

**Taller de formación  
continuada en  
codificación  
clínica con la  
CIE-9 MC  
2000 - 2001**



MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y CONSUMO

Taller de formación  
continuada en  
codificación clínica  
con la CIE-9 MC  
2000 - 2001

SERIE: Formación continuada n.º 1

Talleres de Formación continuada en Codificación Clínica con CIE-9-MC

Serie Sistemas de Información

AÑO 2001

DIRECCION:

JOSÉ LUIS DE SANCHO MARÍN  
(Subdirector General de Asistencia Sanitaria)

FRANCISCO DE ASIS JOVE DOMÍNGUEZ-GIL  
(Subdirector General de Desarrollo)

COORDINACION:

JULIA RUBIO FLORES  
(Subd. Gral de Desarrollo/Sistemas de Información-CMBD)

PROFESORADO:

CARMEN VILCHEZ PERDIGÓN  
Unidad de Codificación del H. de Guadalajara  
Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud

M<sup>ª</sup> DOLORES DEL PINO JIMÉNEZ  
Unidad de Codificación del H. Clínico Universitario de Zaragoza.  
Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud

ISABEL DE LA RIVA JIMÉNEZ  
Unidad de Codificación del H. Severo Ochoa  
Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud

ANA VARA LORENZO  
Unidad de Codificación del H. Universitario de Getafe



© Instituto Nacional de la Salud  
Subdirección General de Planificación e Información  
Servicio de Publicaciones y Biblioteca  
C/ Alcalá, 56  
28014

Depósito Legal: M. 1.006-2002  
ISBN: 84-351-0368-4  
NIPO: 352-01-046-8  
Núm. Publicación INSALUD: 1.812  
Diseño cubierta: Enrique Sánchez-Maroto Moraleda

Imprime: **ARTEGRAF, S.A.**  
Sebastián Gómez, 5  
Tel.: 91 475 42 12  
28026 Madrid

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD  
**Subdirección General de Desarrollo**

Taller de formación  
continuada en  
codificación clínica  
con la CIE-9 MC  
2000 - 2001

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD  
**Subdirección General de Coordinación Administrativa**  
Madrid, 2001



## ÍNDICE

---



## ÍNDICE

	Pág.
PRESENTACIÓN .....	13
INTRODUCCIÓN .....	17

### APARATO CIRCULATORIO

1. ENFERMEDAD ISQUÉMICA CARDIACA: HEMODINÁMICA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA ...	21
2. TRASTORNOS DE LA CONDUCCIÓN.....	35
2.1. INSERCIÓN, SUSTITUCIÓN Y REVISIÓN DE MARCAPASOS Y DESFIBRILADORES CARDIACOS .....	35
2.2. ESTUDIOS ELECTROFISIOLÓGICOS CARDIACOS Y ABLACIÓN DE VÍAS ACCESORIAS .....	46
3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL: TIPOS DE HIPERTENSIÓN. CORAZÓN E HIPERTENSIÓN.....	49

### NEOPLASIAS

1. CÓDIGOS DE MORFOLOGÍA .....	57
2. SELECCIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL.....	60
3. TUMORES Y SIDA.....	69
4. PROCESOS RELACIONADOS CON NEOPLASIAS.....	76
4.1. INCIDENTALOMA: .....	76
4.2. SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS .....	77
4.3. SÍNDROMES MIELOPROLIFERATIVOS.....	82



5. LINFOMAS NO HODGKIN: .....	87
6. INGRESOS PARA TRATAMIENTO: .....	95
6. 1. QUIMIOTERAPIA: .....	95
6. 2. COMPLICACIÓN DE QUIMIOTERAPIA.....	99
6. 3. CUIDADOS PALIATIVOS.....	101
6. 4. TERAPIA DEL DOLOR ONCOLÓGICO.....	103
6. 5. TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS SANGUÍNEAS .....	105
6. 6. AFÉRESIS DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS.....	106
7. TRICOLEUCEMIA.....	108
8. LINFANGITIS CARCINOMATOSA.....	110

## APARATO URINARIO

1. NEFROPATÍAS: GLOMERULONEFRITIS, NEFROSIS Y NEFRITIS.....	115
2. INSUFICIENCIA RENAL Y SUS RELACIONES CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS: DIABETES E HIPERTENSIÓN.....	122
3. SITUACIONES RELACIONADAS CON LA DIÁLISIS RENAL.....	129
4. SITUACIONES RELACIONADAS CON EL TRASPLANTE RENAL.....	135
5. INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO .....	139
BIBLIOGRAFÍA.....	147

# PRESENTACIÓN

---



Una de las principales líneas de actuación del INSALUD en los últimos años ha estado dirigida al desarrollo y mejora de los Sistemas de Información. Entre ellos, el Sistema de Información del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) que tras su implantación en 1992, se ha consolidado como una herramienta básica de información para la gestión clínica.

El desarrollo de estas herramientas, basadas en la información clínica, implica una mejora continua de la documentación y de la posterior codificación de los episodios asistenciales para lo que es necesario establecer, entre otras medidas, un plan de formación del personal dedicado a esas tareas.

Una vez superada la fase de implantación del CMBD, el INSALUD abordó un programa de mejora continua de la calidad garantizando por un lado los aspectos relativos a la formación básica y continuada en el Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC) y por otro, la realización de un importante trabajo de auditoría interna mediante la verificación, análisis y el establecimiento de un sistema de retroalimentación con las propias Unidades de Codificación de los Hospitales.

Con el propósito de unificar y normalizar los criterios de codificación en los hospitales de la red del INSALUD, desde sus Servicios Centrales, se han llevado a cabo actividades de divulgación y formativas, entre las que destacan los Talleres de Formación Continuada en Codificación Clínica con la CIE-9-MC que, desde 1996 y dentro del Convenio INSALUD-Instituto de Salud Carlos III, se vienen celebrando en la Escuela Nacional de Sanidad con asistencia de profesionales de todos los hospitales de la red.

La publicación de los contenidos de estos talleres supone un paso más en la tarea de mejorar la calidad de nuestros sistemas de información proporcionando un documento de referencia para la formación continuada en la codificación clínica.

Es justo, pues, agradecer el esfuerzo de los profesionales que han llevado a cabo todo el trabajo de análisis de necesidades, tutoría y desarrollo de los temarios, así como el de todas aquellas personas que de una u otra manera están implicados en este importante trabajo que en última instancia persigue la mejora de nuestro sistema sanitario.

Francisco de Asís Jove Domínguez-Gil  
Subdirector General de Desarrollo

# INTRODUCCIÓN

---



En este documento se recogen y analizan las diferentes situaciones teóricas planteadas en los Talleres de Formación Continuada en Codificación Clínica con la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-9-MC, llevados a cabo durante el período 2000-2001, en el marco del Convenio de Colaboración INSALUD-Instituto de Salud Carlos III para la formación continuada de los profesionales de centros y servicios sanitarios del Instituto.

Desde el año 1996 se han venido realizando cursos para garantizar una formación básica mínima a todos los integrantes de las Unidades de Codificación así como otros para la actualización y puesta al día de las normas de codificación. Estas acciones formativas que se coordinan desde la Unidad del CMBD de la Subdirección General de Desarrollo, han de ser complementadas con aquellas otras que den respuesta a los problemas específicos de nuestros hospitales en el área de la información clínica.

Una vez garantizada la formación de los profesionales que trabajan en las mencionadas Unidades de Codificación, el amplísimo abanico y diversidad de procesos y procedimientos de la Clasificación y los cambios constantes que se van produciendo en la práctica asistencial, hacen imprescindible el establecimiento de medidas que permitan la unificación y homogeneización de los criterios de codificación, base para garantizar la mayor exactitud, fiabilidad y validez a la información clínica.

Los talleres de formación continuada responden a esta necesidad y tienen como principal objetivo la puesta en común y la aclaración de determinados criterios sobre el manejo de los códigos del Sistema de Clasificación de Enfermedades CIE-9-MC, que en la práctica, presentan alguna dificultad.



En 1999 se cambió la metodología de las clases que hasta ese momento se venían realizando, haciendo que los talleres tuvieran una orientación eminentemente práctica, con mayor protagonismo de los alumnos y basados en los casos reales donde previamente, se habían identificado los problemas. Por otra parte y con objeto de crear y asentar los criterios a utilizar en el manejo de los códigos, se ha garantizado la asistencia de al menos una persona de cada Hospital.

La metodología aplicada en los talleres, la podemos sintetizar en los siguientes puntos:

1. Exposición del caso objeto de estudio.
2. Asignación de códigos.
3. Justificación de los códigos asignados.
4. Clasificación del paciente en función de la asignación de códigos.

La clasificación de pacientes se ha realizado con la versión 14.1 del agrupador AP-GRDs.

La recopilación de estos informes en una única publicación persigue la finalidad de ser un documento de trabajo para los profesionales de los centros, además de servir de referencia en el campo de la codificación médica, conscientes de la importancia que cualquier esfuerzo de normalización tiene en la mejora de los sistemas de información para la gestión clínica.

# 1. ENFERMEDAD ISQUÉMICA CARDÍACA: HEMODYNÁMICA, DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA

## Caso 1.1

### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**  
Paciente de 51 años con IAM de localización anterior.
- **Antecedentes personales:**  
Fumador de unos 20 cigarrillos/día.
- **Procedimientos:**  
Estudio hemodinámico y coronariografía: Acinesia apical, estenosis del 80% en IVA media sobre la que se implanta stent, estenosis severas en primera y segunda marginal sobre las que se practica ACTP. Se aprecia un trombo agudo muy reciente a nivel de tronco común que desaparece tras tratamiento con reopro.
- **Evolución:**  
Asintomático, sin síntomas de insuficiencia cardiaca.
- **Diagnósticos:**  
Cardiopatía isquémica: Infarto agudo de miocardio de localización anterior.

### II) Codificación Clínica

- **Diagnóstico principal:**  
410.11 "Infarto agudo de miocardio de otra pared anterior, episodio de atención inicial"
- **Diagnóstico secundario:**  
414.01 "Aterosclerosis coronaria de arteria coronaria nativa"  
429.81 "Otros trastornos del músculo papilar"  
305.1 "Trastorno por uso de tabaco"

• **Procedimientos:**

- 36.05 "ACTP múltiple o aterectomía coronaria...con o sin uso de agente trombolítico"
- 36.06 "Implante de prótesis intracoronaria"
- 36.04 "Infusión arterial intracoronaria de trombolíticos"
- 37.22 "Cateterismo cardiaco del lado izquierdo del corazón"
- 88.57 "Otras arteriografías coronarias y arteriografía coronaria no especificada"

III) **Justificación de los códigos asignados**

En cuanto al diagnóstico principal, aunque se diagnostique durante el episodio la existencia de aterosclerosis coronaria, queda claro que el motivo del ingreso es el IAM. A pesar de que los facultativos habitualmente no utilizan los términos inicial o subsiguiente, es correcto considerar una admisión por infarto como episodio inicial de cuidados cuando los antecedentes no mencionan un infarto anterior (Coding Handbook 1999, pg.253).

Como además de realizarse ACTP en tres vasos distintos ( la inserción del stent implica una ACTP previa), se realiza tratamiento trombolítico, ha de utilizarse el código adicional que indica éste último, tal como indican las instrucciones del código 36.05 de la lista tabular de procedimientos. Se añade el código de cateterismo cardiaco del lado izquierdo porque siempre se realizan toma de presiones. De no ser así, debería excluirse (Coding Handbook 1999, pg.271).

IV) **Clasificación del paciente en función de los códigos asignados**

- |           |         |                                                         |
|-----------|---------|---------------------------------------------------------|
| Diagn. 1: | *410.11 | "IAM anterior, episodio de atención inicial"            |
| Diagn. 2: | 414.01  | "Ateroscl.coronaria de a.coronaria nativa"              |
| Diagn. 3: | #429.81 | "Otros trastornos del músculo papilar"                  |
| Diagn. 4: | 305.1   | "Trastorno por uso de tabaco"                           |
| Proc. 1:  | 36.05   | "ACTP múltiple ...con o sin uso de agente trombolítico" |
| Proc. 2:  | *36.06  | "Implante de prótesis intracoronaria"                   |
| Proc. 3:  | 36.04   | "Infusión arterial intracoronaria de trombolíticos"     |
| Proc. 4:  | 37.22   | "Cateterismo cardiaco del lado izquierdo del corazón"   |
| Proc. 5:  | 88.57   | "Otras arteriografías coronarias "                      |

\* Código que influye en la asignación del GRD.

# Código de complicación o comorbilidad que no influye en la asignación de ese GRD.

GRD: **808 Procedimientos cardiovasculares percutáneos con IAM, fallo cardíaco o shock**  
 Peso: **3,1170**

## Caso 1.2

### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 76 años que es trasladado desde el hospital San Jorge de Huesca , donde ingresó por infarto de miocardio inferior, para la realización de estudio hemodinámico.

- **Antecedentes personales:**

Sin interés.

- **Procedimientos:**

Estudio hemodinámico y coronariografía: CI irregular sin estenosis significativas, CD con estenosis del 99% a nivel de I porción y 80% entre I y II porción sobre las que se implantan sendos stents con buen resultado.

- **Evolución:**

Se ha suspendido el tratamiento con diltiazem por bloqueo AV de primer grado.

- **Diagnósticos:**

Infarto agudo de miocardio . Lesión de un vaso.

### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

410.41 "Infarto agudo de miocardio de otra pared inferior,epi-sodio de atención inicial"

- **Diagnóstico secundario:**

414.01 "Aterosclerosis coronaria de arteria coronaria nativa"

426.11 "Bloqueo auriculoventricular de primer grado".

E942.4 "Vasodilatadores coronarios".

- **Procedimientos:**

36.01 "ACTP simple o aterectomía coronaria sin uso de agente trombolítico"

36.06 "Implante de prótesis intracoronaria"

36.06 "Implante de prótesis intracoronaria"

37.22 "Cateterismo cardiaco del lado izquierdo del corazón"

88.57 "Otras arteriografías coronarias y arteriografía corona-

ria no especificada"

### III) Justificación de los códigos asignados

En cuanto al diagnóstico principal, aunque se diagnostique durante el episodio la existencia de aterosclerosis coronaria, el motivo del ingreso es el IAM debido a que el paciente ha sido trasladado desde otro hospital donde ingresó por este proceso. Por este motivo sigue siendo un episodio de cuidados inicial indicado por el quinto dígito 1 de subclasificación (Coding Handbook 1999, pg.253).

Sólo se realiza ACTP en un solo vaso ( aunque sea en dos lugares distintos), sin embargo, ha de utilizarse tantas veces el código 36.06 como prótesis se pongan. Se añade el código de cateterismo cardiaco del lado izquierdo porque siempre se realizan toma de presiones. De no ser así, debería excluirse (Coding Handbook 1999, pg.271).

### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

Diagn. 1:	*410.41	"IAM de otra pared inferior, episodio de atención inicial"
Diagn. 2:	414.01	"Ateroscl.coronaria de a.coronaria nativa"
Diagn. 3:	426.11	"Bloqueo auriculoventricular de primer grado"
Diagn. 4:	E942.4	"Vasodilatadores coronarios".
Proc. 1:	*36.01	"ACTP simple o aterectomía coronaria sin uso de agente trombolítico"*
Proc. 2:	36.06	"Implante de prótesis intracoronaria"
Proc. 3:	36.06	"Implante de prótesis intracoronaria"
Proc. 4:	37.22	"Cateterismo cardiaco del lado izquierdo del corazón"
Proc. 5:	88.57	"Otras arteriografías coronarias "

GRD: **808 Procedimientos cardiovasculares percutáneos con IAM, fallo cardíaco o shock**  
 Peso: **3,1170**

### Caso 1.3

## I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 74 años con angor inestable.

- **Antecedentes personales:**

HTA. Hipercolesterolemia.

- **Procedimientos:**

Estudio hemodinámico y coronariografía: Afección severa de todos los vasos coronarios, procediéndose al implante de stent en lesión crítica de IVA y realización de ACTP en vaso distal. Contractilidad ventricular izquierda conservada.

E.C.G. Bloqueo de rama derecha.

- **Evolución:**

Asintomático, sin síntomas de insuficiencia cardiaca ni angor, tolerando la medicación y la deambulacion.

- **Diagnósticos:**

Angor inestable. Enfermedad multivazo coronaria. HTA.

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

414.01 "Aterosclerosis coronaria de arteria coronaria nativa"

- **Diagnósticos secundarios:**

411.1 "Síndrome coronario intermedio".

401.9 "Hipertensión esencial no especificada".

426.4 "Bloqueo de la rama derecha del fascículo"

272.0 "Hipercolesterolemia pura"

- **Procedimientos:**

36.05 "ACTP múltiple con o sin uso de agente trombolítico"

36.06 "Implante de prótesis intracoronaria"

37.22 "Cateterismo cardiaco del lado izquierdo del corazón"

88.57 "Otras arteriografías coronarias y arteriografía coronaria no especificada"

## III) Justificación de los códigos asignados

El Código 411.1 se designa como diagnóstico principal sólo cuando no se identifica la condición subyacente y no hay intervención quirúrgica. En este caso, el código de la aterosclerosis coronaria nativa (no existen antecedentes de cirugía de by-pass) se asigna como principal, con un código adicional para la angina inestable (Manual de usuario, pg. 80; Coding Handbook 1999, pg. 256 y 257).

Se realiza ACTP en dos vasos, ya que la inserción del stent re-

quiere previamente una angioplastia. Se añade el código de cateterismo cardiaco del lado izquierdo porque siempre se realizan toma de presiones. De no ser así, debería excluirse (Coding Handbook 1999, pg.271).

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

Diagn. 1:	*414.01	"Ateroscl.coronaria de a.coronaria nativa"
Diagn. 2:	411.1	"Síndrome coronario intermedio"
Diagn. 3:	401.9	"Hipertensión esencial no especificada".
Diagn. 4:	426.4	"Bloqueo de la rama derecha del fascículo"
Proc. 1:	*36.05	"ACTP múltiple con o sin uso de agente trombolítico"
Proc. 2:	36.06	"Implante de prótesis intracoronaria"
Proc. 3:	37.22	"Cateterismo cardiaco del lado izquierdo del corazón"
Proc. 4:	88.57	"Otras arteriografías coronarias "

GRD: **112 Procedimientos cardiovasculares percutáneos**  
 Peso: **1,6896**

### Caso 1.4

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**  
Paciente de 70 años con angor de reposo.
- **Antecedentes personales:**  
Cardiopatía isquémica: portador de 2 stents en IVA. Dislipemia.
- **Procedimientos:**  
E.C.G. Bloqueo de rama derecha y hemibloqueo anterosuperior de rama izquierda.
- **Evolución:**  
Se ha aumentado el tratamiento antianginoso del paciente, con lo que se ha conseguido estabilizar el cuadro clínico.
- **Diagnósticos:**  
Angor inestable. Cardiopatía isquémica. BRD y HASI.

#### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

411.1 "Síndrome coronario intermedio".

- **Diagnósticos secundarios:**

426.52 "Bloqueo de la rama derecha del fascículo y bloqueo fascicular anterior izquierdo"

V45.82 "Estado de angioplastia coronaria transluminal percutánea".

272.4 "Otras lipidemias y lipidemias no especificadas".

### III) Justificación de los códigos asignados

El Código 411.1 se designa como diagnóstico principal sólo cuando no se identifica la condición subyacente ( o ya está diagnosticada) y no hay intervencionismo. En este caso, el código de la angina inestable se asigna como principal, con un código adicional para el estado de ACTP (Manual de usuario, pg.80; Coding Handbook 1999, pg.256).

No se realiza ningún procedimiento con la suficiente entidad como para ser codificado.

### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

Diagn. 1:	*411.1	"Síndrome coronario intermedio"
Diagn. 2:	426.52	"Bloqueo de la RD del fascículo y bloqueo fascicular AI"
Diagn. 3:	V45.82	"Estado de angioplastia coronaria transluminal percutánea"
Diagn. 4:	272.4	"Otras lipidemias y lipidemias no especificadas"

GRD: **140 Angina de pecho**

Peso: **0,8999**

## Caso 1.5

### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 70 años que ingresa de forma programada para estudio hemodinámico por angina de pequeño esfuerzo desde hace un mes.

- **Antecedentes personales:**



En un ingreso anterior se implantó stent en IVA proximal y se practicó ACTP sobre estenosis severa en primera diagonal. IAM hace dos años.

HTA. Dislipemia.

• **Procedimientos:**

Estudio hemodinámico: Se aprecia estenosis intrastent, se realiza aterectomía rotacional y ACTP con excelente resultado.

• **Evolución:**

Permanece estable, se retira introductor arterial sin incidencias. No presenta hematoma. El perfil coronario ha sido normal.

• **Diagnósticos:**

Angor inestable. Estenosis intrastent de IVA.HTA. Dislipemia.

## II) Codificación clínica

• **Diagnóstico principal:**

996.72\* "Otras complicaciones por otro dispositivo, implante e injerto cardiaco".

• **Diagnósticos secundarios:**

411.1 "Síndrome coronario intermedio".

401.9 "Hipertensión arterial no especificada".

V45.82 "Estado de angioplastia coronaria transluminal percutánea".

412 "Infarto de miocardio, antiguo".

• **Procedimientos:**

36.01 "ACTP simple o aterectomía coronaria sin uso de agente trombolítico"

88.57 "Otras arteriografías coronarias y arteriografía coronaria no especificada".

37.22 "Cateterismo cardiaco del lado izquierdo del corazón"

## III) Justificación de los códigos asignados

La estenosis u oclusión intrastent se considera una complicación y no una aterosclerosis, ya que, por definición, ésta sólo puede producirse sobre la pared de un vaso sanguíneo, ya sea nativo o injerto. Por otra parte, la oclusión o estenosis NEOM no se deben presuponer como ateroscleróticas (entrada en el índice alfabético por "obstrucción - dispositivo, implantación o injerto). Se deben asignar códigos adicionales para la angina inestable(síntoma de la estenosis) y para el estado de ACTP realizada anteriormente en el otro vaso (Manual de usuario, pg.80; Coding Handbook 1999, pg.256).

Se realiza ACTP en un solo vaso y se añade el código de catete-

rismo cardiaco del lado izquierdo porque siempre se realizan toma de presiones. De no ser así, debería excluirse (Coding Handbook 1999, pg.271).

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

Diagn. 1:	*996.72	"Otras complic. por dispositivo, implante e injerto cardiaco"
Diagn. 2:	411.1	"Síndrome coronario intermedio"
Diagn. 3:	401.9	"Hipertensión esencial no especificada".
Diagn. 4:	V45.82	"Estado de angioplastia coronaria transluminal percutánea"
Proc. 1:	*36.01	"ACTP simple sin uso de agente trombolítico"
Proc. 2:	37.22	"Cateterismo cardiaco del lado izquierdo del corazón"
Proc.3:	88.57	"Otras arteriografías coronarias "

GRD: **112 Procedimientos cardiovasculares percutáneos**  
 Peso: **1,6896**

### Caso 1.6

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 38 años que ingresa procedente de urgencias por angor inestable.

- **Antecedentes personales:**

IAM septal en 1998 con realización de ACTP e implantación de stent en IVA proximal, lesión moderada en CD sobre la que no se actuó. Fumador.

- **Procedimientos:**

Coronariografía: Oclusión proximal en el stent de IVA proximal, recanalización con rotablator y ACTP. CD sin cambios significativos respecto a exploraciones previas. Cx sin lesiones. Contractilidad de ventrículo izquierdo normal.

- **Evolución:**

El paciente no ha presentado signos de sangrado en zona de punción ni soplo femoral, encontrándose hemodinámicamente estable al alta.

• **Diagnósticos:**

Angor inestable. Oclusión proximal del stent en IVA proximal. IAM (1998).

**II) Codificación clínica**

• **Diagnóstico principal:**

996.72 "Otras complicaciones por otro dispositivo, implante e injerto cardiaco".

• **Diagnósticos secundarios:**

411.1 "Síndrome coronario intermedio".

414.01 "Aterosclerosis de arteria coronaria nativa".

412 "Infarto de miocardio, antiguo".

305.1 "Trastorno por uso de tabaco".

• **Procedimientos:**

36.01 "ACTP simple o aterectomía coronaria sin uso de agente trombolítico"

88.57 "Otras arteriografías coronarias y arteriografía coronaria no especificada".

88.53 "Angiocardiografía de estructuras cardiacas izquierdas".

37.22 "Cateterismo cardiaco del lado izquierdo del corazón".

**III) Justificación de los códigos asignados**

La estenosis u oclusión intrastent se considera una complicación y no una aterosclerosis, ya que, por definición, ésta sólo puede producirse sobre la pared de un vaso sanguíneo, ya sea nativo o injerto. Por otra parte, la oclusión o estenosis NEOM no se deben presuponer como ateroscleróticas (entrada en el índice alfabético por "obstrucción - dispositivo, implantación o injerto). Se deben asignar códigos adicionales para la angina inestable(consecuencia de la estenosis) y para la aterosclerosis coronaria en el otro vaso (Manual de usuario, pg.80; Coding Handbook 1999, pg.256).

Se realiza ACTP en un solo vaso y se añade el código de cateterismo cardiaco del lado izquierdo porque siempre se realizan toma de presiones. De no ser así, debería excluirse (Coding Handbook 1999, pg.271). Se ha utilizado un código adicional para la ventriculografía ya que, de no realizarse, no se hubiera podido observar la contractilidad del ventrículo izquierdo.

**IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados**

Diagn. 1:	*996.72	"Otras complic. por dispositivo, implante e injerto cardiaco"
Diagn. 2:	411.1	"Síndrome coronario intermedio"
Diagn. 3:	414.01	"Ateroscl.coronaria de a.coronaria nativa"
Diagn. 4:	412	"Infarto de miocardio, antiguo".
Proc. 1:	*36.01	"ACTP simple sin uso de agente trombolítico"
Proc. 2:	37.22	"Cateterismo cardiaco del lado izquierdo del corazón"
Proc. 3:	88.53	"Angiocardiografía de estructuras cardiacas izquierdas"
Proc.4:	88.57	"Otras arteriografías coronarias"

GRD: **112 Procedimientos cardiovasculares percutáneos**  
 Peso: **1,6896**

## Caso 1.7

### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 60 años con dolor de características anginosas típicas, en relación con mínimos esfuerzos y prolongado.

- **Antecedentes personales:**

Intervenido de doble by-pass aorto coronario. Hipercolesterolemia. Exfumador.

- **Procedimientos:**

Cateterismo y Coronariografía: Estenosis aterosclerótica del injerto en Cx donde se implanta un stent. Oclusión proximal del injerto a CD. Se intenta recanalizar objetivándose la inexistencia de flujo distal y la presencia de múltiples trombos que se movilizan, iniciándose la perfusión de trombolíticos.

- **Evolución:**

Hematoma inguinal sin repercusión hemodinámica.

- **Diagnósticos:**

Angor inestable. Estenosis aterosclerótica de by-pass. Oclusión de by-pass por trombos.

### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**
  - 414.05 "Aterosclerosis de injerto de derivación de tipo no especificado".
- **Diagnósticos secundarios:**
  - 996.72 "Otras complicaciones por otro dispositivo, implante e injerto cardiaco".
  - 411.1 "Síndrome coronario intermedio".
  - 998.12 "Hematoma que complica un procedimiento".
  - 272.0 "Hipercolesterolemia pura".
  - V15.82 "Historia de uso de tabaco".
- **Procedimientos:**
  - 36.01 "ACTP simple o aterectomía coronaria sin uso de agente trombolítico"
  - 36.06 "Implante de prótesis intracoronaria"
  - 36.04 "Infusión arterial intracoronaria de trombolíticos".
  - 88.57 "Otras arteriografías coronarias y arteriografía coronaria no especificada".
  - 37.22 "Cateterismo cardiaco del lado izquierdo del corazón".

### III) Justificación de los códigos asignados

La oclusión NEOM no se debe presuponer como aterosclerótica (entrada en el índice alfabético por "obstrucción - dispositivo, implantación o injerto). Existe, por otra parte, una aterosclerosis del injerto. Se ha elegido ésta última como diagnóstico principal debido a que es la que consume los principales recursos. Se deben asignar códigos adicionales para la angina inestable (consecuencia de las estenosis) y para el hematoma (Manual de usuario, pg.80; Coding Handbook 1999, pg.256).

Se realiza ACTP en un solo vaso y se usa un código adicional para la infusión de trombolíticos porque se realizan en vasos distintos. Se añade el código de cateterismo cardiaco del lado izquierdo porque siempre se realizan toma de presiones. De no ser así, debería excluirse (Coding Handbook 1999, pg.271

### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

- Diagn. 1: \*414.05 "Aterosclerosis de injerto de derivación de tipo no especificado"
- Diagn. 2: #996.72 "Otras complic. por dispositivo, implante e injerto cardiaco"
- Diagn. 3: 411.1 "Síndrome coronario intermedio"

Diagn. 4:	*998.12	"Hematoma que complica un procedimiento"
Proc. 1:	*36.01	"ACTP simple sin uso de agente trombolítico"
Proc. 2:	36.06	"Implante de prótesis intracoronaria"
Proc. 3:	37.22	"Cateterismo cardiaco del lado izquierdo del corazón"
Proc.4:	88.57	"Otras arteriografías coronarias "
Proc.5:	36.04	"Infusión arterial intracoronaria de trombolíticos"

GRD: **550 Otras intervenciones vasculares con CC mayores**  
 Peso: **5,3127**

## Caso 1.8

### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 51 años con insuficiencia cardiaca congestiva y dolor precordial.

- **Antecedentes personales:**

Estenosis mitral. Insuficiencia mitral.

- **Procedimientos:**

Cateterismo derecho: percutáneo, vena femoral derecha. Catéter balón.

Cateterismo izquierdo: Percutáneo, arteria femoral derecha. Catéter pigtail.

Ventriculografía izquierda y arteriografía coronaria con catéteres Judkins.

- **Evolución:**

Sin incidencias.

- **Diagnósticos:**

Estenosis mitral. Insuficiencia mitral. Hipertensión pulmonar. Insuficiencia cardiaca congestiva. Coronarias sin lesiones.

### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

398.91 "Insuficiencia cardiaca reumática (congestiva)".

- **Diagnósticos secundarios:**

- 394.2 "Estenosis mitral con insuficiencia".
- 416.8 "Otras enfermedades cardiopulmonares crónicas".

• **Procedimientos:**

- 37.23 "Cateterismo combinado de los lados derecho e izquierdo del corazón".
- 88.56 "Arteriografía coronaria con empleo de dos catéteres".
- 88.53 "Angiocardiógrafía de estructuras cardíacas izquierdas".

### III) Justificación de los códigos asignados

Cuando no se especifica en la expresión diagnóstica la condición de una valvulopatía, la CIE-9-MC asume, por defecto que la estenosis mitral es reumática. Por otra parte, la presencia de insuficiencia cardíaca se codifica así mismo como reumática para evitar que se dé una falta de concordancia entre ambos códigos y en este caso es diagnóstico principal debido a que la valvulopatía ya estaba diagnosticada con anterioridad (Manual de usuario, pg.73; Coding Handbook 1999, pg.251-252; Formación continuada, sept.1998).

Al especificarse que se realiza cateterismo de lado izquierdo y derecho, se utiliza código de combinación.

### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

- |           |         |                                                            |
|-----------|---------|------------------------------------------------------------|
| Diagn. 1: | *398.91 | "Insuficiencia cardíaca reumática (congestiva)"            |
| Diagn. 2: | 394.2   | "Estenosis mitral con insuficiencia"                       |
| Diagn. 3: | 416.8   | "Otras enfermedades cardiopulmonares crónicas"             |
|           |         |                                                            |
| Proc. 1:  | *37.23  | "Cateterismo de los lados derecho e izquierdo del corazón" |
| Proc. 2:  | *88.56  | "Arteriografía coronaria con empleo de dos catéteres"      |
| Proc. 3:  | 88.53   | "Angiocardiógrafía de estructuras cardíacas izquierdas"    |

GRD: **125 Trastornos circulatorios excepto IAM, con cateterismo sin diagnóstico complejo**  
 Peso: **0,6544**

## 2. TRASTORNOS DE LA CONDUCCIÓN

### 2.1. INSERCIÓN, SUSTITUCIÓN Y REVISIÓN DE MARCAPASOS

#### Caso 2.1.1

##### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 79 años que ingresa con carácter programado para implante de marcapasos por bloqueo aurículo-ventricular.

- **Antecedentes personales:**

EPOC, HTA y DM no insulino dependiente.

- **Procedimientos:**

Implante de marcapasos definitivo. Reprogramación posterior.

- **Evolución:**

En el postoperatorio inmediato sufre un cuadro sincopal que se atribuye a la medicación sedante administrada en el implante.

- **Diagnósticos:**

Bloqueo aurículo-ventricular. HTA. EPOC. DMNID.

##### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

426.10 "Bloqueo auriculoventricular no especificado"

- **Diagnóstico secundario:**

496 "Obstrucción crónica de vías respiratorias no clasificadas bajo otro concepto"

401.9 "Hipertensión esencial no especificada"

250.00 "Diabetes mellitus sin mención de complicación, tipo II, no establecida como incontrolada"

780.2 "Síncopa y colapso"

E937.9 "Sedante e hipnóticos no especificado"

- **Procedimientos:**

37.70 "Inserción inicial de electrodos no especificada de otra manera"

37.80 "Inserción de marcapasos, permanente o sustituido, sin especificar tipo de aparato"

##### III) Justificación de los códigos asignados

Aunque el paciente ingresa de forma programada para el implante de marcapasos, el diagnóstico principal es el bloqueo aurículo-ven-



tricular, ya que sólo se asigna el código V53.31, "Colocación y ajuste de marcapasos cardíaco" cuando un paciente ingresa para extracción, reemplazamiento o reprogramación del mismo (Coding Handbook 1999, pg.273).

Se precisan dos códigos para la inserción inicial de un marcapasos permanente. Un código indica el tipo de mecanismo, comúnmente llamado generador del pulso y el otro la inserción del electrodo. En este caso no se especifica nada de ninguno de los dos, de ahí los códigos asignados. La reprogramación es un simple procedimiento no quirúrgico que no requiere código de procedimiento (Manual de Usuario, pg. 82-83; Coding Handbook 1999, pg.273)

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

Diagn. 1:	*426.10	"Bloqueo auriculoventricular no especificado"
Diagn. 2:	#496	"Obstrucción cr. de vías resp. no clasif. bajo otro concepto"
Diagn. 3:	401.9	"Hipertensión esencial no especificada"
Diagn. 4:	250.00	"DM sin complicación, tipo II, no establecida como incontr."
Proc. 1:	*37.70	"Inserción inicial de electrodos no especificada de otra manera"
Proc. 2:	*37.80	"Inserción de marcapasos, permanente o sustituido, sin especificar tipo de aparato"

GRD: **116 Implante de marcapasos cardíaco permanente sin IAM, fallo cardíaco o shock**  
 Peso: **3,7983**

### Caso 2.1.2

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 53 años que ingresa con carácter urgente por síncope debido a bloqueo auriculoventricular de segundo grado.

- **Antecedentes personales:**

Sin interés.

• **Procedimientos:**

E.C.G. Bloqueo AV de segundo grado (Mobitz II). Bloqueo de rama derecha y hemibloqueo anterosuperior izquierdo.

Implante de marcapasos definitivo VDD.

• **Evolución:**

Importante hematoma en región del marcapasos, evolucionando favorablemente.

• **Diagnósticos:**

Bloqueo aurículo-ventricular de segundo grado.

II) Codificación clínica

• **Diagnóstico principal:**

426.12 "Bloqueo auriculoventricular de Mobitz (tipo) II"

• **Diagnósticos secundarios:**

780.2 "Síncope y colapso".

426.52 "Bloqueo de la rama derecha del fascículo y bloqueo fascicular anterior izquierdo".

998.12 "Hematoma que complica procedimiento".

• **Procedimientos:**

37.72 "Inserción inicial de electrodo transvenoso en aurícula y ventrículo".

37.83 "Inserción inicial de dispositivo de doble cámara".

III) Justificación de los códigos asignados

Aunque el paciente ingresa por un síncope, éste es consecuencia del bloqueo por lo que, en todo caso, se añadirá un código opcional especificándolo (Manual de Usuario, pg. 23; Coding Handbook 1999, pg.20).

Aunque por la primera letra del tipo de marcapasos (V) deberíamos haber asignado el código de aparato de cámara única, la segunda letra (D) nos indica que se han colocado dos electrodos, por lo que el aparato realmente es de cámara doble(D) (Manual de Usuario, pg. 82-83; Coding Handbook 1999, pg.273).

IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

Diagn. 1: \*426.12 "Bloqueo auriculoventricular de Mobitz (tipo) II"

Diagn. 2: 780.2 "Síncope y colapso"

Diagn. 3: 426.52 "Bloqueo de la RD del fascículo y bloqueo fascicular AI"

- Diagn. 4: \*998.12 "Hematoma que complica procedimiento"  
 Proc. 1: \*37.72 "Inserción inicial de electrodo transv. en aurícula y ventrículo"  
 Proc. 2: \*37.83 "Inserción inicial de dispositivo de doble cámara"

GRD: **548 Implantación o revisión marcapasos con CC mayores**  
 Peso: **7,0586**

### Caso 2.1.3

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 77 años que presenta episodio de dolor precordial opresivo y pérdida súbita de conocimiento con caída al suelo.

- **Antecedentes personales:**

DM en tratamiento dietético.

- **Procedimientos:**

Holter: FA con alto grado de bloqueo y fases de regularización sugestivas de BAV completo.

Implante de marcapasos provisional por vía subclavia derecha.

Implante de marcapasos definitivo.

- **Evolución:**

A las 24 horas siguientes del implante de marcapasos permanente se diagnostica de tromboembolismo pulmonar.

- **Diagnósticos:**

Síncope cardiogénico. Bloqueo aurículo-ventricular completo. Tromboembolismo pulmonar. DMNID.

#### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

426.0 "Bloqueo auriculoventricular completo"

- **Diagnósticos secundarios:**

780.2 "Síncope y colapso".

415.11 "Embolismo pulmonar iatrogénico e infarto".

250.00 "Diabetes mellitus sin mención de complicación, tipo II, no establecida como incontrolada".

• **Procedimientos:**

- 37.70 "Inserción inicial de electrodos no especificada de otra manera"
- 37.80 "Inserción de marcapasos, permanente o sustituido, sin especificar tipo de aparato"
- 37.78 "Inserción de un sistema de marcapasos transvenoso temporal".
- 89.50 "Monitorización cardiaca ambulatoria".

**III) Justificación de los códigos asignados**

Aunque el paciente ingresa por un síncope, éste es consecuencia del bloqueo por lo que, en todo caso, se añadirá un código opcional especificándolo (Manual de Usuario, pg. 23; Coding Handbook 1999, pg.20).

Se precisan dos códigos para la inserción inicial de un marcapasos permanente. Un código indica el tipo de mecanismo, comúnmente llamado generador del pulso y el otro la inserción del electrodo. En este caso no se especifica nada de ninguno de los dos, de ahí los códigos asignados.

En la inserción de un marcapasos transitorio, el electrodo se inserta por cateterismo, conectándose a un generador de pulso externo, por lo que sólo precisa de un código. No se debe asignar código adicional para su extracción. (Manual de Usuario, pg. 82-83; Coding Handbook 1999, pg.273)

**IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados**

- Diagn. 1: \*426.0 "Bloqueo auriculoventricular completo"
- Diagn. 2: 780.2 "Síncope y colapso"
- Diagn. 3: \*415.11 "Embolismo pulmonar yatrogénico e infarto"
- Diagn. 4: 250.00 "DM sin compl., tipo II, no establecida como incontrolada".
  
- Proc. 1: \*37.70 "Inserción inicial de electrodos no especificada de otra manera"
- Proc. 2: \*37.80 "Inserción de marcapasos, permanente o sustituido, sin especificar tipo de aparato"

Proc. 3:	37.78	"Inserción de un sistema de marcapasos transvenoso temporal"
Proc.4:	89.50	"Monitorización cardiaca ambulatoria"

GRD: **548 Implantación o revisión de marcapasos cardíaco con CC mayor**  
 Peso: **7,0586**

### Caso 2.1.4

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 74 años que ingresa de forma programada para recambio de marcapasos por agotamiento de la batería.

- **Antecedentes personales:**

Sin interés.

- **Procedimientos:**

Recambio del generador del marcapasos por uno DR 403 PET720226S.

- **Evolución:**

Sin incidencias.

- **Diagnósticos:**

Recambio de marcapasos.

#### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

V53.31 "Colocación y ajuste de marcapasos cardíaco"

- **Diagnóstico secundario:**

- **Procedimientos:**

37.87 "Sustitución de cualquier tipo de marcapasos con dispositivo de cámara doble"

#### III) Justificación de los códigos asignados

Cuando el generador del marcapasos es sustituido sólo porque está llegando al final de su expectativa de vida, se debe asignar el código V53.31 como diagnóstico principal. Cuando debe sustituirse porque

existe una complicación mecánica se debe asignar el código 996.01, "Complicación mecánica debida a marcapasos cardiaco" (Coding Handbook 1999, pg.273).

Cuando un generador de marcapasos es reemplazado por uno nuevo, el tipo de generador que se retira no afecta al código; se debe codificar sólo el tipo del generador que se inserta (en este caso, D). (Manual de Usuario, pg. 82-83; Coding Handbook 1999, pg.273).

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

**Diagn. 1:** \*V53.31 "Colocación y ajuste de marcapasos cardiaco"

**Proc. 1:** \*37.87 "Sustitución de cualquier tipo de marcapasos con dispositivo de cámara doble"

**GRD:** 118 Revisión de marcapasos cardíaco sustitución de generador  
**Peso:** 2,1314

### Caso 2.1.5

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 47 años que ingresa de forma programada por presentar fístula cutánea sobre marcapasos.

- **Antecedentes personales:**

Sin interés para el caso.

- **Procedimientos:**

Desbridamiento excisional.

Cultivo de muestra de la fístula: Estafilococo hómínis sensible a la antibioterapia pautada.

- **Evolución:**

Sin incidencias.

- **Diagnósticos:**

Fístula cutánea de marcapasos.

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**  
996.61 "Reacción infecciosa por dispositivo, implante e injerto cardiaco"
- **Diagnóstico secundario:**  
686.9 "Infección local no especificada de la piel y de los tejidos subcutáneos".  
041.19 "Otros estafilococos".
- **Procedimientos:**  
37.79 " Revisión o reubicación de receptáculo de marcapasos"

## III) Justificación de los códigos asignados

Cuando un paciente ingresa sólo para extracción, reemplazamiento o reprogramación de un marcapasos cardiaco, se debe asignar el código V53.31 como diagnóstico principal. Cuando se revisa porque existe una complicación infecciosa se debe asignar el código 996.61. Se añade el tipo de infección y el agente causal (Coding Handbook 1999, pg.273).

Si el desbridamiento se realiza, en realidad, sobre el receptáculo del marcapasos, se asigna el código 37.79 (Manual de Usuario, pg. 82-83; Coding Handbook 1999, pg.273)

## IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados.

- Diagn. 1: \*996.61 "Reacción infecciosa por dispositivo, implante e injerto cardiaco"
- Diagn. 2: 686.9 "Infección local no especificada de la piel y de los tejidos subcutáneos"
- Diagn. 3: 041.19 "Otros estafilococos".
- Diagn. 4:
- Proc. 1: \*37.79 "Revisión o reubicación de receptáculo de marcapasos"

GRD: **117 Revisión marcapasos cardíaco, excepto sustitución de generador.**  
Peso: **2,1906**

## Caso 2.1.6

### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 47 años que ingresa de forma programada para reemplazo del generador del DAI por agotamiento de batería.

- **Antecedentes personales:**

Muerte súbita extrahospitalaria por arritmias ventriculares malignas por lo que es portadora de marcapasos desfibrilador desde 1992.

- **Procedimientos:**

Recambio del generador del DAI.

- **Evolución:**

Sin incidencias.

- **Diagnósticos:**

Recambio de generador por agotamiento de batería.

### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

V53.32 "Colocación y ajuste de desfibrilador cardiaco automático implantado".

- **Procedimientos:**

37.98 "Sustitución de cardioversor/desfibrilador automático, sólo generador del pulso".

### III) Justificación de los códigos asignados

Cuando el generador del DAI es sustituido sólo porque está llegando al final de su expectativa de vida, se debe asignar el código V53.32 como diagnóstico principal. Cuando debe sustituirse porque existe una complicación mecánica se debe asignar el código 996.04, "Complicación mecánica debida a desfibrilador cardiaco" (Coding Handbook 1999, pg.272).

Cuando el generador del desfibrilador es reemplazado por uno nuevo, no debe asignarse código adicional para su retirada (Manual de Usuario, pg. 82-83; Coding Handbook 1999, pg.272)

### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

**Diagn. 1:** \*V53.32 "Colocación y ajuste de desfibrilador cardiaco automático implantado".



**Proc. 1:** \*37.98 "Sustitución de cardioversor/desfibrilador automático, sólo generador del pulso"

**GRD:** 116 Implantación de marcapasos cardíaco permanente sin IAM, fallo cardíaco o shock.  
**Peso:** 3,7983

### Caso 2.1.7

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**  
 Paciente de 85 años que ingresa por presentar protusión del electrodo del marcapasos.
- **Antecedentes personales:**  
 Presencia de marcapasos endocavitario por bloqueo aurículoventricular.
- **Procedimientos:**  
 Extracción de electrodo del marcapasos.
- **Evolución:**  
 Sin incidencias.
- **Diagnósticos:**  
 Protusión de electrodo de marcapasos.

#### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**  
 996.01 "Complicación mecánica por marcapasos cardíaco (electrodo).
- **Procedimientos:**  
 37.77 "Extracción de electrodo sin sustitución".

#### III) Justificación de los códigos asignados

Cuando un paciente es ingresado para reemplazar o ajustar un marcapasos, se asigna como diagnóstico principal el código V53.31 como diagnóstico principal a menos que el procedimiento se realice por una complicación mecánica, en este caso, se debe asignar el código 996.01, "Complicación mecánica debida a marcapasos cardíaco" (Coding Handbook 1999, pg.273).

La retirada del electrodo, sin reemplazamiento se codifica con el código 37.77 (Coding Handbook 1999, pg.273).

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

**Diagn. 1:** \*996.01 "Complicación mecánica por marcapasos cardiaco (electrodo)"

**Proc. 1:** \*37.77 "Extracción de electrodo sin sustitución"

**GRD:** 117 Revisión marcapasos cardíaco, excepto sustitución de generador.

**Peso:** 2,1906

### Caso 2.1.8

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 79 años que ingresa por decúbito del marcapasos.

- **Antecedentes personales:**

Presencia de marcapasos endocavitario por bloqueo aurículoventricular avanzado.

- **Procedimientos:**

Recolocación del generador del marcapasos.

- **Evolución:**

Sin incidencias.

- **Diagnósticos:**

Decúbito de marcapasos.

#### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

996.01 "Complicación mecánica por marcapasos cardiaco (electrodo).

- **Procedimientos:**

37.89 "Revisión o eliminación de marcapasos cardiaco".

#### III) Justificación de los códigos asignados

Cuando un paciente es ingresado para reemplazar o ajustar un marcapasos, se asigna como diagnóstico principal el código V53.31 co-

mo diagnóstico principal a menos que el procedimiento se realice por una complicación mecánica, en este caso, se debe asignar el código 996.01, "Complicación mecánica debida a marcapasos cardiaco" (Coding Handbook 1999, pg.273).

La revisión o extracción del generador del marcapasos se codifica con el código 37.89 (Coding Handbook 1999, pg.273).

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

**Diagn. 1:** \*996.01 "Complicación mecánica por marcapasos cardiaco (electrodo)"

**Proc. 1:** \*37.89 "Revisión o eliminación de marcapasos cardiaco"

**GRD:** 117 **Revisión marcapasos cardíaco, excepto sustitución de generador.**  
**Peso:** 2,1906

## 2.2. ESTUDIOS ELECTROFISIOLÓGICOS CARDÍACOS Y ABLACIÓN DE VÍAS ACCESORIAS

### Caso 2.2.1

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 51 años que ingresa de forma programada para realización de estudio electrofisiológico y ablación con radiofrecuencia.

- **Antecedentes personales:**

Historia de taquicardias paroxísticas de 15 años de evolución.

- **Procedimientos:**

Se comprueba inicialmente el mecanismo de la taquicardia que corresponde a taquicardia intranodal de tipo común. Con posterioridad se realiza ablación con radiofrecuencia selectiva de vía lenta que resulta inicialmente efectiva.

- **Evolución:**

Sin incidencias.

• **Diagnósticos:**

Taquicardias paroxísticas por reentrada intranodal de tipo común.

II) Codificación clínica

• **Diagnóstico principal:**

427.0 "Taquicardia supraventricular paroxística".

• **Procedimientos:**

37.34 "Ablación por catéter de lesión o tejidos del corazón".

37.26 "Estimulación electrofisiológica cardiaca y estudios de registro".

III) Justificación de los códigos asignados

El paciente ingresa de forma programada para confirmación y tratamiento de sus taquicardias paroxísticas provocadas por una vía lenta, por lo que el diagnóstico principal es el código correspondiente.

Aunque no se especifica la vía, se sobreentiende que la ablación se realiza por cateterismo, añadiéndose un código adicional para el estudio electrofisiológico previo (que aunque no se especifique, se realiza siempre) (Coding Handbook 1999, pg. 272)

IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

**Diagn. 1:** \*427.0 "Taquicardia supraventricular paroxística"

**Proc. 1:** 37.34 "Ablación por catéter de lesión o tejidos del corazón"

**Proc. 2:** \*37.26 "Estimulación electrofisiológica cardiaca y estudios de registro"

**GRD: 112 Procedimientos cardiovasculares percutáneos**

**Peso: 1,6896**

## Caso 2.2.2

### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 60 años con síncope debido a taquicardia ventricular.

- **Antecedentes personales:**

Cardiopatía hipertensiva. IAM inferior y coronariografía en 1995 con el resultado de estenosis aterosclerótica única de CD proximal.

- **Procedimientos:**

Holter: Sin alteraciones significativas.

Estudio electrofisiológico: No se logra inducir taquicardias ventriculares sostenidas.

A pesar de los resultados no concluyentes de las pruebas complementarias, se decide la implantación de desfibrilador autoimplantable Guidant con electrodos Guidant.

- **Evolución:**

Sin incidencias.

- **Diagnósticos:**

Taquicardia ventricular paroxística. Cardiopatía hipertensiva.

### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

427.1 "Taquicardia ventricular paroxística".

- **Diagnóstico/s secundario/s:**

402.90 "Cardiopatía hipertensiva sin insuficiencia cardiaca congestiva".

414.01 "Aterosclerosis coronaria de arteria coronaria nativa".

412 "Infarto de miocardio, antiguo".

- **Procedimientos:**

37.94 "Implante o sustitución de cardioversor/desfibrilador automático, sistema total".

37.26 "Estimulación electrofisiológica cardiaca y estudios de registro".

89.50 "Monitorización cardiaca ambulatoria".

### III) Justificación de los códigos asignados

Aunque el paciente ingresa por un síncope, éste parece consecuencia de una taquicardia ventricular paroxística por lo que, en todo caso, se añadirá un código opcional especificándolo (Manual de Usuario, pg. 23; Coding Handbook 1999, pg.20).

Se realiza un implante de un sistema total de desfibrilador, que de haberse realizado en dos tiempos hubiera requerido codificación múltiple. Además, debe asignarse código adicional para el estudio electrofisiológico realizado (Manual de Usuario, pg. 82-83; Coding Handbook 1999, pg.272).

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados.

Diagn. 1:	*427.1	"Taquicardia ventricular paroxística"
Diagn. 2:	402.90	"Cardiopatía hipertensiva sin insuficiencia cardiaca congestiva"
Diagn. 3:	414.01	"Aterosclerosis coronaria de arteria coronaria nativa"
Diagn. 4:	412	"Infarto de miocardio, antiguo"
Proc. 1:	*37.94	"Implante o sustitución de cardioversor/desfibrilador automático, sistema total"
Proc. 2:	*37.26	"Estimulación electrofisiológica cardiaca y estudios de registro"
Proc. 3:	89.50	"Monitorización cardiaca ambulatoria"

GRD: 104 Procedimientos sobre válvulas cardíacas con cateterismo cardíaco

Peso: 10,1117

### 3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL: TIPOS DE HIPERTENSIÓN. CORAZÓN E HIPERTENSIÓN

#### Caso 3.1

##### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 80 años que presenta disnea, palpitaciones y crisis hipertensiva.

- **Antecedentes personales:**

HTA, triple by-pass aortocoronario.

- **Procedimientos:**

E.C.G: AC X FA a 130 por minuto.

RX de tórax: Cardiomegalia.

- **Evolución:**  
Favorable con amiodarona e IECAS.
- **Diagnósticos:**  
Arritmia cardíaca por fibrilación auricular.  
HTA.

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**  
427.31 "Fibrilación auricular"
- **Diagnóstico/s secundario/s:**  
401.9 "Hipertensión esencial no especificada"  
429.3 "Cardiomegalia"  
V45.81 "Estado de desviación aortocoronaria"
- **Procedimientos:**

## III) Justificación de los códigos asignados

La hipertensión descrita como "descontrolada o la "crisis" hipertensiva se codifica según el tipo y naturaleza; la CIE-9-MC no posee un código para indicar el estado de descontrol. Por otra parte, un diagnóstico de hipertensión, sin más especificaciones, se clasifica como inespecífica.

A pesar de que la hipertensión está asociada a menudo con otras condiciones y puede acelerar su desarrollo, la CIE-9-MC no proporciona códigos de combinación, no pudiéndose presuponer relación causal entre cardiomegalia e HTA (Manual de Usuario, pg. 73-78; Coding Handbook 1999, pg.264-267).

## IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

- |           |         |                                         |
|-----------|---------|-----------------------------------------|
| Diagn. 1: | *427.31 | "Fibrilación auricular"                 |
| Diagn. 2: | 401.9   | "Hipertensión esencial no especificada" |
| Diagn. 3: | 429.3   | "Cardiomegalia"                         |
| Diagn. 4: | V45.81  | "Estado de desviación aortocoronaria"   |

GRD: **139 Arritmias cardíacas y trastornos de conducción sin CC**  
 Peso: **0,7973**

## Caso 3.2

### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**  
Paciente de 71 años en fibrilación auricular.
- **Antecedentes personales:**  
Cardiopatía hipertensiva. Hipercolesterolemia.
- **Procedimientos:**  
E.C.G: AC X FA a 125 por minuto.  
RX de tórax: Cardiomegalia a expensas de cavidades izquierdas.
- **Evolución:**  
Durante el ingreso tuvo un episodio de insuficiencia cardiaca.
- **Diagnósticos:**  
Fibrilación auricular paroxística.  
HTA - Cardiopatía hipertensiva.  
Insuficiencia cardiaca congestiva.

### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**  
427.31 "Fibrilación auricular"
- **Diagnóstico/s secundario/s:**  
402.91 "Cardiopatía hipertensiva, no especificada, con insuficiencia cardiaca congestiva".  
272.0 "Hipercolesterolemia pura"
- **Procedimientos:**

### III) Justificación de los códigos asignados

Ciertas condiciones cardiacas son asignadas a la categoría 402 cuando existe una relación causal explícita (debida a hipertensión) o implícita (hipertensiva). La categoría 402 incluye una subclasificación de quinto dígito para indicar si existe insuficiencia cardiaca congestiva (y en este caso sí se presupone relación causal); el código 428.0, "Fallo cardiaco congestivo" no debe asignarse (Manual de Usuario, pg. 73-78; Coding Handbook 1999, pg.264-267).

### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados.

- Diagn. 1: \*427.31 "Fibrilación auricular"  
 Diagn. 2: \*402.91 "Cardiopatía hipertensiva, no especificada, con insuficiencia cardiaca congestiva".  
 Diagn. 3: 272.0 "Hipercolesterolemia pura"



GRD: **138 Arritmias cardíacas & trastornos de conducción con CC**  
 Peso: **1,2878**

### Caso 3.1.3

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 71 años con dolor precordial que le aparece en reposo coincidiendo con el abandono del tratamiento hipotensor.

- **Antecedentes personales:**

HTA. Obesidad.

- **Procedimientos:**

E.C.G: Imagen de hemibloqueo anterosuperior de rama izda. del haz de His.

Ecocardiograma: Buena contractilidad de VI. Hipertrofia de VI moderada.

- **Evolución:**

Asintomática aunque con cierta dificultad en el control de la tensión arterial.

- **Diagnósticos:**

HTA esencial - Cardiopatía hipertensiva en etapa I. Obesidad grado II.

#### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

402.90 "Cardiopatía hipertensiva, no especificada, sin insuficiencia cardiaca congestiva".

- **Diagnóstico/s secundario/s:**

426.2 "Hemibloqueo de la rama izquierda del fascículo".

V15.81 "No cumplimiento de tratamiento médico".

278.00 "Obesidad no especificada".

- **Procedimientos:**

88.72 "Ultrasonografía diagnóstica del corazón".

#### III) Justificación de los códigos asignados

Ciertas condiciones cardiacas son asignadas a la categoría 402 cuando existe una relación causal explícita (debida a hipertensión) o

implícita (hipertensiva). La categoría 402 incluye una subclasificación de quinto dígito para indicar si existe insuficiencia cardiaca congestiva (y en este caso sí se presupone reacción causal); el código 428.0, "Fallo cardiaco congestivo" no debe asignarse.

La hipertensión descrita como "descontrolada o la "crisis" hipertensiva se codifica según el tipo y naturaleza; la CIE-9-MC no posee un código para indicar el estado de descontrol (Manual de Usuario, pg. 73-78; Coding Handbook 1999, pg.264-267).

Se añade código adicional para indicar el abandono del tratamiento, ya que proporciona información adicional.

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

Diagn. 1:	*402.90	"Cardiopatía hipertensiva, no especificada, sin insuficiencia cardiaca congestiva"
Diagn. 2:	426.2	"Hemibloqueo de la rama izquierda del fascículo"
Diagn. 3:	V15.81	"No cumplimiento de tratamiento médico"
Diagn. 4:	278.00	"Obesidad no especificada"
Proc. 1:	88.72	"Ultrasonografía diagnóstica del corazón"

GRD: **134 Hipertensión**  
 Peso: **0,8952**

### Caso 3.4

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 50 años que ingresa para tratamiento quirúrgico de una hernia inguinal derecha.

- **Antecedentes personales:**

Sin interés.

- **Procedimientos:**

Hernioplastia con malla de Prolene de hernia inguinal derecha.  
 E.C.G: Normal.

- **Evolución:**

Elevación transitoria de la tensión arterial en el postoperatorio inmediato.

- **Diagnósticos:**  
Hernia inguinal derecha. Hipertensión postoperatoria.

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**  
550.90 "Hernia inguinal no complicada, no especificada como recurrente"
- **Diagnóstico/s secundario/s:**  
796.2 "Lectura de tensión elevada sin diagnóstico de hipertensión"
- **Procedimientos:**  
53.05 "Reparación de hernia inguinal con injerto o prótesis"

## III) Justificación de los códigos asignados

La hipertensión postoperatoria se clasifica como una complicación de la cirugía, asignándose el código 997.91 "Complicaciones que afectan a otros sistemas..., hipertensión", con un código adicional para identificar el tipo de hipertensión. Un diagnóstico de hipertensión postoperatoria a menudo se refiere sólo a una elevación de la presión sanguínea en pacientes agitados o con un control inadecuado del dolor, codificándose entonces como 796.2. La hipertensión preexistente tampoco se considera complicación postoperatoria (Manual de Usuario, pg. 73-78; Coding Handbook 1999, pg.264-267).

## IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

- Diagn. 1: \*550.90 "Hernia inguinal no complicada, no especificada como recurrente"
- Diagn. 2: 796.2 "Lectura de tensión elevada sin diagnóstico de hipertensión"
- Diagn. 3:
- Proc. 1: \*53.05 "Reparación de hernia inguinal con injerto o prótesis"
- Proc. 2:

GRD: **162 Procedimientos sobre hernia inguinal y femoral edad >17 sin C**  
Peso: **0,6691**

# 1. CODIGOS DE MORFOLOGÍA DE LAS NEOPLASIAS

## Caso 1.1

### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**  
Paciente de 31 años, que acude para cirugía programada por tumor de ovario derecho.
- **Antecedentes personales:**  
Sin interés.
- **Procedimientos:**  
Ooforectomía parcial derecha por laparoscopia.
- **Anatomía patológica:**  
Teratoma quístico maduro ovárico (quiste dermoide)
- **Postoperatorio:**  
Favorable.
- **Diagnósticos:**  
Teratoma de ovario.

### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**  
220, "Neoplasia benigna del ovario"
- **Diagnóstico secundario:**  
M9084/0, "Quiste dermoide"
- **Procedimiento:**  
65.25, "Otra excisión local o destrucción laparoscópica de ovario"

### III) Justificación de los códigos asignados

En la CIE-9-MC, 4ª edición, Tomo V, Apéndice A, Morfología de las neoplasias (página 1832), se hace referencia a la dificultad en la

codificación que surge cuando un diagnóstico morfológico contiene dos adjetivos de calificación que corresponden a distintos códigos de morfología. En tales circunstancias se indica que se deberá emplear el que corresponda al número más alto, ya que suele ser el más específico.

En este caso, siguiendo el mismo criterio, y puesto que el quiste dermoide es un tipo de teratoma, el código "M" que deberemos asignar será **M9084/0**, "Quiste dermoide" por ser el más específico.

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados.

Diagn. 1: \*220, "Neoplasia benigna del ovario"

Proc. 1: \*65.25, "Otra excisión local o destrucción laparoscópica de ovario"

GRD: **359 Procedimientos sobre útero y anejos por Ca in situ y procesos no malignos sin CC.**  
 Peso: 1,0667

### Caso 1.2

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Ingreso programado para tratamiento citotóxico (tercer ciclo con esquema tipo BEP).

- **Antecedentes personales:**

Paciente varón de 25 años de edad sin hábitos tóxicos intervenido quirúrgicamente hace 2 meses por el Servicio de Urología del hospital de un tumor germinal testicular no seminomatoso realizandose una orquiectomía radical dcha por vía inguinal sin complicaciones. La anatomía patológica informa de tumor mixto con predominio de tumor de seno endodérmico y áreas de teratoma inmaduro.

- **Procedimientos:**

Quimioterapia

- **Evolución:**

Sin complicaciones.

- **Diagnóstico:**

Tumor germinal no seminomatoso testicular.

## II) Codificación clínica

### • Diagnóstico principal:

V58.1, "Admisión para quimioterapia"

### • Diagnóstico secundario:

186.9, "Otras neoplasias malignas o neoplasias malignas no especificadas del testículo"

M9071/3, "Tumor de seno endodérmico"

M9080/3, "Teratoma maligno NEOM"

### • Procedimientos:

99.25, "Inyección o infusión de otra sustancia quimioterapéutica contra cáncer"

## III) Justificación de los códigos asignados

En este caso, no podemos aplicar las indicaciones del ejemplo anterior (Tomo V, Apéndice A: Morfología de las neoplasias, 4ª edición de la CIE-9-MC, página 1832), ya que coexisten dos diagnósticos morfológicos en un solo tumor, aunque predomine uno sobre el otro. Esto es frecuente en los tumores germinales, probablemente debido a que las distintas variantes histológicas se originan a partir de una misma célula germinal altamente indiferenciada.

Robbins: Patología estructural y funcional. (1ª Ed.). Madrid: Interamericana, 1975:1141-1145.

Portugal T. de: Tumores germinales de testículo. Medicine. 1999; 117: 61-68

## IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

**Diagn. 1:** \*V58.1, "Admisión para quimioterapia"

**Diagn. 2:** 186.9, "Otras neoplasias malignas o neoplasias malignas no especificadas del testículo"

**Proc. 1:** 99.25, "Inyección o infusión de otra sustancia quimioterapéutica contra cáncer"

GRD: 410 Quimioterapia  
Peso: 1.0995

## 2. SELECCIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

### Caso 2.1

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**  
Dolor abdominal hipogástrico, fiebre de 38°C, dolor a la deambulación
- **Antecedentes personales:**  
Sin interés.
- **Procedimientos:**  
Apendicectomía por apendicitis aguda
- **Anatomía patológica:**  
Apendicitis aguda, muy probablemente perforada. Hallazgo incidental de foco microscópico de tumor carcinoide apendicular.
- **Evolución:**  
Picos febriles desde el tercer día postoperatorio. Se realiza TAC abdominal que demuestra colección en parietocólico derecho.
- **Diagnósticos:**  
Apendicitis aguda gangrenosa perforada.  
Carcinoide apendicular.

#### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**  
540.0, "Apendicitis aguda . Con peritonitis generalizada"
- **Diagnóstico secundario:**  
235.2, "Carcinoide apendicular"  
M8240/1, "Tumor Carcinoide NEOM"  
998.59, "Otras infecciones postoperatorias"  
567.2, "Otras peritonitis supurativas"
- **Procedimiento:**  
47.09, "Otra apendicectomía"  
88.01, "Tomografía axial computerizada del abdomen"

#### III) Justificación de los códigos asignados

Los tumores carcinoides son un tipo de tumor neuroendocrino. Puede segregar diversas sustancias: serotonina, histamina, ACTH, etc... Son de origen embrionario. De cada 200 a 300 apendicectomías se encuentra un carcinoide, generalmente con carácter incidental.

Se ha elegido como diagnóstico principal la apendicitis aguda por ser la causa del ingreso y no existir en la documentación disponible ningún dato que justifique la relación causa efecto entre el tumor carcinoide y la apendicitis aguda.

Manual del Usuario, 4ª edición, páginas 22 y 23.

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

- Diagn. 1: \*540.0, "Apendicitis aguda . Con peritonitis generalizada"  
 Diagn. 2: 235.2, "Carcinoide apendicular"  
 Diagn. 3: \*998.59, "Otras infecciones postoperatorias"  
 Diagn. 4: 567.2, "Otras peritonitis supurativas"  
 Proc. 1: \*47.09, "Otra apendicectomía"

GRD: 164 Apendicectomía con diagnóstico principal complicado y con CC.  
 Peso: 2,1188

## Caso 2.2

### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**  
Paciente de 49 años que ingresa para cirugía de mioma uterino.
- **Antecedentes personales:**  
Utero miomatoso  
Depresión en tratamiento  
Anexectomía izquierda hace 2 años (A.P: quiste paratubárico, quiste de ovario benigno)
- **Procedimientos:**  
Hemograma: Hb, 13gr/dl; Hcto, 42.8%.  
Ecografía: compatible con útero miomatoso.
- **Anatomía patológica:**  
Pieza de histerectomía total más anexectomía derecha con leiomioma submucoso uterino y endometriosis ovárica derecha. Foco microscópico de carcinoma in situ de cérvix.
- **Evolución:**  
Anemia postoperatoria de 8.9 gr/dl de Hb; Hcto: 28.8%.



- **Diagnósticos:**

Mioma uterino  
Endometriosis ovárica  
Ca. in situ de cérvix

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

218.0, "Leiomioma uterino submucoso"

- **Diagnóstico secundario:**

M8890/0, "Leiomioma NEOM"

617.1, "Endometriosis ovárica"

233.1, "Carcinoma in situ cérvix uterino"

M8010/2, "Carcinoma in situ NEOM"

285.1, "Anemia posthemorrágica aguda"

311, "Trastorno depresivo no clasificado bajo otros conceptos"

620.8, "Otros trastornos no inflamatorios de ovario, trompa de Falopio y ligamento ancho"

- **Procedimiento:**

68.4, "Histerectomía total abdominal"

65.62, "Extirpación de ovario y trompa restante"

## III) Justificación de los códigos asignados

En nuestro ejemplo la causa del ingreso es el tratamiento quirúrgico de un mioma uterino y el hecho de que de forma incidental en la anatomía patológica se descubra un Ca. in situ de cérvix, no implicaría un cambio en la asignación del código del diagnóstico principal.

Manual del Usuario, 4ª edición, páginas 22 y 23.

## IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

Diagn. 1: \*218.0, "Leiomioma uterino submucoso"

Diagn. 2: 617.1, "Endometriosis ovárica"

Diagn. 3: 233.1, "Carcinoma in situ cérvix uterino"

Diagn. 4: \*285.1, "Anemia posthemorrágica aguda"

Proc. 1: \*68.4, "Histerectomía total abdominal"

Proc. 2: 65.62, "Extirpación de ovario y trompa restante"

GRD: 358 Procedimientos sobre útero y anejos por Ca in situ y procesos no malignos con CC.

Peso: 1.4547

## Caso 2.3

### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente que ingresa por vómitos de repetición e intolerancia alimenticia.

- **Antecedentes personales:**

Intervenido en el Servicio de Cirugía General por adenocarcinoma de páncreas con metástasis peritoneales, practicándose duodenopancreatectomía cefálica.

- **Procedimientos:**

Rx simple de abdomen: dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos.

CT. de abdomen: Líquido libre peritoneal. Lesiones nodulares hipodensas sugerentes de carcinomatosis peritoneal, probable causa de la obstrucción intestinal. Imagen sugerente de recidiva tumoral en zona de resección pancreática.

- **Evolución:**

El paciente presenta deterioro progresivo, no pudiendo tolerar alimentación oral y falleciendo por parada cardiorrespiratoria.

- **Diagnósticos:**

AdenoCa de páncreas  
Obstrucción intestinal

### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

197.6, "Neoplasia maligna secundaria de retroperitoneo y peritoneo"

- **Diagnóstico secundario:**

M8140/6, "Adenocarcinoma, metastático NEOM"

560.89, "Otra obstrucción intestinal especificada"

157.9, "Neoplasia maligna del páncreas, parte no especificada"

M8140/3, "Adenocarcinoma NEOM"

V45.3, "Estado de derivación intestinal o anastomosis"

- **Procedimiento:**

88.19, "Otra radiografía de abdomen"

88.01, "Tomografía axial computerizada de abdomen"

### III) Justificación de los códigos asignados

Siguiendo la norma relativa a la codificación de ingresos por complicación o manifestación de un tumor, la complicación (obstrucción in-

testinal) será diagnóstico secundario. La neoplasia, primaria o metastásica, causante de la complicación será el diagnóstico principal, independientemente de si ya estaba diagnosticado o no.

La neoplasia (metástasis peritoneales) será diagnóstico principal, independientemente de si ya estaba diagnosticada o no.

La neoplasia (metástasis peritoneales) será diagnóstico principal. en nuestro caso, además debemos añadir el código de la neoplasia primaria recidivada (Adenocarcinoma de páncreas).

Boletín n.º 18. Febrero 2001. Monográfico: Neoplasias. Página 18. Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

- Diagn. 1: \* 197.6, "Neoplasia maligna secundaria de retroperitoneo y peritoneo"  
 Diagn. 2: \* 560.89, "Otra obstrucción intestinal especificada"  
 Diagn. 3: \* 157.9, "Neoplasia maligna del pancreas, parte no especificada"  
 Diagn. 4: V45.3, "Estado de derivación intestinal o anastomosis"

GRD: 172 Neoplasias malignas digestivas, con CC.  
 Peso: 2.2079

### Caso 2.4

#### I) Informe clínico

##### • Motivo de ingreso:

Paciente de 48 años de edad que ingresa para cirugía programada de Ca. de mama derecha.

##### • Antecedentes familiares y personales:

Madre Ca. de endometrio.

Tiroiditis autoinmune en tratamiento sustitutivo con tiroxina 25 mg.

Biopsia de CSE de mama derecha con marcaje 1 mes antes (carcinoma ductal infiltrante).

Cuadrantectomía más linfadenectomía axilar derecha 15 días antes (Ca. ductal infiltrante con afectación del margen de resección inferior. Ninguna de las 22 adenopatías extirpadas presentaba afectación).

- **Procedimientos:**

Mastectomía simple derecha

- **Evolución:**

Favorable. Vista por el Servicio de Psiquiatría por cuadro depresivo adaptativo

- **Anatomía Patológica:**

Pieza de mastectomía-tumorectomía con fenómenos secundarios a cicatrización y cambios de enfermedad fibroquística. No se observa tumor residual.

- **Diagnósticos:**

Ca. de mama derecha.

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

174.4, "Neoplasia maligna de la mama femenina, cuadrante supero externo"

- **Diagnóstico secundario:**

M8500/3, "Carcinoma ductal infiltrante"

610.1, "Mastopatía quística difusa"

245.2, "Tiroiditis linfocítica crónica"

309.0, "Reacción depresiva breve"

V16.49, "Historia familiar de neoplasia maligna de otros órganos genitales"

- **Procedimiento:**

85.41, "Mastectomía simple unilateral"

## III) Justificación de los códigos asignados

Aunque el resultado de la anatomía patológica de la segunda intervención sea negativo para malignidad, el diagnóstico aportado por el médico debe ser codificado, ya que el ingreso es para completar la cirugía del carcinoma de mama diagnosticado previamente. Esto es frecuente en ciertos tipos de neoplasias malignas, que debido a sus propiedades invasivas, requieren una excisión que sobrepase la localización primaria.

Al considerar que se trata de una continuación del tratamiento del tumor maligno podemos aplicar las mismas indicaciones del boletín 8, página16, en relación a la codificación de un Ca de mama en remisión completa que ingresa para transplante de médula ósea.

## IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

**Diagn. 1:** \* 174.4, "Neoplasia maligna de la mama femenina, cuadrante supero externo"

- Diagn. 2: 245.2, "Tiroiditis linfocítica crónica"  
 Diagn. 3: 309.0, "Reacción depresiva breve"  
 Proc. 1: \* 85.41, "Mastectomía simple unilateral"

GRD: 258 Mastectomía total por neoplasia maligna, edad <70  
 sin CC.  
 Peso: 1.2349

## Caso 2.5

### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Ingreso para biopsia transuretral vesical por imagen sospechosa de recidiva, en cistoscopia realizada una semana antes. Al paciente se le realizó una RTU por neo vesical hace un año.

- **Antecedentes personales:**

Intervenido en Octubre del 99 de neo de vejiga superficial múltiple II-A.

Ha sido tratado con instilaciones endovesicales con BCG según protocolo habitual y controles cistoscópicos.

- **Procedimientos:**

Biopsia transuretral vesical

- **Anatomía Patológica:**

Fragmentos de mucosa y de pared vesical sin signos histológicos de malignidad. Únicamente existen leves cambios reparativos en algunas zonas del urotelio.

- **Evolución:**

Favorable

- **Diagnósticos:**

Se descarta recidiva de neoplasia vesical

### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

V71.1, "Observación por presunta neoplasia maligna"

- **Diagnóstico secundario:**

V10.51, "Historia personal de neoplasia maligna. Vejiga."

- **Procedimiento:**

57.33, "Biopsia (transuretral) cerrada de vejiga"

### III) Justificación de los códigos asignados

En este caso se plantea la duda de emplear como diagnóstico principal el código V67.0, "Examen de seguimiento después de intervención quirúrgica" o el V71.1, "Observación por presunta neoplasia maligna no encontrada".

La realización de la cistoscopia forma parte del seguimiento rutinario de las neoplasias vesicales. Si con esta prueba se descarta una recidiva, el código principal a asignar sería V67.0. Sin embargo en nuestro caso el motivo de ingreso es la existencia de una imagen sospechosa de recidiva, posibilidad que queda descartada con la intervención realizada. En ningún caso puede considerarse este ingreso como un control rutinario de la enfermedad neoplásica. Por lo tanto en nuestro caso el código que debemos asignar es el V71.1.

### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

**Diagn. 1:** \*V71.1, "Observación por presunta neoplasia maligna"

**Diagn. 2:** V10.51, "Historia personal de neoplasia maligna. Vejiga."

**Proc. 3:** \*57.33, "Biopsia (transuretral) cerrada de vejiga"

**GRD:** 408 Trastorno mieloproliferativo o neoplasia mal diferenciada con otro procedimiento quirúrgico

**Peso:** 1.6262

## Caso 2.6

### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente que acude a urgencias por presentar un cuadro relativamente brusco de sudoración, escalofríos, astenia y dolor de características pleuríticas a nivel de la base del hemitórax derecho.

- **Antecedentes personales:**

Carcinoma epidermoide del bronquio principal derecho y bronquio intermediario (estadio III-B) con extensión mediastínica, en tratamiento con poliquimioterapia con intención paliativa.

Criterios clínicos de Bronquitis crónica. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Fumador habitual hasta hace 1 año.

- **Procedimientos:**

GAB: pCO<sub>2</sub> de 49 y pO<sub>2</sub> de 52, indicativas de insuficiencia respiratoria.

Radiografía de torax: Signos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Imagen de consolidación en la base derecha correspondiente al lóbulo medio en la placa lateral, con signos de afectación bronquio alveolar compatible con neumonía.

- **Evolución:**

El paciente ingresa con un cuadro compatible con una neumonía lobar en un área con afectación tumoral conocida desde su inicio y con signos de pérdida de volumen, todo lo cual hace suponer un mecanismo obstructivo en su etiología.

Se instaura tratamiento con amoxicilina y ácido clavulánico a altas dosis por vía intravenosa y broncodilatadores inhalados. Dada la buena evolución clínica de la complicación en forma de neumonía asociada a su patología neoplásica de base, se procede al alta para continuar su control a través de nuestra consulta externa.

- **Diagnóstico:**

Carcinoma epidermoide broncogénico con extensión mediastínica.

Neumonía lobar.

Bronquitis crónica. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

162.8, "Neoplasia maligna de otras partes del bronquio y del pulmón"

- **Diagnóstico secundario:**

518.81, "Fallo respiratorio"

481, "Neumonía neumocócica"

M8070/3, "Carcinoma de células escamosas, NEOM"

197.1, "Neoplasia maligna secundaria. Mediastino"

M8070/6, "Carcinoma de células escamosas, metastático NEOM"

491.20, "Bronquitis crónica obstructiva. Sin mención de exacerbación aguda"

305.1, "Trastorno por uso de tabaco"

- **Procedimiento:**

- 87.44, "Radiografía torácica rutinaria"
- 89.65, "Medición de gases en sangre arterial sistémica"

### III) Justificación de los códigos asignados

Siguiendo la norma relativa a la codificación de ingresos por complicación o manifestación de un tumor, la complicación (neumonía de mecanismo obstructivo relacionada con una lenta progresión de su patología neoplásica de base) será el diagnóstico secundario. La neoplasia primaria o metastásica causante de la complicación será el diagnóstico principal, independientemente de si ya estaba diagnosticada o no.

En nuestro caso, la neoplasia ( carcinoma epidermoide bronquial) será el diagnóstico principal.

Boletín número 18, febrero de 2001. Monográfico: Neoplasias. Página 18. Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.

### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

- Diagn. 1: \*162.8, "Neoplasia maligna de otras partes del bronquio y del pulmón"
- Diagn. 2: \*518.81, "Fallo respiratorio"
- Diagn. 3: \*481, "Neumonía neumocócica"
- Diagn. 4: #197.1, "Neoplasia maligna secundaria. Mediastino"

GRD: 541 Trastornos respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con CC mayor  
Peso: 2.4647

## 3. TUMORES Y SIDA

### Caso 3.1

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 42 años que presenta adenopatias en cuello, axila e ingles, en los dos últimos días fiebre y sudoración profusa.

- **Antecedentes personales:**

Infección VIH diagnosticada en 1998 estadio C2 de los CDC. Es ADVP en activo.



- **Procedimientos:**

Biopsia de adenopatía cervical: Enfermedad de Hodgkin tipo esclerosis nodular.

Ecografía abdominal: adenopatías múltiples retroperitoneales.

TAC abdominal: linfoma de localización supra-infra abdominal con afectación fundamentalmente nodal.

- **Evolución:**

Presentó episodios de anemia tratados con transfusiones de concentrados de hematíes.

Sepsis intrahospitalaria.

- **Diagnósticos:**

Enfermedad de Hodgkin, tipo esclerosis nodular.

Infección por V.I.H. estadio C2 de los CDC.

Sepsis intrahospitalaria.

Anemia de trastornos crónicos.

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

201.58, "Enfermedad de Hodgkin. Esclerosis nodular"

- **Diagnóstico secundario:**

M9656/3, "Enfermedad de Hodgkin, esclerosis nodular, NEOM"

042, "Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)"

304.91, "Dependencia de drogas no especificada"

285.9, "Anemia, no especificada"

038.9, "Septicemia no especificada"

- **Procedimiento:**

40.11, "Biopsia de estructura linfática"

88.01, "Tomografía axial computerizada de abdomen"

88.76, "Ultrasonografía diagnóstica del abdomen y el retroperitoneo"

99.04, "Transfusión de concentrado de hematíes"

## III) Justificación de los códigos asignados

Las siguientes neoplasias se encuentran frecuentemente asociadas a la infección por VIH, pero **no son criterio diagnóstico de SIDA:**

- Enfermedad de Hodgkin
- Carcinoma anal
- Melanoma
- Plasmocitoma

- Adenocarcinoma de colon
- Carcinoma de pulmón de células pequeñas
- Adenocarcinoma de pulmón
- Tumor germinal de testículo
- Los siguientes **linfomas no Hodgkin**:
  - Linfoma no Hodgkin de fenotipo T
  - Linfoma no Hodgkin de tipo histológico no descrito (202.8X) (M9590/3)
  - Linfoma no Hodgkin linfocítico (200.1X) (M9620/3)
  - Linfoma no Hodgkin de células pequeñas hendidas (202.8X) (M9623/3)
  - Linfoma no Hodgkin linfocítico plasmocítico (200.8X) (M9611/3)

Como en nuestro ejemplo el motivo de ingreso es un tumor no definitivo de SIDA, se deberá seleccionar como diagnóstico principal el tumor, asignando un código secundario para el SIDA.

Manual del usuario página 45 y 46.

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

- Diagn. 1: \*201.58, "Enfermedad de Hodgkin. Esclerosis nodular"  
 Diagn. 2: \*042, "Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)  
 Diagn. 3: \*038.9, "Septicemia no especificada"  
 Proc. 1: \*40.11, "Biopsia de estructura linfática"

GRD: 579 Procedimientos para linfoma, leucemia y trastorno mieloproliferativo con CC mayor  
 Peso: 9.0975

### Caso 3.2

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Fiebre de 38° de predominio vespertino, sudoración profusa y pérdida no cuantificada de peso.

Inicialmente estudiado en Medicina Interna, donde mediante TAC abdominal se detectan adenopatías retroperitoneales y mesentéricas. Es derivado posteriormente al Servicio de Cirugía para biopsiar dichas adenopatías.

- **Antecedentes personales:**

- Infección VIH estadio C1.
  - Herpes zoster lumbar.
  - Hemorroides internas trombosadas.

- **Procedimientos:**

- Biopsia de médula ósea: infiltración intersticial por proceso linfoproliferativo de célula grande.

- Biopsia ganglionar: infiltración por Linfoma de célula grande B difuso de alto grado.

- CT de abdomen: adenopatías retroperitoneales y mesentéricas.

- Gammagrafía ósea con Tecnecio: no existen alteraciones gammagráficas a nivel óseo

- **Diagnósticos:**

- Linfoma no Hodgkin de célula grande B difuso.

- Infección VIH estadio C1.

- Herpes zoster

- Hemorroides internas trombosadas

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

- 042, "Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)"

- **Diagnóstico secundario:**

- 200.03, "Reticulosarcoma, nódulos linfáticos intraabdominales"

- M9640/3, "Reticulosarcoma NEOM"

- 053.9, "Herpes zoster sin complicación"

- 455.1, "Hemorroides internas trombosadas"

- **Procedimiento:**

- 41.31, "Biopsia de médula ósea"

- 40.11, "Biopsia de estructura linfática"

- 92.14, "Gammagrafía ósea"

- 88.01, "Tomografía axial computerizada del abdomen"

## III) Justificación de los códigos asignados

La asociación de tumor y SIDA es muy frecuente.

Existen ciertos tipos de tumores que debido a su elevada incidencia en pacientes con VIH sugiere una estrecha relación entre la

inmunodeficiencia que presentan estos enfermos y el desarrollo de estos tumores.

Por esta razón dichos tumores se incluyen en la definición de SIDA.

**Estos tumores son los siguientes:**

- **Sarcoma de Kaposi**
- **Carcinoma de cérvix invasivo**
- **Los siguientes tipos de linfomas no Hodgkin**
  - 1- **Linfomas no Hodgkin de células "B":**
    - **Linfoplasmocitoide (200.8X) (M9611/3)**
    - **Folicular, de predominio de células pequeñas (202.8X) (M9615/3)**
    - **Folicular mixto, de células pequeñas y grandes (202.0X) (M9691/3)**
    - **MALT (202.80) (M9591/3)**
    - **Folicular de predominio de células grandes (200.0X) (M9642/3)**
    - **De células del manto (centrocítico) (202.8X) (M9622/3)**
    - **Difuso, mixto, de células pequeñas y grandes (200.8X) (M9613/3)**
    - **Difuso de células grandes (histiocítico difuso) (200.0X) (M9640/3)**
    - **Inmunoblástico (200.8X) (M9612/3)**
    - **Linfoblástico (200.1X) (M9630/3)**
    - **Células pequeñas no hendidas (Burkitt) (200.2X) (M9750/3)**
    - **Células pequeñas no hendidas (no Burkitt) (202.8X) (M9633/3)**
  - 2- **Linfoma no Hodgkin de fenotipo inmunológico desconocido (202.8X) (M9591/3)**
  - 3- **Linfoma cerebral primario (202.80) (M9591/3)**

Como el linfoma de célula grande B difuso es uno de los linfomas no Hodgkin considerado definitorio de SIDA, la normativa de codificación para la infección VIH nos indica que se debe asignar como diagnóstico principal el código del SIDA y como secundario el tumor, aunque el motivo de ingreso sea este último. Manual del usuario página 45.

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

Diagn. 1:	*042,	"Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)"
Diagn. 2:	#200.03,	"Reticulosarcoma, nódulos linfáticos intra-abdominales"
Diagn. 3:	053.9,	"Herpes zoster sin complicación"
Proc. 1:	41.31,	"Biopsia de médula ósea"
Proc. 2:	*40.11,	"Biopsia de estructura linfática"

GRD: 704 HIV con procedimiento quirúrgico sin diagnóstico mayor relacionado con el VIH.

Peso: 3.6995

### Caso 3.3

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente que ingresa programada para histerectomía total por Ca de cervix.

- **Antecedentes personales:**

Ingresó en el Servicio de Ginecología 15 días antes por metrorragia perimenopáusica, realizándose un legrado fraccionado con el resultado de AdenoCa de cervix.

Infección por VIH estadio C1.

Hepatitis Crónica por virus C.

- **Procedimientos:**

Histerectomía abdominal total con salpingo-oforectomía bilateral.

- **Anatomía patológica:**

Carcinoma epidermoide de cervix.

- **Diagnósticos:**

Carcinoma epidermoide de cervix.

#### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

042, "Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)"

- **Diagnóstico secundario:**

180.9, "Neoplasia maligna de cérvix uterino parte no especificada"

M8070/3, "Carcinoma de células escamosas (epidermoides) NE-OM"

070.54, "Hepatitis C crónica sin mención de coma hepático"

- **Procedimiento:**

68.4, "Histerectomía abdominal total"

65.61, "Otra extirpación de ambos ovarios y trompas, en un mismo acto operatorio"

### III) Justificación de los códigos asignados

Como el carcinoma invasivo de cérvix es uno de los tumores considerados definitorios de SIDA, la normativa de codificación para la infección VIH nos indica que se debe asignar como diagnóstico principal el código del SIDA y como secundario el tumor, aunque el motivo de ingreso sea este último.

Manual del usuario página 45.

### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados.

**Diagn. 1:** \*042, "Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

**Diagn. 2:** 180.9, "Neoplasia maligna de cérvix uterino parte no especificada"

**Diagn. 3:** #070.54, "Hepatitis C crónica sin mención de coma hepático"

**Proc. 1:** \*68.4, "Histerectomía abdominal total"

**Proc. 2:** \*65.61, "Otra extirpación de ambos ovarios y trompas, en un mismo acto operatorio"

**GRD:** 704 HIV con procedimiento quirúrgico sin diagnóstico mayor relacionado con el VIH.

**Peso:** 3.6995

## 4. PROCESOS RELACIONADOS CON NEOPLASIAS

### 4.1. INCIDENTALOMA

#### Caso 4.1.1

##### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**  
Dolor abdominal irradiado a espalda y fiebre de 38°C.
- **Antecedentes personales:**  
Colelitiasis. Obesidad.
- **Procedimientos:**  
Ecografía abdominal: Imagen de litiasis biliar. En el área suprarrenal se observa incidentaloma de aproximadamente 3 cm.  
Bioquímica: Amilasa, 1370; Lipasa, 1700.  
Hemograma: Leucocitos, 16000.
- **Evolución:**  
Evoluciona favorablemente con tratamiento conservador.
- **Diagnóstico:**  
Pancreatitis aguda de origen biliar.  
Incidentaloma

##### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**  
577.0, "Pancreatitis aguda"
- **Diagnóstico secundario:**  
574.20, "Calculo de vesícula biliar sin mención de colecistitis"  
255.9, "Trastorno no especificado de las glándulas suprarrenales"  
278.00, "Obesidad, no especificada"
- **Procedimiento:**  
88.76, "Ultrasonidos diagnósticos de abdomen y retroperitoneo"

##### III) Justificación de los códigos asignados

Se denomina incidentaloma suprarrenal al hallazgo incidental de una masa adrenal al realizar una prueba de imagen (ecografía, tomografía axial computerizada, resonancia magnética...).

Su tamaño suele ser menor de 5 cm.

Tras el hallazgo de un incidentaloma pueden encontrarse diferentes procesos: feocromocitomas, adenomas, quistes, hematomas, miolipomas, carcinomas adrenales o lesiones metastásicas.

Al tratarse de una masa sin filiar, seguiremos las mismas indicaciones de codificación que refiere el boletín 8 página 9 para el término masa hepática. Debido a que el término principal **Masa** no contempla un modificador esencial para la localización adrenal, seleccionaremos el subtérmino órgano especificado NCOC, que presenta la siguiente referencia cruzada -véase Enfermedad de órgano o sitio.

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados.

- Diagn. 1:** \*577.0, "Pancreatitis aguda"  
**Diagn. 2:** 574.20, "Calculo de vesícula biliar sin mención de colecistitis"  
**Diagn.3:** 255.9, "Trastorno no especificado de las glándulas suprarrenales"  
**Proc. 1:** 88.76, "Ultrasonidos diagnósticos de abdomen y retroperitoneo"

**GRD:** 204 Trastornos de páncreas excepto neoplasia maligna.  
**Peso:** 1.0403

## 4.2 SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS

### Caso 4.2.1

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente que acude a urgencias por dolor torácico que aumenta con la respiración, disnea. Anorexia con pérdida de peso.

- **Antecedentes personales:**

Varón de 69 años diagnosticado de mieloma múltiple IgG en Dic/98, con progresión de la enfermedad. Síndrome Mielodisplásico diagnosticado en Abril/00.

- **Procedimientos:**

Radiografía de tórax: Tumoración en región anterior de hemitórax izquierdo en relación con plasmocitoma.

Electrocardiograma: Ritmo sinusal normal.

Transfusión de concentrado de hematíes.

Quimioterapia intravenosa.



- **Evolución:**

Se administra un ciclo de VAD y dexametasona a dosis altas durante 4 días con mejoría del dolor torácico.

- **Diagnósticos:**

Mieloma Múltiple  
Síndrome Mielodisplásico

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

203.00, "Mieloma múltiple, sin mención de remisión"

- **Diagnóstico secundario:**

M9730/3, "Mieloma de células plasmáticas"

238.7, "Neoplasia de evolución incierta de otros tejidos linfáticos y hematopoyéticos"

- **Procedimiento:**

87.44, "Radiografía torácica rutinaria"

99.04, "Transfusión de concentrado de hematies"

99.25, "Inyección o infusión de sustancia quimioterapéutica"

89.52, "Electrocardiograma"

## SINDROMES MIELODISPLÁSICOS:

Grupo de enfermedades de naturaleza clonal en las que existe una alteración de la capacidad de proliferación y diferenciación de las células progenitoras hematopoyéticas.

En un 35% desembocan en una leucemia mieloblástica aguda (LMA) o leucemia aguda no linfoblástica.

**Clasificación del grupo Franco-Americano-Británico (FAB) y código CIE-9-MC correspondiente:**

- 1- Anemia refractaria simple (ARS): 284.9 - "Anemia aplástica, no especificada"
- 2- Anemia refractaria con sideroblastos en anillo (ARSA) o también denominada anemia sideroblástica adquirida primaria: 285.0- "Anemia sideroblástica". Se denominan así las anemias refractarias con una proporción de sideroblastos en anillo en médula ósea superior al 15%.
- 3- Anemia refractaria con exceso de blastos (AREB): 284.9 - "Anemia aplástica, no especificada"
- 4- Anemia refractaria con exceso de blastos en transformación (ARBT): 284.9 - "Anemia aplástica, no especificada"

5- Leucemia mielomonocítica crónica (LMMC):  
 205.1X - "Leucemia mieloide crónica"  
 M9863/3, "Leucemia mieloide crónica"

Los 2 primeros tipos son de curso más lento y de pronóstico más benigno.

### III) Justificación de los códigos asignados

Seleccionamos el código 238.7, "Neoplasias de evolución incierta de otros tejidos linfáticos y hematopoyéticos" por no disponer de información del tipo de Síndrome Mielodisplásico. (Boletín 10, página 22).

### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados.

Diagn. 1:	*203.00,	"Mieloma múltiple, sin mención de remisión"
Diagn. 2:	238.7,	"Neoplasia de evolución incierta de otros tejidos linfáticos y hematopoyéticos"
Proc. 1:	99.25,	"Inyección o infusión de sustancia quimioterapéutica"

GRD: 404 Linfoma y Leucemia no aguda sin CC  
 Peso: 1.3105

## Caso 4.2.2

### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Disnea de dos semanas de evolución con ortopnea y edemas en MMII.

- **Antecedentes personales:**

Diabetes Mellitus tipo II  
 HTA en tratamiento farmacológico

- **Procedimientos:**

RX de tórax: Derrame pleural izquierdo. Cardiomegalia.  
 Hemograma: Hb, 6,9 g/dl; leucocitos, 3000/ ml; neutrófilos, 1730/ml; plaquetas, 161000/ml;

Bioquímica sérica: glucemia 201mg/dl

PAAF de médula ósea: 17% de sideroblastos en anillo, 4% de mieloblastos

• **Evolución:**

Con los diagnósticos de SMD con anemia importante que precipita insuficiencia cardiaca recibe tratamiento con diuréticos, IECAS, oxigenoterapia y transfusión de concentrado de hematíes en varias ocasiones con mejoría sintomática.

• **Diagnóstico:**

Anemia refractaria sideroblástica con ICC.

Diabetes Mellitus tipo II.

## II) Codificación clínica

• **Diagnóstico principal:**

285.0, "Anemia sideroblástica"

• **Diagnóstico secundario:**

428.0, "Insuficiencia cardiaca congestiva"

401.9, "Hipertensión esencial no especificada"

250.00, "Diabetes Mellitus sin mención de complicación, tipo II (tipo no insulino-dependiente) (NIDDM) (tipo aparición en edad adulta) o de tipo no especificado, no establecido como incontrolado.

• **Procedimiento:**

41.31, "Biopsia de médula ósea"

99.04, "Transfusión de concentrado de hematíes"

## III) Justificación de los códigos asignados

Asignaremos el código del tipo específico de síndrome mielodisplásico que en nuestro caso es una anemia refractaria sideroblástica:

285.0, "Anemia sideroblástica"

Boletín 10, página 22.

## IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados.

Diagn. 1: \*285.0, "Anemia sideroblástica"

Diagn. 2: #428.0, "Insuficiencia cardiaca congestiva"

Diagn. 3: 401.9, "Hipertensión esencial no especificada"

Diagn. 4: 250.00, "Diabetes Mellitus sin mención de complicación, tipo II (tipo no insulino-dependiente) (NIDDM) (tipo aparición en edad adulta) o de tipo no especificado, no establecido como incontrolado.

Proc. 1: 41.31, "Biopsia de médula ósea"

GRD: 395 Trastornos de los hematíes, edad >18.  
Peso: 1.1050

### Caso 4.2.3

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Cuadro de 7 días de evolución de fiebre hasta 40°C, odinofagia y tos, sin expectoración ni dolor torácico; refiere también disnea de moderados esfuerzos sin ortopnea, astenia progresiva. Presenta además lesión en segundo dedo de la mano derecha de centro necrótico que impresiona de ectima gangrenoso.

- **Antecedentes personales:**

Diagnosticada de SMD (anemia refractaria simple) hace 1 año.

- **Procedimientos:**

Hemograma: Hb, 6.7grs.; plaquetas 58000/mm<sup>3</sup>; frotis de sangre periférica: 20% de células de hábito blástico.

Aspirado medular: Leucemia aguda no linfoblástica secundaria.

Transfusión de concentrado de hematíes.

Tratamiento con poliquimioterapia.

- **Evolución:**

Tras tratamiento con poliquimioterapia, la población de blastos en médula ósea es del 14%.

- **Diagnóstico:**

Leucemia aguda mieloblástica secundaria a SMD.

#### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

205.00, "Leucemia Mieloide Aguda, sin mención de remisión"

- **Diagnóstico secundario:**

M9861/3, "Leucemia Mieloide Aguda"

686.09, "Otras piodermitis"

- **Procedimiento:**

41.31, "Biopsia de médula ósea"

99.04, "Transfusión de concentrado de hematíes"

99.25, "Inyección o infusión de sustancia quimioterapéutica contra cáncer"

### III) Justificación de los códigos asignados

Con frecuencia los Síndromes Mielodisplásicos evolucionan a Leucemia Aguda Mieloblástica. Cuando cualquiera de los tipos de Síndrome Mielodisplásico haya evolucionado a Leucemia Aguda Mieloblástica sólo asignaremos los códigos 205.00, "Leucemia Mieloide Aguda , sin mención de remisión" y M9861/3, "Leucemia Mieloide Aguda", para especificar esta condición.

### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

Diagn. 1:	*205.00, "Leucemia Mieloide Aguda , sin mención de remisión"
Diagn. 2:	686.09, "Otras piodermatitis"
Proc. 1:	41.31, "Biopsia de médula ósea"
Proc. 2:	99.25, "Inyección o infusión de sustancia quimioterapéutica contra cáncer"

GRD: 783 Leucemia aguda sin procedimiento quirúrgico mayor edad >17 sin CC.  
Peso: 1.8300

## 4.3 SÍNDROMES MIELOPROLIFERATIVOS

### Caso 4.3.1

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Nauseas y vómitos de 24 horas de evolución, astenia progresiva con mareo a la deambulación desde hace varias semanas. Pérdida de peso durante el último año de 17 kilos.

- **Antecedentes personales**

Cólicos renoureterales de repetición.

- **Procedimientos:**

Hemograma: leucocitos 164800 (N40%, linf.10%), Hb 9.7, Hto 20%, VCM 65, CHCM 48, plaq 529000. Morfología: promielocitos 10%, blastos 3%, mielocitos 20%.

Aspirado de médula ósea: leucemia mieloide crónica.

- **Evolución:**

Se inicia tratamiento con hydreá presentando al alta disminución importante del tamaño del bazo y una cifra de leucocitos de 4820.

- **Diagnóstico:**

Síndrome mieloproliferativo crónico tipo leucemia mieloide crónica.

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

205.10, "Leucemia mieloide crónica, sin mención de remisión"

- **Diagnóstico secundario:**

M9863/3, "Leucemia mieloide crónica"

- **Procedimiento:**

41.31, "Biopsia de médula ósea"

## SINDROMES MIELOPROLIFERATIVOS

Son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por la proliferación autónoma de una o más líneas celulares de la médula ósea.

### Clasificación y códigos CIE-9-MC correspondientes:

#### 1- Policitemia vera:

- Policitemia vera típica, 238.4 - "Policitemia vera"
- M9950/1- "Policitemia vera"
- Policitemia familiar, 289.6 - "Policitemia familiar"
- Eritrocitosis benigna familiar, 289.6 - "Policitemia familiar"

#### 2- Leucemia mieloide crónica:

- Leucemia mieloide crónica Ph 1 positiva, 205.1X - "Leucemia mieloide crónica"
- M9863/3 - "Leucemia mieloide crónica"
- Leucemia mieloide crónica Ph 1 negativa, 205.1X - "Leucemia mieloide crónica" M9863/3 - "Leucemia mieloide crónica"
- Leucemia Neutrofílica Crónica, 205.1X - "Leucemia mieloide crónica"
- M9865/3 - "Leucemia Neutrofílica"
- Leucemia mieloide crónica juvenil, 205.1X, "Leucemia mieloide crónica"
- M9863/3, "Leucemia mieloide crónica"

#### 3- Trombocitemia esencial:

- Trombocitemia esencial, 238.7 - "Neoplasia de evolución incierta de otros tejidos linfáticos y hematopoyéticos".

- M9962/1 - "Trombocitemia idiopática".
- Trombocitemia familiar, 238.7- "Neoplasia de evolución incierta de otros tejidos linfáticos y hematopoyéticos"
- M9962/1 - "Trombocitemia idiopática".
- Trombocitemia asociada S. Mielodisplásico, 238.7- "Neoplasia de evolución incierta de otros tejidos linfáticos y hematopoyéticos"
- M9962/1, "Trombocitemia idiopática".
- 4- **Metaplasia Mieloide:**
- Metaplasia mieloide con mielofibrosis, 289.8 - "Otras enfermedades especificadas de la sangre y de los órganos hematopoyéticos"
  - Metaplasia mieloide familiar, 289.8, "Otras enfermedades especificadas de la sangre y de los órganos hematopoyéticos"
  - Metaplasia mieloide secundaria a otros S. Mieloproliferativos, 289.8 - "Otras enfermedades especificadas de la sangre y de los órganos hematopoyéticos"
- \* Solo cuando exista mielosclerosis asociada a la metaplasia mieloide asignaremos los códigos, 238.7 - "Neoplasia de evolución incierta de otros tejidos linfáticos y hematopoyéticos"
- M9961/1- "Mielosclerosis con metaplasia mieloide", en lugar del código 289.8

En el índice alfabético de la CIE-9-MC existe una entrada para el término metaplasia mieloide con mielosclerosis que nos remite a los códigos 238.7 (neoplasia de evolución incierta de otros tejidos linfáticos y hematopoyéticos y M9961/1 (mielosclerosis con metaplasia mieloide).

La metaplasia mieloide con mielofibrosis o mielosclerosis son un mismo proceso en diferente fase de evolución.

En el sistema de clasificación SNOMED empleado en anatomía patológica la descripción del código M9961/1 es mielofibrosis metaplasia mieloide.

Esto nos hace pensar que aunque en la CIE-9-MC no exista una entrada en el índice alfabético para el término metaplasia mieloide con mielofibrosis sería más adecuado clasificar esta condición con los códigos 238.7 y M9961/1 que con el código 289.8 al que se llega entrando por los términos metaplasia mieloide o mielofibrosis.

### III) Justificación de los códigos asignados

Al igual que en el caso de los síndromes mielodisplásicos el código 238.7 lo emplearemos sólo cuando no este documentado el tipo de síndrome mieloproliferativo. En nuestro caso asignaremos los códigos 205.10, "Leucemia mieloide crónica, sin mención de remisión" y M9863/3, "Leucemia mieloide crónica".  
(Boletín 10, página 22)

### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados.

**Diagn. 1:** \*205.10, "Leucemia mieloide crónica, sin mención de remisión"

**Proc. 1:** 41.31, "Biopsia de médula ósea"

**Proc. 2:** 99.25, "Inyección o infusión de sustancia quimioterapéutica contra cáncer"

**GRD:** 404 Linfoma y Leucemia no aguda sin CC.  
**Peso:** 1.3105

## Caso 4.3.2

### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Varón de 58 años que acude a urgencias por fiebre de 38°C y dolor pleurítico en costado y escápula izquierda y astenia intensa.

- **Antecedentes personales:**

Diagnosticado de mielofibrosis hace 6 años. En Julio de 2000 debido a la evolución a leucemia mieloblástica aguda con elevación de leucocitos totales así como de los blastos (40%-50%) ha recibido el cuarto ciclo de IDA-VP 16.

- **Procedimientos:**

Hemograma: leucocitos 3760(48%N, 42%linf, 5%M). Presencia de blastos. Hb 11, VCM 87.

Coagulación: Tiempo de protrombina 86%; tiempo de cefalina 50sg.

Rx tórax: aumento de densidad en lóbulo superior izquierdo, posible neumonía.



- **Evolución:**

Se decide el ingreso del paciente e inicio de antibioterapia con Augmentine i.v. y analgesia.

Comienza con dolor torácico y valorado por el Servicio de Cardiología confirmando la existencia de un infarto agudo de miocardio de localización inferior. Se produce el éxitus del paciente.

- **Diagnóstico:**

Mielofibrosis con metaplasia mieloide en fase de Leucemia aguda mieloblástica.

Neumonía

Infarto agudo de miocardio

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

486, "Neumonía, organismo no especificado"

- **Diagnóstico secundario:**

205.00, "Leucemia Mieloide Aguda"

M9861/3, "Leucemia Mieloide Aguda"

410.41, "Infarto agudo de miocardio de otra pared inferior"

- **Procedimiento:**

87.44, "Radiografía torácica rutinaria"

## IV) Justificación de los códigos asignados

Cuando el Síndrome Mieloproliferativo Crónico (SMPC) evoluciona a una fase posterior de Leucemia Aguda Mieloblástica sólo asignaremos el código correspondiente al estado actual 205.00, "Leucemia mieloide aguda" y M 9861/3, "Leucemia mieloide aguda".

Al igual que los SMD los SMPC pueden evolucionar a una leucemia aguda, especialmente leucemia mieloide crónica.

La metaplasia mieloide en el 10%-15% de los casos evoluciona a una leucemia aguda.

## IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

Diagn. 1: \*486, "Neumonía, organismo no especificado"

Diagn. 2: \*205.00, "Leucemia Mieloide Aguda, sin mención de remisión"

Diagn. 3: \*410.41, "Infarto agudo de miocardio de otra pared inferior"

GRD: 541 Trastornos Respiratorios excepto infecciones, bronquitis ,asma con CC mayor.  
 Peso: 2.4647

## 5. LINFOMAS NO HODGKIN

### Caso 5.1

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente diagnosticado de Linfoma no Hodgkin del manto folicular, estadio IV-A, tratado con protocolo CVAD. Ingresa para revisión completa, previa a tratamiento con minihalo trasplante.

- **Antecedentes personales:**

Como complicación del 2º ciclo sufrió una sepsis por estreptococo viridans, y blefaroconjuntivitis con ulceración corneal severa por pseudomona aeruginosa.

- **Procedimientos:**

TAC cervical: adenopatías aumentadas de tamaño.

TAC tórax: Las adenopatías del tórax no han aumentado de tamaño con respecto a los estudios previos.

TAC abdominal: Han aumentado las pequeñas adenopatías en la región retroperitoneal y en la zona interaórtico- cava y paraaórtica izquierda.

Endoscopia digestiva alta con biopsia: la biopsia gástrica que al diagnóstico se encontraba afectada, en estos momentos muestra una gastritis crónica folicular, con Helicobácter Pylori positivo, con datos de infiltración por su proceso linfoproliferativo.

Biopsia de cresta ilíaca: celularidad hematopoyética reactiva, sin observarse infiltración por su linfoma.

- **Evolución:**

Ante estos hallazgos se programan dos ciclos de poliquimioterapia (ESHAP) y tras nueva evaluación, se procederá a consolidación con minihalo trasplante de médula ósea

- **Diagnóstico:**

Linfoma no Hodgkin del manto folicular.

Gastritis crónica , con Helicobácter Pylori positivo.

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**  
202.88, "Otras neoplasias malignas de tejidos linfoides e histiocíticos. Otros linfomas. Nódulos linfáticos de localizaciones múltiples"
- **Diagnóstico secundario:**  
M9622/3, "Linfoma maligno centrocítico"  
535.10, "Gastritis Atrófica. Sin mención de hemorragia"  
041.86, "Otras infecciones bacterianas especificadas. Helicobácter pylori (H. Pylori)"
- **Procedimiento:**  
87.03, "Tomografía axial computerizada de cabeza"  
87.41, "Tomografía axial computerizada de tórax"  
88.01, "Tomografía axial computerizada de abdomen"  
45.16, "Esofagogastroduodenoscopia (EGD) con biopsia cerrada"  
41.31, "Biopsia de médula ósea"

## III) Justificación de los códigos asignados

El linfoma no Hodgkin del manto se denomina también linfoma intermedio o linfoma centrocítico y pertenece a la categoría de linfoma difuso de células hendidas de la clasificación Working Formulation.

Principios de Medicina Interna. Farreras.

En el Índice Alfabético de la CIE-9-MC, se debe seleccionar el subtérmino centrocítico, correspondiente al término principal Linfoma.

El 5º dígito correspondiente a este linfoma sería el "8", debido a que existe afectación de nódulos linfáticos de múltiples localizaciones así como afectación extraganglionar (estómago).

Boletín 12, página 25.

## IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados.

**Diagn. 1:** \*202.88, "Otras neoplasias malignas de tejidos linfoides e histiocíticos. Otros linfomas. Nódulos linfáticos de localizaciones múltiples"

<b>Diagn. 2:</b>	535.10, "Gastritis Atrófica. Sin mención de hemorragia"
<b>Diagn. 3:</b>	041.86, "Otras infecciones bacterianas especificadas. Helicobácter pylori (H. Pylori)"
<b>Proc. 1:</b>	45.16, "Esofagogastroduodenoscopia (EGD) con biopsia cerrada"
<b>Proc. 2:</b>	41.31, "Biopsia de médula ósea"

**GRD: 404 Linfoma y Leucemia no aguda sin CC**  
**Peso: 1.3105**

## Caso 5.2

### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Ingreso programado para estudio de extensión de linfoma no Hodgkin B MALT de mama derecha.

- **Antecedentes personales:**

Paciente diagnosticada hace 10 días de linfoma no Hodgkin B MALT de mama derecha mediante biopsia con anclaje.

Hepatitis crónica por virus "B" y "C".

Sustitución de cadera derecha por prótesis en el 89.

- **Procedimientos:**

Rastreo corporal con Galio:captación patológica sólo en región mamaria derecha.

TAC de tórax: aumento de densidad en la región de la mama derecha y en partes blandas en probable relación con afectación linfomatosa de la mama ya conocida. No se identifican adenopatías mediastínicas.

TAC abdomen: no se identifican adenopatías en rango patológico en retroperitoneo.

Biopsia de médula ósea: infiltración linfomatosa.

- **Evolución:**

La paciente recibe el primer ciclo de quimioterapia (CVP), presentando buena tolerancia.

- **Diagnóstico:**

Linfoma no Hodgkin B, MALT.

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**  
202.80, "Otros linfomas. Sitio no especificado, extranodal y órgano sólido"
- **Diagnóstico secundario:**  
M9591/3, "Linfoma maligno no Hodgkin"  
070.32, "Hepatitis viral B sin coma hepático. Crónica sin mención de hepatitis delta"  
070.54, "Hepatitis C crónica sin mención de coma hepático"  
V43.64, "Órgano o tejido sustituido por otro medio. Articulación. Cadera."
- **Procedimiento:**  
87.41, "Tomografía axial computerizada del tórax"  
88.01, "Tomografía axial computerizada de abdomen"  
92.18, "Gammagrafía del cuerpo entero"  
41.31, "Biopsia de médula ósea"  
99.25, "Inyección o infusión de sustancia quimioterapéutica contra cáncer"

## III) Justificación de los códigos asignados

Los linfomas MALT (tejido linfoide asociado a las mucosas) constituyen un conjunto de linfomas extraganglionares que tienen en común asentar en mucosas, permanecer localizados y tener un curso clínico indolente.

La localización más frecuente de estos linfomas es el estómago, habiéndose establecido una relación etiológica con la infección por *Helicobacter pylori*.

También son frecuentes en otras zonas del tubo digestivo, piel, mama, pulmón, anillo linfático de Waldeyer.

Los linfomas MALT se codificarán en función del tipo histológico, con el 5º dígito "0" correspondiente a la localización extraganglionar del linfoma.

## IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados.

- Diagn. 1:** \*202.80, "Otros linfomas. Sitio no especificado, extranodal y órgano sólido"  
**Diagn. 2:** \*070.32, "Hepatitis viral B sin coma hepático. Crónica sin mención de hepatitis delta"

<b>Diagn. 3:*</b>	070.54, "Hepatitis C crónica sin mención de coma hepático"
<b>Diagn. 4:</b>	V43.64, "Organo o tejido sustituido por otro medio. Articulación. Cadera."
<b>Proc. 1:</b>	92.18, "Gammagrafía del cuerpo entero"
<b>Proc. 2:</b>	41.31, "Biopsia de médula ósea"
<b>Proc. 3:</b>	99.25, "Inyección o infusión de sustancia quimioterapéutica contra cáncer"

**GRD: 403 Linfoma y Leucemia no aguda con CC.**  
**Peso: 2.6803**

### Caso 5.3

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 28 años diagnosticada hace un año y medio de enfermedad de Hodgkin (esclerosis nodular); estadio II E. Ingresa para reevaluación y nueva biopsia, al haberse observado progresión de las masas adenopáticas.

- **Antecedentes personales:**

Enfermedad de Hodgkin tipo esclerosis nodular, habiendo recibido 5 ciclos de quimioterapia. En escáner de cuello, tórax y abdomen realizado hace tres días se constata progresión de las masas adenopáticas.

- **Procedimientos:**

Eco de tórax: importante derrame pleural izquierdo, derrame pericárdico e infiltrado alveolar en LSI. Adenopatías mediastínicas y afectación intersticial pulmonar (probable diseminación linfática).

Toracocentesis: compatible con linfoma anaplásico.

Ecocardiograma: disminución del derrame pericárdico.

- **Evolución:**

Se inicia quimioterapia ESHAP. Se administra GCSF por granulopenia postquimioterapia.

Mejoría paulatina del infiltrado alveolar, persiste el derrame pleural que obliga a realizar una toracocentesis evacuadora.

- **Diagnóstico:**

Linfoma no Hodgkin anaplásico estadio IV infiltración pleuropulmonar.

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**  
200.08, "Linfosarcoma y reticulosarcoma. Reticulosarcoma"
- **Diagnóstico secundario:**  
M9640/3, "Reticulosarcoma NEOM"  
288.0, "Agranulocitosis"  
E933.1, "Efecto adverso de fármacos antineoplásicos e inmunosupresores"
- **Procedimiento:**  
34.91, "Toracocentesis"  
88.72, "Ultrasonografía de corazón"  
88.73, "Ultrasonografía diagnóstica de otras áreas del tórax"  
99.25, "Inyección o infusión de sustancia quimioterapéutica contra cáncer"  
99.28, "Inyección o infusión de modificadores de respuesta biológica  
(BRM) empleados como agentes antineoplásicos.

## III) Justificación de los códigos asignados

Los linfomas anaplásicos son un conjunto de linfomas caracterizados por la proliferación de células grandes por lo general muy pleomórficas que invaden de forma focal los ganglios linfáticos. Hay formas aparentemente limitadas a la piel con buen pronóstico. Otras localizaciones extraganglionares de la enfermedad son el hueso, el tubo digestivo, el pulmón y la pleura. En cambio, la infiltración de la médula ósea es excepcional.

En el 70% de los casos el fenotipo es T.

Suele afectar sobre todo a niños y a personas jóvenes.

En nuestro caso, el ingreso es para reevaluar el diagnóstico histológico previo, por lo cual asignaremos únicamente el código correspondiente al linfoma anaplásico, sin añadir un código adicional para la enfermedad de Hodgkin. En ocasiones pueden coexistir diferentes tipos histológicos de linfoma en un mismo paciente, en cuyo caso se deberán asignar los códigos correspondientes a todos los tipos de linfoma presentes.

## IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados.

**Diagn. 1:** \*200.08, "Linfosarcoma y reticulosarcoma. Reticulosarcoma"

- Diagn. 2: \*288.0, "Agranulocitosis"  
 Diagn. 3: E933.1, "Efecto adverso de fármacos antineoplásicos e inmunosupresores"  
 Proc. 1: 34.91, "Toracocentesis"

GRD: 403 Linfoma y Leucemia no aguda con CC.  
 Peso: 2.6803

## Caso 5.4

### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Varón de 39 años que nota hace un mes y medio de forma casual una tumoración latero-cervical izquierda de 2-3 cm de diámetro no dolorosa. Acude a urgencias por notar crecimiento de la tumoración con dolor torácico a nivel del estrecho superior del tórax. Cinco días antes de su ingreso por urgencias había sido biopsiada la tumoración cervical con el diagnóstico provisional de linfoma de alto grado. Es ingresado para estudio de extensión y administración de quimioterapia.

- **Antecedentes personales:**

Sin interés

- **Procedimientos:**

CT de cuello: Masas sólidas adenopáticas laterocervicales izquierdas afectando a los grupos II, III, IV, V y fosa supraclavicular izda.

CT toracoabdominal: Se identifica la gran masa de tejidos blandos supraclavicular izquierda. No se identifica extensión intratorácica. No se observan adenopatías mediastínicas ni presencia de alteraciones parenquimatosas ni adenopatías axilares. En abdomen no existen lesiones en órganos sólidos ni presencia de adenopatías en rango patológico.

Rastreo corporal con Galio 67: Se aprecia depósito focal anómalo del radiotrazador en región submandibular, laterocervical y supraclavicular izda.

Aspirado biopsia de médula ósea: No se observa infiltración por el linfoma de la médula ósea.

- **Evolución:**

Ha iniciado tratamiento quimioterápico con protocolo CHOP del cual ha recibido el primer ciclo, observándose importante disminución



en el tamaño de la masa adenopática laterocervical izda. No ha presentado complicaciones inmediatas a la administración de quimioterapia.

• **Diagnóstico:**

Linfoma de alto grado, estadio II A, con masa BULKY látero cervical izda con un IPI de 1, es decir de bajo riesgo.

## II) Codificación clínica

• **Diagnóstico principal:**

202.81, "Otros linfomas. Nódulos linfáticos de la cabeza, cara y cuello"

• **Diagnóstico secundario:**

M9590/3, "Linfoma maligno NEOM"

• **Procedimientos:**

87.03, "Tomografía axial computerizada de cabeza"

87.41, "Tomografía axial computerizada de tórax"

88.01, "Tomografía axial computerizada de abdomen"

92.18, "Gammagrafía del cuerpo entero"

41.31, "Biopsia de médula ósea"

99.25, "Inyección o infusión de sustancia quimioterapéutica contra el cáncer"

## III) Justificación de los códigos asignados

Es frecuente encontrar en la terminología que habitualmente emplean los hematólogos la denominación masa "BULKY", haciendo referencia a tumores o conglomerados de adenopatías. El uso de este término proviene de la palabra inglesa "bulky" cuyo significado literal es "abultado".

No debe hacernos pensar, por lo tanto, el empleo de este término, en una superficial interpretación, que debemos codificar un linfoma con masa BULKY, con un 5º dígito "0" de localización extraganglionar, por el contrario, codificaremos la masa BULKY con el 5º dígito apropiado para la localización ganglionar de dicha masa (cervical "1"; axilar "4"; etc.).

## IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados.

**Diagn. 1:** \*202.81, "Otros linfomas. Nódulos linfáticos de la cabeza, cara y cuello"

**Proc. 1:** 99.25, "Inyección o infusión de sustancia quimioterapéutica contra el cáncer"

- Proc. 2: 41.31, "Biopsia de médula ósea"  
 Proc. 3: 92.18, "Gammagrafía del cuerpo entero"

GRD: 404 Linfoma y Leucemia no aguda sin complicación  
 Peso: 1.3105

## 6. INGRESOS PARA TRATAMIENTO

### 6.1 QUIMIOTERAPIA

#### Caso 6.1.1

##### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Varón de 47 años diagnosticado de LNH-B difuso de células grandes, estadio IV-B, en tratamiento con protocolo MACOP-B que ingresa para tratamiento quimioterápico (décima semana de tratamiento) con vincristina más metrotrexate i.v y metrotrexate intratecal.

- **Antecedentes personales:**

LNH-B difuso de células grandes.

- **Procedimientos:**

Nutrición parenteral

Radiografía de tórax: infiltrados alveolar bilateral, posible neumonía basal bilateral.

Quimioterapia i.v e intratecal.

- **Evolución:**

Complicación inmediata de la quimioterapia recibida el paciente presenta una mucositis grado IV que le dificulta la tolerancia por vía oral, precisando nutrición parenteral.

También presenta durante el ingreso una neumonía basal bilateral en el seno de una neutropenia, tratada con antibióticos de amplio espectro.

Es tratado también con G-CSF.

- **Diagnóstico:**

Tratamiento quimioterápico

Linfoma no Hodgkin-B, difuso de célula grande, estadio IV-B.

Neumonía basal bilateral, en el contexto de neutropenia febril.

Mucositis grado IV.

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**  
V58.1, "Admisión para quimioterapia"
- **Diagnóstico secundario:**  
200.00, "Reticulosarcoma. Sitio no especificado, extranodal y órganos sólidos excepto bazo"  
M9640/3, "Reticulosarcoma NEOM"  
481, "Neumonía neumocócica (neumonía por estreptococo pneumoniae)"  
528.0, "Estomatitis"  
288.0, "Agranulocitosis"  
E933.1, "Fármacos antineoplásicos e inmunosupresores"
- **Procedimiento:**  
99.25, "Inyección o infusión de sustancia quimioterapéutica para cáncer"  
03.92, "Inyección de otro agente en canal espinal"  
99.28, "Inyección o infusión de modificadores de respuesta biológica (BRM) empleados como agentes antineoplásicos"  
99.15, "Infusión parenteral de sustancias nutritivas concentradas"  
87.44, "Radiografía torácica rutinaria descrita como tal"

## III) Justificación de los códigos asignados

Cuando un paciente ingresa para recibir tratamiento dirigido directamente hacia su neoplasia, la neoplasia será el diagnóstico principal, excepto cuando el propósito de la admisión en el hospital sea recibir una sesión de quimioterapia o radioterapia (Manual del Usuario, pág. 50).

Si un paciente ingresa para tratamiento con quimioterapia o radioterapia y estando ingresado desarrolla cualquier complicación, el diagnóstico principal será el ingreso para quimioterapia o radioterapia.

En nuestro caso el paciente ingresa para quimioterapia y estando ingresado desarrolla complicaciones debidas al tratamiento quimioterápico como son una neutropenia de  $106/\text{mm}^3$  que condiciona la aparición de una neumonía y una mucositis grado IV.

Una cifra de neutrófilos por debajo de  $500/\text{mm}^3$  conlleva un significativo riesgo de infección, y en cifras menores de  $100/\text{mm}^3$  se producen infecciones graves y bacteriemias.

El uso G-CSF en pacientes con neutropenia importante puede reducir la duración de esta.

El código adecuado para el tratamiento con G-CSF es el 99.28, "inyección o infusión de modificadores de respuesta biológica (BRM) empleados como agentes antineoplásicos", como se indica en el boletín 10, página 24.

La quimioterapia provoca una significativa morbilidad sobre la mucosa oral en aproximadamente un 40% de los pacientes, también se puede afectar el tracto gastrointestinal y la conjuntiva entre otras localizaciones.

La mucositis oral se caracteriza por la aparición de ardor o quemazón en la mucosa junto con eritema entre el 7º-10º día después de la quimioterapia, seguido de erosiones y ulceraciones, cuya resolución coincidirá con la recuperación de la neutropenia. La mucositis no es un proceso grave per se, pero puede complicarse secundariamente con infecciones, causadas por microorganismos oportunistas como *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus*, bacilos gramnegativos y herpes virus; hemorragias; alteraciones de la nutrición. Los principales citostáticos causantes de mucositis son los antimetabolitos como el metotrexato o el 5-fluorouracilo.

El tratamiento es conservador y va dirigido a aliviar el dolor, aportar una hidratación y alimentación adecuada y prevenir las complicaciones.

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados.

Diagn. 1:	*V58.1, "Admisión para quimioterapia"
Diagn. 2:	200.00, "Reticulosarcoma. Sitio no especificado, extranodal y órganos sólidos excepto bazo"
Diagn. 3:	*481, "Neumonía neumocócica (neumonía por estreptococo pneumoniae)"
Diagn. 4:	528.0, "Estomatitis"
Diagn. 5:	*288.0, "Agranulocitosis"
Proc. 1:	99.25, "Inyección o infusión de sustancia quimioterapéutica para cáncer"
Proc. 2:	03.92, "Inyección de otro agente en canal espinal"
Proc. 3:	99.28, "Inyección o infusión de modificadores de respuesta biológica (BRM) empleados como agentes antineoplásicos"
Proc. 4:	*99.15, "Infusión parenteral de sustancias nutritivas concentradas"

GRD: 577 Trastornos Mieloproliferativos y neoplasias mal diferenciada con CC mayor  
 Peso: 3.4057

## Caso 6.1.2

### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 74 años , que acude de forma programada para recibir un ciclo de poliquimioterapia (VAD)

- **Antecedentes personales:**

Mieloma múltiple Bence- Jones lambda, estadio III-A.

- **Procedimientos:**

Hemograma: Hb 11.3 gr/dl; Hcto, 36%; leucocitos 2330/mm<sup>3</sup> ( N 470, L 1310, M340); plaquetas 141000/mm<sup>3</sup>; VSG 12mm a la 1ª hora.

- **Evolución:**

Ante la neutropenia que presenta el paciente se retrasa la quimioterapia una semana.

- **Diagnóstico:**

Mieloma múltiple Bence-Jones.

Neutropenia posquimioterapia.

### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

V58.1, "Admisión para quimioterapia"

- **Diagnóstico secundario:**

288.0, "Agranulocitosis"

E933.1, "Efecto adverso de fármacos antineoplásicos e inmunosupresores"

203.00 , "Mieloma múltiple, sin mención de remisión"

V64.1, "Procedimiento quirúrgico o de otro tipo no realizado por contraindicación"

### III) Justificación de los códigos asignados

Cuando un paciente ingresa para tratamiento de quimioterapia y se decide posponer el tratamiento porque una vez ingresado se detecta una alteración analítica o cualquier otra anomalía que contraindique el inicio del tratamiento, el diagnóstico principal será "Admisión

para quimioterapia", y se añadirán como diagnósticos secundarios los códigos del proceso que ha originado la suspensión del tratamiento, y el de la neoplasia.

Boletín 6, página 23.

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados.

Diagn. 1: *	V58.1,	"Admisión para quimioterapia"
Diagn. 2: #	288.0,	"Agranulocitosis"
Diagn. 3:	E933.1,	"Efecto adverso fármacos antineoplásicos e inmunosupresores"
Diagn. 4:	203.00,	"Mieloma múltiple, sin mención de remisión"
Diagn. 5:	V64.1,	"Procedimiento quirúrgico o de otro tipo no realizado por contraindicación"

GRD: 410 Quimioterapia  
Peso: 1.0995

## 6.2 COMPLICACIÓN DE QUIMIOTERAPIA

### Caso 6.2.1

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 47 años que tras tratamiento quimioterápico ambulatorio ingresa con fiebre de 37°C, intensa palidez de piel y mucosas, afta en el labio inferior.

- **Antecedentes personales:**

Leucemia aguda linfoblástica.

- **Procedimientos:**

Hemograma: Hb, 4,9 gr/dl; leucocitos, 770 por mm<sup>3</sup>; granulocitos 140 por mm<sup>3</sup>; plaquetas 35000 por mm<sup>3</sup>.

Transfusión de hematíes.

G-CSF intravenoso.

Implante de reservorio subcutáneo para posterior administración de quimioterapia.

Hemocultivos: negativos.

Frotis faríngeo.

Inmunofluorescencia directa para herpes simple tipo I, positiva.  
Rx de tórax: normal.

- **Evolución:**

Se inicia tratamiento con Ceftazidima más Amikacina intravenosa y Aciclovir al ser positiva la inmunofluorescencia directa para virus del herpes simple tipo I. El paciente mejora clínica y analíticamente: Hb, 10,1 gr/dl; leucocitos 4350 mm<sup>3</sup> (granulocitos 1450); plaquetas, 215000 mm<sup>3</sup>.

- **Diagnóstico:**

Leucemia aguda linfoblástica.  
Pancitopenia postquimioterapia.  
Herpes simple labial

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

284.8, "Otras anemias aplásicas especificadas"

- **Diagnóstico secundario:**

E933.1, "Efecto adverso de fármacos antineoplásicos e inmunosupresores"

204.00, "Leucemia linfocítica aguda, sin mención de remisión"

M9821/3, "Leucemia linfocítica aguda"

054.2, "Gingivostomatitis herpética"

- **Procedimiento:**

99.04, "Transfusión de concentrado de hematies"

99.28, "Inyección o infusión de modificadores de respuesta biológica (BRM) empleados como agentes antineoplásicos"

86.07, "Inserción de dispositivo de acceso vascular (DAV) totalmente implantable."

90.31, "Examen microscópico de muestra de oído, nariz, garganta y laringe, frotis bacteriano"

87.44, "Radiografía torácica rutinaria descrita como tal"

## III) Justificación de los códigos asignados

Los ingresos por efectos tóxicos derivados del tratamiento con quimioterapia de una neoplasia se codificarán según se trate de una intoxicación o una reacción adversa a fármacos y además el código de la neoplasia.

En nuestro ejemplo, se codificará como una R.A.M. ya que se trata de un efecto secundario frecuente de la ciclofosfamida y no hay ningún dato objetivo para considerarlo una intoxicación.

Manual del Usuario, 4ª edición , página 55.  
Boletín 2, página 24.

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados.

Diagn. 1:	*284.8,	"Otras anemias aplásicas especificadas"
Diagn. 2:	E933.1,	"Efecto adverso de fármacos antineoplásicos e inmunosupresores"
Diagn. 3:	*204.00,	"Leucemia linfocítica aguda, sin mención de remisión"
Diagn. 4:	#054.2,	"Gingivostomatitis herpética"
Proc. 1:	99.28,	"Inyección o infusión de modificadores de respuesta biológica (BRM) empleados como agentes antineoplásicos"
Proc. 2:	86.07,	"Inserción de dispositivo de acceso vascular (DAV) totalmente implantable."

GRD: 574 Trastornos de sangre, órganos hemopoyéticos y inmunológicos con CC mayor  
Peso: 2.6874

## 6.3 CUIDADOS PALIATIVOS

### Caso 6.3.1

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 81 años que ingresa por síndrome de últimos días, con disnea importante y deterioro.

- **Antecedentes personales:**

Carcinoma microcítico de pulmón, enfermedad extendida al diagnóstico, en forma de metástasis óseas.

Síndrome mielodisplásico tipo anemia refractaria con exceso de blastos.

- **Evolución:**

Dado el extremo deterioro del paciente en el momento del ingreso se decide efectuar sólo tratamiento sintomático destinado a controlar el trabajo respiratorio y el dolor con sedación y cloruro mórfico.



- **Diagnóstico:**

Carcinoma microcítico de pulmón  
Metastásis óseas

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

162.9, "Neoplasia maligna de bronquios y pulmón parte no especificada"

- **Diagnóstico secundario:**

M8041/3, "Carcinoma de células pequeñas NEOM"

V66.7, "Admisión para tratamiento paliativo"

284.9, "Anemia aplásica, no especificada"

198.5, "Neoplasia maligna secundaria de huesos y médula ósea"

M8041/6, "Carcinoma metastásico de células pequeñas NEOM"

## III) Justificación de los códigos asignados

La OMS define los cuidados paliativos como el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, siendo el objetivo principal conseguir la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias. La expectativa de vida de estos pacientes no es superior a 6 meses.

Objetivos de los cuidados paliativos según la OMS:

- Alivio del dolor y otros síntomas ( anorexia-adelgazamiento, náuseas-vómitos, disfagia, disnea, respiración estertorosa, insomnio, delirio) .
- No alargar, ni acortar la vida.
- Dar apoyo psicológico social y espiritual.
- Reafirmar la importancia de la vida.
- Considerar la muerte como algo normal.
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.

El código V66.7, "Admisión para tratamiento paliativo" se empleará cuando un paciente ingresa para recibir tratamiento de los síntomas de una enfermedad que se considera incurable, sobre la que no se está realizando ya ningún tipo de tratamiento con fines curativos.

El empleo de este código requiere que además de todo lo anterior, esté documentada la situación de enfermo terminal, síndrome de últimos días, asistencia al final de la vida, cuidados paliativos, etc.

Cuando se emplee este código será siempre secundario, con un diagnóstico principal correspondiente a la enfermedad terminal.

Boletín 12, página 18.

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados.

- Diagn. 1:** \*162.9, "Neoplasia maligna de bronquios y pulmón parte no especificada"  
**Diagn. 2:** V66.7, "Admisión para tratamiento paliativo"  
**Diagn. 3:** #284.9, "Anemia aplásica, no especificada"

GRD: 82 Neoplasias respiratorias  
 Peso: 1.9986

## 6.4 TERAPIA DEL DOLOR ONCOLÓGICO

### Caso 6.4.1

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 59 años que ingresa para tratamiento de dolor oncológico no controlado.

- **Antecedentes personales:**

Mesotelioma pleural. EPOC. Exfumador desde hace 2 años.

- **Procedimientos:**

Implantación de catéter epidural tipo Du Pen quedando situada la punta a nivel de T5 se conecta a bomba de infusión externa tipo Gra-seby con una solución de Bupibacaina al 0,125% más Fentanilo 5mcg/ml.

- **Evolución:**

La respuesta analgésica es excelente desapareciendo el dolor pleurítico tras la aplicación de la primera dosis. En los días sucesivos refiere la aparición de dolor suprapúbico y abdominal. Se decide sustituir la solución analgésica anterior por cloruro mórfico.

- **Diagnóstico:**

Mesotelioma pleural  
 EPOC

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**  
163.9, "Neoplasia maligna de mediastino, parte no especificada"
- **Diagnóstico secundario:**  
M9050/3, "Mesotelioma maligno"  
496, "Obstrucción crónica de vías respiratorias, no clasificadas bajo otros conceptos"  
305.1, "Trastorno por uso del tabaco"
- **Procedimientos:**  
  
03.90, "Inserción de catéter en conducto espinal para infusión de sustancias terapéuticas o paliativas"  
03.91, "Inyección de anestésico en el conducto espinal para analgesia"  
03.92, "Inyección de otro agente en canal espinal"  
99.29, "Inyección o infusión de otra sustancia terapéutica o profiláctica"

## III) Justificación de los códigos asignados

En este caso no asignamos como código de diagnóstico secundario el V66.7, ya que no está documentado que el paciente se encuentre en situación terminal, ni que el tratamiento del dolor por el que ingresa sea un tratamiento paliativo.

## IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados.

- Diagn. 1:** \*163.9, "Neoplasia maligna de mediastino, parte no especificada"
- Diagn. 2:** #496, "Obstrucción crónica de vías respiratorias, no clasificadas bajo otros conceptos"
- Proc. 1:** 03.90, "Inserción de catéter en conducto espinal para infusión de sustancias terapéuticas o paliativas"

GRD: 82 Neoplasias respiratorias  
Peso: 1.9986

## 6.5 TRANSPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS SANGUÍNEAS (TASPE)

### Caso 6.5.1

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Ingreso para transplante autólogo de células progenitoras en sangre periférica (TASPE)

- **Antecedentes personales:**

Paciente diagnosticada de Mieloma Múltiple estadio IIIA en diciembre de 1999. Tratada con poliquimioterapia.

- **Procedimientos:**

Se realiza acondicionamiento con Melfalán 200 mg/m<sup>2</sup> y días después recibe infusión de stem-cell periférica. También recibe nutrición parenteral por mucositis severa postquimioterapia.

- **Evolución:**

Durante el periodo de aplasia la paciente ha presentado mucositis grado IV

- **Diagnóstico:**

Mieloma múltiple  
Mucositis oral grado IV

#### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

203.00, "Mieloma múltiple. Sin mención de remisión"

- **Diagnóstico secundario:**

284.8, "Otras anemias aplásicas especificadas"

528.0, "Estomatitis"

E933.1, "Efecto adverso de fármacos antineoplásicos e inmunosupresores"

- **Procedimientos:**

41.04, "Transplante autólogo de células madre hematopoyéticas"

99.25, "Inyección o infusión de otra sustancia quimioterapéutica contra cáncer"

99.15, "Infusión parenteral de sustancias nutritivas concentradas"

#### III) Justificación de los códigos asignados

El diagnóstico principal será la neoplasia siempre que el ingreso sea para el tratamiento del tumor con la única excepción de los ingre-

sos exclusivamente para tratamientos con quimioterapia y radioterapia.

Manual del Usuario, páginas 51 y 52.

Boletín nº 8, página 16

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados.

Diagn. 1:	*203.00,	"Mieloma múltiple. Sin mención de remisión"
Diagn. 2:	#284.8,	"Otras anemias aplásicas especificadas"
Diagn. 3:	528.0,	"Estomatitis"
Diagn. 4:	E933.1,	"Efecto adverso de fármacos antineoplásicos e inmunosupresores"
Proc. 1: *	41.04,	"Transplante autólogo de células madre hematopoyéticas"
Proc. 2:	99.25,	"Inyección o infusión de otra sustancia quimioterapéutica contra cáncer"
Proc. 3:	99.15,	"Infusión parenteral de sustancias nutritivas concentradas"

GRD: 804 Transplante de médula ósea autólogo  
Peso: 16.2642

## 6.6 AFÉRESIS PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

### Caso 6.6.1

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente que ingresa para realizar aféresis de progenitores hematopoyéticos en sangre periférica

- **Antecedentes personales:**

Linfoma no Hodgkin folicular grado I.

Glomerulonefritis membranoproliferativa

- **Procedimientos:**

Aféresis de progenitores hematopoyéticos en sangre periférica

Canalización de vía central femoral  
Tratamiento con G-CSF intravenoso.

- **Diagnóstico:**  
Linfoma folicular grado I  
Glomerulonefritis membranoproliferativa

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**  
202.00, "Linfoma nodular. Nódulos linfáticos de sitio no especificado"
- **Diagnóstico secundario:**  
M 9690/3, "Linfoma maligno nodular"  
583.2, "Nefritis y nefropatía no especificada como aguda ni crónica con lesión de glomerulonefritis membranoproliferativa"
- **Procedimientos:**  
99.79, "Aferésis terapéutica. Otros"  
99.28, "Inyección o infusión de modificadores de respuesta biológica (BRM) empleados como agentes antineoplásicos"  
38.93, "Cateterismo venoso no clasificado bajo otro concepto"

## III) Justificación de los códigos asignados

El diagnóstico principal será la neoplasia siempre que el ingreso sea para el tratamiento del tumor con la única excepción de los ingresos exclusivamente para tratamientos con quimioterapia y radioterapia.

Manual del Usuario, páginas 51 y 52.

## IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados.

- |                  |                                                                                                                            |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Diagn. 1:</b> | *202.00, "Linfoma nodular. Nódulos linfáticos de sitio no especificado"                                                    |
| <b>Diagn. 2:</b> | 583.2, "Nefritis y nefropatía no especificada como aguda ni crónica con lesión de glomerulonefritis membranoproliferativa" |
| <b>Proc. 1:</b>  | 99.79, "Aferésis terapéutica. Otros"                                                                                       |
| <b>Proc. 2:</b>  | 99.28, "Inyección o infusión de modificadores de respuesta biológica (BRM) empleados como agentes antineoplásicos"         |

Proc. 3: 38.93, "Cateterismo venoso no clasificado bajo otro concepto"

GRD: 404 Linfoma y Leucemia no aguda sin CC  
Peso: 1.3105

## 7. TRICOLEUCEMIA

### Caso 7.1

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Varón de 60 años que ingresa de forma programada con el diagnóstico de tricoleucemia para realización de tratamiento.

- **Antecedentes personales:**

Episodios recurrentes de infección por virus herpes. Diagnosticado de tricoleucemia hace 6 meses por aspirado de médula ósea y estudio anatomopatológico de cilindro óseo y citometría de flujo.

- **Procedimientos:**

Hemograma: Hto 39%; Hb 13; VCM 90; Hematíes 4310000; Reticulocitos 38000; Leucocitos 2710 (S 110, L 1460, M 40, B10, E 40); Plaquetas 200000.

CT toracoabdominal: No existen adenopatias en rango patológico ni torácicas ni abdominales ni lesiones focales en órganos sólidos.

- **Evolución:**

Se realiza el tratamiento con Cladribina a dosis de 0,09 mg/kg/día en infusión continua durante 24 horas y 7 días consecutivos. El paciente ha realizado el tratamiento sin incidencias de interés.

- **Diagnóstico:**

Tricoleucemia

#### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

V58.1, "Admisión para quimioterapia"

- **Diagnóstico secundario:**

202.40, "Reticuloendoteliosis leucémica. Sitio no especificado, extranodal y órganos sólidos "

M9940/3, "Leucemia de células peludas (vellosas)

• **Procedimiento:**

- 99.25, "Inyección o infusión de sustancia quimioterapéutica contra cáncer"
- 87.41, "Tomografía axial computerizada del tórax"
- 88.01, "Tomografía axial computerizada de abdomen"

### III) Justificación de los códigos asignados

La tricoleucemia es un síndrome linfoproliferativo (SLP) crónico descrito en 1958 y que se caracteriza por citopenias de grado variable, esplenomegalia, infecciones de repetición e invasión de sangre periférica, médula ósea, bazo e hígado por unas células cuyo rasgo más característico es que poseen prolongaciones citoplasmáticas a modo de "pelos" (tricoleucocitos).

Representa el 1-2% de todos los SLP crónicos. Afecta sobre todo a varones (4/1) entre los 40 y los 60 años.

El diagnóstico se basa en la identificación de las células linfoides que definen a esta entidad: los tricoleucocitos. Estas células tienen abundante citoplasma, un núcleo central a veces algo arriñonado y finas prolongaciones o vellosidades citoplasmáticas a modo de pelos.

Este tipo de leucemia es denominado también leucemia de células vellosas o leucemia de células peludas.

Disponemos de entrada en el Índice Alfabético de la CIE-9-MC, bajo el término principal **leucemia**

- células
- vellosas, peludas (M9940/3) 202.4X

Tratado de Medicina Interna. Farreras Rozman. Decimotercera edición.

Manual Merck. Décima edición.

Compendio de Anatomía Patológica. F. J. Pardo Mindán. Ed. Harcourt Brace. 1998.

### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados.

- Diagn. 1: \* V58.1, "Admisión para quimioterapia"
- Diagn. 2: 202.40, "Reticuloendoteliosis leucémica. Sitio no especificado, extranodal y órganos sólidos"



Proc. 1: 99.25, "Inyección o infusión de sustancia quimioterapéutica contra cáncer"

GRD: 410 Quimioterapia

Peso: 1.0995

## 8. LINFANGITIS CARCINOMATOSA

### Caso 8.1

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Varón de 47 años que ingresa por insuficiencia respiratoria en relación con la linfangitis pulmonar ya conocida.

- **Antecedentes personales:**

Diagnosticado hace dos años de adenocarcinoma gástrico difuso de células en anillo de sello con metástasis ganglionares en hilio hepático. Intervenido mediante gastrectomía subtotal y montaje en Billroth III. Hace 3 meses se objetivo en Rx. de tórax imágenes de infiltrado intersticial bilateral compatible con linfangitis carcinomatosa. Se propuso entonces la administración de quimioterapia con intención paliativa, administrándose un total de 4 ciclos, evidenciándose una clara mejoría del infiltrado intersticial que se apreciaba antes del tratamiento.

- **Procedimientos:**

Rx. tórax: Afectación intersticial bilateral con derrame pleural bilateral de predominio derecho. La radiografía de tórax comparada con la previa del paciente, mostraba una clara progresión de la enfermedad a nivel pulmonar.

- **Evolución:**

El paciente ingresó con un cuadro de dificultad respiratoria severa iniciando a las 48 horas fiebre con leucocitosis, indicándose tratamiento antibiótico empírico. En los hemocultivos se aisló *Escherichia Coli* sensible a aminoglucósidos y cefalosporinas (tto. antibiótico que el paciente ya estaba recibiendo). Durante el ingreso el paciente experimento un empeoramiento de su cuadro respiratorio que requirió sedación con dosis bajas de cloruro mórfico subcutáneo, produciéndose el fallecimiento del paciente.

- **Diagnóstico:**

Adenocarcinoma gástrico difuso de células en anillo de sello con metástasis ganglionares en hilio hepático y linfangitis carcinomatosa pulmonar en progresión tras 4 ciclos de tto. quimioterápico.

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

197.0, "Neoplasia maligna secundaria de los aparatos respiratorio y digestivo. Pulmón."

- **Diagnóstico secundario:**

M8490/6, "Carcinoma metastásico de células en anillo de sello"

151.9, "Neoplasia maligna de estomago, parte no especificada"

M8490/3, "Carcinoma de células en anillo de sello"

196.2, "Neoplasia secundaria maligna. Nódulos linfáticos intraabdominales"

M8490/6, "Carcinoma metastásico de células en anillo de sello"

790.7, "Bacteriemia"

041.4, "Escherichia Colli"

- **Procedimiento:**

87.44, "Radiografía torácica rutinaria descrita como tal"

99.29, "Inyección o infusión de otra sustancia terapéutica o profiláctica"

## III) Justificación de los códigos asignados

La linfangitis carcinomatosa implica diseminación metastásica en el órgano en el que asienta. Generalmente se trata de un hallazgo radiológico y su localización más frecuente es en pulmón. Las causas más frecuentes de linfangitis carcinomatosa son: carcinoma de estómago, páncreas, mama, pulmón y próstata.

Compendio de Radiología Clínica. Cesar S. Pedrosa y Rafael Casanova.

Ed. Interamericana Mc Graw-Hill.

## IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados.

**Diagn. 1:** \*197.0, "Neoplasia maligna secundaria de los aparatos respiratorio y digestivo. Pulmón."

**Diagn. 2:** 151.9, "Neoplasia maligna de estomago, parte no especificada"

**Diagn. 3:** #196.2, "Neoplasia secundaria maligna. Nódulos linfáticos intraabdominales"

**Proc. 1:** 99.29, "Inyección o infusión de otra sustancia terapéutica o profiláctica"

**GRD: 82 Neoplasias respiratorias**

**Peso: 1.9986**

# 1. NEFROPATÍAS: GLOMERULONEFRITIS, NEFROSIS Y NEFRITIS

## Caso 1.1

### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 17 años, diagnosticada de Lupus eritematoso sistémico (afectación articular y hematológica), que ingresa por deterioro del estado general y proteinuria de rango nefrótico.

- **Antecedentes personales:**

Alergia a gramíneas.

- **Procedimientos:**

- Biopsia renal: Glomerulonefritis proliferativa difusa (nefropatía lúpica tipo IV).
- Transfusión de dos concentrados de hematíes.

- **Evolución:**

Favorable tras la administración de Corticoides i.v./oral y Ciclofosfamida. Asimismo, presentó una disminución de la Hb hasta 8,4 gr./L.

- **Diagnósticos:**

- Lupus eritematoso sistémico con afectación hematológica, articular y renal.
- Síndrome nefrótico secundario a Glomerulonefritis proliferativa difusa.
- Anemia.

### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

710.0 "Lupus eritematoso sistémico"

• **Diagnósticos secundarios:**

- 581.81 "Síndrome nefrótico en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos"
- 285.9 "Anemia, no especificada"
- V15.0 "Historia personal de alergia salvo alergia a agentes medicamentosos"

• **Procedimientos:**

- 55.23 "Biopsia cerrada de riñón"
- 99.04 "Transfusión de concentrado de hematíes"

### III) Justificación de los códigos asignados

La CIE-9-MC considera de un modo especial aquellas Glomerulonefritis debidas o asociadas a determinadas enfermedades, secundarias, estableciendo codificación múltiple para ellas, con una secuencia específica de clasificación: como primer diagnóstico el de la enfermedad en cuestión, seguido del código 580.81, 581.81, 582.81 ó 583.81 (dependiendo de que la Glomerulonefritis sea aguda, crónica, no especificada o de la presencia de síndrome nefrótico).

La entrada en el Índice Alfabético de enfermedades: Lupus con nefritis aguda nos lleva al código 580.81. Cuidado por que en este caso la nefropatía lúpica está tipificada y corresponde a una Glomerulonefritis proliferativa difusa con síndrome nefrótico. La entrada correcta es Síndrome nefrótico, vease también Nefrosis en lupus 581.81, sin importar el tipo de glomerulonefritis.

### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

- |          |         |                                                                      |
|----------|---------|----------------------------------------------------------------------|
| Diag. 1: | *710.0  | Lupus eritematoso sistémico                                          |
| Diag. 2: | *581.81 | Síndrome nefrótico en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos |
| Diag. 3: | 285.9   | Anemia, no especificada                                              |
| Diag. 4: | V15.0   | Historia personal de alergia salvo alergia a agentes medicamentosos  |
| Proc. 1: | 55.23   | Biopsia cerrada de riñón                                             |
| Proc. 2: | 99.04   | Transfusión de concentrado de hematíes                               |

GRD: **240 Enfermedades del tejido conectivo con CC**  
 Peso: **1,6110**

## Caso 1.2

### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 66 años, diagnosticada de insuficiencia renal crónica secundaria a hialinosis segmentaria y focal crónica, que ingresa para estudio de derrame pleural izquierdo.

- **Antecedentes personales:**

Diabetes mellitus. Implantación de marcapasos. HTA con repercusión visceral en fondo de ojo.

- **Procedimientos:**

- Toracocentesis: Líquido pleural urémico.
- Hemodiálisis mediante catéter tipo Shaldon.
- Transfusión de dos concentrados de hemáties.
- Realización de fístula arteriovenosa (tabaquera anatómica).

- **Evolución:**

Se inicia tratamiento diurético a pesar de lo cual no se objetiva mejoría del derrame, por lo que se decide iniciar diálisis mediante catéter tipo Shaldon. El día 21 tras una sesión de hemodiálisis presenta hiperpotasemia que se corrige. Se solicita PIC a Psiquiatría al presentar el paciente ánimo deprimido desde el ingreso.

- **Evolución:**

Posteriormente se envía al paciente al Hospital C para la realización de FAV según lo previsto.

- **Diagnósticos:**

- Derrame pleural izquierdo de probable etiología urémica.
- Insuficiencia renal crónica secundaria a Glomeruloesclerosis focal, con inicio de hemodiálisis periódicas.
- Anemia secundaria a insuficiencia renal crónica.
- Hipertensión arterial secundaria. Retinopatía hipertensiva.
- Trastorno ansioso depresivo adaptativo.
- Diabetes mellitus.
- Implantación de marcapasos.

### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

511.9 "Derrame pleural no especificado"

- **Diagnósticos secundarios:**

582.1 "Glomerulonefritis crónica con lesión membranosa"

585 "Insuficiencia renal crónica"

405.99 "HTA secundaria, no especificada"

362.11 "Retinopatía hipertensiva"

- 285.9 "Anemia, no especificada"  
 309.28 "Reacción de adaptación con características emocionales mixtas"
- **Diagnósticos secundarios:**
    - V45.01 "Marcapasos cardíaco"
    - 276.7 "Hiperpotasemia"
    - E879.1 "Reacción anormal a diálisis renal"
  - **Procedimientos:**
    - 39.95 "Hemodiálisis renal"
    - 38.95 "Cateterismo venoso para diálisis renal"
    - 34.91 "Toracocentesis"
    - 39.27 "Arteriovenostomía para diálisis renal"
    - 99.04 "Transfusión de concentrado de hematíes"

### III) Justificación de los códigos asignados

El derrame pleural de origen urémico es una de las complicaciones de la insuficiencia renal crónica, debido a los cambios que se producen en la osmolaridad sanguínea y que conlleva la modificación en la permeabilidad de la membrana pleural permitiendo la acumulación de líquido en el espacio pleural. Al no existir un código específico para el derrame pleural urémico se codificará como 511.9.

El principal problema que se plantea al codificador al clasificar las glomerulonefritis, es la ausencia de correlación entre el término clínico que figura en el informe y los términos de entrada al Índice alfabético de enfermedades. Por ello es importante conocer los sinónimos de cada uno de los tipos de enfermedad renal, además de su condición aguda, crónica, no especificada o presencia de síndrome nefrótico.

En el caso nº5, la glomerulonefritis hialinosa segmentaria y focal, no se corresponde con el término de entrada segmentaria y focal, sino con la glomerulonefritis esclerosante.

#### **Tipos de Glomerulonefritis (GN):**

- **GN proliferativa** (GN mesangial) (GN mesangial IgA)
- **GN membranosa** (Nefropatía membranosa) (Nefropatía extramembranosa)
- **GN membranoproliferativa, GN endotelial** (GN mesangiocapilar) (hipocomplementémica persistente) (lobular) (membranosa y proliferativa mixta)
- **GN rápidamente progresiva o subaguda, GN extracapilar** (GN con lesión de glomerulitis necrotizante)

- **GN con cambio mínimos** (enfermedad mínima) (necrosis lipoi-dea) (enfermedad de las células epiteliales) (enfermedad de los podocitos)
- **Glomeruloesclerosis focal, GN esclerosante, GN crónica membranosa esclerosante** (Hialinosis segmentaria y focal)
- **Glomerulonefritis aguda, GN postestreptocócica** (Síndrome nefrítico agudo) (GN postinfecciosa)

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados.

Diag. 1:	*511.9	Derrame pleural no especificado
Diag. 2:	582.1	Glomerulonefritis crónica con lesión membranosa
Diag. 3:	#585	Insuficiencia renal crónica
Diag. 4:	405.99	HTA secundaria, no especificada
Diag. 5:	362.11	Retinopatía hipertensiva
Diag. 6:	285.9	Anemia, no especificada
Diag. 7:	V45.01	Marcapasos cardíaco
Diag. 8:	309.28	Reacción de adaptación con características emocionales mixtas
Diag. 9:	#276.7	Hiperpotasemia
Diag. 10:	E879.1	Reacción anormal a diálisis renal
Proc. 1:	*39.95	Hemodiálisis renal
Proc. 2:	38.95	Cateterismo venoso para diálisis renal
Proc. 3:	34.91	Toracocentesis
Proc. 4:	39.27	Arteriovenostomía para diálisis renal
Proc. 5:	99.04	Transfusión de concentrado de hematíes

GRD: **468 Procedimiento quirúrgico extensivo, no relacionado con el diagnóstico principal**  
 Peso: **4,0631**

### Caso 1.3

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 66 años que ingresa por un síndrome febril agudo resuelto, siendo dado de alta al día siguiente del ingreso.



• **Antecedentes personales:**

Diagnosticado desde hace aproximadamente un año de insuficiencia renal crónica moderada-severa probablemente por nefropatía Ig A con afectación túbulo intersticial con acidosis tubular renal. Cirrosis hepática alcohólica con descompensación hidrópica.

• **Evolución:**

Se inicia tratamiento antibiótico en urgencias que se suspende una vez visto en planta. El paciente mantiene creatininas en torno a 3,5-4 mg./dl y actualmente tiene un pH venoso de 7,38 por lo que no se asocia tratamiento con bicarbonato que en anteriores ocasiones ha empeorado su ascitis.

• **Diagnósticos:**

- Síndrome febril en paciente con insuficiencia renal crónica por probable nefropatía Ig A.
- Cirrosis hepática alcohólica, actualmente compensada.

II) **Codificación clínica**

• **Diagnóstico principal:**

780.6 "Fiebre, de origen desconocido "

• **Diagnósticos secundarios:**

582.0 "Glomerulonefritis crónica con lesión proliferativa"

588.8 "Trastornos por función renal deteriorada, no especificados "

585 "Insuficiencia renal crónica"

571.2 "Cirrosis hepática alcohólica"

III) **Justificación de los códigos asignados**

El uso del código 780.6 debe quedar restringida a pacientes ambulatorios, siendo de más utilidad 079.99 Infección viral no especificada, 136.9 Infección y enfermedad parasitaria no especificada o 041.9 Infección bacteriana no especificada en el caso de pacientes inmunodeprimidos, muy susceptibles a este tipo de infecciones. En este caso se justifica su utilización por el carácter limitado de episodio febril.

La Glomerulonefritis Ig A es la nefropatía más frecuente en el mundo. Se caracteriza clínicamente por episodios de hematuria macroscópica recurrente o microhematuria, asociada o no a proteinuria e hipertensión secundaria que condicionan el pronóstico y depósitos granulares de IgA en el mesangio. Según la CIE-9-MC, se clasifica en el grupo de Glomerulonefritis proliferativa. No se debe confundir con la Glomerulonefritis rápidamente progresiva por inmunocomplejos con depósitos por Ig A.

A lo largo de la evolución de las glomerulonefritis puede presentarse lesión tubulointersticial, ésto es más frecuente en las glomerulonefritis crónicas progresivas, y su presencia condiciona el pronóstico de la función renal.

La presencia de nefritis intersticial tanto aguda como crónica puede codificarse a través de las entradas del índice alfabético de enfermedades, 580.89 y 582.89 respectivamente.

Sin embargo, para clasificar la nefropatía tubular solamente tenemos la entrada Nefrosis tubular (aguda) que lleva al código 584.5 Fallo renal con necrosis tubular aguda, ya que el término aguda es sólo modificador directo.

En este caso concreto y consultado con el nefrólogo, se trata de una patología crónica que presenta afectación túbulo intersticial con presencia de acidosis tubular, 588.8 Trastornos por función renal deteriorada, no especificados. Y dado el carácter de complicación mayor del código 584.5, será preciso asegurarnos de su correcta asignación.

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados.

Diag. 1:	*780.6	Fiebre, de origen desconocido
Diag. 2:	582.0	Glomerulonefritis crónica con lesión proliferativa
Diag. 3:	588.8	Trastornos por función renal deteriorada, no especificados
Diag. 4:	*585	Insuficiencia renal crónica
Diag. 5:	*571.2	Cirrosis hepática alcohólica

GRD: **419 Fiebre de origen desconocido edad >17, con CC**  
 Peso: **1,0751**

## 2. INSUFICIENCIA RENAL Y SUS RELACIONES CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS: DIABETES E HIPERTENSIÓN

### Caso 2.1

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 87 años que ingresa por presentar dolor abdominal, ictericia, acolia y coluria.

- **Antecedentes personales:**

Colecistectomizado, HTA, insuficiencia renal crónica e insuficiencia cardíaca leve.

- **Procedimientos:**

- TAC abdominal: Masa intracoleodociana compatible con barro biliar.

- **Evolución:**

Satisfactoria con disminución de los niveles de bilirrubina, pero se detecta un aumento progresivo de los niveles de creatinina. Informe de Nefrología: necrosis tubular aguda multifactorial, siendo el paciente hemodializado mediante catéter venoso. Las cifras de creatinina comienzan a descender, confirmando la recuperación de la necrosis tubular. Informe de Cardiología: cardiopatía hipertensiva.

- **Diagnósticos:**

- Ictericia obstructiva por cálculos en colédoco
- Necrosis tubular aguda.

#### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

574.51 "Cálculo de conducto biliar sin mención de colecistitis, con obstrucción"

- **Diagnósticos secundarios:**

584.5 "Insuficiencia renal aguda con lesión de necrosis tubular"

404.92 "Enfermedad cardíaca y renal hipertensiva no especificada con insuficiencia renal"

V45.89 "Otro estado postquirúrgico"

- **Procedimientos:**

88.01 "TAC de abdomen"

39.95 "Hemodiálisis"

38.95 "Cateterismo venoso para diálisis"

### III) Justificación de los códigos asignados

El fallo renal agudo no suele estar causado por hipertensión y esta condición no está incluida en los códigos de enfermedad renal hipertensiva 403 y 404 que sólo contemplan la insuficiencia renal crónica. Por lo tanto será necesario codificar las dos condiciones por separado: 584.9 + 403 ó 404, según la existencia de cardiopatía hipertensiva asociada.

De los tres tipos de insuficiencia renal aguda, la de causa renal sólo representa un 35%. Y de ellas la causa más frecuente es la Necrosis tubular aguda (584.5), producida por isquemia o tóxicos. La necrosis tubular aguda se presenta con mayor frecuencia en el medio hospitalario en pacientes sometidos a cirugía mayor, hipovolemia severa, traumatismos, sepsis y quemados.

### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

Diag. 1:	*574.51	Cálculo de conducto biliar sin mención de colecistitis, con obstrucción
Diag. 2:	*584.5	Insuficiencia renal aguda con lesión de necrosis tubular
Diag. 3:	#404.92	Enfermedad cardíaca y renal hipertensiva no especificada con insuficiencia renal
Diag. 4:	V45.89	Otro estado postquirúrgico
Proc. 1:	88.01	TAC de abdomen
Proc. 2:	39.95	Hemodiálisis
Proc. 3:	38.95	Catéter venoso para diálisis renal

GRD: **557 Trastornos hepatobiliares y de páncreas con CC mayor**  
 Peso: **3,6802**

## Caso 2.2

### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 61 años, que ingresa por Hipertensión arterial mal controlada.

• **Antecedentes personales:**

HTA. Insuficiencia renal crónica secundaria a nefroangioesclerosis. Diabetes mellitus tipo II en tratamiento con insulina desde 1994. Diagnosticado de adenoma prostático. Carcinoma papilar urotelial de vejiga, realizándose RTU. En Mayo del 2000, presenta Cr.p de 2,2 mg/dl con aclaramiento de creatinina de 28 ml/min y proteinuria de 1,84gr./día, diagnosticado de nefropatía diabética.

• **Procedimientos:**

- ECO abdominal sin alteraciones.
- Ecocardiograma: compatible con cardiopatía hipertensiva.
- Analítica: Cr.p 2,1 mg/dl, Glucosa 106 mg/dl, Aclaramiento de creatinina 30 ml/min, proteinuria 1,46 gr/día.

• **Evolución:**

Se consigue un control aceptable de la TA con cifras de 150/80 tras modificación parcial del tratamiento.

• **Diagnósticos:**

- Hipertensión y diabetes con repercusión visceral
- Crisis hipertensiva

II) Codificación clínica

• **Diagnóstico principal:**

404.92 "Enfermedad cardíaca y renal hipertensiva no especificada con insuficiencia renal "

• **Diagnósticos secundarios:**

250.40 "Diabetes con manifestaciones renales"

583.81 "Nefritis y nefropatía no especificadas como agudas ni como crónicas, en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos"

V10.51 "Historial personal de neoplasia maligna de vejiga"

600 "Hiperplasia prostática"

• **Procedimientos:**

88.76 "Ultrasonografía diagnóstica del abdomen y el retroperitoneo"

88.72 "Ultrasonografía diagnóstica del corazón"

III) Justificación de los códigos asignados

En ocasiones la insuficiencia renal crónica o no especificada resulta de la asociación de hipertensión y diabetes. En esta situación se asignarán los códigos de combinación 403 o 404 junto con el código 250.4X Diabetes con manifestación renal, sin añadir los códigos de las categorías 585 o 586.

La nefropatía diabética se codifica como 250.4X Diabetes con manifestación renal. Es necesario asignar un código adicional para indicar la enfermedad renal específica, como glomerulosclerosis, síndrome nefrótico, nefritis intersticial crónica o fallo renal. Por otro lado, aunque la normativa americana permite prescindir del código de nefropatía diabética cuando ésta se asocia a insuficiencia renal crónica, las normas españolas recomiendan codificar el tipo de nefropatía diabética aunque sea inespecífica.

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

Diag. 1:	*404.92	Enfermedad cardíaca y renal hipertensiva no especificada con insuficiencia renal
Diag. 2:	#250.40	Diabetes con manifestaciones renales
Diag. 3:	583.81	Nefritis y nefropatía no especificadas como agudas ni como crónicas, en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos
Diag. 4:	V10.51	Historial personal de neoplasia maligna de vejiga
Diag. 5:	600	Hiperplasia prostática
Proc. 1:	88.76	Ultrasonografía diagnóstica del abdomen y el retroperitoneo
Proc. 2:	88.72	Ultrasonografía diagnóstica del corazón

GRD: **316 Insuficiencia renal**  
 Peso: **1,4786**

### Caso 2.3

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 58 años, que ingresa por dolor cólico en fosa ilíaca derecha irradiado a flanco lateral derecho.

- **Antecedentes personales:**

Cólicos renales de repetición desde hace 5 años. Colocación de stent por cardiopatía isquémica (IAM hace 1 año).

- **Procedimientos:**

- ECO: R.D.: dilatación pielocalicial y cálculo en uréter. R.I.: Cálculos.- Colocación de catéter doble J en riñón derecho.

- Litotricia extracorpórea.
- **Evolución:**  
Creatinina 5 mg/dl. Una vez remitido el cuadro doloroso y recuperada la función renal, se envía al paciente a la Clínica de la Luz para la realización de litotricia extracorpórea. Dada la buena evolución postlitotricia el paciente es dado de alta.
- **Diagnósticos:**
  - Cólico renal. Litiasis bilateral. Hidronefrosis en riñón derecho.
  - Insuficiencia renal obstructiva.

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**  
592.1 "Cálculo de uréter"
- **Diagnósticos secundarios:**
  - 592.0 "Cálculo del riñón"
  - 591 "Hidronefrosis"
  - 788.9 "Otros síntomas que afectan al aparato urinario"
  - 412 "Infarto de miocardio, antiguo"
  - V45.82 "Estado de angioplastia coronaria trasluminal percutánea"
- **Procedimientos:**
  - 88.75 "Ultrasonografía diagnóstica del aparato urinario"
  - 59.8 "Cateterismo uretral"
  - 98.51 "Litotricia por ondas de choque extracorporales del riñón, del uréter y de la vejiga"

## III) Justificación de los códigos asignados

El paso por uréter de cálculos originados en el riñón produce dolor de tipo cólico, de forma que la expresión cólico renal se encuentra implícita cuando se asocia a litiasis renal. Sólo se utilizará el código 788.0 cuando los cálculos no puedan ser visualizados mediante las técnicas diagnósticas y exista clínica de cólico renal.

En el fracaso renal agudo post-renal existe una obstrucción bilateral de las vías urinarias altas (o unilateral en un riñón único funcional), o a nivel vesical o uretral. En este caso, el aumento de presión en la vía urinaria se transmite retrógradamente hasta el glomérulo, impidiendo la filtración de orina. El término de entrada en el Índice Alfabético de enfermedades corresponde a "Fallo extrarrenal"= 788.9 Otros síntomas que afectan al aparato urinario.

En este mismo código se clasifica la insuficiencia renal aguda prerrenal, cuya entrada corresponde al término "Fallo prerrenal". Es el ti-

po más frecuente de insuficiencia renal aguda. Por definición, no existe lesión del parénquima renal, siendo la disminución del filtrado glomerular una respuesta fisiológica frente a la hipoperfusión del órgano.

La obstrucción de la vía urinaria produce una dilatación retrógrada (hidronefrosis). Siempre que se conozca la causa de la obstrucción, deberá codificarse ésta como diagnóstico principal seguido del código 591 Hidronefrosis.

La presencia de hidronefrosis junto con la realización de la litotricia extracorporea son los responsables de la agrupación del paciente en un GRD con complicación.

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

Diag. 1:	*592.1	Cálculo de uréter
Diag. 2:	592.0	Cálculo del riñón
Diag. 3:	*591	Hidronefrosis
Diag. 4:	788.9	Otros síntomas que afectan al aparato urinario
Diag. 5:	412	Infarto de miocardio, antiguo
Diag. 6:	V45.82	Estado de angioplastia coronaria transluminal percutánea
Proc. 1:	88.75	Ultrasonografía diagnóstica del aparato urinario
Proc. 2:	59.8	Cateterismo uretral
Proc. 3:	*98.51	Litotricia por ondas de choque extracorpóreas del riñón, del uréter y de la vejiga

GRD: **323 Cálculos urinarios con CC, y/o litotricia extracorpórea por onda de choque**  
 Peso: **0,6250**

### Caso 2.4

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**  
Hematoquecia.



• **Antecedentes personales:**

Paciente de 64 años, diagnosticada de Insuficiencia renal crónica secundaria a Glomerulonefritis esclerosante. Trasplante renal en 1995. Insuficiencia renal crónica moderada por rechazo crónico (cifras actuales de creatinina en torno a 4 mg/dl). HTA secundaria. Anticoagulado con Sintrom por fibrilación auricular.

• **Procedimientos:**

- Gastroscofia: Sin hallazgos.
- Colonoscopia anterior: Divertículos de colon.

• **Diagnósticos:**

- Hemorragia digestiva baja probablemente por divertículos de colon.
- Insuficiencia renal crónica en paciente con trasplante renal y rechazo crónico.
- HTA secundaria.

II) Codificación clínica

• **Diagnóstico principal:**

562.12 "Diverticulosis de colon con hemorragia"

• **Diagnósticos secundarios:**

996.81 "Complicaciones de riñón trasplantado"

585 "Insuficiencia renal crónica"

405.99 "Hipertensión secundaria, no especificada"

427.31 "Fibrilación auricular"

V58.61 "Largo tiempo en el uso de anticoagulantes"

• **Procedimientos:**

45.13 "Otra endoscopia de intestino delgado"

III) Justificación de los códigos asignados

El trasplante renal es el tratamiento de elección en pacientes con insuficiencia renal terminal. La respuesta inmunológica del receptor hacia el injerto corresponde al denominado rechazo, que se clasifica en distintos tipos en función de la rapidez de la respuesta, constituyendo la causa principal de insuficiencia renal postrasplante.

Todas las complicaciones del riñón trasplantado se clasifican en el código 996.81. Complicaciones de riñón trasplantado, puede utilizarse solo o junto a un código adicional que especifique el tipo de complicación. Por ejemplo: si un paciente trasplantado se encuentra en rechazo crónico o agudo y no disponemos de más información se codificará solo con el código 996.81.

El código V42.0 Estado de trasplante renal sólo se podrá asignar en ausencia de complicación, de forma que resulta incompatible con el código 996.81.

Si un paciente con trasplante renal es ingresado para biopsia y/o revisión, no encontrándose ninguna alteración renal, se utilizará el código V67.0 Seguimiento después de intervención quirúrgica, como diagnóstico principal, con el código de estado de trasplante renal.

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

Diag. 1:	*562.12	Diveticulosis con hemorragia
Diag. 2:	*996.81	Complicaciones de órgano trasplantado, riñón
Diag. 3:	#585	Insuficiencia renal crónica
Diag. 4:	405.99	Hipertensión secundaria, no especificada
Diag. 5:	427.31	Fibrilación auricular
Diag. 6:	V58.61	Largo tiempo en el uso de anticoagulantes
Proc.1:	45.13	Otra endoscopia de intestino delgado

GRD: **552 Trastornos del aparato digestivo excepto esofagitis, gastroenteritis y úlcera no complicada con CC mayor.**  
 Peso: **3,4625**

### 3. SITUACIONES RELACIONADAS CON LA DIÁLISIS RENAL

#### Caso 3.1

##### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 64 años en hemodiálisis periódica que ingresa por septicemia debida a estafilococo aureus de posible origen en fístula arterio-venosa.

- **Antecedentes personales:**

Insuficiencia renal crónica de etiología no filiada, HTA, trasplante renal de cadáver que precisó nefrectomía por rechazo agudo y rotura del injerto, volviendo de nuevo a hemodiálisis mediante FAV. Anemia. Osteodistrofia renal.

• **Evolución:**

Como complicaciones secundarias presentó poliartritis que requirió artrocentesis evacuadora en hombro. Presentó además fibrilación auricular tratada con amiodarona y anticoagulación oral.

• **Diagnósticos:**

- Sepsis por estafilococo aureus de posible origen en fístula arterio-venosa con poliartritis secundaria.
- Insuficiencia renal crónica de etiología no filiada más HTA secundaria.
- Hemodiálisis periódicas, durante el ingreso mediante catéter venoso.

II) Codificación clínica

• **Diagnóstico principal:**

996.62 "Reacción infecciosa e inflamatoria por otros dispositivos, implantes e injertos vasculares"

• **Diagnósticos secundarios:**

038.11 "Septicemia por estafilococo aureus"  
 711.09 "Artritis piogénica, localizaciones múltiples"  
 427.31 "Fibrilación auricular"  
 585 "Insuficiencia renal crónica"  
 405.99 "Hipertensión secundaria, no especificada"  
 285.9 "Anemia, no especificada"  
 588.0 "Osteodistrofia renal"

• **Procedimientos:**

81.91 "Artrocentesis"  
 39.95 "Hemodiálisis"  
 38.95 "Cateterismo venoso para diálisis renal"

III) Justificación de los códigos asignados

Las complicaciones del acceso vascular para diálisis se clasifican en la categoría 996 Complicaciones propias de ciertos procedimientos especificados. En el año 1999, se incorporaron dos códigos para especificar las complicaciones debidas a diálisis peritoneal 996.56 para las complicaciones mecánicas y 996.68 en el caso de complicaciones infecciosas.

La presencia de insuficiencia renal crónica e hipertensión arterial se considerará enfermedad renal hipertensiva con insuficiencia renal. Sin embargo, en algunos casos se hace referencia expresa a la ausencia de relación entre ambas patologías, calificando la hipertensión como secundaria: 405.X9 según sea maligna, benigna o no especificada.

El sistema de acceso vascular para hemodiálisis periódicas suele realizarse a través de los dos tipos de fístula arteriovenosa externa o interna o bien mediante un dispositivo permanente de acceso vascular (86.07). Sin embargo, en los casos en que dichos accesos no están disponibles o bien se precisa dializar al paciente de forma urgente, se realiza la hemodiálisis mediante un catéter venoso para diálisis (38.95). La asignación adicional del código de disección venosa (38.94), dependerá de la realización de ésta técnica y sobre todo de la información disponible en el protocolo quirúrgico.

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

Diag. 1:	*996.62	Reacción infecciosa e inflamatoria por otros dispositivos, implantes e injertos vasculares
Diag. 2:	*038.11	Septicemia por estafilococo aureus
Diag. 3:	*711.09	Artritis piogénica, localizaciones múltiples
Diag. 4:	427.31	Fibrilación auricular
Diag. 5:	#585	Insuficiencia renal crónica
Diag. 6:	405.99	Hipertensión secundaria, no especificada
Diag. 7:	285.9	Anemia, no especificada
Diag. 8:	588.0	Osteodistrofia renal
Proc. 1:	81.91	Artrocentesis
Proc. 2:	39.95	Hemodiálisis
Proc. 3:	38.95	Cateterismo venoso para diálisis renal

GRD: **543 Trastornos circulatorios excepto IAM, endocarditis, ICC y arritmias con CC mayor.**  
 Peso: **2,6740**

### Caso 3.2

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Traslado del Hospital A para diálisis peritoneal.

- **Antecedentes personales:**

Paciente de 56 años que acude por dolor precordial, sudoración y astenia de una hora de evolución, siendo diagnosticado de Infarto agudo de miocardio anteroseptal e ingresado en UCI, donde desarro-

La insuficiencia cardiaca congestiva e insuficiencia renal aguda. El paciente evoluciona favorablemente, pero mantiene cifras de creatinina de 2,1 mg/dl que requiere diálisis peritoneal. Paciente fumador, hipertenso con hipercolesterolemia en tratamiento dietético.

- **Procedimientos:**

- Diálisis peritoneal, mediante catéter de Tenckhoff.

- **Evolución:**

El paciente es incluido en el programa de diálisis peritoneal domiciliaria.

- **Diagnósticos:**

- Insuficiencia renal aguda en paciente con Infarto agudo de miocardio antero septal.
- HTA.

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

V56.2 "Colocación y ajuste de catéter de diálisis peritoneal"

- **Diagnósticos secundarios:**

V56.8 "Otra diálisis"

585 "Insuficiencia renal crónica"

410.11 "Infarto agudo de miocardio de otra pared anterior episodio de atención inicial"

401.9 "Hipertensión esencial, no especificada"

272.0 "Hipercolesterolemia pura"

305.1 "Trastorno por uso de tabaco"

- **Procedimientos:**

54.93 "Creación de fístula cutaneoperitoneal"

54.98 "Diálisis peritoneal"

## III) Justificación de los códigos asignados

La diálisis peritoneal y la hemodiálisis se basan en el mismo principio fisiológico. Difieren principalmente en que la diálisis peritoneal utiliza una membrana biológica in vivo y generalmente es menos eficaz. Sin embargo, esta técnica es recomendable en pacientes en circunstancias especiales, tales como el infarto de miocardio, en los que no son deseables cambios repentinos de la tensión arterial.

En este caso el motivo del ingreso es la colocación de catéter para realización posterior de la diálisis peritoneal ante una insuficiencia renal aguda. Esta circunstancia requiere la utilización de los dos códigos V, tal y como indica la norma vigente desde 1999.

En cuanto a la codificación del infarto, éste se encuentra todavía en la fase aguda, luego se deberá mantener el quinto dígito 1.

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

Diag. 1:	*V56.2	Colocación y ajuste de catéter de diálisis peritoneal
Diag. 2:	V56.8	Otra diálisis
Diag. 3:	#585	Insuficiencia renal crónica
Diag. 4:	*410.11	Infarto agudo de miocardio de otra pared anterior episodio de atención inicial
Diag 5:	401.9	Hipertensión esencial, no especificada
Diag 6:	272.0	Hipercolesterolemia pura
Diag 7:	305.1	Trastorno por uso de tabaco
Proc. 1:	54.93	Creación de fístula cutaneoperitoneal
Proc. 2:	54.98	Diálisis peritoneal

GRD: **567 Procedimientos de riñón y tracto urinario, excepto trasplante renal con CC mayor.**

Peso: **6,4185**

### Caso 3.3

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 77 años, que ingresa por cuadro febril al final de una sesión de diálisis.

- **Antecedentes personales:**

Enfermedad renal poliquística autosómica dominante, insuficiencia renal crónica en programa de hemodiálisis. Fibrilación auricular.

- **Evolución:**

Cuadro autolimitado, encontrándose afebril y asintomático horas después del ingreso, pese a ello y dado que los hemocultivos son positivos, se pauta tratamiento antibiótico.

- **Diagnósticos:**

- Bacteriemia autolimitada
- Insuficiencia renal crónica secundaria a enfermedad poliquística autosómica dominante del adulto en hemodiálisis periódica.
- Fibrilación auricular crónica en tratamiento con Sintrom.

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**  
790.7 "Otros hallazgos no específicos en el análisis de sangre"
- **Diagnósticos secundarios:**
  - 753.13 "Enfermedad quística renal, riñón poliúístico autosómico dominante"
  - E879.1 "Reacción anormal a diálisis renal"
  - 585 "Insuficiencia renal crónica"
  - 427.31 "Fibrilación auricular"
  - V58.61 "Largo tiempo en el uso de anticoagulantes"
- **Procedimientos:**  
39.95 "Hemodiálisis"

## III) Justificación de los códigos asignados

Los pacientes desarrollan frecuentemente complicaciones debido a la diálisis. Entre ellas destacan la demencia, debido a sobrecarga de aluminio en el agua que se utiliza para el procedimiento de filtración (se codifica como una intoxicación por aluminio), la demencia no especificada, los desequilibrios electrolíticos, complicaciones infecciosas no relacionadas con la vía de acceso vascular, síncope, etc. En cualquier caso la secuencia de codificación es la misma:

1º Complicación de la diálisis.

2º Enfermedad renal de base.

3º Código E de causa externa, E879.1 Reacción anormal a diálisis renal, ya que ninguno de los códigos anteriores es específico de una complicación de diálisis (tanto hemodiálisis como diálisis peritoneal).

El código V45.1 Estado de hemodiálisis, es incompatible con la presencia de cualquier tipo de complicación de la diálisis.

## IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

- Diag. 1: \*790.7 Otros hallazgos no específicos en el análisis de sangre
- Diag. 2: 753.13 Enfermedad quística renal, riñón poliúístico autosómico dominante
- Diag. 3: E879.1 Reacción anormal a diálisis renal
- Diag. 4: #585 Insuficiencia renal crónica

- Diag. 5: 427.31 Fibrilación auricular  
 Diag. 6: V58.61 Largo tiempo en el uso de anticoagulantes  
 Proc. 1: 39.95 Hemodiálisis

GRD: 416 Septicemia edad >17  
 Peso: 1,8153

## 4. SITUACIONES RELACIONADAS CON EL TRASPLANTE RENAL

### Caso 4.1

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente que ingresa por síndrome infeccioso urinario.

- **Antecedentes personales:**

Insuficiencia renal crónica secundaria a enfermedad de Berger en hemodiálisis periódicas desde el 10-06-1999, trasplante renal de cadáver el 19-01-2000, manteniendo el correspondiente tratamiento inmunosupresor y de profilaxis antibiótica.

- **Procedimientos:**

- ECO abdominal: En F.I.D. Se observa hidronefrosis importante en riñón trasplantado, con material ecogénico en pelvis renal sugerente de contenido purulento. En F.I.I. riñón trasplantado de características normales.

- Cultivo de orina: Se cultivan 100.000 colonias de Escherichia Coli.

- **Evolución:**

Favorable tras antibioticoterapia, observándose como posible foco una hidronefrosis con probable pionefrosis en el injerto derecho.

- **Diagnósticos:**

- Síndrome febril de origen urinario. Hidronefrosis de injerto en F.I.D. Pionefrosis.

- Trasplante renal de cadáver doble.

- IRC secundaria a Glomerulonefritis mesangial de Ig A.

- Anemia de trastorno crónico.



## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**  
996.81 "Complicaciones de riñón trasplantado"
- **Diagnósticos secundarios:**  
590.80 "Pielonefritis, no especificada"  
041.4 "Infección por Escherichia Coli"  
591 "Hidronefrosis"  
285.9 "Anemia, no especificada"
- **Procedimientos:**  
88.76 "Ultrasonografía diagnóstica del abdomen y el retroperitoneo"

## III) Justificación de los códigos asignados

No todas las complicaciones que se presentan en un paciente con trasplante renal son debidas al propio trasplante. Así por ejemplo, un paciente con rechazo crónico que ingresa por una neumonía, se codificará como diagnóstico principal 486 Neumonía no especificada, o si el motivo del ingreso es la hemodiálisis, V56.0 Diálisis extracorporeal. En los casos en que complicación sea debida al procedimiento quirúrgico y no al funcionamiento renal, deberá asignarse un código de las categorías 997 o 998.

La infección por citomegalovirus es una de las complicaciones más frecuentes en pacientes con trasplante de órgano. Se trata de un herpes virus que se relaciona con fiebre, leucopenia, neumonía, retinitis, hepatitis, llegando a producir la muerte del paciente. Se codificará mediante los códigos 996.81 y 075.8 Enfermedad por citomegalovirus más el código de la complicación específica presente, tipo neumonía o hepatitis.

Las normas antes citadas son válidas para complicaciones de cualquier tipo de trasplante.

## IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

Diag. 1:	*996.81	Complicaciones de órgano trasplantado, riñón
Diag. 2:	*590.80	Pielonefritis, no especificada
Diag. 3:	041.4	Infección por Escherichia Coli
Diag. 4:	*591	Hidronefrosis
Diag. 5:	285.9	Anemia, no especificada
Proc. 1:	88.76	Ultrasonografía diagnóstica del abdomen y el retroperitoneo

GRD: **331 Otros diagnósticos de riñón y tracto urinario, edad >17 con CC**  
 Peso: **1,2661**

## Caso 4.2

### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 35 años, posible donante de riñón que ingresa para realización de una arteriografía renal.

- **Antecedentes personales:**

Enfermedades propias de la infancia.

- **Procedimientos:**

- Arteriografía renal: sin hallazgos.

- **Evolución:**

Sin complicaciones.

- **Diagnósticos:**

- Posible donante de riñón.

### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

V70.8 "Otros reconocimientos médicos generales especificados"

- **Procedimientos:**

88.45 "Arteriografía de arterias renales"

### III) Justificación de los códigos asignados

La categoría V59 Donantes clasifica a los donantes sangre, órganos o tejidos corporales. Se refiere a donantes para otras personas, no pudiendo ser utilizados en autotrasplantes ni en pacientes fallecidos que donan sus órganos.

La admisión para donación de un órgano se codifica como V59 como diagnóstico principal, excepto para las subcategorías V59.0 Donantes de sangre y V59.9 Organos o tejido no especificado, que no son aceptables como diagnóstico principal en hospitalización.

En el caso de admisiones para establecer en un paciente la viabilidad del órgano que va a ser trasplantado, existe una nota que excluye

el examen a un potencial donante, clasificando esta condición en el código V70.8 Otros reconocimientos médicos generales especificados. Aunque tampoco es aceptable como diagnóstico principal en hospitalización, su admisión depende de la práctica de cada hospital.

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

Diag. 1:	V70.8	Otros reconocimientos médicos generales especificados
Proc. 1:	88.45	Arteriografía de arterias renales

GRD: **467 Otros factores que influyen en el estado de salud**  
 Peso: **0,2522**

### Caso 4.3

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**  
 En un segundo episodio, el paciente del caso 13 ingresa para extracción del riñón.
- **Antecedentes personales:**  
 Enfermedades propias de la infancia.
- **Procedimientos:**  
 - Extracción unilateral de riñón.
- **Evolución:**  
 Postoperatorio sin complicaciones.
- **Diagnósticos:**  
 - Donación de riñón

#### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**  
 V59.4 "Donantes, riñón"
- **Procedimientos:**  
 55.51 "Nefroureterectomía unilateral"

#### III) Justificación de los códigos asignados

La categoría V59 Donantes clasifica a los donantes sangre, órganos o tejidos corporales. Se refiere a donantes para otras personas,

no pudiendo ser utilizados en autotrasplantes ni en pacientes fallecidos que donan sus órganos.

La admisión para donación de un órgano se codifica como V59 como diagnóstico principal, excepto para las subcategorías V59.0 Donantes de sangre y V59.9 Organos o tejido no especificado, que no son aceptables como diagnóstico principal en hospitalización.

En el caso de admisiones para establecer en un paciente la viabilidad del órgano que va a ser trasplantado, existe una nota que excluye el examen a un potencial donante, clasificando esta condición en el código V70.8 Otros reconocimientos médicos generales especificados. Aunque tampoco es aceptable como diagnóstico principal en hospitalización, su admisión depende de la práctica de cada hospital.

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

Diag. 1: \*V59.4 Donantes, riñón

Proc. 1: \*55.51 Nefroureterectomía unilateral

GRD: 305 Procedimientos sobre riñón, uréter y procedimientos mayores sobre vejiga por proceso no neoplásico sin CC.  
 Peso: 1,5892

## 5. INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

### Caso 5.1

#### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 79 años, que acude por cuadro de dolor lumbar izquierdo, síndrome miccional y fiebre elevada.

- **Antecedentes personales:**

Cardiopatía isquémica (IAM), Insuficiencia renal crónica por nefropatía diabética.

- **Procedimientos:**

- Eco renal: Riñón derecho con disminución de parénquima y probable litiasis. Riñón izquierdo con dilatación pielocalicial.
- Radiografía simple: No evidencia de litiasis.

- Ureteropielografía retrógrada izq.: Litiasis radiotransparente en uréter.
- Colocación de catéter doble J izq.: Remontando litiasis a nivel piélico.
- **Postoperatorio:**  
Favorable.
- **Diagnósticos:**
  - Litiasis radiotransparente riñón izquierdo
  - Pielonefritis Izquierda

## II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**  
590.80 "Pielonefritis no especificada"
- **Diagnósticos secundarios:**
  - 592.1 "Cálculo de uréter"
  - 250.40 "Diabetes con manifestaciones renales"
  - 583.81 "Nefritis y nefropatía no especificadas como agudas ni como crónicas, en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos"
  - 585 "Insuficiencia renal crónica"
  - 412 "Infarto de miocardio, antiguo"
- **Procedimientos:**
  - 87.74 "Pielografía retrógrada"
  - 59.8 "Cateterismo ureteral"
  - 88.75 "Ultrasonografía diagnóstica del aparato urinario"

## III) Justificación de los códigos asignados

Los cambios que entraron en vigor a partir del año 1997, como la eliminación de la nota EXCLUYE que existía bajo el código 590.80 Pielonefritis, no especificada y el término Pielonefritis calculosa bajo el código 592.9 Cálculo urinario, no especificado, permiten la utilización de ambos códigos cuando coexisten ambas condiciones. La presencia de ambos códigos permite clasificar, de forma más adecuada, a los pacientes que presentan cálculos renales con pielonefritis.

La elección de un código u otro como diagnóstico principal, sólo dependerá de la existencia previa de litiasis renal, ya que ambos códigos pueden ser diagnóstico principal.

En el caso n°10, sólo la presencia de nefropatía diabética con insuficiencia renal crónica que actúan como complicación, marcan la diferencia de peso en la agrupación en un GRD u otro.

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

Diag. 1:	*590.80	Pielonefritis no especificada
Diag. 2:	592.1	Cálculo de uréter
Diag. 3:	*250.40	Diabetes con manifestaciones renales
Diag. 4:	583.81	Nefritis y nefropatía no especificadas como agudas ni como crónicas, en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos
Diag. 5:	585	Insuficiencia renal crónica
Diag. 6:	412	Infarto de miocardio, antiguo
Proc. 1:	59.8	Cateterismo ureteral
Proc. 2:	87.74	Pielografía retrógrada
Proc. 3:	88.75	Ultrasonografía diagnóstica del aparato urinario

GRD: **320 Infecciones de riñón y tracto urinario, edad >17 con CC**

Peso: **1,0827**

#### Caso 5.2

##### I) Información clínica

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 71 años, que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de fiebre elevada persistente de origen urinario debido a sonda vesical.

- **Antecedentes personales:**

Adenocarcinoma de próstata en tratamiento hormonal, litiasis vesical. Paciente sondado por dificultad para orinar.

- **Procedimientos:**

Pruebas de laboratorio: Dentro de la normalidad, excepto F.A.: 466 UI/I; AST: 75 UI/I; GGT: 109 UI/I. PSA: 0,5. Orina: Sedimento + 100 Leu/campo.

- **Evolución:**

Durante su ingreso es tratado con Antibioticoterapia, retirándose la sonda uretral. Hallándose afebril y realizando micciones espontáneas, se procede a su alta hospitalaria.

• **Diagnósticos:**

- Carcinoma de próstata.
- Infección del tracto urinario.
- Litiasis vesical.

II) Codificación clínica

• **Diagnóstico principal:**

996.64 "Reacción infecciosa e inflamatoria por catéter urinario residente"

• **Diagnósticos secundarios:**

594.1 "Otro cálculo en vejiga"

185 "Neoplasia maligna de la próstata"

M8140/3 "Adenocarcinoma NEOM"

• **Procedimientos:**

97.64 "Extracción de otro dispositivo de drenaje urinario"

III) Justificación de los códigos asignados

Frecuentemente, nos encontramos con dificultades a la hora de clasificar las infecciones urinarias que el médico diagnostica como ITU (infección del tracto urinario). Para su correcta clasificación, necesitamos conocer:

- localización, cistitis, pielonefritis, etc.
- germen que la produce, ya que en algunos casos existe un código de combinación 099.53 infección por clamidias y en otros necesitamos dos códigos 590.0 + 041.4 Pielonefritis crónica debida a E. Coli.
- relación con el procedimiento quirúrgico realizado o con el sondaje vesical.

Los términos urosepsis o sepsis de origen urinario requieren ser contrastados, ya que suelen ser bacteriemias 790.7 o 041 y no septicemias verdaderas 038.

Cuando el médico establece la relación entre la infección y la presencia de un catéter permanente debe asignarse el código 996.6X . En ausencia de información, se clasificará como 599.0, Infección del tracto urinario no especificado de otra manera.

Si se produce una septicemia debido a infección del catéter urinario residente, será necesario añadir el código 038 correspondiente para tipificar el microorganismo causante de la infección: 996.64 + 038.X.

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

Diag. 1:	*996.64	Reacción infecciosa e inflamatoria por catéter urinario residente
Diag. 2:	594.1	Otro cálculo en vejiga
Diag. 3:	185	Neoplasia maligna de la próstata
Diag. 4:	M8140/3	Adenocarcinoma, NEOM
Proc. 1:	97.64	Extracción de otro dispositivo de drenaje urinario

GRD: **332 Otros diagnósticos de riñón y tracto urinario, edad >17 sin CC**  
 Peso: **0,7049**

#### Caso 5.3

##### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 51 años que manifiesta pérdidas de orina con la tos y estornudos, dichas pérdidas han ido aumentando desde el último año. En consulta externa fue diagnosticada de prolapso vaginal con cistocele, ingresa para intervención.

- **Antecedentes personales:**

Dos partos traumáticos.

- **Procedimientos:**

- Operación de Kelly.
- Colpoperineoplastia.

- **Evolución:**

En el postoperatorio presenta fiebre persistente con urocultivo positivo para Escherichia coli.

- **Diagnósticos:**

- Incontinencia urinaria.
- Infección urinaria.

##### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

618.0 "Prolapso de paredes vaginales sin mención de prolapso uterino"



• **Diagnósticos secundarios:**

- 625.6 "Incontinencia de estrés (femenina)"
- 599.0 "Infección de tracto urinario sitio no especificado"
- 041.4 "Infección por Escherichia coli"

• **Procedimientos:**

- 59.3 "Plicatura de unión uretrovesical"
- 70.79 "Otra reparación de vagina"

### III) Justificación de los códigos asignados

La incontinencia de estrés es la pérdida involuntaria de orina, puede ser debida a una tensión física, tal como el estornudo, etc. Aparece tanto en hombres como en mujeres, aunque es más frecuente en éstas últimas, debido a los cambios físicos producidos por los partos. La incontinencia de esfuerzo se codifica de forma distinta en función del sexo: 625.6 en las mujeres y 788.32 en los hombres, en éstos la causa más frecuente es la cirugía prostática. Otros tipos de incontinencia se clasifican en la categoría 788 para ambos sexos. Cuando existe más de un tipo de incontinencia, se codifica como 788.33 Incontinencia mixta.

Si es conocida la causa subyacente de la incontinencia debe codificarse en primer lugar.

El tratamiento depende del tipo de incontinencia, si es debida a una deficiencia intrínseca del esfínter, a veces se ponen inyecciones de colágeno: 59.72 Inyección de implante en cuello vesical o intrauretral.

Las infecciones urinarias desarrolladas tras la cirugía son raramente infecciones postoperatorias y no deben ser clasificadas como tales. Cuando un procedimiento operatorio afecta al tracto urinario, es más apropiado que el codificador pregunte al médico si esa infección es debida al procedimiento. En ausencia de información sobre la relación entre la infección y el procedimiento quirúrgico, se asignará el código 599.0 Infección del tracto urinario no especificado de otra manera.

Los códigos de la categoría 997 Complicaciones no son específicos de un tipo especial de complicación, de forma que una vez establecida la condición de complicación postoperatoria por el médico, es necesario asignar un código adicional que especifique el tipo de complicación, como insuficiencia renal, tromboflebitis o infección urinaria.

#### IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

Diag. 1:	*618.0	Prolapso de paredes vaginales sin mención de prolapso uterino
Diag. 2:	625.6	Incontinencia de estrés (femenina)
Diag. 3:	#599.0	Infección de tracto urinario sitio no especificado
Diag. 4:	041.4	Infección por Escherichia coli
Proc. 1:	59.3	Plicatura de unión uretrovesical
Proc. 2:	*70.79	Otra reparación de vagina

GRD: 360 Procedimientos sobre vagina, cervix y vulva  
 Peso: 0,7599

#### Caso 5.4

##### I) Informe clínico

- **Motivo de ingreso:**

Paciente de 72 años que ingresa por presentar hematuria desde hace dos días.

- **Antecedentes personales:**

Hipertrofia de próstata con realización de prostatectomía transvesical el día 15-10-2000. HTA, diabetes mellitus tipo II.

- **Procedimientos:**

- Lavado vesical.
- ECO abdominal: Ambos riñones de tamaño y morfología normal, con buena cortical. Vejiga normal.

- **Evolución:**

Se consigue controlar la hemorragia mediante lavados vesicales, decidiendo mantener sondaje al menos 7 días más.

- **Diagnósticos:**

- Hematuria.

##### II) Codificación clínica

- **Diagnóstico principal:**

998.11 "Hemorragia que complica un procedimiento"

• **Diagnósticos secundarios:**

- 401.9 "Hipertensión esencial, no especificada"
- 250.00 "Diabetes mellitus sin complicación tipo II"

• **Procedimientos:**

- 57.93 "Control de hemorragia de vejiga"
- 57.94 "Inserción de catéter urinario permanente"

## II) Justificación de los códigos asignados

Tras una prostatectomía o procedimiento sobre el tracto urinario, se puede presentar cierta cantidad de hematuria. Este hecho no se considerará una complicación postoperatoria y no se codificará salvo que el sangrado sea excesivo o persistente.

Se asignará el código 998.11 Hemorragia o hematoma que complica un procedimiento. No es necesario añadir información adicional 599.7 Hematuria, ya que el código 998.11 es suficientemente específico.

La hematuria es un síntoma de afectación urinaria. Este código sólo debe ser asignado cuando la hematuria no está implícita en el proceso o cuando no está identificada su relación con la enfermedad urinaria.

La infección de vías urinarias o la existencia de cálculos en las mismas pueden asociarse a hematuria, por lo que se encuentra implícita en estas patologías.

Si un paciente presenta hematuria postrasplante solo se asignará el código 996.81 Complicación de riñón trasplantado.

La presencia de sangre en orina como hallazgo anormal de laboratorio no se debe codificar como hematuria sino como 791.2, Hemoglobinuria. Esta situación solo se debe codificar cuando el médico la considere relevante.

## IV) Clasificación del paciente en función de los códigos asignados

- |          |         |                                            |
|----------|---------|--------------------------------------------|
| Diag. 1: | *998.11 | Hemorragia que complica un procedimiento   |
| Diag. 2: | 401.9   | Hipertensión esencial, no especificada     |
| Diag. 3: | 250.00  | Diabetes mellitus sin complicación tipo II |
| Proc. 1: | *57.93  | Control de hemorragia de vejiga            |
| Proc. 2: | 57.94   | Inserción de catéter urinario permanente   |

GRD: **443 Otros procedimientos quirúrgicos por lesión sin CC**  
 Peso: **0,8805**

## BIBLIOGRAFÍA

Manual del usuario. Normativa de Codificación. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión. Modificación Clínica. 4ª edición. M.S.C. 1997.

Codificación Clínica con la CIE-9-MC. Boletines de la Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud. M.S.C.

ICD-9-CM. Coding Handbook. American Hospital Association. 1999.

Coding Clinic. Central Office on ICD-9-CM. American Hospital Association. 1984-1999.



MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y CONSUMO

