AHA
Coding Clinic ™

for **ICD-9-CM**

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

Volumen 20 **Tercer Trimestre**
Número 3 **2003**

Las informaciones y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 1 de noviembre de 2003 (sólo en USA [NT])

En este número

Cirugía gástrica para obesidad mórbida
Admisión para cuidado postoperatorio
Pregunte al Editor
Aclaraciones
Noticia de corrección

Cirugía gástrica para la Obesidad Mórbida

Las ilustraciones mostradas abajo fueron copiadas con permiso de la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica (en la versión traducida han sido copiadas "sin permiso" de la página de Internet de dicha sociedad, espero que no les importe [NT]).

Hay varios tipos de procedimientos gástricos restrictivos y malabsortivos realizados para perder peso, cuando otros métodos han fallado en pacientes obesos severos. Las operaciones malabsortivas son las más frecuentes y restringen tanto la entrada de comida como el aporte de calorías y nutrientes que absorbe el cuerpo. Ejemplos de procedimientos malabsortivos son:

- El procedimiento de derivación gástrica en Y de Roux se lleva a cabo creando una pequeña bolsa gástrica para restringir la ingesta de comida. A continuación, una sección de intestino delgado en forma de Y se anastomosa a la bolsa para permitir entrar comida de la derivación al estómago inferior, el duodeno (el primer segmento de intestino delgado), y la primera porción de yeyuno (la segunda porción de intestino delgado). Este tipo de derivación reduce el aporte de calorías y nutrientes que absorbe el cuerpo. El pequeño bolso sirve como estómago y sólo tiene capacidad para 2-6 onzas (57 a 170g [NT]) cada vez. Inicialmente, los pacientes experimentan una rápida pérdida de peso, estabilizándose en 8-24 meses en un 20-40% por encima del peso ideal. (Figura 8 [NT])

- La desviación biliopancreática (BPD) requiere una escisión de parte del estómago para crear un pequeño bolso. La comida se vacía desde el bolso pasando la válvula pilórica, que regula el vaciamiento del estómago, hacia el duodeno y los últimos segmentos del intestino delgado. A diferencia de la cirugía en Y de Roux, la válvula pilórica permanece como parte del curso digestivo por lo que se elimina el síndrome de evacuación rápida. El síndrome de evacuación rápida ocurre cuando la válvula pilórica y el duodeno están desviados y la comida vacía directamente en el intestino delgado. Los pacientes pueden experimentar síntomas tales como náuseas y vómito, diarrea y retortijones abdominales como resultado del mismo. (Figura 4 **NT**)

- Otro tipo de desviación biliopancreática (BDP) es el procedimiento de "interruptor duodenal". Como con la BDP original, esta operación incluye una resección gástrica pero sólo se extirpa la curvadura mayor, dejando un manguito de estómago con el píloro y el comienzo del duodeno como final. El duodeno es dividido de tal manera que el drenaje biliar y pancreático es derivado. El segmento distal es anastomosado al principio del duodeno, mientras se crea un segmento común de la misma manera que en la BPD. (Figura 5 **NT**)

Las operaciones restrictivas restringen el aporte de comida, pero no interfiere con el proceso digestivo normal. Las operaciones restrictivas para la obesidad incluyen la banda gástrica ajustable (AGB) y gastroplastia vertical con banda (VBG).

- En la banda gástrica ajustable, una banda hueca hecha de un material especial se coloca alrededor del estómago cerca de su extremo superior, creando un pequeño bolso y un paso estrecho hacia la parte más grande del estómago restante. La banda es luego inflada con solución salina. Puede ser apretada o aflojada una y otra vez para cambiar el tamaño del paso incrementando o disminuyendo el aporte de solución salina. (Figura 16 **NT**)

- La gastroplastia vertical con banda (VBG) es la operación restrictiva más frecuente para control de peso. Se usan a la vez una banda y una sutura mecánica para crear un pequeño bolso gástrico. (Figura 13 **NT**)

Aunque las operaciones restrictivas conducen a una pérdida de peso en la mayor parte de los pacientes, son menos satisfactorias que las operaciones malabsortivas en cuanto a conseguir pérdida de peso a largo plazo. Alrededor del 30 por ciento de paciente sometidos a VGB consiguen y mantienen peso normal. Aproximadamente el 80 por ciento consiguen algún grado de pérdida de peso, mientras los otros son incapaces de modificar sus hábitos alimentarios y fallan en la pérdida del peso deseado

Figure 1
Jejuno-colic
Bypass

Figure 2
Jujuno-ileal
Bypass (JIB)
End-to-Side (Payne)

Figure 3
Jejuno-ileal
Bypass (JIB)
End-to-End (Scott)

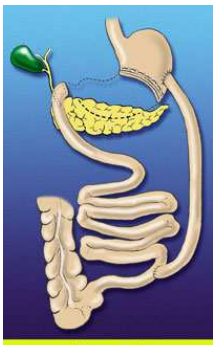

Figure 4
Biliopancreatic
Diversion (BPD)
(Scopinaro)

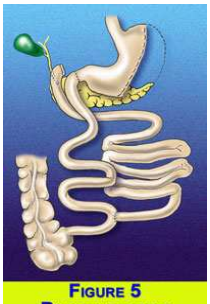

Figure 5
Biliopancreatic
Diversion (BPD) with
Duodenal Switch
(Hess/Marceau)

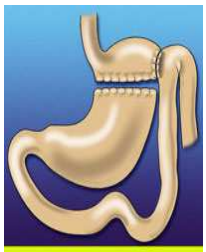

Figure 6
Gastric Bypass with
Loop Gastojejunostomy

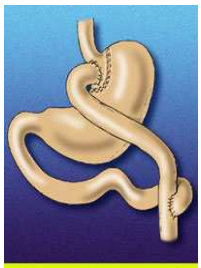

Figure 7
Gastric Bypass with
Lesser Curve
Pouch and Roux-en-Y

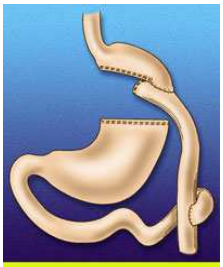

Figure 8
Transected Roux-en-Y
Gastric Bypass

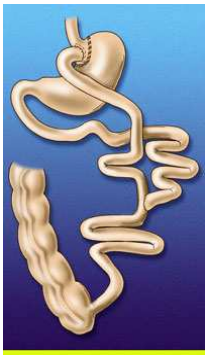

Figure 9
Long Limb
Gastric Bypass

Figure 10
Laparoscopic
Gastric Bypass

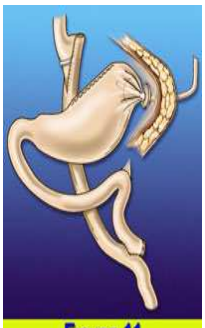

Figure 11
Silastic Ring Gastric
Bypass OR
Vertical Banded
Gastric Bypass (Fobi)

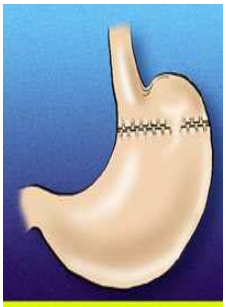

Figure 12
Horizontal
Gastroplasty

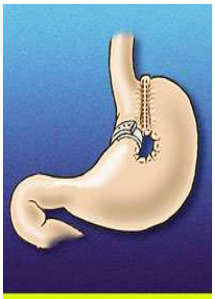

Figure 13
Vertical Banded
Gastroplasty
(Mason)

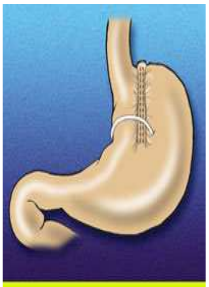

Figure 14
Silicone Ring Vertical
Gastroplasty

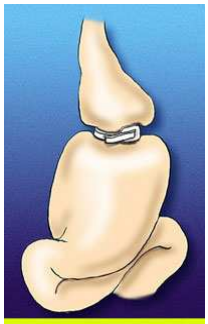

Figure 15
Non-Adjusting
Gastric Banding

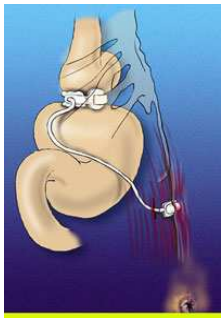

Figure 16
Adjustable Gastric
Band "Lap Band"
(Kuzmak)

Pregunta:
Un paciente regresa a cirugía para obesidad mórbida recurrente y hernia incisional. Es ingresado para conversión de una gastroplastia vertical con banda en una derivación en Y de Roux y reparación de la hernia incisional. ¿Cuáles son los códigos apropiados de diagnóstico y procedimiento?

Respuesta:
Asigne el código 278.01, Obesidad mórbida, como diagnóstico principal. El código 553.21, Hernia ventral, incisional, debe ser asignado como diagnóstico secundario para la hernia incisional. Asigne el código 44.39, Otra gastroenterostomía, para la conversión de la gastroplastia vertical con banda en derivación con Y de Roux, y el código 53.51, Reparación de hernia incisional, para la reparación de la hernia.

Pregunta:
Un paciente con larga historia de obesidad mórbida es ingresado para derivación biliopancreática laparoscópica (BPD) con interruptor duodenal. ¿Cuál es la asignación de códigos de diagnóstico y procedimiento?

Respuesta:
Asigne el código 278.01, Obesidad mórbida, como diagnóstico principal. Asigne el código 43.89, Otra gastrectomía parcial, el código 45.51, Aislamiento de segmento de intestino delgado y el código 49.51, Anastomosis de intestino delgado con intestino delgado, para la derivación biliopancreática con interruptor duodenal.

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, se han creado nuevas entradas en el Índice para la derivación biliopancreática (BPD) con o sin interruptor duodenal y que harán más fácil la localización de estos códigos.

Pregunta:
Una mujer con una larga historia de obesidad mórbida es ingresada para derivación gástrica laparoscópica con Y de Roux. La paciente fue diagnosticada así mismo de adherencia peritoneales pélvicas y hernia ventral y fue sometida a lisis de adherencias y reparación de hernia. ¿Cuál es la asignación de los códigos de diagnósticos y procedimientos?

Respuesta:
Asigne el código 278.01, Obesidad mórbida, como diagnóstico principal. El código 553.20, Hernia ventral, Inespecífica, y el código 614.6, Adherencias peritoneales pélvicas (postoperatorias)(postinfecciosas) deben ser asignados con diagnósticos secundarios. Asigne el código 44.39, Otra gastroenterostomía, para la derivación gástrica con Y de Roux. Los códigos 54.51, Lisis laparoscópica de adherencias peritoneales, y 53.59, Reparación de otra hernia de pared abdominal anterior, deberán ser asignados para la lisis de adherencias y reparación de la hernia ventral.

Pregunta:
Un paciente es ingresado para cirugía Bariátrica secundaria a obesidad mórbida. Sin embargo debido a la importante masa corporal se realizó una gastrectomía en manguito. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:
Asigne el código 278.01, Obesidad mórbida, como diagnóstico principal. Asigne el código 43.89, Otra gastrectomía parcial, para la resección en manguito del estómago.

Pregunta:
Un hombre de 27 años es ingresado para derivación biliopancreática laparoscópica debido a obesidad mórbida. El paciente se sometió a lisis de adherencias. ¿Cuáles es la asignación de los códigos de diagnósticos y procedimientos?

Respuesta:
Asigne el código 278.01, Obesidad mórbida, como diagnóstico principal. El código 568.0, Adherencia peritoneal (postoperatoria) (postinfecciosa), debe ser asignado como diagnóstico secundario. Asigne los códigos 43.7, Gastrectomía parcial con anastomosis a yeyuno, 54.51, Aislamiento de segmento de intestino delgado y 45.91, Anastomosis de intestino delgado a intestino delgado, para la derivación biliopancreática laparoscópica, y el código 54.51, Lisis laparoscópica de adherencias peritoneales para la adhesiolisis.

Pregunta:
Un paciente con obesidad mórbida es ingresado para derivación biliopancreática abierta, interruptor duodenal y hemigastrectomía. ¿Cuál es la asignación de códigos de diagnóstico y procedimiento?

Respuesta:
Asigne el código 278.01, Obesidad mórbida, como diagnóstico principal. Asigne los códigos 43.89, Otra gastrectomía parcial, 45.51, 54.51, Aislamiento de segmento de intestino delgado y 45.91, Anastomosis de intestino delgado a intestino delgado, para la cirugía realizada.

Pregunta:
Un paciente es ingresado para revisión de derivación gástrica con división del bolsillo gástrico seguido de una disrupción de la línea de grapas y obesidad mórbida. La cirugía original fue llevada a cabo 17 años antes y la disrupción parece ocurrir secundaria a una ganancia continua de peso. ¿Cuáles son los códigos apropiados de diagnóstico y procedimiento para este ingreso?

Respuesta:
Asigne el código 278.01, Obesidad mórbida, como diagnóstico principal. La disrupción de la línea de grapas tiene como resultado de una modificación incompleta del funcionamiento y una ganancia de peso continuado. Esto no debería ser considerado una complicación de la cirugía en Y de Roux previa. Asigne el código 44.69, Otra reparación de estómago, para la revisión de la cirugía gástrica.

Admisión para Cuidado Postoperatorio

La siguiente información sustituye a los proporcionados en *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 1996, página 8-9, y marzo-abril de 1985, páginas 10-11.

Muchos hospitales han contactado con el grupo colaborador de la ICD-9-CM pidiendo una aclaración y simplificación de las instrucciones proporcionadas para codificar pacientes que se someten a cirugía ambulatoria y luego son a continuación ingresados en el mismo hospital para cuidados posteriores. Revisando anteriores informaciones, se determinó que eran necesarias otras informaciones más coherentes. La siguiente información de codificación debe ser usada en hospitales para signar el código principal cuando un paciente se somete a cirugía en el área de cirugía ambulatoria y a continuación es ingresado para cuidado posterior en el mismo hospital.

Los hospitales normalmente proporcionan una amplia variedad de cirugía ambulatoria a sus pacientes. En algunos casos el médico puede tomar la decisión durante o después de la cirugía de ingresar al paciente para cuidado postoperatorio en el mismo hospital. Para determinar el diagnóstico principal el hospital debería repasar el informe médico para determinar lo siguiente:

1. ¿Fue una complicación la que dio lugar al ingreso?. Si fue así, asigne la complicación como diagnóstico principal. (Nota: dolor, náusea y vómito no son considerados normalmente como complicaciones postoperatorias).
2. Si no hubo complicación documentada que diera lugar al ingreso, asigne la razón de la cirugía como diagnóstico principal.
3. Si el ingreso es para otras afecciones no relacionadas con la cirugía, asigne esta afección como diagnóstico principal.

Pregunta:
El paciente tiene una enfermedad cardiaca arteriosclerótica conocida y está en el área ambulatoria para realizarse unos procedimientos ambulatorios programados: cateterización cardiaca y probable angioplastia coronaria transluminal percutánea (PTCA). Se realizó una cateterización cardiaca derecha y PTCA de un solo vaso en la arteria coronaria nativa. Se prescribió una orden de ingreso para cuidado posterior en el mismo hospital una vez realizados los procedimientos. Sin embargo no se documentaron complicaciones. ¿Qué código debe ser asignado como diagnóstico principal?

Respuesta:
Ya que no hay una complicación documentada que indique el ingreso, el codificador deberá asignar el código 414.01, Aterosclerosis coronaria, de arteria coronaria nativa, como diagnóstico principal. Asigne el código de procedimiento 36.01, Angioplastia coronaria transluminal percutánea de un solo vaso [PTCA] o aterectomía coronaria sin mención de agente trombolítico, y 37.21, Cateterización del corazón derecho.

Pregunta:
El paciente no tiene historia de enfermedad vascular periférica (PVD). Es sometido a estudio Doppler que indica la presencia de una estenosis significativa en las arterias de las extremidades inferiores. El paciente es programado para una angiografía ambulatoria. La angiografía femoral demuestra una oclusión de las arterias femoral y poplítea. Se realizó una angioplastia. Igualmente se prescribió una orden de ingreso en el mismo hospital. No fueron documentadas complicaciones. El paciente tuvo un episodio de vómito postoperatorio durante el ingreso. ¿Cuál es el diagnóstico principal?

Respuesta:
Ya que no hay indicación documentada de la complicación que ha dado lugar al ingreso, el codificador debe asignar el código 444.22, Embolismo arterial y trombosis, de arterias de las extremidades, miembro inferior, como diagnóstico principal. Asigne el código 39.50, Angioplastia o aterectomía de vaso no coronario, y 88.48, Arteriografía de arteria femoral y otra arteria de extremidad inferior, para el procedimiento realizado.

Pregunta:
Un paciente ha sido visto en el departamento de cirugía ambulatoria para una reparación de hernia inguinal unilateral programada. La operación fue realizada con éxito y el paciente se recupera en la unidad de observación del hospital. Durante el período de recuperación, el paciente tuvo un infarto agudo de miocardio (AMI) de la pared anterior y es ingresado en el mismo hospital. ¿Cuál es el diagnóstico principal?

Respuesta:
Asigne le código 410.11, Infarto agudo de miocardio de otra pared anterior, episodio inicial, como diagnóstico principal. En este caso, el paciente tenía la afección documentada, el infarto, que dio lugar al ingreso. Por tanto, el infarto debería ser el diagnóstico principal. El código 550.91, Hernia inguinal sin mención de obstrucción o gangrena, unilateral o inespecífica (no especificada como recurrente), debe ser asignado como diagnóstico secundario. Asigne el código 53.00, Reparación de hernia inguinal, no especificada de otra manera, para el procedimiento realizado.

Pregunta:
Un paciente de 80 años de edad se presenta en el hospital de día para reparación de hernia incisional. Durante la reparación de la hernia con prótesis, el médico aprecia extensas adherencias de intestino delgado y obstrucción. Se practica una amplia adhesiolisis. Dada la prolongación del procedimiento y la posibilidad de íleo paralítico, el paciente fue ingresado para cuidado postoperatorio. ¿Cuál es el diagnóstico principal?

Respuesta:
Asigne el código 552.21, Hernia incisional, con obstrucción, como diagnóstico principal. Asigne el código 568.0, Adherencias peritoneales, como diagnóstico secundario. No hay complicaciones documentadas que den lugar al ingreso. El procedimiento simplemente fue más prolongado de lo originariamente previsto. Por tanto, la razón del ingreso, hernia incisional con obstrucción, es asignada como diagnóstico principal. Asigne los códigos 53.61, reparación de hernia incisional con prótesis, y 54.59, Otra lisis de adherencia peritoneal, para los procedimientos realizados.

Pregunta:
Un paciente fue sometido a laminectomía con discectomía por rotura de disco lumbar en régimen ambulatorio. A continuación de la cirugía el paciente experimenta náusea y vómitos. El médico admite al paciente en la unidad de observación para vigilancia. El paciente luego se queja de dificultad urinaria. El médico determina que la retención urinaria es secundaria a la anestesia inyectada en el canal espinal durante la intervención e ingresa al paciente en el hospital para tratar la retención urinaria. La situación del paciente lo convierte en ingreso. ¿Cuál es el diagnóstico principal?

Respuesta:
Asigne el código 995.89, Otros efectos adversos, no clasificados en otro sitio, Otro, como diagnóstico principal. El paciente fue ingresado debido a una retención urinaria secundaria a una reacción adversa del anestésico epidural, y este código recoge esta reacción adversa. El código E938.7, Otros depresores del sistema nervioso central y anestésicos, anestésico espinal, debe ser asignado para mostrar la causa externa de la reacción adversa. El código 788.20, Retención de orina, y el 722.10, Desplazamiento de disco lumbar sin mielopatía, deben ser también asignados como diagnósticos secundarios. Asigne el código 80.51, Escisión de disco intervertebral, para el procedimiento realizado. Esta información es coherente con la previamente publicada en *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 1994, página 20.

Pregunta:
Siguiendo la recuperación de una intervención ambulatoria para corregir una deformidad adquirida de la oreja, un paciente sufre náuseas intensas y vómitos y es llevado a observación. Durante el período de observación el paciente se cae y sufre una fractura de la sección cervical media del cuello del fémur. El paciente es admitido como ingreso en el mismo hospital. ¿Cuál es el diagnóstico principal?

Respuesta:
Asigne el código 820.02, Fractura transcervical de cuello de fémur, sección cervical media, cerrada, como diagnóstico principal puesto que ésta fue la causa del ingreso. El código 380.32, deformidad adquirida de aurícula u oreja, debe ser asignado como diagnóstico secundario. Asigne el código 18.79, Otra reparación plástica de oído externo, para el procedimiento realizado.

Los siguientes ejemplos del *Coding Clinic* son todavía aplicables e ilustran el uso de otras afecciones o complicaciones como diagnóstico principal:

Coding Clinic, Primer Trimestre de 1994, página 20

Pregunta:

Un hombre de 74 años de edad con adenocarcinoma de próstata confirmado por biopsia es sometido a orquiectomía ambulatoria. El medico afirma que el paciente fue ingresado por una retención urinaria como complicación postoperatoria. ¿Cuál es el diagnóstico principal?

Respuesta:

Asigne el código 997.5, Complicación urinaria, como diagnóstico principal . Asigne el código 788.2, retención de orina, y el código 185, Neoplasia maligna de próstata, como diagnósticos secundarios.

Note que a partir del 1 de octubre de 1993, el código 788.2, requiere un quinto dígito para indicar el tipo específico de retención urinaria. (Debería ser a partir del 1 de octubre de 1994 cuando se requiere el quinto dígito para el código 788.2 [NT])

Coding Clinic, Primer Trimestre de 1994, página 19

Pregunta:

Un paciente fue programado para una amigdalectomía ambulatoria por hipertrofia crónica de amígdalas y fue ingresado por hemorragia extensa postamigdalectomía. ¿Cuál es el diagnóstico principal para este ingreso?

Respuesta:

Asigne el código 998.1, Hemorragia o hematoma que complica un procedimiento, como diagnóstico principal.

Note que a partir del 1 de octubre de 1996, la hemorragia que complica un procedimiento se codifica como 998.11.

Pregunte al Editor

Pregunta:

Una mujer de 86 años fue ingresada para amputación de la pierna derecha por encima de la rodilla debido a gangrena seca extendida al dorso y planta del pie. La paciente tenía historia de amputación del segundo dedo derecho un mes antes por cambios gangrenosos secundarios a aterosclerosis avanzada o enfermedad vascular periférica grave. La paciente tenía otras afecciones crónicas que incluían hipertensión, demencia, enfermedad arterial coronaria y glaucoma. ¿Podrían ser codificadas las afecciones como complicación de la amputación? ¿Cuáles son los códigos de diagnóstico y procedimientos?

Respuesta:

Asigne el código 440.24, Aterosclerosis de extremidad con gangrena , como diagnóstico principal. El código 997.62, Complicación de muñón de amputación, no sería apropiado, ya que la progresión de la enfermedad vascular periférica (PVD) y la gangrena no deberían ser clasificadas como complicación de la amputación. Ejemplos de complicación del muñón de amputación son la formación de neuroma y las infecciones tales como celulitis y absceso. Aquí el paciente se presenta con gangrena seca no infecciosa resultado de la progresión de la PVD. Los códigos 401.9, Hipertensión esencial, Inespecífica, 294.8, Otro síndrome cerebral orgánico (crónico), 414.01, Aterosclerosis coronaria, Arteria coronaria nativa, y 365.9, Glaucoma inespecífico, deben ser asignados como diagnósticos secundarios. Asigne el código 84.17, Amputación por debajo de la rodilla para el procedimiento realizado.

Pregunta:

Un hombre de 68 años de edad es ingresado con gangrena en el muñón de amputación por encima de la rodilla necesitando una revisión. La amputación previa fue efectuada aproximadamente dos meses antes secundaria a una aterosclerosis con gangrena. Se practicó cirugía para quitar otras seis pulgadas desde el lugar de la amputación previa. ¿Cuáles son los códigos de diagnóstico y procedimiento? ¿Podría ser considerado una complicación de la cirugía?

Respuesta:

No, no puede ser considerado una complicación de la cirugía previa. Asigne el código 440.24, Aterosclerosis de las extremidades con gangrena, como diagnóstico principal. Esta afección ocurre debido al proceso de la enfermedad y posterior progresión de la aterosclerosis del paciente, no a la amputación en sí misma. Las complicaciones de amputación o muñón (ej. celulitis, absceso y/o neuroma) normalmente se manifiestan en el período postoperatorio. En este caso, no hay presencia de inflamación. Asigne el código 84.17, Amputación por encima de la rodilla, para la amputación.

Por favor, consulte el Coding Clinic, Cuarto trimestre de 1995, página 92, para información adicional respecto a las complicaciones del lugar de amputación.

Pregunta:

Una niña de dos años de edad fue trasladada para una evaluación adicional de un síndrome febril y descartar infección del tracto urinario. Se comprobó que tenía algunos déficit neurológicos por lo que le fueron realizadas una tomografía y una resonancia. La tomografía demostró una ausencia del septum pellucidum, agrandamiento ligeramente asimétrico del cuerno frontal del ventrículo lateral derecho, calcificaciones de los ganglios basales bilaterales, mayores en a la derecha que a la izquierda, infarto lacunar del ganglio basal posterior y calcificaciones periventriculares en el lado izquierdo. La resonancia confirma la presencia de la glándula y tallo de la hipófisis, pero indica displasia septo-óptica con migración anómala a la izquierda. Basados en estos hallazgos, el médico diagnosticó displasia septo-óptica. ¿Cuál es la asignación de código para esta afección?

Respuesta:

Asigne 742.2, Deformidades por reducción del cerebro, para la displasia septo-óptica.

La displasia septo-óptica (SOD), también conocida como síndrome de De Morsier y displasia-enanismo septo-óptico es causada por un desarrollo anormal de las estructuras de la porción central del cerebro que afecta ojos, hipotálamo, hipófisis y otras partes del cerebro. Los hallazgos incluyen hipoplasia de los nervios ópticos, ausencia del septum pellucidum y actividad disminuida de la producción hormonal de la hipófisis debida al funcionamiento inapropiado del hipotálamo.

Pregunta:

Un paciente de 66 años de edad con historia de cardiomiopatía idiopática es sometido a trasplante cardiaco en marzo de este año. El paciente fue visto hoy para una cateterización cardiaca con biopsia de corazón. Los hallazgos no muestran evidencia de rechazo cardiaco alogénico. ¿Cómo debe ser codificado?. Si el mismo paciente tuviera un rechazo, ¿cómo debería ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código V67.09, Examen de seguimiento, tras otra cirugía, como motivo de la visita. El código V42.1, Organo o tejido sustituido por trasplante, corazón, debería asignarse como diagnóstico secundario. Cuando el médico documenta un rechazo del trasplante, asigne el código 996.83, Complicación de órgano trasplantado, corazón, como motivo de la visita. Asigne el código 37.25, Biopsia de corazón, para el procedimiento realizado.

Pregunta:

El paciente es un hombre de 62 años de edad con estado de trasplante renal, que desarrolló un linfocele postoperatorio que estaba afectando la función renal. Fue posteriormente ingresado para tratamiento y sometido a una laparotomía exploradora con una ventana de drenaje peritoneal del linfocele. ¿Cómo debe ser codificado?. ¿El linfocele podría ser codificado como una complicación?

Respuesta:

Asigne el código 996.81, Complicación de órgano trasplantado, Riñón, como diagnóstico principal, ya que la función del riñón trasplantado estaba afectada. El linfocele puede impedir el flujo de sangre dentro del riñón o la salida de orina desde el riñón trasplantado. Cuando la función renal no está afectada, el código 996.81, no debería ser asignado. El código 457.8, Otros trastornos no infecciosos de vasos linfáticos, debería ser asignado como diagnóstico secundario. Ambos códigos (96.81 y 457.8) son necesarios para describir completamente la enfermedad y su impacto en el órgano trasplantado.

Asigne el código 54.19, Otra laparotomía, para la ventana de drenaje peritoneal del linfocele. Remítase al Coding Clinic, Tercer trimestre de 1998, página 3, para una mayor discusión de las complicaciones de órgano trasplantado.

Pregunta:

Un paciente de 52 años de edad en estado de trasplante de hígado ortotópico (OLT) fue ingresado en nuestro servicio para una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) y cambio de la endoprótesis biliar por estenosis de la anastomosis que ha afectado la función hepática del paciente. ¿Cuál sería el diagnóstico principal apropiado para este ingreso?

Respuesta:

Asigne el código 996.82, Complicación de órgano trasplantado, hígado, y el código 576.2, Obstrucción de tracto biliar, como causa del ingreso y de la afección que ha indicado la necesidad de ERCP.

Asigne el código 51.87, Inserción endoscópica de endoprótesis en conducto biliar, para el procedimiento realizado.

Pregunta:

Una mujer de 77 años de edad fue ingresada con dolor abdominal severo, enzimas hepáticos elevados y bilirrubina de 11. La ecografía mostraba evidencias de cálculos de la vesícula biliar. Se practicó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con esfinterotomía. Tras la esfinterotomía, el conducto fue repasado varias veces para retirar barro biliar. El médico pensó que lo más probable es que el cálculo pasara previamente al colédoco y diagnosticó barro biliar. ¿Cuáles son los códigos apropiados de diagnóstico y procedimiento?

Respuesta:

Asigne el código 576.8, Otro trastorno de conducto biliar, cuando no hay presente una obstrucción con el barro biliar sin cálculo. Si hay obstrucción, asigne el código 576.2, Obstrucción de conducto biliar, para el barro biliar sin cálculo. Estos códigos son asignados cuando hay barro biliar sin diagnóstico de cálculo. Encontrar defectos parecidos a material de taponamiento es característico de barro biliar y puede ser obstructivo o no obstructivo.
Asigne el código 51.10, Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica ÈRCP] y el código 51.85, Esfinterotomía y papilotomía endoscópica, para el procedimiento realizado.

Pregunta:

Una mujer de 84 años de edad con enfermedad arterial coronaria fue ingresada para cirugía de bypass de arteria coronaria X5. No hubo complicaciones operatorias. Aproximadamente una hora y media o dos horas después de la cirugía la paciente tuvo un sangrado agudo por el tubo torácico del mediastino. Fue llevada a quirófano para reexploración del mediastino. Se descubrió una gran cantidad de sangrado en el punto medio del injerto venoso de safena que lleva de la aorta a la anastomosis de la rama intermedia. El sangrado fue fácilmente controlado con puntos de Prolene de 7-0 y se aspiró la cavidad pleural ¿Cuál es el código de procedimiento de la segunda intervención para control del sangrado?

Respuesta:

Asigne el código 36.99, Otra operación de vaso del corazón, para la cirugía realizada.

Pregunta:

Un paciente de 19 años de edad con historia de escoliosis idiopática del adolescente fue ingresado para fusión espinal anterior. Tras la cirugía, la radiografía de tórax mostró un pequeño neumotórax apical. Al paciente se le colocó una succión y después el tubo torácico fue retirado. La radiografía de seguimiento mostró el neumotórax aún persistente. No se tomaron medidas activas. El médico en nuestro servicio entendió que el neumotórax iatrogénico formaba parte del procedimiento y que no debe ser informado. ¿Es apropiado asignar el código 512.1, Neumotórax iatrogénico, como diagnóstico secundario?

Respuesta:

Asigne el código 737.30, Escoliosis [y cifoescolisosis] idiopática, como diagnóstico principal. Dado que el neumotórax es un riesgo conocido asociado con la mayor parte de la cirugía torácica, sería incorrecto asignar un código adicional de neumotórax iatrogénico, basado únicamente en los hallazgos radiológicos, sin el acuerdo con el médico.

Asigne los códigos 81.04, Fusión dorsal y dorsolumbar, técnica anterior, y el 77.71, Escisión de hueso para injerto, Escápula, clavícula y tórax [costillas y esternón], para el procedimiento realizado.

Pregunta:

Un paciente fue ingresado aquejado de caída facial del lado izquierdo, disartria, confusión, debilidad del lado izquierdo y dificultad de deambulación. El paciente fue diagnosticado de accidente cerebrovascular agudo derecho con demencia como diagnóstico secundario. Así mismo el médico indicó en el informe de alta que el paciente parecía estar "acrepusculado"(*) (síndrome crepuscular) y se volvía confuso y desorientado especialmente por la noche. ¿Qué es el síndrome crepuscular y cómo debe ser codificado?

Respuesta:

El síndrome crepuscular es un fenómeno por el cual una persona con demencia puede volverse más confuso, inquieto, combativo, desconfiado, enfadado, o desorientado, especialmente por la noche. La persona puede incluso ver, oír o creer cosas que no son reales. Nadie está seguro de cuáles son las causas del estado crepuscular, aunque se cree que es resultado de una enfermedad cerebral. Asigne el código específico de la enfermedad cerebral (ej. Alzheimer, demencia, etc.). No asigne códigos separados para el estado crepuscular.

(*) En la versión original dice "sun downing" que no tiene traducción en español y es una forma de verbalización de "sundown" que se traduce por "puesta de sol, ocaso o crepúsculo" NT

Aclaraciones

Síntomas versus Diagnóstico Definitivo en el Entorno Ambulatorio

Pregunta:

Necesitamos su aportación referente a la aplicación de la Normas Oficiales de Codificación para servicios ambulatorios. Hemos sido invitados por un hospital para codificar todos los síntomas y signos primero y luego el diagnóstico definitivo. La interpretación de la norma en el hospital acerca de la "causa principal responsable" es la que se refiere al signo o síntoma que lleva al paciente al mismo (ej. diarrea y vómito asociado a gastroenteritis). También el hospital interpreta las normas para "codificar todas las afecciones documentadas" lo que significa que todos los signos y síntomas deben ser siempre codificados aunque estén asociados con el diagnóstico definitivo. Por ejemplo, si un paciente viene a l servicio de urgencias aquejado de vómito y diarrea y el diagnósticos final es gastroenteritis, el hospital está codificando el vómito y la diarrea. ¿Puede ayudarnos a aclarar como debe interpretar la Norma Oficial de Codificación esta situación?

Respuesta:

Las Normas Oficiales de Codificación e Información fueron recientemente revisadas y publicadas en el *Coding Clinic*, Cuarto trimestre de 2002, páginas 115-182 (páginas 136-139 de la versión traducida [NT]). Las normas estaban reorganizadas en varias secciones nuevas. Una nueva sección de la Normas generales fue creada para proporcionar de forma agrupada los principios que anteriormente estaban repartidos por las distintas secciones de la norma.

Las convenciones, normas generales y normas de capítulos específicos aplican el adecuado uso de la ICD-9-CM sin tener en cuenta el tipo de servicio de cuidado de salud. La Sección IV de las normas se centra específicamente en la codificación diagnóstica de servicios ambulatorios y se aplican en servicios de pacientes externos del hospital y consultas médicas. De acuerdo con las Normas generales, "los códigos que describen síntomas y signos, al contrario que los diagnósticos, son aceptables para informar el motivo del contacto *cuando no ha sido establecido (confirmado) un diagnóstico* [las itálicas se añaden para enfatizar] por el médico". Las normas también afirman que "los signos y síntomas que son parte integral del proceso de la enfermedad no deben ser asignados como códigos secundarios" pero estos "signos y síntomas adicionales que normalmente no están asociadas con el proceso de la enfermedad serán codificadas cuando estén presentes".

En el ejemplo proporcionado en la pregunta, el médico ha establecido el diagnóstico de gastroenteritis. No es adecuado separar códigos que describan signos y síntomas en este ejemplo. Diarrea y vómito es parte integral de la gastroenteritis. La norma de "codifique todas las afecciones documentadas que coexisten en el tiempo del contacto/visita" no es aplicable para codificar signos y síntomas que formen parte de una enfermedad, sino más bien otros diagnósticos, enfermedades o afecciones confirmadas. Si el hospital desea captar información acerca de un síntoma que indica la visita del paciente, el código del signo o síntoma debe ser informado en el Form Locator 76 (FL76) de la solicitud UB-92. Este campo es usado para informar del "motivo de la visita del paciente" en solicitudes ambulatorias. Normalmente la FL-76 puede contener un código de la ICD-9-CM. Si hay múltiples signos y síntomas, deberá ser informado el código de signo o síntoma que mejor justifique el contacto.

Corrección

Evaluación a pie de cama de Desfibrilador / Cardioversor Implantable (AICD)

Tras recibir información adicional de los clínicos, la respuesta proporcionada en el *Coding Clinic* del Primer trimestre de 2002, página 9 (página 5 de versión traducida [NT]) ha sido repasada. El código 37.26, Estimulación electrofisiológica del corazón y estudios de registro, no debe ser asignado a una evaluación a pie de cama de una cardioversor/desfibrilador automático (AICD). El control a pie de cama del dispositivo AICD no es lo mismo que la estimulación electrofisiológica del corazón y estudio de registro que es realizado en el corazón del paciente. La prueba de AICD es realizada en el dispositivo en sí. Por tanto, asigne el código 89.59, Otra medida cardiaca y vascular no operatoria, para el control a pie de cama del dispositivo.

Por favor, anote que los Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) están de acuerdo en presentar una propuesta para la creación de un único código para el control a pie de cama del AICD en la Reunión para Coordinación y Mantenimiento de la ICD-9-CM de diciembre de 2003. Si es aprobado, el código nuevo será efectivo el 1 de octubre de 2004.

Pregunta:

¿Cuál es el código de procedimiento adecuado para la evaluación de un cardioversor/desfibrilador automático (AICD) realizado a pie de cama usando una ordenador portátil, cuando el control lo realiza el técnico del dispositivo y no un empleado del hospital?

Respuesta:

Si sólo se ha realizado un control del equipo y no un estudio electrofisiológico (EPS), asigne el código 89.59, Otra medida cardiaca y vascular no operatoria.