AHA
Coding Clinic ™

for ICD-9-CM

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

Volumen 25 **Primer Trimestre**
Número 1 **2008**

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 21 de marzo de 2008 (sólo en USA [NT])

En este número

Desbridamiento excisional
Pregunte al editor
Aclaraciones
Noticia de corrección

Desbridamiento escisional

La central Office ha recibido numerosas preguntas sobre la información publicada en el *Coding Clinic* Segundo Trimestre de 2004, página 5 (página 3 de la versión traducida [NT]) donde se afirma que el desbridamiento excisional implica el corte por fuera y por debajo de los márgenes de la herida. Unos servicios de salud han afirmado que algunas organizaciones de revisión de ámbito local han interpretado esta información literalmente. Los codificadores buscan una aclaración sobre si el desbridamiento escisional implica el corte fuera o por debajo de los márgenes de la herida y si la documentación clínica debe afirmarlo específicamente a fin de asignar el código 86.22.

La información clínica publicada en *Coding Clinic* acerca del desbridamiento excisional y corte por fuera de los márgenes de la herida fue proporcionada con propósito informativo para ayudar a su compresión por el codificador. No tenía la intención de ser un criterio clínico para informar del código 86.22. El establecimiento de parámetros clínicos para la asignación del código está bajo la competencia del Consejo Editorial Consultivo para *Coding Clinic for ICD-9-CM*. Todas las asignaciones de códigos se basa en la documentación del servicio clínico. Se necesita una documentación clara y precisa a fin de informar precisamente acerca de un desbridamiento escisional. La unión entre una buena documentación clínica y una codificación correcta ha sido siempre enfatizada por *Coding Clinic*.

Es esencial que los hospitales trabajen con sus servicios para asegurar que la documentación usada para respaldar el desbridamiento escisional describa claramente el procedimiento realizado. La documentación de un desbridamiento escisional debe ser muy específica en cuanto al tipo de desbridamiento. Si la documentación no lo aclara o hay alguna duda sobre el procedimiento, debe preguntarse al servicio para aclararlo.

Las siguientes preguntas y respuestas son ejemplos relacionados con el desbridamiento escisional:

Pregunta:
En la evolución de una herida, el médico hace una anotación documentando que se ha llevado acabo un desbridamiento escisional. ¿Debería ser codificado como desbridamiento escisional?

Respuesta:
Sí, asigne el código 86.22, Desbridamiento escisional de herida, infección o quemadura.

Pregunta:
El médico desbridó una herida del cóccix con una escisión incisional por debajo de la fascia y el hueso. ¿Cómo debería ser codificado el desbridamiento por debajo del hueso?

Respuesta:
Asigne el código 77.69, Escisión local de lesión de tejido o hueso, otra, para el desbridamiento incisional de la fascia por debajo del hueso. Cuando se desbridan múltiples capas del mismo lugar, asigne sólo un código para la capa más profunda del desbridamiento. Véase el *Coding Clinic*, Primer Trimestre 1999, páginas 8 a 9, para más información acerca de la extensión del desbridamiento de herida.

Pregunta:
El paciente, con estado de amputación del cuatro dígito, se presenta con úlcera de pie diabético y es sometido a desbridamiento de dicha úlcera. Durante el procedimiento, se identificó superficialmente tejido fibrinoso en el área de la herida y fue desbridado mediante incisión. Ya que el desbridamiento fue descrito como incisional, ¿puede ser codificado como desbridamiento escisional o como no escisional?

Respuesta:
Pregunte al médico para determinar si el desbridamiento ha sido escisional o no escisional. Como se ha indicado anteriorente en Coding Clinic, Segundo Trimestre 2004, página 5 (página 3 de la versión traducida [NT]), "el uso de un instrumento cortante no siempre indica que se ha realizado un desbridamiento escisional".

Pregunte al Editor

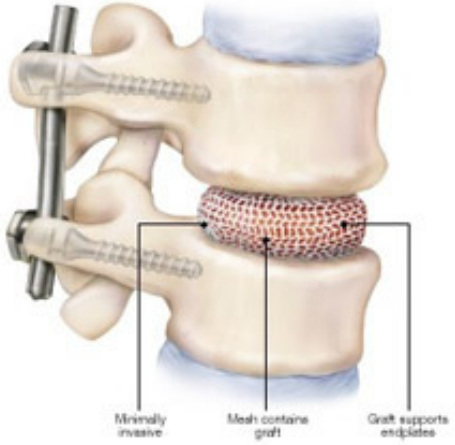
Pregunta:

El paciente se presentó con espondilolisis lumbar sintomática refractaria a medidas conservadoras. El cirujano llevó a cabo una fusión intersomática lumbar posterior L3,L4 y L5 usando el sistema OptiMesh, discectomía de L3-L4 y L4-L5, relleno del espacio discal con hueso autólogo recogido de la cresta ilíaca e instrumentación con tornillos pediculares. ¿Cuál es la asignación adecuada de códigos para ese procedimiento?

Respuesta:

Asigne el código 81.08, Fusión lumbar y lumbosacra, técnica posterior, para la fusión intersomática lumbar posterior usando el sistema Optimes.Codifique 80.51, Escisión de disco intervertebral, 77.79, Escisión de hueso para injerto óseo, Otro, y 91.62, Fusión o refusión de 2-3 vértebras para describir la discectomía, la recolección de hueso autólogo para injerto y el número de vértebras fusionadas.

El OptiMesh es una bolsa de malla tridimensional que se implanta en los defectos esqueléticos. La bolsa es implantada por un pequeño tubo. Una vez que la bolsa está en la localización deseada, se despliega en su totalidad. Durante el procedimiento se remueve el disco y se inserta la bolsa Optimesh en el espacio discal consiguiendo una fusión intersomática posterior. La bolsa o saco Optimesh se rellena con injerto óseo triturado para soportar la columna vertebral



Creación de espacio en el cuerpo

Introducción de la malla

Malla rellena de hueso

Sistema Optimesh NT

Pregunta:

Un paciente con artritis reumatoide fue sometido a hemiartroplastia derecha seis años antes. El paciente es ahora ingresado para conversión de la hemiartroplasrtia previa en un recambio total de cadera. ¿Cuál es la asignación de códigos de procedimiento para esta intervención?

Respuesta:

Asigne el código 00.70, Revisión de sustitución de cadera, componentes acetabular y femoral, para la conversión de hemiartroplastia a recambio total de articulación.

Pregunta:

¿Cuál es la asignación correcta de código de procedimiento cuando un paciente, que tiene una enfermedad articular degenerativa avanzada e historia de sustitución de compartimento lateral de rodilla, es ingresado para revisión y da lugar a una sustitución total de rodilla?

Respuesta:

Asigne el código 00.80, Revisión de sustitución de rodilla, total (todos los componentes), para la revisión de la sustitución de rodilla unicompartimental en artroplastia de rodilla total.

En un componente articular que ha sido sustituido previamente, el procedimiento debe considerarse una revisión, incluso si una parte de dicho componente está siendo sustituido por primera vez.

Pregunta:

La paciente es una mujer de 68 años de edad que fue ingresada en el hospital con una rodilla derecha dolorosa compatible con efusión. Se realizó un desbridamiento y lavado artroscópico con abundante irrigación usando 12 litros de solución salina normal. ¿Cómo debe ser codificado este procedimiento?

Respuesta:

Asigne el código 80.86, Otra escisión local o destrucción de lesión de articulación., Rodilla, para el desbridamiento artroscópico de la rodilla

Este código puede localizarse en el índice de la siguiente manera:

Escisión
lesión
articulación
rodilla 80.86

Tal como se ha publicado previamente en *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 2005, páginas 3 a 4 (página 2 de la versión traducida [NT]), "Cuando se codifica un desbridamiento de áreas diferentes a la piel y no hay una entrada en el índice o

una orientación proporcionada en el tabular, el codificador debe buscar otros términos tales como escisión o destrucción de lesión por sitio".

Pregunta:

Una mujer de 79 años hipertensa con historia reciente de cirugía de injerto arteriovenoso por estadío terminal de enfermedad renal y en mantenimiento de diálisis es ingresada por debilidad creciente y agarrotamiento de extremidades. El agarrotamiento de los músculos de la pantorrilla hace la deambulación dificultosa por lo que la paciente estaba por lo general postrada en la cama. Una biopsia de músculo de la pantorrilla confirmó una dermopatía fibrosante neurogénica y el médico documentó esta afección en el diagnóstico definitivo. ¿Cuál es la asignación de código para la dermopatía fibrosante neurogénica?

Respuesta:

Asigne el código 701.8, Otras afecciones hipertróficas y atróficas de la piel especificadas, como diagnóstico principal para la dermopatía fibrosante neurogénica. Asigne los códigos 403.91, Enfermedad renal crónica hipertensiva, No especificada, con enfermedad renal crónica estadío V o estadío final, 585.6, Estadío final de enfermedad renal, y V45.1, Estado de diálisis renal, como diagnósticos adicionales.

La dermopatía fibrosante neurogénica o dermopatía sistémica neurogénica es una afección sistémica que parece ocurrir en sólo en pacientes con enfermedad renal. Los pacientes muestran lesiones parecidas a placas oscuras en la piel de piernas y torso que recuerdan la textura de piel de naranja. Puede haber quemazón, picor o dolor agudo en las áreas afectadas. La debilidad muscular y la tensión de la piel puede ser resultado de la contractura de las extremidades. Recuerda al escleromixedema pero la cara no está afectada ni está asociada con paraproteinemia monoclonal.

Dermopatía fibrosante nefrogénica [NT]

Pregunta:

Un paciente es ingresado en un hospital de larga estancia desde uno de agudos por fallo respiratorio persistente tras una tetraplejia traumática tras haber sido implicado en un accidente de vehículo a motor. El paciente se ha mantenido con presión aérea positiva continua [CPAP] mediante traqueostomía. ¿Debe considerarse ventilación mecánica puesto que el paciente recibe CPAP por vía de traqueostomía?

Respuesta:

No, esto no debe considerarse ventilación mecánica. Asigne el código 93.90, Presión de vía aérea positiva continua [CPAP], para la CPAP suministrado por vía de traqueostomía. El hecho de que la CPAP esté siendo suministrada por vía de traqueostomía no afecta la asignación de código. La CPAP proporciona presión positiva continua de la vía aérea cuando el paciente isnpira y espira.

Pregunta:

Un paciente es ingresado para seguimiento posterior de fallo respiratorio y de otras afecciones agudas y crónicas tras cirugía de sustitución de válvulas cardiacas aórtica y mitral. El paciente tenía un fallo respiratorio que se estabilizaba con soporte respiratorio consistente en BiPAP a través de la traqueostomía. ¿Cuál es la asignación de procedimientos cuando la presión de vía aérea positiva bi-nivel (BiPAP) se realiza por la traqueostomía?

Respuesta:

Asigne el código 93.90, Presión de vía aérea positiva continua [CPAP], para la BiPAP a través de traqueostomía. La BiPAP incluye soporte ventilatorio asistido que está diseñado para aumentar la capacidad del paciente para respirar de manera espontánea.

El paciente respira por sí mismo en la BiPAP o la CPAP. Aunque la CAPAP y BiPAP son similares, la BiPAP proporciona presión de vía aérea positiva que es mayor cuando el paciente inspira y menor cuando espira. En ambos casos el paciente inicia por sí mismo las inspiraciones y las espiraciones.

Tanto la CPAP como la BiPAP son formas de asistencia respiratoria que aumentan la respiración del paciente. Por contraste, la ventilación mecánica bombea aire a los pulmones incluso cuando no hay intención del paciente de respirar independientemente.

Pregunta:

¿Qué código debe asignarse por fractura de las ramas superior e inferior del pubis (808.2, Fractura de pelvis, pubis cerrada o Fractura pélvica múltiple con rotura del cinturón pélvico)?

Respuesta:

Asigne sólo el código 808.2, Fractura de pelvis, pubis cerrada , para fracturas que afectan las ramas superior e inferior del pubis. El índice lleva al código 808.2 como sigue:

Fractura
rama
inferior o superior 808.2

Un paciente puede padecer una fractura de cualquiera de las cuatro ramas del pubis sin rotura del cinturón pélvico. A fin de asignar el código 808.34, Fractura múltiple con rotura del cinturón pélvico, debe estar documentada dicha ruptura.

Pregunta:

Un paciente fue visto en el servicio de urgencias con dolor abdominal de dos días, náuseas y vómitos por gastroenteritis aguda. El paciente era hipertenso con insuficiencia renal crónica, estado de trasplante renal e incapacidad para tolerar la vía oral incluida la medicación. Fue ingresado en el hospital para tratamiento de la deshidratación con una hidratación intensa. ¿Cuál es el diagnóstico principal, la gastroenteritis aguda o la deshidratación? ¿Cuál es la secuencia si la misma gastroenteritis es diagnosticada con estudio de heces y/o tratada con antibióticos durante la hidratación?

Respuesta:

Sí, asigne el código 276.51, Deshidratación, como diagnóstico principal. Asigne los códigos 558.9, Otras gastroenteritis y colitis no infecciosas no especificadas, 403.90, Enfermedad renal crónica hipertensiva, con enfermedad renal crónica en estadío I a IV, o no especificado, 585.9, Enfermedad renal crónica, no especificada, y V42.0, Organo sustituido por trasplante, Riñón, como diagnósticos secundarios.

El paciente fue ingresado para el tratamiento de la deshidratación. Las circunstancias del ingreso siempre dirigen la selección del diagnóstico principal: la afección establecida tras el estudio de ser la principal responsable de producir el ingreso del paciente para cuidado en el hospital.

Si la gastroenteritis fue evaluada mediante estudio de heces, etc. la deshidratación sería aún el diagnóstico principal puesto que fue el motivo del ingreso. Estos estudios diagnósticos sólo afectan a la selección de los diagnósticos secundarios (ej. gastroenteritis infecciosa).

Pregunta:

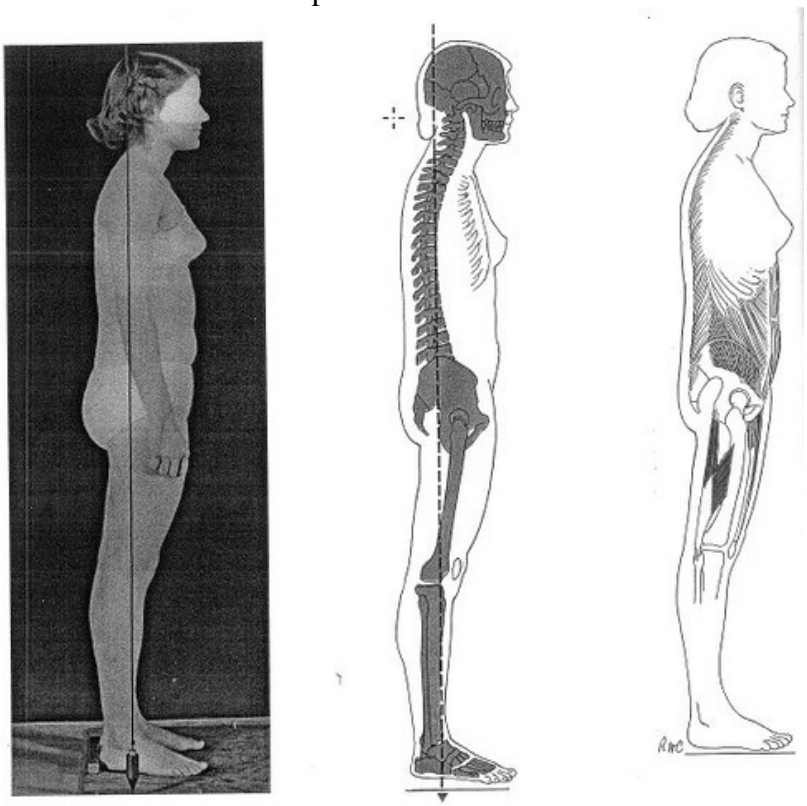
Un hombre de 52 años tiene más de 30 años de historia de fusión con barra de Harrigton por escoliosis que ha dado como resultado una degeneración de L-L3 con síndrome de espalda plana. Dos años atrás fue sometido a fusión intersomática anterior de L4-L5 y S1 seguida de fusión posterior conectada a la barra de Harrington a nivel L3-L5 y S1. El paciente se queja ahora de dolor a nivel torácico y lumbar y necesita un andador para sostenerse por su forma de

caminar inclinada hacia delante debida a su desequilibrio sagital y síndrome de espalda plana con escoliosis continuada. ¿Cuál es la asignación de código correcta para el síndrome de espalda plana?

Respuesta:

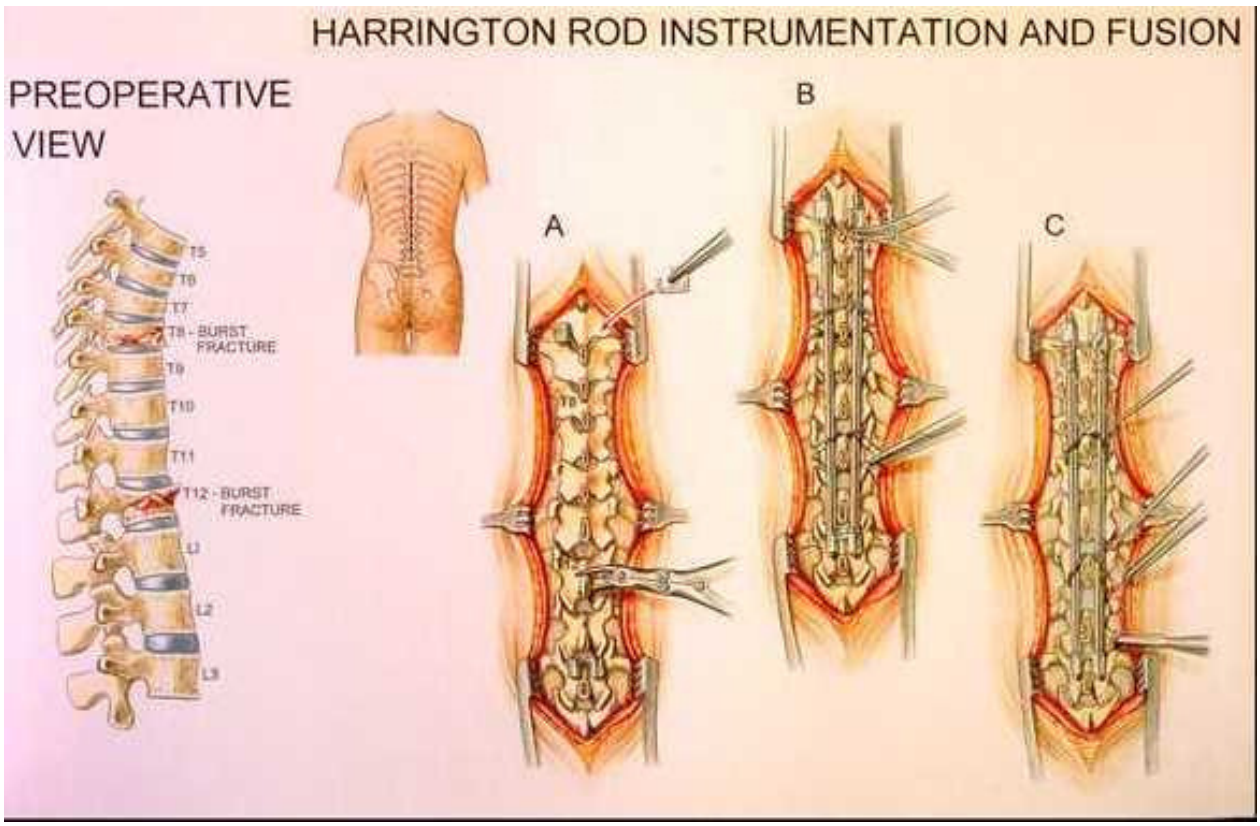
Sí, asigne el código 738.5, Otra deformidad adquirida de espalda o columna, para el síndrome de espalda plana tras procedimiento. El paciente puede desarrollar síndrome de espalda plana como resultado de una cirugía de fusión espinal previa. La afección es una secuela bien conocida asociada a cirugía y no debería clasificarse como complicación quirúrgica.

El síndrome de espalda plana se refiere a la pérdida de la curvatura lordótica normal de la columna lumbar o a la pérdida de la cifosis, la curva ligeramente hacia delante de la columna torácica. La columna se vuelve recta o plana de tal manera que una persona parece encorvada hacia delante ya que su peso no está centrado adecuadamente sobre la pelvis.

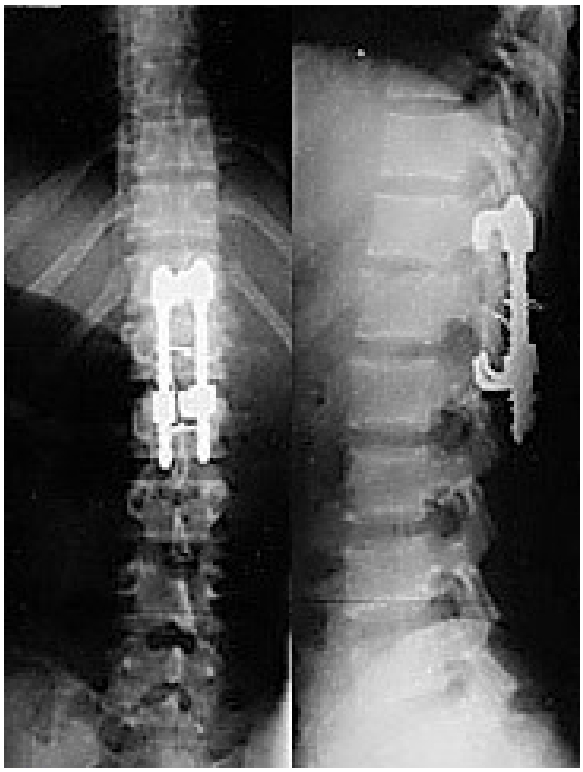


Síndrome de espalda plana [NT]

El síndrome de esplada plana ha sido asociado con el uso de instrumentos de distracción de la columna lumbar para corrección de la escoliosis. Durante los años 1960 hasta los primeros 1980, un instrumento usado fue la barra de Harrington para corregir no sólo la curvatura lateral sino la posterior causada por el síndrome de espalda plana. Debido a los avances tecnológicos, los cirujanos son capaces de corregir la escoliosis mientras conservar la curvatura normal de la columna. El síndrome de espalda plana es a menudo usado para describir una cifosis toracolumbar preexistente, pérdida de lordosis por la edad o por fracturas por compresión, incapacidad para estar de pie y dolor crónico de espalda. El ejercicio, los antiinflamatorios no esteroideos y el ejercicio son los principales métodos no operatorios. En algunos casos está indicada la cirugía.



Barra de Harrington para fusión vertebral [NT]



Barras de Harrington para fusión vertebral [NT]

Pregunta:

Un niño de 5 años con alergia conocida a frutos secos se presenta en urgencias con dificultad para respirar y urticaria. Fue diagnosticado de reacción anafiláctica secundaria a ingestión de galletas que contenían nueces de la que fue tratado satisfactoriamente. Por favor aclare la asignación correcta de códigos para un paciente que ha tenido una experiencia de reacción anafiláctica pero no entró en shock. Hemos dicho que los códigos de anafilaxia (995.0 y 995.6x) sólo deben ser usados cuando los pacientes experimentan shock anafiláctico. ¿Es esto correcto?

Respuesta:

Sí, asigne el código 995.64, Shock anafiláctico debido a reacción aguda a comida, debida a frutos secos y semillas, para la reacción anafiláctica a las nueces. Esta asignación de código incluye la reacción anafiláctica así como el shock. Los códigos de la subcategoría 995 se asignan tanto para la reacción anafiláctica como para el shock anafiláctico.

La anafilaxia es un a reacción inmunológica que afecta múltiples sistemas corporales. En este caso, se ha implica el sistema integumentario y el respiratorio. Las reacciones pueden ser desde leves con urticaria, picor, hinchazón de ojos o labios y congestión de lagrimeo de ojos hasta amenazar la vida con obstrucción de vía aérea y colapso cardiovascular. El shock ocurre cuando hay una salida excesiva de fluidos desde los vasos sanguíneo a los tejidos.

Pregunta:

El cirujano realizó una histerectomía total laparoscópica, salpingo-ooforectomía bilateral y linfadenectomía pélvica, usando asistencia robótica. ¿Cómo debe ser codificada la cirugía con asistencia robótica?

Respuesta:

Actualmente la ICD-9-CM no nos proporciona códigos únicos para la asistencia robótica. Por tanto, asigne solo los códigos adecuados para la histerectomía laparoscópica, salpingo-ooforectomía bilateral y linfadenectomía pélvica. La cirugía con asistencia robótica no es lo mismo que la cirugía asistida por ordenador (CAS).

La cirugía asistida robótica es el desarrollo más reciente en la cirugía mínimamente invasiva. Los robots están presentes como nueva herramienta tecnológica que proporciona a los cirujanos distintos métodos para realizar su trabajo. La cirugía de mínimo acceso permite al cirujano operar a través de pequeñas incisiones usando un endoscopio. Con la asistencia robótica no se manipulan las herramientas endoscópicas con sus manos. Como alternativa, se el cirujano sienta en una consola a unos metros de la mesa de operaciones usando unos joysticks (parecidos a los que se usan en los videojuegos) para realizar las técnicas quirúrgicas guiando los brazos robóticos en un proceso conocido como telemanipulación.

Por el contrario, la cirugía asistida por ordenador es un proceso quirúrgico auxiliar usando imágenes, marcadores, cuadros de referencia, sensores intraoperatorios y una estación de trabajo informatizada. La CAS se usa para incrementar la

visualización y la precisión en la navegación con los abordajes mínimamente invasivos. La planificación con CAS implica la creación de modelos gráficos tridimensionales de la anatomía del paciente. Estos modelos están relacionados íntimamente con el procedimiento quirúrgico a través de una estación de trabajo informatizada intraoperatoria. La CAS puede incluir navegación basada en tomografía computerizada, navegación guiada por imagen así como navegación computerizada sin imágenes.

El concepto básico de la navegación quirúrgica sin imágenes es crear una representación virtual del objeto quirúrgico mediante un sistema de seguimiento definiendo varias estructuras anatómicas. No se utilizan imágenes radiológicas previas o intraoperatorias. En lugar de ello, la representación virtual está definida por el cirujano. Hay varios sistemas de navegación sin imagen, siendo las más avanzadas las tecnologías de "morphing" óseo [NT].

Pregunta:

Un paciente fue admitido en el hospital con síntomas de cardiomiopatía isquémica y fallo cardiaco congestivo de clase III. Se ha estado quejando de cansancio significativo durante el pasado año. Fue sometido a un estudio electrofisiológico (EF) que fue positivo con la inducción de traquicardia ventricular (TV). Se le colocó un desfibrilador cardioversor automático implantable (AICD). ¿Es un diagnóstico codificable la taquicardia ventricular, sostenida o no sostenida, inducida durante un estudio EF?

Respuesta:

Sí, sería adecuado asignar un código para la taquicardia ventricular inducida durante un estudio EF. Asigne el código 427.1, Taquicardia ventricular paroxística, para dicha afección.

Durante los estudios electrofisiológicos, se inducen taquicardias emitiendo estímulos eléctricos por un momento en varios lugares del endocardio con el propósito de provocar una contracción auricular o ventricular prematura. Este latido prematuro inicia a menudo una secuencia de cuatro o más latidos irregulares consecutivos. En muchos laboratorios electrofisiológicos la taquicardia inducida se define como una secuencia de al menos seis latidos. Cuando la taquicardia continúa sin reducirse en más de 30 segundos, y debe ser finalizada mediante marcapasos o cardioversión eléctrica, se dice que es sostenida. La taquicardia ventricular sostenida hace peligrar la vida ya que a menudo degenera en una taquicardia ventricular, colapso hemodinámico y muerte.

Pregunta:

¿Deben ser informados los códigos de procedimientos de la ICD-9-CM en procedimientos ambulatorios?

Respuesta:

Los códigos de procedimientos de la ICD-9-CM no se informan para la presentación al cobro de os pacientes ambulatorios. De acuerdo con los estándares para transacciones electrónicas de la Ley de responsabilidad y transferibilidad de los seguros médicos (HIPAA) (publicadas por el *Federal Register*, Vol.65,

No.160, p.50325, de 17 de agosto de 2000) "El uso de procedimientos de la ICD-9-CM está restringido a informar de los procedimientos de pacientes ingresados en el hospital"

El hospital puede registrar el procedimiento de ICD-9-CM para propósitos internos o no relacionados con el cobro, si así lo desea.
(Normativa vigente sólo de Estados Unidos [NT])

Aclaraciones

Linfoma y Efusión pleural maligna

Pregunta:

El *Coding Clinic* del tercer trimestre de 2007, página 3 (página 1 en la versión traducida [NT]), notifica los códigos 202.80 y 197.2 para un diagnóstico de linfoma y efusión pleural maligna. Esto parece estar en conflicto con la norma publicada en el Segundo Trimestre de 1992, páginas 3-4, que indica que los linfomas no metastatizan y se clasifican en las categorías 200-202. Por favor aclare si la norma actual sustituye a la previamente publicada.

Respuesta:

El Consejo editorial consultivo (EAB) de *Coding Clinic* revisó conjuntamente este ejemplar y proporcionó la respuesta basada en la carencia de término en el Indice Alfabético de la ICD-9-CM. Actualmente, la entrada para "efusión pleural maligna" lleva por defecto al 197.2, Neoplasia maligna secundaria de aparatos respiratorio y digestivo, Pleura. En el ejemplo publicado, la efusión pleural maligna fue causada por el linfoma y no a causa de una metástasis. Sin embargo el código actual no describe adecuadamente esta situación clínica.

Las efusiones pleurales malignas se producen debidas a la afectación del drenaje linfático de un tumor mediastínico (especialmente linfomas) y no a causa de una invasión directa del tumor en la pleura. Básicamente, el linfoma bloquea el sistema de drenaje linfático, lo que normalmente es causado por la alteración de las fuerzas de Starling que regulan la absorción de líquido en el espacio pleural, mediante la obstrucción de los linfáticos mediastínicos que drenan la pleura parietal.

Aproximadamente un tercio del agua corporal total está situada en el espacio extracelular. Cerca de 75% de este espacio se compone a su vez de líquido intersticial, y el resto es el plasma. Las fuerzas que regulan la distribución de los líquidos en estos dos componentes del compartimiento extracelular con frecuencia se denominan ***fuerzas de Starling***. La presión hidrostática del interior del sistema vascular y la presión coloidooncótica del líquido intersticial tienden a estimular el desplazamiento del líquido desde el espacio vascular hasta el extravascular. Por lo contrario, la presión oncótica coloidal de las proteínas del plasma y la presión hidrostática del líquido intersticial, denominada *tensión hística*, facilitan el movimiento de este último hacia el interior del compartimiento vascular [NT]

En la reunión el Comité para coodinación y mantenimiento de la ICD-9-CM de marzo de 2007, el Centro Nacional de Estadísticas Danitarias (NCHS) propuso la creación de un nuevo código para la efusión pleural maligna. La propuesta

recomendaba una mayor expansión del código 511.8 para crear un código único para la efusión pleural maligna. Este código nuevo irá paralelo al 789.51, Ascitis maligna, que serán efectivos el 1 de octubre de 2007. (Estos dos códigos han entrado como nuevos en la versión de la CIE9MC de 2010 [NT])

Ataque

Pregunta:

¿Cómo se codifica un diagnóstico definido sólo como ataque o ataque recurrente? La norma previa indicaba no asumir que el paciente tenía epilepsia. Sin embargo cambios recientes en el índice llevan al código 345.9x, Epilepsia no especificada, para esta afección. ¿Es correcto?

Respuesta:

Con efectividad de 1 de octubre de 2006, el 345.9x, Epilepsia no especificada, es el código apropiado para el ataque, no especificado de otra manera, y para las convulsiones recurrentes. Un solo ataque se asigna al código 780.39, Otras convulsiones. Si por el contrario el paciente experimenta ataques recurrentes o repetitivos asigne el código 345.9x, Epilepsia no especificada. Esta afección está ahora indexada como sigue:

Trastorno
ataque 345.9
recurrente 345.9

O

Ataque
recurrente 345.9

Por favor observe que los cambios en el Indice alfabético de la ICD-9-CM o en la Lista tabular siempre tienen prioridad sobre las normas previamente publicadas en *Coding Clinic.*

En el texto original Ataque se expresa como "Seizure disorder". "Seizure" es una palabra polisémica cuya traducción depende del contexto: **1** [*Méd.*] En el lenguaje médico puede aplicarse a cualquier enfermedad de aparición repentina como un infarto de miocardio, una apoplejía (embolia, hemorragia o trombosis cerebral) o una convulsión (epiléptica o de otro tipo). **2** [*Com.*] En el lenguaje corriente puede significar también: asimiento, aprehensión, incautación, embargo, detención , prendimiento. (de: Navarro,F.A. Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina. Ed. McGraw-Hill/Interamericana, 2000 p.455)

Fallo respiratorio agudo y Neumonía por aspiración

Pregunta:

Cuando está presente un fallo respiratorio agudo en el ingreso junto con neumonía bacteriana o por aspiración y ambas afecciones tienen igual tratamiento, ¿puede ser secuenciada cualquiera de ellas como diagnóstico principal?. Las normas de codificación actualizadas para el fallo respiratorio agudo fueron publicadas en *Coding Clinic* el Primer Trimestre de 2005, Páginas 3-8 (paginas 1-4 de la versión

traducida [NT]) que sustituían a una norma anterior. Sin embargo la información publicada en *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 2003, páginas 21-22 (pagina 15 de la versión traducida [NT]) indicaban que el fallo respiratorio y la neumonía no son equivalentes. Dado que esto ha causado una gran confusión en este tema aclárelo por favor.

Por ejemplo, un paciente de una residencia con cuidados de enfermería de 90 años de edad fue ingresado en el hospital con falta de aliento, contaje de glóbulos blancos elevado e infiltrado en ambas bases. El médico diagnosticó neumonía por aspiración y fallo respiratorio agudo y ambas afecciones estaban presentes en el momento del ingreso. Se administraron antibióticos intravenosos, se proporcionó oxigenoterapia y la afección clínica mejoró. Dada la posibilidad de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), se comenzó con Advair (contiene fluticasona, esteroide, y salmeterol, broncodilatador [NT]). Después el paciente sufrió unos cuantos episodios de taquicardia paroxística supraventricular. Se inició tratamiento con Metoprolol (β bloqueante [NT]). El paciente fue trasladado a un SNF (acrónimo en inglés de Skilled Nursing Facility o residencia con cuidados de enfermería [NT]) en condiciones estables tras una evolución hospitalaria sin complicaciones. ¿Qué diagnóstico debe secuenciarse como diagnóstico principal, la neumonía por aspiración o el fallo respiratorio agudo?

Respuesta:

En este caso secuencie cualquiera de los códigos 507.0, Neumonitis por aspiración de comida o vómito, o 518.81, Fallo respiratorio agudo, como diagnóstico principal. La *Guía Oficial para Codificación e Información* considera que si dos o más diagnósticos reúnen por igual el criterio de diagnóstico principal, afirma "En la inusual circunstancia de que dos o más diagnósticos reúnan por igual criterio de diagnóstico principal, tal como se determinan por las circunstancias del ingreso, el diagnóstico emitido y/o el tratamiento recibido, y el Indice alfebético, la Lista tabular o cualquier otra norma de codificación no proporcione una secuencia, cualquiera de los diagnósticos puede ser secuenciado primero".

Por favor fíjese que la información publicada en Codig Clinic el Primer Trimestre de 2005, Páginas 3-8 (paginas 1-4 de la versión traducida [NT]) sustituye a cualquier otro ejemplar previo que trate de fallo respiratorio. Siempre que una nueva norma se publica se sustituye la norma anterior.

Correción

El *Coding Clinic,* Cuarto Trimestre de 2005, página 78 contiene un error tipográfico. El valor de la razón de filtrado glomerular (GFR) para el estadio V de fallo renal debe ser <15 en lugar de >15 (página 70 de la versión traducida, ya corregido en la misma traducción [NT]).

El presente documento es una traducción de la publicación *Coding Clinic for* **ICD-9-CM**, editada por la AHA (American Hospital Association) y por tanto sujeta a copyright.

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 éste no se hace responsable del destino que se pudiera realizar de estos contenidos.