

Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Preguntas a la Unidad

Número 20. 1º SEMESTRE 2026

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES

MINISTERIO DE SANIDAD

PUBLICACIÓN PROVISIONAL PENDIENTE DE NIPO

Cuadernos de Codificación

CIE-10-ES

Preguntas a la Unidad

Número 20. 1º SEMESTRE 2026

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES

MINISTERIO DE SANIDAD

EQUIPO EDITORIAL

COORDINACIÓN EDITORIAL

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

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

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

AUTORES

Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES

UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES

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

Sonia SAURA HERNÁNDEZ
Representante de la Comunidad Autónoma de Aragón en la UT-CIE-10-ES

Jorge MARTÍN NAVARRO
Representante del Principado de Asturias en la UT-CIE-10-ES

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

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

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

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

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

Cristina DANÉS VILAR
Representante de la Comunidad Autónoma de Cataluña en la UT-CIE-10-ES

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

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

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

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

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

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

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

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

María Fernanda RAMOS TRUJILLO
Representante de la SEDOM en la UT-CIE-10-ES

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

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

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

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD. CENTRO DE PUBLICACIONES

Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO en línea:

Maquetación:

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

Cuadernos de Codificación

CIE-10-ES

Preguntas a la Unidad

Las actualizaciones normativas contenidas en este cuaderno tienen vigencia para la codificación de altas con fecha a partir del **01-07-2026**

ÍNDICE

Presentación.....	11
Preguntas a la unidad	13
Neoplasias	13
Enfermedades del sistema nervioso	16
Enfermedades del aparato circulatorio	17
Enfermedades del aparato respiratorio.....	23
Enfermedades del aparato digestivo	24
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	26
Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo	26
Enfermedades del aparato genitourinario.....	27
Embarazo, parto y puerperio	28
Ciertas enfermedades originadas en el periodo perinatal.....	29
Miscelánea	30
Bibliografía	33

Presentación

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

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

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

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

Belén Delgado Díez
Subdirectora General de
Información Sanitaria

Preguntas a la unidad

Neoplasias

1.- Linfoma folicular con afectación ganglionar y de bazo. Se trata de un paciente con una neoplasia maligna primaria tipo linfoma folicular grado I, con afectación de ganglios en faringe y una metástasis en bazo. En este escenario, ¿deberíamos codificar ambas morfologías tumorales (la de la lesión primaria y la de la metástasis), o solo se debe codificar la morfología de la neoplasia primaria? Según el apartado 2.6.1 del Manual de Codificación de Diagnósticos 2026 (6ª edición), al tratarse de una afectación simultánea ganglionar y extraganglionar o de órganos sólidos del linfoma, debemos asignar el 5º dígito (9) de localizaciones extraganglionares y órganos sólidos. Por lo tanto, quedaría registrado con un único código de CIE-10-ES. ¿Debemos utilizar un código de morfología o dos?

RESPUESTA: Debe utilizarse un único código CIE-10-ES y un único código de morfología. En relación a la codificación de los linfomas encontramos información en el Manual de Codificación de Diagnósticos 2026, 6ª edición. En el punto 2.6 NEOPLASIAS DE TEJIDOS LINFÁTICOS, HEMATOPOYÉTICOS Y RELACIONADOS, aparece lo siguiente: *“...las neoplasias linfáticas y hematopoyéticas se originan en una o en diversas localizaciones de forma simultánea y sus células neoplásicas pueden circular por el torrente sanguíneo y sistema linfático. Éstas se consideran siempre neoplasias primarias.”* Y en el punto 2.6.1 LINFOMAS se incluye el siguiente texto: *“En caso de afectación simultánea ganglionar y extraganglionar o de órganos sólidos del linfoma, se asignará el carácter identificativo de localizaciones extraganglionares y órganos sólidos”.*

Por tanto, los códigos a utilizar en el caso que plantea son:

CIE-10-ES **C82.09 Linfoma folicular grado I, localizaciones extraganglionares y de órganos sólidos**

CIE-O-3.2 **9695/3 Linfoma folicular, grado 1**

2.- Tumor embrionario con rosetas multicapa. ¿Qué código de morfología debemos utilizar para un tumor embrionario del SNC con rosetas multicapa (grado WHO 4) en un niño de 2 años?

RESPUESTA: Los tumores embrionarios del sistema nervioso central son un grupo de lesiones malignas de origen neuroepitelial biológicamente heterogéneas. Es una neoplasia poco frecuente que aparece casi siempre en menores de 4 años. Es agresiva (grado 4 de la OMS) con mal pronóstico. Estos tumores han tenido varios cambios en su clasificación con los años.

En la “Clasificación de tumores primarios del sistema nervioso central de la Organización Mundial de la Salud (OMS)” del año 2007, la categoría de tumores embrionarios se dividía en Meduloblastoma, Tumor teratoide rabdoide atípico (ATRT) y el resto se englobaban bajo el término Tumores neuroectodérmicos primitivos del sistema nervioso central (CNS-PNET).

En la actualización de 2016 se rompe con el principio de diagnóstico basado únicamente en la histología y se incorporan parámetros moleculares. El grupo CNS-PNET se reclasifica, ya que algunos de los tumores muestran una amplificación de la región MC del cromosoma 19,

apareciendo el término Tumor embrionario con rosetas de capas múltiples (o en rosetas multicapa), ETMR por sus siglas en inglés. La nomenclatura “ETMR, C19-MC altered” incluye lesiones antes conocidas como Tumor embrionario con abundante neuropilo y rosetas verdaderas, Ependimoblastoma y algunos casos de Meduloepitelioma. Hay un 10% de ETMR que no muestran la alteración del C19-MC y en los últimos años se ha visto que parte de ellos tienen alteración de DICER1.

Por ello, en la actualización de 2021, se ha retirado la última parte del nombre para dar cabida a otros subtipos genéticos. La nomenclatura actual es ETMR.

La mayoría de estos tumores se diagnostican a una temprana edad. Todos ellos están descritos antes de los 6 años y el 90% antes de los 3. Se localizan en cualquier lugar del SNC (en su inmensa mayoría en hemisferios cerebrales, tronco cerebral y cerebelo, siendo aislados los casos descritos en la médula)¹.

En CIE-O-3.2 existe un código específico para esta entidad. Debe seguir el Índice Alfabético de la siguiente manera:

Tumor

- embrionario
- - rosetas
- - - multicapa
- - - - NEOM 9478/3
- - - - alteración
- - - - - C19MC 9478/3

9478/3 Tumor embrionario con rosetas multicapa con alteración de C19MC

Tumor embrionario con rosetas multicapa, NEOM

Al especificar en el enunciado que es grado IV, el código de morfología se puede completar a séptimo carácter de la siguiente forma:

9478/34 Tumor embrionario con rosetas multicapa con alteración de C19MC – grado IV, indiferenciado

3.- Miopericitoma. ¿Qué código de morfología debemos utilizar para codificar un miopericitoma de extremidad inferior izquierda?

RESPUESTA: El miopericitoma es un tumor de origen mesenquimal que deriva de los miopericitos, las células musculares que rodean los vasos sanguíneos. Se considera un tumor benigno de crecimiento lento. Antiguamente se denominaba miofibroma cutáneo del adulto. Es más frecuente en adultos varones, en forma de nódulos indoloros, más frecuentemente en las extremidades inferiores.

En CIE-O-3.2 podemos entrar en el IA por el término “Miopericitoma”

Miopericitoma 8824/0

8824/0 Miofibroma

Dermatomiofibroma

Miopericitoma

En CIE-O-3.1 no existía entrada directa para “Miopericitoma”. La entrada era por Miofibroma.

Miofibroma 8824/0

8824/0 Miofibroma

CIE-O-3.2 aporta dos términos de inclusión (términos relacionados) que son “Dermatofibroma” y “Miopericitoma” y nos ayudan para la codificación de esta entidad.

4.- Tratamiento con células CAR-T. En ocasiones ingresan pacientes para tratamiento con células CAR-T. Y acompañando a las siglas aparece una información añadida por ejemplo “CAR-T axi-cel”. ¿Cómo debemos codificarlo? ¿Podemos utilizar el código genérico XW0(3,4)3C7 Introducción en vena periférica/central de inmunoterapia con células T modificadas con receptor de antígeno quimérico, autólogo, abordaje percutáneo, nueva tecnología grupo 7? ¿Hay algún código más específico?

RESPUESTA: La terapia de células T autólogas con receptores de antígenos quiméricos (CAR-T, Chimeric Antigen Receptor T-cell, por sus siglas en inglés) es un tipo de inmunoterapia en la cual se emplean las propias células inmunitarias (células o linfocitos T) del paciente de modo que identifiquen y ataquen las células cancerosas. Se extraen linfocitos T de la sangre del paciente mediante leucoaféresis, se modifican en laboratorio para añadir el receptor CAR, se multiplican y se reinfunden al paciente. Así, estas células T genéticamente modificadas expresarán un receptor específico que les permitirá identificar y atacar las células cancerosas que tienen el antígeno objetivo.^{2,3}

La Dirección de Alimentos y Medicamentos (FDA, siglas en inglés) de los EE.UU. ha aprobado una lista de modalidades de terapia CAR-T para el tratamiento contra ciertos linfomas y leucemias, así como del mieloma múltiple, que por lo general se usan después de haber usado otros tratamientos convencionales. Entre las terapias de células CAR-T aprobadas se incluyen:

- Tisagenlecleucel, que también se conoce como tisa-cel (Kymriah®)
- Axicabtagene ciloleucel, que también se conoce como axi-cel (Yescarta®)
- Brexucabtagene autoleucel, que también se conoce como brexu-cel (Tecartus®)
- Lisocabtagene maraleucel, que también se conoce como liso-cel (Breyanzi®)
- Idecabtagene vicleucel, que también se conoce como ide-cel (Abecma®)
- Citacabtegene autoleucel, que también se conoce como cilta-cel (Carvykti®)

En la 5ª edición de la CIE-10-ES (año 2024) se añadieron en la sección de Nueva Tecnología una serie de procedimientos en la tabla **XW0 Introducción**, que se corresponden con las distintas terapias aprobadas:

Tabla 1. Terapias CAR-T

TERAPIAS CAR-T			
Nombre comercial	Principio activo	Abreviatura	Código CIE-10-ES
Kymriah®	Tisagenlecleucel	tisa-cel	XW0(3/4)3J7
Yescarta®	Axicabtagene ciloleucel	axi-cel	XW0(3/4)3H7
Tecartus®	Brexucabtagene autoleucel	brexu-cel	XW0(3/4)3M7
Breyanzi®	Lisocabtagene maraleucel	liso-cel	XW0(3/4)3N7
Abecma®	Idecabtagene vicleucel	ide-cel	XW0(3/4)3K7
Carvykti®	Citacabtagene autoleucel	cilta-cel	XW0(3/4)3A7
	CAR-T Autólogo		XW0(3/4)3C7
	CAR-T Alogénico		XW0(3/4)3G7

En la tabla anterior, se ha añadido el código genérico (sin especificar modalidad) del CAR-T autólogo (Linfocitos T del propio paciente) y alogénico (Linfocitos T de donante sano).

El código adecuado para la terapia “CAR-T axi-cel” será **XW0(3/4)3H7** Introducción en vena periférica/vena central de axicabtagene ciloleucel inmunoterapia, abordaje percutáneo, nueva tecnología grupo 7.

La entrada en el índice alfabético de procedimientos puede encontrarla por:

Axicabtagene Ciloleucel Inmunoterapia XW0

Yescarta® - buscar Axicabtagene Ciloleucel Inmunoterapia

Para mayor información le recomendamos la revisión del Cuaderno de Codificación Nuevos códigos CIE-10-ES 2024 Diagnósticos y Procedimientos NÚMERO 16. 2º SEMESTRE 2023 (Sección X Nueva Tecnología. Terapia con células T Modificadas con Receptor de Antígeno Quimérico) y el Anexo K: Términos Clave/Definición de Sustancias en el Tomo II Procedimientos de la CIE-10-ES 6.ª edición-enero 2026.

Puede ser de utilidad recordar que todas las sustancias que existen en la tabla **XW0** están incluidas en el Índice Alfabético de Procedimientos, por lo que su consulta puede ser de ayuda ante nombres comerciales de medicamentos o dispositivos.

Enfermedades del sistema nervioso

5.- Síndrome de ACNES. Se trata de un paciente que acude por dolor abdominal y se le diagnóstica de síndrome de ACNES (síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior). ¿Cómo se codifica?

RESPUESTA: El síndrome de ACNES (Síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior) es un tipo de dolor abdominal crónico que se origina en la **pared abdominal**. El diagnóstico es clínico, basado en la historia clínica del paciente y en la exploración física. La mejoría clínica tras infiltración con anestésico tópico en el punto de máximo dolor afianza el diagnóstico de esta entidad.

El nervio cutáneo anterior es la rama terminal de los nervios intercostales T7-T12. Alcanza la pared anterior del abdomen inmediatamente profunda a los músculos rectos abdominales. Realiza un ángulo de 90° y atraviesa el músculo desde la pared posterior hasta la aponeurosis anterior acompañada de una arteria y una vena, formando una “unidad” que atraviesa un anillo fibroso en el interior del músculo recto anterior del abdomen. Cualquier causa que aumente la compresión en el anillo fibroso (como la contracción de los músculos rectos o cualquier situación que aumente la presión desde el interior del abdomen) puede favorecer la herniación de la “unidad” a través del anillo y provocar dolor.^{4,5}

Para codificarlo debemos tener en cuenta que el nervio cutáneo anterior es rama del nervio intercostal y que se trata de un atrapamiento del mismo.

En el IAE:

Atrapamiento

-nervio – véase Neuropatía, atrapamiento

Bajo la entrada **Neuropatía** -atrapamiento, no tenemos modificador esencial para el nervio intercostal, por lo que deberemos seguir las siguientes entradas:

Neuropatía, neuropático

-intercostal G58.0

Mononeuropatía

-intercostal G58.0

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

-nervio

--intercostal G58.0

G58.0 Neuropatía intercostal

Enfermedades del aparato circulatorio

6.- Istmo cavotricuspídeo. ¿Qué localización anatómica debemos elegir cuando realizan una ablación por radiofrecuencia del istmo cavotricuspídeo, para tratar un flutter auricular típico?

RESPUESTA: El flutter auricular es una arritmia que se caracteriza por un patrón electrocardiográfico de taquicardia auricular ≥ 240 lpm en forma de ondulación continua, uniforme y regular. Es una taquicardia por macrorreentrada auricular. El término macrorreentrada designa una activación circular (circuito reentrante) que gira alrededor de un obstáculo que se define arbitrariamente como de varios centímetros de diámetro. El flutter auricular se clasifica en función de si el circuito atraviesa o no el istmo cavotricuspídeo (ICT). En el flutter auricular típico el circuito atraviesa el istmo cavotricuspídeo. La ablación por radiofrecuencia del istmo cavotricuspídeo es una técnica invasiva, que se realiza mediante cateterismo cardíaco y que está dirigida a la región del istmo septal o lateral entre la válvula

tricúspide y la vena cava inferior. El objetivo del procedimiento es tratar la arritmia mediante la interrupción de las señales eléctricas de la conducción cardiaca. El istmo cavotricuspidéico constituye una estructura crítica del sistema de conducción del corazón, ya que forma parte del circuito de macrorreentrada responsable del flutter auricular típico. Por este motivo, el valor **8** Mecanismo de Conducción, es el que mejor representa la localización anatómica sobre la que actúa el procedimiento. Debe, por tanto, utilizar la tabla **025** Destrucción, y la localización anatómica a elegir es **8** Mecanismo de conducción.

El código es el siguiente:

02583ZZ Destrucción de mecanismo de conducción, abordaje percutáneo

7.- Ablación cardiaca por campo pulsado (PFA). ¿Cómo debemos codificar la ablación cardiaca PFA (Pulse Field Ablation o Ablación por Campo Pulsado) en un paciente con fibrilación auricular?

RESPUESTA: Tradicionalmente la radiofrecuencia (RF) y la crioablación han sido las modalidades energéticas más utilizadas para las ablaciones cardíacas en el tratamiento de la fibrilación auricular. En los últimos años ha emergido la electroporación, también conocida como Pulsed Field Ablation (PFA). Se trata de una técnica no térmica con alta especificidad por el tejido miocárdico que permite preservar estructuras adyacentes como el esófago y el nervio frénico. Utiliza pulsos eléctricos de alta intensidad para inducir cambios en las membranas celulares de las fibras musculares del corazón.

En la sexta edición de CIE-10-ES Procedimientos, 2026, en la tabla 025 Destrucción, en Corazón y Grandes Vasos, aparece lo siguiente:

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema Orgánico	2 Corazón y Grandes Vasos		
Tipo de Procedimiento	5 Destrucción: Erradicación total o parcial de una estructura anatómica mediante el uso directo de energía, fuerza o agente destructivo		
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
8 Mecanismo de Conducción	3 Percutáneo	Z Ninguno	F Electroporación Irreversible Z Ninguno

El código a utilizar es el siguiente:

02583ZF Destrucción de mecanismo de conducción, electroporación irreversible, abordaje percutáneo

Las entradas en el IA son:

Electroporación Irreversible (IRE)

- véase Destrucción, Corazón y Grandes Vasos 025
- véase Destrucción, Sistema Hepatobiliar y Páncreas 0F5

IRE (Electroporación Irreversible)

- véase Destrucción, Corazón y Grandes Vasos 025
- véase Destrucción, Sistema Hepatobiliar y Páncreas 0F5

PulseSelect™ PFA System, para IRE cardiaca (Electroporación Irreversible) 02583ZF

8.- Doble ablación AFFERA. En relación con la codificación de procedimientos de ablación de arritmias, se plantea el siguiente caso: Paciente sometido a ablación de taquicardia ventricular mediante sistema AFFERA, realizándose abordaje endocárdico y epicárdico. Durante el procedimiento se emplean dos tipos de energía: ablación por radiofrecuencia (RF) y ablación pulsada mediante electroporación (PFA). El informe recoge explícitamente: "Total: 73 aplicaciones. PFA: 40. RF: 33." ¿Cómo debemos codificar este procedimiento? En la edición 2026 de CIE-10-ES Procedimientos existe un código específico para la ablación por electroporación (02583ZF), además del código para ablación por radiofrecuencia (02583ZZ). Dado que en este caso se documenta el uso de ambas técnicas durante el mismo procedimiento, ¿deben asignarse ambos códigos de ablación o únicamente uno de ellos?

RESPUESTA: La ablación mediante campos pulsados (pulsed field ablation, PFA) (electroporación irreversible) ha emergido en la última década como una fuente de energía de especial interés en los procedimientos de ablación, debido a su rapidez, reproducibilidad y perfil de seguridad. La integración de esta tecnología en un mismo catéter (AFFERA, en este caso) junto con las energías térmicas (radiofrecuencia), ampliamente utilizadas en la práctica clínica actual, aporta una mayor versatilidad en el abordaje terapéutico y ha impulsado un desarrollo tecnológico continuo por parte de diferentes compañías en los últimos años.^{6,7}

Por tanto, al emplearse ambas técnicas para realizar la ablación de la arritmia (radiofrecuencia y electroporación irreversible) (sistema dual) deben utilizarse ambos códigos:

02583ZF Destrucción de mecanismo de conducción, electroporación irreversible, abordaje percutáneo

02583ZZ Destrucción de mecanismo de conducción, abordaje percutáneo

9.- IAM y arteriosclerosis. Pese a que la normativa indica que "Si un paciente ingresa a causa de un IAM y está documentada enfermedad aterosclerótica coronaria, el código del IAM debe secuenciarse antes que el de la enfermedad coronaria", entendemos que esto se refiere a los episodios en los que claramente la arteriosclerosis no motiva el ingreso. En el siguiente caso: "Paciente con antecedentes de enfermedad coronaria multivaso e infarto de miocardio inferior hace 2 semanas (dado de alta a domicilio), que ingresa de nuevo para angioplastia coronaria percutánea", ¿se pueden secuenciar los códigos como siguen?: I25.10 Enfermedad cardíaca aterosclerótica de arteria coronaria nativa sin angina de pecho, I21.19 Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) con implicación de otra arteria coronaria de cara inferior.

RESPUESTA: Sí. La propuesta que usted hace es correcta. En el caso de su consulta hay que tener en cuenta varias cosas: el IAM sucedió hace dos semanas y el paciente ya fue dado de alta a su domicilio. Actualmente ingresa para el tratamiento de su arteriosclerosis coronaria, por lo que el diagnóstico principal debe ser el código **I25.10 Enfermedad cardíaca aterosclerótica de arteria coronaria nativa sin angina de pecho**. El antecedente del IAM hace 15 días debe ser recogido con el código de infarto agudo de miocardio (ya que se encuentra en el periodo de cuatro semanas siguiente a un IAM), en este caso **I21.19 Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) con implicación de otra arteria coronaria de cara inferior**.

10.- Infarto lacunar con origen en la arteria cerebral media izquierda. Se trata de un informe de alta en el que, en el apartado de evolución aparece lo siguiente: Se realiza estudio con RMN cerebral que muestra infarto reciente con restricción en difusión, capsuloganglionar izquierdo, de 1,5 mm de diámetro máximo en secuencia de difusión, compatible con infarto lacunar [...]

A nivel de estudio etiológico de ictus presenta angio-TAC de TSA sin estenosis significativas a nivel de ACI extracraneal, aunque sí ateromatosis con obliteración parcial de carótidas intracraneales en segmento petroso.

Tras estudio, se orienta como ictus isquémico en territorio profundo de ACM izquierda de etiología lacunar [...] Diagnóstico principal: Infarto capsuloganglionar izquierdo de etiología lacunar.

El origen es la ACM (Arteria Cerebral Media) pero la etiología es lacunar, ¿cómo lo codificamos? ¿con el código I63.512 Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arteria cerebral media izquierda? ¿o con el código I63.81 Otro infarto cerebral debido a oclusión o estenosis de arteria pequeña? ¿o podemos poner los dos códigos con el I63.512 como principal?

RESPUESTA: El infarto lacunar es una lesión vascular pequeña y profunda atribuida a una oclusión de una de las arterias perforantes de una gran arteria cerebral. La localización de la lesión, que no llega a afectar al córtex cerebral, y el ser de pequeño tamaño (< 15 mm) define esta categoría de infarto.

Las arterias cuya alteración dan lugar a los infartos lacunares son arteriolas cerebrales profundas o perforantes, de un diámetro entre 100 y 400 micras, que se originan directamente en las arterias principales, carecen de ramas colaterales y de anastomosis terminales. Vascularizan los territorios más profundos y próximos a la línea media de los hemisferios cerebrales y del tronco cerebral. Las localizaciones más frecuentes son los ganglios basales (putamen, pálido, caudado), la cápsula interna, protuberancia, tálamo y corona radiata.

El territorio de perforantes de la arteria cerebral media, ramas lenticuloestriadas, suele ser el más afectado.⁸

Según lo descrito en la consulta y lo reflejado en el juicio diagnóstico se trata de un infarto lacunar (en el territorio de las perforantes de la arteria cerebral media, que es lo más frecuente) y como tal hay que clasificarlo con el siguiente código:

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

11.- Parálisis facial. En ocasiones, en los informes de alta de los infartos o hemorragias cerebrales, cuando se describen los déficits neurológicos con los que cursa, aparece la expresión “parálisis facial” sin más especificación. La entrada en el IAE por parálisis –facial nos dirige al código G51.0 Parálisis de Bell, que incluye la expresión “Parálisis facial” ¿Debemos utilizar este código? En algunos centros se está utilizando el R29.810 Debilidad facial, que tiene un excluye 1 para la parálisis de Bell (G51.0) y para la debilidad facial después de enfermedad cerebrovascular (I69. con caracteres finales -92). ¿Cuál es el código correcto?

RESPUESTA: Normalmente en los informes de alta de los infartos o hemorragias cerebrales, describen a las parálisis faciales como PFC (Parálisis Facial Central) y es aquí donde hay que hacer una diferenciación de los tipos de parálisis faciales:

Diferencias clave entre Parálisis Facial por Ictus (Parálisis Facial Central) y Parálisis de Bell (Parálisis Facial Periférica):

Parálisis Facial por Ictus (Central) (con origen dentro del sistema nervioso central): causa debilidad muscular y habitualmente se producirá una parálisis unilateral exclusivamente de la parte inferior de la cara, produciendo una asimetría al sonreír y dificultad para retener alimentos en la boca. Suele asociarse a otros síntomas neurológicos como debilidad en brazos/piernas, alteraciones del habla o dificultad para caminar. Este tipo de parálisis facial central puede deberse también a otras causas como tumores, lesiones inflamatorias, desmielinizantes, etc.

Parálisis de Bell (Periférica) (con origen en el nervio facial): se trata de una parálisis unilateral de la mitad de la cara, produciendo una alteración de la parte inferior y superior de la misma, con dificultad para la movilidad bucal, elevar frente y ceja, así como para cerrar el ojo, pudiendo ocasionar un parpadeo enlentecido o un cierre incompleto del ojo (signo de Bell) que puede favorecer la existencia de erosiones oculares por sequedad e irritación.

El índice alfabético nos ofrece una entrada directa a la parálisis facial que envía al código **G51.0 Parálisis de Bell**, (que engloba la expresión parálisis facial), pero el literal de este código se refiere más a una parálisis facial periférica con origen en el nervio facial y, en la consulta planteada, la parálisis facial es de origen central, secundaria a un ictus.

Actualmente la clasificación no dispone de un código propio para identificar la parálisis facial central y diferenciarla de la parálisis facial periférica. Por ello, y hasta que exista una opción más específica en la clasificación, recomendamos utilizar, en el escenario que usted plantea, el código **R29.810 Debilidad facial**, que permite reflejar adecuadamente la manifestación clínica observada sin atribuirle el carácter de parálisis facial periférica propio de la Parálisis de Bell.

12.- Drenaje venoso pulmonar anómalo. Se trata de un paciente de 39 años con diagnóstico de CIA (Comunicación interauricular) tipo SV (seno venoso) con DVPAP (Drenaje Venoso Pulmonar Anómalo Parcial) de dos venas pulmonares (las derechas) que drenan a VCS (Vena Cava Superior). Ingres a de forma programada para intervención que se realiza mediante técnica de doble parche sin incidencias. Procedimiento: tras preparación del paciente y entrada en CEC (Circulación extracorpórea) se realiza esternotomía media. Disección de VCS en su totalidad. Se observan dos venas pulmonares drenando en VCS. Una localizada a la altura de la unión atriocava y otra más superior. Exclusión de cavas con cintas. Atriectomía derecha ampliada hacia vena cava superior. Se observa una CIA tipo SV a la altura del drenaje de la vena inferior. Se tunelizan ambas venas pulmonares con un parche de pericardio heterólogo a través de la CIA a la aurícula izquierda y se realiza el cierre de la CIA con sutura monofilamento. Cierre de vena cava superior mediante técnica de ampliación con parche de pericardio heterólogo. ¿Cómo debemos codificar los procedimientos?

RESPUESTA: En un corazón normal las venas pulmonares (dos derechas, superior e inferior; y dos izquierdas, superior e inferior) drenan en la aurícula izquierda. Las anomalías del drenaje de las venas pulmonares se deben a alteración precoz en el desarrollo embrionario de las venas pulmonares y pueden ser totales o parciales:

- **Drenaje venoso pulmonar anómalo parcial:** una o más de las venas pulmonares en vez de desembocar en la aurícula izquierda están conectadas a la aurícula derecha de forma

directa o a través de la vena cava superior o inferior, o a través de alguna de las venas que llegan a estas. Suele asociarse con una CIA.

- **Drenaje venoso pulmonar anómalo total:** todas las venas pulmonares están conectadas a la aurícula derecha o a una de sus venas afluentes (en lugar de desembocar en la aurícula izquierda).

El objetivo de la cirugía suele ser conectar mediante un procedimiento de derivación las venas pulmonares a la aurícula izquierda y cerrar el defecto existente entre las aurículas izquierda y derecha.

En el caso de su consulta realizan una tunelización de ambas venas pulmonares con un parche de pericardio heterólogo a través de la CIA a la aurícula izquierda, un cierre de CIA mediante sutura y un cierre de vena cava superior mediante técnica de ampliación con parche de pericardio heterólogo.

Los códigos a aplicar son:

021708S Derivación de aurícula, izquierda a vena pulmonar, derecha, con tejido zooplástico, abordaje abierto

02Q50ZZ Reparación de tabique auricular, abordaje abierto

02UV08Z Suplemento en vena cava superior, con tejido zooplástico, abordaje abierto

5A1221Z Soporte de gasto, cardiaco, continuo

Aclaración: En la segunda edición de CIE-10-ES, en 2018, se incorporaron a la clasificación los valores necesarios en la posición 7 (calificador) y en la posición 4 (localización anatómica) para poder codificar este tipo de cirugía. En el Cuaderno de Codificación n.º 4 Nuevos Códigos CIE-10-ES 2018 se explica que, estos nuevos valores, fueron añadidos precisamente para poder codificar la reparación del drenaje venoso pulmonar anómalo. En ediciones posteriores, se reorganizaron las filas de esa tabla hasta quedar una fila de la siguiente manera:

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
7 Aurícula Izquierda	0 Abierto 4 Endoscópico Percutáneo	8 Tejido Zooplástico 9 Tejido Venoso Autólogo A Tejido Arterial Autólogo J Sustituto Sintético K Sustituto de Tejido No Autólogo Z Ninguno	P Tronco Pulmonar Q Arteria Pulmonar, Derecha R Arteria Pulmonar, Izquierda S Vena Pulmonar, Derecha T Vena Pulmonar, Izquierda U Vena Pulmonar, Común

La construcción del literal del código **021708S** Derivación de aurícula, izquierda a vena pulmonar, derecha, con tejido zooplástico, abordaje abierto, está hecha siguiendo los materiales originales de EEUU y la norma B3.6a sobre derivación de estructuras tubulares distintas a las arterias coronarias. Sin embargo, este literal no se ajusta a la realidad del procedimiento que se ha

llevado a cabo. La derivación se realiza desde la vena pulmonar derecha (posición 7, calificador) a la aurícula izquierda (posición 4, localización anatómica).

En CIE-10-ES Procedimientos, y para próximas actualizaciones, se modificará este literal para que se adecúe a lo que realmente se está realizando, explicando que constituye una excepción a la normativa de codificación de procedimientos de derivación en estructuras tubulares distintas a arterias coronarias. Mientras tanto, siga utilizando estos códigos para la reparación del drenaje venoso pulmonar anómalo, cuando esté indicado.

Enfermedades del aparato respiratorio

13.- Ventilación en prono. Nos surge alguna duda en el uso de los nuevos códigos que clasifican la ventilación mecánica en posición de prono. Tenemos el siguiente informe:

Paciente que ingresa en UCI por insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía bilateral, precisando ventilación mecánica invasiva tras fracaso de la ventilación no invasiva. Durante su evolución presenta empeoramiento respiratorio, por lo que se realizan varias maniobras de ventilación en posición de prono. En el informe de alta de UCI se documentan tres episodios de prono (del 5 al 7 de enero, del 8 al 9 de enero y del 10 al 12 de enero). Además, en un evolutivo se indica expresamente: «Tras 36 horas de prono se procede a supino». ¿Cómo debemos codificar la ventilación mecánica en este paciente y las horas de ventilación realizadas en posición de prono?

RESPUESTA: La colocación de un paciente (que está en ventilación mecánica) en la posición de decúbito prono es una técnica no invasiva que ha demostrado su eficacia como medida terapéutica adicional en el tratamiento del Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo. Con esta maniobra se consiguen cambios en la movilidad diafragmática, aumento de la distensibilidad pulmonar, mejor evacuación de secreciones, redistribución de la perfusión y mejoría de la ventilación.

CIE-10-ES 6ª edición, 2026, permite codificar la colocación del paciente en decúbito prono, y las horas diarias en las que está en esta posición. Los nuevos códigos se incluyen en la tabla 5A0 Asistencia, en Respiratorio.

En la pregunta que usted hace los códigos a aplicar serían:

5A1955Z Soporte de ventilación, respiratorio, más de 96 horas consecutivas

5A09D5K Asistencia de ventilación, respiratorio, intubado en prono, más de 24 horas consecutivas

En el caso de que las horas de ventilación en prono varíen según los días y se correspondan con códigos diferentes, utilice un único código que especifique el mayor número de horas que el paciente ha estado en decúbito prono.

Enfermedades del aparato digestivo

14.- Enfermedad por inclusiones microvellositarias. ¿Cuál sería el código adecuado para la enfermedad por inclusiones microvellositarias? ¿P78.3 Diarrea neonatal no infecciosa? ¿K63.89 Otras enfermedades especificadas de intestino? ¿Ninguno de los dos?

RESPUESTA: La enfermedad por inclusiones microvellositarias (EIM), también llamada atrofia microvellositaria congénita/familiar es una enfermedad congénita del enterocito. Se han descrito múltiples mutaciones en el gen MYO5B (cromosoma 18), que codifica una expresión alterada de la miosina Vb en los enterocitos, y que están implicadas en el desarrollo de esta enfermedad. Se presenta típicamente en el período neonatal con una diarrea grave que persiste a pesar del ayuno, dependiente de nutrición parenteral de forma definitiva. Histológicamente, se caracteriza por la ausencia o alteración del ribete en cepillo del enterocito junto a la presencia de inclusiones microvellositarias características. El tratamiento incluye la nutrición parenteral y el trasplante intestinal.^{9, 10}

Los códigos propuestos no son los adecuados. El IAE tiene entrada directa para esta patología:

Enfermedad, enfermo – véase además Síndrome

- inclusión B25.9

- - microvellosidades Q43.8

Microvellosidades, enfermedad por inclusión de Q43.8

Q43.8 Otras malformaciones congénitas específicas del intestino

15.- Metaplasia intestinal. Paciente al que se le realiza mucosectomía en estómago con el resultado de anatomía patológica que se describe a continuación: “Antro, mucosectomía: Adenoma tubular con displasia de bajo grado, que contacta con bordes laterales focalmente, sobre gastritis crónica con atrofia y extensa metaplasia intestinal.” ¿Cómo se codificaría la metaplasia intestinal? ¿Con o sin displasia?

RESPUESTA: En el informe de anatomía patológica se describen tres entidades: adenoma tubular con displasia de bajo grado, gastritis crónica con atrofia y metaplasia intestinal.

Adenoma tubular con displasia de bajo grado: el adenoma tubular es una neoplasia que se considera benigna y que se produce por un crecimiento anormal de células tubulares del revestimiento intestinal. Sin embargo, en función del grado de alteración de sus células puede tratarse de una lesión precancerosa. No suele producir síntomas y suele ser un hallazgo endoscópico. Se clasifica en función del grado de displasia de sus células en adenoma tubular con displasia de bajo grado o adenoma tubular con displasia de alto grado.

En el caso de la consulta se trata de un adenoma tubular con displasia de bajo grado:

D13.1 Neoplasia benigna de estómago

8211/0 Adenoma tubular, NEOM

Metaplasia intestinal: no nos especifican en el informe si tiene displasia o no por lo que hay que codificarla con el siguiente código:

K31.A0 Metaplasia intestinal gástrica, no especificada

Gastritis crónica con atrofia:

K29.4- Gastritis crónica atrófica (sin/con hemorragia)

16.- Bolsa de Kock. Hemos observado que en la edición 2026 se han incluido, bajo el código Z93.2 Estado de ileostomía, los términos de inclusión “Estado de bolsa de Kock” y “Estado de bolsa ileal”. Nos surge la duda respecto al literal “bolsa de Kock”, ya que esta técnica quirúrgica puede utilizarse tanto como reservorio continente de heces como de orina. ¿Debe codificarse siempre la bolsa de Kock con el código Z93.2, independientemente del contenido que almacene? o ¿la codificación debe variar según se utilice como reservorio fecal o urinario?

RESPUESTA: La bolsa de Kock es una técnica quirúrgica reconstructiva que permite la creación de un reservorio interno para almacenar heces u orina, dependiendo de la patología y de la indicación clínica del paciente. El reservorio interno se crea utilizando un asa de íleon, que se aísla, fijándolo a la pared abdominal para facilitar el acceso y vaciado del mismo a través de un catéter.¹¹

En CIE-10-ES, la categoría **Z93** recoge los estados de ostomía. La inclusión del término estado de bolsa de Kock bajo **Z93.2 Estado de ileostomía**, puede explicarse por su uso clásico como reservorio fecal en pacientes, por ejemplo, con colitis ulcerosa, que han sido sometidos a una proctocolectomía total. No obstante, la bolsa de Kock también puede emplearse como derivación urinaria continente, alternativa a la vejiga urinaria tras cistectomía por patologías graves (como cáncer vesical) o en determinados defectos congénitos.

Los códigos de estado de ostomía deben reflejar el sistema orgánico que se está derivando, y no el tejido utilizado para construir la derivación.

- Cuando la bolsa de Kock funciona como reservorio fecal, debe codificarse bajo el código **Z93.2 Estado de ileostomía**.
- Cuando se utiliza como derivación urinaria, debe codificarse dentro de los estados de estomas urinarios, bajo el código **Z93.6 Estado de otros estomas artificiales del tracto urinario**. En estos casos, aunque se utilice un segmento de íleon para la reconstrucción, el tránsito digestivo permanece funcional, por lo que no tendría sentido asignar un estado de ileostomía si la derivación es urinaria.

17.- Pancreatitis aguda debida a alcohol. Paciente que ingresa en el hospital por pancreatitis aguda debida a alcohol. ¿Cómo debe codificarse una pancreatitis aguda debida a ingesta de 5 UBE (Unidades de Bebida Estándar), en un paciente que no es bebedor habitualmente? Tenemos dudas sobre si debemos considerarlo un envenenamiento y codificarlo como tal utilizando como diagnóstico principal el código T51.0XA Efecto tóxico de etanol, accidental (no intencionado), contacto inicial + K85.20 Pancreatitis aguda inducida por alcohol sin necrosis ni infección + F10.129 Abuso de alcohol con intoxicación, no especificada; o si debemos codificarlo solo con los códigos K85.20 + F10.129.

RESPUESTA: La normativa recogida en el Capítulo 5. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO, del Manual de Codificación de Diagnósticos (edición 2026) establece, en la tabla relativa a la selección del diagnóstico principal, que cuando un paciente es admitido por

una complicación orgánica atribuible al consumo de alcohol u otras sustancias, la secuencia correcta es:

Diagnóstico principal: la patología orgánica.

Diagnóstico secundario: el trastorno por consumo de alcohol u otras sustancias que corresponda.

La pancreatitis aguda inducida por alcohol se clasifica bajo el código **K85.20** Pancreatitis aguda inducida por alcohol sin necrosis ni infección, según la siguiente entrada del Índice Alfabético de Enfermedades:

Pancreatitis (anular) (apoplejía) (calcárea) (edematosa) (hemorrágica) (maligna) (subaguda) (supurativa) K85.90

- aguda (sin necrosis ni infección) K85.90

- - inducida por el alcohol (sin necrosis ni infección) K85.20

Respecto a la codificación del consumo de alcohol, la documentación clínica únicamente indica que el paciente había ingerido 5 unidades de bebida estándar (UBE) y que no era bebedor habitual. Sin embargo, no se documenta de forma explícita ningún patrón de consumo (abuso, dependencia o intoxicación alcohólica), por lo que no es posible asignar códigos que requieran dicha especificación.

Asigne, por tanto, el código **F10.90 Consumo de alcohol no especificado, sin complicaciones**.

La secuencia final de códigos sería:

K85.20 Pancreatitis aguda inducida por alcohol sin necrosis ni infección.

F10.90 Consumo de alcohol no especificado, sin complicaciones.

Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

18.- Piel de pubis. ¿Qué localización anatómica debemos elegir cuando realizan un procedimiento (como escisión, transferencia, etc.) sobre piel de pubis?

RESPUESTA: Efectivamente no existe, en el Sistema Orgánico **H** Piel y Mama, una localización específica para piel de la región púbica. De momento para codificar una escisión de piel de región púbica utilice, en el Sistema Orgánico **H** Piel y Mama, la localización anatómica **7** Piel, Abdomen. Es una localización anatómica más genérica, pero engloba la piel de la región púbica.

Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo

19.- Keyhole para cirugía cervical. Nos estamos encontrando en el hospital con cirugías tipo keyhole con abordaje posterior para tratar una estenosis foraminal C4-C5. Tenemos duda si el abordaje ha de ser abierto o percutáneo. Os dejamos un protocolo quirúrgico:

Posición: Ø. **Vía de abordaje:** Mínimamente invasivo. **Hallazgos:** Estenosis foraminal C4-C5 derecha. **Técnica:** Decúbito prono, cabeza fijada. **Descripción quirúrgica:** Decúbito prono, cabeza fijada con Mayfield. Marcaje radioscópico C4-C5 derecha. Incisión de 16 mm. Abordaje tubular de 16 mm en C4-C5 derecha. Disección. Foraminotomía C4-C5 derecha, con exposición

de la raíz C5. Raíz eritematosa e inflamada, con adherencias al espacio discal. Se palpa abultamiento discal, pero no es posible realizar movilización de la raíz por adherencias de la duramadre a la raíz con el disco, por lo que no es seguro realizar discectomía. Foraminotomía amplia. Hemostasia con Floseal. Vancomicina en fascia muscular. Cierre por planos.

RESPUESTA: La cirugía tipo *keyhole* en el caso que usted plantea permite al cirujano acceder al campo quirúrgico mediante una incisión mínima en la región posterior del cuello. A través de esta incisión se introducen dilatadores/tubos y posteriormente un retractor tubular, que posibilita la exposición directa del campo quirúrgico.^{12,13}

Por ello, aunque la incisión sea pequeña y la técnica se considere mínimamente invasiva, no deja de tratarse de una cirugía abierta, ya que el cirujano obtiene exposición directa del foramen vertebral donde se localiza la lesión. En consecuencia, debe utilizarse el tipo de abordaje abierto.

No obstante, es importante confirmar con el equipo clínico que se trata efectivamente de este tipo de cirugía, ya que existen también cirugías endoscópicas percutáneas, en las que, a través de una pequeña incisión posterior y un tubo/puerto, se introduce un endoscopio que permite realizar la escisión quirúrgica mediante instrumental endoscópico percutáneo.

Enfermedades del aparato genitourinario

20.- Lesión PEIN. Tenemos un caso de Urología donde en el AP nos pone: Pene: Lesión intraepitelial escamosa, HPV asociado (PEIN) (P16 positivo). Buscando en la normativa llegamos a la tabla 14.8 Codificación de resultados histológicos anormales, donde en el apartado 14.11 DISPLASIAS DE CUELLO UTERINO, VAGINA Y VULVA nos explica: "Son lesiones escamosas intraepiteliales causadas por el VPH, morfológicamente idénticas en todas las localizaciones del tracto anogenital inferior, en ambos sexos (cuello uterino, vagina, vulva, ano, región perianal y pene). Para estas lesiones se ha establecido una nueva terminología histopatológica denominada LAST (Lower Anogenital Squamous Terminology). La terminología LAST (LSIL y HSIL) se utiliza para todas las lesiones escamosas intraepiteliales asociadas al VPH independientemente de su localización en cérvix, vulva, vagina, ano, región perianal o pene. La información se complementa con la terminología clásica "neoplasia intraepitelial" (IN) y la sigla correspondiente a su localización (cérvix CIN, vagina VAIN, vulva VIN, ano AIN, área perianal PAIN y pene PEIN), acompañada de la gradación (IN 1, 2 o 3). El diagnóstico es histológico." La tabla solo nos especifica la localización de Cérvix (CIN), Vagina (VAIN) y Vulva (VIN). En CIE-10-ES hemos encontrado para el ano (AIN) que nos lleva al K62.82, y próstata (PIN) que nos lleva al N42.31, pero en el caso del pene (PEIN) no sabemos verlo. Estaría bien codificarlo como una neoplasia benigna con el código D29.0 Neoplasia benigna de pene y con la morfología 8077/0 Neoplasia intraepitelial de células escamosas de bajo grado (en el caso que sea de bajo grado o inespecífico)?

RESPUESTA: Según la terminología LAST, una lesión escamosa intraepitelial HPV-relacionada y p16 positiva se clasifica como HSIL (High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion). Las descripciones de PeIN recogidas en Pathology Outlines basadas en la clasificación de tumores de la OMS indican que el PeIN de alto grado, especialmente el HPV-dependiente, corresponde a

una lesión intraepitelial no invasiva equivalente a carcinoma escamoso in situ (pTis), incluida entre los precursores del carcinoma escamoso del pene.

La CIE-10-ES no dispone de un código específico para PeIN, a diferencia de otras neoplasias intraepiteliales del tracto anogenital (CIN, VAIN, VIN, AIN). Esta ausencia responde a razones históricas y epidemiológicas: la baja prevalencia de estas lesiones y la inexistencia de programas de cribado impidieron el desarrollo de categorías específicas, a pesar de que la OMS sí reconoce formalmente estos precursores.

La lesión descrita “Lesión intraepitelial escamosa, HPV asociada (PEIN), p16 positiva” no debe codificarse como **D29.0 Neoplasia benigna del pene**, ni asignarse morfología /0, ya que no se trata de una lesión benigna. Las neoplasias intraepiteliales del pene (PeIN) son lesiones premalignas, reconocidas en los sistemas de referencia de anatomía patológica como precursoras del carcinoma escamoso invasivo.

El PeIN (LAST) HSIL (Alteración histológica) sería la lesión intraepitelial equivalente a carcinoma in situ, la codificación en CIE-10-ES:

D07.4 — Carcinoma in situ del pene

La morfología CIE-O-3.2 apropiada es:

8071/2 Neoplasia intraepitelial diferenciada, para la PeIN NO asociada al HPV

8077/2 Neoplasia intraepitelial escamosa, alto grado, para la PeIN asociada al HPV

En el caso del ejemplo que usted plantea se debe añadir también el código **B97.7 Papilomavirus como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto** para reflejar la asociación de la lesión con el HPV indicada en el informe de anatomía patológica.

La **terminología LAST**, se puede aplicar a todas las localizaciones anogenitales, en el caso hipotético de un diagnóstico histológico de **LSIL en pene**, y dado que esta categoría NO existe en CIE-10-ES, la opción más adecuada sería codificarlo como:

N48.89 Otras afecciones especificadas del pene

Embarazo, parto y puerperio

21.- Episiotomía, episiorrafia y desgarro obstétrico. ¿Debemos de codificar la realización de una episiotomía en un parto vaginal en el que además se produce un desgarro obstétrico y realizan una episiorrafia y reparación del desgarro? En CIE9 no era necesario (Boletín 23, pág. 21 de febrero de 2005 sobre "Complicaciones del embarazo, parto y puerperio"). Aunque desde 2016 codificamos con CIE-10-ES nos ha surgido la duda sobre si es necesario codificar la episiotomía.

RESPUESTA: Sí, debe codificar la episiotomía y además debe codificar la reparación del desgarro obstétrico con el código correspondiente en función del grado del mismo y las estructuras afectadas. La episiotomía se debe codificar siempre que se realice.

Puede consultar el Manual de Codificación de Procedimientos, 2026, 6ª edición, donde en el capítulo 10, SECCIÓN 1 OBSTETRICIA, en el punto 10.9 EJEMPLOS, se describe un escenario similar al que usted plantea (ejemplo n.º 4).

22.- Aborto por feto sin latido. Se trata de una gestante de 19 semanas que ingresa para inducción de aborto por feto sin latido. Hemos codificado un aborto retenido 002.1 Aborto retenido. Le inducen un parto con óvulos de prostaglandina para maduración cervical. A las 24 horas, en el mismo episodio de ingreso presenta hemorragia por retención de restos placentarios y se realiza legrado. ¿Cuáles son los códigos a asignar en este episodio? ¿Podemos utilizar el código 10E0XZZ Parto de productos de la concepción, abordaje externo, para la inducción del parto cuando ingresa? ¿Cuáles serían los códigos de diagnósticos y procedimientos en este caso?

Se trata de un aborto al ser una gestación inferior a la semana 20. El monográfico de Obstetricia indica en el punto 13: *"A efectos de clasificación CIE-10-ES Diagnósticos, un aborto es la interrupción de un embarazo en curso dentro de las primeras 20 semanas completas de gestación"*.

El diagnóstico principal debe ser **002.1 Aborto retenido**, tal como se indica en el punto 13.3 del mencionado monográfico.

En el caso planteado no procede usar el código **10E0XZZ** Parto de productos de la concepción, abordaje externo.

Respecto al tratamiento farmacológico, para la administración de prostaglandinas vía vaginal debe usar el código **3E0P7VZ** Introducción en reproductor femenino de hormona, abordaje orificio natural o artificial.

Para la complicación se debe asignar el código **008.1 Hemorragia tardía o excesiva después de un embarazo ectópico y molar** con marcador POA NO, al ser una circunstancia que surge tras el ingreso. Los procedimientos realizados tras un aborto para la evacuación de productos de concepción retenidos se codifican con el tipo de procedimiento Extracción y la localización anatómica Productos de la Concepción Retenidos, por lo que el legrado para la extracción de restos se codificará con el código **10D17ZZ** Extracción de productos de la concepción, retenidos, abordaje orificio natural o artificial.

Puede consultar el Monográfico de Obstetricia incluido en el Cuaderno de Codificación n.º 10 (Punto 13.3 Aborto retenido o diferido).

Ciertas enfermedades originadas en el periodo perinatal

23.- Colección subaponeurótica de líquido de aparición tardía (DSFC). Paciente de un mes diagnosticado de Delayed Subaponeurotic Fluid Collection (DSFC). Nos comenta el clínico que lo podemos codificar como colección subgaleal de aparición tardía. ¿Cuál sería el código adecuado?

RESPUESTA: La colección subaponeurótica de líquido de aparición tardía (DSFC) es una causa poco frecuente de tumefacción en el cuero cabelludo que suele presentarse en bebés sanos y a término durante el segundo mes de vida. Se trata de una afección benigna y autolimitada que solo requiere manejo conservador. La tumefacción del cuero cabelludo en el periodo neonatal es una condición clínica frecuente, y el diagnóstico diferencial debe incluir las causas más comunes, como el cefalohematoma, el caput succedaneum, la hemorragia subaponeurótica y el

quiste leptomeníngeo. La colección subaponeurótica de líquido de aparición tardía (DSFC) es otro diagnóstico diferencial, escasamente descrito en informes y series de casos, y el número de casos publicados en la literatura sigue siendo reducido. La evolución natural de la DSFC difiere significativamente de la del cefalohematoma y del caput succedaneum, y es importante saber reconocerla. La DSFC suele ser clínicamente evidente, se describe con frecuencia en las semanas posteriores al parto y se resuelve de forma espontánea con manejo conservador.

Se desconoce la causa exacta del DSFC. Sin embargo, se asocia frecuentemente con partos traumáticos o instrumentales, como la extracción con ventosa o el uso de fórceps, partos prolongados o difíciles y, ocasionalmente, la monitorización con electrodos del cuero cabelludo fetal. Algunas teorías sugieren que el DSFC puede deberse a una fuga de líquido cefalorraquídeo a través de microfracturas craneales o a una interrupción del drenaje venoso o linfático debido a un traumatismo al nacer. Es una afección benigna que suele resolverse espontáneamente con tratamiento conservador, en cuestión de semanas o meses.¹⁴

No existe un código específico para esta entidad. De momento, utilice el siguiente:

P12.89 Otro traumatismo del nacimiento en el cuero cabelludo

Miscelánea

24.- Amputación transmetatarsiana miembro inferior izquierdo. Se trata de un paciente al que le realizan una amputación transmetatarsiana del miembro inferior izquierdo. En este caso, al ser la amputación a través de los metatarsos, ¿tendríamos que codificar cada dedo por separado? Es decir, ¿0Y6N0Z9, 0Y6N0ZB..., y así hasta el quinto radio parcial?

RESPUESTA: En relación al pie, un radio lo componen las falanges de cada uno de los dedos (primero, segundo, tercero, cuarto, quinto) más su metatarsiano. Tenemos cinco radios, denominados como primero, segundo, tercero, cuarto y quinto en correspondencia con el dedo del que se trate.

La amputación transmetatarsiana implica la amputación a través de los huesos metatarsianos (a cualquier nivel de los mismos, pero no en su totalidad). Este dato debe confirmarlo en la documentación clínica y asegurarse de que se ha hecho así para los cinco radios del pie.

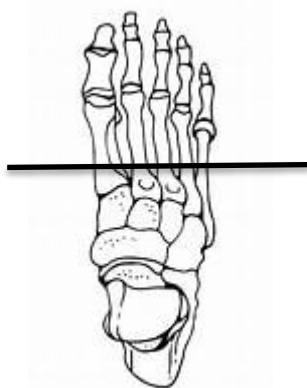


Figura 1. Línea de amputación transmetatarsiana

Si es así, será preciso utilizar cinco códigos (uno para cada radio parcial), para clasificar el procedimiento de forma correcta:

OY6N0Z9 Amputación de pie, izquierdo, primer radio parcial, abordaje abierto

OY6N0ZB Amputación de pie, izquierdo, segundo radio parcial, abordaje abierto

OY6N0ZC Amputación de pie, izquierdo, tercer radio parcial, abordaje abierto

OY6N0ZD Amputación de pie, izquierdo, cuarto radio parcial, abordaje abierto

OY6N0ZF Amputación de pie, izquierdo, quinto radio parcial, abordaje abierto

Puede consultar la normativa vigente para la codificación de las amputaciones en el Manual de Codificación de Procedimientos 6ª edición, 2026 (en el punto 1.3 o en el Anexo B). También encontrará información al respecto en el Cuaderno de Codificación n.º 8, en el Monográfico sobre Diagnósticos y Procedimientos frecuentes en cirugía vascular.

25.- Contención mecánica. Paciente con trastorno bipolar que ingresa por descompensación de su patología. En el informe de alta, en el apartado de Evolución, consta lo siguiente: *“Durante el ingreso presenta un episodio de agitación psicomotriz y conducta auto-heteroagresiva. Ante imposibilidad de contención verbal, precisa contención mecánica en cinco puntos y tratamiento farmacológico”.* ¿Cómo debemos codificar la contención mecánica?

RESPUESTA: La contención mecánica, entendida como una medida de restricción física temporal de la movilidad mediante dispositivos de sujeción, aplicada de forma excepcional para evitar daños al propio paciente, a otras personas o al entorno, se clasifica bajo el código **Z78.1 Estado de restricción física**.

Este código debe asignarse cuando en la documentación clínica se recojan de forma expresa términos como contención mecánica, sujeción física, restricción física, inmovilización terapéutica (IT) u otras expresiones equivalentes, y en el informe quede reflejado que se ha aplicado una medida de este tipo, ya sea en un contexto de agitación, alteración conductual, confusión, desorientación o en otras situaciones clínicas en las que se recurra a una restricción física de la movilidad.

Su uso no se limita al ámbito de la psiquiatría, sino que procede en cualquier servicio asistencial en el que esta situación quede registrada en el informe clínico.

Para ampliar este criterio, puede consultarse la pregunta ya publicada sobre contención mecánica en el Cuaderno n.º 11 de 2021. En dicha consulta se refleja lo siguiente:

“La contención mecánica es la aplicación y control de dispositivos de sujeción mecánica utilizados para limitar la movilidad física, como medida extrema, para evitar daños al propio paciente, a otras personas y/o al entorno físico que le rodea.

Esta situación se clasifica bajo el código **Z78.1 Estado de restricción física**. Este código, según está recogido en la normativa actual (ver punto 21.3.3 ESTADO (DE)), se puede utilizar cuando esté documentado por el clínico que a un paciente se le han puesto restricciones durante el episodio actual. Se debe tener en cuenta que este código no debe ser registrado cuando el clínico documenta que un paciente es inmovilizado temporalmente mientras se realiza un procedimiento.

Respecto al procedimiento en sí, no existe un código específico para la contención mecánica en CIE-10-ES Procedimientos. Puede registrarse dentro de la sección de rehabilitación como:

F07Z5FZ Tratamiento motor, movilidad en cama, con asistencia, adaptación, soporte o protección”

Bibliografía

1. Borrego Jiménez, P, Solís Muñiz, I, Sirvent Cerdá, S. I, López Pino, M. A, Cañas Macía, T, Escribano Pérez, M, et al. Tumor embrionario con rosetas de capas múltiples (ETMR): características radiológicas de una nueva entidad. Seram [Internet]. 2022. [citado 2 de junio de 2026];1.
Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/issue/view/12>
2. American Cancer Society. Terapia de células CAR-T y sus efectos secundarios [Internet]. Cancer.org. 2025 [citado 2 junio de 2026].
Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/inmunoterapia/terapia-de-celulas-t.html>
3. National Cancer Institute. Terapia de células T con CAR. [Internet]. [citado 2 junio de 2026].
Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/terapia-de-celulas-t-con-car>
4. Tolmos-Estefanía MT, Fernández-Rodríguez T, Bernard-de Casco Z, Grande-Díez C, Rodríguez-Lorenzo Á. Dolor abdominal recurrente. Síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo abdominal a propósito de tres casos. Med Fam SEMERGEN [Internet]. 2018 May [citado 2 junio de 2026];44(4):290–94.
Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-dolor-abdominal-recurrente-sindrome-atrapamiento-S1138359317303295?referer=coleccion>
5. García Rodríguez C, Recio Linares A, Carabaño Aguado I, Barrio Merino A, Salcedo Lobato E, Medina Benítez E. Síndrome de ACNES: no todo dolor abdominal es visceral. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2021 Mar 30 [citado 2 junio de 2026];23(89):e17–21.
Disponible en: <https://pap.es/articulo/13173/acnes-syndrome-not-all-abdominal-pain-is-visceral>
6. Negreira Caamaño M. Curva de aprendizaje y resultados del uso de un catéter dual de radiofrecuencia-electroporación en la ablación de FA. [Internet]. Blog de la ARC. Sociedad Española de Cardiología; 2025 [citado 19 junio de 2026].
Disponible en: <https://secardiologia.es/arritmias/blog/blog-actualizaciones-bibliograficas/15659-curva-de-aprendizaje-y-resultados-del-uso-de-un-cateter-dual-de-radiofrecuencia-electroporacion-en-la-ablacion-de-fa>
7. Carta Bergaz A, Gómez Sánchez R, Ávila Alonso P, Atienza Fernández F, González Torrecilla E, Cruz Pérez JF, et al. Ablación endocárdica de TV con sistema Affera en un centro pionero: evaluación de seguridad y eficacia. [Internet] SEC 2025 – El Congreso de la Salud Cardiovascular; Oct 23-25; Granada, España; 2025 [citado 19 junio 2026].
Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-congresos-sec-2025-el-congreso-de-la-salud-cardiov-178-sesion-4014-avanzando-en-el-manejo-de-las-arrit-8758-comunicacion-ablacion-endocardica-de-tv-con-sistema-a-107336>

8. Arboix A. Enfoque clínico, de diagnósticos y tratamiento de los infartos lacunares [Internet]. SIICSalud. 2013 [citado 2 junio de 2026]. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/des/expertoimpreso.php/128767>
9. Orphanet. Enfermedad de inclusión microvellosa [Internet]. 2017 [citado 2 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.orpha.net/es/disease/detail/2290>
10. Fernández Caamaño, B, Quiles Blanco, M. J, Fernández Tomé, L, Burgos Lizáldez, E, Sarriá Osés, J, Molina Arias, M, & Prieto Bozano, G. Fracaso intestinal y trasplante en la enfermedad por inclusiones microvellositarias. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2015. 83(3), 160–5. [citado 2 de junio de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.11.013>
11. Clínica Universidad de Navarra. Bolsa de Kock: qué es, función y uso [Internet]. 2023 [citado 2 junio de 2026]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/bolsa-kock>
12. Sancevic R. ¿Qué es el Abordaje Mínimo Invasivo vía Posterior de la COLUMNA CERVICAL o KEYHOLE? [Internet]. YouTube. 2023 [citado 2 junio de 2026]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=FXmwBhJnEDk>
13. Atlantic Spine Center. What is Endoscopic Posterior Cervical Discectomy and Foraminotomy? [Internet]. YouTube. 2023 [citado 2 junio de 2026]. Disponible en: <https://www.youtube.com/shorts/zgEumRNjXGY>
14. Abusaleem, M. Y., Hamouda, W. O., Abdelshafy, M. K., Farag, A. A., & Serhan, A. I. (2024a). Delayed Subaponeurotic Fluid Collection in a Neonate: A Case Report. Cureus [Internet]. 2024. [citado 2 de junio de 2026]; 16(4):e58754. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.58754>