AHA
Coding Clinic ™

for **ICD-9-CM**

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

Volumen 22 **Segundo Trimestre**
Número 2 **2005**

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 10 de julio de 2005 (sólo en USA [NT])

En este número

Pregunte al editor
Aclaraciones
Noticia de corrección

Pregunte al Editor

Pregunta:

Ha habido recientemente una retirada de desfibriladores a causa de un defecto conocido de la batería. Mientras algunos pacientes reemplazarán el dispositivo en régimen ambulatorio, otros serán ingresados para este procedimiento. ¿Cuál debería ser el diagnóstico principal para pacientes ingresados o la causa del contacto ambulatorio para sustituir estos desfibriladores defectuosos?

Respuesta:

Asigne el código 996.04, Complicación mecánica de dispositivo cardiaco, implante e injerto, debido a desfibrilador cardiaco automático implantable, para este contacto y/o ingreso. Hay un problema conocido con la batería de estos desfibriladores el cual es la causa del contacto/ingreso.

Pregunta:

Les pedimos una aclaración acerca de la codificación de los desbridamientos escisionales. La norma dada en el Coding Clinic, Primer Trimestre de 1991, afirma asignar un código para las capas más profundas; esto es comprensible para capas que están incluidas en el índice tales como músculo y hueso. Sin embargo, ¿cómo son codificadas las capas más profundas de desbridamiento cuando éstas no están incluidas en el índice? Además el tabular no dirige al codificador a otra parte. Algunos ejemplos específicos son la fascia y el tejido blando. Estas son

capas más profundas que la piel y el tejido subcutáneo y sin embargo ni el índice ni el tabular llevan al codificador a otro código. Por favor indíquenos cómo codificar un desbridamiento escisional de lugares que están más profundos que la piel y el tejido subcutáneo pero no están incluidos en las indicaciones del índice o de la lista tabular.

Respuesta:

Cuando codificamos un desbridamiento de áreas diferentes a la piel y no hay una entrada en el índice o se proporcione una orientación en la entrada del tabular, el codificador debe buscar otros términos tales como escisión o destrucción de lesión de este lugar.

Por ejemplo, asigne el código 83.39, Escisión de lesión de otro tejido blando, para desbridamiento de tejido blando. Este código puede ser localizado en el índice de la siguiente manera:

Escisión, lesión
tejido blando NCOC 83.39

Asigne el código 83.39, Escisión de lesión de otro tejido blando, para desbridamiento de la fascia. Este código puede localizarse de la siguiente forma:

Escisión, lesión
fascia 83.39

Como se ha indicado anteriormente, cuando se codifica un desbridamiento de múltiples capas del mismo lugar, el codificador debe asignar sólo un código de la capa más profunda del desbridamiento. Así mismo, observe que un desbridamiento llevado a cabo junto con otro procedimiento es a menudo (pero no siempre) incluido en el código de dicho procedimiento. La entrada del índice y las notas de inclusión proporcionan orientación al codificador

Pregunta:

Un hombre de 85 años de edad se presenta en el hospital con una masa renal derecha. El médico diagnostica un carcinoma renal de células claras y un trombo tumoral de la vena renal. El tumor se extiende por la grasa envolvente de la vena renal derecha y la vena cava inferior. El paciente tiene también historia de colitis isquémica y estado de colostomía. Se realizó una nefrectomía radical con extirpación de la glándula suprarrenal y desmontaje de la colostomía. ¿Sería adecuado asignar un código adicional para la trombosis tumoral de la vena renal y la retirada del trombo? ¿Cuáles serían los códigos de diagnósticos y procedimientos adecuados?

Respuesta:

Asigne el código 189.0, Neoplasia maligna de riñón y otro órgano urinario especificado, Riñón, excepto pelvis, como diagnóstico principal. Asigne el código 198.89, Neoplasia maligna secundaria de otros sitios especificados, Otros sitios, Otro, para las metástasis (invasión) de la vena renal y vena cava inferior, y el código V53.3, Cuidado de aperturas artificiales, Colostomía, como diagnósticos adicionales.

Asigne el código 55.51, Nefroureterectomía, para la nefrectomía radical. Los códigos 07.29, Otra suprarrenalectomía parcial, y 46.52, Cierre de estoma de intestino grueso, deben asignarse para la extracción parcial de la glándula suprarrenal y el desmontaje de la colostomía. En la ICD-9-CM no hay un código específico para la nefrectomía radical. La nefrectomía radical incluye la extirpación del riñón junto con la glándula suprarrenal (la glándula productora de adrenalina que se sitúa sobre el riñón) y los ganglios linfáticos adyacentes. La nefrectomía total sólo incluye la extirpación del riñón.

(Efectivamente la nefrectomía radical incluye la extirpación de la suprarrenal. Por ello parece más correcto codificar el 07.22 Suprarrenalectomía unilateral en lugar del 07.29, Otra suprarrenalectomía parcial, para describir más exactamente la nefrectomía radical [NT])

El trombo tumoral no es ni un trombo (un coágulo de sangre localizado) ni un émbolo (un coágulo de sangre que se origina en otro sitio y viaja hacia el lugar actual). Es un tumor que ha invadido la vena renal y se extiende a la vena cava. La extirpación del trombo tumoral es parte integral de la cirugía y no debe codificarse por separado.

Pregunta:

Proporcionamos servicios de rehabilitación ambulatorios y tenemos varios pacientes pediátricos que han sido diagnosticados de trastorno central de la audición (CAPD). No hay un código específico en la ICD-9-CM para este trastorno. Los síntomas del CAPD incluyen la incapacidad para distinguir en habla con ruido de fondo, mantener la escucha durante tiempo, memoria a corto plazo afectada e incapacidad para escuchar diferencias entre sonidos. ¿Cómo es codificado el trastorno central de la audición?

Respuesta:

Asigne el código 315.32, Trastorno del lenguaje mixto receptivo-expresivo, para el trastorno central de audición (CAPD). Ya que el código 315.32 no describe completamente los síntomas específicos que pueden estar presentes y éstos pueden variar en cada paciente, asigne códigos adicionales para cualquier síntoma que muestre el paciente.

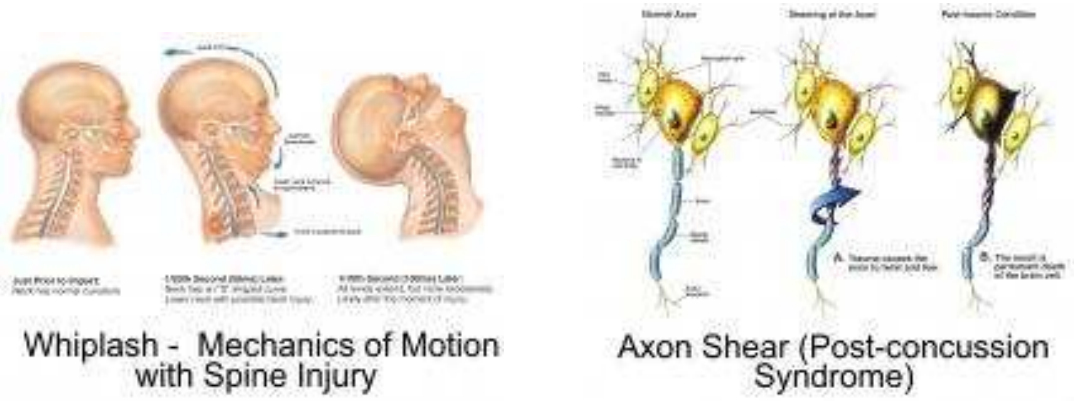
Pregunta:

La paciente es una mujer de 37 años de edad que estuvo involucrada en un accidente de vehículo a motor. Fue inicialmente ingresada en una unidad de cuidados agudos en el hospital por lesión cerebral traumática con lesión axonal difusa y lesiones de tipo cizallamiento y fue trasladada a un hospital de larga estancia para continuar el tratamiento de la lesión cerebral traumática y los déficits neurológicos. Fue inicialmente ingresada para continuar con el tratamiento de la lesión cerebral traumática y fue a continuación trasladada para un extenso programa de rehabilitación en el hospital de larga estancia, incluidas terapias cognitiva, física y ocupacional. El médico documenta los diagnósticos en el informe de alta como lesión traumática cerebral con lesión axonal difusa, trastornos de la concentración, memoria a corto plazo disminuida, dificultad en la atención y mantenimiento de la conciencia, afectación del equilibrio y de la marcha, así como afectación de las actividades cotidianas. ¿Cuál es la asignación correcta de códigos para este ingreso en hospital de larga estancia?

Respuesta:

Asigne el código 854.00, Lesión intracraneal de otra naturaleza e inespecificada, estado de conciencia inespecificado, como diagnóstico principal para la lesión cerebral traumática con lesión axonal difusa. Asigne el código 310.1, Trastorno mental no psicótico específico debido a daño cerebral, Cambio de personalidad debida a afecciones clasificadas en otro sitio, para el déficit neurológico resultante de la lesión cerebral traumática, y el código 781.2, Anomalía de la marcha, como diagnósticos secundarios. Asigne los códigos 93.39, Otra fisioterapia, 93.83, Terapia ocupacional, y 93.89, Rehabilitación, no clasificada en otro sitio, para la terapia física, ocupacional y cognitiva.

La lesión axonal difusa se denomina también como lesión por cizallamiento y es observada frecuentemente en pacientes con traumatismo grave de cabeza. Este tipo de lesión ocurre normalmente en deceleraciones/aceleraciones traumáticas tales como las de accidente de coche. Hay un daño extenso en el tejido nervioso y los procesos químicos normales del cerebro se interrumpen. Los pacientes pueden presentarse con una variedad de disfunciones temporales o permanentes dependiendo de la gravedad de la lesión. La lesión cerebral traumática es la causa más importante de estado vegetativo persistente y morbilidad y es un problema medico importante debido al alto nivel de debilitamiento del paciente.



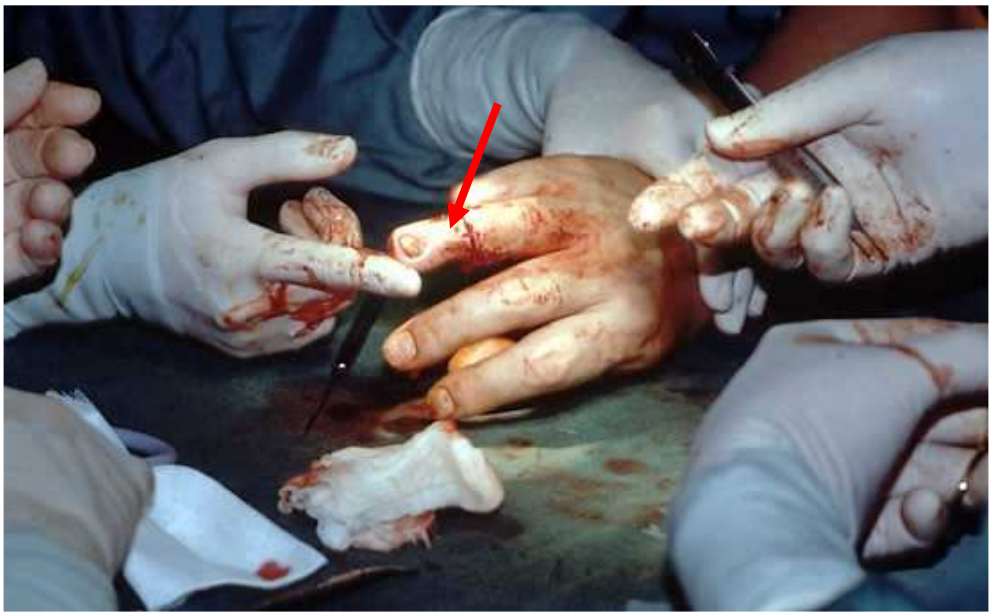
Mecanismo de la lesión por cizallamiento [NT]

Pregunta:

Un paciente de 32 años de edad sufre una lesión con aplastamiento y avulsión que da como resultado la pérdida de los dedos cuarto y quinto de la mano a la altura de las articulaciones metacarpofalángicas, pérdida de los dedos índice y medio a través de la falange proximal y pérdida del tejido blando dorsal de la mano izquierda. El paciente ha tenido múltiples intervenciones y es ingresado ahora para la amputación bilateral de dedos del pie con traslado bilateral de los dedos segundos ambos pies a la mano. ¿Cuál es la asignación de códigos de diagnóstico y procedimiento adecuados para el ingreso?

Respuesta:

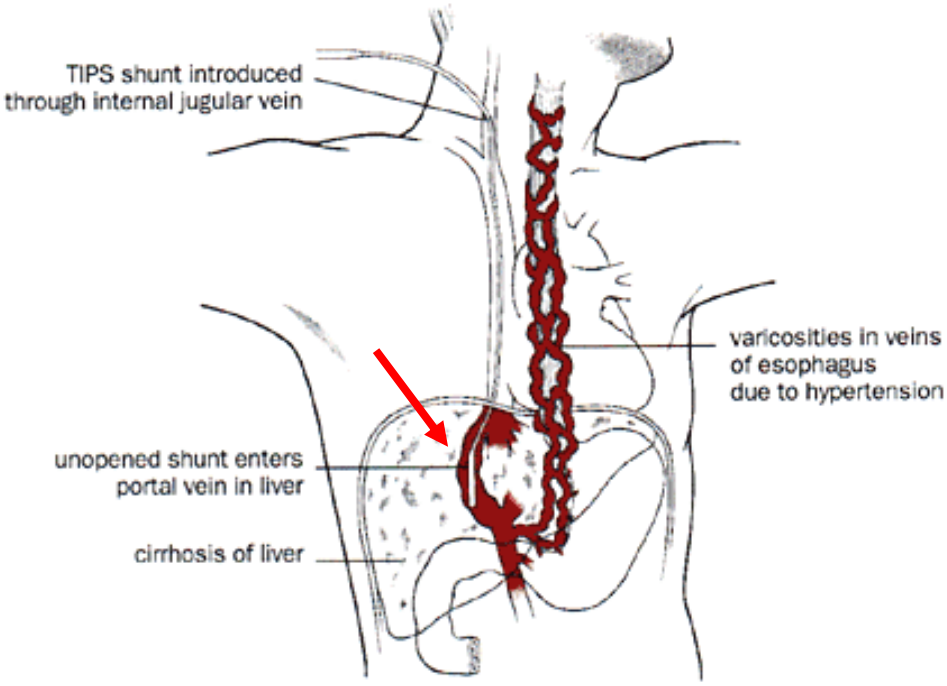
Asigne el código 736.29, Otras deformidades adquiridas de los dedos, Otra, como diagnóstico principal. El código V49.62, Estado de amputación de miembro superior, Otros dedo(s), no es un diagnóstico principal aceptable. Sin embargo, el código V49.62 puede poderse como diagnóstico secundario. Asigne el código 82.81, Transferencia de dedo, excepto pulgar, y el código 84.11, Amputación de dedo de pie, para el procedimiento realizado.



Trasplante del segundo dedo del pie al anular de la mano [NT]

Pregunta:

Un paciente es ingresado por gran volumen de ascitis. Dicho paciente tiene un estado de inserción intrayugular de derivación portosistémica intrahepática (TIPS). La ecografía mostraba una reducción significativa del flujo en la derivación portosistémica intrahepática. ¿Cuál es la asignación correcta de código para el malfuncionamiento del TIPS?



Esquema de derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS) [NT]

Respuesta:

Asigne el código 996.1, Complicación mecánica de otro dispositivo vascular, implante e injerto, para el malfuncionamiento del TIPS. El código 996.1 puede encontrarse de la siguiente forma:

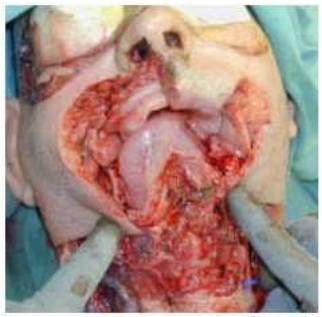
Complicaciones
mecánica
dispositivo
vascular 996.1

Desde la introducción de la derivación intrayugular en la derivación portosistémica intrahepática, el malfuncionamiento es clasificado adecuadamente como complicación de dispositivo vascular. El código 789.5, Ascitis, debe ser asignado como diagnóstico secundario.

Pregunta:

Nuestros médicos han realizado un procedimiento denominado "resección combinada", que incluye la mandíbula y el suelo de la boca. Este procedimiento es realizado en el cáncer de mandíbula. El cirujano lleva a cabo la resección combinada de la mandíbula, suelo de la boca, disección radical del cuello izquierdo y traqueostomía permanente. La documentación no indica que la resección incluya la lengua. ¿Cuál es el código correcto para este procedimiento?

(a)



(b)

(a)

(b)

(a)

(b)

(c)

(d)

Segunda fase de la resección combinada para el cáncer de mandíbula [NT]

http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijps/vol1n2/lips.xml

Respuesta:

Para la resección combinada, codifique los procedimientos que actualmente existen. Basados en la hoja operatoria, se resecó el tejido blando alrededor del tumor mandibular, incluyendo la mandíbula. Se hizo una disección de tejidos blandos en el suelo de la boca. No se realizó resección de la lengua. Asigne el código 76.31, Mandibulectomía parcial y 27.49, Otra escisión de boca, para la resección combinada incluyendo parte de la mandíbula y el suelo de la boca. Asigne también el código 40.41, Disección radical de cuello, unilateral, y 31.29, Otra traqueostomía permanente, para los procedimientos adicionales.

La resección combinada se refiere a la retirada de parte de la línea de la boca y maxilar inferior. El procedimiento fue realizado bajo anestesia y consiste en dos fases: la resección de la mandíbula y la reconstrucción de la misma. La resección puede ser total o parcial dependiendo del grado de invasión de la neoplasia. Puede incluir también la resección de ganglios linfáticos de drenaje. En algunas circunstancias incluye la retirada de la hemimandíbula completa. La resección combinada es realizada para del carcinoma de boca y mandíbula.

Pregunta:

La paciente es una mujer de 91 años de edad que fue ingresada por debilidad progresiva con signos y síntomas de deshidratación. El médico determinó que la paciente tenía una encefalopatía hepática por fallo hepático agudo. Posteriores pruebas revelaron una masa en la cabeza del páncreas, más probablemente cáncer de páncreas y metástasis hepática. Ya que la paciente no era candidata ni a la cirugía ni a un tratamiento agresivo, sólo recibió cuidados de sostenimiento y confortabilidad. ¿Podrían aplicarse las normas de codificación de complicaciones asociadas a neoplasia ya que la paciente fue inicialmente ingresada por deshidratación?. Las normas indican "Cuando el ingreso/contacto es para tratamiento de la deshidratación debida al cáncer o al tratamiento, o a la combinación de ambos, y sólo la deshidratación está siendo tratada (rehidratación intravenosa), la deshidratación debe secuenciarse primero, seguida del código(s) del cáncer". ¿Cuál debería asignarse como diagnóstico principal?

Respuesta:

Asigne el código 157.0, Neoplasia maligna de páncreas, Cabeza de páncreas, como diagnóstico principal. Asigne el código 197.7, Neoplasia maligna secundaria, Hígado, especificado como secundario, para la metástasis hepática, 276.5, Depleción de volumen, para la deshidratación, 572.2, Coma hepático, para la encefalopatía hepática, 570, Necrosis aguda y subaguda de hígado, para el fallo hepático y V66.7, Contacto para cuidados paliativos, para los cuidados de sostenimiento y confortabilidad como diagnósticos secundarios.

Aunque el curso de la paciente fue complicado por la contribución de múltiples factores, la neoplasia pancreática y otras afecciones fueron descubiertas durante la hospitalización. Mientras era decidida no tratar el cáncer de manera agresiva, el cáncer pancreático fue la afección encontrada tras el estudio y que fue la responsable de otras afecciones, las cuales estaban presentes en el momento del ingreso.

Pregunta:

¿Cuál es el código de procedimiento para la incisión y drenaje de absceso anorrectal?

Respuesta:

Asigne el código 49.01, Incisión de absceso perianal, para la incisión y drenaje del absceso anorrectal. De acuerdo a la hoja operatoria, el cirujano exploró el canal anal, luego continuó con una incisión simple y drenaje del absceso. No se entró en el recto.

Pregunta:

Un artículo de *Coding Clinic*, Cuarto Trimestre de 1988, acerca del cateterismo cardiaco indica "Un cateterismo cardiaco diagnóstico que incluye el corazón izquierdo con registro de presión, así como registro de las curvas de función ventricular izquierda, se codifica como 37.22". Nuestros codificadores están interpretando esto para indicar que, a no ser que se realicen registros de presión, el procedimiento no puede ser codificado como cateterismo cardiaco. Así mismo, el *Coding Clinic*, mayo-junio de 1987 indica "el paso de un catéter a través de las cámaras del corazón no constituye por sí mismo una cateterización cardiaca diagnóstica". ¿Debería únicamente ser codificado el "cateterismo cardiaco izquierdo" cuando la prueba de función ventricular izquierda se haya realizado y documentado?

Respuesta:

La medición de la presión interna y de la función ventricular no son la única definición del cateterismo cardiaco. Si el médico ha documentado que se ha realizado un cateterismo cardiaco izquierdo, el codificador debe asignar el código de procedimiento. Si hay alguna duda sobre si la cateterización cardiaca izquierda se ha realizado actualmente, el codificador debe preguntar al médico para aclararlo.

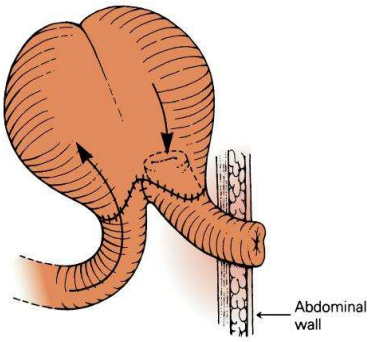
Pregunta:

La paciente es una mujer de 36 años de edad con historia de enfermedad de Crohn que ha tenido ileostomía continente durante varios años. Desarrolló incontinencia al nivel de la válvula e ingresó para tratamiento quirúrgico de mal funcionamiento de la misma. A la paciente se le revisó y reparó la válvula. ¿Cuáles son los códigos de diagnóstico y procedimiento para este caso?

Respuesta:

Asigne el código 569.62, Complicación mecánica de colostomía y enterostomía para el mal funcionamiento de la ileostomía continente, como diagnóstico principal. El código 555.9, Enteritis regional, Sitio no especificado, debe ser asignado como diagnóstico secundario para la enfermedad de Crohn. La enfermedad de Crohn a menudo afecta el intestino delgado, pero también puede afectar el grueso. Ya que la extensión de la afectación intestinal no ha sido especificada, el código 555.9 es el asignado.

Asigne el código 46.61, Revisión de estoma de intestino delgado, para la reparación y revisión de la válvula de la ileostomía continente. Una ileostomía continente es una bolsa reservorio interno que se crea con parte del intestino delgado. La válvula se construye y el estoma se sitúa en la pared abdominal, Se inserta un tubo a través del estoma y la válvula para drenar el bolso. Este tipo de ileostomía puede ser una alternativa al uso de bolsas colectoras.



Ileostomía continente [NT]

Pregunta:

Un paciente con vejiga neurógena hipotónica y estenosis uretral fue ingresado para someterse a una ileovesicostomía continente cerrada junto con biopsias de intestino delgado y vejiga, Durante el procedimiento se aisló un segmento de ileon, se anastomosó laterolateralmente y se realizó un cateterismo ureteral. El ileon fue luego unido a la vejiga mediante una anastomosis terminoterminal. El extremo ileal fue fijado a la piel para que madurara el estoma. Los uréteres no estuvieron implicados en el procedimiento. ¿Cuál es el código de procedimiento para este ingreso?

Respuesta:

Asigne el código 5787, Reconstrucción de vejiga urinaria y el código 45.51, aislamiento de segmento de intestino delgado, para la ileovesicostomía continente. Los códigos 45.15, Biopsia abierta de intestino delgado, 45.15, Biopsia abierta de vejiga y 59.8, cateterización ureteral, deben asignarse como códigos de procedimiento adicionales. Las anastomosis de ileon y vejiga están incluidas en la asignación de los códigos para la ileovesicostomía continente. Este consejo es coherente con lo publicado en *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 2003, páginas 11-12 (página 8 de la versión traducida [NT]), y Primer Trimestre de 2000, página 7.

Pregunta:

El mismo paciente fue ingresado aproximadamente un año después para una compleja reconstrucción de la ileovesicostomía cutánea. En este ingreso, el ileon fue separado de la vejiga y la apertura de la misma se cerró. Se creó una bolsa entrelazando el segmento de intestino y envolviendo parte del ileon abierto sobre sí mismo. Luego la bolsa de ileon fue de nuevo anastomosada al borde de la pared de la vejiga. También se realizó un cateterismo ureteral. ¿Cuál es el código correcto para los procedimientos realizados?

Respuesta:

Asigne el código 57.87, Reconstrucción de vejiga urinaria, y el código 45.51, Aislamiento de segmento de intestino delgado, para la revisión/reconstrucción de la vejiga ileal cerrada. El código 59.8, cateterización ureteral debe asignarse para la inserción del catéter ureteral.

Pregunta:

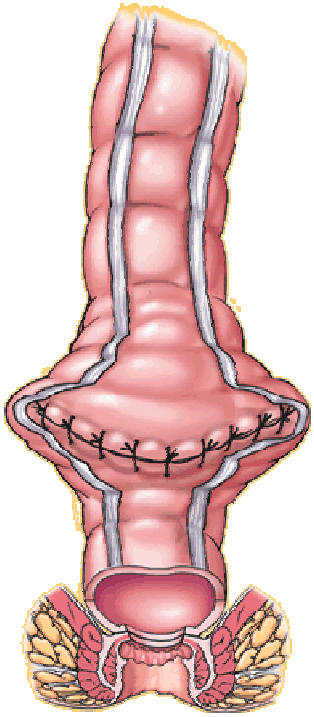
El paciente tiene un cáncer en la porción anterior del recto, aproximadamente a 8 cm del margen anal y es ingresado para una proctosigmoidectomía con coloplastia de bolsa y biopsia hepática tipo Tru-Cut. El bolso de coloplastia se crea de cuatro a seis centímetros del corte final del colon. El bolso longitudinal se realiza entre la tenia en el borde antimesentérico y se cierra transversalmente con sutura seromuscular de ácido poliglicólico del 00. Se realiza una anastomosis terminoterminal con grapado. El cirujano afirma que el procedimiento de esfínter adicional sirve como bolsa para enlentecer la evacuación. ¿Cómo debe ser codificado este procedimiento?

Respuesta:

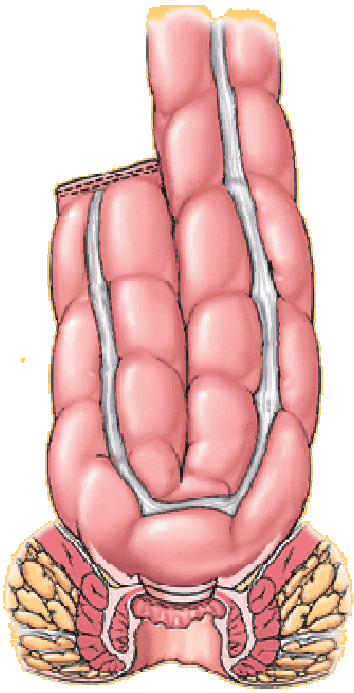
Asigne el código 48.69, Otra resección de recto, para la protosigmoidectomía y el código 45.95, Anastomosis al ano, para la creación de la coloplastia en bolsa. El código 50.12, Biopsia abierta de hígado, debe asignarse para la biopsia hepática tipo Tru-Cut.

(En esta asignación hay una errata. La biopsia de hígado tipo Tru-Cut es con aguja y por tanto cerrada. El código correcto sería el 50.11 y no el 50.12 [NT])

Tras completar la resección colorrectal, se hace una colostomía y se hace una bolsa de coloplastia transversa se hace que se cierra transversalmente. La reconstrucción neorrectal, que preserva la continencia, se completa con una anastomosis grapada o suturada a mano termino-terminal a la anastomosis de la bolsa anal. La coloplastia en bolsa puede usarse como alternativa a la bolsa colónica en J para algunos pacientes y ofrece una resultado funcional equivalente a la bolsa en J.

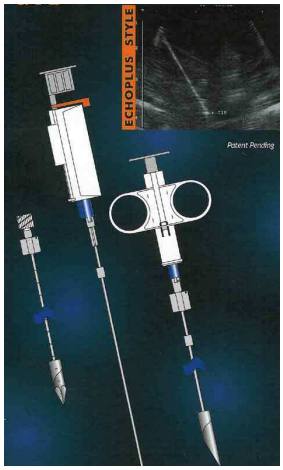


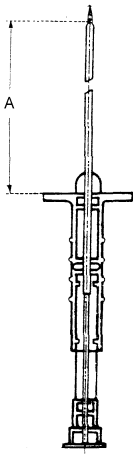
Coloplastia en bolsa [NT]

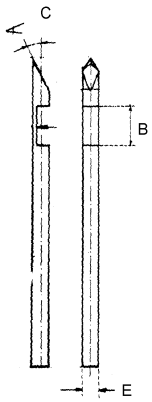


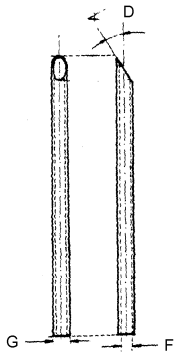
Bolsa colónica en J [NT]

http://www.clevelandclinic.org/quality/outcomes/digestiveDisease/colonRectal.htm









Agujas para biopsia Tru-Cut NT

Pregunta:

Un paciente anciano fue trasladado para cuidados domiciliarios tras un episodio agudo de hospitalización para colecistectomía con inserción de un tubo biliar en T. El paciente tenía una historia de amputación por encima de la rodilla varios años antes. Durante la visita domiciliaria el paciente recibió cuidados postquirúrgicos del tubo en T, cuidados de la herida y cambio de vendaje, ¿Cómo debe ser codificado esta atención domiciliaria? ¿Podría asignarse el código V55.4, Cuidado de aperturas artificiales, Otra apertura artificial del tubo digestivo, para el cuidado del tubo en T?

Respuesta:

Asigne el código V58.75, Cuidados posteriores tras cirugía de dientes, cavidad oral y aparato digestivo, como diagnóstico principal para el episodio de cuidado domiciliario para cuidados del tubo en T. El código V58.3, Cuidado de apósitos y suturas, y el código V46.76, Estado de amputación de miembro inferior, por encima de la rodilla, deben asignarse como diagnósticos secundarios. No asigne el código V55.4, Cuidado de aperturas artificiales, Otra apertura artificial del tubo digestivo, para este episodio. El código V55.4 no tiene la intención de describir los cuidados de tubos de drenaje temporales.

Pregunta:

La paciente es una mujer de 49 años de edad que es ingresada para trasplante de corazón a causa de un fallo cardiaco congestivo en estado terminal debido a miocardiopatía dilatada secundaria a enfermedad cardiaca reumática con compromiso de la válvula mitral. La paciente tuvo previamente una sustitución de válvula mitral con válvula protésica X2 e implantación de un cardioversor/desfibrilador automático. Gradualmente la paciente desarrolló cardiomiopatía valvular y fallo cardiaco congestivo. El cirujano practicó un trasplante ortotópico y la retirada del dispositivo cardioversor/desfibrilador automático y sus electrodos. ¿Debería codificarse el fallo cardiaco congestivo como fallo cardiaco reumático y el compromiso de la válvula mitral como complicación de la cirugía valvular previa?. ¿Cuál es la asignación adecuada de códigos?

Respuesta:

Asigne el código 398.91, Fallo cardiaco reumático (congestivo), como diagnóstico principal para el fallo cardiaco congestivo en estado terminal. Un diagnóstico de fallo cardiaco en un paciente con enfermedad cardiaca reumática es clasificado el código 398.91, a no ser que el médico especifique una causa diferente. Asigne el código 425.4, Otra cardiomiopatía primaria, para la cardiomiopatía dilatada y el 394.1, Insuficiencia mitral reumática, como códigos adicionales. Asigne el código 37.51, Trasplante cardiaco, para la cirugía de trasplante de corazón ortotópica y el código 37.99, Otra operación de pericardio, Otra, para la retirada del cardioversor/desfibrilador automático y sus electrodos.

Pregunta:

¿Cuál es el código de diagnóstico en la ICD-9.CM para un niño nacido con dientes prenatales?

Respuesta:

Asigne el código 520.6, Trastornos de la erupción de los dientes, para el niño nacido con dientes prenatales (también llamados como dientes natales o fetales)

Los dientes natales están presentes en la cavidad oral en el nacimiento. Los dientes neonatales aparecen durante los primeros 30 días de vida. El desarrollo de los dientes comienza en el primer trimestre de la vida prenatal. Los dientes deciduales normalmente empiezan a erupcionar a mitad del primer año de vida. Los dientes natales y neonatales son relativamente raros.

Normalmente los dientes natales no están bien desarrollados y a menudo son extirpados pronto tras el nacimiento para prevenir el riesgo de aspiración del diente, especialmente si está suelto. Lo más frecuente en encontrar los dientes natales como caso aislado. Sin embargo, otras causas son el síndrome de Ellis-van Creveld, el síndrome de Hallermann-Streiff, el síndrome de Pierre Robin y el síndrome de Soto.

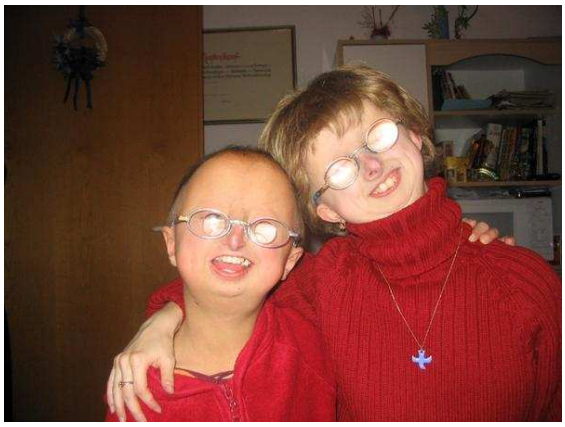
Dientes neonatales [NT]

El síndrome de Ellis-van Creveld o displasia condroectodermal es un trastorno congénito que presenta anomalías múltiples y enanismo. Se hereda como un rasgo autosómico recesivo que resulta de una mutación en dos genes de cromosoma 4 (EVC1 y EVC2). La severidad de la enfermedad puede variar de una persona a otra, pero una característica impactante es el acortamiento de las partes de las extremidades que se encuentran más distantes del tronco. Se ve una incidencia mayor de esta condición entre los amish (agrupación religiosa protestante norteamericana de origen anabaptista, notables por sus restricciones en cuanto al uso de dispositivos modernos tales como los automóviles o la electricidad) **NT**

Síndrome de Ellis-van Creveld en una familia amish **NT**

Polidactilia característica **NT**

El síndrome de Hallermann-Streiff o disostosis oculomandibular es una enfermedad hereditaria rara caracterizada por anomalías craneofaciales distintivas incluyendo una microcefalia (cabeza anormalmente pequeña), con braquicefalia (inusualmente ancha) con un abombamiento frontal, una mandíbula o maxilar inferior hipoplásica (pequeña y subdesarrollada), microstomía (boca inusualmente pequeña), y una nariz "en forma de pico " característica. Se asocian entre otras anomalías, malformaciones de los ojos, y los dientes y enanismo o dwarfismo (talla excepcionalmente baja). Las anomalías oculares características incluyen microftalmia (ojos inusualmente pequeños) y catarata congénita (opacidad del cristalino, que esté presente en el nacimiento) **NT**



Síndrome de Hallerman-Streiff **NT**

El síndrome de Pierre Robin corresponde a un grupo de anomalías caracterizado principalmente por la presencia de una mandíbula muy pequeña y una lengua que cae hacia atrás y hacia abajo. Este síndrome puede incluir un paladar alto arqueado o paladar hendido Se desconocen las causas específicas de este síndrome, pero podría ser parte de muchos síndromes genéticos. La mandíbula se desarrolla lentamente en los primeros meses de vida fetal, pero se normaliza después del primer año. La posición posterior de la lengua puede provocar episodios de ahogamiento, dificultades en la alimentación y dificultades respiratorias, en especial cuando la persona está dormida [NT]

Síndrome de Pierre Robin [NT]

El Síndrome de Soto es un desorden caracterizado por crecimiento excesivo durante los 3 primeros anos de vida. Se observa principalmente el crecimiento en la cabeza sin llegar a clasificarse como una macrocefalia (crecimiento anormal de la cabeza y cerebro en relación al cuerpo). Por lo general, son casos esporádicos, aunque se han reportado casos familiares. El paciente con este síndrome sufre de retraso mental moderado, retraso motor, cognoscitivo, social y problemas del habla. También se observa frente protuberante y manos y pies desproporcionadamente grandes [NT]

Pregunta:

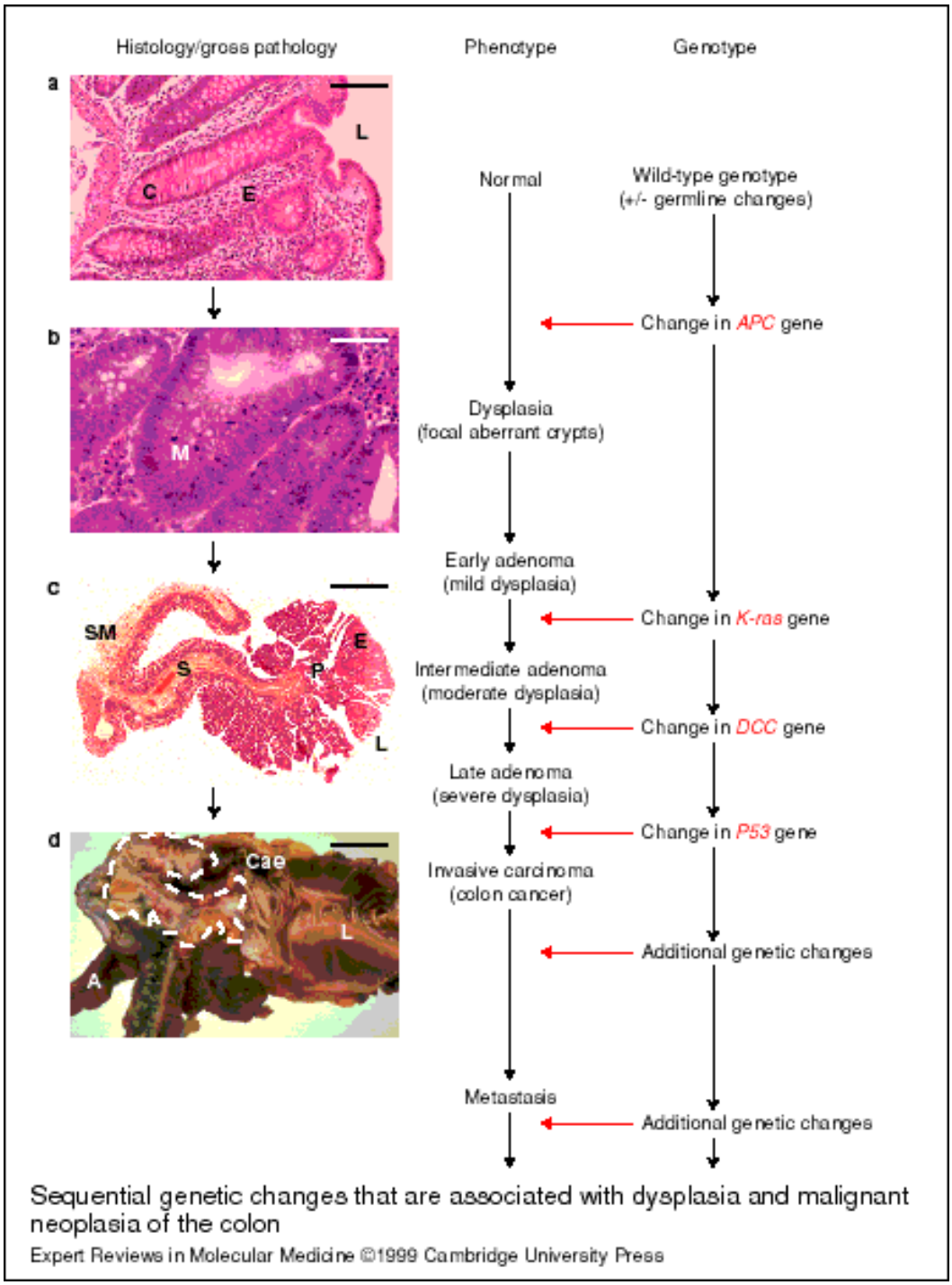
El paciente es un niño de 4 años de edad que es ingresado para amigdalectomía y adenoidectomía secundaria a hipertrofia adenoamigdalar. Durante la intervención el tejido adenoideo fue identificado y electrocoagulado. Una vez que se obtuvo una adecuada electrocoagulación, ambas amígdalas se extirparon. ¿Cómo debe ser codificada la electrocoagulación de las adenoides con amigdalectomía? ¿Podría ser el código 28.7 apropiado para la electrocoagulación?

Respuesta:

Asigne el código 747.10, Hipertrofia de amígdalas y adenoides, Amígdala con adenoides, como diagnóstico principal para la hipertrofia adenoamigdalar. Asigne el código 28.3, Amigdalectomía con adenoidectomía, para la amigdalectomía y extirpación de las adenoides por electrocoagulación. El hecho de extirpar las adenoides con electrocoagulación no cambia la asignación del código. El código 28.7, Control de la hemorragia tras amigdalectomía y adenoidectomía, no es adecuado ya que no es una electrocoagulación postoperatoria para controlar una hemorragia. Este consejo es coherente con el publicado en *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 1990, página 23.

Pregunta:

El paciente tiene una historia de pólipos en colon y melena y es ingresado para polipectomía por colonoscopia. El diagnóstico final fue pólipo de colon con adenoma tubulovelloso con displasia focal de alto grado. Cuando pedimos más información el médico indica que en es casi lo mismo que un carcinoma in situ pero no del todo. ¿Cuál es el código adecuado para la displasia de alto grado de colon?



Sequential genetic changes that are associated with dysplasia and malignant neoplasia of the colon

Expert Reviews in Molecular Medicine ©1999 Cambridge University Press

http://www-ermm.cbcu.cam.ac.uk/99000526h.htm

Respuesta:

Asigne el código 211.3, Neoplasia benigna de colon, para el adenoma tubulovelloso con displasia focal de alto grado. El médico debería documentar específicamente "carcinoma in situ" para codificarlo como tal. Asigne el código 45.42, Polipectomía endoscópica de intestino grueso, para la colonoscopia con extirpación de pólipo.

Pregunta:

Un niño de 8 meses fue visto en nuestro servicio con síndrome de Alagille. ¿Cuál es la asignación correcta de código para dicho síndrome?

Respuesta:

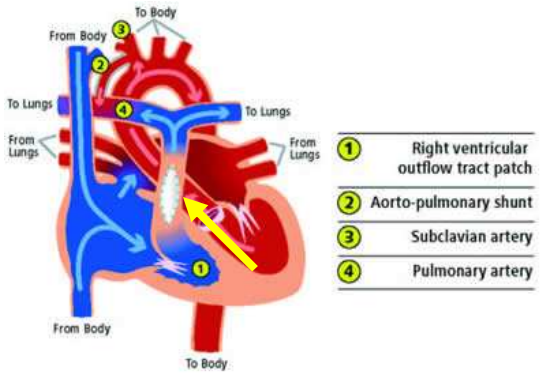
Asigne el código 759.89, Otras anomalías congénitas e inespecificadas, Otra, para el síndrome de Alagille.

El síndrome de Alagille es un trastorno genético heredado por rasgo autosómico dominante de expresión variable, cuyo gen defectuoso es el Jagged 1 que se localiza en el cromosoma 20. Este síndrome se define como la asociación de colestasis intrahepática crónica por hipoplasia de vías biliares intrahepática que se presenta en episodios recurrentes que se inician en el período neonatal o poco después, asociada a otras alteraciones que definen el síndrome. Las malformaciones asociadas al síndrome de Alagille son: fenotipo peculiar, definido por algunos autores como típico y diagnóstico (frente prominente, hipertelorismo, ojos profundos, puente nasal amplio, maxilar inferior pequeño con mentón prognata); anomalías cardíacas (siendo la más característica la estenosis pulmonar periférica); defectos de los arcos vertebrales (vértebras en mariposa); y anomalías oculares (embriotoxon posterior). Otras malformaciones menos frecuentes son retraso del crecimiento, anomalías glomerulares y esqueléticas, retraso mental y alteraciones de la voz [NT]

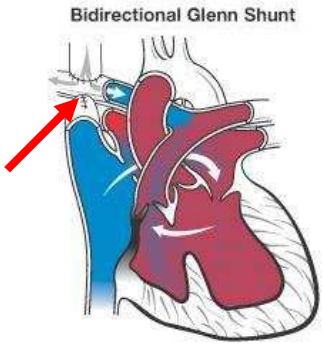
Pacientes con síndrome de Alagille [NT]

Pregunta:

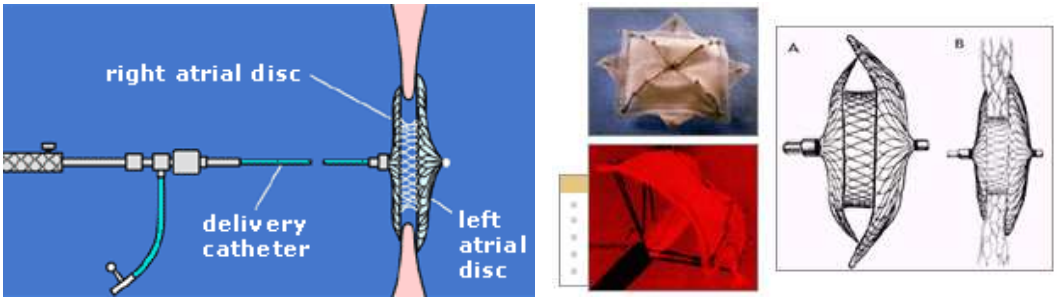
Uno de nuestros médicos ha realizado una oclusión de Amplatzer en la sala de cateterización cardíaca. Este dispositivo se usa para reparar anomalías cardiacas y se implanta en el lugar del defecto a través de un catéter. Los tipos de reparación incluyen defectos septales auriculares, ductus arteriosus y foramen ovale evidentes y defectos septales ventriculares. Por ejemplo, una niña de 4 años fue ingresada para tratamiento de un gran defecto septal auricular con derivación de derecha a izquierda. La paciente tenía una historia de atresia de la pulmonar con septum ventricular intacto, estado de parche en el tracto de salida ventricular derecho (RVOT) y derivación bidireccional de Glenn. El ecocardiograma mostró una válvula pulmonar con desarrollo moderadamente bueno con flujo anterógrado a través del RVOT y derivación derecha-izquierda a través del defecto septal auricular (ASD) y el formen ovale evidente (PFO). La paciente fue sometida a cateterización derecha e izquierda y a prueba de oclusión del ASD/PFO. ¿Podría ayudarnos a identificar el código correcto para este procedimiento?



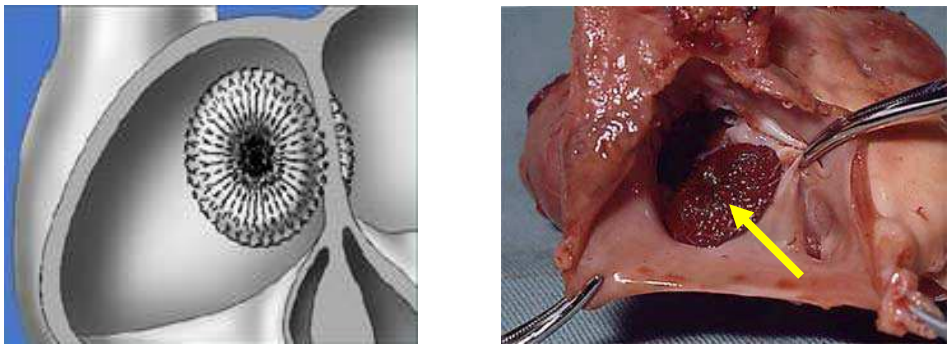
Estado de parche en tracto de salida ventricular derecho [NT]



Derivación bidireccional de Glenn [NT]



Dispositivo de oclusión de Amplatzer [NT]



Dispositivo de Amplatzer colocado en un defecto auricular septal [NT]

http://www.drabo.de/amplinfo.html

Respuesta:

Para este caso, asigne el código 35.22, Reparación de defecto septal auricular, con prótesis, técnica cerrada, para el balón de oclusión del defecto septal auricular y foramen ovale patente. Los códigos 37.23, Cateterización derecha e izquierda combinados, 88.57, Otra arteriografía coronaria y no especificada y 88.72, Ecografía del corazón, deben asignarse como procedimientos adicionales.

Pregunta:

Un hombre de 91 años fue ingresado en el hospital con gripe y estado mental alterado. Su afección se deterioró tras el ingreso y desarrolló un cuadro clínico de choque séptico, neumonía e hipotensión, que fue seguido de un infarto agudo de miocardio (IAM) y fallo renal agudo(FRA). No estamos seguros de si el código 038.9, Septicemia inespecífica, debe asignarse junto con e código 995.92, Síndrome de respuesta inflamatoria sistémico debido a proceso infeccioso con disfunción orgánica, y el código 785.52, Choque séptico, para el choque séptico con fallo multiorgánico, ya que el médico no documenta de manera explícita una sepsis grave. El consejo publicado en Coding Clinic, Cuarto Trimestre de 2003, página 73 (página 62 de la versión traducida [NT]), parece indicar que la sepsis grave se supone en un paciente con choque séptico y fallo orgánico. ¿Cómo debería ser codificado este caso?

Respuesta:

Asigne el código 487.1, Gripe, con neumonía, como diagnóstico principal, ya que fue la causa del ingreso. El paciente desarrolló choque séptico tras el mismo. El código 038.9, Septicemia no especificada, debe asignarse junto con el 995.52, Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica debida a proceso infeccioso con disfunción orgánica y el código 785.52, Choque séptico, para el choque séptico con fallo multiorgánico como diagnósticos adicionales. Adicionalmente, asigne los códigos 584.9, Fallo renal agudo, no especificado para el FRA y 410.9, Infarto agudo de miocardio, Sitio no especificado, episodio inicial, para el IAM.

Las normas oficiales para codificación e información sobre septicemia, síndrome de respuesta inflamatorio sistémico (SRIS), sepsis, sepsis grave y choque séptico, previamente publicadas en Coding Clinic, Primer Trimestre de 2005, páginas 28-30 (páginas 26-28 de la versión traducida [NT]) indican "Cuando se desarrolla una sepsis durante un ingreso (no estaba presente en el momento de la admisión), el código de sepsis debe asignarse como diagnóstico secundario, siguiendo las reglas de secuenciación proporcionadas por la lista tabular."

"El choque séptico es una forma de disfunción orgánica asociada a sepsis grave. Antes que el código de choque séptico debe asignarse un código de la infección sistémica subyacente inicial seguida de un código de SRIS (código 995.92). Tal y como se anota en las instrucciones de secuenciación del tabular, el código de choque séptico no puede ser asignado como diagnóstico principal."

"El choque séptico no puede ocurrir en ausencia de una sepsis grave. Debe secuenciarse un código de la categoría 995.9 antes que el choque séptico. Las notas "use código adicional" y "codifique primero" proporcionan las instrucciones de secuenciación."

Pregunta:

La paciente es una mujer de 85 años de edad que se presenta en el servicio de urgencias con falta de aliento progresiva, tos productiva y debilidad progresiva. Se deterioró de manera brusca en el servicio de urgencias y fue enviada a la unidad de cuidados intensivos (UCI). En la UCI la paciente fue intubada, ventilada mecánicamente y comienza con antibióticos de amplio espectro por choque séptico, fallo respiratorio y neumonía por *Hæmophilus influenzæ*. La paciente sufre luego un infarto agudo de miocardio transmural. Algunos codificadores creen que la neumonía debería secuenciarse como diagnóstico principal. Sin embargo, las normas oficiales para codificación e información sobre septicemia, síndrome de respuesta inflamatorio sistémico (SRIS), sepsis, sepsis grave y choque séptico, previamente publicadas en Coding Clinic, Primer Trimestre de 2005, páginas 28-30 (páginas 26-28 de la versión traducida [NT]) indican "El choque séptico es una forma de disfunción orgánica asociada a sepsis grave. Antes que el código de choque séptico debe asignarse un código de la infección sistémica subyacente inicial seguida de un código de SRIS (código 995.92). Tal y como se anota en las instrucciones de secuenciación del tabular, el código de choque séptico no puede ser asignado como diagnóstico principal." ¿Cómo debería codificarse este caso?

Respuesta:

Ya que el choque séptico estaba presente en el momento del ingreso, asigne el código 038.9, Septicemia no especificada, como diagnóstico principal. Los códigos 482.2, Neumonía debido a *Hæmophilus influenzæ* [*H. Influenzæ*], 995.52, Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica debida a proceso infeccioso con disfunción orgánica, 785.22, choque séptico, 518.81, Fallo respiratorio agudo y 410.71, Infarto agudo de miocardio, infarto subendocárdico, episodio inicial, deben asignarse como diagnósticos secundarios. Asigne el código 96.72, Otra ventilación mecánica continua de 96 horas consecutivas o más y el código 96.04, Inserción de tubo endotraqueal, para los procedimientos realizados.

Tal como se indica arriba, el choque séptico cumple con la definición de sepsis grave. Cuando un choque séptico está documentado, es necesario codificar primero la infección sistémica o traumatismo inicial, luego cualquiera de los códigos 995.92 o 995.94, seguidos del 785.52.

Aclaraciones

Niño de madre diabética

Pregunta:

El *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 2004, página 8 (página 5 de la versión traducida [NT]), indica la asignación de los códigos V30.00, Nacido vivo único, nacido en el hospital, dado a luz sin mención de cesárea, y V18.0, Historia familiar de ciertas afecciones específicas, Diabetes mellitus, para un niño nacido de madre diabética sin manifestaciones del síndrome de niño de madre diabética. ¿No es el código V29.3, Observación para afecciones genéticas o metabólicas sospechadas, una asignación de código más adecuada ya que el niño está siendo observado por tener un mayor riesgo de complicaciones asociadas a la diabetes materna?

Respuesta:

Sí, está en lo correcto. Asigne el código V29.3, Observación y evaluación de neonato y niño por afecciones sospechadas no encontradas, Observación para afecciones genéticas o metabólicas sospechadas, como diagnóstico adicional para un recién nacido que necesita vigilancia especial tras nacer de una madre diabética, pero no tiene manifestaciones del síndrome del hijo de madre diabética.

Elevación de glucemia persistente postparto

Pregunta:

El *Coding Clinic*, Cuarto Trimestre de 2004, página, 56 (página 43 de la versión traducida [NT]) indica "Tras el período de postparto, debe usarse un código de la categoría 250, Diabetes mellitus". Este código fue asignado a una mujer a los tres meses del parto que acude al endocrinólogo por niveles persistentemente elevados de glucosa en sangre tras el parto. La paciente había desarrollado diabetes gestacional durante el embarazo. Parece que el *Coding Clinic* equipara la elevación persistente de glucosa en sangre con el diagnóstico de diabetes mellitus. Sin embargo, basados en la información de la pregunta, el código 790.29, Otro nivel anormal de glucosa, parece más adecuado para el nivel elevado persistente de glucosa en sangre, ya que la pregunta no indica que la paciente haya desarrollado actualmente diabetes. Por favor aclárenoslo.

Respuesta:

El código 720.29, Otro nivel anormal de glucosa, es el código correcto para la elevación persistente de glucosa en sangre, no el código 250,00.

Noticia de Corrección

La Oficina Central para la ICD-9-CM pide disculpas a sus lectores que cayeron en el error en la portada del ejemplar del Primer Trimestre de 2005. No, no pasaremos al *Coding Clinic para la ICD-10-CM* sin notificárselo. Fue un error técnico que ocurrió durante la impresión.

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 la distribución de este documento para cualquier otro uso no tiene el permiso del traductor, por lo que éste no se hace responsable de dichos usos.