

CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

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



Boletín número 15

Año VI

Febrero, 2000



Programas

CODIFICACION CLINICA CON LA CIE-9-MC

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

Boletín número 15

Año VI

Febrero, 2000

COORDINACION EDITORIAL:

Agustín RIVERO CUADRADO
M^a Mar SENDINO GARCÍA

MIEMBROS PERMANENTES DEL COMITÉ EDITORIAL:

Irene ABAD PEREZ
Eloisa CASADO FERNANDEZ
Isabel DE LA RIVA JIMENEZ
José M^a JUANCO VAZQUEZ
Javier LIZARRAGA DALLO
Margarita LLORIA BERNACER
José Ramón MENDEZ MONTESINO
Fernando PEÑA RUIZ
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

SECRETARIA:

Esther GRANDE LOPEZ
Fátima MARTIN PEREZ

INDICE

Unidad Técnica de la CIE-9-MC

Tema monográfico: ANGIOLOGIA Y CIRUGÍA VASCULAR

Preguntas a la Unidad

Formación Continuada en codificación

Formación Continuada correspondiente al boletín nº 14

Respuesta a la Formación Continuada del boletín nº 14

Formación Continuada para responder en el boletín nº 16

UNIDAD TECNICA DE LA CIE-9-MC

A lo largo de estos últimos años la estructura de contenido del boletín no ha cambiado en su composición, estableciendo unas áreas específicas de desarrollo. A partir del boletín 15 a la estructura actual de contenido se unen dos áreas que creemos puede ser de interés para los profesionales de los sistemas de información. Una de ellas será de noticias de interés para el colectivo. Éstas serán breves, quedando abiertas a todos los profesionales. En ella se podrán incluir informaciones tanto de divulgación como profesionales. Éstas serán seleccionadas y publicadas en función de la importancia y de la oportunidad. No ocuparán más allá de 10 líneas.

En la segunda área, creada debido al número de peticiones en esta línea, se incluirán las sugerencias para la mejora del boletín. También podrán incluir sugerencias para la mejora de cualquiera de las publicaciones que realiza esta Unidad, por lo que existirá una vía fácil de utilizar y de rápida divulgación. Los errores existentes en la nueva edición de la CIE-9-MC también podrán ser incluidos.

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

TEMA MONOGRAFICO

Angiología y Cirugía Vascular

En la codificación de las enfermedades vasculares se encuentran términos que el codificador debe conocer y comprender para realizar correctamente su labor. Los principales se describen a continuación empezando por los trastornos vasculares y terminando por los procedimientos.

1.- Estenosis

Es la estrechez de un conducto (como un bronquio, un vaso sanguíneo, o el intestino), una válvula o una víscera hueca por donde pasa algo, generalmente un líquido o un gas. A partir de cierto grado de estrechez, el fluido empieza a tener dificultades de paso y se producen trastornos antes y más allá de la obstrucción. En el caso de un vaso, la estenosis de una arteria o de una vena produce una disminución de la luz (calibre interno) del vaso con la consiguiente dificultad de paso de la sangre que se remansa y aumenta la presión “aguas arriba” de la estrechez. Esta situación tiene numerosas consecuencias negativas, entre ellas, la isquemia distal (“aguas abajo”) de los tejidos en el caso de una estenosis arterial o la estasis venosa (estancamiento de la sangre dentro de las venas) en el caso de una estenosis venosa. Tanto en la estenosis de una arteria como de una vena hay una tendencia al enlentecimiento del flujo sanguíneo con lo que se favorece la trombosis y por tanto la obstrucción del vaso.

2.- Obstrucción

Obstrucción u oclusión es un término muy utilizado por los médicos y obliga a cerciorarse si se está refiriendo a una arteria o una vena. Si se trata de la obstrucción de una arteria puede ser aguda o crónica. La aguda puede ser debida a una embolia o una trombosis aguda. La embolia se produce en un paciente que, generalmente, tiene la arteria sana pero tiene una enfermedad embolígena a otro nivel mientras que la trombosis aguda es por trombosis repentina sobre una arteria enferma estenótica (generalmente por ateromatosis). La obstrucción crónica de una arteria se produce por estenosis progresiva de la luz arterial por enfermedad de la pared arterial (generalmente ateromatosis) con o sin trombosis añadida. Una obstrucción arterial por embolia o por trombosis tanto aguda como crónica se codifica igual y el código usado depende de la arteria de que se trate. Por ejemplo: para codificar una obstrucción de la arteria ilíaca se usa el código *444.81, Embolia y trombosis de arteria ilíaca*. La mayoría de las obstrucciones venosas se deben a una trombosis y rara vez a una compresión extrínseca como la que puede producir un tumor vecino.

3.- Trombosis

Es un proceso patológico de formación de trombos en el interior de los vasos sanguíneos por la presencia de uno o varios de los siguientes factores:

- Alteración de la superficie de la capa íntima del vaso sanguíneo
- Enlentecimiento de la velocidad de la corriente sanguínea
- Alteraciones en la composición de la sangre
- Agentes externos

4.- Embolia

La embolia es la obstrucción súbita de una arteria por un émbolo dejando sin flujo sanguíneo todo el territorio irrigado por esa arteria (aguas abajo de la obstrucción), es decir, en situación de isquemia aguda. El émbolo es un cuerpo sólido de un tamaño variable que es arrastrado por la corriente sanguínea y que, al llegar a una arteria de un calibre inferior al suyo, se impacta y la obstruye. La inmensa mayoría de los émbolos son trombos formados a nivel de la aurícula izquierda o en el seno de un aneurisma ventricular o aórtico. Sin embargo, hay embolias en las que el material del émbolo no es un trombo sino un trozo de un tumor que se desprende (como los mixomas auriculares), una placa de calcio (embolia cálcica) o material infectado (embolia séptica).

La trombosis y la embolia de arterias distintas de las cerebrales se codifican en la categoría 444, *Embolia y trombosis arteriales*, diferenciándose por la localización de la arteria afectada en las diferentes subcategorías o subclasificaciones. En este caso la CIE-9-MC es muy poco específica ya que incluye en un mismo código a una trombosis aguda, una embolia y una trombosis crónica cuando son tres procesos muy diferentes. Las diversas posibilidades de la categoría 444 son:

- 444.0 Embolia y trombosis de la aorta abdominal
- 444.1 Embolia y trombosis de la aorta torácica
- 444.21 Embolia y trombosis de la extremidad superior
- 444.22 Embolia y trombosis de la extremidad inferior
- 444.81 Embolia y trombosis de la arteria ilíaca
- 444.89 Embolia y trombosis de otras arterias especificadas

5.- Trombo

Es un cuerpo sólido formado a partir de la sangre en el interior de los vasos sanguíneos o de las cavidades cardíacas. Está formado fundamentalmente por plaquetas y fibrina. El término coágulo se usa para referirse a los cuerpos semisólidos que se forman en la hemostasia (mecanismo de cohibir una hemorragia) de una herida o en los vasos sanguíneos después de la muerte.

6.- Trombosis y tromboflebitis de las venas de las extremidades

Clásicamente se ha diferenciado entre la trombosis venosa y la tromboflebitis. Un diagnóstico de trombosis venosa sólo indica que se ha formado un trombo en el interior de una vena mientras que en una tromboflebitis hay una inflamación de la vena además del trombo. La CIE-9-MC sigue esta diferenciación y posee dos categorías distintas, la 451, *Flebitis y tromboflebitis* y la 453, *Otra embolia o trombosis venosa*. Según el Índice Alfabético, una tromboflebitis femoral se clasificaría en la 451.11 mientras que en una trombosis venosa femoral se usaría la 453.8 . Sin embargo, en la clínica se presentan de manera uniforme y se puede decir que son lo mismo ya que siempre que hay una trombosis venosa se produce una inflamación de la pared venosa (flebitis). En realidad, el usar un término u otro depende más de la costumbre del médico o de la localización superficial o profunda del proceso que de que sean cosas distintas. El agrupador GRD clasifica al paciente de forma diferente dándole más peso si se ha codificado con el 451. Por todo ello, es aconsejable hablar con el médico y si asume que si él diagnostica trombosis venosa hay tromboflebitis se deben clasificar en la categoría 451, *Flebitis y tromboflebitis*, aunque por el Índice Alfabético irían a categorías diferentes.

La tromboflebitis de las extremidades se clasifican de acuerdo a las venas afectadas como sigue:

451.0	Venas superficiales de las extremidades inferiores
451.1x	Venas profundas de las extremidades inferiores
451.2	Venas no especificadas de las extremidades inferiores
451.82	Venas superficiales de las extremidades superiores
451.83	Venas profundas de las extremidades superiores
451.84	Venas no especificadas de las extremidades superiores

Además de las tromboflebitis clasificadas en la categoría 451, *Flebitis y tromboflebitis*, hay trombosis venosas de localizaciones específicas en las que se usan los siguientes códigos:

452	Trombosis de vena porta
453.0	Trombosis de vena hepática (Síndrome de Budd-Chiari)
453.1	Tromboflebitis migratoria
453.2	Trombosis de vena cava
453.3	Trombosis de vena renal
325	Flebitis y tromboflebitis de senos venosos intracraneales
437.6	Trombosis no piógena de seno venoso intracraneal

7.- Flebitis secundarias

Son complicaciones frecuentes en los enfermos ingresados y suelen ser debidas a la presencia de una vía periférica o central (aguja o catéter introducido en una vena para obtener muestras de sangre o infundir sueros o medicación) o a la irritación del propio fármaco. Su codificación necesita varios códigos:

Flebitis secundaria a vía periférica:	999.2	451.xx	E879.8
Flebitis secundaria a vía central:	996.62	451.xx	E879.8
Flebitis secundaria a medicación:	451.xx	E930 – E949	

8.- Isquemia

La isquemia es un concepto fisiopatológico que expresa una situación de insuficiente aporte de sangre arterial (y por tanto de oxígeno y otros nutrientes) a los tejidos que reaccionan con síntomas y signos que varían según el territorio afectado y la rapidez de instauración de la isquemia. Los tejidos sometidos a escasez de oxígeno y nutrientes ven comprometido su funcionalismo (el músculo claudica, la piel se enfría, el intestino no absorbe) e incluso su vitalidad llegando a la muerte celular y tisular o necrosis.

Cuando una arteria se obstruye bruscamente, el territorio por ella irrigado queda sin aporte sanguíneo en situación de isquemia aguda y se produce frialdad, palidez, dolor y pérdida de la motilidad. La situación puede compensarse por llegada de sangre de la circulación colateral, es decir, de sangre de otras arterias próximas no obstruidas pero, otras veces, el territorio queda totalmente exangüe y se necrosa. Esta necrosis en un miembro lleva a la gangrena (de un dedo o de un pie) y en órganos internos al infarto (cerebral, pulmonar, o de miocardio). En un infarto la zona necrosada, sin contacto con el aire, se va reabsorbiendo y sustituyendo por tejido escleroso o cicatriz. En un infarto puede haber extravasación sanguínea y se denomina infarto hemorrágico o no y, en este caso, se llama infarto blanco.

9.- Gangrena isquémica y gangrena gaseosa

Cuando la isquemia producida por una obstrucción arterial es de tal cuantía que se hace incompatible con la vida de los tejidos, estos se necrosan constituyendo una necrosis isquémica. En los tejidos que se hallan en contacto con el aire, como es el caso de una extremidad, la necrosis se llama gangrena. Clínicamente se distingue entre gangrena seca y gangrena húmeda. En la seca, la sangre venosa y el líquido intersticial se reabsorben y los tejidos necrosados se desecan dificultando la infección. En la gangrena húmeda no se produce la resorción de los líquidos y eso favorece que los tejidos necrosados estén húmedos y se infecten. Gangrena sin más especificaciones, gangrena seca, gangrena húmeda o necrosis isquémica se clasifican en 785.4, *Gangrena*. La gangrena arterioesclerótica en 440.24, *Aterosclerosis de las extremidades con gangrena*.

Existe una gangrena de causa infecciosa, la gangrena gaseosa (040.0), que es de extraordinaria gravedad por la virulencia del cuadro infeccioso general y la tendencia a propagarse rápidamente por los espacios subcutáneos. Está producida por el *Clostridium* u otros gérmenes anaerobios caracterizándose por producir gas que se palpa debajo de la piel con una sensación especial de crepitación. En este caso, es la propia infección la que produce la necrosis y no la falta de riego. El tejido no tiene por que tener isquemia y la infección puede producirse a raíz de una herida en una zona sana no isquémica. Sin embargo, con frecuencia, este tipo de infección se produce en territorios isquémicos pues, en ellos, son más fáciles las infecciones. La inmensa mayoría de los pacientes con isquemia crónica de miembros inferiores y que el médico diagnostica de gangrena seca, gangrena húmeda, gangrena diabética o gangrena sin más no tienen una gangrena gaseosa. Para usar el código 040.0 es necesario que se especifique como gaseosa, por *Clostridium* o por anaerobios.

10.- Arterioesclerosis

Es una arteriopatía degenerativa no inflamatoria muy frecuente que evoluciona de forma crónica aunque puede dar complicaciones agudas y tiene una mayor incidencia en el varón que en la mujer.

Se caracteriza por lesión de la pared de las arterias en forma de placas de ateroma subendotelial y calcificación de la capa media. La placa de ateroma es un depósito graso con fibrosis segmentaria deformante del subendotelio que estrecha la luz arterial. Las alteraciones arterioescleróticas pueden provocar, por las placas oclusivas en sí o por una trombosis sobreañadida, cuadros clínicos agudos, subagudos o crónicos de tipo oclusivo isquémico. La enfermedad es generalizada pero tiene un desarrollo mayor en unas zonas u otras del cuerpo. La etiología de la arterioesclerosis es multifactorial destacando los factores metabólicos, como la hipercolesterolemia familiar, la diabetes y la dieta y la presencia de hipertensión arterial, el tabaquismo o la obesidad.

La clínica es muy variable ya que depende de qué vasos están preferentemente afectados como puede ser la arterioesclerosis cerebral, coronaria, abdominal o periférica. Una manera de manifestarse la enfermedad es mediante un aneurisma pero lo más frecuente son las formas oclusivas que dan lugar a isquemias crónicas o a accidentes isquémicos agudos si se asocia una trombosis.

En el Índice Alfabético los términos aterosclerosis y ateromatosis se usan como sinónimos de arterioesclerosis. La arterioesclerosis se clasifica en la categoría 440, *Aterosclerosis*, con un 4º dígito que precisa la localización de las arterias afectadas. En la subcategoría 440.2,

Aterosclerosis de las arterias nativas de las extremidades, se usa un 5° dígito para clasificar el estadio clínico de la enfermedad.

Hay localizaciones específicas de la arterioesclerosis que se clasifican en categorías distintas de la 440 como por ejemplo:

Arterioesclerosis de la arteria basilar	433.0x
Arterioesclerosis de arteria carótida	433.1x
Arterioesclerosis de arteria cerebral	437.0
Arterioesclerosis de arteria precerebral	433.0x - 433.9x
Arterioesclerosis de arteria coronaria	414.00 - 414.05
Arterioesclerosis de la arteria mesentérica	557.1
Arterioesclerosis de la arteria pulmonar	416.0
Arterioesclerosis de la arteria vertebral	433.2x

Además hay trastornos etiquetados como arterioescleróticos que se clasifican de la siguiente manera:

Enfermedad cardiovascular arterioesclerótica	429.2
Arterioesclerosis cardiovascular	429.2
Demencia arterioesclerótica	290.40 - 290.43
Arterioesclerosis renal (o de arteriolas renales)	403.0x - 403.9x

11.- Aterosclerosis de la bifurcación aórtica y de las arterias de las extremidades

La arterioesclerosis de la bifurcación aórtica o de las arterias de miembros inferiores es una de las localizaciones más frecuentes de la arterioesclerosis y también da lugar a cuadros clínicos como la isquemia crónica de miembros inferiores o a episodios de isquemia aguda por trombosis arterial sobreañadida.

La isquemia crónica de miembros inferiores, tras una fase silente de ateromatosis sin síntomas, comienza por claudicación intermitente que puede pasar a dolor de reposo si progresa la enfermedad y posteriormente a úlcera isquémica y necrosis o muerte tisular. La claudicación intermitente es una situación en la que aparece un dolor muscular al caminar (generalmente en las pantorrillas) que obliga al paciente a pararse con lo que el dolor va desapareciendo. El paciente puede volver a caminar otro trecho hasta que el dolor reaparece de nuevo. Este dolor es isquémico y traduce una situación de insuficiente llegada de sangre arterial a unos músculos que tienen que trabajar mientras que es suficiente cuando están en reposo. Si progresa la enfermedad y disminuye el flujo de sangre, éste es insuficiente incluso para una situación de inactividad y aparece el dolor de reposo. Si todavía disminuye más la sangre arterial el paciente empieza con úlceras isquémicas y necrosis.

Hay una forma específica de isquemia crónica de miembros inferiores por arterioesclerosis que es la oclusión crónica de la bifurcación aortoiliaca y es conocida por Síndrome de Leriche. Se caracteriza por claudicación intermitente alta (con dolor a nivel de glúteos y muslos), impotencia sexual y ausencia de pulsos femorales. El Síndrome de Leriche se codifica 444.0 .

La aterosclerosis de las arterias nativas de las arterias de las extremidades se clasifica en la subcategoría 440.2 . El 5° dígito usado en la subcategoría 440.2, *Aterosclerosis de las arterias nativas de las extremidades*, indica el grado de progresión de la enfermedad como sigue:

- 440.21 indica aterosclerosis de las extremidades con clínica de claudicación intermitente
- 440.22 clasifica la presencia de dolor de reposo e incluye la claudicación intermitente
- 440.23 indica que el proceso ha progresado hasta la ulceración e incluye el dolor de reposo y la claudicación intermitente
- 440.24 se usa cuando hay gangrena e incluye las situaciones anteriores

Sólo se usa un código de esta serie.

La aterosclerosis de un injerto de las extremidades se codifica 440.3x de la siguiente manera:

- 440.30 para un injerto no especificado.
- 440.32 en un injerto de vena autóloga.
- 440.33 si es un injerto biológico no autólogo.

Para codificar la expresión diagnóstica Isquemia Crónica de Miembros Inferiores el Índice Alfabético no ofrece entrada específica. El codificador debe buscar mayor información para conocer la causa. En el caso de que fuese por arterioesclerosis, la causa más frecuente, se entraría por el término arterioesclerosis y el modificador esencial extremidades y se clasificaría en 440.2x.

12.- Angiopatía o arteriopatía diabética

Los trastornos vasculares específicos de la diabetes afectan a las arteriolas con preferencia por ciertos órganos. En la retina producen la retinopatía diabética, en el riñón la nefropatía diabética y en las extremidades la enfermedad vascular periférica no ateromatosa de los diabéticos. Las lesiones son específicas de las arteriolas aunque los diabéticos tienen también, con frecuencia, lesiones ateromatosas de los grandes troncos arteriales.

Para codificar esta enfermedad hay que buscar en el Índice Alfabético entrando por angiopatía y después el modificador esencial diabética. Se clasifica en *250.7x, Diabetes con trastornos circulatorios periféricos*, con el código secundario *443.81, Angiopatía periférica en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos*.

No todos los trastornos tróficos de un diabético son por arteriopatía diabética. A veces son por de causa neurológica (úlceras neurotróficas) y se clasifican en *250.6x, Diabetes con manifestaciones neurológicas*. El pie diabético es una manifestación de la diabetes con mezcla de angio y neuropatía diabéticas por lo que su codificación depende de lo que el médico manifieste. Si precisa que predomina la isquemia se usa el 250.7x mientras que se utiliza el 250.6x si dice que el pie diabético es neuropático. Si la expresión diagnóstica es pie diabético sin más se codifica *250.8x Diabetes con otras manifestaciones especificadas*.

La expresión gangrena diabética expresa una fase de necrosis de una extremidad en un paciente con angiopatía diabética. Se usan los códigos 250.7x de diagnóstico principal y el 785.4 de secundario.

13.- Trastornos cerebrovasculares

Las alteraciones orgánicas agudas no traumáticas de las arterias cerebrales incluyen hemorragia, oclusión y trombosis y se codifican en las categorías 430 a la 437. La categoría *433, Oclusión y estenosis de las arterias precerebrales*, y la categoría *434, Oclusión de las arterias cerebrales*, tienen una subclasificación de 5º dígito para indicar si hay infarto cerebral asociado. El 5º dígito 1, que indica la presencia de infarto cerebral, no se usa salvo

que el infarto esté claramente documentado en la historia clínica y el médico haya establecido la relación entre la estenosis u oclusión de la arteria cerebral y el infarto. El codificador nunca debe asumir que el infarto se ha producido. Además, el 5º dígito se refiere sólo al episodio de ingreso actual y no se puede aplicar a un infarto cerebral que el paciente sufrió en el pasado. Con frecuencia la declaración de los diagnósticos no es específica desde el punto de vista de la situación cerebrovascular. Cuando el diagnóstico es Accidente cerebrovascular, ACV o apoplejía sin más especificaciones, es importante para el codificador revisar la historia clínica en busca de información aclaratoria o consultar con el médico. El código 436, *Enfermedad cerebrovascular aguda mal definida*, se debe usar sólo cuando no hay más información. El uso del código 436 con otro de las categorías 430 a 435 y 437 es redundante y se debe usar sólo el más específico.

Cada componente de la declaración diagnóstica que identifique una enfermedad cerebrovascular debe ser codificado excepto cuando el Índice Alfabético o la Lista Tabular digan lo contrario. Por ejemplo:

- Arterioesclerosis cerebrovascular con hemorragia subaracnoidea por aneurisma saculado roto 430 + 437.0

Los trastornos clasificables desde 430 a 437 son reclasificados en la subcategoría 674.0, *Trastornos cerebrovasculares en el puerperio*, cuando ocurren durante el embarazo, parto o puerperio. Aunque el título menciona el puerperio, las notas de inclusión señalan que estas situaciones están incluidas cuando ocurren en cualquier momento del proceso obstétrico. Ya que el código 674.0x no especifica la clase de trastorno cerebral, está indicado añadir además un código del capítulo 7 de la CIE-9-MC para mayor especificidad.

Las formas más frecuentes de la arterioesclerosis cerebral son la aterosclerosis cerebral difusa (con múltiples manifestaciones neurológicas y psíquicas) y los cuadros agudos de ataques isquémicos transitorios (AIT) o de ictus cerebral con o sin infarto. La trombosis y la embolia cerebrales se codifican en subcategorías diferentes dentro de la categoría 434, *Oclusión de arterias cerebrales*. En la trombosis cerebral se usa el código 434.0x, *Trombosis cerebral*, y en la embolia el 434.1x, *Embolia cerebral*. En ambas subcategorías hay que usar un 5º dígito 0 para el caso *sin mención de infarto cerebral* o el 5º dígito 1 para el caso *con infarto cerebral*.

14.- Aneurisma, pseudoaneurisma y aneurisma disecante

Un aneurisma es la dilatación localizada de una arteria por debilidad de la capa media que se distiende por la presión sanguínea. El aneurisma conserva las tres capas de la pared arterial y suele ser arterioesclerótico. Este aneurisma genuino hay que distinguirlo del falso aneurisma o pseudoaneurisma que consiste en una perforación de una arteria con colección de sangre líquida en una cavidad accidental directamente comunicada con el interior de la luz arterial (también llamado por ello hematoma pulsátil). Las paredes de un pseudoaneurisma carecen de las capas de una arteria.

La mayoría de los aneurismas de personas mayores son arterioescleróticos. También hay aneurismas congénitos (no arterioescleróticos) que se suelen localizar en la porción intracraneal de la carótida interna y a nivel del polígono de Willis y sus ramas. Su rotura suele ser causa de muerte súbita en personas jóvenes.

Los aneurismas arteriovenosos o cirsoides son comunicaciones pequeñas y múltiples entre una arteria y una vena que producen una tumoración.

El término aneurisma también se usa para una gravísima enfermedad, el aneurisma disecante. En realidad no se trata de un verdadero aneurisma sino de un hematoma disecante producido por una rotura de la capa íntima y parte de la capa media de la arteria, generalmente la aorta. Tras la rotura, la sangre pasa de la luz arterial al interior de la pared y la presión sanguínea va despegando y disecando las paredes. La arteria está dilatada en una zona pero la pared de dicha zona no contiene las tres capas de un verdadero aneurisma. La disección aórtica se produce por una enfermedad del colágeno que debilita la capa media y, con frecuencia, se asocia al Síndrome de Marfan (759.82).

La mayoría de los aneurismas se clasifican, según su localización, en las categorías 441 y 442. Los aneurismas de aorta, incluido el disecante, se clasifican en la categoría *441, Aneurisma aórtico y disección*. En la disección de la aorta se usa el código *441.0, Disección de aorta*. Los aneurismas de otras localizaciones se clasifican en *442, Otros aneurismas*. Las excepciones son:

Aneurisma de arteria carótida interna, zona intracraneal	437.3
Aneurisma cerebral congénito no roto	747.81
Aneurisma cerebral (arteriovenosos) roto	430
Aneurisma arteriovenoso congénito periférico	747.60
Aneurisma arteriovenoso adquirido	447.0

Los pseudoaneurismas se codifican exactamente igual que los verdaderos aneurismas.

15.- Tromboangiitis obliterante o Enfermedad de Buerger

La tromboangiitis obliterante es una angiopatía inflamatoria crónica oclusiva que se presenta en hombres jóvenes con hipersensibilidad al tabaco. Afecta a los vasos de mediano tamaño de las extremidades y provoca grandes mutilaciones. Se clasifica en 443.1 .

16.- Varices

Una variz es la dilatación anormal de una vena. Las varices de extremidades inferiores se clasifican en la categoría 454, las hemorroides en la 455 y las varices de otras localizaciones en la 456. En las tres categorías existen subcategorías para mayor especificidad pero su utilización no presenta problemas.

La CIE-9-MC tiene la categoría *671, Complicaciones venosas en el embarazo y el puerperio*, para clasificar las varices, flebitis superficiales o trombosis venosas de estos períodos.

17.- Endarterectomía y Tromboendarterectomía

La endarterectomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en reseca la endarteria, es decir, quitar la íntima y parte de la capa media enfermas a nivel de una lesión ateromatosa estenosante. En el caso de una tromboendarterectomía, además de la endarteria, se quita el trombo que obstruye totalmente la luz de la arteria a ese nivel. El objetivo es quitar la estenosis u obstrucción de una arteria para que pase la sangre con normalidad. Para hacer este procedimiento es necesario abrir antes la arteria (arteriotomía) y suturarla después, generalmente con un parche venoso o con material protésico. La endarterectomía y la tromboendarterectomía se codifican en 38.1x siendo las más frecuentes la carotídea (38.12,

Endarterectomía de otros vasos de cabeza y cuello) y la femoral (38.18, *Endarterectomía de arterias de miembros inferiores*). La endarteriectomía se puede hacer a cielo cerrado, es decir, percutáneamente. Si es de un vaso no coronario se codifica 39.50, *Angioplastia o aterectomía de vasos no coronarios*, entrando en el Índice Alfabético por el término aterectomía, periférica.

18.- Trombectomía y embolectomía

La trombectomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en quitar un trombo del interior del vaso donde se produjo, generalmente una arteria. La trombectomía venosa es muy poco frecuente pues las trombosis venosas se tratan habitualmente con fármacos como la Heparina y raramente se operan. La embolectomía es una técnica parecida a la trombectomía pero, en este caso, no es un trombo formado en ese vaso sino que lo que se quita es un émbolo que ha causado una obstrucción aguda, una embolia. Un émbolo es un cuerpo sólido que se ha producido a distancia en un foco embolígeno y que se desprende y es arrastrado por la corriente sanguínea hasta una arteria que tiene un tamaño algo menor y entonces se impacta y la tapona. La trombectomía y la embolectomía técnicamente son parecidas y se codifican igual en 38.0x con el 4º dígito según el vaso en donde se realiza.

19.- Angioplastia quirúrgica y angioplastia percutánea

La angioplastia es la reparación o remodelación de un vaso, casi siempre una arteria. Puede ser quirúrgica si se hace en un quirófano a través de una herida (por ejemplo cuando después de una endarterectomía se cierra la arteria remodelándola con un parche). Una angioplastia también puede hacerse percutáneamente como la que realiza el hemodinamista en una arteria coronaria o la que hace el radiólogo vascular intervencionista en una arteria periférica. El código 39.50, *Angioplastia o aterectomía de vasos no coronarios*, se usa en la angioplastia (tanto quirúrgica como percutánea) de vasos distintos de las coronarias. El código 39.90, *Inserción de stent o stents de arteria no coronaria*, se usa en cualquier asociación de implantes de stent. Si se usa un trombolítico, se utiliza como código adicional el 99.29, *Inyección o infusión de otra sustancia terapéutica o profiláctica*.

20.- Aneurismectomía

Es la resección de un aneurisma. Si un aneurisma arterial se reseca y no se hace otra cosa se clasifica en la categoría 38.6, *Otra excisión de vasos*, con un 4º dígito para identificar la localización. Sin embargo, con frecuencia, además de resecar el aneurisma hay que restablecer la continuidad de la arteria para no producir isquemia. Esto se puede hacer mediante una simple anastomosis y se clasificaría 38.3, *Resección de vaso con anastomosis* o sustituyendo la arteria con una prótesis o mediante un injerto venoso y se clasificaría en 38.4, *Resección de vaso con sustitución*. En ambos casos con un 4º dígito para identificar la localización. Hay aneurismas muy grandes de la aorta (del tamaño de un melón pequeño) cuya disección provoca un excesivo sangrado durante la operación. Por ello, es preferible no researlos completamente y lo que se hace es abrirlos y meter una prótesis dentro que restablezca la continuidad de la luz aórtica desde la parte sana proximal a la parte sana distal. También se codifica en la categoría 38.4 pues siempre se hace algo de resección.

21.- By-pass

By-pass es una palabra inglesa que puede traducirse por derivación. Se usa para denominar una técnica quirúrgica que consiste en salvar una obstrucción de un vaso (generalmente se usa para las arterias) mediante una derivación o puente o cortocircuito. Se hace con el objetivo de llevar sangre desde un punto de la arteria anterior al sitio obstruido a otro punto más allá de la obstrucción para mejorar una situación de isquemia. La CIE-9-MC en castellano utiliza los términos by-pass, derivación y anastomosis pero los cirujanos utilizan más bypass, puente o injerto y los verbos bypassear, pontar o puentear.

Un bypass aortobifemoral es una intervención frecuente en pacientes con isquemia crónica de miembros inferiores por obstrucción aterosclerótica del sector aortoiliaco. Las arterias obstruidas se dejan como están y se puentean con una prótesis desde la aorta por encima de la obstrucción hasta las arterias femorales por debajo de la obstrucción. Las prótesis suelen ser de Dacron o PTFE y no influyen en el tipo de código. Se clasifica en 39.25, *Derivación aorta-iliaca-femoral*.

El bypass femoropoplíteo es una técnica quirúrgica similar a la anterior para salvar una obstrucción a nivel femoropoplíteo y se clasifica en 39.29, *Otra derivación o desviación vascular (periférica)*. Este tipo de bypass se hace generalmente con prótesis de PTFE o con vena safena invertida o in situ pero, sea cual sea, no afecta al código. También se clasifican en 39.29 los bypasses extraanatómicos (no siguen el trayecto anatómico del vaso obstruido) como el femorofemoral o el axilofemoral.

22.- Bomba de infusión implantable, dispositivo de acceso vascular y catéter venoso simple

Son catéteres distintos que se usan para liberar fármacos en el torrente circulatorio. La diferencia fundamental entre ellos es que la bomba de infusión se implanta completamente en el interior del cuerpo y contiene un reservorio del que se va liberando el medicamento mientras que el dispositivo de acceso vascular y el catéter venoso simple no son una bomba sino sólo un catéter implantado en el cuerpo, que sale del mismo y supone una puerta de acceso fácil al sistema vascular. El código 86.06 se usa en el caso de una bomba de infusión implantable mientras que el 86.07 se utiliza en el caso del dispositivo de acceso vascular.

La bomba de infusión implantable es introducida en el cuerpo de forma quirúrgica y generalmente se aloja en el tejido subcutáneo bajo anestesia local. Si necesitase una laparotomía se hace bajo anestesia general y la vía de abordaje no se codifica. La bomba se usa para liberar fármacos (como agentes quimioterápicos) en pacientes con hematomas primarios o con cáncer de colon y metástasis hepáticas así como para liberar analgésicos en pacientes crónicos. La bomba permite al paciente mayor flexibilidad y libertad de movimientos mientras recibe tratamiento y también permite tratarlo de forma ambulatoria una vez que la bomba ha sido implantada.

El uso de una bomba de infusión que permanece fuera del cuerpo e infunde medicación a través de una aguja subcutánea o intravenosa no se codifica. Sólo el procedimiento de colocar un catéter intravenoso se codifica 38.93, *Cateterismo venoso, no clasificado bajo otro concepto*. A veces, se introduce catéter en una arteria para infusión intraarterial directa de una droga. En estos casos se usa solamente el código 38.91, *Cateterismo arterial*.

Un dispositivo de acceso vascular implantable es un catéter estéril colocado con anestesia local intravenosamente por un extremo y con el otro extremo con un trayecto subcutáneo tunelizado que al final sale a través de la piel. Se usa para infusión de nutrición parenteral o

para la inyección de medicación. El catéter se coloca en una vena central como la subclavia pues tiene más ventajas que una vena periférica. Los dispositivos de acceso vascular están diseñados para proporcionar un acceso repetido al torrente circulatorio sin el traumatismo y las complicaciones de las punciones venosas múltiples. Se pueden dejar puestos durante semanas o meses en lugar de días y, generalmente, se colocan en pacientes que requieren acceso vascular para quimioterapia o nutrición o extracciones de sangre durante largos períodos. Ejemplos de sistemas de acceso vascular son el Hickman, Broviac, Leonard y Quinton.

Un catéter venoso simple es un catéter estéril que proporciona repetido acceso al sistema vascular para procedimientos como extracción de sangre y administración de líquidos o medicación. El catéter se inserta en una vena periférica como la cefálica por punción de la piel y luego se fija a la misma con esparadrapo. Estos catéteres venosos simples pueden permanecer colocados mucho menos tiempo que los dispositivos de acceso vascular. Ejemplos de catéteres venosos simples (también llamados con llave heparinizada) son los Angiocaths y los catéteres Abbott y Jelco. El código 38.93, *Cateterismo venoso, no clasificado bajo otro concepto*, se usa para la inserción de un catéter simple. El código 86.05, *Incisión con extracción de cuerpo extraño de piel y tejido celular subcutáneo*, se usa para la retirada de un dispositivo de acceso vascular.

Han elaborado en el monográfico:

Autor: JAVIER YETANO LAGUNA
Jefe Servicio Documentación clínica
Hospital de Galdakano

Colaboradores: ANGEL BARBA
Servicio de Angiología y Cirugía Vascular
Hospital de Galdakano

ANA BERTA MONTERO LA PRESA
Servicio de Documentación y Archivo
Hospital de Galdakano

PREGUNTAS A LA UNIDAD

PREGUNTAS RECIBIDAS

1.- Lactante de 5 meses que ingresa por crisis de hipertonía. Según el índice alfabético, hipertonía -infancia 779.8, nos remite a un código dentro del capítulo de Enfermedades del periodo perinatal, lo cual no me parece adecuado por presentarse la patología con posterioridad a los 28 días y sin evidencias de que su origen sea perinatal. ¿Cómo se codifica?, ¿se puede considerar como convulsión?

RESPUESTA

Con la información existente en la redacción de la pregunta el código correcto que se debería emplear es el **728.85 Espasmo muscular**, al que se llegaría a través de la entrada “Hipertonicidad, músculo”. Sin embargo sería preciso indagar en la documentación o consultar con el facultativo para averiguar si esa hipertonía es de origen perinatal, en cuyo caso se emplearía la entrada “Hipertonicidad, infantil”, que llevaría al código **779.8 Otras enfermedades especificadas en el período perinatal**.

2.- Reacción febril postvacunal ¿es reacción adversa o complicación?. Si entras por el índice a Reacción vacuna, te manda a complicación

RESPUESTA

En efecto, la entrada “Reacción, vacuna” remite mediante referencia cruzada a “Complicación, vacunación”, lo que confirma el hecho de que para la CIE-9-MC las reacciones postvacunales se clasifican como complicaciones. De este modo se asignará como DxP el código **999.5 Otra reacción a sueros**, al que se llega a través de la entrada “Complicación, vacuna, reacción”, seguido, como códigos adicionales, del **780.6 Fiebre (de origen desconocido)** - que especifica en qué ha consistido la reacción vacunal - y del **E879.8 Otras técnicas especificadas**. No se debe emplear código E alguna de la Tabla de Fármacos y Sustancias Químicas referidos a vacuna, ya que no se considera reacción adversa a fármaco.

3.- Mujer que durante maniobras con fórceps en el parto sufre desgarro uretral (1-3-98). En sala de partos es suturada la uretra dejando sonda vesical. Antes del alta se evidencia nueva fuga y se repone sonda.

El día 19-3-98 ingresa para resutura de la fuga por un fallo de la sutura primaria.

El día 25-3-98 ingresa para resutura de nuevo fallo de sutura secundario.

Este último ingreso que es el que nos ocupa se codifica como:

DxP Complicación puerperal especificada 674.84

DxS Dehiscencia de sutura interna 998.3

Es correcto o en este último ingreso debe ser considerada como una complicación urológica únicamente

DxP Fallo o dehiscencia de sutura interna 998.3

RESPUESTA

La codificación adecuada de todo el proceso sería:

En el primer ingreso, obviando las posibles patologías que pudieron indicar la utilización del fórceps, se debe asignar el código **665.51 Otra lesión de órganos pélvicos, parto, con o sin mención de estado anteparto** para el desgarro uretral sufrido y el **75.61 Reparación de desgarro obstétrico actual de vejiga y uretra** para el procedimiento de sutura uretral.

En los ingresos siguientes por dehiscencia de la sutura uretral, no se debe considerar esta dehiscencia como de herida obstétrica (la CIE-9-MC sólo contempla como heridas obstétricas las perineales y las de cesárea), por lo que se deberá clasificar como cualquier otra dehiscencia de sutura en el código **998.3 Disrupción de herida operatoria**.

4.- Paciente con parálisis facial a raíz de intervención quirúrgica de neuroma del facial en 1990. Presenta imposibilidad de cierre de ojo y desviación de comisura. Se realiza una reconstrucción con técnica de Gillies-Mc Laughtin con fascia lata de muslo. Reconstrucción palpebral de Gillies con despegamiento de pedículo distal de músculo temporal anudado de fascia a canto interno. Reconstrucción bucal sección de apófisis coronoides, inserción de fascia lata en forma de polea anudado a nivel de comisura y bermellón.

¿Es correcta la siguiente asignación de códigos?

Dxp Parálisis facial 351.0

Dxs Retracción párpado 374.41

Dxs reacción anormal secundaria a intervención quirúrgica E878.8

Pxp Reparación de debilidad facial 86.81

Pxs Corrección de retracción de párpado 08.38

Pxs Excisión de fascia para injerto 83.43

RESPUESTA

Se asignará como DxP el código **351.0 Parálisis de Bell**, ya que es la patología que motiva el ingreso y no se documenta que sea complicación de procedimiento alguno. No se debe añadir el **374.41** ya que no se documenta como tal ninguna retracción del párpado y, tanto la imposibilidad de cierre del ojo como la desviación de la comisura, se considerarían implícitas en el código de la parálisis facial.

En cuanto a los procedimientos, la técnica de Gillies (transposición del músculo temporal que se divide en cuatro bandas dos para unir a párpado superior e inferior y otras dos bandas para comisura y mejilla), se debe clasificar con el código **83.77 Transferencia o trasplante de músculo**, al que nos lleva la entrada "Transferencia, origen muscular". La técnica de McLaughtin (injerto de fascia en forma de cabestrillo o polea que une la estructura al músculo temporal transpuesto) se debe codificar con el **86.81 Reparación de debilidad facial**, al que se llegaría a través de la entrada "Cabestrillo, fascial, boca". Se debe añadir el código **83.43 Excisión de músculo o fascia para injerto**, para clasificar la obtención de dicha fascia del propio paciente en el mismo tiempo operatorio.

Por último, **no** se debe añadir el código **08.38 Corrección de retracción del párpado**, ya que no se documenta ni la existencia de la retracción palpebral ni su reparación.

5.- En la actualidad se está realizando una nueva técnica para reparación de incontinencia urinaria de esfuerzo, “suspensión TVT” este nuevo sistema corrige las incontinencias de forma endoscópica con lo cual deja de ser un procedimiento abierto y el tiempo de estancia ahora es de 1 ó 2 días, más adelante se hará de forma ambulatoria. La reparación de incontinencia no contempla la posibilidad de ser realizado de forma endoscópica ¿es correcto codificarlo como procedimiento abierto?

RESPUESTA

El código que se debe asignar a esta intervención es el **59.79 Otra reparación de incontinencia urinaria de esfuerzo**, al que se llega mediante la entrada “Reparación, incontinencia por estrés”.

6.- Aborto retenido gemelar con ecografía: 1° saco gestacional sin actividad cardíaca y 2° saco gestacional sin presencia de embrión, en mujer de 37 años, a la que se le practica un legrado obstétrico.

¿La codificación de diagnósticos podría ser ...632 + 631 + 651.03 + 659.63 ?

RESPUESTA

Se debe asignar el código **632 Aborto diferido** para clasificar el aborto retenido. Se debería profundizar en la documentación o consultar al facultativo para determinar si se puede considerar ese saco gestacional sin presencia de embrión como huevo huero, en cuyo caso se asignaría el **631 Otro producto anormal de concepción** como DxS.

No se debe emplear el código **651.03** ya que no se puede considerar que hay gemelos si el segundo saco gestacional está vacío. Por otro lado, sería preciso recabar más información en los documentos sobre si se trata del primer embarazo o sucesivo de esa madre de edad avanzada, lo que nos determinaría el empleo del **659.53 Primigrávida de edad avanzada, anteparto** (caso de que fuera el primer embarazo) o del **659.63 Otra edad avanzada de la madre, anteparto** (si es un embarazo siguiente).

Por último, el procedimiento de legrado obstétrico se clasifica en el **69.02 Dilatación y legrado después de parto o aborto**.

7.- En la subcategoría **429.7 Otras secuelas de infarto de miocardio NCOC** se indica, emplear código adicional para identificar el infarto previo de más de 8 semanas, en la subcategoría 414.8

Mi caso consiste en: Angor inestable con disfunción de VI y presencia en ecocardiografía de trombo en apex de VI. Tuvo un infarto subendocárdico hace 12 semanas.

¿ La codificación puede ser ... 411.1 + 428.1 + 429.79 + 414.8 ?

Si no es así ¿Puede ser ... 411.1 + 428.1 + 429.79 + 412 ?

¿ El trombo en apex de VI, donde se codifica ?. La subclasificación 429.79, incluye trombo mural. ¿Este se puede considerar intracavitario?

RESPUESTA

El paciente acude por angor inestable, no documentándose un nuevo IAM, por lo que se debe clasificar como DxP el **411.1 Síndrome coronario intermedio**. En la documentación aportada no se puede documentar ninguna insuficiencia cardíaca izquierda (una “disfunción de VI” no se puede considerar sinónimo), por lo que no se debe emplear el código **428.1 Insuficiencia cardíaca izquierda** como DxS.

El trombo en ápex del ventrículo izquierdo debe clasificarse en el código **429.79 Otras secuelas de infarto de miocardio no clasificadas bajo otros conceptos, otras**, al que nos lleva la entrada “Trombosis, mural, después de infarto de miocardio”, ya que este código clasifica todos los trombos cardíacos secuela de un IAM (sean murales o intracavitarios)

A este código, se le debe añadir el **414.8 Otras formas especificadas de enfermedad cardíaca isquémica crónica** (y no el 412) dado que contemplar el trombo como relacionado con el IAM previo, se considera que dicho IAM presenta síntomas después de las 8 semanas que marca la nota explicativa de esta subcategoría.

8.- Tras revisar el Boletín nº 13 de Junio de 1.999, y en la Sección de Asistencia ambulatoria, dentro del desglose de los códigos V, advierto en la página 33 que dice: *“6) Seguimiento: identifica el control de una enfermedad tras el tratamiento, indicando que la enfermedad está tratada y curada, sin existir, a diferencia de los códigos de asistencia posterior que identifican un proceso o enfermedad en vías de curación”*.

Tras esa definición si se pretende codificar que un paciente ingresa, tras ser operado por ejemplo, de fractura de cráneo, en el hospital de referencia,

¿se debe entender que el primer diagnóstico no puede ser V67.4 y si debe ser V66.4, ya que se deduce que el enfermo está convaleciente, y la fractura no está curada, pero sí, en vías de curación?.

Y si eso es así ¿Se debe entender que la categoría V66 se puede traducir como “Recién salido de... y sigue con la enfermedad”, y la categoría V67, como “Ya pasó que ... una vez curada”?

RESPUESTA

No; el **V66** Convalecencia debe aplicarse para los casos en los que el paciente está clínicamente curado pero presenta ciertos déficits en su fisiología (estado de restitución) que hacen que no se encuentre totalmente restablecido; podríamos entenderlo como un antecedente personal (similar a los V de historia) pero muy reciente.

El **V67** Examen de seguimiento habrá que entenderlo como “tuvo la enfermedad, se trató y curó, pasando incluso el período de convalecencia, y por las peculiaridades de aquella enfermedad viene a revisión para descartar posibles recidivas, secuelas, etc.

9.- ¿Cuál sería el código correcto para asignar a un paciente que ingresa para retirada de una endoprótesis biliar?, teniendo en cuenta que en

ese momento no presenta ningún problema o complicación de su patología anterior y que ya se ha resuelto el problema obstructivo.

RESPUESTA

Efectivamente no hay datos de que el paciente presente ningún problema o complicación de su patología, es más, suponemos que con la endoprótesis se han solucionado, pero está claro que el paciente acude para recibir unos cuidados o servicios posteriores relacionados con el tratamiento recibido previamente, en este caso para retirarle la prótesis, que igual que en el caso anterior debemos codificarlo con el **V58.49 Otros cuidados postquirúrgicos especificados**, si es retirada quirúrgicamente o bien si no es así lo codificaremos con el **V58.89 49 Otros cuidados especificados**.

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 Programas.
Ministerio de Sanidad y Consumo.
C/ Ruiz de Alarcón, 7. 28014 MADRID.
Telf: (91) 360 45 42, Fax: (91) 360 45 45.
E-Mail: mSENDINO@MSC.ES

FORMACION CONTINUADA

MOTIVO DE INGRESO.- Paciente que ingresa procedente de consultas, con carácter programado, por reconstrucción mamaria izqda.

ANTECEDENTES Y ANAMNESIS.- Hepatitis en la infancia. Herpes zóster. Alérgica a ácido pipemídico. Mastectomía simple (10-6-98) izqda. con reconstrucción mamaria según técnica TRAM.

Ingreso de forma programada para realización de plastia de cicatriz mamaria izqda. y reconstrucción del complejo areola-pezón del mismo lado.

EXPLORACION FISICA.- Lo descrito.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.- Estudios preoperatorios dentro de la normalidad.

Anatomía patológica: Piel con cicatriz y reacción a cuerpo extraño. No se evidencian nidos tumorales (en 18 secciones examinadas). Piel con infiltrados linfocitarios perivascuales dérmicos. No se observan nidos tumorales.

EVOLUCION CLINICA.- Sin incidencias.

INTERVENCION QUIRURGICA.- Fecha Intervención: 22-01-1999

PROCEDIMIENTO REALIZADO: Plastia izqda. reconstrucción pezón.

Comentarios: Dibujo y diseño del tallado. Reconstrucción de cicatriz abdominal. Revisión de cicatriz del hueco axilar. Plastia y sutura. Reconstrucción del complejo areola-pezón con injerto libre de espesor total obtenido de la cara interna del muslo izqdo. Sutura con nylon 5-0.

JUICIO DIAGNOSTICO.- Tram. Mama izqda. reconstrucción.

RECOMENDACIONES AL ALTA

Tratamiento Farmacológico: No precisa por nuestra parte.

Dieta: Normal

Hábitos: Vida normal

RESPUESTA A LA FORMACION CONTINUADA

DIAGNOSTICO	CODIGO	OBSERVACIONES
<u>Reconstrucción mamaria</u> Admisión - para - - cirugía cosmética - - - después de lesión curada	V51	La información que poseemos no permite identificar la patología originaria por la que se realizó la mastectomía. No obstante, lo que sí parece claro es que se trata de una lesión ya curada
<u>Mastestomizada</u> Ausencia - mama(s) (adquirida)	V45.71	
<u>Alergia del ácido pipemídico</u> Historia (personal) de - alergia a - - agentes medicamentosos - - - tipo especificado NCOC	V14.8	

PROCEDIMIENTO	CÓDIGO	OBSERVACIONES
<u>Reconstrucción de pezón</u> Reconstrucción de pezón NCOC	85.87	
<u>Injerto libre de piel total</u> Injerto - piel - - grosor total - - - mama	85.83	
<u>Excisión de piel para injerto</u> Excisión - piel - - para injerto	86.91	
<u>Reconstrucción de la cicatriz</u> Reconstrucción - piel NCOC	86.89	

FORMACION CONTINUADA

Paciente intervenida quirúrgicamente de un tumor temporoparietooccipital derecho que resultó ser un Oligodendroglioma anaplásico por lo que fue complementado su tratamiento quirúrgico con cobaltoterapia.

Desde entonces ha sido controlada periódicamente y aunque no había presentado nueva sintomatología, al detectarse por los estudios TC y RM cerebrales el crecimiento de una imagen de posible recidiva tumoral, se decidió su reintervención quirúrgica que fue llevada a cabo sin incidencias el 24-11-99. En esta intervención se extirpó el tejido supuestamente neoplásico, así como la totalidad de la duramadre expuesta por la craneotomía.

La evolución de la paciente fue excelente y dada la negatividad de los estudios anatomopatológicos tanto de la duramadre como del parénquima cerebral resecado, en los que no se encontró ningún resto tumoral el tratamiento complementario de cistostáticos se ha suspendido sin fecha.

DIAGNOSTICO FINAL: Desarrollo de lesiones postgammaterapia, extirpadas quirúrgicamente. No recidiva tumoral hasta el momento presente.

NOTICIAS Y SUGERENCIAS

NOTICIAS:

La Unidad Técnica reanuda su actividad docente a partir del mes de septiembre. Se impartirán cursos básicos y talleres de codificación. La información sobre los mismos podrá ser solicitada en las direcciones de la Unidad Técnica.

NOTA: En el monográfico correspondiente a Traumatología incluido en el boletín nº 14 se omitió por error hacer referencia a la Unidad Técnica de la Comunidad Autónoma de Galicia quienes aportaron el último esquema del mismo.