

AHA Coding Clinic™

for ICD-9-CM

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

**Volumen 26
Número 3**

**Tercer Trimestre
2009**

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 15 de septiembre de 2009 (sólo en USA^{NT})

En este número

Pregunte al editor
Aclaración
Noticia

Pregunte al Editor

Pregunta:

El paciente tenía una oclusión de la arteria ilíaca con claudicación limitante en su pierna derecha. Fue sometido a intervención de la oclusión de la arteria ilíaca derecha. El médico anota en la hoja operatoria: “Se realizó predilatación de la iliaca externa derecha. La angiografía posterior reveló una disección local. Se utilizó una endoprótesis. La posdilatación se realizó con el mismo balón a alta presión. La angiografía posterior no reveló estenosis residuales y mostró un buen flujo. El paciente toleró bien el procedimiento sin ninguna complicación. Angioplastia y endoprótesis satisfactorias de la ilíaca externa derecha”. ¿Qué código, si es que hay que ponerlo, debe asignarse para la disección de la arteria ilíaca?

Respuesta:

No asigne un código para la disección. En este caso, el médico no ha indicado ni la significación clínica de la disección ni si ha sido una complicación para el paciente. Una angioplastia implica una disección planificada intencionalmente en la arteria. La disección no debería informarse como complicación a no ser que el médico indique si significación clínica. Cuando la disección se extiende más de lo previsto, llevando a una oclusión, o es responsable de procedimientos adicionales y/o otras complicaciones, existe una significación clínica y en tales casos debería codificarse e informarse.

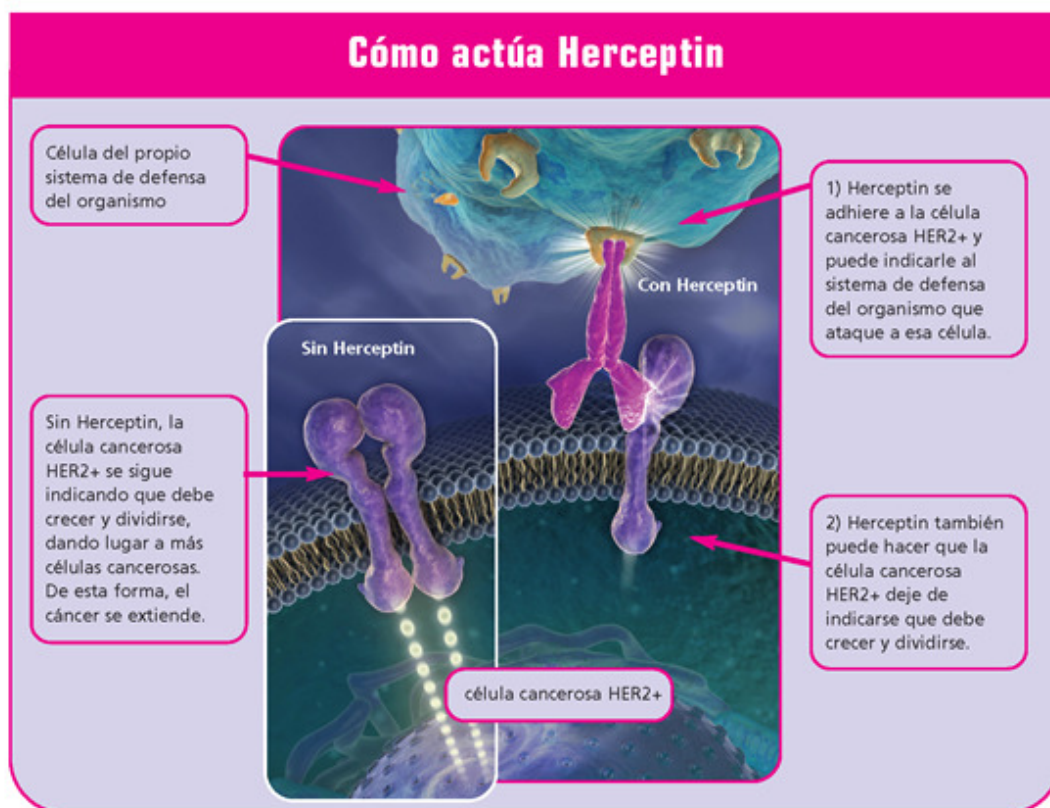
Pregunta:

Una paciente tuvo una neoplasia maligna de mama extirpada tres años antes y tenía completada la radioterapia y la quimioterapia. Actualmente no hay evidencia de enfermedad residual en el examen., imágenes radiológicas o histológicas. Sin embargo la paciente está recibiendo tratamiento consolidante para el cáncer de mama con Herceptin (Trastuzumab ^{NT}) durante 5 años. ¿Cómo debe codificarse el mantenimiento con Herceptin?

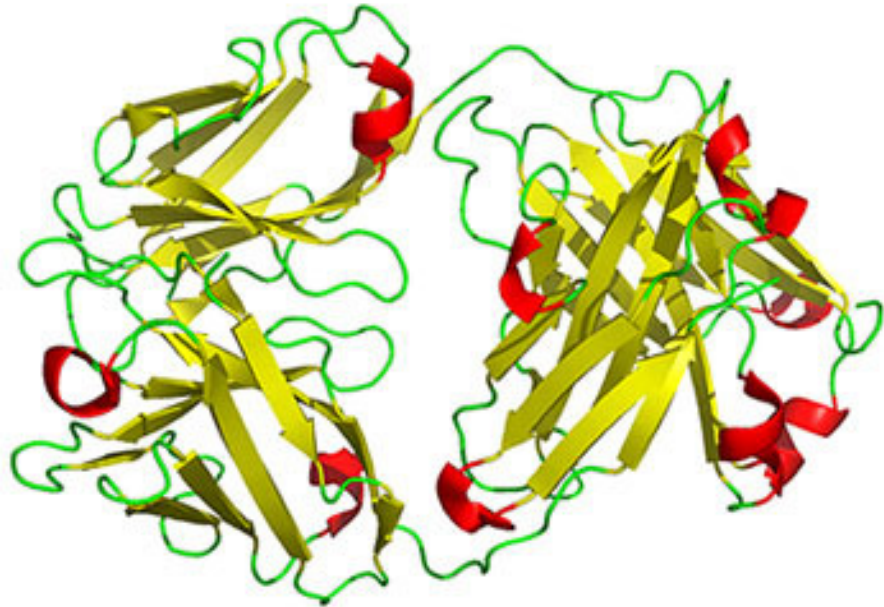
Respuesta:

Asigne el código 174.9, Neoplasia maligna de mama femenina, no especificada, como diagnóstico principal, ya que el Herceptin se considera tratamiento del cáncer. Asigne el código V58.69, Uso (actual) de otra medicación de larga duración, para el mantenimiento con Herceptin.

La terapia con Herceptin no es una quimioterapia antineoplásica, sino un tratamiento adyuvante para el tratamiento del cáncer de mama en mujeres HER2 positivas (con células cancerosas con sobreexpresión del factor Receptor 2 de crecimiento Epidérmico Humano). El Herceptin es un tipo de terapia dirigida al cáncer también denominada anticuerpo monoclonal. Los anticuerpos monoclonales son producidos en laboratorio reproduciendo una línea de células híbridas, que son diseñadas para producir una proteína anticuerpo específica. Los anticuerpos atacan a las células cancerosas e indican al sistema inmune del organismo destruir las en un ataque dirigido. El medicamento es administrado semanalmente durante un período extenso mediante una infusión intravenosa o una vía central. El Herceptin se usa para disminuir el riesgo de recurrencia, parar el crecimiento celular y evitar que las células cancerosas sigan creciendo.



Mecanismo de actuación de Herceptin ^{NT}



Estructura molecular del Herceptin ^{NT}

Pregunta:

¿Cuál es el código adecuado para la leucemia linfocítica granular de células T grandes?

Respuesta:

Asigne el código 204.8x, Otra leucemia linfoide para la leucemia linfocítica granular de células T grandes

Pregunta:

¿Cuál es la asignación de código correcta para el linfoma no Hodgkin de células grandes folicular de mama?

Respuesta:

Asigne el código 202.04, Otra neoplasia maligna de tejido linfoide e histiocítico, ganglios linfáticos de axila y miembro superior, para el linfoma no Hodgkin de células grandes folicular de mama

Pregunta:

Este paciente fue ingresado y diagnosticado de enfermedad arterial coronaria y fu sometido a derivación arterial coronaria mediante injerto. En el postoperatorio se observó que el paciente tenía hiperglucemia por lo que fue consultado el servicio de endocrinología. El médico anotó un diagnóstico de hiperglucemia postoperatoria. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código 790.29, Otra glucemia anormal, para la hiperglucemia postoperatoria. A cualquier hiperglucemia de esfuerzo, tal como la hiperglucemia postoperatoria, debe asignarse el código 790.29. Es importante anotar que no todas las afecciones que ocurren durante o tras una intervención quirúrgica son clasificadas como complicaciones. Primero, la afección u ocurrencia debe ser más frecuente de lo esperado rutinariamente. En segundo lugar, debe tener una relación causa-efecto entre los cuidados que se proporcionan y la afección que se presenta, y una indicación en la documentación de que es una complicación. El codificador no puede determinar si algo que ocurre durante la intervención es una complicación o un resultado esperado. Solo un médico puede diagnosticar una afección y el éste debe documenta explícitamente si la afección es una complicación. Si no está claramente documentado, el codificador debe preguntar al médico.

Pregunta:

La paciente es una mujer de 56 años que es ingresada para una histerectomía total abdominal y salpingooforectomía bilateral laparoscopia asistida por robot debida a riesgo familiar de cáncer de ovario. Posteriormente se encuentra una neoplasia en el útero. El Coding Clinic, Cuarto trimestre de 1994, páginas 44-45 aborda la extirpación profiláctica de órgano. Sin embargo no aborda la codificación si se encuentra una neoplasia. ¿Debería ser asignada la neoplasia como diagnóstico principal?, o ¿debería asignarse un código de la categoría V50.4?

Respuesta:

Asigne el código V50.42, Extirpación profiláctica de órgano, Ovario, como diagnóstico principal, ya que éste fue el motivo del ingreso. Deben asignarse los códigos 182.0, Neoplasia maligna de cuerpo de útero, excepto istmo, V50.49, Extirpación profiláctica de órgano, Otro, y V16.41, Historia familiar de neoplasia maligna, Ovario, como diagnósticos secundarios. Para los procedimientos, asigne los códigos 68.41, Histerectomía total laparoscópica, 65.63, Resección laparoscópica de ambos ovarios y trompas en la misma intervención, y 17.42, Procedimiento laparoscópico asistido por robot.

Pregunta:

Nuestro médico documentó “malnutrición” en el juicio clínico del informe de alta. Fue preguntado para una mayor especificación del tipo de malnutrición. Su respuesta fue “malnutrición proteica moderada”. ¿Sería adecuado asignar códigos tanto para la malnutrición moderada (263.0) y malnutrición proteica (260) para indicar ambos tipos?

Respuesta:

Asigne sólo el código 263.0, Malnutrición de grado moderado. Esta categoría incluye la malnutrición proteico-calórica. El código 260, Kwashiorkor, no es correcto ya que el médico no documenta específicamente esta afección. El síndrome Kwashiorkor es una afección que es causada por una deficiencia grave de proteína que normalmente se ve en algunas áreas subdesarrolladas de Africa y América Central. Sin embargo es extremadamente raro en Estados Unidos.

El Centro Nacional para estadísticas de la Salud (NCHS) está considerando una propuesta para revisar las entradas del índice sobre malnutrición moderada y grave para proporcionar una dirección más clara al codificador.

Pregunta:

¿Es correcto codificar diagnósticos registrados como “evidencia de atrofia cerebral” y “parece tener fractura nasal”, cuando se documenta en un informe de radiología ambulatoria?

Respuesta:

La frase “parece tener”, en el juicio diagnóstico cumple la definición de afección probable o sospechada y no debe ser codificada en servicios **ambulatorios**. La *Guía Oficial para Codificación e Información*, sección IV.I. indica “No codifique los diagnósticos documentados como “probable”, “sospechado”, “cuestionable”, “a descartar” o “en estudio diagnóstico” y otros términos similares indicando incertidumbre. Más bien, codifique la afección(es) de más grado de certeza para este episodio/visita, tal como síntomas, signos, resultados anormales de pruebas u otros motivos de visita”. En términos de codificación e información para pacientes ingresados, de acuerdo a la *Guía Oficial para Codificación e Información*, Sección III.B., no sería adecuado codificar un resultado anormal de informes radiológicos.

Sin embargo, cuando el médico documenta “evidencia de” una afección concreta, no se considera un diagnóstico incierto y debe ser codificado correctamente en servicios **ambulatorios**.

Pregunta:

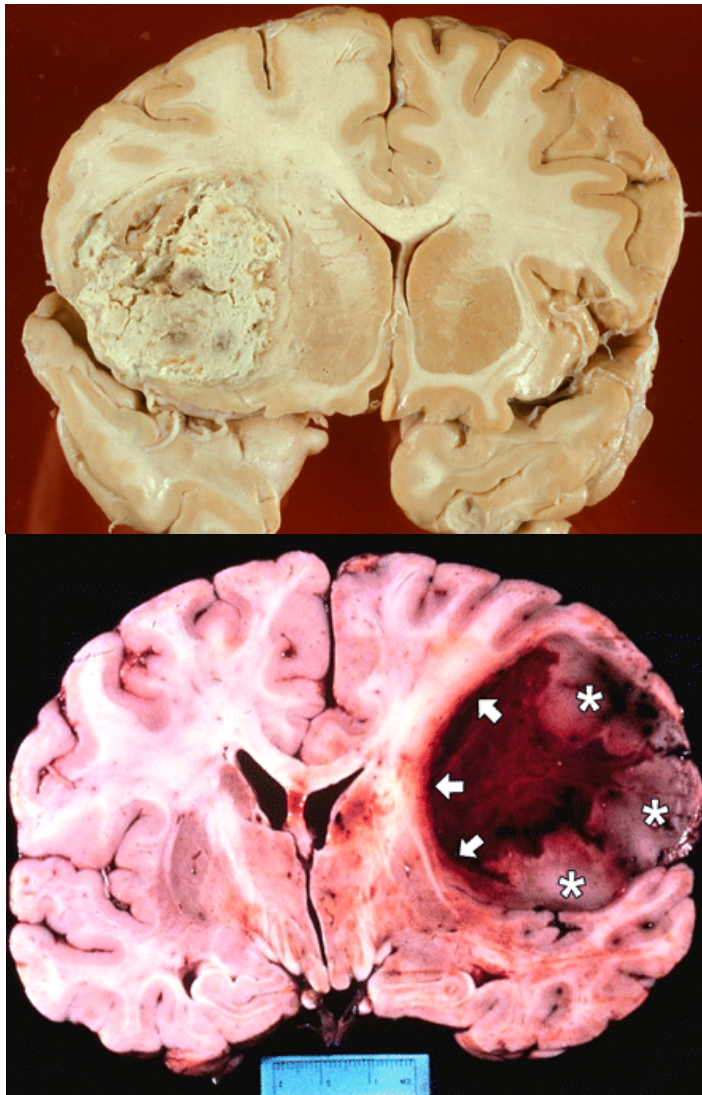
¿Hay una “jerarquía” para los códigos E en la categoría E927, Sobre esfuerce y movimientos o cargas extenuantes y repetitivas, cuando más de una pudiera aplicarse? Por ejemplo, si un traumatismo acumulativo como resultado de una actividad que es a la vez movimiento e impacto repetitivos (ej. talado de madera) ¿qué código tendría precedencia: E927.3, Traumatismo acumulado por movimiento repetitivo, o E927.4, Traumatismo acumulativo por impacto repetitivo?

Respuesta:

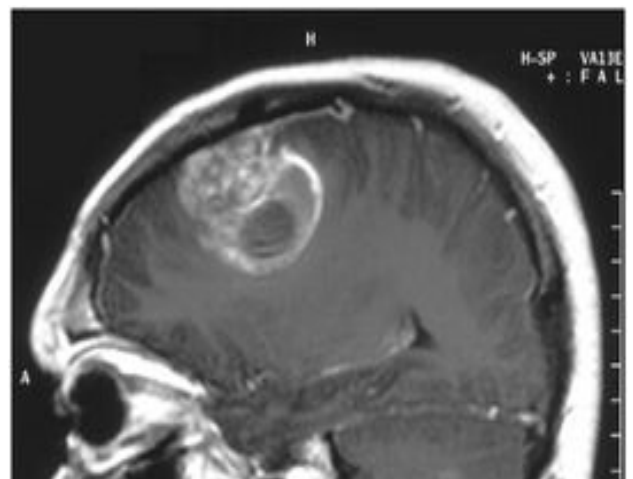
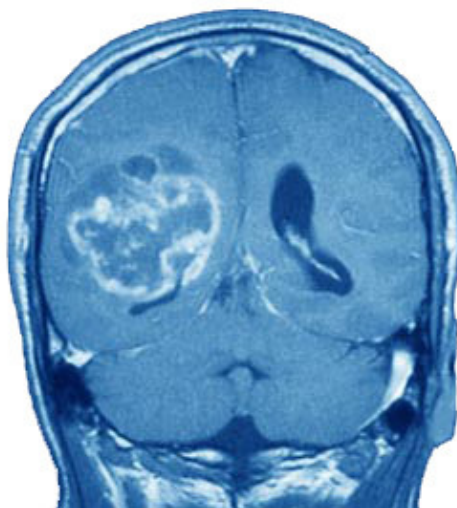
Es correcto asignar ambos códigos. No hay reglas o jerarquía en la secuenciación de estos códigos E.

Pregunta:

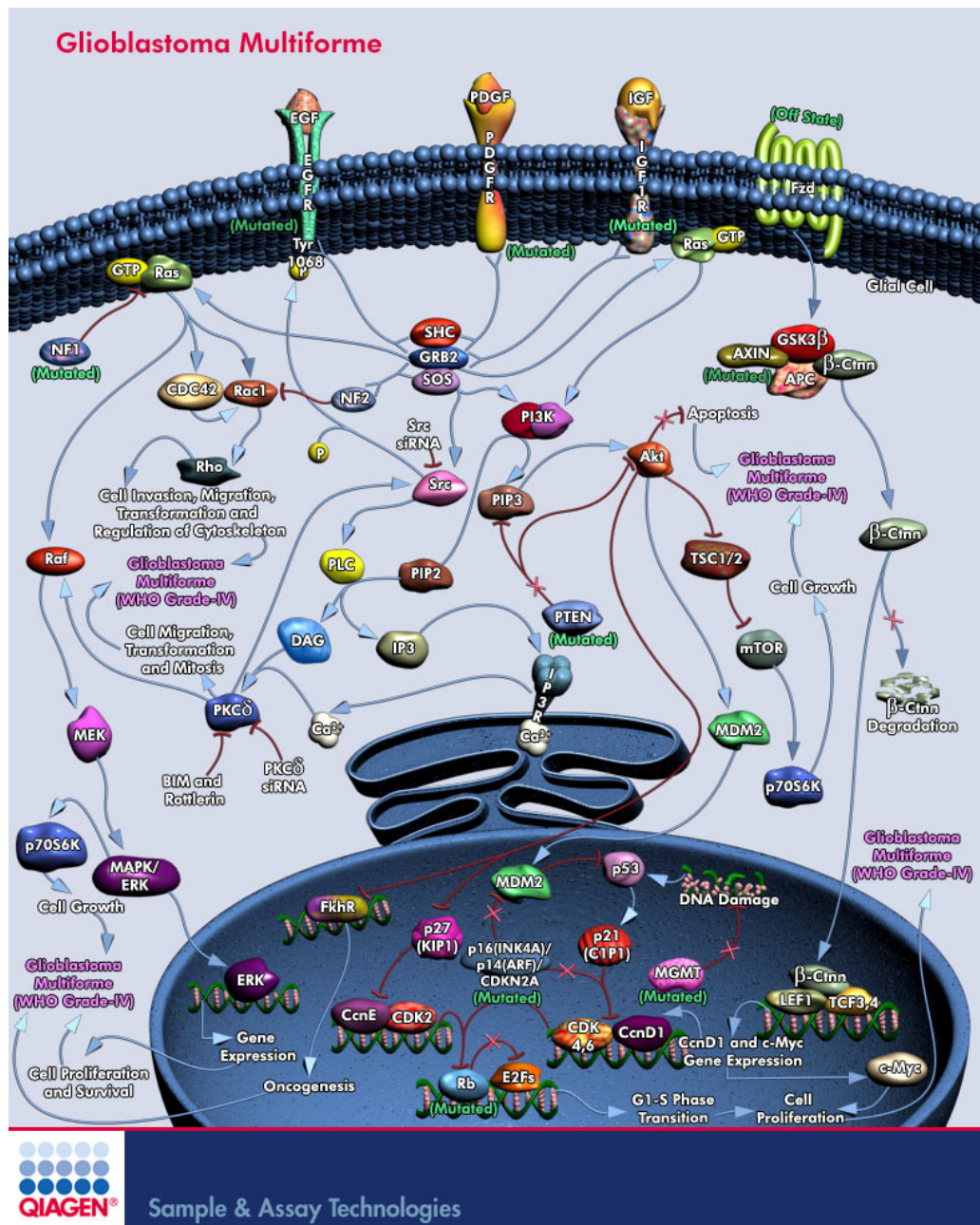
El paciente es un hombre de 48 años con estado de glioblastoma multiforme tras dos intervenciones quirúrgicas. El tumor se ha reproducido con un gran crecimiento desde su escisión parcial hace un mes. El médico indicó que era una cantidad significativa de edema vasogénico circundante y efecto de masa. ¿Es correcto asignar un código para el edema cerebral cuando es debido aun proceso intracraneal primario tal como un tumor cerebral y el médico ha indicado que es clínicamente significativo?



Imágenes macroscópicas de glioblastomas multiformes ^{NT}



RNM de glioblastomas multiformes ^{NT}



Proteínas implicadas en la vía metabólica del glioblastoma multiforme ^{NT}

Respuesta:

Asigne el código 348.5, Edema cerebral, como diagnóstico secundario, ya que el médico ha evaluado y documentado la importancia clínica del edema vasogénico.

Los pacientes con glioblastoma normalmente desarrollan edema vasogénico. El edema vasogénico es una acumulación de líquido en el cerebro (debido a la disrupción del tumor en la barrera hematoencefálica). El edema circundante puede incrementar el efecto masa del tumor y se considera como un proceso irreversible. El tumor relacionado con edema vasogénico puede interrumpir la transmisión sináptica y alterar la excitabilidad neuronal, dando lugar a cefaleas, ataques epilépticos, déficits neurológicos focales y encefalopatía. La afección puede contribuir a la morbilidad, dando como resultado una hernia cerebral mortal.

Pregunta:

Un paciente fue ingresado en el servicio de urgencias aquejado de dificultad en la exhalación. También refería haber experimentado olores extraños durante el mes pasado. Una tomografía computarizada (TAC) del cerebro hecha en urgencias mostró una gran masa en el lóbulo temporal derecho con efecto masa, presionando el pedúnculo cerebral derecho y comprimiendo el seno cavernoso del mismo lado. La resonancia magnética posterior (RNM) reveló los mismos hallazgos sin edema circundante. El médico consultante documenta como más probable un glioma de crecimiento lento. El juicio diagnóstico final indica un tumor maligno de cerebro recién diagnosticado. ¿Es correcto asignar un código para la compresión del seno cavernoso como diagnóstico secundario?

Respuesta:

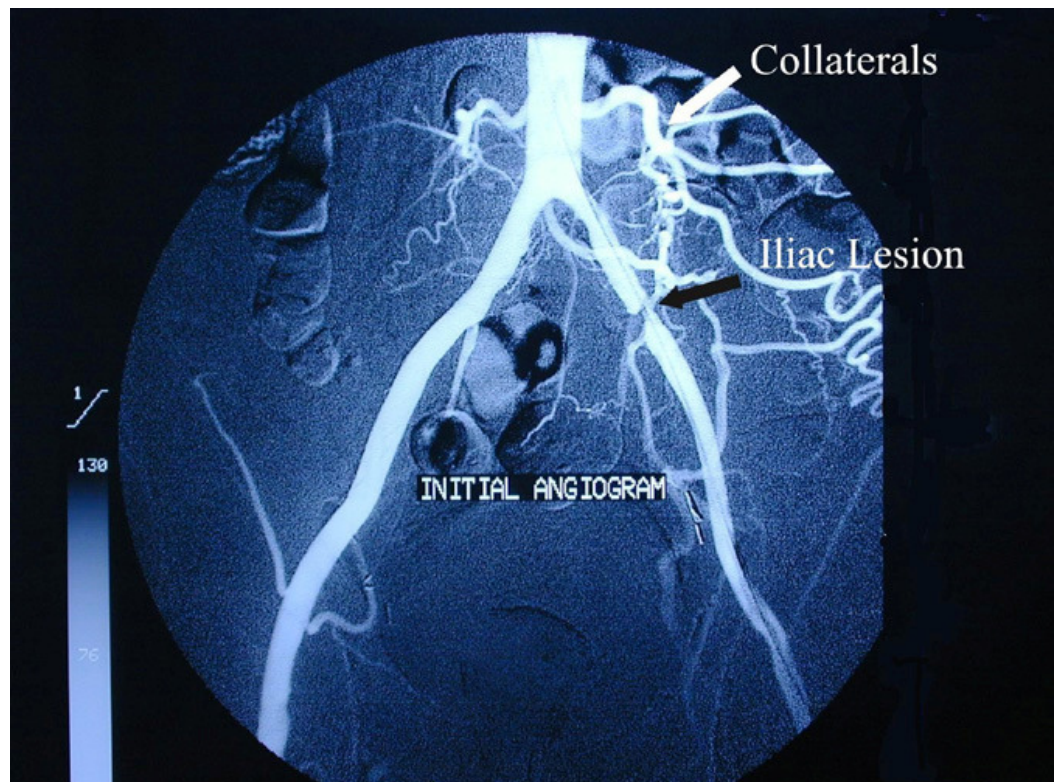
Asigne el código 191.2, Neoplasia maligna de cerebro, Lóbulo temporal, para el glioma de crecimiento lento, ya que es el diagnóstico definitivo. La compresión del seno cavernoso fue un hallazgo del TAC y de la RMN. La documentación del médico no indica que la compresión fuera clínicamente significativa. Por tanto, no debe asignarse un código para la compresión.

Pregunta:

¿Cuál es el código correcto para la arteriosclerosis de la arteria ilíaca?

Respuesta:

Asigne el código 440.8, Arteriosclerosis, de otra arteria especificada, para la arteriosclerosis de la arteria ilíaca.



Estenosis de arteria ilíaca primitiva izquierda NT

Pregunta:

Un paciente con infarto agudo de miocardio de pared lateral con elevación de ST (IMEST) es visto inicialmente en el Hospital A e inmediatamente es trasladado al Hospital B para una cateterización cardiaca y angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) de emergencia con inserción de endoprótesis. ¿Cuál es el diagnóstico principal correcto para el Hospital B?

Respuesta:

Asigne el código 410.51, Infarto agudo de miocardio, de otra pared lateral, episodio inicial, como diagnóstico principal. El IMEST agudo de pared lateral no está resuelto y está aún siendo tratado en el Hospital B. Asigne el código 414.01, Aterosclerosis coronaria, como diagnóstico secundario. Este consejo es coherente con el publicado previamente en *Coding Clinic*, Quinto número de 1993, página 14.

Pregunta:

El paciente fue trasladado al Hospital B tras una semana de estancia en el Hospital A por un infarto agudo de miocardio de pared inferior. En el hospital B el paciente continuó recibiendo tratamiento para el infarto y se realizó un cateterismo cardiaco que demostró una enfermedad oclusiva en la arteria descendente anterior izquierda con un 99% de estenosis y se llevó a cabo un bypass con injerto en la arteria coronaria. El juicio diagnóstico del médico del Hospital B indicó “IM agudo de pared anterior debida a aterosclerosis coronaria grave”. ¿Cuál es el diagnóstico principal correcto en el Hospital B?

Respuesta:

Asigne el código 410.41, Infarto agudo de miocardio de otra pared anterior, episodio inicial, como diagnóstico principal para el Hospital B, ya que el IM no ha sido aún resuelto y está todavía en tratamiento. Asigne el código 414.01, Aterosclerosis coronaria, de arteria coronaria nativa, como diagnóstico secundario.

Pregunta:

Cuando un paciente que tiene colocado un catéter urinario tal como una sonda de Foley es diagnosticado de infección de tracto urinario (ITU), ¿necesita el médico documentar que esta infección es debida al catéter a fin de asignar el código 996.64, Infección y reacción inflamatoria debida a catéter urinario colocado? ¿Puede el codificador asignar el 996.64 basado en la presencia de catéter y en el hecho de que el médico haya diagnosticado una ITU?

Respuesta:

El médico debe documentar claramente la relación causal. Si indica que la ITU es secundaria a catéter urinario alojado, asigne los códigos 996.64, Infección y reacción inflamatoria debida a catéter urinario colocado, y 599.0, Infección del tracto urinario, sitio no especificado. Si el médico no indica que la infección del tracto urinario es debida a catéter, asigne sólo el código 599.0.

La *Guía Oficial para Codificación e Información* indica “Como ocurre en todas las complicaciones tras procedimientos, la asignación de códigos está basada en la relación entre afección y procedimiento en la documentación del médico”.

Pregunta:

¿Cuál es el código correcto para una infección urinaria debida a catéter suprapúbico?. ¿Debería clasificarse de manera diferente que una infección urinaria debida a catéter uretral alojado? No hay notas de inclusión o subterminos en la ICD-9-CM que dirijan al codificador a la asignación de código correcto.

Respuesta:

Asigne el código 996.64, Infección y reacción inflamatoria debida a catéter urinario colocado, junto con el 599.0, Infección del tracto urinario, sitio no especificado, para una ITU debida a infección de catéter suprapúbico. Un catéter suprapúbico es un catéter alojado colocado directamente dentro de la vejiga a través del abdomen. El catéter es normalmente colocado por un urólogo e insertado por encima del hueso púbico y conectado a una bolsa de drenaje.

Pregunta:

El paciente es un hombre de 87 años con historia documentada de demencia que es ingresado en el hospital con cambios transitorios en su estado mental tras un procedimiento médico. Fue trasladado a un servicio de rehabilitación de pacientes subagudos para seguir con el tratamiento del delirio agudo y problemas de comportamiento. El resumen del traslado indica delirio secundario a demencia como juicio diagnóstico. ¿Cuál es la asignación correcta de códigos para el delirio debido a demencia? Soy reacio a usar el código 290.3, Demencia senil con delirio, ya que el médico no documenta específicamente la demencia senil.

Respuesta:

Pregunte al médico acerca del tipo de demencia (ej. demencia senil, demencia presenil, etc.) y codifique de acuerdo con ello. Si el médico confirma que el paciente tiene demencia senil con delirio, asigne sólo el código 290.3, Demencia senil con delirio. Si la causa de la demencia o el tipo de la misma es desconocida, asigne los códigos 294.8, Otro trastorno mental persistente debido a afecciones clasificadas en otro sitio, y 293.0, Delirio debido a afecciones clasificadas en otro sitio.

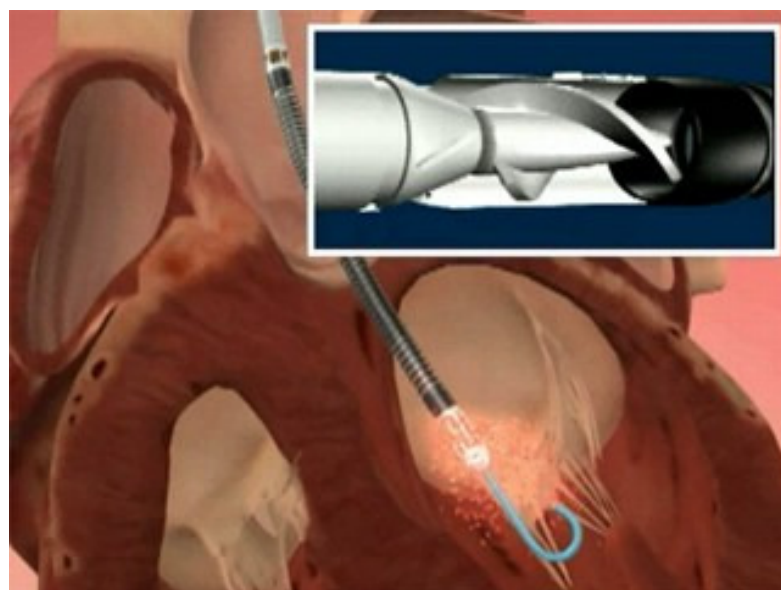
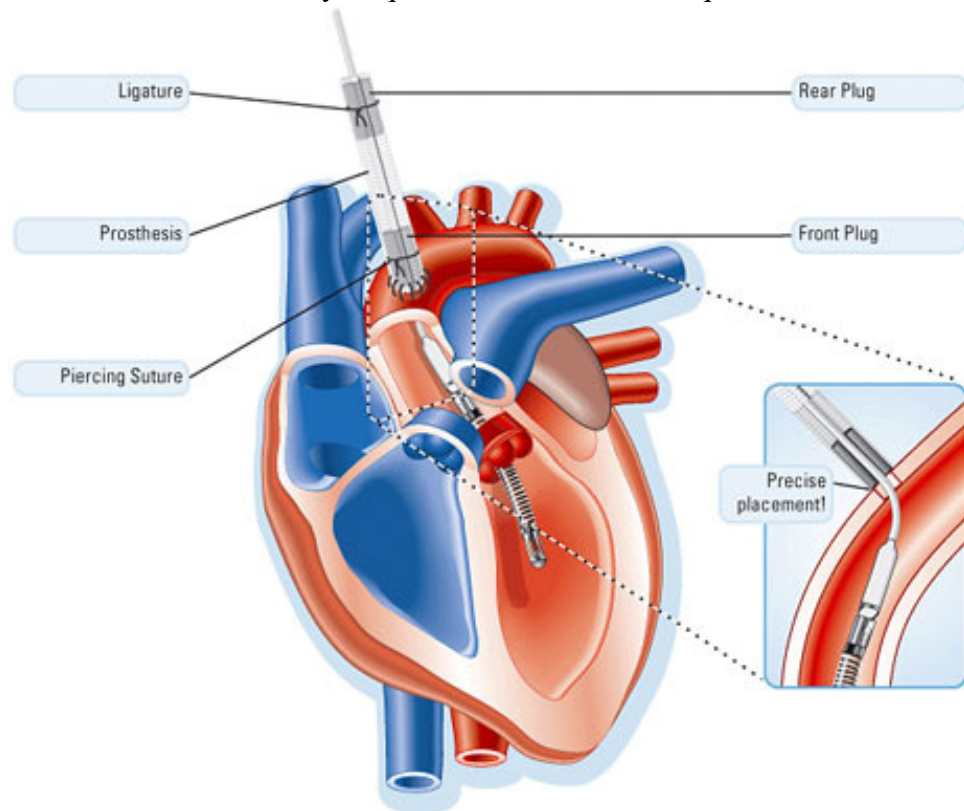
Pregunta:

¿Cuál es el código de procedimiento correcto para la inserción del dispositivo cardiaco Impella 2.5®?

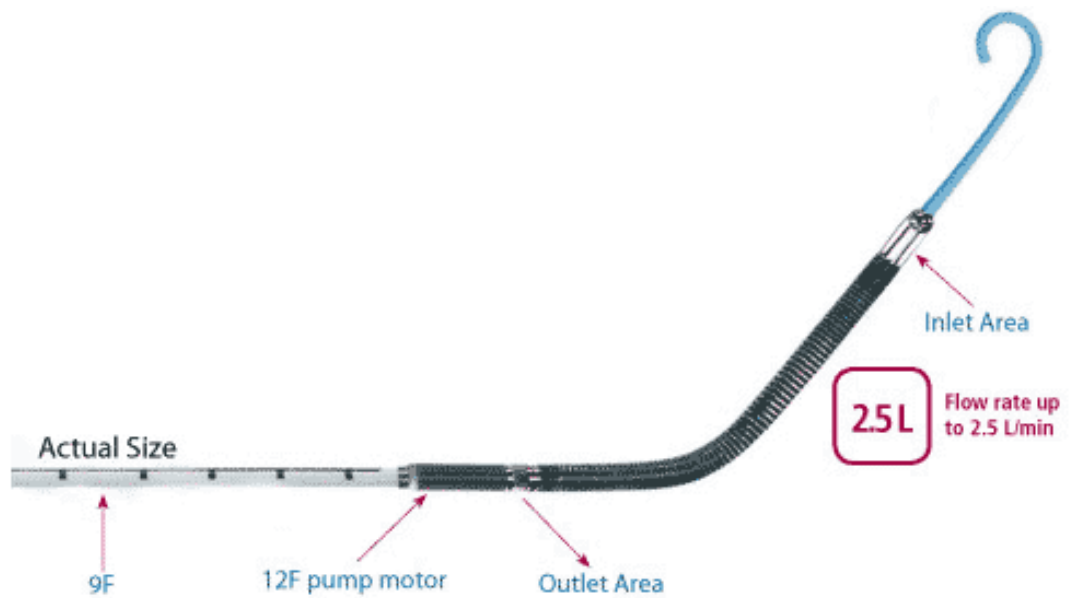
Respuesta:

Asigne el código 37.68, Inserción de dispositivo de asistencia cardiaca percutáneo externo.

El Impella 2.5® es un dispositivo de asistencia cardiaca mediante catéter mínimamente invasivo que está diseñado para descargar directamente el ventrículo izquierdo, reduce la carga miocárdica, el consumo de oxígeno e incrementa la salida cardiaca y coronaria, así como la perfusión de los órganos. El dispositivo saca sangre del ventrículo izquierdo a través de un área de entrada cerca del ápex y expulsa sangre del catéter a la aorta ascendente. Este dispositivo puede insertarse en el ventrículo izquierdo con un catéter mediante una guía estándar a través de la arteria femoral hasta la aorta ascendente, a través de la válvula y el ventrículo izquierdo. La punta del catéter contiene un “tirabuzón” que cruza la válvula cardíaca y se queda en el ventrículo izquierdo.



Dispositivo Impella 2.5®



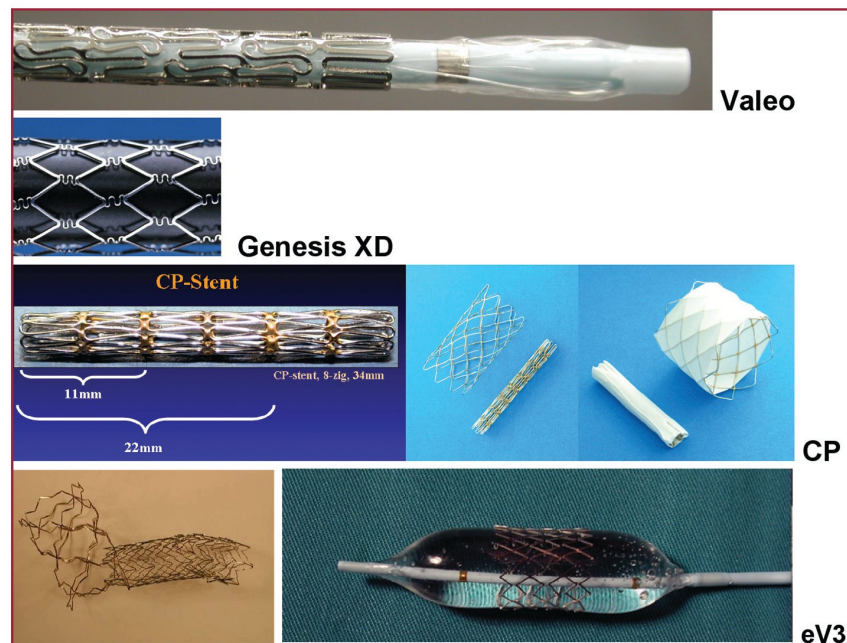
Detalle del dispositivo Impella 2.5 con la guía ®^{NT}

Pregunta:

A un niño con problemas cardiacos congénitos se le hizo un cateterismo cardiaco con implantación de endoprótesis no recubierta de medicamento en la vena pulmonar inferior izquierda. La endoprótesis se implantó mediante catéter. ¿Cuál es el código correcto de procedimiento para la inserción de la endoprótesis de vena pulmonar?

Respuesta:

Asigne los códigos 39.50, Angioplastia o aterectomía de vaso no coronario, 39.90, Inserción de endoprótesis vascular periférica no recubierta de medicamento, 00.45, Inserción de una endoprótesis vascular, y 00.40, procedimiento de un solo vaso, para la inserción de endoprótesis en la vena pulmonar.



Stents más usados en las cardiopatías congénitas^{NT}

Pregunta:

Un paciente con úlcera por presión sacra en estadio III es sometido a desbridamiento con Versajet que incluye piel, subcutáneo y músculo. Una consulta publicada previamente en *Coding Clinic* (se publicó en el número del Primer Trimestre de 2007, páginas 7 y 8 de la versión traducida ^{NT}) sobre el desbridamiento con Versajet asignó el código 86.28, Desbridamiento no escisional de herida, infección o quemadura, para el desbridamiento de piel y tejido subcutáneo con Versajet. ¿Se consideran todos los desbridamientos realizados con Versajet como “no escisionales”? ¿Cuál es la asignación de código de procedimiento adecuado en este caso?

Respuesta:

Asigne el código 86.28, Desbridamiento no escisional de herida, infección o quemadura. El desbridamiento con Versajet es siempre considerado como un desbridamiento mecánico no quirúrgico. No implica cortar o escindir tejido desvitalizado. La asignación de código para el desbridamiento con Versajet se encuentra en el Índice alfabético como sigue:

Desbridamiento
Versajet TM 86.28

Pregunta:

Una niña de 12 años se encontró sumergida en una piscina. El suceso no fue presenciado y el tiempo se estima en 15 minutos bajo el agua. La paciente no respondía cuando fue sacada del agua y se realizaron maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) por espectadores. Cuando llegaron los paramédicos, estaba agresiva y moviendo todas las extremidades. Fue intubada y ventilada mediante bolsa-mascarilla con válvula (conocido comúnmente como “ambú®” por la marca comercial original ^{NT}). Estaba profundamente hipoxémica e hipercápnica en el servicio de urgencias, por lo que fue colocada en ventilación mecánica. La paciente fue diagnosticada recientemente de ataque epiléptico inicial seis meses antes, por lo que los ataques pueden haberse iniciado alrededor del incidente del ahogamiento. No estaba tomando antiepilépticos. El diagnóstico médico incluye ahogamiento, distress respiratorio agudo, acidosis respiratoria y fallo respiratorio hipoxémico e hipercápnico. ¿Cuál es el diagnóstico principal?

Respuesta:

Basada en la documentación, sería correcto informar tanto el ahogamiento como el fallo respiratorio agudo como diagnóstico principal ya que ambas afecciones cumplen igualmente la definición de diagnóstico principal.

La *Guía Oficial para Codificación e Información, Selección de Diagnóstico Principal*, indica “En el caso poco usual de que dos o más diagnósticos cumplan por igual los criterios para diagnóstico principal tal como se determinan en las circunstancias del ingreso, el estudio diagnóstico y/o el tratamiento proporcionado, y el Índice Alfabético, la Lista Tabular u otra norma de codificación no proporcionen la guía de secuenciación, cualquiera de los diagnósticos puede ser puesto primero”. Adicionalmente, la guía para secuenciar el estado de fallo respiratorio agudo indica: “Cuando un paciente es ingresado con

fallo respiratorio y otra afección aguda, el diagnóstico principal dependerá de cada situación. Esto es de aplicación tanto si la otra afección aguda es respiratoria como si no es respiratoria”.

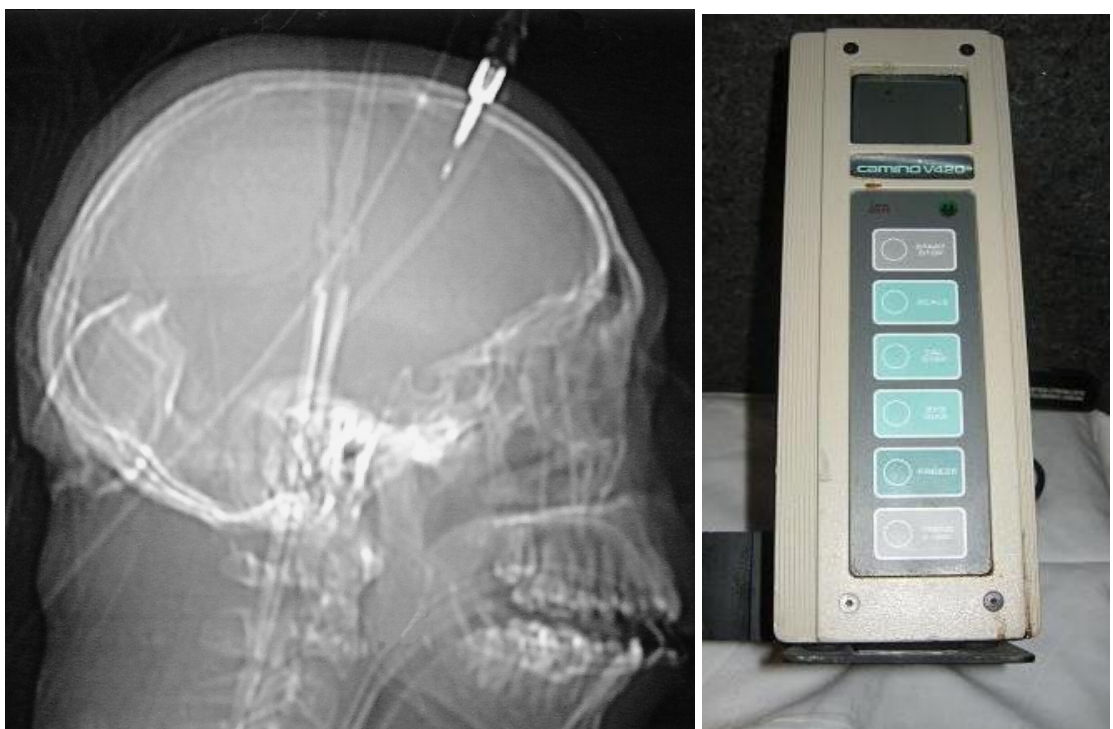
Pregunta:

A un paciente con una herida penetrante por disparo en la cabeza que tuvo como resultado una lesión bifrontal transventricular se le colocó un tornillo Camino® a fin de monitorizar la presión intracraneal (PIC). ¿Cuál es el código adecuado para este procedimiento?

Respuesta:

Asigne el código 01.10, Monitorización de la presión intracraneal, para la colocación del dispositivo Camino para monitorizar la presión intracraneal.

El tornillo ventricular Camino es usado para monitorizar la presión intracraneal (PIC) en pacientes tras una lesión grave de cabeza. El catéter de monitorización intracraneal está diseñado para una rápida colocación con monitorización inmediata en el lugar desde el momento en que se eleva la presión intracraneal debida a una lesión grave de cabeza u otra patología que necesite una atención temprana. El catéter puede colocarse a pie de cama. La PIC es monitorizada insertando un catéter con un transductor en la punta mediante el tornillo Camino. Unas marcas guían la localización en el parénquima o en el espacio subaracnoideo.



Tornillo Camino® en el cráneo y monitor de PIC^{NT}

Más información e la página:

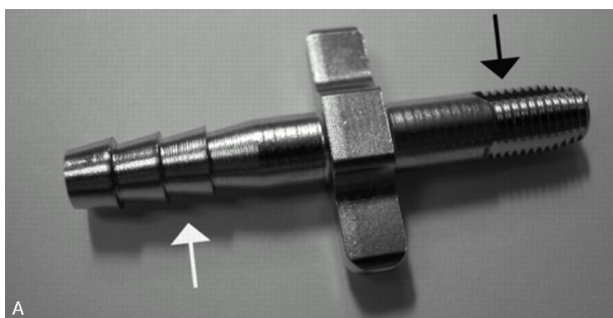
<http://www.integralife.com/PDFs/NeuroCriticalCare/Camino%20Brochure.pdf>

Pregunta:

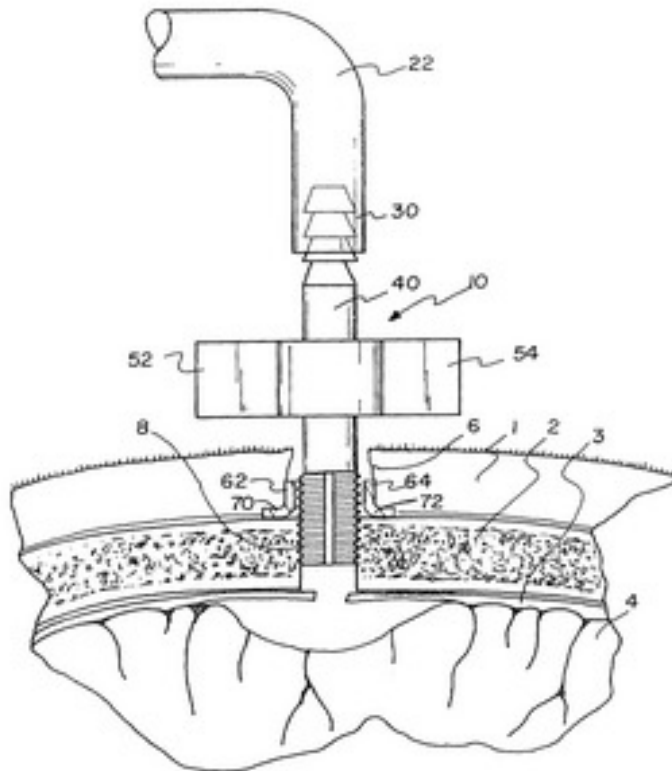
Un paciente tuvo un hematoma subdural con desplazamiento a la línea media. Se hizo un pequeño agujero de trépano para evacuarlo colocando y sistema de drenaje con puerto de evacuación. ¿Cuál es el código adecuado de procedimiento para esta intervención?



Sistema de drenaje subdural con puerto de evacuación^{NT}



Puerto de evacuación subdural implantado en el cráneo^{NT}



Esquema del puerto de evacuación subdural según la patente industrial^{NT}

Respuesta:

Asigne el código 01.09, Otra punción craneal, para la colocación de un drenaje con puerto de evacuación subdural. El código 01.09 se indexa de la siguiente forma:

Drenaje

espacio subdural, cerebral
por aspiración 01.09

Pregunta:

Un paciente con hematoma subdural crónico derecho e izquierdo es ingresado para trepanación y drenaje usando un sistema de evacuación subdural con puerto. ¿Cuál es el código adecuado de procedimiento para esta intervención?

Respuesta:

Asigne el código 01.09, Otra punción craneal, para la colocación de un puerto de drenaje subdural.

Pregunta:

¿Cuál es la diferencia entre el código 01.26, Inserción de catéter en la cavidad o tejido craneal, 01.28, Colocación de un catéter intracerebral por agujero de trépano, y 01.10, Monitorización de la presión intracraneal?

Respuesta:

La asignación de un código está basada en el motivo por el que se han colocado estos catéteres. Asigne el 01.10 cuando el catéter es insertado para monitorizar la presión intracraneal. Asigne el código 01.28 cuando se hace un agujero de trépano específicamente para la colocación de un catéter intracraneal que es usado para suministrar medicación directamente en el cerebro. El código 01.26 se asigna para la inserción de un catéter intracraneal que se usa para suministrar radioisótopos de braquiterapia directamente en tumores malignos cerebrales dentro de la cavidad creada al extirpar quirúrgicamente el tumor.

Pregunta:

Un paciente es diagnosticado de neumonía “multilobar”. Entiendo que en la neumonía lobar se asigna el código 481, Neumonía neumocócica [Neumonía por *Streptococcus pneumoniae*]. Sin embargo el diagnóstico declarado como “multilobar” ¿indica que el paciente tiene una neumonía lobar de más de un lóbulo del pulmón y por tanto también se asigna con el código 481?

Respuesta:

Pregunte al médico acerca del tipo específico de neumonía y codifique de acuerdo al organismo causante. Asigne el código 486, Neumonía, de organismo no especificado, si el médico es incapaz de identificar el organismo que causa la neumonía multilobar.

El término *neumonía lobar* está anticuado. En el pasado se refería a la neumonía neumocócica y en ese tiempo dicha neumonía normalmente afectaba un solo lóbulo. Sin embargo, actualmente hay muchas causas de neumonía lobar.

Pregunta:

Un niño a término nació por vía vaginal. El médico documento soplo de estenosis pulmonar periférica en el diagnóstico del informe de alta. No hay documentación de tratamiento u otros exámenes diagnósticos. Sin embargo, el médico registra: “Alta a domicilio y mañana examen de seguimiento”. ¿Indica este juicio médico implicaciones para una necesidad de cuidados de salud posteriores, o necesita el médico indicar que el seguimiento es específicamente para el soplo de la estenosis pulmonar periférica, y no un seguimiento rutinario?

Respuesta:

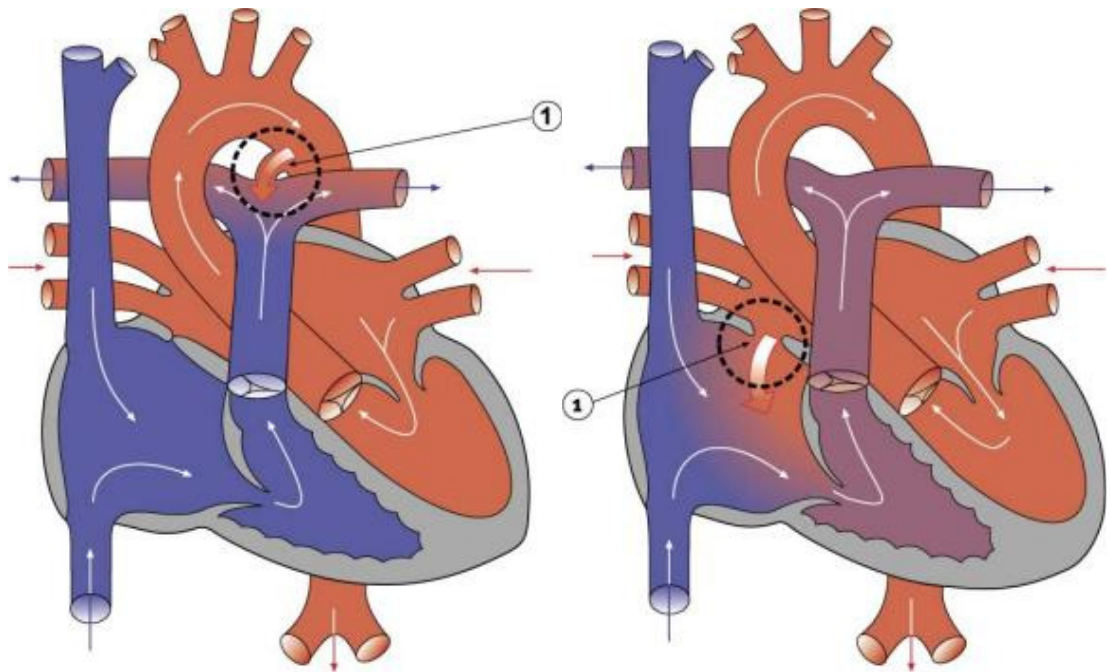
Ya que el médico documenta el soplo por estenosis pulmonar periférica como diagnóstico al alta, asigne el código 474.3, Anomalías de la arteria pulmonar para esta afección. El diagnóstico está basado clínicamente y no en pruebas diagnósticas. Por tanto el soplo de estenosis pulmonar periférica es clínicamente significativo se hayan hecho o no pruebas adicionales.

Pregunta:

La documentación de la historia clínica del recién nacido indica que el soplo cardiaco era benigno y debido probablemente a un ductus arterioso/foramen ovale persistentes. El médico indicó una consulta y una ecocardiograma para evaluar dicha patología. Indica esta documentación que el soplo tiene significación clínica, tal como se define en las normas para codificación de neonatos?

Respuesta:

Asigne el código 745.5, Defecto septal auricular de tipo ostium secundum, para el foramen ovale persistente y el código 747.0, Ductus arterioso persistente, para el otro diagnóstico. Es correcto codificar tanto uno como otro ya que la afección fue evaluada con posterioridad (ej. consulta cardiaca y ecocardiograma). El soplo no se informa por separado ya que se captura con los códigos de ambas patologías.



Ductus arterioso persistente ^{NT}

Foramen ovale (ostium secundum) ^{NT}

Pregunta:

Se documentó un soplo de estenosis pulmonar periférica en el juicio diagnóstico y en el examen al ingreso en la historia de un recién nacido. ¿Indica esta documentación una afección clínicamente significativa?

Respuesta:

Asigne el código 747.3, Anomalías de la arteria pulmonar. Para la estenosis pulmonar periférica. Aunque no hubo ningún estudio o monitorización adicional mientras el paciente estaba en el hospital, la afección debe ser codificada ya que el médico documenta que es un hallazgo clínico que puede tener implicaciones en futuros cuidados.

Pregunta:

¿Cuál es la asignación de código para la depresión mayor sin más especificación en la documentación del médico?

Respuesta:

Asigne el código 296.20, Trastorno depresivo mayor, episodio único, no especificado, para la depresión mayor. La subcategoría 296.2 debe ser indexada de la siguiente manera:

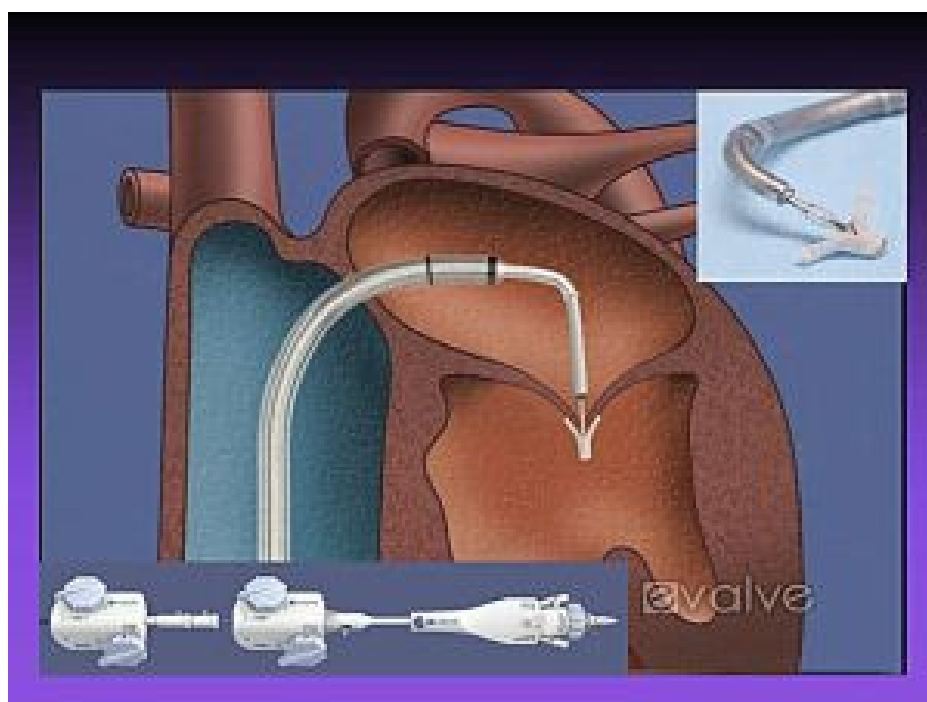
Trastorno
depresivo
mayor (*véase también* Psicosis afectiva) 296.2

Pregunta:

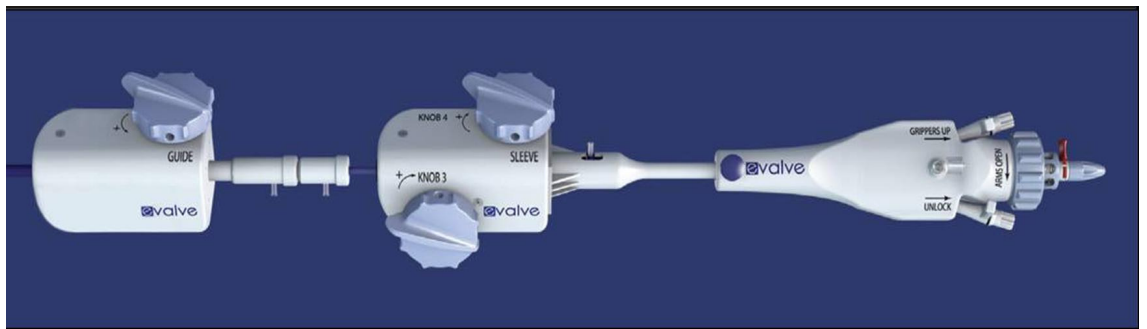
¿Cuál es la asignación de código de procedimiento adecuado para el sistema de reparación cardiovascular Evalve®, también denominado sistema MitraClip®?. Hemos sido informados que deben usarse los códigos 35.24, Otra sustitución de válvula mitral, o 35.99, Otras operaciones valvulares del corazón, ya que el sistema MitraClip® permite a los cardiólogos intervencionistas reconstruir la válvula mitral con el corazón latiendo sin circulación extracorpórea. Afirman que el código 35.96, Valvuloplastia percutánea, no captura la complejidad de este procedimiento ya que se usa únicamente un balón simple de dilatación para pacientes con estenosis mitral pero no es aplicable a pacientes con regurgitación mitral.

Respuesta:

Asigne el código 35.96, Valvuloplastia percutánea, para el sistema de reparación Evalve®. El código 35.96 no está limitado a la dilación con balón simple.



Sistema Evalve®^{NT}



Detalle del sistema Evalve® NT



Detalle del sistema MitraClip® NT

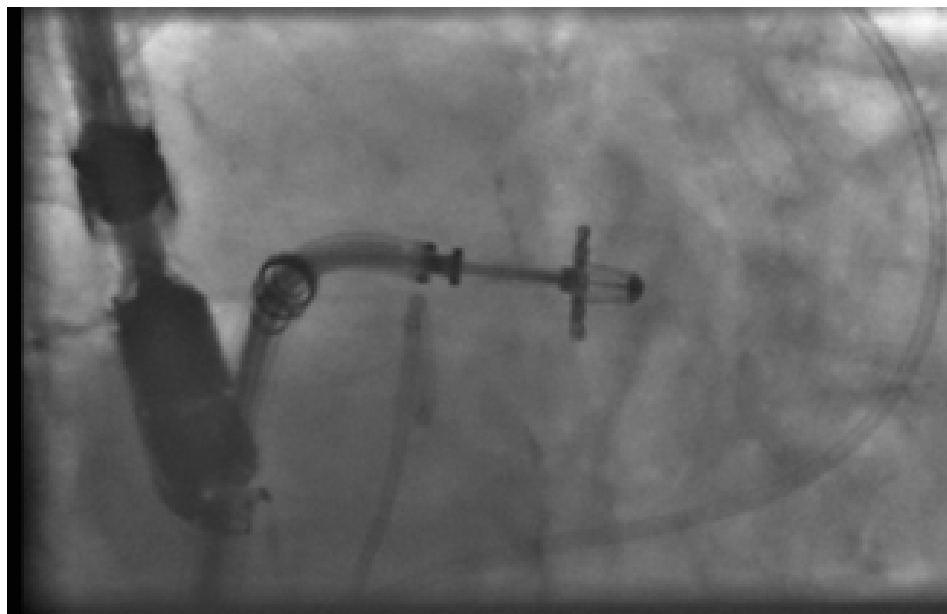
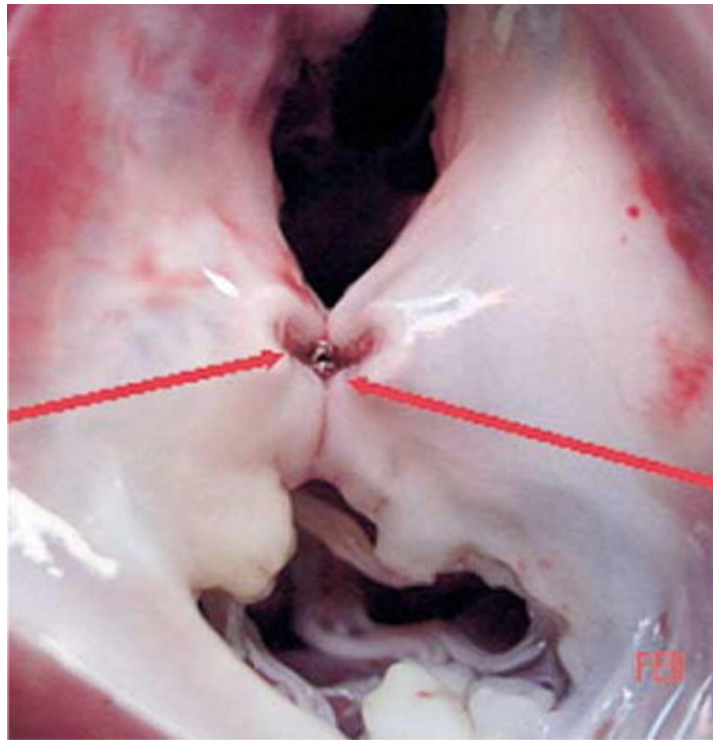


Imagen radiológica del sistema Evalve® con el MitraClip® NT



MitraClip® colocado en la válvula mitral ^{NT}

El sistema de reparación cardiovascular valvular Evalve (implante MitraClip®) se lleva a cabo mediante abordaje no invasivo basado en un catéter que es realizado por un cardiólogo intervencionista en un laboratorio de hemodinámica bajo anestesia general. El sistema incluye un pequeño dispositivo de fijación que se envía a través de un catéter y desplegado en el corazón para reparar la regurgitación de la válvula mitral. Los pacientes con enfermedad cardíaca reumática están excluidos del estudio. El sistema puede beneficiar a pacientes de alto riesgo con regurgitación mitral que de otra manera no soportarían una cirugía invasiva. El MitraClip® ofrece a estos pacientes una alternativa menos invasiva a la intervención quirúrgica.

Pregunta:

¿La hipoxia es inherente a la EPOC o hay que asignar un código adicional a la misma?

Respuesta:

La hipoxia no es inherente a la EPOC. Cuando se asocia hipoxia y EPOC es correcto asignar el código 799.02, Hipoxemia, como diagnóstico secundario si se desea.

Pregunta:

La documentación del médico en la historia del recién nacido indica “distress respiratorio”. ¿Cuál es la asignación correcta para el distress respiratorio del neonato?

Respuesta:

Asigne el código 770.89, Otro problema respiratorio tras el nacimiento, para el distress respiratorio del recién nacido. El código 770.89 puede localizarse en el Índice de Enfermedades como sigue:

Distress
respiratorio
feto o neonato 770.89

Pregunta:

Si la documentación del médico sólo indica “distress respiratorio”, ¿puede el codificador asignar un código del síndrome de distress respiratorio del neonato tipo I ó II basado en el tiempo que tarda la afección en resolverse? Por ejemplo, *Coding Clinic* de noviembre-diciembre de 1986, página 10, proporciona espacios de tiempo para el distress respiratorio del neonato.

Respuesta:

No asigne un código para el síndrome de distress respiratorio del neonato tipo I ó II basado en el tiempo que transcurre hasta que se ha resuelto el mismo. Si el médico indica “distress respiratorio del neonato”, se asigna el código 770.89. Los códigos no se asignan para el síndrome de distress respiratorio/tipo I (769) o taquipnea transitoria del recién nacido/tipo II (770.6) a no ser que el médico documente específicamente estas afecciones.

La asignación de código está basada en la documentación del médico. La información publicada en *Coding Clinic* no debe ser usada como criterio clínico para la asignación de códigos. Cualquier información clínica publicada en *Coding Clinic* se proporciona como material básico para ayudar al codificador. No intenta reemplazar la necesidad de una documentación específica del médico para confirmar la asignación de códigos.

Pregunta:

Un recién nacido fue ingresado tras un parto por cesárea y diagnosticado de hipermagnesemia. La madre, de 25 años de edad, había sido diagnosticada de eclampsia relacionada con embarazo y tratada con sulfato de magnesio. ¿Cuál es la asignación de código correcta para la hipermagnesemia del neonato?

Respuesta:

Ya que la madre fue tratada con sulfato de magnesio para la eclampsia en el momento del parto, pregunte al médico para determinar si la hipermagnesemia del niño es resultado del tratamiento de la madre o es una afección debida a un problema metabólico. Si el niño tiene un problema metabólico, asigne los códigos 775.5, Otros trastorno electrolítico neonatal transitorio, y 275.2, Trastorno del metabolismo del magnesio. Si, por el contrario, la afección del niño es resultado del tratamiento de la madre asigne los códigos 775.5, Otros trastorno electrolítico neonatal transitorio, y 760.79, Agentes nocivos que afectan al feto o recién nacido a través de la placenta o de la leche materna, Otros.

Aclaración

Aclaración sobre instrucciones para la facturación al codificar los contactos de pacientes ambulatorios con ingreso posterior

Hemos recibido una petición para aclarar las instrucciones sobre facturación para episodios/ procedimientos ambulatorios en el hospital de día que posteriormente dan lugar a ingreso en el mismo hospital. Los hospitales se están preguntando si debe presentarse una única solicitud de ingreso o si deben presentarse tanto la de ambulatorio como la de ingreso. Los hospitales están aconsejados para contactar con sus pagadores para tener las instrucciones de facturación. Además los consejos para facturación ofrecidos en anteriores números de *Coding Clinic* acerca de la facturación de Medicare (marzo-abril de 1985, páginas 10-11) se han actualizado y cambiado. *Coding Clinic* no proporciona instrucciones de facturación detalladas para ninguna entidad pagadora.

Acerca del consejo de *Coding Clinic*, Primer trimestre de 1996, página 8-9, y Tercer trimestre de 2003, páginas 10-12 (páginas 15-16 de la versión traducida ^{NT}), éste se aplica si hay remitida una sola solicitud al pagador. Si se envían separadamente facturas ambulatoria y de ingreso, este consejo no debe aplicarse. Los hospitales aplicar códigos para el contacto actual basado en las instrucciones de facturación del pagador.

Noticia

Comenzando con la edición del Tercer Trimestre de 2009 del *Coding Clinic* para la ICD-9-CM, el examen de educación continuada se proporcionará cada trimestre en lugar de dos veces al año. La matrícula de cada examen será de 30.00\$.

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

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

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