
AHA

Coding Clinic™

for ICD-9-CM

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

Volumen 28
Número 2

Segundo Trimestre
2011

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 4 de junio de 2011 (sólo en USA^{NT})

En este número

Pregunte al editor
Aclaraciones

Pregunte al Editor

Pregunta:

¿Es todavía válido el concepto de procedimiento principal a afectos de codificación?

Respuesta:

El procedimiento principal es un dato estándar en el Conjunto de Datos Uniformes al Alta del Hospital (UHDDS) (equivalente a nuestro CMBD^{NT}) y en la hoja de reclamación uniforme (en inglés “uniform claim” que sirve para solicitar una determinada asistencia sanitaria al seguro de salud^{NT}). El procedimiento principal es más bien el que se realizó en el tratamiento definitivo, que los que se realizaron para diagnóstico o exploración, o fue necesario para tratar una complicación. Si dos procedimientos parecen reunir esta definición, el más relacionado con el diagnóstico debe ser seleccionado como procedimiento principal.

Observe que la información previamente publicada en *Coding Clinic*, Cuarto trimestre de 1990, páginas 5 y 6, acerca de las necesidades de información sobre el pago para el procedimiento principal, no forma parte del UDDS.

Pregunta:

Un hombre con historia de diabetes, hipertensión y enfermedad renal crónica, y en profilaxis para la trombosis venosa profunda, es ingresado por dermatitis. Se consultó con Dermatología y creyeron que era una lipodermatoesclerosis y liquen simple crónico y podría ser también una sobreinfección impetiginosa. Los diagnósticos finales fueron documentados como lipodermatoesclerosis y liquen simple crónico. ¿Cuál es la asignación de código correcta para la lipodermatoesclerosis?

Respuesta:

Asigne el código 729.39, Paniculitis, no especificada, Otro sitio, para la lipodermatoesclerosis. Codifique también el liquen simple crónico, así como cualquier otra afección asociada, tal como insuficiencia venosa.

La lipodermatoesclerosis, también referida como *hypodermitis sclerodermiformis* y paniculitis esclerosante, es una forma de paniculitis que afecta la piel por encima de los tobillos. La afección está caracterizada por una piel muy lisa por encima del tobillo que se vuelve decolorada, delgada y dolorosa. Puede ser tanto aguda como crónica y los pacientes con problemas venosos crónicos (insuficiencia venosa o éstasis venosa) y restricción del flujo sanguíneo están a menudo afectados.



Lipodermatoesclerosis en insuficiencia venosa crónica ^{NT}

Pregunta:

El paciente se presenta en la clínica para probar la permeabilidad del catéter venoso central insertado (PICC o PIC), ya que se sospechaba que podría estar coagulado. El médico probó la permeabilidad del mismo limpiándolo con suero salino y encontró que funcionaba correctamente. Los codificadores están asignando el código de complicación mecánica cuando sólo se necesita un lavado. ¿Cuál es la asignación correcta de códigos para este episodio?

Respuesta:

Asigne el código V71.89, Observación y evaluación de otras afecciones sospechadas especificadas, como diagnóstico principal ya que se sospechó un problema con el catéter venoso central, pero no se encontró ningún problema o complicación. Debe asignarse también el código V58.81, Prueba u ajuste de catéter vascular, como diagnóstico secundario. Los cuidados posteriores que implican el purgado y/o limpiado rutinarios están incluidos en este código.

Pregunta:

Un niño de cinco fue ingresado para quimioterapia. Se descubrió que tenía coagulado el catéter venoso central. Necesitaba una vía de acceso central para completar la quimioterapia de una leucemia linfocítica aguda. El catéter fue permeabilizado con Alteplase (activador del plasminógeno tisular ^{NT}) que fue inyectado a través del mismo. Esto disolvió el bloqueo y el catéter pudo usarse de nuevo. ¿Cómo debería ser codificado este caso?

Respuesta:

Asigne el código V58.11, Contacto para quimioterapia antineoplásica, como diagnóstico principal. Asigne los códigos 204.00, Leucemia linfocítica, Aguda, Sin mención de remisión, para la leucemia, y 996.1, Complicación mecánica de otro dispositivo vascular, implante e injerto, para el catéter coagulado, como diagnósticos secundarios. Asigne el código 99.25, Inyección o infusión de sustancia quimioterápica para cáncer, y el código 9910, Inyección o infusión de agente trombolítico, para los procedimientos.

Pregunta:

Un varón de 13 años, que ha tenido una historia de crisis de ausencia desde los 7 años, es ingresado con episodios semejantes a ausencias que habían ocurrido durante los dos meses anteriores. Tenía una historia de trastorno por estrés postraumático y trastorno de hiperactividad con déficit de atención. Había experimentado varios factores emocionales estresantes que parecían hacer más graves estos episodios que eran parecidos a convulsiones. Mientras estaba hospitalizado, fue sometido a un estudio neurológico completo que fue negativo para trastornos convulsivos. Fue sometido a evaluación psiquiátrica y diagnosticado de trastorno de conversión con pseudoconvulsiones. El paciente se fue da alta con instrucciones de consejos psiquiátricos para el seguimiento ambulatorio. El médico anotó los siguientes diagnósticos al alta: trastorno de conversión con pseudoconvulsiones, trastorno de estrés postraumático, trastorno de conducta, trastorno de hiperactividad con déficit de atención y trastorno de ansiedad generalizado. ¿Debería asignarse el código 300.11, Trastorno de conversión, o el código 780.39, Otras convulsiones. Como diagnóstico principal ya que las pseudoconvulsiones eran el motivo del ingreso y fue un ingreso médico y no psiquiátrico?

Respuesta:

Asigne el código 300.11, Trastorno de conversión, como diagnóstico principal, ya que fue la afección establecida tras el estudio que era la principal responsable del ingreso. El código 780.39, Otras convulsiones, debería asignarse para

proporcionar más detalle sobre la afección del paciente, ya que las convulsiones no están siempre asociadas con un trastorno de conversión. Un trastorno de conversión puede manifestarse de muy distintas formas. Asigne los códigos 314.01, Trastorno por déficit de atención, con hiperactividad, 309.81, Trastorno de estrés postraumático, 312.9, Trastorno de conducta no especificado, y 300.00, Estado de ansiedad, no especificado, como diagnósticos secundarios.

Pregunta:

Un hombre de 40 años en estado terminal de enfermedad renal debido a anomalía congénita del tracto urinario, es sometido a trasplante renal de donante fallecido. Ya que tanto el paciente como el donante son positivos para citomegalovirus (CMV), el paciente tenía un riesgo intermedio de reactivación del CMV. En el postoperatorio tuvo una hiperkaliemia grave persistente que necesitó hemodiálisis. Experimentó también un retraso en el funcionamiento del injerto y se informó que necesitó más sesiones de diálisis. ¿Qué diagnóstico de la ICD-9-CM debería asignarse para el retraso en la función del injerto tras el trasplante? ¿Debe codificarse la infección por citomegalovirus?

Respuesta:

Asigne el código 585.6, Enfermedad renal en estado terminal, como diagnóstico principal. Asigne los códigos 753.9, Anomalía del aparato urinario no especificada, y 276.7, Hiperpotasemia, como diagnósticos secundarios. El código 996.81, Complicación de órgano trasplantado, riñón, debe ser igualmente asignado para la función retardada del injerto. No asigne un código para el citomegalovirus ya que éste no ha sido reactivado.

Para los procedimientos, asigne los códigos 55.69, Otro trasplante de riñón, y el código 00.93, Trasplante de cadáver. Asigne también el código 39.95, Hemodiálisis.

Pregunta:

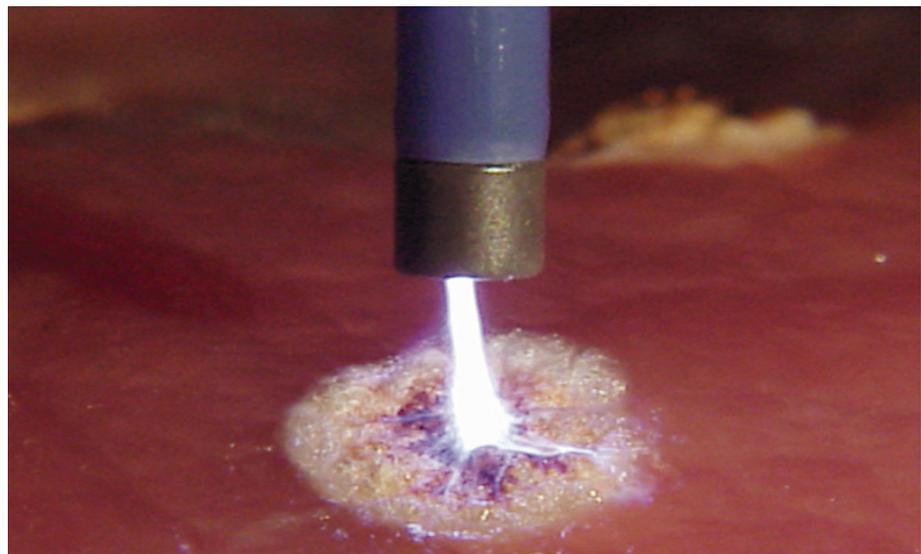
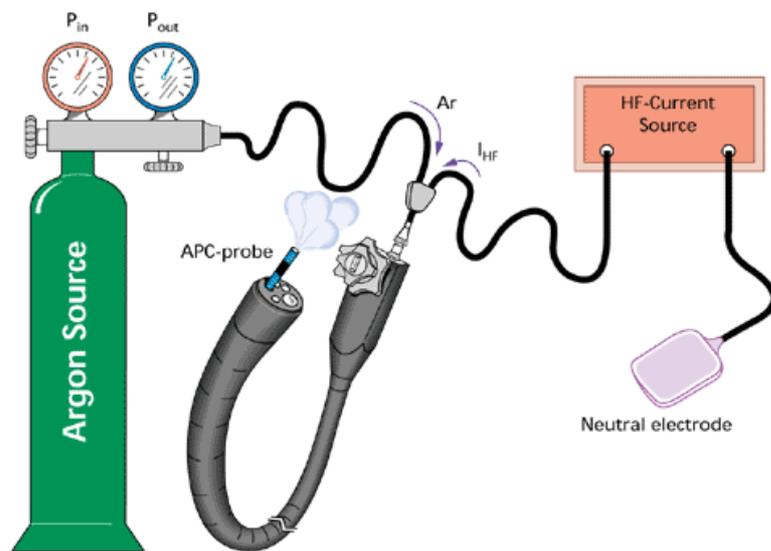
El paciente es un hombre de 69 años de edad que ha estado sangrando de una malformación arteriovenosa de duodeno y yeyuno. Se le hizo una enteroscopia de doble balón (*) con coagulación con plasma de argón (**) de las lesiones tanto del duodeno como del yeyuno. ¿Cómo debería codificarse este procedimiento?

(*) La enteroscopia de doble balón consiste en la introducción, por vía oral o anal, de un endoscopio más largo y delgado que los tubos normales junto a un sobretubo, ambos con un sistema de balones inflables, que posibilitan ir enhebrando el intestino para alcanzar toda su extensión y permitir así la observación y tratamiento de esta sección del tubo digestivo. ^{NT}

(**) La coagulación mediante plasma de argón consiste en el uso de gas argón ionizado (plasma) que es dirigido mediante una sonda pasada por un endoscopio. Esta se coloca a cierta distancia de la lesión sangrante. Se emite el argón ionizado por una descarga de alto voltaje (aprox. 6 kV). La corriente eléctrica es conducida por el chorro de gas, dando como resultado la coagulación de la lesión sangrante en el extremo del chorro. ^{NT}



Enteroscopio de doble balón ^{NT}



Electrocoagulación con plasma de argón ^{NT}

Respuesta:

Asigne el código 45.30, Escisión y destrucción endoscópica de duodeno, y 45.34, Otra destrucción de lesión de tejido de intestino delgado, excepto duodeno, para la coagulación con plasma de argón de duodeno y yeyuno.

Pregunta:

¿Cuál es el código correcto para el uso de marihuana con motivos médicos?

Respuesta:

Asigne el código V58.69, Uso de otro medicamento (larga duración), para la marihuana tomada con motivos médicos. No hay un código para identificar específicamente la marihuana como medicamento. No deben asignarse los códigos 305.2x, Abuso de drogas sin dependencia, abuso de cannabis. El uso de marihuana en este caso no debería estar considerado un abuso de drogas ya que el médico la ha prescrito con motivos médicos. Mientras no esté autorizado bajo un estatuto federal, algunos estados han promulgado leyes que permiten el uso médico de la marihuana. Esto tiene únicamente la intención de ser una recomendación para la codificación, y no debe ser tomado como un comentario de aprobación acerca de la utilidad o legalidad del uso médico de la marihuana.

Pregunta:

Un paciente con fallo respiratorio crónico fue ingresado con fallo respiratorio agudo. El médico notó una sustancia parecida a un moho negro en el lugar de la inserción de catéter central (PICC). No se hicieron cultivos de la punta del catéter, pero éste se extrajo y sustituido por uno nuevo. Los hemocultivos fueron positivos para el *Staphylococcus epidermidis*. Al médico se le preguntó si el paciente había desarrollado una infección debida al catéter central. En el diagnóstico final indica “probable bacteriemia debida a catéter venoso central. ¿Cuáles son las asignaciones de códigos para este ingreso?

Respuesta:

Asigne el código 518.84, Fallo respiratorio agudo y crónico. Como diagnósticos secundarios deben asignarse los códigos 999.31, Infección debida a catéter venoso central, 790.7, Bacteriemia, y 041.19, Otro *Staphylococcus*.

Pregunta:

¿Cuál es el código correcto para el desgarro del disco intervertebral T10-11

Respuesta:

Asigne el código 722.51, Degeneración de disco intervertebral torácico o lumbar, para el desgarro del disco T10-11, independientemente de que la rotura esté documentada como traumática o no traumática.

Pregunta:

Existe confusión entre los codificadores acerca de si el código 996.74, Otra complicación de dispositivo, implante e injerto protésico interno (biológico) (sintético), debido a otro dispositivo, implante o injerto vascular, describe adecuadamente la trombosis de un injerto de bypass femoropoplíteo. Algunos codificadores están en desacuerdo, afirmando que el 996.74 no describe el lugar de la trombosis, por lo que debería añadirse el código 444.22, Embolia y trombosis arterial, extremidad inferior, como diagnóstico secundario para especificar más la complicación del injerto. ¿Cuál es la asignación correcta de códigos para la trombosis del injerto de bypass femoropoplíteo?

Respuesta:

Asigne el código 996.74, Otra complicación de dispositivo protésico interno (biológico) (sintético), debido a otro dispositivo, implante o injerto vascular, con el código 444.22, Embolia y trombosis arterial, extremidad inferior, para un diagnóstico definido como trombosis de injerto arterial femoropoplíteo, a fin de describir completamente la afección. La nota de instrucción de la subcategoría 996.7, Otra complicación de dispositivo protésico interno (biológico) (sintético), indica al codificador “Usar código adicional para identificar la complicación, tal como... embolia y trombosis venosa.

Pregunta:

Un paciente tiene pólipos extraídos del colon descendente y de la unión rectosigmoidea, lo que el médico documentó como adenomas tubulares en su diagnóstico al alta. ¿Cuáles son los códigos de diagnósticos para el adenoma tubular de estos dos lugares separados?

Respuesta:

Asigne el código 211.3, Neoplasia benigna de otras partes del colon, para el adenoma tubular de colon descendente, y el código 211.4, Neoplasia benigna de recto y canal anal, para el adenoma tubular de la unión rectosigmoidea.

Neoplasia

intestino, intestinal
colon

descendente 211.3

Neoplasia

rectosigmoide (colon) (unión) 211.4

Pregunta:

Este paciente se presenta con estenosis vertebral y claudicación neurogénica progresiva en L4-L5 y L5-S1. Es sometido a laminectomía de descompresión por microcirugía, colocación de dispositivo de estabilización dinámica Dynesys® con fusión vertebral lateral y recolección de médula ósea autóloga. La médula ósea fue aspirada y mezclada con un relleno de hueso CopiOs™. Esta mezcla fue combinada con hueso molido y usada en la fusión lateral de L4-L5 y L5-S1. ¿Cómo debe ser codificado este caso?



Dispositivo Dynesys para estabilización vertebral ^{NT}
(para más información ver Coding Clinic del 1er trimestre de 2007 ^{NT})



El relleno de hueso CopiOs TM es un injerto óseo de material sintético con un nivel óptimo de pH para la cura del hueso y una abundante cantidad localizada de iones minerales solubles para favorecer la formación de hueso. Las partículas de colágeno liofilizado mineralizado se presenta en discos de polvo comprimido en varios tamaños. ^{NT}

Respuesta:

Asigne el código 724.03, Estenosis vertebral, Otra no cervical, Región lumbar, con claudicación neurogénica, como diagnóstico principal. Asigne los códigos 88.82, Inserción o sustitución de dispositivo de estabilización dinámica basado en los pedículos, para la inserción del dispositivo de estabilización Dynesys ®. Puesto que la fusión se ha realizado, asigne el código 81.07, Fusión lumbar y lumbosacra, apófisis transversas, para la fusión de lateral. Adicionalmente, asigne los códigos 03.09, Otra exploración y descompresión del canal vertebral, para la laminectomía descompresiva, 81.62, Fusión o refusión de 2-3 vértebras, para

indicar el número total de vertebrae fusionadas, y 41.98, Otras operaciones de médula ósea, para la aspiración de médula ósea autóloga usada en la fusión lateral. Estudios realizados han indicado que la fusión vertebral usando compuestos de matrices celulares enriquecidas en células derivadas de médula ósea puede mejorar el resultado del injerto óseo.

El código 41.91, Aspiración de médula ósea de donante para trasplante, no es correcto ya que esto no fue un trasplante de médula ósea.

Pregunta:

¿Cuál es la asignación de código de procedimiento correcta para la reparación anterior de cistocele con malla y la reparación posterior de rectocele sin malla?. ¿Se podrían poner dos códigos (70.54 y 70.52) para identificar que una reparación fue realizada con injerto y la otra sin injerto? o ¿se podría poner un código (70.53) para describir completamente la reparación anterior con malla y la reparación posterior?

Respuesta:

Asigne los códigos 70.52, Reparación de rectocele, y 70.54, Reparación de cistocele con malla, para la reparación anterior de cistocele con malla y la reparación posterior de rectocele.

Pregunta:

El médico documenta: “embolización empírica de arteria gastroduodenal con espirales empujables” como tratamiento para el sangrado de bulbo duodenal. ¿Cuál es la asignación de código de procedimiento correcta?

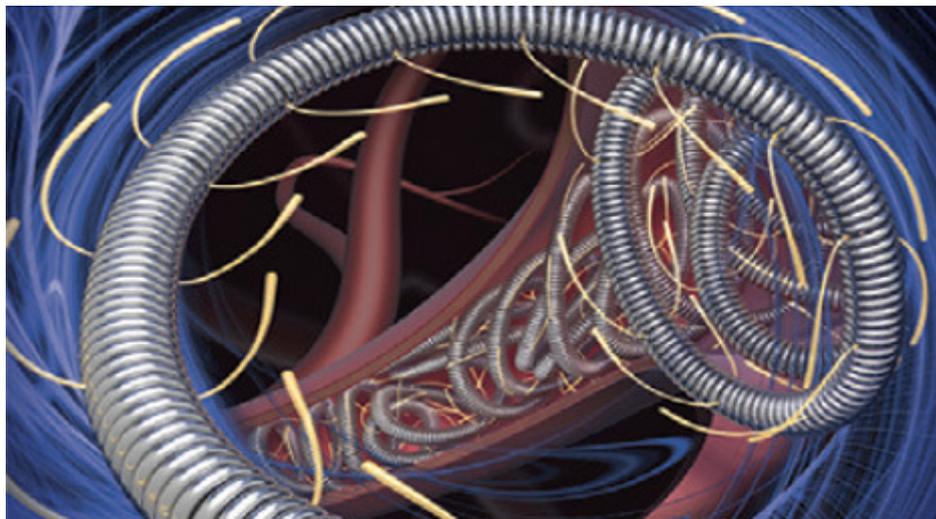


Imagen del dispositivo espiral para embolización Concerto® NT

El sistema de oclusión vascular está constituido por un microespiral de oclusión empujable de estructura helicoidal preformada (hecho de una aleación de platino y de fibras sintéticas) y la guía posicionadora del espiral (dotada de dos marcas radioopacas en su extremo, espaciadas 3 cm entre sí). El espiral de oclusión empujable está diseñado para ser utilizados bajo fluoroscopia con microcatéteres cuyo diámetro interior mínimo sea 0,021” (0,5 mm).^{NT}

Respuesta:

Asigne el código 44.44, Embolización transcatéter para sangrado gástrico o duodenal, para la embolización empírica de la arteria gastroduodenal.

Pregunta:

El paciente es diagnosticado de absceso/infección de tejido blando necrotizado de nalga izquierda. El médico llevó a cabo un desbridamiento escisional de piel y tejido subcutáneo. Documentó la siguiente descripción operatoria: “Primero localicé el lugar de drenaje del absceso mediante una incisión y la continué por el tejido subcutáneo con electrocauterio. El tejido se apreciaba que se estaba en proceso de licuación y que no era viable. La herida (8cm de ancho por 4 de largo y 2.5 de profundidad) fue escindida ampliamente. Se hizo un sondaje de la herida para romper las pequeñas cavidades del absceso que fue así mismo fue puesto a plano”. ¿Cuál es la asignación correcta de código para el procedimiento?

Respuesta:

Asigne el código 86.22, Desbridamiento escisional de herida, infección o quemadura. Aunque el médico hizo una incisión de la herida para romper las cavidades del absceso, esto debería considerarse integrado en el procedimiento definitivo, desbridamiento escisional.

Pregunta:

Un paciente fue ingresado y se le hizo una amplia escisión de un tumor de mediastino con el diagnóstico preoperatorio de teratoma o timoma. Sin embargo el médico indicó en el diagnóstico al alta un bocio mediastínico basado en los hallazgos del informe anatomopatológico. ¿Debería asignarse el código 34.3, Escisión o destrucción de lesión o tejido de mediastino, o el código 06.51, Tiroidectomía parcial subesternal, para el procedimiento realizado?

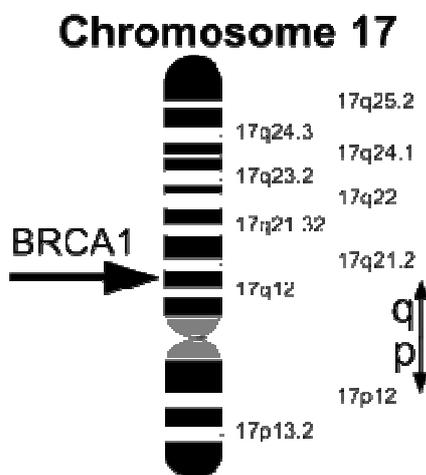
Respuesta:

Asigne el código 34.3, Escisión o destrucción de lesión o tejido de mediastino, para el procedimiento. Basado en la documentación recibida, el procedimiento realizado no fue una tiroidectomía. El cirujano extirpó tejido ectópico así como una masa que se demostró que era tejido tiroideo. Esencialmente es un bocio que se ha extendido hacia el mediastino. La asignación del código de procedimiento está basada en la cirugía realizada y no en los hallazgos del informe anatomopatológico.

Pregunta:

Una mujer de 63 años con historia de carcinoma de mama izquierda tratada con lumpectomía de mama izquierda y radioterapia fue diagnosticada recientemente de mutación genética BRCA 1 (*). La paciente es ingresada en este momento para mastectomía bilateral profiláctica, colgajo del dorsal ancho y colocación de expansor de tejido, así como reconstrucción. Ya que la paciente tiene historia personal de cáncer de mama, debería considerarse la mastectomía bilateral como profiláctica o terapéutica? ¿Cómo debería codificarse?

(*) *BRCA1* (*breast cancer 1*, «cáncer de mama 1») es un gen humano del tipo de los gen supresor de tumores, que regulan el ciclo celular y evitan la proliferación incontrolada. La proteína BRCA1, producto de este gen, forma parte del sistema de detección y reparación de los daños del ADN. Las variaciones de este gen están implicadas en algunos tipos de cáncer, especialmente el cáncer de mama. El gen *BRCA1* está situado en el brazo largo (q) del cromosoma 17, en la posición 21, desde el par de bases 38.449.843 hasta el par de bases 38.530.933.



Localización del gen BRCA1 en el cromosoma 17^{NT}

Respuesta:

Asigne el código V50.41, Extirpación profiláctica de órgano, Mama, como diagnóstico principal, para este ingreso. Asigne los códigos V84.01, Susceptibilidad genética a neoplasia maligna de mama, V10.3, Historia personal de neoplasia maligna, Mama, y V15.3, Otras historia personal que presenta riesgo para la salud, Irradiación, como diagnósticos secundarios. Asigne los códigos 85.42, Mastectomía simple bilateral, 85.71, Colgajo miocutáneo de dorsal ancho, y 85.95, Inserción de expansor de tejido en mama, para los procedimientos realizados. Se deben asignar los códigos 85.71 y 85.95 dos veces para indicar que el procedimiento fue realizado bilateral.

Pregunta:

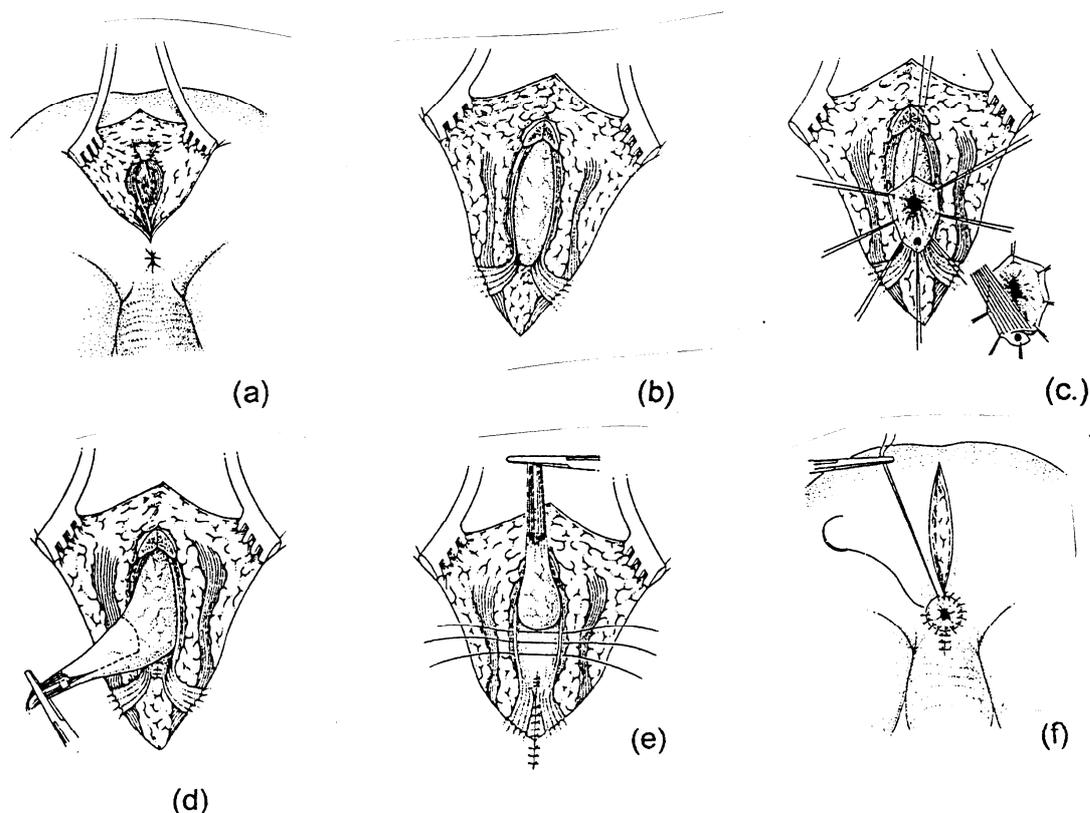
Un paciente fue ingresado en el hospital con flutter y taquicardia auriculares. Se le hizo un estudio electrofisiológico limitado, mapeo y ablación del flutter y taquicardia auriculares. El mapeo y la ablación de la taquicardia auricular se hicieron transeptales a través de un defecto septal auricular del paciente. ¿Cómo debe ser codificado este procedimiento?

Respuesta:

Asigne el código 37.34, Ablación con catéter de lesión o tejido de corazón, para la ablación. Deben asignarse los códigos 37.26, Estimulación electrofisiológica cardíaca y estudios de registro, y 37.27, Mapeo cardíaco, para el estudio electrofisiológico y el mapeo. No se necesitan códigos adicionales para el abordaje transeptal a través del defecto septal.

Pregunta:

Un recién nacido a término es trasladado a nuestro hospital y es sometido a anorrectoplastia de Peña (debe leerse como Peña ya que en inglés no existe la ñ^{NT}) (*) por ano imperforado con fistula perineal. En la ICD-9-CM el índice lleva a los códigos 751.2, Atresia y estenosis de intestino grueso, recto y canal anal, para el ano imperforado, y al 599.1, Fístula uretral, para la fistula perineal. En este caso, el código 599.1, parece incorrecto ya que la fistula perineal forma parte del ano imperforado (defecto anorrectal). Las normas indican que las manifestaciones que son componentes inherentes de la anomalía no debe ser codificada por separado. Sin embargo, también indica que si el índice no proporciona un código específico para una afección perinatal, se asigna el 779.89. ¿Es correcto poner el 751.2 y el 599.1 junto con el 779.89 para describir esta afección?



Técnica quirúrgica de la anorrectoplastia sagital posterior de Peña^{NT}

(a) Se realiza una incisión media, desde el sacro hasta el sitio de esfínter externo; (b) se aprecia el extremo distal ciego, o fistuloso, que es tomado por hilos de seda (c). La tracción contribuye a la disección; (c) se reseca prácticamente el 60% de la circunferencia intestinal (d) y es cerrado meticulosamente con puntos separados; del mismo modo se suturan los planos circunvecinos; (e) vigilando que el intestino quede dentro de los complejos musculares esfinterianos interno y externo, y finalmente se practica la anoplastia (f)

(*) La anorrectoplastia de Peña fue descrita por Alberto Peña y P.A. de Vries del Department of Surgery, Long Island Jewish Medical Center, New York en el artículo:
Posterior sagittal anorectoplasty: Importance technical considerations and new applications.
Pediatr Surg 1982; 17:796-811



Ano imperforado ^{NT}

Respuesta:

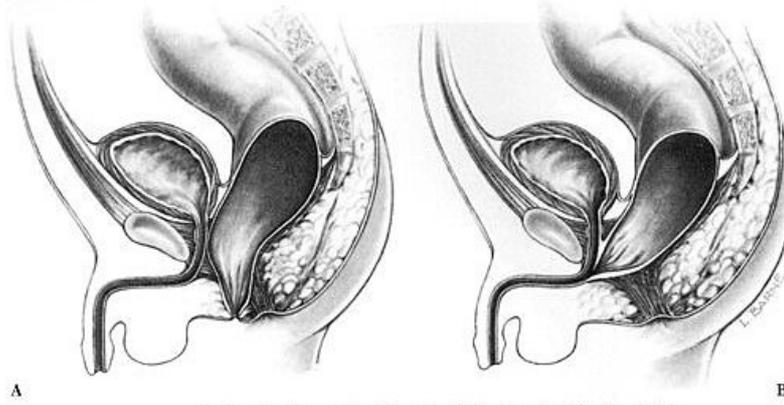
Asigne el código 751.2, Atresia y estenosis de intestino grueso, recto y canal anal, para el ano imperforado. Debe asignarse el código 599.1, Fístula uretral, para la fístula perineal. Las Normas Oficiales para Codificación e Información indican que las categorías 740-759 de anomalías congénitas pueden asignarse con códigos de otros capítulos para especificar afecciones asociadas con dichas anomalías. El código 779.89, Otras afecciones especificadas originadas en el período perinatal no es correcto ya que la fístula perineal es un defecto anorrectal asociado al ano imperforado.

Asigne el código 48.49, Otra resección de recto con reconstrucción “pull-through” para la anorrectoplastia de Peña.

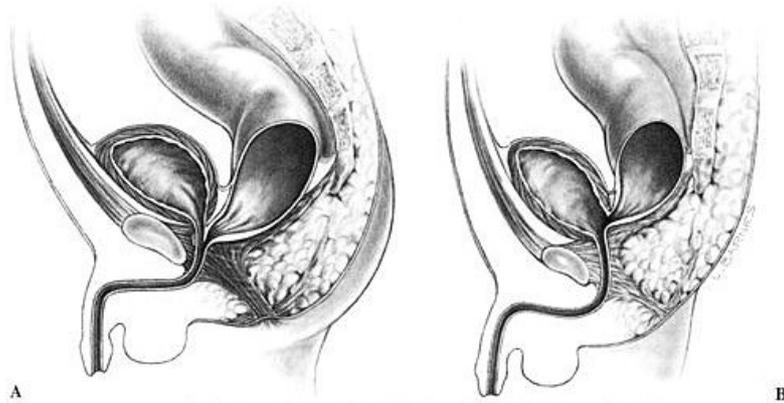
Las malformaciones anorrectales incluyen un amplio espectro de anomalías en el desarrollo de la parte más baja de los tractos intestinal y urogenital. Los niños con este tipo de anomalías congénitas tienen el ano imperforado ya que no existe una abertura del ano. Los músculos y nervios conectados están normalmente malformados y pueden implicar la columna vertebral y el tracto urogenital. Cualquier problema en el desarrollo de la estructura anorrectal en sus diferentes estadios puede dar lugar a anomalías que van desde la estenosis anal, rotura incompleta de la membrana anal o la agenesia anal, hasta el fallo completo en el descenso de la porción superior de la cloaca y fallo en la invaginación del proctodeo (*). La comunicación continuada entre el tracto urogenital y la porción rectal de la placa cloacal da lugar a fístulas rectouretrales o rectovestibulares.

(*) El proctodeo es una depresión de la zona de la cola del embrión procedente del ectodermo que al invaginarse se junta al endodermo de la cloaca y forma la placa cloacal, que cuando se rompe forma los orificios anal y urogenital externos ^{NT}

Male Defects

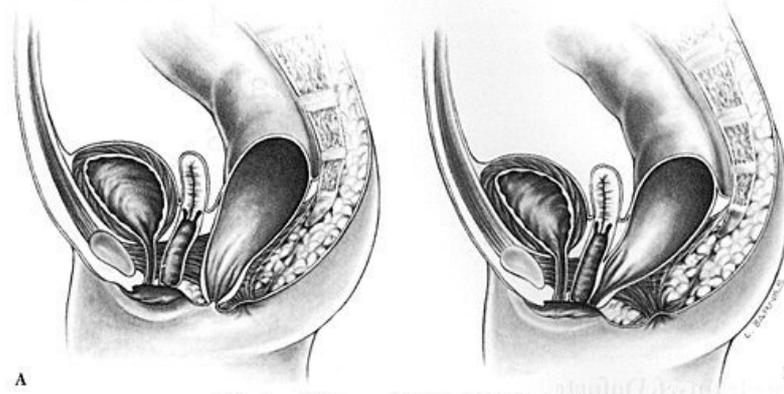


A. Low defect, perineal fistula. B. Rectourethral bulbar fistula.

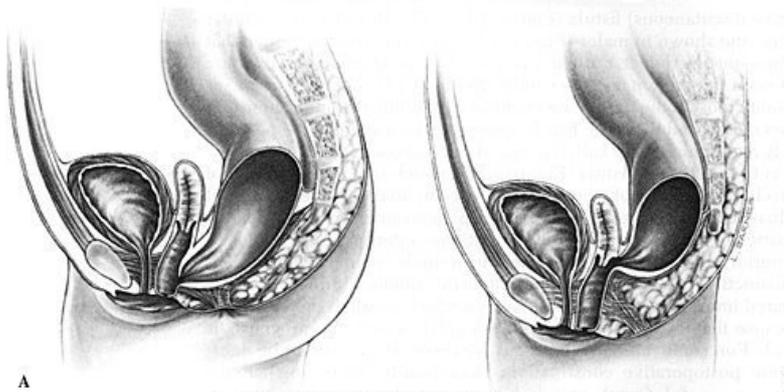


A. Rectourethral prostatic fistula. B. Rectobladder neck fistula.

Female Defects



A. Perineal (cutaneous) fistula. B. Vestibular fistula.



A. Low rectovaginal fistula. B. High Rectovaginal fistula.

Anomalías anorrectales en ambos sexos ^{NT}

Pregunta:

¿Cuál es la asignación de código correcta para la enteropatía autoinmune?

Respuesta:

Asigne el código 279.49, Enfermedad autoinmune, no clasificada en otro sitio, y 579.9, Malabsorción intestinal no especificada, para un diagnóstico de enteropatía autoinmune. Deben asignarse códigos secundarios para cualquier otra manifestación que esté presente. La enteropatía autoinmune es una afección rara que se caracteriza por diarrea grave y prolongada, pérdida de peso debida a malabsorción y daño en la mucosa intestinal mediado por inmunidad. Este trastorno se produce normalmente en bebés y niños pequeños. Sin embargo, se han comunicado casos de aparición en adultos. Los pacientes con enteropatía autoinmune pueden estar afectados por otros trastornos autoinmunes. El pronóstico depende de la gravedad de los síntomas digestivos y el grado de lesiones histológicas a lo largo del tracto gastrointestinal, así como la presencia de implicaciones extra-intestinales.

Pregunta:

El *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 2010, página 15 (página 20 de la versión traducida ^{NT}) indica que no es correcto codificar a la vez el fallo renal agudo y el crónico cuando ambos están claramente documentados por el médico. Hemos preguntado al Consejo editorial consultivo para revisar esta consulta y abordar el fallo renal agudo en presencia de enfermedad renal en estadio final. Nuestra opinión es que un paciente no puede tener una enfermedad renal en estadio final y un fallo renal agudo, ya que dicho paciente no tiene función renal. ¿Es posible para un paciente tener a la vez un fallo renal agudo y una enfermedad renal en estadio final durante el mismo episodio?

Respuesta:

Sí, el fallo renal agudo y la enfermedad renal en estadio final pueden ocurrir durante el mismo episodio en presencia de traumatismo o cualquier otra agresión, tal como un efecto adverso de medicación, infección, depleción de volumen, etc. Cuando una y otra están documentadas, codifique cada afección por separado.

Pregunta:

La Guía Oficial de la ICD-9-CM para Codificación e Información en el capítulo de período perinatal indica: “A efectos de codificación e información, el período perinatal se define desde antes del nacimiento hasta el día 28º tras el mismo”. Por tanto, esto significa que el período perinatal finaliza el día 29º de vida, haciendo al día del nacimiento igual a 0 días?

Respuesta:

Sí, el período perinatal termina en el 29ª día de vida ya que el día del nacimiento se cuenta como “día 0”. Para comparaciones internacionales, la Organización Mundial de la Salud (WHO) considera el día de nacimiento como día cero.

Aclaraciones

Lisis de adherencias

Pregunta:

Un hombre de 69 años con hernia incisional recurrente es ingresado para realizarle una herniorrafia con malla. Se hizo una incisión en línea media desde la piel al subcutáneo. Se encontró un gran saco herniario. Se diseccionó la fascia a ambos lados de la línea media, e dividió el saco y se extirpó. El cirujano documentó dentro de la hoja operatoria que el paciente tenía algunas adherencias del mesenterio y la pared abdominal, que se liberaron igualmente. No había otra documentación separada de presencia de adherencias. ¿Es correcto asignar un código de diagnóstico de adherencias y un código de procedimiento de lisis en este caso?

Respuesta:

No, no asigne códigos para las adherencias del mesenterio y de la pared abdominal ni de la adhesiolisis, ya que no hay indicación de su importancia clínica documentada por el cirujano dentro de la hoja operatoria. Tal como se indica en *Coding Clinic*, Cuarto Trimestre de 1990, páginas 18 y 19, “Los codificadores no deben codificar las adherencias y la lisis de un informe operatorio. La decisión de si una adherencia y una liberación de las mismas es suficientemente significativa para codificarla e informarla debe ser tomada por el cirujano”. La documentación de importancia clínica por el cirujano puede incluir, aunque no esté limitada, al siguiente lenguaje: numerosas adherencias que requieren un tiempo extenso de liberación, adherencias extensas que implican liberación dificultosa, lisis extensas, etc. Si existen dudas acerca de la importancia clínica, entonces pregunte al médico.

Pregunta:

Un hombre de 65 años es ingresado y sometido a intervención urgente secundaria a hernia ventral encarcerada debida a adherencias. El cirujano hizo una reparación laparoscópica de la hernia ventral con malla. De acuerdo con la descripción operatoria, en la intervención se encontró que había adherencias importantes en la pared abdominal anterior, la mayor parte de mesenterio, que fueron cuidadosa y lentamente quitadas quedando expuesto todo el defecto. La hernia fue reparada después con malla. El médico también documentó el diagnóstico de adherencias y el procedimiento de liberación de adherencias en la hoja operatoria. En este caso, debería codificarse las adherencias y la lisis de las mismas?

Respuesta:

Sí, codifique ambos, las adherencias y la adhesiolisis. Asigne el código 552.20, Ventral, no especificado, con obstrucción, como diagnóstico principal. Asigne el 568.0, Adherencias peritoneales, como diagnóstico secundario. Asigne los códigos 53.63, Otra reparación laparoscópica de otra hernia de la pared abdominal anterior con injerto o prótesis, y 54.51, Lisis laparoscópica de adherencias peritoneales, para los procedimientos realizados.

En este caso, la obstrucción fue documentada dentro del informe operatorio como debido a una banda de adherencias abdominales importantes que requieren una cuidadosa lisis para liberar la obstrucción. Adicionalmente, el médico documenta el diagnóstico de adherencias y el procedimiento de adhesiolisis en el informe. La importancia clínica de la afección y del procedimiento realizado fue claramente documentada por el médico.

Pregunta:

La paciente tuvo un adenocarcinoma de útero y fue ingresada para intervención quirúrgica. El cirujano anotó en el informe dictado que fueron cuidadosa y completamente disecadas numerosas adherencias entre pared abdominal y el útero. Tras la extensa lisis se llevó a cabo una histerectomía total abdominal y una salpingooforectomía bilateral. En este caso, ¿deberían codificarse las adherencias?

Respuesta:

Deber asignar el código 614.6, Adherencia pelviperitoneal, mujer, como diagnóstico secundario para las adherencias pélvicas. En este caso, fue necesaria la lisis extensa de numerosas adherencias antes de que la intervención definitiva, histerectomía abdominal total, se llevara a cabo. Ambos códigos de adherencias pélvicas y liberación de adherencias están correctamente codificados.

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.