AHA
Coding Clinic ™

for ICD-9-CM

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

Volumen 25 **Tercer Trimestre**
Número 3 **2008**

Las consultas y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 19 de septiembre de 2008 (sólo en USA [NT])

En este número

Pregunte al editor
Aclaraciones
Noticias
Corrección

Pregunte al Editor

Pregunta:

¿Puede un profesional de la codificación usar la documentación de un residente presente en la historia de un ingreso si el médico responsable no ha firmado en dicha documentación?

Respuesta:

De acuerdo con *Coding Clinic*, Primer trimestre de 2004, páginas 18-19 (página 13 de la versión traducida [NT]) "La asignación de códigos puede estar basada en la documentación de otros médicos (ej. consultores, residentes, anestesistas, etc.) en tanto en cuanto no haya conflictos de información con el médico que atiende el paciente". Si la documentación de distintos médicos difiere, busque una aclaración del médico responsable, ya que él o ella es responsable del diagnóstico final.

Este ejemplo en que una documentación del residente necesita ser confirmada por el médico responsable está mejor abordada por la política interna del hospital, normativa propia del personal médico y/o regulaciones federales, estatales o locales aplicables.

Pregunta:

¿Cuál es la asignación de código para el síndrome cardiofaciocutáneo (CFC)?

Respuesta:

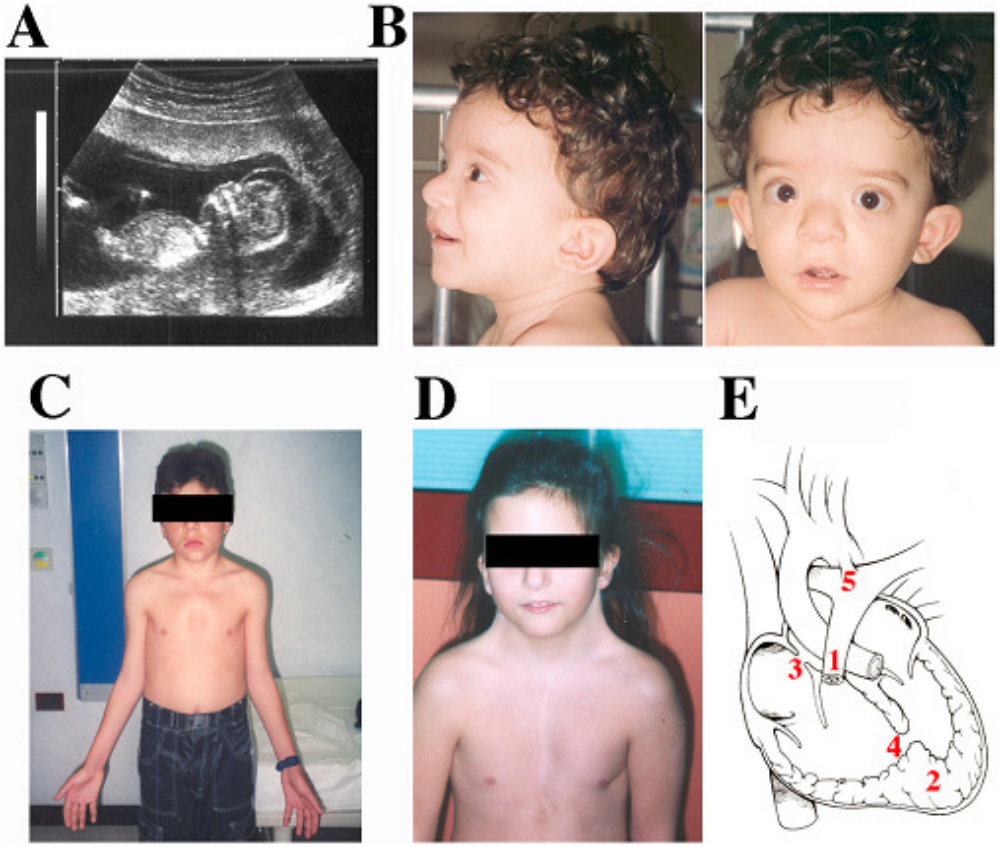
Asigne el código 759.89, Otras anomalías especificadas, Otra, para el síndrome cardiofaciocutáneo (CFC). Deben asignarse códigos adicionales para cualquier manifestación de la afección, tal como indican las normas para anomalías congénitas publicadas en *Coding Clinic*, Cuarto Trimestre de 2007, página 179 (página 173 de la versión traducida NT).

El síndrome cardiofaciocutáneo (CFC) es una afección genética asociada a mutaciones de cuatro genes conocidos: BRAF (Proteinkinasa de serina/treonina NT), MEK1, MEK2 (Proteinkinasa mitógeno-activada 1 y 2 NT) y KRAS (Oncogén del sarcoma viral de la rata de Kirsten NT). Se estima que existe entre 200 y 300 individuos en el mundo y 100 casos publicados en la literatura médica. El síndrome CFC se ha comparado con el síndrome de Noonan y el síndrome de Costello con los que comparten características. Sin embargo unas investigaciones han descubierto que cada afección afecta a distintos genes: PTPN11 (Fosfatasa de la protein-tirosina, no receptora tipo 11 NT) en el síndrome de Noonan y HRAS (Oncogén del sarcoma viral de la rata de Harvey NT) en el síndrome de Costello.

El síndrome CFC re refiere a los hallazgos físicos del corazón, cara y piel: frente grande y alta, ojos inclinados hacia abajo, cejas poco pobladas, áreas engrosadas y escamosas en la piel, estenosis pulmonar, defectos auriculares y ventriculares y cardiomiopatía hipertrófica. Muchos niños tienen discapacidad de aprendizaje y cognitiva. El síndrome CFC es diagnosticado basado en la evaluación clínica y las pruebas genéticas durante la infancia. El tratamiento está dirigido hacia los síntomas.

Rasgos dismórficos del síndrome cardiofaciocutáneo:
escaso cabello, ausencia de cejas, hiperqueratosis y palmas arrugadas NT

El **Síndrome de Noonan** Es un trastorno genético que produce desarrollo anormal de múltiples partes del cuerpo. Se caracteriza por una serie de síntomas y características físicas que pueden variar ampliamente en rango y severidad según los casos. En la mayoría de los casos se transmite como un rasgo genético autosómico dominante, pero puede haber casos esporádicos. En particular, se presentan membranas en el cuello y diferentes formas del tórax que recuerdan al síndrome de Turner, por lo que siempre hay que saber diferenciarlo de este síndrome. El síndrome de Noonan fue descrito en 1963 por Noonan y Ehmke en pacientes con estenosis valvular pulmonar, asociado a baja estatura, hipertelorismo y retardo mental moderado, entre otras alteraciones. La virtud de Jacqueline Noonan fue que además de indicar los signos clínicos mayores, observó que la cardiopatía más frecuente era la estenosis pulmonar (17 en 19 pacientes) (Noonan 1968), lo que diferenciaba esta enfermedad del síndrome de Turner, donde la cardiopatía que se presenta con mayor frecuencia es la coartación de la aorta [NT]

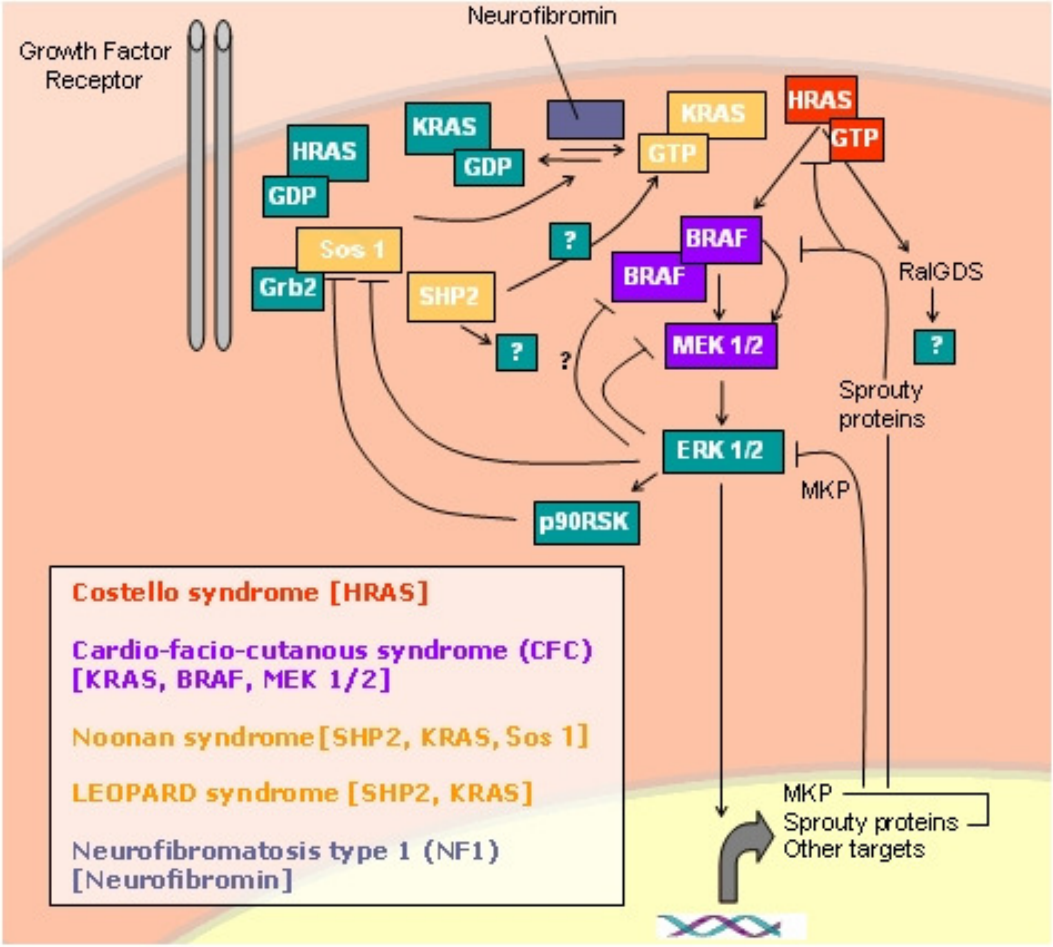


Síndrome de Noonam (A) Ecografía prenatal mostrando higroma cístico nucal, (B) rasgos faciales dismórficos, (C) deformidad pectoral y cúbito valgo; (D) pterigium colli; (E) defectos cardiacos: 1 estenosis pulmonar, 2 cardiomiopatia hipertrófica, 3 defecto dental auricular, 4 defecto septal ventricular, 5 ductus arterioso persistente [NT]

El **Síndrome de Costello** es un desorden genético raro y complejo que afecta muchas partes del cuerpo. Clínicamente se superpone con el síndrome de Noonan y el Cardiofaciocutáneo (CFC). El síndrome se caracteriza por un retraso en el desarrollo físico e intelectual, rasgos faciales particulares (frente ancha, epicantos doblados, labios y lóbulos de las orejas gruesos), pliegues profundos en la piel (particularmente en las palmas de las manos y en las plantas de los pies), así como una flexibilidad inusual en las articulaciones. Las anomalías cardiacas son comunes (63%): taquiarritmia, defectos estructurales del corazón y crecimiento excesivo del músculo cardiaco (cardiomiopatía hipertrófica). Los niños que padecen este síndrome pueden ser bastante grandes al nacer, pero tienen problemas para alimentarse y su crecimiento es más lento que el de otros niños. Por ello, conforme van creciendo, su estatura es pequeña y padecen un déficit de hormona del crecimiento. Desde la infancia, las personas con síndrome de Costello tienen altos riesgos de desarrollar ciertos tumores tanto cancerosos, como benignos. Los papilomas son los más comunes entre los últimos, desarrollándose principalmente alrededor de los orificios nasales, boca y ano.

En cuanto a los tumores cancerosos, el más comúnmente relacionado con el síndrome es el rabdomiosarcoma. También se han reportado casos de neuroblastoma, ganglioneuroblastoma y de carcinoma transicional de hígado Otros síntomas pueden incluir anormalidades musculo-esqueléticas, deterioro visual, reflujo gastroesofágico y anomalías endocrinas incluyendo retraso puberal y osteoporosis [NT]

Niños con síndrome de Costello [NT]



Bases moleculares del síndrome cardiofaciocutáneo, de Noonan y de Costello [NT]

Pregunta:

Cuando un paciente está en un servicio de enfermería especializado en múltiples problemas incluida la fractura patológica vertebral crónica con órdenes de tratamiento para el dolor, ¿cuál es la asignación de código correcta para identificar la fractura patológica vertebral crónica?. Estamos algo confusos acerca de si debe usarse el código V54.27, Cuidado posterior para curación de fractura patológica de vértebra, el código 733.1, Fractura patológica de vértebra o el código 338.2, Dolor crónico, para este caso.

Respuesta:

Asigne el código 733.13, Fractura patológica de vértebra, para una fractura crónica de vértebra para la que el paciente está recibiendo medicación. Los códigos de cuidados posteriores están limitados a cuidados de seguimiento durante la fase de curación o de recuperación de una fractura aguda. El código 338.2 no debe asignarse ya que la afección subyacente es conocida y la causa del contacto no sólo es para tratamiento del dolor.

Pregunta:

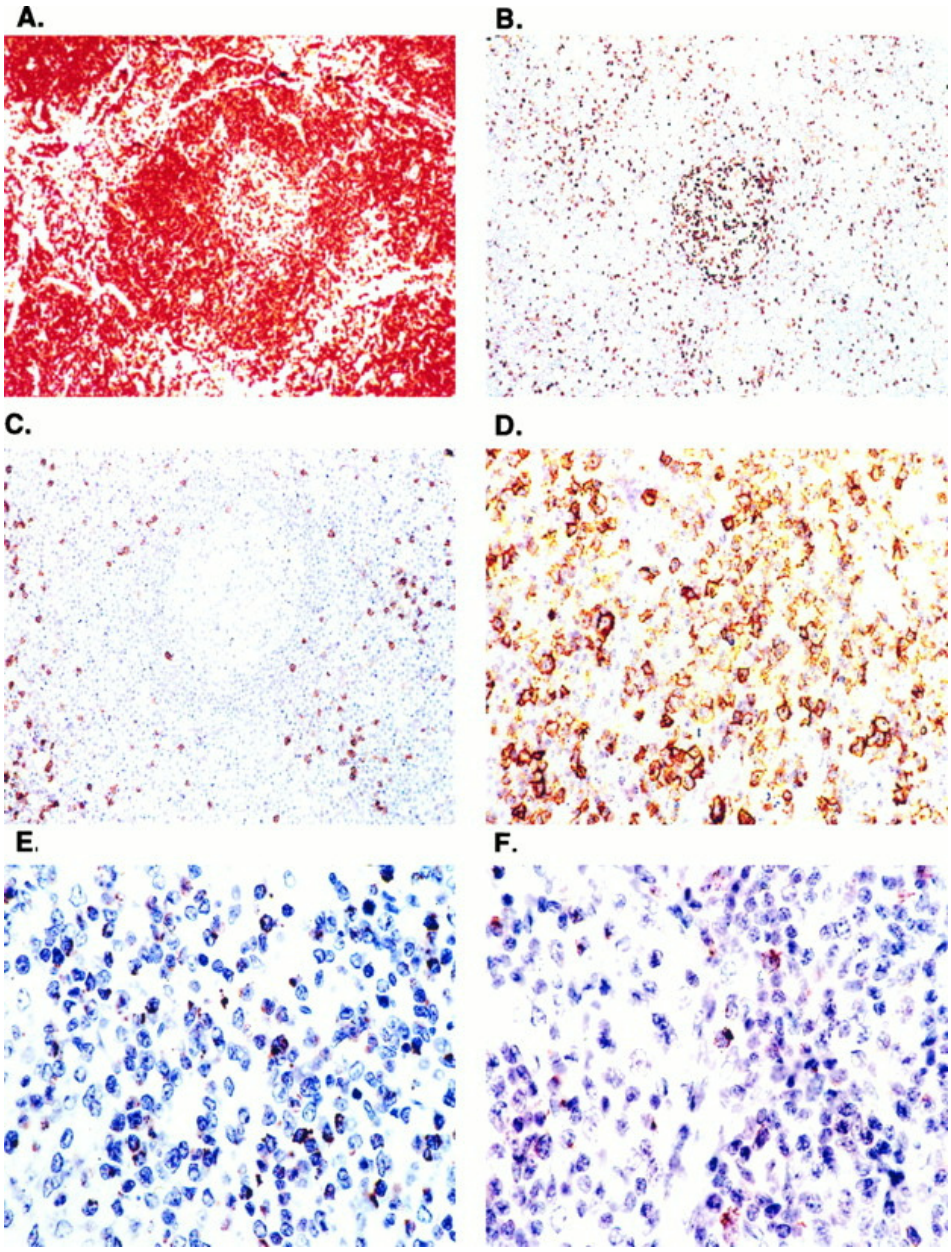
Una niña de 12 años es ingresada con dolor abdominal intenso, fatiga, anorexia u náusea. Se supuso que tenía una agudización de un síndrome linfoproliferativo autoinmune subyacente y anemia hemolítica desencadenada por una infección vírica de vía respiratoria alta. ¿Cuál es la asignación de código para el síndrome linfoproliferativo autoinmune?

Respuesta:

Asigne el código 279.4, Enfermedad autoinmune, no clasificada en otro sitio, y 283.0, Anemia hemolítica autoinmune, para el síndrome linfoproliferativo autoinmune (ALPS).

El síndrome linfoproliferativo autoinmune (ALPS) es una enfermedad del sistema inmunitario que se desarrolla en la primera infancia. No es un cáncer. Los síntomas son episódicos y van desde leves a severos, pero parecen ser graves durante la infancia. Los síntomas más comunes incluyen esplenomegalia, ganglios linfáticos agrandados, anemia hemolítica, trombocitopenia, neutropenia y un número aumentado de células T doble-negativas(*) y células B. En el ALPS el sistema inmunitario es capaz de combatir gérmenes. Sin embargo los problemas ocurren después de la infección. El exceso de células T y B se juntan en los ganglios linfáticos, hígado y bazo sin reconocer que ya no son necesarios. Las células B pueden incluso crear anticuerpos contra las plaquetas, glóbulos rojos y otras células. Para tratar el ALPS pueden usarse esteroides. Las vacunas ayudan a prevenir las infecciones y se usan transfusiones para reemplazar los glóbulos rojos.

(*)Las células precursoras de los linfocitos T que entran en el timo procedentes de la médula ósea, carecen de las moléculas típicas de los linfocitos maduros el receptor de la célula tímica (TCR) y los correceptores CD4 y CD8. Estas células se denominan "linfocitos T doble negativo" y se localizan en la región subcapsular de la corteza del timo. [NT]



Imágenes microscópicas de Síndrome inmunoproliferativo autoinmune [NT]

Pregunta:

¿Cuál es la asignación de códigos para un diagnóstico declarado de diabetes con neuropatía?

Respuesta:

Asigne los códigos 250.6X, Diabetes con manifestaciones neurológicas, y 357.2, polineuropatía en diabetes, para la diabetes con neuropatía.

Las expresiones tales como "con", "con mención de ", "asociada con" y "en" indican que ambos elementos del el título deben estar presentes en la declaración del diagnóstico o del procedimiento. Aunque estos términos no indican necesariamente una relación causa-efecto, se producen juntos en el tiempo y el sistema de clasificación indica esta relación.

Pregunta:

Un niño fue visto en el servicio de urgencias tras haber sido expuesto a tetracloroetileno tras un escape accidental en la escuela. El niño desarrolló una conjuntivitis química y dermatitis de contacto. ¿Cuales son los códigos de la ICD-9-CM que hay que declarar?

Respuesta:

Asigne el código 982.3, Efecto tóxico de otros disolventes de hidrocarburo clorado, como diagnóstico principal para este episodio. Asigne los códigos 372.01, Conjuntivitis serosa, excepto la viral, para la conjuntivitis química, 692.4, Dermatitis de contacto y otro eczema, debida a otros productos químicos, y E862.4, Envenenamiento accidental por derivados del petróleo, otros disolventes y sus vapores NEOM, como diagnósticos secundarios.

Pregunta:

Un niño fue visto en el servicio de urgencias tras haber sudo expuesto a tetracloroetileno tras un escape accidental en la escuela. El niño tenía una bronquitis química y dermatitis de contacto. ¿Cuales son los códigos de la ICD-9-CM que hay que declarar?

Respuesta:

Asigne el código 982.3, Efecto tóxico de otros disolventes de hidrocarburo clorado, como diagnóstico principal para este episodio. Asigne los códigos 506.0, Bronquitis y neumonitis debida a humos y vapores, 692.4, Dermatitis de contacto y otro eczema, debida a otros productos químicos, y E862.4, Envenenamiento accidental por derivados del petróleo, otros disolventes y sus vapores NEOM, para identificar la exposición accidental, como diagnósticos secundarios.

Pregunta:

Un niño fue visto en el servicio de urgencias tras haber sudo expuesto a tetracloroetileno tras un escape accidental en la escuela. El niño no tenía síntomas ni molestias. ¿Cuales son los códigos de la ICD-9-CM que hay que declarar?

Respuesta:

Asigne el código V71.89, Observación y evaluación por otras afecciones sospechadas especificadas, como diagnóstico principal. Asigne el código V15.89, Otra historia personal especificada que representa peligro para la salud, otra, como diagnóstico secundarios.

El tetracloroetileno es una sustancia manufacturada de amplio uso en lavado de telas al seco y como desengrasante de metales, en la manufactura de otros productos químicos y de algunos artículos de consumo. También se le conoce como percloroetileno, PCE y tetracloroeteno. Es un líquido no inflamable a temperatura ambiente. Se evapora fácilmente al aire y tiene un aroma dulce penetrante. La mayoría de la gente puede oler tetracloroetileno cuando está presente en el aire a un nivel de 1 parte de tetracloroetileno por millón de partes de aire (1 ppm) o más, aunque alguna gente puede olerlo a niveles aun más bajos. [NT]

Pregunta:

El paciente es un hombre de 57 años de edad con múltiples problemas médicos. Tiene obesidad mórbida y enfermedad venostásica grave. Tuvo una historia de traumatismo en la extremidad inferior izquierda que dio como resultado un hematoma subcutáneo. Ahora se presenta con un área de necrosis de piel con celulitis suprayacente. Había un gran área de piel necrótica con protuberancia por debajo de ella que fue documentada por el examen médico y confirmada con TAC. El paciente fue llevado al quirófano. Se hizo una incisión a lo largo del borde de la necrosis de piel. Se colocó aspiración en el compartimento subcutáneo y se drenó un litro aproximadamente de líquido purulento. El cirujano procedió a destapar la cavidad del absceso extirpando la piel necrótica. El área de necrosis era de 18x12 pulgadas (46x30cm [NT]). La cavidad se cubrió con vendas Ace (*). Creemos que es adecuado asignar tanto el código 86.04 como el 86.22 ya que el absceso fue drenado y la cavidad descubierta y escindida. ¿Cómo debe codificarse esta intervención?

(*) ACE [TM] es la marca comercial de unas vendas elásticas inventadas en 1914 y su nombre procede de la sigla "All Cotton Elastic" [NT]

Respuesta:

En este caso, asigne sólo el código 86.22, Desbridamiento escisional de herida, infección o quemadura. El Indice de la ICD-9-CM dirige al codificador de la siguiente forma:

Extracción – véase también Escisión
piel
necrosis o escara
escisional 86.22

Esta consulta difiere de la publicada previamente en *Coding Clinic*, Segundo trimestre de 2006, páginas 23-24 (página 20 de la versión traducida [NT]) y segundo trimestre de 1990, página 27. Estos ejemplos afectan sólo a desbridamientos menores relacionados con incisión y drenaje. En el ejemplo actual el desbridamiento escisional es mucho más extenso que la incisión y drenaje. Por tanto el desbridamiento escisional es el procedimiento más importante ya que la incisión y el drenaje son secundarios a dicho desbridamiento.

Pregunta:

Un niño es trasladado al urólogo para circuncisión tras una primera vez en que no se realizó correctamente (tiene un prepucio residual excesivo). ¿Cuál es el código de diagnóstico adecuado para un niño ingresado para revisión de la circuncisión?

Respuesta:

Asigne el código 605, Prepucio redundante y fimosis como diagnóstico principal. El código se puede encontrar bajo:

Exceso, excesivo, excesivamente
prepucio 605

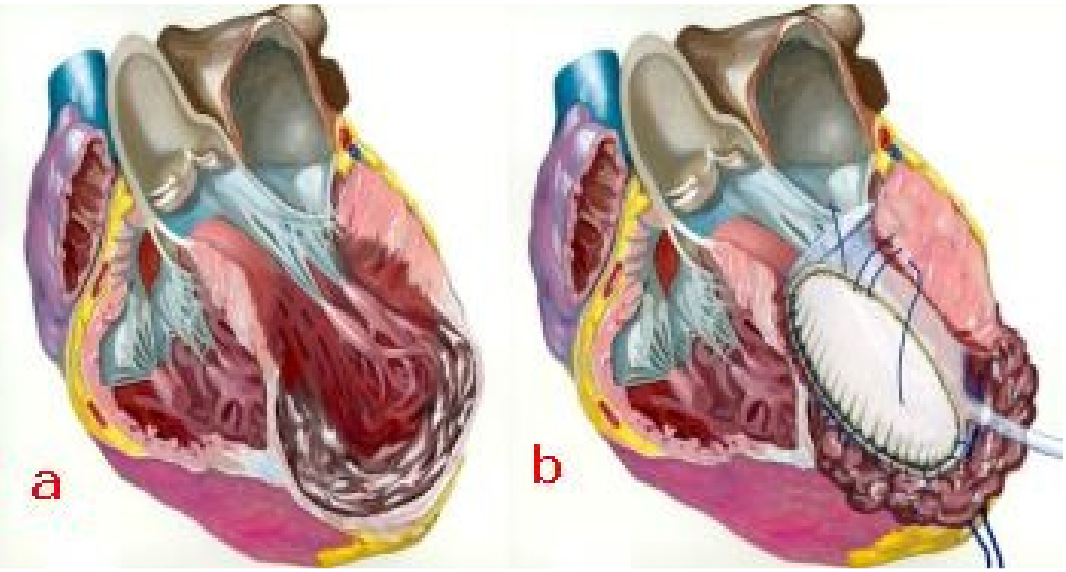
Pregunta:

El paciente es una mujer de 47 años que ha desarrollado un fallo cardiaco congestivo secundario a aneurisma ventricular. Fue conectada a derivación cardiopulmonar y sometida a restauración quirúrgica del ventrículo. Esta es una nueva técnica que reestructura el corazón e incluye métodos operatorios que reducen el volumen ventricular izquierdo y devuelve la forma elíptica a dicho ventrículo. ¿Cómo se debería codificar este procedimiento?. El código 37.35, Ventriculectomía parcial no nos parece correcto ya que el ventrículo no ha sido extirpado.

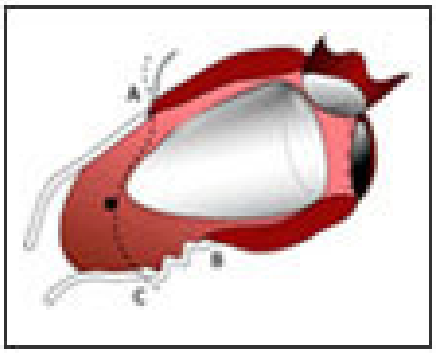
Respuesta:

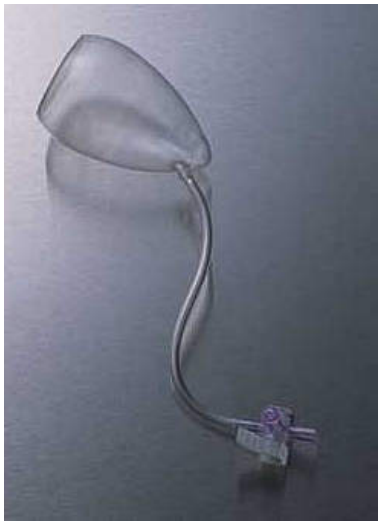
Asigne el código 37.49, Otra reparación de corazón y pericardio, para la restauración quirúrgica de ventrículo, y el código 39.61, Circulación extracorpórea auxiliar a cirugía a corazón abierto, para la derivación cardiopulmonar.

El objetivo de la restauración ventricular quirúrgica es remodelar o recuperar el ventrículo izquierdo a un tamaño y forma normal en pacientes con zonas inmóviles del corazón debido tanto a cardiomiopatía dilatada como aneurismas del ventrículo izquierdo tras infarto. Este procedimiento se realiza habitualmente tras derivación de arteria coronaria mediante injerto, seguido a la reparación de válvula mitral o tras otros procedimientos. Se diferencia de la ventriculectomía (para extirpación de aneurisma) en que el ventrículo se reconstruye usando parches de material autólogo o artificial que se coloca para cerrar el defecto mientras se mantiene el volumen y contorno ventricular deseado. Es también distinto a la ventriculectomía parcial (ej. procedimiento de Batista) ya que ésta no intenta extirpar los segmentos específicos inmóviles y restaurar el contorno ventricular.



Remodelación ventricular quirúrgica mediante parche [NT]





Molde usado para reconstruir el tamaño del ventrículo [NT]

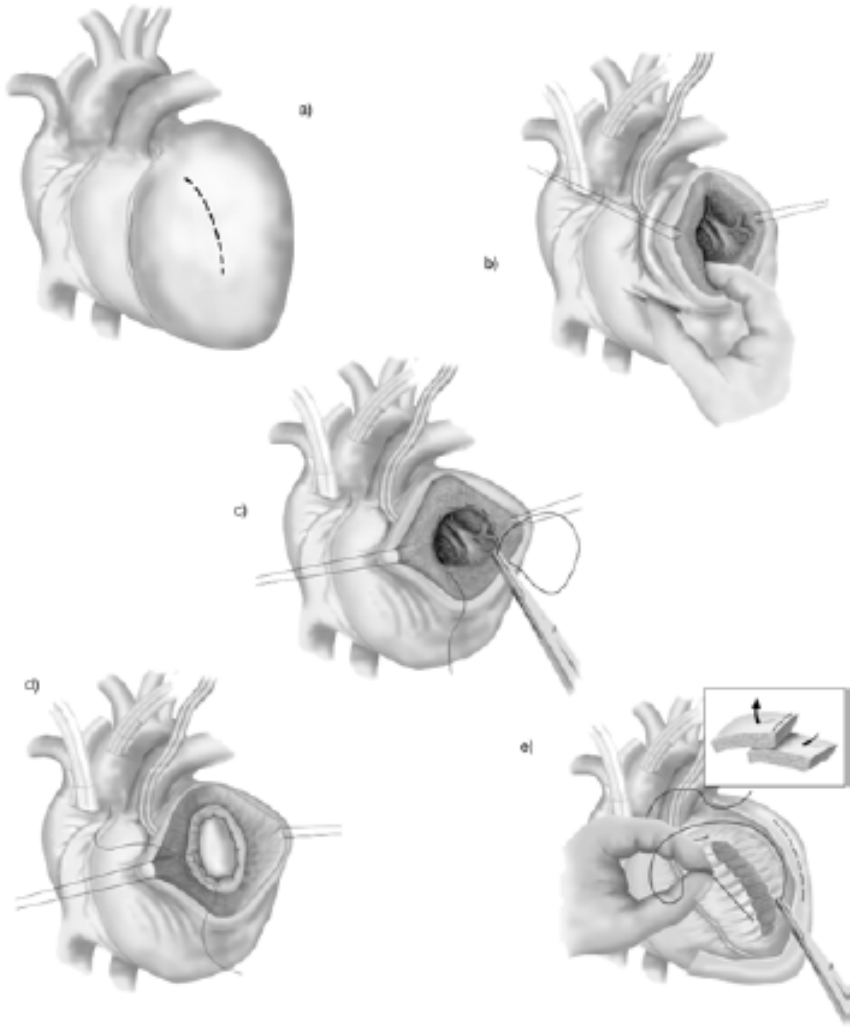
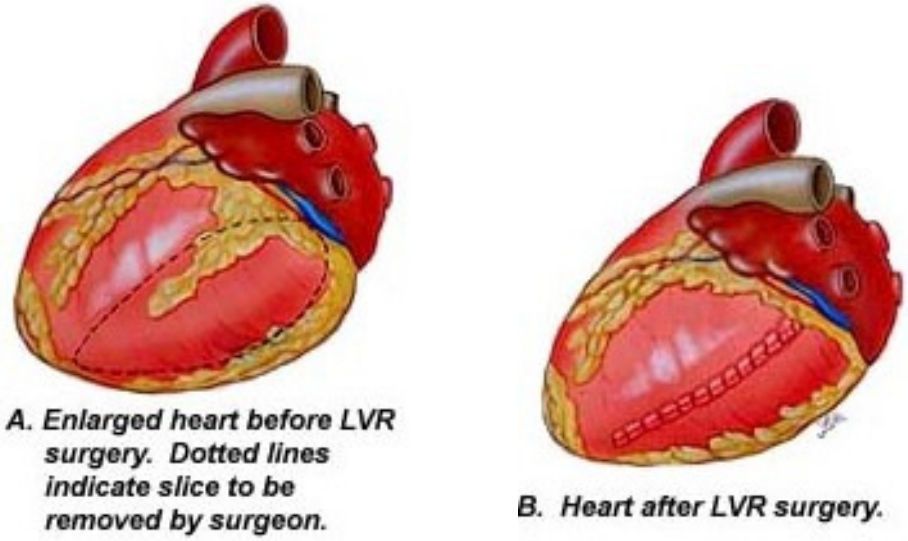


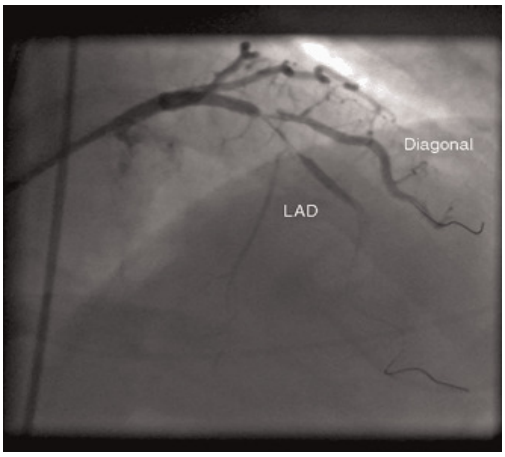
Figura 1. a) Silueta cardíaca con marcada disquinesia anterior mostrando sitio de ventriculotomía izquierda. b) Maniobra digital para identificar el límite de la zona contráctil del sector necrótico. c) Sutura circular que excluye la zona necrótica y pone el límite de la reconstrucción ventricular. d) Cierre del defecto ventricular con parche de Dacrón para completar la reconstrucción y restituir la geometría ventricular cercana a la normal. e) Cierre de los bordes musculares remanentes



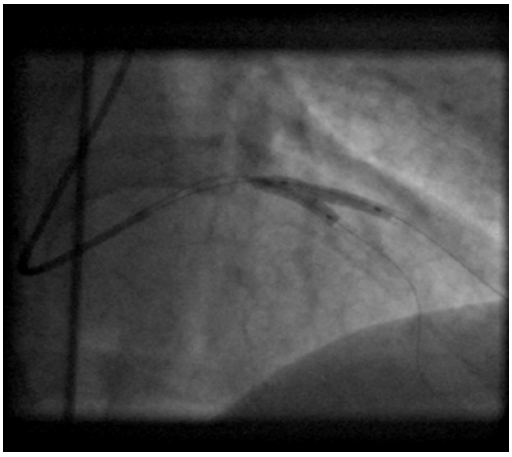
Ventriculectomía parcial (técnica de Batista) [NT]

Pregunta:

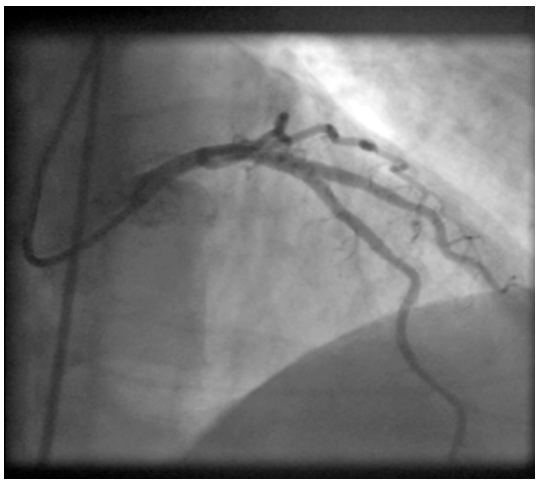
Una paciente de 68 años de edad con historia de enfermedad arterial coronaria en estado de endoprótesis de arteria descendente anterior y circunfleja en 2005 se presenta en el servicio de urgencias con angina inestable y es ingresada para descartar infarto agudo de miocardio mediante análisis de enzimas. Fue sometida a cateterización cardiaca que reveló una obstrucción del 99% del final de la endoprótesis de la arteria descendente anterior izquierda. Se trasladó a nuestro servicio para una intervención coronaria. Se le hizo con éxito una angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP), en modo doble ("kissing fashion") de la arteria descendente anterior izquierda y de la primera rama de la diagonal. Dio como resultado un 5% de estenosis residual en la primera diagonal y un 0% en el segmento con endoprótesis de la descendente anterior izquierda. ¿Cuál es el código correcto para la reestenosis del final de la endoprótesis? ¿Debe ser codificado como complicación de la endoprótesis?



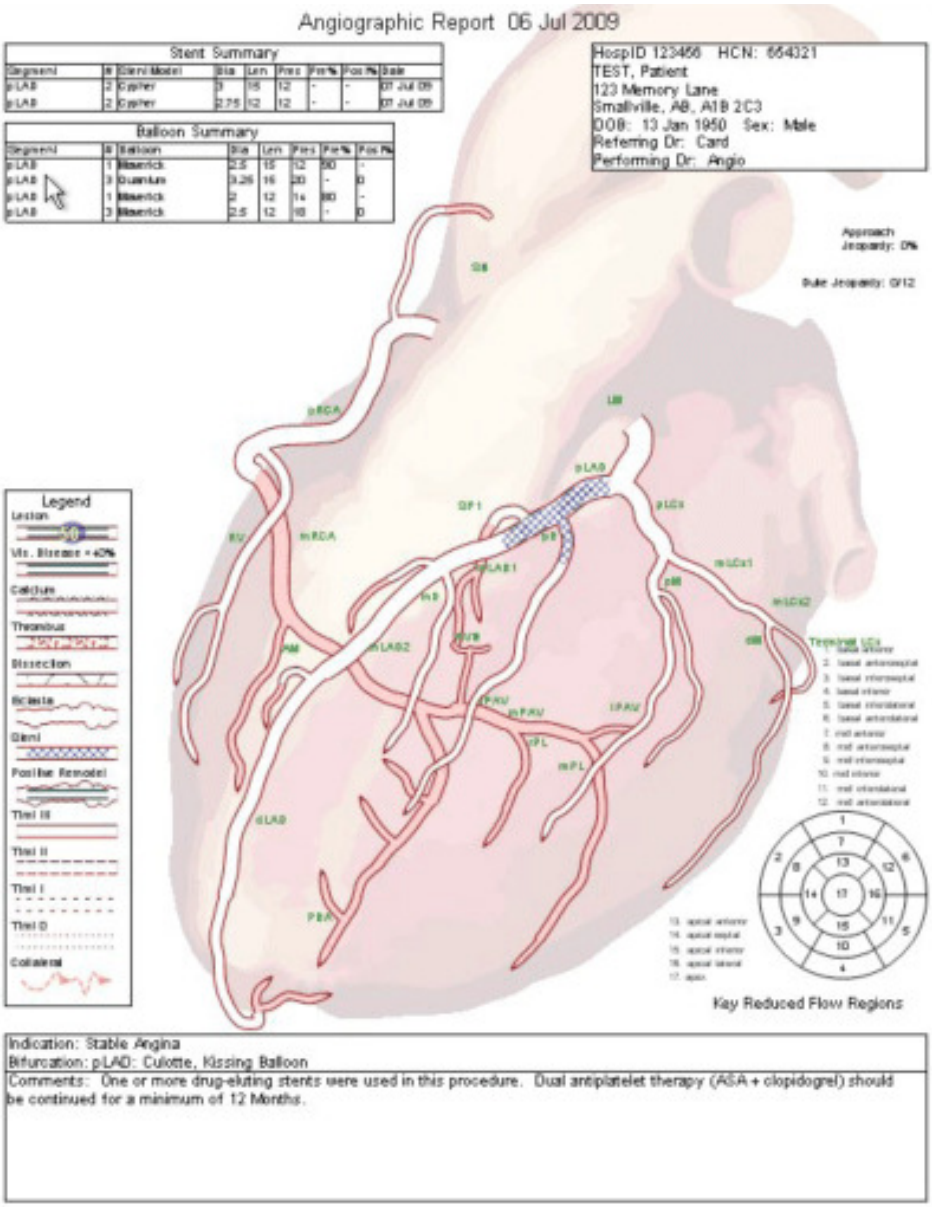
Obstrucción de diagonal y descendente anterior



ACTP con doble balón [NT]



Resultado tras la ACTP con doble balón [NT]



Informe del cateterismo [NT]

Respuesta:

Pregunte al médico para determinar si la misma endoprótesis está coagulada/obstruida o un vaso adyacente lo está. Si es la endoprótesis, asigne el código 996.72, Otras complicaciones de dispositivo protésico interno (biológico)(sintético), implante e injerto, debido a otro dispositivo, implante o injerto cardiaco. Si está obstruido un vaso adyacente, asigne el código 414.01, Aterosclerosis coronaria, de arteria coronaria nativa. Si ambas están presentes, asigne los dos códigos.

La estenosis del final de la endoprótesis puede referirse al extremo final de la misma o puede referirse al vaso proximal a la endoprótesis, mientras que "en" la estenosis de la endoprótesis se refiere a la obstrucción dentro de la misma y debe codificarse como 996.72.

Pregunta:

La norma actual para codificar hallazgos anormales en los informes de patología lleva a preguntar de manera innecesaria al médico y sobrecarga a los codificadores. ¿Podría considerarse revisar esta norma?

Respuesta:

La Oficina Central para la ICD-9-CM ha recibido numerosas preguntas acerca de la consulta publicada en *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 2002, páginas 17-18, y *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 2004, páginas 20-21. Esa consulta indica que los codificadores no deberían codificar hallazgos de los informes de anatomía patológica en la documentación de pacientes ingresados sin la confirmación del diagnóstico por parte del médico responsable. Muchos codificadores creen que los informes de anatomía patológica proporcionan más especificidad y facilitan la asignación del código adecuado y que preguntando al médico para la confirmación añade una sobrecarga administrativa.

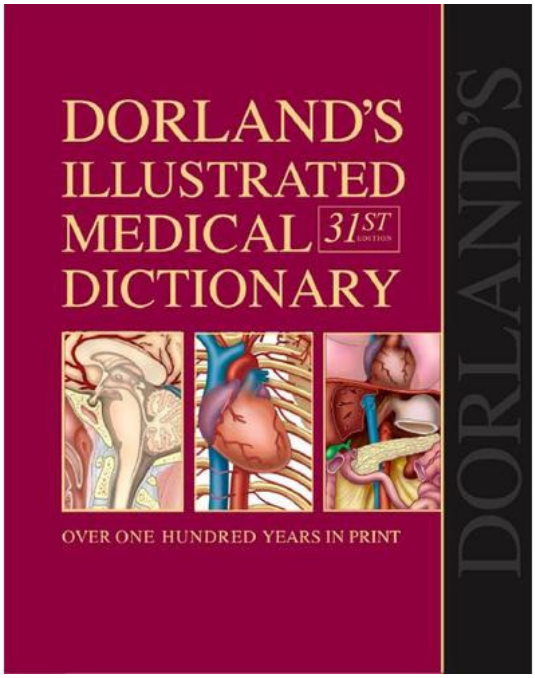
El Consejo editorial consultivo (EAB) para *Coding Clinic* ha revisado totalmente este número y obtenido entradas de múltiples implicados, incluidos consultores médicos, grupos de médicos especialistas, codificadores de hospitales y otros. Tras una cuidadosa reflexión, la EAB ha decidido no revisar las normas existentes para la codificación de hallazgos anormales en los informes de anatomía patológica. Tal como se afirma en la Guía Oficial para Codificación e Información, "los hallazgos anormales de los informes de patología no se codifican ni se comunican a no ser que el médico indique su importancia clínica". Esto asegura que la documentación y los códigos comunicados son consistentes con la interpretación que el médico que atiende al paciente, ya que él es el responsable del tratamiento clínico del caso. Es responsabilidad del médico reunir y confrontar todos los hallazgos de los consultores y otros profesionales implicados en el cuidado del paciente. El plan de cuidados está basado en la evaluación, interpretación y la recopilación de todos los hallazgos por parte del médico responsable (ej. anatomía patológica, radiología y resultados de laboratorio). Aunque el patólogo proporciona una interpretación escrita de una biopsia de tejido, no es equivalente a un diagnóstico médico de médico responsable, basado en la impresión clínica completa del paciente.

Pregunta:

Cuando un paciente con historia conocida de fallo cardiaco congestivo es ingresado con exacerbación del fallo cardiaco congestivo diastólico ¿cómo debería codificarse?

Respuesta:

Asigne el código 428.33, Fallo cardiaco diastólico, crónico agudizado, y el código 428.0, Fallo cardiaco congestivo no especificado. El *Diccionario Médico Dorland´s* define la "exacerbación" como un incremento en la gravedad de la enfermedad o de cualquiera de sus síntomas. Los términos "exacerbado" y "descompensado" indican que hay una reactivación (fase aguda) de una afección crónica.



Diccionario Dorland´s 31th edition 2007 [NT]

Pregunta:

Cuando un paciente tiene una historia conocida de fallo cardiaco congestivo diastólico, ¿cómo debe codificarse?

Respuesta:

Asigne el código 442.32, Fallo cardiaco diastólico, crónico, y el código 428.0, Fallo cardiaco congestivo no especificado. Este es codificado como crónico debido a la historia conocida del paciente.

Los términos fallo cardiaco congestivo, disfunción diastólica/sistólica, y agudo y/o crónico plantean cierta preocupación en el conjunto de codificadores. El Consejo editorial consultivo (EAB) para *Coding Clinic* está actualmente revisando este asunto. Este tema está siendo abordado por el EAB y será remitido al Comité para coordinación y mantenimiento (C&M) de la ICD-9-CM para una posible revisión de códigos.

Pregunta:

Un paciente anciano con carcinoma de pulmón metastático ingresa con fiebre y escalofríos y es diagnosticado de neumonía e infección del tracto urinario. El diagnóstico principal es la neumonía. Durante la hospitalización, el paciente desarrolla sepsis grave y fallo respiratorio que requiere ventilación. U días antes del fallecimiento, es extubado y se le quitó el Levophed (nombre comercial de la norepinefrina **NT**). El día del fallecimiento el médico documentó: "se extubó ayer para procurar cuidados paliativos". Adicionalmente, el médico indica: "continúa con cuidados paliativos para el fallo respiratorio –incremento de morfina para limitar el trabajo respiratorio, cese de la monitorización intensiva, consulta al servicio de cuidados paliativos y escopolamina continua". El paciente falleció una hora después de escrita esta anotación. ¿Es adecuado asignar el código V66.7, Contacto para cuidados paliativos, como diagnóstico secundario en esta situación?

Respuesta:

Sí. Sería correcto asignar el código V66.7, Contacto para cuidados paliativos, como diagnóstico secundario en este caso. El código puede ser informado para cualquier paciente con enfermedad terminal que recibe cuidados paliativos, independientemente de cúando se ha tomado la decisión. No hay tiempo límite o mínimo para el uso de este código. Tal como se indica en *Coding Clinic*, primer trimestre de 1998. páginas 11-12, "el código V66.7 puede usarse para cualquier paciente con enfermedad terminal que recibe cuidados paliativos. La afección terminal debe ser el diagnóstico principal. Puede usarse cuando un paciente es llevado para un tratamiento agresivo en una afección terminal y durante el ingreso se decide que seguir con este tratamiento agresivo no es adecuado por más tiempo y se inicia un cuidado paliativo.

Pregunta:

Un paciente alcohólico recibe una inyección de tiamina durante su hospitalización para una afección no relacionada. ¿Puede el codificador asignar el código diagnóstico de deficiencia de tiamina sin la documentación del médico que afirme tal afección?

Respuesta:

No. Es incorrecto que los codificadores asignen diagnóstico basados sólamente en la prescripción de la medicación administrada sin que el médico documente el diagnóstico por el que es tratado. El médico debe documentar claramente el diagnóstico o el problema por el que esta afección debe ser codificada. Cuando hay una duda sobre si está presente o no dicha afección, o la documentación no está clara, pregunte al médico para aclararla.

El abuso crónico de alcohol afecta la absorción intestinal y el uso de tiamina, y los alcohólicos tienen aumentados los requerimientos de la misma. Sin embargo la tiamina puede ser administrada de manera profiláctica y el paciente no tener deficiencia de tiamina.

Pregunta:
En la revisión de la historia médica anterior del paciente hemos visto que éste usa ocasionalmente una medicación. No hay documentación sobre diagnósticos o afecciones relacionadas con la medicación y no ha recibido esta medicación durante la estancia hospitalaria. ¿Es correcto preguntar al médico para determinar el diagnóstico por el que se ha prescrito la medicación? Por ejemplo, el paciente toma Viagra. ¿Debemos preguntar al médico por una neuropatía autónoma?

Respuesta:
No. El mero hecho de que el paciente ha usado una medicación en particular en el pasado no debe provocar una pregunta en ausencia de otra información en la historia clínica indicando el significado clínico del diagnóstico subyacente. No sería correcto pregunta en base a una medicación que se ha tomado en el pasado y que no se ha usado durante la hospitalización.

Todos los diagnósticos codificados deben basarse en la documentación del médico y deben cumplir con la definición de diagnóstico secundario tal como se indica en la *Guía Oficial para Codificación e Información.* Una afección que no cumple con esta definición no debe ser informada. Al contrario, si el paciente ha recibido una medicación por algún tiempo y continúa recibiéndola durante la estancia/contacto hospitalario. Es correcto preguntar al médico para aclararlo.

Pregunta:
Hemos oído recientemente que el *Coding Clinic* ha definido la pérdida importante de sangre como la pérdida del 20% de la misma. No podemos encontrar esta cita. ¿Puede ayudarnos?

Respuesta:
Esta información acerca de la definición de pérdida importante de sangre no ha sido publicada en *Coding Clinic*. En cualquier caso, la información clínica publicada en *Coding Clinic* no constituye un criterio para establecer un diagnóstico, sustituir el juicio clínico del médico, o eliminar la necesidad de la documentación clínica acerca de la importancia clínica de una afección médica del paciente. De hecho, en la página 4 (página 2 de la versión traducida [NT]) del tercer Trimestre de 2004, *Coding Clinic* afirma: "Si en el juicio clínico del médico la cirugía da como resultado la pérdida de una cantidad esperada de sangre y el médico no describe que el paciente tenga una anemia o una complicación de la cirugía, no asigne un código para la pérdida de sangre".

Pregunta:
¿Puede usarse la información previa publicada en *Coding Clinic* como criterio clínico para la asignación de códigos?

Respuesta:
No. El material previo publicado por *Coding Clinic* no puede usarse como criterio clínico para la asignación de códigos. Tal como se afirma en *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 1998, páginas 4-5:

"Cualquier información clínica publicada en *Coding Clinic* se proporciona como material de base para ayudar al codificador a entender los procesos de las enfermedades. La información pretende proporcionar al codificador "pistas" para identificar posibles lagunas en la documentación para la que puede ser necesario hacer preguntas adicionales al médico. No pretende sustituir la necesidad de una documentación médica específica para basar la asignación del código.

Pregunta:

Hemos oído que a un paciente con trombosis venosa profunda se le debe codificar automáticamente un estado de hipercoagulabilidad. ¿Ese esto correcto?

Respuesta:

No. La presencia de una trombosis venosa profunda (TVP) no implica que exista un estado de hipercoagulabilidad. La TVP puede producirse sin estado de hipercoagulabilidad, por lo que la documentación necesita ser específica. La asignación de código está basada en la documentación del médico. El estado de hipercoagulabilidad es una afección por la que hay una mayor tendencia a la coagulación sanguínea y puede deberse a numerosas afecciones. Aunque la manifestación clínica más frecuente de un estado de hipercoagulabilidad subyacente en la trombosis venosa profunda de miembros inferiores con o sin embolismo pulmonar, tanto el código 289.81, Estado de hipercoagulabilidad primario, como el 289.82, Estado de hipercoagulabilidad secundario, no deben asignarse sin la documentación del médico en caso de que sólo esté documentada la trombosis venosa profunda.

Pregunta:

¿Cuál es el código de diagnóstico para la ulcera de decúbito del cóccix?¿Sería el 707.03, Ulcera de decúbito de la parte inferior de la espalda, o 707.09, Ulcera de decúbito, otro sitio?

Respuesta:

Asigne el código 707.03, Ulcera de decúbito de la parte inferior de la espalda, para la úlcera coccígea.

Aclaraciones

Pregunta:

¿Puede aclararnos las instrucciones publicadas en *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 2007, páginas 16-17 acerca del mapeo sinusal coronario realizado junto a la colocación de desfibrilador de resincronización cardiaco (CRT-D)?. El *Coding Clinic* indica que cuando se realiza un angiograma coronario junto con la colocación de un CRT-D, el angiograma se codifica ya que no es parte integrante del procedimiento. ¿Significa esto que el cirujano debe documentar si el mapeo del seno coronario es o no parte integrante del procedimiento?. Los cardiólogos de nuestro hospital afirman que el venograma del seno coronario se hace siempre para visualizar el seno coronario antes de colocar el electrodo del ventrículo izquierdo mientras se inserta el dispositivo. Por tanto, ¿el mapeo se incluye dentro del procedimiento total y capturado con os códigos 00.50, 00.51 y 00.52?. A la inversa, un angiograma coronario no se realiza siempre que se coloca un CRT-D. Es más, el indice de procedimientos no lleva a la misma asignación de código para el venograma (88.63) y el angiograma (88.52). El indice dirige al código 88.63, Flebografía de otras venas intratorácicas usando material de contraste, para el venograma del seno coronario.

Respuesta:

Ni el angiograma ni el venograma son partes integrantes de la colocación de un desfibrilador de resincronización cardiaco (CRT-D). Si se lleva a cabo un angiograma o un venograma junto con la colocación de un CRT-D, deben codificarse como tales. El código 88.63, Flebografía de otras venas intratorácicas usando material de contraste, es el código correcto para el venograma del seno coronario. Debe asignarse un código de la subcategoría 88.5, Angiocardiografía usando material de contraste, si se ha realizado una angiografía.

Pregunta:

El *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 2006, páginas 12-14 aconseja asignar el código 99.79, Aféresis terapéutica y otra inyección, administración o infusión de otras sustancia terapéutica o profiláctica, para la recolección de células madre junto con pasta ósea usada en cirugía de fusión espinal. Sin embargo, el *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 1994, página 10, recomienda asignar el código 41.98 para el aspirado de médula ósea usado con colágeno en la reparación de fractura. En el ejemplo del Primer Trimestre de 2006 parece que el código 41.98 sería más adecuado ya que las células madre eran aspiradas de la médula ósea. El código 99.79 describe la aféresis, un procedimiento en el que la sangre es extraída, separada y reinfundida. ¿Podría aclarar el uso de estos dos códigos?

Respuesta:

La ICD-9-CM proporciona diferentes códigos para procedimientos realizados sobre médula ósea y células madre. En el ejemplo publicado en el Primer Trimestre de 2006, el código 99.79 fue asignado para capturar el hecho de que las células madre eran usadas en la fusión espinal. En el ejemplo del Tercer Trimestre de 1994. el código 41.98 se usó para capturar que la médula ósea fue usada con colágeno para reparar la fractura.

Noticia

La Sección 5001 (c) de la Ley Publica 109-171 (*) requiere al Secretario del Departamento de Salud para identificar una lista de afecciones adquiridas en el hospital y reunir información acerca de estas afecciones. El Departamento de Salud y Servicios Sociales y los Centers for Medicare and Medicaid Services han desarrollado un procedimiento para enviar el indicador Presente al Ingreso (POA) para cada diagnóstico. Para una información más específica sobre instrucciones para remisión del indicador POA a Medicare consulte

http://www.cms.hhs.gov/HospitalAcqCond/02_Statue_Regulations_Program_Instructions.asp

A partir del 2 de abril de 2010 la página web de los CMS ha cambiado de URL por lo que este enlace actualmente no funciona. Sustitúyase por el siguiente [NT]

http://www.cms.gov/HospitalAcqCond/

La Asociación Americana de Hospitales (AHA) y los Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) están colaborando en el diseño de un mecanismo de recepción, análisis y respuesta de preguntas acerca de la codificación de los POA. Entre tanto, La Partes Cooperantes de la ICD-9-CM han desarrollado una serie de respuestas a las preguntas más frecuentes sobre los indicadores POA.

(*) 120 STAT. 28 PUBLIC LAW 109–171—FEB. 8, 2006

TITLE V—MEDICARE
Subtitle A—Provisions Relating to Part A

SEC. 5001. HOSPITAL QUALITY IMPROVEMENT.

(c) QUALITY ADJUSTMENT IN DRG PAYMENTS FOR CERTAIN HOSPITAL ACQUIRED AFECTIONS

(1) IN GENERAL.—Section 1886(d)(4) of the Social Security Act (42 U.S.C. 1395ww(d)(4)) is amended by adding at the end the following new subparagraph:

''(i) For discharges occurring on or after October 1, 2008, the diagnosis-related group to be assigned under this paragraph for a discharge described in clause (ii) shall be a diagnosis-related group that does not result in higher payment based on the presence of a secondary diagnosis code described in clause (iv).

''(ii) A discharge described in this clause is a discharge which meets the following requirements:

''(I) The discharge includes a condition identified by a diagnosis code selected under clause (iv) as a secondary diagnosis.

''(II) But for clause (i), the discharge would have been classified to a diagnosis-related group that results in a higher payment based on the presence of a secondary diagnosis code selected under clause (iv).

''(III) At the time of admission, no code selected under clause (iv) was present.

''(iii) As part of the information required to be reported by a hospital with respect to a discharge of an individual in order for payment to be made under this subsection, for discharges occurring on or after October

1, 2007, the information shall include the secondary diagnosis of the individual at admission.
‘‘(iv) By not later than October 1, 2007, the Secretary shall select diagnosis codes associated with at least two conditions, each of which codes meets all of the following requirements (as determined by the Secretary):
‘‘(I) Cases described by such code have a high cost or high volume, or both, under this title.
‘‘(II) The code results in the assignment of a case to a diagnosis-related group that has a higher payment when the code is present as a secondary diagnosis.
‘‘(III) The code describes such conditions that could reasonably have been prevented through the application of evidence based guidelines.
The Secretary may from time to time revise (through addition or deletion of codes) the diagnosis codes selected under this clause so long as there are diagnosis codes associated with at least two conditions selected for discharges occurring during any fiscal year.
‘‘(v) In selecting and revising diagnosis codes under clause(iv), the Secretary shall consult with the Centers for Disease Control and Prevention and other appropriate entities.
‘‘(vi) Any change resulting from the application of this subparagraph shall not be taken into account in adjusting the weighting factors under subparagraph (C)(i) or in applying budget neutrality under subparagraph (C)(iii).’’
…//…

Sección 5001 (c) de la Ley Publica 109-171 de 8 de febrero de 2006[NT]

Preguntas frecuentes sobre POA

Pregunta:

Hemos oído que la documentación de la úlcera por presión debe completarse dentro de los dos días siguientes al ingreso. Por tanto, preguntamos a menudo a los médicos tras el alta si el codificador no puede determinar el POA con la documentación de la historia. ¿Será admitido todavía este proceso en el FY (año fiscal [NT]) 2009?

Respuesta:

No hay un límite de tiempo para que el médico (según la definición de “proveedor” usado en la *Guía Oficial para Codificación e Información*) deba identificar o documentar una afección que esté presente en el momento del ingreso. En algunas situaciones clínicas puede no ser posible por parte del médico dar un diagnóstico definitivo (o una afección puede no estar reconocida o informada por el paciente) en un periodo de tiempo tras el ingreso. Si en el momento de la asignación del código la documentación no aclara cómo se ha desarrollado la afección, es correcto preguntar al médico para aclararlo.

Pregunta:

¿Necesitamos asignar el indicador POA en los códigos E?

Respuesta:

Aunque muchos códigos E están exentos de informar el POA (véase la lista de excepciones de la *Guía Oficial para Codificación e Información*) y deben informarse como "1" a Medicare (en nuestro CMBD iría como "E" [NT]), otros muchos códigos E requieren informar el indicador POA si se informan como diagnósticos secundarios. Ejemplos de estos códigos que requieren el POA son los Envenenamientos accidentales por medicamentos, sustancias medicamentosas y biológicas (E850-E858), y Medicamentos, sustancias medicinales y biológicas que causan efectos adversos en su uso terapéutico (E930-E949)

Corrección

El *Coding Clinic*, Cuarto trimestre de 2007, página 240, contiene un error. La lista de códigos exentos de diagnóstico presente al ingreso (POA) contiene el E927, Sobreesfuerzo y movimientos extenuantes. Este código no está exento de POA y se quitó de la lista de la versión de 2007 en la *Guía Oficial para Codificación e Información.*

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.