

---

# AHA

## Coding Clinic™

---

*for ICD-9-CM*

---

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

---

**Volumen 20**  
**Número 1**

**Primer Trimestre**  
**2003**

---

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 30 de abril de 2003 (sólo en USA <sup>NT</sup>)

#### **En este número**

In Memoriam: Mary Converse 1923-2003  
Estado de Observación tras Cirugía de día  
Ingreso tras estancia en Unidad de Observación por afección médica  
Pregunte al Editor  
Aclaración

#### **In Memoriam: Mary Converse 1923-2003**

Mary Converse fue la editora fundadora del *Coding Clinic for ICD-9-CM*. Fue graduada en el St. Scholastica College en Duluth, Minnesota, y obtuvo la credencial de bibliotecaria de registros médicos en 1946. Como presidenta de la Asociación Americana de Registros Médicos, Ms. Converse desafió a los socios en procurar la excelencia, y ella misma marcó el estándar durante sus 43 años como bibliotecaria de registros médicos y administradora de la Universidad de Nebraska, la Universidad de Maryland, el Hospital general de Massachussets y la Asociación Americana de Hospitales.

Ms. Converse fue fundadora de la Oficina Central para la ICD9CM de la Asociación Americana de Hospitales en 1962. Bajo su dirección, la AHA publicó el primer ejemplar del *Coding Clinic for ICD9CM* y el *Manual de Codificación de ICD9CM*. Desde entonces, el Coding Clinic ha sido nacional e internacionalmente reconocido como un autorizado recurso para codificadores de ICD9CM. Se retiró de la AHA en 1989.

Este ejemplar de Coding Clinic está dedicado a Ms. Converse por su visión y dedicación a servir las necesidades de los codificadores a lo largo del país.

---

## Estado de Observación tras Cirugía de día

El siguiente consejo sustituye al proporcionado en el *Coding Clinic*, segundo trimestre de 1995, página 13.

Se han recibido numerosas preguntas sobre cómo codificar el motivo del contacto ambulatorio cuando un paciente es dado de alta de cirugía ambulatoria en el hospital y luego es ingresado en la unidad de observación del mismo antes de ser dado de alta a su casa. Los siguientes consejos se centran en cómo codificar el contacto combinado.

Cuando un paciente es visto para cirugía ambulatoria programada en el hospital, el código del motivo de la cirugía es el diagnóstico principal (motivo del contacto). Si el paciente desarrollara complicaciones durante el episodio ambulatorio, incluidos aquellos que surgen durante la estancia en observación, codifique estas complicaciones como códigos secundarios. Continúe informando el motivo de la cirugía como el motivo del episodio global.

### **Pregunta:**

Un paciente es admitido en cirugía ambulatoria para la reparación de una hernia inguinal directa unilateral recurrente y luego desarrolla sangrado postoperatorio. El paciente ingresa en un servicio de observación. ¿Sería apropiado como diagnóstico principal para la observación la afección para la cirugía (hernia) o la complicación (sangrado postoperatorio) causante de la necesidad de observación en cama?

### **Respuesta:**

Asigne el código 550.91, Hernia inguinal, sin mención de obstrucción o gangrena, unilateral o no especificada, recurrente, como diagnóstico principal. El código 998.11, Hemorragia que complica un procedimiento, debe ser asignado para el sangrado postoperatorio como diagnóstico secundario.

### **Pregunta:**

Una mujer de 45 años fue admitida para tratamiento quirúrgico en el mismo día de leiomioma de útero con adherencias. El cirujano realizó una histerectomía vaginal con amplia lisis de adherencias. La paciente fue admitida en el servicio de observación para monitorización continua debido al aumento de dolor. ¿Cuál es la asignación apropiada de códigos?

### **Respuesta:**

Asigne el código 218.9, Leiomioma de útero, no especificado, como diagnóstico principal. El código 614.6, Adherencia peritoneal pélvica, femenina (postoperatoria) (postinfección) y el código apropiado para el dolor por sitio deben ser asignados como diagnósticos secundarios.

**Pregunta:**

Un paciente fue admitida para cirugía ambulatoria por colecistitis crónica con colelitiasis. Se llevó a cabo una colecistectomía laparoscópica. El paciente desarrolló náusea, vómito, y deshidratación tras el procedimiento y fue admitido en el servicio de observación para rehidratación. ¿Cómo debería ser codificado este caso?

**Respuesta:**

Asigne el código 574.10, Cálculo de vesícula biliar con otra colecistitis, sin mención de obstrucción, como diagnóstico principal. El código 276.5, Depleción de volumen, y el código 787.01, Náusea con vómito, deben ser asignados como diagnósticos secundarios.

**Pregunta:**

El paciente se presenta con catarata senil para extracción extracapsular con implante de lente. El paciente también tiene diabetes mellitus tipo II. Tras la cirugía ambulatoria, las lecturas de glucosa estaban elevadas. El médico decide poner el paciente en observación para regular la diabetes descontrolada antes del alta. ¿Cómo debe ser codificado este episodio?

**Respuesta:**

Asigne el código 366.10, Catarata senil, no especificada, como diagnóstico principal. El código 250.02, Diabetes mellitus sin mención de complicación, tipo II [tipo no insulino dependiente] [tipo DMNID] [tipo de aparición adulta], o tipo inespecífico, descontrolada, debe ser asignado como diagnóstico secundario.

**Pregunta:**

La paciente se presenta en el servicio de urgencias con sangrado vaginal secundario a aborto espontáneo. Fue sometida a dilatación y legrado por aspiración. Sin embargo, la paciente continuaba sangrando profusamente en el postoperatorio y fue admitida en observación para vigilancia. ¿Cuáles son los códigos apropiados?

**Respuesta:**

Asigne el código 634.11, Aborto espontáneo, complicado por hemorragia retardada o excesiva, para este contacto.

**Pregunta:**

El paciente se presenta para resección de próstata transuretral con cirugía ambulatoria para tratamiento de hipertrofia benigna de próstata. Tras la intervención, el paciente fue incapaz de orinar. A consecuencia de ello, fue llevado a observación para monitorizar entradas y pérdidas. ¿Cómo debe ser codificado este contacto?

**Respuesta:**

Asigne el código 600.0, Hipertrofia (benigna) de próstata como diagnóstico principal. El código 788.20, Retención de orina, inespecífica, debe ser asignado como diagnóstico secundario.

**Pregunta:**

El paciente acude para cateterización cardíaca diagnóstica, ventriculograma izquierdo y angiografía coronaria secundario a dolor torácico de esfuerzo. La cateterización cardíaca izquierda demostró las arterias coronarias normales. Antes del alta, el paciente desarrolló un pseudoaneurisma con hematoma de la arteria femoral derecha que requirió observación ambulatoria. ¿Cómo debe ser codificado?

**Respuesta:**

Asigne el código 786.50, Dolor torácico, inespecífico, como diagnóstico principal. Los códigos 998.12, Hematoma que complica procedimiento, y 997.2, Complicación vascular periférica, deben ser asignados como diagnósticos secundarios.

**Pregunta:**

El paciente fue sometido a cirugía ambulatoria: descompresión de la columna lumbar secundaria a hernia discal. Postoperatoriamente, el paciente sufrió un ataque y fue remitido al servicio de observación ambulatoria. ¿Cómo debe ser codificado?

**Respuesta:**

Asigne el código 722.10, Desplazamiento de disco torácico intervertebral torácico o lumbar sin mielopatía, Disco intervertebral lumbar sin mielopatía, como diagnóstico principal. El código 780.39, Otras convulsiones, debe ser asignado como diagnóstico secundario.

**Pregunta:**

El paciente se presenta en el servicio de urgencias con amputación traumática del pulgar y contusiones múltiples sufridas por un conductor ebrio en un accidente de automóvil. Fue sometido a desbridamiento escisional del pulgar e ingresado en a

**Respuesta:**

Asigne el código 885.0, Amputación traumática de pulgar (completa)(parcial) no complicada, como diagnóstico principal. Codifique 924.8, Contusión de miembro inferior y otros lugares no especificados, múltiple, no clasificado en otro concepto, y el código E819.0, Accidente de tráfico con vehículo de motor no especificado, Conductor de vehículo distinto a motocicleta, como diagnósticos secundarios.

**Pregunta:**

Un paciente fue admitido en cirugía de día para biopsia de una masa en el cuello. Seguido al procedimiento, el paciente desarrolló una fibrilación auricular. El mismo fue remitido al servicio de observación ambulatoria para vigilancia continuada y tratamiento de la fibrilación. ¿Cuál es la asignación adecuada de códigos para este episodio, teniendo en cuenta que si no hubiera desarrollado la fibrilación auricular habría sido dado de alta desde cirugía de día? ¿Podría ser diagnóstico principal la causa de la cirugía o la causa de la estancia en observación?

**Respuesta:**

Asigne el código 784.2, Bulto, masa o hinchazón en cabeza o cuello, como diagnóstico principal. El código 427.31, Fibrilación auricular, debe ser asignado como diagnóstico secundario.

**Pregunta:**

El paciente fue operado en cirugía de día para tratamiento de hemorroides internas y externas sangrantes. A causa de la extensión de las mismas y el severo dolor postoperatorio, al paciente se le colocó una bomba PCA y admitido en el servicio de observación ambulatoria para control del dolor durante la noche. ¿Cuál es el diagnóstico principal?

**Respuesta:**

Asigne el código 455.5, Hemorroides externas con otra complicación, como diagnóstico principal. El código 455.2, Hemorroides internas con otra complicación, y el código 569.42, Dolor anal o rectal, deben ser asignados como secundarios.

---

## **Hospitalización tras estancia en la Unidad de Observación por afección médica**

Cuando un paciente es admitido en una unidad de observación por una afección médica, de la cual empeora o no mejora, y por tanto es ingresado en el mismo hospital por la misma afección médica, el diagnóstico principal debe ser la afección médica que ha conducido a la admisión hospitalaria.

### **Pregunta:**

Un paciente está siendo visto en urgencias por agudización de su fallo cardíaco congestivo sistólico crónico. Es admitido en la unidad de observación para cuidado y vigilancia continua. La afección no mejora y se toma la decisión de ingresarlo en el hospital para cuidado continuo. ¿Cuál es el diagnóstico principal?

### **Respuesta:**

Asigne el código 428.23, Fallo cardíaco sistólico, crónico agudizado, como diagnóstico principal. El código 428.0, Fallo cardíaco congestivo, inespecífico, debe ser asignado como diagnóstico secundario.

### **Pregunta:**

Un paciente es enviado de la consulta a la unidad de observación para tratamiento de exacerbación aguda de asma. La afección empeora y es ingresado en el hospital. ¿Cuál es el diagnóstico principal?

### **Respuesta:**

Asigne el código 493.92, Asma, inespecífico, con exacerbación aguda, como diagnóstico principal

---

## Pregunte al Editor

### Pregunta:

Este paciente fue dado de alta desde nuestro servicio con una sonda de alimentación tras una hospitalización prolongada. Sin embargo, la sonda de alimentación no parece estar infundiéndose apropiadamente y los múltiples intentos de la madre del paciente por desatacar la sonda fueron infructuosos. Se notó también que el paciente comenzaba a experimentar temblores y tiritona. Se comprobó el azúcar en sangre y resultó ser de 40. Fue reingresado en el hospital para tratamiento del atasco del tubo de gastroeyunostomía y la hipoglucemia. El tubo fue purgado y reposicionado. Sin embargo surgieron dificultades después que la infusión fue restablecida y se apreció un bucle en el tubo y eritema en la piel. El tubo de gastroeyunostomía fue retirado y reemplazado con un tubo de yeyunostomía. ¿Cuál es la asignación apropiada de códigos para este ingreso?

### Respuesta:

Asigne el código 569.62, Complicación mecánica de colostomía y enterostomía, para la malposición del catéter de gastroeyunostomía. El código 251.1, Otra hipoglucemia especificada, debe ser asignada para la hipoglucemia relacionada con la falta de infusión del tubo y el código V55.4, Otra apertura artificial del tracto digestivo, para la infusión y reposición del catéter. El código 97.03, Sustitución de tubo de enterostomía de intestino delgado es asignado para el cambio de tubo de gastroeyunostomía.

### Pregunta:

Solicito una aclaración en la codificación de las infecciones por citomegalovirus (CMV) tras trasplante de órgano. Los ejemplares anteriores de *Coding Clinic* aconsejan asignar un código de la categoría 996.8, complicación de órgano trasplantado, con el código 078.5, enfermedad por citomegalovirus. Sin embargo *Coding Clinic* no ha abordado la infección por CMV en una paciente trasplantado cuando el mismo órgano no está directamente relacionada. Por ejemplo, un paciente con estado de trasplante de riñón y páncreas con historia de colitis ulcerosa es ingresado por diarrea y dolor abdominal. La colonoscopia y las biopsias mostraron colitis por citomegalovirus y colitis ulcerosa. El paciente fue tratado de ambas afecciones. En este caso, el citomegalovirus afecta sólo al colon, no al riñón o al páncreas trasplantado. ¿Debería ser codificado como complicación de órgano trasplantado?

**Respuesta:**

Asigne el código 078.5, Infección por citomegalovirus, para identificar que el citomegalovirus es la causa de la colitis. Los códigos 008.69, Otra enteritis por virus, 556.9, Colitis ulcerosa, inespecífica y V42.0, Organos o tejidos sustituidos por trasplante, Páncreas, deben asignarse como diagnósticos secundarios. El citomegalovirus no afecta el riñón y páncreas trasplantado y puede ocurrir en lugares distintos a los órganos trasplantados. Sin embargo un código de complicación de trasplante no sería apropiado y las normas publicadas previamente en el *Coding Clinic* del primer trimestre de 1993, página 24, no serían de aplicación. Esta norma actual es coherente con la información publicada previamente en *Coding Clinic*, tercer trimestre de 1998, página 3. Asigne el código 45.25, Biopsia cerrada [endoscópica] de intestino grueso, para el procedimiento realizado.

**Pregunta:**

Muchos pacientes tienen prescrito tratamiento de larga duración con aspirina en lugar de Coumadin (Warfarina sódica <sup>NT</sup>) después de sufrir un ictus o infarto de miocardio. ¿Puede ser esta terapia profiláctica con aspirina ser clasificada con el código V58.61, Uso (actual) durante largo tiempo de anticoagulantes?

**Respuesta:**

Asigne el código V58.69, Uso (actual) durante largo tiempo de otro medicamento, para indicar el uso prolongado de aspirina prescrito por un médico para tratamiento de una afección o como uso profiláctico. Dado que la aspirina no es un “anticoagulante” no sería apropiado asignar el código V58.61, Uso (actual) durante largo tiempo de anticoagulantes, para el uso profiláctico de la aspirina.

La aspirina es un agente antiinflamatorio que tiene efectos analgésicos y antipiréticos. Puede ser usado en terapia antiplaquetaria para reducir el riesgo de ataques isquémicos transitorios recurrentes o accidente cerebrovascular. Sin embargo, no es un “anticoagulante”.

**Pregunta:**

Un niño de siete semanas de edad con historia de cuatro semanas de hematoquecia, diarrea de repetición y fallo en la ganancia ponderal, fue admitido para provocación de hipersensibilidad a proteína de leche. Se realizó una proctosigmoidoscopia con biopsia. Los hallazgos fueron compatibles con gastroenteritis secundaria a alergia a proteína de leche. ¿Cómo debe ser codificado?

**Respuesta:**

Asigne el código 558.3, Gastroenteritis y colitis alérgica, como diagnóstico principal para la colitis alérgica. El código 783.41, Fallo de crecimiento, y el código V15.02, Alergia a productos lácteos, deben ser asignados como diagnósticos secundarios. Asigne el código 48.24, Biopsia cerrada [endoscópica] de recto, para el procedimiento realizado. El niño experimentó una reacción alérgica a la leche, no una intolerancia a la misma. Por tanto, el código 597.8, Otra malabsorción intestinal especificada, no es apropiada.



**Pregunta:**

¿Cuál es el código correcto para la angina acelerada? Fuentes médicas nos cuentan que acelerada es sinónimo de angina inestable. Dado que el término “acelerada” no está incluido en el índice de la ICD-9-CM debería codificar por defecto 413.9, Otra angina y no especificada, o debería ser asignado el código 411.1, Síndrome coronario intermedio, basado en la definición del término médico?

**Respuesta:**

Asigne el código 411.1, Síndrome coronario intermedio, para la angina acelerada.

**Pregunta:**

¿Cuál es código diagnóstico para la estrangulación por pelo del dedo del pie derecho con infección secundaria? El pelo fue retirado y el paciente fue tratado con antibióticos IV.

**Respuesta:**

Asigne el código 917.9, Otra lesión superficial y no especificada de pie y dedos, infectada, para el torniquete por pelo del pie con infección. Cuando no está presente la infección, asigne el código 917.8, Otra lesión superficial y no especificada de pie y dedos, sin mención de infección. El uso del término “estrangulación por pelo” en este sentido no implica un corte en el suministro de sangre.

El síndrome del torniquete por pelo es relativamente frecuente encontrarlo en niños. El niño normalmente presenta llanto excesivo y enrojecimiento de la extremidad. Se considera una emergencia ya que la no retirada del torniquete puede dar lugar a una infección grave o en algunos casos amputación del miembro afectado.



Síndrome del torniquete por pelo <sup>NT</sup>

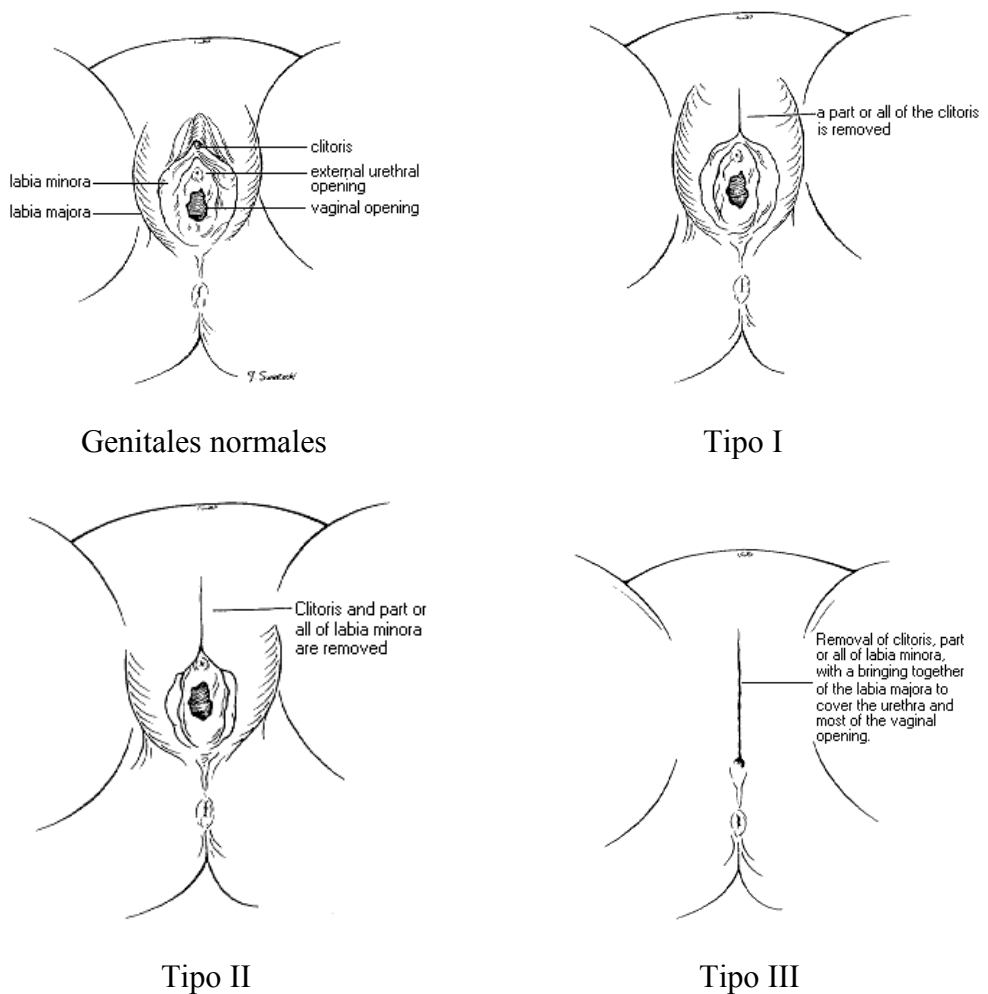
### Pregunta:

Una paciente se presenta para una reversión de una circuncisión femenina de tipo III. ¿Cuáles son los códigos de diagnóstico y procedimiento correctos?

### Respuesta:

Asigne 624.8, Otro trastorno no inflamatorio especificado de vulva y perineo, y V45.77, Ausencia adquirida de órgano, Organos genital, para el tipo III de circuncisión femenina. Asigne el código 71.9, Otra operación de órgano genital femenino, para el procedimiento realizado.

La circuncisión femenina, mejor descrita como mutilación genital femenina (MGF), ha sido denominada como las “tres penas femeninas”. Hay tres tipos de MGF, que incluyen lesión o extirpación del clítoris y/o el tejido nervioso de los labios, por tanto dañando los órganos sexuales femeninos. El tipo I es denominado clitoridectomía, en la cual parte o el clítoris entero es cortado y extirpado. El tipo II es la escisión en la cual tanto clítoris como labios menores son extirpados. El tipo III, infibulación, es la forma más grave de MGF, que incluye extirpación de clítoris, labios menores y sección de los labios mayores, los cuales son cosidos juntos hasta que la piel cubre la uretra y la mayor parte de la apertura vaginal. Un pequeño orificio permite salir la orina y la sangre menstrual.



Tipos de mutilación genital femenina<sup>NT</sup>

**Pregunta:**

¿Cuál es el código de diagnóstico correcto para una paciente embarazada que tiene un estado de circuncisión femenina?

**Respuesta:**

Asigne el código 654.8X, Anormalidad congénita o adquirida de vulva, para la paciente embarazada que ha tenido una circuncisión femenina. El código V45.77, Ausencia adquirida de órgano, Órgano genital, debe ser asignado como diagnóstico secundario.

**Pregunta:**

Estamos preocupados de que los códigos de la serie 46.8, Dilatación y manipulación de intestino, está siendo informado inapropiadamente. Cuando un médico documenta en la descripción del procedimiento que “hace funcionar el intestino” durante la lisis de adherencias para el tratamiento de una obstrucción de intestino delgado, los codificadores tenían la instrucción de asignar un código de la categoría 46.8, Dilatación y manipulación de intestino. ¿Es inapropiado o debería ser inherente al procedimiento quirúrgico el “hacer funcionar u ordeñar el intestino”?

**Respuesta:**

Asigne sólo el código 54.59, Lisis de adherencias peritoneales, Otra, para el procedimiento realizado. Sería inadecuado asignar un código de la categoría 46.8, Dilatación y manipulación de intestino, como procedimiento adicional. Hacer funcionar u ordeñar el intestino es parte integral de la lisis de adherencias.

**Pregunta:**

Un paciente es admitido en fallo respiratorio por *Pneumocystis carinii*, debido a SIDA. ¿Qué normas deben ser usadas para el diagnóstico principal en este caso: las normas para el fallo respiratorio, o las normas para el VIH/SIDA?

**Respuesta:**

Asigne el código 042, Infección por virus de la inmunodeficiencia adquirida [VIH], como diagnóstico principal. El capítulo específico de las normas de codificación del VIH tiene preferencia sobre las reglas generales de codificación. Asigne los códigos 518.81, Fallo respiratorio agudo, y 136.3, Pneumocistosis, como diagnósticos secundarios.

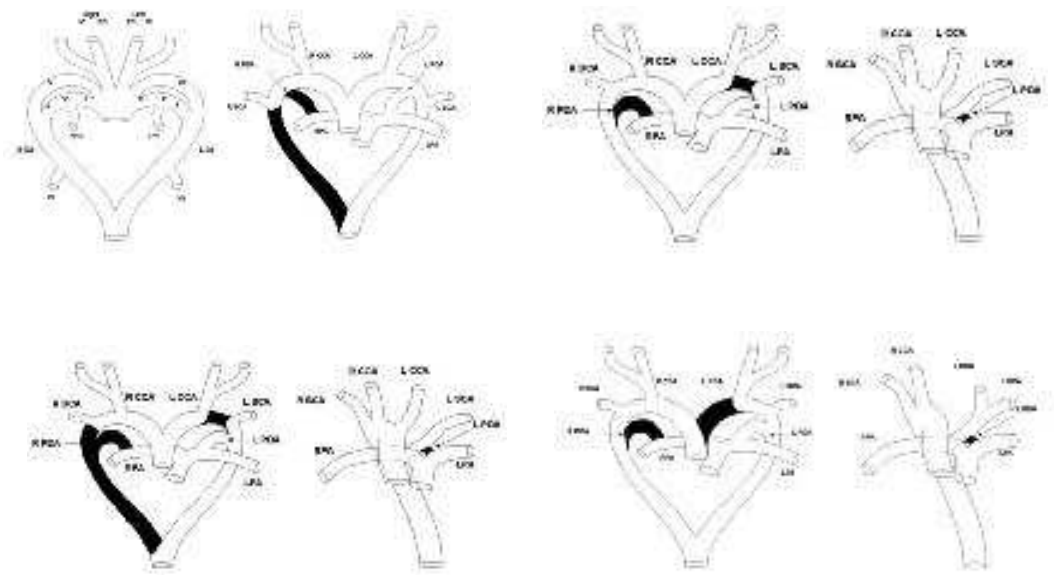
**Pregunta:**

El paciente es un niño de 14 meses de edad que ha tenido episodios de disfagia, períodos de cianosis y estertores con agitación. El protocolo diagnóstico mostró un arco aórtico derecho con la aorta descendente en el lado derecho sospechoso de ligamento arterioso con anillo vascular que oprime el esófago y la tráquea. El cirujano llevó a cabo una toracotomía y una división del anillo vascular. ¿Cómo debe ser codificado?

## Respuesta:

Asigne el código 747.21, Anomalías del arco aórtico, como diagnóstico principal para el anillo vascular. Este código incluye la compresión de la tráquea y el esófago. El código 38.85, Otra oclusión quirúrgica de vaso, vaso torácico, debe ser asignado para el procedimiento realizado.

Una anomalía vascular en anillo comprime el esófago. Existen varios tipos de anillos vasculares en los que el arco aórtico está situado a la derecha. A pesar de que los detalles anatómicos difieren en de las distintas formas, comparten las características de todos los anillos vasculares, a saber, tráquea y esófago rodeados por segmentos interconectados del arco aórtico y sus ramas. El vaso que pasa sobre el esófago lo apresa entre el arco aórtico y otras estructuras, comprimiéndolo.



Tipos de anomalías del arco aórtico <sup>NT</sup>



Compresión esofágica por anomalía del arco aórtico <sup>NT</sup>

Generalmente, los anillos vasculares pueden ser tratados quirúrgicamente. El principio fundamental del tratamiento quirúrgico es la división del anillo vascular con objeto de liberar la compresión de la tráquea y el esófago. Esto se lleva a cabo dividiendo el ligamento del ductus arterioso por toracotomía izquierda. Se hace una disección por debajo de la tráquea y del esófago para asegurar que no quedan bandas fibrosas que puedan comprimirlos. En pacientes con una arteria subclavia aberrante donde preocupa una compresión posterior residual de tráquea/esófago se realiza una arteriopexia suturando el divertículo retroesofágico (\*) a la fascia prevertebral. La división del anillo aórtico por toracoscopia video-asistida se ha realizado en varios centros médicos.

(\*) (en la página 16 de este ejemplar de *Coding Clinic* hay una errata con duplicación y posible supresión de varios párrafos que pueden dar lugar a interpretaciones incorrectas. Esto se podrá aclarar cuando en el próximo número se presente una nota de corrección <sup>NT</sup>)

### **Pregunta:**

El paciente es un hombre de 54 años de edad que tuvo una oclusión de la arteria femoral derecha que necesitó una endarterectomía femoral y bypass femoropoplíteo hace un año. El dolor en la pierna volvió a aparecer y el protocolo diagnóstico reveló un fallo en el injerto con oclusión de la arteria iliaca por encima del antiguo bypass con recanalización poplítea. El paciente fue sometido a bypass ileofemoral sin incidencias. ¿Puede ser codificado como revisión vascular o como un nuevo bypass, dado que la iliaca está ahora también incluida?

### **Respuesta:**

Asigne el código 996.74, Otra complicación de dispositivo protésico interno, implante o injerto (biológico)(sintético), debido a otro dispositivo vascular, implante o injerto, para el fallo del bypass femoropoplíteo como diagnóstico principal. El código 444.81, Embolismo y trombosis arterial, de otra arteria especificada, arteria iliaca, debe ser asignado para la obstrucción ilíaca. Asigne el código 39.25, Bypass aorto-ilíaco-femoral, para el procedimiento realizado. No debería ser considerado una revisión del bypass femoropoplíteo previo ya que una arteria completamente diferente ha sido puenteada, la arteria iliaca. Es un nuevo bypass.

### **Pregunta:**

Un paciente de 68 años de edad está en revisión de su doble injerto femoropoplíteo. El injerto se coaguló a pesar de las medidas preventivas y el paciente volvió al quirófano. El cirujano realizó una trombectomía de ambas arterias y venas tibiales anteriores, bypass de la arteria tibial anterior distal con injerto de vena anastomosada terminolateral al injerto PTFE y arteriografía. ¿Debería ser codificado como injerto de bypass o como revisión de un procedimiento vascular?

**Respuesta:**

Asigne el código 996.74, Otra complicación de dispositivo protésico, implante o injerto interno (biológico)(sintético), debido a otro dispositivo vascular, implante o injerto, para la coagulación del injerto femoropoplíteo. El código 444.22, Embolismo y trombosis arterial, arterias de extremidades, extremidad inferior, debe ser asignado para la oclusión de la arteria tibial anterior. Para los procedimientos, asigne el código 39.29, Otra derivación o bypass vascular, otra (periférica), para el bypass de la tibial, el 38.08, Incisión de vaso, arteria de miembro inferior, para la trombectomía de la arteria tibial, el código 38.09, Incisión de vaso, vena de miembro inferior, para la trombectomía de la vena tibial, y el código 88.48, Arteriografía de arteria femoral y otras del miembro inferior. El bypass tibial es un nuevo bypass y no debe ser codificado como revisión ya que se llevó a cabo un bypass en un vaso completamente diferente. La anastomosis terminolateral del PTFE no debe ser codificada separadamente ya que es una parte integrante de la cirugía.

**Pregunta:**

Un hombre joven con historia conocida de enfermedad de Crohn fue sometido a reparación de estenosis y resección ileocecal. Se presenta con náusea recurrente y vómito. Tras una colonoscopia, se encontró que tenía una gran masa inflamada en el colon ascendente. El paciente fue llevado a quirófano donde el cirujano realizó una incisión en la región ileocólica y creó una nueva anastomosis ileocólica. Tanto segmentos del intestino grueso como de delgado fueron resecados y anastomosados. ¿Podría la estenosis de la anastomosis ileocólica ser considerada una complicación postquirúrgica o una mayor progresión de la enfermedad de Crohn?. ¿Cuál es la asignación correcta de códigos para la creación de una nueva anastomosis ileocólica?

**Respuesta:**

Asigne el código 555.2, Enteritis regional, intestino delgado y grueso, para la enfermedad de Crohn como diagnóstico principal. El médico afirmó que la estenosis de la anastomosis ileocecal fue secundaria a la enfermedad de Crohn. Dado que el médico no ha especificado la estenosis como complicación postoperatoria, no es apropiado asignar el código 997.4, complicación del aparato digestivo

Asigne el código 45.79, Otra escisión parcial de intestino grueso, el código 45.62, Otra escisión parcial de intestino delgado y el código 45.93, Otra anastomosis de intestino delgado a grueso para los procedimientos realizados.

**Pregunta:**

Una paciente fue ingresada por encontrarse acalorada hasta el punto de desmayarse. Había vomitado cinco veces en 24 horas. Cuando fue hospitalizada dos meses antes, la paciente tenía hipertensión, hipopotasemia, hipercalcemia y déficit de vitamina D. El nivel actual de calcio es de 15.6. Al preguntarle, la paciente cuenta una ingesta alta de calcio, que consiste en seis Tums (\*) al día, cuatro vasos de leche y ocasionalmente requesón y helado. Se pensó que su hipercalcemia era debida a síndrome lácteo alcalino. ¿Cómo debe ser codificada esta afección? El síndrome lácteo alcalino está indexado en el código 999.9, Otra complicación y no especificada de cuidado médico, no clasificada en otra parte. ¿Es apropiado este código en este caso?

**Respuesta:**

Asigne el código 973.0, Envenenamiento por agente que afectan primariamente al aparato digestivo, medicamentos antiácidos y antiseoretos gástricos, Los medicamentos autoadministrados sin control médico son codificados como envenenamientos. No debería ser considerado una complicación de cuidado médico. La entrada del síndrome lácteo alcalino en el índice alfabético lleva al 999.9, Otra complicación y no especificada de cuidado médico, no clasificada en otra parte. El síndrome fue reconocido originariamente en los años 1920 durante la administración del régimen de SIPI, que consistía en leche y bicarbonato para el tratamiento de la enfermedad ulcerosa péptica. Ha llegado a ser menos frecuente ya que el uso de tratamientos no antiácidos para la dispepsia, úlcera gástrica y enfermedad ulcerosa péptica ha sustituido la mayor parte del uso excesivo de antiácidos. Sin embargo, con la promoción del carbonato de calcio para la dispepsia y como suplemento de calcio, está ocurriendo un resurgimiento de este síndrome en los últimos años. A pesar de que la afección no es mortal, puede ocurrir una disfunción renal como resultado de este síndrome.

(\*) Tums ® es un producto de Glaxo-Smith-Kline ® a base de carbonato de calcio que se administra en tabletas o en bebida y usado como complemento nutritivo <sup>NT</sup>

**Pregunta:**

¿Cuál es el código de procedimiento adecuado para el dispositivo de asistencia AMED Paraflow?. Este dispositivo está siendo utilizado durante la cirugía de bypass a corazón abierto sin bomba extracorpórea (mínimamente invasiva). Se inserta una pequeña bomba para asistir al corazón durante el procedimiento.

**Respuesta:**

No asigne un código separado para el sistema AMED Paraflow ya que es una parte integrante de la cirugía de bypass coronario.



Sistema A-Med Paraflow ® NT

**Pregunta:**

¿Cuál es el código adecuado del fallo renal cónico (FRC) debido a nefropatía diabética cuando el paciente también tiene un diagnóstico de hipertensión?

**Respuesta:**

Asigne el código 250.40, Diabetes con manifestación renal, tipo II [tipo no insulino dependiente] [tipo DMNID] [tipo comienzo adulto] o tipo no especificado, no informado como incontrolado, y el código 403.91, Enfermedad renal hipertensiva, con fallo renal, para la nefropatía diabética con fallo renal crónico e hipertensión. La diabetes mellitus es una de las muchas categorías de enfermedad de la CIE-9-MC donde un código clasifica a la vez enfermedad y sus manifestaciones. Deben asignarse códigos secundarios para describir mejor las manifestaciones. Los siguientes diagnósticos: fallo renal diabético, uremia diabética, glomerulosclerosis intercapilar diabética y fallo renal crónico, nefropatía diabética con fallo renal crónico o nefrosis diabética con fallo renal crónico proporcionan una causa relación-efecto que requiere que los códigos 250.4X, Diabetes con manifestación renal, sean secuenciados primero. Para más información remítase al *Coding Clinic*, septiembre-octubre de 1984, páginas 3-4.

La CIE-9-MC asume una causa-efecto y clasifica el fallo renal crónico con hipertensión como enfermedad renal hipertensiva. En la categoría 403 la nota dice “cualquier afección clasificada bajo 585, 586, 587 con cualquier afección clasificable bajo 401”. Esta nota indica que la conexión es tan importante que cuando ambas afecciones están presentes (hipertensión y fallo renal crónico o inespecífico) debe ser codificado como enfermedad renal hipertensiva. Por tanto, si el médico no ha indicado “Fallo renal crónico no debido a hipertensión”, debe ser asignado el código 403.91, Enfermedad renal hipertensiva, inespecífica, con fallo renal.



---

## **Aclaración**

Hay algunas cuestiones con respecto a la pregunta del Coding Clinic, tercer trimestre de 2002, página 21, (página 14 en la versión traducida <sup>NT</sup>) sobre fallo renal agudo debido a deshidratación, cuando el único tratamiento es hidratación IV y BUN (nitrógeno ureico en sangre <sup>NT</sup>) y la creatinina se vuelven normales. La respuesta contiene una frase final “El hecho de que la función renal no fuera investigada o estudiada no afecta la asignación del código”. Esto ha originado confusión, en el sentido de que la función renal de hecho podría ser evaluada basándose en la observación detallada de entrada y salida de líquido, además del BUN y la creatinina. La observación de líquidos requiere recursos de enfermería. Aunque el único tratamiento para el fallo renal agudo es la hidratación IV, no se han hecho procedimientos para visualizar o evaluar el riñón y no se precisa tratamiento con diálisis, es todavía adecuado asignar el código de fallo renal agudo como diagnóstico principal. En la mayoría de los casos, cuando no se requiere diálisis, la rehidratación corrige el fallo renal agudo. Esto debería ser consecuente aunque el fallo renal agudo fuera debido a deshidratación o a otra afección.