
AHA

Coding Clinic™

for ICD-9-CM

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

Volumen 31
Número 1

Primer Trimestre
2014

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 31 de marzo de 2014 (sólo en USA ^{NT})

En este número

Despedida del *Coding Clinic for ICD-9-CM*
Pregunte al editor
Aclaraciones
Correcciones
Noticia

Despedida del Coding Clinic for ICD-9-CM

Con este ejemplar final, mientras hacemos la transición a la ICD-10-CM/PCS, nos despedimos con afecto del *Coding Clinic for ICD-9-CM* tras casi los 30 años de consejos de codificación. En su número inaugural, allá por mayo junio de 1984, la publicación se introdujo con el objetivo de “proporcionar consejos de codificación, decisiones oficiales sobre codificación y noticias acerca del uso de la ICD.9-CM”.

La Oficina Central de la Asociación Americana de Hospitales se enorgullece de apoyar la misión de los fundadores originales en “ayudar a cualquiera que esté interesado y mejorar la exactitud y uniformidad de las historias clínicas. “Queríamos expresar nuestra sincera gratitud a las actuales y anteriores editores, a los miembros del Comité Editorial y a los miembros de grupo de revisión médica por su dedicación y compromiso para la mejora de la exactitud y uniformidad de a información sanitaria.

Pregunte al Editor

Pregunta:

Un paciente es ingresado en el hospital para tratamiento de una artroplastía total de rodilla y dehiscencia de herida. Durante la hospitalización en el cultivo de la herida creció *Corynebacterium diphtheriae*. El cultivo específico resultó mostrar “gran crecimiento *Corynebacterium species*, sin aislar anaerobios”. La herida fue tratada con antibióticos, vendaje húmedo/seco y sistema de vacío de herida. El diagnóstico médico final indicó “Dehiscencia e infección de herida de *Corynebacterium* en sustitución total de rodilla derecha”. ¿Cómo debería codificarse este caso?

Respuesta:

Asigne el código 996.66, Infección y reacción inflamatoria debida a dispositivo, implante o injerto protésico interno, debido a prótesis articular interna, como diagnóstico principal. Como secundarios deben asignarse los códigos 998.32, Disrupción de herida de operación externa (quirúrgica), 032.85, Difteria cutánea, V46.65, Órgano o tejido sustituido por otros medios, Articulación, rodilla, y E878.1, Intervención quirúrgica como causa de reacción anormal o complicación en el paciente, sin mención de accidente en el momento de la intervención, Intervención quirúrgica con implante o dispositivo interno artificial. La infección de herida por *Corynebacterium diphtheriae* da como resultado la liberación de toxina que causa destrucción local de tejido y fue probablemente responsable de la dehiscencia de la herida.

Pregunta:

El médico documentó un carcinoma neuroendocrino de células pequeñas en estadio IIIA de cérvix con extensión a vagina anterior y parametrio derecho, con implicación de ganglios ilíacos internos derechos. ¿Cuál es el código correcto para un carcinoma neuroendocrino de células pequeñas de cérvix con metástasis?

Respuesta:

Asigne el código 209.30, Carcinoma neuroendocrino maligno pobremente diferenciado, cualquier sitio, para el carcinoma neuroendocrino de células pequeñas de cérvix. Asigne también los códigos 209.71, Tumor neuroendocrino secundario de ganglios linfáticos distantes, para la implicación de los ganglios linfáticos ilíacos, y 209.79, Tumor neuroendocrino secundario de otros sitios, para las metástasis de la vagina anterior y el parametrio derecho.

Cuando un carcinoma neuroendocrino se define de células pequeñas, se considera pobremente diferenciado.

Pregunta:

Si un médico documenta insuficiencia cardiaca con fracción de eyección conservada, o insuficiencia cardiaca con función sistólica conservada, o alternativamente insuficiencia cardiaca con baja fracción de eyección, insuficiencia cardiaca con función sistólica disminuida u otros términos similares, ¿puede asumir el codificador que el médico quiere significar “insuficiencia cardiaca diastólica” o “insuficiencia cardíaca sistólica” respectivamente y aplicar el código adecuado de la ICD-9-CM basado en las circunstancias clínicas documentadas?

Respuesta:

No, el codificador no puede asumir ni una insuficiencia cardiaca diastólica o sistólica ni una combinación de ambas, basado en estos términos. Por tanto, pregunte al médico para aclarar si el paciente tiene una insuficiencia cardiaca diastólica o sistólica.

Pregunta:

El paciente tiene dolor e hinchazón asociado con reflujo venoso de la safena mayor (o interna^{NT}) bilateral y reflujo de la vena safena accesoria anterior derecha. Fue sometido a ablación por calor y la unión safenofemoral derecha y la vena accesoria fueron tratadas a 120 grados Celsius. El primer segmento en la unión safenofemoral de la pierna izquierda fue también tratado a 120 grados Celsius. ¿Cuál es el código para la ablación por calor de la vena safena?

Respuesta:

Asigne el código 38.89, Otra oclusión quirúrgica de vaso, venas de miembros inferiores para la ablación por calor de las venas safenas. La ablación por radiofrecuencia ocluye el vaso mediante destrucción térmica del tejido.

Pregunta:

Cuando un paciente tiene púrpura trombocitopénica autoinmune y pancitopenia, ¿se codifican ambas afecciones? o ¿se sigue la regla de no codificar trombocitopenia con pancitopenia?

Respuesta:

Asigne ambos códigos 287.31, Púrpura trombocitopenia autoinmune, y 284.19, Otra pancitopenia, para la púrpura trombocitopénica autoinmune con pancitopenia. Aunque el código 284.19 incluye una deficiencia en el número de plaquetas en el organismo, no identifica que el paciente tiene una púrpura trombocitopénica autoinmune. Por tanto, el código 287.31 se necesita para identificar esta afección.

Pregunta:

Nuestro Centro comenzará pronto a realizar el Sistema de tratamiento de reflujo LINX® en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Esta cirugía implica implantar un dispositivo con el mismo abordaje laparoscópico que se usa en la funduplicatura de Nissen. ¿Cuál es el código adecuado para el procedimiento LYNX en la ERGE?

Controlling gastroesophageal reflux

When the lower esophageal sphincter — the valve that connects the esophagus to the stomach — doesn't close tightly, it leaks stomach acid, causing gastroesophageal reflux disease. The LINX reflux management system features a bracelet-like device made of magnetic, titanium beads that wraps around the valve and aids in its function. A clinical trial is testing its effectiveness.

How it works

- 1** The LINX device is placed around the esophagus, just above the stomach, near the **lower esophageal sphincter** using a minimally invasive surgical technique.
- 2** Once the device is placed, magnetic attraction between the beads helps to keep the sphincter closed.
- 3** The LINX device will open to allow swallowing or the release of higher gastric pressures.

Esophagus
Diaphragm
Lower esophageal sphincter
Stomach
Acid contents
LINX device
A defective sphincter allows reflux back into the esophagus
Attractive force of the magnetic beads provide support
LINX device (trademarked) by Torax.
Ed Yozwick/Post-Gazette

Source: Torax Medical Inc.

Sistema de tratamiento del reflujo gastroesofágico LYNX^{NT}

Respuesta:

Asigne el código 44.67, Procedimiento laparoscópico para creación de competencia del esfínter esofagogástrico, para el procedimiento LYNX.

El procedimiento LYNX, también denominado Sistema de tratamiento de reflujo LINX, consiste en un dispositivo implantado quirúrgicamente que se usa para tratar los síntomas asociados a la enfermedad por reflujo gastroesofágico, y es una alternativa a una cirugía más invasiva. Durante el procedimiento se accede al esófago por vía laparoscópica mediante varias incisiones pequeñas en el abdomen. El sistema incluye un anillo implantado y una serie de cuentas de titanio con un núcleo magnético, conectado mediante alambres de titanio para formar un anillo que se implanta en el esfínter esofágico inferior (EEI). La fuerza de las cuentas magnéticas está diseñada para proporcionar una fuerza adicional para mantener cerrado un EEI débil. Al deglutir, la fuerza magnética entre las cuentas se supera por las altas presiones de la deglución y el dispositivo se expande para dar cabida al bolo normal de alimento o líquido. Una vez pasado a través del EEI el dispositivo vuelve a su estado inicial.

Pregunta:

Nuestro Centro ha empezado recientemente a participar en un ensayo para tratar la hipertensión con denervación renal. El procedimiento es realizado por la arteria renal con ablación por radiofrecuencia o ultrasonidos. ¿Cómo debe codificarse este procedimiento?

Respuesta:

Asigne el código 04.2, Destrucción de nervios craneales y periféricos, para la denervación renal. La ablación por radiofrecuencia en un término de inclusión bajo el código 04.2. La ablación destruye el nervio renal y el objetivo del procedimiento es eliminar el nervio, no el riñón. Por tanto, el código 04.2 es la mejor opción.

Pregunta:

El paciente es un niño de tres años que es ingresado con un diagnóstico de colostasis intrahepática familiar progresiva de tipo 2. ¿Cómo se codifica?

Respuesta:

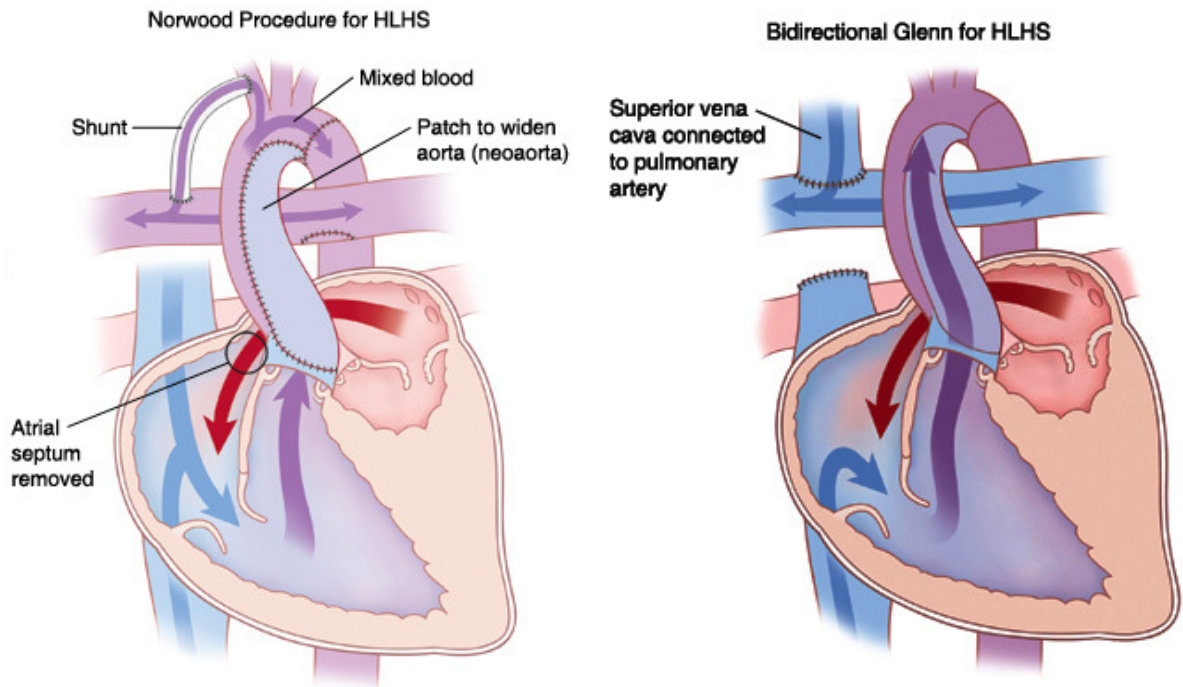
Asigne el código 277.4, Trastornos de la excreción de bilirrubina, como diagnóstico principal. Asigne los códigos 573.8, Otros trastornos específicos del hígado, y 576.8, Otros trastornos especificados del tracto biliar, como diagnósticos secundarios.

La colostasis intrahepática familiar progresiva, anteriormente descrito como síndrome de Byler, es un trastorno de colostasis crónica. La afección es heredada de manera autosómica recesiva. El trastorno da como resultado la acumulación de sales biliares en los hepatocitos con daño hepatocelular grave progresivo. En individuos con esta colostasis las células hepáticas no son capaces de secretar bilis. La acumulación de bilis produce enfermedad hepática llevando a una insuficiencia hepática. El trastorno puede progresar rápidamente o gradualmente. Normalmente comienza en la infancia y los signos y síntomas incluyen picor intenso, ictericia, fallo de medrar, hipertensión portal y hepatosplenomegalia. Hay tres tipos conocidos de colostasis intrahepática familiar progresiva: 1, 2 y 3. Cada tipo tiene distintas causas genéticas.

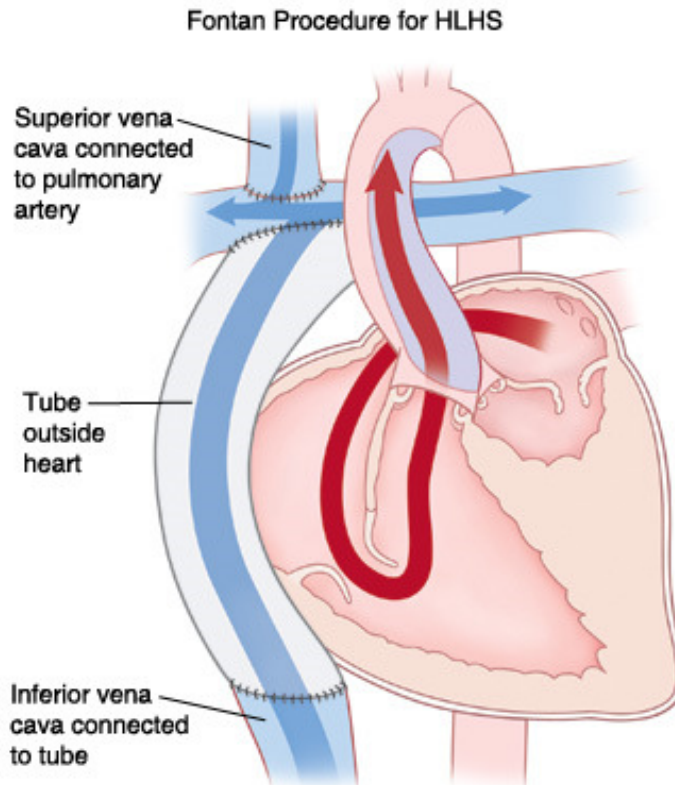
Pregunta:

Un paciente con síndrome de corazón izquierdo hipoplásico, que previamente había sido sometido a un procedimiento de Norwood neonatal seguido de un procedimiento bidireccional de Glenn, se presenta ahora para un procedimiento extracardiaco de Fontan.

El Índice de procedimientos de la ICD-9-CM lleva al código 35.94, cuando se hace referencia al procedimiento de Fontan. Este código describe la creación de un conducto entre la aurícula y la arteria pulmonar. Sin embargo en este caso el objetivo principal de la intervención es conectar la vena cava inferior con la arteria pulmonar derecha mediante un conducto protésico, y el código 35.94 no parece el correcto. ¿Cuál es el código de procedimiento de la ICD-9-CM adecuado?



Procedimientos de Norwood y bidireccional de Glenn previos al Fontan ^{NT}



Derivación extracardiaca de Fontan ^{NT}

Respuesta:

Asigne el código 35.94, Creación de un conducto entre aurícula y arteria pulmonar para el procedimiento de Fontan. Aunque hay varias formas de realizar el procedimiento, al final el procedimiento se realiza para derivar la sangre de la vena cava inferior por la aurícula derecha a la arteria pulmonar.

Incluso en los casos en que la aurícula es puenteada con un conducto extracardiaco al estilo de un conducto extracardiaco del procedimiento de Fontan, el objetivo de la intervención es el mismo y se recoge adecuadamente con el código 35.94.

Pregunta:

¿Cuál es el código correcto para la neuropatía motora multifocal NMM?

Respuesta:

Asigne el código 357.89, Otra neuropatía inflamatoria y tóxica, para la NMM.

La neuropatía motora multifocal es una forma reconocida normalmente de neuropatía inflamatoria que es parecida a la polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (PDIC). Sin embargo, es una afección diferente. A diferencia de la PDIC, la NMM es lentamente progresiva, afecta solo nervios motores y no hay denervación paravertebral en el EMG.

Pregunta:

Trabajando en un hospital psiquiátrico, a menudo nos encontramos con el diagnóstico de “duelo complicado”. ¿Cuál es el código correcto para el “duelo complicado” cuando no hay mención de trastorno/reacción de adaptación?

Respuesta:

Asigne el código 309.0, Trastorno de adaptación con modo depresivo, para el duelo complicado. El duelo complicado es también denominado reacción de dolor (ajuste) a una pérdida.

De acuerdo con estudios, durante los primeros meses tras una pérdida, los síntomas del duelo normal son parecidos a los del duelo complicado. Sin embargo, los síntomas del dolor disminuyen típicamente tras varios meses, mientras que los signos y síntomas del duelo complicado son más prolongados.

Pregunta:

Un paciente con historia de esplenectomía fue ingresado por dolor abdominal. Se vieron múltiples densidades abdominales en el TAC de abdomen. La laparotomía exploradora mostró implantes en el epiplón y en la zona parietal anterior de la pared abdominal. Los implantes se extirparon y fueron enviados a anatomía patológica. El informe patológico fue negativo para neoplasia maligna y displasia pero consistentes con esplenosis. ¿Cuál es el código de diagnóstico para la esplenosis?

Respuesta:

Asigne el código 289.59, Otras enfermedades del bazo, otra, para la esplenosis. La esplenosis implica la implantación y el subsiguiente crecimiento de tejido esplénico en una localización ectópica.

Pregunta:

¿Cuál es el código de diagnóstico adecuado para el estado epiléptico eléctrico de sueño?

Respuesta:

El estadio epiléptico eléctrico de sueño es una forma poco común de epilepsia no concluyente que ocurre en la infancia. El diagnóstico se basa en si el patrón electroencefalográfico es generalizado o focal. Si el médico documenta un estado epiléptico eléctrico de sueño como “motor focal”, asigne el código 345.7X, epilepsia parcial continua. Si la documenta como estado epiléptico eléctrico de sueño “generalizado”, asigne el código 345.2, Estado de petit mal. Asigne el código 345.8X, Otras formas de epilepsia y ataques recurrentes, cuando no se especifica si es “focal” o generalizado”.

La X indica que puede seleccionar el 5º dígito adecuado para con o sin mención de epilepsia intratable.

Pregunta:

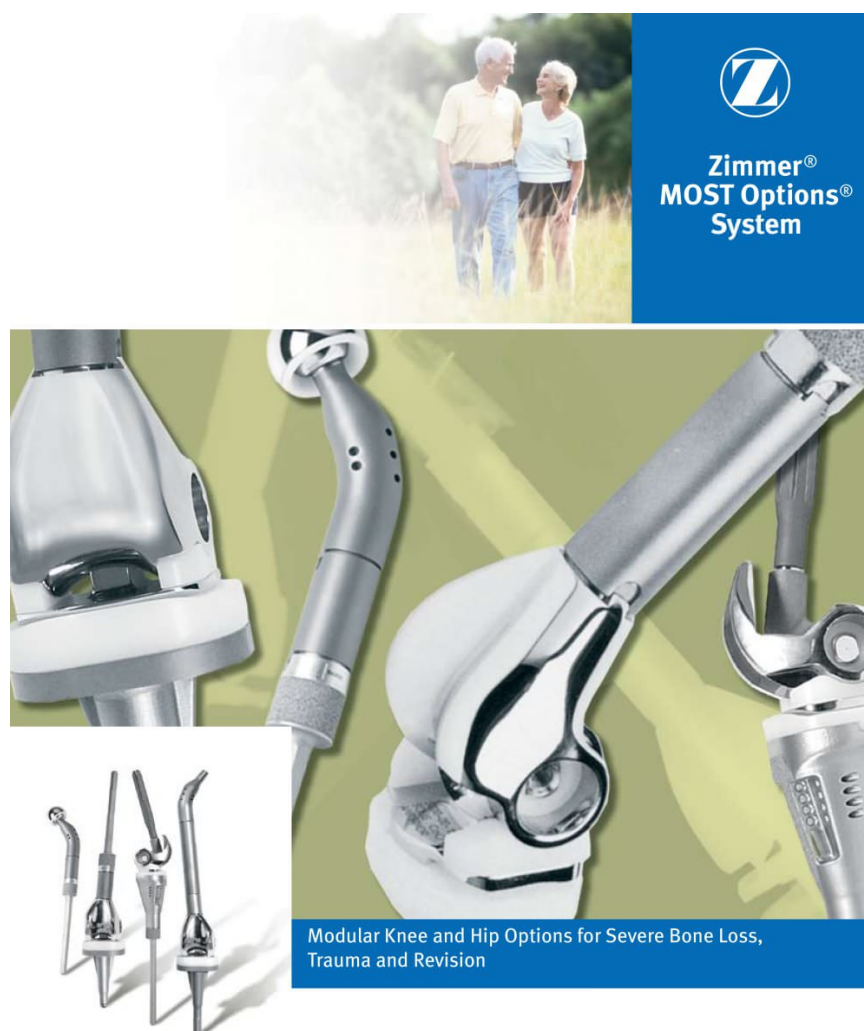
¿Cuál es la asignación de código para el estado epiléptico no convulsivo refractario?

Respuesta:

Asigne el código 345.01, Epilepsia no convulsiva generalizada, con mención de epilepsia intratable, para el estado epiléptico no convulsivo.

Pregunta:

Un paciente con infección equinocócica conocida del fémur con dolor y gran masa en el fémur es sometido a resección radical de fémur y sustitución con una reconstrucción protésica MOST. El sistema MOST Options® proporciona módulos opcionales de rodilla y cadera para pérdida grave de hueso, traumatismos y cirugía de revisión. En este caso, la prótesis MOST abarca la sustitución de rodilla y tibia. Se extirpa una porción de tibia y se coloca un tapón de hueso en el canal y se cementa la tibia. ¿Cómo debe codificarse este procedimiento?



Sistema Options MOST® para amplias pérdidas óseas en miembro inferior NT

Respuesta:

Asigne el código 81.54, Sustitución total de rodilla, 77.95, Osteotomía total, fémur, y 84.48, Implantación de dispositivo protésico en miembro inferior, para los procedimientos realizados. El cirujano efectuó una sustitución de rodilla sin componente acetabular, retirada del fémur completo y colocación de un miembro inferior protésico. El código 84.48 recoge la inserción del miembro inferior protésico.

Más información en: <http://www.zimmer.com/content/dam/zimmer-web/documents/en-US/pdf/surgical-techniques/knee/zimmer-most-options-system-surgical-technique.pdf>

Pregunta:

El paciente fue ingresado en el hospital para tratamiento de lesiones múltiples. En el servicio de urgencias el paciente tuvo una lesión de la uretra como resultado de la inserción traumática de una sonda de Foley. Dio como resultado una salida de sangre por la uretra y se consultó al urólogo para este caso. En el diagnóstico final el médico indicó: “Cateterización de Foley traumática. ¿Cómo debería codificarse este diagnóstico?”

Respuesta:

En este caso, la lesión de la uretra fue resultado del procedimiento. Asigne los códigos 997.5, Complicaciones urinarias, y 867.0, Lesión de órganos pélvicos, vejiga y uretra, sin mención de herida abierta en cavidad, y E870.8, Complicaciones del paciente durante cuidado médico y quirúrgico, Otro cuidado médico especificado. Una cateterización traumática no debería codificarse a no ser que haya documentación de una complicación o lesión específica. Si la extensión de la cateterización traumática no está clara, pregunte al médico sobre el grado de lesión en la uretra. Además el sangrado no debe codificarse por separado ya que se considera inherente a la lesión. Esto es una situación distinta a la publicada en *Coding Clinic*, noviembre-diciembre de 1985, página 15, donde el paciente se quitó su propio catéter y el código de lesión fue asignado en lugar del de complicación.

Pregunta:

El paciente fue ingresado para tratamiento quirúrgico de cáncer rectosigmoideo. Se insertó un catéter de Foley antes de la intervención. Tras la misma el médico notó hematías en el análisis de orina. Sin embargo no hay documentación de complicación o lesión relacionada con la inserción del catéter. ¿Cómo debe codificarse?

Respuesta:

No asigne un código de complicación o lesión. Aunque estén presentes eritrocitos en el análisis de orina tras la inserción del catéter urinario, no necesariamente implica una complicación y/o lesión. A no ser que el médico documente cateterización traumática con una lesión o complicación específica, no se codifica como tal.

Pregunta:

La paciente es sometida a una cesárea baja transversa debido a una frecuencia cardiaca fetal preocupante y bradicardia persistente. En el parto el neonato es declarado muerto tras 21 minutos de intento de resucitación. En contaje de compresas fue diferido por lo que no hubo un contaje inicial, con el planeamiento de una radiografía postoperatoria. Dicha radiografía fue importante para la búsqueda de una compresa retenida en la laparotomía. La paciente fue reintervenida en el quirófano y se extrajo una compresa retenida sin complicación. Al comienzo de las categorías de Complicaciones de cuidados quirúrgicos y médicos NCOC (996-999) hay una nota de instrucción que excluye complicaciones de procedimientos quirúrgicos durante aborto, trabajo de parto y parto (630-676.9). Por tanto, ¿se debe asignar el código 998.4, Cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento, declarado, o sería más adecuado un código del Capítulo 11 Complicaciones del embarazo, parto y puerperio (630-679)? ¿Cómo debería codificarse este caso?

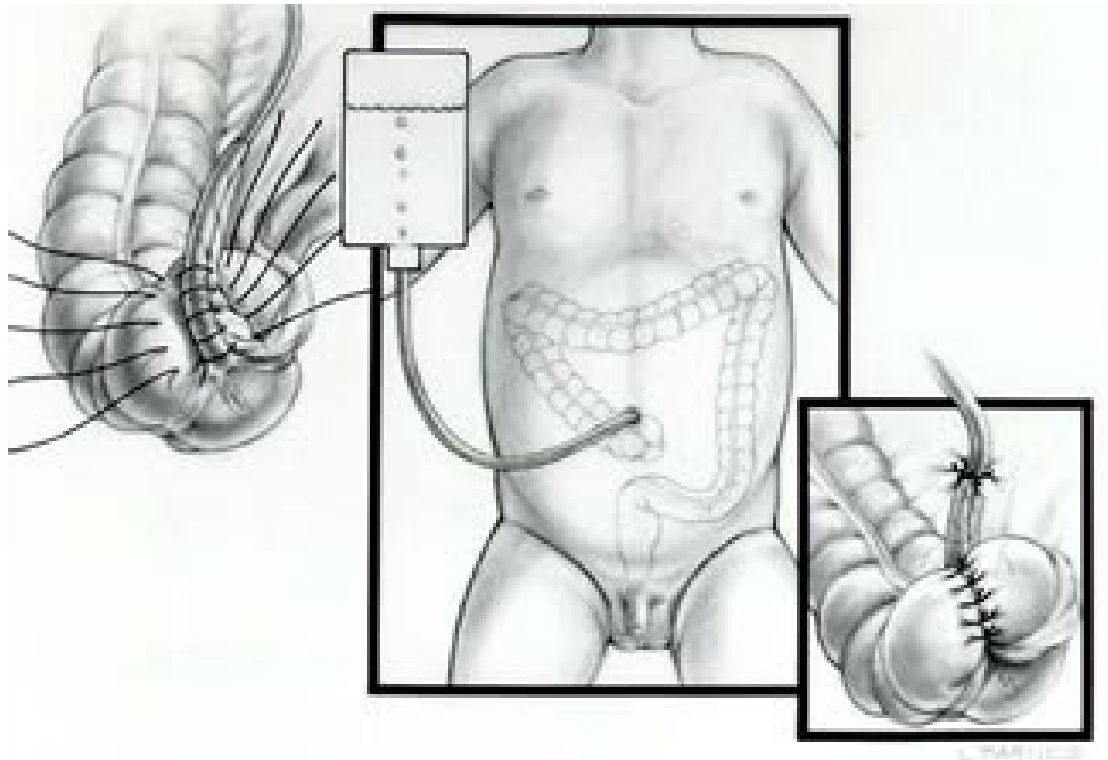
Respuesta:

Asigne el código 659.71, Anomalía de la frecuencia o ritmo cardiaco fetal, parto con o sin mención de afección anteparto, como diagnóstico principal. Los códigos 669.42, Otras complicaciones de cirugía y procedimientos obstétricos, parto, con mención de afección postparto, 998.4, Cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento, y V27.0, Nacido único vivo, deben asignarse como diagnósticos secundarios. El código 669.42 no proporciona una información específica sobre la naturaleza de la complicación. Por tanto, se asigna el código 998.4 porque es más explícito acerca de la complicación específica. La “nota de excluye” no impide asignar códigos de la sección de Complicaciones cuando está implicado un procedimiento obstétrico.

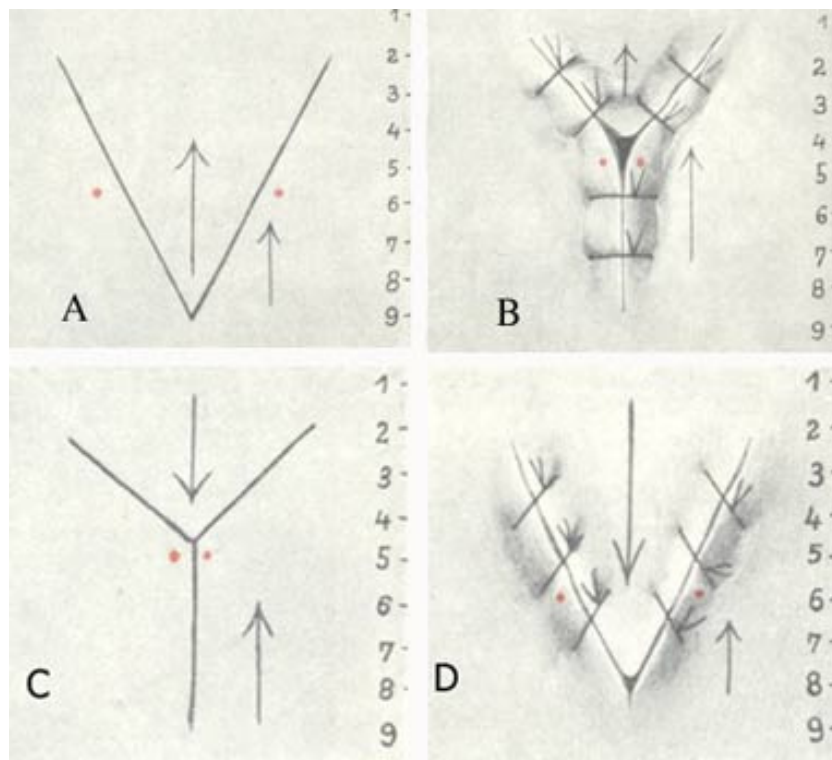
Pregunta:

Un niño de cuatro años se presenta en nuestro Centro debido a ano imperforado y estreñimiento intratable. Se realizó el procedimiento Enema de continencia anterógrado de Malone asistido por laparoscopia con colgajo cutáneo en V-Q-Y. Durante el procedimiento, se movilizó el apéndice por encima del ombligo. La punta del apéndice se amputó y el apéndice se canuló mediante un catéter tutor. Entonces el cirujano hizo un trayecto subseroso en la tenia del ciego con electrocauterio y enterró el apéndice en este trayecto. Una vez completado, apéndice y ciego fue reintroducido en el abdomen y la punta del apéndice se abocó por una incisión en el cuadrante inferior derecho. La incisión fue modificada para crear un colgajo cutáneo en V-Q-Y. El final del apéndice fue aplanado y se anastomosó al colgajo de piel para mantenerlo abierto. La parte restante del injerto fue cerrada y el catéter Mentor se aseguró a la piel.

El Coding Clinic, Tercer trimestre de 2001, página 16, sugiere a los codificadores asignar el código 47.99 para el procedimiento MACE. Sin embargo el MACE, el procedimiento de Malone y la apendicostomía son sinónimos. ¿Cuál es la asignación adecuada de código para esta intervención?



Enema de continencia anterógrado de Malone (MACE) ^{NT}



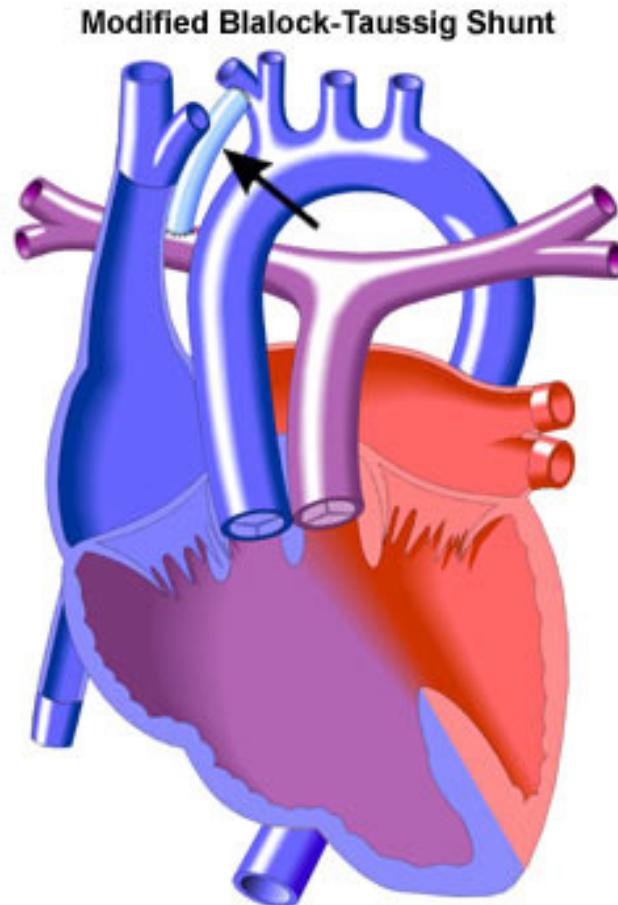
Colgajos cutáneos de avance en V-Y y en Y-V ^{NT}

Respuesta:

Asigne el código, 47.91, Apendicostomía, para el procedimiento MACE

Pregunta:

Un paciente de seis meses con síndrome de corazón izquierdo hipoplásico, en estado tras operación de Norwood con derivación de Blalock-Taussig, se presenta para un segundo estadio de reconstrucción. El cirujano documenta un procedimiento de hemi-Fontan y aumento bilateral de la arteria pulmonar con aloinjerto. ¿Cómo debe codificarse el procedimiento de hemi-Fontan y el aumento de la arteria pulmonar?

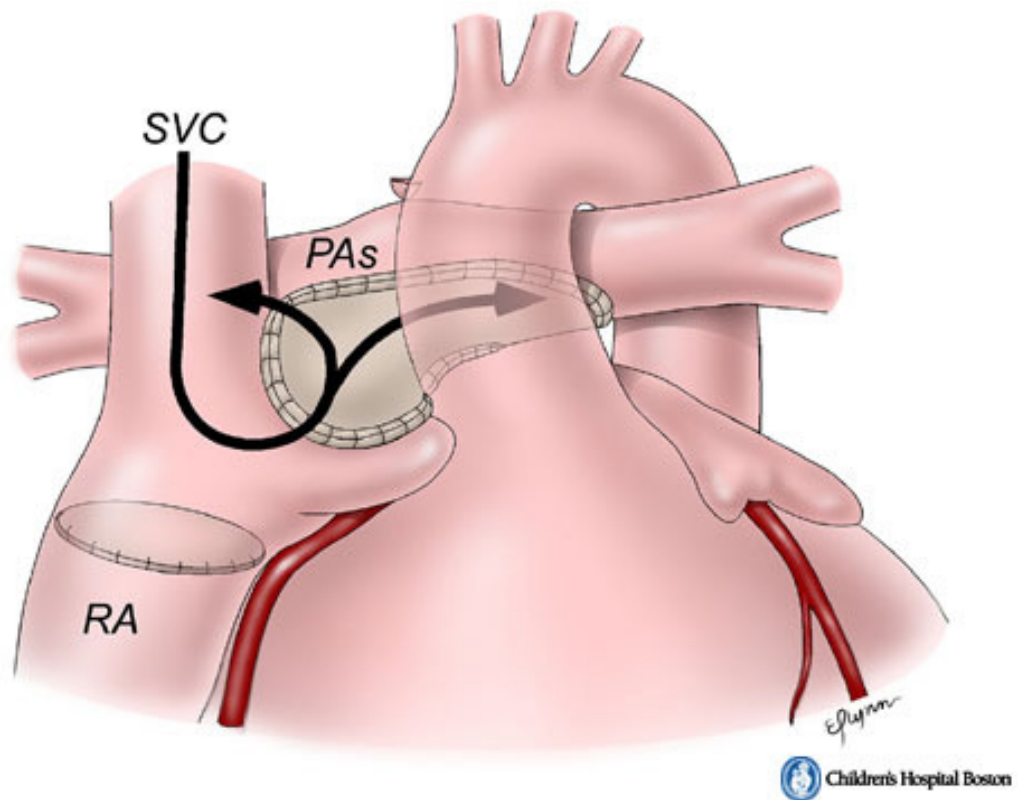


Derivación de Blalock-Taussig ^{NT}

Respuesta:

Asigne el código 35.94, Creación de conducto entre aurícula y arteria pulmonar para el procedimiento hemi-Fontan, y el código 39.56, Reparación de vaso sanguíneo con injerto de tejido, para el aumento de la arteria pulmonar.

Durante el procedimiento hemi-Fontan se retira la derivación de Blalock-Taussig. La vena cava superior se une a la arteria pulmonar derecha. Se usa un parche de tejido para aumentar las ramas de las arterias pulmonares y cubrir la anastomosis entre vena cava y arteria pulmonar y ocluir el flujo desde la vena cava superior a la aurícula.



Procedimiento hemi-Fontan^{NT}

Pregunta:

Tenemos neonatos que nacen vivos a las 20.5 y 22.2 semanas. El médico ha documentado que son “previables”. En este caso, el neonato pesa solo 136 gramos. ¿Cuál es el código de diagnóstico para identificar la previabilidad?

Respuesta:

Asigne el código 765.01, Inmadurez extrema, menos de 500 gramos, para un diagnóstico de “previable”. Asigne también el código 765.21, Menos de 24 semanas completas de gestación.

Pregunta:

¿Cuál es el código adecuado e la ICD-9-CM para un paciente con meningioma atípico, Organización Mundial de la Salud (OMS), grado II?

Respuesta:

Asigne el código 237.6, Neoplasia de comportamiento incierto de glándulas endocrinas y sistema nervioso, Meninges, para describir un meningioma atípico.

Pregunta:

Un paciente de 56 años es ingresado en el hospital por falta de aliento, ortopnea, fatiga, disnea paroxística nocturna y edema. A su ingreso, su índice de masa corporal calculado fue 32.5. Sin embargo durante su estancia el IMC ha fluctuado y al alta el valor era de 34. El juicio diagnóstico final del médico indicó “Sobrecarga de líquido debido a insuficiencia cardíaca diastólica crónica”. El paciente fue dado de alta y se le recomendó que vigilara su peso, redujera la sal y restringir la ingesta de líquidos. Cuando el IMC varía durante el ingreso debido a sobrecarga de líquido u otros factores, ¿cómo debe ser codificado?

Respuesta:

Si la variación del IMC está relacionada con una afección clínicamente significativa, tal como malnutrición, anorexia nerviosa, etc., codifique el IMC más grave recogido durante el ingreso. Sin embargo, el código del IMC no está destinado a registrar los cambios causados por sobrecarga o retención de líquido. La fluctuación del IMC causada por exceso de líquido no es lo mismo que la debida a pérdida o ganancia de peso, ya que el exceso de líquido puede sobreestimar el IMC, haciéndolo inexacto.

Aclaraciones

Bacteriemia debida a Catéter venoso central insertado periféricamente

Pregunta:

El Coding Clinic, Segundo trimestre de 2011, páginas 7-8 (página xx de la versión traducida^{NT}) aconseja al codificador a asignar los códigos 999.31, Infección debido a catéter venoso central, 790.7, Bacteriemia, y 041.19, Otro Staphylococcus, como diagnósticos adicionales, para “probable bacteriemia debida a catéter central insertado periféricamente, donde el hemocultivo fue positivo a *Staphylococcus epidermidis*. Sin embargo, el código 999.32, Infección del flujo sanguíneo debido a catéter venoso central se hizo efectivo el 1 de octubre de 2011. Los codificadores en nuestro centro se preguntan si el código 999.32 sería más adecuado para una probable bacteriemia debida a catéter central insertado periféricamente. ¿Podría aclararnos la asignación correcta de código para una bacteriemia debida a catéter central insertado periféricamente?

Respuesta:

Actualmente, el código 999.32, Infección del flujo sanguíneo debido a catéter venoso central, se usa para describir una infección (incluida la bacteriemia) debida a catéter venoso central, incluido el catéter insertado periféricamente. El código 999.32 se hizo efectivo el 1 de octubre de 2011 y la información acerca del uso de este nuevo código se publicó en *Coding Clinic*, Cuarto trimestre de 2011. Sin embargo el consejo proporcionado en *Coding Clinic*, segundo trimestre de 2011 fue anterior a la creación del código 999.32. Por tanto los codificadores fueron aconsejados a usar los códigos 999.31 y 790.7 en el ejemplar del segundo trimestre. En ese momento el código 999.31 no indicaba infección del torrente sanguíneo, Por tanto ambos códigos eran necesarios para capturar completamente esta afección.

Rotura prematura de membrana pretérmino con parto

Pregunta:

La paciente se presenta en el hospital a las 32 semanas de gestación tras una rotura prematura de membranas seis días antes del ingreso. Completó un tratamiento profiláctico de antibióticos así como betametasona para la maduración pulmonar fetal. La paciente no desarrolló infección ni inició trabajo de parto activo. Sin embargo continuó perdiendo líquido. Se practicó una cesárea cervical baja a las 34 semanas debido a la rotura prematura de membrana. Basado en la información publicada en Coding Clinic, Tercer trimestre de 2011, página 3 (página XX de la versión traducida^{NT}), unos auditores externos nos han indicado que el código 644.21 no es correcto puesto que no hay trabajo de parto pretérmino. Afirmamos que el escenario publicado en *Coding Clinic* era totalmente diferente. En este caso el parto pretérmino ocurrió a causa de la rotura prematura de membrana. Por favor, aclare si el código 644.21 se asignaría para describir el parto pretérmino.

Respuesta:

Asigne el código 658.21, Parto retrasado tras rotura prematura de membrana espontánea o inespecífica, con o sin mención de anteparto, como diagnóstico principal. El código 658.21 se asigna puesto que la rotura de membranas fue prolongada. La diferencia entre este ejemplo y el previamente publicado es que el trabajo de parto no fue inducido en este caso. La cesárea se realizó debido a la rotura prolongada y el continuo riesgo de infección. Mientras que la paciente no tuviera trabajo de parto, no era un parto inducido de la misma manera que el caso descrito en *Coding Clinic*. El código 644.2X, Comienzo temprano de parto, es solo para usarse en casos de trabajo de parto espontáneo, aunque el término “espontáneo” no es un modificador no esencial. El hecho de que el niño sea prematuro se recogerá con códigos asignados en la historia del niño.

Correcciones

Sepsis por *Staphylococcus aureus* meticilinresistente (SAMR)

El *Coding Clinic*, Tercer trimestre de 2011, página 15 (página xx de la versión traducida^{NT}) contiene un error tipográfico. El título del código debería leerse Septicemia por *Staphylococcus aureus* meticilinresistente en lugar de Septicemia por *Staphylococcus aureus* meticilinsusceptible

Diseción traumática de arteria carótida interna

El *Coding Clinic*, Cuarto trimestre de 2013, página 92 (página xx de la versión traducida^{NT}) contiene un error tipográfico. El código correcto para la diseción traumática de la arteria carótida interna es el 900.03, Lesión de vaso sanguíneo de cabeza y cuello, arteria carótida interna, en lugar del 900.00.

Noticia

Actualización – Cuerpo extraño dejado durante la cirugía

Pregunta:

Mientras se perfora uno de los agujeros de sutura intraóseos durante un procedimiento, un pedazo de hueso cae dentro del trocánter. La documentación indica que parecía estar bastante profundo en el hueso y no era recuperable. Por ello se dejó en el sitio.

El Foro Nacional de Calidad (NQF) revisó la información sobre Eventos Graves Notificables en Cuidados de salud. En el Apéndice A, sobre eventos de procedimientos quirúrgicos o invasivos, el evento 1D Retención no intencionada de cuerpo extraño en un paciente tras cirugía u otro procedimiento invasivo, actualmente excluye objetos no presentes previos a la cirugía/procedimiento que son dejados intencionadamente cuando el riesgo de extraerlo es mayor que el de la retención (tales como microagujas o tornillos rotos).

A la luz de la actualización del NQF, ¿es adecuado todavía el código 998.4, Cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento durante una intervención, en la que el paciente no se somete a un riesgo adicional para retirarlo?

Respuesta:

No asigne el código 998.4, Cuerpo extraño dejado durante un procedimiento, cuando el médico deja intencionadamente un cuerpo extraño durante una intervención para no someter al paciente a un riesgo adicional al extraerlo. Asigne en su lugar el E871.0, Cuerpo extraño dejado en el cuerpo durante un procedimiento, operación quirúrgica, para indicar que hubo un problema con un cuerpo extraño dejado durante el procedimiento. El consejo previamente publicado en *Coding Clinic* está siendo actualizado para reflejar la revisión del NQF.

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.