
AHA

Coding Clinic™

for ICD-9-CM

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

Volumen 21
Número 3

Tercer Trimestre
2004

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 30 de septiembre de 2004 (sólo en USA ^{NT})

En este número

Pregunte al editor
Aclaraciones
Noticia

Pregunte al Editor

Pregunta:

Un hombre de 51 años de edad con historia de fibrosis pulmonar avanzada fue ingresado con empeoramiento de su falta de aliento y taquicardia. El paciente comenzó con esteroides y se puso en ventilación a presión positiva no invasiva (NIPPV). El servicio de neumología afirma que es una forma de ventilación mecánica. ¿Es adecuado asignar un código de la categoría 96.7, Otra ventilación mecánica continua, para la ventilación a presión positiva no invasiva?

Respuesta:

Asigne el código 93.90, Presión positiva continua de la vía aérea [CPAP], para la ventilación a presión positiva no invasiva. No asigne un código de la categoría 96.7, Otra ventilación mecánica continua. La NIPPV no está clasificada como ventilación mecánica ya que el paciente no es ventilado mecánicamente vía traqueostomía o intubación endotraqueal (ET).

La ventilación a presión positiva no invasiva es otra forma de ventilación de presión positiva proporcionada vía nasal o por máscara facial. Con la NIPPV no hay necesidad de intubación y/o sedación.

La NIPPV puede implicar el uso de un ventilador y puede ir hacia CPAP. Un tipo de NIPPV puede denominarse “soporte a presión”, aunque el término también puede ser usado para describir una forma vía ET. Ya que algunos de los términos pueden ser ambiguos, se requiere un cuidadoso repaso de la documentación para determinar el código apropiado. Todas las formas no invasivas de ventilación (que no requieren intubación endotraqueal) están asignadas al 93.9x. La categoría 96.7, Otra ventilación mecánica continua, está dirigida a modos invasivos de ventilación.

Pregunta:

Nuestros cirujanos piensan que la anemia debida a pérdida de sangre “esperada” forma parte del procedimiento. Cuando preguntamos al médico acerca de los pacientes cuyos valores de laboratorio caen significativamente tras cirugía a niveles sugestivos de anemia, los médicos rechazan documentar anemia debida a pérdida de sangre incluso cuando se vigila y transfunde el paciente. Dicen que el paciente pierde una cantidad de sangre esperada. He leído el *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 1992, páginas 15-16, y su discusión sobre las normas de la anemia postoperatoria, pero este número no nos da una información definitiva que dar a los médicos ya que afirma claramente “La anemia por pérdida de sangre debida a una pérdida esperada puede ser documentada e informada cuando el paciente reúne los criterios clínicos de anemia y el diagnóstico cumple con las normas del UHDDS (Uniform Hospital Discharge Data Set, parecido a nuestro CMBD ^{NT}) para informar otros diagnósticos”.

Respuesta:

Los codificadores no deberían usar la transfusión de sangre o los hallazgos anormales de laboratorio como variables definitivas a la hora de determinar si codificar o no la anemia por pérdida de sangre sin la documentación del médico. Si en el juicio clínico del médico la cirugía da como resultado la pérdida de una cantidad esperada de sangre y el médico no describe que el paciente tenga una anemia o una complicación de la cirugía, no asigne un código para la pérdida de sangre.

Esta nota es coherente con la información previamente publicada en el *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 1992, páginas 15-16, y Tercer Trimestre de 2000, página 6.

Pregunta:

¿Es adecuado asignar el código 765.2x, Semanas de gestación, para todos los recién nacidos para indicar la edad gestacional?

Respuesta:

No. El código 765.2x, Semanas de gestación, debe ser usado solamente con la categoría 764 y los códigos 765.0x y 765.1x para informar el número de semanas de gestación de niños pretérmino, niños con prematuridad extrema y/o niños con crecimiento fetal retardado y malnutrición.

Pregunta:

Un paciente fue admitido en el servicio de urgencias aquejado de náuseas y vómito de comienzo repentino debido a estenosis gástrica en el lugar del grapado gástrico realizado diez años antes. La estenosis ha sido dilatada dos veces en el pasado. Se hizo una endoscopia y la luz del lugar del grapado se encontraba muy estrechada, por lo que se realizó una dilatación del dicho lugar. Se colocó un catéter con balón en el lugar del grapado y se infló a un diámetro de 15 mm dos veces por minuto. Al final del procedimiento se notó que había una mejoría en el diámetro de la constricción. ¿Cuál es la asignación de códigos para esta cirugía?

Respuesta:

Asigne el código 44.99, Otras operaciones de estómago, Otra, para la dilatación con balón en la estenosis gástrica. El código 45.13, Otra endoscopia de intestino delgado, debe asignarse para la endoscopia, ya que se realizó un procedimiento diagnóstico antes de que se realizara la cateterización con balón. La endoscopia no debe ser codificada separadamente cuando es un abordaje quirúrgico.

Pregunta:

Un hombre de 89 años de edad se presenta en el hospital con piernas hinchadas, celulitis, úlceras drenantes y escaras. El paciente tuvo un traumatismo previo que dio lugar a celulitis que requirió de hospitalización. El dermatólogo diagnosticó dermatitis por éxtasis, avanzando a elefantiasis nostra (el término “nostra” lo diferencia de la elefantiasis producida por filaria o filariasis ^{NT}), úlcera de éstasis y celulitis.

El Índice alfabético envía al código 454.2, Venas varicosas de extremidades inferiores. Sin embargo el *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 1991, página 20, dice: “Si no existen venas varicosas o antecedentes de trombosis venosa profunda, debe asignarse el código 459.81, Insuficiencia venosa periférica, inespecífica. Una norma básica de codificación es que debe hacerse una mayor investigación si el título del código sugerido por el índice no identifica claramente la afección de una manera correcta. En este caso, a pesar de que el índice le dé un código que incluye venas varicosas, el código no puede ser usado cuando las varices no están presentes”. ¿Es válido todavía este consejo y cuál sería el diagnóstico principal en este caso?

Respuesta:

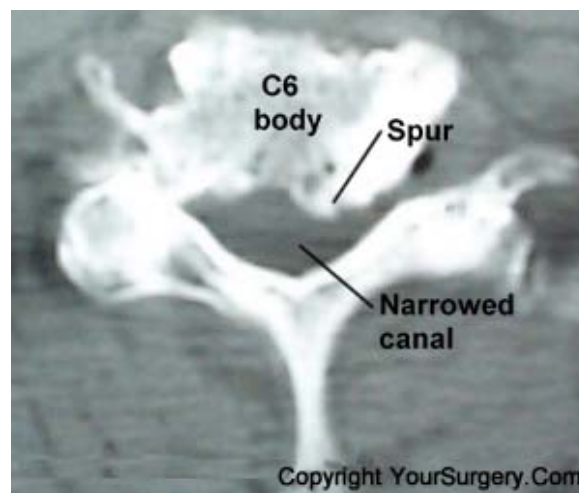
El consejo del *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 1991, es todavía válido. Asigne el código 682.6, Otra celulitis y absceso, pierna, excepto pie, como diagnóstico principal. Los códigos 459.81, Otro trastorno especificado del sistema circulatorio, Insuficiencia venosa (periférica), inespecífica, 707.10, Úlcera de miembro inferior, inespecífico, para las úlceras, y 457.1, Otro linfedema, para la elefantiasis nostra, deben asignarse como diagnósticos adicionales.

Pregunta:

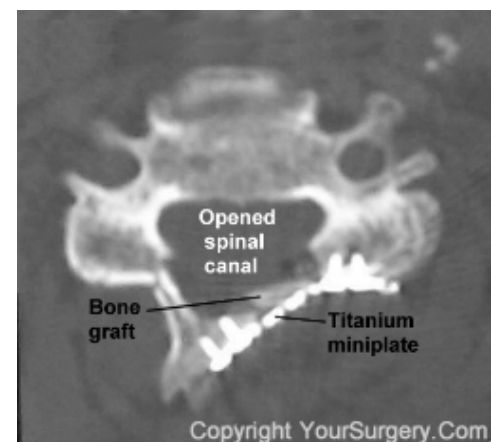
El *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 2002, página 15 (página 10 de la versión traducida ^{NT}) indica asignar el código 03.09, Otra exploración y descompresión del canal espinal para la laminoplastia expansiva cervical, cuando la lámina es escindida a nivel del pedículo, aliviando la presión sin escisión de tejido. Los cirujanos de nuestro servicio realizan una laminoplastia cervical abierta. En este tipo de procedimiento abierto la apófisis espinosa y las articulaciones son retiradas. Se abre la lámina y se fija usando placas y tornillos para descomprimir el canal espinal. Los recursos utilizados para este tipo de laminoplastia son significativos e implica más que sólo una descompresión. Normalmente se implican varios niveles vertebrales y la cirugía necesita la misma experiencia que una fusión espinal. ¿Cuál es el código correcto para la laminoplastia cervical abierta?

Respuesta:

Asigne el código 03.09, Otra exploración y descompresión de canal espinal, y el código 78.59, Fijación interna de hueso con reducción de fractura, otra, para la laminoplastia cervical abierta.



Imágenes radiológicas de compresión medular ^{NT}



Imágenes radiológicas de laminoplastia cervical ^{NT}



Esquemas de laminoplastia cervical^{NT}

Pregunta:

Un hombre de 89 años de edad con historia de fallo cardíaco congestivo y fibrilación auricular en tratamiento con Coumadin (Warfarina sódica^{NT}) es ingresado para tratamiento de epistaxis grave. El médico fue preguntado acerca de la etiología del sangrado y documentó: “Epistaxis secundaria a terapia con Coumadin”. ¿Sería apropiado un código de la categoría 286?. Si no ¿cómo debería ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código 784.7, Epistaxis, como diagnóstico principal con el código E934.2, Fármacos, medicamentos y sustancias biológicas que causan efectos adversos en su uso terapéutico, Agentes que afectan principalmente a los compuestos sanguíneos, Anticoagulantes, para identificar la causa externa del sangrado nasal. Los códigos 427.31, Fibrilación auricular, 428.0, Fallo cardíaco congestivo, inespecífico, y el código V58.61, Uso (actual) durante largo tiempo de anticoagulantes deben ser asignados como diagnósticos adicionales.

Un efecto colateral asociado a la terapia anticoagulante es un incremento del riesgo de sangrado. El déficit de coagulación (tiempo de protrombina prolongado) es también una consecuencia esperada de la terapia anticoagulante. Debe anotarse que los códigos de la serie 286 no deben usarse para identificar pacientes en terapia anticoagulante. Por tanto el código 286.5, Trastorno hemorrágico por anticoagulante circulante, es una asignación inapropiada en pacientes con terapia de Coumadin. Esta información coincide con la previamente publicada en Coding Clinic, Tercer Trimestre de 1992, página 15 y quinto número de 1993, página 16.

Pregunta:

Un paciente anciano es ingresado en el hospital con confusión y el diagnóstico final fue demencia secundaria a toxicidad por litio. El Índice Alfabético clasifica la demencia debida a medicamento en el código 292.82, Demencia inducida por drogas. ¿Deberíamos de codificar un síntoma en lugar del código E de efecto adverso?

Estaríamos en el mismo escenario que el paciente que experimenta alucinaciones secundarias a reacción a drogas. Esto es clasificado en el código 292.12, Alucinaciones inducidas por drogas.

Respuesta:

Para ambos escenarios asigne los códigos apropiados de la categoría 292, Psicosis por drogas, como diagnóstico principal. Asigne el código E apropiado para identificar la droga específica como diagnóstico adicional. Ya que la medicación fue prescrita y administrada correctamente, esto debe ser codificado como un efecto adverso.

Pregunta:

Una mujer de 52 años de edad fue ingresada con un cólico renal derecho. El paciente tiene estado postlitotricia del riñón derecho con colocación de endoprótesis por nefrolitiasis. ¿Debería ser codificado el cólico renal como complicación del tracto urinario?

Respuesta:

Asigne el código 788.0, Cólico renal, como diagnóstico principal. Ya que la documentación del médico no indica si hubo relación causa-efecto entre el cólico renal y la cirugía, o que la afección fuera una complicación de la litotricia o de la colocación de la endoprótesis, sería inapropiado informar el cólico como una complicación quirúrgica.

Pregunta:

Buscamos ayuda para codificar la biopsia transbronquial. Necesitamos resolver discrepancias de opiniones entre un par de codificadores. El paciente se sometió a una broncoscopia fibroóptica, cepillado y biopsia. El informe del patólogo describe ambos tejidos tanto de bronquio como de pulmón. ¿Cómo debe ser codificado: 33.24 y 33.27, ó 33.24 solamente?

Respuesta:

Asigne el código 33.24, Biopsia [endoscópica] cerrada de bronquio, para la biopsia de bronquio, y el código 33.27, Biopsia endoscópica de pulmón, para la biopsia pulmonar, ya que se realizaron biopsias tanto de bronquio como de pulmón. Esta nota es coincidente con la publicada previamente en Coding Clinic, Tercer Trimestre de 1991, página 15.

Pregunta:

¿Cuál es el procedimiento adecuado para el grapado vertebral? En este ejemplo, el paciente tiene una escoliosis idiopática progresiva del adolescente desde la T6 a la T11, la cual ha progresado a 41 grados a pesar del corsé. Se colocaron dos grapas de tal manera que cruzaban el espacio intervertebral entre las caras de los cuerpos vertebrales T8 y T9 en la parte lateral. La T9 y T10 y la T10 y T11 se fijaron del mismo modo. Se colocaron grapas en el espacio intervertebral T6-T7 y en la posición anterolateral de T7-T8. Las radiografías intraoperatorias verificaron que todas las grapas estaban en la línea media en la vista lateral y ligeramente anteriores girando el disco intervertebral en cada espacio y llegando a las caras intervertebrales.

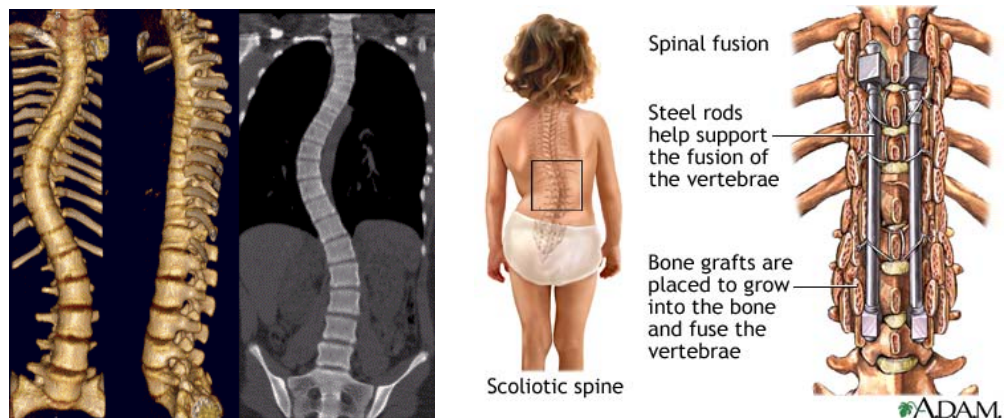
Respuesta:

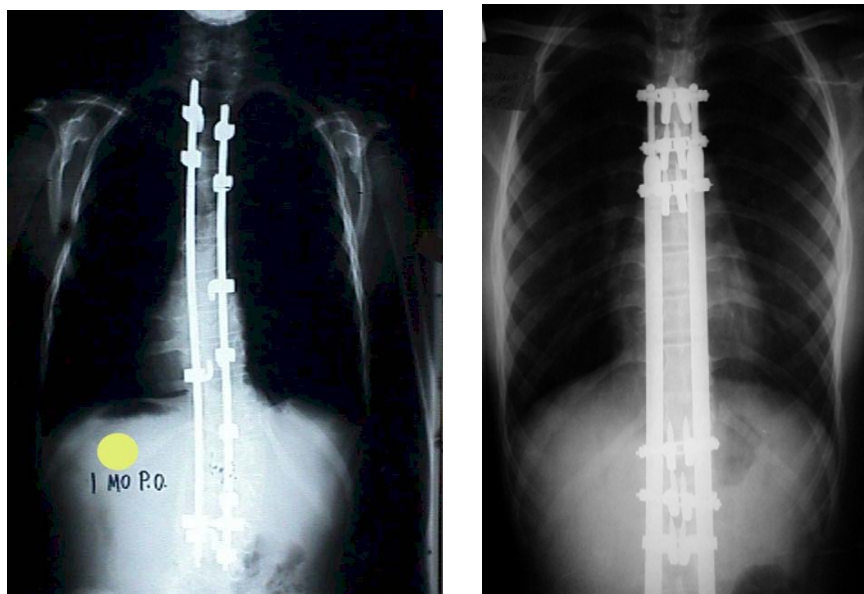
Asigne el código 78.49, Otra reparación u operación plástica de hueso, Otra, para el procedimiento realizado.

El grapado vertebral puede ser realizado por vía toracoscópica o por toracotomía y las grapas son permanentes. El grapado vertebral es una estabilización por fusión que puede ser usada para corregir la escoliosis progresiva de menos de 50 grados en niños que están aún creciendo. El procedimiento es usado para detener la progresión de la curva estabilizando la convexidad (externa) de los cartílagos de crecimiento mientras la concavidad (interna) de los mismos se deja crecer. Cuando la convexidad de los cartílagos de crecimiento se para, puede haber una mejora en la deformidad espinal y un cese de la progresión de la curvatura .



Imágenes radiológicas de escoliosis ^{NT}





Imágenes radiológicas tras técnica de “grapado” en escoliosis ^{NT}

Pregunta:

Un paciente con regurgitación mitral severa y función sistólica ventricular izquierda reducida fue ingresado para reparación percutánea de la válvula mitral. ¿Cuál es el código de procedimiento para esta cirugía?

Respuesta:

Asigne el código 35.96, Valvuloplastia percutánea, para el procedimiento realizado. Este código puede ser encontrado en el Índice de Procedimientos de la siguiente forma:

Valvuloplastia
Percutánea (balón) 35.96

Pregunta:

¿Podría ponerse un código de cateterización cardiaca como procedimiento adicional cuando se realiza una reparación percutánea de válvula mitral?

Respuesta:

Si la cateterización cardiaca fue realizada para una evaluación específica (más allá del abordaje) durante el procedimiento, sería apropiado poner el 37.21, Cateterización cardiaca derecha, 37.22, Cateterización cardiaca izquierda, ó 37.23, Cateterización cardiaca combinada derecha e izquierda, como código adicional. Si la Cateterización es de abordaje al procedimiento, no lo codifique separadamente.

Aclaraciones

Ventilación Mecánica Postoperatoria

Pregunta:

Cuando un paciente experimenta una descompensación respiratoria durante la cirugía y no es desconectado del ventilador hasta 36 horas después, ¿debe codificarse 96.71, Ventilación mecánica continua de menos de 96 horas consecutivas?. El *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 1992, afirma “No asigne un código de ventilación mecánica durante la cirugía a no ser que siga por un período extenso (varios días) de ventilación tras la cirugía”. Buscamos una aclaración del “período extenso y/o varios días”.

Respuesta:

Las horas de ventilación mecánica deben contarse a partir del momento de la intubación. La nota publicada en *Coding Clinic* acerca de la ventilación mecánica durante la cirugía dice que el código no debe asignarse para la ventilación mecánica si se considera una parte normal de la cirugía. La nota viene a decir que el código debe asignarse si la cirugía es seguida de un período extenso (varios días) de ventilación tras la cirugía. En este caso, el término “extenso” ha sido mejor definido como varios días. El término “varios” se define como más de dos. Por tanto, a no ser que el médico tenga documentado más claramente un período extenso inesperado de ventilación mecánica (varios días), no asigne un código de ventilación mecánica

Ventilación Mecánica Postoperatoria

Pregunta:

El *Coding Clinic*, segundo Trimestre de 2004, página 15 (página 14 de la versión traducida ^{NT}) indica asignar el código 715.35, Osteoartrosis, localizada, no especificada si primaria o secundaria, región pélvica y muslo, como diagnóstico adicional. El código 715.35 no debe asignarse para la osteoartritis de la articulación de la cadera que fue sustituida ya que el paciente no tiene osteoartritis en esta articulación después de la sustitución de cadera. Si el paciente tiene osteoartritis de otras articulaciones, por ejemplo la otra cadera, entonces es adecuado asignar un código de la categoría 715.

Noticia

Revisiones de códigos de ICD-9-CM dos veces al año

La sección 503(a) de la Ley Pública 108-173 incluye un requerimiento para revisar los códigos de la ICD-9-CM dos veces al año en lugar del procedimiento actual de revisiones el 1 de octubre de cada año. Este requerimiento está incluido como parte del Acta de prescripción de medicamentos, mejoramiento y modernización del Medicare de 2003. Este requerimiento está relacionado con el reconocimiento de nuevas tecnologías en el sistema de pago prospectivo de pacientes ingresados (IPPS). La legislación cubre todos los códigos de la ICD-9-CM, tanto diagnósticos como procedimientos.

Basados en los comentarios recibidos, los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han decidido que cualquier petición para la implementación en abril de nuevos códigos de la ICD-9-CM deben tener un sólido argumento ante el Comité de Mantenimiento y Coordinación de la ICD-9-CM por el que se necesite un nuevo código en abril con el propósito de introducir procedimientos de nuevas tecnologías.

Los nuevos requerimientos no incluyen ajustes en la clasificación de DRG para los nuevos códigos del 1 de abril. Los nuevos códigos de procedimientos serán asignados en el mismo DRG que su código predecesor. La programación de DRG y otros sistemas necesitarán actualizarse para reconocer y aceptar los nuevos códigos.

Los lectores deberían comunicar esta información a los suministradores de sistemas de información y a los pagadores (empresas o personas a las que se facturan los servicios sanitarios NT) para actualizar los cambios y preguntar sobre sus planes para asegurar la buena disposición con la fecha en que se hacen efectivos dichos cambios.

Métodos de difusión:

Revisión del 1 de abril: los códigos nuevos estarán disponibles en las páginas web del CMS y el NCHS (véase las URL más abajo) y a través del *Coding Clinic for ICD-9-CM*. CMS y NCHS procurarán tener las revisiones del 1 de abril disponibles 5 meses antes de la implementación (ej. a principios de noviembre del año previo).

Revisión del 1 de octubre: los códigos nuevos estarán disponibles en las páginas web del CMS y el NCHS (véase las URL más abajo) y a través del *Coding Clinic for ICD-9-CM*. Adicionalmente, los nuevos códigos de la revisión del 1 de octubre continuarán publicándose dentro de las reglas del IPPS (Sistema prospectivo de pago de pacientes ingresados^{NT}) propuestas (mayo) y finales (agosto).

Enlaces importantes:

- <http://www.cms.hhs.gov/paymentsystems/icd9> para información sobre códigos nuevos, revisados y borrados
- <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/icd9code.asp> para aprendizaje de codificación
- <http://www.cdc.gov/nchs/icd9.htm> para información de versiones de la ICD9CM

Para más información de estos cambios, por favor remítase a las reglas finales del IPPS publicadas en el Registro federal, volumen 154, 11 de agosto de 2004, páginas 48953-48957.