

CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

UNIDAD TÉCNICA DE LA CIE-9-MC PARA
EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
MONOGRAFICO NEOPLASIAS



Boletín número 18

Año VII

Febrero, 2001



Análisis Económico y Estadística

CODIFICACION CLINICA CON LA CIE-9-MC

**UNIDAD TECNICA DE LA CIE-9-MC PARA EL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD**

MONOGRAFICO NEOPLASIAS

Boletín número 18

Año VII

Febrero, 2001

COORDINACION EDITORIAL:

Agustín RIVERO CUADRADO
M^a Mar SENDINO GARCÍA

MIEMBROS PERMANENTES DEL COMITÉ EDITORIAL:

Vicent ALBEROLA CUÑAT
Eloísa CASADO FERNANDEZ
Isabel DE LA RIVA JIMENEZ
Javier LIZARRAGA DALLO
José Ramón MENDEZ MONTESINO
Fernando PEÑA RUIZ
M^a Coromoto RODRIGUEZ DEL ROSARIO
Arturo ROMERO GUTIERREZ
Carmen SALIDO CAMPOS
Teresa SOLER ROS
Jesús TRANCOSO ESTRADA
Carmen VILCHEZ PERDIGON
Javier YETANO LAGUNA

MIEMBROS ASESORES DEL COMITÉ EDITORIAL:

Pedro MOLINA COLL
M^a Teresa DE PEDRO
Montserrat LOPEZ HEREDERO
Jovita PRINTZ
Soledad SAÑUDO GARCIA
M^a Luisa TAMAYO CANILLAS
Román GARCIA DE LA INFANTA
José DEL RIO MATA
Pilar RODRIGUEZ MANZANO
Esther VILA RIBAS
Elena ESTEBAN BAEZ
José Alfonso DELGADO
Irene ABAD PEREZ
José M^a JUANCO VAZQUEZ
Margarita LLORIA BERNACER

SECRETARIA:

Esther GRANDE LOPEZ

INDICE

Unidad Técnica de la CIE-9-MC

Tema monográfico **NEOPLASIAS**

Preguntas a la Unidad

Formación Continuada en codificación

Formación Continuada del boletín 17

Respuesta a la Formación Continuada del boletín 17

Formación Continuada para responder en el boletín 19

UNIDAD TECNICA DE LA CIE-9-MC

En este boletín 18, primero del nuevo milenio y primero del 7º año de la publicación de la Codificación Clínica con la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión Modificación Clínica, se incluye un monográfico de sumo interés para los profesionales que trabajan en la codificación de los diagnósticos y procedimientos, ya que se centra en las Neoplasias.

Es un boletín desarrollado a demanda de los profesionales dadas las complicaciones que conlleva su codificación. Con el desarrollo de este monográfico la Unidad Técnica pretende uniformizar y homogeneizar la codificación de este tipo de patología, dadas las pequeñas diferencias que se han detectado en las bases de datos en relación con algún tipo de codificación. Esto unido, como ya dijimos, a la demanda no satisfecha hasta ahora, e indicada varias veces por los profesionales de este campo, da como resultado la publicación de este monográfico.

El siguiente boletín, el número 19, del mes de junio, tendrá como monográfico los nuevos códigos hasta el año 2001, por lo que este número estará representado por el addendum. De esta manera queda sustituido el monográfico que se iba a realizar para este número por el antes indicado.

El último monográfico del año, mes de octubre, corresponderá al aparato respiratorio. También es un área conflictiva de codificación en algún tipo de patología por lo que se ha creído conveniente, por parte de la Unidad, volver a publicar otro monográfico más actualizado de esta área clínica.

Otro aspecto de interés y del que se ha recibido alguna sugerencia es el relativo a la formación continuada. Queremos indicar que los casos clínicos que aparecen en los boletines son casos reales enviados a esta unidad y que nos parecen de tal interés que son publicados para el conocimiento de todos los profesionales. Desde este mismo lugar animamos a que se aporten casos de esta naturaleza que pueden ser de gran interés desde el punto de vista de complejidad de los casos y su resolución.

Agustín Rivero Cuadrado
Responsable de la Unidad Técnica
de la CIE-9-MC

TEMA MONOGRAFICO

NEOPLASIAS

INDICE

1. CLASIFICACIÓN DE LAS NEOPLASIAS	7
1.1 CLASIFICACIÓN SEGÚN SU COMPORTAMIENTO	7
1.2 CLASIFICACIÓN SEGÚN SU MORFOLOGÍA	8
2. LOCALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS	9
3. NORMAS ESPECÍFICAS DE CODIFICACIÓN DE LAS NEOPLASIAS	10
3.1 Neoplasia de lugares contiguos	10
3.2 Neoplasia maligna del esófago	11
3.3 Enfermedad de Hodgkin	11
3.4 Neoplasias primarias de localizaciones múltiples	11
3.5 Neoplasia primaria conocida y secundaria desconocida	12
3.6 Neoplasia secundaria de primaria desconocida	12
3.7 Neoplasia primaria desconocida y neoplasia secundaria desconocida	12
3.8 Metástasis múltiples	12
3.9 Neoplasia recidivada	13
3.10 Neoplasia en remisión	13
3.11 Historia de enfermedad neoplásica	13
3.12 Sospecha de neoplasia maligna	13
4. SELECCIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	14
4.1 Tratamiento dirigido a la localización primaria	14
4.2 Tratamiento dirigido a la localización secundaria	15
4.3 Admisión para tratamiento con Quimioterapia/Radioterapia	15
4.4 Neoplasias funcionalmente activas	16

4.5 Admisión por complicaciones asociadas a neoplasias malignas o a su tratamiento	17
5. PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LAS NEOPLASIAS	18
6. CÓDIGOS PARA EL SEGUIMIENTO DE PROCESOS NEOPLASICOS	20
7. ADMISIÓN PARA CUIDADOS PALIATIVOS	20

NEOPLASIAS

Una neoplasia es un crecimiento o formación de tejido nuevo, anormal, especialmente de carácter tumoral, benigno o maligno.

En la CIE-9-MC, las neoplasias están clasificadas en el capítulo 2 según su comportamiento y localización anatómica. Además, la CIE-9-MC incluye, en el Apéndice de la Lista Tabular, la adaptación de la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O), publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde se clasifican las neoplasias según su morfología.

CLASIFICACIÓN DE LAS NEOPLASIAS

1.1 CLASIFICACIÓN SEGÚN SU COMPORTAMIENTO

El criterio que la CIE-9-MC sigue para la clasificación de las neoplasias según su comportamiento y su localización anatómica incluye cinco grupos de comportamiento, que las clasifican en las categorías correspondientes:

- Maligno 140-208
- Benigno 210-229
- Carcinoma *in situ* 230-234
- Comportamiento incierto 235-238
- Naturaleza no especificada 239

Neoplasia maligna

En las neoplasias malignas, las células del tumor pierden su diferenciación celular, se extienden más allá de la localización primaria con las características propias de las células del tejido de origen e invaden las estructuras adyacentes o se extienden a sitios distantes. El término invasivo describe a menudo la extensión de las células del tumor a otras localizaciones que se conocen como metástasis o neoplasias secundarias.

Neoplasia benigna

Las neoplasias benignas no son invasivas y no se extienden a los sitios adyacentes o distantes. Las células mantienen su diferenciación.

Carcinoma *in situ*

En el carcinoma *in situ*, el tumor presenta cambios celulares malignos pero se mantiene localizado en el punto de origen sin invasión del tejido circundante normal.

Otros términos utilizados para describir el carcinoma *in situ* son: intraepitelial, no infiltrante, no invasivo o preinvasivo.

Un ejemplo de carcinoma *in situ* y que se clasifica como tal es la displasia severa de cérvix y vulva descritas también como CIN III (Cervix Intraepitelial Neoplasm) o VIN III (Vulvar Intraepitelial Neoplasm), respectivamente.

Neoplasia de comportamiento incierto

El comportamiento de ciertos tumores no puede determinarse en el momento de ser descubiertos, y no puede hacerse una firme distinción histológica entre tumor de células benignas o malignas. Por tanto, se considera necesario hacer un seguimiento de su evolución para llegar a tener un diagnóstico concluyente, por lo que se les clasifica como neoplasias de comportamiento incierto.

Neoplasias de naturaleza inespecificada

La categoría 239 se utiliza para la codificación de aquellas situaciones en que ni el comportamiento ni la morfología del tumor están especificados en el informe clínico ni en ningún documento de la historia clínica.

Es importante no confundir las neoplasias de naturaleza inespecificada con las de comportamiento incierto.

Otros tipos de crecimientos proliferativos, más o menos relacionados con las neoplasias y que puede ser interesante definir son:

- *Hipertrofia*: aumento del tamaño celular de un tejido, conservando su normal estructura; suele ser reversible.
- *Hiperplasia*: aumento del número de células (hipertrofia numérica); también suele ser reversible, y puede presentarse de manera fisiológica, compensatoria, o patológica (por ejemplo la endometriosis).
- *Metaplasia*: una célula diferenciada de un tejido es sustituida por otra, sin alteración del orden celular (un tejido en otro tejido). También es reversible.
- *Displasia*: consiste en la pérdida del orden y disposición normal de las células. Es un primer paso hacia la neoplasia maligna, sin considerarse aún como tal.
- *Anaplasia*: la diferenciación celular se pierde, con alteración de las propiedades histológicas. La falta de diferenciación celular es signo patognomónico de neoplasia maligna.

1.2 CLASIFICACIÓN SEGÚN SU MORFOLOGÍA

La clasificación de las neoplasias según su morfología o características histológicas hace referencia a la forma y estructura de las células tumorales que se estudian para clasificar las neoplasias según su tejido de origen. Se utiliza, sobre todo, en los registros de tumores.

El código según la morfología lo encontramos en el índice alfabético a continuación del término principal de la neoplasia. Estos códigos están constituidos por la letra M, cuatro dígitos que identifican sus características histológicas y, después de una barra separadora, un dígito más, que nos indica el comportamiento de la neoplasia.

Ejemplos:

M8010/0 Tumor epitelial, benigno

M9230/3 Condrosarcoma maligno

Los tipos de comportamiento de las neoplasias utilizados en la clasificación según su morfología son iguales a los descritos para su clasificación según su comportamiento.

LOCALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS

- El primer paso para localizar el código de una neoplasia es buscar en el Índice Alfabético – volumen 2 el término principal del tipo histológico de la neoplasia, por ejemplo: carcinoma, fibroadenoma, hepatocarcinoma, etc. y revisar si se incluyen notas, modificadores esenciales o no esenciales o referencias cruzadas, que faciliten la máxima especificidad en la asignación del código.

- Si el Índice Alfabético no aporta un código concreto, se confirmará el comportamiento de la neoplasia mediante el último dígito del código M (según morfología) y se localizará el código en la entrada “Neoplasia” del Índice Alfabético donde se encuentra la Tabla de Neoplasias en la que buscaremos según la localización del tumor (filas) y según su comportamiento (columnas).

- Si no tenemos información sobre el tipo histológico de la neoplasia y solo sabemos su localización o comportamiento iremos directamente a la Tabla de Neoplasias.

- Finalmente se comprobará el código en la Lista Tabular.

Seguir esta secuencia es importante para no perder información sobre la localización o el comportamiento de las neoplasias.

Ejemplo:

Craneofaringioma – 237.0 Neoplasia de comportamiento incierto en hipófisis y conducto cráneo-faríngeo

También así se evitará el clasificar condiciones no neoplásicas, por ejemplo: quiste, masa, leucoplaquia o pólipo, en el capítulo 2 de Neoplasias, cuando no les corresponde.

El acceso al código de las neoplasias malignas primarias de tejido linfático y hematopoyético es solo a través del término morfológico en el Índice Alfabético, por ejemplo: linfoma, leucemia, mieloma múltiple.

A los códigos correspondientes a linfoma benigno se accede a través de la Tabla de Neoplasias y según la localización del tumor.

NORMAS ESPECÍFICAS DE CODIFICACIÓN DE LAS NEOPLASIAS

3.1 Neoplasia de lugares contiguos

Cuando no es posible determinar el lugar de origen de una neoplasia, debido a que sobrepasa los límites de dos o más lugares contiguos, ésta se clasifica del siguiente modo:

- Si los lugares contiguos pertenecen a la misma categoría dentro de la CIE-9-MC se utilizará el cuarto dígito 8, que hace referencia a otros sitios especificados.

Ejemplos:

140.8 - Neoplasia maligna de lugares contiguos o solapados del labio, cuyo lugar de origen no puede asignarse a otro código dentro de la categoría 140.

151.8 - Neoplasia maligna de lugares contiguos o solapados del estómago, cuyo lugar de origen no puede asignarse a cualquier otro código dentro de la categoría 151.

162.8 - Neoplasia maligna de lugares contiguos del pulmón, bronquios y tráquea cuyo lugar de origen no puede asignarse a cualquier otro código dentro de la categoría 162.

- Si los lugares contiguos pertenecen a diferentes categorías de la CIE-9-MC, la clasificación aporta códigos específicos para estas circunstancias:

149.8 - Neoplasia maligna de otros lugares y de lugares mal definidos de labios, cavidad oral y faríngeo

159.8- Neoplasia maligna de otros lugares del aparato digestivo y órganos intraabdominales

165.8- Neoplasia maligna de otros lugares y de lugares mal definidos del aparato respiratorio y órganos intratorácicos

195.XX -Neoplasia maligna de otros lugares y de lugares mal definidos

3.2 Neoplasia maligna del esófago

La categoría 150, Neoplasia maligna del esófago, se desvía de los principios por los que se rige la clasificación de la CIE-9-MC, al no ser sus subcategorías mutuamente excluyentes. Esta diferencia, proviene de la CIE, y se ha mantenido en la CIE-9-MC, para garantizar la compatibilidad entre ambas.

El objetivo de esta clasificación con eje dual es el de permitir que la clasificación se adapte a las diferencias terminológicas del lenguaje médico habitual en las historias clínicas. A título de ejemplo, la misma neoplasia puede expresarse como localizada en el esófago cervical (150.0) o en el tercio superior (150.3), en el esófago torácico (150.1) o en el tercio medio (150.4), o en el esófago abdominal (150.2) o en el tercio inferior(150.5).

Dependiendo de la terminología empleada por el clínico, puede asignarse cualquier código, aunque es deseable que el hospital o servicio responsable determine una línea a seguir estableciendo cuales son los códigos que deben emplearse.

3.3 Enfermedad de Hodgkin

El mismo tipo de clasificación dual utilizada en las neoplasias de esófago es apto para el diagnóstico de la enfermedad de Hodgkin (201.XX) y por la misma razón, para mantener la correlación con el CIE-9 y tener en consideración las diferentes terminologías. Un clínico, por ejemplo, puede describir la enfermedad de Hodgkin como paragranuloma de Hodgkin (201.00), mientras que un patólogo puede describirla como Enfermedad de Hodgkin, celularidad mixta (201.60)

3.4 Neoplasias primarias de localizaciones múltiples

Cuando están presentes dos o más localizaciones primarias, se codificarán como tales cada una de ellas.

En las neoplasias del tejido linfático y hematopoyético las células malignas circulan y pueden afectar varias localizaciones en estos mismos tejidos. Estas se consideran como neoplasias primarias, no como secundarias, por lo que se puede afirmar que a diferencia de los tumores sólidos no diseminan a distancia.

Las neoplasias malignas primarias de los ganglios o glándulas linfáticas se clasifican en las categorías 200 a 202, con cuarto dígito que aporta una mayor especificidad

sobre el tipo particular de neoplasia, y un quinto dígito indicando los ganglios afectados.

En las localizaciones extraganglionares de los linfomas se utilizará el 5º dígito 0.

Si la neoplasia afecta a ganglios o a glándulas de sitios adicionales, un quinto dígito "8" se asigna para indicar que la neoplasia ahora afecta múltiples localizaciones y no se asignarán códigos individualizados para cada localización.

Por ejemplo, el código 200.08 reticulosarcoma-ganglios linfáticos de múltiples localizaciones se utiliza en la codificación del reticulosarcoma con afectación linfática intraabdominal e intratorácica.

3.5 Neoplasia primaria conocida y secundaria desconocida

Se asignará el código de la neoplasia primaria y el código 199.1 - Otras neoplasias malignas sin especificación de la localización para identificar la existencia de una neoplasia secundaria de lugar desconocido.

3.6 Neoplasia secundaria de primaria desconocida

Cuando la neoplasia primaria no ha podido ser identificada, debe asignarse el código 199.1 - Otras neoplasias malignas sin especificación de la localización, acompañado del código correspondiente de las metástasis.

Ejemplo:

Carcinoma metastásico en el pulmón (sitio primario no especificado) 197.0 + 199.1

3.7 Neoplasia primaria desconocida y neoplasia secundaria desconocida

Si se desconoce la localización de una neoplasia ya sea primaria o secundaria, se utilizará el código 199.1 - Otras neoplasias malignas sin especificación de la localización.

Si se trata de una neoplasia diseminada o carcinomatosis sin especificación de su localización ni de si es primaria o secundaria, se asignará el código 199.0 - Neoplasias malignas sin especificación de la localización, diseminada.

3.8 Metástasis múltiples

Cuando dos o más localizaciones están descritas como "metastásicas" en el informe clínico, cada sitio informado debe ser codificado como secundario. También se deberá asignar un código para la localización primaria cuando esta información esté disponible, si no es así se codificará como 199.1 - Otras neoplasias malignas sin especificación de la localización.

3.9 Neoplasia recidivada

La recidiva de una neoplasia en el mismo tejido de origen o lugar anatómico, es una neoplasia primaria y se codificará como tal.

3.10 Neoplasia en remisión

El mieloma múltiple y otras neoplasias del sistema inmune se clasifican en la categoría 203, con un cuarto dígito indicando el tipo particular de neoplasia. Las leucemias se clasifican en las categorías 204 a 208, con un cuarto dígito indicando el estado de la enfermedad (aguda, crónica, subaguda).

Para todos los códigos en las categorías 203 a 208, el quinto dígito indica si la neoplasia está en remisión o no. Cuando una neoplasia se describe en remisión, la actividad de la enfermedad está reducida significativamente pero la enfermedad está aún presente de forma residual.

El quinto dígito indicando que la neoplasia está en remisión sólo se asignará cuando el clínico la describa como tal.

3.11 Historia de enfermedad neoplásica

Los códigos de la categoría V10 – Historia personal de neoplasia maligna, se utilizan cuando la neoplasia maligna ya no está presente porque se ha erradicado o extirpado y ya no recibe ningún tratamiento dirigido a esta neoplasia, aunque sí pueden haber surgido metástasis de esa neoplasia primaria ya no presente, independientemente del tiempo transcurrido.

Ejemplo:

Metástasis en pulmón de neoplasia de mama tratada con mastectomía y quimioterapia y que en la actualidad ya no recibía ningún tratamiento. 197.0
V10.3

Ordinariamente, no se asigna código de historia de enfermedad neoplásica cuando el paciente ha tenido una neoplasia benigna. La única excepción son las historias personales de tumores cerebrales benignos cuando éstos pueden recurrir, en estos casos se asignará en código V12.41 - Trastornos del sistema nervioso y órganos de los sentidos - neoplasia benigna de cerebro.

Los códigos de la categoría V10 serán siempre diagnósticos secundarios.

3.12 Sospecha de neoplasia maligna

Si la sospecha de neoplasia maligna se basa en unos síntomas y al paciente se le da de alta hospitalaria sin el diagnóstico definitivo, se asignará como diagnóstico principal el síntoma que originó el estudio.

Si se confirma la presencia de una neoplasia pero al alta del paciente no está disponible el informe de Anatomía Patológica, se codificará la neoplasia como de naturaleza inespecificada.

La CIE-9-MC incluye un código, el V71.1 – Observación por sospecha de neoplasia maligna, que se utilizará en situaciones que son muy poco frecuentes, cuando existe sospecha de la existencia de una neoplasia maligna pero no hay presencia de síntomas que sugieran un estudio y que después de examen y observación no se encuentra la enfermedad sospechada.

SELECCIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Las normas básicas para designar el diagnóstico principal en las neoplasias son las mismas que para cualquier otra condición; es decir, el diagnóstico principal es la condición que después de estudio es considerada la razón del ingreso o contacto. No hay ninguna norma que establezca que un código de malignidad tenga preferencia. Sin embargo, como a veces es difícil determinar el diagnóstico principal en un paciente con una neoplasia maligna, frecuentemente se puede tomar como guía la elección de la enfermedad a la que se ha dirigido el tratamiento.

4.1 Tratamiento dirigido a la localización primaria

Cuando el tratamiento se dirige a la localización primaria, esta neoplasia maligna se designa como diagnóstico principal, excepto en aquellos casos en los que el ingreso o contacto con el hospital esté motivado solo por el tratamiento con Radioterapia o Quimioterapia. En estos casos se asignará como diagnóstico principal el código correspondiente de la categoría V58, y el código de la neoplasia maligna se colocará en un segundo lugar.

Ejemplos:

Carcinoma de colon sigmoide con pequeños nódulos metastásicos en hígado; se realiza resección del colon: 153.3 + 197.7

Carcinoma de colon sigmoide con resección previa; ingresado para quimioterapia: V58.1 + 153.3

A veces están presentes dos localizaciones primarias; en este caso ambas se codifican como neoplasias primarias. Cuando el tratamiento va dirigido principalmente a una de ellas, la neoplasia de esa localización se designará como diagnóstico principal. Si el tratamiento se aplica a ambas de manera igual, cualquiera de ellas puede ser designada como diagnóstico principal.

Ocasionalmente puede ocurrir que a un paciente que ingresa para tratamiento quirúrgico de una condición que no es una neoplasia se le diagnostica por anatomía patológica un foco de malignidad. En ese caso, la condición que motivó el ingreso permanecerá como diagnóstico principal y se asignará un código adicional correspondiente a la neoplasia.

Ejemplos:

- Un paciente con retención de orina grave debido a hipertrofia de próstata ingresa para prostatectomía. Se realiza resección transuretral de próstata y el paciente es dado de alta con el diagnóstico de hipertrofia benigna de próstata. Cuando se recibió el informe de anatomía patológica, se confirmó el diagnóstico pero se identificó un foco de malignidad. Se asignará como diagnóstico principal el código 600 - Hipertrofia de próstata con un código adicional 185 - Neoplasia maligna de próstata.
- Un paciente ingresa por endometriosis de útero y se practica una histerectomía total abdominal. El informe de anatomía patológica confirma el diagnóstico de endometriosis pero indica también la presencia de un carcinoma in situ de cervix. En este caso la endometriosis es la razón del ingreso y permanece como diagnóstico principal. Un código adicional se utilizará para la neoplasia de cervix.

4.2 Tratamiento dirigido a la localización secundaria

Cuando un paciente con una neoplasia primaria presente es ingresado para tratamiento de una metástasis y el tratamiento está solamente dirigido a ésta, la metástasis será el diagnóstico principal, excepto cuando el ingreso es para quimioterapia o radioterapia. El código de neoplasia primaria será secundario.

Cuando un paciente ingresa por una neoplasia primaria con metástasis y el tratamiento está dirigido igualmente a las dos, la primaria será el diagnóstico principal, con un código adicional de la metástasis.

4.3 Admisión para tratamiento con Quimioterapia/Radioterapia

Una excepción a la norma habitual es la utilización de los códigos V58.X como diagnóstico principal cuando un paciente es ingresado con el propósito exclusivo de recibir tratamiento con radioterapia o quimioterapia.

Estos códigos no se utilizarán como diagnóstico secundario, con la única excepción, cuando el ingreso tiene lugar con el propósito de recibir radioterapia y quimioterapia. En estos casos se asignarán ambos códigos, pudiendo estar cualquiera de ellos secuenciado en primer lugar.

Así pues, cuando un paciente es ingresado con el solo propósito de recibir radioterapia o quimioterapia, el código apropiado (V58.0 – V58.1) se asignará como diagnóstico principal, y el código de la neoplasia será un diagnóstico secundario.

Si hay duda acerca de si la admisión es para el solo propósito de recibir quimioterapia o si la quimioterapia es incidental, se consultará al médico responsable.

Así mismo se asignará el código de procedimiento para indicar el tipo de *radioterapia* (92.2X) o *quimioterapia* (99.2X) administrada.

Cuando el paciente es ingresado con el propósito de colocarle una vía de acceso para la posterior administración de quimioterapia y ésta no se realiza durante el mismo episodio de cuidados, la neoplasia maligna es designada como diagnóstico principal y no se asigna el código V58.1.

Cuando la inserción de la vía de acceso está seguida por la administración de quimioterapia durante el mismo episodio de cuidados, el código V58.1 es asignado como diagnóstico principal.

La admisión para implante o inserción de *radio* o para tratamiento con *yodo radioactivo (I-131)* no se considera como un ingreso exclusivo para una sesión de radioterapia. El código de neoplasia maligna se designa como diagnóstico principal y el código V58.0 no se utilizará. El código del procedimiento es el 92.28 – Inyección o instilación de radioisótopos.

No se asignarán los códigos de la categoría V58 cuando el motivo del ingreso es una intervención quirúrgica, procedimientos paliativos tal como una paracentesis y toracocentesis o procedimientos diagnósticos para determinar la extensión de la neoplasia maligna. Terapias tales como la radioterapia y la quimioterapia son administradas habitualmente en intervalos regulares y programados, en los que no se realiza otro tratamiento dirigido a la neoplasia, es en estos casos habituales cuando se utilizarán los códigos de la categoría V58.

4.4 Neoplasias funcionalmente activas

Algunas neoplasias son funcionalmente activas pudiendo afectar el funcionamiento de glándulas endocrinas. El código para estas neoplasias primarias se colocará en primer lugar seguido por el código de la disfunción endocrina.

Ejemplos:

Hiperestrogenismo debido a carcinoma de ovario 183.0 + 256.0

Carcinoma de ovario con hirsutismo 183.0 + 704.1

Solo cuando el tratamiento vaya dirigido exclusivamente a la disfunción endocrina, ésta se considerará diagnóstico principal.

4.5 Admisión por complicaciones asociadas a neoplasias malignas o a su tratamiento

Las complicaciones causadas por la propia localización anatómica de la neoplasia serán consideradas diagnósticos secundarios, siendo la neoplasia primaria o metastásica el diagnóstico principal, independientemente de si ya estaba diagnosticada o no.

Ejemplos:

Obstrucción intestinal por carcinomatosis abdominal	-	195.2	560.89
Compresión y obstrucción esofágica por metástasis esofágicas de carcinoma pulmonar	-	197.8	162.9
			530.3

Los pacientes con neoplasias malignas frecuentemente desarrollan complicaciones como consecuencia de la misma enfermedad o del tratamiento recibido. Cuando el paciente ingresa principalmente para el tratamiento de las complicaciones se seguirán las siguientes directrices para la asignación del diagnóstico principal:

- Si el motivo del ingreso es el tratamiento de una complicación de la quimioterapia, radioterapia o de un procedimiento quirúrgico con el que se había tratado la neoplasia previamente y el tratamiento actual está dirigido sólo a la complicación, ésta será el diagnóstico principal. Con un código adicional de la neoplasia si aún está presente o un código de la categoría V10, de historia personal de neoplasia maligna si no es así.
- Las complicaciones debidas a la quimioterapia pueden considerarse reacciones adversas, por lo que es adecuado utilizar, además, el código E933.1 – Fármacos antineoplásicos e inmunosupresores que producen efectos adversos en su uso terapéutico.
- Cuando un paciente ingresa sólo para radioterapia o quimioterapia y se complica con náuseas, vómitos, o deshidratación durante el mismo episodio, el diagnóstico principal continuará siendo admisión para radioterapia (V58.0) o quimioterapia (V58.1), con códigos adicionales que indicarán las complicaciones.
- Si el motivo de ingreso es para tratamiento de una anemia asociada y el tratamiento está dirigido sólo a la anemia, ésta tiene que ser el diagnóstico principal. Se codificará con un código adicional la neoplasia.
- Cuando el ingreso es por deshidratación y sólo se trata la deshidratación ésta será el diagnóstico principal, y a continuación irá el código de la neoplasia.

- Cuando el ingreso es para control del dolor intratable debido a la neoplasia, esa neoplasia (primaria o secundaria) será el diagnóstico principal, ya que no hay ningún código de la CIE-9-MC que identifique específicamente este dolor, por eso, la neoplasia maligna será diagnóstico principal en esta ocasión.
- Pacientes con neoplasias en estadios terminales presentan generalmente, múltiples síntomas clínicos. Si una complicación es identificada como causa del ingreso y no es alguno de los síntomas clasificados en el capítulo 16 de la CIE-9-MC, ésta será designada como diagnóstico principal, en caso contrario la neoplasia será el diagnóstico principal.
- La muerte del paciente en el hospital no afectará a la asignación del diagnóstico principal.

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LAS NEOPLASIAS

En todos los casos en que se inserte un catéter para la administración de quimioterapia, se administre ésta o no, se deberá codificar la **vía de acceso vascular**, o sea se codificará siempre que el catéter se haya insertado en ese episodio asistencial.

Si se inserta un **catéter intraperitoneal** para el acceso de la quimioterapia, se asignará el código 54.99 – Otras operaciones de la región abdominal, seguido del código 99.25 – Inyección de sustancia quimioterapia para el cáncer, si se administra quimioterapia durante ese episodio asistencial

Vías de acceso vascular en vena para la administración de quimioterapia pueden ser:

- Catéter venoso central, en el que el catéter se introduce directamente en una vena grande, más profunda, generalmente subclavia o yugular hasta acceder a vena cava superior, ejemplos de catéter venoso central son: Hickman, Broviac... Se codificará con el código 38.93.
- Catéter venoso central insertado periféricamente o PICC (peripherally inserted central catheter), que es un dispositivo insertado en el brazo que permite el acceso a través de una vena grande periférica y que puede permanecer colocado hasta seis meses. Se codificará con el código 38.93.
- Acceso vascular subcutáneo permanente, es un dispositivo de acceso a una vena central en el que el catéter venoso está insertado subcutáneamente de modo permanente. El acceso a la vena será a través de punción cutánea con una aguja especial, ejemplos de este dispositivo son: Port-a-cath, Perm-a-cath, Hemo-cath... Se codificará con el código 86.07.

La **Quimioembolización** es una variación de la quimioterapia en la que concurren la administración intraarterial de una partícula de colágeno y el agente quimioterápico

con la finalidad de detener el tiempo de flujo vascular de la quimioterapia y aumentar la retención de la droga. La quimioembolización está incluida en el código 99.25 - Inyección o infusión de sustancia quimioterápica para el cáncer. El código 38.91 Cateterización arterial, también se asignará para especificar la vía del acceso vascular cuando se coloca en el mismo episodio asistencial.

Si la quimioembolización va dirigida al tratamiento de una neoplasia maligna hepática, se asignarán los códigos 50.94 – Otras inyecciones de sustancias terapéuticas en el hígado y 99.25 – Inyección de sustancia quimioterápica para el cáncer.

La **Braquiterapia** o implantación de elementos radioactivos es el tratamiento con radiaciones ionizantes en el que se coloca la fuente de radiación cerca de la lesión tumoral ya sea en la superficie del cuerpo (radioterapia de contacto), dentro de la cavidad (endorradioterapia) o dentro del mismo tumor (radioterapia intersticial), ésta última requiere una incisión en el órgano afectado para la implantación del elemento radiactivo. Estos procedimientos se codificarán de la siguiente manera:

- Radioterapia de contacto: 99.27 -Implantación o inserción de elementos radioactivos
- Endorradioterapia, por ejemplo, vaginal: 96.15 -Inserción de molde vaginal o colpostato y 99.27 -Implantación o inserción de elementos radioactivos
- Radioterapia intersticial, por ejemplo inserción de agujas de yodo radioactivo en mama: 85.0 - Mastotomía (Incisión de mama) y 99.27 -Implantación o inserción de elementos radioactivos

Además de la quimioterapia existen otras sustancias antineoplásicas como la **Inmunoterapia antineoplásica**. Ejemplos de inmunoterapia antineoplásica son:

- *“Bacille Calmette-Guerin (BCG)”* es un agente quimioterápico no específico utilizado en el tratamiento del melanoma, cáncer de pulmón, sarcoma de partes blandas, carcinoma de colon y carcinoma de mama.

- El *interferón* es otro agente inmunoterápico no específico, utilizado en el tratamiento de neoplasia maligna.

Ambos se codifican con el código 99.28.

Transplante autólogo de células progenitoras: el código es el 41.04- Transplante autólogo de células madre hematopoyéticas.

La recogida o aféresis de las células madre (stem cells) se codifica en el 99.79

CÓDIGOS PARA EL SEGUIMIENTO DE PROCESOS NEOPLASICOS

Una vez las neoplasias malignas han sido extirpadas, se llevan a cabo exámenes periódicos complementarios para determinar si hay recidiva o metástasis.

Cuando en un episodio asistencial de seguimiento de un proceso neoplásico no se detecta recidiva o metástasis, el código apropiado como diagnóstico principal es el de la categoría V67 - Examen de seguimiento. El cuarto dígito reflejaría el tratamiento aplicado más recientemente.

Como código adicional se asignará un código de la categoría V10 - Historia personal de neoplasia maligna.

Ejemplo:

Paciente con antecedentes de carcinoma de vejiga urinaria extirpada, que ingresa para cistoscopia de control, el resultado de la cual es negativo para recidiva de la neoplasia.

V67.0 Examen de seguimiento consecutivo a intervención quirúrgica

V10.51 Historia personal de neoplasia maligna de vejiga urinaria

Si en este último caso se detectase la presencia de una patología no neoplásica, por ejemplo una cistitis, ésta se codificará como diagnóstico secundario.

Cuando el resultado es la evidencia de recidiva, el código del diagnóstico principal, es el de neoplasia maligna primaria. Por ejemplo, un carcinoma primario de pared anterior de vejiga urinaria y que previamente se erradicó, pero ha recidivado en la pared lateral, se codifica como 188.2 - neoplasia maligna de pared lateral de vejiga urinaria y ya no se utilizarán los códigos de la categoría V67

Cuando no hay recidiva, pero hay evidencia de metástasis, se asignará como diagnóstico principal el código de la metástasis, al que se le añadirá como diagnóstico secundario un código de la categoría V10 para clasificar la neoplasia primaria que ya no está presente ni recibe tratamiento para ella. No se utilizarán los códigos de la categoría V67.

En estos casos de seguimiento se incluirán los códigos correspondientes a cualquier procedimiento diagnóstico realizado (endoscopias, biopsias...).

ADMISIÓN PARA CUIDADOS PALIATIVOS

El código V66.7 - Admisión para cuidados paliativos se utilizará en los casos en que el paciente está en situación terminal y el único tratamiento que recibe es el de cuidados paliativos. El diagnóstico principal será la neoplasia.

Bibliografía:

- *American Hospital Association. Coding Clinic for ICD-9-CM. Ed. Chicago (Illinois), AHA.*
- *Faye Brown (col. Central Office on ICD-9-CM de la American Hospital Association. ICD-9-CM Coding Handbook. Chicago (Illinois). 2000.*
- *Ministerio de Sanidad y Consumo. Normativa de Codificación con la CIE-9-MC del, 4ª ed.. Madrid. 1997.*
- *Ministerio de Sanidad y Consumo. CIE-9-MC, 4ª ed. en castellano. Madrid. 1999.*
- *Ministerio de Sanidad y Consumo. Fichas guía de codificación clínica con la CIE- 9- MC. Unidad Técnica de la CIE- 9- MC para el SNS. Madrid. 1998.*
- *Servei Català de la Salut. Normativa de Codificació de les Variables Clíniques del Conjunt Mínim Bàsic de Dades de l'Alta Hospitalària de Catalunya, 2ª ed.. Barcelona. 1999.*

Este monográfico ha sido elaborado por los miembros del Grupo de Codificación con la CIE-9-MC de la Sociedad Catalana de Documentación Médica:

Coordinador: Dra. Teresa Soler Ros	Hospital General de Catalunya (Sant Cugat del Vallès)
Dra. Patricia Fernández Bigorra	Hospital del Sagrat Cor (Barcelona)
Dra. Anna Hernández Cortés	Hospital de Bellvitge (Hospitalet de Llobregat)
Dr. Narcis Macià Guilà	Clínica ASEPEYO (Sant Cugat del Vallès)
Sra. Rosi Muñoz Gallarin	Hospital Germans Trias i Pujol (Badalona)
Dra. Pilar Navarro Arranz	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)
Dra. María Raurich Seguí	Hospital Parc Taulí (Sabadell)
Dra. Eugenia Sarsanedas Castellanos	Hospital Josep Trueta (Girona)
Sra. Iluminada de Tord Herrero	Hospital de Barcelona (Barcelona)
Dra. M ^a Antonia Varez Pastrana	Clínica Platón (Barcelona)

PREGUNTAS A LA UNIDAD

1.- Paciente con arterioesclerosis de las extremidades inferiores con dolor que ingresa para la colocación de un neuroestimulador espinal. En nuestro hospital este procedimiento se realiza en dos tiempos; en el primero se coloca un neuroestimulador externo para comprobar si es efectivo. En un segundo episodio se coloca el neuroestimulador definitivo en el caso de que haya sido efectivo, si no es así se retira.

Queríamos saber la codificación en los dos episodios mencionados y también en el caso de la retirada del neuroestimulador.

RESPUESTA

En el primer ingreso se debe asignar como DxP el 440.22 Arterioesclerosis de las extremidades con dolor de reposo. Para clasificar el procedimiento se empleará el 03.93 Colocación o sustitución de neuroestimulador espinal.

En el segundo ingreso al tratarse del segundo tiempo de un procedimiento el diagnóstico será el mismo (440.22) y en cuanto al procedimiento CIE-9-MC no distingue entre neuroestimulador interno o externo por lo que igualmente se asignará el 03.93. Si solamente se retirase el temporal sería el 03.94 Extracción de neuroestimulador espinal.

2.- En una coronariografía con ventriculografía izquierda ¿se codificaría de la siguiente manera? 88.53 + 37.22 ó 88.53 + 37.22 + 88.57

RESPUESTA

La coronariografía se clasifica en el 88.57 Otras arteriografías coronarias y arteriografía coronaria no especificada. La ventriculografía se clasifica en el 88.53 Angiografía de estructuras cardiacas izquierdas, al que se debe añadir el 37.22 Cateterismo cardiaco del lado derecho del corazón. Para realizar una coronariografía no es imprescindible la realización de un cateterismo cardiaco, sin embargo, ello no es óbice para que frecuentemente, al mismo tiempo que la coronariografía, se realice un cateterismo y por tanto en este caso se deben de codificar los dos.

3.- Paciente con dos hernias laparótónicas al que se le reparan las dos en el mismo acto operatorio hay que repetir dos veces tanto los códigos de los diagnósticos como los de procedimientos.

RESPUESTA

La norma de codificación para diagnósticos y procedimientos múltiples o bilaterales dice que se asigna un código diagnóstico (cuando éste es el mismo) y se repiten los de procedimiento (siempre que no exista un código combinado)

4.- Paciente con carcinoma derecha que ingresa para mastectomía radical modificada con linfadenectomía axilar. Como antecedente destaca mastectomía

izquierda por carcinoma hace tres años en tratamiento con tamoxifeno ¿es correcta la siguiente secuencia de códigos?

174.9 M8010/3 V10.3 V45.71

En la mastectomía radical modificada ¿es necesario codificar la linfadenectomía axilar o está incluido en el 85.43?

RESPUESTA

La respuesta es correcta y en cuanto a la mastectomía radical modificada, la linfadenectomía axilar se encuentra incluida en el código 85.43 Mastectomía simple ampliada.

5.- Gestante de 38 semanas que ingresa por sospecha de bolsa rota y se descarta tras exploración ¿cómo se codifica?

RESPUESTA

Una pregunta muy similar ya se ha respondido en el boletín nº 1 y en la ficha PU1.6 Si se hubiera documentado el signo o síntoma que ha motivado la sospecha se debería de clasificar éste como DxP.

Como no se documenta y con la información que se dispone se clasificará como DxP el V71.8 Observación para otras presuntas enfermedades especificadas. Para reflejar su condición de embarazada sin complicación, añadiremos el código V22.2 Estado de embarazo incidental.

6.- Hepatopatía crónica por virus C diagnosticada y tratada en otro centro ¿es un diagnóstico secundario sin más información dentro de la Historia Clínica ¿cómo se codificaría?

RESPUESTA

Se debería preguntar al facultativo si se refiere a hepatitis crónica por virus C, si es así, se codificará en 070.54 Hepatitis C crónica sin mención de coma hepático. Si no se confirma la hepatitis, los códigos a asignar serán 571.9 Enfermedad hepática crónica no especificada, sin mención de alcohol y V02.62 Portador de hepatitis C.

7.- ¿Cómo se codifica el fallo multiorgánico?

RESPUESTA

No hay un código específico para el Fallo Multiorgánico por lo que su correcta clasificación se obtiene por la codificación múltiple de las entidades que la integran.

Para ser considerado Fallo Multiorgánico o mejor llamado Síndrome de Disfunción Multiorgánico (SDMO) habitualmente se exige la afectación de dos o más órganos.

Para su correcta codificación seleccionaremos como DxP la causa del mismo y como secundarios las disfunciones de los distintos órganos.

8.- Paciente que ingresa para confirmar diagnóstico por alteraciones en las imágenes mamográficas, se le practica excisión de la lesión siendo el resultado de la anatomía patológica el de “carcinoma in situ”. La paciente reingresa para

realización de cirugía más extensa en la zona afectada para prevenir metástasis o recurrencia. ¿Cómo se debe codificar este segundo ingreso: DxP código de la lesión diagnosticada en el ingreso anterior, o extirpación profiláctica del órgano?

RESPUESTA

Aplicando la norma de codificación, lo correcto será codificar como diagnóstico el mismo del ingreso anterior, pues el segundo ingreso no es más que el segundo tiempo operatorio que completa el primero.

9.- En los casos en los que un paciente que ingresa por sospecha de una enfermedad que se descarta pero durante el ingreso presenta alguna complicación o patología concomitante, ¿con qué se debe sustituir o reconvertir el V71.x en el código correspondiente como DxP?

RESPUESTA

El diagnóstico principal seguirá siendo el V71.x ya que tras el alta del paciente es el que identifica la causa del ingreso por lo tanto las complicaciones o enfermedades concomitantes serán codificadas como diagnósticos secundarios.

FORMACIÓN CONTINUADA EN CODIFICACIÓN

La formación continuada es uno de los elementos clave en la unificación de criterios de codificación.

Las respuestas serán remitidas a la Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud, directamente o a través de las Unidades existentes en cada Comunidad Autónoma.

En el siguiente boletín se publicarán las respuestas correctas y se comentarán los errores encontrados con mayor frecuencia. Con ello cada codificador podrá valorar sus resultados e ir actualizando sus conocimientos.

Dirección de la Unidad Técnica de la CIE-9-MC.

Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el S.N.S. Formación Continuada.

Subdirección General de Análisis Económico y Estadística.

Ministerio de Sanidad y Consumo.

Pº del Prado, 18-20.- despacho 1019.- 28014 MADRID.

Telf: (91) 596 16 90 - (91) 596 40 89.

E-Mail: mSENDINO@MSC.ES

FORMACION CONTINUADA

Varón de 83 años que ingresa por dolor torácico. También refiere posibles melenas el día del ingreso y el previo.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: hipertensión arterial, hiperlipidemia. Cardiopatía previa: Angina estable mixta en tratamiento con AAS, NTG transdérmica e hipotensor. Otros antecedentes: Exfumador. Paludismo en la infancia.

HISTORIA CLÍNICA: Acude por dolor precordial irradiado a espalda y mandíbula de tres horas de evolución, ligero sin cortejo vegetativo ni clínica acompañante.

EXPLORACIÓN FÍSICA: PA: 170/80 mmHg. Frecuencia cardíaca: 75 lpm. Cuello: Ausencia de latido carotídeo dcho. Latido carotídeo izdo. Débil con soplo sistólico. Tórax: Auscultación cardíaca: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado. Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin visceromegalias ni masas. Extremidades: Soplo femoral bilateral.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

Analítica: Bioquímica: Urea: 155 mg/dl, Creatinina: 3.3 mg/dl, Hemograma: Hemoglobina: 12 g/dl, Hematocrito: 35,5%, Coagulación normal.

ECG: RS. QS en V1, QR V2 con ligero descenso del ST, V5-V6

Rx de TORAX: Sin alteraciones significativas.

ECOCARDIOGRAMA: Transtorácico: Hipertrofia ligera de V1. Alteración en la relajación de V1, resto normal.

CATETERISMO CARDIACO:

Coronariografía: Arbol coronario calcificado. Lesión 50-70% en TCI, lesión moderada ostial y proximal y 95% media en DA, lesión larga del 50% en una CD media dominante y CX con irregularidades difusas.

Intervencionismo coronario: Dos días después se realiza: ACTP + Stent en TCI (Tronco coronario izquierdo), ACTP + Stent en DA ostial y proximal. ACTP + 2 Stent en DA media por disección.

EVOLUCION CLINICA: El paciente ingresó en UCC bajo la sospecha de angina post-IAM o angina en reposo prolongada iniciándose el trat° para ello. Permaneció en UCC presentando episodios compatibles con angina espontáneamente, o coincidiendo con crisis de HTA o con la tos sin observar alteraciones en el ECG. El 25-5-98 se traslada a planta decidiéndose realizar un tratamiento sintomático para intentar controlar los desencadenantes de la angina, dejando la opción de cateterismo en caso de no mejoría clínica (arterioesclerosis generalizada, I. Renal crónica). Una vez en la Planta presentó varios episodios de dolor anginoso de nuevo coincidiendo con crisis de HTA, pero en esta ocasión con cambios en el ECG: pérdida de R en precordiales izda. Y descenso del ST en V3-V6, decidiéndose por ello realizar cateterismo (27-5-98), ya descrito. Ante los hallazgos se consulta a Cirugía Cardiovascular el tratamiento revascularizador siendo denegado para cirugía. El 28-5-98 presenta angina prolongada (más de 90 min.) que no es controlable con NTG, atenolol, mórfico y heparina endovenosos bajándose de nuevo a UC colocándose un Balón Intra-aórtico para control de la angina. Se vuelve a avisar a Cirugía Cardiovascular de alerta que desestima de nuevo al paciente. El 29-5-98 se realiza intervencionismo, ya descrito, volviendo a UC

en la siguiente situación: Balón Intra-aórtico 1:1 – Gasometría arterial: pO₂ 37, pCO₂ 23, - Hb 8.7 – Rx de Tórax patrón alveolar difuso.- Clínicamente en E.A.P. Se inicia tratamiento intensivo y se plantea a la familia la necesidad de intubación orotraqueal que desestiman continuando con tratamiento sintomático. El 30-5-98 el paciente mejora ligeramente intentando retirarse el introductor de la femoral dcha. doblándolo, siendo necesaria su retirada con hematoma posterior (en femoral izda. Está colocado el Balón Intra-aórtico, y no se sabe si fue tocado). Seriación enzimática se observa una curva típica con CPK/MB máxima 493/203, realizándose un ECO de urgencias: hipoquinesia en ápex y cara anterior con FEVI severamente deprimida. Doce horas después de la retirada del introductor dcho. El paciente comienza a presentar los siguientes datos: anuria, signos de irritación peritoneal y signos de isquemia severa en MII, retirándose el Balón Intra-aórtico, observándose un corto trayecto intra-aórtico del mismo (¿situado en aorta abdominal?). Se vuelve a hablar con la familia que desestima cualquier procedimiento agresivo, iniciándose perfusión con c. Mórfo. El 1-6-98 el paciente fallece por fracaso multiorgánico

JUICIO DIAGNOSTICO: ANGINA INESTABLE EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE TRONCO Y TRES VASOS. ARTERIOSCLEROSIS. I. RENAL CRONICA. E.A.P. DE CAUSA INCIERTA, EN PROBABLE RELACION CON: SINDROME ANEMICO, CRISIS HTA Y CARDIOPATIA ISQUEMICA TIPO IAM NO Q. FRACASO MULTIORGANICO COMO COMPLICACION DE SU C. ISQUEMICA. EXITUS.

FORMACION CONTINUADA

Varón de 83 años que ingresa por dolor torácico. También refiere posibles melenas el día del ingreso y el previo.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: hipertensión arterial, hiperlipidemia. Cardiopatía previa: Angina estable mixta en tratamiento con AAS, NTG transdérmica e hipotensor. Otros antecedentes: Exfumador. Paludismo en la infancia.

HISTORIA CLÍNICA: Acude por dolor precordial irradiado a espalda y mandíbula de tres horas de evolución, ligero sin cortejo vegetativo ni clínica acompañante.

EXPLORACIÓN FÍSICA: PA: 170/80 mmHg. Frecuencia cardíaca: 75 lpm. Cuello: Ausencia de latido carotídeo dcho. Latido carotídeo izdo. Débil con soplo sistólico. Tórax: Auscultación cardíaca: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado. Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin visceromegalias ni masas. Extremidades: Soplo femoral bilateral.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

Analítica: Bioquímica: Urea: 155 mg/dl, Creatinina: 3.3 mg/dl, Hemograma: Hemoglobina: 12 g/dl, Hematocrito: 35,5%, Coagulación normal.

ECG: RS. QS en V1, QR V2 con ligero descenso del ST, V5-V6

Rx de TORAX: Sin alteraciones significativas.

ECOCARDIOGRAMA: Transtorácico: Hipertrofia ligera de V1. Alteración en la relajación de V1, resto normal.

CATETERISMO CARDIACO:

Coronariografía: Arbol coronario calcificado. Lesión 50-70% en TCI, lesión moderada ostial y proximal y 95% media en DA, lesión larga del 50% en una CD media dominante y CX con irregularidades difusas.

Intervencionismo coronario: Dos días después se realiza: ACTP + Stent en TCI (Tronco coronario izquierdo), ACTP + Stent en DA ostial y proximal. ACTP + 2 Stent en DA media por disección.

EVOLUCION CLINICA: El paciente ingresó en UCC bajo la sospecha de angina post-IAM o angina en reposo prolongada iniciándose el trat° para ello. Permaneció en UCC presentando episodios compatibles con angina espontáneamente, o coincidiendo con crisis de HTA o con la tos sin observar alteraciones en el ECG. El 25-5-98 se traslada a planta decidiéndose realizar un tratamiento sintomático para intentar controlar los desencadenantes de la angina, dejando la opción de cateterismo en caso de no mejoría clínica (arterioesclerosis generalizada, I. Renal crónica). Una vez en la Planta presentó varios episodios de dolor anginoso de nuevo coincidiendo con crisis de HTA, pero en esta ocasión con cambios en el ECG: pérdida de R en precordiales izda. Y descenso del ST en V3-V6, decidiéndose por ello realizar cateterismo (27-5-98), ya descrito. Ante los hallazgos se consulta a Cirugía Cardiovascular el tratamiento revascularizador siendo denegado para cirugía. El 28-5-98 presenta angina prolongada (más de 90 min.) que no es controlable con NTG, atenolol, mórfico y heparina endovenosos bajándose de nuevo a UC colocándose un Balón Intra-aórtico para control de la angina. Se vuelve a avisar a Cirugía Cardiovascular de alerta que desestima de nuevo al paciente. El 29-5-98 se realiza intervencionismo, ya descrito, volviendo a UC

en la siguiente situación: Balón Intra-aórtico 1:1 – Gasometría arterial: pO₂ 37, pCO₂ 23, - Hb 8.7 – Rx de Tórax patrón alveolar difuso.- Clínicamente en E.A.P. Se inicia tratamiento intensivo y se plantea a la familia la necesidad de intubación orotraqueal que desestiman continuando con tratamiento sintomático. El 30-5-98 el paciente mejora ligeramente intentando retirarse el introductor de la femoral dcha. doblándolo, siendo necesaria su retirada con hematoma posterior (en femoral izda. Está colocado el Balón Intra-aórtico, y no se sabe si fue tocado). Seriación enzimática se observa una curva típica con CPK/MB máxima 493/203, realizándose un ECO de urgencias: hipoquinesia en ápex y cara anterior con FEVI severamente deprimida. Doce horas después de la retirada del introductor dcho. El paciente comienza a presentar los siguientes datos: anuria, signos de irritación peritoneal y signos de isquemia severa en MII, retirándose el Balón Intra-aórtico, observándose un corto trayecto intra-aórtico del mismo (¿situado en aorta abdominal?). Se vuelve a hablar con la familia que desestima cualquier procedimiento agresivo, iniciándose perfusión con c. Mórfo. El 1-6-98 el paciente fallece por fracaso multiorgánico

JUICIO DIAGNOSTICO: ANGINA INESTABLE EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE TRONCO Y TRES VASOS. ARTERIOSCLEROSIS. I. RENAL CRONICA. E.A.P. DE CAUSA INCIERTA, EN PROBABLE RELACION CON: SINDROME ANEMICO, CRISIS HTA Y CARDIOPATIA ISQUEMICA TIPO IAM NO Q. FRACASO MULTIORGANICO COMO COMPLICACION DE SU C. ISQUEMICA. EXITUS.

RESPUESTA A LA FORMACION CONTINUADA

DIAGNOSTICO	CODIGO	OBSERVACIONES
<u>Infarto agudo de miocardio</u> Infarto - no transmural	410.71	Todo angor que evoluciona a infarto se codifica como infarto
<u>Arterioesclerosis coronaria</u> Arterioesclerosis - coronaria - - arteria original	414.01	
<u>Hipertensión e IRC</u> Hipertensión - con - - complicación renal - - - insuficiencia	403.91	Por defecto se asocian
<u>Anemia</u> Anemia	285.9	
<u>Hiperlipidemia</u> Hiperlipidemia	272.4	
<u>Exfumador</u> Historia de - fumador de cigarrillos	V15.82	
<u>Edema agudo de pulmón</u> Edema - pulmón - - agudo	518.4	Se describe como de causa incierta. En el caso de estar asociado a la cardiopatía hubiera sido 428.1
<u>Complicación del introductor</u> Complicación - mecánica - - dispositivo - - - vascular	996.1	
<u>Causa externa de la complicación del procedimiento</u> Infortunio - fallo - - para introducir o extraer tubo o instrumento	E 876.4	

PROCEDIMIENTO	CODIGO	OBSERVACIONES
<u>ACTP múltiple</u> Angioplastia - balón - - arteria coronaria - - - múltiples vasos	36.05	
<u>Sten(s)</u> Inserción - sten(s) - - coronario	36.06	
<u>Balón de pulsación</u> Inserción - balón - - corazón	37.61	
<u>Arteriografía coronaria</u> Arteriografía - coronaria	88.57	

FORMACION CONTINUADA

Mujer de 43 años de edad diagnosticada de Ca. de mama estadio IV, con existencia de derrame pleural y afectación axilar. La paciente se encuentra en tratamiento con poliquimioterapia según el esquema FEC, habiéndose realizado asimismo talcaje pleural y colocación de tubo pleural de forma permanente.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Temperatura axilar: 38.2°C. TA: normal. Palidez cutaneomucosa. Bien nutrida e hidratada.

Cabeza y cuello: no adenopatías cervicales.

Tórax. Auscultación pulmonar: hipoventilación en la mitad inferior de hemitórax izquierdo. Auscultación cardíaca: latido rítmico a 100 lpm.

Ocupación de la axila izquierda. Linfedema en brazo izquierdo. Aumento de temperatura en mama izquierda.

Abdomen: no se palpan masas ni visceromegalias.

Extremidades: no signos de flebitis.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Analítica al ingreso: leucocitos 500. Hemoglobina 8,7. Hcto. 25,4%. Resto de hemograma normal. GOT 32 GPT 78. Resto de bioquímica normal. PO₂=60. PCO₂=39. Saturación de oxígeno 92%.

Rx de Tórax: derrame pleural en base izquierda de aspecto tabicado con presencia de diversos niveles. Infiltrado y signos de fibrosis en campo medio y superior izquierdo.

Bioquímica de líquido pleural: Glucosa: 3 mg/dl. Proteínas: 3,3. Leucocitos: 80.725 (N-50%)

Hemocultivos: negativos.

Cultivo de líquido pleural: estafilococo aureus resistente a penicilina y sensible al resto de los antibióticos testados.

EVOLUCIÓN

La paciente ha recibido tratamiento antibiótico de amplio espectro con Ciprofloxacina y Vancomicina, dados los antecedentes de alergias a múltiples antibióticos. En la noche del ingreso se realizó extracción de líquido pleural mediante control ecográfico, realizando asimismo soporte con factores de crecimiento de colonias. Una vez producida la recuperación de su neutropenia, se procedió a la extracción de los tubos pleurales y a transfusión de 2 unidades de concentrados de hemáties con soporte de Furosemida, presentando la paciente desaparición de la fiebre y mejoría de su situación respiratoria, aunque en las radiografías de control persiste cierto nivel de derrame en campo inferior izquierdo.

JUICIO CLÍNICO:

1. Ca mama metastásico.
2. Neutropenia grado IV secundaria a quimioterapia.
3. Fiebre neutropénica.
4. Empiema. Evacuación pleural. Retirada de drenajes pleurales.