78.4 Otros tipos de hiperlipidemia**, y se han creado dos códigos: **E78.41 Elevación de lipoproteína(a)**, que permite ahora clasificar con mayor especificidad este trastorno; y el código **E78.49 Otros tipos de hiperlipidemia**, para identificar otros trastornos especificados por altos niveles de lípidos, tales como la hiperlipidemia familiar combinada.

En el capítulo de códigos Z, en la subcategoría **Z83.4 Historia familiar de otras enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas**, se han añadido dos códigos nuevos. El **Z83.430 Historia familiar de elevación de lipoproteína(a)**, permite identificar los antecedentes familiares de Lp(a) elevada. El código **Z83.438, Historia familiar de otros trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias**, se ha creado para identificar la historia familiar de otros trastornos del metabolismo de los lípidos.

Amiloidosis

La amiloidosis es una enfermedad crónica caracterizada por la acumulación extracelular de un material proteico fibrilar (amiloides) que muestra una birrefringencia a la luz polarizada con la tinción del rojo Congo. Se debe a un trastorno del metabolismo de las proteínas y el acúmulo de amiloides ocasiona de forma progresiva el fracaso lento y gradual del órgano afecto.

Se han propuesto múltiples clasificaciones de la amiloidosis en función de la presencia o no de patología subyacente, de la localización histoló-

gica del depósito de amiloide, del patrón de distribución por órganos y del tipo de proteína depositada: AL en las amiloidosis primarias y AA en las amiloidosis secundarias.⁴

Para poder identificar mejor las amiloidosis y adecuarse a la terminología actual se han creado tres códigos en la subcategoría **E85.8 Otras amiloidosis**

- E85.81 Amiloidosis de cadena ligera (AL)**
- E85.82 Amiloidosis no hereditaria (tipo natural) por transtiretina (ATTR)**
- E85.89 Otra amiloidosis**

Amiloidosis AL (amiloidosis de cadena ligera) (E85.81): en la amiloidosis AL (antes conocida como “amiloidosis primaria”) existe una población clonal de células plasmáticas que produce una cadena ligera monoclonal de tipo kappa o, con mayor frecuencia, lambda (3:1). La porción variable de esta cadena ligera de las inmunoglobulinas constituye la proteína precursora de las fibrillas amiloides. Dichas fibrillas pueden depositarse en cualquier órgano o tejido del organismo excepto el sistema nervioso central, dando lugar a las manifestaciones clínicas propias de la enfermedad (causadas por la disfunción de los órganos afectados) y, en último término, a la muerte del paciente. Sin tratamiento, la supervivencia mediana de los pacientes con AL es de 12 meses. Los órganos afectados con mayor frecuencia son riñón, corazón e hígado. También pueden verse afectados el sistema nervioso autónomo (produciendo hipotensión ortostática y otras manifestaciones), sistema nervioso periférico, tracto gastrointestinal, etc.

Amiloidosis por transtiretina (ATTR) (E85.82): la TTR es una proteína plasmática que se encarga de transportar tiroxina y la proteína ligada al retinol. Se sintetiza principalmente en el hígado. La TTR tiene predisposición a disgregarse en dímeros y monómeros, capaces de ensamblarse en fibras y depositarse en distintos órganos. Las mutaciones puntuales o el efecto de la edad pueden incrementar esta predisposición dando lugar a las dos formas clínicas de la ATTR: la forma hereditaria (ATTRm) y la forma natural (ATTRwt)

- ATTRm: la mutación más frecuente es la Val30Met que da lugar a una afectación predominantemente neurológica con una polineuropatía simétrica, sensitivo motora, ascendente y de inicio en miembros inferiores. Hasta un 43% de los portadores presentan también una afección cardíaca que es causa frecuente de mortalidad.

- ATTRwt: anteriormente denominada amiloidosis senil. Su prevalencia no se conoce con exactitud. Es una enfermedad esporádica con inicio típico a partir de los 70 años. Es más frecuente en varones. El depósito de TTR se produce en distintos órganos aunque la afectación cardíaca es la manifestación clínica principal.⁵

Déficit de plasminógeno

El déficit de plasminógeno es un trastorno genético raro causado por la mutación del gen *PLG*, que puede presentarse de dos formas:

- Hipoplasminogenemia (HPG) grave o déficit de plasminógeno (plg) tipo I
- Displasminogenemia (DPG), déficit de plg tipo II

La hipoplasminogenemia (HPG) grave o déficit de plasminógeno (PLG) tipo 1 es una enfermedad sistémica caracterizada por una alteración notable de la fibrinólisis extracelular, que conduce a la formación de pseudomembranas duras (ricas en fibrina) en las mucosas o durante la cicatrización de heridas. La prevalencia de la HPG grave está en el rango de 1,6/1.000.000. El inicio de las manifestaciones clínicas se produce, por lo general, en la primera infancia, pero puede ocurrir a cualquier edad. La manifestación clínica más común de la HPG es la inflamación de la conjuntiva en forma de conjuntivitis línea o leñosa. Otros lugares afectados son el tracto gastrointestinal (periodontitis leñosa o úlcera duodenal), el árbol respiratorio (laringitis pseudomembranosa, bronquitis y neumonía) y el aparato genital femenino (vaginitis, cervicitis, afección de las trompas de Falopio, ovarios y endometrio). También pueden estar afectados el sistema nervioso central y la piel.

El diagnóstico de la HPG grave se basa en el reconocimiento de las manifestaciones clínicas y en los resultados de las pruebas de laboratorio de los niveles de plasminógeno activo e inmunorreactivo. El diagnóstico puede ser confirmado con el análisis del gen *PLG*. El diagnóstico prenatal es posible en familias en las que se ha identificado la mutación en el gen *PLG*. El tratamiento depende de los lugares

afectados y el pronóstico en los casos graves con afectación multiorgánica es muy malo.⁶

En la **displasminogenemia (DPG), déficit de plg tipo II**, los niveles de plasminógeno son normales o están reducidos ligeramente, pero la actividad específica funcional está notablemente reducida. Los individuos con DPG aislada son asintomáticos.

Bajo la subcategoría **E88.0 Otros trastornos metabólicos y los no especificados**, se ha creado el código **E88.02 Carencia de plasminógeno**, que permite codificar específicamente la deficiencia de plasminógeno.

Capítulo 5. Trastornos mentales y de comportamiento (F01-F99)

Trastornos relacionados con el consumo de sustancias, en remisión

En ediciones anteriores, solo se asociaba el concepto de remisión a la dependencia de sustancias. En esta nueva edición de 2020, se han incluido nuevos códigos que permiten identificar ciertos trastornos asociados con el abuso de sustancias en remisión:

- F10.11** Abuso de alcohol, en remisión
- F11.11** Abuso de opiáceos, en remisión
- F12.11** Abuso de cannabis, en remisión
- F13.11** Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, en remisión
- F14.11** Abuso de cocaína, en remisión
- F15.11** Abuso de otro estimulante, en remisión
- F16.11** Abuso de alucinógenos, en remisión
- F18.11** Abuso de inhalantes, en remisión
- F19.11** Abuso de otra sustancia psicoactiva, en remisión

Los códigos de remisión, ya sea por abuso o por dependencia, incluyen en sus especificaciones, que dicha remisión puede ser “temprana”, es decir que el proceso de remisión se haya iniciado recientemente o “sostenida”, es decir prolongada en el tiempo.

Dependencia de cannabis y Uso de cannabis con abstinencia

Se han añadido dos nuevos códigos para diferenciar el síndrome de abstinencia por consumo de cannabis, en personas que consumen esta sustancia pero no son considerados dependientes o se desconoce el patrón de

consumo: **F12.93 Consumo de cannabis, no especificado con abstinencia** y por dependencia: **F12.23 Dependencia de cannabis con abstinencia**.

El término abstinencia, de manera general, es usado para referirse al conjunto de signos y síntomas producido por la reducción o interrupción de la administración de un psicotrópico después de un tiempo de uso prolongado, o en casos menos frecuentes, por el consumo de dosis altas.

Según la OMS el diagnóstico de la abstinencia debe reunir las siguientes condiciones:

A. Debe cumplir criterios de abstinencia:

1. Evidencia de reciente suspensión o disminución del consumo de una sustancia capaz de producir dependencia, después de un consumo repetido y habitualmente prolongado, o a altas dosis.
2. Síntomas y signos compatibles con el conocido cuadro clínico de un síndrome de abstinencia a una sustancia, según sea ésta.
3. Los síntomas y signos no se justifican por ningún otro trastorno mental o del comportamiento.

B. Presentar un número mínimo de signos físicos y psicológicos, por lo general de dos a tres, propios de la sustancia consumida, según sea ésta.

Aún no existen criterios diagnósticos definidos para el síndrome de supresión a la marihuana. Algunos de los síntomas, que con alguna frecuencia se presentan al discontinuar o disminuir el consumo cannábico son: ansiedad, de leve a moderada; irritabilidad, inquietud, insomnio, temblor, sudoración y dolores musculares. Estos episodios pueden durar varias horas, e incluso, persistir durante 7 días.⁷

Trastorno de Ingesta por Evitación/Restricción de Comida

Según DSM5 este trastorno tiene como principal característica la evitación o restricción de alimentos (p.ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas

ticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:

1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños)
2. Deficiencia nutritiva significativa
3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral
4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial

A diferencia de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa estos pacientes no manifiestan síntomas como la distorsión de la imagen corporal o el temor al aumento de peso. Se trata, en general, de niños prepuberales (con afectación similar por género) que han tenido problemas con la alimentación de siempre (frecuentemente asociado a problemas gastrointestinales) con una variedad alimentaria muy reducida.^{8,9}

El código **F50.82 Trastorno de evitación/restricción de la ingestión**, se ha creado para poder clasificar específicamente este trastorno.

Depresión postparto y Psicosis puerperal

Durante el embarazo y el puerperio se producen en la mujer cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que hacen a la mujer más vulnerable a la aparición de trastornos psíquicos.

La depresión posparto (**F53.0 Depresión posparto**) es definida como un trastorno/episodio depresivo de inicio en el posparto. No tiene una sola causa, sino que es consecuencia de una combinación de factores físicos y emocionales. Las madres que padecen depresión posparto tienen sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificultan realizar las actividades diarias del cuidado de sí mismas y de otras personas. Después de dar a luz, los niveles de hormonas (estrógeno y progesterona) en las mujeres bajan rápidamente. Esto genera alteraciones químicas en el cerebro que pueden provocar cambios en el estado de ánimo. Además, muchas mujeres no pueden descansar tanto como deberían para poder recuperarse totalmente del parto. La falta constan-

te de sueño puede generar malestar físico y agotamiento, factores que pueden contribuir a los síntomas de la depresión posparto.¹⁰

El código **F53.1 Psicosis puerperal**, identifica la forma más grave de enfermedad psiquiátrica posparto. Se define como un episodio afectivo con síntomas psicóticos y se presenta en un 0,1 a un 0,2% de los embarazos. Son factores de riesgo el hecho de ser primípara y la existencia de antecedentes de otros episodios psicóticos, relacionados o no con otro parto.¹¹ Suele ocurrir dentro del primer mes después del parto, siendo lo más común dentro de los primeros días. Sin embargo, algunos casos pueden ocurrir mucho más adelante, incluso hasta un año después del nacimiento.

Sus síntomas ocurren repentinamente, e incluyen: alucinaciones, generalmente auditivas pero a veces visuales, falsas ilusiones o creencias fijas falsas, que pueden ser paranoicas o extrañas, comportamiento desacomodado desinhibido, pensamiento confuso, desasosiego o agitación o comportamiento perturbado y anormal.¹²

Trastorno facticio

La categoría **F68 Otros trastornos de personalidad y comportamiento del adulto**, ha sufrido algunos cambios en los literales de los códigos que clasificaban el trastorno facticio y además incluye ahora nuevos códigos. Estos cambios tienen como fin diferenciar en la clasificación el trastorno facticio aplicado a uno mismo del trastorno facticio aplicado a otro.

Trastorno facticio aplicado a uno mismo

El trastorno facticio es un trastorno mental grave en el cual una persona engaña a los demás haciéndose el enfermo, o lastimándose a sí mismo. Los síntomas de este trastorno pueden variar desde leves (una pequeña exageración de los síntomas) a graves (antes llamado “síndrome de Münchhausen”^{*}). Es posible que la persona invente los síntomas o que

(*) Esta enfermedad epónima toma su nombre no de un investigador que la haya descubierto, sino del excéntrico Karl Friedrich Hieronymus, barón de Münchhausen (1720-1797), quien se hizo famoso por contar historias de aventuras fantásticas que nunca le habían sucedido, como haber bailado en el estómago de una ballena, montarse en una bala de cañón o haber viajado a la luna. Rudolf Erich Raspe, bibliotecario, científico y escritor alemán, creó un personaje literario entre extraordinario y antihéroe, cómico y bufón en algunas ocasiones basado en las historias del barón.

incluso adúltere las pruebas médicas para convencer a otros de que necesita un tratamiento que puede llegar a consistir en una cirugía de alto riesgo. Se trata de un trastorno difícil de identificar y de tratar. Sin embargo, la ayuda médica y psiquiátrica es fundamental para prevenir lesiones graves e incluso la muerte por las lesiones autoinfligidas típicas de este trastorno.

La subcategoría **F68.1 Trastorno facticio aplicado a uno mismo**, se desglosa en los siguientes códigos:

- F68.10** Trastorno facticio aplicado a uno mismo, no especificado
- F68.11** Trastorno facticio aplicado a uno mismo, con predominio de signos y síntomas psicológicos
- F68.12** Trastorno facticio aplicado a uno mismo, con predominio de signos y síntomas físicos
- F68.13** Trastorno facticio aplicado a uno mismo, con signos y síntomas psicológicos y físicos combinados

Trastorno facticio aplicado a otro

El trastorno facticio impuesto a otro o aplicado a otro (antes llamado “síndrome de Munchausen por poderes (MSBP)”) ocurre cuando alguien miente diciendo que otra persona presenta signos y síntomas físicos o psicológicos de enfermedad, o le provoca lesiones o enfermedades con la intención de engañar a los demás.

Las personas que padecen este trastorno presentan a otros individuos (víctimas) frente a los demás como enfermos, incapacitados o lesionados. Por lo general las víctimas suelen ser niños, ancianos o personas con alguna discapacidad que están al cuidado del individuo afecto por el trastorno.

Se ha creado un código nuevo para especificar este trastorno: **F68.A Trastorno facticio aplicado a otro**. Este código se asigna en la historia del perpetrador. Para la víctima de un paciente que sufre de MSBP se asigna un código de las categorías **T74 Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos, confirmados**, o **T76 Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos, sospecha**.

Capítulo 6. Enfermedades del Sistema Nervioso (G00-G99)

Enfermedad de la neurona motora

Las enfermedades de la neurona motora son un grupo heterogéneo de enfermedades, algunas de ellas hereditarias, con afectación exclusiva o predominante de las neuronas motoras de la corteza cerebral y/o de los núcleos motores del troncoencéfalo o tallo cerebral (preservándose habitualmente los núcleos oculomotores) y/o de las astas anteriores de la médula espinal.

Normalmente, los mensajes de las células nerviosas en el cerebro (llamadas *neuronas motoras superiores*) se transmiten a las células nerviosas en el tallo cerebral y la médula espinal (llamadas *neuronas motoras inferiores*) y de allí a los músculos particulares. Las neuronas motoras superiores dirigen a las neuronas motoras inferiores para producir movimientos como caminar y masticar. Las neuronas motoras inferiores controlan el movimiento de los brazos, las piernas, el tórax, la cara, el cuello y la lengua.

El sitio principal de degeneración de la neurona motora clasifica a los trastornos. Las enfermedades de la neurona motora más comunes son la Esclerosis lateral amiotrófica, que afecta tanto a las neuronas motoras superiores como inferiores y la Parálisis bulbar progresiva que afecta a las neuronas motoras inferiores del tallo cerebral, causando habla arras-trada y dificultad para masticar y tragar. Estas dos entidades ya tenían su código específico en la CIE-10-ES. Se han añadido la Esclerosis lateral primaria que es una enfermedad de las neuronas motoras superiores y la Atrofia muscular progresiva que afecta solamente a las neuronas motoras inferiores en la médula espinal.

Por su parte la Enfermedad de la neurona motora familiar es una enfermedad neuromuscular degenerativa debida a una mutación genética hereditaria. Su clínica es semejante a las formas esporádicas de enfermedad de la neurona motora.

En la subcategoría **G12.2 Enfermedad de la neurona motora**, se han incluido tres códigos nuevos:

- G12.23 Esclerosis lateral primaria**
- G12.24 Enfermedad de la neurona motora familiar**
- G12.25 Atrofia muscular espinal progresiva**

Espasmo hemifacial clónico

El espasmo hemifacial se define como la contracción unilateral, involuntaria, intermitente y clónica irregular (pudiendo progresar a contracción tónica) de los músculos inervados por el nervio facial homolateral. Generalmente la contracción se inicia en el músculo orbicular de los párpados, siguiendo posteriormente una progresión hacia el músculo frontal y resto de musculatura inervada por el nervio facial. El origen del trastorno está localizado generalmente en el nervio facial periférico por lo que se considera una mioclonia segmentaria periférica. Su intensidad es variable y puede aumentar con el estrés, la luz intensa o los movimientos masticatorios. Las contracciones pueden oscilar entre mioclonias musculares individuales que pueden progresar en intensidad y duración hasta convertirse en una contracción muscular tónica de minutos de duración.

La causa se ha atribuido generalmente a una compresión del nervio facial por un vaso sanguíneo en su zona de salida. Ocasionalmente la etiología puede ser una compresión del nervio por una neoplasia maligna o una lesión isquémica por lo que se recomienda realización de estudio de neuroimagen en todos los pacientes. La lesión periférica previa del nervio facial (parálisis de Bell) también puede provocar este tipo de espasmo.¹³

Se ha expandido la subcategoría **G51.3 Espasmo hemifacial clónico** con los siguientes códigos para incluir la lateralidad:

- G51.31 Espasmo hemifacial clónico, derecho**
- G51.32 Espasmo hemifacial clónico, izquierdo**
- G51.33 Espasmo hemifacial clónico, bilateral**
- G51.39 Espasmo hemifacial clónico, no especificado**

Distrofia muscular

Las distrofias musculares son un grupo de enfermedades genéticas hereditarias que se caracterizan principalmente por debilitamiento muscular progresivo y pérdida de masa muscular. Estos trastornos varían en la edad de inicio, gravedad, y patrón de los músculos afectados.

La distrofia muscular de Duchenne es la forma infantil más común de distrofia muscular, al igual que la más común de las distrofias musculares en general, responsable de aproximadamente el 50 por ciento de todos los casos. Debido a que la herencia es recesiva ligada al cromosoma X, afecta principalmente a varones. Los síntomas suelen aparecer en la infancia entre los dos y los seis años y progresan rápidamente. Afecta en primer lugar a los músculos de las extremidades y del tronco. Otros síntomas son la pérdida de algunos reflejos, marcha de pato, caídas frecuentes y torpeza (especialmente al correr), dificultad respiratoria y cardiomiopatía. Los niños con la distrofia muscular de Duchenne típicamente están destinados a usar silla de ruedas en la adolescencia y la esperanza de vida se ve muy reducida siendo de 20-30 años.

La Distrofia muscular de Becker es menos grave pero está estrechamente relacionada con la distrofia muscular de Duchenne. Los síntomas suelen ser muy parecidos al Duchenne pero son menos graves, aparecen más tarde, al final de la infancia o incluso en la etapa adulta y progresan más lentamente. La esperanza de vida es mayor. Como en la distrofia muscular de Duchenne, la debilidad muscular típicamente se nota primero en los brazos y hombros, muslos y pelvis.

Ambos tipos de distrofias están causadas por diferentes mutaciones del mismo gen, el gen DMD, responsable de la producción de una proteína llamada distrofina. Esta proteína se une a la membrana del músculo y ayuda a mantener la estructura de las células musculares. Las mutaciones en el gen DMD alteran la estructura o función de la distrofina por lo que las células musculares quedan desprotegidas y resultan dañadas reemplazándose parte de ellas por tejido cicatricial y grasa, dando lugar a los síntomas característicos de estas distrofias. Los afectados por la distrofia muscular de Duchenne prácticamente no tienen distrofina; los afectados por la distrofia muscular de Becker producen una distrofina que no funciona de modo adecuado.

La Distrofia muscular facioescapulohumeral es la distrofia muscular más frecuente de inicio en la juventud/adolescencia. Inicialmente afecta a los músculos de la cara, hombros y brazos con debilidad progresiva. También conocida como enfermedad de Landouzy-Dejerine, es un trastorno autosómico dominante. La expectativa de vida es normal, pero algunos individuos se vuelven gravemente discapacitados. Típicamente la evolución de la enfermedad es muy lenta, con brotes intermitentes de deterioro muscular rápido. Generalmente el inicio se produce en la adolescencia pero puede comenzar más tarde, sobre los 40 años. A menudo los músculos alrededor de los ojos y la boca se afectan primero, seguidos por debilidad alrededor de los hombros y el tórax. Los músculos de las extremidades inferiores también pueden debilitarse.¹⁴

La subcategoría **G71.0 Distrofia muscular**, se ha expandido con los siguientes códigos nuevos:

- G71.00 Distrofia muscular, no especificada**
- G71.01 Distrofia muscular de Duchenne o de Becker**
- G71.02 Distrofia muscular facioescapulohumeral**
- G71.09 Otras distrofias musculares especificadas**

Capítulo 7. Enfermedades del Ojo y sus Anexos (H00-H59)

Blefaritis

La blefaritis es una inflamación del borde del párpado que, en función del área afectada, se divide en dos tipos: anterior (en la zona más externa, donde nacen las pestañas) o posterior (en la parte interior en contacto con el ojo), que pueden coexistir (blefaritis mixta). En los diferentes casos, puede estar asociada a trastornos de piel, como la rosácea, la dermatitis seborreica o la psoriasis, aunque no siempre es posible identificar su causa. La blefaritis anterior está provocada, normalmente, por un exceso de grasa o por la proliferación de bacterias. En algunos casos, es consecuencia de infecciones causadas por un microorganismo denominado *Demodex*.¹⁵

Se han creado códigos nuevos en las subcategorías H01.00 Blefaritis no especificada, H01.01 Blefaritis ulcerativa y H01.02 Blefaritis escamosa, para poder identificar las blefaritis que afectan tanto al párpado superior como al inferior. Los códigos creados son:

- H01.00A Blefaritis no especificada, ojo derecho, párpados superior e inferior**
- H01.00B Blefaritis no especificada, ojo izquierdo, párpados superior e inferior**

- H01.01A Blefaritis ulcerativa, ojo derecho, párpados superior e inferior**
- H01.01B Blefaritis ulcerativa, ojo izquierdo, párpados superior e inferior**

- H01.02A Blefaritis escamosa, ojo derecho, párpados superior e inferior**
- H01.02B Blefaritis escamosa, ojo izquierdo, párpados superior e inferior**

Ectropión paralítico

El ectropión es una de las malposiciones palpebrales más comunes. Se produce cuando el margen o borde del párpado superior o del párpado inferior se evierte y se aleja del globo ocular. Es más frecuente que afecte al párpado inferior. En el ectropión aumenta la exposición al aire

del globo ocular y la conjuntiva produciéndose irritación crónica con enrojecimiento del margen palpebral, dolor y lagrimeo.

Según su etiología se clasifica en:

1. Senil o involutivo: es el más frecuente. Se produce por un aumento de la laxitud horizontal del párpado con la edad.
2. Cicatricial: por traumatismo o enfermedad cutánea cicatricial.
3. Paralítico: por pérdida de soporte del músculo orbicular. Se produce por ejemplo en las parálisis faciales y es importante tener en cuenta que se deben esperar de seis a ocho meses para ver hasta qué punto se produce la recuperación de la movilidad facial y valorar si es necesaria o no una intervención.¹⁶

Se ha creado una nueva subcategoría **H02.15 Ectropión paralítico de párpado** y los siguientes nuevos códigos, siguiendo la misma estructura que para el resto de los tipos de ectropión:

- H02.151 Ectropión paralítico, ojo derecho, párpado superior
- H02.152 Ectropión paralítico, ojo derecho, párpado inferior
- H02.153 Ectropión paralítico, ojo derecho, párpado no especificado
- H02.154 Ectropión paralítico, ojo izquierdo, párpado superior
- H02.155 Ectropión paralítico, ojo izquierdo, párpado inferior
- H02.156 Ectropión paralítico, ojo izquierdo, párpado no especificado
- H02.159 Ectropión paralítico, ojo no especificado, párpado no especificado

Lagoftalmos

Es la imposibilidad de lograr el cierre completo de los párpados. Al quedar un espacio entre el párpado superior e inferior, la superficie ocular está expuesta, lo que puede causar problemas de sequedad que pueden llegar a ser importantes y amenazar la integridad del ojo y la calidad de la visión. El lagoftalmos puede ser paralítico cuando el nervio facial se ve afectado por cualquier causa (parálisis facial, tumores, traumas o enfermedad cerebro-vascular) perdiendo fuerza e impidiendo el cierre total de los párpados. Por su parte el lagoftalmos mecánico ocurre cuando la función nerviosa del músculo es correcta, pero algún factor externo impide el cierre. Tal es el caso de cicatrices en los párpados o la conjuntiva, retracción palpebral, exoftalmos o laxitud palpebral entre otros.¹⁷

Las subcategorías referentes al lagofthalmos H02.20 Lagofthalmos no especificado, H02.21 Lagofthalmos cicatricial, H02.22 Lagofthalmos mecánico y H02.23 Lagofthalmos paralítico se han ampliado para proporcionar códigos independientes que identifiquen la implicación de ambos párpados:

H02.20A	Lagofthalmos no especificado, ojo derecho, párpados superior e inferior
H02.20B	Lagofthalmos no especificado, ojo izquierdo, párpados superior e inferior
H02.20C	Lagofthalmos no especificado, bilateral, párpados superiores e inferiores
H02.21A	Lagofthalmos cicatricial, ojo derecho, párpados superior e inferior
H02.21B	Lagofthalmos cicatricial, ojo izquierdo, párpados superior e inferior
H02.21C	Lagofthalmos cicatricial, bilateral, párpados superiores e inferiores
H02.22A	Lagofthalmos mecánico, ojo derecho, párpados superior e inferior
H02.22B	Lagofthalmos mecánico, ojo izquierdo, párpados superior e inferior
H02.22C	Lagofthalmos mecánico, bilateral, párpados superiores e inferiores
H02.23A	Lagofthalmos paralítico, ojo derecho, párpados superior e inferior
H02.23B	Lagofthalmos paralítico, ojo izquierdo, párpados superior e inferior
H02.23C	Lagofthalmos paralítico, bilateral, párpados superiores e inferiores

Disfunción de las glándulas de Meibomio

Las glándulas de Meibomio son glándulas sebáceas que se encuentran situadas en los párpados (superior e inferior). Producen una secreción grasa (fosfolípidos, triglicéridos y esteroles libres) que ayuda a lubricar la superficie del ojo evitando la evaporación de la lágrima y manteniendo húmeda la córnea. La Disfunción de las glándulas de Meibomio (DGM) es una anomalía crónica y difusa de las glándulas meibomianas, comúnmente caracterizada por la obstrucción del conducto terminal y/o cambios cualitativos/cuantitativos en la secreción glandular. Esto puede tener como resultado una alteración de la película lagrimal, síntomas de irritación ocular, inflamación clínicamente aparente y enfermedades de la superficie ocular.¹⁸

En sus etapas iniciales esta disfunción puede ser asintomática pero a medida que avanza se desarrollan los síntomas y los signos en el borde posterior del párpado, con cambios en la capacidad de exprimir el contenido de las glándulas, así como en la calidad del mismo. El enrojecimiento del borde del párpado se hace más evidente. En ese momento, se dice que existe una blefaritis posterior relacionada con la DGM.

En conjunto, la DGM puede generar alteraciones de la película lagrimal, síntomas de irritación ocular, inflamación y ojo seco.

Los códigos bajo la nueva subcategoría **H02.88 Disfunción de la glándula de Meibomio del párpado** permiten especificar la localización en el párpado superior o inferior y la lateralidad:

H02.881	Disfunción de la glándula de Meibomio, ojo derecho, párpado superior
H02.882	Disfunción de la glándula de Meibomio, ojo derecho, párpado inferior
H02.883	Disfunción de la glándula de Meibomio, ojo derecho, párpado no especificado
H02.884	Disfunción de la glándula de Meibomio, ojo izquierdo, párpado superior
H02.885	Disfunción de la glándula de Meibomio, ojo izquierdo, párpado inferior
H02.886	Disfunción de la glándula de Meibomio, ojo izquierdo, párpado no especificado
H02.889	Disfunción de la glándula de Meibomio, ojo no especificado, párpado no especificado
H02.88A	Disfunción de la glándula de Meibomio, ojo derecho, párpados superior e inferior
H02.88B	Disfunción de la glándula de Meibomio, ojo izquierdo, párpados superior e inferior

Conjuntivitis rosácea

La rosácea es una enfermedad cutánea caracterizada por un eritema facial que se localiza en la nariz, las mejillas, la frente y el mentón, y que, con el tiempo se hace persistente y se acompaña de pápulas y pústulas. La etiología se desconoce pero se han identificado factores que contribuyen a su desarrollo como predisposición genética, parasitación por el ácaro *Demodex folliculorum* y alteraciones digestivas inespecíficas o relacionadas con *Helicobacter pylori*.

Es una enfermedad multidisciplinaria que obliga en muchas ocasiones a la colaboración entre dermatólogos y oftalmólogos.

El término rosácea ocular se utiliza para designar un espectro de hallazgos oculares con telangiectasias en el borde palpebral, con frecuencia sin afectación significativa del resto de la cara. Las manifestaciones oculares de la rosácea incluyen patología palpebral (blefaritis y meibomitis), conjuntivitis y queratitis.¹⁹

Dentro de la subcategoría **H10.8 Otras conjuntivitis**, se ha creado otra nueva **H10.82 Conjuntivitis rosácea** con los siguientes códigos para identificar específicamente esta alteración:

H10.821	Conjuntivitis rosácea, ojo derecho
H10.822	Conjuntivitis rosácea, ojo izquierdo
H10.823	Conjuntivitis rosácea, bilateral
H10.829	Conjuntivitis rosácea, ojo no especificado

Miopía Degenerativa

La miopía degenerativa, también denominada miopía magna, alta miopía o miopía patológica se produce por el alargamiento posterior y excesivo del globo ocular que da lugar a una elongación o estiramiento anómalo de todas las estructuras, incluida la retina, que puede quedar adelgazada. La miopía magna se define por un eje antero-posterior del ojo mayor de lo normal (más de 26 milímetros) o cuando el paciente tienen más de 6 dioptrías.

Se ha realizado una revisión de la subcategoría **H44.2 Miopía degenerativa**. Esta revisión incluye la creación de nuevas subcategorías y códigos que permiten identificar algunas de las complicaciones que se asocian a la miopía degenerativa, tales como la neovascularización coroidea, el agujero macular, el desprendimiento de retina, la foveosquiasis miópica y otras maculopatías.

H44.2A	Miopía degenerativa con neovascularización coroidea
H44.2A1	Miopía degenerativa con neovascularización coroidea, ojo derecho
H44.2A2	Miopía degenerativa con neovascularización coroidea, ojo izquierdo
H44.2A3	Miopía degenerativa con neovascularización coroidea, bilateral
H44.2A9	Miopía degenerativa con neovascularización coroidea, ojo no especificado

La neovascularización coroidea (CNV) ocurre cuando se forman vasos sanguíneos nuevos por debajo de la retina en la parte posterior del ojo. Los pacientes sufren una pérdida severa de la visión central. De no tratarse en una fase temprana los pacientes pueden sufrir la pérdida permanente de la visión. El factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) es el factor clave en la neovascularización por lo que en la estabilización de la CVN se incluye la inyección intravitrea de medicamentos anti-VEGF tales como el bevacizumab y ranibizumab.

H44.2B	Miopía degenerativa con agujero macular
H44.2B1	Miopía degenerativa con agujero macular, ojo derecho
H44.2B2	Miopía degenerativa con agujero macular, ojo izquierdo
H44.2B3	Miopía degenerativa con agujero macular, bilateral
H44.2B9	Miopía degenerativa con agujero macular, ojo no especificado

El agujero macular es la presencia de una apertura en la mácula (zona central de la retina). Se produce a causa de una tracción del vítreo. Este, al contraerse, tira del centro de la retina hacia delante hasta producir un agujero en la zona correspondiente al centro de la visión.²⁰

- H44.2C Miopía degenerativa con desprendimiento de retina**
 - H44.2C1 Miopía degenerativa con desprendimiento de retina, ojo derecho**
 - H44.2C2 Miopía degenerativa con desprendimiento de retina, ojo izquierdo**
 - H44.2C3 Miopía degenerativa con desprendimiento de retina, bilateral**
 - H44.2C9 Miopía degenerativa con desprendimiento de retina, ojo no especificado**

Más del 40% de los desprendimientos de retina ocurren en ojos miopes, siendo mayor el riesgo de desprendimiento de retina cuanto mayor es la miopía. Este hecho ocurre porque la degeneración vítrea y las degeneraciones en la retina periférica son más frecuentes entre los miopes.

- H44.2D Miopía degenerativa con foveosquias**
 - H44.2D1 Miopía degenerativa con foveosquias, ojo derecho**
 - H44.2D2 Miopía degenerativa con foveosquias, ojo izquierdo**
 - H44.2D3 Miopía degenerativa con foveosquias, bilateral**
 - H44.2D9 Miopía degenerativa con foveosquias, ojo no especificado**

La foveosquias miópica (FM) es una condición que se describió en 1999 por Takano y Kishi para describir la separación de las capas internas de la retina en la mácula de pacientes con alta miopía y estafiloma posterior. Los estudios recientes con tomografía de coherencia óptica (OCT), mostraron que es potencialmente una retinosquias con o sin desprendimiento de retina foveal. Su patogénesis es aún controvertida; sin embargo, varios factores parecen contribuir a su aparición, como la adhesión del córtex vítreo, la membrana epirretiniana, la rigidez de la membrana limitante interna y la tracción microvascular retiniana.²¹

- H44.2E Miopía degenerativa con otra maculopatía**
 - H44.2E1 Miopía degenerativa con otra maculopatía, ojo derecho**
 - H44.2E2 Miopía degenerativa con otra maculopatía, ojo izquierdo**
 - H44.2E3 Miopía degenerativa con otra maculopatía, bilateral**
 - H44.2E9 Miopía degenerativa con otra maculopatía, ojo no especificado**

Ceguera y Pérdida de Visión

La ceguera consiste en la pérdida total o parcial del sentido de la vista. Existen varios tipos de ceguera dependiendo del grado y tipo de pérdida de visión. La pérdida de la visión puede ser completa o parcial,

es decir que puede afectar a ambos ojos o solamente a uno respectivamente. La ceguera parcial puede también producirse cuando solo están afectadas partes del campo visual.

Para especificar el tipo de ceguera en el ojo derecho y el izquierdo se han añadido códigos nuevos en las siguientes subcategorías:

- H54.0 Ceguera, ambos ojos**
- H54.11 Ceguera, ojo derecho, baja visión en ojo izquierdo**
- H54.12 Ceguera ojo izquierdo, baja visión en ojo derecho**
- H54.2 Baja visión, ambos ojos**
- H54.41 Ceguera, ojo derecho, visión normal en ojo izquierdo**
- H54.42 Ceguera, ojo izquierdo, visión normal en ojo derecho**
- H54.51 Baja visión, ojo derecho, visión normal en ojo izquierdo**
- H54.52 Baja visión, ojo izquierdo, visión normal ojo derecho**

En ellas el sexto carácter indica la categoría a la que pertenece el grado de discapacidad en el ojo derecho. El séptimo carácter indica la categoría a la que pertenece el grado de discapacidad del ojo izquierdo.

Categoría de discapacidad visual	Agudeza visual		O Campo visual central	Clasificado como
	Máxima menor que	Mínima igual o mejor que		
1	6/12 0,50 20/40	6/18 0,33 20/60		Discapacidad visual leve
2	6/18 0,33 20/60	6/60 0,10 20/200		Discapacidad visual moderada
3	6/60 0,10 20/200	3/60 0,05 20/400	20° o menos pero mayor de 10°	Ceguera
4	3/60 0,05 20/400	1/60 (recuento de dedos a 1 metro) 0,02 5/300 (20/1200)	10° o menos pero mayor de 5°	Ceguera grave
5	1/60 (recuento de dedos a 1 metro) 0,02 5/300	Percepción de la luz	5° o menos	Ceguera muy grave
6	No percepción de luz			Ceguera total
9	No especificado			No especificado

Lalit Dandona, [Rakhi Dandona](#). Revision of visual impairment definitions in the International Statistical Classification of Diseases. BMC Med. 2006; 4: 7. Published online 2006 Mar 16. PMID: PMC1435919

Con estos códigos nuevos se puede describir el nivel de discapacidad de visión combinado con la visión utilizable.

En el caso de que la “ceguera” o “baja visión” de ambos ojos esté documentada pero no la categoría de discapacidad debe asignarse el código **H54.3 Pérdida de visión no calificada, ambos ojos**. Si la “ceguera” o “baja visión” en un ojo está documentada pero la discapacidad visual no se documenta, asigne un código de la subcategoría **H54.6- Pérdida de visión, un ojo**. En el caso de que tanto la “ceguera” o la “pérdida de visión” estén documentadas sin ninguna información sobre el número de ojos afectado, asigne el código **H54.7 Pérdida de visión no especificada**.

Ptosis de la ceja

La ptosis de ceja o ceja caída se produce cuando existe un descenso de esta estructura anexa a los ojos con respecto a su posición natural. Suele ser debido a cambios involutivos de los músculos y tejido blando de la frente. También pueden causarla la parálisis del nervio facial, la cirugía o los traumatismos. Puede acompañarse de caída de la piel del párpado lo que provoca pérdida de la visión.

La subcategoría **H57.8 Otros trastornos especificados del ojo y sus anexos**, ha sido ampliada con una nueva subcategoría **H57.81 Ptosis de ceja**, que contiene códigos que identifican específicamente esta patología:

- H57.811 Ptosis de ceja, derecha
- H57.812 Ptosis de ceja, izquierda
- H57.813 Ptosis de ceja, bilateral
- H57.819 Ptosis de caja, no especificada

Capítulo 9. Enfermedades del Aparato Circulatorio (I00-I99)

Infarto Agudo de Miocardio

La clasificación del infarto de miocardio ha sufrido una importante revisión basada en la nueva clasificación de infarto de miocardio promovida por la Sociedad Europea de Cardiología, el Colegio Americano de Cardiólogos, la Asociación Cardíaca Americana y la Federación Cardiológica Mundial para la Definición Universal del Infarto de Miocardio (3ª definición). El propio literal de la categoría I21 ha sido modificado, quedando ahora como **I21 Infarto agudo de miocardio**.

Esta categoría incluye tres nuevos códigos, por una parte el código **I21.9 Infarto agudo de miocardio, no especificado** y además se crea la subcategoría **I21.A Otro tipo de infarto de miocardio** que a su vez se subdivide en los códigos:

- I21.A1 Infarto de miocardio tipo 2**
- I21.A9 Otro tipo de infarto de miocardio**

Referida como “Tercera definición universal del infarto de miocardio” el infarto de miocardio se clasifica en los siguientes subtipos:

- **Tipo 1:** Infarto de miocardio espontáneo relacionado con rotura de una placa aterosclerótica, ulceración, fisura, o disección que resulta en trombo intraluminal en una o más de las arterias coronarias y reducción del riego sanguíneo miocárdico o embolia plaquetaria distal con la consiguiente necrosis miocítica.
- **Tipo 2:** Infarto de miocardio secundario a desequilibrio isquémico como vasoespasmo coronario, anemia o hipotensión.
- **Tipo 3:** Infarto de miocardio con resultado de muerte cuando no están disponibles valores de biomarcadores.
- **Tipo 4a:** Infarto de miocardio relacionado con intervención coronaria percutánea (PCI).

- **Tipo 4b:** Infarto de miocardio relacionado con trombosis de stent.
- **Tipo 4c:** Infarto de miocardio debido a reestenosis $\geq 50\%$ tras una PCI inicial satisfactoria.
- **Tipo 5:** Infarto de miocardio relacionado con injerto de bypass de arteria coronaria (CABG).²²

La normativa de codificación del infarto también ha sufrido una actualización importante, por lo que se aconseja revisar en profundidad el capítulo 9 de Enfermedades del Aparato Circulatorio del Manual de Codificación de Diagnósticos CIE-10-ES 2020.

Hipertensión pulmonar

La hipertensión pulmonar es un aumento de presión en las arterias pulmonares por encima de los límites establecidos. Se ha hecho una actualización de los códigos que clasifican la hipertensión pulmonar.

Bajo el código I27.0 Hipertensión pulmonar primaria, se han añadido varios términos de inclusión, que facilitan la codificación:

- Hipertensión arterial pulmonar hereditaria
- Hipertensión arterial pulmonar idiopática
- Hipertensión arterial pulmonar primaria
- Hipertensión pulmonar primaria grupo I

La subcategoría **I27.2 Otra hipertensión pulmonar secundaria**, se ha expandido con los siguientes códigos:

- I27.20 Hipertensión pulmonar, no especificada
- I27.21 Hipertensión pulmonar arterial secundaria
- I27.22 Hipertensión pulmonar debida a enfermedad cardiaca izquierda
- I27.23 Hipertensión pulmonar debida a enfermedades pulmonares e hipoxia
- I27.24 Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica
- I27.29 Otra hipertensión pulmonar secundaria

Síndrome de Eisenmenger

La edición de 2020, incluye un nuevo código para clasificar de forma específica la enfermedad o Síndrome de Eisenmenger (SE).

El **I27.83 síndrome de Eisenmenger** es una combinación compleja y rara de anomalías cardiovasculares, definida por hipertensión pulmonar con inversión o bidireccionalidad del flujo a través de una comunicación intracardiaca o aortopulmonar. Su prevalencia es desconocida. En general, el síndrome se desarrolla antes de la pubertad, pero puede aparecer en la adolescencia o en la juventud temprana. Afecta tanto a hombres como a mujeres. Los niños nacidos con comunicación interventricular grande, comunicación interauricular o persistencia del conducto arterioso tienen un riesgo elevado de desarrollar un SE. Las manifestaciones clínicas incluyen: fatiga, letargo, mareos, cianosis, síncope, dolor torácico, palpitaciones, arritmias auriculares y ventriculares y, raramente insuficiencia cardíaca derecha (asociada con hepatomegalia, edema periférico, ingurgitación yugular). Los pacientes tienen un riesgo alto de morbilidad y mortalidad perinatal, siendo un trastorno que requiere un control médico riguroso.²³

Insuficiencia Cardíaca

La categoría **I50 Insuficiencia cardíaca**, incluye en 2020 una nueva subcategoría **I50.8 Otra insuficiencia cardíaca**, que incorpora nuevos códigos para clasificar otros tipos específicos de insuficiencia cardíaca:

- I50.81 Insuficiencia cardíaca derecha**
 - I50.810 Insuficiencia cardíaca derecha, no especificada**
 - I50.811 Insuficiencia cardíaca derecha aguda**
 - I50.812 Insuficiencia cardíaca derecha crónica**
 - I50.813 Insuficiencia cardíaca derecha aguda sobre crónica**
 - I50.814 Insuficiencia cardíaca derecha por insuficiencia cardíaca izquierda**
- I50.82 Insuficiencia cardíaca biventricular**
- I50.83 Insuficiencia cardíaca de alto gasto**
- I50.84 Insuficiencia cardíaca en estadio terminal**
- I50.89 Otra insuficiencia cardíaca**

Los códigos nuevos de la subcategoría **I50.81** sirven para diferenciar las distintas causas de insuficiencia cardíaca derecha. En ellos el sexto carácter explica la forma de presentación (aguda, crónica, etc.). La insuficiencia cardíaca derecha se define como un síndrome clínico complejo que puede ser consecuencia de cualquier trastorno cardíaco estructural o funcional que deteriore la capacidad del ventrículo derecho de alcanzar un llenado o una eyección apropiados.

Las manifestaciones clínicas más importantes son: disminución de la reserva sistólica o síndrome de bajo gasto cardiaco; retención de líquidos que se manifiesta como edema o ascitis; y arritmias auriculares o ventriculares.

La insuficiencia cardiaca de alto gasto (**I50.83**) tiene distintas causas y es una entidad clínica diferente de otros tipos de insuficiencia cardiaca. Se caracteriza por un gasto cardíaco elevado, normalmente con una frecuencia cardíaca alta, con extremidades calientes, congestión pulmonar y, a veces, con una presión arterial baja, como en el shock séptico.

La insuficiencia cardiaca en estadio terminal (**I50.84**) se caracteriza por presentar una enfermedad cardiaca estructural avanzada, en la que hay una mala respuesta a todo tipo de tratamiento con un deterioro importante de la calidad de vida, hospitalizaciones frecuentes y una esperanza de vida inferior a 6 meses.

Infarto lacunar

Se han creado dos códigos nuevos bajo la subcategoría **I63.8 Otros infartos cerebrales** para identificar los infartos cerebrales debidos a oclusión de las arterias cerebrales de pequeño calibre.

I63.81 Otro infarto cerebral debido a oclusión o estenosis de arteria pequeña

I63.89 Otros infartos cerebrales

El infarto lacunar (**I63.81 Otro infarto cerebral debido a oclusión o estenosis de arteria pequeña**) es un infarto de pequeño tamaño lesional, localizado en el territorio de distribución de las arteriolas perforantes cerebrales. Las arterias susceptibles de sufrir daños en un infarto lacunar son más pequeñas y por lo tanto más frágiles que el resto y proceden directamente de una arteria principal la cual transporta la sangre con mucha presión. Entre estas arterias están la lenticuloestriada, tálamo-perforante o paramediana del tronco cerebral.

La manifestación clínica de los infartos lacunares son los síndromes lacunares. Estos síndromes, varían en base a la localización anatómica afectada, y se clasifican en la categoría **G46 Síndromes vasculares cerebrales en enfermedades cerebrovasculares**.

Arteriopatía cerebral autosómica dominante con infarto subcortical y Leucoencefalopatía

La arteriopatía autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía (CADASIL por su acrónimo en inglés) es un trastorno genético autosómico dominante que afecta a los pequeños vasos sanguíneos del cerebro y que tiene como principal manifestación la aparición de isquemias cerebrales de forma recurrente. Se debe a mutaciones del gen Notch3.

Sus principales manifestaciones clínicas consisten en migraña, episodios isquémicos cerebrales recurrentes, demencia y trastornos neuropsiquiátricos.

Los síntomas y el inicio de la enfermedad varían ampliamente aunque suele producirse en torno a los 30 años.

En la edición de CIE-10-ES 2020 se ha expandido el código **I67.85 Enfermedades cerebrovasculares hereditarias**, para especificar las enfermedades cerebrovasculares hereditarias y muy concretamente la enfermedad de CADASIL.

- I67.850 Arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía**
- I67.858 Otras enfermedades cerebrovasculares hereditarias**

Capítulo 11. Enfermedades del Aparato Digestivo (K00-K95)

Retracción gingival

La recesión o retracción del tejido marginal gingival es definida como el desplazamiento del margen gingival apical a la unión cemento-esmalte con la exposición de la superficie radicular al ambiente oral. Otra definición nos dice que la recesión gingival consiste en la exposición de la superficie radicular por una desviación apical en la posición de la encía. La encía que presenta recesión se encuentra a menudo inflamada, pero puede ser normal excepto por su posición. Pueden considerarse tres tipos de recesiones gingivales: recesiones asociadas a factores mecánicos, como técnicas de cepillado inadecuadas; recesiones asociadas a lesiones inflamatorias inducidas por placa bacteriana; y recesiones asociadas a formas generalizadas de enfermedad periodontal destructiva. La recesión se localiza en ocasiones en un diente en una sola superficie, en un grupo de dientes o puede generalizarse a través de la boca. El grado de recesión puede ser mínimo, moderado o grave. Basados en estos conceptos se han creado nuevos códigos para clasificar mejor esta afección²⁴:

- K06.01 Retracción gingival, localizada**
 - K06.010 Retracción gingival localizada, no especificada**
 - K06.011 Retracción gingival localizada, mínima**
 - K06.012 Retracción gingival localizada, moderada**
 - K06.013 Retracción gingival localizada, grave**

- K06.02 Retracción gingival, generalizada**
 - K06.020 Retracción gingival generalizada, no especificada**
 - K06.021 Retracción gingival generalizada, mínima**
 - K06.022 Retracción gingival generalizada, moderada**
 - K06.023 Retracción gingival generalizada, grave**

Apendicitis aguda

Se define la apendicitis aguda como la inflamación del apéndice cecal o vermiforme. Se considera que la apendicitis se inicia con la obstrucción de la luz apendicular comúnmente por un fecalito (que se forma por acumulación de restos fecales alrededor de fibras vegetales), lo que trae como consecuencia un incremento de la presión intraluminal con congestión venosa y posterior afección arterial. Las bacterias luminales se multiplican e invaden la pared del apéndice favorecidas por esta congestión vascular. Finalmente ocurre la gangrena y perforación.

El cuadro clínico clásico de apendicitis se inicia con dolor abdominal agudo, tipo cólico, localizado en la región periumbilical que se desplaza al cuadrante inferior derecho. Se acompaña de náuseas y vómitos. Puede haber febrícula o fiebre de 38° C o más. A la exploración física se encuentran datos de irritación peritoneal y dolor en el punto de McBurney. Suele encontrarse una moderada leucocitosis aunque su ausencia no descarta el diagnóstico. El estudio radiológico simple no suele ser útil pero sí lo son la ecografía (para descartar otras patologías) y el TAC.

La apendicitis es un proceso evolutivo. De ahí las diversas manifestaciones clínicas y hallazgos quirúrgicos y anatomopatológicos encontrados, que dependen del momento o fase de la enfermedad en que se encuentra el paciente. Al principio hablaremos de una **apendicitis congestiva o catarral** caracterizada por edema y congestión de la serosa, más adelante de una **apendicitis flemonosa o supurativa**, con pequeñas ulceraciones en la mucosa y exudado mucopurulento en la luz y en la superficie de la serosa aunque sin perforación de la pared apendicular. Cuando el proceso flemonoso es muy intenso y se produce anoxia de los tejidos aparecen las microperforaciones. Es lo que se conoce como **apendicitis gangrenosa o necrótica**. Por último cuando las perforaciones se hacen más grandes generalmente en el borde antimesentérico del apéndice hablamos de **apendicitis perforada**. Toda esta secuencia debería provocar siempre una peritonitis, si no fuera porque el exudado fibrinoso inicial determina la adherencia protectora del epiplon y asas intestinales adyacentes que producen un bloqueo del proceso que, cuando es efectivo, da lugar al **plastrón apendicular**, y aun cuando el apéndice se perfora si el bloqueo es adecuado dará lugar al **absceso apendicular**. Cuando el bloqueo es insuficiente o no se produce, la perforación del

apéndice producirá una **peritonitis generalizada**, que es la complicación más severa de la apendicitis.²⁵

Se han creado los siguientes códigos para identificar con mayor precisión las diferentes fases de la apendicitis aguda:

- K35.20 Apendicitis aguda con peritonitis generalizada, sin absceso
- K35.21 Apendicitis aguda con peritonitis generalizada, con absceso
- K35.30 Apendicitis aguda con peritonitis localizada, sin perforación ni gangrena
- K35.31 Apendicitis aguda con peritonitis y gangrena localizadas, sin perforación
- K35.32 Apendicitis aguda con perforación y peritonitis localizada, sin absceso
- K35.33 Apendicitis aguda con perforación y peritonitis localizada, con absceso
- K35.890 Otros tipos de apendicitis aguda sin perforación ni gangrena
- K35.891 Otros tipos de apendicitis aguda sin perforación, con gangrena

Obstrucción intestinal

A fin de diferenciar los tipos de obstrucción intestinal se han añadido códigos a las subcategorías **K56.5 Adherencias [bridas] intestinales con obstrucción (posinfección)**, **K56.6 Otros tipos de obstrucción intestinal y los no especificados**, y **K91.3 Obstrucción intestinal posprocedimiento**.

Ahora podremos identificar las obstrucciones intestinales como parciales o completas. Esta diferenciación es importante ya que la actitud terapéutica es distinta en cada una de las situaciones.

Los códigos nuevos son:

- K56.50 Adherencias [bridas] intestinales, obstrucción sin especificar como parcial o completa
- K56.51 Adherencias [bridas] intestinales, con obstrucción parcial
- K56.52 Adherencias [bridas] intestinales, con obstrucción completa
- K56.600 Obstrucción intestinal parcial, sin especificar la causa
- K56.601 Obstrucción intestinal completa, sin especificar la causa
- K56.609 Obstrucción intestinal no especificada, sin especificar como parcial o completa
- K56.690 Otra obstrucción intestinal parcial
- K56.691 Otra obstrucción intestinal completa
- K56.699 Otra obstrucción intestinal sin especificar como parcial o completa
- K91.30 Obstrucción intestinal posprocedimiento, no especificada como parcial o completa
- K91.31 Obstrucción intestinal parcial posprocedimiento
- K91.32 Obstrucción intestinal completa posprocedimiento

Absceso de regiones anal y rectal

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. La función normal de estas glándulas es la lubricación del canal anal. La obstrucción de las criptas anales da como resultado éstasis de la secreción glandular con una subsecuente infección por los gérmenes fecales presentes en su interior dando lugar a la formación de pus (absceso). Según su localización se clasifican en:

- **Perianal:** se extienden distalmente desde el espacio interesfinteriano hacia la piel perianal y se presentan como una masa fluctuante y dolorosa.
- **Isquiorrectal:** 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. El absceso en herradura es un tipo específico de absceso isquiorrectal.
- **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 una masa fluctuante prominente en la luz del canal anal en el tacto rectal.
- **Supraelevador:** 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.

La subcategoría **K61.3 Absceso isquiorrectal** se ha subdividido para hacer referencia al absceso en herradura con dos códigos: **K61.31 Absceso en herradura** y **K61.39 Otro absceso isquiorrectal**. También se ha creado el código **K61.5 Absceso supraelevador**. Previamente ya estaban los códigos para el absceso anal (**K61.0**) y absceso intraesfinteriano (**K61.4**). A este último código se le ha añadido un término de inclusión que hace referencia al absceso interesfinteriano.

Gangrena y perforación de vesícula biliar

Tanto la gangrena como la perforación de la vesícula biliar son complicaciones de la colecistitis aguda. En la mayoría de los casos la colecistitis se produce por cálculos biliares que obstruyen el conducto cístico. Como consecuencia se produce una acumulación de bilis que puede causar inflamación dando lugar a la colecistitis. En casos graves esta inflamación puede dar lugar a necrosis y perforación de la vesícula biliar.

Con el fin de identificar la gangrena y/o perforación en la colecistitis se ha creado una nueva subcategoría **K82.A Trastornos de la vesícula biliar en enfermedades clasificadas bajo otro concepto**. Los dos códigos nuevos en esta subcategoría son **K82.A1 Gangrena de vesícula biliar en colecistitis**, y **K82.A2 Perforación de vesícula biliar en colecistitis**.

Colangitis esclerosante primaria

Se han creado dos nuevos códigos bajo la ahora subcategoría **K83.0 Colangitis**. Esta subdivisión nos permite identificar más específicamente la colangitis esclerosante primaria.

- K83.01 Colangitis esclerosante primaria**
- K83.09 Otras colangitis**

La colangitis esclerosante primaria es una enfermedad colestásica crónica que se caracteriza por una inflamación y fibrosis difusa que afecta a todo el árbol biliar. En su evolución produce obstrucción del árbol biliar intrahepático y extrahepático y conduce a una cirrosis biliar, hipertensión portal e insuficiencia hepática. Se desconoce la causa aunque se piensa que contribuyen a su patogenia mecanismos relacionados con infecciones bacterianas, víricas, toxinas, predisposición genética y mecanismos inmunitarios.

En la mayoría de los casos se asocia a una colitis ulcerosa. Se manifiesta alrededor de los 40 años, predominantemente en varones con clínica y analítica de colestasis. El procedimiento diagnóstico principal es la colangiografía retrógrada endoscópica, aunque hoy en día la colangiografía por resonancia es el primer procedimiento diagnóstico a realizar, ya que es

igualmente informativa y no invasiva. La biopsia hepática no es esencial para el diagnóstico. La enfermedad es progresiva con una probabilidad de supervivencia libre de trasplante de 18 años en las formas asintomáticas y de 8,5 años en las formas sintomáticas. El colangiocarcinoma es una consecuencia de la enfermedad y comporta un mal pronóstico. No existe un tratamiento específico de la enfermedad. El trasplante hepático es el último recurso terapéutico.

Capítulo 12. Enfermedades de la Piel y del Tejido Subcutáneo (L00-L99)

Úlcera Crónica no debida a presión

Se han creado nuevos códigos en la categoría **L97 Úlcera crónica no debida a presión de extremidad inferior, no clasificada bajo otro concepto**. Se han incorporado tres nuevos sextos caracteres para especificar mejor la gravedad de la úlcera. Estos tres nuevos valores son:

- 5 con afectación muscular sin evidencia de necrosis
- 6 con afectación ósea sin evidencia de necrosis
- 8 con otra gravedad especificada

Estos nuevos valores han dado origen a sesenta y tres nuevos códigos en esta categoría. Estos mismos valores han sido añadidos para crear nuevos códigos en la subcategoría **L98.4 Úlcera crónica no debida a presión en la piel, no clasificada bajo otro concepto**.

Capítulo 13. Enfermedades del Aparato Musculoesquelético y del Tejido Conectivo (M00-M99)

Dermatomiositis

La dermatomiositis es un tipo de miopatía inflamatoria idiopática que afecta al músculo esquelético y a la piel. Su incidencia anual es del orden de 4-6 casos al año por cada millón de habitantes. Se considera una enfermedad de distribución universal aunque es un poco más prevalente en la raza caucásica. Afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres. Aunque existe una forma juvenil que suele debutar antes de los 16 años, las manifestaciones de la enfermedad son más frecuentes entre los 30 y 40 años.

La dermatomiositis tiene dos grandes tipos de manifestaciones: musculares y cutáneas. Las manifestaciones musculares son fundamentalmente la debilidad y el dolor. Estas se pueden presentar en la práctica totalidad del cuerpo, sin embargo son más frecuentes en grupos musculares periféricos proximales. El compromiso de la musculatura torácica o abdominal es infrecuente o se presenta en etapas avanzadas de la enfermedad.

Además del músculo la piel tiene un papel protagonista en esta enfermedad. Las lesiones cutáneas preceden o son concomitantes con la afectación muscular. Es característico el exantema heliotropo, de coloración violácea que afecta a los párpados de forma bilateral y simétrica y suele acompañarse de cierto grado de edema. También las pápulas de Gottron, que son placas algo violáceas acompañadas de descamación leve más prominente de tipo psoriasiforme y que asientan sobre las prominencias óseas (en especial sobre las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas, pero también sobre rodillas u otra articulación). Otras lesiones cutáneas relativamente características son las calcinosis cutáneas, aunque éstas son más propias de la forma juvenil.

En un porcentaje bajo de pacientes (entre el 2 y el 18%) se puede desarrollar una erupción indistinguible de la dermatomiositis clásica pero con ausencia o mínima expresión de la enfermedad muscular. A este grupo se le denomina dermatomiositis sine miositis, dermatomiositis amiopática o dermatomiositis clínicamente amiopática.^{26,27}

Se han creado códigos nuevos para la **Dermatomiositis juvenil sin miopatía (M33.03)**, **Otros tipos de dermatomiositis sin miopatía (M33.13)** y la **Dermatopolimiositis, no especificada, sin miopatía (M33.93)**. Además, los títulos de los códigos de las subcategorías **M33.0 Dermatomiositis juvenil**, y **M33.1 Otros tipos de dermatomiositis**, se han revisado para coincidir con los títulos originales de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los códigos revisados sustituyen el término “dermatopolimiositis” por el de “dermatomiositis”.

Estenosis espinal lumbar con y sin claudicación neurógena

La estenosis de canal lumbar se define como el estrechamiento estructural del canal raquídeo, de los recesos laterales o de los agujeros de conjunción en la zona lumbar. Puede ser congénita o adquirida. La forma congénita se vincula con distintas entidades como la escoliosis, la acondroplasia, o la osteopetrosis. La forma adquirida se presenta en pacientes con espondiloartrosis de las articulaciones zigoapofisiarias con hipertrofia de los ligamentos, formación de osteofitos y reducción progresiva del tamaño del canal. La fisiopatología viene determinada por el estrechamiento progresivo del canal lumbar que produce compresión mecánica (estática o dinámica) de las raíces de la cauda equina, alterando su nutrición y metabolismo, lo que desencadena dolor y alteraciones neurológicas de extremidades inferiores (claudicación neurógena).

En la claudicación neurógena con frecuencia después de caminar un corto trecho, hay dolor intenso en la región lumbar irradiado a una o a las dos extremidades inferiores, el cual sólo se alivia al detenerse el paciente, sentarse o ponerse en cuclillas antes de poder continuar. No suele haber ausencia de pulsos.

Algunos enfermos se quejan de parestesias en los miembros inferiores cuando están de pie o al caminar. Muy rara vez las parestesias se describen como sensación de quemadura. No son muy frecuentes pero puede acompañarse con trastornos de la micción.

En la estenosis lumbar, los hallazgos positivos del examen son poco frecuentes, pero es bastante característica la posición antiálgica, encorvada hacia adelante y el aumento del dolor al tratar de extender la columna en forma pasiva o activa.

Se puede encontrar debilidad en los extensores del pie. Los cambios sensitivos no siguen distribución dermatómica. Por lo común no hay cambios de los reflejos ni dolor al elevar el miembro inferior extendido.

El diagnóstico se facilita con la tomografía vertebral; en las ventanas óseas se aprecia el tamaño del canal. En las ventanas para tejidos blandos se pueden encontrar las lesiones asociadas de los discos intervertebrales.²⁸

Se ha expandido el código **M48.06 Estenosis vertebral, región lumbar**, y se han creado códigos nuevos para indicar la existencia de claudicación neurógena.

M48.061 Estenosis vertebral, región lumbar sin claudicación neurógena

M48.062 Estenosis vertebral, región lumbar con claudicación neurógena

Mialgia de los músculos de la masticación y músculos auxiliares

Los músculos de la masticación son un grupo de músculos asociados a los movimientos de la mandíbula (articulación temporomandibular) Son cuatro los músculos que forman este grupo: masetero, temporal, pterigoideo lateral, y pterigoideo medial. Los músculos auxiliares son el digástrico, buccinador, milohioideo, geniohioideo y el orbicular de los labios.

El síntoma más frecuente que refieren los pacientes con alteraciones funcionales del sistema masticatorio es el dolor muscular o mialgia. El dolor se acentúa con la palpación manual o la manipulación funcional de los músculos. La limitación del movimiento mandibular es también

una manifestación común. Los trastornos miálgicos pueden alterar la posición de la mandíbula en reposo.

La subcategoría **M79.1 Mialgia**, se ha expandido para clasificar específicamente las mialgias de la masticación y de los músculos auxiliares de cabeza y cuello:

- M79.10 Mialgia, localización no especificada**
- M79.11 Mialgia de los músculos de la masticación**
- M79.12 Mialgia de músculos auxiliares, cabeza y cuello**
- M79.18 Mialgia, otra localización**

Capítulo 14. Enfermedades del Aparato Genitourinario (N00-N99)

Estenosis uretral

Las estenosis uretrales se desarrollan de manera secundaria a un proceso de cicatrización o fibrosis de la mucosa uretral y/o de los tejidos periuretrales, por lo que cualquier proceso que condicione un trauma puede condicionar una estenosis uretral.

Los síntomas de la estenosis uretral, en el caso de afectación de la luz de la uretra son: goteo post miccional, pérdida de fuerza en el chorro urinario, globo vesical, o incontinencia, entre otros. Debido a lo inespecífico de los mismos han de descartarse otro tipo de procesos que cursan con síntomas semejantes como la hiperplasia benigna de próstata, la disfunción vesical y, en definitiva, cualquier proceso que pueda afectar la vía excretora a ese nivel.

Se han creado una serie de códigos para describir las siguientes estenosis uretrales:

- N35.016** Estenosis postraumática de uretra masculina, localizaciones contiguas
- N35.116** Estenosis uretral posinfecciosa, no clasificada bajo otro concepto, masculina, localizaciones contiguas

Asimismo se ha creado la subcategoría **N35.81 Otros tipos de estenosis de uretra masculina** que se subdivide en:

- N35.811** Otros tipos de estenosis de uretra, masculina, meatal
- N35.812** Otros tipos de estenosis de uretra bulbar, masculina
- N35.813** Otros tipos de estenosis de uretra membranosa, masculina
- N35.814** Otros tipos de estenosis de uretra anterior, masculina
- N35.816** Otros tipos de estenosis de uretra, masculina, localizaciones contiguas
- N35.819** Otros tipos de estenosis de uretra, masculina, localización no especificada

Se completa la clasificación de otros tipos de estenosis uretrales con el código **N35.82 Otros tipos de estenosis de uretra, femenina.**

De igual manera se ha creado la **subcategoría N35.91, Estenosis de uretra, no especificada, masculina** con sus subdivisiones:

- N35.911 Estenosis no especificada de uretra, masculina, meatal
- N35.912 Estenosis no especificada de uretra bulbar, masculina
- N35.913 Estenosis no especificada de uretra membranosa, masculina
- N35.914 Estenosis no especificada de uretra anterior, masculina
- N35.916 Estenosis no especificada de uretra, masculina, localizaciones contiguas
- N35.919 Estenosis no especificada de uretra, masculina, localización no especificada

Se completa la clasificación de las estenosis uretrales no especificadas con el código **N35.92 Estenosis de uretra, no especificada, femenina**

Finalmente se ha creado el código **N99.116 Estenosis de uretra masculina posprocedimiento, localizaciones contiguas**

Bulto en Mama

Para localizar la lateralidad (derecha, izquierda, o no especificada) así como el cuadrante (superior externo, superior interno, inferior externo, inferior interno o no especificado) de los bultos de la mama, se ha ampliado el código **N63 Bulto no especificado de mama**. Los códigos nuevos se han creado también para el bulto no especificado en cola axilar y las áreas subareolares de la mama derecha e izquierda. La clasificación queda como sigue:

- N63.0 Bulto no especificado de mama no especificada
- N63.1 Bulto no especificado de mama derecha
 - N63.10 Bulto no especificado de mama derecha, cuadrante no especificado
 - N63.11 Bulto no especificado de mama derecha, cuadrante superior externo
 - N63.12 Bulto no especificado de mama derecha, cuadrante superior interno
 - N63.13 Bulto no especificado de mama derecha, cuadrante inferior externo
 - N63.14 Bulto no especificado de mama derecha, cuadrante inferior interno
- N63.2 Bulto no especificado de mama izquierda
 - N63.20 Bulto no especificado de mama izquierda, cuadrante no especificado
 - N63.21 Bulto no especificado de mama izquierda, cuadrante superior externo

- N63.22 Bulto no especificado de mama izquierda, cuadrante superior interno
- N63.23 Bulto no especificado de mama izquierda, cuadrante inferior externo
- N63.24 Bulto no especificado de mama izquierda, cuadrante inferior interno
- N63.3 Bulto no especificado de cola axilar
 - N63.31 Bulto no especificado de cola axilar de mama derecha
 - N63.32 Bulto no especificado de cola axilar de mama izquierda
- N63.4 Bulto no especificado de mama, subareolar
 - N63.41 Bulto no especificado de mama derecha, subareolar
 - N63.42 Bulto no especificado de mama izquierda, subareolar

Capítulo 15. Embarazo, Parto y Puerperio (O00-O9A)

Embarazo Tubárico y Ovárico

El embarazo ectópico se define como aquel embarazo implantado fuera de la cavidad endometrial. Además de no poder desarrollarse normalmente fuera del útero, el embarazo ectópico también puede causar graves lesiones en las estructuras que lo rodean. La localización más frecuente es la tubárica (98%), fundamentalmente en la porción ampular de la trompa (80%). Con menor frecuencia la gestación ectópica puede presentarse en otras localizaciones como el ovario (0,15%), el cérvix (0,15%) y el abdomen (1,4%), teniendo estas localizaciones una mayor incidencia cuando la gestación se ha conseguido a través de tratamientos de reproducción asistida.

Los códigos de las subcategorías **O00.1 Embarazo tubárico**, y **O00.2 Embarazo ovárico**, se han ampliado para incluir la lateralidad. Esta información es relevante ya que el embarazo ectópico tiene una mayor recurrencia en pacientes que han tenido un ectópico previo y conocer la lateralidad permite un mejor seguimiento y tratamiento de las pacientes:

- O00.101 Embarazo tubárico derecho sin embarazo intrauterino
- O00.102 Embarazo tubárico izquierdo sin embarazo intrauterino
- O00.109 Embarazo tubárico no especificado sin embarazo intrauterino

- O00.111 Embarazo tubárico derecho con embarazo intrauterino
- O00.112 Embarazo tubárico izquierdo con embarazo intrauterino
- O00.119 Embarazo tubárico no especificado con embarazo intrauterino
- O00.201 Embarazo ovárico derecho sin embarazo intrauterino
- O00.202 Embarazo ovárico izquierdo sin embarazo intrauterino
- O00.209 Embarazo ovárico no especificado sin embarazo intrauterino

- O00.211 Embarazo ovárico derecho con embarazo intrauterino
- O00.212 Embarazo ovárico izquierdo con embarazo intrauterino
- O00.219 Embarazo ovárico no especificado con embarazo intrauterino

Embarazo de Trillizo tricoriónico/triamniótico y Cuatrillizo tetracoriónico/tetraamniótico

Se han creado tres nuevas subcategorías, **O30.13 Embarazo triple tricoriónico/triamniótico** y **O30.23 Embarazo cuádruple tetracoriónico/tetraamniótico** y **O30.83 Otro embarazo múltiple especificado, el número de coriones y amnios es igual al número de fetos**. Los códigos de estas subcategorías permiten identificar específicamente los embarazos múltiples que presentan el mismo número de placentas que de sacos amnióticos, que es lo más habitual en las gestaciones múltiples. Previamente los códigos de la categoría **O30 Embarazo múltiple**, solo reflejaban las gestaciones múltiples que se asocian a un mayor riesgo de mortalidad y pérdida fetal, como es el caso de que dos o más fetos sean monocoriónicos o monoamnióticos. Dependiendo del número de coriones y sacos amnióticos el riesgo de complicación es más alto y el plan de tratamiento puede variar.

Ejemplo de combinaciones posibles de números de placenta y de sacos amnióticos en trillizos

- **Monocorial monoamniótico:** Todos los fetos comparten una placenta y un saco amniótico
- **Monocorial biamniótico:** Los tres fetos comparten una placenta y hay dos sacos amnióticos (uno de ellos compartido por dos fetos).
- **Monocorial triamnióticos:** Los tres fetos comparten una placenta pero cada uno tiene su propio saco amniótico.
- **Bicorial biamniótico:** Un feto con su placenta y bolsa amniótica. Dos fetos con una placenta y una bolsa amniótica.
- **Bicorial triamniótico:** 2 placentas y 3 bolsas amnióticas
- **Tricorial triamniótico:** 3 placentas y 3 sacos amnióticos

La clasificación quedaría como sigue:

O30.131	Embarazo triple, tricoriónico/triamniótico, primer trimestre
O30.132	Embarazo triple, tricoriónico/triamniótico, segundo trimestre
O30.133	Embarazo triple, tricoriónico/triamniótico, tercer trimestre
O30.139	Embarazo triple, tricoriónico/triamniótico, trimestre no especificado
O30.231	Embarazo cuádruple, tetracoriónico/tetraamniótico, primer trimestre
O30.232	Embarazo cuádruple, tetracoriónico/tetraamniótico, segundo trimestre
O30.233	Embarazo cuádruple, tetracoriónico/tetraamniótico, tercer trimestre

- 030.239 Embarazo cuádruple, tetracoriónico/tetraamniótico, trimestre no especificado
- 030.831 Otro embarazo múltiple especificado, el número de coriones y amnios es igual al número de fetos, primer trimestre
- 030.832 Otro embarazo múltiple especificado, el número de coriones y amnios es igual al número de fetos, segundo trimestre
- 030.833 Otro embarazo múltiple especificado, el número de coriones y amnios es igual al número de fetos, tercer trimestre
- 030.839 Otra gestación múltiple especificada, número de coriones y amnios igual al de fetos, trimestre no especificado

Cuidado Materno por Anomalías de la Frecuencia o Ritmo Cardíaco Fetal

La monitorización fetal es una técnica indolora y no invasiva que suele realizarse en las últimas semanas del embarazo y durante el trabajo de parto con objeto de controlar la actividad uterina y el bienestar intrauterino del feto. Los métodos más frecuentes para valorar el bienestar fetal son la prueba sin estrés (NST, por sus siglas en inglés) y la prueba de estrés a la contracción (CST). Se basa en el hecho de que la frecuencia cardíaca fetal es el reflejo más acertado de la oxigenación del feto en un determinado momento.

La prueba sin estrés (NST, por sus siglas en inglés) mide la frecuencia cardíaca fetal en respuesta a los movimientos del feto. En general, la frecuencia cardíaca de un feto sano aumenta cuando este se mueve. La NST suele realizarse durante el último trimestre del embarazo.

La prueba de estrés a la contracción, valora la respuesta del feto a las contracciones uterinas provocadas artificialmente. Se realiza en la sala de urgencias o ingresada en la planta. Se coge una vía y se administra oxitocina hasta conseguir que la gestante tenga 3 contracciones cada 10 minutos. Después se valora la respuesta del feto ante el estrés de las contracciones.

La nueva subcategoría **O36.83 Atención materna por anomalías de la frecuencia o ritmo cardíacos fetales**, permite clasificar ahora de forma adecuada la atención a la gestante con alteraciones de ritmo y frecuencia cardíacos fetales, entre los que se incluyen taquicardia, bradicardia, deceleraciones de la frecuencia cardíaca y pérdida de variabilidad.

El sexto carácter indica el trimestre y al igual que en toda la categoría **O36 Atención materna por otros problemas fetales**, debe aplicarse la nota de instrucción para la asignación del séptimo carácter.

Los códigos nuevos son:

- O36.831 Atención materna por anomalías de la frecuencia y ritmo cardiacos fetales, primer trimestre**
- O36.832 Atención materna por anomalías de la frecuencia y ritmo cardiacos fetales, segundo trimestre**
- O36.833 Atención materna por anomalías de la frecuencia y ritmo cardiacos fetales, tercer trimestre**
- O36.839 Atención materna por anomalías de la frecuencia y ritmo cardiacos fetales, trimestre no especificado**

Infección de herida quirúrgica obstétrica

La infección del sitio quirúrgico es una de las principales complicaciones de las pacientes expuestas a cesárea, cuya incidencia oscila entre 1,46-30% de las operaciones, según el país de que se trate. Se considera sitio quirúrgico o sitio operatorio al espacio anatómico comprendido desde la incisión en la piel hasta cualquier cavidad, espacio o región donde se genera la herida, en este caso el útero.²⁹

Se han creado nuevos código en la subcategoría **O86.0 Infección de herida quirúrgica obstétrica** con códigos nuevos para identificar mejor la localización en la que se ha producido la infección de acuerdo a su profundidad:

- O86.00 Infección de herida quirúrgica obstétrica, sin especificar**
- O86.01 Infección de herida quirúrgica obstétrica, zona de incisión superficial**
- O86.02 Infección de herida quirúrgica obstétrica, zona de incisión profunda**
- O86.03 Infección de herida quirúrgica obstétrica, zona de órgano y espacio**
- O86.04 Sepsis después de un procedimiento obstétrico**
- O86.09 Infección de herida quirúrgica obstétrica, otra localización quirúrgica**

Esta expansión de códigos es análoga a la realizada en la subcategoría **T81.4 Infección después de un procedimiento**.

Capítulo 16. Ciertas afecciones originadas en el período Perinatal (P00-P96)

Síndrome de respuesta inflamatoria fetal (SRIF)

Es una condición clínica del feto caracterizada por la presencia intraútero de una reacción inflamatoria sistémica secundaria a la activación de inmunidad innata fetal, que se expresa bioquímicamente por el incremento en la concentración plasmática fetal de interleucina (IL)6 (IL-6) superior a 11mg/ml, obtenida mediante cordocentesis.

La mayoría de los casos afectados por SRIF tienen un parto a las 48 horas de realizado el diagnóstico y presentan un aumento en la morbilidad y mortalidad perinatal, neonatal y a largo plazo, que se manifiesta en el neonato por depresión al nacer, distrés respiratorio severo, sepsis neonatal, neumonía, displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular, fallo multiorgánico, enterocolitis necrotizante, encefalopatía neonatal y leucomalacia periventricular (y posterior parálisis cerebral infantil en el 60-80% de los casos), entre otras complicaciones que pueden conducir a la muerte fetal o neonatal.³⁰

El SRIF incide en 20-70% de los fetos infectados con infección intraamniótica documentada. La infección puede ser adquirida por vía genital ascendente, originada a nivel cervicovaginal, espacio coriodecidual, seguido del desarrollo de corioamnionitis y vasculitis, funisitis e infección fetal; en el 2-10% se origina por vía hematógena.

Se han creado los códigos nuevos **P02.70 Recién nacido afectado por síndrome de respuesta inflamatoria fetal**, y **P02.78 Recién nacido afectado por otras afecciones por corioamnionitis** para reflejar este síndrome.

Recién nacido afectado por sustancias nocivas transmitidas por placenta o leche materna

La categoría **P04 Recién nacido afectado por sustancias nocivas transmitidas a través de la placenta o leche materna**, ha sido revisada y a continuación, se detallan las modificaciones que ha sufrido.

La subcategoría **P04.1 Recién nacido afectado por otros tipos de medicación materna**, se ha expandido con nuevos códigos que permiten identificar de forma más precisa el tipo de sustancia que ha producido una afección al recién nacido. Esta subcategoría, incorpora además una nota de instrucción “codifique primero”, que indica que se secuencie en primer lugar, si así procede, los síntomas de abstinencia neonatal por uso materno de drogas adictivas.

Los códigos nuevos identifican sustancias que la madre ha usado como sigue:

- P04.11 Recién nacido afectado por quimioterapia antineoplásica materna
- P04.12 Recién nacido afectado por fármacos citotóxicos
- P04.13 Recién nacido afectado por consumo materno de anticonvulsivos
- P04.14 Recién nacido afectado por consumo materno de opiáceos
- P04.15 Recién nacido afectado por consumo materno de antidepresivos
- P04.16 Recién nacido afectado por consumo materno de anfetaminas
- P04.17 Recién nacido afectado por consumo materno de sedantes-hipnóticos
- P04.1A Recién nacido afectado por consumo materno de ansiolíticos
- P04.18 Recién nacido afectado por otra medicación materna
- P04.19 Recién nacido afectado por consumo materno de medicación no especificada

La subcategoría **P04.4 Recién nacido afectado por uso materno de drogas adictivas**, se ha expandido con dos códigos nuevos:

- P04.40 Recién nacido afectado por consumo materno de drogas adictivas no especificadas
- P04.42 Recién nacido afectado por consumo materno de alucinógenos

También la subcategoría **P04.8, Recién nacido afectado por otras sustancias nocivas maternas**, incorpora dos nuevos códigos:

- P04.81 Recién nacido afectado por uso materno de cannabis
- P04.89 Recién nacido afectado por otras sustancias nocivas maternas

Hipertensión pulmonar del Recién Nacido y Otra Circulación Fetal Persistente

Con el fin de poder diferenciar en el recién nacido, la circulación fetal persistente de la hipertensión pulmonar persistente, se ha expandido la subcategoría **P29.3 Persistencia de la circulación fetal**, con dos nuevos códigos, el **P29.30 Hipertensión pulmonar del recién nacido** y el **P29.38 Otra persistencia de la circulación fetal**, que incluye el ductus arterioso persistente.

La hipertensión pulmonar del recién nacido es denominada también hipertensión pulmonar persistente del recién nacido (HPPN). Esta afección se produce por la existencia de una presión en la arteria pulmonar superior a la de la circulación sistémica lo que genera un cortocircuito derecha-izquierda a través del foramen oval y del conducto arterioso. Esta enfermedad inicialmente se denominó persistencia de la circulación fetal (PCF) y, posteriormente, se acuñó el nombre de hipertensión pulmonar persistente neonatal, que define con más exactitud la fisiología del proceso.

La HPPN primaria se manifiesta, como norma general, en niños a término o incluso postérmino en las primeras 12 horas de vida y no más tarde de las primeras 24 horas. Aparece clínicamente un cuadro de dificultad respiratoria moderado con respecto al grado de hipoxia. Es típica la presencia de cianosis, pero no la aparición de episodios de apnea.

En cuanto a la circulación fetal persistente, ésta tiene tres causas principales. En primer lugar los defectos cardíacos congénitos, incluyendo el cierre retardado del conducto arterioso, que puede producir presiones elevadas de la arteria pulmonar o ventrículo derecho, y da como resultado una circulación fetal persistente para permitir un gasto cardíaco adecuado. El efecto de esto será una derivación derecha-izquierda y cianosis. La hipertrofia y el incremento de musculatura de las paredes de los vasos pulmonares puede llevar a una resistencia vascular pulmonar elevada persistentemente. La circulación fetal persistente puede ocurrir también en bebés con enfermedad pulmonar donde la hipoxemia y la acidosis llevan a vasoconstricción pulmonar y resistencia vascular pulmonar elevada de forma persistente.

Enfermedad por virus del Zika congénita

El virus del Zika es un virus transportado por artrópodos que se propaga por la picadura de mosquitos infectados. El virus puede pasar de la madre al feto por la placenta. Aproximadamente una de cada diez mujeres embarazadas con virus del Zika dan a luz niños con anomalías congénitas, tales como una microcefalia. El nuevo código captura niños recién nacidos que están infectados con el virus y que requieren recursos adicionales para su cuidado.

Se ha creado el nuevo código **P35.4 Enfermedad congénita por virus del Zika**, para identificar independientemente la enfermedad por virus del Zika congénita, de la adquirida.

Trastornos metabólicos neonatales

Los trastornos metabólicos definen a un conjunto heterogéneo de problemas ligados a aspectos esenciales del metabolismo intermedio, como son: el control de la glucemia, el metabolismo óseo-mineral, relativo a las interacciones entre calcio, vitamina D y fósforo, y metabolismo hidrosalino. Son afecciones transitorias que ocurren durante el nacimiento o poco después.³¹

Dentro de los trastornos del metabolismo hidrosalino se han creado códigos nuevos para identificar los trastornos metabólicos en los principales electrolitos del suero (sodio, potasio, cloro y bicarbonato) que son específicos del recién nacido. Estas afecciones tienen distintas etiologías, consecuencias y tratamiento. El manejo con fluidos es un componente esencial en el tratamiento de estas afecciones. Los recién nacidos pueden experimentar tanto hiper como hiponatremia o hiper e hipopotasemia durante la misma estancia en el hospital. Lo mismo ocurre con las concentraciones de cloro y bicarbonato séricos.

Los nuevos códigos, dentro de la categoría **P74 Otras alteraciones electrolíticas y metabólicas neonatales transitorias**, en las subcategorías referentes a alteraciones del sodio (**P74.2**), potasio (**P74.3**) y otras alteraciones electrolíticas (**P74.4**) en el recién nacido son los siguientes:

- P74.21 Hipernatremia del recién nacido**
- P74.22 Hiponatremia del recién nacido**

- P74.31 Hiperpotasemia del recién nacido
- P74.32 Hipopotasemia del recién nacido
- P74.41 Alcalosis del recién nacido
- P74.421 Hipercloremia del recién nacido
- P74.422 Hipocloremia del recién nacido
- P74.49 Otras alteraciones electrolíticas transitorias del recién nacido

Enfermedad Hepática Autoinmune Gestacional

La enfermedad hepática gestacional autoinmune, es una enfermedad poco frecuente, caracterizada por enfermedad hepática grave que comienza intraútero, asociada al acúmulo intra y extrahepático de hierro, con excepción del sistema reticuloendotelial. Se calcula una incidencia de 1/3000 recién nacidos vivos.

La sensibilización de algunas mujeres a un antígeno hepático fetal causa el desarrollo de anticuerpos IgG hepáticos antifetales específicos. Cuando cruzan a la circulación fetal estos anticuerpos se unen con el antígeno y activa la cascada del complemento dando lugar a una lesión hepatocítica.

La lesión hepática fetal da como resultado una sobrecarga de hierro sistémica. La enfermedad hepática autoinmune gestacional puede producir también una lesión del hígado fetal subaguda y crónica (cirrosis congénita) típica de la hemocromatosis neonatal. Debe tenerse en cuenta que la hemocromatosis neonatal se sigue manteniendo como término de inclusión bajo el código **P78.84**.

Ahora es posible codificar de forma específica esta afectación, gracias al nuevo código **P78.84, Enfermedad hepática autoinmune gestacional**.

Granuloma Umbilical en el Período Perinatal

El granuloma umbilical es una masa o bulto de color rosado-blanco-grisáceo que, en algunas ocasiones, se queda en el ombligo del recién nacido cuando se le ha caído el cordón umbilical. Mientras el ombligo está cicatrizando se puede ver esta masa redondeada, bien definida, de su-

perficie lisa, color rosado que a veces está cubierta de un moco pegajoso y otras puede supurar un fluido amarillento.

El granuloma no es una infección del ombligo sino un crecimiento anormal del mismo.

No se sabe por qué hay bebés que desarrollan un granuloma umbilical. Tiene que ver con la forma en que el tejido se va curando y en cómo se separa el cordón umbilical del bebé. No tiene que ver con el cuidado inadecuado del cordón tras el nacimiento. Si no se trata crece de tamaño y puede convertirse en el punto de entrada de infecciones umbilicales.

La subcategoría **P83.8, Otras afecciones especificadas de piel y anejos específicas del recién nacido** se expande con dos nuevos códigos el **P83.81 Granuloma umbilical** y **P83.88 Otros tipos de afecciones de piel y anejos del recién nacido**. El primero de ellos permite la codificación específica del granuloma umbilical y el segundo, clasifica afecciones tales como la adiponecrosis, la eritrodermia y esclerodermia neonatales, el síndrome del niño bronce o la urticaria neonatal, entre otros.

Encefalopatía Neonatal

La encefalopatía neonatal (EN) se caracteriza por la presencia de una disfunción neurológica significativa durante la primera semana de vida. Inicialmente se pensó que este cuadro tenía una etiología hipóxico-isquémica, razón por la cual se le denominó encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI), pero estudios posteriores demostraron que se trata de un síndrome multicausal, en el que la asfixia o hipoxia-isquemia constituye solo una de sus causas, por lo que se sugirió denominar al cuadro EN.

La EHI o posasfíctica se ha considerado la principal causa de EN, sin embargo, debido a que la evidencia de una etiología asfíctica es muchas veces especulativa.

Dentro de las causas de EN, además de la asfixia perinatal, se encuentran las malformaciones del sistema nervioso central (SNC), los trastornos metabólicos, las infecciones sistémicas o del SNC, la acumulación de tóxicos en el SNC como la bilirrubina u otros; así como las hemorragias intracraneales, los accidentes vasculares encefálicos isquémicos fo-

cales y las alteraciones genéticas, entre otras. Se asocia a una importante morbilidad y mortalidad neonatal, así como a la ocurrencia de secuelas neurológicas a largo plazo en los sobrevivientes.³²

La subcategoría **P91.8 Otros trastornos neurológicos especificados del recién nacido**, incluye códigos para la Encefalopatía neonatal en enfermedades clasificadas bajo otro concepto (**P91.811**), la Encefalopatía neonatal, no especificada (**P91.819**) y para otros trastornos neurológicos especificados del recién nacido (**P91.88**). El código **P91.811 Encefalopatía neonatal en enfermedades clasificadas bajo otro concepto**, tiene una nota de instrucción que indica que debe codificarse primero, si se conoce, la enfermedad subyacente.

Capítulo 17. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)

Duplicación de útero/Útero septado

El **útero septo**, comúnmente llamado útero tabicado, es la malformación uterina más frecuente con una prevalencia en la población general de un 1-2%.

El septo uterino se produce como consecuencia de un fallo en la reabsorción de la zona de unión de los dos conductos müllerianos. Este defecto de reabsorción puede dar lugar a un septo completo o parcial. El septo completo alcanza el orificio cervical interno dividiendo completamente la cavidad uterina en dos. El septo parcial o útero subseptado divide el útero parcialmente y no alcanza el orificio cervical interno.

En las mujeres con útero septado es frecuente que aparezcan problemas de fertilidad. Durante el primer trimestre de embarazo el riesgo de aborto espontáneo se halla entre un 28-45%. Existe riesgo de que el embrión o placenta se implanten en el tabique o no exista espacio suficiente para el desarrollo fetal.

Por otro lado, de acuerdo al grado de la malformación se pueden dar partos prematuros y muerte fetal. En las madres con útero tabicado suele estar indicada la realización de una cesárea.³³

La subcategoría **Q51.2 Otras duplicaciones del útero**, se ha expandido para incluir los siguientes códigos:

- Q51.20** Otra duplicación del útero, sin especificar
- Q51.21** Otra duplicación completa del útero
- Q51.22** Otra duplicación parcial del útero
- Q51.28** Otra duplicación especificada del útero

Cuando aparte del septo uterino completo existe doble cérvix y doble vagina se utiliza la subcategoría **Q51.1 Duplicación del útero con duplicación del cuello uterino y de la vagina.**

Criptorquidia Pediátrica

La criptorquidia es la falta de descenso de uno o ambos testículos hacia el escroto. Por lo general se acompaña de una hernia inguinal.

Afecta a alrededor del 3% de los recién nacidos a término y hasta al 30% de los recién nacidos prematuros; aproximadamente dos tercios de los testículos no descendidos descienden de manera espontánea dentro de los primeros 4 meses de vida, por lo que solo el 0,8% de los lactantes requieren tratamiento.

El ochenta por ciento de los testículos no descendidos son diagnosticados al nacer. El resto son diagnosticados durante la infancia o la adolescencia temprana. Lo más frecuente es que el testículo criptorquídeo se localice a lo largo del trayecto habitual del descenso, tanto intraabdominal, como inguinal o en la raíz del escroto, siendo la localización más frecuente la inguinal.

Los testículos no descendidos pueden causar alteraciones en la fertilidad y se asocian con carcinoma testicular, en particular en caso de posición intraabdominal. En los casos no tratados de testículos intraabdominales, puede producirse una torsión testicular que se manifiesta con un cuadro de abdomen agudo. Casi todos los recién nacidos que tienen un testículo no descendido en el momento del nacimiento también presentan una hernia inguinal (persistencia del proceso vaginal).

Se han creado códigos nuevos en la categoría **Q53 Testículo no descendido y ectópico**, para proporcionar información acerca de la localización específica del testículo no descendido, ya que esta información puede tener implicaciones importantes en el seguimiento y tratamiento. Los nuevos códigos especifican si la afección es unilateral o bilateral, así como la localización del testículo como intraabdominal, en el canal inguinal o situación escrotal alta:

Q53.111 Testículo intraabdominal unilateral

Q53.112 Testículo inguinal unilateral

- Q53.13 Testículo escrotal alto unilateral**
- Q53.211 Testículo intraabdominal bilateral**
- Q53.212 Testículo inguinal bilateral**
- Q53.23 Testículo escrotal alto bilateral**

Antes de estos cambios, CIE-10-ES tenía códigos únicos para el testículo abdominal, ectópico y ectópico perineal, así como códigos para unilateral y bilateral.

Por otra parte, un niño puede ser evaluado por la presencia de un testículo no palpable que requeriría de una evaluación posterior para determinar la localización y la presencia o ausencia del mismo. Se han creado dos nuevos códigos para identificar esta afección:

- R39.83 Testículo impalpable, unilateral**
- R39.84 Testículos impalpables, bilaterales**

Síndrome de Angelman

El síndrome de Angelman (AS) es un trastorno genético caracterizado por un déficit intelectual grave y rasgos dismórficos faciales distintivos. En los primeros 6 meses de vida del niño pueden darse dificultades para la alimentación, e hipotonía, seguida de un retraso del desarrollo entre los 6 meses y los 2 años de edad.

Generalmente a partir del primer año, se desarrollan las características típicas del síndrome: déficit intelectual grave, ausencia de habla, estallidos de risa con aleteo de manos, microcefalia, macrostomía, hipoplasia maxilar, prognatia y problemas neurológicos con forma de andar como una marioneta, ataxia y crisis epilépticas con anomalías específicas del electroencefalograma (EEG).

Con la edad, las características típicas de la enfermedad son menos marcadas y aparecen engrosamiento facial, escoliosis torácica y problemas de movilidad. La escoliosis torácica está descrita en el 40% de los pacientes (la mayoría mujeres). Las crisis epilépticas persisten en la edad adulta, pero la hiperactividad, la escasa capacidad de atención y los trastornos del sueño mejoran.

Muchos de los rasgos característicos del síndrome de Angelman resultan de la pérdida de la función del gen de la proteína ubiquitina ligasa E3A (UBE3A).³⁴

El síndrome de Angelman se estima en 1 por 12.000 a 20.000 personas con una expectativa de vida cerca de lo normal.

Se ha expandido la subcategoría **Q93 Monosomías y deleciones de los autosomas, no clasificadas bajo otro concepto**, y se han creado dos códigos nuevos:

Q93.51 Síndrome de Angelman

Q93.59 Otras deleciones de parte de un cromosoma

Síndrome de Williams

El síndrome de Williams o síndrome de Williams Beuren es una enfermedad genética que afecta a muchos sistemas corporales. Se caracteriza por discapacidad intelectual leve a moderada, rasgos faciales típicos (frente amplia, nariz corta con punta ancha, mejillas llenas, boca ancha con labios gruesos y problemas dentales) hipercalcemia en la infancia y cardiopatía (estenosis aórtica supravalvular). Se debe a una deleción en el cromosoma 7, en una región específica del mismo (7q11.23) por lo que se pierde la información genética contenida en unos 20-40 genes contiguos. Se hereda de forma autosómica dominante, aunque la mayoría de los casos diagnosticados son esporádicos, sin que haya otros casos en la familia.³⁵ Para clasificar específicamente este síndrome se ha creado el código **Q93.82 Síndrome de Williams**.

Capítulo 18. Síntomas, Signos y Resultados Anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto (R00-R99)

Distrés respiratorio Agudo

El distrés respiratorio se refiere a la dificultad de respirar que puede deberse a afecciones tales como asma, aspiración, traumatismo, enfermedad cardíaca, neumonía, etc. El distrés respiratorio no está asociado con una incapacidad del sistema respiratorio para suministrar adecuadamente el oxígeno y/o eliminar el dióxido de carbono para mantener el metabolismo.

Por su parte, el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) es un trastorno rápidamente progresivo que tiene síntomas de disnea, taquipnea e hipoxemia. El SDRA a menudo se asocia con sepsis, neumonía, traumatismo y aspiración. La mayoría de los pacientes que desarrollan un SDRA están ya en el hospital con otras enfermedades graves o críticas.

Se ha creado el código **R06.03 Distrés respiratorio agudo**, para diferenciar el distrés respiratorio agudo del síndrome de distrés respiratorio agudo que es una afección mucho más grave.

Coma de Escala de Glasgow Pediátrica

La escala de coma de Glasgow es un método simple y fiable de registro y monitorización del nivel de conciencia y una herramienta eficaz en la valoración inicial del traumatismo craneo encefálico. Con el fin de

facilitar su uso en pacientes pediátricos han sido revisadas, las subcategorías **R40.22 Escala de coma, mejor respuesta verbal**, y **R40.23 Escala de coma, mejor respuesta motora**, incorporando criterios adaptados a pacientes lactantes y pediátricos. La valoración de la respuesta ocular, no ha sufrido modificaciones.

- R40.222 Escala de coma, mejor respuesta verbal, palabras incomprensibles**
Quejidos/gruñidos al dolor; inquietud (<2 años de edad)
Sonidos incomprensibles (2-5 años de edad)
Puntuación 2 de la escala de coma verbal
- R40.223 Escala de coma, mejor respuesta verbal, palabras inadecuadas**
Gritos (2-5 años de edad)
Llanto inadecuado o gritos (<2 años de edad)
Puntuación 3 de la escala de coma verbal
- R40.224 Escala de coma, mejor respuesta verbal, conversación confusa**
Llanto irritable (<2 años de edad)
Palabras inadecuadas (2-5 años de edad)
Puntuación 4 de la escala de coma verbal
- R40.225 Escala de coma, mejor respuesta verbal, orientado**
Susurro, balbuceo o llanto adecuados (<2 años de edad)
Uso de palabras adecuadas (2-5 años de edad)
Puntuación 5 de la escala de coma verbal
- R40.232 Escala de coma, mejor respuesta motora, extensión**
Postura de extensión al dolor o a estímulos nocivos (2-5 años de edad)
Postura de extensión anormal al dolor o a estímulos nocivos (<2 años de edad)
Puntuación 2 de la escala de coma motora
- R40.233 Escala de coma, mejor respuesta motora, flexión anómala**
Postura de flexión anómala al dolor o a estímulos nocivos (2-5 años de edad)
Postura de flexión/decorticación (<2 años de edad)
Puntuación 3 de la escala de coma motora
- R40.234 Escala de coma, mejor respuesta motora, retirada en flexión**
Retirada por dolor o estímulos nocivos (2-5 años de edad)
Puntuación 4 de la escala de coma motora
- R40.235 Escala de coma, mejor respuesta motora, localiza dolor**
Localiza el dolor (2-5 años de edad)
Retirada al tocar (<2 años de edad)
Puntuación 5 de la escala de coma motora
- R40.236 Escala de coma, mejor respuesta motora, obedece órdenes**
Movimientos normales o espontáneos (<2 años de edad)
Obedece órdenes (2-5 años de edad)
Puntuación 6 de la escala de coma motora

Hallazgos anormales en la orina

Las alteraciones analíticas descritas en los pacientes con litiasis van desde la hipercalciuria idiopática, el aumento en la excreción de oxalato y ácido úrico, hasta la disminución del citrato urinario, cuya capacidad para impedir la nucleación y crecimiento de cristales de calcio ha sido plenamente demostrada.³⁶ La subcategoría **R82.99 Otros hallazgos anormales en orina**, incluye ahora nuevos códigos que permiten identificar específicamente algunas de estas anomalías.

Hipocitraturia (R82.991), se define por la eliminación del ácido cítrico menor del 115 mg en la orina de 24 horas, en el hombre, y de 200 mg en la mujer. Se asocia a la formación de cálculos de oxalato cálcico. Se ha descrito en el 15-63% de los pacientes con litiasis renal, en el 10% como una única alteración, y en el resto asociado a otras anomalías metabólicas. La acidosis metabólica es, probablemente, el factor etiológico más importante.³⁷

Hiperoxaluria (R82.992), se produce por un aumento de los niveles de oxalato en la orina. El oxalato es un compuesto químico natural del organismo y se encuentra en ciertos tipos de alimentos. La hiperoxaluria puede producirse por trastornos hereditarios (genéticos), enfermedad intestinal o por una dieta con alimentos ricos en oxalato. Las personas con hiperoxaluria a menudo tienen cálculos renales de oxalato de calcio.

En las ediciones anteriores de CIE-10-ES de 2016 y 2018, la hiperoxaluria se clasificaba en el código E72.53. El literal de este código ha sido revisado, y el código **E72.53 Hiperoxaluria** pasa a ser **E72.53 Hiperoxaluria primaria (HOP)**. El código **R82.992 Hiperoxaluria**, se refiere a un hallazgo de exceso de oxalato en determinaciones de orina.

El código de la hiperoxaluria primaria (**E72.53**) hace referencia a un trastorno hereditario poco frecuente del metabolismo del glicolato que está ya presente en el momento del nacimiento.

Hiperuricosuria (R82.993), se define por niveles altos de ácido úrico en orina. Las causas directas de hiperuricosuria incluyen la disolución de cristales de ácido úrico en el riñón o la vejiga e hiperuricemia. Las causas indirectas incluyen medicamentos uricosúricos, rápida descomposición de tejidos corporales que contienen grandes cantidades de DNA

y RNA y dieta alta en purina. La hiperuricosuria aguda es una complicación frecuente del síndrome de lisis tumoral. La hiperuricosuria está asociada con la gota y la nefrolitiasis de ácido úrico.

Hiper calciuria (R82.994), es la presentación de niveles elevados de calcio en la orina. Los pacientes con hiper calciuria tienen riñones que eliminan niveles de calcio más altos de lo normal. La hiper calciuria crónica puede llevar a deterioro de la función renal, nefrocalcinosis e insuficiencia renal.

El código **R82.998, Otros hallazgos anormales en orina**, clasifica los hallazgos anómalos de otros cilindros, cristales, etc. que no tienen código específico.

Hallazgos anormales en el diagnóstico por imagen de los testículos

La edición de 2020 incluye códigos nuevos para clasificar de forma más precisa, la presencia de hallazgos radiológicos anómalos en testículos. Esta subcategoría se ha subdividido teniendo en cuenta la lateralidad de los mismos:

- R93.811 Resultados anormales en diagnóstico por imagen de testículo derecho
- R93.812 Resultados anormales en diagnóstico por imagen de testículo izquierdo
- R93.813 Resultados anormales en diagnóstico por imagen de testículos, bilateral
- R93.819 Resultados anormales en diagnóstico por imagen de testículo no especificado

Además se ha creado el código **R93.89 Resultados anormales en diagnóstico por imagen de otras estructuras especificadas del cuerpo**.

Capítulo 19. Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (S00-T88)

Traumatismo Intracraneal

Se ha añadido una nueva nota bajo la categoría **S06 Traumatismo intracraneal**, para aclarar que los séptimos caracteres que describen contactos sucesivos (D) y secuela (S) no son aplicables a códigos con el sexto carácter 7 (muerte debida a lesión cerebral antes de recuperar la conciencia) o el sexto carácter 8 (muerte debida a otra causa antes de recuperar la conciencia). Los códigos aplicables se han desactivado ya que los séptimos caracteres D y S son irrelevantes para esos códigos ya que no deberían existir episodios tras la muerte de un paciente.

Traumatismos no especificados

Los códigos de la categoría **T07 Traumatismos múltiples no especificados**, no deberían asignarse en hospitalización a no ser que no se tenga disponible información para poder asignar un código más específico.

Se han añadido séptimos caracteres a la categoría **T07 Traumatismos múltiples no especificados**, y a la categoría **T14 Traumatismo de región corporal no especificada**, como sigue:

- A. Contacto inicial
- B. Contacto sucesivo
- S. Secuela

Envenenamiento por éxtasis

El éxtasis o metilendioximetanfetamina (MDMA) es una droga de diseño que en la actualidad es consumida por una gran cantidad de jóvenes con ánimo recreativo. Su consumo oral ha experimentado un rápido crecimiento, predominantemente entre los jóvenes, con el consecuente aumento del número de intoxicaciones graves que se derivan de los propios efectos de la droga o de las sustancias con las que puede ir “cortada”: azúcares (lactosa, glucosa o manitol), cafeína, efedrina, cocaína, diazepam, ketamina, etc. Produce un estado de alerta, euforia, supresión del apetito y de la sensación de fatiga e incremento de la empatía. Desarrollan una gran dependencia psicológica y una alta tolerancia.

Las manifestaciones del envenenamiento o sobredosis pueden afectar a diferentes sistemas y aparatos y en ocasiones dar lugar a cuadros clínicos complejos. A nivel cardiovascular las manifestaciones más frecuentes son: taquicardia, hipertensión arterial y arritmias. Entre las manifestaciones neuropsiquiátricas las más habituales son: crisis de ansiedad y ataques de pánico con agitación y agresividad, así como recurrencias de efectos o flashback. Además, pueden producirse alteraciones sistémicas graves como shock, asistolia y síndrome coronario agudo, o afectación grave del sistema nervioso central con hemorragia subaracnoidea e intracraneal o trombosis de seno venoso central.

Se han descrito casos de muerte con dosis bajas (reacciones mortales por hipersensibilidad, con una sola pastilla).

La nueva subcategoría **T43.64 Envenenamiento por éxtasis**, permite identificar de forma más precisa el envenenamiento por éxtasis:

- T43.641** Envenenamiento por éxtasis, accidental (no intencionado)
- T43.642** Envenenamiento por éxtasis, autolesión intencionada
- T43.643** Envenenamiento por éxtasis, agresión
- T43.644** Envenenamiento por éxtasis, intencionalidad sin determinar

Explotación laboral y sexual forzada

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) considera trabajo forzoso a aquellas labores o servicios no voluntarios que se realizan bajo amenaza de sufrir algún castigo. La explotación de personas que

no tienen otra opción que trabajar en esas situaciones es calificada por la organización como “esclavitud moderna”. La explotación sexual constituye la mayor parte del trabajo forzoso, que se produce sobre todo en Asia, pero también en las economías desarrolladas, entre ellas las de la Unión Europea (UE). Se ven afectados en todo el mundo 21 millones de hombres, mujeres y niños en estas actividades.³⁸

Se han creado códigos nuevos para diferenciar a estos individuos de otras víctimas de abuso. Los efectos tanto del tráfico sexual como laboral pueden ser devastadores para las personas, familias, comunidades y la sociedad en general. Estos efectos pueden producir consecuencias en la salud y el bienestar a corto y largo plazo. Las personas víctimas de tráfico pueden experimentar traumas físicos, psicológicos y sociales que llevan a un extenso espectro de necesidades.

En los centros sanitarios se tiene una oportunidad significativa para identificar y asistir víctimas de tráfico humano. Lo estudios muestran que del 50% al 87% de los supervivientes de este tráfico han sido vistos por profesionales sanitarios mientras estaban siendo víctimas del mismo. Dichas víctimas son tratadas en servicios de urgencias, clínicas, consultas médicas, centros de emergencias y otros servicios.

Para poder identificar correctamente a las víctimas de estos abusos, se han creado las siguientes subcategorías que incluyen códigos diferenciados para adultos y niños:

- T74.5 Explotación sexual forzada, confirmada**
 - T74.51 Explotación sexual de adulto forzada, confirmada**
 - T74.52 Explotación sexual infantil forzada, confirmada**
- T74.6 Explotación laboral forzada, confirmada**
 - T74.61 Explotación laboral de adulto forzada, confirmada**
 - T74.62 Explotación laboral infantil forzada, confirmada**
- T76.5 Explotación sexual forzada, sospecha**
 - T76.51 Explotación sexual de adulto forzada, sospecha**
 - T76.52 Explotación sexual infantil forzada, sospecha**
- T76.6 Explotación laboral forzada, sospecha**
 - T76.61 Explotación laboral de adulto forzada, sospecha**
 - T76.62 Explotación laboral infantil forzada, sospecha**

Relacionados con los códigos anteriormente descritos, la clasificación incluye en los capítulos 20 y 21 nuevos códigos que identifican los contactos sanitarios para reconocimiento u observación por explotación laboral o sexual, así como los antecedentes personales de la misma.

- Z04.81 Contacto para reconocimiento médico y observación de víctima después de explotación sexual forzada
- Z04.82 Contacto para reconocimiento médico y observación de víctima después de explotación laboral forzada
- Z62.813 Historia personal de explotación laboral o sexual forzada en la infancia
- Z91.42 Historia personal de explotación laboral o sexual forzada

Lugar de infección quirúrgica tras un procedimiento

Las infecciones del lugar de intervención son normalmente clasificadas de acuerdo a su profundidad: incisional superficial, incisional profunda e infección de órgano/espacio.

Se ha subdividido la subcategoría **T81.4 Infección después de un procedimiento**, creando códigos nuevos para identificar las infecciones del lugar quirúrgico con estos criterios.

- T81.40 Infección después de un procedimiento, sin especificar
- T81.41 Infección después de un procedimiento, zona de incisión quirúrgica superficial
- T81.42 Infección después de un procedimiento, zona de incisión quirúrgica profunda
- T81.43 Infección después de un procedimiento, zona quirúrgica de órgano y espacio
- T81.44 Sepsis después de un procedimiento
- T81.49 Infección después de un procedimiento, otra zona quirúrgica

Capítulo 20. Causas externas de morbilidad (V00-Y99)

Códigos de Causa Externa de Lesión para Vehículos Todoterreno, Motocicleta de Trial y de Motocross

A fin de poder diferenciar entre distintos tipos de vehículos todoterreno como los de tres o cuatro ruedas frente a las motocicletas de trial y motocross, se han ampliado los códigos de la categoría **V86 Ocupante de todoterreno especial u otro vehículo motorizado lesionado en accidente de transporte**.

Los códigos nuevos de esta categoría son:

- V86.05 Conductor de vehículo todoterreno (VTT) de 3 ó 4 ruedas lesionado en accidente de tráfico
- V86.06 Conductor de motocicleta de trial o motocicleta de motocross lesionado en accidente de tráfico
- V86.15 Pasajero de vehículo todoterreno (VTT) de 3 ó 4 ruedas lesionado en accidente de tráfico
- V86.16 Pasajero de motocicleta de trial o motocicleta de motocross lesionado en accidente de tráfico
- V86.25 Persona en exterior de vehículo todoterreno (VTT) de 3 ó 4 ruedas lesionada en accidente de tráfico
- V86.26 Persona en exterior de motocicleta de trial o motocicleta de motocross lesionada en accidente de tráfico
- V86.35 Ocupante no especificado de vehículo todoterreno (VTT) de 3 ó 4 ruedas lesionado en accidente de tráfico
- V86.36 Ocupante no especificado de motocicleta de trial o motocicleta de motocross lesionado en accidente de tráfico
- V86.45 Persona lesionada al subir o bajar de vehículo todoterreno (VTT) de 3 ó 4 ruedas
- V86.55 Conductor de vehículo todoterreno (VTT) de 3 ó 4 ruedas lesionado en accidente no de tráfico

- V86.56 Conductor de motocicleta de trial o motocicleta de motocross lesionado en accidente no de tráfico
- V86.65 Pasajero de vehículo todoterreno (VTT) de 3 ó 4 ruedas lesionado en accidente no de tráfico
- V86.66 Pasajero de motocicleta de trial o motocicleta de motocross lesionado en accidente no de tráfico
- V86.75 Persona en exterior de vehículo todoterreno (VTT) de 3 ó 4 ruedas lesionada en accidente no de tráfico
- V86.76 Persona en exterior de motocicleta de trial o motocicleta de motocross lesionada en accidente no de tráfico
- V86.95 Ocupante no especificado de vehículo todoterreno (VTT) de 3 ó 4 ruedas lesionado en accidente no de tráfico
- V86.96 Ocupante no especificado de motocicleta de trial o motocicleta de motocross lesionado en accidente no de tráfico

La categoría **Y07 Autor de agresión, maltrato y abandono**, se ha expandido con el código nuevo **Y07.6 Autores múltiples de maltrato y abandono**, para identificar situaciones en las que están involucrados varios autores.

Capítulo 21. Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los Servicios Sanitarios (Z00-Z99)

Actualización de Códigos Z

Se han creado una serie de códigos Z que se relacionan como sigue:

Contacto/Exposición

La subcategoría **Z20.82 Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades virales transmisibles**, se ha ampliado y se ha creado un código nuevo (**Z20.821**) para identificar pacientes que han estado en contacto o que son sospechosos de haber estado expuestos al virus del Zika.

Z20.821 Contacto y (sospecha de) exposición al virus del Zika

La nota de instrucción en la categoría Z05 se ha revisado, y la frase “no relacionada con exposición a la madre o al proceso de nacimiento” se ha borrado. Además, se ha borrado la nota Excluye 2 “observación del recién nacido por sospecha de enfermedad, relacionada con la exposición a la madre o al proceso de nacimiento (P00-P04)”

Se han creado dos nuevos códigos de observación para identificar un contacto para examen y observación de víctima tras explotación laboral o sexual forzada:

Z04.81 Contacto para reconocimiento médico y observación de víctima después de explotación sexual forzada

Z04.82 Contacto para reconocimiento médico y observación de víctima después de explotación laboral forzada

Además se ha creado el código **Z04.89 Contacto para reconocimiento médico y observación por otras razones especificadas**.

Historia (de)

Se han creado dos códigos nuevos por ampliación del código **Z83.43 Historia familiar de otros trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias**, para identificar la historia familiar de lipoproteína(a) elevada (**Z83.430**) y otros trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias (**Z83.438**).

Además hay otros dos códigos nuevos de historia personal:

Z62.813 Historia personal de explotación laboral o sexual forzadas en la infancia

Z91.42 Historia personal de explotación laboral o sexual forzadas

Cribado

Un cribado es la realización de pruebas a individuos aparentemente sanos para identificar a aquellos que puedan estar enfermos o que presenten un riesgo incrementado de padecer una determinada enfermedad. Se ha creado una nueva subcategoría para el cribado de los trastornos de salud mental y del comportamiento: **Z13.3 Contacto para reconocimiento médico de cribado de trastornos de salud mental y del comportamiento**. Esta subcategoría incluye cuatro códigos nuevos para identificar el cribado de trastornos de salud mental y el comportamiento, no especificados (**Z13.30**), cribado de depresión (**Z13.31**), cribado de depresión materna (**Z13.32**) y cribado para otros trastornos de salud mental y del comportamiento (**Z13.39**).

La subcategoría **Z13.4 Contacto para cribado de ciertos trastornos del desarrollo en la infancia**, se ha ampliado con los siguientes códigos nuevos:

Z13.40 Contacto para cribado de retrasos del desarrollo sin especificar

Z13.41 Contacto para cribado de autismo

Z13.42 Contacto para cribado de retrasos globales del desarrollo (hitos)

Z13.49 Contacto para cribado de otros retrasos del desarrollo

Estos códigos se utilizan cuando el cribado del retraso del desarrollo es la causa principal del contacto (o la única). Pueden utilizarse junto a códigos de la subcategoría **Z00.12 Contacto para reconocimiento de salud rutinario infantil**, si las pruebas para cribado del retraso del desarrollo, se realizan durante el mismo episodio del reconocimiento de salud.

Asesoramiento

Dos nuevos códigos Z de asesoramiento han sido incluidos en esta nueva edición de 2020. El código **Z71.82 Asesoramiento para ejercicio** y el código **Z71.83 Contacto para asesoramiento genético no reproductivo**, para diferenciarlo de contactos para asesoramiento genético reproductivo (**Z31.5**). El asesoramiento genético ofrece información y apoyo a las personas que tienen o pueden tener riesgos de trastornos genéticos.

Contacto para servicios obstétricos y reproductivos

El literal del código **Z31.5 Contacto para asesoramiento genético**, se ha revisado a “**Contacto para asesoramiento genético reproductivo**”.

Se han creado dieciocho códigos nuevos en la categoría **Z36 Contacto para cribado prenatal de la madre**, para proporcionar una especificidad adicional y mejorar el seguimiento de los datos y medida de la calidad de la realización del cribado prenatal. Los códigos se basan en el motivo del cribaje, más que en el procedimiento usado para realizar el mismo. Los códigos nuevos identifican los contactos de cribaje prenatal para las siguientes afecciones:

- Z36.0 Contacto para cribado prenatal para anomalías cromosómicas
- Z36.1 Contacto para cribado prenatal para nivel alto de alfafetoproteína
- Z36.2 Contacto para otro seguimiento de cribado prenatal
- Z36.3 Contacto para cribado prenatal para malformaciones
- Z36.4 Contacto para cribado prenatal para retraso del crecimiento fetal
- Z36.5 Contacto para cribado prenatal para isoimmunización
- Z36.8 Contacto para otro cribado prenatal
 - Z36.81 Contacto para cribado prenatal para hidropesía fetal
 - Z36.82 Contacto para cribado prenatal para translucencia nucal
 - Z36.83 Contacto para cribado prenatal para anomalías cardíacas congénitas
 - Z36.84 Contacto para cribado prenatal para madurez pulmonar fetal
 - Z36.85 Contacto para cribado prenatal para estreptococo B
 - Z36.86 Contacto para cribado prenatal para longitud cervical
 - Z36.87 Contacto para cribado prenatal para edad gestacional dudosa
 - Z36.88 Contacto para cribado prenatal para macrosomía fetal
 - Z36.89 Contacto para otro cribado prenatal especificado
 - Z36.8A Contacto para cribado prenatal para otros defectos genéticos
- Z36.9 Contacto para otro cribado prenatal, no especificado

Miscelánea

Se ha creado el código **Z28.83 Vacunación no realizada por indisponibilidad de la vacuna**, para proporcionar el seguimiento del motivo por el que una vacuna que se espera que sea administrada, no lo ha sido. El código debe usarse cuando la inmunización no se proporciona debido a falta de disponibilidad de la vacuna, retraso en el reparto de la misma, retraso en su fabricación y otros motivos parecidos.

También se ha creado el código **Z40.03 Contacto para extracción profiláctica de trompa(s) de Falopio**. Estudios recientes sugieren que el cáncer de ovario puede originarse en las trompas de Falopio más que en el ovario. Las mujeres con mutación de los genes BRCA1 o BRCA2 tienen un riesgo significativamente incrementado de desarrollar cáncer de mama y cáncer de ovario. A las mujeres con mutaciones del BRCA normalmente se les extirpan simultáneamente los ovarios y trompas de Falopio ya que tienen también un riesgo aumentado de cáncer de trompa de Falopio.

Si el episodio es para extirpación profiláctica de ovarios y trompas de Falopio en el mismo tiempo, asigne solo el código **Z40.02 Contacto para extracción profiláctica de ovario**, tal como se indica en la nota de inclusión del **Z40.02**. Adicionalmente, se ha creado una subcategoría y cuatro códigos nuevos acerca del riesgo de caries:

- Z91.84 Factores de riesgo de salud bucodental**
 - Z91.841 Riesgo de caries dental, bajo**
 - Z91.842 Riesgo de caries dental, moderado**
 - Z91.843 Riesgo de caries dental, alto**
 - Z91.849 Riesgo de caries dental no especificado**

Nuevos Códigos de Procedimientos CIE-10-ES edición 2020

La edición 2020 de la CIE-10-ES Procedimientos corresponde a la traducción de las ediciones ICD-10-PCS FY 2018 y FY 2019 de Estados Unidos e incluye cambios significativos con respecto a la edición previa.

La revisión correspondiente al FY 2018 incorpora 3562 códigos nuevos y elimina 646 códigos. La revisión correspondiente al FY 2019 incorpora a su vez 392 nuevos códigos y elimina 216 códigos.

Con estos cambios el número total de códigos de esta nueva edición es de 78.881.

Además de los códigos nuevos y borrados, en esta nueva edición se ha hecho la revisión de un buen número de los literales de determinados valores. Esta revisión de literales, en algunos casos es una simple corrección tipográfica que puede consultarse en las tablas de referencia en el apartado de códigos editados. Los cambios significativos, que suponen un cambio en el significado de dicho valor, están explicados en este cuaderno (como es el caso por ejemplo de los valores de localizaciones anatómicas relativas a las venas safenas) y también pueden consultarse en las tablas de conversión.

Para facilitar la identificación de dichos cambios, las tablas contienen marcas tipográficas. Los valores que mantienen el mismo carácter pero cuyo literal ha sido revisado y modificado están marcados con el símbolo ☉. Los valores nuevos en una tabla que dan lugar a nuevos códigos están identificados en rojo. Cuando en una tabla todos los valores de localización anatómica, de una misma fila, son nuevos, se ha considerado nueva a toda la fila.

En algunas tablas, valores previamente existentes de abordaje, dispositivo o calificador, son ahora aplicables a un mayor número de localizaciones anatómicas, generando nuevos códigos. Estos valores que ahora pueden ser usados con otras localizaciones anatómicas, o calificadores se han identificado con el símbolo ▲ en negro.

Las filas nuevas se han sombreado en gris claro. No todas las filas nuevas incluyen valores nuevos; en determinados casos la fila nueva ha surgido porque se han reagrupado determinadas localizaciones anatómicas de forma diferente a la edición anterior.

La estructura de este cuaderno sigue la secuencia de las secciones que han sufrido cambios en la clasificación de procedimientos.

Gran parte de los cambios que se han producido en esta edición afectan a la sección 0 Médico-Quirúrgica, pero también hay algunas modificaciones en la secciones 1 Obstetricia, 3 Administración, 4 Medición y Monitorización, 5 Asistencia y Soporte Extracorpóreos y X Nueva Tecnología.

FY 2018 Códigos nuevos

Médico-Quirúrgica	3.430
Obstetricia	2
Administración	23
Medición y Monitorización	72
Asistencia y Soporte Extracorpóreos o Sistémicos	4
Imagen	7
Nueva Tecnología	24
Total	3.562

FY 2019 Códigos nuevos

Médico-Quirúrgica	382
Administración	1
Asistencia y Soporte Extracorpóreos o Sistémicos	2
Nueva Tecnología	7
Total	392

Códigos totales CIE-10-ES 2020 (Fy 2018 + Fy 2019)

Médico-Quirúrgica	68.639
Obstetricia	302
Colocación	861
Administración	1.445
Medición y Monitorización	414
Asistencia y Soporte Extracorpóreos o Sistémicos	45
Terapias Extracorpóreas o Sistémicas	46
Osteopatía	100
Otros Procedimientos	60
Quiropráctica	90
Imagen	2.941
Medicina Nuclear	463
Radioterapia	1.939
Rehabilitación y Audiología Diagnóstica	1.380
Salud Mental	30
Tratamiento de Abuso de Sustancias	59
Nueva Tecnología	67
Total	78.881

Sección 0 Médico-Quirúrgica

En la edición de 2020, la sección Médico-Quirúrgica incorpora un total de 4.312 códigos nuevos (FY 2018: 3.430 + FY2019: 382). Este aumento de códigos conlleva a algunas actualizaciones y cambios en la clasificación.

Por una parte se han incorporado los abordajes **7** Orificio Natural o Artificial y **8** Orificio Natural o Artificial Endoscópico, en muchas tablas permitiendo identificar mejor algunos procedimientos que previamente no se podían codificar adecuadamente.

Otro cambio relevante afecta a la descripción del tipo de procedimiento Control. Hasta ahora, este tipo de procedimiento era exclusivo de los sistemas orgánicos de Regiones Anatómicas, pero en 2019 este tipo de procedimiento se ha incorporado en el sistema orgánico **9** Oído, Nariz y Senos Paranasales, abriendo la posibilidad a que en futuras revisiones se pueda incluir en otros sistemas orgánicos.

Otra novedad reseñable, es la de incorporar en casi todos los sistemas orgánicos el valor de dispositivo **Y** Otro Dispositivo, en las tablas de Inserción, Cambio y Revisión. El valor **Y** Otro Dispositivo, tiene ahora el significa de “**otro especificado**”, pudiendo emplearse para cualquier dispositivo especificado, tenga o no un valor determinado en otras filas y tablas de la clasificación.

Sistema Orgánico 0 Sistema Nervioso Central y Nervios Craneales

Se ha producido una revisión en la denominación del sistema orgánico **0** Sistema Nervioso Central, pasando a denominarse **0** Sistema Nervioso Central y Nervios Craneales.

Este sistema orgánico ha sido bastante revisado y se han producido algunos cambios:

Se han generado dos tablas nuevas: **007** Dilatación y **00R** Sustitución.

Se han incorporado nuevos valores en las tablas: **001**, **00C**, **00H**, **00P**, **00U** y **00W**.

También se ha realizado una revisión de algunos literales de localizaciones anatómicas en las tablas **009, 00C** y **00F**, añadiéndose el término Intracraneal en los literales de los valores: **3** Espacio Epidural **Intracraneal**, **4** Espacio Subdural **Intracraneal**, **5** Espacio Subaracnoideo **Intracraneal**.

Para el espacio epidural, subdural o subaracnoideo a nivel espinal debe utilizarse la localización anatómica **U** Canal Espinal.

Tabla 001 Derivación

En esta tabla, se ha añadido el valor de abordaje **4** Endoscópico Percutáneo, para la localización anatómica **6** Ventrículo Cerebral. Para esta localización anatómica además se incluye la posibilidad de codificar la derivación sin dispositivo.

Sección		0 Médico-Quirúrgica	
Sistema Orgánico		0 Sistema Nervioso Central y Nervios Craneales	
Tipo de Procedimiento		1 Derivación: Alterar la vía de paso de los contenidos de una estructura anatómica tubular	
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
6 Ventrículo Cerebral	0 Abierto 3 Percutáneo 4 Endoscópico Percutáneo	Z Ninguno	B Cisternas Cerebrales

Un ejemplo habitual de este tipo de procedimiento es la ventriculostomía endoscópica del suelo del tercer ventrículo. Consiste en hacer una abertura en el suelo del tercer ventrículo que permita el flujo libre del líquido cefalorraquídeo para ser absorbido por los plexos coroideos. Si bien el procedimiento en sí no es nuevo, la introducción de la endoscopia ha permitido conseguir una mayor efectividad y un menor riesgo de complicaciones.

En la tabla **001**, la localización **U** Canal Espinal, también incorpora un nuevo valor de abordaje (**4** Endoscópico Percutáneo) y de calificador (**2** Aurícula).

Sección 0 Médico-Quirúrgica Sistema Orgánico 0 Sistema Nervioso Central y Nervios Craneales Tipo de Procedimiento 1 Derivación: Alterar la vía de paso de los contenidos de una estructura anatómica tubular			
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
U Canal Espinal	0 Abierto 3 Percutáneo 4 Endoscópico Percutáneo	7 Sustituto de Tejido Autólogo J Sustituto Sintético K Sustituto de Tejido No Autólogo	2 Aurícula 4 Cavidad Pleural 6 Cavidad Peritoneal 7 Tracto Urinario 9 Trompa de Falopio

El tratamiento habitual de la hidrocefalia consiste en la inserción quirúrgica de un sistema de drenaje denominado «derivación». La forma de derivación más frecuente es la que se realiza desde los ventrículos cerebrales hasta el abdomen (ventrículo-peritoneal) o a una de las cavidades del corazón (ventrículo auricular). El líquido cefalorraquídeo también se puede drenar desde el canal espinal en la zona lumbar. La derivación puede ir del área lumbar al peritoneo (derivación lumboperitoneal) a los vasos en la cavidad torácica (derivación lumboatrial) o a la cavidad pleural (derivación lumbopleural). El nuevo valor de calificador, facilita la codificación de los procedimientos de derivación lumboatrial.

Tabla 007 Dilatación

Se ha creado una nueva tabla de Dilatación en Sistema Nervioso Central y Nervios Craneales. Esta tabla permitirá codificar las dilataciones que se realicen en los ventrículos cerebrales.

Sección 0 Médico-Quirúrgica Sistema Orgánico 0 Sistema Nervioso Central y Nervios Craneales Tipo de Procedimiento 7 Dilatación: Agrandar un orificio o la luz de una estructura anatómica tubular			
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
0 Ventrículo Cerebral	0 Abierto 3 Percutáneo 4 Endoscópico Percutáneo	Z Ninguno	Z Ninguno

Tabla 00C Extirpación

Se ha añadido el valor de estructura anatómica **U** Canal Espinal, para capturar con detalle los procedimientos de extirpación realizados en el canal espinal (por ejemplo evacuación de hematomas organizados en el espacio epidural espinal).

Ejemplo: paciente que ingresa por hematoma epidural a nivel de columna dorsal. Mediante abordaje abierto se objetiva un hematoma organizado a dicho nivel que es evacuado.

00CU0ZZ Extirpación en canal espinal, abordaje abierto

Tabla 00R Sustitución

El propósito de esta nueva tabla es poder identificar procedimientos de reconstrucción con injertos. Incluye numerosas localizaciones anatómicas:

1 Meninges Cerebrales	L Nervio Motor Ocular Externo
2 Duramadre	M Nervio Facial
6 Ventrículo Cerebral	N Nervio Acústico
F Nervio Olfatorio	P Nervio Glosofaríngeo
G Nervio Óptico	Q Nervio Vago
H Nervio Oculomotor	R Nervio Accesorio
J Nervio Troclear	S Nervio Hipogloso
K Nervio Trigémino	T Meninges Espinales

Ejemplo: injerto de nervio facial. Paciente que presenta sección y pérdida de sustancia de nervio facial tras cirugía oncológica. Ingresó para reconstrucción abierta que es realizada mediante injerto libre de nervio sural lateral del propio paciente, que se extirpa mediante incisión quirúrgica en el mismo acto quirúrgico.

00RM07Z Sustitución de nervio facial, con sustituto de tejido autólogo, abordaje abierto.

01BH0ZZ Escisión de nervio peroneo, abordaje abierto

Tabla 00H Inserción

Se han añadido dos nuevos valores en la posición seis de Dispositivo: **4** Elemento radiactivo, Implante de Colágeno con Cesio-131 e **Y** Otro Dispositivo.

Implante de colágeno con Cesio-131

En la tabla **00H** de Inserción, se ha añadido un nuevo valor de dispositivo (**4 Elemento radiactivo, Implante de colágeno con Cesio-131**) para poder identificar un nuevo tipo de implante radiactivo en el tratamiento de tumores malignos primarios y metástasis cerebrales.

La combinación de resección quirúrgica con braquiterapia adyuvante en tumores cerebrales es una opción terapéutica frecuente en tumores de proliferación rápida, por el beneficio que supone la radiación inmediata a la resección.

Hasta ahora, los principales desafíos en la braquiterapia cerebral eran por una parte la existencia de “puntos calientes” y “puntos fríos” de radiación como resultado del espaciado desigual de las semillas y por otra el contacto directo de estas con el cerebro. Los puntos fríos, al recibir dosis bajas de radiación pueden conducir a la persistencia del tumor mientras que el contacto directo de la semilla puede provocar un exceso de radiación y lesiones.

El sistema de radioterapia GammaTile™ es un dispositivo con semillas de cesio-131 incrustadas en losetas de colágeno, que funciona simultáneamente como un espaciador tridimensional y transportador multisiembrado, evitando que las semillas entren en contacto directo con el cerebro, y evitando su migración. El Cesio-131, es un isótopo de baja energía (28 kV) y de vida media corta (9,7 días). El dispositivo GammaTile™ se inserta inmediatamente después de la resección quirúrgica del tumor (la cual es codificada separadamente) en la cavidad de resección.³⁹

Tabla 00U Suplemento

Esta tabla se ha reestructurado en una única fila permitiendo ahora el uso de todos los valores de dispositivo con todas las localizaciones anatómicas, donde además se ha añadido el valor **6 Ventrículo Cerebral**.

Tabla 00P Retirada y 00W Revisión

Se ha incorporado en la posición seis el valor **Y Otro Dispositivo**.

Sistema Orgánico 1 Sistema Nervioso Periférico

Este sistema orgánico no ha sufrido grandes cambios. Se ha generado una nueva tabla, **01R** para el tipo de procedimiento Sustitución.

Tabla 01R Sustitución

Se ha creado esta tabla de Sustitución con el fin de identificar procedimientos de reconstrucción en las siguientes estructuras anatómicas:

1 Nervio Cervical	C Nervio Pudendo
2 Nervio Frénico	D Nervio Femoral
4 Nervio Cubital	F Nervio Ciático
5 Nervio Mediano	G Nervio Tibial
6 Nervio Radial	H Nervio Peroneo
8 Nervio Dorsal	R Nervio Sacro
B Nervio lumbar	

Tabla 01U Suplemento

Se han incorporado dos nuevos valores de dispositivo:

- **J** Sustituto Sintético
- **K** Sustituto de Tejido No Autólogo

Tablas 01H Inserción, 01P Retirada y 01W Revisión

Se ha añadido en la posición seis de Dispositivo el valor **Y** Otro Dispositivo.

Sistema Orgánico 2 Corazón y Grandes Vasos

En el sistema orgánico de corazón y grandes vasos, no se ha generado ninguna tabla nueva, pero si se han hecho algunas revisiones de tablas

en las que se han incorporado nuevos valores de localización anatómica o nuevos valores de dispositivos y calificadores. Las tablas que han sido revisadas son:

021 Derivación	02L Oclusión	02R Sustitución
027 Dilatación	02N Liberación	02V Restricción
02H Inserción	02P Retirada	02W Revisión

Tabla 021 Derivación

Los cambios que se han hecho en esta tabla tienen que ver con una reestructuración de la localización anatómica **W** Aorta Torácica Descendente, junto a nuevos calificadores. Se han añadido nuevos valores de calificador (**F** Arteria Abdominal, **G** Arteria Axilar, **H** Arteria Humeral y **V** Arteria Extremidad Inferior) que ahora posibilitan la derivación desde la aorta torácica descendente hacia nuevas localizaciones. Esta actualización permite identificar adecuadamente procedimientos de derivación tales como la derivación aorto torácico descendente-bifemoral, realizados para asegurar el flujo en las extremidades inferiores.

Sección 0 Médico-Quirúrgica Sistema Orgánico 2 Corazón y Grandes Vasos Tipo de Procedimiento 1 Derivación: Alterar la vía de paso de los contenidos de una estructura anatómica tubular			
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
6 Aurícula, Derecha	3 Percutáneo	Z Ninguno	7 Aurícula, izquierda
W Aorta Torácica, Descendente	0 Abierto	8 Tejido Zooplástico 9 Tejido Venoso Autólogo A Tejido Arterial Autólogo J Sustituto Sintético K Sustituto de Tejido No Autólogo	B Subclavia D Carótida F Arteria Abdominal G Arteria Axilar H Arteria Humeral P Tronco Pulmonar Q Arteria Pulmonar, Derecha R Arteria Pulmonar, Izquierda V Arteria Extremidad Inferior

También se ha añadido el valor de abordaje **3 Percutáneo**, a la localización anatómica **6 Aurícula Derecha**, para identificar los procedimientos de septostomía percutánea.

Ejemplo: recién nacido diagnosticado de transposición de los grandes vasos (TGV) al que se practica en sala de hemodinámica una atrioseptostomía con sonda balón de Rashkind.

02163Z7 Derivación de aurícula derecha a aurícula izquierda, abordaje percutáneo

01BH0ZZ Escisión de nervio peroneo, abordaje abierto

En este caso la septostomía crea una comunicación (alterando la vía de paso) entre la aurícula derecha e izquierda del corazón.

Tabla 027 Dilatación

En la tabla **027** se ha añadido un nuevo valor de estructura anatómica: **L Ventrículo, Izquierdo**.

Cirugía correctiva para obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo.

El tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) es la estructura anatómica a través de la cual sale el flujo sistólico del ventrículo izquierdo (VI) hacia la aorta. En el TSVI se diferencian tres componentes: subvalvular, el cual es delimitado por el septo interventricular en su porción membranosa y muscular basal y la valva anterior de la válvula mitral; el componente valvular, que corresponde a la válvula aórtica, y el componente supravalvular.⁴⁰

Desde un punto de vista anatómico, en un 85% de las ocasiones el mecanismo obstructivo se basa en el crecimiento de una fina membrana subaórtica que, a modo de diafragma produce una obstrucción fija a la eyección ventricular. El tejido que la conforma es similar al endocardio, o capa íntima de la pared ventricular en contacto con la cavidad y puede crecer en forma semilunar o crear un diafragma completo.

Aunque se pensaba que su origen era congénito, ya que mayormente se diagnostica en niños y adultos jóvenes, se ha podido comprobar que también puede ser adquirido durante la vida en personas que nacieron sin padecer la enfermedad.

La cirugía sigue siendo en muchos casos el tratamiento de elección y según la gravedad de la lesión la técnica a realizar puede ser una extirpación de la membrana, una miotomía del ventrículo izquierdo,

una miomectomía del ventrículo izquierdo, o una combinación de estos procedimientos. Si la membrana es fina, sin componente muscular, puede ser rota o rasgada mediante dilatación con catéter balón. El objetivo inicial del procedimiento es expandir o aumentar el TSVI para eliminar la obstrucción.

Paciente de 19 años de edad, diagnosticado de estenosis subvalvular aórtica constituida por un anillo fibroso y el resto muscular. Mediante esternotomía, se limpia la fibrosis y se realiza una amplia miotomía.

Respuesta:

027L0ZZ Dilatación de ventrículo izquierdo, abordaje abierto

Tabla 02L Oclusión

Oclusión del tronco pulmonar y de la arteria pulmonar derecha

En la tabla de Oclusión, en Corazón y Grandes Vasos se han añadido dos valores de localización anatómica (**P** Tronco Pulmonar y **Q** Arteria Pulmonar, Derecha) para capturar los procedimientos de embolización realizados en dichas estructuras.

Algunos ejemplos de patologías en la que se realiza este tipo de procedimiento son determinadas cardiopatías congénitas y las fístulas arteriovenosas pulmonares o mejor llamadas malformaciones arteriovenosas pulmonares (MAVP).

Las MAVP son de origen congénito en la inmensa mayoría de los casos pero pueden producirse también por otras causas. Entre las formas secundarias descritas se encuentran: postraumática, infecciosa, estados avanzados de cirrosis hepática, posoperatoria en cirugía torácica y posoperatoria en cardiopatías congénitas complejas. La embolización ha demostrado ser segura y obtener buenos resultados con las ventajas propias de los tratamientos percutáneos, aunque la cirugía continúa teniendo un rol en casos seleccionados.⁴¹

El procedimiento ocluye tanto la arteria como la vena pulmonar precisando la codificación de ambos:

02LQ3DZ Oclusión de arteria pulmonar derecha con dispositivo intraluminal, abordaje percutáneo

02LS3DZ Oclusión de vena pulmonar derecha con dispositivo intraluminal, abordaje percutáneo

Además de la incorporación de las localizaciones anatómicas previamente citadas, se ha añadido el valor de calificador **Z** Ninguno, para la localización anatómica **R** Arteria Pulmonar, Izquierda, con el fin de poder identificar las oclusiones de la arteria pulmonar izquierda en escenarios diferentes al cierre del conducto arterioso persistente.

Balón de resucitación aórtico endovascular (REBOA)

En esta misma tabla **02L** Oclusión en Corazón y Grandes Vasos se ha añadido una nueva fila para la localización anatómica **W** Aorta Torácica Descendente:

Sección 0 Médico-Quirúrgica Sistema Orgánico 2 Corazón y Grandes Vasos Tipo de Procedimiento L Oclusión: Cierre completo de un orificio o de la luz de una estructura anatómica tubular			
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
W Aorta Torácica, Descendente	3 Percutáneo	D Dispositivo Intraluminal	J Temporal

Esta nueva fila está pensada para poder identificar procedimientos que utilicen el balón de resucitación aórtico endovascular (REBOA). También en la tabla de Oclusión de Arterias Inferiores, se ha añadido el valor de calificador **J** Temporal, para procedimientos similares en la aorta abdominal (ver tabla **04L**).

Este balón de resucitación aórtico endovascular se introduce a través de la arteria femoral y se avanza hasta la aorta abdominal o torácica (hasta el nivel necesario), donde se infla para reducir el aporte vascular a nivel distal del mismo y controlar la hemorragia de forma temporal hasta que se lleva a cabo el tratamiento definitivo.

Actualmente el REBOA se utiliza en dos escenarios clínicos en los que existe dificultad en el control de una hemorragia. El primero de ellos hace referencia a los traumatismos. El shock hemorrágico es una de las causas de muerte en el traumatizado grave. El uso del REBOA se ha incrementado como mecanismo no invasivo de estabilización del paciente con inestabilidad hemodinámica en diversos traumatismos abdominales y pélvicos hasta el tratamiento definitivo; sin embargo, su papel es controvertido. En estos casos la aorta se ocluye con el balón como una maniobra de emergencia que permita salvar la vida del paciente

y permita a los cirujanos una breve ventana de tiempo para reparar el origen de la hemorragia.⁴²

El segundo escenario es cuando se utiliza para prevenir una hemorragia importante durante un procedimiento quirúrgico, como por ejemplo la escisión de un tumor muy vascularizado.

Tabla 02N Liberación

Se han añadido cuatro localizaciones anatómicas en la tabla **02N** Liberación, en Corazón y Grandes Vasos.

- **0** Arteria Coronaria, Una Arteria
- **1** Arteria Coronaria, Dos Arterias
- **2** Arteria Coronaria, Tres Arterias
- **3** Arteria Coronaria, Cuatro Arterias

Liberación de puentes miocárdicos

Los puentes miocárdicos (PM) representan una anomalía congénita de las arterias coronarias en la que un segmento de una arteria coronaria principal, de habitual trayecto epicárdico, transcurre dentro del miocardio describiendo un curso intramural. Dichos segmentos de arterias coronarias que discurren de forma intramiocárdica pueden sufrir una disminución considerable de calibre durante la sístole, efecto conocido como “milking”, debido a la presión externa que realizan las fibras del músculo cardiaco sobre las arterias, dando lugar a angina, isquemia o a otros trastornos relacionados con un insuficiente aporte vascular.

En casos graves o severos puede ser necesario el tratamiento quirúrgico del puente miocárdico que consiste en la liberación de la arteria coronaria mediante miotomía supraarterial o revascularización quirúrgica mediante bypass.⁴³

Tablas 02H Inserción, 02P Retirada y 02W Revisión

En la tabla **02H** Inserción, se ha revisado el descriptor del valor de dispositivo **R** Sistema de Asistencia Cardiaca Externo, pasando a denominarse **R** Sistema de Asistencia Cardiaca Externa de Corta Duración. Además se ha añadido el valor de calificador **J** Intraoperatorio, para

identificar el uso de estos dispositivos únicamente mientras se realiza una intervención quirúrgica.

En las tablas **02P** Retirada y **02W** Revisión, se ha añadido el calificador **S** Biventricular, para utilizarlo con el valor de dispositivo **R** Sistema de Asistencia Cardíaca Externa de Corta Duración. Previamente este calificador solo estaba disponible para procedimientos de Inserción.

En la tabla **02W** Revisión también se ha añadido el valor de abordaje **3** Percutáneo, para las localizaciones anatómicas referentes a las válvulas.

En las tres tablas se ha añadido el valor **Y** Otro Dispositivo, en la sexta posición.

Tabla 02R Sustitución

La revisión que se ha hecho en esta tabla ha consistido en reubicar la localización anatómica **J** Válvula Tricúspide, en la misma fila que las otras válvulas y permitir el abordaje percutáneo para las sustituciones de la misma.

Tabla 02V Restricción

Se ha añadido un nuevo valor de localización anatómica, **G** Válvula Mitral. Este nuevo valor tiene como fin poder codificar procedimientos de valvuloplastia para corregir la insuficiencia mitral, como por ejemplo la sutura de Alfieri.

Procedimiento de sutura de Alfieri

La insuficiencia mitral (IM) es una de las patologías valvulares más prevalentes, alcanzando un 9,3% en mayores de 75 años. Actualmente la cirugía reparadora es el tratamiento de elección ya que se asocia a baja mortalidad (1-2%) y buenos resultados en pacientes de bajo riesgo con función ventricular conservada. La técnica de doble orificio (técnica de Alfieri «edge to edge») se utiliza desde los años 90. Esta técnica consiste en suturar una parte de la valva anterior con la porción correspondiente de la valva posterior. De esta manera se crea una válvula mitral de doble orificio que restringe el grado de regurgitación.⁴⁴

El procedimiento puede realizarse con abordaje abierto o toracoscópico y puede combinarse o no, con otros procedimientos como la anulop-

plastia que deberán codificarse por separado.

Por ejemplo en un paciente con una insuficiencia mitral al que le realicen una intervención quirúrgica con sutura de Alfieri y además una anuloplastia mitral con anillo, se deberá codificar por una parte el procedimiento de Restricción para identificar la sutura de Alfieri y por otra un procedimiento de Suplemento para la anuloplastia.

Sistema Orgánico 3 Arterias Superiores

Tabla 031 Derivación

La tabla **031**, Derivación ha sufrido algunos cambios e incorporaciones importantes. Por una parte se han reordenado las filas según las localizaciones anatómicas. En algunos casos se han separado estructuras en diferentes filas, por ejemplo se han separado la arteria innominada de las arterias axilares. En otras se han unificado, por ejemplo las arterias carótidas común derecha e izquierda, que antes estaban en filas diferentes ahora están en una sola fila. Además se han añadido nuevos valores de calificador.

- El calificador **V** Vena Cava Superior, para las derivaciones que se realizan desde las localizaciones anatómicas de arterias axilares (valores 5, 6) y humerales (valores 7, 8).
- El calificador **T** Arteria Abdominal, para las derivaciones desde las arterias axilares (valores 5, 6). Esto permitirá capturar de una forma más adecuada, derivaciones tales como la axilo-mesentérica.
- El calificador **Y** Arteria Superior, para las derivaciones que se hacen desde las dos lateralidades de la arteria carótida común (valores H, J). Este nuevo calificador permite una mejor identificación de procedimientos de derivación tales como el Bypass carótido-subclavio, que se realiza para tratamiento de la oclusión de la arteria subclavia.

Ejemplo: Paciente de 59 años con diagnóstico de una oclusión de la arteria subclavia izquierda en su primera porción. Es intervenida quirúrgicamente realizándose un bypass desde la porción cervical de la arteria carótida común a la segunda porción de la arteria subclavia, con injerto de vena safena interna derecha (abordaje abierto).

031J09Y Derivación de arteria carótida común, izquierda a arteria superior, con tejido venoso autólogo, abordaje abierto

06BP0ZZ Escisión de vena safena, derecha, abordaje abierto

Tabla 037 Dilatación

En la tabla **037** Dilatación, la principal novedad es la inclusión del valor de calificador **1** Balón Recubierto de Fármaco, para los procedimientos de angioplastia de determinadas arterias superiores.

Tabla 03C Extirpación

Se ha incorporado un nuevo valor de calificador **7** Stent Retriever, para los valores de Arteria Intracraneal (G), Arteria Carótida Común (H, J), Arteria Carótida Interna (K, L), Arteria Carótida Externa (M, N) y Arteria Vertebral (P, Q).

Stent Retriever

Este calificador permite capturar los procedimientos de trombectomía endovascular realizados con stent Retriever.

La trombectomía mecánica consiste en la extracción o fragmentación mecánica del trombo mediante la utilización de dispositivos y catéteres endovasculares. Según el mecanismo empleado se dividen en dos modalidades: extracción o disrupción del trombo.

Entre los dispositivos de extracción se encuentran los stents Retriever que consisten en una estructura de nitinol (similar a los stents coronarios), de carácter no permanente ya que se retira tras la captura del trombo. Este dispositivo se introduce a través de la arteria femoral y se despliega alrededor o dentro del trombo incorporándolo en su estructura y extrayéndolo a continuación.⁴⁵

La trombectomía mecánica con stent retriever puede realizarse utilizando únicamente el stent, o en ocasiones puede combinarse la utilización de un sistema de trombectomía por aspiración. En los procedimientos combinados, solo debe asignarse un único código de Extirpación y utilizar el valor de calificador **7** Stent Retriever. Este calificador debe asignarse siempre que este tipo de dispositivo sea utilizado.

Tablas 03H Inserción, 03P Retirada y 03W Revisión

Se añade, para la localización anatómica **Y** Arteria Superior, el valor de dispositivo **Y** Otro Dispositivo.

Sistema Orgánico 4 Arterias Inferiores

Tabla 041 Derivación

Esta tabla incluye nuevos valores de localización anatómica. Por una parte incorpora el valor **3** Arteria Hepática y además se han generado filas nuevas para la codificación de las derivaciones de las arterias tibiales, peroneas y pedias.

Nuevos valores de la tabla **041**

Sección Sistema Orgánico Tipo de Procedimiento			
0 Médico-Quirúrgica 4 Arterias Inferiores 1 Derivación: Alterar la vía de paso de los contenidos de una estructura anatómica tubular			
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
3 Arteria Hepática 4 Arteria Esplénica	0 Abierto 4 Endoscópico Percutáneo	9 Tejido Venoso Autólogo A Tejido Arterial Autólogo J Sustituto Sintético K Sustituto de Tejido No Autólogo Z Ninguno	3 Arteria Renal, Derecha 4 Arteria Renal, Izquierda 5 Arteria Renal, Bilateral
P Arteria Tibial Anterior, Derecha Q Arteria Tibial Anterior, Izquierda R Arteria Tibial Posterior, Derecha S Arteria Tibial Posterior, Izquierda	0 Abierto 3 Percutáneo 4 Endoscópico Percutáneo	J Sustituto Sintético	Q Arteria Extremidad Inferior S Vena Extremidad Inferior
T Arteria Peronea, Derecha U Arteria Peronea, Izquierda V Arteria Pie, Derecho W Arteria Pie, Izquierdo	0 Abierto 4 Endoscópico Percutáneo	9 Tejido Venoso Autólogo A Tejido Arterial Autólogo J Sustituto Sintético K Sustituto de Tejido No Autólogo Z Ninguno	P Arteria Pie Q Arteria Extremidad Inferior S Vena Extremidad Inferior
T Arteria Peronea, Derecha U Arteria Peronea, Izquierda V Arteria Pie, Derecho W Arteria Pie, Izquierdo	3 Percutáneo	J Sustituto Sintético	Q Arteria Extremidad Inferior S Vena Extremidad Inferior

Bypass de arteria hepática a arteria renal

El nuevo valor de localización anatómica **3** Arteria Hepática, permite la captura con detalle de procedimientos de bypass desde la arteria hepática o sus ramas a las arterias renales. Un ejemplo de ello sería un bypass entre la arteria gastroduodenal (rama de la arteria hepática) y la arteria renal derecha.

Revascularización de arterias distales de miembros inferiores

La enfermedad oclusiva crónica de las arterias de miembros inferiores se produce por la obstrucción progresiva de las arterias de las extremidades inferiores por lesiones ateromatosas. Se relaciona con los factores de riesgo cardiovascular clásicos (tabaquismo, hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, etc.) En fases iniciales se manifiesta en forma de claudicación intermitente (dolor en la extremidad que obliga a detener la marcha a una distancia determinada) y, en fases avanzadas, un pequeño número de casos se manifiesta como dolor de reposo (dolor nocturno en el pie que dificulta el descanso) y úlceras en el pie que comprometen la viabilidad de la extremidad.

La arteria peronea vasculariza la cara lateral del tobillo y cara plantar del talón a través de su rama calcánea y la cara anterior de la porción superior del tobillo a través de una rama anterior. La literatura indica que suele ser suficiente realizar un bypass a una arteria distal para que cicatricen las heridas del pie y el tobillo. Los nuevos valores de localización anatómica y calificador creados en esta tabla permiten codificar estos procedimientos.

Tabla 047 Dilatación

Se han ampliado las localizaciones anatómicas que pueden utilizar el calificador **1** Balón Recubierto de Fármaco. Previamente solo se podía utilizar para las localizaciones anatómicas de arteria femoral y poplítea.

Tablas 04H Inserción, 04P Retirada y 04W Revisión

Se incorpora el valor de dispositivo **Y** Otro Dispositivo, para la localización anatómica **Y** Arteria Inferior.

Tabla 04L Oclusión

Al igual que en el sistema orgánico de Corazón y Grandes Vasos, en Arterias Inferiores también se incorpora un nuevo valor de calificador (**J** Temporal), para la localización anatómica **0** Aorta Abdominal y valor de dispositivo **C** Dispositivo Intraluminal (ver explicación en tabla **02L** (REBOA)). Para ello se han reorganizado las filas de esta tabla.

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema Orgánico	4 Arterias Inferiores		
Tipo de Procedimiento	L Oclusión: Cierre completo de un orificio o de la luz de una estructura anatómica tubular		
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
0 Aorta Abdominal	3 Percutáneo	C Dispositivo Intraluminal	J Temporal Z Ninguno

Sistema Orgánico 5 Venas Superiores

Tabla 057 Dilatación

Se ha incorporado el valor de calificador **1** Balón Recubierto de Fármaco en algunas localizaciones anatómicas.

Tablas 05H Inserción, 05P Retirada y 05W Revisión

Se incorpora el valor de dispositivo **Y** Otro Dispositivo, para la localización anatómica **Y** Vena Superior.

Sistema Orgánico 6 Venas Inferiores

En todas las tablas de este sistema orgánico donde aparecen, se han modificado los valores de localización anatómica que había para la vena safena. Se abandonan los términos descriptivos de safena interna y externa y únicamente se diferencian por lateralidad, desapareciendo los valores **R** y **S**.

Revisado	Modificado
P Vena Safena Interna; Derecha	P Vena Safena, Derecha
Q Vena Safena Interna; Izquierda	Q Vena Safena, Izquierda
R Vena Safena Externa; Derecha	
S Vena Safena Externa; Izquierda	

Tabla 061 Derivación

La localización anatómica **0** Vena Cava Inferior, permite tres valores nuevos de calificador: **P** Tronco Pulmonar, **Q** Arteria Pulmonar, Derecha y **R** Arteria Pulmonar, Izquierda.

Procedimiento de terminación de Fontan

Los calificadores **P** Tronco Pulmonar, **Q** Arteria Pulmonar, Derecha y **R** Arteria Pulmonar, Izquierda, se han creado fundamentalmente para poder identificar mejor los procedimientos que se realizan como parte final del proceso reconstructivo de algunas cardiopatías congénitas.

Los pacientes con corazón funcionalmente univentricular son sometidos a una serie de intervenciones encaminadas a dirigir pasivamente el flujo de las venas sistémicas hacia la circulación pulmonar, dejando el ventrículo único para impulsar la circulación sistémica, lo que se conoce como situación o fisiología de Fontan.⁴⁶

La reconstrucción completa requiere tres procedimientos. El primer procedimiento se realiza casi después del nacimiento y consiste en el procedimiento de Norwood con la derivación de Blalock-Taussig modificada o el procedimiento Norwood-Sano. Estos procedimientos son fundamentalmente paliativos, permitiendo que llegue suficiente sangre a los pulmones y así mantener al paciente hasta el siguiente paso o procedimiento.

El segundo procedimiento se realiza sobre los 6 meses de edad. Este es el procedimiento bidireccional de Glenn, también denominado hemi-Fontan, en el que se crea una derivación cavopulmonar conectando la vena cava superior a la arteria pulmonar derecha, normalmente por anastomosis directa.

El procedimiento de finalización de Fontan, también conocido como Fontan extracardiaco, consiste en derivar la sangre de la vena cava in-

ferior (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.

Los nuevos calificadores de la tabla 061 permiten una mejor identificación de la estructura a la que se realiza el bypass desde la vena cava inferior.

Sección		0 Médico-Quirúrgica	
Sistema Orgánico		6 Venas Inferiores	
Tipo de Procedimiento		1 Derivación: Alterar la vía de paso de los contenidos de una estructura anatómica tubular	
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
0 Vena Cava Inferior	3 Abierto 4 Endoscópico Percutáneo	7 Sustituto de Tejido Autólogo 9 Tejido Venoso Autólogo A Tejido Arterial Autólogo J Sustituto Sintético K Sustituto de Tejido No Autólogo Z Ninguno	5 Vena Mesentérica Superior 6 Vena Mesentérica Inferior P Tronco Pulmonar Q Arteria Pulmonar, Derecha R Arteria Pulmonar, Izquierda Y Vena Inferior

Derivación portosistémica, percutánea e intrahepática

La localización anatómica **8** Vena Porta, también cuenta con un nuevo valor de calificador (**4** Vena Hepática) que puede ser utilizado con abordajes percutáneo o endoscópico percutáneo, facilitando una codificación más precisa de los procedimientos de derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS).

La derivación portosistémica, percutánea e intrahepática (DPPI), generalmente conocida por la abreviatura anglosajona TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt) consiste en la creación de una comunicación por métodos de radiología intervencionista entre la vena porta y la vena cava a través del parénquima hepático que, al producir un notable descenso del gradiente de presión portal, es muy eficaz en el control de las complicaciones de la hipertensión portal, como la hemorragia por varices esofágicas y la ascitis refractaria.⁴⁷

Sección		0 Médico-Quirúrgica	
Sistema Orgánico		6 Venas Inferiores	
Tipo de Procedimiento		1 Derivación: Alterar la vía de paso de los contenidos de una estructura anatómica tubular	
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
8 Vena Porta	3 Percutáneo	J Sustituto Sintético	4 Vena Hepática Y Vena Inferior
8 Vena Porta	4 Endoscópico Percutáneo	J Sustituto Sintético	4 Vena Hepática 9 Vena Renal, Derecha B Vena Renal, Izquierda Y Vena Inferior

La técnica consiste en realizar una pequeña incisión en el cuello para tener acceso a la vena yugular interna derecha en la cual se va a introducir una aguja con una sonda flexible (catéter). En su extremo hay un stent de malla metálica y un balón. Se guía el catéter hasta la vena hepática mediante imágenes obtenidas por rayos X y se inyecta un medio de contraste que hace que la vena se vea con mayor claridad. En el momento en el que se cateteriza la vena suprahepática hepática, se realiza la punción directa al parénquima a través del introductor en dirección anteromedial. Se introduce la aguja y se avanza entre 4 ó 5 centímetros hacia la vena porta. La punción también puede ser guiada por ultrasonido (en vez de radioscopia) para facilitar el acceso. En el momento en el que se crea una comunicación entre la vena hepática y la vena porta (porción intrahepática) se infla el balón para colocar el stent y mantener la derivación permeable.

Finalmente se mide el gradiente de presión de la vena porta hepática para verificar que haya disminuido, idealmente por debajo de 12 mmHg. Por último se desinfla el balón y se retira el catéter. El procedimiento puede durar ente 60 y 90 minutos para realizarse.

En esta tabla, se ha eliminado, en la sexta posición, el valor **D** Dispositivo Intraluminal que ha sido sustituido por el valor **J** Sustituto Sintético.

Tabla 06L Oclusión

Se han añadido los valores de abordaje **7 Orificio Natural o Artificial** y **8 Orificio Natural o Artificial, Endoscópico**, para la localización anatómica **3 Venas Esofágicas**. Con esta modificación ahora es posible codificar adecuadamente procedimientos tales como la ligadura endoscópica de varices esofágicas, que en la anterior edición no estaba bien tipificada.

Ejemplo: ligadura de varices esofágicas con banda siendo el acceso por endoscopia.

06L38CZ Oclusión de vena esofágica con dispositivo extraluminal, abordaje orificio natural o artificial endoscópico

Tablas 06H Inserción, 06P Retirada y 06W Revisión

Se incorpora el valor de dispositivo **Y Otro Dispositivo** para la localización anatómica **Y Vena Inferior**.

Sistema Orgánico 7 Sistemas Linfático y Hemático

En las siguientes tablas, se ha añadido el valor de abordaje **8 Orificio Natural o Artificial Endoscópico**:

- **079** Sistemas Linfático y Hemático, Drenaje
- **07D** Sistemas Linfático y Hemático, Extracción
- **07J** Sistemas Linfático y Hemático, Inspección
- **07Q** Sistemas Linfático y Hemático, Reparación

Tabla 07D Extracción

La tabla **07D** para procedimientos de Extracción incluye además del nuevo valor de abordaje, muchas localizaciones anatómicas nuevas para la codificación de las biopsias de ganglios linfáticos por punción-aspiración.

Tablas 07H Inserción, 07P Retirada y 07W Revisión

En estas tablas se ha añadido en la sexta posición el valor **Y** Otro Dispositivo.

Sistema Orgánico 8 Ojo

Pocos cambios se han producido en este sistema orgánico. En la tabla **08H** Inserción, se incorporan los valores de abordaje **7** Orificio Natural o Artificial y **8** Orificio Natural o Artificial, Endoscópico. Esta tabla al igual que las tablas de Retirada y Revisión, incluyen el nuevo valor de dispositivo, **Y** Otro Dispositivo.

Sistema Orgánico 9 Oído, Nariz, Senos Parasales

En este sistema orgánico se ha modificado el literal del valor **K** de localización anatómica. Ha pasado de ser **K** Nariz, a ser **K** Mucosa y Tejido Blando Nasal. El objetivo de este cambio es reflejar que esta localización anatómica debe ser utilizada para aquellos procedimientos sobre la mucosa intranasal y/o el tejido blando submucoso.

Por otra parte, se han ampliado las posibilidades de abordaje, añadiendo el valor **8** Orificio Natural o Artificial Endoscópico, en muchas de sus tablas.

Tabla 093 Control

Como comentábamos en la introducción general de procedimientos, se ha creado una nueva tabla que permite el uso del tipo de procedimiento Control en este sistema orgánico. Esta tabla contiene un único valor de localización anatómica, **K** Mucosa y Tejido Blando Nasal.

Queremos nuevamente insistir en que el concepto de “control de sangrado agudo” es el que se efectúa para detener un sangrado “activo”

Tabla 099 Drenaje

Se han añadido los valores de abordaje **7** Orificio Natural o Artificial y **8** Orificio Natural o Artificial Endoscópico, a las estructuras que carecían de ellos, de forma que ahora es posible utilizarlos para todas las localizaciones anatómicas de la tabla.

Tablas 09H Inserción, 09P Retirada, 09W Revisión

En la tabla de Inserción **09H**, se han incorporado nuevos valores de localización anatómica (**H** Oído, Derecho, **J** Oído, Izquierdo, **K** Mucosa y Tejido Blando Nasal, **Y** Seno), para el nuevo valor de dispositivo **Y** Otro Dispositivo.

En las tablas de Retirada **09P** y Revisión **09W** la única novedad es el nuevo valor de dispositivo **Y** Otro Dispositivo.

Por último se ha añadido el valor de abordaje **8** Orificio Natural o Artificial Endoscópico, en las siguientes tablas:

- **095** Destrucción en Oído, Nariz, Senos Paranasales
- **09B** Escisión en Oído, Nariz, Senos Paranasales
- **09C** Extirpación en Oído, Nariz, Senos Paranasales
- **09J** Inspección en Oído, Nariz, Senos Paranasales
- **09N** Liberación en Oído, Nariz, Senos Paranasales
- **09Q** Reparación en Oído, Nariz, Senos Paranasales
- **09T** Resección en Oído, Nariz, Senos Paranasales
- **09U** Suplemento en Oído, Nariz, Senos Paranasales

Sistema Orgánico B Sistema Respiratorio

En aquellas tablas donde aparecían se han eliminado los valores de localización anatómica **R** Diafragma, lado Derecho y **S** Diafragma, lado Izquierdo y se han sustituido por un nuevo valor, **T** Diafragma.

Un ejemplo de ello podemos verlo en la tabla de Destrucción:

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema Orgánico	B Sistema Respiratorio		
Tipo de Procedimiento	R Destrucción: Erradicación total o parcial de una estructura anatómica mediante el uso directo de energía, fuerza o agente destructivo		
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
N Pleura, Derecha P Pleura, Izquierda R Diafragma, lado Derecho S Diafragma, lado Izquierdo T Diafragma	0 Abierto 3 Percutáneo 4 Endoscópico Percutáneo	Z Ninguno	Z Ninguno

El valor de abordaje **8** Orificio Natural o Artificial, Endoscópico se ha incorporado en algunas tablas para algunas localizaciones anatómicas que antes no lo permitían. Esto ha ocurrido en la tabla de Suplemento (**0BU**), y en la tabla de Drenaje (**0B9**).

Tabla 0BD Extracción

La tabla **0BD** Extracción incorpora muchas más localizaciones anatómicas y además incorpora el valor de abordaje **8** Orificio Natural o Artificial, Endoscópico, para las mismas. La actualización realizada en esta tabla está dirigida a la recuperación de procedimientos diagnósticos de Extracción en el sistema respiratorio como por ejemplo el cepillado bronquial.

Cepillado bronquial

El cepillado bronquial es una de las técnicas empleadas en la broncoscopia para la obtención de muestras, principalmente en el diagnóstico del carcinoma broncogénico. Es particularmente útil en presencia de lesiones con gran componente necrótico, como ocurre con frecuencia en el carcinoma indiferenciado de células pequeñas (CICP) y en lesiones periféricas en las que la pinza de biopsia no llega hasta la lesión y el cepillo puede hacerlo al poseer mayor flexibilidad y menor diámetro. En lesiones endoscópicamente visibles se deja el extremo distal del fibrobroncoscopio a unos 2 cm. de la lesión, se saca el cepillo hasta dejarlo sobre la lesión y a continuación se presiona fuertemente y se frota de forma vigorosa. Tras esto suele observarse un

pequeño sangrado o una zona de eritema lo que indica la realización correcta de la técnica.⁴⁸

Ejemplo: Sospecha de carcinoma bronquial, contacto para biopsia endoscópica por cepillado de bronquio superior derecho.

0BD48ZX Extracción de bronquio superior derecho, diagnóstica, abordaje orificio natural o artificial, endoscópico

Tabla OBR Sustitución

Se ha creado una nueva tabla para procedimientos de Sustitución en el sistema respiratorio.

Sección		0 Médico-Quirúrgica	
Sistema Orgánico		B Sistema Respiratorio	
Tipo de Procedimiento		R Sustitución: Colocar un dispositivo biológico o sintético que sustituye total o parcialmente el lugar y/o la función de una estructura anatómica	
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
1 Tráquea 2 Carina 3 Bronquio Principal, Derecho 4 Bronquio Lóbulo Superior, Derecho 5 Bronquio Lóbulo Medio, Derecho 6 Bronquio Lóbulo Inferior, Derecho 7 Bronquio Principal, Izquierdo 8 Bronquio Lóbulo Superior, Izquierdo 9 Bronquio Lingula Pulmonar B Bronquio Lóbulo Inferior, Izquierdo T Diafragma	0 Abierto 4 Endoscópico Percutáneo	7 Sustituto de Tejido Autólogo J Sustituto Sintético K Sustituto de Tejido No Autólogo	Z Ninguno

Esta actualización permite recuperar la codificación de algunos procedimientos reconstructivos.

Reconstrucción traqueal

La reconstrucción traqueal es necesaria en casos de estenosis adquirida (secundaria a intubación prolongada, traqueostomía, traumatismos o neoplasias) que no responde al tratamiento con dilataciones periódicas y tam-

bién en casos de estenosis congénitas caracterizadas por la presencia de un número variable de anillos cartilagosos completos que resultan en un estrechamiento fijo de la tráquea que hace imposible su dilatación.⁴⁹

Ejemplo: Posoperatorio de resección traqueal por estenosis. Dehiscencia parcial de la anastomosis tirotraqueal. Se procede a realizar esternotomía con pericardiotomía y tras comprobar la imposibilidad de aproximar el cabo distal traqueal al cartílago tiroides se decide realizar un reemplazo traqueal con injerto criopreservado de aorta torácica descendente procedente de banco.

OBR10KZ Sustitución de tráquea, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje abierto

Tablas OBH Inserción, OBP Retirada, OBW Revisión

En la tabla **OBH** Inserción, se ha añadido el valor de localización anatómica **Q** Pleura, y el valor de dispositivo **Y** Otro Dispositivo. Este último también ha sido incorporado a las tablas **OBP** y **OBW**.

Sistema Orgánico C Boca y Garganta

Pocas actualizaciones se han realizado en este sistema orgánico. La más relevante es la inclusión de dos nuevas filas en la tabla de Inserción que incluyen el valor **Y** Otro Dispositivo para la localización anatómica **Y** Boca y Garganta (con los abordajes **0** Abierto y **3** Percutáneo) y también para dos nuevas localizaciones anatómicas: **A** Glándula Salival y **S** Laringe.

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema Orgánico	C Boca y Garganta		
Tipo de Procedimiento	H Inserción: Introducir un dispositivo no biológico que monitoriza, evalúa, realiza o previene una función fisiológica, pero sin sustituir físicamente una estructura anatómica		
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
A Glándula Salival S Laringe	0 Abierto 3 Percutáneo 7 Orificio Natural o Artificial 8 Orificio Natural o Artificial, Endoscópico	Y Otro Dispositivo	Z Ninguno
Y Boca y Garganta	0 Abierto 3 Percutáneo	Y Otro Dispositivo	Z Ninguno

En las tablas de Retirada (**0CP**) y Revisión (**0CW**) también se incluye este nuevo valor de dispositivo y se dota a la localización anatómica **A** Glándula Salival de la posibilidad de utilizar los abordajes **7** Orificio Natural o Artificial y **8** Orificio Natural o Artificial Endoscópico.

Sistema Orgánico D Sistema Gastrointestinal

Se han eliminado, en aquellas tablas donde aparecían, los valores de localización anatómica **S** Epiplon Mayor y **T** Epiplon Menor, siendo sustituidos por un único valor, **U** Epiplon.

Tabla ODD Extracción

Se ha creado la tabla **0DD** Extracción, para procedimientos diagnósticos. El estudio de cepillados de lesiones, sobre todo tumores, es un método citológico útil en el diagnóstico de patologías del tubo digestivo.

El cepillado presenta una serie de ventajas sobre la biopsia:

- Permite muestrear áreas más amplias de las lesiones mucosas visualizadas directamente por endoscopia.
- Puede traspasar estenosis difíciles de ser franqueadas por las pinzas de biopsia, obteniendo así muestras en zonas difíciles de biopsiar. Esto resulta de particular interés en los tumores estenosantes de cardias y de esófago bajo.
- Al poder valorar superficies extensas de la mucosa gastrointestinal es fácil detectar por este método infecciones y determinar agentes infecciosos (Cándida, Herpes, Citomegalovirus, Helicobacter Pylori, etc.).⁵⁰

Ejemplo: Sospecha de tumor estenosante de esófago distal. Se realiza endoscopia digestiva diagnóstica con cepillado de la zona.

0DD38ZX Extracción de esófago, inferior, diagnóstico, abordaje orificio natural o artificial, endoscópico

Tabla ODS Reposición

Se han incorporado dos nuevos valores de localización anatómica en la tabla **ODS** Reposición: **8** Intestino Delgado y **E** Intestino Grueso para poder identificar adecuadamente los procedimientos de reposicionamiento de intestino tales como malrotación de intestino delgado o intestino grueso.

Malrotación intestinal

Se define el término de malrotación intestinal (MI) como la rotación y fijación anómalas del segmento medio del intestino primitivo (todo el intestino delgado y la mitad derecha del colon). El 60% de los casos se manifiesta en el primer mes de vida; el 20%, entre el primer mes y el primer año de vida, y el resto después del primer año de vida. No obstante, existen casos reportados de aparición en el adulto.

La malrotación intestinal comporta no solo una rotación inadecuada del paquete intestinal sino, también, fijación anómala que es decisiva para el desarrollo de vólvulos. Otro aspecto anatómico de interés es que la MI se asocia a bandas peritoneales de tejido fibroso (bandas de Ladd) que suelen extenderse de un lado a otro a través del duodeno entre el ciego malposicionado y la superficie del hígado, el peritoneo posterior o la pared abdominal facilitando el desarrollo de hernias internas (hernias del colon derecho) favoreciendo la aparición de obstrucción intestinal.⁵¹

Ejemplo: Neonato diagnosticado de obstrucción y malrotación intestinal completa. Es llevado a quirófano visualizándose una obstrucción parcial de la segunda y tercera porción del duodeno, por presencia de bandas de Ladd y una malrotación completa del intestino delgado y de gran parte del colon. Se seccionan las bandas y adherencias y se procede a posicionar adecuadamente el componente intestinal.

ODN80ZZ Liberación de intestino delgado, abordaje abierto

ODS80ZZ Reposición de intestino delgado, abordaje abierto

ODSE0ZZ Reposición de intestino grueso, abordaje abierto

Tablas ODB Escisión y ODT Resección

Las tablas de Escisión y Resección incorporan el valor de abordaje **F** Orificio natural o Artificial con Asistencia Endoscópica Percutánea, para las siguientes localizaciones anatómicas:

- **G** Intestino Grueso, Izquierdo
- **L** Colon Transverso
- **M** Colon Descendente
- **N** Colon Sigmoides

Estos cambios permitirán capturar detalles de procedimientos de reanastomosis intestinal (pullthrough) asistida por laparoscopia.

Tablas ODH Inserción, ODP Retirada, ODW Revisión

En las tres tablas se incorpora en la sexta posición el valor **Y** Otro Dispositivo.

Además en la tabla **ODH** Inserción, se han incorporado dos nuevos valores de localización anatómica **0** Tracto Intestinal Superior y **D** Tracto Intestinal Inferior.

En la tabla **ODW** se ha realizado una actualización de los valores de dispositivo y de abordaje, que pueden utilizarse con la localización anatómica **5** Esófago. Ahora es posible realizar las revisiones de dispositivo esofágico (**Y** Otro Dispositivo) con los valores de abordaje **0** Abierto, **3** Percutáneo y **4** Endoscópico Percutáneo.

Sistema Orgánico F Hepatobiliar y Páncreas

Se ha incorporado un nuevo valor de localización anatómica, **7** Conducto Hepático Común, a la mayoría de las tablas de este sistema orgánico.

También se ha hecho una actualización de los abordajes en las diferentes localizaciones anatómicas, posibilitando la utilización del valor de abordaje **8** Orificio Natural o Artificial Endoscópico, en la mayoría de los procedimientos que son realizados en las localizaciones anatómicas de **4** Vesícula Biliar y **G** Páncreas, además de en las que ya existía previamente.

Ejemplo: Fibrosis con signos de inflamación crónica con estenosis a nivel del conducto hepático común. Angioplastia con stent a través de CPRE.

0F778DZ Dilatación de conducto hepático común, con dispositivo intraluminal, abordaje orificio natural o artificial, endoscópico

Ejemplo: Drenaje diagnóstico transpapilar de vesícula biliar (DTPVB). Se realiza la CPRE visualizando papila normal. Se canula colédoco, no litiasis en su interior; se pasa guía a la vesícula biliar para drenaje obteniéndose muestra para laboratorio.

OF948ZX Drenaje en vesícula biliar, diagnóstico, abordaje orificio natural o artificial endoscópico

Tabla 0FD Extracción

Se ha creado una nueva tabla en el sistema orgánico Hepatobiliar y Páncreas, para poder codificar los procedimientos de Extracción. El motivo principal es permitir la captura de las biopsias por cepillado.

Tabla 0F5 Destrucción

Se ha incorporado a la tabla, un nuevo valor de calificador **F** Electroporación Irreversible.

Electroporación irreversible

La electroporación irreversible (IRE) es una técnica no térmica de ablación de tejidos que permite la destrucción celular por medio de una serie de pulsos eléctricos cortos y de alto voltaje. La ausencia de un efecto térmico hace que pueda ser efectiva en la ablación de tumores en las proximidades de vasos sanguíneos principales, estructuras nerviosas y, en el caso del hígado, de conductos biliares.⁵²

Ejemplo: Paciente con tumor hepático de pequeño tamaño situado en el lóbulo derecho, entre venas suprahepática media e izquierda y próxima a hilio de difícil acceso. Ingresa para ablación quirúrgica con electroporación irreversible percutánea, guiada por ecografía.

OF513ZF Destrucción de hígado, lóbulo derecho, abordaje percutáneo, electroporación irreversible

Tablas 0FH Inserción, 0FP Retirada, OFW Revisión

En las tres tablas se incorpora en la sexta posición el valor **Y** Otro Dispositivo.

Sistema Orgánico G Endocrino

En este sistema orgánico la actualización ha consistido en añadir a las tablas **0GB** Escisión y **0GT** Resección, un valor de localización anatómica **J** Istmo de la Glándula Tiroides. Este cambio permite identificar con precisión los procedimientos realizados en el istmo tiroideo que hasta ahora no podían identificarse correctamente.

Tablas OGH Inserción, OGP Retirada, OGW Revisión

La única modificación que se ha hecho en estas tablas es la creación del valor **Y** Otro Dispositivo, en la posición seis.

Sistema Orgánico H Piel y Mama

En aquellas tablas donde aparecía se ha modificado el literal del valor de localización anatómica **A** Piel, Genitales, que pasa a denominarse **A** Piel, Inguinal.

Tablas OHH, OHP, OHW

Se ha incorporado en estas tablas (Inserción, Retirada y Revisión) el valor de dispositivo **Y** Otro Dispositivo. Además en la tabla **0HH** Inserción, se ha creado un nuevo valor de localización anatómica, **P** Piel.

Sistema Orgánico J Tejido Subcutáneo y Fascia

Se ha revisado el descriptor de los valores de localización anatómica **4** Tejido Subcutáneo y Fascia, Cuello, parte Anterior que pasa a ser **4** Tejido Subcutáneo y Fascia, Cuello, lado Derecho y el descriptor del valor **5** Tejido Subcutáneo y Fascia, Cuello, parte Posterior que ahora pasa a denominarse **5** Tejido Subcutáneo y Fascia, Cuello, lado Izquierdo.

Revisado	Modificado
4 Tejido Subcutáneo y Fascia, Cuello, parte Anterior	4 Tejido Subcutáneo y Fascia, Cuello, lado Derecho
5 Tejido Subcutáneo y Fascia, Cuello, parte Posterior	5 Tejido Subcutáneo y Fascia, Cuello, lado Izquierdo

Tablas OJH Inserción, OJP Retirada y OJW Revisión

Dispositivos de Acceso Vascular

En las tablas de Inserción, Retirada y Revisión se han modificado los descriptivos de los valores de dispositivo **W** Dispositivo de Acceso Vascular, Reservorio, que pasa a ser **W** Dispositivo de Acceso Vascular Totalmente Implantable y del valor **X** Dispositivo de Acceso Vascular que pasa a denominarse **X** Dispositivo de Acceso Vascular, Tunelizado. Además se ha añadido el valor **Y** Otro Dispositivo, en la posición seis.

Revisado	Modificado
W Dispositivo de Acceso Vascular, Reservorio	W Dispositivo de Acceso Vascular Totalmente Implantable
X Dispositivo de Acceso Vascular	X Dispositivo de Acceso Vascular, Tunelizado

Este cambio, permite identificar mejor los procedimientos de inserción de dispositivos de acceso vascular, al ser más consistentes con la práctica clínica habitual.

Los sistemas totalmente implantables consisten en unos catéteres de silicona o poliuretano cuyo extremo distal se posiciona en el punto de unión de la vena cava superior (VCS) con la aurícula derecha (AD) y cuyo extremo proximal se conecta a un dispositivo confeccionado con material de titanio o plástico insertado en un bolsillo subcutáneo generalmente en la pared anterior del tórax. Esto proporciona un acceso sencillo, seguro y permanente al sistema vascular para la realización de tratamientos endovenosos prolongados El Port-a-Cath es el ejemplo más característico de este tipo dispositivos.⁵³

La correcta codificación de estos dispositivos requiere la utilización de dos códigos: uno para la inserción del dispositivo y otro para el catéter vascular. El abordaje más habitual para la inserción del dispositivo

totalmente implantable en el bolsillo subcutáneo es el abierto, pero debe revisarse la documentación por si se hubiese realizado de otra manera.

Ejemplo: Colocación en pared anterior de tórax (subcutáneo) de dispositivo de acceso vascular totalmente implantable (Port-a-Cath®) con punta en vena cava superior:

0JH60WZ Inserción en tejido subcutáneo y fascia, tórax, de dispositivo de acceso vascular totalmente implantable, abordaje abierto.

02HV33Z Inserción en vena cava superior de dispositivo de infusión, abordaje percutáneo

Los catéteres tunelizados recorren un trayecto subcutáneo situado entre el sito de entrada en la piel y la vena puncionada. Existe un pequeño manguito de Dacrón adherido al catéter que induce una reacción inflamatoria en el túnel con posterior fibrosis que fija el catéter al tejido celular subcutáneo y disminuye el riesgo de infección.

Para su codificación correcta se necesitan dos códigos, uno para el propio catéter que accede al sistema vascular y otro para el acceso vascular externo y trayecto subcutáneo. Por defecto, si no se especifica otro, el abordaje para la colocación del acceso vascular es percutáneo.

Ejemplo: Inserción de catéter tunelizado en vena cava superior:

0JH63XZ Inserción en tejido subcutáneo y fascia, tórax, de dispositivo de acceso vascular, tunelizado, abordaje percutáneo.

02HV33Z Inserción en vena cava superior, de dispositivo de infusión, abordaje percutáneo

Sistema Orgánico K Músculos

Se han incorporado dos tablas nuevas a este sistema orgánico. La tabla **0KD** para procedimientos de Extracción y la tabla **0KR** para procedimientos de Sustitución.

Tabla 0KD Extracción

A diferencia de lo que hemos visto en anteriores sistemas orgánicos, en esta nueva tabla de Extracción, el propósito no es codificar biopsias diagnósticas sino procedimientos terapéuticos como por ejemplo el desbridamiento no escisional.

Tabla 0KR Sustitución

Se ha incorporado al sistema orgánico de Músculos una tabla para procedimientos de Sustitución con los siguientes valores de localización anatómica:

0 Músculo Cabeza	G Músculo Tronco, lado Izquierdo
1 Músculo Facial	H Músculo Tórax, lado Derecho
2 Músculo Cuello, lado Derecho	J Músculo Tórax, lado Izquierdo
3 Músculo Cuello, lado Izquierdo	K Músculo Abdomen, lado Derecho
4 Músculo Lengua, Paladar, Faringe	L Músculo Abdomen, lado Izquierdo
5 Músculo Hombro, Derecho	M Músculo Perineo
6 Músculo Hombro, Izquierdo	N Músculo Cadera, Derecha
7 Músculo Brazo, Derecho	P Músculo Cadera, Izquierda
8 Músculo Brazo, Izquierdo	Q Músculo Muslo, Derecho
9 Músculo Antebrazo y Muñeca, Derecho	R Músculo Muslo, Izquierdo
B Músculo Antebrazo y Muñeca, Izquierdo	S Músculo Pierna, Derecha
C Músculo Mano, Derecha	T Músculo Pierna, Izquierda
D Músculo Mano, Izquierda	V Músculo Pie, Derecho
F Músculo Tronco, lado Derecho	W Músculo Pie, Izquierdo

Tabla 0KX Transferencia

Se han añadido nuevos valores de calificador en la tabla **0KX** Transferencia, para los colgajos pediculados de los músculos derechos e izquierdos del tronco (Valores **F** y **G**):

- **5** Colgajo Miocutáneo del Dorsal Ancho
- **7** Colgajo Perforante de Arteria Epigástrica Inferior Profunda
- **8** Colgajo de Arteria Epigástrica Inferior Superficial
- **9** Colgajo Perforante de Arteria Glútea

Tablas 0JH Inserción, 0JP Retirada y 0JW Revisión

En estas tablas se ha incorporado el nuevo valor de dispositivo **Y** Otro Dispositivo.

Sistema Orgánico L Tendones

Se han añadido dos tablas nuevas en este sistema orgánico para poder codificar procedimientos de Extracción y de Inserción

Tabla OLD Extracción

Al igual que en el sistema orgánico de músculos, el propósito de los procedimientos de extracción en tendones no es diagnóstico. Lo que se pretende es identificar los desbridamientos no escisionales en estas estructuras.

Tabla OLH Inserción

Esta tabla de nueva creación, tiene un único valor de dispositivo **Y** Otro Dispositivo que es válido para estas dos localizaciones anatómicas: **X** Tendón Superior e **Y** Tendón Inferior.

Tablas OLP Retirada y OLW Revisión

Estas dos tablas incluyen como nuevo valor de dispositivo **Y** Otro Dispositivo.

Sistema Orgánico M Bursas y Ligamentos

Se han revisado los literales de los siguientes valores de localización anatómica en aquellas tablas donde aparecían:

Revisado	Modificado
C Bursa y Ligamento Tronco, lado Derecho	C Bursa y Ligamento Columna, Superior
D Bursa y Ligamento Tronco, lado Izquierdo	D Bursa y Ligamento Columna, Inferior
F Bursa y Ligamento Tórax, lado Derecho	F Bursa y Ligamento Esternón
G Bursa y Ligamento Tórax, lado Izquierdo	G Bursa y Ligamento Costilla(s)

Además se han generado dos nuevas tablas para codificar procedimientos de Inserción y Sustitución.

Tabla OMH Inserción

Esta tabla tiene un único valor en la posición seis de dispositivo, **Y** Otro Dispositivo, que es válido para las dos localizaciones anatómicas posibles: **X** Bursa y Ligamento Superior e **Y** Bursa y Ligamento Inferior.

Tabla OMR Sustitución

Con esta tabla se pretende identificar mejor los procedimientos de reconstrucción sobre bursa y ligamentos, como por ejemplo los procedimientos de reconstrucción de los ligamentos de la rodilla.

Ejemplo: Paciente mujer de 32 años de edad que ingresa para reconstrucción del ligamento cruzado anterior (LCA) de rodilla derecha. Mediante artroscopia se objetiva rotura completa de LCA, que se reseca. Se realizan un túnel femoral y otro tibial y se reconstruye el ligamento con tejido de banco fijándolo en dichos túneles.

OMRN4KZ Sustitución de bursa y ligamento rodilla, derecha, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje endoscópico percutáneo.

Tablas OMP Retirada y OMW Revisión

Estas tablas añaden, en la posición seis, el nuevo valor de dispositivo **Y** Otro Dispositivo.

Sistema Orgánico N Huesos Cráneo y Cara

En este sistema orgánico se han revisado las descripciones de algunas localizaciones anatómicas que tenían valores de lateralidad que han sido eliminados. Esta modificación afecta a todas las tablas donde aparecían.

Revisado	Modificado
1 Hueso Frontal, lado Derecho	1 Hueso Frontal
2 Hueso Frontal, lado Izquierdo	
7 Hueso Occipital, Derecho	7 Hueso Occipital
8 Hueso Occipital, Izquierdo	
C Hueso Esfenoides, Derecho	C Hueso Esfenoidal
D Hueso Esfenoides, Izquierdo	
R Hueso Maxilar, Derecho	R Hueso Maxilar
S Hueso Maxilar, Izquierdo	

Tabla OND Extracción

Se ha creado esta tabla para codificar los desbridamientos no escisionales que afectan a estas estructuras.

Sistema Orgánico P Huesos Superiores

Los literales de las localizaciones anatómicas **1** Costilla, Derecha y **2** Costilla, Izquierda han sido revisados y sustituidos por **1** Costillas, 1 ó 2 y **2** Costillas, 3 o más.

Revisado	Modificado
1 Costilla, Derecha	1 Costilla, 1 ó 2
2 Costilla, Izquierda	2 Costilla, 3 o más

También este sistema orgánico ha incluido una nueva tabla **OPD** Extracción para codificar los desbridamientos no escisionales en estas estructuras.

Sistema Orgánico Q Huesos Inferiores

Sección		0 Médico-Quirúrgica	
Sistema Orgánico		Q Huesos Inferiores	
Tipo de Procedimiento		S Reposición: Recolocar en su localización habitual, o en otra localización adecuada, toda o parte de una estructura anatómica	
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
N Metatarso, Derecho P Metatarso, Izquierdo	0 Abierto 3 Percutáneo 4 Endoscópico Percutáneo	4 Dispositivo de Fijación Interna 5 Dispositivo de Fijación Externa Z Ninguno	2 Hueso(s) sesamoideo(s) del primer dedo del pie Z Ninguno
N Metatarso, Derecho P Metatarso, Izquierdo	X Externo	Z Ninguno	2 Hueso(s) sesamoideo(s) del primer dedo del pie Z Ninguno

Pocos cambios se han realizado en este sistema orgánico. Se ha creado la tabla **0QD** Extracción para identificar los desbridamientos no escisionales en estas localizaciones. Además en la tabla **0QS** de Reposición se ha incluido un nuevo valor de calificador, **2** Hueso(s) sesamoideo(s) del primer dedo del pie, para las localizaciones anatómicas **N** Metatarso, Derecho y **P** Metatarso, Izquierdo.

Sistema Orgánico R Articulaciones Superiores

Tabla 0RG Fusión

La tabla **0RG** es la única que ha sido modificada en este sistema orgánico. Ahora, para los procedimientos de Fusión, el valor de dispositivo **A** Dispositivo de Fusión Intersomática, solo es aplicable para los valores de calificador que hacen referencia a la columna anterior (valores **0** y **J**).

Además se ha eliminado el calificador **Z** Ninguno, en las fusiones vertebrales, por entenderse que los procedimientos de fusión vertebral siempre implican la presencia de algún tipo de dispositivo.

Sistema Orgánico S Articulaciones Inferiores

Tabla OSG Fusión

Al igual que hemos visto en la tabla de articulaciones superiores, en el sistema orgánico **S** Articulaciones Inferiores, el valor de dispositivo **A** Dispositivo de Fusión Intersomática, solo se puede utilizar con los valores de calificador que hacen referencia a la columna anterior (valores **0** y **J**).

El valor de calificador **Z** Ninguno, también ha sido eliminado para las fusiones vertebrales de la tabla.

Tabla OSP Retirada

Infección de articulación protésica. Tratamiento en dos tiempos

La infección de una articulación protésica (también denominada infección periprotésica (IPP)) es una de las complicaciones más temidas tras una artroplastia total de cadera o de rodilla. En el caso de infección crónica, la extracción quirúrgica de los componentes protésicos es obligatoria. Este tratamiento supone dos actos quirúrgicos diferentes. En un primer tiempo se procede a realizar un desbridamiento exhaustivo de todos los tejidos infectados, retirar todos los componentes protésicos y el cemento, irrigar profundamente la articulación e implantar un espaciador temporal impregnado con una elevada concentración de antibióticos. Una vez implantado el espaciador el paciente es tratado con antibióticos sistémicos hasta que la infección se considera controlada. Posteriormente el paciente debe someterse a una nueva intervención quirúrgica (segundo tiempo) en la que se retira el espaciador y se implanta una prótesis definitiva.⁵⁴

En la actualidad existen dos tipos diferentes de espaciadores. Los espaciadores estáticos, que no permiten el movimiento articular y los espaciadores dinámicos o articulados, que simulan la forma de una prótesis y permiten cierta movilidad articular mientras el paciente espera el segundo tiempo quirúrgico.

La retirada de los espaciadores estáticos, se codifica con el valor de dispositivo, **8** Espaciador.

Para codificar la retirada de los espaciadores dinámicos o articulados, la tabla **OSP** incorpora el nuevo valor de dispositivo, **E** Espaciador Articulado, que es válido tanto para las localizaciones de cadera como de rodilla.

La tabla **OSP** Retirada, también incluye nuevos valores de dispositivo para tipificar la retirada de los diferentes tipos de prótesis unicodilares de rodilla.

Nuevos valores de calificador en la tabla **OSP**:

Sección		0 Médico-Quirúrgica	
Sistema Orgánico		S Articulaciones inferiores	
Tipo de Procedimiento		P Retirada: Sacar o extraer un dispositivo de una estructura anatómica	
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
9 Articulación Cadera, Derecha B Articulación Cadera, Izquierda	0 Abierto	0 Dispositivo de Drenaje 3 Dispositivo de Infusión 4 Dispositivo de Fijación Interna 5 Dispositivo de Fijación Externa 7 Sustituto de Tejido Autólogo 8 Espaciador 9 Alineador B Dispositivo de Recubrimiento E Espaciador Articulado J Sustituto Sintético K Sustituto de Tejido No Autólogo	Z Ninguno
C Articulación Rodilla, Derecha D Articulación Rodilla, Izquierda	0 Abierto	0 Dispositivo de Drenaje 3 Dispositivo de Infusión 4 Dispositivo de Fijación Interna 5 Dispositivo de Fijación Externa 7 Sustituto de Tejido Autólogo 8 Espaciador 9 Alineador E Espaciador Articulado K Sustituto de Tejido No Autólogo L Sustituto Sintético, Unicodilar Medial M Sustituto Sintético, Unicodilar Lateral N Sustituto Sintético, Patelofemoral	Z Ninguno

Tabla OSR Sustitución

Esta tabla incluye la incorporación de nuevos valores de dispositivo para las articulaciones de cadera y rodilla.

El nuevo valor de dispositivo **6** Sustituto Sintético, Circonio Oxidado sobre Polietileno, sirve para identificar un tipo híbrido de superficie de apoyo en las sustituciones de articulaciones de cadera y rodilla.

Las prótesis que utilizan Circonio oxidado se clasificaban previamente como cerámica sobre polietileno, pero en realidad están fabricadas de un metal sometido a un proceso que le permite adquirir las cualidades tanto del metal como de la cerámica. Estos implantes incorporan los beneficios de una superficie lisa (cerámica) reduciendo la fricción, con los beneficios de un material resistente a las fracturas (metal), pudiendo así ser utilizados en caderas y rodillas. Mientras que los implantes tradicionales duran unos 15 años, los realizados en estos materiales nuevos pueden durar potencialmente hasta 20 ó 25 años.

Por tanto, este nuevo valor de dispositivo, **6** Sustituto Sintético, Circonio Oxidado sobre Polietileno, permite identificar de forma más específica este tipo de sustituto tanto en cadera como en rodilla.

El nuevo valor de dispositivo **E** Espaciador Articulado se ha añadido para codificar como procedimiento de **Sustitución**, la inserción de espaciadores dinámicos en cadera y rodilla.

Los espaciadores estáticos, no se codifican como procedimientos de sustitución, sino que se siguen codificando en la tabla de **Inserción**, con el valor de dispositivo, **8** Espaciador.

Sección		0 Médico-Quirúrgica	
Sistema Orgánico		S Articulaciones inferiores	
Tipo de Procedimiento		R Sustitución: Colocar un dispositivo biológico o sintético que sustituye total o parcialmente el lugar y/o la función de una estructura anatómica	
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
9 Articulación Cadera, Derecha B Articulación Cadera, Izquierda	0 Abierto	1 Sustituto Sintético, Metal 2 Sustituto Sintético, Metal sobre Polietileno 3 Sustituto Sintético, Cerámica 4 Sustituto Sintético, Cerámica sobre Polietileno 6 Sustituto Sintético, Circonio Oxidado sobre Polietileno J Sustituto Sintético	9 Cementada A No Cementada Z Ninguno
9 Articulación Cadera, Derecha B Articulación Cadera, Izquierda	0 Abierto	7 Sustituto de Tejido Autólogo E Espaciador Articulado K Sustituto de Tejido No Autólogo	Z Ninguno
C Articulación Rodilla, Derecha D Articulación Rodilla, Izquierda	0 Abierto	6 Sustituto Sintético, Circonio Oxidado sobre Polietileno J Sustituto Sintético L Sustituto Sintético, Unicondilar M Sustituto Sintético, Unicondilar Lateral N Sustituto Sintético, Patelofemoral	9 Cementada A No Cementada Z Ninguno
C Articulación Rodilla, Derecha D Articulación Rodilla, Izquierda	0 Abierto	7 Sustituto de Tejido Autólogo E Espaciador Articulado K Sustituto de Tejido No Autólogo	Z Ninguno

Los nuevos valores **L** Sustituto Sintético, Unicondilar Medial, **M** Sustituto Sintético, Unicondilar Lateral, y **N** Sustituto Sintético, Patelofemoral, tienen como objetivo identificar mejor las artroplastias parciales de rodilla. Su indicación fundamental es el tratamiento de la artrosis de rodilla cuando solo afecta a un lado o compartimento de la articulación.

Sistema Orgánico T Sistema Urinario

Tablas OTH Inserción, OTP Retirada, OTW Revisión

En este sistema orgánico la única modificación que se ha realizado es la incorporación, en las tablas de Inserción, Retirada y Revisión del nuevo valor de dispositivo **Y** Otro Dispositivo.

Sistema Orgánico U Sistema Reproductor Femenino

En muchas de las tablas de este sistema orgánico se ha añadido el valor de abordaje **8** Orificio Natural o Artificial, Endoscópico, para las estructuras anatómicas que son susceptibles de su uso.

- **0U5** Sistema Reproductor Femenino, Destrucción
- **0U9** Sistema Reproductor Femenino, Drenaje
- **0UC** Sistema Reproductor Femenino, Extirpación
- **0UH** Sistema Reproductor Femenino, Inserción
- **0UJ** Sistema Reproductor Femenino, Inspección
- **0UN** Sistema Reproductor Femenino, Liberación
- **0UP** Sistema Reproductor Femenino, Retirada
- **0UQ** Sistema Reproductor Femenino, Reparación
- **0US** Sistema Reproductor Femenino, Reposición

En las tablas de Reposición, Inserción, Retirada y Revisión también se ha incorporado el valor de abordaje **7** Orificio Natural o Artificial para algunas localizaciones anatómicas.

Tabla OUT Resección

En esta tabla se ha incorporado un nuevo valor de calificador **L** Supracervical, para la localización anatómica **9** Útero. Una histerectomía total implica la extirpación del útero y del cérvix (cuello uterino) mien-

tras que una histerectomía subtotal hace referencia a la extirpación del cuerpo del útero dejando el cérvix (supracervical). Previamente, para poder diferenciar estos dos procedimientos, era preciso codificar las histerectomías totales utilizando dos códigos, uno para reflejar la resección del útero y otro para la resección del cérvix. Ahora, este nuevo calificador nos permite codificar ambos procedimientos con un único código.

Ejemplos:

Mujer de 62 años a la que se realiza una histerectomía total laparoscópica

OUT94ZZ Resección de útero, abordaje endoscópico percutáneo

Mujer de 62 años a la que se realiza una histerectomía supracervical laparoscópica

OUT94ZL Resección de útero, supracervical, abordaje endoscópico percutáneo

Tabla OUH Inserción

En esta tabla se han producido varias modificaciones. Para la localización anatómica **3 Ovario**, se han añadido los valores de abordaje **7 Orificio Natural o Artificial** y **8 Orificio Natural o Artificial, Endoscópico**.

Otra novedad es que se ha añadido el valor de abordaje **0 Abierto**, para la localización anatómica **9 Útero** y valor de dispositivo **H Dispositivo Anticonceptivo**. Esta modificación permite ahora codificar correctamente los procedimientos de inserción de estos dispositivos en los partos por cesárea.

Por último, en esta tabla se ha incorporado un nuevo valor de dispositivo, **Y Otro Dispositivo**, al igual que en las tablas **OUP Retirada** y **OYW Revisión**.

Tabla OUY Trasplante

La tabla **OUY**, contiene un nuevo valor de localización anatómica **9 Útero** que hace posible la codificación de los trasplantes de útero. El trasplante de útero consiste en trasplantar un útero sano de donante a pacientes con imposibilidad de engendrar debido a la ausencia, malformaciones o un tamaño demasiado pequeño del útero.

Sistema Orgánico V Sistema Reproductor Masculino

También, se ha añadido en el Sistema Reproductor Masculino, el valor de abordaje **8** Orificio Natural o Artificial Endoscópico para las estructuras anatómicas susceptibles de su uso en las siguientes tablas:

- 0V5 Sistema Reproductor Masculino, Destrucción
- 0VB Sistema Reproductor Masculino, Escisión
- 0VH Sistema Reproductor Masculino, Inserción
- OVL Sistema Reproductor Masculino, Oclusión
- 0VN Sistema Reproductor Masculino, Liberación
- 0VQ Sistema Reproductor Masculino, Reparación
- 0VS Sistema Reproductor Masculino, Reposición
- 0VU Sistema Reproductor Masculino, Suplemento

Este cambio permitirá capturar detalles de procedimientos endoscópicos tales como la escisión a través de cistoscopia de los conductos deferentes o las detorsiones endoscópicas de cordón espermático.

Tabla 0VX Transferencia

Se ha creado una nueva tabla **0VX** de Transferencia en este sistema orgánico, para poder identificar mejor algunos procedimientos de reconstrucción de anomalías congénitas urogenitales como por ejemplo el hipospadias y la reparación de otras afecciones mediante colgajos pediculados de prepucio.

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema Orgánico	V Sistema Reproductor Masculino		
Tipo de Procedimiento	X Transferencia: Desplazar, sin extraer, una estructura anatómica en parte o en su totalidad a otra localización para asumir total o parcialmente la funcionalidad de otra estructura		
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
T Prepucio	0 Abierto X Externo	Z Sin Dispositivo	D Uretra S Pene

Tablas 0VH Inserción, 0VP Retirada y 0VW Revisión

En la tabla **0VH** Inserción se incorpora el valor de abordaje **7** Orificio Natural o Artificial y se añade el nuevo valor de dispositivo **Y** Otro Dispositivo, al igual que en las tablas **0VP** Retirada y **0VW** Revisión.

Sistema Orgánico W Regiones Anatómicas Generales

Las tablas **0WB** Escisión y **0WQ** Reparación, incorporan un nuevo valor de localización anatómica, **3** Cavidad Oral y Garganta. Con esta modificación se pretende identificar procedimientos realizados en varias capas de tejido y no sobre un órgano específico que no puedan clasificarse en el sistema orgánico **C** Boca y Garganta.

En la tabla **0WC** Extirpación, se ha añadido un nuevo valor de localización anatómica, **H** Retroperitoneo.

Tabla 0W1 Derivación

La Tabla **0W1** ha sido actualizada. Por una parte se ha incorporado un nuevo valor de calificador, **W** Vena Superior, para las localizaciones **9** Cavidad Pleural, Derecha, **B** Cavidad Pleural, Izquierda, **G** Cavidad Peritoneal y **J** Cavidad Pélvica.

Además se han reestructurado las filas de esta tabla, agrupando en una sola fila los valores anteriormente mencionados, y permitiendo la utilización del abordaje **3** Percutáneo en dichas estructuras para todos los valores posibles de calificador.

Sección		0 Médico-Quirúrgica	
Sistema Orgánico		W Regiones Anatómicas Generales	
Tipo de Procedimiento		1 Derivación: Alterar la vía de paso de los contenidos de una estructura	
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
9 Cavidad Pleural, Derecha B Cavidad Pleural, Izquierda G Cavidad Peritoneal J Cavidad Pélvica	0 Abierto 3 Percutáneo 4 Endoscópico Percutáneo	J Sustituto Sintético	4 Cutáneo 9 Cavidad Pleural, Derecha B Cavidad Pleural, Izquierda G Cavidad Peritoneal J Cavidad Pélvica W Vena Superior Y Vena Inferior

Esta tabla permite entre otros, la codificación de las derivaciones Denver para el tratamiento de las ascitis de repetición o de los derrames pleurales intratables.

El nuevo valor de calificador **W** Vena Superior, identifica aquellas derivaciones realizadas entre una vena superior y las diferentes localizaciones anatómicas de la fila. Un ejemplo sería la Derivación peritoneo-venosa. Como ya se indicó en el cuaderno de codificación nº 6: “*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*”.

Ahora ya hay un valor adecuado para tipificar correctamente este procedimiento

0W1G4W Derivación de cavidad peritoneal a vena superior, con sustituto sintético, abordaje endoscópico percutáneo. (Además debe codificarse la inserción de la válvula en el bolsillo subcutáneo).

Los sistemas orgánicos **X REGIONES ANATÓMICAS, EXTREMI-DADES SUPERIORES** e **Y REGIONES ANATÓMICAS, EXTREMI-DADES INFERIORES** no han sufrido modificaciones.

Sección 1 Obstetricia

Dos cambios se han producido en la Sección **1** Obstetricia.

Uno ha sido en la tabla **10D** Extracción, donde se ha creado un nuevo valor de calificador **9** Manual, para la localización anatómica **1** Productos de la Concepción, Retenidos, con la finalidad de identificar la extracción manual de placenta retenida.

El otro cambio tiene que ver con la modificación de los literales de los calificadores para los procedimientos de cesárea de la tabla **01D**. El valor de calificador **0** Clásica, se ha modificado y pasa a denominarse **0** Alta, y el valor de calificador **1** Cervical Inferior, pasa a denominarse **1** Baja.

Sección 3 Administración

Tabla 3E0 Introducción

En esta tabla se ha revisado el descriptivo del valor de sexta posición (sustancia) **B** Anestésico Local, que ha sido cambiado por **B** Agente Anestésico. Ha desaparecido el valor **C** Anestesia Regional.

Otra de las actualizaciones que se ha realizado ha sido añadir otros valores de abordaje a los procedimientos que se realizan con valor de sustancia **5** Barrera Antiadherente. Previamente solo podía utilizarse el valor de abordaje **0** Abierto y ahora además pueden utilizarse los valores **3** Percutáneo y **4** Endoscópico Percutáneo.

También se ha incorporado el valor de abordaje **4** Endoscópico Percutáneo, a muchas localizaciones anatómicas para su uso con el valor de sustancia **G** Otra Sustancia Terapéutica.

La otra novedad que incluye esta tabla es el calificador **0** Vacuna de la Gripe, para su uso con el valor de sustancia **4** Suero, Toxoide y Vacuna en la localización anatómica **1** Tejido Subcutáneo y **2** Músculo, pudiendo así diferenciar la inyecciones subcutáneas de las intramusculares.

Sección 4 Medición y monitorización

Tablas 4A0 Medición y 4A1 Monitorización

En ambas tablas, se han añadido los valores de abordaje **7** Orificio Natural o Artificial y **8** Orificio Natural o Artificial Endoscópico para su uso con los siguientes valores de localización anatómica: **0** Nervioso Central, **1** Nervioso Periférico, **2** Cardíaco, y **6** Linfático.

Para la localización anatómica **D** Urinario, ya era posible el valor de abordaje **7** Orificio Natural o Artificial, y ahora se ha incorporado el valor **8** Orificio Natural o Artificial, Endoscópico.

Sección 5 Asistencia y soporte extracorpóreos o sistémicos

El título de esta Sección ha sido revisado, añadiéndose el término “sistémico”, para adaptarse mejor a los usos clínicos disponibles.

Tabla 5A0 Asistencia

Se añade una fila nueva para la codificación de la eliminación extracorpórea de CO₂ (ECCO₂R).

Sección	5 Asistencia y Soporte Extracorpóreos o Sistémicos		
Sistema Orgánico	A Sistemas Fisiológicos		
Tipo de Procedimiento	0 Asistencia: Asumir una parte de una función fisiológica por medios extracorpóreos		
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
9 Respiratorio	2 Continua	0 Filtración	Z Ninguno

Este código permite identificar procedimientos que extraen CO₂ de la sangre venosa mediante su paso a través de una membrana similar a la de las ECMO (oxigenación por membrana extracorpórea). La diferencia fundamental radica en que se utilizan flujos sanguíneos mucho menores y, por tanto, cánulas arteriales o venosas de menor tamaño. Esta técnica fue concebida inicialmente para los pacientes con síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA) grave, en los que la estrategia de ventilación protectora produce hipercapnia importante; sin embargo, más recientemente se está implementando también en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) agudizada.⁵⁵

Tabla 5A1 Soporte

Para un mejor registro de los procedimientos de hemodiálisis se han modificado los valores en la quinta posición (Duración) para el sistema urinario. Estos nuevos valores son:

- **7** Intermitente, Menos de 6 horas al día
- **8** Intermitente Prolongada, 6-18 horas al día
- **9** Continuo, Más de 18 horas al día

La hemodiálisis intermitente es la utilizada para los pacientes con enfermedad renal terminal que necesitan sesiones de hemodiálisis tres veces por semana, con una duración aproximada de 4 horas por sesión. Las otras dos formas de hemodiálisis se engloban bajo el término de Terapia de Reemplazo Renal y se utilizan en pacientes con fracaso renal agudo en unidades de cuidados intensivos.

Las terapias continuas (CRRT o TRRC o Técnicas de Reemplazo Renal Continuo) incluyen la Hemofiltración veno-venosa continua, la Hemodiálisis veno-venosa continua, la Hemodiafiltración veno-venosa continua y la Ultrafiltración veno-venosa continua. Se utilizan en pacientes de extrema gravedad e inestables hemodinámicamente.

La diálisis intermitente prolongada con bajos flujos de sangre y dializado en comparación con la Hemodiálisis intermitente es un híbrido aceptable entre la TRRC y la hemodiálisis intermitente para los pacientes anúricos, hipervolémicos y relativamente estables hemodinámicamente. También se denomina a veces Diálisis de baja eficiencia sostenida (SLED).^{56,57}

Ejemplo: Paciente de 65 años con shock séptico y fracaso renal agudo que precisa durante su estancia en UCI de Hemofiltración veno-venosa continua.

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

Sección	5 Asistencia y Soporte Extracorpóreos o Sistémicos		
Sistema Orgánico	A Sistemas Fisiológicos		
Tipo de Procedimiento	1 Soporte: Asumir la totalidad de una función fisiológica por medios extracorpóreos		
Localización Anatómica	Duración	Función	Calificador
D Urinario	7 Intermitente, Menos de 6 horas al día 8 Intermitente Prolongada, 6-18 horas al día 9 Continuo, Más de 18 horas al día	0 Filtración	Z Ninguno

También en esta tabla se han añadido valores nuevos en la séptima posición (Calificador) para la función **2** Oxigenación, en la localización anatómica **5** Circulatorio. Estos nuevos valores pretenden identificar mejor los diferentes tipos de ECMO.

La oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO) se basa en proporcionar al paciente un soporte hemodinámico y respiratorio completo a través de un circuito extracorpóreo. Permite un alto flujo de sangre oxigenada mediante un oxigenador de membrana para intercambio gaseoso y una bomba mecánica normalmente centrífuga. Para llevar a cabo una terapia ECMO es necesario disponer de un acceso vascular a grandes vasos del paciente (femoral, yugular, subclavia) en su modalidad periférica, aunque también puede realizarse una canulación central (en aurícula derecha y aorta) en determinadas situaciones. Además este tratamiento puede realizarse de dos formas diferentes en relación a los vasos canalizados: veno-venoso, para soporte estrictamente respiratorio, o veno-arterial para soporte circulatorio (aunque también esta modalidad puede facilitar un soporte respiratorio completo). Los nuevos valores incorporados en la tabla nos permiten identificar estas características del tratamiento.

Sección Sistema Orgánico Tipo de Procedimiento			
5 Asistencia y Soporte Extracorpóreos o Sistémicos A Sistemas Fisiológicos 1 Soporte: Asumir la totalidad de una función fisiológica por medios extracorpóreos			
Localización Anatómica	Duración	Función	Calificador
5 Circulatorio	2 Continuo	2 Oxigenación	F Membrana Central G Membrana, Periférica Veno-arterial H Membrana, Periférica Veno-venosa

Sección 6 Terapias extracorpóreas o sistémicas

Al igual que la sección anterior, también la Sección 6 ha incorporado el término “Sistémicas” para adaptarse mejor a los procedimientos incluidos.

Sección B Imagen

Tabla B31 Radioscopia

Esta tabla incorpora en el sistema orgánico **3** Arterias Superiores, un nuevo valor de localización anatómica **U** Tronco pulmonar, para identificar más específicamente los procedimientos de arteriografía del tronco pulmonar.

Sección X Nueva Tecnología

En esta Sección se han creado tres nuevas tablas (**XK0**, **XV5** y **XY0**) y se han añadido valores en otras de las ya existentes.

Tabla XK0 Introducción

(Sección **X** Nueva Tecnología, Sistema Orgánico **K** Músculo, Tipo de Procedimiento **0** Introducción)

Aspirado de médula ósea concentrado

Esta nueva tabla consta de una única fila y solo permite la construcción de un código:

XK02303 Introducción en músculo de aspirado de médula ósea concentrado, abordaje percutáneo, nueva tecnología grupo 3.

Este código clasifica la inyección en músculo de aspirado de médula ósea concentrado como tratamiento de la isquemia crítica de miembros inferiores. La isquemia crítica de los miembros inferiores se define como la insuficiencia del flujo arterial para mantener la viabilidad tisular, generalmente debida a la enfermedad obstructiva arterial periférica. Clínicamente se manifiesta como dolor de reposo, presencia de úlceras cutáneas o pérdida tisular espontánea.

El tratamiento de esta enfermedad con la revascularización quirúrgica y la terapia endovascular ha proporcionado importantes resultados. Aun así el porcentaje de pacientes que no son candidatos a estas técnicas y que precisan de una amputación no es despreciable. Por eso se han desarrollado nuevas estrategias terapéuticas. La técnica consiste en obtener médula ósea por aspirado medular y someterlo a un proceso de centrifugación obteniendo un concentrado medular, rico en células madre, que se inyecta en la extremidad isquémica en un recorrido paralelo al eje de las arterias principales. El objetivo de este tratamiento es potenciar el proceso de arteriogénesis mediante la inyección de un concentrado rico en células promielocíticas CD34+ y CD14+. Estas células estimulan la liberación de sustancias como metaloproteinasas, trombopoyetina, eritropoyetina y factor estimulante de colonias de gra-

nulocitos (GM-CSF) entre otras. Estas sustancias destruyen la periferia del vaso para que este pueda expandirse y crecer, aumentando su diámetro. El proceso dura entre cuatro y ocho semanas.⁵⁸

Tabla XV5 Destrucción

(Sección **X** Nueva Tecnología, Sistema Orgánico **V** Sistema Reproductor Masculino, Tipo de Procedimiento **5** Destrucción)

Hidroablación prostática robótica

La tabla **XW5**, tiene como finalidad identificar los procedimientos de hidroablación de próstata.

Se trata de un nuevo procedimiento, mínimamente invasivo que utiliza suero fisiológico a presión, a una velocidad cercana a la del sonido, para destruir el tejido prostático.

Previamente el clínico realiza una evaluación mediante ecografía prostática transrectal y cistoscopia del volumen de próstata que se desea eliminar. Una vez obtenidos estos datos, el sistema robótico se activa y lleva a cabo la intervención.

Tabla XY0 introducción

(Sección **X** Nueva Tecnología, Sistema Orgánico **Y** Extracorpóreo, Tipo de Procedimiento **0** Introducción)

Inhibidor del daño endotelial

Esta nueva tabla consta de una única fila y solo permite la construcción de un código:

XY0VX83 Introducción en injerto venoso de inhibidor del daño endotelial, abordaje externo, nueva tecnología grupo 3.

Se ha creado este código para identificar el tratamiento de injertos venosos con un inhibidor del daño endotelial antes de su utilización en cirugía cardiovascular. En la cirugía de revascularización coronaria, el daño intraoperatorio del injerto, debido a una conservación inadecuada del mismo, es la principal causa de la enfermedad del injerto o fallo del mismo. Esta técnica utiliza una solución de preservación de tejidos, que en estudios experimentales ha conseguido demostrar que es capaz de conservar la funcionalidad del endotelio de la vena safena o arteria radial al

emplearlas como injerto coronario. Esta conservación del endotelio, que no es posible con la técnica de preparación habitual, parece asociarse a una mejor permeabilidad de los puentes, con disminución significativa de los eventos isquémicos tras la revascularización quirúrgica.⁵⁹

Modificaciones en tablas ya existentes

Tabla XNS Reposición

(Sección **X** Nueva Tecnología, Sistema Orgánico **N** Huesos, Tipo de Procedimiento **S** Reposición)

Se ha eliminado el valor de abordaje **4** Endoscópico Percutáneo y se ha sustituido por el valor **3** Percutáneo. El motivo es recoger de forma más adecuada los procedimientos relacionados con las barras de crecimiento controladas magnéticamente.

Tabla XRG Fusión

(Sección **X** Nueva Tecnología, Sistema Orgánico **R** Articulaciones, Tipo de Procedimiento **G** Fusión)

Se ha incorporado un nuevo valor de dispositivo **F** Dispositivo de Fusión Intersomático, Poroso Radioluciente. La creación de dicho valor genera una nueva fila en la tabla para cada localización anatómica, ya que debe acompañarse del calificador “Nueva Tecnología Grupo 3”.

Estos tipos de dispositivos de fusión intersomática van recubiertos de un material poroso que aumenta la zona de contacto entre el implante y los platillos vertebrales creándose una superficie óptima para la formación de nuevo hueso. Además la transparencia radioscópica proporciona permeabilidad a los rayos X y a la tomografía computarizada permitiendo visualizar el crecimiento óseo adyacente al implante y por tanto la evolución de la fusión ósea.

Tabla XW0 Introducción

(Sección **X** Nueva Tecnología, Sistema Orgánico **W** Regiones Anatómicas, Tipo de Procedimiento **0** Introducción)

Se han creado 6 valores nuevos en sexta posición para identificar nuevas sustancias que pueden ser administradas en venas periféricas o centrales:

A Bezlotoxumab Anticuerpo Monoclonal, es un anticuerpo monoclonal humano producido en células de ovario de hámster chino mediante tecnología de ADN recombinante. Se une a la toxina B de *Clostridium difficile*. Su uso está indicado en adultos con alto riesgo de recurrencia de infección por *Clostridium difficile*. Su vía de administración es intravenosa.

B Citarabina y Daunorrubicina Liposomas Antineoplásicos. Su nombre comercial es VYXEOS® y combina dos quimioterapias en una sola formulación. Su uso está indicado para el tratamiento de adultos con dos tipos de Leucemia Mieloide Aguda (LMA): la LMA recién diagnosticada en relación con una terapia (LMA-t) y la LMA con cambios relacionados con una mielodisplasia (LMA-CRM).

C Inmunoterapia con células T Autólogas Modificadas con Receptor de Antígeno Quimérico (axicabtagen ciloleucel, o KTE-C19). La terapia de células T con receptores de antígenos quiméricos (CAR, por sus siglas en inglés) es un tipo de inmunoterapia en la cual se emplean las propias células inmunitarias (células T) del paciente de modo que identifiquen y ataquen las células cancerosas. En dicha terapia se extraen células T de la sangre del paciente y se envían a un laboratorio. Allí se emplean procedimientos técnicos para cambiar la composición genética de las células. Estas células T genéticamente modificadas expresarán un receptor específico que les permitirá identificar y atacar las células que tienen el antígeno objetivo. Los ensayos clínicos sobre el uso de células T con receptores de antígenos quiméricos para el tratamiento de las neoplasias hematológicas han dado resultados prometedores, especialmente en casos de resistencia al tratamiento y recaídas de la leucemia linfoblástica aguda de células B (B-ALL, por sus siglas en inglés) y del linfoma difuso de células B grandes, en los que se ha informado el logro de remisiones duraderas.⁶⁰

F Otras Sustancias Terapéuticas de Nueva Tecnología. Se ha creado este nuevo valor para recoger aquellas sustancias terapéuticas de nueva tecnología que aún no tienen valor propio en la tabla.

G Plazomicina Anti Infeccioso. La plazomicina es un nuevo aminoglicósido, derivado de la sisomicina, que es resistente a las enzimas modi-

ficadoras de aminoglicósidos. Es activa frente a patógenos gramnegativos incluidas las enterobacterias resistentes a los carbapenémicos y las enterobacterias productoras de β -lactamasas de espectro extendido (ESBL). Actualmente son dos las principales indicaciones de uso de la plazomicina: la infección complicada del tracto urinario, incluida la pielonefritis, y las infecciones del torrente sanguíneo debidas a ciertas enterobacterias multiresistentes.

H Angiotensina II Humana Sintética. La Angiotensina II Humana Sintética es un vasoconstrictor sintético. Su nombre comercial es Giapreza®. Se administra por vía intravenosa para elevar la presión arterial en pacientes adultos diagnosticados de shock séptico u otro shock distributivo en estado crítico que no responden adecuadamente a las terapias convencionales disponibles.

Bibliografía

1. Peter J. D. Mastocitosis. [Internet]. Londres: Manual MSD; 2018. [citado 18 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/inmunología-y-trastornos-alérgicos/enfermedades-alérgicas,-autoinmunitarias-y-otros-trastornos-por-hipersensibilidad/mastocitosis>
2. Manuales MSD [Internet]. USA. Trastornos endocrinos y metabólicos. MSD. [Citado 18 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-endocrinos-y-metabólicos>
3. MPS Lisosomales. Igualada; [citado 18 Jun 2019]. Mucosulfatidosis o Déficit de Sulfatasa Múltiple.[aprox. 1 pantalla] Disponible en: http://www.mpsesp.org/portall/a_item-detail.asp?tipo_id=252&contentid=894
4. Lado, F.L., Ferreira, M. J., Cabana, V., Maceda, S., Antúnez, J.R. Amiloidosis. Medicina Integral[Internet]. 2000 [citado 18 Jun 2019]; 36(4):121-4. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-amiloidosis-10022203>
5. González-López, E., López-Sainz, A., García-Pavia, P. Diagnóstico y tratamiento de la amiloidosis cardiaca por transtiretina. Progreso y esperanza. Rev Esp Cardiol. 2017 [citado 18 Jun 2019]; 70, 991-1004. doi: 10.1016/j.recesp.201705.018
6. Schuster V. Hipoplasminogenemia [Internet]; 2008 [citado 18 Jun 2019]. Disponible en: https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=ES&Expert=722
7. Jiménez Rojas F. Síndromes de intoxicación y abstinencia a drogas psicoactivas: recomendaciones para su manejo [Internet]. [citado 18 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.iafa.go.cr/images/descargables/aprobaciondeprogramas/normas-para-el-tratamiento-del-sindrome-de-intoxicacion-y-abstinencia-a-drogas-iafa.pdf>
8. Attia E. Walsh B T. Introducción a los trastornos de la conducta alimentaria [Internet]. Nueva York; 2014 [Recuperado 19 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/introducción-a-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria>
9. FAROS, Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA): conocer qué son para poder prevenirlos [Internet]. Barcelona. [Citado 19 Jun 2019]. Disponible en: <https://faros.hsjdbcn.org/ca/node/8347>
10. NIH (National Institute of Mental Health). Información sobre la depresión posparto [Internet]. 2014. [citado 19 Jun 2019]. Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/informacion-sobre-la-depresion-posparto/depresion-posparto-sp-15-8000_150352.pdf
11. Psiquiatria.com. Psicosis postparto [Internet]. [citado 19 Jun 2019]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/glosario/psicosis-postparto>

12. Thomas L. Psicosis postparto/postnatal [Internet]. News medical life sciences; 2019 [citado 19 Jun 2019]. Disponible en: [https://www.news-medical.net/health/Postpartum-Postnatal-Psychosis-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Postpartum-Postnatal-Psychosis-(Spanish).aspx)
13. Neurowikia. Espasmo hemifacial. [Internet]. [citado 19 Jun 2019]. Disponible en: <http://www.neurowikia.es/content/espasmo-hemifacial>
14. Imegen. Distrofias musculares de Duchenne y Becker [Internet]. Paterna. [citado 19 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.imegen.es/informacion-al-paciente/informacion-genetica-enfermedades-hereditarias/enfermedades-geneticas-hereditarias/distrofias-musculares-duchenne-becker/>
15. IMO. Blefaritis [Internet]. Barcelona [citado 19 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.imo.es/es/blefaritis>
16. Verdejo. L. Párpado Inferior descolgado (Ectropión) [Internet]. 2014 [citado 19 Jun 2019]. Disponible en: <http://www.socv.org/parpado-inferior-descolgado-ectropion/>
17. IMO. Lagofthalmos [Internet]. Barcelona. [citado 19 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.imo.es/es/lagofthalmos>
18. Nichols K K, Foulks G N, Bron A J, Sullivan, D A. Disfunción de las glándulas de Meibomio ¿Qué es, por qué se produce y cómo puede tratarse? [Internet]. [citado 19 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.tearfilm.org/mgdreportspanish/report/Abstract%20ESP.pdf>
19. Fernández C, Boto A, Sánchez-Carnerero F. La rosácea ocular en la frontera de la dermatología y la oftalmología. Más Dermatol [Internet]. 2016 [Citado 19 Jun 2019];24, 14-18. Doi:10.5538/1887-5181.2016.24.14
20. IMO. Agujero macular [Internet]. Barcelona. [citado 19 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.imo.es/es/agujero-macular>
21. Duran C. Complicaciones Retinianas en la Miopía Patológica: Foveosquias Miópica [Internet]. Almería: Qvisión; 2017 [citado 19 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.qvision.es/blogs/carlos-duran/2017/06/18/complicaciones-retinianas-en-la-miopia-patologica-foveosquias-miopica/>
22. Thygesen K, Albert J S, Jaffe A S, Simoons M L, Chaitman B R, White H D. Third Universal Definition of Myocardial Infarction. Circulation [Internet]. 2012 [citado 19 Jun 2019]; 126. 2020–35. Doi 10.1161/CIR.0b013e31826e1058
23. Anderson R. Síndrome de Eisenmenger [Internet]. 2008 [citado 19 Jun 2019] Disponible en: https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=ES&Expert=97214
24. Ardila C M. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. Avances en Periodoncia [Internet]. 2009 abril [citado 20 Jun 2019];21 (1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852009000100005
25. Wong P, Morón P, Espino C, Arévalo J, Villaseca R. Apendicitis Aguda [Internet]. En: Salaverry, O, editor. Cirugía: I Cirugía general. Lima: Universidad Nacional Mayor de

San Marcos. Facultad de Medicina. Escuela Académico Profesional de Medicina Humana. Departamento Académico de Cirugía. 1999 [citado 20 Jun 2019]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_11_Apendicitis%20aguda.htm

26. Dermatomiositis: Qué es, síntomas, diagnóstico y tratamiento [Internet]. Fundación Española de Reumatología [citado 20 Jun 2019]. Disponible en: <https://inforeuma.com/enfermedades-reumaticas/dermatomiositis/>

27. Bielsa I. Dermatomiositis. Reumatología Clínica [Internet]. 2009 Sept [citado 20 Jun 2019]; 5(5), 187-236. doi: 10.1016/j.reuma.2008.09.004

28. Gómez J G. Medicina, estenosis espinal lumbar y claudicación neurológica. Academia Nacional de Medicina de Colombia [Internet]. [citado 20 Jun 2019]. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedicina/va-25/estenosisespinal/>

29. Frias N, Begué N, Martí L, Leyva N, Méndez L. Infección del sitio quirúrgico poscesárea. Medisan [Internet]. 2016 mayo [citado 20 Jun 2019]; 20 (5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000500002

30. Armas M, Fernández L, Sucet K, Lobaina G, García N. Síndrome de respuesta inflamatoria fetal y morbilidad neonatal. Rev Inf Cient [Internet]. 2017 [citado 19 Jun 2019]; 96(1):138-148. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/39/85>

31. Halac E, Paisani J, Ottino C, Manzur R. Trastornos metabólicos del recién nacido [Internet]. Unidad Docente de la Unidad Perinatal Esperanza, Sanatorio Francés; 2003 [Citado 20 Jun 2019]. Disponible en: http://www.clinicapediatrica.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/revisiones_monografias/monografias/monografia%20-%20trastornos%20metabolicos%20del%20recien%20nacido.pdf

32. Robaina G R, Santiago A M, Riesgo S C, Rodríguez N. Epidemiología de la encefalopatía neonatal en un hospital de tercer nivel en Cuba. Revista Cubana Pediatr [Internet]. 2013 ene-mar [citado 19 Jun 2019]; 85 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312013000100006

33. Alonso L, Rodrigo M. Útero septo completo con duplicidad cervical y septo vaginal. Abordaje histeroscópico. Prog Obstet Ginecol. [Internet]. 2011 [citado 19 Jun 2019]; 54 (9). Disponible en: <http://www.histeroscopia.es/res/pdf/151v54n09a90025115pdf001.pdf>

34. Van Buggenhout G. Síndrome de Angelman [Internet]. 2011 [citado 19 Jun 2019] Disponible en: https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=ES&Expert=72

35. Síndrome de Williams [sede Web]. Madrid. [citado 19 Jun 2019] Disponible en: <https://www.sindromewilliams.org/causas-y-diagnostico/>

36. Rodríguez C E, Ardila E. Análisis metabólico de los pacientes con litiasis renal. Papel de la hipocitraturia en la génesis de los cálculos de oxalato de calcio [Internet]. Rev Fac Med UN Col. 1996; 44(2). 70-74. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/22603/1/19237-63129-1-PB.pdf>

37. Hipocitraturia. Diccionario médico [Internet]. Clínica Universidad de Navarra. [citado 19 Jun 2019] Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/hipocitraturia>
38. DPA y AFP. Trabajo forzoso y explotación sexual generan ganancias por 150 mil mdd [Internet]. La Jornada (Méjico). 21 de Mayo de 2014 [citado 19 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2014/05/21/economia/031n2eco>
39. Youssef E, Nakaji P, Thomas T, McBride H, Fram E, Brachman D. Novel modular, permanently implanted collagen-based device for intraoperative brachytherapy in patients with central nervous system tumors. *Neuro-Oncology* [Internet]. 2017 [citado 19 Jun 2019]; (19): 272. doi: 10.1093/neuonc/nox168.1026
40. Zuluaga A, Aldana N, Gutierrez C, Bustamante S, Muñoz P C, Zuluaga N. *Rev. Colomb. Radiol.* Obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo. 2017 [citado 19 Jun 2019]; 28(1): 4609-15. Disponible en http://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/2017/2_mayo/col/obstruccion_esp.pdf
41. Gonzalez L, Cifuentes C, Mordojovich G, Prats R, Santolaya, R, Rodriguez P. Malformación arteriovenosa pulmonar: Características clínicas, diagnóstico y rol del tratamiento quirúrgico en pacientes tratados con cirugía resectiva pulmonar. *Rev Chil Enf Respir* [Internet] 2011 [citado 19 Jun 2019]; 27: 16-25. doi: 10.4067/S0717-73482011000100003
42. Molina, E. Resucitación endovascular con balón de oclusión aórtico (REBOA) en fracturas pélvicas graves con shock hemorrágico. *REMI*[Internet] 2018 [citado 19 Jun 2019]. Disponible en: <http://www.medicina-intensiva.com/2018/05/2268.html>
43. Velayos C, Córdoba L A, Moreno F, Escaned J, Prado L M, Martín et al. Fenómeno de Milking como causa de cardiopatía isquémica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. [citado 19 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.uninet.edu/cimc2000/abstracts/040/PosterMilking.htm>
44. Cozzarin A. Insuficiencia mitral secundaria en la insuficiencia cardíaca [Internet]. Méjico: Sociedad Interamericana de Cardiología. 2016 [citado 19 Jun 2019]. Disponible en: <http://www.siacardio.com/editoriales/enfermedad-valvular-cardiaca/insuficiencia-mitral-secundaria-en-la-insuficiencia-cardiaca/>
45. Puñal J, Atienza G. Seguridad y eficacia de la trombolectomía mecánica mediante stents retrievers en el tratamiento del ictus isquémico agudo [Internet]. Santiago de Compostela: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2014 [citado 19 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2351-ga.pdf>
46. Mendoza A, Albert L, Ruiz E, Lorenzo B, Ramos V, Velasco J M et al. Operación de Fontan. Estudio de los factores hemodinámicos asociados a la evolución postoperatoria. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2012 [citado 20 Jun 2019]; 65:356-62-Vol. 65 Núm. 04 DOI: 10.1016/j.recesp.2011.11.018
47. García-Pagán C. Derivación portosistémica, percutánea e intrahepática recubierta. *Gastroenterología y Hepatología* [Internet]. 2006 [citado 19 Jun 2019]; 29(10): 647-651.

Disponible en: <https://medes.com/publication/32717>

48. Alfageme I, Reyes N, Lima J, Merino M. Broncoscopia. Técnicas diagnósticas. Sevilla: Asociación de neumología y cirugía torácica del sur [citado 19 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.neumosur.net/files/EB03-10%20broncoscopia.pdf>

49. Boglione M, Reusmann A, Cadario M, Giuseppucci C, Botto H, Nieto M et al. Tratamiento quirúrgico de la estenosis traqueal. Reporte de 11 años en un hospital pediátrico. *Cir Pediatr* [Internet]. 2017 [citado Jun 2019]; 30: 77-82. Disponible en: https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2017_30-2_77-82.pdf

50. García M M, Vilella A, Dolz C, Company M. Cepillados citológicos de lesiones del tracto Gastrointestinal [Internet]. En VIII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. 2006 [citado 19 Jun 2019]. Disponible en: <http://conganat.cs.urjc.es/ojs/index.php/conganat/article/download/443/443-2190-1-PB.pdf>

51. Vázquez J. Malrotación intestinal. *Revista Web PEDIátrica.com* [Internet]. Marzo 2011 [citado 19 Jun 2019]. Disponible en http://www.webpediátrica.com/casosped/pdf/117_malrotacion_intestinal.pdf

52. Villamarín B, Atienza G. Efectividad y seguridad de la electroporación irreversible en el tratamiento de los cánceres de páncreas e hígado. Revisión sistemática [Internet]. Santiago de Compostela: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia; 2014 [citado 19 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.sergas.es/docs/Avalia-t/electroporacion/CT201401Electroporacion.pdf>

53. Freiré E, De la Iglesia A, Rodríguez C, López M A, González M, Peleteiro R et al. Reservorios venosos centrales totalmente implantables, tipo Port-A-Cath, en pacientes oncológicos: Revisión de Complicaciones. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. Octubre 2008 [citado 19 Jun 2019]; 15 (7). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462008000700004

54. Corona Perez-Cardona P S, Cáceres Palou E (dir), Pigrau Serrallach, C (dir) Mir Bulló, X (dir). Diagnóstico microbiológico en las infecciones periprotésicas de cadera y rodilla: Implicaciones en el tratamiento quirúrgico de las prótesis infectadas. [Tesis doctoral]. [Barcelona]: Universitat Autònoma de Barcelona; 2015 [Citado 19 Jun 2019]. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2015/hdl_10803_290260/pspcp1de1.pdf

55. Romay E, Ferrer R. Eliminación extracorpórea de CO₂: fundamentos fisiológicos y técnicos y principales indicaciones. *Medicina Intensiva* [Internet]. 2016 [citado 19 Jun 2019]; 40(1):33-38. doi: 10.1016/j.medin.2015.06.001

56. Rizo, L.M., Arellano, M., Hernández, J., Treviño, R., Monreal, R. Terapia renal en pacientes con fracaso renal agudo en Unidad de Cuidados Intensivos, terapia de reemplazo renal continua, intermitente prolongada e intermitente: estudio de supervivencia. (2015). *Dialisis y Trasplante*, 36(1), 1-44. DOI: 10.1016/j.dialis.2014.10.002

57 Benavente, M. Modalidades de terapias de reemplazo renal en injuria renal aguda [Internet]. En Jornada de Invierno: Injuria Renal Aguda en Pacientes Críticos: 28 de Agosto de 2013, Santiago de Chile. Disponible en: <https://www.nefro.cl/v2/biblio/cursos/30.pdf>

58. Jiménez C E, Randial L, Silva I. Uso de células pluripotenciales en el tratamiento de la isquemia crítica. *Rev Colomb Cir* [Internet]. 2017 [citado 19 Jun 2019] 32,146-151. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v32n2/v32n2a9.pdf>
59. Sumedex, s.a. Duragraft, el único tratamiento inhibitor del daño endotelial [Internet]. 2016 [citado 19 Jun 2019]. Disponible en: <http://sumedex.es/duragraft-unico-tratamiento-inhibidor-del-dano-endotelial/>
60. Terapia de células T con receptores de antígenos quiméricos. *Leukemia & Lymphoma Society* [Internet]. Disponible en: https://www.lls.org/sites/default/files/National/USA/Pdf/Publications/FS27S_SP_CART_2019.pdf



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL

www.mscbs.gob.es