

07/06/2018 En una mastectomía profiláctica de un pecho por susceptibilidad genética, en la cirugía se observa neoplasia, ¿el diagnóstico principal es la neoplasia, haría falta poner el Z40.01 para "justificar" el otro pecho?

“Si le realizan una tumorectomía de mama + ampliación de márgenes, habría que codificar:

Escisión de tumor + Escisión de mama con calificador X”

Se debe tener en cuenta el tipo de información quirúrgica que se dispone, así como si la intervención se realiza en uno o dos tiempos quirúrgicos.

También se debe tener en cuenta que en toda “escisión” o “resección”, el material extraído se envía a Anatomía Patológica (pieza quirúrgica) y que no se codifica como biopsia.

Sólo se codificaría en el caso que se realice una biopsia intraoperatoria, en este caso, se tendría que codificar la escisión con el séptimo carácter “X” (siempre y cuando esté indicado que se ha realizado dicha biopsia y no sea pieza quirúrgica).

En el caso de cirugía conservadora de las mamas, se suelen dar dos situaciones:

1ª.- Mastectomía parcial o Tumorectomía en la cual una vez analizada la pieza quirúrgica por parte de Anatomía Patológica, se ve afectación en los márgenes de lesión y se vuelve a ingresar al paciente para realizar una ampliación de márgenes.

Por lo cual en la primera intervención: Escisión de la mama

Y en el segundo tiempo de ampliación de márgenes: Escisión de la mama

Si la afectación de los bordes fuera muy amplia y por factores predictores de márgenes positivos o existencia de tumor residual se decidiera una extirpación completa de la mama se codificaría este caso como: Resección.

2ª.- Mastectomía parcial o Tumorectomía, se realiza una Biopsia del margen de la mama intraoperatoria para definir el margen de seguridad antes del cierre.

Se codificaría la Escisión de la mama + Biopsia Intraoperatoria.

Si se realiza en un mismo acto quirúrgico ampliación de bordes, no se codifica aparte, ya que se considera parte de la intervención.