

AHA

Coding Clinic™

for ICD-9-CM

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

Volumen 22
Número 3

Tercer Trimestre
2005

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 15 de septiembre de 2005 (sólo en USA ^{NT})

En este número

Terapia de resincronización cardíaca
Pregunte al editor
Aclaración
Noticia de corrección

Terapia de resincronización cardíaca

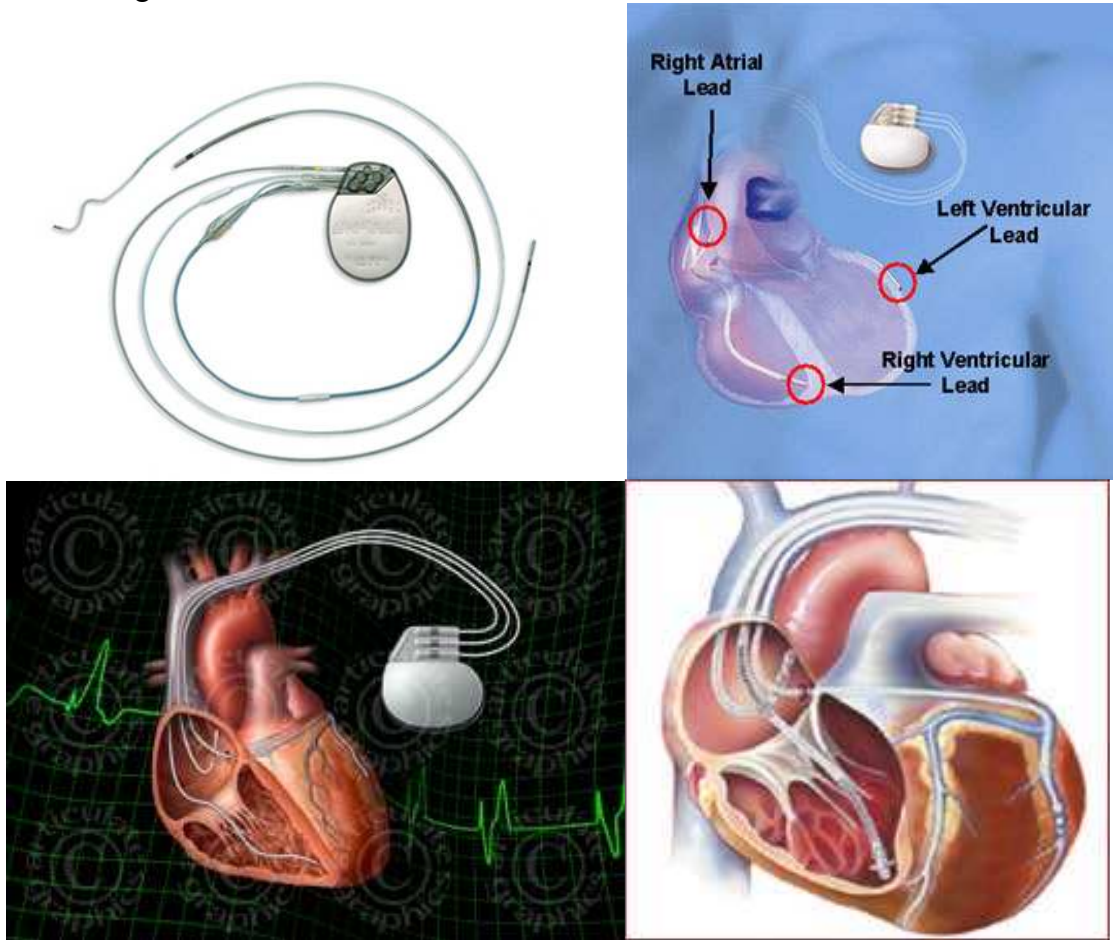
La Oficina Central para la ICD-9-CM ha recibido numerosas preguntas desde la creación de los nuevos códigos de procedimiento para la terapia de resincronización cardíaca (CRT) o marcapasos biventricular. La terapia de resincronización cardíaca con o sin desfibrilador incluye la colocación de electrodos en la aurícula derecha, ventrículo izquierdo y en el seno coronario. El seno coronario es un canal venoso que drena en la aurícula derecha y se alimenta de venas cardíacas que descansan en el borde del ventrículo izquierdo. Cuando se logra, el electrodo del seno coronario avanza dentro de una de las venas cardíacas de tal manera que descansa cerca del ventrículo izquierdo a fin de estimularlo. Una alternativa a este abordaje es colocar un electrodo epicárdico ventricular por medio de una toracotomía. La CRT, o marcapasos biventricular, coordina y resincroniza las contracciones de los ventrículos derecho e izquierdo, haciendo que el bombeo de corazón sea más efectivo. La clasificación de procedimientos de la ICD-9-CM proporciona los códigos 00.50, Implantación de marcapasos de resincronización cardíaca sin mención de desfibrilador, sistema total [CRT-P] y 00.51, Implantación de desfibrilador de resincronización cardíaca, sistema total [CRT-D], para la implantación de CRT con y sin desfibrilación. Han surgido varios problemas cuando se codifican casos documentados como sustitución o cambio de marcapasos cardíaco a CRT-P o como sustitución o cambio de cardioversor/desfibrilador automático implantable (AICD) a CRT-D. En algunos casos el objetivo terapéutico no se consigue de manera inmediata. Los siguientes ejemplos ilustran algunos de los problemas:

- El electrodo del seno coronario no puede colocarse durante la intervención inicial debido a una oclusión de la vena subclavia dando como resultado la colocación de un electrodo epicárdico en una segunda intervención durante el mismo ingreso.
- El electrodo del ventrículo izquierdo no se coloca durante el procedimiento debido a que la guía se enrosca en el seno coronario tras muchos intentos. El paciente es dado de alta sólo con los electrodos de la orejuela de la aurícula derecha y el septum del ventrículo derecho.
- Colocación del electrodo epicárdico únicamente. Los electrodos auricular y ventricular han sido colocados en otros ingresos.
- Implantación de la CRT mediante toracotomía
- Fallo o rotura del electrodo

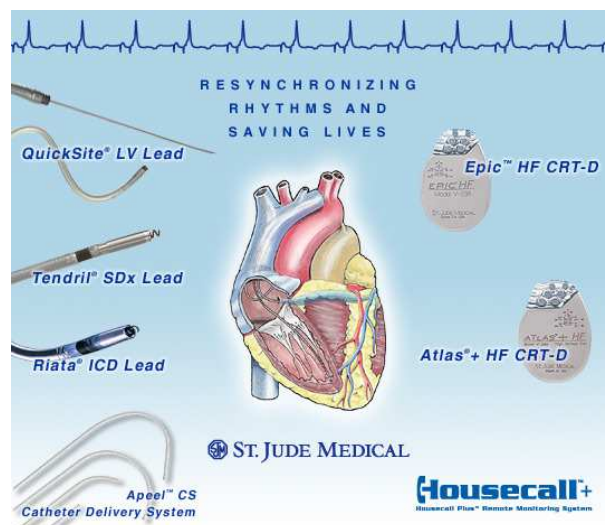
Tras repasar estos ejemplos y consultar con los clínicos, las Partes Cooperantes (que lo forman la American Hospital Association (AHA), la American Health Information Management Association (AHIMA), los Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), antes denominada Health Care Financing Administration (HCFA), y el National Center for Health Statistics (NCHS) ^{NT}) desarrollaron las siguientes instrucciones para ayudar a aclarar estos ejemplos. Cuando se asignan códigos de procedimiento para las variaciones en la implantación de la CRT, os codificadores deben dirigirse por los siguientes principios:

- La retirada de un marcapasos o un dispositivo AICD preexistente y la sustitución por un dispositivo CRT-P o CRT-D junto con la inserción o sustitución de uno o más cables [electrodos] debencodificarse como inserción de sistema total de CRT-P o CRT-D:
 - 00.50 Implantación de marcapasos de resincronización cardiaca sin mención de desfibrilador, sistema total (CRT-P)
 - 00.51 Implantación de desfibrilador de resincronización cardiaca, sistema total (CRT-D)
- El código adecuado del electrodo se asigna como sigue:
 - Cuando se sustituye sólo el cable [electrodo] tanto en el CRT-P como en el CRT-D debe codificarse como sigue:
 - 37.97 Sustitución sólo del de electrodo(s) del cardioversor/desfibrilador automático – para la sustitución del electrodo del AICD/CRT-D
 - 00.52 Implantación o sustitución de cable [electrodo] transvenoso en el sistema venoso coronario del ventrículo izquierdo – para la inserción del electrodo de la CRT-P o CRT-D en el seno coronario.
 - 37.74 Inserción o sustitución del cable [electrodo] epicárdico en el epicardio – para los electrodos del marcapasos o desfibrilador insertados en el epicardio mediante toracotomía
 - 37.76 Inserción o sustitución de electrodo(s) intravenoso auricular y/o ventricular – cuando solo se sustituyen los cables [electrodos] auricular o ventricular para el dispositivo CRT-P.

- El código adecuado para la implantación del generador se asigna tal como sigue:
 - Cuando sólo se implanta el generador CRT-P, y no se colocan electrodos, signe el código 00.53
 - Cuando sólo se implanta el generador CRT-D, y no se colocan electrodos, signe el código 00.54



Marcapasos de resincronización cardíaca CRT-P^{NT}



Desfibrilador de resincronización cardíaca CRT-D^{NT}

<http://www.medtronic.com/hf/device.html>

Pregunta:

Se presenta el paciente con una cardiomiopatía isquémica severa y retardo en la conducción ventricular, marcada disfunción ventricular y fallo cardiaco congestivo recurrente. El cirujano recambia el AICD preexistente por un desfibrilador biventricular por medio de la colocación del electrodo en el seno coronario del ventrículo izquierdo usando un adaptador para los electrodos ventriculares derecho e izquierdo y revisando el bolsillo del generador. El generador preexistente fue reutilizado. ¿Cómo deberíamos codificar este procedimiento ya que se ha usado el generador existente, se ha colocado un electrodo en el seno coronario usando un adaptador, y el bolsillo del desfibrilador fue revisado, pero en cambio no se ha implantado un sistema completo?

Respuesta:

En este caso, el dispositivo AICD ya tiene los componentes para funcionar como marcapasos biventricular. Sin embargo, sólo dos electrodos estaban implantados. El tercer electrodo, que tendría que haber sido colocado en el seno coronario, no fue implantado en la cirugía previa. Por tanto, el generador fue usado con sólo dos electrodos. En este ingreso, el cirujano intentó colocar el tercer electrodo para que el sistema funcionara como dispositivo biventricular. Asigne el código 00.52, Implantación o sustitución de cable [electrodo] en el sistema venoso coronario del ventrículo izquierdo, para la colocación del electrodo en el seno coronario y el código 37.99, Otras operaciones del corazón y pericardio, otra, para la revisión del bolsillo del desfibrilador.

Por favor ante: para altas posteriores al 1 de octubre de 2005, los codificadores deben asignar el código revisado 37.79, Revisión o recolocación de bolsillo de dispositivo cardiaco, para la revisión del bolsillo del desfibrilador.

Pregunta:

El paciente es un hombre de 79 años de edad que se presenta con disminución de la función ventricular izquierda y fallo cardíaco congestivo. Los intentos previos de cambiar el AICD biventricular preexistente y de colocación de un electrodo en el ventrículo izquierdo por vía intravenosa a través del seno coronario habían fallado. Por tanto, el cirujano llevó acabo una toracotomía e insertó un electrodo epicárdico. ¿Cómo debería ser codificado este proceso?

Respuesta:

Asigne el código 37.74, Inserción o sustitución de cable epicárdico [electrodo] en el epicardio, para la colocación de electrodos epicárdicos por vía de toracotomía. El abordaje quirúrgico, toracotomía izquierda, no se codificaría separadamente.

Pregunta:

Una mujer de 69 años de edad con cardiomiopatía isquémica y fallo cardiaco congestivo fue ingresada para la inserción de un desfibrilador cardioversor implantable con capacidad de marcapasos biventricular. Puesto que la paciente tiene un estado postmastectomía izquierda, el bolsillo fue creado en el lado derecho. El electrodo del ventrículo derecho fue colocado en el apex del ventrículo derecho y el electrodo de la aurícula derecha en la orejuela de la aurícula derecha con un adecuado umbral de marcapasos y sensorial. Sin embargo el acceso al seno coronario no pudo llevarse a por lo que sólo los electrodos auricular y ventricular fueron conectados al generador con la previsión de acceder a seno coronario desde el lado izquierdo en fecha posterior o colocar unos electrodos externos en el ventrículo izquierdo.. Dos días después la paciente fue llevada a cirugía donde se colocó un electrodo epicárdico izquierdo sin dificultad. ¿Cuál es la asignación de códigos para estos procedimientos?

Respuesta:

Asigne el código 00.51, Implantación de sistema total de desfibrilador de resincronización cardíaca [CRT-D], para la implantación inicial del marcapasos biventricular con desfibrilador junto con los electrodos de la aurícula y ventrículo derechos.

Asigne el código 33.74, Inserción o sustitución de cable epicárdico [electrodo] en el epicardio para el segundo episodio operatorio de la colocación del electrodo epicárdico. El tercer electrodo, que no se había podido colocar en el seno coronario, no se implantó con éxito en la cirugía previa.

Pregunta:

Un hombre de 76 años de edad fue ingresado para conversión del marcapasos intravenoso permanente a marcapasos biventricular debido a fallo cardíaco congestivo refractario. Se intentó un abordaje intravenoso, pero no fue posible. Sin embargo se realizó un abordaje abierto mediante toracotomía. El marcapasos antiguo se retiró lo que produjo una asístole inmediata que necesitó marcapasos temporal. El nuevo marcapasos biventricular fue colocado tras ampliar el bolsillo para adecuarlo a su tamaño, y se aseguró el electrodo. ¿Cuáles son las asignaciones de códigos para este procedimiento?

Respuesta:

Asigne el código 00.50, Implantación de marcapasos de resincronización cardíaca sin mención de desfibrilador, sistema total [CRT-P] para la colocación del marcapasos biventricular y el electrodo. El abordaje quirúrgico (toracotomía), retirada del marcapasos anterior y la revisión del bolsillo del marcapasos se incluyen en este código y no deben ser codificados separadamente. Asigne el código 37.78, Inserción de sistema de marcapasos temporal intravenoso, para el marcapasos temporal.

Pregunta:

Un hombre de 70 años de edad con cardiomiopatía isquémica y fallo cardíaco congestivo, que tenía un estado de dispositivo de resincronización cardíaca con desfibrilador (CRT-D) estaba experimentando un marcado incremento de los umbrales de marcapasos en el ventrículo izquierdo debido a una microdesplazamiento del electrodo del seno coronario. El paciente fue llevado al quirófano donde se retiraron del bolsillo el generador y los electrodos y el electrodo del seno coronario se desconectó del generador. Dicho electrodo se reintrodujo y se volvió a posicionar hasta que la detección y los umbrales de marcapasos fueron aceptables. El electrodo fue luego reconectado al mismo generador, que había sido retirado, y se colocó junto con los electrodos en el bolsillo y éste se cerró. ¿Cuál es la asignación de códigos de procedimiento para la revisión/recolocación del electrodo del seno coronario?

Respuesta:

Asigne el código 37.75, Revisión de cable [electrodo], para la revisión del electrodo del seno coronario, que incluye la reintroducción y recolocación del electrodo.

Pregunta:

El paciente tenía un fallo cardíaco congestivo de grado III descompensado con sintomatología de disnea progresiva y fatiga en los últimos meses y fue ingresado para recambio de su desfibrilador cardíaco implantable de electrodo único (ICD) a marcapasos biventricular con desfibrilador. Su fracción de eyección era del 15-20% y el cateterismo cardíaco mostró una reducción severa de la función ventricular izquierda. El médico decidió que el paciente era candidato a sustitución del ICD a fin de mejorar su rendimiento cardíaco. El desfibrilador y el electrodo fueron retirados, se insertó el nuevo marcapasos biventricular con desfibrilador y se conectaron los electrodos. El paciente tenía también hipertensión y fibrilación auricular. ¿Debería ser el código V53.32 o el 428.0 el diagnóstico principal? ¿Cuáles son los códigos para este ingreso?

Respuesta:

Asigne el código 428.0, Fallo cardíaco congestivo, no especificado, como diagnóstico principal, ya que el paciente fue ingresado con síntomas de disnea, fatiga y mal rendimiento cardíaco por el fallo cardíaco congestivo descompensado. El código V53.32, Colocación y ajuste de otro dispositivo, Desfibrilador cardíaco automático implantable, no sería adecuado ya que un cuidado posterior no se asigna cuando el tratamiento está dirigido hacia la enfermedad o lesión aguda actual. Asigne el código 401.9, Hipertensión esencial, Inespecífica, y 427.31, Fibrilación auricular como diagnósticos secundarios. Asigne el código 00.51, Implantación de desfibrilador de resincronización cardíaca, sistema total [CRT-D] para el cambio del ICD al desfibrilador de resincronización cardíaca con nuevos electrodos.

Pregunte al Editor

Pregunta:

Un trabajador sufre una quemadura por vapor en varias áreas de la cara tras la explosión de una caldera. Al llegar al servicio de urgencias la cara del paciente estaba eritematosa pero no tenía ampollas. Tenía alguna dificultad para hablar y la voz ronca. El médico documenta inflamación de la vía aérea superior debido al vapor. El paciente fue intubado y ventilado durante 48 horas a causa de inflamación de la vía aérea y el edema por el vapor y el calor. ¿Cómo debería ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código 506.2, Inflamación de la vía aérea superior debido a humos y vapores, como diagnóstico principal. El código 506.2 fue secuenciado primero ya que la afección respiratoria, no la quemadura, fue la causa del ingreso del paciente. Los códigos 941.9, Quemadura de la cara, cabeza y cuello, Eritema [primer grado], sitio múltiple [excepto con ojos] de cara, cabeza y cuello, y E921.0, Accidente causado por explosión de recipiente a presión, Caldera, deben asignarse como diagnósticos secundarios. Asigne el código 96.74, Ventilación mecánica continua de menos de 96 horas consecutivas, y 96.04, Inserción de tubo endotraqueal, para los procedimientos realizados.

Pregunta:

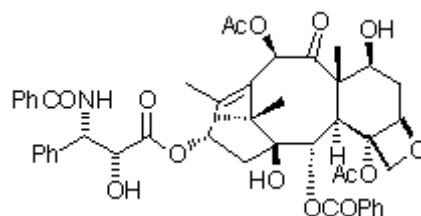
Un niño ha sido rescatado de una casa incendiada. En la exploración, estaba llorando, la pulsioximetría era normal y no tenía quemaduras aparentes, pero había hollín en nariz y boca. El paciente fue intubado y ventilado por menos de 48 horas, a causa del riesgo de edema de la vía aérea por el humo. El servicio diagnosticó inhalación de humo. ¿Cuál es la asignación de códigos adecuada?

Respuesta:

Asigne el código 987.9, Efecto tóxico, no especificado, gas, humo o vapor, para la inhalación de humo como diagnóstico principal. El código E890.2, Otros humos y gases de combustión, debe asignarse para describir la causa externa de la lesión. El paciente no sufrió quemaduras evidentes, pero fue ingresado para cuidados de su vía aérea secundarios a los efectos tóxicos del humo. Asigne el código 96.71, Ventilación mecánica continua de menos de 96 horas consecutivas, y 96.04, Inserción de tubo endotraqueal, para el procedimiento realizado.

Pregunta:

La paciente es una mujer de 69 años de edad con cáncer de mama recibe tratamiento semanal con Taxol (Paclitaxel^{NT}). Desarrolló fiebre alta en casa, y se presenta en el servicio de urgencias donde se le descubrió fiebre neutropénica. La paciente se ingresó para el tratamiento de dicha fiebre. El médico documentó que la paciente tenía también pancitopenia. ¿Cómo debe ser codificado?



Molécula de Paclitaxel (Taxol ®)^{NT}

El *Coding Clinic* ha indicado previamente que la pancitopenia es un déficit de los tres elementos de la sangre e incluye anemia (deficiencia de glóbulos rojos), neutropenia (deficiencia de glóbulos blancos) y trombocitopenia (deficiencia de plaquetas). ¿Esta instrucción es correcta cuando el diagnóstico final es fiebre neutropénica?

Respuesta:

Asigne el código 288.0, Agranulocitosis, para la fiebre neutropénica, como diagnóstico principal. Asigne el código 174.9, Neoplasia maligna de mama femenina, Mama (femenina), no especificada, para el cáncer de mama, el código 284.8, Otra anemia aplásica especificada, para la pancitopenia y el código E933.1, Medicamentos, sustancias medicamentosas y biológicas que causan efectos adversos en su uso terapéutico, Agentes principalmente sistémicos, Antineoplásicos y medicamentos inmunosupresores, como diagnósticos adicionales.

En este caso, la causa del ingreso fue la fiebre neutropénica. La pancitopenia fue debida a la quimioterapia. La neutropenia es un hallazgo anormal de laboratorio no específico de menos de 3500 neutrófilos en un recuento de glóbulos blancos. La fiebre neutropénica es una afección potencialmente grave en el que el recuento de leucocitos es muy bajo. En este punto, el mecanismo de defensa del cuerpo para luchar contra la infección está debilitado. La fiebre puede suponer un proceso infeccioso grave que requiere evaluación e intervención terapéutica inmediata. Cuando el paciente se presenta con fiebre y un recuento absoluto de neutrófilos de menos de $500/\text{mm}^3$ – $1000/\text{mm}^3$, se establece el diagnóstico de fiebre neutropénica. Sin embargo, la fiebre neutropénica debe documentarse por el servicio y no debe ser asignada en base a los hallazgos de laboratorio solamente. El protocolo clínico es semejante al de la septicemia. El enfoque es generalmente doble: identificar la fuente de la infección si está presente y prevenir la progresión hacia una sepsis. El protocolo incluye cultivo de cualquier fuente potencial de infección, tal como sangre, esputo, catéteres, piel, orina, líquido cefalorraquídeo y cultivo de heridas en su caso, así como radiología. A fin de prevenir la progresión hacia una sepsis, se realizan hemocultivos continuados, los pacientes son tratados con antibióticos IV de forma intensiva, puede administrarse Neupogen para incrementar e recuento de leucocitos y en algunos casos requieren aislamiento en UCI.

El Neupogen ® (Filgastim) es el factor humano de estimulación de colonias de granulocitos. Es una glicoproteína hidrosoluble, no glicosilada que tiene la capacidad específica de estimular poderosamente el desarrollo de los neutrófilos y levemente los monocitos (macrófagos)^{NT}

Pregunta:

Este paciente es un niño de 5 meses de edad que presenta un estado epiléptico secundario a un ataque complejo febril. El paciente es tratado por los ataques y por infección del tracto urinario. El TAC craneal y el EEG que se obtuvieron fueron normales. ¿Cuál es el código correcto cuando el médico documenta ambos tipos de ataque?

Respuesta:

Asigne el código 345.3, Estado de gran mal, para el estado epiléptico secundario al ataque febril complejo. El código 590.0, Infección del tracto urinario, lugar no especificado, debe asignarse como diagnóstico secundario. Los códigos 87.03, Tomografía axial computarizada de cabeza y 89.14, Electroencefalograma, deben asignarse como procedimientos realizados.

Los niños con ataque simple de fiebre tienen normalmente entre 6 meses y 6 años, y experimentan ataques tónicos-clónicos generalizados como mucho de 30 minutos. Estos niños normalmente vuelven al estado neurológico basal en un período relativamente corto de tiempo (período post-ictal corto) y los ataques no vuelven a producirse dentro de las 24 horas. Los ataques febriles complejos no se ajustan a los criterios de ataques febriles simples. Los niños con ataques febriles complejos tienen un mayor riesgo de desarrollar estados epilépticos.

Pregunta:

¿Cuál es el procedimiento de la ICD-9-CM correcto para la aspiración con aguja fina guiada por TAC de disco intervertebral (4-L5)? No aparece como código en la ICD-9-CM para describir este procedimiento. El código 03.31 describe una punción espinal; sin embargo se realizó una aspiración del disco y no de la médula espinal. Durante el procedimiento se introdujo un trocar del calibre 17 mediante fluoroscopia por TAC hasta que su punta estuvo inmediatamente al lado del disco L4-L5. En este momento, se introdujeron agujas de Chiba de calibre 22 y 20 dentro del disco y el fluido se aspiró. El fluido se envió para análisis citológico.

Respuesta:

Asigne el código 80.39, Biopsia de estructura articular, Otro sitio especificado (incluido biopsia por aspiración) y el código 88.38, Otra tomografía axial computarizada, para los procedimientos realizados.

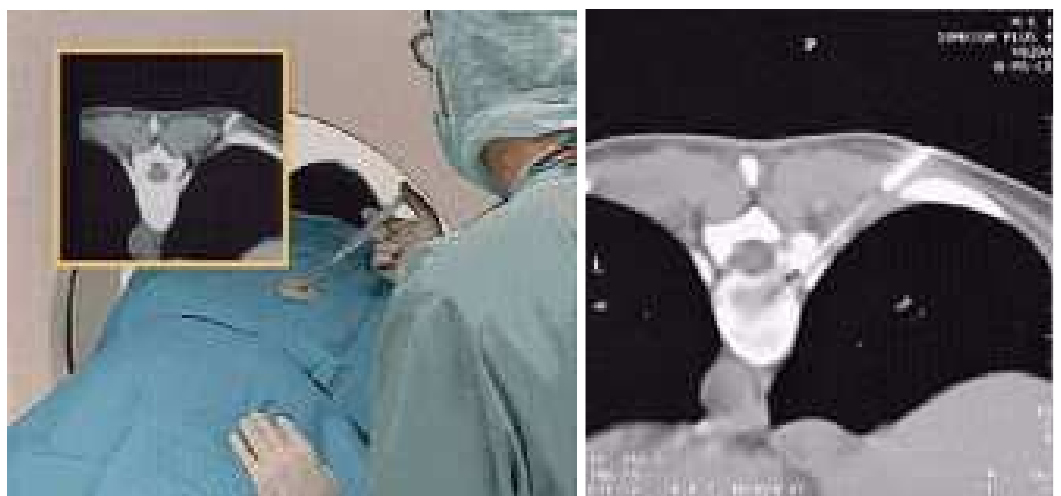
Pregunta:

El paciente experimentó una aspiración de espacio discal T11-T12 y biopsia con aguja del núcleo. Bajo control de TAC se colocó un catéter-guía de calibre 16 con la punta en el centro del disco T11-T12. Se aspiró aproximadamente 5 ml de líquido y se envió al laboratorio para tinción de gram y cultivo. Se obtuvieron también biopsias con aguja del núcleo y se mandaron a citología. ¿Cómo debe ser codificado este procedimiento?

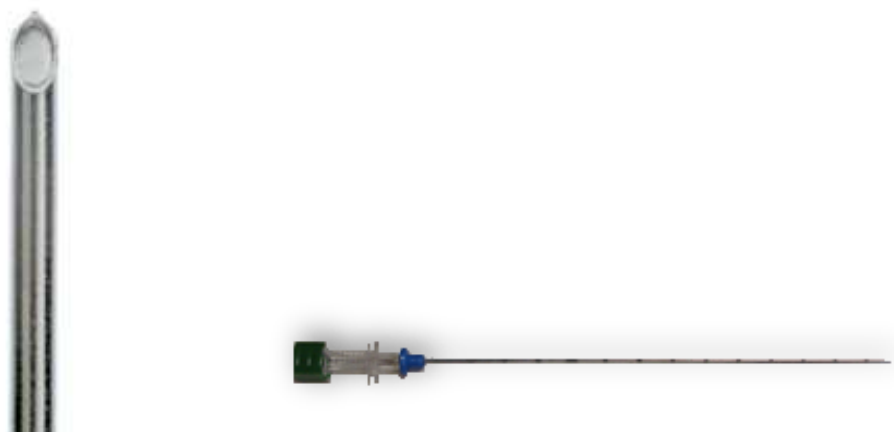
Respuesta:

Asigne el código 80.39, Biopsia de estructura articular, Otro lugar especificado, para la biopsia por aspiración con aguja del núcleo disco intervertebral. Esta asignación de código incluye la biopsia por aspiración. El código 88.38, Otra tomografía axila computarizada, debe asignarse para la guía mediante TAC.

La aspiración percutánea mediante aguja del disco intervertebral guiada por TAC es un método usado para detectar infecciones activas del espacio discal y se realiza para estudio anatomopatológico, bacteriológico o biológico, que se requieren para el diagnóstico y/o tratamiento. Algunas indicaciones de la biopsia percutánea de hueso incluyen neoplasias óseas, osteitis, discitis y artritis séptica. Cuando se establece un diagnóstico de discitis infecciosa, se realiza normalmente una aspiración del disco intervertebral mediante aguja para obtener confirmación histológica de la enfermedad y muestras de tejido para cultivo.



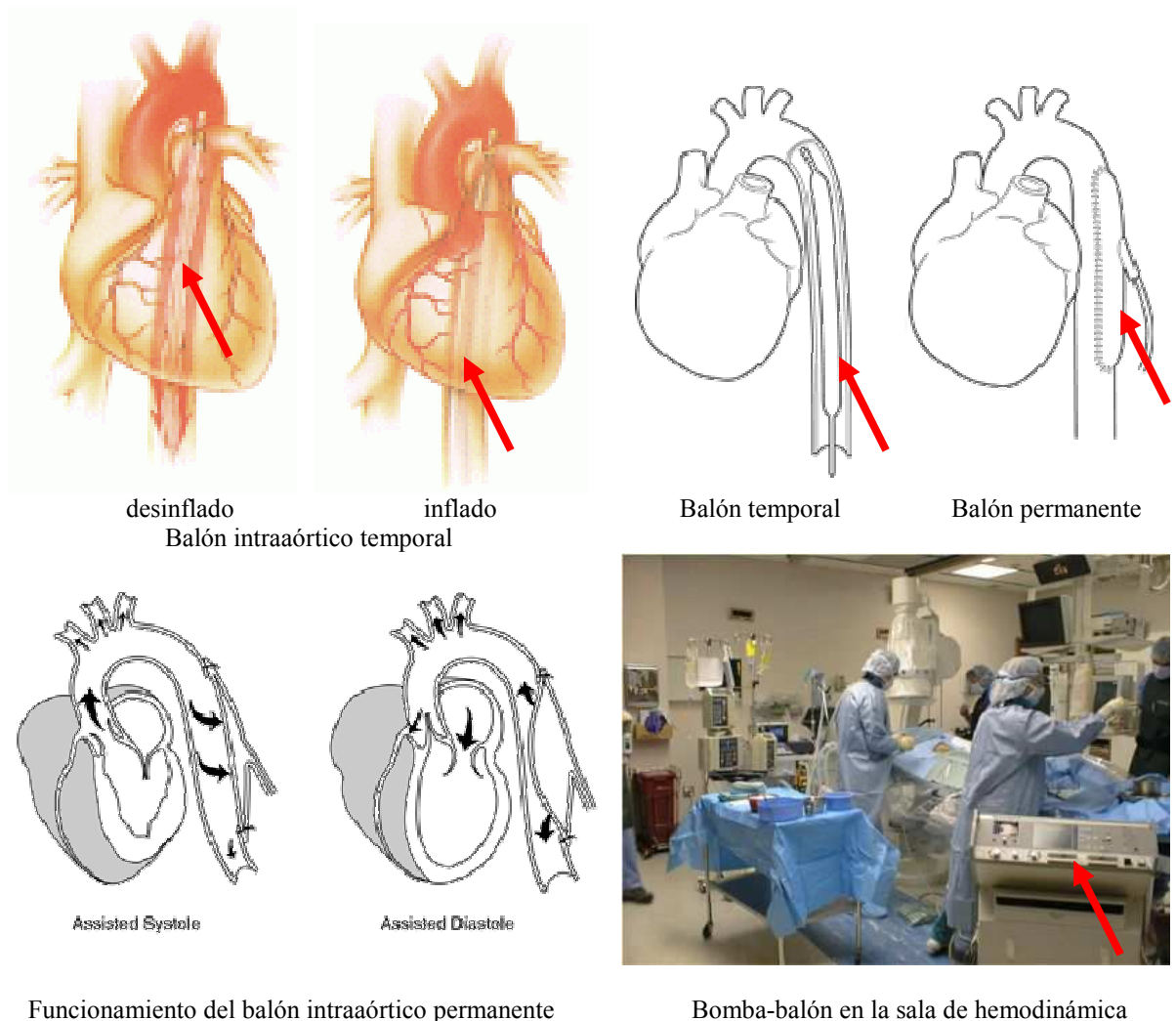
Aspiración guiada por TAC ^{NT}



Agujas de Chiba ^{NT}

Pregunta:

La paciente es una mujer de 57 años que es ingresada con pérdida de aliento y dolor torácico. El electrocardiograma demostró una elevación del segmento ST en zona apical inferior. La paciente se encontraba hipotensa y en choque cardiogénico. Tenía colocada una bomba-balón intra-aórtica y se inició tratamiento con Levophed® (bitartrato de norepinefrina^{NT}). Fue llevada urgentemente a la sala de cateterización cardiaca y sometida a cateterización cardiaca izquierda, angiografía coronaria y ventriculografía izquierda. La cateterización cardiaca mostró algunas lesiones menores de la obtusa marginal, pero las otras arterias coronarias no mostraban enfermedad coronaria significativa. La ventriculografía izquierda reveló un abalonamiento apical marcado compatible con un síndrome de abalonamiento apical del ventrículo izquierdo. La bomba-balón intraaórtica fue retirada y en el ecocardiograma siguiente mostró una recuperación excelente de la función ventricular izquierda con una fracción de eyección del 65% sin trombos. El médico informó un síndrome de abalonamiento apical. ¿Cómo debe ser codificado dicho síndrome?



Esquemas y modelos de bomba-balón intraaórtico^{NT}

Respuesta:

Asigne el código 429.89, Otras enfermedades cardíacas mal definidas, Otras, para el síndrome de abalonamiento apical. El código 785.51, Choque cardiogénico, debe asignarse como diagnóstico adicional. Asigne los códigos 37.61, Implante de balón de contrapulsación, 37.22, Cateterización cardíaca izquierda, 88.57, Otra arteriografía coronaria y no especificada, 88.53, Angiocardiógrafa de estructuras cardíacas izquierdas, y 88.72, Ecocardiografía, para los procedimientos realizados.

El síndrome de abalonamiento apical es una aquinesia transitoria extensa de comienzo agudo de la parte apical y media del ventrículo izquierdo, sin estenosis significativa en la coronariografía, que se acompaña de síntomas torácicos, cambios en el ECG y una liberación limitada de marcadores cardíacos no proporcionados con la extensión de la aquinesia. El síndrome es reversible y el movimiento anormal de la pared ventricular parecido a un globo se resuelve totalmente.

Pregunta:

Un paciente de 63 años de edad ingresa aquejado de dolor abdominal epigástrico y dificultad para comer. La endoscopia alta hecha para evaluarlo revela varices esofágicas de grado 2-3 y un estómago alargado en cascada compatible con gastropatía portal congestiva. El médico informa de varices esofágicas, hipertensión portal y gastropatía portal congestiva. ¿Cómo debe codificarse dicha gastropatía?

Respuesta:

Asigne el código 537.89, Otros trastornos especificados de estómago y duodeno, para la gastropatía portal congestiva. El código 572.3, Hipertensión portal, y el código 456.21, varices esofágicas en enfermedades clasificadas en otra parte, sin mención de sangrado, deben asignarse como diagnósticos adicionales.



Imágenes endoscópicas de gastropatía portal congestiva ^{NT}

La gastropatía portal congestiva, también llamada gastropatía hipertensiva portal, es clasificada como leve o aguda basada en hallazgos endoscópicos. Durante el examen endoscópico del estómago se observan cambios típicos de la mucosa en el fundus gástrico. Aunque esta afección puede recordar enormemente a la gastritis, la biopsia demuestra congestión sin inflamación significativa. En la forma leve, la mucosa gástrica está hiperémica y/o muestra múltiples áreas eritematosas de pequeño tamaño bordeada por un discreto dibujo amarillento o blanquecino. La gastropatía portal grave es normalmente la responsable de la mayoría de las hemorragia no varicosas en pacientes con cirrosis.

Pregunta:

¿Cuál es el código adecuado para la fiebre postoperatoria? ¿Tiene el médico que informar específicamente que la fiebre postoperatoria es una complicación de un procedimiento a fin de que el código 998.89, Otra complicación especificada de procedimiento, no clasificada en otro lugar, otra, pueda ser asignado?.El diagnóstico al alta manifiesta claramente “fiebre postoperatoria”.

Respuesta:

Asigne el código 998.89, Otra complicación especificada de procedimiento, no clasificada en otro lugar, para un diagnóstico de fiebre postoperatoria. En este caso, el médico informa de fiebre postoperatoria. Esta afección está indexada especialmente en la ICD.9-CM como sigue:

Fiebre
postoperatoria 998.89

Asigne el código 780.6, Fiebre, como diagnóstico adicional para identificar específicamente la fiebre como complicación. Sin embargo, si sólo está documentada la “fiebre” en la historia clínica y en el informe diagnóstico del médico, pregunte al mismo para determinar si es una complicación postoperatoria.

Pregunta:

El paciente se presenta para una colonoscopia por sangrado rectal. Los hallazgos incluyen hemorroides internas y externas no afirmándose si el sangrado rectal es debido a dichas hemorroides . ¿Cómo debería ser codificado?

Respuesta:

Pregunte al médico para determinar si el sangrado rectal es secundario a hemorroides o es un hallazgo accidental. Asigne el código 569.3, Hemorragia de recto y ano, si el médico afirma que las hemorroides son un hallazgo accidental y no están relacionadas con el sangrado rectal. Los códigos 455.0, Hemorroides internas sin mención de complicación y 455.3, Hemorroides externas sin mención de complicación, deben asignarse como diagnósticos secundarios. Asigne el código 45.23, Colonoscopia, para el procedimiento realizado.

Si, por el contrario, el médico establece una relación causal entre el sangrado y las hemorroides, asigne el código 455.2, Hemorroides internas con otra complicación, como diagnóstico principal. El código 455.5, Hemorroides externas con otra complicación, debe asignarse como diagnóstico secundario. No asigne el código de combinación para hemorroides con sangrado a no ser que el médico afirme explícitamente una relación causal.

Pregunta:

Un paciente se presenta con sangrado gastrointestinal y es sometido a una esofagogastroduodenoscopia con biopsia y colonoscopia. Los resultados muestran múltiples hallazgos que incluyen gastritis, duodenitis, esofagitis, diverticulitis (de colon) y pólipo de colon. El médico no relaciona el sangrado gastrointestinal con estas afecciones ni afirma que dicho sangrado gastrointestinal no sea debido a las mismas. ¿Cuál es la asignación correcta de códigos para estas afecciones?

Respuesta:

Pregunte al médico para determinar si el sangrado gastrointestinal fue causado por algunos de los hallazgos (gastritis, duodenitis, esofagitis, diverticulosis y/o pólipo). Asigne el código 578.9, Hemorragia de tracto gastrointestinal, no especificada, como diagnóstico principal, si el médico no establezca la relación causal entre el sangrado gastrointestinal y los hallazgos. Los códigos 553.50, Gastritis y gastroduodenitis inespecífica, sin hemorragia, 536.60, Duodenitis, sin hemorragia, 530.10, Esofagitis, inespecífica, 562.10, Diverticulosis de colon (sin mención de hemorragia) y 211.3, Neoplasia benigna de otras partes del aparato digestivo, Colon, deben asignarse como diagnósticos adicionales. Los códigos de combinación describiendo la hemorragia no deben asignarse a no ser que el médico identifique una relación causal. Si la documentación proporciona una información más específica y la hemorragia está relacionada a una afección concreta, asigne el código de combinación adecuado con sangrado. Asigne el código 45.16, Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia cerrada, y el código 45.23, Colonoscopia, para los procedimientos realizados. La presente información sustituye a la publicada en *Coding Clinic*, Segundo trimestre de 1992, páginas 8-9.

Pregunta:

Si un médico da una orden telefónica o escrita de un cierto medicamento, ¿puede el codificador asignar el código diagnóstico basado en el medicamento prescrito y en que la afección se sabe que es tratada sin documentación del médico?

Respuesta:

Es inadecuado para los codificadores asignar un diagnóstico basado únicamente en las ordenes o prescripciones de medicación sin que el médico haya documentado el diagnóstico por el cual está siendo tratado. El médico debe documentar claramente el diagnóstico o el problema a fin de que dicha afección sea codificada. Cuando haya una duda sobre si la afección está presente o la documentación no está clara, pregunte al médico para aclararlo.

Pregunta:

Un paciente con afecciones crónicas debilitantes es ingresado en una institución de cuidados de larga duración. El médico dio una orden telefónica para administrar medicación antidepresiva. No hay mención de depresión en la documentación de la historia clínica. ¿Sería adecuado asignar un código de depresión basado en la orden telefónica para administrar antidepresivos?

Respuesta:

Sería inadecuado asignar un código de depresión sin una documentación del médico que lo soporte. Pregunte al médico sobre la orden telefónica y si el paciente tiene un diagnóstico de depresión. Si el médico indica que el paciente tiene depresión, pídale que corrija la documentación y añada el diagnóstico a la historia.

Pregunta:

Un nuevo residente de un servicio de larga estancia hace una prescripción de Ativan® (Lorazepam^{NT}). En las órdenes de tratamiento el médico documenta “DX: Ansiedad”. ¿Sería adecuado codificar la ansiedad basada en la documentación de este diagnóstico en las órdenes de tratamiento?

Respuesta:

Sería adecuado asignar un código de ansiedad basado en la documentación de la afección de las órdenes de tratamiento. Este consejo se aplica tanto a las órdenes verbales como escritas por el médico. En tanto en cuanto el médico documenta un diagnóstico y no hay conflictos con la información de cualquier otra parte de la historia clínica, es adecuado codificar el diagnóstico. Si hay evidencia de un diagnóstico dentro de la historia clínica y el codificador no tiene claro si es un diagnóstico válido, es responsabilidad del mismo preguntar al médico para determinar si el diagnóstico debe incluirse como diagnóstico final.

Pregunta:

Si el médico documenta que un paciente tiene una hipertrofia benigna de próstata (HBP) con goteo, vaciamiento vesical incompleto u otros síntomas, ¿es admisible usar códigos de la categoría 600 con el 5º dígito “1” para la obstrucción urinaria? Si usamos un código “con obstrucción”, ¿usaríamos un código secundario para identificar el síntoma específico?

Respuesta:

Si el paciente con HBP tiene síntomas de obstrucción o retención urinaria, como vaciamiento vesical incompleto, se admite usar el 5º dígito de “con obstrucción” para el código de HBP. Los quintos dígitos fueron creados específicamente para identificar que la hipertrofia prostática está obstruyendo el flujo de orina en algún grado, no exactamente para la obstrucción completa. No son necesarios códigos adicionales para el síntoma de obstrucción urinaria o retención.

Si un paciente con HBP tiene síntomas de incontinencia urinaria, tal como goteo postvaciamiento, **no** debe asignarse el quinto dígito “con obstrucción” a no ser que el médico haya documentado específicamente una obstrucción urinaria. Como se indica en la nota “use código adicional” bajo la categoría 600, debe asignarse un código adicional junto como la HBP para identificar la incontinencia urinaria.

Pregunta:

¿Cuál es el código de procedimiento para la medida no invasiva de la presión de llenado del ventrículo izquierdo (LVFP)?

Respuesta:

Asigne el código 89.59, Otras medidas cardíacas y vasculares no operatorias, para la medida no invasiva de la presión de llenado del ventrículo izquierdo (LVFP).

La medida no invasiva de la presión de llenado del ventrículo izquierdo (LVFP), también conocida como procedimiento VeriCor® es un procedimiento no invasivo y se usa para determinar la presión diastólica final del ventrículo izquierdo (LVEDP). Se hace una maniobra de Valsalva por un período de 15 minutos teniendo el paciente que soplar en una boquilla de un manómetro digital para producir una presión espiratoria de 20-30 mm Hg en al menos 8 segundos. La presión espiratoria y la presión sanguínea arterial son registradas, grabadas y analizadas. Esta técnica está diseñada para reconocer los niveles de presión de llenado normal las desviaciones de las presiones de llenado que exceden de lo normal, para proporcionar una valoración del fallo ventricular izquierdo.

Pregunta:

Nuestros patólogos y radiólogos frecuentemente documentan interpretaciones en entorno ambulatorio con términos tales como “consecuente con”, “compatible con”, “indicativo de”, “sugestivo de” y “comparable con”. Cuando se les pregunta, indican que no están seguros al 100% de que el paciente tenga esa afección. ¿Deberíamos asignar un código para esas afecciones como si estuvieran confirmadas?

Respuesta:

Estos términos encajan con la definición de afección probable o sospechada. De acuerdo a las *Normas Oficiales para Codificación e Información* (Sección IV), los diagnósticos de pacientes ambulatorios documentados como “posible”, “sospechoso”, “cuestionable”, “descartado” o “en estudio” no son codificados. Preferentemente, codifique la afección con más alto grado de certeza para este contacto/visita, tales como síntomas, signos, resultados anormales de pruebas u otra causa de la visita.

Pregunta:

El médico responsable del ingreso del paciente ha incluido afecciones listadas con términos tales como “consecuente con”, “compatible con”, “indicativo de”, “sugestivo de” y “comparable con” en el diagnóstico final. ¿Cómo deben ser codificadas estas afecciones?

Respuesta:

Codifique estas afecciones como si fueran definitivas. Estos términos encajan con la definición de diagnóstico indeterminado. De acuerdo a las *Normas Oficiales para Codificación e Información* (Sección II y III), en hospitales de corta estancia, agudos, larga estancia y psiquiátricos si el diagnóstico documentado en el momento del alta es calificado como “posible”, “sospechado”, “probable” o “aún no descartado”, codifique la afección como si ésta existiera o estuviera establecida. Este consejo no debe aplicarse en diagnósticos al ingreso o provisionales

Aclaración

Sepsis con hipotensión

Pregunta:

El *Coding Clinic*, Cuarto Trimestre de 2003, página 79-81 (páginas 62-63 de la versión traducida ^{NT}), indica “el choque séptico es una sepsis con hipotensión, un fallo del sistema cardiovascular”. Nuestros codificadores han interpretado esto de manera literal, pensando que siempre que estén documentados sepsis e hipotensión debe codificarse el choque séptico. Cuando la sepsis se presenta con hipotensión, ¿deben los codificadores asumir esto como choque séptico?

Respuesta:

Sería inadecuado asignar choque séptico cuando sepsis e hipotensión están ambas documentadas en la historia clínica. El médico debe registrar específicamente “choque séptico” en el diagnóstico a fin de codificarlo como tal. Si la documentación es ambigua en cuanto al diagnóstico, pregunte al médico para aclararlo.

Por favor anote que cualquier información clínica publicada en *Coding Clinic* es proporcionada como material básico para ayudar al codificador al entendimiento del proceso de la enfermedad. No intenta sustituir la necesidad de la documentación específica del médico para confirmar la asignación del código.

Noticia de Corrección

Biopsia de hígado con Tru-Cut

El Coding Clinic, Segundo Trimestre de 2005, página 13 (página 11 de la versión traducida^{NT}), indica el código 50.12, Biopsia abierta de hígado, para la biopsia de hígado Tru-Cut. Esto es incorrecto. Asigne el código 50.11, Biopsia de hígado cerrada (percutánea) [con aguja] para la biopsia hepática Tru-Cut. Por definición la biopsia Tru-Cut es una biopsia con aguja. La biopsia Tru-Cut incluye una aguja grande con su interior parcialmente ahuecado con una trampilla en la punta a fin de mantener la muestra en su lugar. (Véase las imágenes de agujas Tru-Cut en la versión traducida del *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 2005, página 12^{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 junto con los esquemas y dibujos que se incluyen para una mejor comprensión de los textos y que no vienen en la publicación original, añadidos como “notas del traductor” NT.

Su distribución se hace de manera totalmente gratuita y exclusivamente para uso particular y dirigida a personas concretas para su formación personal. Por tanto de cualquier uso que se haga del mismo y que no sea el anteriormente referido el traductor no se hace responsable.