

# AHA Coding Clinic™

*for ICD-9-CM*

---

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

---

**Volumen 24  
Número 2**

**Segundo Trimestre  
2007**

---

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 30 de junio de 2007 (sólo en USA <sup>NT</sup>)

### En este número

Pregunte al editor  
Aclaraciones

### Pregunte al Editor

#### Pregunta:

Un pediatra ve un paciente con historia de accidente cerebrovascular intrauterino. El niño no tiene ninguna afección residual actualmente. ¿Cómo debe ser codificado?

#### Respuesta:

Asigne el código V12.59, Historia personal de otra enfermedad del aparato circulatorio, para la historia de accidente cerebrovascular intrauterino, ya que el niño no tiene déficits neurológicos residuales.

#### Pregunta:

Como parte de los cambios de código de octubre de 2005 (efectivos en España el 1 de enero de 2008 <sup>NT</sup>), la insuficiencia renal crónica es ahora clasificada en el 585.9, Enfermedad de riñón crónica, no especificada. ¿Puede asumir el codificador la misma relación de causa y efecto entre la insuficiencia renal crónica y la hipertensión como la dada en el pasado con el fallo renal crónico y la hipertensión?. Con los cambios de códigos de octubre de 2005, tanto la insuficiencia renal crónica como el fallo renal crónico están incluidos bajo el código 585.9. ¿Cuál es la asignación correcta de código para la insuficiencia renal crónica e hipertensión?

---

### **Respuesta:**

Asigne el código 403.90, Enfermedad renal crónica hipertensiva, no especificada, con enfermedad de riñón crónica en estado I a IV, o inespecificada, y el código 585.9, Enfermedad de riñón crónica, no especificada, para la insuficiencia renal crónica e hipertensión.

### **Pregunta:**

En la ICD-9-CM, ¿cuál es la diferencia entre “deporte” y “juego/pasatiempo”? Estamos intentando determinar el propósito de las siguientes lesiones en deportes de los códigos E:

E886.0, Caída en el mismo nivel por colisión, empujón o codazo, por o con otra persona. En deportes

E917.0, Chocar o ser golpeado accidentalmente por objeto o persona. En deporte sin caída subsiguiente

E917.5, Chocar o ser golpeado accidentalmente por objeto o persona. Objeto en deporte con caída subsiguiente

Por ejemplo, si un paciente es lesionado en un campo de atletismo durante un evento deportivo programado, el código E de “lesionado en deporte” estaría claramente aplicado. Sin embargo ¿cómo sería en un paciente lesionado lanzando aros en el jardín trasero? ¿”Luchando” con un amigo en una habitación de la casa? ¿Jugando en una piscina comunitaria? ¿Golpeado por una pelota durante el juego de “coger” en el jardín? ¿Chocarse durante un juego de softball en un picnic de la oficina? ¿Bajar esquiando una pista de esquí? ¿Hay una definición oficial sobre de lo que debe incluirse en estos códigos E?

### **Respuesta:**

No hay definición oficial en la ICD-9-CM para las actividades deportivas. Los códigos de causa externa de lesiones (códigos E) no diferencian entre juego recreativo y deporte. Por lo general, un “deporte” es cualquier tipo de actividad o juego, ya sea recreativo o de ejercicio, de manera organizada o, de no ser así, realizado para diversión, mejorar la forma física o la competición. Cualquier lesión relacionada con deporte debe codificarse con el código E adecuado. El codificador debe guiarse por el índice y asignar el código de causa externa de lesión adecuado basado en la documentación de la historia. Si no hay una entrada específica para el deporte o actividad, debe usarse un código E genérico.

La asignación del código E debe depender de las circunstancias de la lesión. Por ejemplo, si una persona cae y fue lesionada a causa de un contacto físico mientras jugaba al baloncesto, asigne el código E886.0, Caída a mismo nivel por colisión, empujón o codazo por o con otra persona, en deportes. Una lesión por lucha resultante de un contacto sin caída subsiguiente debe asignarse al código E917.0, Chocar o ser golpeado accidentalmente por objeto o persona. En deporte sin caída subsiguiente. Si la lesión ocurre debida a caída mientras esquía, asigne el código E885.3, Caída de los esquíes.

---

**Pregunta:**

Un paciente en cuidado domiciliario está diagnosticado “déficit cognitivo” no relacionado con ACV. ¿Cómo debe codificarse?

**Respuesta:**

Asigne el código 394.9, Trastorno mental persistente no especificado debido a afecciones clasificadas en otra parte, para los déficits cognitivos que no están relacionados con ACV. El “Trastorno cognitivo NEOM” es un término de inclusión bajo este código. Si la afección subyacente es conocida, debe colocarse antes del código 294.9.

**Pregunta:**

Un paciente con embolismo pulmonar fue sometido a cirugía para colocación de filtros venosos “en tulipán” en ambas venas femorales. ¿Cuál es el código adecuado de procedimiento para el mismo?

**Respuesta:**

Asigne el código 38.7, Interrupción de la vena cava, para la inserción de los filtros venosos femorales “en tulipán”.

El dispositivo de filtro “en tulipán” consiste en cuatro patas que forman una figura de cono. Para la fijación de este dispositivo se usa un pequeño gancho en la base de cada pata. Unos filtros de alambre forman la figura de pétalos de tulipán, lo que le da su nombre. Un gancho en el vértice del cono permite al filtro poder ser extraído, aunque puede usarse como fijación permanente para tratar la enfermedad tromboembólica. El filtro “en tulipán” Gunther está indicado en casos de embolismo pulmonar reciente, en trombosis venosa profunda (TVP) proximal con contraindicación de anticoagulación y en profilaxis tras traumatismo. Cuando se usa de manera temporal, se evitan complicaciones a largo plazo de los filtros permanentes tales como trombosis, migración, oclusión o perforación de la vena cava, fragmentación del filtro y riesgo aumentado de TVP.



Imágenes del filtro “en tulipán” Gunther<sup>NT</sup>

---

**Pregunta:**

Se nos ha indicado que el hueso extraído localmente y usado como material de injerto en la cirugía de fusión vertebral no debe codificarse separadamente. La recogida de hueso para injerto solo se codificaría separadamente si dicho hueso procede de una localización diferente (ej. cresta iliaca o jaula torácica). ¿Podemos codificar separadamente la extracción de hueso para injerto en la fusión vertebral?

**Respuesta:**

Asigne el código 77.7X, Escisión de hueso para injerto, para la extracción local de hueso usado en injertos. No hay notas de instrucción en la lista tabular del Índice de procedimientos que prohíba la codificación de la extracción local de hueso. Por favor véase el *Coding Clinic* del Segundo Trimestre de 2000, páginas 12-13, para un ejemplo de extracción local de hueso usado para injerto.

**Pregunta:**

Cuando asignamos el código para la hepatitis viral con encefalopatía, ¿se asigna el código 572.2, Coma hepático, como diagnóstico secundario, o se asigna bajo la categoría 070, Hepatitis viral con el nivel de cuarto dígito que describe “con coma hepático”? ¿Cuál es la asignación correcta de código para la encefalopatía hepática debida a un tipo específico de hepatitis viral?

**Respuesta:**

Asigne el código correspondiente de la categoría 070, Hepatitis viral, con el cuarto dígito que indica el coma hepático, para la hepatitis viral con encefalopatía hepática. La encefalopatía (coma) está incluida en la asignación del código en el cuarto nivel, por lo que no es necesario añadir el 572.2, Coma hepático, como código secundario.

**Pregunta:**

¿Qué códigos se asignan cuando un paciente tiene encefalopatía hepática por hepatitis viral C crónica con cirrosis?

**Respuesta:**

Asigne el código 070.44, Hepatitis C crónica con coma hepático, para la encefalopatía hepática debida a hepatitis viral crónica C. Asigne también el código 571.5, Cirrosis hepática sin mención de alcohol, para la cirrosis.

**Pregunta:**

¿Qué códigos se asignan cuando el paciente tiene encefalopatía hepática debida a hepatitis viral aguda B y cirrosis hepática alcohólica?

**Respuesta:**

Asigne el código 070.20, Hepatitis viral B con coma hepático, aguda o inespecífica, sin mención de hepatitis delta, el código 571.2, Cirrosis alcohólica del hígado y el código 303.90, Dependencia de alcohol no especificada.

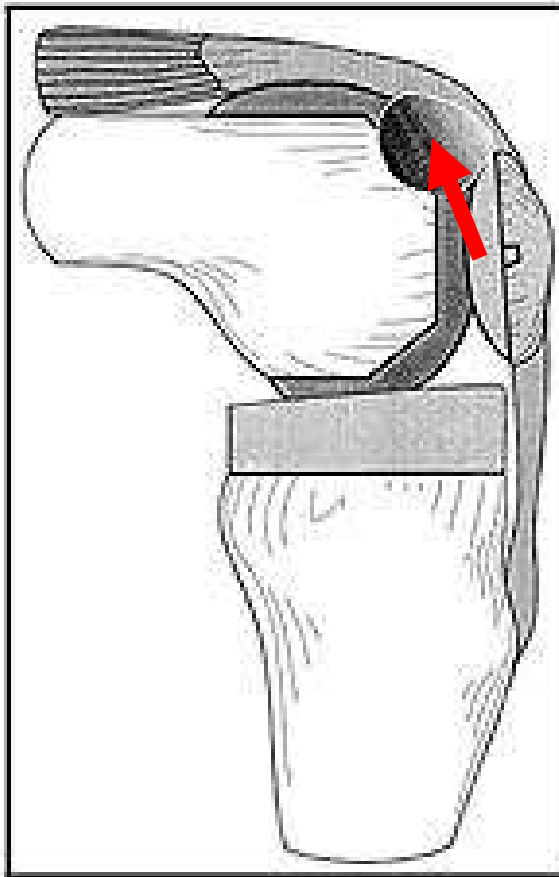
---

**Pregunta:**

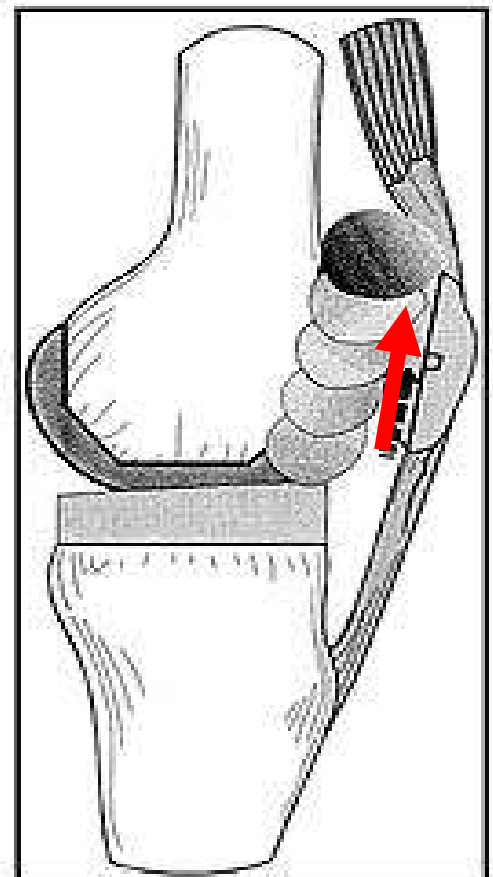
¿Cuál es el código ICD-9-CM de diagnóstico para el “síndrome de sonido (clunk) rotuliano”? ¿Se considera una complicación de la cirugía y se asigna como código de complicación?

**Respuesta:**

Asigne el código 719.66, Otros síntomas referidos a articulación, pierna, para identificar el síndrome del sonido (clunk) rotuliano. El síndrome puede desarrollar cicatrización y rigidez de la rodilla tras cirugía de sustitución de rodilla debido a la acumulación de tejido blando. Esto es una reacción fibrosa producida por presión crónica en la rótula y no debería codificarse como complicación de procedimiento o de dispositivo.



Nódulo fibroso suprarrotuliano atrapado en la escotadura intercondílea durante la flexión de la rodilla <sup>NT</sup>



Nódulo fibroso liberado de la escotadura con la extensión de la rodilla <sup>NT</sup>

**Pregunta:**

La paciente es una mujer de 47 años que es diagnosticada de síndrome de resistencia al flujo aéreo superior. ¿Cuál es la asignación correcta de códigos para este síndrome?

---

**Respuesta:**

Asigne el código 327.8, otro trastorno orgánico del sueño, para el síndrome de resistencia al flujo aéreo superior.

El síndrome de resistencia del flujo aéreo superior es un tipo nuevo de trastorno de la respiración en el sueño en el cual incrementos repetidos de la resistencia del flujo aéreo en la vía aérea superior lleva a breves excitaciones con somnolencia durante el día. El nivel de la presión intratorácica negativa es el estímulo más probable para la excitación, probablemente mediado por mecanorreceptores en la vía aérea superior. Un consenso generalizado acerca de la definición clínica exacta y de las técnicas de medida fisiológicas llevan al diagnóstico, aunque la manometría esofágica y las medidas de flujo aéreo con neumotacógrafo tomadas en la polisomnografía son el estándar de referencia. La hipertensión es una secuela de este trastorno, dan como resultado cambios en el sistema autónomo y cardiovascular inducidos por el incremento de la presión intratorácica negativa. Se ha usado la presión de aire positiva nasal continua como forma de tratamiento.

**Pregunta:**

Un paciente en estado de extracción de prótesis de cadera infectada fue trasladado a una unidad de enfermería especializada para continuar con su tratamiento antibiótico. Desde que se extrajo la prótesis de cadera infectada, el código 996.66 no parece adecuado. ¿Qué código de cuidado posterior debería informarse por dicha unidad, el V8.43, cuidado posterior tras cirugía por lesión o trauma o el V54.89, Otro cuidado posterior especificado tras cirugía?

**Respuesta:**

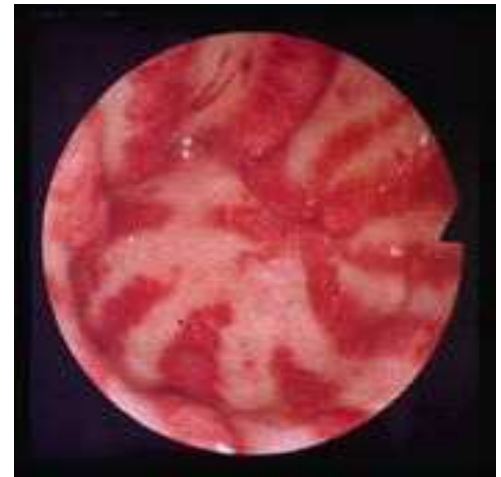
Asigne el código 996.66, Infección y reacción inflamatoria debida a dispositivo protésico interno, implante o injerto, debido a prótesis articular interna. Aunque la prótesis articular se ha extraído, el paciente está aún siendo tratado activamente por la infección. Este caso incluye más que un cuidado posterior. Los códigos V de cuidados posteriores no deben usarse si el tratamiento está dirigido a la enfermedad o lesión actuales. En estos casos debe usarse el código de diagnóstico.

**Pregunta:**

Hemos ingresado un paciente con diagnóstico de ectasia vascular del antro gástrico, también denominado estómago de sandía. No hemos tenido éxito al localizar un código diagnóstico de la ICD.9-CM para este síndrome. ¿Cuál es la asignación adecuada de código?

**Respuesta:**

Asigne el código 537.82, Angiodisplasia de estómago y duodeno (sin mención de hemorragia) para la ectasia vascular del antro gástrico, cuando el sangrado no está presente. Si existe sangrado, asigne el código 537.83, Angiodisplasia de estómago con hemorragia.



Ectasia vascular del antro gástrico <sup>NT</sup>

### Pregunta:

¿Cuál es el código de diagnóstico para la deficiencia de metileno tetrahidrofolato reductasa?

### Respuesta:

Asigne el código 270.4, Trastornos del metabolismo de aminoácidos sulfurados, para la deficiencia de metileno tetrahidrofolato reductasa MTHFR (\*), junto con un código por cada manifestación que el paciente presente como diagnósticos secundarios.

(\* <sup>NT</sup>) La metileno tetrahidrofolato reductasa es una enzima que existe en el citoplasma de las células. Reduce el 5,10 metileno tetrahidrofolato en 5-metileno tetrahidrofolato que se utiliza para convertir la homocisteína (un aminoácido potencialmente tóxico) en metionina mediante la enzima metionin-sintetasa.



**MTHFR** = metileno tetrahidrofolato reductasa

**5,10-CH<sub>2</sub>-FH<sub>4</sub>** = 5,10-metileno tetrahidrofolato

**5-CH<sub>3</sub>-FH<sub>4</sub>** = 5-metileno tetrahidrofolato

**NADPH** = forma reducida del Fosfato de dinucleótido de nicotinamida adenina

**NADP<sup>+</sup>** = forma oxidada del Fosfato de dinucleótido de nicotinamida adenina

Las personas de países mediterráneos y afroamericanas tienen una variante (polimorfismo) en el par 677 de la MTHFR que predispone a hiperhomocisteinemia por carencia de dicha enzima. Esta hiperhomocisteinemia se asocia a defectos del tubo neural, trombosis arterial y venosa y enfermedad cardiovascular. Curiosamente estos individuos tienen un menor riesgo para ciertas leucemias y cáncer de colon, pero sólo cuando la ingesta de folatos en la dieta es alta.

---

**Pregunta:**

Un paciente varón de 59 años de edad se presenta en el hospital para el tratamiento de lesiones dermatológicas. Ha sido diagnosticado recientemente de mieloma múltiple recibiendo ciclos de quimioterapia consistentes en doxorubicina (Doxil®), Decadron (dexametasona<sup>NT</sup>) y vincristina. La doxorubicina es un antibiótico antineoplásico. El diagnóstico final del médico indica “síndrome de mano-pie, también conocido como eritrodisestesia palmo-plantar (EPP) secundaria a doxorubicina”. En la ICD-9-CM bajo los términos síndrome mano-pie, el índice dirige hacia el código 282.61, Enfermedad Hb-SS sin crisis. Este código no parece apropiado en este caso. ¿Cuál es la codificación correcta para la eritrodisestesia palmo-plantar (EPP)?

**Respuesta:**

Asigne el código 693.0, dermatitis debido a sustancias administradas internamente, debida a drogas y medicamentos, para la eritrodisestesia palmo-plantar (EPP) como diagnóstico principal. Como diagnósticos secundarios deben asignarse el código E930.7, Drogas, medicamentos y sustancias biológicas que causan efectos adversos en el uso terapéutico, Antibióticos antineoplásicos y el código 203.00, Mieloma múltiple, sin mención de remisión.



Eritrodisestesia palmo-plantar<sup>NT</sup>



---

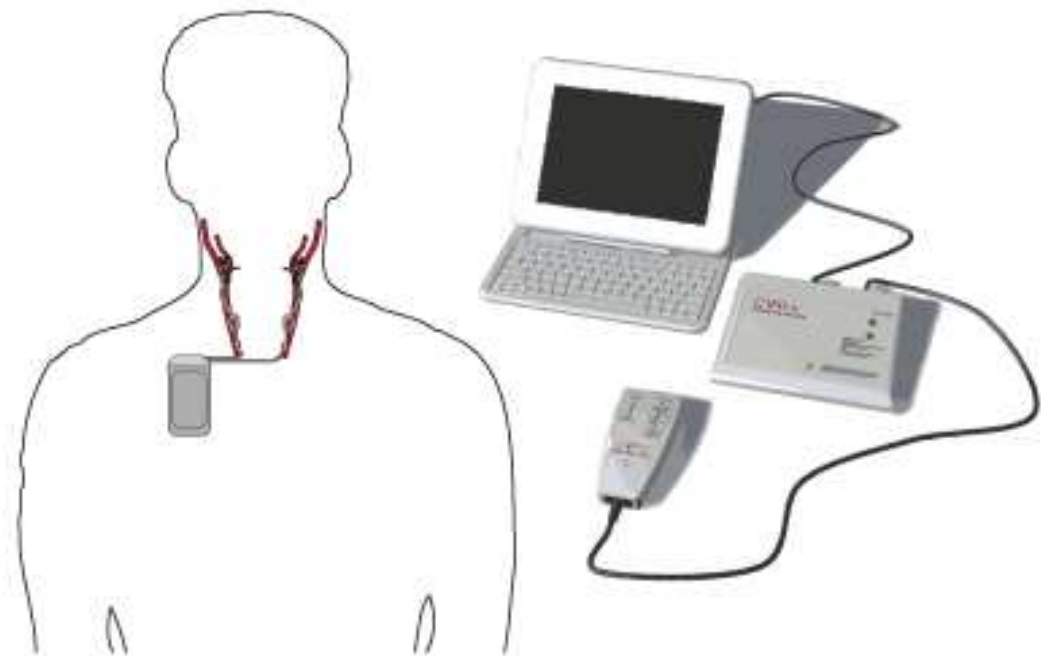
La eritrodisestesia palmo-plantar también llamada síndrome de pie-mano se produce como reacción adversa a medicamentos antineoplásicos o biológicos usados para el tratamiento del cáncer. Tras la administración de la quimioterapia, pequeñas cantidades del medicamento pueden escapar de los capilares dañando los tejidos de palmas de las manos y plantas de los pies. Esta trasvasación da lugar a enrojecimiento y desfoliado de palmas y plantas. Las áreas afectadas recuerdan a quemaduras solares y pueden convertirse en secas, despellejadas y entumecidas. El calor y la fricción de palmas y plantas incrementan la cantidad de medicamento trasvasado de los capilares. Esta afección se produce en plantas y pies ya que se produce incremento de fricción y calor en el uso normal de las extremidades. El tratamiento consiste en la reducción o el cese de la terapia medicamentosa.

**Pregunta:**

Un paciente con hipertensión refractaria es ingresado en nuestro hospital. La hipertensión refractaria es tratada implantando un dispositivo llamado Sistema de tratamiento de la hipertensión Rheos Baroreflex. ¿Cómo debe codificarse este procedimiento?

**Respuesta:**

Asigne el código 39.8, Otra intervención en el cuerpo carotídeo y cuerpos vasculares, 86.96, Inserción o sustitución de otro generador de pulsos de neuroestimulación y 04.92, Implantación o sustitución de electrodo(s) para neuroestimulación periférica, para la inserción del Sistema de tratamiento de la hipertensión Rheos Baroreflex



Sistema Rheos Baroreflex <sup>NT</sup>

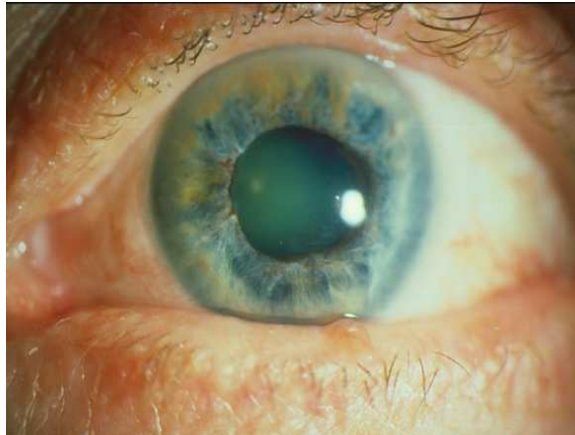
---

**Pregunta:**

¿Cómo debería codificarse el síndrome de iris aplanado (plateau)?

**Respuesta:**

Asigne el código 364.8, otros trastornos del iris y cuerpo ciliar para el síndrome de iris aplanado.



Síndrome de iris aplanado <sup>NT</sup>

**Pregunta:**

¿Cuál es el código correcto para la pingueculitis?

**Respuesta:**

Asigne el código 372.39, Otra conjuntivitis y no especificada, Otra, para la pingueculitis.



Pinguecula <sup>NT</sup>



Pingueculitis <sup>NT</sup>

---

**Pregunta:**

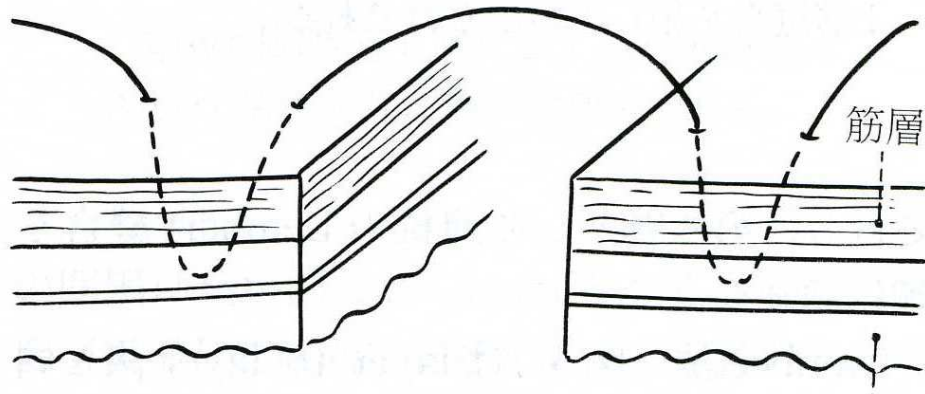
¿Qué código debe informarse para la nueva vacuna del virus del papiloma humano (VPH)?

**Respuesta:**

Asigne el código V04.89, Necesidad de vacunación profiláctica e inoculación contra ciertas enfermedades virales, Otras enfermedades virales, para u contacto para la vacunación del VPH.

**Pregunta:**

El paciente se presenta con una masa quística retroperitoneal en cuadrante superoizquierdo, que engloba órganos intraabdominales y fue llevado a quirófano donde fue sometido a escisión radical de la masa quística retroperitoneal con adrenalectomía. Durante el procedimiento, el cirujano anotó “una pequeña lesión en la cápsula del bazo que fue coagulada”. Esta lesión no necesitó reparación. Se realizó después una esofagogastroduodenoscopia (EGD) para evaluar el esófago distal ya que la masa tenía adherencias a la unión gastroesfágica. La EGD mostró una lesión serosa en el estómago, que fue reparada con sutura interrumpida de Lembert. El cirujano no incluyó el desgarro intraoperatorio en el informe diagnóstico. ¿Cuál es la asignación correcta de códigos?



Sutura de Lembert <sup>NT</sup>

**Respuesta:**

Pregunta el servicio que si se afirma que el desgarro no es significativo se puede omitir el código en el diagnóstico y el procedimiento. Cuando el desgarro está documentado en el informe operatorio, tal como un pequeño desgarro de la serosa del estómago, debe preguntarse al cirujano si este pequeño desgarro fue un suceso incidental inherente al procedimiento quirúrgico o si el desgarro podría ser considerado por el médico como una complicación del procedimiento. Si el servicio documenta que el desgarro seromuscular es una complicación de la cirugía, asigne el código 998.2, Punción o laceración accidental durante un procedimiento, como diagnóstico secundario. Esta norma es coherente con la publicada anteriormente en *Coding Clinic*, Tercer trimestre de 1990, página 18.

---

## Aclaraciones

### Sangrado gastrointestinal con hallazgo único

#### Pregunta:

En el *Coding Clinic*, Tercer trimestre de 2005, se indicó que “los códigos de combinación que describen una hemorragia deben asignarse excepto cuando el médico identifica una relación causal”. Esta información sustituye a la norma previamente proporcionada en el Segundo Trimestre de 1992. Si, no obstante, un paciente se presenta con sangrado gastrointestinal donde se encuentra sólo una posible causa, ¿puede el codificador asumir una relación causal entre el sangrado gastrointestinal y el hallazgo único (úlcera, gastritis, diverticulitis, etc.) o debe indicar el médico expresamente que el sangrado es debido a este único hallazgo?

#### Respuesta:

El codificador no debe asumir una relación causal entre sangrado gastrointestinal y un hallazgo único tal como úlcera, gastritis, diverticulitis, etc. El médico debe identificar la causa del sangrado y relacionar los hallazgos clínicos de la colonoscopia o de la endoscopia alta, ya que estos hallazgos pueden no estar relacionados con el sangrado.

### Aclaración sobre códigos de dolor

#### Pregunta:

Cuando un paciente acude con dolor debido a neoplasia maligna y el tratamiento es para el dolor, ¿Debería ponerse el código de dolor primero, seguido del código de la neoplasia? ¿Podría asignarse un código de dolor por sitio acompañado de la neoplasia o está incluido en el código de la neoplasia por sitio?

#### Respuesta:

Si el ingreso es para control del dolor relacionado, asociado o debido a neoplasia, asigne el código 338.3, Dolor relacionado con neoplasia. La neoplasia subyacente debería informarse como diagnóstico secundario. El código del dolor por sitio no se debe asignar ya que la neoplasia proporciona información del lugar específico.

#### Pregunta:

Un paciente de 43 años es ingresado en el hospital para un estudio diagnóstico a fin de identificar la etiología de un insoportable e incapacitante dolor bajo de espalda con dolor intenso en ambas extremidades inferiores, descartada la compresión de estenosis vertebral/cauda equina. El dolor se irradiaba hacia las extremidades inferiores y estaba asociado a entumecimiento e incontinencia de orina. El médico pensó que el dolor estaba relacionado con un accidente de vehículo a motor en el que el paciente se vio envuelto varios años antes. En el diagnóstico final el médico informa: “Síndrome de dolor crónico y dolor crónico en espalda baja con exacerbación aguda del mismo y dolor de extremidades inferiores”. ¿Cuál es la manera apropiada para codificar y secuenciar estos diagnósticos?

---

### **Respuesta:**

Asigne el código 724.2, lumbago, para el dolor bajo de espalda como diagnóstico principal. Asigne el código 729.5, Dolor de la pierna, para el dolor de ambas extremidades inferiores, 338.4, Síndrome de dolor crónico, 338.19, Otro dolor agudo, para la exacerbación aguda y 907.3, Efecto tardío de lesiones de raíces nerviosas, plexos vertebrales y otros nervios del tronco, como diagnósticos secundarios. El dolor bajo de espalda fue secuenciado como diagnóstico principal ya que es la causa del ingreso, no el tratamiento del dolor. Consulte las Normas Oficiales de Codificación e Información sobre dolor previamente publicadas en el *Coding Clinic* del Cuarto Trimestre de 2006, 167-172 (páginas 160-163 en la versión traducida <sup>NT</sup>).

### **Pregunta:**

Las Normas Oficiales para Codificación e Información con ICD-9-CM efectiva del de 15/11/06 indican que “El dolor postoperatorio asociado con una complicación postoperatoria específica (tal como un dispositivo dejado en el cuerpo) está asignado en el código adecuado del Capítulo 17. Ya que la complicación representa el diagnóstico esencial (definitivo) asociado con el dolor, no debería asignarse un código secundario de la categoría 338”.

A la inversa, la nota de instrucción de la categoría 996.7, Otras complicaciones de dispositivos protésicos, implantes e injertos internos (biológico) (sintético), indica que “Use código adicional para identificar la complicación tal como: dolor debido a la presencia de dispositivo, implante o injerto (338.18-338.19, 338.28-338.29)”. Las normas parecen estar en conflicto con la nota de instrucción del manual de la ICD-9-CM. Por favor, aclare la norma.

### **Respuesta:**

Es correcto asignar códigos de la categoría 996.7, Otras complicaciones de dispositivos protésicos, implantes e injertos internos (biológico) (sintético), con códigos de la categoría 338. Las instrucciones de la ICD-9-CM siempre tienen prioridad sobre las normas. Las normas serán actualizadas para reflejar las instrucciones en el manual.

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.