

---

# AHA

## Coding Clinic™

---

*for* ICD-9-CM

---

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

---

**Volumen 29**  
**Número 1**

**Primer Trimestre**  
**2012**

---

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 1 de abril de 2012 (sólo en USA <sup>NT</sup>)

#### **En este número**

Pregunte al editor  
Aclaraciones  
Correcciones  
Noticias

#### **Histerectomía abdominal total laparoscópica e histerectomía vaginal asistida por laparoscopia**

La Oficina Central de la ICD-9-CM he recibido recientemente preguntas relacionadas con las diferencias en la asignación de código entre los procedimientos de histerectomía abdominal total laparoscópica (TLH) y la histerectomía vaginal asistida laparoscópicamente (LAVH). El 1 de octubre de 2006 se crearon procedimientos nuevos para diferenciar entre histerectomía laparoscópicas que usan pequeñas incisiones e histerectomías tradicionales que necesitan incisiones grandes. Para más información acerca de otros tipos de de procedimientos de histerectomía laparoscópica véase el Coding Clinic del Cuarto trimestre de 2006, páginas 130-134 (páginas 128-133 de la versión traducida <sup>NT</sup>).

Un factor importante a la hora de asignar el código correcto de la ICD-9-CM para el procedimiento de histerectomía es determinar qué estructuras y cómo fueron extirpadas dichas estructuras en base a la documentación de la historia clínica. El enfoque estaría en la técnica quirúrgica o el abordaje usado para la extirpación de estas estructuras. La asignación del código no debería basarse en la ubicación de las estructuras que se eliminaron físicamente en el organismo.

Una histerectomía abdominal total laparoscópica implica la extirpación el útero y cérvix completo hasta las estructuras de soporte circundantes mediante técnica laparoscópica. El útero es luego extirpado a través de la vagina o el abdomen. Puede incluir bisección del útero (bivalving en inglés <sup>NT</sup>), extirpación del interior del

---

útero (coring en inglés<sup>NT</sup>) o triturado (morcellating en inglés<sup>NT</sup>) de los tejidos extirpados. El procedimiento concluye suturando el manguito vaginal, extrayendo los instrumentos y cerrando las incisiones.

El hecho de que el útero se extirpe a través de la vagina no indica que el procedimiento fue una histerectomía vaginal asistida laparoscópicamente. A efectos de la codificación con ICD-9-CM la clave es que las estructuras fueron extirpadas de las estructuras o tejidos circundantes laparoscópicamente por vía abdominal.

Una histerectomía vaginal asistida laparoscópicamente implica el uso de un laparoscopio para guiar el procedimiento y visualizar las estructuras además de extirpar el cuerpo del útero de las estructuras de soporte superiores (tales como los ligamentos infundibulopélvico y redondo), mientras que la fase vaginal del procedimiento incluye que se haga una incisión en la vagina para separar cérvix y útero de las estructuras de soporte restantes. El útero es entonces extirpado a través de la vagina. El procedimiento finaliza con la parte superior de la vagina suturada, la retirada de instrumentos y el cierre de las incisiones.

**Pregunta:**

¿Cuál es la asignación correcta de procedimiento para una histerectomía abdominal total laparoscópica cuando el útero es extraído a través de la vagina?

**Respuesta:**

Asigne el código 68.41, Histerectomía abdominal total laparoscópica. En una histerectomía total laparoscópica los anejos uterinos son ligados y resecaos con abordaje por vía laparoscópica. El útero y el cérvix son luego extirpados intactos a través de la vagina. Ocasionalmente el útero está agrandado y no puede sacarse por la vagina. El cirujano tiene que triturarlo y extirparlo a través de la incisión del laparoscopio.

**Pregunta:**

¿Cómo debería codificarse una histerectomía vaginal asistida laparoscópicamente con salpingooforectomía bilateral laparoscópica?

**Respuesta:**

Asigne los códigos 68.51, Histerectomía vaginal asistida laparoscópicamente, y 65.63, Extracción laparoscópica de ambos ovarios y trompas en el mismo acto operatorio. Al contrario que la histerectomía abdominal total laparoscópica, implica realizar una incisión en la vagina para separar cérvico y útero y extirpar los órganos a través de la vagina.

---

## Pregunte al Editor

### Pregunta:

Desde que nuestro servicio ha cambiado a la historia clínica electrónica, los médicos tienen la capacidad de listar los códigos de la ICD-9-CM en lugar de la descripción del diagnóstico. ¿Es una política oficial o un requerimiento de las normas pedir a los médicos que registren un diagnóstico escrito en lugar de un número de código de la ICD-9-CM?

### Respuesta:

Sí, hay una directiva regulatoria y de acreditación que solicita a los médicos proporcionar la documentación a fin de dar soporte a la asignación del código. Los médicos necesitan tener la capacidad de documentar específicamente el diagnóstico, afección y/o problema del paciente. Por tanto no es correcto para ellos listar los números de los códigos o seleccionar un número de código de una lista de códigos en lugar de la comunicación de un diagnóstico escrito. La ICD-9-CM es una clasificación estadística per se; no es un diagnóstico. Algunos códigos de la ICD-9-CM incluyen múltiples diagnósticos clínicos diferentes, y puede tener importancia clínica transmitir estos diagnósticos específicamente en la historia. Así mismo algunos diagnósticos requieren más de un código de la ICD-9-CM para definirlo completamente. Es responsabilidad del médico proporcionar una documentación clara y legible del diagnóstico, que es después trasladado a un código con el propósito de dar información.

### Pregunta:

Un paciente que fue sometido a reparación quirúrgica de intestino delgado una semana antes es ingresado para tratamiento de íleo con vómito. Previamente se le hizo una lisis de adherencias secundaria a una obstrucción de intestino delgado. ¿Sería correcto asignar el código 997.49, Complicación del aparato digestivo, Otra complicación del aparato digestivo, como diagnóstico principal, o el médico debe indicar explícitamente “íleo postoperatorio”?

### Respuesta:

Asigne el código 997.49, Complicación del aparato digestivo, Otra complicación del aparato digestivo, como diagnóstico principal. Debe asignarse también el código 560.1, Íleo paralítico, para describir la complicación específica. El Índice Alfabético proporciona el camino y guía al codificador a asignar el código 997.49. Esta asignación de código puede ser localizada en el Índice Alfabético como sigue:

**Íleo**

tras cirugía gastrointestinal 997.49

Aunque anteriores *Coding Clinic* han advertido que debe documentarse la relación causal entre cirugía y afección, en este caso el Índice Alfabético de la ICD-9-CM tiene preferencia.

---

**Pregunta:**

¿Cuál es el diagnóstico principal correcto para un paciente que sufre un infarto de miocardio agudo (IAM) debido a una enfermedad de la arteria coronaria (EAC) subyacente, en la que se ha llevado a cabo un procedimiento intervencionista? Los consultores han indicado a los codificadores secuenciar el IAM como diagnóstico secundario y la EAC como diagnóstico principal para estos casos.

**Respuesta:**

No, la indicación de los consultores no es correcta. Secuencie el IAM como diagnóstico principal ya que es la afección aguda y el motivo el ingreso. Este consejo es similar al publicado en *Coding Clinic*, Tercer trimestre de 2009, páginas 9-10 (página 9 de la versión traducida <sup>NT</sup>)

**Pregunta:**

Un hombre de 78 años de edad con historia de fibrilación auricular se presenta en el servicio de urgencias con molestias torácicas centroesternales. Había tomado nitroglicerina sublingual y aspirina, así como Lasix (furosemida <sup>NT</sup>). En el momento del ingreso, la documentación del médico indica fallo cardiaco congestivo diastólico posiblemente debido a fibrilación auricular. El fallo cardiaco es resuelto con diuréticos intravenosos y la fibrilación auricular cambia a ritmo sinusal normal. Tanto el fallo cardiaco congestivo diastólico como la fibrilación auricular están en la lista de diagnósticos. En este caso, ¿cuál es la secuenciación correcta del diagnóstico principal?

**Respuesta:**

Si ambas afecciones están presentes en el momento del ingreso y cumplen con la definición de diagnóstico principal, cualquiera puede ser puesta como diagnóstico principal. La *Guía Oficial para Codificación e Información, Sección II, B*, indica “Cuando hay dos a más afecciones interrelacionadas (tales como enfermedades del mismo capítulo de la ICD-9-CM o manifestaciones asociadas de manera característica con una enfermedad concreta) que reúnen la definición de diagnóstico principal, cualquiera de ellas puede secuenciarse primero, a no ser que las circunstancias del ingreso, el tratamiento realizado, la lista tabular o el índice alfabético indiquen otra cosa”. Si, por el contrario, una de las afecciones tiene claramente documentada que es la causa del ingreso, entonces esta afección debe asignarse como diagnóstico principal. Véase también el *Coding Clinic*, Segundo trimestre de 1990, página 4, para ver más ejemplos.

**Pregunta:**

¿Cuál es la asignación de código para la hernia incisional incarcerada con obstrucción intestino delgado producida por adherencias?

**Respuesta:**

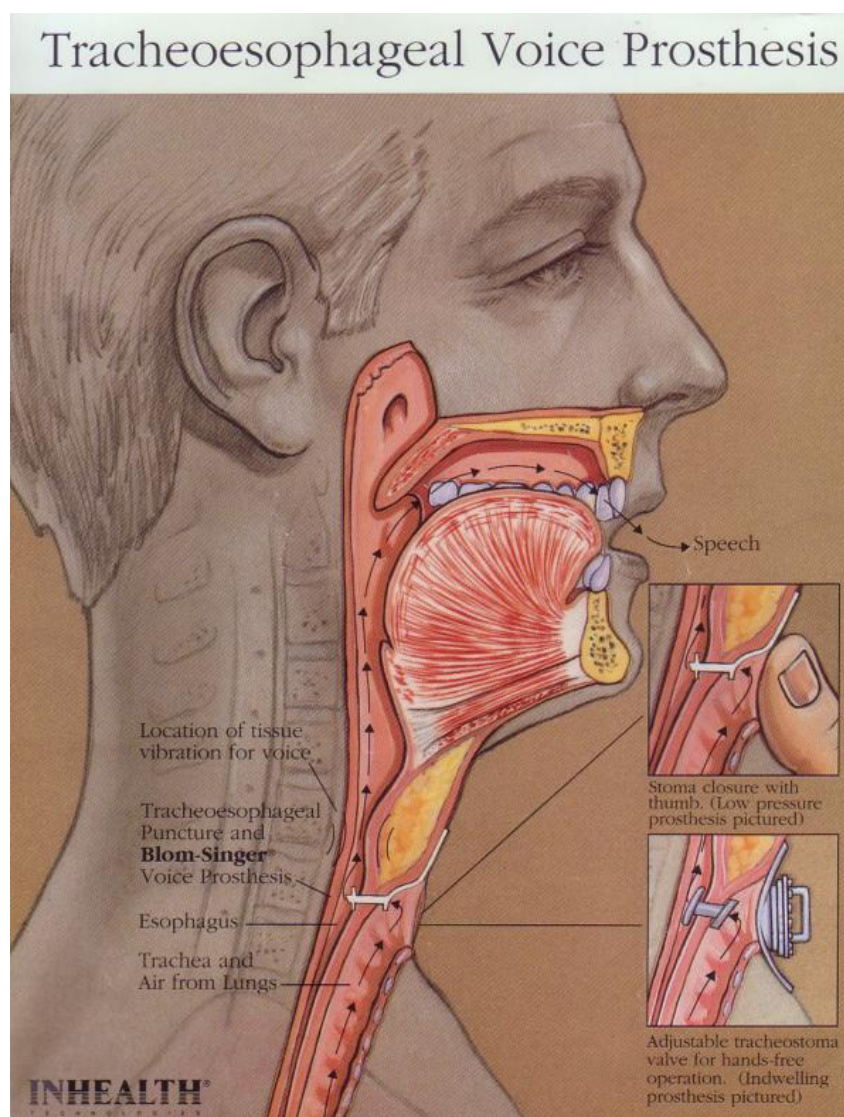
Asigne el código 552.21, Hernia incisional con obstrucción. El código puede ser localizado como sigue:

**Hernia, herniario**  
incisional  
con  
obstrucción 552.21

El código 568.0, Adherencias peritoneales (postoperatorias) (postinfección), debe asignarse como diagnóstico secundario.

**Pregunta:**

El procedimiento es definido como laringectomía total, disección selectiva 2-4 de cuello derecho, miotomía cricofaríngea y colocación de Provox (\*) primario por TEP (punción traqueoesofágica <sup>NT</sup>). La documentación del cirujano indica disección de cuello derecho en los niveles 2 a 4. No se notaron nódulos metastásicos evidentes aunque había varios nódulos palpables. Las muestras de la disección del cuello se enviaron a anatomía patológica. El cirujano procedió luego con la laringectomía total. ¿Cuál es la asignación correcta de procedimientos de la laringectomía completa con disección selectiva de cuello?

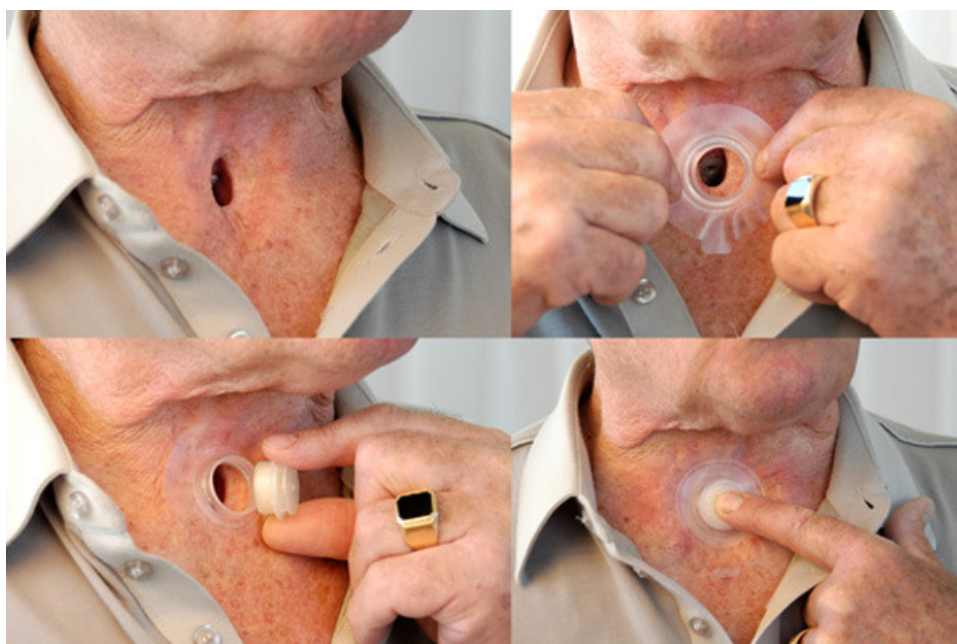


Esquema del funcionamiento de la prótesis de voz traqueoesofágica <sup>NT</sup>





Prótesis de voz traqueoesofágica Provox®<sup>NT</sup>



Colocación de la prótesis de voz traqueoesofágica Provox®<sup>NT</sup>

### Respuesta:

Asigne el código 30.3, Laringectomía completa, para la laringectomía total y el código 40.3, Escisión de nódulo linfático regional, para la disección selectiva de cuello. Es incorrecto asignar el código 30.4, Laringectomía radical, ya que el cirujano no hizo una “laringectomía radical”. La laringectomía radical se diferencia de una laringectomía total en que el procedimiento radical extirpa no sólo la laringe, sino también una amplia franja de tejido circundante alrededor de la laringe. Aunque puede suponerse una amplia disección de nódulos linfáticos con una laringectomía radical, el procedimiento radical implica mucho más que una laringectomía total con una extensa disección de ganglios. No puede ser codificado si no hay una descripción de escisión radical.

El codificador puede referenciarlo en el Índice de procedimientos como sigue:

---

### **Laringectomía**

completa 30.3

total 30.3

y

### **Escisión**

linfático

ganglio

regional (extendido) 40.3

### **Pregunta:**

Una paciente fue enviada a consultas externas de tocología para una prueba de no-estrés (\*). El orden de los diagnósticos se documentó como “prueba de no-estrés no reactiva”, sin otros signos o síntomas. El test de no-estrés realizado en el hospital fue reactivo. ¿Cuál es la asignación correcta de código para este episodio?

(\* Test de no estrés o prueba sin estrés

Una prueba sin estrés (NST) revisa el ritmo cardíaco del feto en respuesta a sus movimientos. Esta prueba dura aproximadamente de 15 a 45 minutos. No necesita ninguna preparación especial. Le colocarán sobre el abdomen (sostenido por un cinturón) un dispositivo que monitorea al feto y otro monitor, en el mismo lugar, para ver si tiene contracciones. Ninguno de los dos dispositivos representa un riesgo para la madre o el feto. Este suele estar activo y, cuando se mueve, el monitor registra el ritmo cardíaco que tienen como respuesta al movimiento. Si el feto está sano, su ritmo cardíaco aumentará cuando se mueva y permanecerá estable cuando descanse. Con frecuencia, se acompaña de una ecografía.<sup>NT</sup>

### **Respuesta:**

Pregunte al médico acerca del motivo o indicación de la prueba, ya que una prueba de no-estrés normalmente no forma parte del examen antenatal rutinario. Si no hay disponible más información, asigne el código V72.85, Otro examen especificado, para este episodio. Puede asignarse un código adicional para identificar el estado del embarazo. Por ejemplo, podrían ser adecuados los códigos de la categoría V22, Embarazo normal, o códigos de la categoría V23, Supervisión de embarazo de alto riesgo.

### **Pregunta:**

Se trata de un niño de 3 años de edad con estado de retirada de tubo de gastrostomía tras 6 meses de no usarse. El médico documenta “Dado el fracaso en el cierre en el sitio del tubo de gastrostomía pasadas las 2 semanas, el paciente es trasladado al servicio de cirugía general pediátrica para evaluación del lugar del tubo y el posible cierre de la fístula gastrocutánea”. El cirujano llevó a cabo el cierre de la fístula gastrocutánea. ¿Cuál es el diagnóstico principal?

### **Respuesta:**

Asigne el código 5734.7, Fístula de estómago o duodeno, para la fístula gastrocutánea. Aproximadamente el 10% de los pacientes requieren cierre quirúrgico de la fístula gastrocutánea debido al fracaso de cierre espontáneo del lugar del tubo de gastrostomía. Esto no debería ser considerado una complicación quirúrgica.

---

**Pregunta:**

¿Qué código se informa en un episodio para una vacuna combinada múltiple si la combinación no está incluida en la categoría V06, Necesidad de vacunación e inoculación profiláctica contra combinaciones de enfermedades?

**Respuesta:**

Asigne el código V06.8, Necesidad de vacunación e inoculación profiláctica contra combinaciones de enfermedades, Otras combinaciones.

**Pregunta:**

¿Debería informarse el código V10.3, Historia personal de neoplasia maligna, Mama, para una historia de carcinoma ductal in situ de mama?

**Respuesta:**

No, el código V10.3 no es correcto. Asigne el código V13.8, Historia personal de otras enfermedades, otra especificada, para la historia de carcinoma ductal in situ. No es correcto asignar el código V10.3, Historia personal de neoplasia maligna de mama, ya que el carcinoma ductal in situ (código 233.0) no está clasificado como neoplasia primaria. El código V10.3 está reservado a la historia personal de neoplasia de mama “primaria” para afecciones clasificables entre 174 y 175, tal como indica la nota de inclusión bajo el V10.3.

**Pregunta:**

Un paciente de 50 años fue dado de alta recientemente del hospital con diagnóstico de sepsis debida a origen urinario. Desde que fue dado de alta, desarrolló náusea, vómito, disuria, fiebre, olor fétido de orina y dolor abdominal y fue reingresado para tratamiento de estas afecciones. El paciente tiene estado postcolostomía y urostomía y el médico en el diagnóstico final indica sepsis secundaria a origen urinario (esto es, infección del tracto urinario). Se le preguntó si la infección del tracto urinario (ITU) estaba relacionada con la urostomía. El médico documentó “ITU debida a mala técnica/higiene en el autosondaje, estado de urostomía”. ¿Cómo debería codificarse una ITU debida a mala técnica/higiene del autosondaje? ¿Es correcto el código 996.64, Infección y reacción inflamatoria debida a dispositivo, implante e injerto protésico interno, debida a catéter urinario permanente?

**Respuesta:**

Asigne el código 997.5, Complicación urinaria, para la ITU asociada a urostomía, resultante de mala técnica/higiene de autosondaje. Este código incluye las afecciones asociadas a estoma externo del tracto urinario. Asigne también el código 599.0, Infección del tracto urinario, sitio no especificado. El indicador POA “Y” aclarará si la afección estaba presente en el momento del ingreso y no ha sido adquirida en el hospital. Adicionalmente, no es correcto el código 996.64, Infección y reacción inflamatoria debida a dispositivo, implante e injerto protésico interno, debida a catéter urinario permanente, ya que una urostomía no es un catéter permanente. Una urostomía es una apertura creada quirúrgicamente en la pared abdominal que dirige la orina y la permite fluir fuera del organismo.



---

**Pregunta:**

A una paciente en estado de postparto vaginal, en el segundo día postparto se le encuentra una compresa retenida que fue expulsada de la vagina mientras la paciente estaba orinando. El Coding Clinic, Primer trimestre de 2009, página 18 (página 16 de la versión traducida<sup>NT</sup>) proporciona un ejemplo de un cuerpo extraño tras procedimiento quirúrgico donde se implicaba una incisión. Los codificadores se preguntan si una compresa retenida tras un parto vaginal podría codificarse de forma diferente ya que no es una cavidad cerrada. ¿Debería ser informada la compresa como un cuerpo extraño retenido?

**Respuesta:**

Sí, ponga el código 998.4, Cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento. Este consejo se basa en las directivas del National Quality Forum (NQF) que indican que debe ser informada la retención no intencionada de un cuerpo extraño en un paciente tras cirugía u otro procedimiento. La incidencia de una retención de cualquier objeto en cualquier punto tras el final de la cirugía debe ser recogida independientemente de que el lugar o el objeto se extraigan.

**Pregunta:**

Un paciente recibió un trasplante de órgano de donante que se declaró en muerte cerebral, pero sostenido con vida para extracción del órgano. ¿Cuál es el código de procedimiento para identificar el origen del donante? ¿Debería considerarse un trasplante de cadáver o un trasplante de un donante vivo no relacionado?

**Respuesta:**

Asigne el código 00.92, Trasplante de donante vivo no relacionado.

**Pregunta:**

El paciente es un niño de 5 años de edad con leucemia linfoblástica aguda (LLA) en recidiva tras trasplante de médula ósea alogénico con HLA compatible, que fue ingresado para quimioterapia programada. Puesto que el paciente recayó tras el trasplante de médula ósea, ¿debería codificarse como una complicación?

**Respuesta:**

No, no asigne el código 996.85, Complicación de órgano trasplantado, médula ósea, como diagnóstico secundario. Asigne el código V58.11, Contacto o ingreso para quimioterapia, como diagnóstico principal. Deben asignarse los códigos 204.02, Leucemia linfocítica, aguda, en recidiva, y V42.81, Órgano o tejido reemplazado por trasplante, médula ósea, como secundarios. Asigne el código 99.25, Inyección o infusión de sustancia quimioterapia para cáncer, para el procedimiento.

Algunos pacientes experimentan fallo en el trasplante de células madre hematopoyéticas/médula ósea debido a recaída de la enfermedad o a toxicidad relacionada con el tratamiento. La ICD-9-CM no clasifica los pacientes que desarrollan recurrencia o recaída de una neoplasia maligna hematopoyética o linfática como una complicación del trasplante. Los problemas directamente relacionados con el tratamiento que incluyen, aunque no sólo, la enfermedad

---

injerto versus huésped, rechazo al injerto, infecciones y complicaciones gastrointestinales y hepáticas son codificadas como complicaciones.

**Pregunta:**

La paciente es una mujer de 81 años que se presenta en el departamento de urgencias en coma tras haber sufrido una gran hemorragia intraventricular debida a hipertensión. Mientras recibía tratamiento paliativo en el hospital, la paciente solicitó el “no resucitar” (DNT) debido a su mal pronóstico y falleció ¿Es correcto codificar el coma como diagnóstico secundario junto con la hemorragia intraventricular?

**Respuesta:**

Sí, es correcto asignar un código adicional para el coma. Asigne el 431, Hemorragia intracerebral, como diagnóstico principal. Los códigos 780.01, Coma, 401.9, Hipertensión esencial, no especificada, V66.7, Contacto para cuidados paliativos, y V49.86, Estado de no resucitar, deben asignarse como diagnósticos secundarios. El coma no es inherente a la hemorragia intracerebral. Asignando códigos para la hemorragia intraventricular y el coma se proporciona información acerca de la gravedad de la afección del paciente.

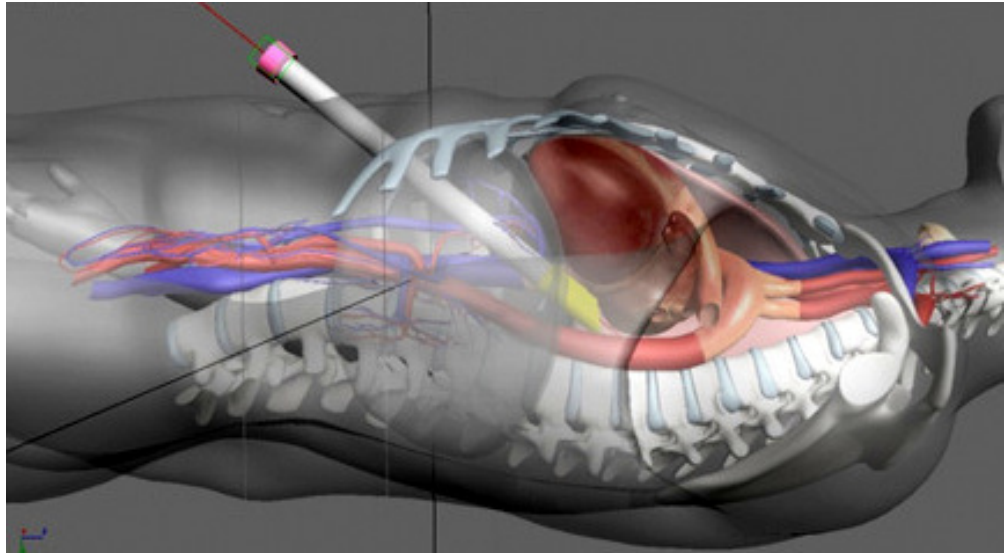
**Pregunta:**

El paciente es un hombre de 61 años que está gravemente sintomático con fibrilación auricular de larga duración que ya se ha convertido en fibrilación auricular crónica persistente, sintomática, con disnea al esfuerzo y agotamiento. Es ingresado para realizarle un procedimiento de laberinto epicárdico por radiofrecuencia mínimamente invasivo asistido por pericardioscopia (procedimiento convergente) para tratar su fibrilación auricular persistente. Se realizó una incisión transversa en la línea media para permitir la exploración digital del peritoneo. Se introdujeron los puertos laparoscópicos por la izquierda y la derecha y entraron en la cavidad peritoneal. Se introdujo una gran cánula pericárdica en el pericardio posterior. Luego se usó un terminal de radiofrecuencia monopolar para crear una serie de lesiones auriculares posteriores extendiéndose interior y posteriormente por las venas pulmonares izquierdas superior e inferior.

Los códigos 37.33, Escisión o destrucción de otra lesión o tejido del corazón, abordaje abierto, 37.34, Escisión o destrucción de otra lesión o tejido cardiaco, abordaje endovascular, y 37.37, Escisión o destrucción de otra lesión o tejido cardiaco, abordaje toracoscópico, no nos parecen adecuados ya que estos procedimientos parecen ser realizados laparoscópicamente. ¿Cuál es el procedimiento adecuado para el procedimiento de laberinto epicárdico por radiofrecuencia mínimamente invasivo asistido por pericardioscopia?

**Respuesta:**

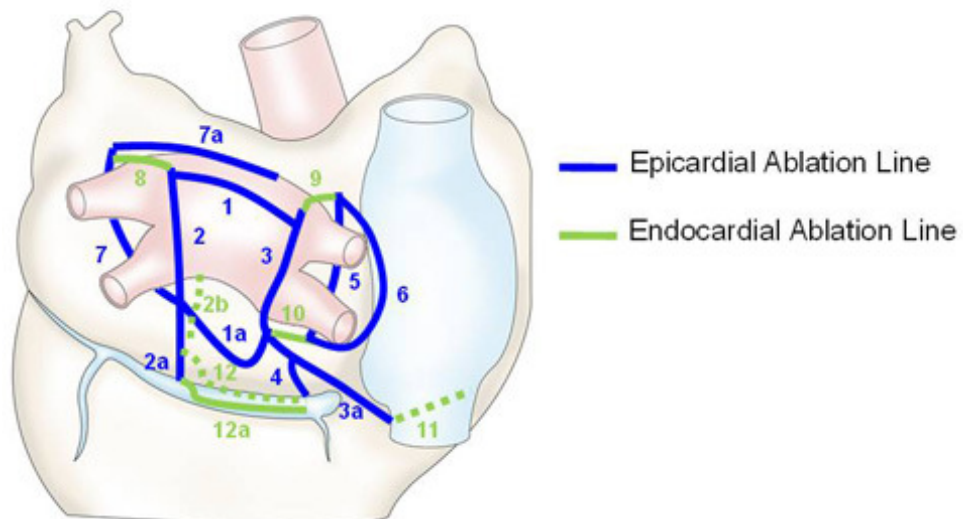
Asigne el código 37.37, Escisión o destrucción de otra lesión o tejido cardiaco, abordaje toracoscópico, para el procedimiento de laberinto epicárdico por radiofrecuencia mínimamente invasivo asistido por pericardioscopia. Durante el procedimiento, el cirujano entra a través del tórax.



Abordaje para cardioscopia transdiafragmática <sup>NT</sup>

Se realiza una incisión subxifoidea de 2 cm y se penetra en el espacio pericárdico a través del tendón central del diafragma usando técnicas laparoscópicas convencionales.

### Convergent Procedure Lesion Pattern



Procedimiento convergente para procedimiento del laberinto epicárdico <sup>NT</sup>

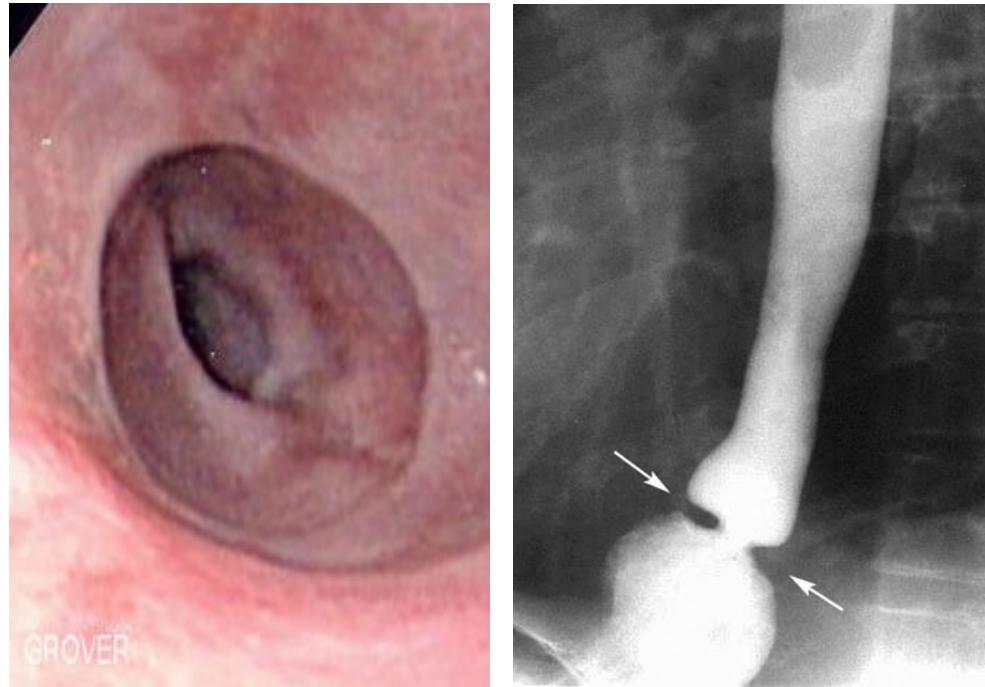
#### Pregunta:

Hemos visto casos donde en hallazgos endoscópicos gastrointestinales se ha definido como anillo de Shatzky en adultos mayores de 50 años. El Índice alfabético de la ICD-9-CM indica por defecto el código 750.3, Fístula traqueoesofágica, atresia esofágica y estenosis, que describe una anomalía congénita. Hablando con los gastroenterólogos nos dicen que esta afección se encuentra en adultos y que es una afección adquirida. ¿Debe preguntarse a los médicos para aclarar cuando la afección no está especificada como adquirida o congénita?

---

### Respuesta:

En el caso de un anillo de Shazky diagnosticado por primera vez en un adulto sin más documentación adicional de si la afección es congénita o adquirida, pregunte al médico para aclararlo. Si el médico determina que la afección es adquirida, asigne el código 530.3, Estrechamiento o estenosis de esófago. Si el médico no puede determinar si la afección es congénita o adquirida, en la ICD-9-CM por defecto es congénita. Sin embargo el anillo de Shazky puede ser una afección declarable si cumple la definición de diagnóstico secundario, de tal manera que debe ser clínicamente significativo o sintomático. En muchos casos, cuando se encuentra un anillo de Shazky, es un hallazgo accidental.



Esofagoscopia y radiología de anillos de Shazky <sup>NT</sup>

---

## Aclaraciones

### Diagnósticos dudosos (“borderline”)

#### Pregunta:

Los codificadores están confusos sobre la codificación correcta de los diagnósticos “dudosos”. El consejo publicado en *Coding Clinic*, Primer trimestre de 2011, páginas 9-10 (página 10 de la versión traducida <sup>NT</sup>) parece ser contradictorio. Este instruye a los codificadores a asignar el código 416.8, Otra enfermedad cardiopulmonar crónica, para una hipertensión pulmonar dudosa como si ésta fuera confirmada. Sin embargo un diagnóstico de diabetes dudosa sin más confirmación de la enfermedad se asigna como 790.20, Glucemia anormal.

¿Debería codificarse el 793.2, Hallazgos no específicos (anormales) en exámenes radiológicos y de otros exámenes de estructuras del cuerpo, Otro órgano intratorácico, para un diagnóstico de “hipertensión pulmonar dudosa”, o todos los diagnósticos dudosos necesitarían aclaración por parte del médico a fin de que se informe del código correcto?

#### Respuesta:

Los diagnósticos dudosos se codifican como si estuvieran confirmados a no ser que la clasificación proporcione una entrada específica (ej. diabetes dudosa). Si una afección dudosa tiene una entrada específica en el índice de la ICD-9-CM, debe codificarse como tal. Ya que las afecciones dudosas no son diagnósticos inciertos, no deben hacerse distinciones entre espacios para cuidados (ingresado versus ambulatorio). Mientras que la documentación nos sea clara acerca de la afección dudosa, se anima a los codificadores a preguntar para aclararlo.



---

## Correcciones

### **Trombosis venosa profunda subaguda**

El *Coding Clinic*, Primer trimestre de 2011, página 21 (página 20 de la versión traducida <sup>NT</sup>), aconseja la asignación el código 453.9, Embolia y trombosis venosas agudas de otras venas especificadas, de sitio no especificado, para una trombosis venosa profunda subaguda (DVT). Sin embargo, el código 453.40, Embolia y trombosis venosas agudas de vasos profundos no especificados de la extremidad inferior, es el diagnóstico por defecto cuando “Trombosis, vena, profunda” es referenciada en el Índice.

### **Catéter central insertado periféricamente coagulado**

El *Coding Clinic*, Segundo trimestre de 2011, página 4-5 (página 3 de la versión traducida <sup>NT</sup>) contiene un error. La respuesta debería ser 996.74, Otra complicación de dispositivo protésico, implante e injerto interno (biológico)(sintético), Debido a otro dispositivo protésico, implante o injerto vascular, en lugar del código 996.1, para un catéter central coagulado. El trombo (coágulo) es un término de inclusión bajo la subcategoría 996.7.

---

## Noticias

### Pregunta:

El paciente fue trasladado a un hospital de larga estancia tras una extensa hospitalización por sepsis y fallo respiratorio agudo. Se trasladó para tratamiento antibiótico intravenoso y de sus múltiples problemas médicos incluyendo la sepsis por estafilococo coagulasa-negativo resuelta y el fallo respiratorio. Puesto que la sepsis está resuelta, ¿sería correcto codificar la sepsis como diagnóstico principal? La *Guía Oficial para Codificación e información de la ICD-9-CM* no aborda este caso.

### Respuesta:

El Comité editorial de Coding Clinic es consciente del tipo de problemas con la documentación referente a pacientes trasladados a hospitales de larga estancia con diagnóstico de sepsis. Los médicos consultores que revisan estos casos no están de acuerdo con que estos pacientes sean verdaderamente sépticos ya que no tienen indicadores clínicos. Si la documentación no especifica si el paciente está aún con sepsis, pregunte al médico para aclararlo. Los servicios deben trabajar con el médico para mejorar la documentación y abordar estos casos. Por favor vea el Cuatro trimestre de 2003 de *Coding Clinic*, páginas 102-103 (página 93 de la versión traducida <sup>NT</sup>) para una información adicional acerca de la codificación e información en hospitales de larga estancia.

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.