
AHA

Coding Clinic™

for ICD-9-CM

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

Volumen 21
Número 2

Segundo Trimestre
2004

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 10 de agosto de 2004 (sólo en USA ^{NT})

En este número

Pregunte al editor
Aclaraciones
Noticia de corrección

Pregunte al Editor

Pregunta:

¿Cuál es la asignación de código diagnóstico para la talla grande en un niño?. El código 783.43, Falta de desarrollo fisiológico normal previsto, es usado para la estatura corta, pero la estatura grande no está listada en el Índice. ¿Cómo debe ser informada esta afección?

Respuesta:

Asigne el código 783.9, Otros síntomas referentes a la nutrición, metabolismo y desarrollo, para la estatura grande en un niño sin otra explicación (ej. trastorno endocrino) cuando el médico indica que la estatura grande es una variante anormal. Si, por el contrario, la afección causal es conocida, codifique la causa.

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, se hará una revisión del Índice alfabético de la ICD-9-CM de tal manera que la estatura grande será indexada específicamente en el código 783.9.

Pregunta:

El paciente es un señor de 77 años de edad, que fue ingresado para tratamiento de síndrome coronario agudo. El cateterismo cardíaco izquierdo mostró una enfermedad coronaria aterosclerótica que afectaba la descendente anterior izquierda y el ostium de la diagonal. El paciente se sometió con éxito a una angioplastia, inserción de endoprótesis de la descendente anterior e infusión de Integrilin. ¿Debería ponerse como diagnóstico principal el síndrome coronario agudo o la enfermedad arterial coronaria (CAD)? ¿Tendría que ser vista la CAD como la causa subyacente del síndrome coronario agudo?. A pesar de que la guía para la angina inestable con CAD ha sido publicada, este escenario en particular no ha sido abordado en *Coding Clinic*.

Respuesta:

Asigne el código 414.01, Aterosclerosis coronaria, de arteria coronaria nativa, como diagnóstico principal. El código 411.1, Síndrome coronario intermedio, debería ser asignado para el síndrome coronario agudo como diagnóstico adicional. La causa subyacente del síndrome coronario agudo es la CAD. El síndrome coronario agudo es una afección grave que incluye angina inestable, no se ha desarrollado en un infarto agudo de miocardio y requiere tratamiento inmediato. Asigne el código 36.01, Angioplastia coronaria transluminal percutánea [PTCA] de vaso único o aterectomía coronaria sin mención de agente trombolítico, el código 36.06, Inserción de endoprótesis vascular no liberadora de fármaco, el código 37.22, Cateterización cardíaca izquierda y el código 99.20, Inyección o infusión de inhibidor plaquetario, para los procedimientos realizados.

Pregunta:

A un paciente en estado postnefrectomía izquierda que presenta una historia de carcinoma de células renales se le identifica una masa retroperitoneal en el lecho renal izquierdo. El paciente es ingresado para resección quirúrgica. El médico documenta una reproducción del carcinoma de células renales y la patología confirma este diagnóstico. ¿Cómo se codifica este diagnóstico? ¿Debería ser asignado un código de carcinoma primario de riñón a pesar de que el mismo no está presente? ¿Podría ser considerado un carcinoma primario de retroperitoneo o una metástasis de retroperitoneo con historia de cáncer renal? El *Coding Clinic* no aclara este asunto.

Respuesta:

Pregunte al médico para una mayor información si es de hecho una recurrencia local o una metástasis. Si el médico afirma que el paciente tiene una reproducción del carcinoma de células renales, asigne el código 189.0, Neoplasia maligna de riñón excepto pelvis. Si, por el contrario, el médico confirma metástasis de carcinoma de células renales en el retroperitoneo, asigne el código 197.6, Neoplasia maligna secundaria de retroperitoneo y peritoneo. El código V10.52, Historia personal de neoplasia maligna, riñón, debe ser asignado como diagnóstico secundario.

Pregunta:

En el *Coding Clinic* del Segundo Trimestre de 2000, se advertía que el código 86.22, Desbridamiento escisional de herida, infección o quemadura, debe ser asignado cuando se realiza una resección o corte de tejidos desvitalizados, necrosis o escara por parte de una enfermera, fisioterapeuta, ayudante médico o médico. Sin embargo nos gustaría saber si un “desbridamiento cortante” realizado por un fisioterapeuta debe ser codificado como “desbridamiento escisional”. Cuando la documentación indica que el fisioterapeuta “desbrida tejido desvitalizado usando un instrumento cortante”, ¿cuál es el código apropiado a asignar?

Respuesta:

El uso de un instrumento cortante no siempre indica que se ha practicado un desbridamiento escisional. A pesar de que la documentación describe un desbridamiento cortante como un corte definitivo del tejido y no una retirada menor de fragmentos sueltos con tijeras o raspado de tejidos con un instrumento cortante, asigne el código 86.28, Desbridamiento no escisional de herida, infección o quemadura. Generalmente, el desbridamiento realizado por fisioterapeutas son no escisionales de por sí. En el desbridamiento escisional se usa un bisturí para retirar el tejido desvitalizado. Esto incluye cortar por fuera de los márgenes de la herida. El raspado de tejido no es considerado un desbridamiento escisional. El desbridamiento con Whirlpool es un ejemplo de desbridamiento mecánico no quirúrgico (el Whirlpool es un tipo de hidroterapia que usa una bañera especial para tratamiento de heridas y quemaduras ^{NT}). Este aviso es consecuente con el *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 1991.

Pregunta:

En el informe de alta el médico describe el desbridamiento de un paciente: “el paciente fue sometido a un desbridamiento digresivo por terapia física de su decúbito sacro con lavado pulsado y cambios de vendaje húmedo-seco...” ¿Debería este procedimiento ser codificado como un desbridamiento escisional o no escisional?

Respuesta:

Asigne el código 86.28, Desbridamiento no escisional de herida, infección o quemadura, para el procedimiento realizado. El desbridamiento digresivo con lavado pulsado es considerado un desbridamiento mecánico no quirúrgico. No implica cortar o escindir por fuera del tejido desvitalizado. En el lavado pulsado se libera una solución irrigadora (o irrigante) bajo presión con succión. El lavado pulsado es usado para desbridamiento de hueso y tejido en limpieza de heridas a fin de eliminar agentes infecciosos y restos. Este método de limpieza de heridas es conocido también como como “lavado mecánico”, “lavado pulsátil”, “irrigación mecánica” e “irrigación a alta presión”

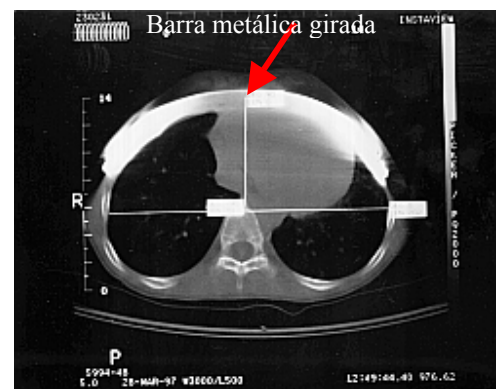
Pregunta:

Nuestro Centro está ahora realizando del procedimiento Nuss para pacientes con pectus excavatum. ¿Es esta nueva técnica coherente con el procedimiento 34.74, Reparación de la deformidad pectus?

Respuesta:

Sí, asigne el código 34.74, reparación de deformidad pectus, para el procedimiento de Nuss inicial. El código 34.79, Otra reparación de pared costal, debe ser asignado para cualquier revisión del procedimiento de Nuss.

El procedimiento de Nuss fue desarrollado como una técnica mínimamente invasiva para el tratamiento del pectus excavatum usando una barra de acero convexa colocada debajo de la deformidad de pectus y girada para corrige el defecto. La técnica es adecuada para pacientes con deformidad de pectus excavatum primaria. La técnica de Nuss no es apropiada para pectus excavatum recurrente tras un intento de reparación. El procedimiento de Nuss junto con la barra de pectus de Lorenz son usados para corregir la deformidad cóncava del tórax. Este procedimiento permite al cirujano rehacer y contornear el tórax aplicando una fuerza externa en el esternón.



Estado pre y postoperatorio de un pectus excavatum con la técnica de Nuss ^{NT}



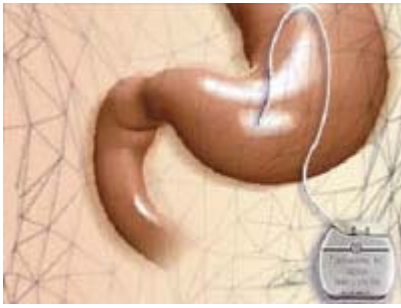
Técnica de Nuss para reparación del pectus excavatum ^{NT}

Pregunta:

Un paciente de 29 años de edad con historia de gastroparesia por diabetes tipo I severa es ingresado con náuseas persistentes y vómitos. En el año pasado el paciente ha perdido más de 60 libras (27.2 kilogramos ^{NT}) debido a la persistencia de los síntomas. El médico indicó implantar un marcapasos/estimulador gástrico para ayudar en el alivio del vómito severo asociado a gastroparesia. ¿Cuáles son los códigos apropiados de diagnóstico y procedimiento para este ingreso?

Respuesta:

Asigne el código 250.61, Diabetes con manifestación neurológica, tipo I [tipo insulino dependiente][DMID][tipo juvenil], no confirmada como incontrolada, como diagnóstico principal. El código 536.3, Gastroparesia, debe ser asignado como diagnóstico adicional. Asigne el código 04.92, Implantación o reemplazo de neuroestimulador periférico, para el marcapasos/estimulador gástrico.



Marcapasos / estimulador gástrico ^{NT}

Pregunta:

Un paciente de 30 años de edad con gastroparesia severa secundaria a diabetes mellitus tipo I fue ingresado y sometido a recolocación laparoscópica del marcapasos gástrico a causa de dolor crónico en el lugar del dispositivo de estimulación gástrica. Durante la intervención, el bolsillo de los electrodos de la unidad de marcapasos fue abierto, el marcapasos retirado y los electrodos desconectados. Se realizó una segunda incisión en el cuadrante inferoderecho y se creó un nuevo bolsillo para el marcapasos. La unidad de marcapasos fue luego vuelta a conectar a los electrodos, colocada en el nuevo bolsillo y probado. ¿Cuál es la asignación correcta de códigos para este ingreso?

Respuesta:

Asigne el código 996.79, Otra complicación de dispositivo protésico (biológico) (sintético), implante o injerto, debido a otro dispositivo protésico interno, implante o injerto, para el dolor crónico en el lugar del dispositivo. El código 250.61, Diabetes con manifestaciones neurológicas, tipo I [tipo insulín dependiente][DMID][tipo juvenil], no confirmada como incontrolada, y el código 536.3, Gastroparesia, deben ser asignados como diagnósticos adicionales. Asigne el código 86.09, Otra incisión de piel y tejido subcutáneo, para la creación del nuevo bolsillo y la recolocación del dispositivo de marcapasos gástrico.

El presente consejo para la gastroparesia diabética sustituye a la publicada previamente en el *Coding Clinic* de noviembre-diciembre de 1984, página 9, y Segundo Trimestre de 1993, página 6. Por favor anote que el 1 de octubre de 2004 nuevas notas de instrucción bajo la categoría 250.6 dirigirán al codificador para usar un código adicional en la gastroparálisis diabética (536.3) y gastroparesia diabética (536.3)

Pregunta:

¿Cómo debería ser codificada una revisión sin sustitución de un dispositivo marcapasos/estimulador gástrico?

Respuesta:

Asigne el código 86.09, Otra incisión de piel y tejido subcutáneo, para la revisión del estimulador gástrico sin sustitución.

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, la descripción bajo el código 96.09 será revisada para indicar que el código incluye: “Reapertura del bolsillo subcutáneo para revisión del dispositivo sin sustitución”

Pregunta:

Desde que el código 997.02, Infarto o hemorragia cerebrovascular iatrogénica, también incluye “ataque postoperatorio”, ¿es apropiado añadir un código adicional para identificar específicamente el tipo de daño neurológico producido (ej. infarto, hemorragia, ictus, accidente cerebrovascular)?

Respuesta:

El código 997.02, Infarto o hemorragia cerebrovascular iatrogénica, debe ser asignado para un ataque postoperatorio. Es adecuado usar un código adicional para identificar el tipo específico de ataque/accidente cerebrovascular. La regla general de codificación para complicaciones postoperatorias es que cuando el código de complicación no identifica específicamente la afección, debe asignarse un código adicional para explicarlo completamente.

Pregunta:

¿Cuál es la asignación correcta de código para la inserción de un dispositivo de osteogénesis de distracción interna para el tratamiento de la micrognatia?

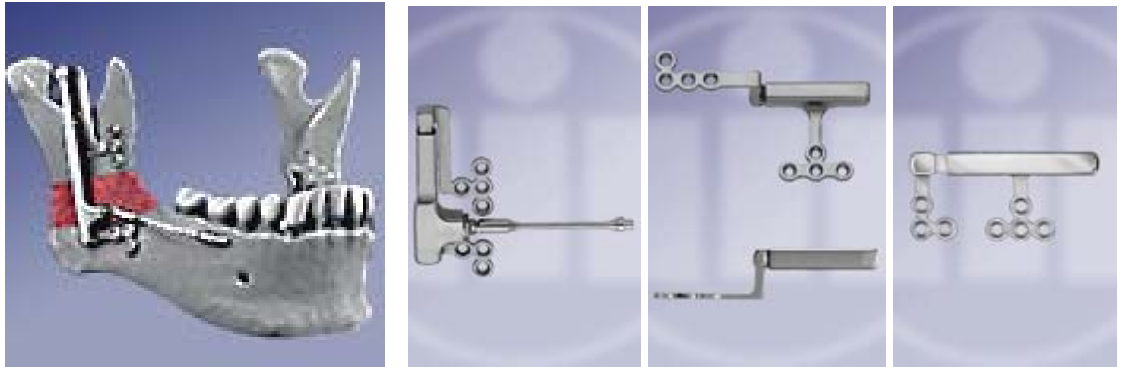
Respuesta:

Asigne el código 76.64, Otra cirugía ortognática de mandíbula, para la inserción de un dispositivo de osteogénesis interno.

La osteogénesis de distracción ha sido usada desde hace una década por cirujanos ortopédicos para reparar defectos de huesos largos pero ahora está ganando aceptación en la corrección de deformidades craneofaciales diversas. Un dispositivo de distracción es un mecanismo que proporciona un movimiento de incremento gradual entre los segmentos del hueso alejando uno de otro para promover el crecimiento y la expansión del tejido blando y hueso nuevo generado. Empleando tensión en el hueso, el cuerpo responde formando hueso compacto. La técnica ayuda a remodelar estructuras craneales y faciales y es usada para avanzar la mandíbula y prevenir la necesidad de traqueostomía en niños con microgenia o micrognatia. Una vez que se hace la osteotomía, el dispositivo interno se implanta subcutáneamente. Una pequeña anilla la prolonga dentro de la boca o tras la oreja



Radiografías 3D de micrognatia ^{NT}



Sistemas de osteogénesis de distracción mandibular internos ^{NT}

Pregunta:

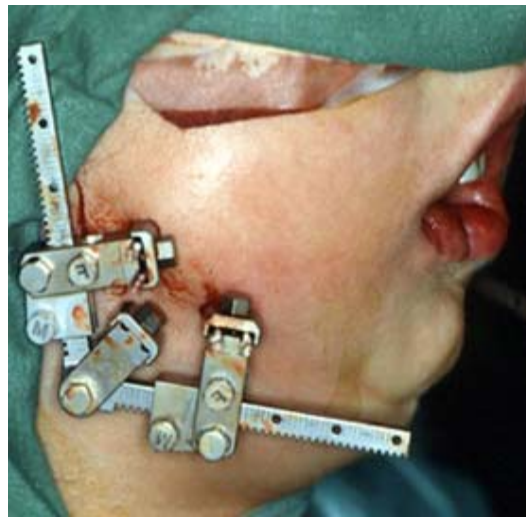
¿Cuál es la asignación correcta de código para la inserción de un dispositivo de osteogénesis de distracción externa?

Respuesta:

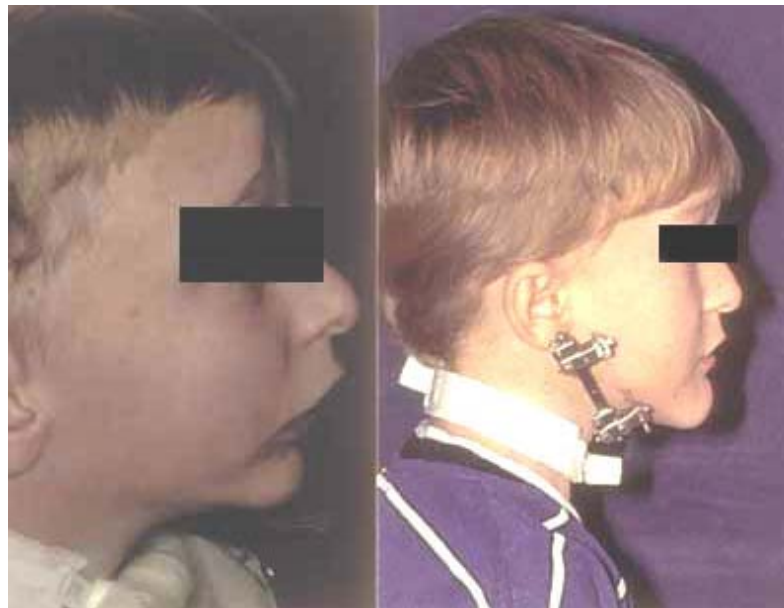
Asigne el código 76.64, Otra cirugía ortognática de mandíbula, para la inserción de un dispositivo de osteogénesis externo. En la distracción externa el mecanismo de distracción está situado fuera de la piel y fijado a los segmentos del hueso por clavos o agujas. Una desventaja del dispositivo externo es que es visible y puede dejar cicatrices en el lugar de la fijación. Se deben realizar ajustes en la tensión del dispositivo con un pequeño instrumento una o dos veces al día. Como el hueso se extiende lenta y gradualmente, el dispositivo puede alargar sobre un milímetro al día. El tiempo total de distracción depende de la gravedad de la deformidad y de los resultados deseados.



Dispositivos de osteogénesis de distracción externos ^{NT}



Pre, per y postoperatorio de corrección de micrognatia con dispositivo externo ^{NT}



Pre y postoperatorio de cirugía de micrognatia con dispositivo externo ^{NT}

Pregunta:

Una paciente de 20 años de edad con historia de acné grave es vista en nuestro servicio. Había comenzado con tratamiento con Accutane (Accutane® es un preparado a base de isotretinoína ^{NT}) desde hace un mes y se presenta para monitorización del medicamento para asegurar que el mismo no le ha perjudicado. ¿Qué código es el apropiado en un episodio de toma de sangre para monitorizar los efectos adversos potenciales de una medicación?. Hemos consultado el *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 2002, para mirar la monitorización de medicamentos y el nivel de los mismos en el paciente, pero no estamos seguros que fuera lo mismo que el cribaje/monitorización de efectos adversos.

Respuesta:

Asigne el código V58.83, Contacto para monitorización de medicamento, para un episodio de monitorización de efectos adversos potenciales de una medicación. El uso del código V58.83 indica que a la persona que está con un medicamento por largo tiempo l está siendo evaluado el nivel de efectividad del mismo. El código V58.69, Uso de medicación de larga duración (actual), debe asignarse para indicar el uso prolongado de Accutane.

El término *monitorización de medicamento* es aplicable a cualquier prueba que mida el nivel de medicamento en el cuerpo. Puede significar que se ha usado una prueba para medir el nivel de medicamento en sangre, o puede ser que se haya hecho una prueba de sangre para medición de una función específica a fin de valorar la efectividad de un medicamento. Puede significar también la monitorización de los efectos adversos potenciales de un medicamento. Igualmente puede ser una prueba diferente a una sanguínea para medir una función específica a fin de valorar la efectividad de un medicamento. Esto es consistente con la norma publicada previamente en el *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 2002, páginas 15-16 (página 10 de la versión traducida ^{NT}).

Pregunta:

Los médicos de nuestro servicio de infecciones pediátricas documentan que los pacientes son tanto HIV positivo como infectados por HIV. Los médicos prefieren no usar la terminología “SIDA”. Ellos clasifican estos pacientes de acuerdo con la clasificación del CDC (Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta ^{NT}) para las infecciones por HIV en niños. Por ejemplo, un paciente de 12 años de edad fue documentado como “infectado por HIV C-2” sin información adicional acerca de enfermedades relacionadas con HIV pasadas o presentes. De acuerdo con la guía del CDC, “C-2” describe este paciente como sintomático grave. ¿Cómo debe ser codificado este episodio?

Respuesta:

Asigne el código 042, Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], para este episodio. La guía del CDC para la categoría C-2, sintomático grave, incluye una infección grave relacionada con VIH ocurrida dentro de un período de dos años. De acuerdo con las Normas de Codificación para las infecciones por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) “Los pacientes con cualquier diagnóstico anterior conocido de enfermedad relacionada con VIH debe ser codificado en el 042. Una vez que el paciente desarrolla una enfermedad relacionada con VIH debe asignarse el código 042 en cada episodio/contacto posterior. A los pacientes previamente diagnosticados con cualquier enfermedad por VIH (042) nunca se les debe asignar los códigos 795.61 o V08”. Esta información fue previamente publicada en el *Coding Clinic*, Cuatro Trimestre de 2002, páginas 130-134 (página 102-103 de la versión traducida ^{NT}).

Pregunta:

¿Cuál es el código de la ICD-9-CM para la enfermedad del sobresalto en el recién nacido?

Respuesta:

Asigne el código 759.89, Otra anomalía especificada, otra, para la enfermedad del sobresalto. Asigne el código 333.99, Otras enfermedades extrapiramidales y trastornos anormales de movimientos y no especificadas, como diagnóstico adicional. Asigne igualmente los códigos apropiados para cualquier manifestación que pueda estar presente.

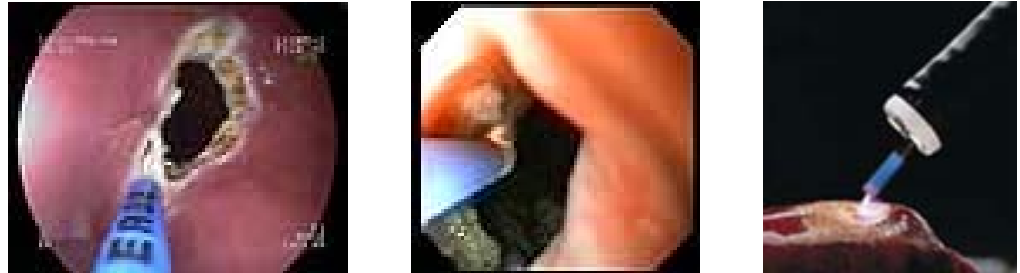
La enfermedad del sobresalto, también conocida como hiperesplexia, enfermedad de Kok o enfermedad del sobresalto familiar es un trastorno congénito no epiléptico caracterizado por una reacción de sobresalto exagerado y persistente a un estímulo táctil o acústico. La enfermedad es hereditaria de modo autosómico dominante. La medicación como el clonazepam puede ser beneficiosa. La flexión forzada de la cabeza del niño hacia el tronco es un tratamiento efectivo.

Pregunta:

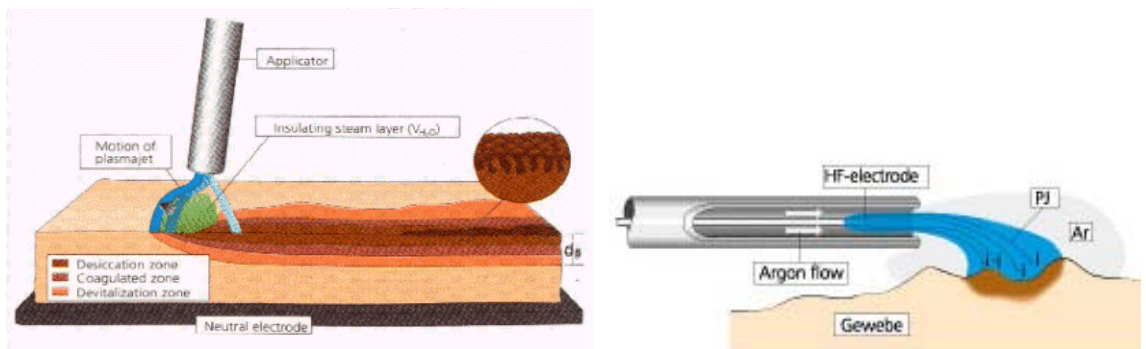
Un paciente de 75 años de edad con anemia progresiva ha sido sometido previamente a gastroscopia y se ha identificado un sangrado difuso en estómago y duodeno. El médico determinó que no era susceptible de terapia con BICAP (el BICAP o Bipolar Circumactive Probe es un tipo de electrocoagulación bipolar endoscópica ^{NT}). El paciente se presenta actualmente para repetir su gastroscopia con coagulación con plasma de argón para eliminar toda lesión sangrante visible con un método de no-contacto. ¿Cuál es el código correcto de procedimiento para la gastroscopia con coagulación de plasma de argón (APC)?

Respuesta:

Asigne el código 44.43, Control endoscópico de sangrado gástrico o duodenal, para el procedimiento realizado. La coagulación por plasma de argón (APC) es un nuevo método de electrocoagulación que permite realizar la destrucción de tejido o hemostasia sin contacto con energía eléctrica. La APC usa corriente eléctrica de alta frecuencia liberada mediante gas argón ionizado. Esta técnica puede ser usada durante la endoscopia o colonoscopia para lograr el control de la hemorragia.



Imágenes de resecciones endoscópicas con coagulación de plasma de argón^{NT}



Sistema de coagulación de plasma de argón^{NT}

Pregunta:

Nuestro Comité Médico ejecutivo define “urosepsis” como “sepsis (documentada o presumida) secundaria a una infección del tracto urinario”. ¿Pueden nuestros codificadores por tanto codificar “sepsis” a pesar de que el médico escriba “urosepsis”? Estamos intentando limitar el número de preguntas a los médicos.

Respuesta:

No. No puede tener la definición de “urosepsis” de su Comité Médico ejecutivo como sustituto de la documentación del médico. Como se ha constatado en el *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 2000, página 24, las guías de los centros no deben estar en conflicto con las *Normas Oficiales de la ICD-9-CM para Codificación e Información* desarrollada por las Partes Cooperantes* y, adicionalmente, no deben reemplazar la documentación del médico necesaria para basar la asignación de los códigos. La Guía oficial para Codificación e Información, Sección 1, Enfermedades infecciosas y parasitarias, indica que “El termino urosepsis es un término no específico. Si este es el único término documentado, sólo puede ser asignado el código 599.0 basado en la carencia de término en el Índice de la ICD-9-CM, adicionando el código del organismo causante si se conoce”.

Pregunta:

¿Puede aclarar los parámetros aceptables de las normas de codificación de servicios específicos? Estamos desorientados ya que el *Coding Clinic for ICD-9-CM*, Primer Trimestre de 2000, página 24, parece excluir a los servicios para desarrollar normas internas que interpreten hallazgos anormales sin preguntar a los médicos de su significación clínica. Hemos visto un texto de codificación que parece contradecir esta interpretación. El libro dice “si el plan de cuidados del departamento de endocrinología define ‘dos glucemias consecutivas por encima de 600 mg/dl’ como incontroladas, entonces el codificador puede asignar el código. Esta es una norma muy común del servicio. Otra norma común del servicio a llama la pérdida de sangre postoperatoria anemia e hiopotasemia”.

Respuesta:

El *Coding Clinic for ICD-9-CM*, Primer Trimestre de 2000, página 24 dice que las normas de servicios no pueden estar en conflicto con la *Normas Oficiales de la ICD-9-CM para Codificación e Información* desarrollada por las Partes Cooperantes* y, adicionalmente, no deben reemplazar la documentación del médico necesaria para basar la asignación de los códigos. El ejemplo proporcionado sobre la interpretación de glucemias como incontroladas entra en contradicción con las *Normas Oficiales*. La norma III (B) dice “los hallazgos anormales (laboratorio, rayos X, patología y otros resultados diagnósticos) no serán codificados e informados a no ser que el médico indique su significancia. Si los hallazgos están fuera del rango normal y el médico ha ordenado otras pruebas para evaluar la afección o prescribir tratamiento, es adecuado preguntar al mismo si el diagnóstico debe ser añadido”. Unas normas de servicio internas no deben interpretar hallazgos anormales en lugar de la documentación o la pregunta al médico. Las normas pueden proporcionar ayuda determinando cuándo es adecuado preguntar al médico, pero no interpretar resultados anormales de pruebas.

* Las Partes Cooperantes son la American Hospital Association (AHA), la American Health Information Management Association (AHIMA), los Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), antes denominada Health Care Financing Administration (HCFA), y el National Center for Health Statistics (NCHS)^{NT}

Pregunta:

Una mujer de 66 años de edad en estado e reemplazo total de cadera secundaria a osteoartritis localizada experimentó problemas con la deambulaci3n y la manera de andar tras la cirug3a de cadera. La paciente fue dada de alta con cuidados domiciliarios dos veces en semana. Durante la visita la paciente recibió cuidados de la herida y terapia f3sica para entrenamiento en la deambulaci3n y fortalecimiento para incrementar la capacidad de andar. ¿C3mo debe ser codificado este episodio de cuidado domiciliario?

Respuesta:

Asigne el c3digo V54.81, Cuidados posteriores a reemplazo de articulaci3n, como diagn3stico principal para la visita de cuidados domiciliarios. Los c3digos V43.64, Organo o tejido sustituido por otro medio, Cadera, V57.1, Cuidado que implica uso de rehabilitaci3n, Otra terapia f3sica, 715.35, Osteoartrosis, localizada, no especificada si primaria o secundaria, regi3n p3lvica y muslo, y 781.2, Anormalidad de la deambulaci3n, deben ser a3adidos como diagn3sticos secundarios.

El c3digo 781.2 es apropiado como diagn3stico adicional ya que describe los s3ntomas actuales. El c3digo 719.7, Dificultad en la deambulaci3n, no ser3a adecuado ya que el c3digo en esta categor3a describe afecciones en las articulaciones. Este problema no representa un trastorno de la articulaci3n.

Aclaraciones

Sepsis debida a catéter vascular

Pregunta:

El Coding Clinic, Segundo Trimestre de 1994, página 13, aconseja asignar el código 996.62, Infección y reacción inflamatoria debida a otro dispositivo, implante o injerto vascular, para la septicemia debida a dispositivo de acceso vascular. ¿Se debe aplicar también cuando el paciente ingresa con sepsis debida a catéter vascular? ¿El diagnóstico principal es la sepsis o la infección del catéter vascular?

Respuesta:

Cuando un paciente tiene sepsis por un catéter vascular, el código 996.62, Infección y reacción inflamatoria por otro catéter vascular, sería el diagnóstico principal, seguido del código adecuado de sepsis, generalmente un código de la categoría 038 y un código de la subcategoría 995.9. Si no hay implicación de disfunción orgánica, entonces codifique el 995.91, Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica debido a un proceso infeccioso sin disfunción orgánica seguido del código de sepsis. Si la infección ha avanzado a una sepsis grave, se asignará como código adicional el SIRS (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica) con disfunción orgánica, con códigos adicionales para identificar el tipo específico de disfunción orgánica.

Si el término *septicemia* es usado para describir la infección, se deberá preguntar al médico si tiene sepsis. Si la infección está documentada como septicemia debida a catéter vascular, el código 996.62 debería ser diagnóstico principal seguida del código 038.9. No debería asignarse ningún código de la subcategoría 995.9 con un diagnóstico de septicemia. Si se documenta un SIRS, el paciente entonces tiene de hecho una sepsis y debe asignarse un código de la subcategoría 995.9.

Diabetes mellitus insulino dependiente (DMID)

Pregunta:

Necesitamos una aclaración referente a la forma apropiada de codificar un diagnóstico definido sólo como “diabetes mellitus insulino dependiente”. El médico no indica si el paciente es diabético de tipo I o tipo II. Algunos de nuestros codificadores creen que debe asignarse el quinto dígito “1” Diabetes mellitus, tipo I [tipo insulino dependiente] [DMID] [tipo juvenil], no especificada como incontrolada, ya que la DMID es un modificador no esencial del quinto dígito en la Lista Tabular de Enfermedades. ¿Cómo debería ser codificado un diagnóstico de DMID cuando el tipo no está documentado?

Respuesta:

El uso de quinto dígito 0 ó 1 con un diagnóstico de diabetes mellitus está determinado por la descripción de la diabetes del paciente (tipo I o tipo II) que hace el médico. No puede estar basado únicamente en el uso de insulina, ya que el tratamiento a menudo incluye dosis de insulina para el tratamiento del tipo II, pacientes no insulino dependiente (NIDDM) que tienen problemas de controlar los valores de glucemia. Adicionalmente, la insulina es a menudo prescrita para la diabetes tipo II cuando una infección u otra enfermedad interfiere temporalmente con el control de la misma, mientras que una verdadera dependencia de insulina requiere insulina para evitar una situación que amenace la vida e implica una verdadera dependencia más que un simple control temporal. El tratamiento no es un factor determinante.

Deben ser preguntados los médicos para aclarar si el paciente es de tipo I o tipo II si en la documentación no está claro. La administración de insulina no tiene efecto en la asignación del código. Sólo el tipo de diabetes (I o II) afecta la asignación del código. Asigne el quinto dígito “0” si el tipo no está especificado en el diagnóstico y no hay más información disponible sobre el tipo. Esta recomendación es consecuente con la publicada en *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 1977, página 14.

Noticia de Corrección

Pregunta:

El *Coding Clinic*, tercer trimestre de 2003, página 12 (pág 8 de la versión traducida ^{NT}) indica asignar el código 995.89, Otros efectos adversos especificados, no clasificados en otra parte, Otro, para un paciente que experimenta retención urinaria secundaria a anestesia espinal. Esta recomendación contradice las Normas Oficiales para la Codificación e Información de los efectos adversos que indica “Cuando un medicamento está correctamente prescrito y administrado apropiadamente, los códigos E930-E949 deben ser usados para identificar la sustancia causante de efectos adversos a medicamentos, sustancias medicamentosa o biológicas correctamente administradas. Los efectos tales como taquicardia, delirio, hemorragia gastrointestinal, vómito, hipopotasemia, hepatitis, fallo renal o fallo respiratorio, son codificados y seguidos del código adecuado del E930-E949”. Basado en esta norma, los códigos 788.20, Retención de orina, no especificada, y E938.7, Anestésico espinal, deben asignarse en lugar del 995.89, Otros efectos adversos especificados, no clasificados en otro lugar, Otro. Pedimos la reconsideración de la nota de codificación publicada en el Tercer Trimestre de 2003.

Respuesta:

Sí, está Vd. en lo cierto. La asignación de código apropiada es el 788.20, Retención de orina, no especificada, y el E938.7, Anestésico espinal, para la retención urinaria secundaria a anestesia espinal, no el 995.89.