

---

# AHA

## Coding Clinic™

---

for ICD-9-CM

---

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

---

**Volumen 20**  
**Número 2**

**Segundo Trimestre**  
**2003**

---

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 1 de agosto de 2003 (sólo en USA <sup>NT</sup>)

#### **En este número**

Mamografía de cribaje y Mamografía diagnóstica  
Pregunte al Editor  
Aclaraciones  
Noticia de corrección

#### **Mamografía de cribaje y Mamografía diagnóstica**

La guía del National Cancer Institute (NCI) para mamografía de cribaje recomienda que las mujeres asintomáticas de 40 o más años sean exploradas una vez cada dos años y las mujeres de 50 años o más lo sean cada uno a dos años. Además el NCI recomienda que las mujeres más jóvenes que tienen un alto riesgo de desarrollar cáncer de mama consulten con su médico a fin de considerar realizar una mamografía de cribaje y la frecuencia de tales exploraciones.

El cribaje es la realización de pruebas para una enfermedad o precursores de una enfermedad en individuos aparentemente sanos en los cuales se puede proporcionar una detección y tratamiento precoces en aquellos en que las pruebas den positivo a dicha enfermedad. Cuando se indica una prueba diagnóstica en ausencia de signos, síntomas u otra evidencia de enfermedad o lesión (i.e. cribaje), el diagnóstico principal debe ser la causa de la prueba. Si se encontrara alguna afección durante la prueba, entonces la afección debe ser usada como diagnóstico principal. Esta información fue publicada previamente en *Coding Clinic*, cuarto trimestre de 2001, páginas 55-56 (página 17 de la versión traducida <sup>NT</sup>), y sustituye a la publicada en el cuarto trimestre de 1996, página 53, y primer trimestre de 1999, página 4.

Las siguientes preguntas y respuestas se proporcionan para ilustrar el uso correcto de los códigos de la mamografía de cribaje (V76.11-V76.12).

**Pregunta:**

Una mujer sana de 40 años de edad se presenta en el departamento de radiología para una mamografía de cribaje. La paciente no tiene síntomas o riesgos conocidos de cáncer de mama. ¿Cómo debería ser codificado esto?

**Respuesta:**

Asigne el código V76.12, Cribaje especial para neoplasia maligna, Otro cribaje con mamografía, para este episodio.

**Pregunta:**

Una mujer asintomática es remitida al departamento de radiología ambulatorio para mamografía de cribaje. La paciente es considerada como de alto riesgo por historia familiar de neoplasia maligna de mama en la madre y la hermana. ¿Cómo debe ser codificado este contacto?

**Respuesta:**

Asigne el código V76.11, Cribaje con mamografía para pacientes de alto riesgo, como diagnóstico principal, seguido del código V16.3, Historia familiar de neoplasia maligna de mama. El alto riesgo incluye la historia familiar de cáncer de mama.

**Pregunta:**

Una mujer de 65 años de edad asintomática tiene una mamografía de cribaje que revela una masa mamaria. El médico programó a la paciente para una biopsia de seguimiento de la masa mamaria en una fecha posterior. ¿Cómo debe ser codificado el presente episodio para la mamografía? ¿Debería ser considerado a pesar de todo un cribaje ya que el resultado fue positivo?

**Respuesta:**

Asigne el código V76.12, Cribaje especial para neoplasia maligna, Otro cribaje con mamografía, como diagnóstico principal, ya que fue una mamografía de cribaje. A pesar de que se encontró una masa en la mama, la visita actual debe ser considerada a pesar de todo un cribaje. Asigne el código 611.72, Bulto o masa en la mama, como diagnóstico secundario. Esta información está de acuerdo con la publicada en Coding Clinic, cuarto trimestre de 2001, páginas 55-56 (página 17 de la versión traducida <sup>NT</sup>).

**Pregunta:**

Una paciente con masa en la mama fue identificada por el médico de atención primaria y remitida al departamento de radiología para mamografía diagnóstica. ¿Cómo debe ser codificada?

**Respuesta:**

Codifique cualquier hallazgo positivo encontrado en la mamografía diagnóstica. Si no hay hallazgos, asigne la razón de la prueba como diagnóstico principal. En este caso, asigne el código 611.72, Bulto o masa de mama. No asigne el código V76.12, Cribaje especial para neoplasia maligna, Otro cribaje con mamografía, ya que no era una mamografía de cribaje. Las mamografías diagnósticas difieren de las mamografías de cribaje. Las mamografías de cribaje son para pacientes sin problemas aparentes. Las mamografías diagnósticas son realizadas cuando se identifica un problema, tal como masa en la mama, dolor, secreción, etc. La mamografía diagnóstica debe tener un diagnóstico, signo, síntoma u otro problema documentado.

**Pregunta:**

Una paciente asintomática con historia de cáncer de mama que actualmente no tiene enfermedad es remitida por su médico de atención primaria para una mamografía de seguimiento. ¿Cuál es la asignación correcta de códigos para este contacto?

**Respuesta:**

Cuando un examen de seguimiento está dirigido a determinar si hay evidencia de recidiva o de metástasis de cáncer y no se encuentra evidencia de malignidad, el caso se clasifica en la categoría V67, usando la subcategoría apropiada para identificar el tipo de terapéutica llevada a cabo más recientemente. Asigne el código V10.3, Historia personal de neoplasia maligna, Mama, como diagnóstico secundario. Si el examen de seguimiento demuestra recidiva o metástasis, el código de la categoría V67 no debería ser usado. Debería asignarse el código apropiado de la neoplasia maligna (primaria o secundaria).

---

## **Pregunte al Editor**

### **Pregunta:**

Un paciente de 50 años con historia de leucemia aguda linfoblástica y colocación previa de reservorio de Ommaya es admitido para un segundo ciclo de quimioterapia intratecal. Nuestro servicio actualmente codifica la quimioterapia intratecal y la quimioterapia intrarreservorio como 99.25, Inyección o infusión de sustancia quimioterápica para cáncer, y 03.8, Inyección de agente destructivo en el canal espinal. Pero, basado en la “nota de inclusión” de la categoría 99.2, Inyección o infusión de otra sustancia terapéutica o profiláctica, debe ser asignado un código adicional para la inyección intratecal. ¿Es apropiado asignar el código 03.92, Inyección de otro agente en el canal espinal, para la quimioterapia intratecal?

### **Respuesta:**

Asigne el código 99.25, Inyección o infusión de sustancia quimioterápica para cáncer, y el código 03.92, Inyección de otro agente en el canal espinal, para la inyección intratecal de quimioterapia. El código 03.8 es inapropiado, ya que la quimioterapia no está clasificada como agente destructivo.

### **Pregunta:**

Un paciente diabético tipo I de 10 años de edad, con estado de colocación de bomba de insulina de una semana se presenta en el hospital para entrenamiento y ajuste de la bomba de insulina. La bomba ha sido puesta en marcha con solución salina la pasada semana. La terapia con bomba de insulina será iniciada en el hospital. ¿Cómo debe codificarse este caso (código 250.01 frente a V65.19)?

### **Respuesta:**

Asigne el código V53.9, Colocación y ajuste de otro dispositivo, Otro dispositivo especificado, como diagnóstico principal. El código 250.01, Diabetes mellitus sin mención de complicación, tipo I [tipo insulino dependiente][DMID][tipo juvenil], no indicada como incontrolada, debe ser asignado como diagnóstico secundario.

Por favor fíjese que la colocación y ajuste de bomba de insulina fue discutido en la reunión del Comité de Mantenimiento y Coordinación de la ICD-9-CM de Abril de 2002. Se discutió una propuesta para crear nuevos códigos que serán efectivos el 1 de octubre de 2003.

### **Pregunta:**

La paciente es una mujer de 36 años con una larga historia de lupus eritematoso sistémico ingresada en fallo renal agudo secundario a nefritis lúpica. En este caso, ¿debería ser colocado como diagnóstico principal el fallo renal agudo o la nefritis lúpica?

### **Respuesta:**

Asigne el código 710.0, Lupus eritematoso sistémico, como diagnóstico principal. La documentación médica indica que la paciente fue ingresada por nefritis lúpica. El código 584.9, Fallo renal agudo, inespecífico, y 583.81, Nefritis y nefropatía no especificada como aguda o crónica en enfermedad clasificada bajo otro concepto, debe ser asignado como diagnóstico secundario. La clasificación ICD-9-CM proporciona una guía para la correcta secuenciación en estos casos. Es una nota de instrucción bajo el código 583.81 que dirige al codificador a codificar como diagnóstico principal la enfermedad subyacente, tal como lupus eritematoso. Adicionalmente, hay una nota de instrucción bajo el código 710.0 que dirige al codificador a usar un código secundario que identifique la manifestación..

### **Pregunta:**

Un paciente de 37 años con lupus eritematoso sistémico, con incumplimiento de tratamiento, en hemodiálisis por fallo renal crónico secundario a nefritis lúpica es ingresado aquejado de falta de aliento y tos productiva. Se advirtió un gran derrame pleural izquierdo. Igualmente se notó también eritema sobre el injerto de Gortex<sup>®</sup> recién colocado en el brazo izquierdo. La documentación médica indicaba que los cultivos de sangre eran positivos a una bacteriemia por Gram-positivo al parecer secundaria a celulitis del brazo alrededor de la derivación posiblemente de origen pulmonar. El paciente fue ingresado para posterior evaluación y tratamiento. Comenzó con Vancomicina y se colocó un tubo de drenaje torácico con drenaje de 1300 cc de líquido amarillo turbio. ¿Cuál es el diagnóstico principal para este ingreso y hay relación directa entre el derrame pleural y el LES?

### **Respuesta:**

Pregunte al médico acerca de la relación causa-efecto, dado que el codificador no puede suponer una relación y el médico no documenta una conexión entre el lupus y el derrame pleural. “Implicación pulmonar” (“Neumonopatía” en la versión traducida de la CIE9MC<sup>NT</sup>) tal como se refiere en el código 517.8 indica una implicación secundaria a lupus. Si el médico afirma que el derrame pleural es secundario al lupus, asigne el código 710.0, Lupus eritematoso sistémico, como diagnóstico principal con el código 517.8, Neumonopatía en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto, como diagnóstico secundario. Codifique 996.62, Infección y reacción inflamatoria por otro implante vascular e injerto, 682.3, Otra celulitis y absceso, Brazo y antebrazo, 790.7, Bacteriemia, 041.89, Infección bacteriana en enfermedades clasificadas bajo otro concepto, Otra bacteria especificada, 585, Fallo renal crónico, V45.1, Estado de diálisis renal, 538.81, Nefritis y nefropatía, no especificado como aguda o crónica en enfermedades clasificadas bajo otro concepto, y V15.81, Incumplimiento de tratamiento médico, deben ser asignados como diagnósticos secundarios. Asigne el código 34.04, Inserción intercostal de catéter para drenaje, para la colocación del tubo de drenaje torácico.

Si, por el contrario, el médico afirma que no hay relación entre el lupus y el derrame pleural, asigne el código 511.9, Derrame pleural no específico, con diagnóstico principal.

**Pregunta:**

Un niño es dado a luz mediante parto vaginal espontáneo con una vuelta de cordón en el cuello que es reducida sin incidencias. Cuando una vuelta floja de cordón se quita del cuello del recién nacido y no afecta al tratamiento de la madre o al niño, ¿debería asignarse un código para dicha vuelta floja de cordón?

**Respuesta:**

Asigne el código 663.31, Complicaciones del cordón umbilical, Otros enredos y no especificados, sin mención de compresión, Parto con o sin mención de afección anteparto, para la historia de la madre. El código V27.0, Resultado del parto, nacido vivo único, debe ser asignado como diagnóstico secundario.

Para la historia del recién nacido, asigne el código 762.5, Otra compresión del cordón umbilical, como código secundario sólo si la compresión del cordón afecta al niño. El código V30.00, Nacido vivo único, Nacido en el hospital, parto sin mención de cesárea, debe ser registrado como diagnóstico principal. Si la compresión o enredo no ha afectado al niño, no debe ser informado en la historia del recién nacido. (En nuestro caso, los códigos V30 no se usan como diagnóstico principal ya que los recién nacidos normales no se ingresan ni contabilizan estancias hospitalarias <sup>NT</sup>)

**Pregunta:**

Una mujer de 71 años diagnosticada de metástasis hepática de cáncer de colon es ingresada para tratamiento de una lesión del lóbulo izquierdo del hígado. Usando orientación por TAC la sonda de radiofrecuencia fue progresando en dos áreas. Ambas áreas fueron tratadas con ablación de radiofrecuencia con buenos niveles de temperatura. ¿Cuál es el código de procedimiento para la ablación de lesiones por radiofrecuencia?

**Respuesta:**

Asigne el código 50.29, Otra destrucción de lesión de hígado, para la ablación de lesiones vía radiofrecuencia.

**Pregunta:**

Una mujer de 94 años se sometió a ablación con infusión alcohólica guiada por tomografía computerizada por insulinoma pancreático. Se infundieron once mililitros de alcohol absoluto en la región de la cola del páncreas con 10 mililitros en el cuerpo. ¿Cuál es el código de procedimiento correcto?

**Respuesta:**

Asigne el código 99.29, Inyección o infusión de otra sustancia terapéutica o profiláctica, para el procedimiento realizado.

**Pregunta:**

¿Cuándo es apropiado asignar el código 412, Infarto antiguo de miocardio, versus 414.8, Otras formas especificadas de enfermedad cardiaca isquémica crónica, como diagnóstico secundario para mostrar cualquier infarto antiguo de miocardio (IM)?

**Respuesta:**

El código 412, Infarto antiguo de miocardio, es un código de historia y debe ser informado para identificar un “IM curado o antiguo” tanto si el paciente experimenta problemas actualmente como no. Un infarto antiguo de miocardio es codificado porque es significativo y afecta el tratamiento del paciente. La nota bajo el código 412 menciona “actualmente no presentando síntomas” se refiere a síntomas relacionados con el infarto de miocardio antiguo previo, no síntomas cardiacos generales. Esta información se corresponde con la nota previamente publicada en *Coding Clinic* de julio-agosto de 1984, páginas 6-7.

**Pregunta:**

Un hombre de 19 años es ingresado para tratamiento de abuso de sustancias. Ha estado abusando de la droga “éxtasis” en el pasado año. ¿Cómo debe ser codificado el abuso de éxtasis?

**Respuesta:**

Asigne el código 305.70, Abuso de anfetamina o simpaticomiméticos relacionados, inespecífico.

**Pregunta:**

Un hombre de 15 años fue llevado al servicio de urgencias tras ingestión de pastillas de éxtasis. El paciente desarrolló taquicardia, vértigo y lecturas de presión sanguínea elevadas. ¿Cuál es la asignación correcta de códigos para la sobredosis por éxtasis?

**Respuesta:**

Asigne el código 969.7, Envenenamiento por agente psicotrópico, Psicoestimulantes, como diagnóstico principal. Los códigos 785.0, Taquicardia, inespecífica, 780.4, Vértigo y mareo, 796.2, Lectura de presión sanguínea elevada sin diagnóstico de hipertensión, y el código E854.2, Envenenamiento accidental por otros agentes psicotrópicos, Psicoestimulantes, deben ser asignados como diagnósticos secundarios. Si el médico documenta abuso de éxtasis, asigne también el código 305.70, Abuso de anfetamina o simpaticomiméticos relacionados, inespecífico. Remítase al *Coding Clinic*, primer trimestre de 1993, página 25, para información adicional.

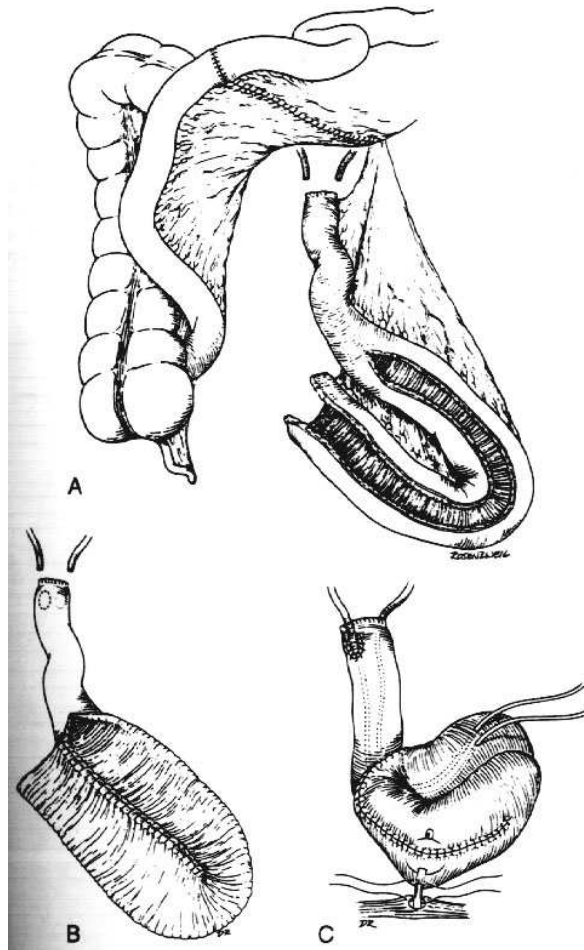
### Pregunta:

El paciente tiene un estado de cistectomía radical con formación de neovejiga ileal que tiene un fallo de anastomosis. El paciente es ingresado ahora para retirada de la bolsa de Koch y desviación del conducto urinario ileal. Durante el procedimiento, el conducto ileal (neovejiga) es extirpado, se toma una nueva sección de ileon con creación de una nueva neovejiga, y se inserta una endoprótesis ureteral. ¿Debería ser considerado una revisión del procedimiento?

### Respuesta:

No, esto no debería ser considerado una revisión ya que la neovejiga tuvo que ser recreada completamente. Por tanto, asigne el código 57.87, Reconstrucción de la vejiga urinaria y 45.51, Aislamiento de segmento de intestino delgado, para la creación de la neovejiga ileal. El código 59.8, Cateterización ureteral, debe ser asignado también para la colocación de la endoprótesis ureteral. La anastomosis ureteroileal está incluida en la cirugía de la neovejiga ileal. El código apropiado debe ser encontrado en el Índice de Procedimientos de la siguiente manera:

#### Reconstrucción vejiga con ileon 57.87 [45.51]



Construcción de una neovejiga ileal <sup>NT</sup>



**Pregunta:**

El paciente tiene una historia de fibrosis quística y de trasplante pulmonar hace tres años. El paciente es ahora ingresado porque los niveles de ciclosporina eran extremadamente bajos (subterapéutico) llevando al rechazo crónico de su trasplante de pulmón. El médico denomina esto inmunosupresión no terapéutica. No se sabía si esto era debido a un incumplimiento por parte del paciente o a un incremento del metabolismo de la ciclosporina oral. ¿Cómo debe ser codificado?

**Respuesta:**

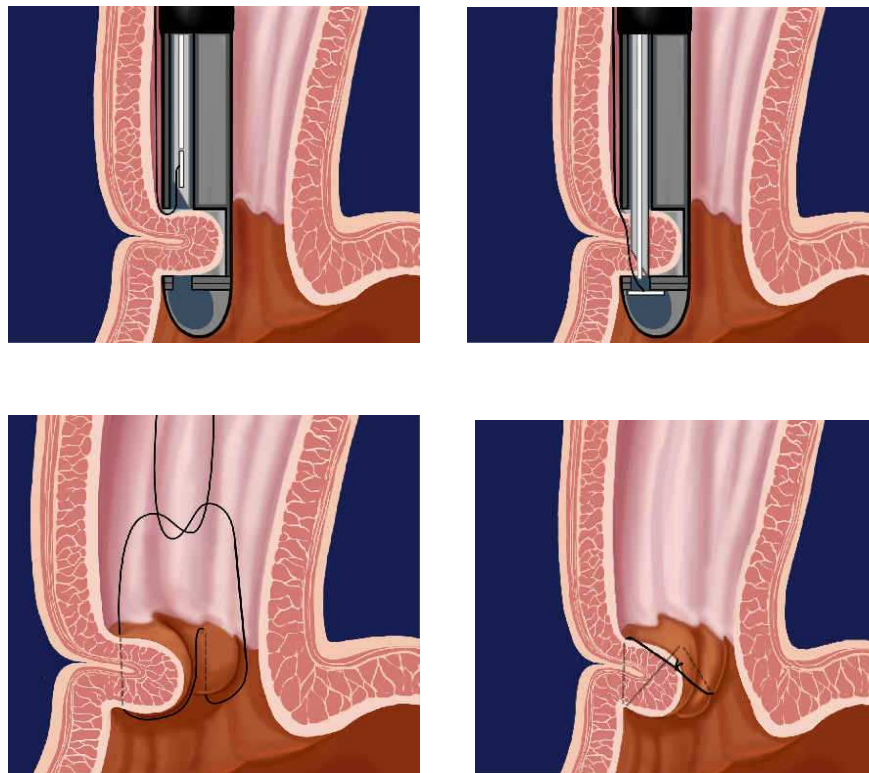
Asigne el código 996.84, Complicación de trasplante de pulmón, para la inmunosupresión no terapéutica como diagnóstico principal. El principal problema era el rechazo crónico del trasplante pulmonar. La inmunosupresión no terapéutica se refiere a que los niveles de ciclosporina eran bajos (subterapéuticos) y es indicativo de rechazo crónico, lo que es apropiado codificar como complicación de trasplante de pulmón. El código 277.00, Fibrosis quística, sin mención de ileo meconial, debe ser asignado como diagnóstico secundario.

**Pregunta:**

La sutura endoscópica de la unión esofagogástrica es un procedimiento nuevo que está siendo realizado para aliviar los síntomas del reflujo gastroesofágico. ¿Cuál debería ser el código correspondiente de procedimiento?

**Respuesta:**

Asigne el código 44.66, Otros procedimientos para la creación de competencia del esfínter esofagogástrico, para la sutura endoscópica de la unión esofagogástrica.



Sutura endoscópica de la unión esofagogástrica <sup>NT</sup>

**Pregunta:**

Un paciente de 50 años que fue sometido a resección radical de mandíbula por ameloblastoma maligno hace tres meses es programado para una reconstrucción en fase II para reparar el defecto e continuidad mandibular. El cirujano consigue la reconstrucción de la mandíbula con injerto de hueso. ¿Debe asignarse la neoplasia maligna como diagnóstico principal, ya que es una etapa del procedimiento y considerado parte del tratamiento? ¿Cuál es la asignación apropiada de códigos de diagnóstico y procedimiento?

**Respuesta:**

Asigne el código 738.19, Otra deformidad adquirida de cabeza, Otra deformidad especificada, como diagnóstico principal. El código V10.81, Historia personal de neoplasia maligna de otro sitio, Hueso, debe ser asignado como diagnóstico secundario. La reconstrucción de mandíbula no debería ser considerada parte del tratamiento del cáncer. Esta nota es coherente con la Guía de Neoplasias (C2)D, previamente publicada en *Coding Clinic*, cuarto trimestre de 2002, páginas 134-137 (página 105 en la versión traducida<sup>NT</sup>), que afirma “Cuando una neoplasia maligna primaria ha sido previamente extirpada o erradicada de su sitio y no hay más tratamiento dirigido a ese sitio y no hay evidencia de ninguna neoplasia maligna primaria, debe ser usado un código V10, Historia personal de neoplasia maligna, para indicar el antiguo lugar de la neoplasia”. Asigne el código 76.43, Otra reconstrucción de mandíbula, y el código 77.79, Escisión de hueso para injerto, Otra, para los procedimientos realizados.

El ameloblastoma es un tumor epitelial odontogénico relativamente raro. Típicamente el crecimiento del tumor es más infiltrativo que expansivo. El tratamiento usual para el ameloblastoma es la resección radical y el tumor no es susceptible de radioterapia. El grado de resección quirúrgica es determinado por la extensión del tumor. Con tratamiento radical y revisiones periódicas el pronóstico es excelente.

**Pregunta:**

Un paciente de 34 años con historia de fractura previa es admitido en hospital de día por síntomas en el material de osteosíntesis. El procedimiento realizado fue movilización del clavo tibial con retirada de tornillos proximal y distal con manipulación de la rodilla. ¿Cuáles son los códigos apropiados para el diagnóstico y el procedimiento?

**Respuesta:**

Asigne el código 996.78, Otra complicación de dispositivo protésico interno (biológico) (sintético), implante e injerto, debido a otro dispositivo ortopédico interno, implante o injerto, como diagnóstico principal. Asigne el código 78.67, Eliminación de dispositivos implantados en hueso, tibia y peroné, para el procedimiento realizado. En la movilización son retirados los tornillos.

**Pregunta:**

¿Debería ser el código 773.1, Enfermedad hemolítica debida a isoimmunización ABO ser asignado en un Coombs positivo del neonato? Si no, entonces ¿qué código debe ser asignado?

**Respuesta:**

No, el código 773.1, Enfermedad hemolítica por isoimmunización ABO, es inapropiado para un test de Coombs positivo en el recién nacido. Los códigos no deben ser asignados basados en resultados de laboratorio únicamente. La codificación del 773.1 debe estar basada en la documentación médica de enfermedad hemolítica del recién nacido debido a incompatibilidad ABO. Como ha sido descrito en el Coding Clinic, tercer trimestre de 1992, página 9, el diagnóstico no puede ser basado en una única prueba de laboratorio. En este caso, hay que aclarar que el diagnóstico médico generalmente estará basado tanto en la incompatibilidad ABO como en el Coombs positivo. Sin embargo, los criterios clínicos adicionales normalmente son importantes. Estos generalmente incluyen esferocitos en el frotis de sangre (junto con otros hallazgos), e hiperbilirrubinemia. Otros hallazgos clínicos pueden ser igualmente importantes. Un test de Coombs positivo en un recién nacido puede ser también debido a una incompatibilidad Rh a cualquier otra compatibilidad de grupo, o puede ser un falso positivo.

Si el médico documenta los resultados, la asignación más apropiada de código es 790.99, Otro hallazgo no específico en el examen de sangre, Otro.

**Pregunta:**

Un paciente de 64 años con historia personal de cirugía lumbar es ingresado por infección de la herida lumbar y fallo en el dispositivo de fijación interna. El procedimiento realizado fue exploración de la herida, desbridamiento no escisional con irrigación, desmontaje del dispositivo con reaproximación del mismo y sustitución del tornillo del pedículo izquierdo de L5. ¿Cuáles son los códigos de procedimiento adecuados?

**Respuesta:**

Asigne el código 78.59, Fijación interna de hueso sin reducción de fractura, para la sustitución de los tornillos del pedículo y barras longitudinales. Este código incluye el desmontaje y retirada del dispositivo. El código 86.28, Desbridamiento no escisional de herida, infección o quemadura, debe ser asignado como procedimiento adicional.

**Pregunta:**

Un niño prematuro de una semana, que estaba con un monitor de apnea, fue llevado al servicio de urgencias porque el equipo seguía en alerta. En el examen no se encontró ningún problema en el niño. El problema resultó ser un malfuncionamiento del monitor. Esto no parece ser un diagnóstico ICD-9-CM para describir un contacto. ¿Cómo debería ser codificado? y ¿hay un código de complicación para describir un malfuncionamiento de un equipo?

**Respuesta:**

Asigne el código V29.8, Observación y evaluación de recién nacido por afección sospechada y no encontrada, Observación de otra afección específica sospechada, para este contacto. Si el niño tiene más de 28 días, asigne el código V71.89, Observación y evaluación por otra afección sospechada, Otra afección especificada sospechada. No hay código de la ICD-9-CM para describir un malfuncionamiento de un monitor de apnea.

**Pregunta:**

Un paciente con estado de reducción abierta con fijación por fractura de cadera, fue admitido en una unidad de largo tratamiento para terapia física para entrenamiento de la marcha y terapia ocupacional. El paciente fue igualmente tratado de diabetes mellitus, hipertensión y enfermedad coronaria. ¿Cómo debe ser codificado la estancia de largo tratamiento?

**Respuesta:**

Asigne el código V57.89, Cuidados que implican procedimientos de rehabilitación, Otro, como diagnóstico principal. Asigne el código V54.13, Cuidado posterior para curación de fractura traumática de cadera, 250.00, Diabetes mellitus sin mención de complicación, tipo II [no insulino dependiente] [DMNID] [comienzo adulto] o inespecífico, no incontrolada, 401.9, Hipertensión esencial, inespecífica, y 414.00, Aterosclerosis coronaria, de vaso inespecífico, nativo o injerto, como diagnóstico secundario.

**Pregunta:**

Un paciente con neoplasia maligna llega a hospital de día para infusión de quimioterapia. ¿Cuál es el diagnóstico principal: la admisión para quimioterapia o la neoplasia? Así mismo, ¿se aplicaría la Guía para Neoplasias (C2) para las visitas externas?

**Respuesta:**

Asigne el código V58.1, Contacto para otros procedimientos y cuidados posteriores y no especificados, Quimioterapia, para esta visita. La neoplasia maligna debe ser codificada como diagnóstico secundario. Como se muestra en la introducción a la Guía oficial para codificación, las convenciones, guías generales, y guías de capítulos específicos (tal como la de neoplasias) aplican al uso de la ICD-9-CM independientemente del lugar de los cuidados de salud. Asigne el código 99.25, Inyección o infusión de sustancia quimioterápica para cáncer, para la infusión de quimioterapia.

**Pregunta:**

Un paciente, que experimentó una parada respiratoria, fue intubado endotraquealmente y ventilado manualmente. Sin embargo el paciente falleció antes de ser colocada la ventilación mecánica. Puesto que la nota de inclusión bajo la categoría 96.7 muestra “asistencia respiratoria endotraqueal”, ¿debería ser el código correcto el 96.04, Inserción de tubo endotraqueal, y 96.71, Ventilación mecánica de menos de 96 horas consecutivas?

### Respuesta:

No, no sería apropiado asignar el código 96.71 para la ventilación manual. Asigne el código 93.93, Métodos no mecánicos de resucitación. Un ambú es una bolsa que se reinfla y produce respiración de presión positiva durante la resucitación, sosteniendo la respiración manualmente.

La ventilación mecánica es un proceso por el cual los gases son llevados a los pulmones por medio de dispositivos mecánicos que ayudan a la respiración aumentando o reemplazando el esfuerzo ventilatorio del propio paciente. Con la ventilación mecánica continua un paciente es intubado o traqueostomizado y recibe diferentes grados de asistencia para cumplir los requerimientos respiratorios de modo ininterrumpido.

### Pregunta:

Un paciente es sometido a meniscectomía medial por artroscopia seguido de una artrotomía y artroplastia con UniSpacer® por artritis degenerativa de la rodilla. ¿Cuál es la correcta asignación de códigos para la artroplastia de rodilla con UniSpacer®? ¿Podría ser considerado una sustitución parcial de rodilla (81.54) u otra reparación de rodilla (81.47)? El fabricante del dispositivo está recomendando codificar 81.54, sustitución total de rodilla, para esta cirugía.

### Respuesta:

Asigne el código 715.96, Osteoartritis, no especificada como generalizada o localizada, pierna, como diagnóstico principal para la artritis degenerativa de la rodilla. Asigne el código 81.47, Otra reparación de rodilla, para la artroplastia con UniSpacer®. El código 80.6, Escisión de cartílago semilunar de la rodilla, debe ser asignado como procedimiento adicional cuando se realiza una meniscectomía medial artroscópica.

El sistema UniSpacer® es un tratamiento nuevo alternativo para pacientes con osteoartritis de rodilla. El dispositivo está hecho de cromo-cobalto que se coloca entre las estructuras naturales de la rodilla, permanece en su lugar sin cementación del hueso y/o tornillos y está diseñado geométricamente para permanecer centrado, siguiendo el movimiento normal de la rodilla. Adicionalmente, el dispositivo ayuda a estabilizar el alineamiento de la rodilla. El UniSpacer® amortigua la articulación de la rodilla y no requiere fijación o escisión de hueso. Sin embargo es unicompartimental y no se considera sustitución total de rodilla.



Sistema UniSpacer®<sup>NT</sup>

---

## Aclaraciones

### Estudio electrofisiológico sobre inserción de desfibrilador

#### Pregunta:

La Central Office ha recibido numerosas preguntas acerca de los estudios electrofisiológicos (EEF) que se realizan durante la implantación de un cardioversor/desfibrilador automático. El Código 37.94 incluye la implantación de desfibrilador con electrodos, formación de bolsa, cualquier electrodo intravenosa, procedimientos intraoperatorios para la evaluación de señales de los electrodos y la obtención de medidas de umbral del desfibrilador. Sin embargo, basado en la nota de inclusión del código 37.94, Implantación o reemplazo de cardioversor/desfibrilador automático, sistema total [AICD], ¿debería asignarse un código adicional si se hace un estudio EEF durante la implantación del AICD?

#### Respuesta:

Los estudios electrofisiológicos cardiacos realizados durante la implantación de un cardioversor/desfibrilador automático (AICD) están incluidos en el código 37.94, Implantación o reemplazo de cardioversor/desfibrilador automático, sistema total [AICD]. La nota de inclusión “medición de umbral” mencionado en el código 37.94, se refiere al estudio electrofisiológico.

Por tanto, si la prueba del AICD es realizada durante la implantación del mismo, no asigne ningún código adicional para el estudio electrofisiológico. Sin embargo, los estudios electrofisiológicos diagnósticos realizados antes de la inserción del AICD deben ser codificados separadamente y asignar el código 37.26.

### Fusión vertebral de 360 grados

#### Pregunta:

¿Debería ser codificada la inserción de un dispositivo de fusión intersomático como una fusión vertebral de 360 grados?. Hemos sido aconsejados que la inserción de un dispositivo de fusión intersomática es indicativa de una fusión vertebral de 360 grados. Los cirujanos ortopédicos insisten en que por definición si esos dos procedimientos se vienen haciendo juntos a través de una sola incisión, constituye una fusión vertebral de 360 grados. La terminología que usan los hospitales es TLIF-fusión intersomática lumbar transforminal, PLIF-fusión intersomática lumbar posterior y utilización de dispositivo de fusión intersomática ¿Sería correcto que los hospitales hicieran esta correlación?



### **Respuesta:**

La inserción de un dispositivo de fusión intersomático (código 84.51) no indica una fusión vertebral de 360 grados. A la hora de asignar el código 81.61, Fusión vertebral de 360 grados, abordaje por incisión única, el médico debe documentar que la columna anterior y posterior han sido artrodesadas a través de una sola incisión. Como se ha publicado previamente en el *Coding Clinic*, cuarto trimestre de 2002, página 107 (página 83 de la versión traducida<sup>NT</sup>), “Una fusión espinal de 360 grados es una fusión de las porciones anterior y posterior de la columna realizada durante el mismo acto operatorio. Históricamente este procedimiento era realizado usando tanto un abordaje anterior como uno posterior haciendo una incisión, recuperándose el paciente y realizando una segunda incisión. Avances en la tecnología médica y las técnicas quirúrgicas proporcionan ahora la fusión vertebral anterior y posterior durante el mismo acto operatorio usando una sola incisión - usualmente por un abordaje lateral transversal”.

### **Fracaso respiratorio**

#### **Pregunta:**

Nuestros codificadores continúan teniendo dudas sobre el fracaso respiratorio debido a o asociado con una afección respiratoria. Entendemos la información publicada previamente en el *Coding Clinic*, segundo trimestre de 1991, y segundo trimestre de 2000, que indica “cuando la afección que ocasiona el ingreso es el fracaso respiratorio por una afección subyacente, el fracaso respiratorio es asignado como diagnóstico principal”.

Tenemos dudas sobre un caso donde la definición de diagnóstico principal se aplica por igual al fracaso respiratorio agudo y la neumonía. Cada afección parece haber sido tratada igualmente durante el ingreso hospitalario. Somos conscientes que la guía considera que si dos o más afecciones relacionadas cumplen potencialmente la definición de diagnóstico principal, cualquiera de ellas puede ser secuenciada primero, a menos que las circunstancias del ingreso, el tratamiento proporcionado, la lista tabular o el índice alfabético digan otra cosa. ¿Puede esta norma específica ser aplicada en el caso de fracaso respiratorio agudo y neumonía, cuando ambas afecciones cumplen la definición de diagnóstico principal?

#### **Respuesta:**

Si la causa del ingreso es un fracaso respiratorio y neumonía, el fracaso respiratorio debe ser secuenciado primero. Estas afecciones no son equivalentes. Cuando el fracaso respiratorio es documentado como secundario o asociado a una afección respiratoria, el fracaso respiratorio debe ser secuenciado como diagnóstico principal. Esto es coherente con la información previamente publicada sobre fracaso respiratorio. La norma que considera dos o más afecciones relacionadas que cumplen la definición de diagnóstico principal no es aplicable al fracaso respiratorio puesto que esta afección ha sido específicamente abordada en instrucciones separadas del *Coding Clinic*. Clínicamente, la neumonía conduce al fracaso respiratorio, que da como resultado que el paciente sea admitido. Si el fracaso respiratorio se desarrolla tras el ingreso, la neumonía debe ser secuenciada primero y el fracaso respiratorio como segundo.

---

## **Nota de corrección**

### **Cifoplastia**

El consejo publicado en *Coding Clinic*, segundo trimestre de 2002 (página 9 de la versión traducida <sup>NT</sup>), recomienda el código 78.49, Otra reparación u operación plástica de hueso, y el código 03.53, Reparación de fractura vertebral, para la cifoplastia. Este consejo no era totalmente preciso. Asigne sólo el código 78.49, Otra reparación u operación plástica de hueso para la cifoplastia. El código 03.53, Reparación de fractura vertebral, no debe ser asignado como procedimiento adicional. La cifoplastia incluye la reconstrucción de la vértebra o vértebras afectadas y cumple con la definición de osteoplastia. Por tanto, asiugne sólo el código 78.49, tanto si se ha reducido la fractura por compresión y/o restaurada la altura vertebral o no.