

CODIFICACIÓN EN CIE-9-MC. Edición 2012

9

**ENFERMEDADES DEL
APARATO DIGESTIVO**

CIE-9-MC



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

CODIFICACIÓN EN CIE-9-MC. EDICIÓN 2012

CIE-9-MC

9

**ENFERMEDADES DEL
APARATO DIGESTIVO**



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Editoras:

Yolanda Fornieles García

Araceli Díaz Martínez

Autores:

Alfonso Martínez Reina

M^ª Jesús Linares Navarro

Francisco Javier Irala Pérez

Jesús Pena González

María Ana Ramos Vázquez

Yolanda Fornieles García

Araceli Díaz Martínez

M^ª Mercedes López Torné

Leonardo Calero Romero

Carolina Conejo Gómez

Antonio Romero Campos

M^ª José Ferreras Fernández

Eloisa Casado Fernández

Andrés del Águila González

Javier Delgado Alés

Edita:

Servicio de Producto Sanitario. Subdirección de Análisis y Control Interno. Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía

Coordinación de la Edición:

Área de Conocimiento Gestión Sanitaria. Escuela Andaluza de Salud Pública

DL: GR 1495-2012

Diseño e impresión: Gráficas Alhambra

Todos los derechos reservados

INDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 9 |
| ESÓFAGO | 10 |
| I. DIVERTÍCULOS ESOFÁGICOS | 10 |
| II. ACALASIA..... | 11 |
| III. ANILLO ESOFÁGICO INFERIOR O ANILLO DE SCHATZKI | 12 |
| IV. MEMBRANAS ESOFÁGICAS O DISFAGIA SIDEROPÉNICA | 12 |
| V. COMPRESIÓN DEL ESÓFAGO..... | 13 |
| VI. ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y ESOFAGITIS POR REFLUJO | 13 |
| VII. INGESTA DE CÁUSTICOS | 14 |
| VIII. ESÓFAGO DE BARRETT | 16 |
| IX. ÚLCERAS ESOFÁGICAS | 16 |
| X. HEMORRAGIA DE ESÓFAGO | 17 |
| XI. NEOPLASIAS ESOFÁGICAS | 17 |
| XII. BRAQUIESÓFAGO..... | 18 |
| XIII. HIPERTENSIÓN PORTAL..... | 19 |
| 1. Varices esofágicas..... | 19 |
| 2. Varices gástricas..... | 21 |
| XIV. LACERACIÓN Y ROTURAS ESOFÁGICAS..... | 22 |
| 1. Síndrome de Mallory-Weiss..... | 22 |
| 2. Síndrome de Boerhaave | 22 |
| ESTÓMAGO..... | 23 |
| I. ÚLCERA PÉPTICA..... | 23 |
| II. ENFERMEDAD DE DIEULAFOY | 24 |
| III. ESTENOSIS PILÓRICA | 25 |

| | |
|--|-----------|
| IV. TRASTORNOS FUNCIONALES DEL ESTÓMAGO | 25 |
| 1. Trastornos funcionales | 25 |
| 2. Trastornos psicógenos..... | 25 |
| 3. Lesión orgánica por factores psíquicos | 26 |
| V. PROCEDIMIENTOS SOBRE EL ESTÓMAGO | 26 |
| 1. Escleroterapia | 26 |
| 2. Embolización | 27 |
| 3. Gastroenteroanastomosis Y de Roux | 27 |
| 4. Gastrectomía parcial | 27 |
| 5. Gastrectomía total | 28 |
| 6. Vagotomía..... | 28 |
| 7. Píloroplastia..... | 29 |
| INTESTINO DELGADO Y GRUESO | 31 |
| I. INVAGINACIÓN INTESTINAL | 31 |
| II. VÓLVULO INTESTINAL..... | 32 |
| III. DIVERTÍCULOS | 33 |
| 1. Divertículos intestinales..... | 33 |
| 2. Divertículo de Meckel y conducto vitelino persistente..... | 34 |
| 3. Divertículos como enfermedad congénita frente a adquirida | 35 |
| IV. ENFERMEDADES INFLAMATORIAS CRÓNICAS DEL INTESTINO | 35 |
| 1. Colitis ulcerosa | 35 |
| 2. Enfermedad de Crohn | 35 |
| V. NEOPLASIAS MALIGNAS DE COLON, RECTO Y ANO | 36 |
| VI. RESECCIONES INTESTINALES, ANASTOMOSIS Y OSTOMÍAS | 37 |
| 1. Resección de intestino delgado..... | 37 |
| 2. Resección de colon | 37 |
| 3. Resección de recto..... | 38 |
| 3.a. Resección de recto con reconstrucción | 38 |
| 3.b. Resección abdominoperineal de recto | 39 |
| 3.c. Otra resección de recto..... | 40 |
| 4. Ileostomía..... | 41 |
| 4.a. Ileostomía permanente..... | 41 |
| 4.b. Ileostomía continente..... | 41 |
| 4.c. Ileostomía temporal, en asa o en varilla | 41 |
| 4.d. Revisión y cierre de ileostomía | 42 |

| | |
|--|-----------|
| 5. Colostomía | 42 |
| 5.a. Colostomía permanente | 42 |
| 5.b. Colostomía temporal..... | 42 |
| 5.c. Colostomía en asa | 43 |
| 5.d. Operación Mikulicz | 43 |
| 5.e. Operación de Hartmann | 43 |
| 5.f. Cecostomía..... | 44 |
| 5.g. Revisión y cierre de colostomía | 44 |
| 5.h. Colostomía más fístula mucosa | 45 |
| 6. Complicaciones de las ostomías | 45 |
| TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL..... | 46 |
| MUCOSITIS..... | 47 |
| PERITONITIS QUÍMICA..... | 48 |
| I. PERITONITIS SÉPTICA..... | 48 |
| II. PERITONITIS ASÉPTICA O QUÍMICA | 48 |
| APENDICITIS..... | 49 |
| I. FORMAS DE PRESENTACIÓN | 49 |
| 1. Apendicitis aguda focal, simple o catarral | 49 |
| 2. Apendicitis aguda flemonosa o supurativa | 49 |
| 3. Apendicitis aguda gangrenosa | 49 |
| 4. Apendicitis aguda perforada o con peritonitis | 49 |
| 5. Plastrón apendicular | 50 |
| 6. Absceso apendicular | 50 |
| 7. Apendicitis subaguda y crónica..... | 50 |
| 8. Hiperplasia linfoide del apéndice..... | 50 |
| II. PROCEDIMIENTOS SOBRE EL APÉNDICE | 50 |
| 1. Apendicectomía con apéndice patológico | 50 |
| 2. Apendicectomía incidental..... | 51 |
| 3. Laparoscopia exploradora y apendicectomía con apéndice no patológico..... | 51 |
| 4. Apendicectomía blanca..... | 51 |
| 5. Ruptura intraoperatoria del apéndice | 51 |

| | |
|--|----|
| PATOLOGÍA ANAL | 53 |
| I. HEMORROIDES..... | 53 |
| II. FISURAS ANALES | 54 |
| III. ENFERMEDAD FISTULOSA PERIANAL | 54 |
| 1. Absceso anal | 54 |
| 2. Fístula anal | 55 |
| HEMORRAGIA DIGESTIVA DE LOCALIZACIÓN Y ETIOLOGÍA DESCONOCIDA | 56 |
| I. HEMATEMESIS | 56 |
| II. SANGRE VISIBLE QUE APARECE POR RECTO..... | 56 |
| III. SANGRE OCULTA EN HECES | 56 |
| IV. HEMORRAGIA DIGESTIVA SIN ESPECIFICAR LA VÍA DE PRESENTACIÓN | 57 |
| V. OTRAS HEMORRAGIAS NO ESPECIFICADAS | 57 |
| ADHERENCIAS INTESTINALES | 58 |
| LAPAROTOMÍA EXPLORADORA | 60 |
| OBESIDAD | 61 |
| I. ÍNDICE DE MASA CORPORAL..... | 61 |
| II. PATOLOGÍA ASOCIADA A LA OBESIDAD MÓRBIDA..... | 61 |
| III. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS | 62 |
| 1. Balón intragástrico..... | 62 |
| 2. Banda gástrica ajustable | 62 |
| 3. Gastroplastia vertical en banda | 63 |
| 4. Y de Roux | 63 |
| 5. Derivación biliopancreática | 63 |
| 6. Procedimiento de derivación biliopancreática con interruptor duodenal. Técnica Hess Marceau..... | 64 |
| 7. Bypass gástrico. Técnica de Mason..... | 64 |
| HERNIAS ABDOMINALES | 65 |
| I. HERNIA HIATAL | 65 |
| 1. Hernia diafragmática congénita..... | 65 |
| 2. Hernia hiatal congénita | 65 |

| | |
|--|-----------|
| 3. Hernia hiatal adquirida..... | 65 |
| 4. Tratamiento | 66 |
| 4.a. Reparación de hernia diafragmática..... | 66 |
| 4.b. Técnicas antirreflujo | 66 |
| 4.c. Sutura endoscópica | 66 |
| II. HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL | 67 |
| 1. Hernia inguinal | 68 |
| 2. Hernia femoral o crural..... | 69 |
| 3. Hernia epigástrica | 70 |
| 4. Hernia umbilical..... | 70 |
| 4.a. Hernia umbilical no congénita | 70 |
| 4.b. Hernia umbilical congénita u onfalocele | 70 |
| 5. Gastrosquisis | 71 |
| 6. Hernia laparotómica (evisceración) / eventración | 71 |
| III. HERNIA INTERNA EN CAVIDAD ABDOMINAL..... | 72 |
| IV. HERNIA EN COLOSTOMÍA..... | 73 |
| GASTROENTERITIS..... | 74 |
| I. GASTROENTERITIS POR QUIMIOTERAPIA..... | 74 |
| II. ENTERITIS POR RADIACIÓN | 74 |
| III. GASTROENTERITIS Y COLITIS POR SUSTANCIAS QUÍMICAS | 75 |
| IV. GASTROENTERITIS, ENTERITIS, COLITIS Y DIARREAS INFECCIOSAS | 75 |
| V. DIARREA NERVIOSA O PSICÓGENA..... | 76 |
| VI. GASTROENTERITIS ALÉRGICA..... | 76 |
| VII. INTOXICACIÓN ALIMENTARIA..... | 76 |
| HÍGADO Y VÍAS BILIARES..... | 77 |
| I. PATOLOGÍA DEL SISTEMA BILIAR..... | 77 |
| 1. Colelitiasis, colecistitis y coledocolitiasis..... | 77 |
| 1.a. Colelitiasis y coledocolitiasis..... | 77 |
| 1.b. Colecistitis sin litiasis | 78 |
| 2. Obstrucción de vesícula y vías biliares sin litiasis | 78 |
| 3. Papilitis..... | 79 |
| 4. Colesterosis | 79 |
| 5. Barro biliar..... | 79 |
| 6. Síndrome postcolecistectomía..... | 79 |

| | |
|--|-----------|
| II. PROCEDIMIENTOS SOBRE LA VESÍCULA BILIAR Y VÍA BILIAR | 80 |
| 1. Colectomía | 80 |
| 2. Otra extracción de cálculos de vesícula y vías biliares | 80 |
| 3. Extracción fallida de cálculo | 82 |
| 4. Colangiografía y pancreatografía endoscópica | 82 |
| 5. Drenaje biliar | 83 |
| III. HEPATITIS Y CIRROSIS..... | 83 |
| 1. Hepatitis..... | 83 |
| 1.a. Hepatitis vírica..... | 84 |
| 1.b. Otras hepatitis infecciosas no víricas..... | 84 |
| 1.c. Hepatitis alcohólica..... | 85 |
| 1.d. Hepatitis aguda no infecciosa, no alcohólica..... | 85 |
| 1.e. Hepatitis tóxica..... | 85 |
| 1.f. Hepatitis autoinmune..... | 86 |
| 1.g. Otras hepatitis crónicas | 86 |
| 2. Hígado graso | 86 |
| 3. Cirrosis hepática | 87 |
| 3.a. Cirrosis de origen etílica | 88 |
| 3.b. Cirrosis de etiología no etílica..... | 88 |
| 3.c. Cirrosis de etiología múltiple..... | 89 |
| 4. Encefalopatía hepática..... | 90 |
| 4.a. Encefalopatía y cirrosis hepática | 90 |
| 4.b. Encefalopatía y cirrosis hepática por virus hepatótrofos..... | 90 |
| 4.c. Encefalopatía y cirrosis de etiología mixta | 90 |
| 5. Hepatopatía..... | 91 |
| PANCREATITIS..... | 92 |
| I. PANCREATITIS BILIAR..... | 92 |
| II. ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA DEL PÁNCREAS | 93 |
| COMPLICACIONES DE CUIDADOS | 94 |
| REFERENCIAS | 95 |

INTRODUCCIÓN

El capítulo 9 de la CIE-9-MC es específico para los trastornos del aparato digestivo y recoge los códigos 520-579 en las siguientes secciones:

- Enfermedades de la cavidad oral, glándulas salivares y maxilares 520-529.
- Enfermedades del esófago, estómago y duodeno 530-538.
- Apendicitis 540-543.
- Hernias de la cavidad abdominal 550-553.
- Enteritis y colitis no infecciosas 555-558.
- Otras enfermedades del intestino y el peritoneo 560-569.
- Otras enfermedades del aparato digestivo 570-579.

Además existen otros capítulos que incluyen códigos de enfermedades digestivas como son:

- **Capítulo 1 Enfermedades Infecciosas y Parasitarias.**
- **Capítulo 7 Enfermedades del Aparato Circulatorio.**
- **Capítulo 14 Anomalías Congénitas.**
- **Capítulo 16 Síntomas, Signos y Estados Mal definidos.**

Los procedimientos sobre el aparato digestivo se clasifican en el **Capítulo 9 Operaciones sobre el Aparato Digestivo** (42- 54).

ESÓFAGO

El aparato de deglución humano está formado por la faringe y el esófago, y lleva el bolo alimenticio desde la cavidad oral al estómago.

El esófago está constituido por el esfínter esofágico superior (músculo cricofaríngeo), el cuerpo y el esfínter esofágico inferior. En el adulto es un tubo de 23 a 25 cm. de longitud que se divide en tercios: un tercio superior o porción cervical, un tercio medio o porción torácica y un tercio inferior o porción abdominal, a partir del hiato esofágico.

I. DIVERTÍCULOS ESOFÁGICOS

Un divertículo es una protuberancia con forma de saco, de cualquier porción del tracto gastrointestinal, que afecta a todas las capas histológicas.

La mayoría de los divertículos esofágicos se asientan próximos a los esfínteres ya que suelen ser consecuencia de trastornos de la motilidad esofágica. Las repercusiones clínicas más importantes, aunque no siempre son sintomáticos, son la disfagia y las aspiraciones al árbol respiratorio¹.

La CIE-9-MC codifica, en ausencia de mayor información, los divertículos de esófago como congénitos en el código **750.4 Otras anomalías específicas del esófago**, a pesar de ser más frecuentes los adquiridos, que se codifican mediante el **530.6 Enfermedades del esófago. Divertículo de esófago adquirido**. En esta última subcategoría se incluyen los divertículos por pulsión o por tracción (llamados de Rokitansky), el divertículo epifrénico o el subdiafragmático, el esofagocele, el saco esofágico, divertículo de Zenker o faringoesofágico (que es un falso divertículo o pseudodivertículo pues no se protruye el músculo, solo está formado por mucosa y submucosa¹), así como las diverticulitis esofágicas o faringoesofágicas.

La escisión del divertículo faringoesofágico se codificará en **29.32 Escisión o resección de lesión o tejido de faringe. Diverticulectomía faríngea**, mientras que para la escisión del resto de divertículos esofágicos se asignará el código **42.31 Operaciones sobre esófago. Extirpación local de divertículo esofágico** o **42.33 Operaciones sobre esófago. Extirpación o eliminación (destrucción) endoscópica de lesión o de tejido del esófago**.

II. ACALASIA

La acalasia aparece ante la destrucción irreversible de las neuronas del plexo mientérico del esófago, causando aperístalsis y falta de relajación del Esfínter Esofágico Inferior (EEI). La consecuencia de ello es la detención del bolo alimentario en el cardias y la aparición de disfagia².

La acalasia se clasificará mediante el código **530.0 Enfermedades del esófago. Acalasia y cardiospasma**.

La acalasia puede ser tratada farmacológicamente para ayudar a relajar el esfínter esofágico inferior, pero si esto no es efectivo se puede corregir mediante las siguientes técnicas:

- **Inyección de toxina botulínica en el EEI**
Se codificará mediante el **99.29 Inyección o infusión de otra sustancia terapéutica o profiláctica** más el código de la esofagoscopia **42.23 Procedimientos diagnósticos sobre esófago. Otra esofagoscopia**.
- **Dilatación neumática del esófago**
Se codificará mediante **42.92 Otras operaciones de esófago. Dilatación de esófago** y si va acompañada de esofagoscopia se deberá añadir el código **42.23 Procedimientos diagnósticos sobre esófago. Otra esofagoscopia**.
- **Tratamiento quirúrgico**
Se realiza mediante miotomía y tiene como objetivo la disrupción del EEI en grado suficiente para eliminar la disfagia sin causar reflujo excesivo.

La miotomía esofágica se codificará en el **42.7 Operaciones sobre esófago. Esofagomiotomía**. En este código se incluye la operación de Heller que es una miotomía extramucosa del EEI y del cardias mediante acceso abdominal o torácico.

Si el acceso para la esofagomiotomía fuese torácico mediante escopia se debería añadir el código **34.22 Procedimientos diagnósticos sobre pared torácica, pleura, mediastino y diafragma. Mediastinoscopia**.

La esofagomiotomía puede acompañarse con cirugía antirreflujo (funduplicatura) no laparoscópica, **44.66 Otros procedimientos para la creación de competencia esfinteriana esofagicogástrica**, o laparoscópica, **44.67 Procedimientos laparoscópicos para creación de competencia del esfínter gastroesofágico**. Si tanto la esofagomiotomía

como la técnica antirreflujo se realizan por vía laparoscópica, esta vía de acceso será recogida solo con este último código y no se añadirá el genérico de **54.21 Procedimientos diagnósticos de la región abdominal. Laparoscopia.**

III. ANILLO ESOFÁGICO INFERIOR O ANILLO DE SCHATZKI

El anillo de Schatzki se produce por un repliegue de la mucosa y submucosa que circunda de forma simétrica la unión esofagogástrica, con un orificio central cuyo diámetro constituye el factor determinante de su expresión clínica y se asocia muy frecuentemente a una hernia hiatal por deslizamiento. Cuando el diámetro del anillo es inferior a 13 mm origina síntomas indefectiblemente³.

El anillo de Schatzki, congénito o no especificado, se codificará mediante **750.3 Otras anomalías congénitas del tracto digestivo superior. Fístula traqueoesofágica con atresia y estenosis esofágica** y el adquirido mediante el código **530.3 Enfermedades del esófago. Estrechez y estenosis de esófago.**

El tratamiento se realiza mediante escisión con dilatación o resección del anillo. Se codificará en el **42.32 Extirpación local de otra lesión o tejido de esófago** o **42.33 Extirpación o eliminación (destrucción) endoscópica de lesión o de tejido de esófago.**

IV. MEMBRANAS ESOFÁGICAS O DISFAGIA SIDEROPÉNICA

Esta patología, también denominada síndrome de Plummer-Vinson o síndrome de Paterson-Brown-Kelly, se caracteriza por la asociación de membranas en el esófago superior, que se manifiesta por disfagia alta, y anemia por deficiencia del hierro, aunque se han descrito casos de este síndrome en sujetos sin anemia⁴.

Se clasificará en el código **280.8 Otras anemias especificadas por carencia de hierro** tanto en los casos en que se presenta con anemia como en aquellos en que se presenta sin anemia.

Suelen desaparecer con la resolución de la anemia. También pueden tratarse mediante esofagoscopia, codificándose con **42.23 Procedimientos diagnósticos sobre esófago. Otra esofagoscopia** o realizando una dilatación del esófago asignándosele el código **42.92 Otras operaciones de esófago. Dilatación de esófago.**

V. COMPRESIÓN DEL ESÓFAGO

Mediante la subcategoría **530.3 Enfermedades del esófago. Estrechez y estenosis del esófago** se recoge la compresión del esófago.

Cuando la compresión sea congénita se contemplan dos circunstancias diferentes:

- **Compresión congénita intrínseca del esófago**
Se codificarán mediante **750.3 Otras anomalías congénitas del tracto digestivo superior. Fístula traqueoesofágica con atresia y estenosis esofágicas.**
- **Compresión congénita extrínseca del esófago**
Se debe generalmente a anillos vasculares completos o incompletos (denominados «slings» vasculares) y los más comunes son: doble arco aórtico, arco aórtico derecho con conducto arterioso izquierdo o «slings» producidos por arterias aberrantes⁵.

Se codificarán con **747.21 Otras anomalías congénitas del aparato circulatorio. Anomalías del arco aórtico** donde se incluyen ambas condiciones, la malformación congénita y la compresión esofágica. Junto a la compresión del esófago puede presentarse también compresión de la tráquea.

Se codificarán las manifestaciones que presente el paciente como estridor o disfagia.

El tratamiento de las compresiones extrínsecas sería quirúrgico. En el caso de malformaciones vasculares se asignaría el código **38.85 Otra oclusión quirúrgica de vasos. Vasos torácicos.**

VI. ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y ESOFAGITIS POR REFLUJO

La lesión esofágica por reflujo gastroesofágico (Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico - ERGE) se considera una enfermedad multifactorial cuyo primer evento desencadenante es la presencia de contenido gastroduodenal, pH ácido, en el interior de la luz esofágica. El término ERGE incluye tanto a pacientes expuestos al riesgo de presentar complicaciones (esofagitis) como consecuencia del reflujo gastroesofágico, como a pacientes que, sin presentar esofagitis, sufren otros síntomas producidos por el reflujo⁶.

El simple reflujo gastroesofágico se identificará con el código **530.81 Otros trastornos especificados del esófago. Reflujo esofágico**. Si ya existe esofagitis debida al reflujo se co-

dificará como **530.11 Otros trastornos especificados del esófago. Esofagitis por reflujo**, que lleva implícito el concepto de reflujo por lo que no deberá añadirse código para éste.

El concepto de esofagitis péptica es utilizado en algunos ámbitos como sinónimo de esofagitis por reflujo. La CIE-9-MC considera el término «péptica» como modificador no esencial, asignando el código **530.10 Otros trastornos especificados del esófago. Esofagitis, inespecífica**.

La esofagitis por reflujo se clasifica en 5 grados según la clasificación de Savary-Miller, modificada. Los grados I - III indican solo erosiones con diversa extensión, el grado IV presenta complicaciones por úlcera de esófago o estenosis de esófago, y el grado V se asigna si existe metaplasia de Barrett. Las secuelas de los grado IV y V deben ser codificadas⁷.

Ejemplo:

Paciente diagnosticado previamente de reflujo gastroesofágico que ingresa por urgencias con disfagia. Tras la realización de una esofagoscopia es diagnosticado de esofagitis aguda y de úlcera de esófago. Al alta se establece que ambas lesiones son debidas al consumo continuado de ácido acetilsalicílico.

530.12 Enfermedades del esófago. Esofagitis aguda

530.20 Enfermedades del esófago. Úlcera de esófago sin hemorragia

530.81 Enfermedades del esófago. Otros trastornos especificados del esófago. Reflujo esofágico

E935.3 Analgésicos, antipiréticos y antirreumáticos. Salicilatos

42.23 Operaciones sobre esófago. Procedimientos diagnósticos sobre esófago. Otra esofagoscopia

VII. INGESTA DE CÁUSTICOS

La ingesta de cáusticos, álcalis o ácidos, tanto en forma líquida como en sólida, puede producir quemaduras que tienen diferente evolución en función del tipo de sustancia ingerida. Los ácidos producen una necrosis que solo genera penetración en concentraciones elevadas mientras que los álcalis favorecen la profundización de las lesiones^{8,9}.

Solo cuando el cáustico pasa al torrente circulatorio se debe considerar como intoxicación, en cuyo caso se deberá asignar además un código de la categoría **983 Efecto tóxico de aromáticos corrosivos, ácidos y alcaloides cáusticos**.

Las lesiones causadas por estas quemaduras pueden ser de muy diferente tipo como: esfacelos en la mucosa, edema e inflamación de la submucosa, trombosis de los vasos esofágicos, infecciones secundarias, perforación o mediastinitis, etc¹⁰.

- En el **proceso agudo**, la quemadura se codificará según las siguientes pautas y secuencia:

- Código de la quemadura mediante la subclasificación, **947.2 Quemadura de órganos internos. Esófago**.
- Códigos para las lesiones esofágicas y de órganos adyacentes producidas. Se registrarán desde las lesiones más leves, esofagitis, a las más severas, perforaciones, mediastinitis, etc., y las de órganos adyacentes.

Existe una correspondencia entre el grado de la quemadura y las lesiones producidas como se especifica en la siguiente tabla¹¹.

| GRADO QUEMADURA | LESIÓN PRODUCIDA |
|---------------------|--|
| Quemadura grado 0 | Examen normal |
| Quemadura grado I | Edema, hiperemia de mucosa, descamación superficial de mucosa |
| Quemadura grado II | Hiperemia, formación de lesiones ampollas, ulceración superficial, exudado fibrinoso |
| Quemadura grado III | Hiperemia, ulceración profunda, friabilidad, formación de escara |
| Quemadura grado IV | Lesiones con pérdida de sustancia. Perforación |

- Código E para la causa externa.
- Las **secuelas de las quemaduras** de esófago se clasificarán según las normas de los efectos tardíos de lesiones, en el siguiente orden:
 - Código para la secuela. Así, por ejemplo, para la estenosis se asignaría **530.3 Enfermedades del esófago. Estrechez y estenosis de esófago** o para una neoplasia el correspondiente de la categoría **150 Neoplasia maligna de esófago**.
 - Código para el efecto tardío de lesiones mediante **906.8 Efectos tardíos de lesiones de la piel y tejidos subcutáneos. Efecto tardío de quemadura de otros sitios especificados**.
 - Código E para efecto tardío de la causa externa.

El **tratamiento** es muy diverso, y algunas de las técnicas se recogen en la siguiente tabla:

| CONDICIÓN | CODIFICACIÓN |
|-----------------------------|---|
| Dilatación de esófago | 42.92 Dilatación de esófago |
| Transposiciones de vísceras | 44.65 Esofagogastroplastia |
| Esofaguectomía | 42.41 Esofaguectomía parcial 42.42 Esofaguectomía total 43.99 Esofagogastrectomía |
| Anastomosis | Códigos de la subcategoría 42.5 Anastomosis intratorácica (o cervical) de esófago Códigos de la subcategoría 42.6 Anastomosis antesternal de esófago |
| Ostomías | Códigos de la subcategoría 42.1 Esofagostomía Códigos de la subcategoría 43.1 Gastrostomía |

VIII. ESÓFAGO DE BARRETT

Es una enfermedad que se caracteriza por la sustitución del epitelio plano del esófago por epitelio cilíndrico, propio del estómago. Las causas más frecuentes de esófago de Barrett son el reflujo gastroesofágico crónico y la esofagitis. La metaplasia esofágica puede inducir a displasia de bajo grado y progresar a displasia de alto grado y posteriormente a carcinoma de esófago¹².

Los síntomas incluyen dolor y pirosis nocturna, vómito, hematoquecia, hematemesis y disfagia, aunque algunos pacientes pueden no tener ningún síntoma.

Se clasificará con el código **530.85 Otros trastornos especificados del esófago. Esófago de Barrett**. Raramente será reversible, por lo que, siempre que no se indique en la historia clínica su desaparición, se deberá codificar.

La úlcera de Barrett, lesión ulcerada que aparece en la zona marginal de una mucosa de Barrett, constituye una lesión premaligna y para su codificación se utilizará el mismo código que para el esófago de Barrett.

IX. ÚLCERAS ESOFÁGICAS

Las úlceras de esófago se clasificarán en la subcategoría **530.2 Enfermedades del esófago. Úlcera de esófago** recogiendo mediante 5º dígito de subclasificación la presencia o no de hemorragia.

Existe un grupo de úlceras para las que hay códigos específicos como son:

- Esofagitis ulcerativa. Se clasificará en el código **530.19 Enfermedades del esófago. Otras esofagitis.**
- Úlcera de Barrett. Se codificará como **530.85 Otros trastornos especificados del esófago. Esófago de Barrett.**

X. HEMORRAGIA DE ESÓFAGO

Se recoge en la CIE-9-MC con el código **530.82 Otros trastornos especificados del esófago. Hemorragia esofágica.**

No se asigna este código para identificar las hemorragias esofágicas debidas a varices esofágicas, úlceras sangrantes o el síndrome de Mallory-Weis ya que todas ellas tienen códigos de combinación para la hemorragia.

XI. NEOPLASIAS ESOFÁGICAS

Como se describió en la introducción, el esófago tiene tres zonas claramente diferenciadas, y por ello la CIE-9-MC distingue tres diferentes niveles de códigos para estas neoplasias.

La codificación de las neoplasias de esófago es una de las raras circunstancias en que la CIE-9-MC no tiene categorías mutuamente excluyentes. Así en función de la terminología utilizada, por tercios o mediante el nombre específico de la zona esofágica, se asignará un código u otro, como se muestra en la tabla siguiente:

| ESÓFAGO | TERCIO SUPERIOR | TERCIO MEDIO | TERCIO INFERIOR |
|-----------|---|--|--|
| CERVICAL | 150.0 Esófago cervical o 150.3 Tercio superior del esófago | | |
| TORÁCICO | | 150.1 Esófago torácico o 150.4 Tercio medio del esófago | |
| ABDOMINAL | | | 150.2 Esófago abdominal o 150.5 Tercio inferior del esófago |

El tipo histológico condiciona la asignación de código en los adenocarcinomas de tercio inferior de esófago o los de esófago abdominal, que se clasificarán como de estómago mediante **151.0 Neoplasia maligna de estómago. Cardias**, al ser el tipo de células característico del estómago.

Las neoplasias de esófago están frecuentemente asociadas a ciertos consumos como tabaco o alcohol, pueden ser secuelas de la ingestión de cáusticos, secundarias a patologías como la acalasia o las membranas esofágicas, o bien estar precedidas de lesiones como la metaplasia de Barrett (esófago de Barrett) o la esofagitis. Todas estas circunstancias, si se identifican en la historia clínica, deberán ser recogidas mediante su correspondiente código.

Para el **tratamiento quirúrgico** de la neoplasia de esófago se utiliza la esofagectomía, que se codificará como **42.41 Extirpación de esófago. Esofagectomía parcial** o **42.42 Extirpación de esófago. Esofagectomía total**. También se deberán recoger las técnicas sincrónicas realizadas como:

- Anastomosis, salvo la terminoterminal.
- Esofagostomías o gastrostomías.
- Interposición de otra parte de intestino con el fin de sustituir total o parcialmente al esófago. En función de que la interposición se haga en cavidad torácica o fuera de ella (antesternal), se asignará un código de la subcategoría **42.5 Operaciones sobre esófago Anastomosis intratorácica (o cervical) de esófago** o de la **42.6 Operaciones sobre esófago Anastomosis antesternal de esófago**.

Ejemplo:

Paciente de 56 años que ingresa por dificultades severas para la deglución y pérdida de peso en los dos últimos meses. Tras la realización de una esofagogastroduodenoscopia es diagnosticado de adenocarcinoma de tercio inferior de esófago.

151.0 Neoplasia maligna de estómago. Cardias

M8140/3 Adenocarcinoma NEOM

45.13 Procedimientos diagnósticos sobre el intestino delgado. Otra endoscopia de intestino delgado

XII. BRAQUIESÓFAGO

Se denomina esófago corto o braquiesófago a un estado de cicatrización fibrosa de la porción distal del esófago, asociada a estrechamiento de la unión esofagogástrica. Tiene un significado equivalente al de una estenosis severa de esófago distal, y se asocia a reflujo gastroesofágico. Se codificará mediante **530.3 Enfermedades del esófago. Estrechez y estenosis de esófago**

Una segunda forma de presentación, aunque menos frecuente, corresponde al esófago corto congénito que se codificará con **750.4 Otras anomalías congénitas del tracto digestivo superior. Otras anomalías especificadas del esófago**¹³.

XIII. HIPERTENSIÓN PORTAL

La obstrucción de la vena porta ocasiona un aumento de la presión portal que distiende las venas proximales al punto de obstrucción, aumentando la presión capilar en los órganos drenados por las venas obstruidas, produciendo edemas (ascitis, edemas en extremidades inferiores, etc.). Para disminuir la presión vascular se desarrolla una circulación colateral que termina produciendo varices gástricas o esofágicas, siendo estas últimas la complicación más frecuente de la hipertensión portal.

1. Varices esofágicas

La CIE-9-MC necesita, para su correcta codificación, información sobre la enfermedad de base, la presencia o no de sangrado, o la condición de congénita.

En la siguiente tabla se especifican los códigos de combinación o de codificación múltiple a asignar según estas características.

| VARICES | | CODIFICACIÓN |
|--|----------------|--|
| VARICES ESOFÁGICAS CONGÉNITAS | NEOM | 747.69 Anomalías de otras localizaciones especificadas del sistema vascular periférico |
| | CON HEMORRAGIA | 747.69 Anomalías de otras localizaciones especificadas del sistema vascular periférico 530.82 Hemorragia esofágica |
| | SIN HEMORRAGIA | 747.69 Anomalías de otras localizaciones especificadas del sistema vascular periférico |
| VARICES ESOFÁGICAS NEOM | NEON | 456.1 Varices esofágicas sin mención de hemorragia |
| | CON HEMORRAGIA | 456.0 Varices esofágicas con hemorragia |
| | SIN HEMORRAGIA | 456.1 Varices esofágicas sin mención de hemorragia |
| VARICES ESOFÁGICAS EN CIRROSIS HEPÁTICA o EN HEPATOPATÍA CRÓNICA | CON HEMORRAGIA | Códigos de la categoría 571 Enfermedad hepática y cirrosis crónicas 456.20 Varices esofágicas en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos. Con hemorragia |
| | SIN HEMORRAGIA | Códigos de la categoría 571 Enfermedad hepática y cirrosis hepática 456.21 Varices esofágicas en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos. Sin mención de hemorragia |

sigue en página siguiente

| VARICES | | CODIFICACIÓN |
|--|----------------|---|
| VARICES ESOFÁGICAS EN HIPERTENSIÓN PORTAL Sin cirrosis hepática y Sin hepatopatía crónica | CON HEMORRAGIA | 572.3 Hipertensión portal 456.20 Varices esofágicas en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos. Con hemorragia |
| | SIN HEMORRAGIA | 572.3 Hipertensión portal 456.21 Varices esofágicas en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos. Sin mención de hemorragia |

La enfermedad de base siempre se codificará en primer lugar aún en el caso de que el paciente ingrese para tratamiento de las varices.

El **tratamiento** de las varices esofágicas se realiza mediante:

- **Balón**
Para control de la hemorragia se utiliza el balón de esófago de Sengstaken. Es una sonda con dos balones, uno para el cardias, lo ancla al estómago, y otro para comprimir las varices sangrantes. Se recogerá en el código **96.06 Intubación no operatoria de los tractos gastrointestinal y respiratorio. Inserción de tubo de Sengstaken.**
- **Hemostasia endoscópica o control de hemorragia mediante esofagoscopia**
Mediante esofagoscopia se puede controlar la hemorragia o tratar las varices con escleroterapia endoscópica inyectable o con ligadura con bandas de las varices. Ambas circunstancias se codificarán mediante **42.33 Extirpación o eliminación (destrucción) endoscópica de lesión o de tejido del esófago.**
- **Cirugía**
Cuando la hemostasia no es posible por abordaje endoscópico se requiere ligar las varices por vía abierta. En este caso se asignará el código **42.91 Ligadura de varices esofágicas.**
- **Derivaciones**
La derivación Transyugular Intrahepática Portosistémica (TIPS) consiste en la creación de una comunicación o cortocircuito entre la vena porta y la vena suprahepática derecha, manteniéndose por la inserción de una prótesis metálica para disminuir la presión del sistema portal. Se codificará mediante el **39.1 Otras operaciones sobre vasos. Derivación venosa intraabdominal.**

2. Varices gástricas

Parte de la circulación colateral generadora de varices pertenece al estómago por lo que pueden presentarse varices gástricas.

Las varices gástricas se codificarán con **456.8 Venas varicosas de otros sitios. Varices de otros sitios**. Si el paciente sangrase debido a las mismas, se añadirá el código **578.9 Hemorragia gastrointestinal. Hemorragia del tracto gastrointestinal no especificada**, para recoger la hemorragia gástrica.

Ciertas afecciones tienen a la vez una etiología fundamental y manifestaciones en múltiples sistemas corporales debidas a dicha etiología. Para tales afecciones la CIE-9-MC tiene una regla de codificación que obliga a que la causa etiológica sea codificada primero seguida de la manifestación. Así la cirrosis hepática alcohólica con varices esofágicas requiere codificar tanto la manifestación como la etiología, siendo esta siempre diagnóstico principal. La secuencia sería **571.2 Enfermedad hepática y cirrosis crónicas. Cirrosis hepática alcohólica** más **456.21 Varices esofágicas en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos. Sin mención de hemorragia**.

Sin embargo, esta regla de codificación no es aplicable a las varices gástricas debidas a cirrosis hepática alcohólica debiendo ser las varices diagnóstico principal si son la causa del ingreso del paciente¹⁴.

Ejemplo:

Paciente ingresado por hematemesis debida a varices gástricas causadas por cirrosis alcohólica. El paciente tiene también varices esofágicas sin sangrado activo. Durante el ingreso se realizó una derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS).

- 456.8 Venas varicosas de otros sitios**
- 578.0 Hematemesis**
- 571.2 Enfermedad hepática y cirrosis crónicas. Cirrosis hepática alcohólica**
- 456.21 Varices esofágicas en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos. Sin mención de hemorragia**
- 303.90 Otras dependencias alcohólicas y dependencias alcohólicas no especificadas. No especificada**
- 39.1 Otras operaciones sobre vasos. Derivación venosa intraabdominal**

XIV. LACERACIÓN Y ROTURAS ESOFÁGICAS

1. Síndrome de Mallory-Weiss

Se caracteriza por presentar desgarros no perforantes en la mucosa gastroesofágica. Estos desgarros están precedidos por situaciones que aumentan la presión abdominal: náuseas, vómitos, tos, convulsiones epilépticas, masaje cardíaco externo, etc. Se manifiesta habitualmente por hematemesis, pero en ocasiones puede que presente solo melenas¹⁵.

Se codificará en el **530.7 Enfermedades del esófago. Síndrome de laceración-hemorragia gastroesofágica**. No se asignará código para los sangrados pues la hemorragia va implícita en el síndrome y en el código que lo identifica.

La mayoría de los episodios ceden de forma espontánea, pero en ocasiones es preciso ligar la laceración, codificándose como **42.82 Otra reparación de esófago. Sutura de laceración, desgarró o herida del esófago**. Si la reparación se hiciese mediante esofagoscopia se debería añadir **42.23 Procedimientos diagnósticos sobre esófago. Otra esofagoscopia**.

2. Síndrome de Boerhaave

Es una ruptura del esófago que ocurre fundamentalmente como consecuencia de un vómito violento. En este síndrome se produce una perforación transmural a diferencia del síndrome de Mallory-Weiss en que solo existe laceración¹⁶.

Se clasificará en el código **530.4 Enfermedades del esófago. Perforación del esófago**.

Esta rotura puede producir una serie de patologías asociadas que deberán también codificarse como: **519.2 Otras enfermedades del aparato respiratorio. Mediastinitis, 511.9 Pleuresía. Derrame pleural no especificado**, etc.

La reparación se realiza mediante sutura y se recogerá en el código **42.82 Otra reparación de esófago. Sutura de laceración, desgarró o herida de esófago**. Si la reparación se hiciese mediante esofagoscopia se debería añadir **42.23 Procedimientos diagnósticos sobre esófago. Otra esofagoscopia**.

ESTÓMAGO

El estómago es una víscera hueca que conecta el esófago con el intestino delgado y tiene como función descomponer los alimentos en minipartículas que puedan ser absorbidas por el intestino delgado.

I. ÚLCERA PÉPTICA

La úlcera péptica es un defecto de la mucosa gastrointestinal que se extiende a través de la muscularis mucosae y que puede perdurar como consecuencia de la actividad de la secreción ácida del jugo gástrico. Las dos circunstancias asociadas más frecuentemente a la úlcera gastroduodenal son la infección por *Helicobacter Pylori* y el consumo de fármacos Antiinflamatorios No Esteroideos (AINES)¹⁷.

Las úlceras pépticas son menos frecuentes en el esófago y raras en el yeyuno.

La CIE-9-MC las clasifica según la localización en las categorías:

- **531 Úlcera gástrica**, incluye las de estómago, las pilóricas y las prepilóricas, así como las hernias hiatales y las yuxtapiilóricas.
- **532 Úlcera duodenal**, incluye las de duodeno y las postpilóricas.
- **533 Úlcera péptica, de sitio no especificado**, incluye una serie de conceptos genéricos como úlcera gastroduodenal, péptica no especificada o úlcera por estrés. Son conceptos diagnósticos en los que no se especifica la localización de la úlcera, no debiéndose utilizar esta categoría.
- **534 Úlcera gastroyeyunal**, incluye ciertas úlceras que asientan en la anastomosis del estómago con el colon (gastrocólica), el yeyuno (gastroyeyunal) o con intestino NEOM (gastrointestinal), así como la úlcera marginal y la yeyunal.

En todos los casos con 4º dígito de subcategoría se recogerá la condición de aguda o crónica de la úlcera, o la presencia o ausencia de hemorragia o perforación. Mediante 5º dígito de subclasificación se identificará la presencia o ausencia de obstrucción o estenosis.

La etiología, si se conoce, debe ser también codificada:

- Sustancias y medicamentos erosivos de la mucosa. Habrá que clasificar la sustancia bien como Reacción Adversa a Medicamento (RAM) o como intoxicación.
- Infección por *Helicobacter Pylori*. Deberá añadirse el código **041.86 Otras infecciones bacterianas especificadas. *Helicobacter Pylori* [*H. Pylori*]**, si en la historia consta la úlcera como de etiología infecciosa debida a este organismo.

Ejemplo:

Paciente ingresado por presentar náuseas, vómitos y heces alquitranosas. Se le realiza esofagogastroduodenoscopia y al alta es diagnosticado de úlcera aguda postpilórica sangrante.

532.00 Úlcera duodenal. Aguda con hemorragia. Sin mención de obstrucción.

45.13 Procedimientos diagnósticos sobre el intestino delgado. Otra endoscopia de intestino delgado

II. ENFERMEDAD DE DIEULAFOY

La enfermedad de Dieulafoy es una anomalía vascular del tracto digestivo que consiste en una arteria de gran calibre que atraviesa la capa submucosa discurriendo en la cercanía de la superficie mucosa. El riesgo hemorrágico radica en que mínimas rupturas de la capa mucosa pueden erosionar la pared arterial y provocar una hemorragia¹⁸.

La CIE-9-MC clasifica esta patología según su localización:

- para estómago y duodeno utiliza el código **537.84 Otros trastornos especificados del estómago y duodeno. Lesión de Dieulafoy (hemorrágica) de estómago y duodeno,**
- para la afectación del esófago asigna el **530.82 Otros trastornos especificados del esófago. Hemorragia esofágica** y
- cuando la afectación es de otras estructuras intestinales se codificará como **569.86 Otros trastornos intestinales especificados. Lesión de Dieulafoy (hemorrágica) de intestino.**

En todos estos casos puede presentarse o no hemorragia pero si la hubiese va implícita en los códigos descritos.

III. ESTENOSIS PILÓRICA

El píloro es un esfínter delgado y estrecho, situado en la parte distal del estómago, a través del cual el alimento pasa al duodeno después de haber sido parcialmente digerido en el estómago.

La estenosis pilórica puede ser de origen congénito o adquirido. Si el proceso es congénito se asignará el código **750.5 Otras anomalías congénitas del tracto digestivo superior. Estenosis pilórica hipertrófica congénita**, y si fuese adquirida se codificaría como **537.0 Otros trastornos del estómago y del duodeno. Estenosis pilórica hipertrófica adquirida**.

IV. TRASTORNOS FUNCIONALES DEL ESTÓMAGO

El término funcional se aplica, generalmente, a alteraciones descritas como síntomas y en las que no exista una causa orgánica clara.

1. Trastornos funcionales

Los trastornos funcionales del estómago se recogen en la categoría **536 Trastornos funcionales del estómago**.

Uno de estos trastornos es la gastroparesia, circunstancia en la que el estómago tarda mucho tiempo en vaciar su contenido; es de etiología desconocida y aparece frecuentemente como complicación asociada a la diabetes, fundamentalmente a la de tipo 1.

La CIE-9-MC clasifica este trastorno funcional en el **536.3 Trastornos funcionales del estómago. Gastroparesia**. Si se asociase a diabetes se codificará en primer lugar la diabetes con un código de la subcategoría **250.6 Diabetes mellitus. Diabetes con manifestaciones neurológicas** y como código secundario la gastroparesia.

2. Trastornos psicógenos

Los trastornos funcionales del estómago que no impliquen lesión orgánica y que sean especificados como psicógenos se recogerán mediante códigos de la subcategoría **306.4 Disfunción fisiológica con origen en factores mentales. Gastrointestinal**.

Ejemplo:

Paciente de 58 años de edad ingresado por diarrea persistente. Hace un mes que fue despedido de su empresa tras 25 años de trabajo. Al alta es diagnosticado de diarrea psicógena.

306.4 **Disfunción fisiológica con origen en factores mentales. Gastrointestinal.**

3. Lesión orgánica por factores psíquicos

Si un factor psíquico produjese una lesión orgánica se asignará el código **316 Factores psíquicos asociados a enfermedades clasificadas bajo otros conceptos** y código adicional para la lesión orgánica.

Ejemplo:

Paciente de 44 años ingresado por dolor abdominal agudo. Hace un mes que el matrimonio y los dos hijos fueron desahuciados de su piso por no poder afrontar la hipoteca. Se le realiza esofagogastroduodenoscopia. Al alta es diagnosticado de úlcera gástrica aguda debida a su situación familiar.

531.30 **Úlcera gástrica. Aguda sin mención de hemorragia ni de perforación. Sin mención de obstrucción.**

316 **Factores psíquicos asociados a enfermedades clasificadas bajo otros conceptos.**

V. PROCEDIMIENTOS SOBRE EL ESTÓMAGO

1. Escleroterapia

Es la inyección de una sustancia para prevenir un sangrado futuro o detener un sangrado activo.

La escleroterapia de úlcera gástrica se incluye en el código **44.43 Otras operaciones sobre el estómago. Control de hemorragia y sutura de úlcera gástrica o duodenal. Control endoscópico de hemorragia gástrica o duodenal.**

2. Embolización

La embolización de una arteria sangrante, gástrica o duodenal, es una forma de ocluir uno o más vasos sanguíneos. Se pueden usar distintos materiales, según el tamaño de los vasos tratados y dependiendo de si la oclusión es temporal o permanente. El material se pasa a través de un catéter venoso o arterial.

Se codificará mediante **44.44 Otras operaciones sobre el estómago. Control de hemorragia y sutura de úlcera gástrica o duodenal. Embolización por catéter de una hemorragia gástrica o duodenal.**

3. Gastroenteroanastomosis Y de Roux

El procedimiento de bypass gástrico en Y de Roux implica la creación de una bolsa estomacal a partir de una pequeña porción del estómago superior y su unión directa a las zonas distales del intestino delgado, evitando así el paso del alimento a través de una gran parte del estómago, de la válvula pilórica y del duodeno.

Este segmento de duodeno puenteado se aboca también a la zona distal del intestino delgado a la que se había anastomosado al estómago. Esta anastomosis entre ambas porciones de intestino delgado (duodeno y extremidad distal de intestino delgado) tiene forma de «Y» dando nombre a la gastroenteroanastomosis. En esta técnica no se realiza gastrectomía, solo aislamiento de una porción del estómago.

Se codificará como **44.39 Gastroenterostomía sin gastrectomía. Otra gastroenterostomía** o como **44.38 Gastroenterostomía sin gastrectomía. Gastroenterostomía laparoscópica.**

4. Gastrectomía parcial

Las gastrectomías parciales o subtotales las clasifica la CIE-9-MC según las estructuras anastomosadas:

- Anastomosis gastrogástrica y aquellas anastomosis no especificadas: **43.89 Incisión y extirpación del estómago. Otra gastrectomía parcial. Otra.**
- Anastomosis gastroesofágicas: **43.5 Incisión y extirpación del estómago. Gastrectomía parcial con anastomosis al esófago.**
- Anastomosis gastroduodenales: **43.6 Incisión y extirpación del estómago. Gastrectomía parcial con anastomosis al duodeno.**

En este código se incluye también la operación de Billroth I en la que se realiza resección del estómago y de parte del antro con posterior anastomosis gastro-duodenal terminoterminal.

- **Anastomosis gastroyeyunales: 43.7 Incisión y extirpación del estómago. Gastrectomía parcial con anastomosis al yeyuno.**

En este código se incluye también la operación de Billroth II en la que se realiza una gastrectomía subtotal distal (resección del antro, cierre del muñón duodenal) con anastomosis del muñón gástrico al yeyuno, en forma laterolateral.

- **Interposición asa yeyuno entre gastrectomía y duodeno: 43.81 Incisión y extirpación del estómago. Otra gastrectomía parcial. Gastrectomía parcial con transposición yeyunal.**

Si se realiza una resección intestinal de forma simultánea, ésta deberá también codificarse.

5. Gastrectomía total

La gastrectomía total se asignará al **43.99 Incisión y extirpación del estómago. Gastrectomía total. Otra gastrectomía total.** En este código se incluye la gastrectomía radical en la que se hace resección de la cadena linfática accesoria que deberá ser también codificada.

Cualquier tipo de gastrectomía total, incluida la radical, en la que se realice una interposición intestinal se clasificará en el código **43.91 Incisión y extirpación del estómago. Gastrectomía total con interposición intestinal.**

6. Vagotomía

La vagotomía es la sección del nervio vago que estimula, entre otras funciones, la fase cefálica de la producción gástrica, aquella que se produce antes de ingerir el alimento por olor, tacto o gusto. Existen varios tipos de vagotomía en función del nivel de la sección quirúrgica¹⁹.

- **Vagotomía troncular**
Produce una denervación abdominal total que no solo afecta a la fase cefálica de la secreción gástrica, sino que también produce alteraciones en el sistema hepatobiliar y en el intestinal.

La mayor secuela gástrica es una alteración de la motilidad que dificulta el vaciamiento pilórico por lo que esta técnica debe acompañarse de piloroplastia.

Se codificará mediante **44.01 Otras operaciones sobre el estómago. Vagotomía troncular** más el código de piloroplastia si se realiza.

- **Vagotomía selectiva.**

Es una vagotomía troncular selectiva en la que se seccionan los troncos vagales por debajo de las ramas hepatobiliar y celíaca. Solo afecta a la fase cefálica de la secreción gástrica y no altera la funcionalidad hepatobiliar ni la intestinal.

La mayor secuela gástrica es una alteración de la motilidad gástrica que dificulta el vaciamiento pilórico por lo que esta técnica debe acompañarse de piloroplastia.

Se codificará con **44.03 Otras operaciones sobre el estómago. Otra vagotomía selectiva** más el código de piloroplastia si se realiza.

- **Vagotomía suprselectiva**

También denominada vagotomía altamente selectiva, vagotomía gástrica proximal o vagotomía de células parietales.

La vagotomía solo afecta a la porción secretora del fundus y el cuerpo gástrico, respetando la inervación antropilórica con lo que no se produce estenosis pilórica y no debe realizarse piloroplastia.

El código a asignar será el **44.02 Otras operaciones sobre el estómago. Vagotomía suprselectiva.**

- **Vagotomía no especificada**

Estos casos se codificarán en el **44.00 Otras operaciones sobre el estómago. Vagotomía, no especificada de otra manera.**

7. Piloroplastia

Es la reparación mediante dilatación o corte y sutura del píloro para resolver una estenosis. Se codificará en la subcategoría **44.2 Otras operaciones sobre el estómago. Piloroplastia** y puede ser:

- **Vía endoscópica**

Mediante balón se dilata el píloro; se asignará el código **44.22 Otras operaciones sobre el estómago. Dilatación endoscópica del píloro.**

- **Mediante sección**

Se realiza un corte del píloro, siguiendo el eje longitudinal, y se cierra en forma transversal. Se codificará mediante **44.29 Otras operaciones sobre el estómago. Otra piloroplastia**. En este código se incluiría la técnica de Heinecke-Mikulicz.

- **Mediante incisión**

Se realiza un corte en el músculo pilórico llegando hasta la mucosa gástrica, aliviando de esta manera la obstrucción. No se quita ningún tejido ni se abre el revestimiento del estómago. Con el tiempo, el músculo pilórico regresa a su tamaño normal. Se recogerá en el código **44.21 Otras operaciones sobre el estómago. Dilatación de píloro mediante incisión**.

INTESTINO DELGADO Y GRUESO

El intestino delgado es una víscera hueca con tres zonas diferentes: duodeno, yeyuno e íleon.

El colon o intestino grueso está formado por cinco partes: ciego con el apéndice vermiforme, colon ascendente, colon transverso, colon descendente, y sigma o porción sigmoidea.

En la unión del colon ascendente con el transverso se forma un ángulo que, por estar próximo al hígado, se denomina ángulo hepático. Existe un segundo ángulo en la unión del transverso y el descendente que, por su proximidad al bazo, se denomina ángulo esplénico.

I. INVAGINACIÓN INTESTINAL

La invaginación intestinal (intususcepción) se produce por el prolapso de una parte del intestino en la luz de una zona inmediatamente adyacente, produciendo obstrucción abdominal. Constituye una causa frecuente de hemorragia digestiva en lactantes, especialmente en los menores de un año.

El código **560.0 Intususcepción** incluye cualquier estructura del tubo intestinal invaginada, excepto el apéndice que se recoge en el código **543.9 Otras enfermedades y enfermedades no clasificadas del apéndice**. Si la intususcepción intestinal se diagnosticase como congénita debería asignarse al código **751.5 Otras anomalías congénitas del aparato digestivo. Otras anomalías del intestino**.

La reducción de la intususcepción²⁰ se puede realizar mediante fluoroscopia, aire, líquido, etc. pero solo se asignará el código **96.29 Intubación e irrigación no quirúrgicas. Dilatación y manipulación no quirúrgica. Reducción de intususcepción del tracto alimentario**, donde irían incluidas todas las técnicas utilizadas.

Si no se logra la reducción con este procedimiento, debe practicarse una intervención quirúrgica para evitar la necrosis del segmento de intestino afecto realizando reducción manual. Se codificará como **46.80 Otras operaciones sobre intestino. Manipulación intraabdominal de intestino, no especificada de otra manera**.

II. VÓLVULO INTESTINAL

El vólvulo intestinal es una torsión de una zona de intestino alrededor de su mesenterio constituyendo una de las causas más frecuentes de obstrucción en intestino grueso, siendo menos frecuente en intestino delgado. Se codificará mediante **560.2 Obstrucción intestinal sin mención de hernia. Vólvulo.**

Existen excepciones a la asignación de este código como:

- Vólvulo de duodeno: se codificará como **537.3 Otros trastornos del estómago y del duodeno. Otra obstrucción duodenal.**
- Vólvulo gástrico: se asignará al **537.89 Otros trastornos del estómago y del duodeno. Otros trastornos especificados del estómago y duodeno.**
- Vólvulo congénito: se clasificará como **751.5 Otras anomalías congénitas del aparato digestivo. Otras anomalías del intestino.**
- Vólvulo con hernia: se codificará como hernia intraabdominal obstruida con **552.9 Otra hernia abdominal obstructiva sin mención de gangrena. Hernia obstructiva de sitio no especificado.**

Mediante enema opaco (baritado), introducción de contraste y realización de radiografía, se visualiza la detención del medio de contraste en el sitio del vólvulo; esta técnica diagnóstica se clasificará mediante el código **87.64 Radiología diagnóstica. Otras radiografías del aparato digestivo. Enema opaco.**

La resolución se puede hacer:

- Mediante colonoscopia. Resolución mediante endoscópica con o sin balón, codificándose como **46.85 Otras operaciones sobre intestino. Dilatación del intestino.**
- Vía intraabdominal. Se asignará códigos según la localización:
 - reparación de vólvulo de intestino delgado, **46.81 Otras operaciones sobre intestino. Manipulación intraabdominal de intestino delgado.**
 - reparación de vólvulo de intestino grueso, **46.82 Otras operaciones sobre intestino. Manipulación intraabdominal de intestino grueso.**
 - reparación de vólvulo gástrico, **44.92 Otras operaciones sobre el estómago. Manipulación intraoperatoria del estómago.**

III. DIVERTÍCULOS

Un divertículo²⁰ es una bolsa o un saco que se origina en los órganos con forma de tubo. Si solo se produce herniación de mucosa y submucosa se denomina falso divertículo o pseudodivertículo, mientras que una herniación de todas las capas de la pared intestinal constituiría un verdadero divertículo. La CIE-9-MC no considera modificador esencial los conceptos falso o verdadero.

Si se presentase inflamación se produciría una diverticulitis que pueden llegar a ulcerarse y perforarse.

1. Divertículos intestinales

La CIE-9-CM clasifica estos procesos en la categoría **562 Divertículos intestinales** en dos subcategorías, una para intestino delgado y otra para colon. De esta categoría queda excluido el divertículo de apéndice, **543.9 Otras enfermedades y enfermedades no clasificadas del apéndice**, los divertículos de Meckel, **751.0 Otras anomalías congénitas del aparato digestivo. Divertículo de Meckel**, y otros divertículos congénitos, **751.5 Otras anomalías congénitas del aparato digestivo. Otras anomalías del intestino**.

La categoría **562 Divertículos intestinales** se organiza en subclasificaciones en función de la existencia de diverticulitis o diverticulosis, junto a la presencia o no de hemorragia.

La presencia de una diverticulitis lleva implícita la diverticulosis por lo que ésta no se codificará adicionalmente.

La presencia de hemorragia o perforación no implica inflamación, estos procesos pueden aparecer tanto en procesos con inflamación (diverticulitis) como en aquellos casos sin inflamación (diverticulosis).

Debe estar claramente determinada en la historia que la hemorragia es debida al proceso diverticular, si no fuese así se añadirá un código para la hemorragia digestiva no especificada en cuanto a su origen.

Cualquier patología generada por el proceso de perforación, como peritonitis o absceso intraabdominal, deberá ser codificada de forma asociada.

Ejemplo:

Paciente ya diagnosticado de diverticulosis que ingresa por dolor abdominal. Al alta es diagnosticado de diverticulitis.

562.01 Divertículos intestinales. Diverticulitis del intestino delgado sin mención de hemorragia

2. Divertículo de Meckel y conducto vitelino persistente

El divertículo de Meckel es una anomalía congénita común que se produce cuando la conexión entre el intestino y el cordón umbilical no se cierra completamente durante el desarrollo fetal. Como consecuencia, se forma una hernia sacular en el intestino delgado llamada divertículo de Meckel; sería un divertículo verdadero localizado en el íleon distal, muy cerca de la válvula ileocecal. El síntoma más común de la diverticulitis de Meckel es el sangrado indoloro por el recto.

A veces va acompañado de conducto vitelino o banda mesodiverticular que es un resto embrionario de la circulación vitelina que llevaba el riego arterial al divertículo de Meckel. Esta banda puede crear un anillo a través del cual puede producirse una hernia interna con obstrucción, incarceration o infarto abdominal.

La CIE-9-MC recoge ambas circunstancias, el divertículo de Meckel y la banda mesodiverticular, mediante el código **751.0 Otras anomalías congénitas del aparato digestivo. Divertículo de Meckel**. Si se acompaña de hernia interna, esta condición debería también codificarse.

El diagnóstico se realiza mediante cintigrafía o escintigrafía con tecnecio marcado que es captado por la mucosa gástrica heterotópica del divertículo sangrante. Esta técnica se codificará mediante **92.04 Medicina nuclear. Gammagrafía y estudio isotópico funcional del tracto gastrointestinal**.

En otras circunstancias se debe recurrir a la laparotomía exploratoria para su confirmación y tratamiento, que es siempre quirúrgico. Si solo se hace laparotomía exploradora, sin ningún otro tipo de intervención, se codificará como **54.11 Otras operaciones sobre la región abdominal. Laparotomía exploradora**. Si se hace resección del divertículo se clasificará como **45.33 Incisión, extirpación y anastomosis de intestino. Extirpación local de lesión o tejido de intestino delgado, salvo duodeno, y por tanto, no se asignaría código para la laparotomía exploradora**.

3. Divertículos como enfermedad congénita frente a adquirida

La CIE-9-MC da diferentes soluciones en la asignación por defecto, ante la falta de información, de los divertículos:

- Para esófago considera por defecto que es congénito.
- Para colon considera por defecto que es adquirido.
- El de Meckel será por defecto congénito.

IV. ENFERMEDADES INFLAMATORIAS CRÓNICAS DEL INTESTINO

1. Colitis ulcerosa

Es una enfermedad inflamatoria crónica que cursa en brotes fundamentalmente del intestino grueso y del recto, y que se caracteriza por presentar diarrea con sangre.

Se codificará mediante códigos de la categoría **556 Colitis ulcerosa**.

Excepcionalmente puede afectar a zonas distales del íleon. En este caso se asignará el código **556.1 Colitis ulcerosa. Ileocolitis ulcerativa (crónica)**.

Se codificará además cualquier complicación asociada a la colitis ulcerosa como obstrucción, perforación, peritonitis, etc.

2. Enfermedad de Crohn

También denominada ileocolitis granulomatosa, ileitis, enfermedad inflamatoria del intestino o enteritis regional.

Es una enfermedad crónica autoinmune que puede afectar a cualquier parte del tracto gastrointestinal, más comúnmente al íleon y al colon, y su zona de unión.

Se asignará a códigos de la categoría **555 Enteritis regional**.

Se codificará además cualquier complicación asociada a la enfermedad de Crohn como obstrucción, perforación, peritonitis, etc.

V. NEOPLASIAS MALIGNAS DE COLON, RECTO Y ANO

Se clasificarán en las categorías **153 Neoplasia maligna de colon** y **154 Neoplasia maligna de recto, unión rectosigmoidea y ano**.

Debe tenerse especial cuidado en la asignación de códigos de zonas de transición o contigüidad entre las diferentes estructuras, no a todas ellas se les asigna 4º dígito 8, así por ejemplo, las neoplasias primarias que afecten a recto y sigmoides, sin que se determine el origen, se codificarán en **154.0 Neoplasia maligna de recto, unión rectosigmoidea y ano. Unión rectosigmoidea**.

Para las neoplasias que asienten en ano debe conocerse claramente la zona afectada pues las de piel anal y del margen anal se codificarán mediante códigos para neoplasias malignas de piel, categorías **173 Otras neoplasias malignas de la piel** o **172 Melanoma maligno de la piel**.

El grado de diseminación de las neoplasias colorrectales a través de las capas del intestino, desde la capa más interna hasta la pared intestinal y más allá, se catalogan mediante la clasificación de Dukes modificada por Aster y Coller²¹.

- **Etapa 0:** cáncer muy inicial en la capa más interna (se considera con más precisión un cáncer precursor)
- **Etapa I (A):** la penetración de la neoplasia no traspasa la capa muscular y no se encuentran metástasis linfáticas.
- **Etapa II (B):** la neoplasia traspasa la capa muscular alcanzando los tejidos pericólicos o perirrectales, pero los ganglios linfáticos no se encuentran afectados.

Aster y Coller dividen este estadio en:

- B1: infiltra hasta la muscular propia
- B2: sobrepasa la muscular propia y llega a la serosa o a la grasa pericólica

- **Etapa III (C1):** la neoplasia afecta a los ganglios linfáticos regionales.
- **Etapa IV (C2):** afectación de los ganglios situados en la zona de la ligadura de la arteria mesentérica inferior.
- Aster y Coller añaden **estadio D** donde se presenta metástasis a distancia (hígado, peritoneo, pulmón, etc.).

En los estadios C1, C2 y D deben buscarse, si no están especificadas en la historia clínica, las metástasis ganglionares o de otros órganos para poder codificarlas.

VI. RESECCIONES INTESTINALES, ANASTOMOSIS Y OSTOMÍAS

La CIE-9-MC agrupa las resecciones intestinales según se realicen en intestino delgado, colon o recto. Debe tenerse especial cuidado en la selección de códigos para algunas zonas limítrofes de las diferentes partes del intestino.

En todos los casos deberá recogerse el tipo de anastomosis realizada excepto la término-terminal que no se codificará al considerarse implícita en la cirugía.

A veces la resección se termina con una enterostomía (abocamiento externo a la pared abdominal, temporal o permanente, de un segmento intestinal) que en ciertas resecciones la CIE-9-MC las considera incluidas, pero que en la gran mayoría de ellas no, por lo que en estos casos se deben codificar con código asociado.

1. Resección de intestino delgado

La categoría **45.6 Incisión, extirpación y anastomosis de intestino. Otra escisión de intestino delgado** recoge las resecciones del intestino delgado excepto cuando:

- La resección es gastroduodenal, que se codificará como gástrica.
- La resección es simultánea de íleon y colon, incluido el ciego, que se codificará como de colon.
- La resección es combinada de páncreas y duodeno que se codificará como de páncreas.

Será necesario asociar código para el tipo de anastomosis salvo para la término-terminal.

Si se realiza ostomía simultánea se asignará código específico para la ileostomía o la colostomía.

2. Resección de colon

La resección de colon se agrupa en tres categorías en función de que sea parcial laparoscópica, parcial abierta o total:

- **17.3 Otros procedimientos diversos. Escisión parcial laparoscópica de intestino grueso**

Mediante 4º dígito de subclasificación se recogen las diferentes estructuras rese-cadas. Se clasifican en esta subcategoría las resecciones combinadas de colon, incluida la resección simultánea con ciego o con íleon.

- **45.7 Incisión, extirpación y anastomosis de intestino. Extirpación abierta y otra extirpación parcial de intestino grueso**

Mediante 4º dígito de subclasificación se recogen las diferentes estructuras rese-cadas. Se clasifican en esta subcategoría las resecciones combinadas de colon, incluida la resección simultánea con ciego o con íleon.

- **45.8 Incisión, extirpación y anastomosis de intestino. Colectomía intraabdo-minal total**

Mediante 4º dígito de subclasificación se especifica la vía de acceso.

La resección combinada con recto, coloproctomía o proctosigmoidectomía, se codificará con códigos de resección de recto.

3. Resección de recto

La resección de recto incluye la resección conjunta de colon o sigma con recto.

La resección de recto se agrupa en tres subcategorías:

3.a. Resección de recto con reconstrucción

Se incluye en la subcategoría **48.4 Operaciones sobre recto, rectosigmoide y tejido perirrectal. Resección de recto con reconstrucción haciendo pasar el cabo proximal de colon a través de la luz del distal (pull-through)**, excepto cuando se acompaña de resección abdominoperineal.

En las técnicas pull-through, tras la resección del recto, se invagina el extremo distal del colon dentro de la luz distal conservada, constituida por el ano. Con ello se conserva la función del esfínter anal.

Existe código específico para el abordaje laparoscópico, **48.42 Operaciones sobre recto, rectosigmoide y tejido perirrectal. Resección de recto tipo pull-through laparoscópica**.

Algunas de las técnicas recogidas en esta subcategoría son:

- **Resección de recto con técnica tipo pull-through abdominoperineal de Swenson**
Se extirpa el segmento agangliónico de la región colorrectal, y a través del recto se descende el colon ganglionar realizando una anastomosis con el ano. Preserva el esfínter anal.
Se asignará **48.49 Operaciones sobre recto, rectosigmoide y tejido perirrectal. Otra resección de recto con reconstrucción tipo "pull-through"**.
- **Operación de Altemeier**
Es una rectosigmoidectomía perineal y se clasificará en **48.49 Operaciones sobre recto, rectosigmoide y tejido perirrectal. Otra resección de recto con reconstrucción tipo "pull-through"**.
- **Técnica de invaginación endorrectal de Soave**
Se divide la porción superior del recto y se extirpa todo el segmento de colon aganglionar que se encuentra por encima de este nivel. Se desprende la mucosa del recto mediante una disección submucosa hasta un nivel algo superior a la línea pectínea, se lleva el colon ganglionar a través del recto desnudo hasta anastomosar con ano.
Se asignará **48.41 Operaciones sobre recto, rectosigmoide y tejido perirrectal. Resección submucosa de recto de Soave**.

Cuando la técnica pull-through se realiza junto a resección abdominoperineal se asignará código de la subcategoría **48.5 Operaciones sobre recto, rectosigmoide y tejido perirrectal. Resección abdominoperineal de recto** o el código **48.65 Operaciones sobre recto, rectosigmoide y tejido perirrectal. Otra resección de recto. Resección de recto de Duhamel**.

Será necesario asociar código para el tipo de anastomosis salvo para la término-terminal.

3.b. Resección abdominoperineal de recto

La resección se realiza mediante abordaje combinado, abdominal y perineal codificándose en la subcategoría **48.5 Operaciones sobre recto, rectosigmoide y tejido perirrectal. Resección abdominoperineal de recto**, excepto para la técnica de Duhamel que se asignará en el código **48.65 Operaciones sobre recto, rectosigmoide y tejido perirrectal. Resección de recto de Duhamel**.

Existe código específico para el abordaje laparoscópico, **48.51 Operaciones sobre recto, rectosigmoide y tejido perirrectal. Resección de recto abdominoperineal laparoscópica.**

La colostomía, si se realiza, no se codificará pues va implícita en el código de la resección abdominoperineal.

Si la resección de recto se realiza en combinación con una exenteración pélvica, se asignará solo el código **68.8 Otra incisión y escisión del útero. Exenteración pélvica.**

En esta subcategoría se recoge la operación de Miles, que es una resección abdominoperineal con acceso combinado, abdominal y perineal, en la que se realiza resección del segmento inferior del colon sigmoideo y del recto, extirpación del colon pélvico, mesocolon y ganglios linfáticos adyacentes, y extirpación perineal amplia de recto y ano. Incluye colostomía permanente, por lo que no se codificará esta condición. Se asignará un código de la categoría **48.5 Operaciones sobre recto, rectosigmoide y tejido perirrectal. Resección abdominoperineal de recto** en función de la vía de abordaje.

3.c. Otra resección de recto

La subcategoría **48.6 Operaciones sobre recto, rectosigmoide y tejido perirrectal. Otra resección de recto** recoge aquellas resecciones no contempladas en las dos categorías anteriores.

No existe código de esta categoría para el abordaje laparoscópico por lo que, si se realiza, debe asignarse el código de laparoscopia.

Para la resección anterior de recto existe código de combinación que recoge la colostomía simultánea. En el resto de circunstancias deberá asignarse código específico para la colostomía, si se realiza.

Algunas de las técnicas incluidas en esta subcategoría son:

- **Resección anterior baja**

Resección de recto y sigma con un margen distal de por lo menos 2 cm y preservando esfínter anal.

Se asignará al **48.63 Operaciones sobre recto, rectosigmoide y tejido perirrectal. Otra resección anterior del recto** o al **48.62 Operaciones sobre recto, rectosigmoide y tejido perirrectal. Resección anterior de recto con colostomía simultánea.**

- **Técnica de invaginación retrorrectal transanal de Duhamel**

Procedimiento en el que se extirpa el colon agangliónico, manteniendo in situ la porción inferior del recto y movilizándolo para llevarlo a través de un túnel creado en el espacio retrorrectal a la pared posterior del conducto anal. Es una combinación de resección abdominoperineal con técnica pull-through.

Se clasificará en el código **48.65 Operaciones sobre recto, rectosigmoide y tejido perirrectal. Resección de recto de Duhamel.**

4. Ileostomía

Es la apertura del íleon distal en la pared abdominal. Esta cirugía es más exigente en su confección que la de una colostomía debido a que el contenido ileal es más líquido y muy rico en enzimas proteolíticas que dañan la piel, por lo que la ostomía debe ser siempre protruida, 3-4 cm sobre el plano de la piel.

4.a. Ileostomía permanente

Se realiza en muy pocas ocasiones. Se codificará como **46.23 Otras operaciones sobre intestino. Otra ileostomía permanente** excepto si la ileostomía permanente fuese del tipo continente.

4.b. Ileostomía continente

Es aquella en la que se crea con el íleon terminal una bolsa interna (reservorio) que comunica con la pared abdominal por medio de una válvula. El contenido intestinal o la orina se acumula en la bolsa.

Se codifica con **46.22 Otras operaciones sobre intestino. Ileostomía. Ileostomía continente**, para las heces o **56.51 Operaciones sobre el uréter. Formación de ureteroileostomía cutánea**, para la orina. Las complicaciones del reservorio se encuentran recogidas en la categoría **569.7 Complicación de reservorio intestinal.**

4.c. Ileostomía temporal, en asa o en varilla

La ileostomía temporal es aquella que se realiza como tratamiento urgente en algunas enfermedades, o para proteger de las complicaciones que pudiesen derivarse de ciertas cirugías abdominales, por ejemplo en las anastomosis colorrectales. Siempre existe la intención de cerrar la ileostomía en un período corto, unas seis semanas.

- La ileostomía en asa es una ileostomía temporal en la que se extrae un asa de intestino delgado, a través de una apertura en la pared abdominal, que se abre al exterior para eliminar el contenido intestinal.
- La ileostomía en varilla es aquella en asa en la que ésta se sujeta con un vástago durante unos 7 días hasta que la serosa de intestino delgado se adhiera al tejido celular y a la aponeurosis.

La ileostomía temporal se clasificará en el código **46.21 Otras operaciones sobre intestino. Ileostomía temporal**. Si es una ileostomía en asa o en varilla se asignará al **46.01 Otras operaciones sobre intestino. Exteriorización del intestino delgado**.

4.d. Revisión y cierre de ileostomía

La revisión de la ileostomía se codificará en el **46.41 Otras operaciones sobre intestino. Revisión de estoma de intestino delgado**.

Para la escisión de mucosa redundante se asignará el **45.33 Incisión, extirpación y anastomosis de intestino. Extirpación local de lesión o tejido de intestino delgado, salvo duodeno**.

El cierre se codificará mediante **46.51 Otras operaciones sobre intestino. Cierre de estoma de intestino delgado**.

5. Colostomía

Es la apertura del colon hacia la pared abdominal.

5.a. Colostomía permanente

Debe ser de tipo terminal (derivar totalmente el tránsito), realizada en un lugar de fácil manejo para el paciente y lo más distal posible ya que en las zonas distales las deposiciones están más formadas. El lugar más adecuado es en el cuadrante inferior izquierdo.

Se codificará en el **46.13 Otras operaciones sobre intestino. Colostomía permanente**.

5.b. Colostomía temporal

Se realiza para resolver la fase aguda de algunas enfermedades en cirugía de urgencia. Se hace fundamentalmente en colon transverso o sigmoideo.

Se asignará el código **46.11 Otras operaciones sobre intestino. Colostomía temporal.**

5.c. Colostomía en asa

Es un tipo de colostomía temporal. Se realiza extrayendo un asa de colon hasta la superficie de la piel mediante una apertura, a través del músculo recto-abdominal, y se asegura con un vástago de vidrio o plástico en el mesocolon con lo que la serosa del colon se adhiere a la pared abdominal. Es de fácil cierre ya que solo requiere una cirugía local.

Se codificará mediante **46.03 Otras operaciones sobre intestino. Exteriorización de intestino grueso.**

5.d. Operación Mikulicz

En esta operación, también denominada en cañón de escopeta, en un primer tiempo se realiza exteriorización total del asa codificándose como **46.03 Otras operaciones sobre intestino. Exteriorización de intestino grueso.**

En un segundo tiempo se hace resección del asa y posterior unión de los dos extremos intestinales de forma laterolateral formando un cañón de escopeta, se recoge mediante **46.04 Otras operaciones sobre intestino. Resección de segmento exteriorizado de intestino grueso.**

5.e. Operación de Hartmann

Tras una resección de intestino grueso, de cualquier tipo, se puede realizar el abocamiento del intestino grueso, en su cabo proximal, al exterior mientras que el cabo distal se sutura en fondo de saco.

Se clasifica mediante el código específico para el tipo de resección de intestino grueso realizada, al que se le asocia el código **46.11 Otras operaciones sobre intestino. Colostomía temporal.**

En un segundo tiempo se reconstruye el tránsito intestinal desmontando la colostomía del primer tiempo. Se asignará en este caso el **46.52 Otras operaciones sobre intestino. Cierre de estoma de intestino grueso.**

Ejemplo:

Paciente que ingresa desde urgencias por rectorragia. Se realiza TAC abdominal con evidencia de cuadro suboclusivo e imagen de metástasis hepáticas. Se realiza colonoscopia encontrando a 60 cm una estenosis con mucosa irregular y no franqueable que se biopsia. Se decide intervención quirúrgica. Se encuentra intestino delgado adherido y ocluido así como metástasis hepáticas. Se realiza intervención de Hartmann en colon descendente, resección en bloque de intestino delgado con anastomosis terminoterminal. El diagnóstico anatomopatológico fue de adenocarcinoma.

- 153.2 Neoplasia maligna de colon. Colon descendente.**
- M8140/3 Adenocarcinoma NEOM.**
- 197.7 Neoplasia maligna secundaria de los aparatos respiratorio y digestivo. Hígado, especificado como secundario.**
- M8140/6 Adenocarcinoma, metastático NEOM**
- 560.89 Obstrucción intestinal sin mención de hernia. Otra obstrucción intestinal especificada.**
- 45.75 Extirpación abierta y otra extirpación parcial de intestino grueso. Hemicolectomía izquierda abierta y otras.**
- 46.11 Otras operaciones sobre intestino. Colostomía temporal.**
- 45.63 Otra escisión de intestino delgado. Resección total de intestino delgado.**
- 45.25 Procedimientos diagnósticos sobre intestino grueso. Biopsia cerrada [endoscópica] del intestino grueso.**

5.f. Cecostomía

Procedimiento descompresivo para drenar gas y líquido, pero no sirve para material sólido.

Se codificará mediante **46.10 Otras operaciones sobre intestino. Colostomía, no especificada de otra manera.**

5.g. Revisión y cierre de colostomía

La ampliación y la reconstrucción de una colostomía se asignará al **46.40 Otras operaciones sobre intestino. Revisión de estoma intestinal, no especificado de otra manera.**

Si el objetivo es reparar una hernia en la colostomía se codificará con **46.42 Otras operaciones sobre intestino. Reparación de hernia paracolostómica.**

Las revisiones de colostomía se clasificarán en **46.43 Otras operaciones sobre intestino. Otra revisión de estoma de intestino grueso.**

Para la escisión de mucosa redundante de colostomía se asignará el código **45.41 Incisión, extirpación y anastomosis de intestino. Extirpación de lesión de tejido de intestino grueso.**

Por último, el cierre de colostomía se codificará con **46.52 Otras operaciones sobre intestino. Cierre de estoma de intestino grueso,** e incluye el segundo tiempo de una operación de Hartmann.

5.h. Colostomía más fistula mucosa

Se realizan dos orificios en la piel totalmente separados, una colostomía y una fístula mucosa, esta fístula colomucosa sirve para lavar este segmento terminal, evitando así la acumulación de mucosidades y el crecimiento bacteriano, impidiendo que se forme un asa ciega.

Solo se asigna código para la colostomía, la fístula mucosa la considera la CIE-9-MC en el Índice Alfabético como colostomía.

6. Complicaciones de las ostomías

Existe una serie de complicaciones asociadas a las ostomías que la CIE-9-MC las incluye en códigos específicos dentro del **Capítulo 9 Enfermedades del Aparato Digestivo.**

COMPLICACIONES ESOFAGOSTOMIA

530.86 Otros trastornos especificados del esófago. Infección de esofagostomía

530.87 Otros trastornos especificados del esófago. Complicación mecánica de esofagostomía

Este código incluye la disfunción

COMPLICACIONES GASTROSTOMIA

Códigos de la subcategoría **536.4 Trastornos funcionales del estómago. Complicaciones de gastrostomía**

COMPLICACIONES OTRAS ENTEROSTOMÍAS

Códigos de la subcategoría **569.6 Otros trastornos del intestino. Complicaciones de colostomía y enterostomía**

En todos los casos, si fuese necesario, se asignará un código más específico para el tipo de complicación; así ocurriría con la celulitis que pueda complicar una ostomía que se codificará mediante **682.2 Otra celulitis y absceso. Tronco,** más el código adecuado para recoger el germen.

Por último, se añadirá el código E correspondiente.

TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL

El tumor estromal gastrointestinal (GIST)²² es una neoplasia mesenquimal común al tracto digestivo que puede ser benigna, maligna o de comportamiento incierto.

Por defecto el Índice Alfabético lo clasifica en **238.1 Neoplasia de evolución incierta de otros sitios y tejidos y de los no especificados. Tejido conjuntivo y otros tejidos blandos.**

Deberá revisarse la historia clínica, fundamentalmente el informe anatomopatológico, para determinar el comportamiento y, en función de ello, asignar el código topográfico adecuado.

MUCOSITIS

La mucositis es una reacción inflamatoria de la mucosa que se produce por el tratamiento quimioterápico o inmunosupresor o por la radioterapia. Puede afectar a todo el tracto gastrointestinal, desde la boca al ano, así como a algunas mucosas extraabdominales como la nasal o la vaginal. Existen fundamentalmente dos tipos de mucositis²³:

- Eritematosa: aparece a los cinco o seis días después de la quimioterapia, aunque en algunos casos puede aparecer antes (tres días).
- Ulcerativa: es más grave y aparece a los siete días del inicio del tratamiento antineoplásico.

La CIE-9-MC no diferencia entre los conceptos eritematoso o ulcerativo pero sí asigna códigos diferentes en función de la estructura afectada.

Si la mucositis afecta a la **mucosa oral** se codificará en la subcategoría 528.0. Cuando sea producida por un fármaco, en función de que sea un quimioterápico u otro diferente, se asignará:

- **528.01 Estomatitis y mucositis (ulcerativa). Mucositis (ulcerosa) debida a tratamiento antineoplásico.**
- **528.02 Estomatitis y mucositis (ulcerativa). Mucositis (ulcerosa) debida a otros fármacos.**

Las mucositis del **resto del tubo digestivo** se incluyen en la categoría **538 Mucositis gastrointestinal (ulcerosa)**.

La mucositis de **estructuras no digestivas** se codificará en **478.11 Otras enfermedades de la cavidad nasal y de los senos paranasales. Mucositis nasal (ulcerativa)** o en **616.81 Enfermedades inflamatorias de cérvix, vagina y vulva. Mucositis (ulcerosa) de cérvix, vagina y vulva.**

En todos estos casos deberá asignarse el código E adecuado para especificar el tratamiento que ha causado la mucositis: radioterapia, quimioterapia o inmunosupresores.

PERITONITIS QUÍMICA

La peritonitis es la irritación del peritoneo que puede producirse por dos grandes grupos etiológicos²⁴:

I. PERITONITIS SÉPTICA

Es causada por bacterias que han superado las defensas peritoneales. Se codificará mediante **567.29 Peritonitis e infecciones retroperitoneales. Otras peritonitis supurativas.**

II. PERITONITIS ASÉPTICA O QUÍMICA

Son aquellas irritaciones del peritoneo por causa no bacteriana.

En ciertas circunstancias pueden ser provocadas por la introducción en la cavidad peritoneal de ciertos líquidos o preparaciones químicas con fines terapéuticos como polvo de guantes, talco o almidón.

En otras circunstancias se deben al escape hacia la cavidad peritoneal de sangre, bilis, jugo gástrico o jugo pancreático.

Las peritonitis asépticas pueden terminar en peritonitis infecciosas.

La CIE-9-MC, mediante el Índice Alfabético, asigna los términos peritonitis química y peritonitis aséptica en el código **998.7 Otras complicaciones de procedimientos, no clasificadas bajo otros conceptos. Reacción aguda a sustancia extraña dejada de forma accidental durante un procedimiento.** Este código solo se utilizará en aquellas peritonitis químicas producidas por sustancias con fines terapéuticos dejadas inadvertidamente en la cavidad peritoneal.

Sin embargo, las peritonitis asépticas o químicas debidas a sustancias naturales como bilis, jugo gástrico u orina se codificarán en **567.81 Otras peritonitis especificadas. Coleperitonitis** para la debida a bilis o en **567.89 Peritonitis e infecciones retroperitoneales. Otras peritonitis especificadas** para las debidas a otros fluidos orgánicos como la orina.

APENDICITIS

El apéndice cecal es la continuación del ciego. La obstrucción de la luz apendicular da origen a un proceso que se puede dividir en varias etapas:

I. FORMAS DE PRESENTACIÓN

1. Apendicitis aguda focal, simple o catarral

Inicialmente la obstrucción comprime los conductos linfáticos generando isquemia, edema y acumulación de moco. Se transforma en pus por las bacterias y aparecen úlceras en la mucosa.

Se clasificará en el código **540.9 Apendicitis aguda. Sin mención de peritonitis.**

2. Apendicitis aguda flemonosa o supurativa

En un proceso más evolucionado, las bacterias pueden colonizar y destruir la pared apendicular. El proceso inflamatorio alcanza la serosa y el peritoneo parietal.

Se codificará mediante **540.9 Apendicitis aguda. Sin mención de peritonitis.**

3. Apendicitis aguda gangrenosa

La trombosis de los vasos sanguíneos apendiculares produce necrosis de la pared y gangrena. La pared gangrenada permite la migración de las bacterias, razón por la que se produce la contaminación peritoneal a pesar de no existir una perforación visible. El paciente presenta signos de irritación peritoneal localizada e incluso generalizada.

Si no se describe la presencia de peritonitis o absceso se asignará al **540.9 Apendicitis aguda. Sin mención de peritonitis.**

4. Apendicitis aguda perforada o con peritonitis

El apéndice cecal se puede perforar donde la pared es más débil. A través de la perforación escapa el contenido purulento que da origen a una apendicitis aguda con peritonitis.

Se codificarán mediante **540.0 Apendicitis aguda. Con peritonitis generalizada.**

5. Plastrón apendicular

Ante un proceso inflamatorio apendicular el epiplón responde cubriendo el apéndice para evitar que se produzca un absceso en peritoneo o una peritonitis.

Si no presenta peritonitis ni absceso se clasificará como **540.9 Apendicitis aguda. Sin mención de peritonitis**.

Si el paciente, a pesar del plastrón, presenta absceso o peritonitis se codificará según las normas específicas para estas circunstancias.

6. Absceso apendicular

El absceso apendicular se recogerá en el código **540.1 Apendicitis aguda. Con absceso peritoneal**. Este código lleva implícita la peritonitis, por lo que no se asignará el **540.0 Apendicitis aguda. Con peritonitis generalizada**²⁰.

7. Apendicitis subaguda y crónica

La CIE-9-MC equipara la apendicitis subaguda con la crónica y le asigna el código **542 Otra apendicitis**.

8. Hiperplasia linfoide del apéndice

Si en el diagnóstico anatomopatológico no se confirma la apendicitis, pero se establece que el apéndice presenta una hiperplasia folicular linfoide, se clasificará como **543.0 Otras enfermedades del apéndice. Hiperplasia del apéndice (linfoide)**.

No deberá utilizarse el código **541 Apendicitis, no calificada**, siempre se buscará mayor información.

II. PROCEDIMIENTOS SOBRE EL APÉNDICE

1. Apendicectomía con apéndice patológico

Se codificará mediante **47.01 Operaciones de apéndice. Apendicectomía laparoscópica o 47.09 Operaciones de apéndice. Otra apendicectomía**, dependiendo de la técnica empleada.

2. Apendicectomía incidental

Es la apendicectomía realizada de forma incidental, como rutina profiláctica, en el contexto de otra cirugía abdominal, y por tanto, con apéndice no patológico.

Se añadirá, al código de la técnica de cirugía abdominal que se le realiza al paciente, el código **47.11 Operaciones de apéndice. Apendicectomía incidental laparoscópica** o **47.19 Operaciones de apéndice. Otras apendicectomías incidentales**. No se asignará código diagnóstico de apendicitis.

3. Laparoscopia exploradora y apendicectomía con apéndice no patológico

La apendicectomía con apéndice no patológico en laparotomía exploradora en la que no se realiza ninguna otra intervención se codificará como **47.09 Operaciones de apéndice. Otra apendicectomía** y no se deberá añadir código para la laparotomía exploradora²⁰.

El diagnóstico a asignar sería el que justifica la laparotomía exploradora, generalmente dolor en fosa iliaca derecha, **789.03 Otros síntomas que implican al abdomen y pelvis. Dolor abdominal cuadrante inferior derecho**.

4. Apendicectomía blanca

Es aquella con diagnóstico clínico de apendicitis pero que tras la apendicectomía reglada da como resultado anatomopatológico apéndice sin patología.

Se asignará como diagnóstico el signo o síntoma que hizo sospechar la apendicitis, por ejemplo, dolor en fosa iliaca derecha, **789.03 Otros síntomas que implican al abdomen y pelvis. Dolor abdominal cuadrante inferior derecho**.

La técnica se codificará mediante **47.01 Operaciones de apéndice. Apendicectomía laparoscópica** o **47.09 Operaciones de apéndice. Otra apendicectomía**.

5. Ruptura intraoperatoria del apéndice

La ruptura del apéndice durante una apendicectomía no se considerará como complicación.

Ejemplo:

- Paciente estudiada por servicio de Digestivo con diagnóstico de adenocarcinoma de recto. Ingresa realizándose intervención de Hartman y en esa misma intervención se le realiza extirpación del apéndice. La anatomía patológica del apéndice es normal.

154.0 Neoplasia maligna de recto, unión rectosigmoidea y ano. Unión rectosigmoidea

48.62 Operaciones sobre recto, rectosigmoide y tejido perirrectal. Resección anterior de recto con colostomía simultanea

47.19 Operaciones de apéndice. Otras apendicectomías incidentales

- Paciente de 22 años que acude por dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha. Es ingresado con sospecha de apendicitis y se interviene realizándose una apendicectomía laparoscópica. La anatomía patológica refiere apéndice normal sin signos inflamatorios.

789.03 Otros síntomas que implican al abdomen y pelvis. Dolor abdominal cuadrante inferior izquierdo

47.01 Operaciones de apéndice. Apendicectomía laparoscópica

- Paciente con dolor abdominal de varios días de evolución que ingresa y se le practica laparotomía exploradora con extirpación del apéndice. La anatomía patológica refiere apéndice normal sin signos inflamatorios.

789.09 Otros síntomas que implican al abdomen y pelvis. Dolor abdominal de, otro sitio especificado, múltiples sitios

47.09 Operaciones de apéndice. Otra apendicectomía

PATOLOGÍA ANAL

I. HEMORROIDES

Las hemorroides son almohadillas que se producen por la dilatación de los plexos venosos de la mucosa del recto y ano. Pueden dilatarse o inflamarse y ocasionan dolor, prurito o sangrado antes, durante y después la defecación.

Las hemorroides internas se presentan sobre el esfínter anal, frecuentemente no duelen pero pueden sangrar. Las hemorroides externas se sitúan bajo el esfínter anal, en el exterior del conducto anal.

La CIE-9-MC clasifica las hemorroides en el **Capítulo 7 Enfermedades del Aparato Circulatorio**. Utiliza la categoría **455 Hemorroides** que se divide en tres subcategorías según sean externas, internas o no especificadas, y en función de las complicaciones, sin complicación, con trombosis o con otras complicaciones (prolapso, sangre, estrangulación, etc.).

La CIE-9-MC utiliza los códigos de la subcategoría **49.4 Operaciones sobre ano. Procedimientos sobre hemorroides** para recoger cualquiera de las técnicas quirúrgicas que se aplican para su resolución:

- **Ligadura de hemorroides**

Se conoce también como banda elástica o banda hemorroidal siendo un procedimiento quirúrgico que resuelve la patología hemorroidal sin necesidad de hospitalización ni anestesia. Se codificará en el **49.45 Procedimientos sobre hemorroides. Ligadura de hemorroides**.

- **Técnica de Longo**

También denominada anopexia de mucosa circular o mucosectomía endoanal, consiste en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal mediante la reducción del prolapso mucoso anal utilizando una grapadora circular. Se asignará el código **49.49 Operaciones sobre ano. Otros procedimientos sobre hemorroides**.

- **Técnica de Milligan-Morgan / Técnica de Ferguson**

Es la extirpación de tres o cuatro paquetes hemorroidales, dejando piel y mucosa anal intacta entre los paquetes extirpados de forma que se previene una estenosis postoperatoria. Se codificará mediante **49.46 Operaciones sobre ano. Extirpación de hemorroides**.

II. FISURAS ANALES

Las fisuras anales son lesiones longitudinales o en forma de úlceras elípticas o redondas, crónicas, que aparecen en la mucosa y piel del canal anal, y suelen ser extremadamente dolorosas. La fisura produce espasmo del esfínter y dolor agudo durante la defecación. A veces hay una pequeña cantidad de sangre fresca con la defecación.

Se clasificará en el código **565.0 Fisura y fístula anales. Fisura anal**.

Para resolver esta patología se emplean dos técnicas:

- **Fisurectomía anal**

Para la fisurectomía anal sin afectación de piel se asignará el código **49.31 Operaciones sobre ano. Extirpación o eliminación (destrucción) endoscópica de lesión o de tejido de ano** o **49.39 Operaciones sobre ano. Otra extirpación o eliminación (destrucción) de lesión o de tejido de ano**.

Si la fisurectomía se realiza sobre piel anal se codificará en el **49.04 Operaciones sobre ano. Otra extirpación de tejido perianal**.

- **Esfinterotomía**

En la esfinterotomía se corta parcialmente el esfínter anal, permitiendo que éste se relaje y, por lo tanto, se facilite la cicatrización de la fisura.

Se codificará con códigos de la subcategoría **49.5 Operaciones sobre ano. División (sección) de esfínter anal**.

III. ENFERMEDAD FISTULOSA PERIANAL

La enfermedad fistulosa perianal incluye tanto abscesos como fístulas.

1. Absceso anal

El absceso anorrectal se debe, en casi el 90% de los casos, a una oclusión del conducto excretor de las glándulas de las criptas anales por material fecal o inflamación. Los abscesos pueden ser interesfinteriano, submucoso, perianal, isquiorrectal o supraelevadores. Ninguno de estos conceptos son modificadores esenciales y cualquier tipo de absceso se codificará mediante **566 Absceso de las regiones anal y rectal**.

El tratamiento de los abscesos consiste en desbridamiento y drenaje del absceso codificándose como **49.01 Operaciones sobre ano. Incisión de absceso perianal.**

Si la infección persiste de forma crónica en el espacio interesfinteriano, puede generar una fístula que drena constantemente, un absceso recurrente o ambos procesos.

2. Fístula anal

Es un conducto infectado de forma crónica con un orificio interno localizado en una cripta a nivel de la línea dentada, y otro orificio externo.

Esta fístula se clasificará en el código **565.1 Fisura y fístula anales. Fístula anal.**

La reparación se realiza mediante:

- **Fistulotomía**
Apertura de la fístula codificándose como **49.11 Incisión o extirpación de fístula anal. Fistulotomía anal.**
- **Fistulectomía**
Resección de la fístula y se asignará el código **49.12 Incisión o extirpación de fístula anal. Fistulectomía anal.**
- **Cierre de fístula**
Se codificará mediante **49.73 Reparación de ano. Cierre de fístula anal.**
- **Técnica del setón**
Es una canalización del trayecto fistuloso mediante un sedal que se introduce por el orificio externo de la fístula y se extrae por el interno, anudando los cabos en la superficie cutánea. Se recogerá en el código **49.93 Otras operaciones sobre ano. Otra incisión de ano.**
- **Colgajo de avance**
En esta técnica, tras una fistulectomía, se procede a cubrir la zona con un colgajo de avance que debe incluir al menos las capas mucosa y submucosa. Se avanza el colgajo sobre la sutura muscular previa, recubriéndola y se sutura. Se codificará mediante **49.12 Incisión o extirpación de fístula anal. Fistulectomía anal.**
- **Sellado con pegamento biológico**
Previa canalización de la fístula se procede a inyectar un pegamento biológico para sellar la fístula. Se codificará en el **49.73 Reparación de ano. Cierre de fístula anal.**

HEMORRAGIA DIGESTIVA DE LOCALIZACIÓN Y ETIOLOGÍA DESCONOCIDA

La hemorragia digestiva se define como la pérdida de sangre que se origina en cualquier segmento del tubo digestivo, desde el esófago hasta el ano.

Cuando se desconoce su localización exacta o su etiología es diagnosticada como Hemorragia Digestiva Alta (HDA) para aquella que se produce por encima del ángulo de Treitz (tercera porción del duodeno) o como Hemorragia Digestiva Baja (HDB) para la que tiene su origen debajo del ángulo de Treitz.

Los conceptos de HDA o HDB no son contemplados por la CIE-9-MC; ésta solo considera, para las hemorragias digestivas de localización desconocida, la condición de hemorragia digestiva con salida por vía oral o hemorragia digestiva con salida por vía rectal.

Cuando la localización solo se determina como de una estructura genérica como esófago, duodeno, etc. también existen códigos en la CIE-9-MC.

I. HEMATEMESIS

La sangre se presenta por boca y es de origen digestivo, registrándose en el código **578.0 Hemorragia gastrointestinal. Hematemesis**. Deberá diferenciarse claramente de la hemoptisis, sangre que se presenta por boca y es de origen respiratorio, y que se codificará en **786.3 Síntomas que implican al aparato respiratorio y otros síntomas torácicos. Hemoptisis**.

II. SANGRE VISIBLE QUE APARECE POR RECTO

Las melenas (sangre parcialmente digerida) y la hematoquecia (sangre no digerida) pueden tener su origen en cualquier zona del tracto digestivo. No son asimilables a hemorragia digestiva baja y se codificarán con **578.1 Hemorragia gastrointestinal. Sangre en heces**.

III. SANGRE OCULTA EN HECES

Cuando la pérdida de sangre por heces es oculta, solo se puede diagnosticar por prueba de laboratorio y se clasificará como **792.1 Hallazgos anormales y no especificados en otras sustancias corporales. Contenido de las heces**.

IV. HEMORRAGIA DIGESTIVA SIN ESPECIFICAR LA VÍA DE PRESENTACIÓN

Cuando no se especifica la vía de presentación de la hemorragia se codificará en **578.9 Hemorragia del tracto gastrointestinal no especificada**.

V. OTRAS HEMORRAGIAS NO ESPECIFICADAS

Existen códigos genéricos para las hemorragias en las que se especifica su origen en ciertas estructuras del tubo digestivo:

- Hemorragia con origen en el esófago, código **530.82 Otros trastornos especificados del esófago. Hemorragia esofágica**.
- Hemorragia con origen en el duodeno, código **537.89 Otros trastornos especificados del estómago y duodeno. Otros**.
- Hemorragia con origen en el recto o el ano, código **569.3 Otros trastornos del intestino. Hemorragia rectal y anal**.

Ejemplo:

- Paciente que ingresa desde urgencias por presentar melenas. Se le realiza esofago-gastroduodenoscopia y colonoscopia sin que se visualice el foco de sangrado.

578.1 Hemorragia gastrointestinal. Sangre en heces

45.13 Procedimientos diagnósticos sobre el intestino delgado. Otra endoscopia de intestino delgado

45.23 Procedimientos diagnósticos sobre intestino grueso. Colonoscopia

- Paciente que ingresa desde urgencias por presentar melenas. Se le realiza gastroscopia con el diagnóstico de hernia de hiato y angiodisplasia con hemorragia aguda en curvatura menor del estómago que se trata con plasma argón.

537.83 Otros trastornos especificados del estómago y duodeno. Angiodisplasia de estómago y duodeno con hemorragia

553.3 Otra hernia abdominal, sin mención de obstrucción ni gangrena. Hernia diafragmática

44.43 Otras operaciones sobre el estómago. Control endoscópico de hemorragia gástrica o duodenal

ADHERENCIAS INTESTINALES

Las adherencias intraperitoneales²⁰ o bridas, son bandas fibróticas formadas a partir de una reacción cicatricial del peritoneo y ocurren frecuentemente después de una cirugía abdominal o pélvica, o de procesos inflamatorios.

La CIE-9-MC recoge las adherencias intestinales y peritoneales en el código **568.0 Otros trastornos del peritoneo. Adherencias peritoneales (postoperatorias) (postinfección)** del que se excluyen las siguientes circunstancias:

- Adherencias peritoneales o intestinales con obstrucción, asignándolas al **560.81 Otra obstrucción intestinal especificada. Adherencias intestinales o peritoneales con obstrucción (postoperatorias) (postinfección)**.
- Adherencias pélvicas femeninas que se codificarán mediante **614.6 Enfermedad inflamatoria de ovario, trompa de Falopio, tejido celular pélvico y peritoneo. Adherencias peritoneales pélvicas femeninas (postoperatorias) (postinfección)**.
- Adherencias peritoneales con obstrucción del duodeno que se asignarán en **537.3 Otros trastornos del estómago y del duodeno. Otra obstrucción duodenal**.
- Adherencias que generen un proceso herniario. Se codificarán como hernia.

Las adherencias intestinales pueden producir clínica de obstrucción, esterilidad, etc. o pueden dificultar cirugías posteriores.

Si en un procedimiento quirúrgico posterior se entiende que las adherencias han supuesto una dificultad para la realización del mismo estas adherencias deberán ser recogidas.

Existen diferentes códigos para recoger la adhesiolisis en función de la estructura anatómica intervenida.

- **Peritoneo**
En las adhesiolisis sobre peritoneo o en las no especificadas se asignará el código **54.51 Otras operaciones sobre la región abdominal. Lisis laparoscópica de adherencias peritoneales** o **54.59 Otras operaciones sobre la región abdominal. Otras lisis de adherencias peritoneales**.

También se incluye en estos códigos la liberación de adherencias externas de apéndice, intestino delgado y grueso, estómago, útero y las de hígado y vías biliares.

- **Riñón y uréter**

La liberación de las adherencias de riñón y uréter se codificará con **59.02 Disección de tejido retroperitoneal. Otra lisis de adherencias perirrenales o periureterales** o **59.03 Disección de tejido retroperitoneal. Lisis laparoscópica de adherencias perirrenales o periureterales**.

- **Trompa de Falopio y ovario**

La liberación de adherencias del ovario y de las externas de las trompas de Falopio se codificará con **65.81 Operaciones sobre los ovarios. Liberación laparoscópica de adherencias de ovario y trompa de Falopio** o **65.89 Operaciones sobre los ovarios. Otra liberación de adherencias de ovario y trompa de Falopio**.

- **Vejiga**

La liberación de las adherencias externas de la vejiga (perivesicales) se codificará con **59.11 Incisión de tejido perivesical. Otra lisis de adherencias perivesicales** o **59.12 Incisión de tejido perivesical. Lisis laparoscópica de adherencias perivesicales**.

Para prevenir la aparición de adherencias postoperatorias se puede utilizar una barrera de adherencia que es una membrana bioreabsorbible temporal usada como recubrimiento de la zona intervenida. La CIE-9-MC la codifica mediante **99.77 Incisión de tejido perivesical. Aplicación o administración de sustancia antiadherencia**.

LAPAROTOMÍA EXPLORADORA

La laparotomía exploradora se realiza para la revisión de los órganos y las cavidades abdominal y pélvica ante la dificultad para llegar a un diagnóstico correcto mediante otras pruebas.

Se codificará mediante **54.11 Laparotomía exploradora**. No se asignará este código en exploraciones laparótomicas incidentales, es decir, no previstas antes del inicio de la cirugía abdominal.

Si tras iniciar una laparotomía exploradora se observa una patología que se interviene, se codificarán los procedimientos quirúrgicos realizados y no se deberá codificar la laparotomía exploradora.

OBESIDAD

La obesidad es un síndrome que se caracteriza por el aumento de la grasa corporal, que frecuentemente va acompañado por un aumento de peso y masa corporal hasta el punto de constituir un problema para la salud. Su etiopatogenia es compleja y multifactorial, incluyendo componentes genéticos, aspectos metabólicos, psicológicos y sociales.

I. ÍNDICE DE MASA CORPORAL

El Índice de Masa Corporal (IMC) se calcula mediante la siguiente fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / (\text{altura en metros})^2$$

En función de este índice se realiza la siguiente clasificación:

| DENOMINACIÓN | ÍNDICE MASA CORPORAL | CÓDIGO CIE |
|---------------------------------------|----------------------|--|
| Valores normales | Entre 18,5 y 24,9 | No se asigna código |
| Preobesidad | Entre 25 y 29,9 | 278.02 Sobrepeso |
| Obesidad clase I | Entre 30 y 34,9 | 278.00 Obesidad no especificada |
| Obesidad clase II | Entre 35 y 39,9 | 278.00 Obesidad no especificada |
| Obesidad clase III u obesidad mórbida | IMC > 40 | 278.01 Obesidad mórbida |

En todas las circunstancias en las que se asigne un código de la subcategoría **278.0 Sobrepeso, obesidad y otros tipos de hiperalimentación. Sobrepeso y obesidad** se deberá asignar un código para el IMC, si se conoce. Para ello se utilizará la categoría **V85 Índice de Masa Corporal [IMC]**.

Los códigos de IMC pediátrico (subcategoría **V85.5 Índice de Masa Corporal pediátrico**) se utilizan para personas de 2 a 20 años. Estos percentiles se basan en mapas de crecimiento publicados por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention -CDC-).

II. PATOLOGÍA ASOCIADA A LA OBESIDAD MÓRBIDA

La obesidad mórbida frecuentemente se asocia a una serie de patologías como hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía, insuficiencia respiratoria, dislipemia, hiperuricemia,

artropatía, etc. Por ello, ante un paciente con esta patología, se deberá ser exhaustivo en la indización de la historia para identificar la presencia de alguna de esas patologías asociadas.

III. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Las intervenciones quirúrgicas se agrupan en:

- Técnicas restrictivas en las que, mediante la intervención, se crea una disminución de la capacidad gástrica.
- Técnicas de mala absorción en las que se disminuye la capacidad de absorción del intestino delgado por la reducción de su longitud.
- Técnicas mixtas, que son una combinación de ambas.

1. Balón intragástrico

Es una técnica restrictiva en la que una esfera fabricada con material blando e inocuo se introduce en el estómago donde se rellena con una solución salina (500 ml) y se deja flotando libremente en la cavidad gástrica. El balón puede permanecer en el estómago hasta un máximo de 6 meses, tras los cuales debe retirarse.

Se codificará mediante **44.93 Otras operaciones sobre el estómago. Inserción de burbuja gástrica (balón)**. La retirada de balón se clasificará en el código **44.94 Otras operaciones sobre el estómago. Extracción de burbuja gástrica (balón)**.

2. Banda gástrica ajustable

Técnica restrictiva en la que se utiliza un sistema de banda gástrica ajustable (LAP BAND —LAP: laparoscopia y BAND: banda—) que es una banda hueca hecha de un material especial que se coloca alrededor del estómago, cerca de su extremo superior, creando un pequeño bolso gástrico y un paso estrecho hacia la parte más grande del estómago restante.

Puede ser regulada para cambiar el tamaño del paso alimentario mediante el incremento o la disminución del aporte de solución salina con el que se rellena.

La colocación de la banda se codificará como **44.95 Otras operaciones sobre el estómago. Procedimiento laparoscópico gástrico restrictivo** y su regulación o ajuste en

el código **44.98 Otras operaciones sobre el estómago. Ajuste (laparoscópico) de tamaño de dispositivo gástrico restrictivo ajustable.**

La retirada de la banda gástrica ajustable se codificará como **44.96 Otras operaciones sobre el estómago. Revisión laparoscópica de procedimiento gástrico restrictivo** y, si la retirada es por laparotomía se clasificará en el código **44.99 Otras operaciones sobre el estómago. Otra.**

3. Gastroplastia vertical en banda

Es una técnica restrictiva en la que se combina una banda y una sutura mecánica para crear un pequeño bolso gástrico. Se crea una bolsa vertical paralela al ángulo de Hiss, que limita el paso de la comida al resto del estómago con un pequeño orificio de salida, rodeado por una banda de material sintético que impide su dilatación.

Se recogerá en el **44.68 Otra operación de estómago. Gastroplastia laparoscópica.** En algunas circunstancias se acompaña de una técnica de mala absorción mediante una anastomosis desde estómago a intestino, en este caso se deberá asignar además un código de la subcategoría **44.3 Otras operaciones sobre el estómago. Gastroenterostomía sin gastrectomía.**

4. Y de Roux

Es una técnica restrictiva y fundamentalmente de mala absorción (ver apartado Procedimientos sobre Estómago).

5. Derivación biliopancreática

La técnica de Scopinaro o Derivación Biliopancreática (BPD) es una técnica restrictiva y fundamentalmente de mala absorción, similar a la Y de Roux.

Se realiza una gastrectomía distal y se deja como longitud efectiva de digestión y absorción solo los 50 cm. finales de intestino, con lo que la reducción de la superficie de absorción del intestino delgado se reduce a solo un 25% de su capacidad original. La derivación biliar y pancreática se lleva a otra zona del duodeno.

La entrada en el Índice Alfabético se realiza por **Diversión – biliopancreática**, debido a mala traducción del término inglés.

Se necesita codificación múltiple asignándose **43.7 Incisión y extirpación del estómago. Gastrectomía parcial con anastomosis al yeyuno, 45.51 Incisión, extirpación y anastomosis de intestino. Aislamiento de segmento de intestino delgado y 45.91 Anastomosis intestinal. Anastomosis de intestino delgado a intestino delgado.**

6. Procedimiento de derivación biliopancreática con interruptor duodenal. Técnica Hess Marceau

Es una técnica restrictiva y fundamentalmente de mala absorción. Es similar a la Y de Roux pero se diferencia en que en el bolso gástrico que se crea se incluye la válvula pilórica y ésta se une a la zona distal del intestino delgado. Con ello se elimina el síndrome de evacuación rápida (Dumping) que ocurre cuando la comida llega directamente al intestino delgado sin ningún tipo de regulación gástrica.

El resto de la técnica es igual, con el duodeno seccionado del estómago, recibiendo las secreciones biliares y pancreáticas, y abocando a la zona distal del intestino delgado.

La entrada en el Índice Alfabético se realiza por **Diversión – biliopancreática**, debido a mala traducción del término inglés.

Se requiere codificación múltiple asignándose **43.89 Otra gastrectomía parcial. Otra, 45.51 Incisión, extirpación y anastomosis de intestino. Aislamiento de segmento de intestino delgado y 45.91 Anastomosis intestinal. Anastomosis de intestino delgado a intestino delgado.**

7. Bypass gástrico. Técnica de Mason

Es una técnica mixta en la que se construye un reservorio gástrico, que actualmente se considera que no debe ser mayor de 15-25 ml, y un estrecho estoma gastroyeyunal, de 1,2 cm o menos de diámetro.

Este procedimiento deberá asignarse al código **44.31 Gastroenterostomía sin gastrectomía. Desviación gástrica proximal.**

HERNIAS ABDOMINALES

I. HERNIA HIATAL

La hernia hiatal es aquella en la que parte del estómago pasa a la cavidad torácica a través del diafragma debido a que éste presenta una debilidad muscular en el hiato por el que pasa el esófago, por tanto, en esta patología están implicados el esófago inferior, el diafragma y la parte superior del estómago.

1. Hernia diafragmática congénita

Se produce por una fusión inapropiada del diafragma durante el desarrollo fetal. Los órganos abdominales como el estómago, el intestino delgado, el bazo, parte del hígado y el riñón pueden aparecer en la cavidad torácica. El tejido pulmonar del lado afectado, por lo tanto, no logra un desarrollo completo. Al poco tiempo de nacer, el niño suele desarrollar una dificultad respiratoria.

Se codificará mediante **756.6 Otras anomalías musculoesqueléticas congénitas. Anomalías diafragmáticas.**

2. Hernia hiatal congénita

Solo se produce un desplazamiento del cardias a la cavidad torácica por un defecto congénito del orificio natural para el paso del esófago.

Se asignará el código **750.6 Otras anomalías congénitas del tracto digestivo superior. Hernia hiatal congénita.**

3. Hernia hiatal adquirida

Cuando la condición es adquirida la CIE-9-MC no diferencia entre hiatal o diafragmática.

Hay tres tipos de hernias de hiato, por deslizamiento, paraesofágica o mixta, sin que ninguno de ellos sea modificador esencial.

La hernia hiatal adquirida se codificará en función de la existencia o no de gangrena u obstrucción:

- **551.3 Otra hernia abdominal gangrenada. Hernia diafragmática gangrenada.**
- **552.3 Otra hernia abdominal obstructiva sin mención de gangrena. Hernia diafragmática obstructiva.**
- **553.3 Otra hernia abdominal, sin mención de obstrucción ni gangrena. Hernia diafragmática.**

No se debe confundir esta circunstancia con el esofagocele, que es una hernia del esófago con protusión de la mucosa y submucosa del esófago a través de una ruptura del plano muscular, produciendo una bolsa o divertículo. El esofagocele se codificará como **530.6 Enfermedades del esófago. Divertículo de esófago adquirido.**

4. Tratamiento

El objetivo básico del tratamiento quirúrgico está en el reestablecimiento de la función gastroesofágica. Al ser la simple reparación anatómica generalmente insuficiente, se asocia a una técnica antirreflujo para aumentar la presión en la unión gastroesofágica haciendo una bufanda con el propio estómago alrededor del esófago (funduplicatura).

4.a. Reparación de hernia diafragmática

Dependiendo del tipo de acceso se codificará como **53.7 Reparación de hernia. Reparación de hernia diafragmática, acceso abdominal** o con un código de la subcategoría **53.8 Reparación de hernia. Reparación de hernia diafragmática, acceso torácico.**

4.b. Técnicas antirreflujo

Estas técnicas se recogen en la subcategoría **44.6 Otra operación de estómago** con subclasificación para la condición de laparoscópica, que actualmente es la técnica más frecuente, o no laparoscópica.

4.c. Sutura endoscópica

La gastrocardioplastia endoscópica es una sutura endoscópica en el cardias para aliviar los síntomas del reflujo gastroesofágico. Se debe asignar el **código 44.65 Otra operación de estómago. Esofagogastroplastia**, añadiendo el **42.23 Procedimientos diagnósticos sobre esófago. Otra esofagoscopia**, para recoger la vía de acceso.

II. HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL

En la pared abdominal se incluyen las siguientes hernias: inguinal, femoral, escrotal, umbilical, ventral e incisional.

Se producen por una salida de un órgano o parte del mismo a través de una abertura natural o accidental en la pared abdominal. Pueden originarse alrededor de una incisión previa (hernia incisional o ventral), en la ingle (hernia inguinal o femoral y escrotal), en la parte media del abdomen (hernia epigástrica) o a través del ombligo (hernia umbilical).

Pueden ser:

- **Adquiridas:** las producidas por un esfuerzo o traumatismo.
- **Congénitas:** las relacionadas con un problema de nacimiento.
- **Directas:** la hernia inguinal sale directa hacia fuera y hacia delante.
- **Indirectas:** la hernia inguinal pasa de forma oblicua al escroto, acabando en el interior del mismo.
- **Unilaterales o bilaterales:** para las inguinales y escrotales.
- **Recurrentes:** Incluyen también a las que se reproducen tras cirugía previa.
- **Incarceradas:** hernias irreducibles por estrechez del anillo herniario que pueden estrangularse. Los conceptos incarcerationada, irreductible y estrangulado son asimilados a obstructivo por la CIE-9-MC.
- **Gangrenadas:** debidas a una obstrucción firme del cuello de una hernia intestinal que ocluye completamente la luz produciendo gangrena de la estructura herniada. Si no se especifica el concepto de gangrenada en la historia clínica y en la cirugía se ha realizado, junto a la herniorrafia o hernioplastia, una resección del segmento de intestino o epiplon, deberá revisarse la historia pues muy probablemente sea una hernia gangrenada.

La CIE-9-MC clasifica las hernias de la pared abdominal en dos grandes grupos:

- Hernias inguinales-escrotales recogidas en la categoría **550 Hernia inguinal**.
- Resto de hernias abdominales que se codificarán en función de la existencia o no de gangrena o obstrucción mediante las categorías **551 Otra hernia abdominal gan-**

grenada, 552 Otra hernia abdominal obstructiva sin mención de gangrena y 553 Otra hernia abdominal, sin mención de obstrucción ni gangrena.

La CIE-9-MC solo prevé la condición de congénita dentro de este grupo de hernias para las umbilicales (onfalocele) o la gastrosquisis, ambas incluidas en la subcategoría **756.7 Otras anomalías musculoesqueléticas congénitas. Anomalías de la pared abdominal.**

1. Hernia inguinal

La hernia inguinal puede presentarse de dos formas:

- **Hernia inguinal indirecta**
Ante un defecto en el anillo inguinal profundo, se produce protrusión de contenido intestinal por éste y la aparición de un saco en el conducto inguinal que con el tiempo puede llegar hasta el escroto. Raramente son bilaterales.
- **Hernia inguinal directa**
Cuando hay un defecto de la pared posterior del conducto inguinal, en la zona denominada triángulo de Hesselbach, se habla de una hernia directa. Raramente llegan al escroto y son bastante menos comunes que las indirectas. Frecuentemente se presentan de forma bilateral.

El 66% de las hernias inguinales en hombre son indirectas, mientras que esta proporción se eleva al 95% en mujeres. Se codificará mediante la categoría **550 Hernia inguinal** que incluye cualquier tipo de hernia inguinal. No son modificadores esenciales los términos deslizamiento, directa, doble, indirecta, oblicua, bubonocele o escrotal.

Mediante subcategorías se recogen las condiciones de gangrenada, obstructiva sin mención de gangrena o sin mención de obstrucción o gangrena, y con 5º dígito se identifican las condiciones de unilateralidad o bilateralidad, y recurrente o no recurrente.

Cuando se utiliza el término hernia complicada se debe revisar la historia pues suele existir encarceración o estrangulación.

El tratamiento sobre cualquier tipo de hernia suele ser quirúrgica ya que otras acciones como reducción manual (código **96.27 Dilatación y manipulación no quirúrgica. Reducción manual de hernia**), braguero o abandono, dan lugar a que el orificio se amplíe de tamaño y, entre otras circunstancias, dificulte la reparación quirúrgica o herniorrafia.

La CIE-9-MC clasifica las herniorrafias inguinales mediante códigos de las subcategorías **53.0 Reparación de hernia. Otra reparación unilateral de hernia inguinal, 53.1 Reparación de hernia. Otra Reparación bilateral de hernia inguinal, 17.1 Otros procedimientos diversos. Reparación unilateral laparoscópica de hernia inguinal o 17.2 Otros procedimientos diversos. Reparación bilateral laparoscópica de hernia inguinal**, en función de que se realice con alguna de las siguientes condiciones:

- Hernia inguinal directa o indirecta. Estos conceptos son modificadores esenciales en la asignación del procedimiento.
- Reparación con o sin injerto (malla). La malla se emplea para reforzar y cerrar el defecto en el anillo inguinal.

Al codificar se debe prestar especial atención para mantener la congruencia entre el diagnóstico y el procedimiento. No podría asignarse código diagnóstico con dígito de subclasificación 0 o 1 para una hernia unilateral con un código de procedimiento de reparación bilateral de hernia mediante los de las categorías **53.1 Reparación de hernia. Otra reparación bilateral de hernia inguinal o 17.2 Otros procedimientos diversos. Reparación bilateral laparoscópica de hernia inguinal**.

2. Hernia femoral o crural

En la hernia crural el defecto primitivo está también a nivel del triángulo de Hesselbach, pero en este caso, a diferencia de la hernia inguinal, el saco herniario en lugar de hacer protrusión hacia el canal inguinal sigue por debajo del ligamento inguinal y penetra hacia el triángulo femoral.

Se codificará con códigos de las subcategorías **551.0 Otra hernia abdominal gangrenada. Hernia femoral gangrenada, 552.0 Otra hernia abdominal obstructiva sin mención de gangrena. Hernia femoral obstructiva y 553.0 Otra hernia abdominal, sin mención de obstrucción ni gangrena. Hernia femoral**. Cada uno de ellos se divide en cuatro subclasificaciones en función de la combinación de los conceptos unilateral, bilateral y recurrente o no recurrente.

Dependiendo del tipo de hernia, unilateral o bilateral, y del uso o no de prótesis se codificará la herniorrafia con códigos de las subcategorías **53.2 Reparación de hernia. Reparación unilateral de hernia crural (femoral) o 53.3 Reparación de hernia. Reparación bilateral de hernia crural**.

3. Hernia epigástrica

Esta hernia es una protrusión de grasa preperitoneal y del peritoneo a través del recto en la línea media (línea blanca) entre el apéndice xifoides y el ombligo.

La CIE-9-MC la incluye en el grupo de otras hernias ventrales con los códigos **551.29 Otra hernia abdominal gangrenada. Hernia ventral gangrenada. Otra, 552.29 Otra hernia abdominal sin mención de gangrena. Hernia ventral obstructiva. Otra y 553.29 Otra hernia abdominal, sin mención de obstrucción ni gangrena. Hernia ventral. Otra.**

A su reparación se les asignará el código **53.59 Reparación de hernia. Reparación de otra hernia de la pared abdominal anterior** y si se repara con prótesis se codificará como **53.69 Reparación de hernia. Otra reparación y reparación abierta de otra hernia de la pared abdominal anterior con injerto o prótesis.**

4. Hernia umbilical

4.a. *Hernia umbilical no congénita*

En las hernias umbilicales no congénitas el contenido abdominal protruido a través de la pared abdominal en el ombligo está cubierto por la piel y el tejido subcutáneo, a diferencia del onfalocele donde no hay piel.

La CIE-9-MC las incluye en las subcategorías **551.1 Otra hernia abdominal gangrenada. Hernia umbilical gangrenosa, 552.1 Otra hernia abdominal obstructiva sin mención de gangrena. Hernia umbilical con obstrucción y 553.1 Otra hernia abdominal, sin mención de obstrucción ni gangrena. Hernia umbilical.**

4.b. *Hernia umbilical congénita u onfalocele*

Es una herniación de las vísceras abdominales que están cubiertas por un saco formado por peritoneo, membrana amniótica y gelatina de Warthon (los mismos componentes que el cordón umbilical), en esta circunstancia no existe piel que recubra las estructuras protruidas. Es consecuencia de una alteración en la formación de la pared abdominal anterior durante el desarrollo fetal.

Se codificará mediante **756.72 Anomalías de la pared abdominal. Onfalocele.**

La reparación, tanto del onfalocele como de la hernia umbilical, se clasificará en códigos de la subcategoría **53.4 Reparación de hernia. Reparación de hernia umbilical.**

5. Gastrosquisis

La gastrosquisis es un defecto congénito de la pared ventral, normalmente a la derecha de la inserción del cordón umbilical, que tiene como causa el fallo en el desarrollo de la pared abdominal para su cierre completo. A su vez, esto permite la extrusión del intestino fetal a través del defecto, en este caso sin estar cubierto de saco membranoso, lo que implica una exposición prolongada al líquido amniótico. Esto da como resultado un intestino engrosado, hinchado e inflamado, con un aumento del riesgo de pérdida de calor y fluido así como de infección tras el nacimiento. La incidencia de esta afectación es del 2 al 5 por 10.000 nacimientos. No hay síndromes asociados a la gastrosquisis, pero puede asociarse a otras anomalías gastrointestinales tales como atresia, estenosis y malrotación²⁵.

La gastrosquisis se codificará en **756.73 Anomalías de la pared abdominal. Gastrosquisis**.

Requiere cirugía correctiva urgente, con cierre primario o bien con la aplicación previa a cirugía de la técnica del silo. Esta técnica consiste en situar sobre el contenido intestinal expuesto una bolsa de silastic durante el período necesario para que el recién nacido desarrolle una cavidad abdominal de suficiente tamaño como para poder contener las estructuras protruidas y suturar la pared abdominal.

Se codificará mediante **54.71 Otra reparación de pared abdominal y peritoneo. Reparación de gastrosquisis**. En este código se recoge tanto la colocación del silo como la propia reducción de la gastrosquisis.

6. Hernia laparotómica (evisceración) / eventración

La hernia incisional, laparotómica, postoperatoria, cicatricial o eventración, es una hernia que aparece en relación a la cicatriz de una laparotomía abdominal y generalmente se desarrolla en el período postoperatorio tardío.

La CIE-9–MC las incluye dentro de las hernias ventrales con los códigos **551.21 Otra hernia abdominal gangrenada. Hernia ventral gangrenada. Incisional gangrenada, 552.21 Otra hernia abdominal obstructiva sin mención de gangrenada. Hernia ventral obstructiva. Incisional obstructiva y 553.21 Otra hernia abdominal, sin mención de obstrucción ni gangrenada. Hernia ventral. Por incisión, sin mención de obstrucción ni gangrena**.

La **evisceración** se caracteriza por la ausencia de peritoneo a diferencia de las formas arriba señaladas que sí presentan peritoneo cubriendo a las estructuras protruidas. Se produce en el período postoperatorio inmediato debido a la dehiscencia de la sutura. Por ello, es una complicación y se codificará con **998.32 Otras complicaciones de procedimientos, no clasificadas bajo otros conceptos. Disrupción de herida operatoria (quirúrgica) externa**, junto al código E correspondiente.

Para la reparación de la eventración se asignará el código adecuado de la herniorrafia debiéndose considerar la condición de reparación con malla o sin ella. Si se aplica malla se asignará el **53.61 Reparación de hernia. Otra reparación abierta de hernia incisional (eventración) con injerto o prótesis** y, en caso contrario, se asignará el código **53.51 Reparación de otra hernia de la pared abdominal anterior (sin injerto ni prótesis). Reparación de hernia incisional (eventración)**. Si se hace mediante cirugía laparoscópica se añadirá el código **54.21 Procedimientos diagnósticos de la región abdominal. Laparoscopia**.

En el caso de la evisceración el procedimiento es la resutura de la herida nuevamente abierta y se codificará con **54.61 Sutura de pared abdominal y peritoneo. Nuevo cierre de disrupción postoperatoria de la pared abdominal (evisceración)**.

III. HERNIA INTERNA EN CAVIDAD ABDOMINAL

Se producen por la penetración de una víscera abdominal en una de las numerosas fosillas constantes o inconstantes de la cavidad abdominal. De las estructuras anatómicas la única que puede ser el origen de una hernia interna abdominal es el hiato de Winslow.

La CIE-9-MC las clasifica, cuando son específicas, por ejemplo la de Gruber, en **551.8 Otra hernia abdominal gangrenada. Hernia gangrenada de otros sitios especificados**, **552.8 Otra hernia abdominal obstructiva sin mención de gangrena. Hernia obstructiva de otros sitios especificados** o **553.8 Otra hernia abdominal, sin mención de obstrucción ni gangrena. Hernia de otros sitios especificados sin mención de obstrucción ni gangrena**.

Cuando solo se especifica como intraabdominal se codificará mediante **551.9 Otra hernia abdominal gangrenada. Hernia gangrenada de sitio no especificado**, **552.9 Otra hernia abdominal obstructiva sin mención de gangrena. Hernia obstructiva de sitio no especificado** o **553.9 Otra hernia abdominal, sin mención de obstrucción ni gangrena. Hernia de sitio no especificado**.

Para la herniorrafia solo existe un código que es el **53.9 Reparación de hernia. Otra reparación de hernia.**

IV. HERNIA EN COLOSTOMÍA

Son hernias que se producen a través de una colostomía por la debilidad de la pared muscular o por la localización de la propia colostomía.

La CIE-9-MC las considera una complicación de la colostomía y las codifica mediante **569.69 Complicaciones de la colostomía y enterostomía. Otras complicaciones.**

Para su reparación existen dos alternativas, reparar la hernia asignándosele el código **46.42 Revisión de estoma intestinal. Reparación de hernia paracolostómica** o reconstruir la colostomía clasificándose como **46.40 Revisión de estoma intestinal, no especificado de otra manera.**

GASTROENTERITIS

Ante falta de más información la CIE-9-MC, por defecto, considera estos procesos como no infecciosos y les asigna códigos de la sección **555-558 Enteritis y colitis no infecciosas**.

I. GASTROENTERITIS POR QUIMIOTERAPIA

Cuando el proceso se debe a quimioterapia no se debe asumir por defecto como tóxica, se asignará el código **558.9 Otras gastroenteritis/colitis no infecciosas y gastroenteritis y colitis no infecciosas no especificadas**.

Si en la historia clínica se especifica que es debida a la toxicidad de la quimioterapia se deberá codificar como **558.2 Otras gastroenteritis y colitis no infecciosas y las no especificadas. Gastroenteritis y colitis tóxicas** y se añadirá el código E correspondiente para el fármaco.

Ejemplo:

Paciente con carcinoma de ovario que ingresa para estudio de extensión, durante el ingreso comienza con gastroenteritis secundaria a un ciclo de quimioterapia.

- 183.0 Neoplasia maligna del ovario y otros anexos uterinos. Ovario**
- 558.9 Otras gastroenteritis/colitis no infecciosas y gastroenteritis colitis no infecciosas no especificadas**
- E933.1 Fármacos antineoplásicos e inmunosupresores**
- 99.25 Inyección o infusión de otra sustancia terapéutica o profiláctica. Inyección o infusión de sustancia quimioterápica contra cáncer.**

II. ENTERITIS POR RADIACIÓN

Es la enteritis debida a una lesión intestinal secundaria a tratamiento con radiación²⁶.

Se codificará con **558.1 Otras gastroenteritis y colitis no infecciosas y las no especificadas. Gastroenteritis y colitis por radiación**. Deberá añadirse el código E adecuado para recoger las circunstancias de la radiación:

- Cuando se trate de una reacción por radioterapia en dosificación adecuada se asignará **E879.2 Otras técnicas, sin mención de accidente en el momento de practicarlas**,

como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior. Técnica radiológica y radioterapia.

- Cuando no se trata de una reacción anormal, sino de una dosificación inadecuada, se debe codificar como **E873.2 Dosificación inadecuada. Sobredosis de radiación durante terapia.**
- Cuando la causa es una exposición accidental, por ejemplo por protección inadecuada, se codificará mediante **E873.3 Dosificación inadecuada. Exposición por descuido de paciente a radiación durante cuidados médicos.**

III. GASTROENTERITIS Y COLITIS POR SUSTANCIAS QUÍMICAS

La gastroenteritis y colitis tóxicas por sustancias químicas que produzcan estos cuadros se codificarán en **558.2 Otras gastroenteritis y colitis no infecciosas y las no especificadas. Gastroenteritis y colitis tóxicas**, y deberá añadirse un código E asociado.

IV. GASTROENTERITIS, ENTERITIS, COLITIS Y DIARREAS INFECCIOSAS

En la sección **001 – 009 Enfermedades infecciosas intestinales** se recoge la mayor parte de los procesos infecciosos intestinales²⁷.

La categoría **009 Infecciones intestinales mal definidas** contiene condiciones de sospecha infecciosa o de infecciones sin especificar que ante ausencia de mayor información en la historia deberán codificarse según la siguiente pauta:

- Para procesos infecciosos, no identificados como diarrea, sin mayor especificación se asignará el código **009.0 Infecciones intestinales mal definidas. Colitis, enteritis y gastroenteritis infecciosas.**
- Para procesos infecciosos, no identificados como diarrea, considerados como presuntamente infecciosos se clasificarán como **009.1 Infecciones intestinales mal definidas. Colitis, enteritis y gastroenteritis de origen presumiblemente infeccioso.**
- Para diarreas identificadas como infecciosas, sin mayor especificación se codificarán en **009.2 Infecciones intestinales mal definidas. Diarrea infecciosa.**
- Para diarreas presuntamente infecciosas se asigna **009.3 Infecciones intestinales mal definidas. Diarrea de origen presumiblemente infeccioso.**

Si se especifica en la historia el germen causante se asignará el código adecuado de la sección **001 – 009 Enfermedades infecciosas intestinales**, excepto los de la categoría **009 Infecciones intestinales mal definidas**.

Si la diarrea se identifica como de causa no infecciosa o no presuntamente infecciosa se codificará en **787.91 Otros síntomas que afectan al aparato digestivo. Diarrea**.

V. DIARREA NERVIOSA O PSICÓGENA

La diarrea nerviosa o psicógena se codificará como **306.4 Disfunción fisiológica con origen en factores mentales. Gastrointestinal⁹**.

VI. GASTROENTERITIS ALÉRGICA

Es un proceso crónico debido a una intolerancia a alimentos, la CIE-9-MC la asigna al código **558.3 Otras gastroenteritis y colitis no infecciosas y las no especificadas. Gastroenteritis y colitis alérgicas**, que debe completarse con la información sobre el alimento que la produce mediante un código de la subcategoría **V15.0 Otro historial personal que presenta riesgos para la salud. Alergia, salvo alergia a agentes medicamentosos** y con 5º dígito 1 – 5.

VII. INTOXICACIÓN ALIMENTARIA

Especial cuidado se deberá tener con el término intoxicación alimentaria pues se puede referir a diferentes conceptos, como son:

- Efecto tóxico de alimentos nocivos como setas, bayas, etc., contemplándose en la categoría **988 Efecto tóxico de sustancias nocivas ingeridas como alimentos**.
- Efecto tóxico de contaminantes alimentarios que se codificará mediante **989.7 Efecto tóxico de otras sustancias, primordialmente no medicamentosas con respecto a su origen. Aflatoxina y otra micotoxina [contaminantes alimenticios]**.

Ejemplo:

Paciente de 58 años ingresado con malestar general y vómitos tras referir ingestión de setas. Al alta se diagnostica de intoxicación alimentaria.

- 988.1 Efecto tóxico de sustancias nocivas ingeridas como alimentos. Hongos**
- E865.5 Intoxicación accidental por alimentos tóxicos y plantas venenosas. Champiñones y otros hongos**

HÍGADO Y VÍAS BILIARES

I. PATOLOGÍA DEL SISTEMA BILIAR

El sistema biliar lo componen los órganos y el conjunto de conductos que producen, transportan, almacenan y liberan la bilis en el duodeno. Este sistema comprende el hígado, la vesícula biliar y los conductos biliares (conducto cístico, hepático, hepático común, biliar común, pancreático y ampolla de Vater).

1. Colelitiasis, colecistitis y coledocolitiasis²⁰

La colelitiasis se define como la presencia de cálculos en la vesícula biliar.

La colecistitis es un proceso inflamatorio que se desarrolla en la pared de la vesícula biliar, asociada a un intenso dolor abdominal. En el 90% de los casos, la colecistitis aguda va acompañada por litiasis. Puede ser aguda, crónica o crónica reagudizada.

La coledocolitiasis (litiasis del conducto biliar) se produce por la presencia de cálculos en el colédoco o conducto biliar común. Estos cálculos bloquean los conductos que transportan la bilis del hígado a la vesícula o de la vesícula biliar al intestino delgado.

1.a. Colelitiasis y coledocolitiasis

Las litiasis de vesícula y vías biliares se codificarán con códigos de la categoría **574 Colelitiasis**. Mediante 5º dígito de subclasificación se recoge la presencia o no de obstrucción. Para la asignación de 4º dígito se sigue la siguiente pauta:

- Para la **litiasis de vesícula biliar** existen tres subcategorías que se agrupan según presenten colecistitis aguda, colelitiasis no aguda (incluye la crónica) o colelitiasis sin mención de colecistitis:
 - **574.0 Colelitiasis. Cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda.**
 - **574.1 Colelitiasis. Cálculo de la vesícula biliar con otra colecistitis.**
 - **574.2 Colelitiasis. Cálculo de la vesícula biliar sin mención de colecistitis.**

En las litiasis de la vesícula biliar acompañadas de la condición de colecistitis crónica reagudizada se deben asignar dos códigos de la categoría **574 Colelitiasis**, uno para la condición crónica y otro para la condición aguda.

- Para la **coledocolitiasis** existen tres subcategorías que se agrupan según presenten colecistitis aguda, colecistitis no aguda (incluye la crónica) o sin mención de colecistitis:
 - **574.3 Colelitiasis. Cálculo del conducto biliar con colecistitis aguda.**
 - **574.4 Colelitiasis. Cálculo del conducto biliar con otra colecistitis.**
 - **574.5 Colelitiasis. Cálculo del conducto biliar sin mención de colecistitis.**

En las coledocolitiasis acompañadas de la condición de colecistitis crónica reagudizada se deben asignar dos códigos de la categoría **574 Colelitiasis**, uno para la condición crónica y otro para la condición aguda.

- Para la **litiasis combinada** de vesícula (colecistitis) y del conducto biliar (coledocolitiasis) existen cuatro subcategorías en función de la presencia de colecistitis aguda, crónica o crónica reagudizada:
 - **574.6 Colelitiasis. Cálculos de la vesícula y del conducto biliar con colecistitis aguda.**
 - **574.7 Colelitiasis. Cálculos de la vesícula y del conducto biliar con otras colecistitis.**
 - **574.8 Colelitiasis. Cálculos de la vesícula y del conducto biliar con colecistitis aguda y crónica.**
 - **574.9 Colelitiasis. Cálculos de la vesícula y del conducto biliar sin colecistitis.**

En las litiasis combinadas de vesícula y de conducto biliar acompañadas de la condición de colecistitis crónica reagudizada solo se asignará un código de la categoría **574 Colelitiasis**, aquel que recoge la condición de crónica reagudizada.

1.b. Colecistitis sin litiasis

Las colecistitis sin litiasis se recogen mediante códigos de las subcategorías **575.0 Otros trastornos de la vesícula biliar. Colecistitis aguda** y **575.1 Otros trastornos de la vesícula biliar. Otra colecistitis**. Esta última se subdivide en tres subcategorías según se presente la condición crónica, crónica reagudizada (mediante un solo código de combinación) o no se especifique la condición aguda o crónica.

2. Obstrucción de vesícula y vías biliares sin litiasis

Si se presentase obstrucción sin litiasis se asignarán los códigos **575.2 Otros trastornos de la vesícula biliar. Obstrucción de vesícula biliar** o **576.2 Otros trastornos del tracto biliar. Obstrucción de conducto biliar** ²⁰.

3. Papilitis

La papilitis es la inflamación de la ampolla de Vater (papila duodenal mayor, ampolla hepato-pancreática) y puede producir obstrucción de la vía biliar; la entrada por el Índice Alfabético es por **Estrechez – ampolla de Vater**:

- Si no presenta litiasis nos indica que se codifique como **576.2 Otros trastornos del tracto biliar. Obstrucción de conducto biliar**.
- Si se acompaña de litiasis dirige a coledocolitiasis y deberá codificarse como tal.

4. Colesterolosis

La colesterolosis consiste en la presencia de depósitos anormales de colesterol en las paredes de la vesícula biliar²⁰.

Normalmente es solo una descripción anatomopatológica de la vesícula. Si existe otra patología de la vesícula no se codificará la colesterolosis.

La CIE-9-MC le asigna el código **575.6 Otros trastornos de la vesícula biliar. Colesterolosis de vesícula biliar**.

5. Barro biliar

El barro biliar es un material que se acumula en la vesícula biliar o en el colédoco y bioquímicamente está compuesto por gránulos de bilirrubinato de calcio y cristales de colesterol dentro de un gel de mucus²⁸.

El barro biliar en vesícula biliar se codificará como **575.8 Otros trastornos de la vesícula biliar. Otros trastornos especificados de vesícula biliar** si no produce obstrucción, en caso de que la presente se asignará el código **575.2 Otros trastornos de la vesícula biliar. Obstrucción de vesícula biliar**.

Cuando el barro biliar se localiza en vías biliares se clasificará en el código **576.8 Otros trastornos del tracto biliar. Otros trastornos especificados del tracto biliar** si no produce obstrucción, y en el código **576.2 Otros trastornos del tracto biliar. Obstrucción del conducto biliar** en caso contrario.

6. Síndrome postcolecistectomía

El síndrome postcolecistectomía es un cajón de sastre en el que se incluyen síntomas persistentes o recidivantes tras una colecistectomía, tales como dolor abdominal,

meteorismo, flatulencia, dispepsia, diarrea, estreñimiento y colangitis (dolor, fiebre, ictericia, etc.).

La CIE-9-MC asigna el código **576.0 Otros trastornos del tracto biliar. Síndrome post-colecistectomía**. No se considerará complicación y por tanto no se clasificarán con códigos de la sección **996 – 999 Complicaciones de cuidados quirúrgicos y médicos no clasificados bajo otros conceptos**.

II. PROCEDIMIENTOS SOBRE LA VESÍCULA BILIAR Y VÍA BILIAR²⁰

1. Colecistectomía

La colecistectomía se clasifica en la subcategoría **51.2 Operaciones de vesícula biliar y tracto biliar. Colecistectomía** atendiendo a la condición de completa o parcial y a la vía de acceso, laparotómica o laparoscópica.

Junto al código de la colecistectomía se debe recoger ciertas técnicas que se realizan para diagnosticar o tratar la presencia de cálculos en vías biliares como: **87.53 Radiografía de las vías biliares. Colangiografía intraoperatoria**, **51.41 Incisión del conducto biliar para alivio de obstrucción. Exploración del conducto biliar principal para extracción de cálculo** o **51.42 Incisión del conducto biliar para alivio de obstrucción. Exploración del conducto biliar principal para alivio de otra obstrucción**.

Por el contrario no se deberán recoger las técnicas que van implícitas en la propia colecistectomía como son: la incisión del conducto cístico, la descompresión del conducto biliar o la inserción de un drenaje biliar²⁰, como es el drenaje en T.

2. Otra extracción de cálculos de vesícula y vías biliares

Al margen de la colecistectomía, existen otras técnicas para eliminar la litiasis de vesícula o vías biliares.

- **Colecistotomía**
Incisión de la vesícula biliar que permite extraer un cálculo biliar sin colecistectomía y se codificará como **51.04 Colecistotomía y colecistostomía. Otra colecistotomía**.
- **Técnicas percutáneas**
Si la extracción del cálculo se realiza mediante técnicas percutáneas se asignará el código **51.96 Otras operaciones sobre el tracto biliar. Extracción percutánea**

de **cálculo en colédoco** para cálculo en el colédoco o el código **51.98 Otras operaciones sobre el tracto biliar. Otros procedimientos percutáneos sobre tracto biliar** para el localizado en cualquier otra estructura diferente al colédoco.

- **Endoscopia**

Si la extracción de la litiasis se realiza mediante abordaje endoscópico se asignará el código correspondiente a la localización:

- **51.88 Otras operaciones sobre conductos biliares y esfínter de Oddi. Extracción endoscópica de cálculo(s) del tracto biliar.**

- **52.94 Otras operaciones sobre el tracto biliar. Extracción endoscópica de cálculo(s) del conducto pancreático.**

Si en el mismo acto quirúrgico se realizará alguna de las siguientes técnicas **51.10 Procedimientos diagnósticos sobre la vía biliar principal. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) [ERCP]**, **51.11 Procedimientos diagnósticos sobre la vía biliar principal. Colangiografía retrógrada endoscópica (CRE)** o **52.13 Procedimientos diagnósticos sobre páncreas. Pancreatografía endoscópica retrógrada [PER] [ERP]**, ésta no deberá codificarse al considerarse incluida en las técnicas anteriores.

Ejemplo:

Paciente que ingresa por dolor abdominal, náuseas y vómitos. Ecográficamente se detecta barro en vesícula biliar. Se realiza una CRE donde se extrae barro biliar que obstruía la vía biliar.

576.2 Otros trastornos del tracto biliar. Obstrucción del conducto biliar

51.88 Otras operaciones sobre conductos biliares y esfínter de Oddi. Extracción endoscópica de cálculo(s) del tracto biliar

- **Exploración del ductus**

Durante una colecistectomía se suele realizar una exploración del ductus para extracción de cálculos allí localizados. Esta extracción se codificará mediante **51.41 Incisión del conducto biliar para alivio de obstrucción. Exploración del conducto biliar principal para extracción de cálculo.**

- **Litotricia**

La destrucción de una litiasis en vesícula o vías biliares se puede realizar también mediante litotricia. Esta técnica se codificará como **98.52 Litotricia extracor-**

pórea por ondas de choque [LEOC]. Litotricia de ondas de choque extracorpóreas de vesícula o conducto biliar.

3. Extracción fallida de cálculo

La realización de una extracción endoscópica de litiasis en la que no se ha conseguido la retirada del cálculo se clasificará según las siguientes pautas:

- Si se accedió a la vía biliar pero no se resolvió la litiasis, no se pudo retirar o no se encontró el cálculo, asignaremos el código **51.88 Otras operaciones sobre conductos biliares y esfínter de Oddi. Extracción endoscópica de cálculo(s) del tracto biliar.**

Ejemplo:

Colecistitis aguda con cálculo en vía biliar. Se procede a la extracción del cálculo endoscópicamente, fallando en el intento.

574.30 Cálculo de conducto biliar con colecistitis aguda. Sin mención de obstrucción

51.88 Otras operaciones sobre conductos biliares y esfínter de Oddi. Extracción endoscópica de cálculo(s) del tracto biliar

- Para aquellos casos en que no se pudo acceder a la vía biliar, por obstrucción o cualquier otra causa, se codificará solo hasta el punto máximo que se alcanzó con la endoscopia: estómago, duodeno, etc.

4. Colangiografía y pancreatografía endoscópica

La colangiografía o la pancreatografía endoscópica se realiza mediante una duodenoscopia en la que se introduce un catéter a través del endoscopio que se inserta en los conductos biliares o pancreáticos, a través de este catéter se inyecta un medio de contraste. La CIE-9-MC utiliza tres códigos para recoger estas condiciones:

- **51.10 Procedimientos diagnósticos sobre la vía biliar principal. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) [ERCP].**
- **51.11 Procedimientos diagnósticos sobre la vía biliar principal. Colangiografía retrógrada endoscópica (CRE).**

- **52.13 Procedimientos diagnósticos sobre páncreas. Pancreatografía endoscópica retrograda [PER] [ERP].**

Si durante la exploración se realiza una papilotomía se deberá añadir el código **51.85 Otras operaciones sobre conductos biliares y esfínter de Oddi. Esfinterotomía y papilotomía endoscópicas.**

5. Drenaje biliar

El drenaje de la vía biliar se puede realizar mediante tres diferentes técnicas:

- **Drenaje biliar externo y drenaje biliar externo-interno**
La codificación tanto del drenaje externo como el interno-externo se realizará con los mismos códigos. La inserción se recogerá en **51.98 Otras operaciones sobre el tracto biliar. Otros procedimientos percutáneos sobre tracto biliar.** La sustitución se codificará mediante **97.05 Sustitución no quirúrgica de dispositivo gastrointestinal. Sustitución de stent (tubo tutor) en vías biliares o conducto pancreático.** La extracción se asignará al **97.55 Extracción no quirúrgica de dispositivo terapéutico del aparato digestivo. Extracción de tubo en T, otro tubo de vía biliar o tubo hepático.**
- **Inserción de endoprótesis metálica (Stent)**
Se trata de un drenaje definitivo, mediante la colocación de una endoprótesis metálica autoexpandible, con drenaje permanente a duodeno.

La inserción se codificará como **51.87 Otras operaciones sobre conductos biliares y esfínter de Oddi. Inserción endoscópica de tubo tutor (stent) en conducto biliar.** La sustitución se asignará al **97.05 Sustitución no quirúrgica de dispositivo gastrointestinal. Sustitución de stent (tubo tutor) en vías biliares o conducto pancreático** y la extracción al **97.55 Extracción no quirúrgica de dispositivo terapéutico del aparato digestivo. Extracción de tubo en T, otro tubo de vía biliar o tubo hepático.**

III. HEPATITIS Y CIRROSIS

1. Hepatitis

La hepatitis es una afección inflamatoria del hígado. Su causa puede ser infecciosa (viral, bacteriana, etc.), inmunológica (auto-anticuerpos) o tóxica (alcohol, venenos o fármacos).

Existen tres formas de presentación de las hepatitis:

- **Aguda.** Proceso inflamatorio agudo de hígado de etiología frecuentemente vírica.
- **Crónica.** Proceso inflamatorio difuso de hígado que se prolonga durante seis meses o más.
- **Fulminante.** Hepatitis aguda de rápida evolución que genera necrosis masiva del hígado.

1.a. Hepatitis vírica²⁷

La causa más frecuente de la hepatitis infecciosa es la debida a virus hepatotropos codificándose en la categoría **070 Hepatitis vírica**.

Otras hepatitis víricas con códigos específicos serían aquellas debidas a paperas, **072.71 Paperas con otras complicaciones especificadas. Hepatitis de las paperas** o por fiebre amarilla, código de la subcategoría **060 Fiebre amarilla**.

En otras enfermedades víricas como infección por virus de Coxsackie, enfermedad por citomegalovirus o mononucleosis infecciosa, si se produce una hepatitis, además del código específico a esa infección será necesario un código adicional para identificar la hepatitis **573.1 Otros trastornos hepáticos. Hepatitis en enfermedades víricas clasificadas bajo otros conceptos**.

Ejemplo:

Hepatitis en mononucleosis infecciosa.

075 Mononucleosis infecciosa

573.1 Otros trastornos hepáticos. Hepatitis en enfermedades víricas clasificadas bajo otros conceptos

1.b. Otras hepatitis infecciosas no víricas

Existe un grupo de procesos infecciosos no víricos que tienen códigos específicos para la afección hepática como son: **091.62 Sífilis secundaria de vísceras y de huesos. Hepatitis sifilítica secundaria**, **095.3 Otras formas de sífilis tardía con síntomas. Sífilis hepática** o **130.5 Toxoplasmosis. Hepatitis por toxoplasmosis**.

Otro grupo de enfermedades infecciosas no víricas como paludismo, si producen una hepatitis, además del código específico del paludismo será necesario un código adi-

cional para identificar la hepatitis **573.2 Otros trastornos hepáticos. Hepatitis en otras enfermedades infecciosas clasificadas bajo otros conceptos.**

Ejemplo:

Hepatitis en paludismo.

084.9 Malaria. Otras complicaciones perniciosas de paludismo

573.1 Otros trastornos hepáticos. Hepatitis en enfermedades víricas clasificadas bajo otros conceptos

1.c. Hepatitis alcohólica

El alcohol puede producir hepatitis aguda que se clasificará en el código **571.1 Enfermedad hepática y cirrosis crónicas. Hepatitis alcohólica aguda.**

La ingesta de alcohol también puede producir a largo plazo otra serie de lesiones hepáticas como hígado graso o cirrosis alcohólica, que se describen mas adelante.

La lesión hepática por alcohol sin que se especifique ninguna otra condición se codificará mediante **571.3 Enfermedad hepática y cirrosis crónicas. Lesiones hepáticas por alcohol, no especificadas.**

En cualquiera de estas circunstancias deberá añadirse como código asociado el correspondiente a la pauta de consumo de alcohol.

1.d. Hepatitis aguda no infecciosa, no alcohólica

Las hepatitis agudas no infecciosas se codificarán en **570 Necrosis hepática aguda y subaguda.** Dentro de este código se incluiría la hepatitis fulminante no especificada; si la causa fuese conocida se codificaría con los códigos adecuados a la etiología.

1.e. Hepatitis tóxica

La hepatitis tóxica se recogerá mediante el código **573.3 Otros trastornos hepáticos. Hepatitis no especificada,** debiéndose añadir los códigos adecuados para identificar la condición de RAM o intoxicación.

Ejemplo:

Hepatitis aguda por ingestión de paracetamol en altas dosis en intento de autolisis.

965.4 Envenenamiento por analgésicos, antipiréticos y antirreumáticos. Analgésicos aromáticos, no clasificados bajo otros conceptos

573.3 Otros trastornos hepáticos. Hepatitis no especificada

E950.0 Suicidio y envenenamiento autoinflingido con sustancias sólidas o líquidas. Analgésicos, antipiréticos y antirreumáticos

1. f. Hepatitis autoinmune

La hepatitis autoinmune se caracteriza por la inflamación del hígado y daño hepático causado por un ataque del sistema inmunitario en el propio hígado del paciente. La hepatitis autoinmune puede coexistir con otras enfermedades hepáticas (hepatitis viral) y con otras enfermedades autoinmunes (tiroiditis, colitis ulcerosa, diabetes tipo 1, artritis reumatoide, etc.).

Se codificará mediante el código **571.42 Hepatitis crónica. Hepatitis autoinmune**. Cualquier otra condición, otras enfermedades hepáticas o bien otras enfermedades autoinmunes, también deberán ser codificadas.

1. g. Otras hepatitis crónicas

La hepatitis crónica se recogerá con códigos de la subcategoría **571.4 Enfermedad hepática y cirrosis crónicas. Hepatitis crónica**. La forma persistente se codificará como **571.41 Hepatitis crónica. Hepatitis crónica persistente** y, tanto la forma lobulillar como la activa y la agresiva, se clasificarán en el código **571.49 Hepatitis crónica. Otras**.

En el código **571.9 Hepatitis crónica. Enfermedad hepática crónica no especificada sin mención de alcohol** se incluyen una serie de cuadros inespecíficos crónicos hepáticos como hígado de estasis, lesión hepática o enfermedad hepática crónica no especificada.

2. Hígado graso

El término hígado graso (esteatosis hepática) se refiere a una enfermedad del hígado caracterizada por acumulación de ácidos grasos y triglicéridos en las células hepáticas (hepatocitos). La acumulación de grasa en los hepatocitos puede llevar a inflamación hepática, con la posibilidad de desarrollar fibrosis y finalmente terminar en un daño hepático crónico (cirrosis).

El consumo de alcohol es una causa frecuente del hígado graso. En estos casos, en los que se especifica que la infiltración grasa es por alcohol se asignará **571.0 Enfermedad hepática y cirrosis crónicas. Hígado adiposo alcohólico**.

Estas enfermedades por infiltración grasa no alcohólica (esteatosis, enfermedad hepática grasa o cirrosis grasa) se codificarán en **571.8 Enfermedad hepática y cirrosis crónicas. Otra enfermedad hepática crónica no alcohólica**. Pueden aparecer en el contexto de un síndrome metabólico en cuyo caso se codificará mediante **277.7 Otros trastornos y trastornos no especificados del metabolismo. Síndrome X dismetabólico**.

3. Cirrosis hepática

La cirrosis es una enfermedad crónica, difusa e irreversible del hígado, caracterizada por la presencia de necrosis, fibrosis y nódulos de regeneración (las tres han de estar presentes), que conducen a una alteración de la arquitectura vascular y de la función del hígado representando el estadio final común de muchas enfermedades hepáticas crónicas.

El alcoholismo prolongado y la infección por hepatitis C son algunas de las causas más comunes de la enfermedad hepática crónica. Otras causas de cirrosis pueden ser: hepatitis B crónica, medicamentos, inflamación autoinmunitaria del hígado, trastornos en el sistema de drenaje del hígado y trastornos metabólicos de hierro y cobre (hemocromatosis y enfermedad de Wilson).

La cirrosis se estadia mediante la clasificación numérica de Child-Pugh²⁹ que asigna una puntuación que permite estratificar a los pacientes cirróticos según su gravedad teórica de una manera sencilla como se expresa en la siguiente tabla.

| PARÁMETRO A VALORAR | PUNTUACIÓN | | |
|---------------------------------------|------------|---------------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 |
| Ascitis | Ausencia | Leve-moderada | Gran volumen |
| Encefalopatía | Ausencia | Grado I-II | Grado III-IV |
| Bilirrubina (µM/l) | <40 | 40-60 | >60 |
| Albúmina (g/l) | >35 | 30-35 | <30 |
| Tiempo de Protrombina | <1,4 | 1,4-2 | >2 |
| Estadio Child-Pugh (Puntuación total) | Clase A | | 5-6 puntos |
| | Clase B | | 7-9 puntos |
| | Clase C | | 10-15 puntos |

En función del valor expresado en el diagnóstico deberemos considerar la presencia o no de manifestaciones.

La CIE-9-MC codifica la cirrosis mediante códigos de la categoría **571 Enfermedad hepática y cirrosis crónicas**, debiéndose asignar código a todas manifestaciones presentes como la encefalopatía, la ascitis o la alteración de la coagulación.

Tanto la cirrosis como las complicaciones producidas por ella pueden ser diagnóstico principal, excepto las varices esofágicas y los signos o síntomas del **Capítulo 16 Síntomas, Signos y Estados Mal Definidos** que siempre serán diagnósticos secundarios²⁸.

3.a. Cirrosis de origen etílica

Se asignará el **571.2 Enfermedad hepática y cirrosis crónicas. Cirrosis hepática alcohólica** y deberá añadirse como código asociado el correspondiente a la pauta de consumo de alcohol.

3.b. Cirrosis de etiología no etílica

En cirrosis no alcohólicas se asignará el código **571.5 Enfermedad hepática y cirrosis crónicas. Cirrosis hepática sin mención de alcohol** excepto para la biliar que tiene código específico **571.6 Enfermedad hepática y cirrosis crónicas. Cirrosis biliar**. Se deberá recoger también el código correspondiente a la patología de base que generó la cirrosis. La secuencia de códigos dependerá de las circunstancias de ingreso.

Si la etiología de la cirrosis fuese vírica se asignará **571.5 Enfermedad hepática y cirrosis crónicas. Cirrosis hepática sin mención de alcohol** siendo este diagnóstico secundario y principal el adecuado para la infección.

En el caso en que el diagnóstico sea de portador de hepatitis, esta condición será diagnóstico secundario a la cirrosis.

Ejemplo:

- Hepatitis VHC crónica que produce cirrosis hepática.

070.54 Otras hepatitis víricas especificadas sin coma hepático. Hepatitis C crónica sin mención de coma hepático

571.5 Enfermedad hepática y cirrosis crónicas. Cirrosis hepática sin mención de alcohol

- Portador de crónico de VHB con cirrosis hepática.

571.5 Enfermedad hepática y cirrosis crónicas. Cirrosis hepática sin mención de alcohol

V02.61 Hepatitis vírica. Portador de hepatitis B

3.c. Cirrosis de etiología múltiple

Cuando coexista una hepatitis crónica de etiología vírica junto a otra causa, se asignará un solo código para la cirrosis. Así en cirrosis de etiología tanto alcohólica como vírica hepatotropa se asignará **571.2 Enfermedad hepática y cirrosis crónicas. Cirrosis hepática alcohólica**, para la condición de cirrosis, y el código adecuado de la categoría **070 Hepatitis vírica**. En este caso irá el código de la categoría 571 en primer lugar llevando como asociado el de la infección por el virus hepatótrofo excepto en las encefalopatías³⁰.

Ejemplo:

Paciente que ingresa por sangrado de varices esofágicas por cirrosis hepática debida a alcoholismo crónico y VHC, con anemia hemorrágica aguda.

571.2 Enfermedad hepática y cirrosis crónicas. Cirrosis hepática alcohólica

070.54 Otras hepatitis víricas especificadas sin coma hepático. Hepatitis C crónica sin mención de coma hepático

456.20 Varices esofágicas en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos. Con hemorragia

285.1 Otras anemias y anemias no especificadas. Anemia posthemorrágica aguda

303-90 Síndrome de dependencia del alcohol. Otras dependencias alcohólicas y dependencias alcohólicas no especificadas

4. Encefalopatía hepática

La encefalopatía hepática es una de las complicaciones más severas de la cirrosis hepática, y en función de la etiología de ésta se codificará de diferente forma:

4.a. Encefalopatía y cirrosis hepática

Si la encefalopatía hepática se presenta al ingreso del paciente junto a la cirrosis hepática, siempre que no sea debida a etiología viral hepatotropa, se considerará la encefalopatía como diagnóstico principal **572.2 Absceso hepático y secuelas de enfermedad hepática crónica. Encefalopatía hepática** y se deberá asociar el correspondiente de cirrosis hepática³¹.

4.b. Encefalopatía y cirrosis hepática por virus hepatótrofos

Las encefalopatías por virus hepatótrofos se codificarán en la categoría **070 Hepatitis vírica**. En esta categoría ya se contempla, mediante código de combinación, la condición de coma hepático o encefalopatía hepática por lo que se asignará en primer lugar un código de la hepatitis y en segundo lugar el de la cirrosis. No se deberá asignar el código **572.2 Absceso hepático y secuelas de enfermedad hepática crónica. Encefalopatía hepática**³².

4.c. Encefalopatía y cirrosis de etiología mixta

En encefalopatías por cirrosis de etiología mixta la condición de encefalopatía se recogerá en primer lugar mediante el código de combinación correspondiente de la categoría **070 Hepatitis viral** asociándole el de cirrosis hepática. No deberá asignarse código **572.2 Absceso hepático y secuelas de enfermedad hepática crónica. Encefalopatía hepática**³².

Ejemplo:

Paciente cirrosis hepática por hepatitis C crónica que ingresa por coma hepático.

070.44 Otras hepatitis víricas especificadas con coma hepático.
Hepatitis C crónica con coma hepático

571.5 Enfermedad hepática y cirrosis crónicas. Cirrosis hepática sin
mención de alcohol

5. Hepatopatía

Es un término genérico para referirse a enfermedad hepática sin especificar el tipo de lesión.

- La hepatopatía no especificada se codificará mediante **573.9 Otros trastornos hepáticos. Trastorno hepático no especificado**.
- La hepatopatía catalogada como crónica se clasificará en **571.9 Enfermedad hepática y cirrosis crónicas. Enfermedad hepática crónica no especificada sin mención de alcohol**.
- La hepatopatía aguda de etiología alcohólica se recogerá en el código **571.1 Enfermedad hepática y cirrosis crónicas Hepatitis alcohólica aguda**, y si se definiese como crónica se asignará al **571.3 Enfermedad hepática y cirrosis crónicas. Lesiones hepáticas por alcohol, no especificadas**.
- La hepatopatía producida por una hepatitis vírica crónica se codificará solo con el código de la hepatitis vírica.

Ejemplo:

-Paciente alcohólico, bebedor diario, diagnosticado de hepatopatía crónica.

571.3 Enfermedad hepática y cirrosis crónicas. Lesiones hepáticas por alcohol, no especificadas

303.91 Otras dependencias alcohólicas y dependencias alcohólicas no especificadas. Continua

- Hepatopatía crónica en paciente con hepatitis B

070.32 Hepatitis vírica B sin coma hepático. Crónica, sin mención de hepatitis delta

PANCREATITIS

Los procesos del páncreas se contemplan en la CIE-9-MC en un reducido número de códigos en la categoría **577 Enfermedades pancreáticas** y en otros códigos específicos como, por ejemplo, la pancreatitis debida a paperas que se codificará en **072.3 Paperas. Pancreatitis de las paperas**.

En el código **577.0 Enfermedades pancreáticas. Pancreatitis aguda** se incluye también el absceso pancreático.

Para la condición de pancreatitis aguda en paciente diagnosticado de pancreatitis crónica se utilizarán dos códigos **577.0 Enfermedades pancreáticas. Pancreatitis aguda**, como diagnóstico principal, y **577.1 Enfermedades pancreáticas. Pancreatitis crónica**.

Ejemplo:

Paciente diagnosticado de pancreatitis crónica que ingresa por nuevo episodio de reagudización.

577.0 Enfermedades pancreáticas. Pancreatitis aguda

577.1 Enfermedades pancreáticas. Pancreatitis crónica

I. PANCREATITIS BILIAR

El diagnóstico de pancreatitis biliar se refiere a un proceso inflamatorio del páncreas como resultado de la obstrucción del conducto pancreático por un cálculo biliar en el esfínter de Oddi.

En la pancreatitis biliar se debe codificar tanto la pancreatitis aguda o crónica como el código específico de la litiasis. Generalmente estos pacientes ingresan para el tratamiento de la pancreatitis aguda, aunque posteriormente, en el mismo ingreso pudiesen ser intervenidos para resolver la litiasis, en este caso será diagnóstico principal la pancreatitis aguda, añadiendo el correspondiente a la litiasis.

II. ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA DEL PÁNCREAS

La enfermedad fibroquística del páncreas, fibrosis quística o mucoviscidosis, es una enfermedad genética con un aumento de la viscosidad en las secreciones de múltiples órganos.

La fibrosis quística que afecta solo al páncreas se codificará en el **277.00 Fibrosis quística. Sin mención de íleo meconial** y no se le asociará ningún código de la categoría **577 Enfermedades pancreáticas**.

Si junto al proceso pancreático se viesen afectados, por la mucoviscidosis, otros órganos se asignará el código específico para esta afectación dentro de la subcategoría **277.0 Otros trastornos y trastornos no especificados del metabolismo. Fibrosis quística**.

Ejemplo:

Paciente diagnosticado de fibrosis quística que ingresa por obstrucción intestinal distal. Al alta es diagnosticado de afectación intestinal por la mucoviscidosis.

277.01 Fibrosis quística. Con íleo meconial

COMPLICACIONES DE CUIDADOS

Una característica particular del **Capítulo 9 Enfermedades del Aparato Digestivo**, es la inclusión dentro de él de códigos específicos para identificar las complicaciones de esofagostomía, gastrostomía, colostomía o enterostomía, así como síndromes postcirugía gástrica o postcolecistectomía. Constituye una excepción a la codificación de complicaciones postoperatorias, que se codifican habitualmente en el **Capítulo 17 Lesiones y Envenenamientos**, en las categorías 996 – 999.

REFERENCIAS

1. Llobregat Poyán N, Garrido Alises JA, Payeras Llodra G, Pérez Piqueras FJ. Orientaciones terapéuticas en los divertículos esofágicos. *Gastroenterología Integrada* 2001; 2 (4):231-236. Disponible en: <http://www.cirugest.com/htm/revisiones/cir11-07/11-07-01.pdf>
2. Zaninotto G, Costantini M, Rizzetto C, Ancona E. Acalasia: estrategias terapéuticas. *Cir Esp* 2004; 75 (3):117-22. Disponible en: <http://www.cirugest.com/htm/revisiones/cir11-06/11-06-03.pdf>
3. Montoro MA, Ducons JA. Anillos y divertículos esofágicos. *Jano* 2001; 60 (1391):39-46. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/60/1391/39/1v60n1391a13014170pdf001.pdf>
4. Rincón Sánchez RA, De Ardila AH, Alvarado Bestene J. Síndrome de Plummer-Vinson. *Rev Col Gastroenterol* 2004; 19 (4).
5. Girona Comas J. Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Cardiología Pediátrica. Anillos y «slings» vasculares. 2008. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_anillos_vasculares.pdf
6. Lanás A. Esofagitis per refluxe gastroesofàgic. Mecanismos patogénicos de la esofagitis por reflujo. Tema 1. X Congrés de la Societat Catalana de Digestologia; 2001. Disponible en: <http://www.academia.cat/societats/digest/6curs/tema1.htm#01>
7. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre ERGE. Anexo 3. Clasificación endoscópica de la esofagitis. En: *Guía de Práctica Clínica*. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. Disponible en: http://www.guiasgastro.net/cgi-bin/wdbcgi.exe/gastro/guia_completa.go_doc?pid=13&ptipo=anexo&pid=2
8. Bautista Casasnovas A, Argüelles Martín F. Protocolos diagnósticos y terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición en pediatría. Ingesta de cáusticos. Asociación Española de Pediatría 2002. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/gastroentero/15.pdf>
9. American Cancer Society. Cáncer de esófago. Disponible en <http://www.cancer.org/espanol/cancer/Cancerdeesofago/Guiadetallada/cancer-de-esofago-causes-risk-factors>
10. Ingenix. Coders' Desk Reference for Diagnoses. UT: Ingenix, 2009.
11. Mencías E. Intoxicación por cáusticos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2003; 26 Supl. 1:1. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vo126/sup1/suple12a.html>
12. Avellaneda A, Izquierdo M. Esófago de Barrett. *SIRE* 2004. Disponible en: http://iier.isciii.es/er/prg/er_bus2.asp?cod_enf=252
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud. Aparato digestivo. Cavidad oral, esófago, estómago. *Boletín* 3; 1996. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/num3/mono3.htm>

14. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Second Quarter 2002; 19 (2).
15. Manual CTO. 6ª ed. Digestivo y Cirugía General. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/11843073/Manual-CTO-6ed-Digestivo-y-Cirugia-General>
16. Gutiérrez Macías A, Zubeldia Sánchez E, Barbero Blanco E, et al. Perforación esofágica espontánea o síndrome de Boerhaave. Una causa de dolor torácico potencialmente mortal. *Emergencias* 1998; 10 (3):196–199. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol10_3/196-199.pdf
17. Rodés J, Carné X, Trilla A. Manual de terapéutica médica. Barcelona: Masson, 2002. Disponible en: http://books.google.es/books?id=0h_07iDGklEC&pg=PA275&lpg=PA275&dq=ulcera+gastro+duodenal&source=web&ots=QePd6xPTNT&sig=fYa4w8Es2oOm84ZDtSKYI9ygyyM&hl=es&sa=X&oi=book_result&resnum=2&ct=result#PPA275,M1
18. López-Ciudadada V, Patob M, Cida J. Hemorragia digestiva alta por lesión de Dieulafoy. *Med Intensiva* 2003; 27(10):698-700. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/64/64v27n10a13055989pdf001.pdf>
19. Pera Blanco-Morales, C. Cirugía. Fundamentos, indicaciones y opciones técnicas. Barcelona: Masson; 1996. Disponible en: http://books.google.com/books?id=IdpjploQCi0C&pg=PA496&dq=vagotomia&hl=es&ei=cCq1Tt-KGaqL4gTMIPjvAw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=6&ved=0CEkQ6AEwBQ#v=onepage&q=vagotomia&f=false
20. Brown F. ICD-9-CM Coding Handbook with answers. Chicago: AHA Press; 2005.
21. Los requisitos de la gastroenterología. Intestino grueso y delgado. 2005. Madrid: Elsevier España; 2004. Disponible en: <http://books.google.es/books?id=5sNuj6XhC5oC&pg=RA1-PA790&dq=CLASIFICACION+astler+coller#v=onepage&q=&f=false>
22. Oyanedal Q, O'Brien S, Pizarro G, Zamora E, Menias O. Tumor estromal gastrointestinal (GIST) formas de presentación. *Revista Chilena de Radiología* 2005; 11 (1):13–18. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-930820050001000058&script=sci_arttext
23. Alonso Castell P, Basté Dencàs MA, Creus Viles M, et al. Prevención y tratamiento de la mucositis en el paciente onco-hematológico. *Farmacia Hospitalaria* 2001; 25 (3):139-149. Disponible en: http://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/images/stories/documentos/Web_FH_01_25_139.pdf
24. Huamán Malla ML. Peritonitis. Capítulo 12. En: *I Cirugía General*. Lima: UNMSM; 1999. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/cap_12_peritonitis.htm
25. Pirla Carvajal JJ. Codificación clínica con la CIE-9-MC actualización de la CIE-9-MC 2012. Comentarios y Normativa de Codificación. Boletín 36. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Información Sanitaria. Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud; 2012. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasif-Enferm/boletines/Codificacion_clinica_n36_12.pdf

26. Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud. Aparato digestivo (2ª parte): intestino, recto y ano, apéndice, peritoneo, pared abdominal. Boletín 7; 1997. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion_clinica_n07_97.pdf
27. Delgado Alés J, et al. Codificación en CIE-9-MC. Edición 2010. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Granada: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2010. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/363/pdf/enfermedades_infecciosas_y_parasitarias.pdf
28. CIE-9-MC. Manual de Codificación. Información y Estadísticas Sanitarias 2011. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaria General Técnica; 2011. Disponible en: www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Manual_de_codificacion.pdf
29. Casanova Rituerto CA, Casanovas Taltavull T. Hepatitis por el virus de la hepatitis Control de calidad SEIMC. Disponible en: <http://www.seimc.org/control/revisiones/serologia/vhc.pdf>
30. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Third Quarter 2007; 24 (3).
31. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, First Quarter 2002; 19 (1).
32. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Second Quarter 2007; 24 (2).

