

# CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

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



Boletín número 8

Año III

Octubre, 1997



Programas

## CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

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



Boletín número 8

Año III

Octubre, 1997

# ÍNDICE

Unidad Técnica de la CIE-9-MC .....	5
Tema monográfico. Aparato Digestivo (3ª parte):	
Páncreas, Hígado y Tracto Biliar .....	7
Preguntas a la Unidad .....	16
Formación continuada en codificación.....	20
Formación continuada .....	21
Respuesta a la formación continuada .....	22
Formación continuada .....	25

## Unidad Técnica de la CIE-9-MC

Dentro de la mejora constante del boletín de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9º Revisión Modificación Clínica, en el apartado de formación continuada, se van a ir alternando preguntas específicas con casos clínicos donde se encontrará más información para determinar más claramente los códigos que se deben poner.

En esta línea de mejora constante, se han introducido en el área de "respuesta a la formación continuada", la forma en la que se ha llegado a precisar el código que corresponde a cada una de las preguntas de codificación presentadas en el boletín anterior.

De esta manera se especifica con mucha mayor claridad por qué se ha puesto un código y no otro, como se ha llegado a él y que entradas se han utilizado para definir claramente el código definitivo.

Por otra parte, como ya se indicó en anteriores boletines, en el número nueve, se hará una recopilación de la codificación presentada en anteriores boletines.

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

## Tema Monográfico

### APARATO DIGESTIVO (3ª parte): PANCREAS, HIGADO Y TRACTO BILIAR

Este monográfico constituye la tercera y última parte dedicada a la codificación del Aparato Digestivo publicado en los boletines nº 3 de febrero de 1996 y nº 7 de junio de 1997.

#### PANCREAS

##### 1.- Páncreas ectópico

Se codifica con 751.7 Anomalías pancreáticas, ya que este código incluye los casos de "tejido pancreático ectópico". Se puede observar en el estómago o en otros segmentos del tracto digestivo; a veces es causa de lesiones ulceradas y/o hemorrágicas, las cuales requieren código adicional.

##### 2.- Pancreatitis aguda necrohemorrágica

La calificación "necrohemorrágica" denota el substrato morfológico de una pancreatitis grave. La clasificación de este proceso se realiza mediante el código general, que incluye el calificador "hemorrágica" como modificador no esencial de "Pancreatitis".

La entrada en el índice alfabético de necrosis de páncreas incluye el modificador esencial "aguda" que remite al código 577.0 Pancreatitis aguda. Por lo tanto, la pancreatitis aguda necrohemorrágica se codificará en 577.0 Pancreatitis aguda

##### 3.- Flemón pancreático

Es una complicación de la pancreatitis aguda, más frecuente en las pancreatitis graves, con manifestaciones de fiebre y masa pancreática. Suele responder a tratamiento médico, pero si no hay respuesta pueden obligar a realizar desbridamiento quirúrgico y/o drenaje.

En el índice alfabético, el término flemón remite a absceso con el modificador esencial para el páncreas por lo que el código a utilizar será 577.0 Pancreatitis aguda.

##### 4.- Hemosuccus pancreáticus

Es la presencia de hemorragia en los conductos pancreáticos, por lo que se codificará al igual que la hemorragia pancreática como:

577.8 Otras enfermedades del páncreas

#### HIGADO Y TRACTO BILIAR

##### 1.- Ictericia

Ictericia es la pigmentación amarilla de la piel, escleróticas y mucosas producida por la elevación de la bilirrubina en el plasma. La ictericia conjuntival (escleral) es una manifestación precoz y sensible.

##### Causas de ictericia

El diagnóstico de la ictericia se basa en un estudio sistematizado cuya primera clave es la existencia o ausencia de dilatación de la vía biliar. La dilatación de la vía biliar indica ictericia obstructiva extrahepática, aunque la dilatación puede tardar en aparecer varios días. La exploración inicial suele ser una ecografía; si esta exploración revela dilatación, puede estar indicada una colangiografía transhepática percutánea (PCT); si no hay dilatación, suele estar indicada una biopsia hepática.

La estructura de la entrada alfabética "Ictericia" puede dar lugar a cierta confusión. En cualquier caso de ictericia, puede ser necesario un análisis exhaustivo de la historia clínica para establecer la causa. Para la expresión diagnóstica "ictericia obstructiva" el código 576.8 Otros trastornos especificados del tracto biliar, sólo debe utilizarse en ausencia de dicha información. El código 782.4 Ictericia, no especificada, no del recién nacido, se utilizará de forma opcional cuando no se conozca la causa de la ictericia, ya que se trata de un código de síntoma. Solamente aparecerá como principal en ausencia de datos sobre el origen de la ictericia. En los casos en los que la ictericia obstructiva se encuentre asociada a litiasis biliar deberá utilizarse el código combinado correspondiente a la localización de la litiasis (con o sin colecistitis) con el quinto dígito "1" de mención de obstrucción.

## 2.- Masa hepática

Cuando no se dispone de más información, se trata de un término inespecífico que debe ser codificado como 573.9 Trastorno hepático no especificado, dado que "hígado" no figura como modificador esencial del término principal Masa y el modificador esencial "órgano especificado NCOC" nos remite, mediante referencia cruzada, a Enfermedad del órgano. Si bien la expresión "lesión ocupante de espacio (LOE) hepática" se utiliza en la práctica clínica como sinónimo de "masa hepática", se clasifica como 573.8 Otros trastornos del hígado, ya que el término principal Lesión si posee como modificador esencial "hígado" y nos remite a dicho código.

No obstante, cuando la única evidencia de la masa hepática sea una prueba de diagnóstico por imagen se utilizará el código 793.6 Hallazgos anormales en examen Rx, área abdominal (si se aprecia en Rx, eco, termografía) o el código 794.8 Resultados anormales y no específicos de estudios funcionales, hígado (si se encuentra en escáner, gammagrafía).

## 3.- Procedimientos en patologías de vías biliares

La lista tabular de procedimientos de la CIE-9-MC ofrece pocos códigos de combinación para los procedimientos sobre vías biliares. Se debe aplicar de forma exhaustiva la codificación múltiple, asignando su código individual a cada uno de los procedimientos realizados dentro de una misma intervención.

Por ejemplo:

Colangiografía intraoperatoria 87.53

Exploración de vía biliar

Diagnóstica sólo

- Endoscópica (ERC) 51.11 Colangiografía retrógrada endoscópica
- Endoscópica (ERCP) 51.10 Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica
- Percutánea 51.98 Otros procedimientos percutáneos sobre tracto biliar
- Incisión 51.51 Exploración de colédoco

Coledocolitotomía (extracción de cálculos de colédoco) 51.41 Exploración del conducto biliar principal para extracción de cálculo

Coledoscopia intraoperatoria 51.11 Colangiografía retrógrada endoscópica

Coledocoyeyunostomía 51.36 Coledocoenterostomía

Coledoduodenostomía 51.36 Coledocoenterostomía

Esfinterotomía transduodenal

- Endoscópica 51.85 Esfinterotomía y papilotomía endoscópicas
- Otras/Inespecífica 51.82 Esfinterotomía pancreática (y biliar)

Inserción tubo de Kher

- Endoscópico 51.87 Inserción endoscópica de tubo tutor (stent) en conducto biliar
- Percutáneo 51.98 Otros procedimientos percutáneos sobre tracto biliar

- Incisión 51.43 Inserción de tubo coledocohepático para descompresión

Muchas maniobras se realizan junto con o como parte integral de una colecistectomía. Dos de los más frecuentes son la descompresión de la vesícula biliar o un conducto común y la inserción del tubo T para drenaje.

Ni la descompresión ni la inserción del tubo deben codificarse por separado cuando se realizan durante una colecistectomía.

No obstante, si estas maniobras se realizan fuera de una colecistectomía, deben codificarse por separado.

#### 4.- Complicaciones de cirrosis hepática

Las complicaciones de la cirrosis hepática requieren codificación múltiple.

El diagnóstico principal se determinará con las siguientes reglas:

xVarices esofágicas sangrantes en paciente con cirrosis

En este caso, existe una regla explícita que indica que la complicación es un código secundario.

DxP: Código de cirrosis (si cumple criterios de diagnóstico principal)

DxS: Código de la complicación (456.20 Varices esofágicas con hemorragia)

xOtras complicaciones importantes de cirrosis

(encefalopatía, coma hepático, coagulopatía, hipertensión portal, síndrome hepatorenal)

En estos casos, la complicación tiene prioridad

DxP: Código de complicación (si cumple criterios de diagnóstico principal)

DxS: Código de cirrosis

xOtros tipos de complicaciones de cirrosis (ascitis a tensión, varices esofágicas/gástricas sin hemorragia)

En estos casos, la cirrosis es prioritaria

DxP: Código de cirrosis (si cumple criterios de diagnóstico principal)

DxS: Código de la complicación

En los casos en los que la CIE-9-MC no determina la secuencia, es preciso reparar en el código al que quedaría asignada la complicación. Si el código pertenece al capítulo 16 SINTOMAS Y SIGNOS MAL DEFINIDOS no podrá ser diagnóstico principal cuando exista una condición más específica para definir el proceso.

#### 5.- Hipertensión portal

Se clasifica por el nivel anatómico en que se produce la alteración de la circulación portal. Aparece en los pacientes con cirrosis hepática, pero también se da en otros procesos (síndrome de Budd-Chiari, cavernomatosis portal). Puede dar lugar al desarrollo de varices esofágicas y/o gástricas.

Las varices esofágicas o gástricas pueden complicarse con hemorragia.

#### 6.- Gastritis de la hipertensión portal

Las alteraciones de la mucosa gástrica que se observan en pacientes con hipertensión portal se suelen calificar por grados. En las formas más leves, se observa un engrosamiento mucosa por estasis capilar, que en la

endoscopia revela el llamado aspecto en sandía (por la presencia de pliegues mucosos longitudinales), en este caso se codifica como:

#### 572.3 Hipertensión portal

#### 537.89 Otros trastornos de estómago y duodeno

En las formas avanzadas, se observa una verdadera gastritis con erosiones mucosas, en cuyo caso debería de codificarse con el código de la gastritis correspondiente.

#### 7.- Alteraciones de vesícula biliar y vías biliares

Barro biliar y bilis en lechada de cal son hallazgos ecográficos por lo que se codificarán en 793.3 Hallazgos anormales y no específicos de exámenes radiológicos y de otro tipo de las vías biliares.

Vesícula escleroatrófica, equivale a atrofia de vesícula biliar por lo que se codificará en 575.8 Otros trastornos especificados de vesícula biliar.

Peritonitis biliar: peritonitis secundaria a la presencia de bilis en la cavidad peritoneal.

Coleperitoneo: presencia de bilis en la cavidad peritoneal; es causa directa de peritonitis biliar.

Colascos: colección o efusión de bilis en cavidad peritoneal; es sinónimo de coleperitoneo.

los términos peritonitis biliar, coleperitoneo y colascos se codifican en 567.8 Otras peritonitis especificadas.

Biloma: presencia de un efecto masa en la cavidad peritoneal producido por una colección localizada de bilis; en general es un hallazgo ecográfico; se trata de una expresión de significado exclusivamente morfológico y no indica la presencia de una neoplasia biliar. Puede aparecer como complicación de un procedimiento quirúrgico o de radiología intervencionista.

Se codifica según la causa:

#### 576.3 Perforación de conducto biliar

#### 576.8 Otros trastornos especificados de tracto biliar

#### 998.2 Punción o laceración accidentales durante un procedimiento

## NEOPLASIAS

### 1.- Vipoma pancreático

Se trata de neoplasias neuroendocrinas del aparato digestivo, infrecuentes; su localización más frecuente es el cuerpo y la cola del páncreas. Se asocia al síndrome de Verner-Morrison, cólera pancreático, o síndrome WDHA, caracterizado por diarrea acuosa, hipopotasemia y aclorhidria; está producido por un tumor secretor de péptido intestinal vasoactivo (VIP). Su origen más frecuente (80%) son las células tipo B de los islotes de Langerhans.

Se deben considerar neoplasias de comportamiento incierto salvo en los casos en los que se hayan detectado metástasis (hepáticas, ganglios peripancreáticos) pues el estudio histológico no suele proporcionar datos fiables sobre su carácter benigno o maligno.

Se codificará como 235.5 Otros órganos digestivos y órganos digestivos no especificados.

Tumor de evolución incierta o bien, en caso de comportamiento maligno:

#### 157.x Neoplasia maligna de páncreas.



El trastorno funcional deberá codificarse según el signo o síntoma: diarrea acuosa con hipopotasemia y acloridia.

## 2.- Seudotumor inflamatorio de hígado

Elseudotumor inflamatorio es un proceso de etiología desconocida, infrecuente, de carácter benigno pero que macroscópicamente puede tener el aspecto de una neoplasia maligna. Desde el punto de vista histológico, la estructura de la lesión es muy variable, lo que plantea problemas de diagnóstico diferencial con otras masas de órganos parenquimatosos (hepáticas, pulmonares). Las localizaciones más frecuentes son el pulmón y el hígado, aunque se han descrito en miocardio, bazo y otras localizaciones.

Los términos xantogranuloma, fibroxantoma, granuloma de células plasmáticas, histiocitoma fibroso,seudolinfoma yseudotumor esclerosante, se utilizan a veces como sinónimos deseudotumor inflamatorio. Esta gran diversidad expresa la variabilidad de la estructura histológica y puede dar lugar a confusión a efectos de clasificación y codificación.

En los casos debidamente documentados pero que no incluyan ninguna de las expresiones como las citadas más arriba, clasificables como neoplasias, el código a utilizar para elseudotumor inflamatorio de hígado es 573.8 Otros Trastornos de hígado.

## 3.- Tumor de Klatskin

Esta expresión identifica una neoplasia maligna de conductos biliares que afecta a la zona de confluencia de los conductos hepáticos derecho e izquierdo con el hepático común. Abarca por tanto vías biliares interlobulares y extrahepáticas; se aplica la codificación derivada de la entrada alfabética Neoplasia, biliar, conducto, interhepático, y extrahepático; en este caso, los códigos especificados en la entrada del índice alfabético prevalecen sobre la regla de codificación de neoplasias de sitios contiguos.

Se codificará como:

Tumor maligno de vesícula y vías biliares extrahepáticas; 156.9 Tracto biliar, parte no especificada

Vías biliares, parte no especificada

M8160/3 Colangiocarcinoma

## 4.- Ampuloma

Es una denominación frecuente del carcinoma de ampolla de Vater. Desde un punto de vista clínico se agrupa con otros tumores periampulares (carcinoma primario de colédoco, carcinoma duodenal). En cuanto no se especifique como de otra naturaleza se codificará en 156.2 Tumor maligno de ampolla de Vater.

## Bibliografía

Harrison's Principles of Internal Medicine, Ed. New York, McGraw-Hill.  
Clinical Surgery. Davis, JH., Ed. St. Louis, Mosby.

## Edición

Han colaborado en el tema monográfico:

### .Coordinación

Arturo Romero Gutiérrez. Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Virgen de la Salud (INSALUD), Toledo.

### .Consultores clínicos

Josefa Estebarán Martín. Servicio de Cirugía General. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.  
Rafael Bañares Cañizares. Servicio de Medicina de Aparato Digestivo. Hospital General Gregorio Marañón, Madrid.

Gerardo Clemente Ricote. Servicio de Medicina de Aparato Digestivo. Hospital General Gregorio Marañón, Madrid.

.Revisión de terminología  
Unidad de Codificación, Hospital Virgen de la Salud, Toledo.  
-Dolores Sánchez de los Silos  
-José M<sup>a</sup> Ruíz Manso  
-Ana Magán Jiménez  
-Isabel Rodríguez Carmena  
-Rosa Gutiérrez Saavedra

## Preguntas a la unidad

1.- Paciente de 60 años diagnosticado de EPOC, bronquiectasias e IRC con Cor pulmonare, reingresa por neumonía LII y descompensación respiratoria. Existe hospitalismo claro y problemática social.

El diagnóstico principal se codificará como 486 Neumonía, organismo no especificado. Podría presentarse la duda de codificarla como "lobar", pero este término aplicado a una neumonía no significa que afecta a un lóbulo, sino que se trata de un tipo concreto de neumonía. Los códigos secundarios serán 494 Bronquiectasia, 518.81 Fracaso respiratorio, 416.9 Enfermedad cardiopulmonar crónica no especificada, 309.83 Reacción de adaptación con retraimiento.

En el caso del problema social, los códigos a utilizar serían: V62.9 Circunstancia psicosocial no especificada, V62.89 Otro estrés psicológico o físico, no clasificado bajo otros conceptos, ó V60.9 Circunstancia económica o de alojamiento no especificada, ya que no se concreta la situación en la que se encuentra este paciente.

2.- Cáncer de mama en remisión completa, ingresa para trasplante de médula ósea (stem cell)

El hecho de que un carcinoma de mama ingrese para trasplante de médula ósea nos indica que continúa en tratamiento a pesar de hallarse en remisión. Por este motivo, utilizaremos como diagnóstico principal el código 174.9 Neoplasia maligna de la mama femenina, parte no especificada y como secundario el M8010/3 Carcinoma NEOM. El procedimiento se clasificará con el 41.04 Trasplante autólogo de células madres hematopoyéticas.

3.- Paciente con estenosis traqueal que ingresa para colocación de endoprótesis

El diagnóstico principal se codificará como 519.1 Otras enfermedades de la traquea y de los bronquios, no clasificadas bajo otros conceptos. Sin embargo, a la hora de clasificar este caso, la dificultad estriba en el código del procedimiento, ya que para codificar la colocación de endoprótesis traqueal (concepto distinto al de intubación) debemos emplear el código 31.99 Otras operaciones sobre traquea al que se puede llegar por "dilatación de traquea".

4.- Paciente de 34 años de edad con diabetes tipo I desde hace 24 años, con gestación gemelar que ingresa desde consulta de alto riesgo por control inadecuado de su perfil de glucosa. Está siendo controlada simultáneamente por el Servicio de Endocrinología.

El motivo del ingreso de esta paciente embarazada es el de una diabetes de difícil control para la que la CIE-9-MC ya contempla un quinto dígito específico, por lo tanto el código principal a utilizar es el 648.03 Diabetes mellitus, estado o complicación anteparto, seguido del 250.03 Diabetes mellitus sin mención de complicación, tipo I (tipo IDDM)(tipo dependiente de insulina)(tipo juvenil), descompensada, y 651.03 Embarazo con gemelar, estado o complicación anteparto.

5.- Parto estimulado y con ayuda de anestesia epidural de forma espontánea presentando pezones agrietados

Este caso deberá codificarse en 676.1x Pezón agrietado. El 5º dígito que nos indicaría el episodio de cuidados sería el "1" si la complicación hubiera surgido antes del parto, o el "2" si por el contrario hubiera sido en el puerperio (situación probable).

No poseemos información sobre el R.N. para el cuarto dígito del código V27.x Resultado del parto.

Como código de procedimiento se asignará el 733.59 parto asistido manual.

La anestesia no se codifica salvo que exista alguna complicación, en cuyo caso deberíamos de utilizar el correspondiente código diagnóstico pero nunca como procedimiento.

Tampoco se codifica la estimulación cuando el parto es espontáneo, es decir, ya ha comenzado y no existe alteración en la dinámica del mismo.

6.- Paciente intervenido hace 5 años por enfermedad de tres vasos realizándosele doble bypass aortocoronario y posteriormente a los seis meses ACTP con stent del tercer vaso ingresa en la actualidad con insuficiencia cardíaca por oclusión de uno de los bypass

El diagnóstico principal será el 996.72 Otras complicaciones por otro dispositivo, implante o injerto cardíaco. Este código incluye la oclusión NEOM del bypass no especificada la causa como debida a arteriosclerosis. Deberemos codificar asimismo como secundarios 428.0 Insuficiencia cardíaca congestiva, el V45.82 Estado de

angioplastia coronaria trasluminal percutánea y el 414.01 Aterosclerosis coronaria de arteria coronaria nativa. El estado de bypass aortocoronario no se codifica debido a la presencia de complicación del mismo.

7.- Paciente de 30 años que ingresa en la semana 21 de gestación por rotura prematura de membranas. En la ecografía se observa feto muerto, gestación única, presentación podálica y oligoamnios severo.

El diagnóstico principal en este caso es el 632 Aborto diferido, por tratarse de un feto muerto antes de las 22 semanas de gestación. A este código se le añadirá el código 558.10 Ruptura prematura de membranas, si ésta fuese o se sospechase causa del aborto. El oligoamnios se considera incluido en el código anterior si no se especifica lo contrario y la presentación es normal para la fecha de la gestación.

8.- Pseudoaneurisma micótico femoral en zona de venopunción. Paciente ADVP.

Un aneurisma micótico es aquel producido por el desarrollo de microorganismos en la pared del vaso (en esta acepción, la palabra micótico no implica que el microorganismo causante sea un hongo).

Por este motivo, aunque conozcamos la localización exacta del pseudoaneurisma, codificaremos como diagnóstico principal el 421.0 Endocarditis bacteriana aguda y subaguda, ya que, en este caso, la ubicación del aneurisma micótico no afecta a la asignación de código.

En el supuesto de que conociéramos el agente causal, añadiríamos como código secundario el de la infección por dicho microorganismo, pero dado que no disponemos de esa información (aquí "micótico" no significa "debido a hongos"), no añadiremos código de infección alguno.

Si debemos añadir como diagnóstico secundario el código 304.90 Dependencia de drogas no especificada, no especificada, para clasificar la adicción a drogas por vía parenteral de la que desconocemos la droga y el estado actual de la dependencia.

9.- Embarazada a término que ingresa por metrorragia debido a desprendimiento de placenta. Se realiza cesárea urgente apreciándose un feto varón éxitus. En el postoperatorio es necesaria la transfusión de 2 unidades de sangre. Hemograma al alta 9,9 gr/dl. Hto: 29%  
¿En este caso y puesto que la gestación es a término, serían correctos los códigos 641.21 + 656.41 + 7  
¿Debería añadirse algún código más?

Codificaremos como diagnóstico principal el 641.21 Separación prematura de la placenta, parto con o sin mención de estado anteparto. Irá seguido, como diagnósticos secundarios, de los códigos 656.41 Muerte intrauterina, parto con o sin mención de estado anteparto y V27.1 Niño único mortinato (para clasificar el producto del parto). No añadiremos más códigos diagnósticos, ya que aunque el hemograma al alta nos muestra una hemoglobina y hematocritos claramente descendidos, no tenemos documentada por el facultativo anemia de ningún tipo.

A la hora de clasificar los procedimientos, no podemos utilizar el 74.1 propuesto, ya que carecemos de información sobre tipo de cesárea, que en este caso se codifica como 74.99 Otra cesárea de tipo no especificado. Añadiremos el código 99.03 Otra transfusión de sangre entera, para clasificar la transfusión de 2 unidades de sangre que sí tenemos documentada.

## Formación Continuada

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

En base a la experiencia, esta Unidad Técnica ha decidido plantear casos clínicos concretos en sustitución de las 10 preguntas habituales por considerar que el apartado de formación es lo suficientemente importante como para que los problemas tanto de indización como de codificación se encuentren dentro de un contexto mínimamente documentado.

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

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

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

Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el S.N.S. Formación Continuada.  
Subdirección General de Programas.  
Ministerio de Sanidad y Consumo.  
C/ Ruíz de Alarcón, 7.2 8014 MADRID.  
Telf: (91) 360 45 42, Fax: (91) 360 45 45.

### Solución al ejercicio planteado en el número 7 - Junio 1997

#### Planteamiento

Mujer de 37 años de edad con gestación gemelar de 32 semanas que ingresa por trombopenia.

EXPLORACION: Utero > que amenorrea, relajado. OCE cerrado.

Ecografía: gestación gemelar bicorial biamniótica: 1er. feto en podálica con Biometría de 32 semanas, MF y LF (+). 2º feto: cefálica con anencefalia, MF y LF (+). Hidramnios.

En el curso de la gestación se produce rotura prematura de membranas de la primera bolsa, siendo necesario realizar cesárea electiva (31.1.97) extrayéndose el primer feto varón con Apgar 9/10. 2º feto en podálica (anencéfalo). Exitus post-parto. Extirpación de mioma subseroso en cara anterior de útero. En el puerperio inmediato se produce hemorragia uterina, necesitando aspiración de cavidad, bajo anestesia general, posteriormente se ingresa en UCI, necesitando transfusión de concentrado de hematíes, plasma, antitrombina III y Vitamina K.

Es dada de alta por mejoría clínica. Siendo el hemograma al alta: Hb. 10,7 grs./dl. Hto. 31% Plaquetas 214.000.

DIAGNOSTICO: GESTACION GEMELAR BICORIAL BIAMNIOTICA. PLAQUETOPENIA.

#### Solución

Los códigos a asignar en este episodio serán los siguientes:

DxP 648.91 Otras enfermedades actuales clasificables bajo otros conceptos, parida, con o sin mención de estado anteparto

DxS 287.5 Trombocitopenia, no especificada

644.21 Inicio precoz de parto, con o sin mención de estado anteparto

658.11 Ruptura prematura de membranas amnióticas, parida, con o sin mención de estado anteparto

652.61 Embarazo múltiple con presentación anómala de uno o más fetos, parida, con o sin mención de estado anteparto

655.01 Malformación del sistema nervioso central del feto, parida, con o sin mención de estado anteparto

654.11 Tumores del cuerpo uterino, parida, con o sin mención de estado anteparto

218.2 Leiomioma uterino subseroso

M8890/0 Leiomioma (Mioma NEOM)

651.01 Embarazo con gemelar, parida, con o sin mención de estado anteparto

657.01 Hidramnios, parida, con o sin mención de estado anteparto

666.12 Otra hemorragia inmediata del postparto, parida, con mención de complicación postparto

V27.2 Parto con gemelos, ambos nacidos con vida

Px 74.99 Otra cesárea de tipo no especificado

68.29 Otra excisión o destrucción de lesión del útero

69.52 Legrado por aspiración después de parto o aborto

99.04 Transfusión de concentrado de hematíes

97.09

88.78 Ultrasonografía diagnóstica del útero grávido

Cabe la duda de codificar la anemia debido a la presencia de hemorragia seguida de una trasfusión con los códigos 648.22 Anemia, parto, con mención de complicación postparto y 285.1 Anemia posthemorrágica aguda pero éstos sólo se emplearán en caso de confirmación.

### **Ejercicio planteado en éste número**

Paciente de 70 años de edad, con antecedentes personales de diabetes no insulino dependiente, hiperlipemia, osteoporosis, IAM de pared posterior y enfermedad de dos vasos por lo que le fue realizado ACTP de ambas arterias coronarias en el año 1990, ingresa porque desde hace una semana presenta angor de reciente comienzo de esfuerzo. Tras realización de coronariografía se llega al siguiente juicio clínico:

Reestenosis de la antigua ACTP. Angor inestable actual. Enfermedad de dos vasos.

Tratamiento: ACTP con stent de las dos coronarias

Evolución: IAM sin Q por cierre del stent. Fue necesario poner un stent de rescate evolucionando el paciente libre de angina y disnea.