

# AHA Coding Clinic™

for ICD-9-CM

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

**Volumen 29  
Número 2**

**Segundo Trimestre  
2012**

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 17 de julio de 2012 (sólo en USA <sup>NT</sup>)

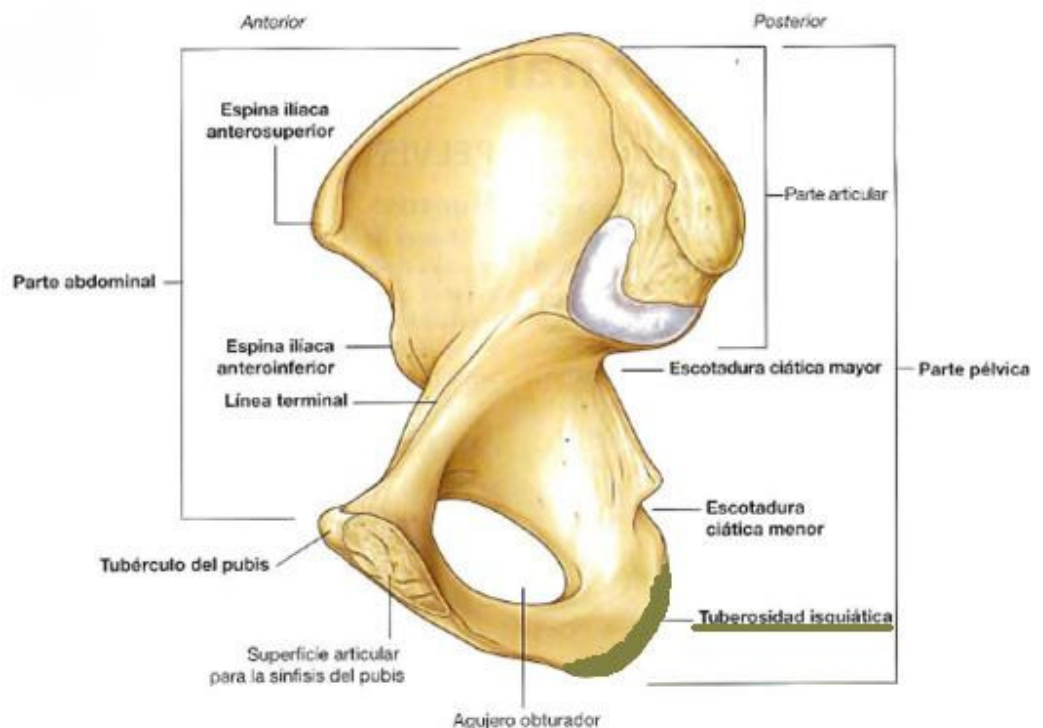
### En este número

Pregunte al editor  
Aclaraciones

### Pregunte al Editor

#### Pregunta:

¿Cuál es la asignación de código correcta de diagnóstico para la úlcera por presión isquiática, estadio II?



---

**Respuesta:**

Asigne el código 707.05, Úlcera por presión, Nalga, para una úlcera por presión isquiática. Asigne también el código 707.22, Úlcera por presión, estadio II, para identificar el estadio de la úlcera. El isquion forma la parte inferior y posterior del hueso de la cadera. Es anatómicamente parte de la pelvis. La parte del isquion llamada tuberosidad isquiática se encuentra directamente bajo el tejido de las nalgas y son también conocidos como los “huesos del asiento”.

**Pregunta:**

¿Cuál es el código de diagnóstico principal correcto de un ingreso para reparación de defecto de septo auricular debido a síndrome de Noonan asociado con cardiomiopatía hipertrófica y estenosis de la arteria pulmonar?

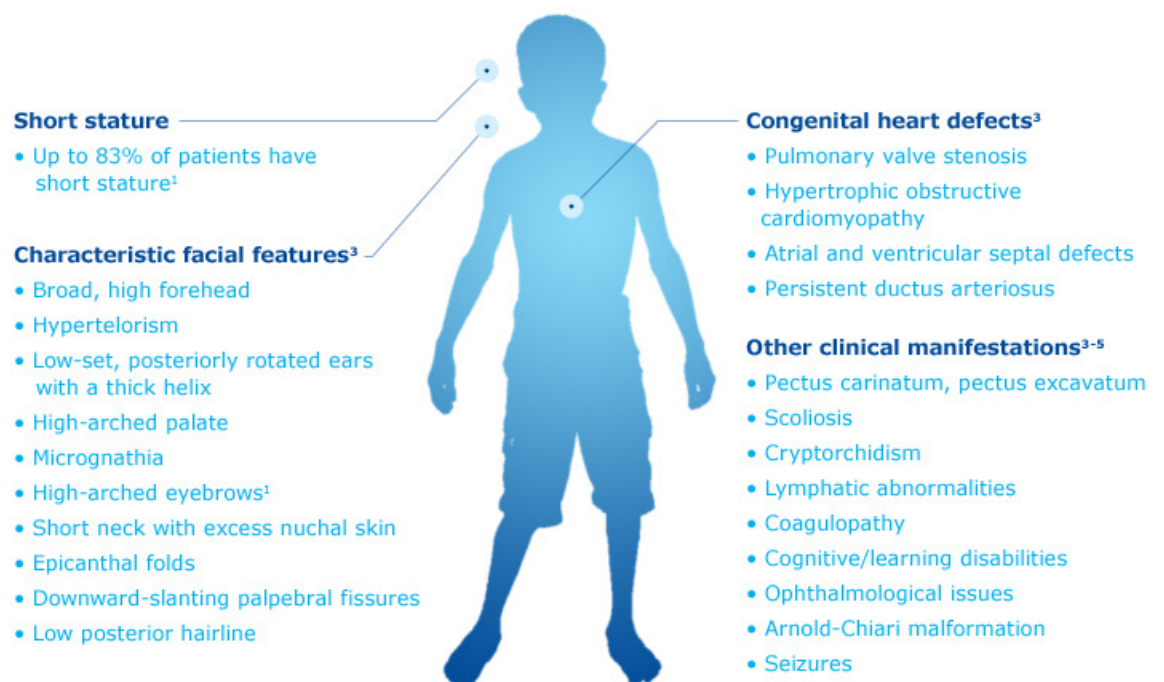


Aspecto facial en el síndrome de Noonan <sup>NT</sup>

**Respuesta:**

Asigne el código 759.89, Otras anomalías especificadas, Otra, para el síndrome de Noonan como diagnóstico principal. Asigne los códigos 745.5, Defecto septal auricular de tipo ostium secundum, 747.31, Coartación y atresia de la arteria pulmonar, y 746.84, Anomalías obstructivas del corazón NCOC, como diagnóstico secundarios. Aunque el defecto septal auricular, la cardiomiopatía hipertrófica y la estenosis de la arteria pulmonar son causadas por el síndrome de Noonan, tienen que informarse para especificar las manifestaciones del síndrome en este paciente ya que las presentaciones varían según los casos.

El síndrome de Noonan es causado por un defecto genético de uno o varios genes que son responsables de hacer las proteínas implicadas en el desarrollo normal. Esto lleva al desarrollo anormal con las características típicas del síndrome de Noonan. Estas pueden incluir distintas formas tales como una fisura profunda entre nariz y boca, mandíbula pequeña, mala alineación de los dientes y los ojos están ampliamente separados. La mayor parte de los pacientes con síndrome de Noonan tienen estatura corta y defectos cardiacos. Los defectos cardiacos más frecuentes es el estrechamiento de la válvula pulmonar que controla el flujo de sangre entre corazón y pulmones. En el síndrome de Noonan también pueden estar presentes la cardiomiopatía hipertrófica, defectos septales auricular y ventricular y tetralogía de Fallot. Se pueden hallar otros problemas incluidas anomalías esqueléticas que afectan columna y piernas, y una caja torácica de forma anormal.



Características del síndrome de Noonan <sup>NT</sup>

### Pregunta:

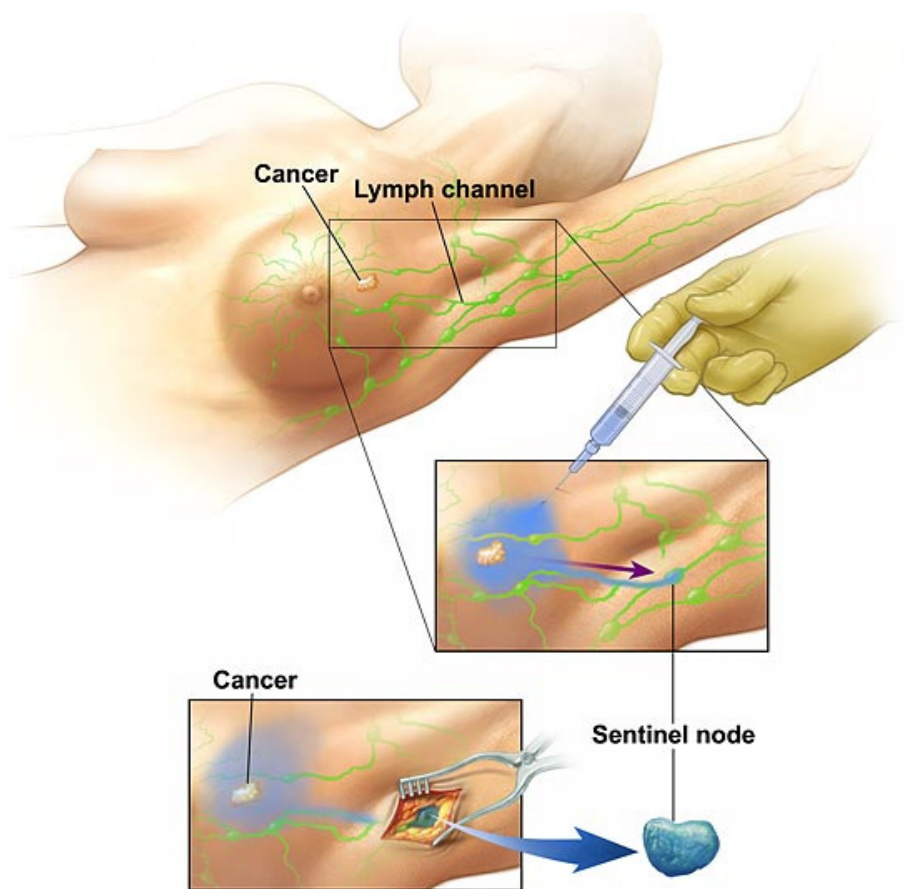
El *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 2002, página 7 (página 4 de la versión traducida <sup>NT</sup>) indica que “si el ganglio centinela es positivo, se realiza normalmente una disección completa del ganglios axilares “. Cuando se hace una biopsia del ganglio centinela seguido de una mastectomía radical modificada , ¿debe asignarse el código 40.23, Escisión de ganglio linfático axilar, para la biopsia del ganglio centinela, junto con el código 85.43, Mastectomía simple ampliada unilateral?. Una “mastectomía simple ampliada con escisión de ganglios linfáticos regionales” es un término de inclusión del código 85.43.

---

## Respuesta:

Cuando se realiza una biopsia del ganglio centinela y una mastectomía radical modificada durante el mismo tiempo operatorio, asigne sólo del código 85.43, Mastectomía simple ampliada unilateral. En este caso, la biopsia del ganglio centinela no se codifica por separado porque la mastectomía radical modificada incluye la escisión de los ganglios linfáticos regionales. Una *mastectomía radical modificada* implica la extirpación de la mama completa, región del pezón/areola, incluyendo los ganglios linfáticos axilares.

La biopsia del ganglio centinela es una herramienta diagnóstica en la cual se extirpan de uno a tres ganglios linfáticos para su estudio histopatológico. La biopsia se realiza para determinar si la neoplasia maligna ha metastatizado en los ganglios linfáticos axilares. Si los ganglios centinelas son negativos, se elimina la necesidad de realizar una “dissección axilar” más invasiva.

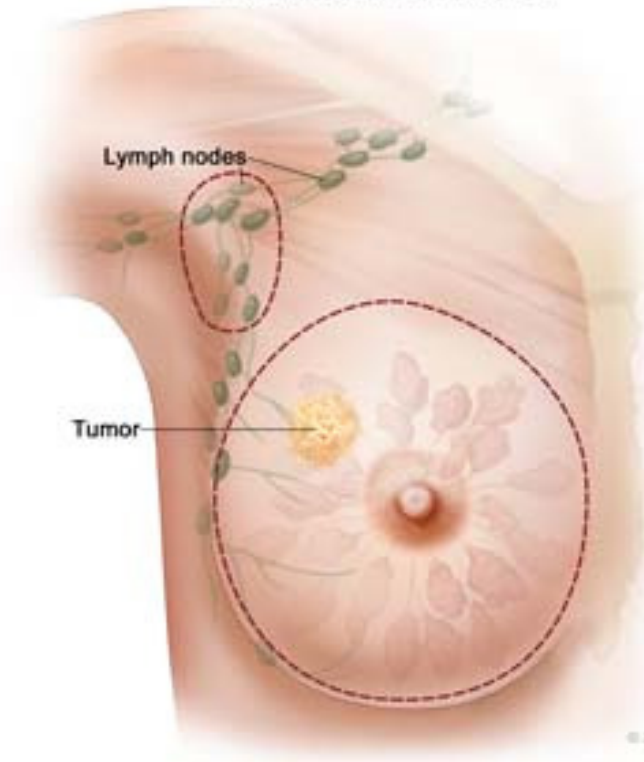


Biopsia del ganglio centinela <sup>NT</sup>

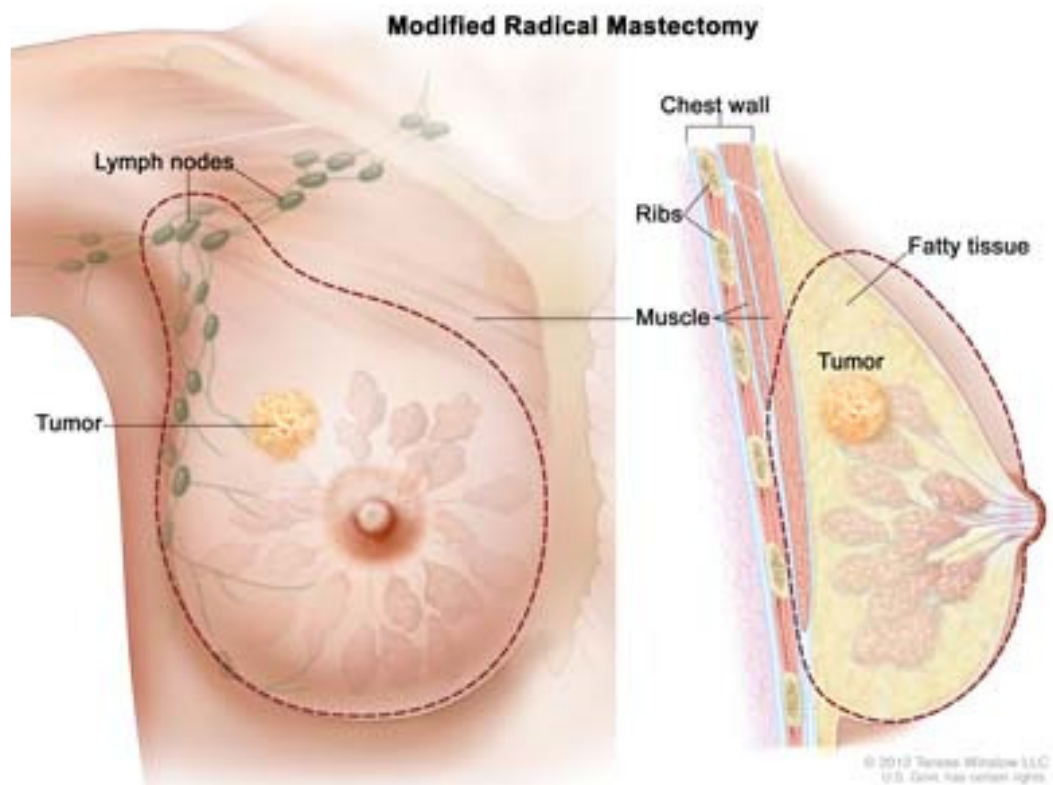
La biopsia del ganglio centinela es una técnica que ayuda a determinar si el cáncer se ha diseminado (metástasis) o está contenido localmente. Cuando un cáncer se ha detectado, a menudo el paso siguiente es encontrar el ganglio linfático más cercano al sitio del tumor y eliminarlo para el análisis. El concepto de ganglio "centinela", o el primer ganglio para drenar el área del cáncer, permite una estadificación más precisa del cáncer. El procedimiento implica la inyección de un colorante (a veces ligeramente radiactivo) para identificar el ganglio linfático que está más cerca del sitio del cáncer. La biopsia del ganglio centinela se usa para clasificar muchos tipos de cáncer, como el cáncer de mama y de piel (melanoma) <sup>NT</sup>

---

### Total (Simple) Mastectomy



### Modified Radical Mastectomy



Tipos de mastectomía citados <sup>NT</sup>

---

**Pregunta:**

¿Es correcto asignar un código secundario para identificar la complicación específica cuando se informa de una complicación quirúrgica?

**Respuesta:**

Sí, es correcto asignar un código de diagnóstico secundario. Cuando se asignan códigos para describir una complicación de cuidado médico o quirúrgico (categorías 966-999), use un código secundario para identificar la complicación específica si se proporciona información sobre la naturaleza de la complicación. Cuando el código de la complicación describe totalmente la afección, no se necesita un código adicional. Por ejemplo, la nota de instrucción de la subcategoría 996.7, Otras complicaciones de dispositivo protésico interno, implante e injerto, indica al codificador: “Use código adicional para identificar la complicación, tal como: ... embolia y trombosis venosa”. Esta notificación está avalada por las Normas Oficiales de Codificación e Información, Sección I.C.17.f.1.b. que indica “Use código adicional para identificar la naturaleza de la complicación”.

**Pregunta:**

Un paciente sufrió una perforación de colon en el ángulo esplénico durante una laparotomía exploradora que el médico documenta específicamente como complicación del procedimiento. ¿Cuál es la asignación de códigos para esta complicación quirúrgica?

**Respuesta:**

Asigne el código 998.2, Punción o laceración accidental durante un procedimiento, para describir la complicación quirúrgica. Debe asignarse también el código 569.83, Perforación de intestino, para especificar el lugar de la perforación, ya que este código describe la naturaleza de la complicación.

**Pregunta:**

Un paciente diagnosticado con esofagitis eosinofílica y retraso de crecimiento se sometió a la colocación de una gastrostomía laparoscópica. La documentación del médico indica que el estómago fue luego suturado a la fascia por cuatro lados usando sutura continua de Vicryl 3-0. Cuando se le preguntó, el cirujano aclaró que la sutura del estómago a la fascia es una gastropexia. ¿Es correcto asignar un código para la gastropexia como procedimiento adicional?

**Respuesta:**

Asigne sólo el código 43.19, Otra gastrostomía, para el procedimiento. La gastropexia es parte de la intervención y se hace para prevenir las fugas.

**Pregunta:**

El paciente se presenta para trasplante renal con múltiples factores de riesgo de la enfermedad renal crónica incluyendo litiasis y diabetes mellitas. La documentación indica que el paciente fue trasplantado con un órgano con incompatibilidad AB0 y fue tratado con ciclos de plasmaféresis e

---

inmunoglobulina intravenosa antes del trasplante. ¿Debe codificarse la incompatibilidad AB0?. El código 996.81, Complicación de órgano trasplantado, riñón, ¿es correcto?.

**Respuesta:**

No asigne el código 996.81, Complicación de órgano trasplantado, riñón, ya que no hay complicación o rechazo al órgano trasplantado. El hecho de que el órgano incompatible AB0 fuera trasplantado no indica necesariamente que hay una complicación con el mismo. No se asigna código para trasplante de órgano AB0 incompatible. El código 996.81 debería asignarse solo cuando hay una complicación con el órgano trasplantado.

**Pregunta:**

El médico documentó un nevus flammeus en la historia clínica del recién nacido. En la ICD-9-CM esta afección está clasificada como anomalía congénita. La Guía Oficial de la ICD-9-CM para Codificación e Información, sección I, C, 15, a, 4, indica que las afecciones clínicamente significativas observadas en el examen rutinario del recién nacido deben ser codificadas. Sin embargo, la Sección I, C, 15, a, 4 parece indicar que cualquier anomalía congénita se codifica cuando se documenta. ¿Qué norma de codificación debe seguirse cuando se documenta una anomalía congénita al ingreso del recién nacido sin indicación aparente que indique que dicha afección haya sido clínicamente evaluada, requerido tratamiento, pruebas diagnósticas, alargamiento de la estancia, incremento de los cuidados y/o monitorización de enfermería o tuviera implicaciones para las necesidades de los cuidados de salud futuros?



Nevus flammeus o mancha en vino tinto<sup>NT</sup>

---

### **Respuesta:**

Asigne el código 757.32, Hamartoma vascular, para el nevus flammeus. Es correcto codificar anomalías congénitas cuando es identificado por el médico, ya que puede tener implicaciones en evaluaciones posteriores. El nevus flammeus, también conocido como mancha de vino tinto es un tipo de marca de nacimiento. La marca de nacimiento está causada por un crecimiento de vasos sanguíneos y normalmente se encuentra en la cara, cuello, brazos y piernas. Es frecuentemente diagnosticado por inspección visual de la piel. Las manchas de vino tinto o nevus flammeus localizadas en párpados, frente o en ambos lados de la cara pueden estar asociadas con ataques de glaucoma y deben realizarse pruebas para determinar si hay un incremento de la presión intraocular. Ocasionalmente es necesario una biopsia de piel. Véase la *Guía Oficial para Codificación e Información*, anomalías congénitas, Sección I, C, 14.

### **Pregunta:**

La paciente fue sometida a una histerectomía vaginal total con salpingooforectomía bilateral. Durante el procedimiento, el cirujano apreció una pequeña lesión térmica del intestino no penetrante. Esta lesión fue sobresaturada con varias líneas de sutura hasta que la lesión térmica estuvo completamente antiséptica. El codificador asignó el 998.2, Punción o laceración accidental durante un procedimiento. Sin embargo esta asignación no parece adecuada ya que no es una punción, laceración o perforación. ¿Cómo debería codificarse esta complicación quirúrgica?

### **Respuesta:**

Asigne los códigos 998.89, Otras complicaciones especificadas de procedimientos, 947.3, Quemadura de órgano interno, tracto gastrointestinal, y E876.8, Otros accidentes durante cuidado médico, para describir la lesión térmica del intestino. Como se ha indicado anteriormente, deben asignarse códigos adicionales con códigos e complicación (996-999), para describir la naturaleza de a misma. Este consejo sustituye a la información previamente publicada en Coding Clinic, Primer Trimestre de 2009, páginas 15-16 (página 16 de la versión traducida <sup>NT</sup>).

### **Pregunta:**

La paciente había sufrido previamente una reconstrucción miocutánea transversa de recto abdominal (TRAM) de la mama izquierda secundaria a carcinoma ductal. Desarrolló una neoplasia recurrente de pared torácica compatible con un infiltrado de carcinoma ductal, estadio post escisión x2. Sin embargo los márgenes fueron aún positivos para carcinoma ductal infiltrante. La paciente es sometida ahora a una extirpación de su mama izquierda reconstruida para lograr unos márgenes quirúrgicos negativos. ¿Cuál es el código de procedimiento correcto para la extirpación del colgajo TRAM durante una neoplasia reproducida?

### **Respuesta:**

Asigne el código 85.99, Otra operación de mama, otra, para la extirpación del colgajo TRAM.

---

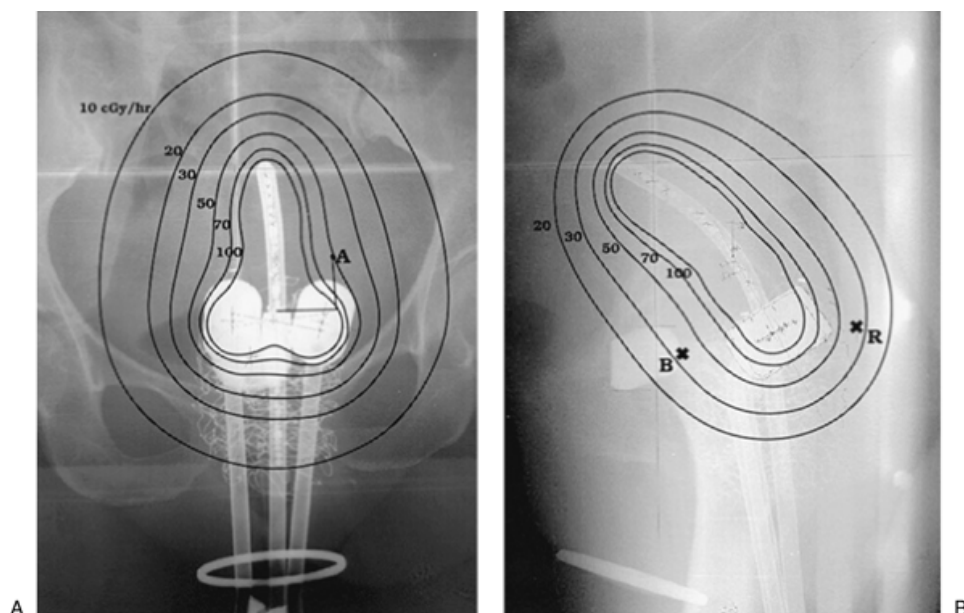
### Pregunta:

Un paciente fue ingresado para aplicación de Fletcher (\*). El diagnóstico se documentó como carcinoma de células escamosas de cérvix en estadio T4N1. ¿Puede asignarse un código secundario para los nódulos linfáticos metastásicos basado en la documentación proporcionada?

(\*). El aplicador de Fletcher es un sistema para braquiterapia de alta o baja dosis de radiación usado en el cáncer genital, especialmente cervical y uterino



aplicador de Fletcher <sup>NT</sup>



Vista AP y lateral de un aplicador Fletcher en una paciente con carcinoma invasivo de cervix.

Las unidades de isodosis están en centigray por hora <sup>NT</sup>

---

**Respuesta:**

Basados en la designación alfabética/numérica (T4N1), asigne el código 196.6, Neoplasia maligna secundaria y no especificada de ganglios linfáticos, linfáticos intrapélvicos. El *Coding Clinic* de mayo-junio de 1985, página 6, indica “Si los tipos de estadiaje se documentan en la historia clínica del hospital, los codificadores deben obtener copias de las clasificaciones actualizadas para la decodificación de las definiciones alfabéticas/numéricas. La información obtenida puede de ayuda en la selección de los códigos de la ICD-9-CM referentes a la presencia de cualquier neoplasia secundaria”. Véase *Coding Clinic*, Segundo trimestre de 2010, páginas 7-8 (página 6 de la versión traducida <sup>NT</sup>), para una información adicional en el uso del impreso de estadio del cáncer para la asignación de los códigos de la ICD-9-CM.

**Pregunta:**

Un paciente con alcoholismo crónico e historia de epilepsia es ingresado con convulsiones por abstinencia alcohólica. ¿Es correcto codificar juntos las convulsiones por abstinencia alcohólica (780.39) y la epilepsia (345.90)?

**Respuesta:**

Sí, es correcta la asignación de ambos códigos, si el médico ha documentado que el paciente tiene tanto abstinencia alcohólica como epilepsia. Asigne los códigos 291.81, Abstinencia por alcohol, y 780.39, Otras convulsiones, para las convulsiones por abstinencia alcohólica. Asigne también los códigos 345.90, Epilepsia, no especificada sin mención de epilepsia intratable, y 303.90, Otra dependencia alcohólica y la no especificada.

Aunque la categoría 780.3, Convulsiones, excluye las convulsiones epilépticas, en este caso, el paciente tiene ambas afecciones. Un paciente puede experimentar convulsiones debido a la falta de alcohol en el organismo. Este tipo de convulsión puede afectar a cualquiera que abuse del alcohol de manera crónica y cese repentinamente. Sin embargo los pacientes con epilepsia tiene una incidencia mayor.

**Pregunta:**

¿Cómo es codificado un diagnóstico de carcinoma urotelial papilar no invasivo?

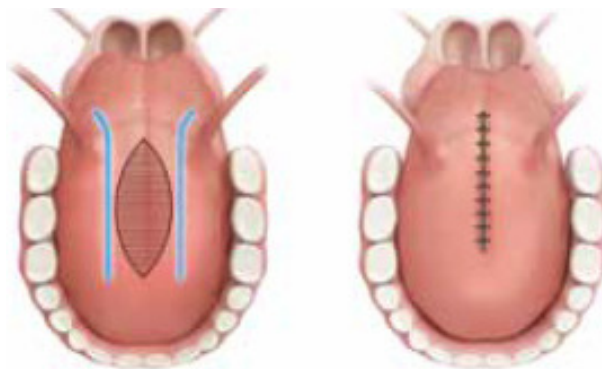
**Respuesta:**

Asigne el código 233.7, Carcinoma in situ, vejiga, para un diagnóstico de carcinoma utotelial papilar.

**Pregunta:**

Un paciente de 39 años se presenta en Urgencias cuando comenzó a sangrar tras toser. Fue sometido a glosectomía de la línea media (también denominada glosectomía de reducción <sup>NT</sup>) y suspensión hioidea una semana antes. En Urgencias se le practicó una laringoscopia flexible que mostró un gran coágulo con algún sangrado activo alrededor del mismo en el lugar de la glosectomía. El paciente fue luego enviado al quirófano para evaluación del coágulo y control de la hemorragia.

En el quirófano al paciente se le evacuó el coágulo y controló la hemorragia de la glosectomía de línea media. La documentación del médico indica que un gran coágulo situado hacia la parte derecha de la glosectomía fue extraído mediante aspiración e irrigación con solución salina normal. Había sangrado activo en la parte derecha de la glosectomía. Fue cauterizado con sistema Coblation®(\*) y electrocauterio, y existía una considerable cantidad de tejido friable alrededor de esta área. Había un pequeño sangrado arterial presente que fue finalmente controlado mediante aspiración y hemostasia meticulosa. Se colocó un trozo de Fibrillar® (Hemostático a base de celulosa oxidada regenerada presentada en forma de capas, rollos o almohadillas NT) de modo superficial para ayudar al control de la sangre que rezumaba del tejido friable. ¿Cuál es el código correcto para el procedimiento?



Glosectomía de la línea media NT



(\*) La tecnología Coblation® está basada en un desarrollo sobre un dispositivo de radiofrecuencia bipolar, que permite la desintegración celular de los tejidos, y por tanto la eliminación volumétrica del mismo y la hemostasia de la zona con gran precisión y control, y a una temperatura (65°C) mucho más baja que el láser o cualquier otro equipo electroquirúrgico. Menos calor implica menor daño térmico al tejido circundante, con una mejor cicatrización potencial y menor dolor postoperatorio NT

---

## Respuesta:

Asigne el código 39.98, Control de hemorragia, no especificada de otra manera. La referencia en el Índice es como sigue:

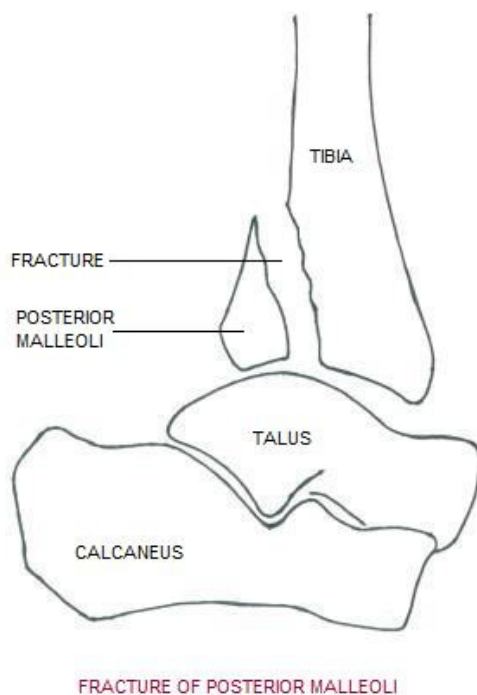
### Control

hemorragia

Sitio especificado NCOO 39.98

## Pregunta:

El paciente tuvo una fractura cerrada de los maléolos posterior y medial. ¿Debe ser codificado como fractura bimaléolar (824.4)? ¿El código 824.4, Fractura de tobillo, bimaléolar, cerrada, se refiere sólo a fracturas descritas por el médico como bimaléolares (tanto medial como lateral), o puede ser usado cuando dos maléolos están afectados tales como posterior y medial sin documentación de "bimaléolar"?



(\*) El llamado "Tercer maléolo" es también conocido como "Maléolo posterior o de Destot". Se refiere al saliente posterior del extremo distal de la tibia (en visión lateral). Más académicamente se define el maléolo posterior como: "la porción posterior de la superficie articular inferior de la tibia". De hecho es un término más radiológico que anatómico ya que es inexistente en la Nomenclatura Anatómica Internacional <sup>NT</sup>










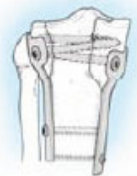

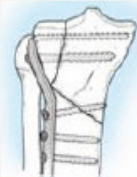
## Respuesta:

Asigne el código 824.4, Fractura de tobillo, bimaléolar, cerrada, para una fractura de los maléolos medial y posterior. "Bimaléolar" significa que dos de los tres maléolos del tobillo están fracturados. Las fracturas del maléolo medial son normalmente aisladas pero pueden ocurrir con fracturas del maléolo posterior. Aunque una fractura bimaléolar normalmente afecta a los maléolos medial y lateral, puede incluir los maléolos medial y posterior.

## Pregunta:

Los cirujanos ortopédicos de nuestro hospital están realizando reducción de fractura asistida por artroscopia. En este caso, al paciente se le hizo una reducción abierta asistida artroscópicamente con fijación interna (ORIF) de fractura de platillo tibial (extremo proximal de la tibia<sup>NT</sup>) derecho. En la intervención se colocó el puerto de artroscopia y se examinó la rodilla completa. El equipo artroscópico se retiró y se hizo una incisión lateral a la cresta tibial. Se usó un taladro para abrir una pequeña ventana, se insertó un impactador de hueso y se hizo avanzar mediante guiado radioscópico. Se elevó el fragmento articular medial impactado. Una vez alcanzada la elevación correcta de la fractura, el endoscopio se colocó por detrás dentro de la rodilla y se evaluó la zona completa. Se hizo una incisión sobre la cara media de la rodilla y se colocaron tornillos de fijación. La rodilla fue irrigada abundantemente y vuelta a examinar por artroscopia radioscopia. Las heridas se cerraron después, se aplicaron vendajes, se colocó la inmovilización y el paciente fue llevado a la sala de recuperación. A efectos de codificación, ¿se considera la reducción “cerrada” o “abierta” y cuál es la asignación correcta de procedimiento?

Tabla 1. Clasificación de Schatzker de las fracturas de la meseta tibial y tratamiento

Tipo I		Fractura separación pura de meseta tibial externa	En pacientes jóvenes adultos. Traumatismos baja energía (valgo forzado)	
Tipo II		Fractura separación-hundimiento meseta externa	Pacientes mayores (>40 años) Fuerza de torsión lateral + sobrecarga axial	
Tipo III		Depresión pura de meseta tibial externa	Pacientes osteoporóticos Baja energía Hundimientos anterior o posterior más inestables que hundimiento central	
Tipo IV		Fracturas de meseta tibial medial	Alta energía (sobrecarga axial + varo) Asocia lesiones ligamentosas	
Tipo V		Fracturas bicondileas	Alta energía Lesiones asociadas	
Tipo VI		Fracturas bicondileas con separación metafiso-diafisaria	Alta energía Lesiones asociadas vasculonerviosas	

---

**Respuesta:**

Asigne el código 79.36, Reducción abierta de fractura con fijación interna, tibia y peroné, para la reducción abierta asistida artroscópicamente con fijación interna de la fractura tibial. Esta es una reducción abierta con fijación interna de fractura asistida por artroscopia. La artroscopia es usada para ayudar a visualizar el campo quirúrgico. No asigne de manera separada el código para la artroscopia.

**Pregunta:**

¿Cuál es la edad límite para la asignación de códigos de abuso infantil 955.50-955.59, frente a los códigos de abuso a adultos 995.80-995.85?

**Respuesta:**

La mayoría de edad varía según los estados (en USA <sup>NT</sup>). Si el paciente ha alcanzado la mayoría de edad según la norma estatal, sería correcto asignar códigos de abuso en el adulto (995.80-85). En algunos estados un menor emancipado se considera un adulto. Por ejemplo, si un juez declara un menor emancipado, a él o ella normalmente se les otorga el estatus de mayoría de edad en ese mismo momento. Otros factores pueden influir en la mayoría de edad tal como menores que se casan o que se alistan en las fuerzas armadas. En algunas circunstancias, cuando no está documentado, se necesita preguntar al médico para determinar si el paciente es un menor emancipado.

**Pregunta:**

Los límites de edad no forman parte tradicionalmente de la ICD-9-CM. Sin embargo en los códigos de la categoría V85, Índice de Masa Corporal (BMI), se define adulto como mayor de 20 años de edad y paciente pediátrico como de edad de 2 a 20 años. ¿Puede ser aplicadas estas definiciones de límites de edad en toda la clasificación?

**Respuesta:**

Los límites de edad para códigos específicos no son aplicables a otros códigos de la clasificación.

**Pregunta:**

Un paciente se sometió a la implantación de marcapasos años antes. Posteriormente se le cambió por un sistema desfibrilador biventricular. El paciente tuvo una rotura del electrodo en la porción del sensor de frecuencia en el cable de alto voltaje, produciendo descargas de desfibrilación inadecuadas. Por este motivo el paciente fue trasladado a cirugía.

La documentación del médico indica una implantación de un nuevo generador de desfibrilador y reconexión del antiguo cable ventricular derecho del marcapasos previo. ¿Debería considerarse la conexión del cable ventricular derecho abandonado (del marcapasos previo) al nuevo desfibrilador una revisión del cable antiguo?

---

**Respuesta:**

No, esto no es codificado como una revisión del cable. Asigne el código 00.54, Implantación o sustitución de desfibrilador de resincronización cardiaca, solo sistema generador de pulsos [CRT-D], ya que el cable existente fue solo reconectado al nuevo generador de pulsos.

**Pregunta:**

Un paciente en estado de colocación de desfibrilador cardioversor implantable (ICD) es ingresado en el hospital para pasar a desfibrilador biventricular debido a la que Administración para Alimentos y Fármacos (FDA) recalificó su cable ventricular derecho que había experimentado múltiples descargas. El cirujano cambió el dispositivo a desfibrilador biventricular. El cable ventricular derecho se reintrodujo y reposicionó hasta que el umbral de marcapasos fue aceptable. ¿Es correcto asignar el código 37.75, Revisión de cable [electrodo] como código adicional para la revisión del cable?

**Respuesta:**

Sí, es correcto asignar un código secundario para la revisión del cable. En este caso, el cable fue recolocado hasta que se obtuvieron umbrales adecuados. Cuando se manipula o recoloca la parte “business” del cable, se codifica como una revisión. El “business end” del desfibrilador biventricular se refiere a la parte del cable que se extiende desde el generador al corazón.

Asigne los códigos 00.51, Implantación de desfibrilador de resincronización cardiaca, sistema completo [CRT-D], para el cambio a desfibrilador biventricular, y 37.75, Revisión de cable [electrodo], para los procedimientos.

**Pregunta:**

A un paciente con marcapasos desfibrilador biventricular se le encontró que tenía una impedancia de marcapasos elevada en ventrículo derecho, así como un intervalo V: V aumentado. Se presenta para cambio del generador del marcapasos desfibrilador biventricular, así como una posible revisión del cable ventricular derecho. El médico documentó que fue incapaz de colocar un nuevo cable de marcapasos y sensor ventricular derecho. El cable bipolar ventricular izquierdo se usa ahora como marcapasos y como sensor del ventrículo en el desfibrilador. El conector del antiguo cable ventricular derecho es sólo para marcapasos del ventrículo derecho y el sensor está en el ventrículo izquierdo. ¿Es correcto asignar el código el código 37.75, Revisión de cable [electrodo] como diagnostico secundario?

**Respuesta:**

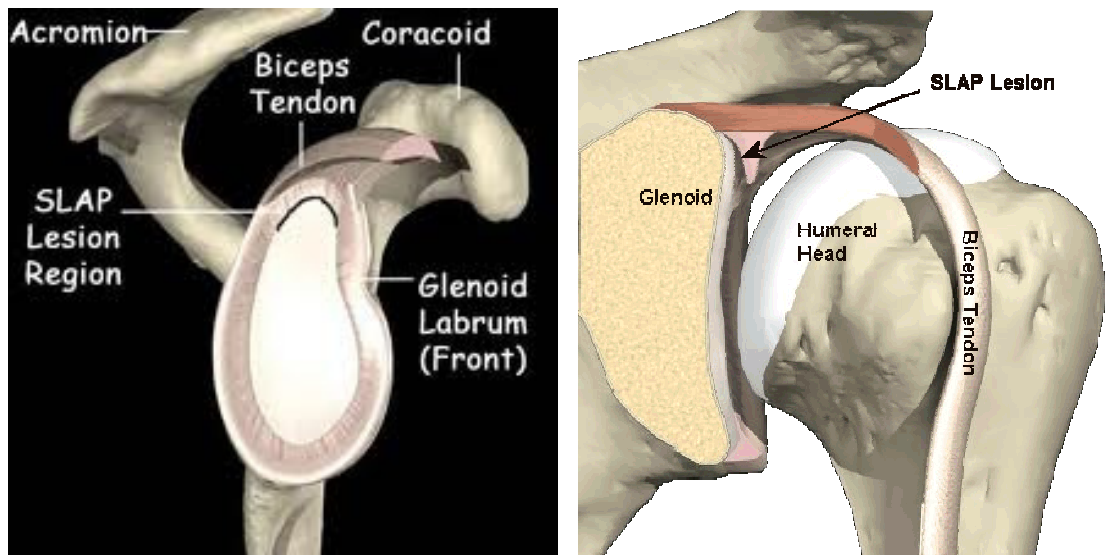
No, esto no es codificado como revisión de cable. Asigne sólo el código 00.54, Implantación o sustitución de desfibrilador de resincronización cardiaco, solo generador de pulsos [CRT-D], ya que el cable existente fue reconectado al nuevo generador de pulsos.

---

### Pregunta:

La lesión del labio glenoideo superior (labrum glenoidale o rodete glenoideo en la Nomenclatura Anatómica NT), o labio superior anteroposterior (SLAP) es semejante a la rotura del tendón del bíceps. El labio superior es la inserción del tendón del bíceps, el músculo más fuerte de la parte anterior del brazo. En la lesión SLAP el labio se desgarró de delante hacia atrás. Un tirón brusco del músculo puede tirar del labio superior fuera del hueso. Esta es una lesión relativamente frecuente en atletas, pero es más frecuente aún en pacientes que han sufrido una caída o recibido un traumatismo en el hombro.

Normalmente el Índice de Enfermedades de la ICD-9-CM lleva al codificador a asignar el código 840.7, lesión del labio glenoideo superior, para el diagnóstico. Sin embargo el código 874.7 está situado en el capítulo de Lesiones y envenenamientos. ¿Cuál es la asignación de código de diagnóstico correcta para la rotura de labio superior anteroposterior (SLAP) sin mención de traumatismo?



Labio glenoideo y lesión SLAP NT

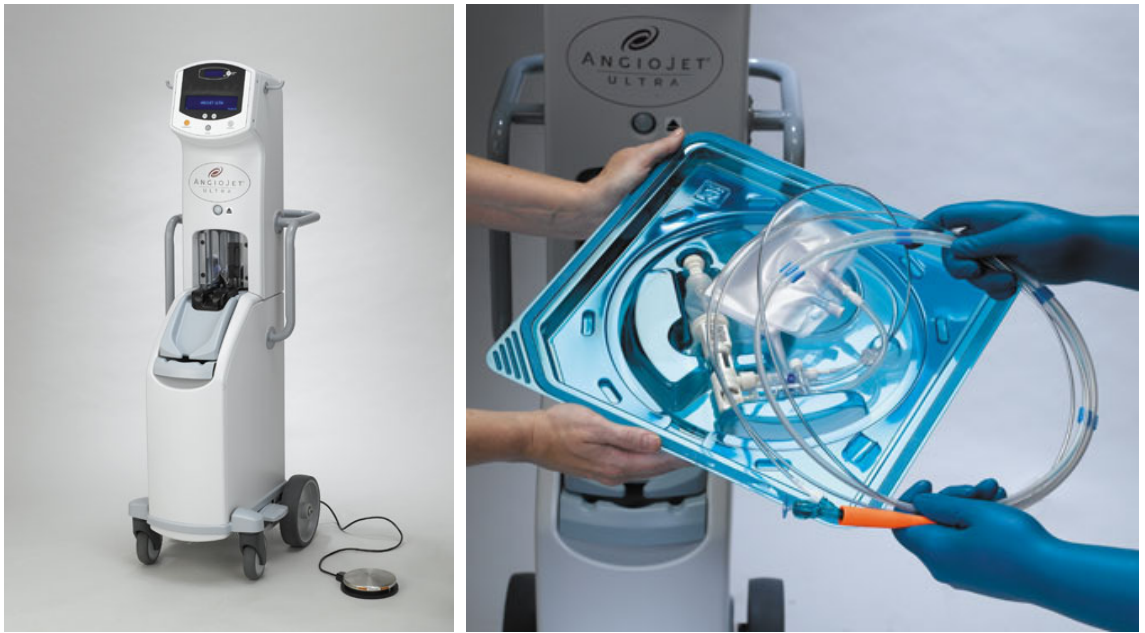
### Respuesta:

Asigne el código 840.7, Esguinces y torceduras del hombro y miembro superior, lesión del labrio glenoideo superior, para la rotura de SLAP ya sea con traumatismo o no.

### Pregunta:

Un paciente se presenta con isquemia crítica de la pierna. Se encontró una oclusión total del injerto de la arteria poplítea izquierda, localizado dentro del injerto femoropoplíteo izquierdo que estaba estenosado de manera crítica. Recibió tratamiento trombolítico durante la noche dirigido hacia el vaso obstruido. Al siguiente día, se le practicó angioplastia con balón y trombectomía con Angiojet® (\*) de la arteria tibial posterior izquierda. ¿Cuál es la asignación correcta de códigos e procedimientos?

(\*) ver *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 2006, página 18 para la descripción del Angiojet NT



Imágenes del Angiojet® NT

**Respuesta:**

Asigne el código 39.50, Angioplastia de otro vaso no coronario, para la angioplastia de la arteria tibial posterior, el código 39.79, Otros procedimientos intravasculares de otros vasos, para la trombectomía con angiojet, 00.40, Procedimiento de vaso único, y 99.10, Inyección o infusión de agente trombolítico, para el tratamiento trombolítico.

**Pregunta:**

El paciente es un hombre de 22 años con historia de leucemia mieloide aguda en remisión, en estado de doble trasplante de sangre de cordón (células madre). Desarrolló una infección del catéter central insertado periféricamente que obligó a su retirada. El médico anotó que el paciente había manipulado la vía venosa y esto parecía la causa de su bacteriemia/sepsis. El médico igualmente indicó que puesto que había una clara evidencia de la manipulación, la infección no había sido adquirida en el hospital. Fue autoprovocada. El paciente fue dado de alta sin catéter central debido a su dependencia de drogas y su comportamiento de búsqueda de las mismas. ¿Cuál es la asignación de códigos de diagnóstico para la infección de vía “autoprovocada”?

**Respuesta:**

Asigne el código 999.31, Otra infección debida a catéter venoso central y la no especificada, para la infección de la vía autoadquirida. Asigne también los códigos 205.01, Leucemia mieloide, aguda, en remisión, 304.90, Dependencia de drogas no especificada, V15.81, Incumplimiento del tratamiento médico, y E988.8, Lesión por otra causa y no especificada, no determinable como accidental o infligida a propósito, Otras causas especificadas, para mostrar la causa externa. En este caso, hay aún infección de la vía, independientemente del hecho de que fue autoprovocada.

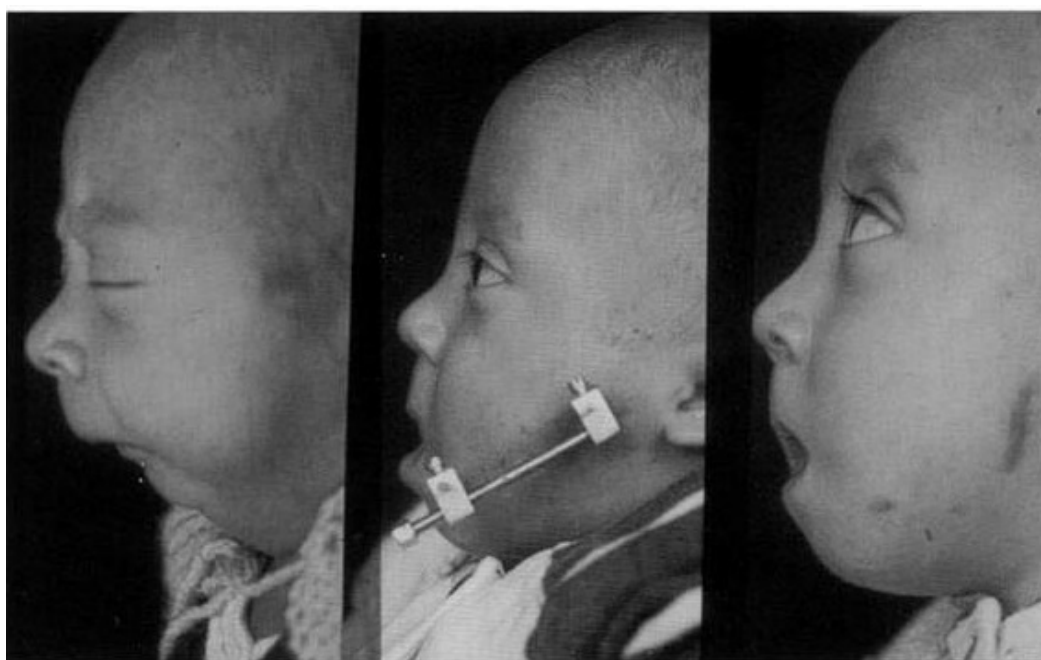
---

### Pregunta:

¿Cuál es la asignación de código e diagnóstico correcta para un neonato con la secuencia de Pierre-Robin asociado con paladar hendido y micrognatia mandibular?



Imágenes de síndrome de Pierre-Robin <sup>NT</sup>



Reparación de la micrognatia en el síndrome de Pierre-Robin <sup>NT</sup>

### Respuesta:

Asigne el código 756.0, Anomalías del cráneo y huesos de la cara, para la secuencia de Pierre-Robin. La deformidad o síndrome de Pierre-Robin está indexado específicamente con el código 756.0. Asigne el código 524.04, Hipoplasia mandibular, para especificar la anomalía del hueso. Asigne el código adecuado de la categoría 749, Paladar y labio hendido, basado en la documentación.

---

La *Guía Oficial para Codificación e Información* en Anomalías congénitas en los neonatos (I.C.15.g) indica:

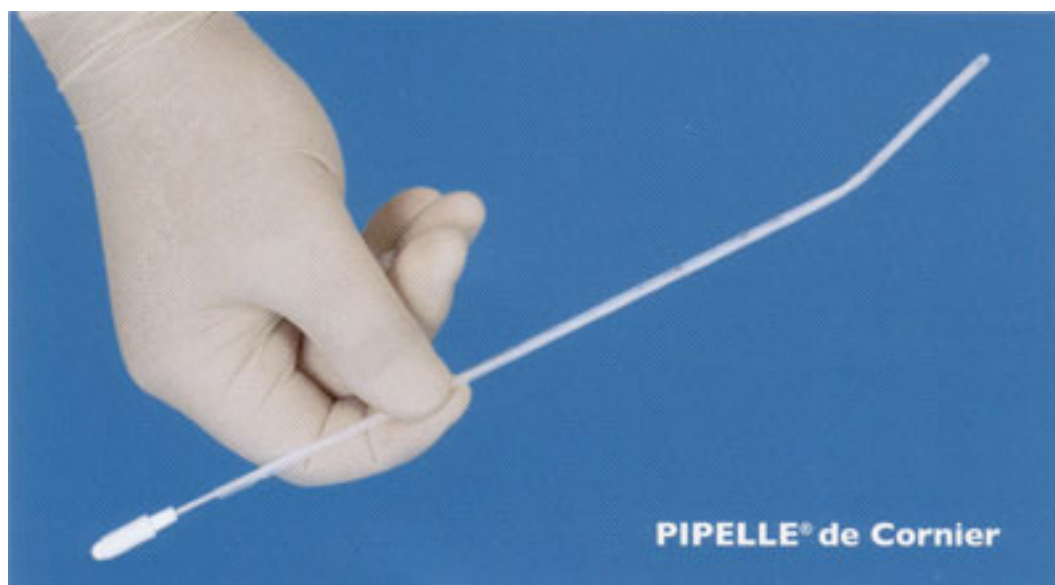
Para el primer ingreso debe usarse el código correcto de la categoría V30, Recién nacidos con vida de acuerdo al tipo de nacimiento, seguido de cualquier anomalía congénita, categorías 740.-749 (sólo si se codifican todos los neonatos en el hospital y por tanto se usa el V30 <sup>NT</sup>). Use códigos secundarios de otros capítulos para especificar las afecciones asociadas con la anomalía, si es aplicable.

Cuando una anomalía congénita no tiene una única asignación de código, asigne códigos adicionales para cualquier manifestación que esté presente.

Cuando la asignación del código identifica específicamente la anomalía congénita, las manifestaciones que son un componente inherente de la misma no se deben codificar separadamente. Deben asignarse códigos secundarios para manifestaciones que no son un componente inherente.

### **Pregunta:**

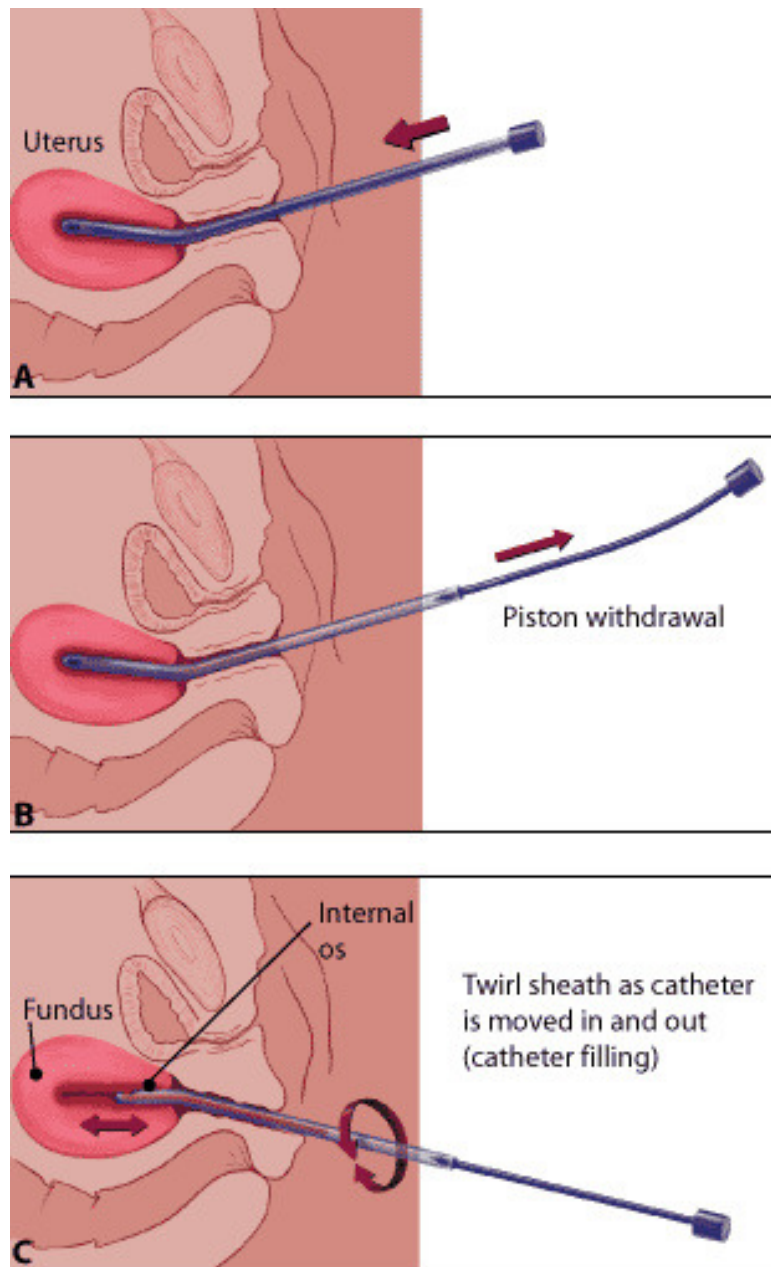
¿Cuál es el código de procedimiento correcto para una biopsia endometrial realizada mediante una cureta de succión endometrial Pipelle?



Cureta de succión endometrial Pipelle® <sup>NT</sup>

### **Respuesta:**

Asigne el código 68.16, Biopsia cerrada de útero, para la biopsia endometrial realizada mediante la cureta de succión endometrial Pipelle, ya que la asignación del código no está basada en el instrumento usado para realizar el procedimiento sino más bien en el procedimiento actual llevado a cabo.



Uso de la cureta de succión endometrial Pipelle® NT

### Pregunta:

¿Cuál es la asignación de código de diagnóstico para el síndrome de Fiebre periódica, Estomatitis aftosa, Faringitis y Adenitis (PFAPA)?

### Respuesta:

Ya que no hay un código específico para el síndrome PFAPA, asigne los códigos 780.61, Fiebre en afecciones clasificadas en otro sitio, 528.2, Aftas orales, 462, Faringitis aguda, y 289.3, Linfadenitis, no especificada, excepto mesentérica, cuando estas manifestaciones estén presentes. Asigne códigos para cualquier manifestación adicional. Aunque la fiebre periódica está indexada en el código 277.31, Fiebre mediterránea familiar, no se asigna el código 277.31 sin aclararlo con el médico.

---

El PFAPA (\*) es un síndrome clínico que se produce en niños pequeños. Incluye fiebre periódica que ocurre en intervalos de 3 a 5 semanas, finalizando aproximadamente a los 6 días, junto con estomatitis aftosa, faringitis y adenitis cervical. Estos síntomas clásicos se presentan cada 2 a 12 semanas con periodos asintomáticos. Pueden presentar síntomas menores como cefalea, dolor abdominal, náuseas, vómitos, escalofríos, malestar, hepatosplenomegalia y artralgia. La etiología del PFAPA es desconocida. La frecuencia y la intensidad del síndrome disminuye a medida que el niño se hace mayor.

(\*) El síndrome PFAPA también es denominado síndrome de Marshall <sup>NT</sup>

**Pregunta:**

¿Cuál es la asignación de código de diagnóstico correcta para la diabetes mellitas tipo II con microalbuminuria por nefropatía diabética?

**Respuesta:**

Asigne los códigos 250.40, Diabetes con manifestaciones renales, Tipo II o no especificada, no definida como incontrolada, y 583.81, Nefritis y nefropatía, no especificada como aguda o crónica, en enfermedades clasificadas bajo otro concepto, ya que el médico sólo documenta diabetes mellitas con nefropatía. La microalbuminuria es inherente a la nefropatía diabética; por tanto el código 791.0, Proteinuria, no es necesario. Si el médico sólo documenta diabetes y microalbuminuria, asigne los códigos 250.00, Diabetes mellitas sin mención de complicación, Tipo II o no especificado, no definida como incontrolada, y 791.0, Proteinuria.

---

## Aclaraciones

### Infección del tracto urinario asociada a catéter

#### Pregunta:

Solicitamos una aclaración acerca de la anotación previamente publicada en Coding Clinic, Tercer Trimestre de 2009, páginas 9-10 (páginas 9-10 de la versión traducida <sup>NT</sup>) acerca de la codificación de infección del tracto urinario asociada a catéter cuando el paciente tiene un catéter permanente y luego desarrolla una infección del tracto urinario. Si no hay documentación del médico de infección del tracto urinario asociada a catéter pero hay documentación de que el paciente tuvo una infección del tracto urinario y está anotado que tenía un catéter permanente, ¿puede el codificador asignar automáticamente el código 996.64, Infección y reacción inflamatoria debida a catéter urinario permanente?

#### Respuesta:

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

La *Guía Oficial de Codificación e Información* indica: “Como en todas las complicaciones de procedimiento o tras el mismo, la asignación de código está basada en la documentación del médico en cuanto a la relación entre la afección y el procedimiento”.

Sin embargo, considerando la importancia de la prevención y la trayectoria de las infecciones del tracto urinario asociada a catéter, si el paciente tiene un catéter permanente y una ITU, el codificador debe preguntar al médico acerca de la causa de la ITU y pedir que la información se documente en la historia (siempre que la causa de la ITU no sea el catéter)

### Resección anterior baja

#### Pregunta:

El *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 1996, afirma que una resección anterior baja del recto incluye una sigmoidectomía y ésta no debe ser codificada por separado. Adicionalmente, El *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 2010 (página 14-15 de la versión traducida <sup>NT</sup>), indica que una resección anterior baja implica una resección más profunda en la región pélvica baja. Estas citas parecen proporcionar una información clínica sobre qué constituye una resección anterior baja frente a una sigmoidectomía. Nuestro servicio está buscando una información más clara acerca de que componentes del procedimiento representan una verdadera resección anterior baja.

---

### **Respuesta:**

Pregunte al médico acerca de los componentes del procedimiento que implican una resección anterior baja. La notificación previamente publicada no pretende establecer parámetros clínicos sobre qué constituye una verdadera resección anterior baja. Cualquier información clínica publicada en *Coding Clinic* intenta ayudar al codificador a entender y ofrecer “pistas” para identificar posibles vacíos en la documentación donde es necesario preguntar al médico. No pretende reemplazar la necesidad de la documentación específica del médico para corroborar la asignación del código.

## **Síndrome de sepsis**

### **Pregunta:**

El médico puso “síndrome de sepsis” en el juicio diagnóstico final. ¿Cómo debe codificarse el síndrome de sepsis?. La única notificación que hemos encontrado del síndrome de sepsis fue la del *Coding Clinic* del Segundo Trimestre de 2000 acerca de septicemia, shock séptico y síndrome de sepsis. ¿Es aún válida esta notificación?

### **Respuesta:**

No, la notificación de la sepsis ha cambiado desde que la referencia de este *Coding Clinic* fue publicada. El término “síndrome de sepsis” está poco definido. Pregunte al médico para determinar la afección específica que tiene el paciente.

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.