
AHA

Coding Clinic™

for ICD-9-CM

Publicación trimestral de la Central Office on ICD-9-CM

Volumen 26
Número 1

Primer Trimestre
2009

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 27 de marzo de 2009 (sólo en USA^{NT})

En este número

Agradecimiento especial en la celebración del 25 Aniversario de *Coding Clinic*
Pregunte al editor
Preguntas frecuentes sobre POA
Aclaraciones
Noticia

Agradecimiento especial en la celebración del 25 Aniversario de *Coding Clinic*

El primer *Coding Clinic para ICD-9-CM* se estrenó con el número de mayo-junio de 1984. En la portada se introdujo el *Coding Clinic para ICD-9-CM* con las siguientes afirmaciones:

Coding Clinic para ICD-9-CM ha sido desarrollada para ayudar a cualquiera que esté interesado o dedicado a mejorar la exactitud y uniformidad de la codificación de los registros médicos. El boletín proporcionará consejos de codificación, decisiones oficiales de codificación y novedades relacionadas con el uso de la *ICD-9-CM*. Será una valiosa herramienta de referencia a la hora de declarar los datos clínicos. Se anima a los lectores a sugerir temas a incluir en el boletín.

Por ello, en el 25 año de *Coding Clinic*, la Oficina Central para la ICD-9-CM y la Asociación Americana de Hospitales quieren expresar su agradecimiento a los editores actuales y anteriores, a los miembros del Consejo Editorial Consultivo (EAB) y a los miembros del Grupo de Revisores Médicos por su dedicación y entrega para mejorar la exactitud y uniformidad en la información sanitaria.

Esperamos servirle al emprender el próximo cuarto de siglo!

Atentamente,
Nelly Leon-Chisen, RHIA
Editora ejecutiva

Desearíamos así mismo agradecer a los suscriptores de *Coding Clinic* y a los miembros de la AHA por su apoyo continuo en los últimos 25 años.

Pregunte al Editor

Pregunta:

El paciente se presentó varios meses antes con una hernia inguinal estrangulada. En ese momento, los hallazgos de la exploración quirúrgica fueron enfermedad de Crohn activa con perforación de sigma. Fue sometido a resección sigmoide con creación de colostomía. La enfermedad de Crohn está actualmente controlada y el paciente es ingresado para deshacer la colostomía de Hartmann. El cirujano indica: “resección parcial de colon, coloproctostomía (anastomosis laterolateral) y reversión de la colostomía de Hartmann” en la hoja operatoria. De acuerdo con *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 1997, página 9-10, nuestro hospital ha codificado de manera rutinaria “resección intestinal” con cierre de colostomía. Sin embargo parece que la resección intestinal es inherente al procedimiento. ¿Cómo debe codificarse?

Respuesta:

Asigne el código V55.3, Atención a apertura artificial, colostomía, como diagnóstico principal ya que el paciente es ingresado específicamente para cierre de colostomía (cuidado posterior). Un contacto para cuidado posterior normalmente implica un cuidado programado. Los códigos V de cuidados posteriores recogen situaciones donde el tratamiento inicial de una enfermedad o lesión ya ha sido realizado y el paciente necesita cuidados continuados durante la fase de curación o recuperación. El código 555.9, Enteritis regional, sitio no especificado, debe asignarse como diagnóstico secundario.

Asigne los códigos 46.52, Cierre de estoma de intestino grueso, para la reversión de la colostomía, 45.79, Otra escisión parcial de intestino grueso y no especificada, para la resección parcial de colon y 45.94, anastomosis colocolónica, para la anastomosis latero-lateral. En este caso, se asignó el código 45.94 porque la nota de instrucción bajo el código 45.7 indica “Codifique también cualquier anastomosis sincrónica diferente a la termino-terminal (45.92-45.94). “A fin de mantener la exactitud y consistencia de la codificación, los codificadores deben guiarse por las notas de instrucción”.

Cuando se ha realizado además una resección de colon, se asigna un código adicional para la colectomía parcial. Si, por el contrario, se hace solo un recorte menor a fin de refrescar los bordes del colon para la anastomosis, se debe considerar inherente al procedimiento y no debe asignarse un código adicional.

Pregunta:

Si un paciente tuvo una fractura intertrocanterea de cadera que fue reparada mediante una sustitución total de misma y ahora está recibiendo cuidado posterior en la consulta médica, ¿deben asignarse los códigos V54.13, Cuidado posterior para curación de fractura traumática de cadera, y V54.81, Cuidado posterior tras sustitución de articulación?, o debe asignarse uno solo de estos códigos, y en este caso, ¿cuál de ellos?

Respuesta:

Asigne el código V54.81, Cuidado posterior tras sustitución de articulación, y V43.64, Organos o tejidos sustituidos por otros medios, articulación, cadera, para este episodio. Cada código representa una parte diferente de información acerca del cuidado posterior y es necesario para describir totalmente el episodio.

El código V54.13, Cuidado posterior para curación de fractura traumática de cadera, no es adecuado ya que no hay fractura. La cadera ha sido reemplazada por una articulación protésica.

Pregunta:

El paciente es un hombre de 18 años que sufrió previamente una fractura conminuta de tibia distal derecha y fue tratado con reducción abierta con fijación interna usando agujas y tornillos. Se encuentra bien y ahora es visto en la consulta para seguimiento mediante rayos x. La radiografía mostró que no estaban retirados los tornillos con unión completa de todos los fragmentos de la fractura. El médico anotó: "Alineación y unión completa de la fractura con amplitud completa de movimiento. El paciente está sin dolor y puede retornar a sus actividades deportivas previas sin limitaciones". ¿Se asigna el código V54.09, Otro cuidado posterior que implica dispositivo de fijación interna, o el código V54.16, Cuidado posterior para curación de fractura traumática de pierna, para este episodio?

Respuesta:

Asigne el código V67.4, Examen de seguimiento, tras tratamiento de fractura curada, para este episodio. Es una consulta de revisión para una fractura curada. Se usa un código de la categoría V67 como diagnóstico principal cuando un paciente es visto para ser evaluado tras el tratamiento de una enfermedad o lesión que ha sido completado y ya no existe. Los códigos de cuidados posteriores recogen situaciones donde se ha realizado el tratamiento inicial de una enfermedad o lesión y que requiere continuar los cuidados durante la fase de curación o recuperación, o para las consecuencias a largo plazo de la enfermedad.

Pregunta:

¿Se codifica de la misma manera un diagnóstico de disfunción sistólica o diastólica que un fallo cardiaco?

Respuesta:

No. La disfunción diastólica sin mención de fallo cardiaco se indexa en el 429.9, Enfermedad cardiaca, no especificada. No es correcto asumir que el paciente está en fallo cardiaco cuando sólo se documenta la “disfunción sistólica” o la “disfunción diastólica”.

Pregunta:

El paciente tiene documentada una disfunción sistólica con exacerbación aguda de un fallo cardiaco congestivo. ¿Puede ser codificado como fallo cardiaco sistólico agudo con fallo cardiaco congestivo?

Respuesta:

Asigne el código 428.0, Fallo cardiaco congestivo, no especificado, y el código 428.23, Fallo cardiaco sistólico crónico agudizado. La exacerbación aguda de una afección crónica (fallo cardiaco) se codifica como crónica agudizada.

El Índice Alfabético de la *ICD-9-CM* proporciona el siguiente direccionamiento para la disfunción sistólica con fallo cardiaco:

Disfunción

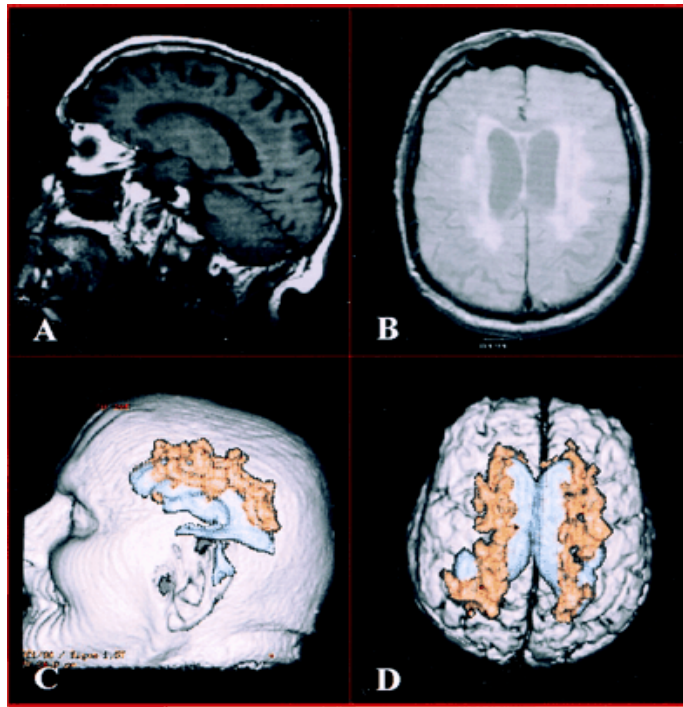
sistólica 429.9
con fallo cardiaco – véase
Fallo, corazón

Adicionalmente, el fallo cardiaco congestivo no es un componente inherente del fallo cardiaco sistólico o diastólico. Cuando el juicio diagnóstico indica fallo cardiaco congestivo junto con fallo cardiaco sistólico o diastólico, se necesitan dos códigos para informar el tipo específico de fallo cardiaco: congestivo, diastólico y/o sistólico. Esta recomendación se corresponde con la publicada en *Coding Clinic*, cuarto trimestre de 2002, páginas 52-53 (páginas 40-41 de la versión traducida ^{NT}) y cuarto trimestre de 2004, página 140 (página 128 de la versión traducida ^{NT}).

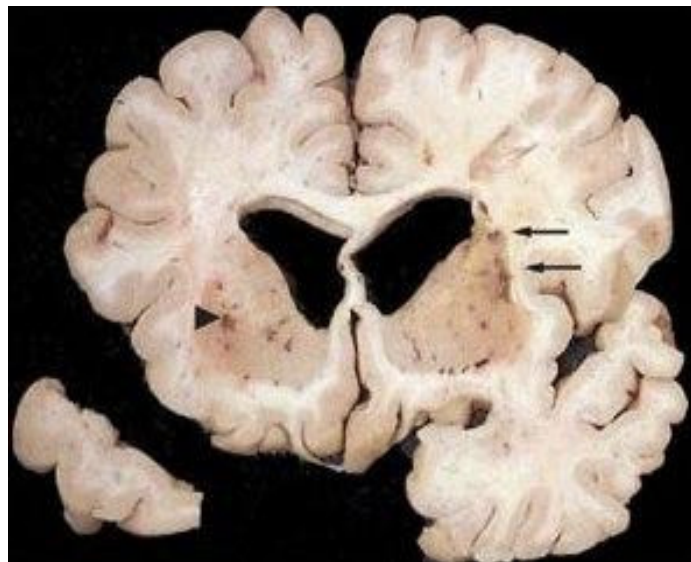
Pregunta:

Un hombre de 72 años con empeoramiento de la disartria y alteración de la marcha fue ingresado para descartar un accidente cerebrovascular agudo. La RNM fue negativa para isquemia pero mostraba una enfermedad difusa de la sustancia blanca y enfermedad del puente debida a leucoaraiosis hipertensiva. (El puente troncoencefálico, también llamado protuberancia anular o puente de Varolio, en Terminología Anatómica Internacional: *Pons*, es la porción del tronco del encéfalo que se ubica entre el bulbo raquídeo y el mesencéfalo ^{NT}).

El médico documentó “leucoaraiosis hipertensiva” en su juicio diagnóstico. ¿Cuál es la asignación de código para la leucoaraiosis hipertensiva?



Imágenes de RNM con leucoaraiosis ^{NT}



Lesiones cerebrales de leucoaraiosis ^{NT}

Respuesta:

Asigne el código 437.1, Otra enfermedad cerebrovascular isquémica generalizada, para la leucoaraiosis hipertensiva. Leucoaraiosis significa “sustancia blanca enrarecida” e implica cambios degenerativos relacionados con la edad en la sustancia blanca del cerebro. La afección puede representar estadios iniciales de leucoencefalopatía de Binswanger, un tipo de demencia que está relacionada con enfermedad cerebrovascular hipertensiva. Hay dos tipos de leucoaraiosis: leucoaraiosis periventricular y leucoaraiosis en el centrum semiovale y no todos los pacientes desarrollan demencia. La leucoaraiosis del centrum semiovale se asocia con demencia. Hay estudios que sugieren que la leucoaraiosis incrementa el riesgo de accidente cerebrovascular y muerte relacionado con enfermedad vascular.

Pregunta:

¿Cuál es el código de procedimiento apropiado para la infusión de linfocitos de donante alogénico?

Respuesta:

Asigne el código 41.05, Trasplante de células madre hematopoyéticas alogénico sin purgado, para la infusión de linfocitos de donante alogénico.

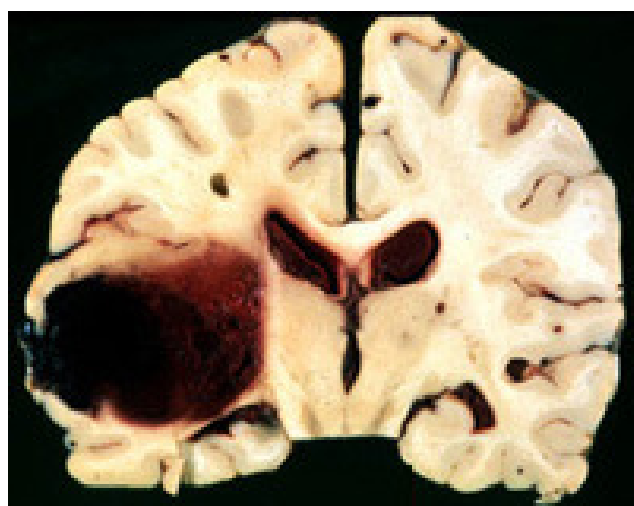
El procedimiento para la infusión de linfocitos de donante implica la recolección de linfocitos de las células madres originales del donante. La infusión de linfocitos de donante supone la recolección (del donante original) de linfocitos periféricos durante un procedimiento de aféresis. Los donantes son sometidos a un número entre dos y ocho extracciones. Los linfocitos son infundidos en el paciente inmediatamente o tras ser almacenados congelados. La recolección de linfocitos de donante y la infusión de los mismos en el paciente pueden hacerse ambas en régimen ambulatorio. En la mayoría de los pacientes que son candidatos para el procedimiento, la infusión de linfocitos de donante ha sido exitosa a la hora de inducir la remisión. Los efectos más destacables de la infusión de linfocitos de donante se ven en pacientes con leucemia mieloide crónica y mieloma, con un menor efecto significativo en otros cánceres de sangre como leucemia mieloide aguda (LMA), leucemia linfocítica crónica (LLC) y linfoma.

Pregunta:

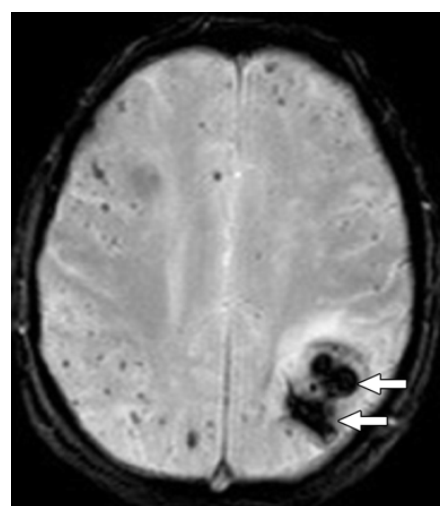
¿Cuál es el código adecuado para la angiopatía amiloide cerebral?

Respuesta:

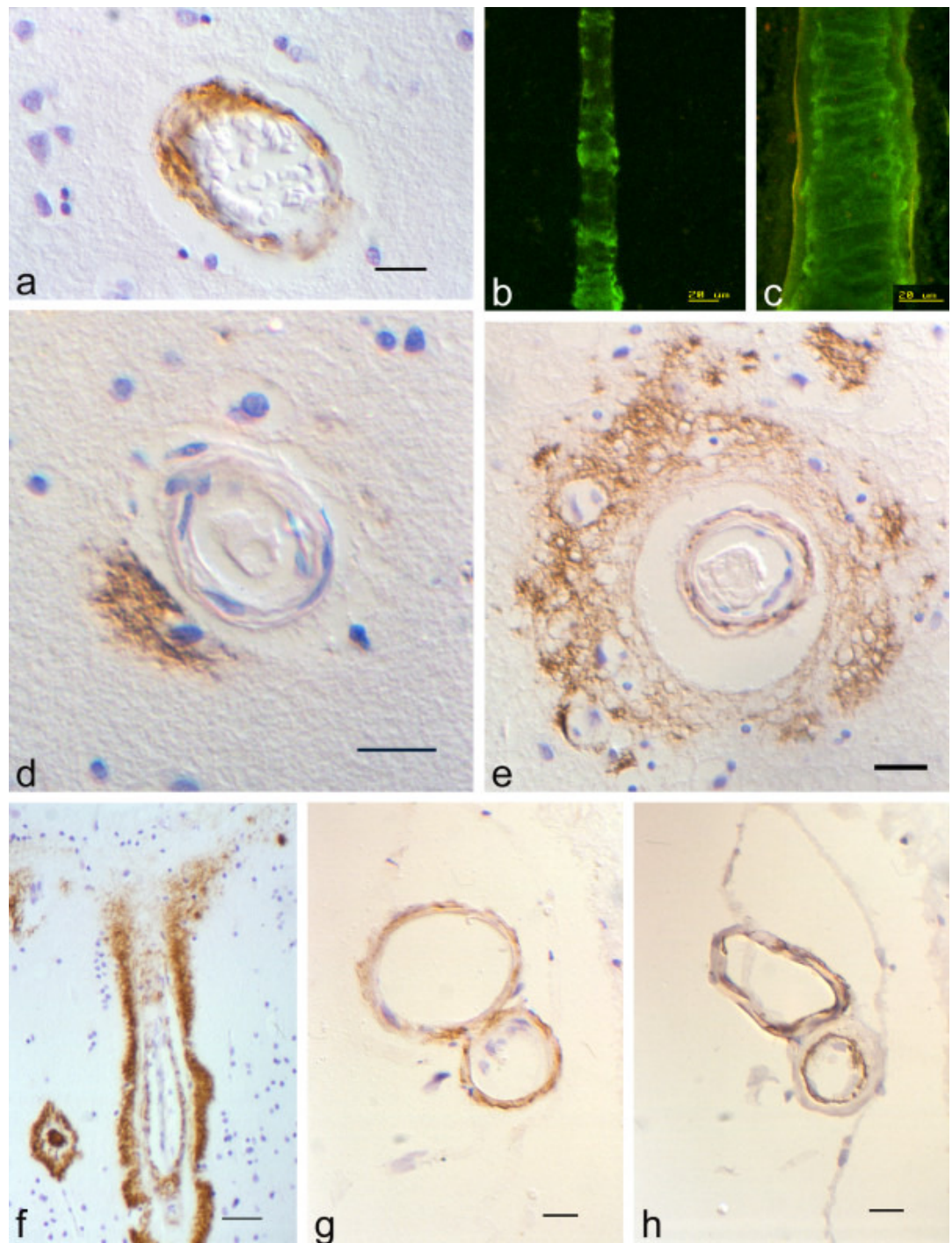
Asigne el código 277.39, Otra amiloidosis, seguida del código 437.9, Otra enfermedad cerebrovascular y mal definida, no especificada.



Lesiones de angiopatía amiloide cerebral^{NT}



TAC de angiopatía amiloide cerebral^{NT}



Imágenes de angiopatía amiloide cerebral mediante técnicas de inmunohistoquímica ^{NT}

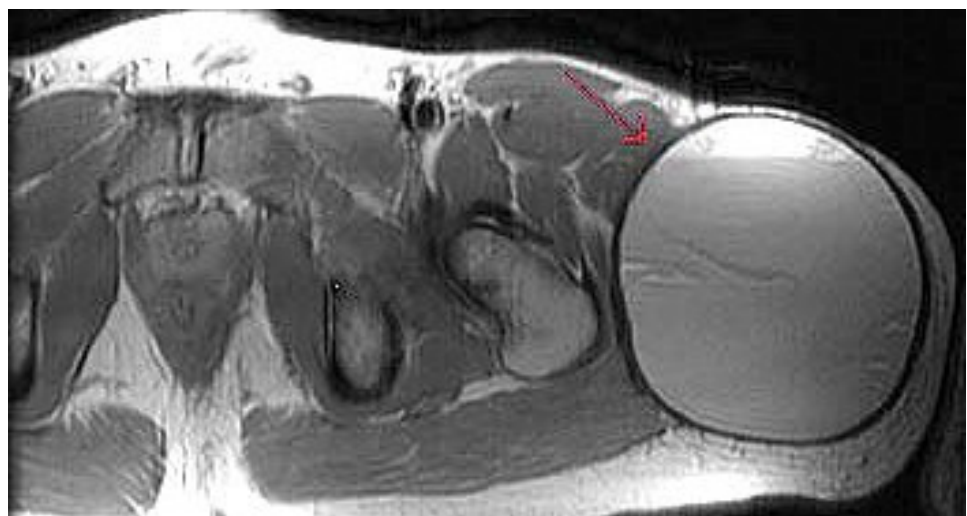
La angiopatía amiloide cerebral es denominada también angiopatía congofílica o amiloidosis cerebrovascular. La afección está caracterizada por depósitos de proteína amiloide en las paredes de los vasos pequeños del cerebro. Puede ser asintomática, pero puede dar lugar a accidente cerebrovascular, hemorragia cerebral y/o demencia. Puede afectar a pacientes de 45 a 65 años pero llega a ser más frecuente a medida que aumenta la edad. La forma más extendida es el tipo esporádico relacionado con la edad. Sin embargo en algunos casos puede ser hereditario como afección autosómica dominante.

Pregunta:

La paciente es una mujer de 68 años de edad que tuvo una historia de caída desde un caballo. Sufrió múltiples lesiones graves que fueron tratadas quirúrgicamente. A continuación la paciente desarrolló un hematoma en el muslo izquierdo. La región del muslo se infectó y desarrolló una celulitis con absceso. Se presentó en el servicio de urgencias aquejado de fiebre y aumento del dolor. Fue evaluado por el servicio de Traumatología y posteriormente ingresado para tratamiento de una lesión de Morel-Lavallée en el muslo izquierdo. Se realizó incisión y drenaje del tejido blando de dicha muslo. ¿Cuál es la asignación de código correcta para la lesión de Morel-Lavallée?

Respuesta:

Asigne el código 924.0, Contusión de miembros inferior y otros sitios especificados, Muslo, como diagnóstico principal. Asigne el código 682.6, Otra celulitis y absceso, Miembro inferior, excepto pie, como diagnóstico secundario. Asigne el código 83.09, Otra incisión de tejido blando, para el procedimiento realizado.



Lesión de Morel-Lavallée en el muslo y RNM de la misma ^{NT}

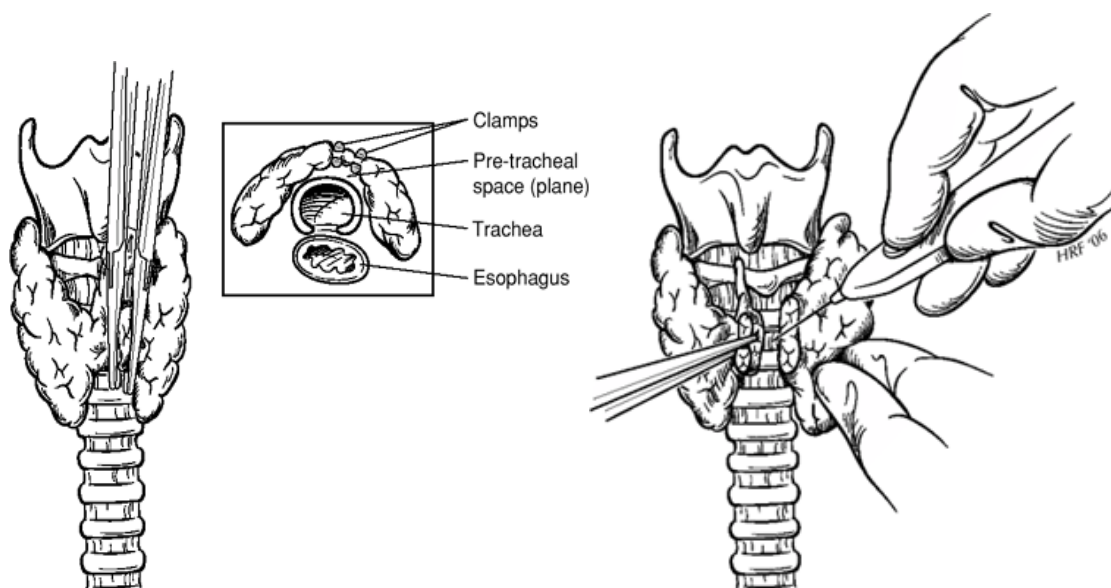
La lesión de Morel-Lavallée (o lesión cerrada con despegamiento interno) es una lesión del tejido blando asociada con traumatismo pélvico en la cual el tejido subcutáneo es despegado de la fascia subyacente, generando una cavidad rellena con hematoma y grasa licuada.

Pregunta:

¿Se considera la división del istmo tiroideo que se practica en una traqueostomía un procedimiento separado o forma parte de la misma?

Respuesta:

No asigne un código separado para la división del istmo tiroideo ya que es parte de la traqueostomía. Durante una traqueostomía rutinaria no urgente, el istmo se localiza y debe ser separado o dividido a fin de poder realizar la traqueostomía.



Sección del istmo tiroideo previa a la traqueostomía ^{NT}

Pregunta:

Un paciente fue ingresado con un gran absceso drenando en el área glútea derecha. Se practicó una incisión con expulsión inmediata de material purulento, realizándose cultivo y estudio de sensibilidad. ¿Cuál es el código adecuado de procedimiento?

Respuesta:

Asigne el código 86.04, otra incisión con drenaje de piel y tejido subcutáneo.

El Índice Alfabético de la ICD-9-CM le dirige como sigue:

Incisión (y drenaje)
absceso
glúteo 86.04

Pregunta:

Hemos notado discrepancias en la documentación de la edad gestacional en los neonatos. Los tocólogos documentan la edad gestacional en la historia de la madre y los pediatras documentan una diferente en la del niño. ¿Nos podría ayudar?

Respuesta:

Para el neonato asigne los códigos adecuados de la edad gestacional basados en la documentación del médico que lo atiende (pediatra). Distintos médicos (tocólogos y pediatras) pueden usar distintos criterios para determinar las semanas de gestación de la madre frente a la edad gestacional del niño.

Pregunta:

En la hoja de examen físico del neonato se indicó “nacimiento a término”. El número de semanas en el gráfico de la madre (que es puesta en el gráfico del niño) es 41 4/7. El gráfico de la madre se codifica con el diagnóstico de embarazo postérmino.

Es correcto asignar el código de diagnóstico 766.21, Niño postérmino, en la gráfica del niño.

Respuesta:

No. No sería correcto asignar el código 766.21 en la gráfica del niño sin documentación específica del médico del niño. Los códigos 766.21, Neonato postérmino, y 766.22, Neonato con embarazo prolongado, deben asignarse basados únicamente en la información documentada por el pediatra en la historia del niño.

Pregunta:

Se documenta “nacimiento a término” en el informe firmado por el médico responsable. Está documentado “nacimiento pretérmino” “nacimiento casi a término” en el examen físico del neonato, que también está firmado por el médico responsable. El número de semanas de la gráfica de la madre (que es puesta en la gráfica del neonato) es de 37 2/7.

¿Debería considerarse un nacimiento pretérmino o edad gestacional “normal”? La gráfica de la madre no está codificada como inicio precoz de parto.

Respuesta:

Puesto que parece que existe conflicto con la información en la historia del neonato, el codificador debe preguntar al médico para aclararlo.

Pregunta:

Se documenta “nacimiento a término” en el informe y en la hoja de examen físico del neonato. Sin embargo la edad gestacional del niño en su historia está documentada como 34 1/7 semanas. ¿Debe considerarse un nacimiento pretérmino basado en la edad gestacional?

Respuesta:

De acuerdo con el capítulo 15(4)(i) Prematuridad y retraso en el crecimiento fetal, de las Normas para neonatos (perinatal):

“Los médicos usan distintos criterios al determinar la prematuridad. No debe asignarse un código de prematuridad a no ser que esté documentado. La asignación de quinto dígito para los códigos de las categorías 765.0 y 765.1 deben basarse en el peso al nacer y la edad gestacional registradas”.

Si esta información no está claramente documentada en la historia, pregunte al médico para aclararlo.

Pregunta:

Un niño de dos años que nació con los pulmones subdesarrollados por nacimiento prematuro es visto por enfermedad respiratoria. Adicionalmente a la patología respiratoria, el médico registra: “ex prematuro de 26 semanas” en el juicio diagnóstico. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código adecuado para la enfermedad respiratoria como diagnóstico principal. Asigne el código 765.23, 25-26 semanas completas de gestación, como diagnóstico secundario para indicar que el niño nació a las 26 semanas. Los códigos del Capítulo 15 deben asignarse cuando el médico ha indicado que la prematuridad es una circunstancia influyente, incluso si el niño ya no es prematuro en el episodio actual.

Pregunta:

Un niño de cuatro meses de edad que nació a las 32 semanas de gestación acude a consulta para inyectarse Synagis®. El médico escribe: “ex prematuro de 32 semanas que viene para Synagis” en el juicio diagnóstico. ¿Cómo debe codificarse?

Respuesta:

Puesto que la medicación es la causa de la visita, asigne el código V04.82, Necesidad de vacunación e inoculación profiláctica contra ciertas enfermedades virales, Virus respiratorio sincitial (VRS), como diagnóstico principal. Synagis® es una mediación que se usa para proteger a niños con alto riesgo de virus respiratorio sincitial (VRS). El VRS en un niño prematuro puede llevar a una enfermedad respiratoria aguda.

Synagis es palivizumab, un anticuerpo monoclonal (IgG1) humanizado, dirigido a un determinante antigénico en el sitio A de la proteína de fusión del VSR. Ejerce una acción neutralizante e inhibitoria de la fusión frente al VSR. Estas actividades inhiben la replicación del virus y producen una reducción media del 99% en la replicación pulmonar del VSR. SYNAGIS reduce significativamente la cantidad del VSR en el tracto respiratorio ^{NT}

Asigne el código 765.26, 31-32 semanas completas de gestación como diagnóstico secundario, ya que el médico indica que fue una circunstancia influyente.

Pregunta:

Un niño de 6 meses es visto en la consulta del niño sano. El médico registra: “niño sano, ex prematuro”. ¿Cómo debe codificarse?

Respuesta:

Asigne el código V20.2, Examen rutinario de bebé o niño sano. Asigne el código 765.10, Otro niño pretérmino, peso no especificado, ya que el médico indica que la prematuridad fue una afección influyente aunque no haya listado las semanas de gestación.

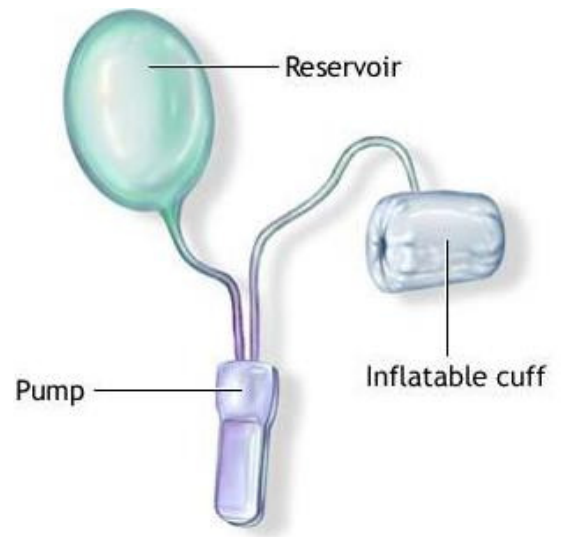
Pregunta:

El paciente tuvo una historia de cáncer de próstata, con estado de prostatectomía radical suprapúbica con inserción de esfínter urinario artificial. Ha estado bien; sin embargo, tras un cateterismo cardiaco reciente y la colocación de una sonda de Foley comenzó a notar incontinencia urinaria. La evaluación de este problema mostró que el manguito del esfínter urinario artificial estaba erosionado dentro de la uretra y causaba incontinencia urinaria. Por ello el paciente se sometió a la extracción del esfínter urinario artificial y a una uretroplastia. En el juicio diagnóstico final el médico documenta:” Traumatismo uretral, erosión uretral debida a esfínter urinario artificial desgastado”. ¿Cuál es la asignación de códigos adecuada de diagnóstico y procedimiento? ¿Podría asignarse el código 867.0, Lesión de la vejiga y uretra, para describir el traumatismo uretral causado por el manguito del esfínter urinario desgastado?

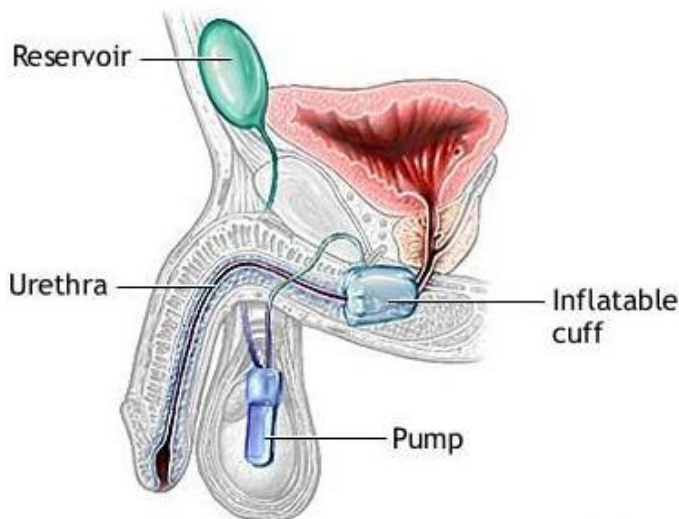
Respuesta:

Asigne el código 996.76, Otra complicación de dispositivo protésico, implante e injerto interno (biológico) (sintético), debido a dispositivo, implante e injerto genitourinario, como diagnóstico principal para la erosión uretral secundaria a esfínter urinario artificial desgastado. No es correcto asignar códigos de lesión traumática (categorías 800-959) para describir complicaciones resultantes de cuidados médicos o quirúrgicos. Asigne los códigos 599.84, Otros trastornos especificados de la uretra para la erosión uretral, 788.30, Incontinencia urinaria, no especificada, y V10.46, Historia personal de neoplasia maligna, próstata, como diagnósticos secundarios.

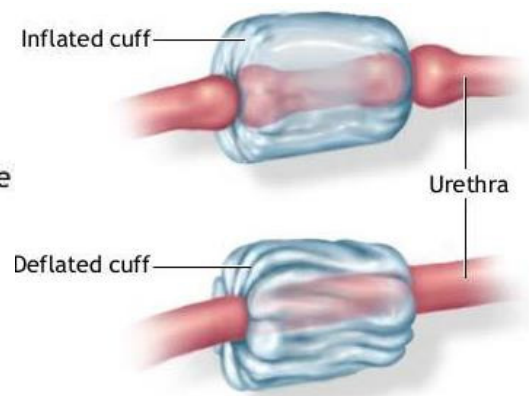
Asigne los códigos 58.49, Otra reparación de uretra, para la uretroplastia, y 58.99, Otra operación de uretra y tejido periuretral, otra, para la retirada del esfínter urinario artificial.



Componentes del esfínter urinario artificial ^{NT}



Esfínter colocado en la uretra ^{NT}

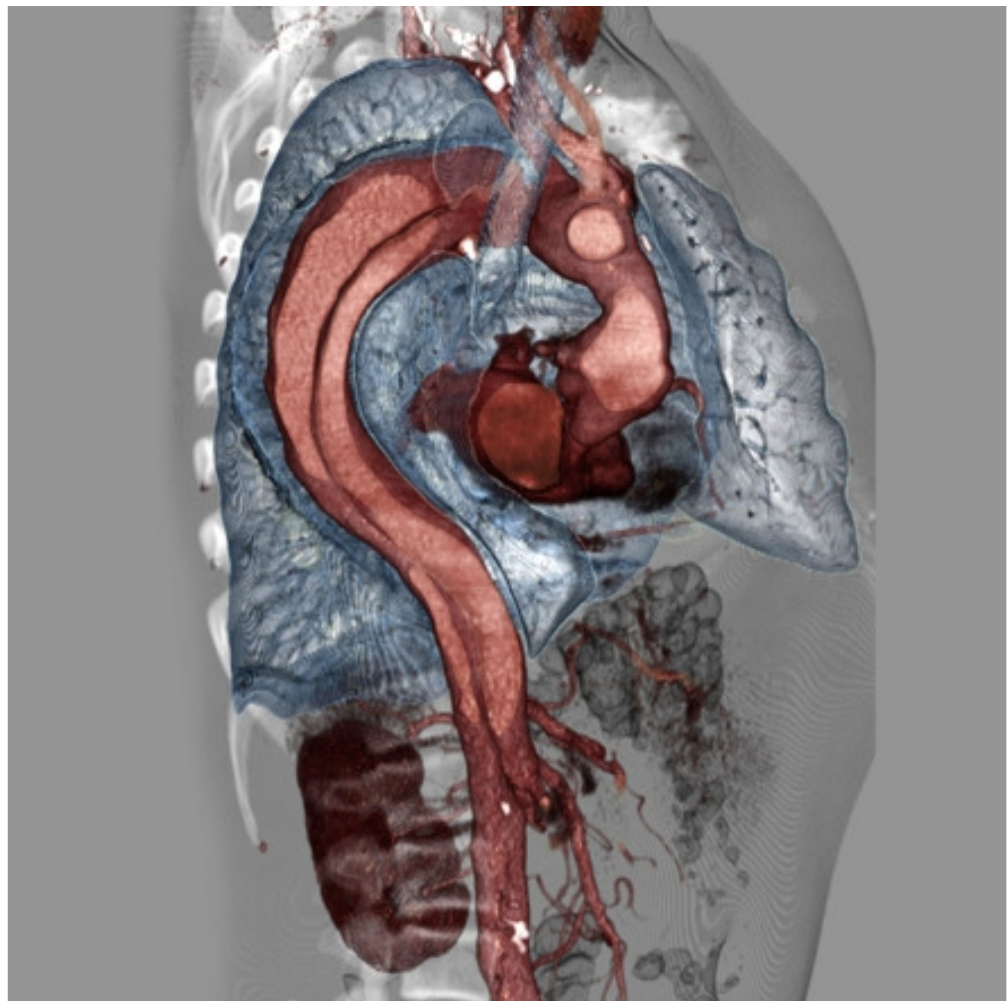
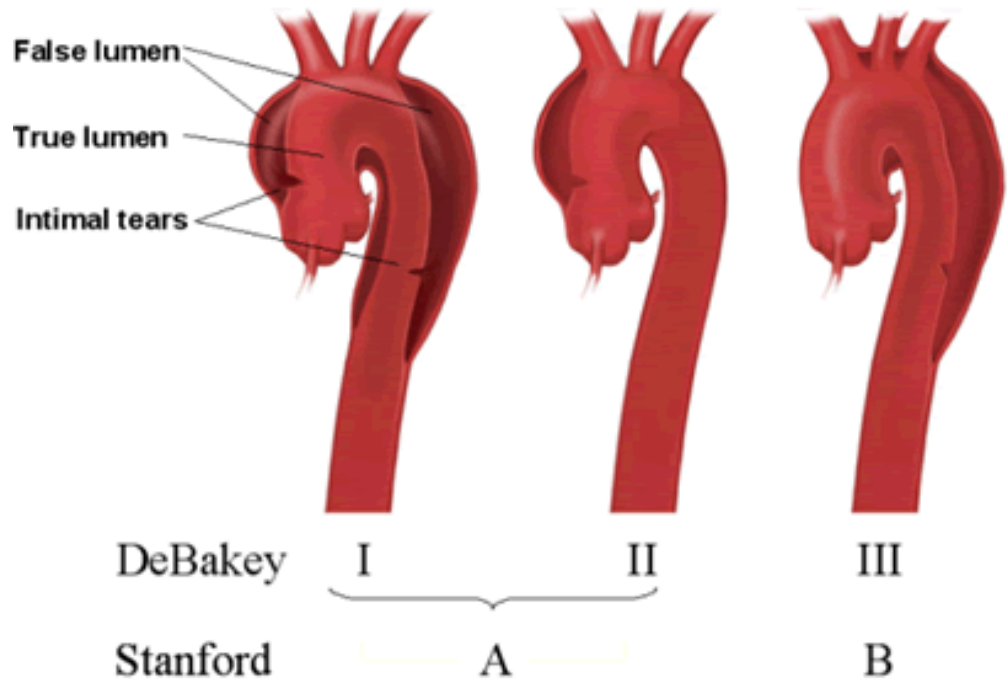


Manguito inflable ^{NT}

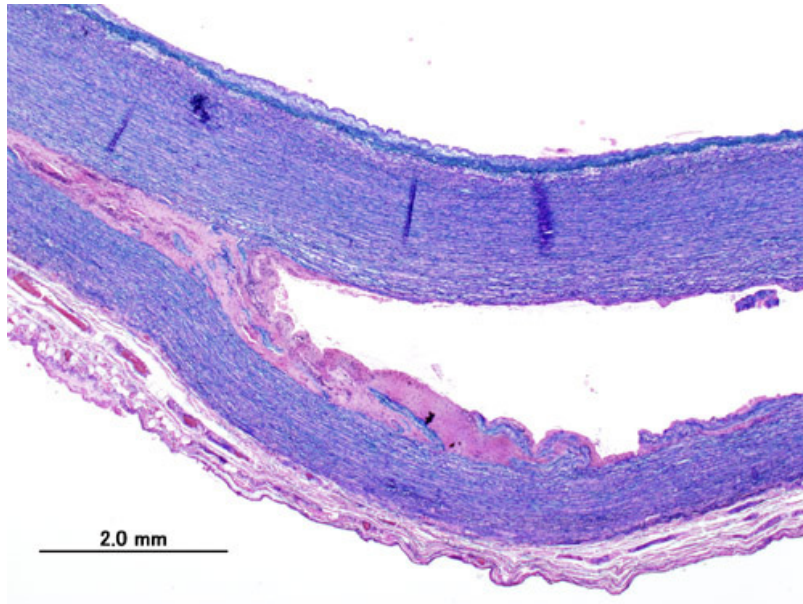
Pregunta:

La paciente es una mujer de 79 años de edad que es ingresada para evaluación de un dolor agudo de espalda de comienzo repentino. Se le hizo un TAC torácico que mostró un hematoma intramural tipo B. (El tipo B hace referencia a la clasificación de Stanford para la disección aórtica ^{NT}). El diagnóstico final del médico indica: “Hematoma intramural de aorta torácica tipo B, hipertensión crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica debida a tabaquismo crónico”. La paciente fue tratada agresivamente, tenía un control de presión y pulso excelente y fue dada de alta con planes para seguimiento mediante imagen. La ICD-9-CM no tiene un único código de clasificación para el hematoma intramural aórtico. ¿Sería correcto asignar el 441.01 para plasmar esta afección?

Anatomy and Classification of Aortic Dissection



Dissección aórtica tipo B de Stanford ^{NT}



Microfotografía de una disección aórtica ^{NT}

Para más información sobre el hematoma intramural aórtico diríjase a la página web: ^{NT}
<http://www.radiologyassistant.nl/en/441baa8530e86>

Respuesta:

Asigne el código 441.01, Disección de aorta, Torácica, como diagnóstico principal para el hematoma intramural agudo de aorta torácica tipo B. esta asignación puede encontrarse en el índice bajo:

Hematoma
aorta (disecante)
torácica 441.01

Deben asignarse como códigos secundarios 496, Obstrucción aérea crónica, no clasificada de otra manera, 401.9, Hipertensión esencial, no especificada, y 305.1, Trastorno por consumo de tabaco.

Pregunta:

La paciente es una mujer de 37 años de edad que es ingresada cinco semanas tras el parto para tratamiento de una exacerbación aguda de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica/asma. La paciente tuvo un embarazo y parto sin complicaciones. Tenía anemia e hipertensión y una historia de abuso de tabaco. Las normas de codificación de obstetricia dan a entender que cualquier afección que ocurre durante el embarazo, nacimiento y puerperio se considera una complicación a no ser que el médico documente que no lo es. Ya que la EPOC es una afección preexistente, ¿debería asignarse un código obstétrico del capítulo 11?. ¿Cómo debería codificarse este caso?

Respuesta:

Asigne el código 684.94, Otra afección actual clasificada en otro sitio, estado o complicación posparto, para identificar que la afección de la paciente ocurrió durante el periodo de posparto. El período de posparto comienza inmediatamente tras el parto y continúa hasta las 6 semanas tras el mismo. Cualquier afección que ocurra durante el embarazo, nacimiento o puerperio se considera una complicación a no ser que el médico documente específicamente que no lo es.

Asigne los códigos 483.22, Asma obstructiva crónica, con exacerbación (aguda), 648.24, Otra afección actual de la madre clasificada en otro lugar pero que complica el embarazo, parto o puerperio, Anemia, estado o complicación posparto, 285.9, Anemia no especificada, 642.94, Hipertensión no especificada que complica embarazo, parto o puerperio, estado o complicación posparto, y V15.82, Historia de uso de tabaco, como diagnósticos secundarios.

Pregunta:

Un paciente tuvo una exacerbación aguda de un fallo cardiaco congestivo sistólico crónico y regurgitación mitral con estenosis aórtica grave. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:

Asigne los códigos 428.23, Fallo cardiaco sistólico crónico agudizado, 428.0, Fallo cardiaco congestivo, no especificado, y 396.2, Insuficiencia de válvula mitral con estenosis de válvula aórtica. (Existe una errata en el código del texto original: donde pone 396.3 debe poner 396.2 ^{NT}). Tal como indica *Coding Clinic*, segundo trimestre de 2000, páginas 16-17, “No asuma que el fallo cardiaco congestivo es reumático por naturaleza”. A no ser que la ICD-9-CM dirija al codificador a asignar el código de “reumático” es incorrecto asignar un código de fallo cardiaco congestivo reumático.

Pregunta:

La paciente fue sometida a histerectomía vaginal, escisión de quiste de ovario derecho y reparación vaginal anterior y posterior. Una vez cerrada la incisión, se realizó una radiografía que reveló una compresa en el fondo de saco posterior. El manguito vaginal fue reabierto y se extrajo la compresa. ¿Debe informarse el código 998.4, Cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento?

Respuesta:

Sí. Informe el código 998.4, Cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento. Eso está basado en las directivas del National Quality Forum (NQF) que indican que la retención no intencionada de cuerpo extraño en un paciente tras la cirugía u otro procedimiento debe ser informada. La presencia de una retención no intencionada de objetos en cualquier punto tras la finalización de la cirugía debe informarse independientemente del contexto o de si el objeto ha sido extraído.

Diríjase a la página web del NQF para más información sobre “eventos graves declarables en los cuidados de salud”. Ver página 17 ^{NT}

Preguntas frecuentes sobre POA

Aclaración

Estadio II de la úlcera por presión que progresa a estadio III

Pregunta:

El *Coding Clinic* del cuarto trimestre de 2008, página 194 (página 204 de la versión traducida ^{NT}) indica que una úlcera por presión en estadio II que está presente al ingreso y progresa a estadio III durante la hospitalización debe informarse como “Sí” para el indicador Presente al Ingreso (POA). Sin embargo el indicador POA se informa para afecciones presentes en el momento del ingreso del paciente. Parece inconsistente informar un estadio III de úlcera por presión que se ha deteriorado gradualmente durante a estancia. ¿Podría *Coding Clinic* aclarar este tema para los codificadores y clínicos que confían en estos consejos?

Respuesta:

En cuanto a codificación e información del POA, una úlcera por presión solo se codifica e informa una vez en su estadio más elevado. La información publicada en *Coding Clinic* del cuarto trimestre de 2008, página 194, da instrucciones para informar una úlcera por presión de estadio II que progresa a estadio III por lo que el presente en el ingreso es correcto. La úlcera por presión estaba presente en el momento del ingreso. Por tanto el POA debe ser sí. Esta notificación es coherente con las medidas aprobadas por el National Quality Forum (NQF). El NQF estableció una serie estandarizada de eventos graves declarables también denominados “never events” (que podrían traducirse como eventos que no deben suceder jamás ^{NT}). La lista de eventos graves declarables excluye la progresión de la úlcera por presión de estadio II a III si el estadio II estaba confirmado en el ingreso.

La NQF es una organización creada para desarrollar e implementar una estrategia nacional para la medida y la información sobre calidad de cuidados de salud. Por favor diríjase a la página web de la NQF para más información sobre “eventos graves declarables en los cuidados de salud”

(La página web a la que dirige *Coding Clinic* no funciona. Entre el la siguiente página para acceder a más información ^{NT}):

http://www.qualityforum.org/Publications/2002/06/Serious_Reportable_Events_in_Healthcare.aspx

Aclaraciones

Anemia secundaria a quimioterapia

Pregunta:

El *Coding Clinic* del segundo trimestre de 2008, página 6 (páginas 3-4 de la versión traducida ^{NT}) indica: “Asigne el código 284.89, Otra anemia aplásica, para la anemia secundaria a quimioterapia”. Sin embargo el Índice alfabético de la ICD-9-CM no dirige al codificador a esta asignación. Por favor aclare esta indicación.

Respuesta:

El código 284.89 no debería asignarse sin una documentación específica que indique anemia aplásica. Desde el 1 de octubre de 2008 se han realizado las siguientes modificaciones del índice:

Anemia

Aplásica

debida a quimioterapia antineoplásica

284.89

Y

Anemia

debida a

medicamento – véase Anemia, por tipo (véase también la

Tabla de medicamentos y sustancias químicas)

Cuando decodifica la anemia debida a quimioterapia, asigne un código del tipo específico de anemia documentada con el código E adecuado. Si el tipo de anemia no está especificado, asigne el código 285.9, Anemia no especificada y el código E apropiado.

El código 284.89, otra anemia aplásica especificada, se asignó en la respuesta previa basada en los datos clínicos acerca de la anemia del paciente, el hecho de que la anemia debida a quimioterapia es a menudo de tipo aplásico, y la ausencia de una entrada específica en el índice tal como se indica arriba.

Corrección

Test de formación continuada de *Coding Clinic* 082

El test de formación continuada del cuarto trimestre de 2008 tiene una fecha incorrecta para el pago. La fecha correcta del pago es antes del 30 de marzo de 2009. (Para recibir el certificado de haber aprobado la formación continuada de *Coding Clinic* mediante un test, que se adjunta con el número correspondiente, es necesario hacer un ingreso de 20\$ a nombre de la American Hospital Association y enviar el test a la Central Office on ICD-9-CM ^{NT})

Noticia

Actualizaciones y revisiones de los códigos de Diagnósticos y Procedimientos de la ICD-9-CM

La siguiente revisión de la ICD-9-CM será el 1 de octubre de 2009. No habrá revisiones el 1 de abril de 2009. Diríjase a la página web de los Centers for Medicare and Medicaid Services para información adicional: http://www.cms.gov/ICD9ProviderDiagnosticCodes/04_addendum.asp

(Este vínculo sólo permite descargar los Procedimientos. Para descargar los Diagnósticos hay que entrar en la página web del Center for Disease Control and Prevention: http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd9cm_addenda_guidelines.htm^{NT})

El presente documento es una traducción de la publicación *Coding Clinic for ICD-9-CM*, editada por la AHA (American Hospital Association) y por tanto sujeta a copyright.

Así mismo las imágenes, esquemas y explicaciones que se incluyen para una mejor comprensión de los textos, que no vienen en la publicación original, y que son añadidos como “notas del traductor NT” pueden estar sujetos en algunos casos a derechos de autor.

La distribución se hace de manera totalmente gratuita y exclusivamente para uso particular y dirigida a personas concretas para su formación personal. Por tanto la copia de este documento para otros usos no personales no cumple la finalidad del traductor, por lo que éste no se hace responsable del destino que se pudiera realizar de estos contenidos.