

---

# AHA

## Coding Clinic™

---

*for ICD-9-CM*

---

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

---

**Volumen 21**  
**Número 1**

**Primer Trimestre**  
**2004**

---

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 20 de abril de 2004 (sólo en USA <sup>NT</sup>)

#### **En este número**

Pregunte al editor  
Aclaraciones  
Correcciones  
Noticias

#### **Pregunte al Editor**

##### **Pregunta:**

El médico ha documentado que el paciente tiene enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y bronquitis aguda. Desearíamos una aclaración de si la documentación tiene que decir específicamente “exacerbación aguda de EPOC” antes de que asignemos el código 491.21, Bronquitis obstructiva crónica, con exacerbación (aguda). Así mismo, a la luz de los cambios en octubre de 2003 del tabular e índice, ¿qué código(s) deberían asignarse para este paciente?

##### **Respuesta:**

Asigne el código 491.21, Bronquitis obstructiva crónica, con exacerbación (aguda), para el diagnóstico de bronquitis aguda y EPOC, seguido del código 466.0, Bronquitis aguda, como diagnóstico secundario.

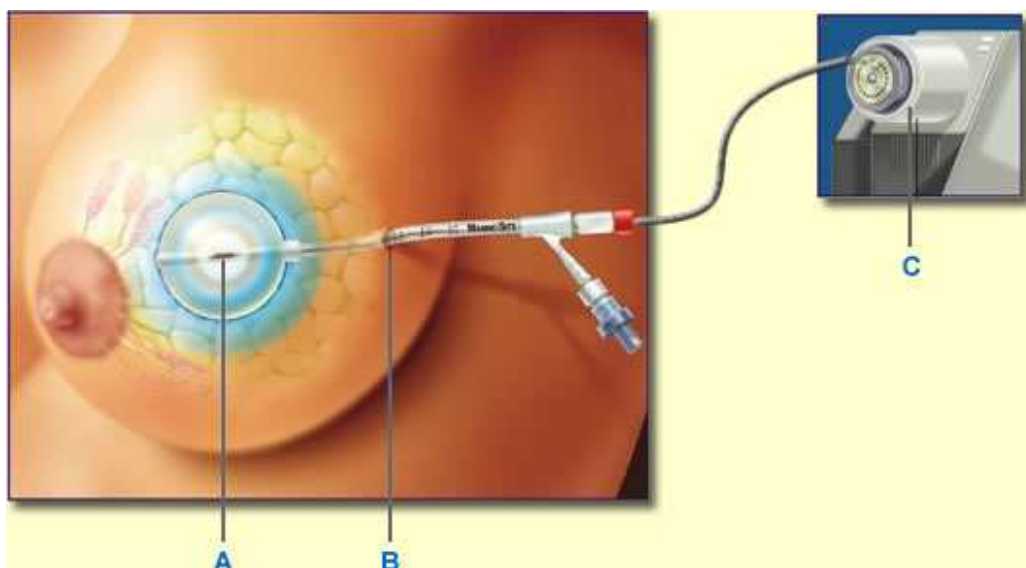
Los cambios recientes en el tabular e índice en la codificación de la bronquitis y EPOC han tenido como resultado confusión y otras consecuencias no intencionadas. Para abordar esta situación, los cambios han sido considerados por el Comité para la Coordinación y Mantenimiento de la ICD-9-CM para su implantación en octubre de 2004. Estos cambios han sido presentados en la reunión del 2 de abril de 2004. Todos los datos del histórico reflejan el código 491.21 como diagnóstico principal. Por tanto, para mantener la consistencia longitudinal de los datos, el código 491.21 está siendo puesto en primer lugar. Si

la documentación describe el cuadro clínico como bronquitis aguda con EPOC, asigne el código 491.21, Bronquitis obstructiva crónica con exacerbación (aguda), seguida por el código 466.0, Bronquitis aguda, como diagnóstico secundario, aun cuando la documentación no especifique el estado “exacerbación aguda de EPOC”.

### **Pregunta:**

Los cirujanos de nuestro hospital realizan un nuevo procedimiento, inserción del catéter Mammosite (véase esquema más adelante <sup>NT</sup>) para una paciente con carcinoma no invasivo de cuadrante superoexterno de mama. La paciente presentaba en el hospital estado postlumpectomía. Se practicó una incisión en la mama y se colocó un catéter para la liberación de radiación en los tejidos cercanos a la lumpectomía. En otro episodio se insertaron a través del catéter partículas radioactivas. ¿Cómo debería ser codificada la inserción del dispositivo Mammosite cuando la radiación interna aún no se ha realizado?

El MammoSite<sup>®</sup> RTS es un catéter con balón (A) que se fija dentro de la cavidad de resección del tumor. Una pequeña partícula radioactiva (B) conectada a una máquina (C) se inserta en el balón y libera la radiación. <sup>NT</sup>



### **Respuesta:**

Asigne el código 174.4, Neoplasia maligna de mama femenina, cuadrante superoexterno, como diagnóstico principal. Asigne el código 85.0, Mastotomía, cuando la incisión se realiza para la inserción del catéter pero las partículas radioactivas no se han implantado en el mismo acto.

Si la fuente radiactiva se introduce en el catéter en el mismo episodio, asigne sólo el código 92.27, Implantación o inserción de elemento radioactivo. Esta asignación de código incluye todos los componentes del procedimiento. Remítase al *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 1988, página 4-5 para información adicional.

**Pregunta:**

El paciente fue sometido a una broncoscopia fibroóptica con inserción de catéter de braquiterapia bajo guía fluoroscópica para una futura terapia con radio para el tratamiento de carcinoma de células pequeñas del lóbulo superior del pulmón derecho. La sustancia radiactiva es normalmente administrada en una fecha posterior y a menudo puede ser dada en otra institución. El código 92.27, Implantación o inserción de elementos radioactivos, incluye la técnica de braquiterapia. ¿Cómo se plasma la colocación del catéter sin asignar un código que también incluya la inserción del elemento radioactivo?

**Respuesta:**

Asigne el código 162.3, Neoplasia maligna de tráquea, bronquio o pulmón, lóbulo superior, bronquio o pulmón, como diagnóstico principal. La braquiterapia puede ser llevada a cabo en un segundo tiempo, en el cual se introduce un catéter por vía broncoscópica y los elementos radioactivos se implantan en otro momento. Si se realiza la fibrobroncoscopia para la inserción del catéter anticipándose a una futura terapia (braquiterapia), asigne sólo el código 33.22, Broncoscopia fibroóptica. Asigne el código 92.27, Implantación o inserción de elementos radioactivos, cuando la broncoscopia es realizada para la inserción del catéter en el pulmón y la fuente radioactiva es también introducida por el mismo en el mismo episodio. La asignación de este código incluye todos los componentes del procedimiento, incluida la braquiterapia. La broncoscopia no debe ser codificada en este caso, ya que es considerada como abordaje. Esta información es coherente con la publicada en *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 1988, páginas 4-5, y Tercer Trimestre de 1998, página 11.

**Pregunta:**

Un paciente en estadio final de enfermedad renal (ESRD) debido a virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) se presenta con un linfocele infectado o seroma de su injerto arteriovenoso (AV), necesitando revisión de su injerto AV. ¿Es el diagnóstico principal en este caso el HIV (042) o la infección del injerto (996.62)?

**Respuesta:**

Asigne el código 996.62, Infección y reacción inflamatoria debida a otro dispositivo vascular, implante e injerto, como diagnóstico principal, ya que la infección del injerto fue la causa del ingreso. La infección fue causada por la presencia de un cuerpo extraño (injerto AV) y no está relacionado con el HIV. Asigne el código 042, Enfermedad HIV, el código 585, Fallo renal crónico, para la ESRD, y el código 457.8, Otro trastorno infeccioso de los vasos linfáticos, para el linfocele, como diagnósticos secundarios. El estadio final de la enfermedad renal es una complicación bastante común de la infección por HIV.

**Pregunta:**

Un paciente ha sido enviado al laboratorio para un examen de lípidos. El médico documenta hiperhomocisteinemia. ¿Cómo debería ser codificado este episodio?

**Respuesta:**

Asigne el código 270.4, Trastornos del transporte y metabolismo de aminoácidos, Trastorno aminoácido sulfurado. La hiperhomocisteinemia no está indexada específicamente en la ICD9CM; sin embargo este trastorno está indexado bajo el término “homocisteinemia”.

**Pregunta:**

Una niña de 13 años fue diagnosticada con dilatación de la raíz aórtica. Ya que este es un trastorno que puede transmitirse de padre a hijo y puede ser mortal, el médico ordenó ecocardiogramas para los padres de la niña. Ambos padres están totalmente asintomáticos en el momento actual y no tienen historia anterior de molestias torácicas o presión sanguínea elevada. El médico ha informado “excluir la dilatación de la raíz aórtica” como la indicación de los ecocardiogramas. ¿Qué código de la ICD9CM debería ser usado en este caso ya que los pacientes están completamente libres de sintomatología en este momento? El seguro del paciente nos ha comunicado que no reconoce ningún código V.

**Respuesta:**

Asigne el código V71.7, Observación por sospecha de enfermedad cardiovascular, si el resultado del ecocardiograma es normal. Asigne el código V17.4, Historia familiar de ciertas enfermedades crónicas incapacitantes, Otras enfermedades cardiovasculares, como diagnósticos secundario. Si el médico confirma que el ecocardiograma revela dilatación de la raíz aórtica, o cualquier otra anomalía relacionada, asigne el código apropiado para los hallazgos positivos en lugar del V71.7.

Bajo la Ley de Aseguramiento, Portabilidad y Responsabilidad en Salud (HIPAA), los volúmenes 1 y 2 de la ICD9CM (incluida la guía oficial de la ICD9CM para codificación e información) son el conjunto de códigos necesarios para enfermedades, lesiones, disfunciones, otros problemas de salud y sus manifestaciones y causas de lesión, disfunciones por enfermedad u otros problemas de salud. Los códigos V son una parte integral del conjunto de códigos estándar de la ICD9CM.

Determine si es una discusión de codificación o un asunto de cobertura. Muchos seguros no proporcionan cobertura a las pruebas rutinarias, o pruebas de cribaje sin signos o síntomas. Por tanto la negativa al código V puede ser debido a la no cobertura de las pruebas de cribaje o rutinarias, y no debida a una codificación incorrecta. Para información adicional en la solución de controversia con los seguros, por favor remítase al *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 2000, páginas 13-15.

**Pregunta:**

El *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 1991, página 5, indica que el código 775.0, Síndrome de hijo de madre diabética, debe ser asignado cuando el recién nacido de una madre diabética o con diabetes gestacional manifiesta características de esta afección (ej. macrosomía, descenso de azúcar en sangre u otras manifestaciones). Sin embargo, hemos sido instruidos de que la documentación debe constatar específicamente “macrosomía debida a síndrome de hijo de madre diabética”, y el niño debe tener múltiples síntomas a fin de precisar el diagnóstico. ¿Debe el médico constatar que la macrosomía es “debida al” síndrome, o de hecho el niño que tenga alguna manifestación del síndrome es suficiente para asignar el código 775.0?

**Respuesta:**

Asigne el código 775.0, Síndrome de hijo de madre diabética, para el recién nacido con macrosomía y madre diabética. No es necesario para el médico documentar que la macrosomía es “debida al” síndrome. Aunque el niño sólo presente macrosomía, los niños de madres diabéticas necesitan un seguimiento especial y tienen un incremento del riesgo de una variedad de complicaciones y otras manifestaciones. Estos niños son normalmente más grandes y pueden presentar alguno de los siguientes problemas: taquipnea y/o policitemia transitorias. Pueden tener también un riesgo aumentado de enfermedad pulmonar crónica, defectos congénitos, fallo cardíaco, trombosis renal y otras manifestaciones.

**Pregunta:**

Cuando se codifica una historia de un recién nacido cuya madre es diabética ¿debe tener varios síntomas para que el diagnóstico de “síndrome de hijo de madre diabética” sea válido?

**Respuesta:**

No, no es necesario que el niño tenga múltiples síntomas. El niño de madre diabética puede presentarse con uno o más síntomas y sería apropiado asignar el código 775.0, Síndrome de hijo de madre diabética. Como se ha indicado anteriormente, los niños de madres diabéticas necesitan cuidados especiales y tienen un riesgo aumentado para una variedad de complicaciones y/o manifestaciones. Estos niños son generalmente más grandes y pueden presentar varios problemas como se ha indicado en preguntas anteriores.

**Pregunta:**

¿Cuál es el código apropiado para un niño normal nacido de madre diabética que no presenta manifestaciones del síndrome?

**Respuesta:**

Asigne el código V30.00, Niño nacido único, nacido en el hospital, sin mención de cesárea, como diagnóstico principal. El código V18.0, Historia familiar de otras afecciones específicas, debe asignarse como diagnóstico secundario.

**Pregunta:**

Un paciente que sufrió una traumatismo en el tobillo derecho jugando al fútbol, mantuvo reposo del mismo en varios días pero continuaba con dolor persistente con incapacidad para cargar peso. Se presenta en el hospital para tratamiento de fractura del maléolo interno con lesión sindesmótica y fue sometido a reducción abierta con fijación interna (OIRF) de la fractura con reducción de la sindesmosis. Después de que el cirujano redujera la fractura, hizo una incisión sobre el borde posterolateral del extremo distal del peroné y la lesión sindesmótica fue reducida en configuración anatómica. Se colocó un alambre K (Kirschner <sup>NT</sup>) y tornillos a través de la sindesmosis para estabilizarla. ¿Cuál es el código apropiado para la lesión sindesmótica?. ¿Cómo es codificada la reparación de la lesión sindesmótica?

**Respuesta:**

Asigne el código 824.0, Fractura de tobillo, maléolo medial, cerrada, y el código 845.03, Torcedura o esguince tibioperoneo (ligamento), distal, para la fractura de tobillo con lesión sindesmótica. El código E917.0, Golpe contra o golpeado accidentalmente por objeto o persona, en deporte, sin caída posterior, debe asignarse para identificar la causa externa de la lesión. Asigne el código 79.36, Reducción abierta de fractura con fijación interna, tibia y peroné, para la OIRF de la fractura de tobillo. El código 79.87, Reducción abierta de luxación de tobillo, debe asignarse para la reducción de la lesión sindesmótica. Dado que la reducción de la lesión sindesmótica era independiente de la reducción de la fractura, deben ser codificados de forma separada.

La sindesmosis del tobillo está formada por el ligamento tibioperoneo anterior, ligamento interóseo y ligamento peroneo posterior. La lesión sindesmótica es vista frecuentemente en la torcedura externa del tobillo y el pie. La lesión se corresponde con un esguince de tobillo y puede conducir a un dolor crónico e inestabilidad del mismo. El football (fútbol americano <sup>NT</sup>), el soccer (fútbol tal como se practica fuera de EEUU <sup>NT</sup>) y el baloncesto son los deportes más comunes asociados con esta lesión.

**Pregunta:**

Se practica una angioplastia coronaria transluminal percutánea (PTCA) con inserción de endoprótesis en la circunfleja izquierda. El médico igualmente colocó una endoprótesis en la marginal obtusa y la descendente posterior. Colocó un total de tres endoprótesis y sólo indica una PTCA en la circunfleja izquierda. Los otros dos vasos son más pequeños que a su vez son ramas de la circunfleja izquierda. Ya que la PTCA es inherente a la colocación de la endoprótesis, ¿debería esto ser considerado una PTCA multivaso (36.05) puesto que hay más de un vaso con endoprótesis, o una PTCA de un solo vaso (36.01) puesto que se ha colocado endoprótesis en una sola rama principal?

**Respuesta:**

Asigne el código 36.05, Angioplastia coronaria transluminal percutánea [PTCA] de múltiples vasos o aterectomía coronaria realizada durante la misma intervención, con o sin mención de agente trombolítico. El procedimiento tal como se ha descrito es una reparación de vaso múltiple ya que han sido tratados vasos específicos o ramas de los mismos (en este caso, la circunfleja izquierda, la marginal obtusa y la descendente posterior). Sin embargo, si se usa un solo vaso como punto de acceso a otros vasos o ramas, o el vaso o rama es tomado como paso para tratar otro vaso, entonces codifique 36.01, Angioplastia coronaria transluminal percutánea única [PTCA] o aterectomía coronaria sin mención de agente trombolítico.

**Pregunta:**

Un paciente pediátrico es sometido a una laparotomía exploradora y una resección de intestino comprometido. El diagnóstico postoperatorio fue peritonitis y obstrucción de intestino delgado, hernia interna y vólvulo secundario a banda mesodiverticular. ¿Cuál es el código apropiado para la banda mesodiverticular?

**Respuesta:**

Asigne el código 552.8, Hernia de otros sitios especificados, con obstrucción, como diagnóstico principal. Como códigos secundarios para la banda mesodiverticular y la peritonitis, codifique 751.0, Divertículo de Meckel y 567.9, Peritonitis no especificada. Para la cirugía realizada debe asignarse el código 45.62, Otra resección parcial de intestino delgado.

La banda mesodiverticular es un resto embrionario de la circulación vitelina que lleva suministro arterial al divertículo de Meckel. El código 751.0 incluye el conducto vitelino persistente. Si hay un error en la involución, puede persistir una banda fibrosa que conecta la punta del divertículo al mesenterio. Esta banda puede crear un orificio a través del cual un asa de intestino delgado puede herniarse y, en consecuencia, obstruirse, encarcerarse e infartarse. Hay una alta tasa de mortalidad y muerte súbita potencial asociada con esta hernia interna.

**Pregunta:**

El *Coding Clinic*, Cuarto trimestre de 2001, indica la asignación del código V76.51, Cribaje especial para neoplasias malignas, Colon, como diagnóstico principal cuando un paciente sin historia personal de enfermedad gastrointestinal y sin signos ni síntomas se somete a una colonoscopia de cribaje que revela un pólipo. ¿Es la asignación de código diferente cuando el pólipo es extirpado durante la colonoscopia de cribaje? Debería ser que cuando se encuentra una afección y es tratada, el procedimiento se convierte en definitivo y ya no es una prueba de cribaje.

**Respuesta:**

Siempre que se realiza un examen de cribaje, el código de cribaje debe ser el principal. El hecho de que la prueba en un examen de cribaje permanece, a pesar de los hallazgos o de cualquier procedimiento realizado como resultado de estos hallazgos.

Un cribaje es una prueba para una enfermedad o enfermedades precursoras en individuos aparentemente sanos en los que puede realizarse una detección y tratamiento precoces cuando dan positivo a esa enfermedad. La prueba a una persona para descartar o confirmar una sospecha diagnóstica, porque el paciente tiene un signo o síntoma, es una prueba diagnóstica, no una prueba de cribaje. En estos casos el signo o síntoma es usado para explicar la causa de la prueba. Un código de cribaje debe ser puesto como principal si la causa de la visita es específicamente el examen de cribaje. Puede ser usado como código secundario si el cribaje es realizado durante una consulta por otro problema de salud. Si se descubriera una afección durante el cribaje, el código de dicha afección debe ser asignado como diagnóstico secundario. Esta información se corresponde con la Guía Oficial para Codificación e Información (C18.5. Cribaje) publicada previamente en el *Coding Clinic*, Cuarto trimestre de 2002, páginas 159-160 (páginas 122-123 de la versión traducida <sup>NT</sup>).

**Pregunta:**

Un hombre de 65 años con historia de artroplastia total de hombro ha sido ingresado para revisión de dicha artroplastia total de hombro derecho con componente glenoideo y componentes humerales cementados. ¿Cuál es la asignación correcta: el código 81.83, Otra reparación de hombro, o el código 81.97, Revisión de sustitución de articulación de extremidad superior?

**Respuesta:**

Asigne el código 81.97, Revisión de sustitución de articulación de extremidad superior, para la artroplastia total de hombro revisada. En este caso, el médico eligió realizar una revisión total de hombro. Este procedimiento incluye la reparación de componentes humerales y glenoideos y la retirada de los componentes articulares previos.

**Pregunta:**

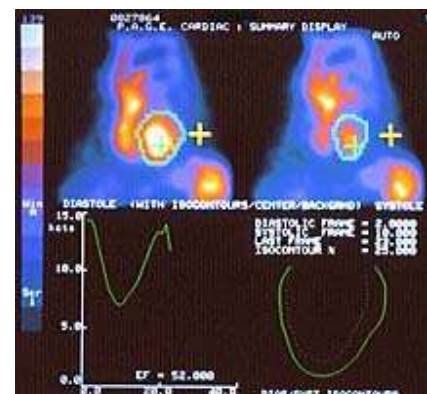
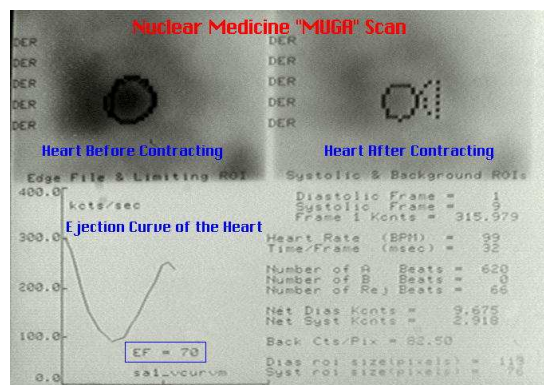
Los médicos de nuestro hospital envían algunos de sus pacientes de cáncer al Departamento de Medicina Nuclear para una exploración de adquisición multientrada basal (MUGA) (véase información más adelante <sup>NT</sup>) antes de comenzar la quimioterapia. ¿Cómo debe ser codificado este episodio ambulatorio?



## Respuesta:

Asigne el código V72.85, Otra exploración específica, cuando un paciente de cáncer es atendido para una exploración MUGA basal antes de iniciar la quimioterapia. Asigne la neoplasia como diagnóstico secundario. Ya que la neoplasia no está siendo tratada, no debe ser codificada primero. Esto debería ser considerado una evaluación pretratamiento con objeto de aprobar la quimioterapia.

Los protocolos de gestión de pacientes de quimioterapia requieren a veces vigilar los efectos de la quimioterapia. La exploración MUGA, también conocida como ventriculograma nuclear por imagen de radionúclido, es una película en movimiento del corazón que proporciona al médico una imagen detallada del flujo sanguíneo y la función del ventrículo izquierdo. En algunos pacientes de cáncer, que se someten a quimioterapias repetidas, la prueba es realizada para observar la función cardíaca y es capaz de detectar pequeños cambios en la fracción de eyección ventricular izquierda (LVEF). Antes de que el paciente reciba la primera dosis de quimioterapia, se hace una exploración MUGA para establecer la LVEF basal para descartar una enfermedad cardíaca preexistente y determinar si el paciente puede tomar la medicación. Después de la administración de una cierta cantidad de antineoplásicos, se repite la exploración. Una disminución en la LVEF puede ser indicativa de toxicidad cardíaca.



Imágenes de la exploración MUGA <sup>NT</sup>

**Pregunta:**

Mientras están en quimioterapia, estos pacientes vuelven para exploraciones MUGA periódicas para evaluar el corazón por posibles efectos secundarios del tratamiento. ¿Cómo debe ser codificado este episodio de seguimiento ambulatorio?

**Respuesta:**

Asigne el código V58.83, Contacto para monitorización de medicamento, como diagnóstico principal, para los pacientes que necesitan exploración MUGA para vigilar los efectos de la quimioterapia en el corazón. El código V58.69, Uso de medicamentos durante largo tiempo (actual), y el código de la neoplasia deben ser asignados como diagnósticos secundarios. Si, no obstante, la quimioterapia es administrada de forma ambulatoria en el mismo episodio, asigne el código V58.1, Quimioterapia, como diagnóstico principal.

**Pregunta:**

Un paciente fue ingresado aquejado de sangrado continuo de una úlcera crónica del talón izquierdo. El paciente tenía diabetes no insulino dependiente, enfermedad vascular debida a diabetes, enfermedad renal en estado terminal, hipertensión y estado de amputación de pierna derecha por encima de la rodilla. Debido a la gangrena y a la osteomielitis aguda por la úlcera del talón, el paciente fue sometido a una amputación por debajo de la rodilla. Si el médico documenta que la úlcera es por decúbito, ésta no puede ser informada como úlcera diabética. Sin embargo, la ICD-9-CM asume una relación causa-efecto entre la osteomielitis y la diabetes, por lo que se necesita un código de complicación diabética para la misma úlcera. ¿Debe ser informada la úlcera de decúbito como úlcera diabética solamente por la osteomielitis? ¿Cuál es la asignación de códigos para este caso?

**Respuesta:**

Asigne el código 707.0, Úlcera de decúbito, como diagnóstico principal para la úlcera de decúbito no curada. Es importante reconocer que no todas las úlceras en pacientes diabéticos son úlceras diabéticas. Las úlceras diabéticas del pie generalmente empiezan en los dedos y van hacia arriba. Las úlceras diabéticas no comienzan por lo general en el talón. Las úlceras del talón son casi siempre de decúbito. En este caso, el médico documenta que la úlcera de talón era una úlcera de decúbito que ha progresado a osteomielitis y gangrena. Como se ha indicado en el *Coding Clinic*, Tercer trimestre de 1991, páginas 7-8, "Las afecciones listadas con diagnóstico de diabetes mellitus o en pacientes diabéticos no son necesariamente complicaciones de la diabetes. La afección debe ser codificada como tal sólo cuando el médico la identifica como complicación diabética". Asigne los códigos 785.4, Gangrena, 737.07, Osteomielitis aguda, Tobillo y pie, 250.70, Diabetes con trastorno circulatorio periférico, tipo II, o no especificado, no expresada como incontrolada, 443.81, *Angiopatía periférica en enfermedades clasificadas bajo otro concepto*, y 403.91, Enfermedad renal hipertensiva, con fallo renal, como diagnósticos secundarios.

Si el médico indica osteomielitis diabética, o el paciente tiene diabetes y osteomielitis aguda a la vez y no se documenta otra causa de osteomielitis, sería apropiado asignar los códigos 250.80, Diabetes con otra manifestación especificada, tipo II o de tipo no especificado, no expresada como incontrolada, 731.8, *Otra implicación de huesos en enfermedades clasificadas bajo otro concepto*, y 730.0X, Osteomielitis aguda. La ICD-9-CM asume una relación entre la diabetes y la osteomielitis cuando ambas afecciones están presentes, a no ser que el médico haya indicado en la historia que la osteomielitis no está relacionada con la diabetes. En este caso, el médico ha indicado que la osteomielitis es debida a úlcera de decúbito, por lo que la osteomielitis no debería codificarse como complicación de la diabetes.

### **Pregunta:**

¿Cuál es la asignación de códigos apropiada para una visita ambulatoria por exámenes de cribaje de visión o audición defectuosas?

### **Respuesta:**

Asigne el código V72.0, Examen de ojos y visión, como diagnóstico principal para un examen rutinario de la vista. El código 368.9, Trastorno inespecífico de la visión, debe ser asignado como diagnóstico adicional si el médico no ha proporcionado un diagnóstico definitivo para el cribaje de visión defectuosa.

Asigne el código V72.1, Examen de oído y audición, como diagnóstico principal para un examen rutinario de audición. El código 794.15, Estudio de la función auditiva anormal, debe ser asignado como diagnóstico secundario si el paciente falla la prueba de audición. Cuando la pérdida de audición no específica se documenta, asigne el código 389.9, Pérdida inespecífica de audición, como diagnóstico adicional en lugar del código 794.15.

Si las pruebas de visión y audición son parte de un examen de salud rutinario de bebé o niño asigne el código V20.2, examen de salud de bebé o niño, en lugar de V72.0 o V72.1. El código V20.2 incluye los exámenes de visión y audición rutinarios.

### **Pregunta:**

¿Cuál es la asignación correcta de códigos para un recién nacido, nacido en el hospital que falla una prueba rutinaria de audición?

### **Respuesta:**

Asigne el código V30.00, Recién nacido vivo único, nacido en el hospital y sin mención de cesárea, como diagnóstico principal (no utilizable en nuestro medio <sup>NT</sup>). Asigne el código 794.15, Estudio de la función auditiva anormal como diagnóstico secundario, si el niño falla el examen. En un examen rutinario de audición del recién nacido se comprueba el reconocimiento de tonos.

**Pregunta:**

Un paciente de 8 años de edad es ingresado en nuestras instalaciones con diagnóstico de tetralogía de Fallot, que fue reparada seis años antes. El paciente se presenta ahora con obstrucción del flujo ventricular derecho, insuficiencia pulmonar, hipoplasia significativa y estenosis de la arteria pulmonar izquierda. Es trasladada para reparación quirúrgica. El paciente fue sometido a reconstrucción del tracto de salida ventricular derecha con un homoinjerto pulmonar de 25 mm; reconstrucción de la arteria pulmonar izquierda fuera del hilio con agrandamiento mediante arterioplastia con parche; arterioplastia de la estenosis de la arteria pulmonar derecha; derivación cardiopulmonar y ecocardiograma transesofágico intraoperatorio. ¿Cuál es la codificación y secuenciación apropiada de diagnósticos y procedimientos para este caso?

**Respuesta:**

Asigne el código 747.3, Anomalía de la arteria pulmonar, como diagnóstico principal. Asigne los códigos 746.02, Anomalía de la válvula pulmonar, estenosis congénita; V15.1, Otra historia personal que presenta riesgos para la salud, Cirugía del corazón y grandes vasos y V13.69, Historia personal de otras enfermedades, Otras malformaciones congénitas, como diagnósticos secundarios. No asigne el código de Tetralogía de Fallot, ya que esta afección fue reparada seis años antes. Ocasionalmente, tras la primera reparación completa, algunos problemas residuales pueden necesitar cirugía adicional. Asigne el código 35.25, Sustitución de válvula pulmonar con injerto, para la inserción de homoinjerto pulmonar en el tracto de salida del ventrículo derecho, el código 39.56, Reparación de vaso sanguíneo con injerto de parche, para la reconstrucción de la arteria pulmonar izquierda, el código 88.72, Diagnóstico cardíaco por ultrasonido, para el ecocardiograma intraoperatorio, y el código 39.61, Circulación extracorpórea en cirugía a corazón abierto, para la derivación cardiopulmonar.

**Pregunta:**

Un niño se presenta en el servicio de Urgencias con una subluxación traumática de dientes. La entrada en el Índice párale impacto y desplazamiento de diente conduce al código 520.6, Alteraciones en la erupción de los dientes y el código 524.3, Anomalía en la posición de dientes, respectivamente. Ambos códigos parecen tener relación con problemas debidos al desarrollo dentario, no a un traumatismo. ¿Cómo debería ser codificado el impacto o subluxación/desplazamiento de un diente resultado de una lesión?

**Respuesta:**

Asigne el código 873.63, Otra herida abierta de cabeza, estructuras internas de la boca sin mención de complicación, Dientes (rotos), para la lesión traumática (ej. subluxación/desplazamiento, impacto, fractura, etc.) de los dientes. El código 873.73, Otra herida abierta de cabeza, estructuras internas de la boca complicada, se asignará para lesiones complejas de los dientes.

**Pregunta:**

En el Índice de la ICD-9-CM hay una entrada para el síndrome de Lennox. ¿Es el mismo que el síndrome de Lennox-Gastaut?. ¿También este síndrome es intratable?

**Respuesta:**

Asigne el código 345.00, Epilepsia generalizada no convulsiva, sin mención de epilepsia intratable, para el síndrome de Lennox-Gastaut. El síndrome de Lennox es el mismo que el síndrome de Lennox-Gastaut. No debe asumirse que la epilepsia es intratable. Si, no obstante, la información no está documentada en la historia, el codificador debe preguntar al médico.

Con efectividad a 1 de octubre de 2004, se realizarán revisiones de la ICD-9-CM de tal manera que el síndrome de Lennox-Gastaut estará indexado específicamente en el código 345.0x.

**Pregunta:**

Por favor, proporcione una aclaración referente a la adecuación de la asignación de códigos basados en la documentación de la historia realizada por un médico diferente al médico que lleva el caso directamente. Se publicaron con anterioridad en el *Coding Clinic* unos consejos que permiten usar la documentación del informe de anestesia. Nuestros codificadores han interpretado que si no hay documentación contraria del médico que atiende al paciente se sobreentiende que está de acuerdo con el anestesista. Hemos sido aconsejados recientemente que no podemos usar una anotación de un consultor sin “confirmación” del médico que atiende al paciente. Nuestros codificadores nos dijeron que es operativamente imposible confirmar cada diagnóstico o afección que los consultores escriben. Por supuesto, si hay una información que entra en conflicto, preguntaremos al médico que atiende al paciente para aclararlo. ¿Puede comentarnos si nuestra interpretación de la codificación es la correcta?

**Respuesta:**

La asignación de códigos puede estar basada en la documentación de otros médicos (ej. consultores, residentes, anestesistas, etc.) en tanto en cuanto no haya conflictos de información con el médico que atiende el paciente. La documentación de la historia clínica de cualquier médico relacionado en el cuidado y tratamiento del paciente, incluyendo médicos consultores, es apropiada como base de la asignación de códigos. No es necesario preguntar al médico si el médico relacionado con el cuidado y tratamiento del paciente, incluidos los médicos consultores, documentan un diagnóstico y no hay conflicto con la documentación de otro médico. Si hay conflicto con la documentación de un médico diferente, busque una aclaración del médico que lleva el paciente, ya que él o ella son los responsables en última instancia del diagnóstico final. Esta información es consecuente con la guía de la Asociación Americana de Gestión de la Información de la Salud (AHIMA).

---

## Aclaraciones

### Hallazgos anormales en los informes de Patología

#### Pregunta:

Hemos recibido algunas preguntas acerca de la recomendación publicada recientemente en el *Coding Clinic*, Segundo trimestre de 2002, páginas 17-18 (página 45 de la versión traducida <sup>NT</sup>). En dicha recomendación se afirma que los codificadores no deben codificar hallazgos de informes de patología informados de pacientes ingresados y que el médico que atiende al paciente es el que debe confirmar el diagnóstico. Los codificadores están desorientados sobre por qué usar el informe del patólogo para dar una mayor especificidad al diagnóstico es diferente que codificar el lugar específico de una fractura con el informe de rayos X, como ha sido publicado en el *Coding Clinic*, Primer trimestre de 1999, página 5. Parece producir un poco de confusión el hecho de que usar el informe de patología no sea lo mismo (ej. el diagnóstico anatomopatológico más específico de “carcinoma de mama” frente al diagnóstico del médico “bulto de mama”). Por favor, aclárelo.

#### Respuesta:

La recomendación publicada en el *Coding Clinic*, Segundo trimestre de 2002, páginas 17-18, estaba basada en la Guía Oficial para Codificación e Información (Sección III, B. Hallazgos anormales). Esta Guía específicamente afirma “Los resultados anormales (laboratorio, rayos X, patología y otros resultados diagnósticos) no serán codificados a no ser que el médico indique su significancia clínica. Si los resultados están fuera del rango normal y el médico ha ordenado otras pruebas para evaluar la afección o prescrito un tratamiento, es apropiado preguntar al mismo si los hallazgos anormales deben ser incluidos.

En el ejemplo publicado en el *Coding Clinic*, Primer trimestre de 1999, página 5, el médico ha documentado ya la fractura de fémur. Los detalle adicionales sobre el lugar específico del fémur (ej. diáfisis) fue cogido del informe de rayos X. Hay una diferencia entre codificar un diagnóstico clínicamente documentado por el médico que atiende al paciente y codificar hallazgos no confirmados. Cuando se codifica únicamente con el informe de anatomía patológica, el codificador está asignando un diagnóstico basado sólo en hallazgos anatomopatológicos sin la corroboración del médico que atiende al paciente. Aunque el patólogo proporcione una interpretación escrita de una biopsia de tejido, esto no es equivalente al diagnóstico del médico basado en el cuadro clínico completo. El médico es el responsable y está relacionado directamente con el cuidado y tratamiento del paciente. Esta recomendación es consecuente con la información acerca de lo apropiado de asignar códigos basados en la documentación emitida por médicos diferentes al que lleva el paciente, ya que una interpretación patológica de una muestra no es lo mismo que un diagnóstico proporcionado por el médico que está directamente relacionado con el cuidado y tratamiento del paciente. Si el médico documenta “bulto de mama” y el patólogo “carcinoma de mama” puede existir un conflicto que requiere una aclaración del médico.

## **Inserción de dispositivo de fusión vertebral intersomático**

### **Pregunta:**

¿Debería ser codificado el dispositivo de fusión intersomático como fusión vertebral de 360 grados?. El proveedor del dispositivo está informando a los hospitales que la inserción de un dispositivo de fusión intersomático es indicativo de fusión vertebral de 360 grados. Los cirujanos ortopédicos están ahora insistiendo por definición que si estos dos procedimientos se están haciendo a la vez y se hace una sola incisión esto es una fusión vertebral de 360 grados. La terminología en los hospitales hay que buscarla por TLIF –fusión intersomática lumbar transforminal, por PLIF – fusión intersomática lumbar posterior y por Uso de dispositivo de fusión intersomático. ¿Sería correcto hacer esta correlación?

### **Respuesta:**

La inserción de un dispositivo de fusión intersomático (código 84.51) no es indicativa de fusión vertebral de 360 grados. Para asignar el código 81.61, fusión vertebral de 360 grados, incisión única, el médico debe documentar que se ha artrodesado tanto la parte anterior como la posterior de la columna y realizado durante la misma sesión operatoria. Como se ha publicado anteriormente en *Coding Clinic*, Cuarto trimestre 2002, página 108 (página 83 de la versión traducida <sup>NT</sup>) “Una fusión espinal de 360 grados es una fusión de las porciones anterior y posterior de la columna realizada durante el mismo acto operatorio. Históricamente este procedimiento era realizado usando tanto un abordaje anterior como uno posterior haciendo una incisión, recuperándose el paciente y realizando una segunda incisión. Avances en la tecnología médica y las técnicas quirúrgicas proporcionan ahora la fusión vertebral anterior y posterior durante el mismo acto operatorio usando una incisión - usualmente por un abordaje lateral transversal”.

## **Estado de diálisis renal**

### **Pregunta:**

Cuando a un paciente de diálisis se practica la diálisis durante un episodio ¿es necesario poner el código V45.1, Estado de diálisis renal, junto al código 39.95, Hemodiálisis? El *Coding Clinic*, Segundo trimestre de 2001, páginas 12-13 lista ambos códigos.

### **Respuesta:**

Los códigos V indican el motivo del ingreso. No son códigos de procedimiento. El código de procedimiento correspondiente debe acompañar al código V para describir el procedimiento realizado. Poner el código V45.1, Estado de diálisis renal proporciona información acerca del mantenimiento del paciente en diálisis, mientras que el código de procedimiento 39.95, Hemodiálisis, especifica que la diálisis se realizó durante el episodio. Véase la Guía Oficial de Codificación para la Clasificación de Factores que Influyen en el Estado de Salud y Contacto con los Servicios de Salud, publicado con anterioridad en *Coding Clinic*, Cuarto trimestre de 2002, páginas 154-167 (páginas 119-128 de la versión traducida <sup>NT</sup>), para una información adicional de los códigos V de “Estado de”.

### **Pregunta:**

El *Coding Clinic*, Segundo trimestre de 2001, páginas 12-13 proporciona el código V45.1, Estado de diálisis renal, como diagnóstico secundario para un paciente con fallo renal crónico en diálisis que es ingresado en el hospital para tratamiento de hipercalcemia. ¿Debería ser codificado con el V56.0, Contacto para diálisis y cuidado de catéter de diálisis, diálisis extracorpórea, en lugar del código V45.1?

### **Respuesta:**

No, el código V56.0 no puede sustituir al código V45.1. Cuando un paciente está en diálisis, debe asignarse el código V45.1, Estado de diálisis renal, como diagnóstico secundario. Cuando un paciente está siendo visto para **únicamente** tratamiento de diálisis, debe codificarse el V56.0, Contacto para diálisis y cuidado de catéter de diálisis, diálisis extracorpórea, como diagnóstico principal por ser motivo del ingreso, y el código V45.1 debe asignarse como diagnóstico secundario si el paciente sigue manteniéndose en diálisis. Debe asignarse también un código secundario de la afección renal.

El código V45.1, Estado de diálisis renal, es un código de estado y cuando se asigna como diagnóstico secundario indica que el paciente está siendo sometido a diálisis. Un código de estado es informativo ya que el estado del paciente puede afectar el curso del tratamiento o el resultado del mismo. El código V45.1 nunca debe ser asignado como motivo de ingreso.

## **Duración de la ventilación mecánica en un hospital de larga estancia**

La Oficina Central ha recibido varias preguntas sobre pacientes con dependencia de ventilador ingresados en hospitales de larga estancia para desconectar de ventilación mecánica, publicado en *Coding Clinic*, Cuarto trimestre de 2003, páginas 103-104 (página 84 de la versión traducida <sup>NT</sup>). El código 96.72, Ventilación mecánica continua durante 96 horas o más, fue omitido inadvertidamente en la respuesta.

La duración de la ventilación mecánica debe ser codificada y se cuenta desde el comienzo del ingreso en el hospital de larga estancia. Esta recomendación se corresponde con la publicada previamente el *Coding Clinic*, segundo trimestre de 1992, páginas 13-14.



---

## Correcciones

El *Coding Clinic*, Cuarto trimestre de 2003, página 73 (página 57 de la versión traducida <sup>NT</sup>) envía a las páginas 28-30 para más información sobre del choque séptico. Es un error de impresión. Las páginas correctas son 79-81 (en la versión traducida este error ya había sido detectado y corregido <sup>NT</sup>).

### Estado CAD post CABG

El *Coding Clinic*, Cuarto trimestre de 2003, página 106 (página 86 de la versión traducida <sup>NT</sup>) indica el código 414.01, Aterosclerosis coronaria, de arteria coronaria nativa, para un paciente con historia de enfermedad coronaria (CAD) tras derivación coronaria mediante injerto (CABG). Sin embargo, el código 414.00, Aterosclerosis coronaria, de lugar no especificado de vaso o injerto, es el código apropiado. De acuerdo con el *Coding Clinic*, Segundo trimestre de 1995, página 17 y Tercer trimestre de 1997, página 15, el código 414.01 es asignado cuando la documentación de la historia clínica no indica que el paciente tiene historia anterior de cirugía de derivación de arteria coronaria o el médico ha documentado la presencia de aterosclerosis de la arteria coronaria nativa.

### Hipercalcemia

En el *Coding Clinic*, Cuarto trimestre de 2003, página 110 (página 89 de la versión traducida <sup>NT</sup>) el código correcto para la hipercalcemia es el 275.42, no el 275.51.

---

## **Noticia**

### **Revisiones de códigos de ICD-9-CM dos veces al año**

La ley de prescripción de medicamentos, mejoramiento y modernización del Medicare de 2003 contiene una disposición del Secretario de añadir nuevos códigos de diagnósticos y procedimientos el 1 de abril de cada año (Pub.Law 108-173, Sec.503). Las revisiones de códigos se producirán dos veces al año el 1 de abril y el 1 de octubre. Antes de esta normativa, los nuevos códigos de diagnósticos y procedimientos de la ICD-9-CM se implantaban una vez al año el 1 de octubre.

Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) planean discutir una propuesta para acompañar este nuevo requerimiento del Congreso en la Noticia de la orden propuesta (NPRM) para el Sistema de pago prospectivo de pacientes ingresados en hospitales. La NPRM se espera publicar en esta primavera. Todas las partes interesadas deberán repasar las propuestas del CMS y enviar los comentarios.

Adicionalmente, los lectores deberían comunicar la información del NPRM a sus proveedores informáticos y pagadores para informarles de los próximos cambios y averiguar sus planes para asegurar la conformidad con la fecha de inicio.