

---

# AHA

## Coding Clinic™

---

*for ICD-9-CM*

---

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

---

**Volumen 23**  
**Número 2**

**Segundo Trimestre**  
**2006**

---

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 15 de julio de 2006 (sólo en USA<sup>NT</sup>)

#### **En este número**

Contacto para frotis de Papanicolaou  
Pregunte al editor

#### **Contacto para frotis de Papanicolaou**

La Oficina Central para la ICD-9-CM ha recibido numerosas preguntas acerca de la codificación correcta de diversos tipos de encuentro para cribaje mediante frotis de Papanicolaou y seguimiento del mismo. Las siguientes preguntas y respuestas se han desarrollado para proporcionar una norma de cómo codificar dichos encuentros.

##### **Pregunta:**

La paciente es una mujer de 30 años de edad con historia personal de cáncer de cérvix. Se hace un frotis en la consulta como parte de un examen ginecológico rutinario. ¿Qué código debería informarse para este contacto?

##### **Respuesta:**

Asigne el código V72.31, Examen ginecológico rutinario, ya que el frotis era parte del examen rutinario. Debe asignarse el código V16.49, Historia familiar de neoplasia maligna, Organó genital, Otra, como diagnóstico secundario para la historia familiar de cáncer de cérvix.

**Pregunta:**

La paciente arriba referida vuelve a la consulta del médico para repetir el frotis ya que la muestra original fue clasificada como “células escamosas atípica de significado indeterminado (ASCU-US)”. ¿Cómo debería codificarse esta consulta de seguimiento?

**Respuesta:**

Asigne el código 795.01, Frotis de Papanicolaou de cérvix con células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS-US), para esta visita de seguimiento. Debe asignarse el código V16.49, Historia familiar de neoplasia maligna, Organo genital, Otra, como diagnóstico secundario para la historia familiar de cáncer de cérvix.

**Pregunta:**

La misma paciente se hizo un frotis de seguimiento normal varios meses después del frotis anormal. Se presenta de nuevo en la consulta para repetir el frotis a fin de confirmar los hallazgos de la prueba normal. ¿Cómo debería codificarse?

**Respuesta:**

Asigne el código V72.32, Contacto para frotis cervical de Papanicolaou para confirmar un frotis normal reciente tras un frotis inicial anormal, para esta visita. Tal como se ha indicado en el *Coding Clinic*, cuarto trimestre de 2004, página 104 (página 91 de la versión traducida<sup>NT</sup>) “El protocolo estándar para las pacientes con frotis anormal de Papanicolaou es llevar a cabo otra prueba varios meses más tarde. Si la prueba de Papanicolaou repetida es normal, se hacen dos pruebas más en cortos intervalos para confirmar el resultado normal.

**Pregunta:**

¿Cómo debe informar el patólogo la lectura de un frotis de Papanicolaou? La paciente se presenta en la consulta (no afiliada en nuestro hospital) para un frotis como parte de un examen ginecológico rutinario. La muestra se envió a nuestro laboratorio para ser interpretada por el patólogo. La misma fue leída y resultó completamente normal.

**Respuesta:**

El laboratorio debe informar el código V72.6, Examen de laboratorio, para la interpretación del frotis por parte del patólogo.

**Pregunta:**

En situaciones donde se repite un frotis debido a que el laboratorio es incapaz de leer la muestra inicial por ser insuficiente., ¿cuál es la asignación correcta de código en la consulta?

**Respuesta:**

Asigne el código 795.08, Frotis no satisfactorio, para la muestra inadecuada como causa de la repetición del frotis.

---

## Pregunte al Editor

### Pregunta:

¿Cuál es el código de procedimiento adecuado para el parto mediante cesárea con asistencia de ventosa?

### Respuesta:

Debe asignarse el código 72.79, Otra extracción por cesárea, con el código adecuado de la categoría 74, Cesárea y extracción de feto, cuando se aplica una ventosa durante la cirugía de cesárea. Ocasionalmente, debido a la presentación del feto, puede usarse fórceps a ventosa para ayudar en el parto por cesárea. Ni la ventosa ni el fórceps se usan de manera rutinaria en el parto por cesárea y ambos deben informarse cuando se aplican.

### Pregunta:

¿Cuál es el código diagnóstico para la “resistencia a la hormona tiroidea con nivel elevado de hormona tiroidea debido a una mutación del gen receptor de hormona tiroidea”? Parece inadecuado asignar esto en un código de trastorno tiroideo, ya que el tiroides funciona normalmente.

### Respuesta:

Asigne el código 246.8, Otros trastornos especificados del tiroides, para la resistencia a la hormona tiroidea.

La resistencia a la hormona tiroidea es un trastorno hereditario en el cual los tejidos corporales no responden adecuadamente a la hormona tiroidea. Estos pacientes muestran niveles elevados de hormona tiroidea y producción inadecuada de tirotrópina (hormona estimulante del tiroides, o TSH)

### Pregunta:

¿Cuál es la asignación adecuada de código ICD-9-CM de procedimiento para la colocación de marcapasos gástrico para la obesidad mórbida?. Este es un procedimiento nuevo que nuestros cirujanos están realizando actualmente como parte de un ensayo clínico y los codificadores no tienen claro los códigos correctos. Aunque estos pacientes son parte de un ensayo clínico, ¿debería codificarse el V70.7, Examen de un participante en ensayo clínico, como diagnóstico secundario? ¿Cuáles son los códigos de diagnóstico y procedimiento adecuados?

### Respuesta:

Asigne el código 278.01, Obesidad mórbida, como diagnóstico principal. El código V70.7, Examen de un participante en ensayo clínico, debe asignarse como diagnóstico secundario. Asigne igualmente el código adecuado para el índice de masa corporal (BMI), si se conoce. Asigne el código 86.96, Inserción o sustitución de otro generador de pulsos de neuroestimulación y el código 04.92, Implantación o sustitución de electrodo(s) de neuroestimulación periférica, para la inserción de marcapasos gástrico.

El “procedimiento de marcapasos gástrico” se está usando como un intento innovador para el tratamiento de la obesidad mórbida e inducir pérdida de peso. Durante el procedimiento se utiliza una aguja especial desechable. Este instrumento de inserción ayuda al cirujano en la tunelización de un electrodo metálico bipolar permanente de marcapasos por debajo de la capa seromuscular del estómago. El electrodo de marcapasos es luego fijado mediante un cable a un estimulador de batería, el cual es implantado en un bolsillo subcutáneo en la piel del abdomen superior. El estimulador envía impulsos eléctricos programados al electrodo dentro de la pared gástrica. La programación y la lectura de la información se da de la misma manera que en los marcapasos cardiacos. Los impulsos del marcapasos gástrico estimulan el estómago y envían “mensajes” neurohumorales, a través de los nervios lo que hace que el individuo se sienta lleno o saciado. Como resultado, el paciente debería consumir menos calorías, dando como resultado una pérdida de peso.



Modelos de marcapasos gástrico <sup>NT</sup>

### **Pregunta:**

Una paciente de 51 años de edad, con dependencia a la heroína, desarrolla botulismo en una herida. El único código de la ICD-9-CM para el botulismo aparece en envenenamiento por alimento debido a botulismo. Esta paciente resultó infectada por una inyección subcutánea de heroína en el área deltoidea del brazo, y no por una forma de infección por comida. ¿Cómo debe codificarse?

### **Respuesta:**

Asigne el código 880.13, Herida abierta de hombro y brazo superior, complicada, brazo superior, y el código 041.89, Otra infección bacteriana especificada, otra bacteria especificada, para el botulismo de herida secundaria a inyección por heroína. Debe asignarse el código 304.00, Dependencia de tipo opiáceo, no especificada, como secundario.

El botulismo puede desarrollarse secundariamente a una infección de herida, pero es una forma poco común. La enfermedad se desarrolla cuando el *Clostridium botulinum*, solo o con otros microorganismos, infecta una herida creando toxinas que viajan a otras partes del organismo por vía sanguínea. El botulismo de herida no está relacionado con la comida.

**Pregunta:**

El radiólogo pregunta por la asignación de código correcta para un paciente visto en el servicio de urgencias tras un accidente de vehículo a motor. El paciente se queja de dolor torácico el médico ordena una radiografía de tórax, que resulta negativa. El motivo del examen es dolor de tórax por accidente con vehículo a motor. Esto es un servicio de radiología y no hay otra información disponible. ¿Deberíamos concluir que el dolor de tórax es una lesión resultado de un accidente con vehículo a motor y asignar un código de lesión, o sólo codificar esto como un dolor torácico (786.50)?

**Respuesta:**

Asigne el código 786.50, Dolor torácico, no especificado, como diagnóstico principal para este caso. El codificador no debe asumir que hay una lesión si el médico no ha documentado esta información en la historia clínica.

**Pregunta:**

El paciente fue intubado y conectado a ventilación mecánica para cirugía. Se le mantuvo con el ventilador tres días del postoperatorio. Si el paciente se mantiene en ventilación mecánica más de dos días tras la cirugía, ¿se acepta de manera automática asignar la ventilación mecánica como procedimiento adicional?

**Respuesta:**

Sí, basado en la aclaración publicada en *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 2004 , página 11, (página 9 de la versión traducida <sup>NT</sup>), si el paciente estuvo con ventilación mecánica más de dos días en el postoperatorio, debe asignarse un código de ventilación mecánica. Deben asignarse los códigos 96.71, Ventilación mecánica continua de menos de 96 horas consecutivas y 96.04, Inserción de tubo endotraqueal, para la intubación y la ventilación continua de más de dos días postoperatorios.

**Pregunta:**

Si el paciente es mantenido en ventilación mecánica menos de dos días postoperatorios pero el médico documenta que el paciente es mantenido en el ventilador más de lo esperado debido a un problema específico, es aceptable asignar la ventilación mecánica como procedimiento adicional?

**Respuesta:**

Sí, la asignación de un código de ventilación mecánica sería apropiado en este caso. La recomendación publicada en el *Coding Clinic* sobre ventilación mecánica durante la cirugía afirma que no se debe asignar el código de ventilación mecánica cuando forme parte normal de la cirugía. En el caso de que el médico documente que el paciente ha tenido un problema específico y esté mantenido en ventilación más tiempo de lo esperado, no sería parte rutinaria de la cirugía, por lo que debería informarse la ventilación mecánica. Esta recomendación es coherente la publicada anteriormente en el *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 2004 , página 11, (página 9 de la versión traducida <sup>NT</sup>) y *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 1992, página 14.

**Pregunta:**

Nos gustaría una aclaración acerca del uso correcto del quinto dígito para el infarto de miocardio (AMI) en un hospital de larga estancia. ¿El episodio inicial de cuidados del IAM incluye sólo el tiempo pasado en un hospital de cuidados agudos de corta estancia? Cuando el hospital de larga estancia está autorizado para un cuidado agudo ¿podría tener un quinto dígito “1” un infarto agudo de miocardio que ocurrió en un hospital de agudos y que no se ha resuelto en 8 semanas? ¿Qué pasa si el IAM ha sido o no resuelto? ¿El traslado de un hospital de agudos a uno de larga estancia hace que el quinto dígito sea un “2”?

**Respuesta:**

El quinto dígito “1” (episodio inicial de cuidado) cubre todo los cuidados proporcionados a un infarto de miocardio recientemente diagnosticado hasta que el paciente es dado de alta del hospital de agudos. Esto incluye cualquier traslado hacia o desde otros hospitales de cuidados agudos antes del alta del paciente y que ocurre dentro de la franja de ocho semanas. Estas instrucciones no limitan los traslados entre hospitales de corta estancia. También se incluyen los traslados a un hospital de larga estancia, con la condición de que el paciente no se haya dado de alta del infarto de miocardio en hospital y esté dentro de la franja de tiempo. Si el paciente es trasladado a un hospital que no es de agudos (ej. centro de enfermería especializado, hospital de cuidados intermedios, cuidados domiciliarios, servicios de rehabilitación, hospicios, etc.) asigne en quinto dígito “2”.

**Pregunta:**

Los médicos en nuestros servicios ordenan mamografías de cribaje rutinarias para pacientes con enfermedad fibroquística de mama. De acuerdo con el Coding Clinic del segundo trimestre de 2003 (página 1 de la versión traducida<sup>NT</sup>) “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”. Basados en esta norma, parece que el código V76.12 no debería usarse ya que la fibrosis quística está ya documentada. ¿Cuál sería el código de diagnóstico principal para el cribaje mediante mamografía en pacientes con enfermedad fibroquística de la mama?

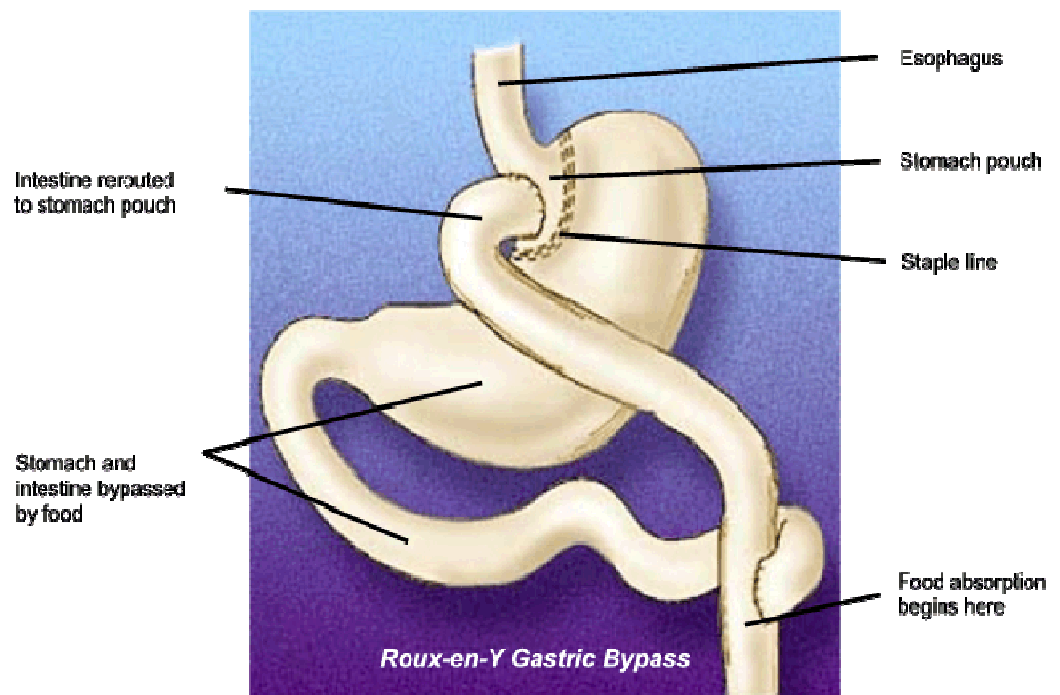
**Respuesta:**

Asigne el código V76.12, Cribaje especial para neoplasia maligna, Otra mamografía de cribaje, como diagnóstico principal. Debe asignarse el código 610.1, Mastopatía fibrosa difusa, como diagnóstico secundario.

La enfermedad fibroquística de la mama en una variante normal frecuentemente encontrada en mamas normales y no es una afección patológica. No hay riesgos de factor asociados a la enfermedad fibroquística de la mama. Por tanto, el examen debe considerarse una mamografía de cribaje y se debe asignar el código V76.12 como diagnóstico principal.

### Pregunta:

La paciente es una mujer de 48 años de edad que ha sido sometida previamente a una derivación gástrica en Y de Roux. Ha tenido una pérdida considerable de peso desde la intervención y desarrolló un gran panículo adiposo abdominal sintomático. Esto ha causado a la paciente grandes molestias e incapacidad funcional. Además tenía una hernia ventral en la parte superior de la línea media. Fue ingresada para paniclectomía abdominal con abdominoplastia y reparación de la hernia ventral. ¿Cómo debería ser codificado?



Derivación en Y de Roux usada en cirugía bariátrica <sup>NT</sup>

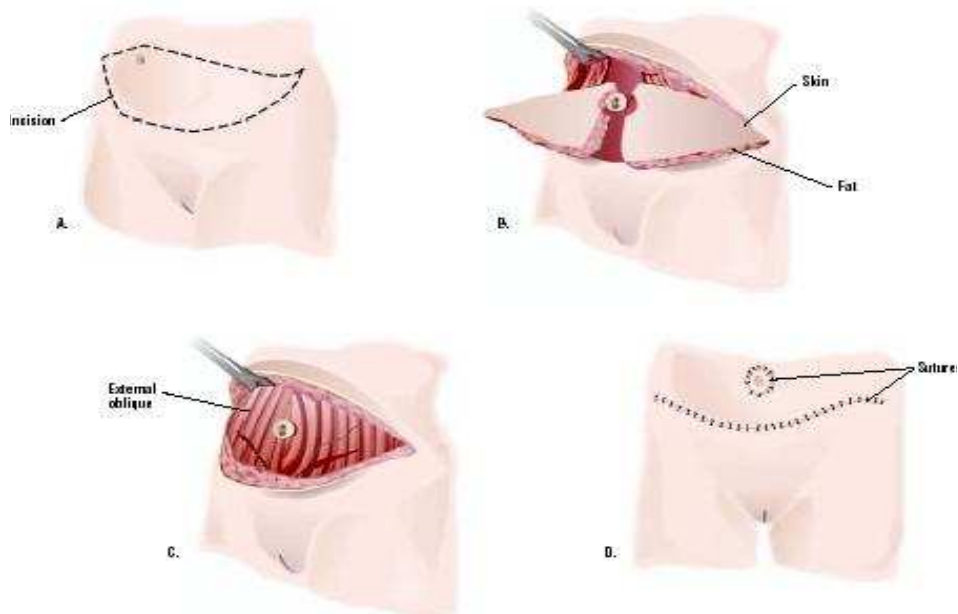
### Respuesta:

Asigne el código 278.1, Adiposidad localizada, como diagnóstico principal para el aumento de panículo abdominal. Esta asignación de código se encuentra en el Índice bajo:

**Grasoso**  
Delantal      278.1

Como diagnóstico secundario debe asignarse el código 553.20, Hernia ventral, no especificada.

Asigne los códigos 86.83, Operación plástica de reducción de tamaño, para la abdominoplastia/paniclectomía y 53.59, Reparación de otra hernia de la pared abdominal anterior, para la reparación de la hernia ventral.



Procedimiento de abdominoplastia <sup>NT</sup>



Imágenes de aumento de panículo adiposo antes y después de la intervención <sup>NT</sup>

**Pregunta:**

Un paciente es ingresado con una úlcera no cicatrizada. Fue sometido a cirugía donde se realizó un desbridamiento y se inyectó Graftjacket® Xpress en la zona profunda del dedo gordo derecho y en la parte superficial de la úlcera. ¿Cuál es la asignación de código para este procedimiento?

**Respuesta:**

Asigne el código 83.98, Inyección de sustancia terapéutica de actuación local en otro tejido blando, para el Graftjacket® Xpress. Debe asignarse como código adicional el 86.22, Desbridamiento escisional de herida, infección o quemadura.



El Graftjacket® Xpress es un polvo de tejido blando soluble que se mezcla con solución salina de tal manera que puede inyectarse en heridas de forma compleja o irregular tal como defectos por fístulas profundas. Ayuda a la formación de tejido de granulación formando una base acelular inerte inmunológicamente que consiste en matrices de proteínas extracelulares.



Imágenes de la aplicación de Graftjacket® Xpress<sup>NT</sup>

### **Pregunta:**

El *Coding Clinic* del Cuarto Trimestre de 1989 recomienda la secuencia del código 307.1, Anorexia nerviosa, como diagnóstico principal para la anorexia con desnutrición grave ya que la anorexia lleva implícita la desnutrición. Sin embargo en mi hospital vemos pacientes con desnutrición tan grave que requieren intervención médica para estabilizar las funciones corporales. El seguimiento y tratamiento de estos pacientes se puede extender a meses. No tenemos unidad de psiquiatría y estamos asociados a un servicio de psiquiatría por lo que no se realiza un cuidado psiquiátrico más allá de una consulta psiquiátrica. Ya que la causa principal del ingreso es la desnutrición, ¿es adecuado secuenciar el código 239.6, Desnutrición proteico-calórica no especificada, como diagnóstico principal?

### **Respuesta:**

Asigne el código 307.1, Anorexia nerviosa, como diagnóstico principal. El código 261, Marasmo nutricional, debe asignarse como diagnóstico secundario para la desnutrición grave. En algunos pacientes anoréxicos la pérdida de peso es tan grave que lleva a la desnutrición. El código 261 describe mejor la gravedad de la afección. Sin embargo, es correcto secuenciar la afección subyacente (anorexia nerviosa) como diagnóstico principal. Esta recomendación se aplica tanto a servicios médico-quirúrgicos como psiquiátricos y sustituye a la previamente publicada en *Coding Clinic* del Cuarto Trimestre de 1989, página 11, donde solo se asigna el código 307.1.

**Pregunta:**

Para hacer análogos los cambios hechos previamente al código 645, Embarazo prolongado, se hicieron modificaciones en la subcategoría 766.2, Recién nacido tardío, sin peso elevado para la edad gestacional. Los códigos fueron creados para identificar los recién nacidos de gestación postérmino y prolongada que tienen un mayor riesgo de eventos adversos tales como anomalías fetales y muerte al nacimiento. ¿Es necesario que el recién nacido tenga una afección tal como se afirma en el título de la categoría 766, “Trastornos relacionados con gestación prolongada y peso alto en el nacimiento”, a fin de informar los códigos 766.21, Recién nacido postérmino, y 766.22, Recién nacido de embarazo prolongado? El médico documenta normalmente que no hay relación entre un recién nacido de 42 semanas de gestación con una afección o trastorno perinatal específico.

**Respuesta:**

Los códigos 766.1, Recién nacido postérmino, y 766.22, Recién nacido de embarazo prolongado, deben asignarse basados únicamente en la edad gestacional del recién nacido. No tiene que tener asociada ninguna afección o trastorno al período alargado de gestación para usar estos códigos.

**Pregunta:**

El paciente tiene un diagnóstico de hepatitis C crónica. El médico documenta que el mismo está en remisión, tras tratamiento con interferón, y la viremia ha desaparecido desde hace cuatro años. No parece adecuado un código de historia, ya que la documentación no sugiere que la afección esté totalmente resuelta. ¿Debe codificarse esta afección con el código 070.54, Hepatitis crónica C sin mención de coma? ¿Cómo se codifica u diagnóstico de hepatitis crónica C cuando la enfermedad está en remisión?

**Respuesta:**

Asigne el código 070.54, Hepatitis crónica C sin mención de coma, para la hepatitis crónica C descrita como en remisión. Aunque el paciente actualmente no tiene síntomas de enfermedad activa, la afección está aún presente.

**Pregunta:**

El paciente tuvo un desgarro del menisco medio y se sometió a una artroscopia diagnóstica, trepanación del desgarro del menisco medial posterior y escisión de la plica (*plica synovialis infrapatellaris* o ligamento adiposo<sup>NT</sup>). Durante la intervención, el menisco desgarrado fue trepanado con un trocar espinal del calibre 18. ¿Cuál es la asignación correcta de código para la trepanación de un menisco desgarrado?

**Respuesta:**

Asigne el código 81.47, Otra reparación de la rodilla, para los procedimientos realizados. Cada componente de la operación está incluido en el código de la reparación. Están disponibles varios métodos quirúrgicos para los desgarros de menisco, incluyendo la extirpación parcial (meniscectomía), trepanación (estimulación del flujo sanguíneo abriendo canales en el menisco) y sutura o grapado.

**Pregunta:**

El paciente se presenta en el servicio de urgencias tras episodios de síncope. Tuvo episodios de asistolia mientras estaba monitorizado con pérdida de conciencia. En el registro de telemetría se encontró un ritmo sinusal normal con periodos de bloqueo AV completo con asistolia ventricular. En el momento de la consulta, el paciente estaba en ritmo sinusal normal con un bloqueo AV de primer grado y bloqueo AV tipo II de segundo grado subyacentes. La documentación del médico afirma que el paciente entra y sale del bloqueo cardiaco de segundo grado. Se discutió con el paciente la colocación de un marcapasos permanente pero éste rehusó. ¿Cuál es la asignación correcta de código para el bloqueo cardiaco intermitente cuando el paciente entra y sale de un bloqueo cardiaco de grado II y tiene un bloqueo de primer grado de base? ¿Es correcto asignar sólo el código 426.0, Bloqueo AV completo, o se debería de codificar junto con el 426.12, Bloqueo AV de Mobitz (tipo) II y 426.11, y Bloqueo AV de primer grado como diagnósticos secundarios?

**Respuesta:**

Asigne los código 426.0, Bloqueo auriculoventricular completo, 426.11, Bloqueo auriculoventricular de primer grado y 426.12 Bloqueo auriculoventricular de Mobitz (tipo) II, para los bloqueos AV completo, de primer grado y de segundo grado. Es correcto informar de los distintos tipos de bloqueos AV de forma separada.

**Pregunta:**

Un paciente es ingresado con bursitis prerrotuliana infectada de la rodilla derecha. Se le practicó irrigación, desbridamiento y bursectomía. La incisión se hizo centrada en la línea media y se retiró la escara oscura de la piel. Se efectuó una incisión en la bolsa sinovial y se hizo cultivo y estudio de sensibilidad en el material purulento. El cultivo confirmó la presencia de *Staphylococcus*. Una vez extirpada la bolsa sinovial, el área fue taponada y vendada. ¿Cuál es la asignación de códigos de diagnóstico y procedimiento para esta intervención?

**Respuesta:**

Asigne el código 726.65, Bursitis prerrotuliana, para la bursitis prerrotuliana infectada. Deben asignarse los códigos 041.10, Infección bacteriana en afecciones clasificadas en otro sitio, Estafilococo, inespecífico, como diagnóstico secundario. Asigne el código 82.5, Bursectomía para la escisión de la bolsa sinovial. No es necesario ningún código secundario para la irrigación y el desbridamiento ya que estos procedimientos son parte integral de la bursectomía.

**Pregunta:**

La documentación del médico indica que se usó un fórceps para desbridar el material fibrinoso y tejido de la bolsa sinovial. ¿Cuál es el código de procedimiento para el desbridamiento del tejido de la bolsa sinovial?

**Respuesta:**

Asigne el código 83.5, Bursectomía, para el desbridamiento de la bolsa sinovial. Ocasionalmente el tejido de granulación puede ser desbridado durante la bursectomía. El desbridamiento es capturado mediante el código 83.5 y no debe ser codificado por separado.

**Pregunta:**

Un paciente de 31 años de edad es ingresado con taquicardia ventricular y dolor torácico subesternal punzante. Tenía un marcapasos de doble cámara, que fue colocado dos años antes debido a una bradicardia sintomática con frecuencia cardíaca baja de 19 latidos por minuto. La documentación del médico indica taquicardia producida por marcapasos. El período de vacío auriculoventricular fue reprogramado para evitar la conducción auriculoventricular. ¿Cuál es la asignación de código para la taquicardia producida por marcapasos?

**Respuesta:**

Asigne el código 996.01, Complicación mecánica, Debida a dispositivo de marcapasos cardíaco, y 427.1, Taquicardia ventricular paroxística, para la taquicardia mediada por marcapasos.

**Pregunta:**

Un paciente ingresado con dolor de espalda bajo es diagnosticado de aneurisma micótico de la aorta torácica descendente (toracoabdominal). Los cultivos del lugar del aneurisma fueron positivos a *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente (SAMR). El médico indica específicamente que no hay endocarditis presente. Sin embargo, la indexación en la ICD-9-CM lleva al código 421.0, Endocarditis bacteriana aguda y subaguda, para el aneurisma micótico de cualquier sitio. ¿Cuál es la asignación adecuada de códigos para un paciente que tiene un aneurisma micótico cuando el médico indica que no hay una endocarditis presente? ¿Debería asignarse un código secundario para reflejar el lugar actual del aneurisma?

**Respuesta:**

Asigne el código 441.7, Aneurisma toracoabdominal, sin mención de rotura, para identificar el aneurisma. Asigne los códigos 041.11, Infección bacteriana en afecciones clasificadas en otro sitio o sitio no especificado, *Staphylococcus aureus*, y V09.0, Infección con organismo resistente a las penicilinas, como diagnósticos secundarios para identificar la infección por SAMR.

Hay dos tipos de aneurisma micótico: primario y secundario. El aneurisma micótico primario es raro y no está asociado con ningún proceso inflamatorio intravascular. Los aneurismas micóticos secundarios están causados por infecciones, a menudo asociadas con accesos intravasculares. Los microorganismos implicados pueden incluir: *Staphylococcus aureus*, *Salmonella*, *Streptococcus* no hemolítico, *Pneumococcus* y *Mycobacterium*. El aneurisma micótico es una denominación errónea ya que pocas infecciones se producen por hongos. El término se refiere a aneurisma extracardiaco o intracardiaco causado por infecciones.

**Pregunta:**

Un paciente es ingresado con hemoptisis y sangre en heces. El médico afirma que la hemoptisis y la sangre en heces son debidas a una coagulopatía relacionada con el uso reciente de Coumadin (Warfarina sódica <sup>NT</sup>). ¿Cuál es el código de diagnóstico apropiado para este caso?

**Respuesta:**

Asigne el código 786.3, Hemoptisis, o el código 578.1, Sangre en heces, como diagnóstico principal. Asigne el código E934.2, Medicamentos, sustancias medicinales y biológicas que causan efectos adversos en el uso terapéutico, Anticoagulantes, para describir la causa externa.

No es adecuado usar un código de la categoría 286, Defectos de la coagulación, para pacientes en tratamiento anticoagulante. Véase el Coding Clinic, Tercer Trimestre de 2004, página 7 (página 5 de la versión traducida <sup>NT</sup>), Quinto número de 1993, página 16 y Tercer Trimestre de 1992, página 15 para más información.

**Pregunta:**

Un paciente se presenta con historia personal de invasión parasitaria (gusano) en el cerebro. La contrajo por comer cerco no cocinado cuando vivía en Méjico. El gusano está muerto pero ha sufrido como efectos posteriores dolores de cabeza intensos. ¿Cómo debe ser codificado este episodio?

**Respuesta:**

Asigne el código 784.0, Cefalea, como diagnóstico principal para este caso. Asigne el código 139.8, Efectos tardíos de otras infecciones y enfermedades parasitarias y no especificadas, como diagnóstico secundario. No asigne un código de infestación por gusano ya que dicho parásito está muerto y el paciente no tiene ya esta afección.

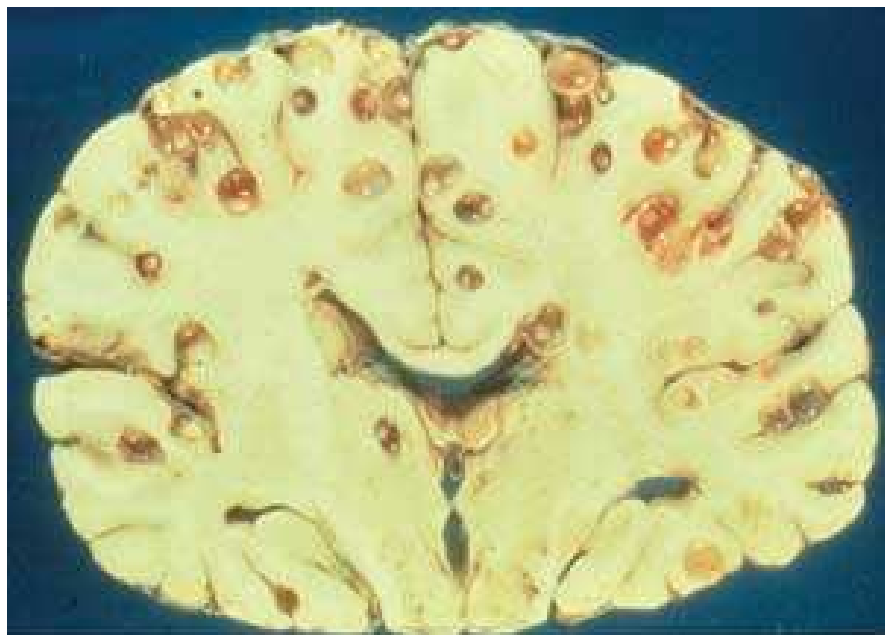


Imagen de cisticercosis cerebral <sup>NT</sup>

**Pregunta:**

Un paciente en estado de fusión vertebral y múltiples operaciones de espalda es ingresado por dolor crónico de la espalda baja. Fue diagnosticado de síndrome de transición de L1-2 con desequilibrio sagital secundario a enfermedad degenerativa de disco. ¿Cuáles son los códigos de diagnóstico correctos para esta afección? ¿Se considera el síndrome de transición una complicación del procedimiento de fusión vertebral?

**Respuesta:**

Asigne el código 722.52, Degeneración de disco intervertebral torácico y lumbar, Disco intervertebral lumbar o lumbosacro, para el síndrome de transición de L1-2 con desequilibrio sagital. El síndrome de transición y el desequilibrio sagital son siempre secundarios a degeneración a degeneración de un segmento de disco. No es una complicación de la artrodesis (fusión vertebral) o de la instrumentación.

El síndrome de transición está definido como la degeneración prematura de los niveles adyacentes de la columna vertebral cuando se realiza una fusión vertebral. El desequilibrio sagital se produce cuando la columna ha sido fijada en una posición que impide al paciente permanecer derecho de pie.

**Pregunta:**

No estamos seguros del código adecuado para trombo de la orejuela de la aurícula izquierda. El término “trombo” nos remite a “trombosis”. Hemos advertido varias entradas en el índice y estamos desorientados con el código correcto de esta afección. Los códigos encontrados no parecen adecuados ya que no hay ni enfermedad valvular ni infarto agudo de miocardio. Por favor proporcione una aclaración.

**Respuesta:**

Asigne el código 429.89, Otra enfermedad cardíaca mal definida, otra, para el diagnóstico de trombo de la orejuela de la aurícula. Este código puede encontrarse siguiendo el índice:

**Trombosis**

Mural (cavidad cardíaca)

sin

infarto de miocardio 429.89

**Pregunta:**

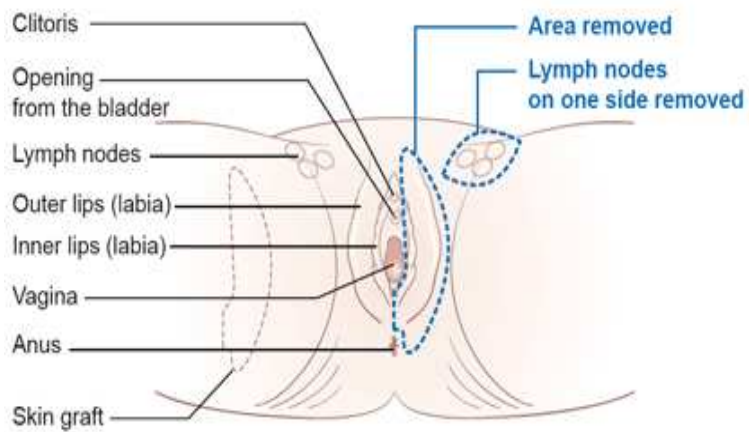
Una paciente de 63 años de edad fue ingresada con una lesión vulvar debida a enfermedad de Paget. Se realizó una vulvectomía radical parcial. El lugar de la escisión comprendía el margen de los labios menores y mayores y el clítoris así como el borde de la uretra y vagina. ¿Cuál es la asignación correcta de código para la vulvectomía radical parcial izquierda?

**Respuesta:**

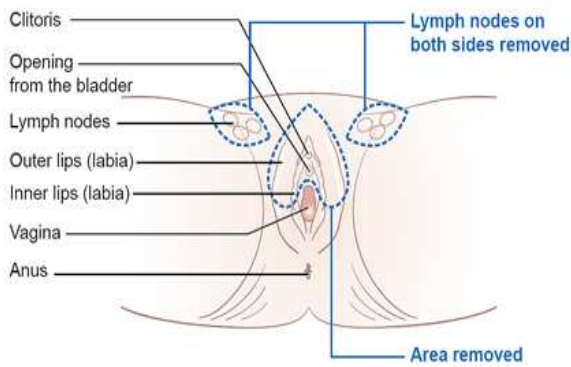
Asigne el código 71.61, Vulvectomy unilateral, para la vulvectomy radical parcial.



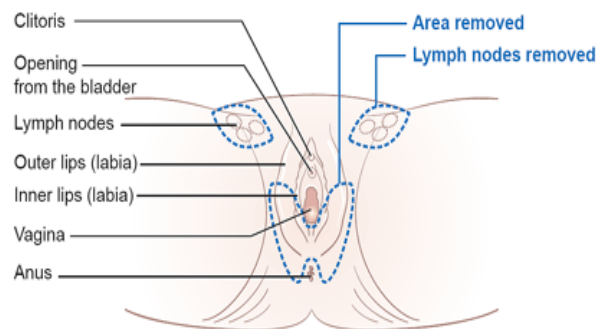
Enfermedad de Paget vulvar <sup>NT</sup>



Area de escisión en vulvectomy radical parcial lateral <sup>NT</sup>



Area en vulvectomy radical parcial superior <sup>NT</sup>



Area en vulvectomy radical parcial inferior <sup>NT</sup>

**Pregunta:**

Unos consejos de codificación previos indican que el código 250.11, Diabetes con cetoacidosis, debe asignarse para la cetoacidosis diabética excepto que la diabetes mellitas esté identificada específicamente como de adulto o tipo II. ¿Esta información es todavía válida?

**Respuesta:**

Asigne el código 250.13, Diabetes con cetoacidosis, tipo I [juvenil], incontrolada, para la cetoacidosis diabética. La cetoacidosis diabética por definición es incontrolada y el 250.13 es el código por defecto, excepto que el médico específicamente documente el tipo II. Este consejo sustituye al publicado previamente en Coding Clinic, Tercer Trimestre de 1991, páginas 6-7.

**Pregunta:**

Una mujer de 56 años es ingresada con falta de aliento, febrícula y cefalea. Es sometida a broncoscopia con lavado broncoalveolar. La paciente tenía una historia de artritis reumatoide y había recibido tratamiento con Metotrexate y Remicade. El diagnóstico final del médico es “Neumonitis inducida por Metotrexate”. ¿Debería asignarse el código 486, Neumonía, organismo no especificado, y el código E del agente causal, a pesar de que la literatura médica describe esta afección como neumonitis intersticial? ¿Cómo debería codificarse?

**Respuesta:**

Asigne el código 516.8, Otra neumopatía alveolar y parietoalveolar especificada, como diagnóstico principal para la neumonitis inducida por Metotrexate. Esta asignación de código puede encontrarse bajo:

**Neumonitis** (*véase también* Neumonía)

**Neumonía**

intersticial 516.8

Los códigos 714.0, Artritis reumatoide, y E933.1, Medicamentos, sustancias medicamentosas y biológicas que causan efecto adversos en el uso terapéutico, Agentes fundamentalmente sistémicos, Antineoplásicos y medicamentos inmunosupresores, deben asignarse como diagnósticos secundarios. Asigne el código 33.24, Biopsia cerrada endoscópica de bronquio, para el procedimiento realizado.

**Pregunta:**

La paciente es una mujer de 64 años de edad con historia de síndrome mielodisplásico secundario refractario que ha evolucionado a leucemia mielógena aguda secundaria (LMA). También tiene un linfoma no Hodgkin. Fue ingresada para inducción quimioterápica y consolidación de la misma con Busulfan/Ciclofosfamida en altas dosis extrayéndose previamente células madre autólogas depuradas y criopreservadas.



Durante la hospitalización la LMA fue tratada mediante inducción de quimioterapia seguida de quimioterapia de mantenimiento y reinfusión de células madre autólogas estimuladas de sangre periférica. Cuando se le preguntó, el médico dijo que la estimulación/reinfusión de células madre incluye la infusión de una cantidad extra de células madre en pacientes que han sufrido retraso o un pobre resultado (recuperación en el recuento de sangre) tras el trasplante de células madre inicial. Aunque la estimulación de células madre es técnicamente idéntico al trasplante, no es lo mismo ya que no implica ni altas dosis de quimioterapia ni de radioterapia (fase de acondicionamiento). ¿Cómo debe codificarse?

### **Respuesta:**

Asigne el código 205.00, Leucemia mieloide, Aguda, sin mención de remisión, como diagnóstico principal. El código 202.90<sup>(\*)</sup>, Otra neoplasia maligna y no especificada de tejido linfóide e histiocítico, de lugar no especificado, extranodal y órgano sólido, debe asignarse como diagnóstico secundario. El código V58.11, Contacto para quimioterapia antineoplásica, no es adecuado como diagnóstico principal en este caso, ya que el paciente ha ingresado para reinfusión de células madre. El código V58.11 se usa en contactos para quimioterapia únicamente. Asigne el código 41.07, Trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas con purificación, para la reinfusión de células madre autólogas estimuladas de sangre periférica. La clasificación de procedimientos de la ICD-9-CM do diferencia entre el trasplante de células madre y la reinfusión de células madre estimuladas.

En el trasplante de células madre de sangre periférica, se toman del paciente células sanguíneas inmaduras de la sangre circulante similares a las de la médula ósea tras un tratamiento para ayudar dicha médula ósea para recuperarse y continuar produciendo células sanguíneas sanas. Un trasplante autólogo de células madre de sangre periférica incluye la extracción y conservación de las células madre del propio paciente antes del tratamiento. El proceso incluye la recolección de células madre y su purificación para disminuir el riesgo de infundir células tumorales en el paciente, congelación (criopreservación) para conservarlas hasta la reinfusión, administración de altas dosis de quimioterapia y/o radioterapia, y reinfundir las células madre descongeladas tras la quimioterapia/radioterapia.

(\*) En el texto original existe una errata: donde pone 202.80 debe poner 202.90<sup>NT</sup>

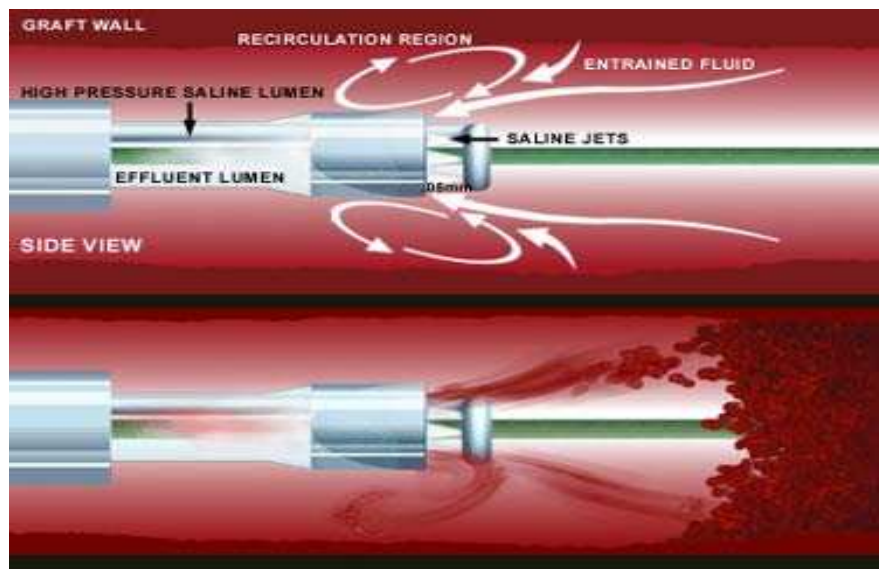
### **Pregunta:**

Un paciente de 70 años de edad es ingresado con un trombo extenso en la vena iliaca y femoral izquierda. Se introduce una guía hasta la vena cava y se inyecta contraste. El trombo se identifica justo por encima del pliegue inguinal. El angiojet<sup>(\*\*)</sup> se hace avanzar por el trombo y gran parte del mismo es aspirado. Se introduce un catéter de infusión por la vena femoral. Luego se inyectó un bolo de 2,5 mg de activador del plasminógeno tisular (pTA) para purgar el catéter e iniciar la trombolisis química que se realizó durante la noche. ¿Cuál es la asignación de código de procedimiento correcta?

### Respuesta:

Asigne el código 39.79, Otra reparación endovascular (de aneurisma) de otros vasos, para las trombectomías realizadas en las venas ilíaca y femoral. Asigne el código 99.10, Inyección o infusión de agente trombolítico para la administración de tPA.

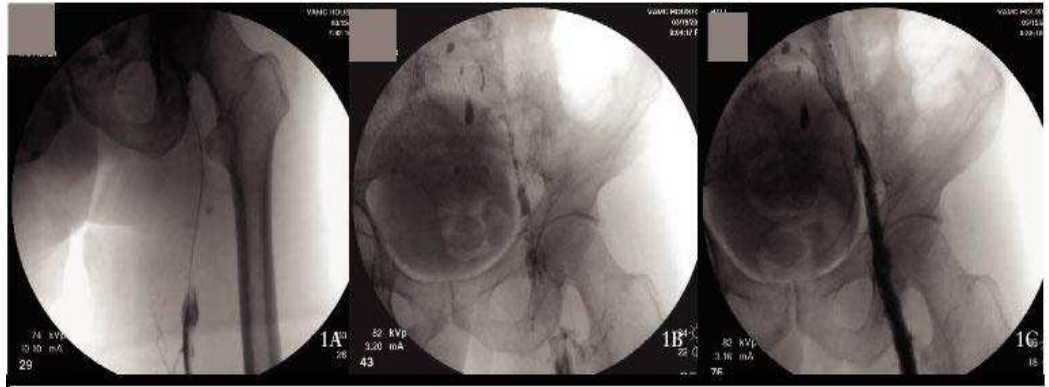
(\*\*) El sistema AngioJet® (Possis Medical Inc, Minneapolis, MN) es un tipo de trombectomía mecánica percutánea usado en la trombosis arterial y en la trombosis venosa profunda. El fundamento de este dispositivo está basado en el principio de Bernoulli que crea unos chorros de solución salina de alta velocidad dirigidas desde la punta del dispositivo a unos canales de salida en forma coaxial. Esto genera un vacío que aspira el trombo dentro del catéter. Una de las mayores ventajas de este tratamiento percutáneo es que el catéter de trombectomía puede ser introducido por una vaina de pequeño calibre (6 Fr), reduciendo el trauma en la zona de acceso, evitando la exposición convencional que se hace mediante tromboembolectomía con Fogarty y disminuyendo los síntomas derivados de la misma (NT).



Aspiración del trombo mediante el Angiojet<sup>NT</sup>



Imágenes de los chorros de solución salina del Angiojet<sup>NT</sup>



Flebografías de trombosis de vena ilíaca y femoral común antes y después del uso del Angiojet <sup>NT</sup>

**Pregunta:**

Un paciente de 71 años de edad es ingresado con trombosis venosa profunda (TVP) de extremidad inferior izquierda de gran extensión. Mediante seguimiento por ultrasonidos, se usó un equipo de micropunción para acceder a la parte más estrecha de la vena safena. Mediante una guía se atravesó la trombosis de la vena femoral superficial. Se colocó luego una guía estándar en J y se avanzó mediante un catéter angiojet por toda la longitud del trombo. Una venografía mostró lisis de alrededor del 50% del coágulo original. Se colocó un catéter de infusión de 40 cm y se inició la trombolisis dirigida por dicho catéter. ¿Cómo se debería codificar estos procedimientos?

**Respuesta:**

Asigne el código 39.79, Otra reparación intravascular (de aneurisma) de otros vasos, para la trombectomía. Asigne el código 88.66, Flebografía de vena femoral y otras venas de extremidad inferior, usando medio de contraste, para la venografía.

**Pregunta:**

A un paciente con 68 años de edad se le encuentra una trombosis aguda en las arterias ilíacas común y externa izquierdas. Se pasó un catéter para trombectomía a través de la arteria ilíaca y se extrajo una gran cantidad de trombos. Tras la extracción de los trombos, se insertó un catéter en la zona proximal de la arteria femoral común. La angiografía intraoperatoria de las arterias ilíaca común y externa los mostró de manera muy evidente. Se encontró un flujo lento dentro de la arteria ilíaca que era compatible con trombosis. Se insertó un catéter de trombectomía otra vez a nivel tibial y peroneo. ¿Cuál es el código adecuado de procedimiento?

**Respuesta:**

Asigne el código 39.79, Otra reparación endovascular (de aneurisma) de otros vasos, para las trombectomías. Asigne el código 88.48, Arteriografía de arteria femoral y otras arterias de la extremidad inferior, para el angiograma de las arterias ilíacas común y externa.

**Pregunta:**

Una paciente en estado posthisterectomía abdominal es ingresada para tratamiento de absceso de la herida operatoria. Se realizó incisión y drenaje con desbridamiento. El cirujano abrió la incisión aproximadamente 12 cm y se extrajo todo el exudado purulento. Se usaron tijeras de Metzenbaum para desbridar las áreas desvitalizadas y finalmente la herida se cubrió. ¿Cómo debe codificarse? ¿Sería correcto usar los códigos de incisión y drenaje del absceso y el desbridamiento juntos?

**Respuesta:**

Asigne el código 998.59, Otra infección postoperatoria, como diagnóstico principal. Asigne el código 54.0, Incisión de pared abdominal, para la incisión y drenaje de l absceso de herida operatoria. El desbridamiento de la herida no se debe codificar por separado, ya que es parte integral del procedimiento completo. Véase un ejemplo similar en el *Coding Clinic* Segundo Trimestre de 1990, página 27, que trata de la incisión, drenaje y desbridamiento de un absceso de mama.

**Pregunta:**

¿Es adecuado asignar un código de hipoxemia como diagnóstico secundario cuando está asociado a neumonía?

**Respuesta:**

Sí, es adecuado asignar el código 799.02, Hipoxemia, como código adicional cuando se presenta con la neumonía. La hipoxemia no está inherente en la neumonía. La hipoxemia indica oxigenación deficiente de la sangre. Si es grave, puede poner en peligro la vida. Las causas de hipoxemia incluyen la neumonía grave, fallo cardiaco congestivo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, embolismo pulmonar y fibrosis pulmonar. La falta de aliento es el síntoma capital típico de la hipoxemia. La causa subyacente de la misma determina el curso del tratamiento.

**Pregunta:**

¿Es adecuado asignar un código de hipoxemia como diagnóstico secundario principal cuando está asociado con fallo respiratorio agudo?

**Respuesta:**

No asigne la hipoxemia como diagnóstico secundario cuando está presente en el fallo respiratorio agudo. La hipoxemia debe ser considerada inherente a dicho fallo respiratorio.

**Pregunta:**

¿Cuál es la asignación correcta de código para la neumonía asociada a ventilador?

### **Respuesta:**

Asigne el código 999.9, Otra complicación de cuidado médico y no especificado, no clasificado en otra parte, con el código adecuado para el tipo específico de neumonía para el diagnóstico de neumonía asociada a ventilador. El índice alfabético de la ICD-9-CM dirige al codificador como sigue:

Complicaciones  
terapia con ventilador NCOC 999.9

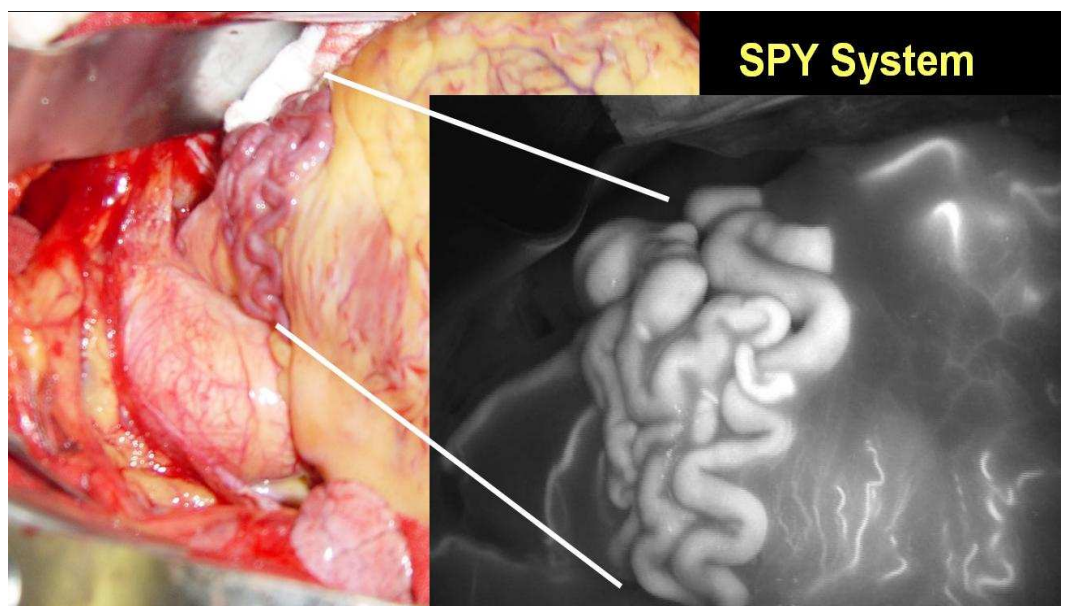
### **Pregunta:**

Los médicos de nuestro hospital están haciendo “técnicas de imagen intraoperatoria SPY” junto con procedimientos de derivación de arterias coronarias. ¿Debería codificarse esta técnica como arteriografía coronaria? ¿Cómo debería codificarse las técnicas de imagen intraoperatoria SPY junto con procedimientos de derivación de arterias coronarias?

### **Respuesta:**

Asigne el código 88.90, Diagnóstico por imagen, no clasificado en otro sitio, para las técnicas de imagen intraoperatoria SPY, ya que es una técnica de imagen, no una arteriografía.

La arteriografía coronaria incluye la colocación y avance de un catéter en las arterias coronarias con la inyección de un medio de contraste. El sistema SPY usa un catéter central para introducir el contraste en las venas yugular interna o subclavia, llegando a la vena cava superior y aurícula. Como técnica alternativa se introduce el contraste a través de una inyección mediante catéter hasta el injerto o mediante una inyección directa con catéter aórtico al lugar de la derivación cardiopulmonar. Los códigos 88.55 y 88.57 no son apropiados ya que incluye procedimientos con catéteres que se manipulan a través de la aorta para insertar el medio de contraste.





Imágenes del Sistema SPY<sup>NT</sup>

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.

Así mismo las imágenes, esquemas y explicaciones que se incluyen para una mejor comprensión de los textos, que no vienen en la publicación original, y que son añadidos como “notas del traductor NT” pueden estar sujetos en algunos casos a derechos de autor.

La distribución se hace de manera totalmente gratuita y exclusivamente para uso particular y dirigida a personas concretas para su formación personal. Por tanto la copia de este documento para otros usos no personales no cumple la finalidad del traductor, por lo que no se hace responsable de la finalidad que se pueda hacer de estos contenidos.