

---

# AHA

## Coding Clinic™

*for ICD-10-CM*  
*and ICD-10-PCS*

### **Pregunte al Editor**

#### **Preguntas de codificación de ICD-9-CM**

##### **Pregunta:**

El paciente tiene una historia de abuso de metanfetamina. ¿Cuál es la asignación de diagnóstico adecuado de la ICD-10-CM para esta historia de abuso de metanfetamina en remisión prolongada?

##### **Respuesta:**

Asigne el código Z87.898, Historia personal de otras afecciones especificadas. La ICD-10-CM proporciona código para identificar la dependencia a sustancias en remisión pero no a abuso de sustancias en remisión.

##### **Pregunta:**

Un paciente es diagnosticado de fractura por aplastamiento crónico de la T10 con el subsiguiente colapso cifótico con resultado de mielopatía grave secundaria a lesión de la médula espinal. El procedimiento es informado como laminectomía, facetectomía y foraminotomía de T9, T10 y T11. Se usó un abordaje transpedicular del cuerpo de la T10 para la descompresión de la médula espinal. Se colocaron tornillos pediculares y barras desde T6, T7, T8, T9, T1, T12, L1 y L2. Se realizó una artrodesis posterior de T6, T7, T8, T9, T10, T11, T12, L1 y L2 con uso de autoinjerto y aloinjerto locales. El informe del médico en el cuerpo de la hoja operatoria indica artrodesis, colocación de todos los autoinjertos, así como un aloinjerto de esponjosa triturada y proteína morfogenética ósea (BMP). ¿Cuáles son los códigos de la ICD-10-CM correctos para el número de espacios fusionados?

##### **Respuesta:**

Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS:

**0RG7071**, Fusión de 2 a 7 articulaciones vertebrales torácicas con sustituto de tejido autólogo, abordaje posterior, columna posterior, abordaje abierto (fusión de 6 articulaciones entre T6 y T12)

Los códigos de la ICD-10-PCS para la fusión vertebral se asignan basados en el número de espacios interarticulares fusionados (ej. 2-3, 4-5, o 6-7) en lugar del

---

sitio de la fusión. “Articulaciones vertebrales torácicas 2 a 7” es el valor dado a las diferentes partes del cuerpo para las 6 articulaciones torácicas que quedan inmóviles por la fusión vertebral. “Abordaje posterior, Columna posterior” es el calificador ya que la documentación del médico indica un abordaje transpedicular (posterolateral) y artrodesis posterior (fusión).

**ORGA071**, Fusión de articulación toracolumbar con sustitución de tejido autólogo, abordaje posterior, columna posterior, abordaje abierto (fusión de 6 articulaciones entre T6 y T12)

La “articulación toracolumbar” es el valor dado a las diferentes partes del cuerpo para las la articulación vertebral entre T2 y L1, que permanece inmóvil por la fusión vertebral.. “Abordaje posterior, Columna posterior” es el calificador ya que la documentación del médico indica un abordaje transpedicular (posterolateral) y artrodesis posterior (fusión). “Sustitución de tejido autólogo” es el valor dado al dispositivo, ya que se usó una combinación de autoinjerto, aloinjerto y BMP para inmovilizar todas las articulaciones.

**OSG0071**, Fusión de articulación lumbar con sustitución por tejido autólogo, abordaje posterior, columna posterior, abordaje abierto (fusión de una articulación entre L1 y L2)

La “articulación vertebral lumbar” es el valor dado a las diferentes partes del cuerpo para la articulación vertebral entre L1 y L2, que queda inmóvil por la fusión vertebral. Abordaje posterior, Columna posterior” es el calificador ya que la documentación del médico indica un abordaje transpedicular (posterolateral) y artrodesis posterior (fusión). ). “Sustitución de tejido autólogo” es el valor dado al dispositivo, ya que se usó una combinación de autoinjerto, aloinjerto y BMP para inmovilizar todas las articulaciones.

La *Norma de Codificación de la ICD-10-PCS B3.10a* establece que “la parte del cuerpo codificada para que una articulación vertebral quede inmovilizada por un procedimiento de fusión vertebral se clasifica por el nivel de la columna (ej. torácica). Hay diferentes partes del cuerpo para un a articulación vertebral única y para articulaciones vertebrales múltiples en cada nivel de la columna”.

La *Norma de Codificación de la ICD-10-PCS B3.10c* establece que “si se usa una combinación de injerto óseo autólogo y no autólogo (con o sin expansor o aglutinante biológico o sintético) para inmovilizar la articulación, codifique el procedimiento con el valor del dispositivo como Sustituto de Tejido Autólogo”

### **Pregunta:**

En la pregunta de arriba, autoinjerto, aloinjerto y BMP parecen usarse como complementos de la fusión principal. ¿Hay código asignados para el autoinjerto, aloinjerto y BMP en la ICD-10-PCS?

### **Respuesta:**

La colocación de autoinjerto, aloinjerto y BMP se identifican mediante el carácter de dispositivo y por tanto están incluidos en el código de la fusión.

---

**Pregunta:**

Una paciente tuvo una extirpación parcial del ovario derecho años antes y ahora se extirpa completamente la porción restante del mismo. ¿Debe codificarse como escisión o como resección con la ICD-10-PCS?

**Respuesta:**

Asigne el código de la ICD-10-PCS **OUT00ZZ**, Resección de ovario derecho, abordaje abierto. Esto debería considerarse como una resección ya que el médico ha extirpado completamente lo que se había dejado del ovario – no dejó nada tras el procedimiento. Se codifica una escisión cuando solo se extirpa una parte del órgano y se deja una parte.

**Pregunta:**

¿Cuál es la asignación correcta de código para una documentación del médico donde se anota un fallo de trasplante renal con enfermedad renal crónica en estadio IV?

**Respuesta:**

Si el médico documenta que el paciente tiene fallo de trasplante renal con enfermedad renal crónica, asigne el código T96.12, Fallo de trasplante renal, para la complicación de dicho riñón trasplantado. Asigne el código N18.4, Enfermedad renal crónica, estadio 4 (grave), para esta enfermedad.

**Pregunta:**

¿Cómo codificaría un trombo de la orejuela auricular izquierda? ¿Es correcto el código I24.0, Trombosis coronaria aguda sin resultado de infarto de miocardio?

**Respuesta:**

Asigne el código I51.3, Trombosis intracardiaca, no clasificada en otro concepto, para el trombo de la orejuela auricular. El coágulo está dentro del corazón, no en los vasos coronarios.

**Pregunta:**

Se ha borrado una nota de la ICD-10-CM de 2012 de la Lista Tabular de Enfermedades y Lesiones. La nota del código I22, Infarto de miocardio subsiguiente con elevación del ST (IMEST) y sin elevación de ST (IMSEST) indica:

Debe usarse un código de la categoría I22 junto con un código de la categoría I21. El código de la categoría I22 debe colocarse primero, si es el motivo del ingreso o podría secuenciarse después del código I21 si el infarto de miocardio subsiguiente ocurre durante el ingreso del infarto de miocardio inicial

¿No es válida ya la información en la nota?

---

### **Respuesta:**

Aunque la nota fue borrada de la Lista Tabular, la información es válida y permanece una parte en la Normas Oficiales de la ICD-10-CM para Codificación e Información.

Cuando un paciente que ha sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM) tiene un nuevo IAM dentro del marco de las cuatro semanas del IAM inicial, debe usarse un código de la categoría I22 junto con un código de la categoría I21. La secuenciación de los códigos I21 e I22 depende de las circunstancias del ingreso. La información fue retirada de la Lista Tabular porque se pensó que sería más coherente con una norma que con una instrucción a un código.

### **Pregunta:**

¿Cuál es la asignación de código de diagnóstico correcta para el infarto agudo de miocardio, afectando la arteria coronaria descendente anterior izquierda (con duración confirmada de cuatro semanas o menos), no especificado como IMEST o no IMEST? ¿Se codificarían los IM por sitio no especificados como IMEST o no IMEST como IMEST por sitio?

### **Respuesta:**

Asigne el código I22.02 Infarto de miocardio con elevación de ST (IMEST) que afecta la arteria coronaria descendente anterior izquierda, para el IM agudo con afectación de dicha arteria coronaria. Los infartos de miocardio agudos especificados por sitio (excepto subendocárdicos y no transmurales) pero no especificados como IMEST o no IMEST deberían codificarse como IMEST por sitio.

Los infartos de miocardio que muestran un cambio en el ST del electrocardiograma (ECG) se refieren como infartos de miocardio con elevación del ST (IMEST) y normalmente afectan al grosor total del miocardio desde el epicardio al endocardio. Los infartos de miocardio que no muestran cambios del segmento ST del ECG son denominados infartos de miocardio sin elevación del ST (IMSEST) y por lo general no afectan todo el grosor del miocardio.

Los códigos del infarto de miocardio (IM) bajo la categoría I21 identifica el lugar del IM. Los códigos I21.0-, I21.1-, e I21.2.- especifican los lugares que equiparan el IMEST con el sitio especificado por la localización de la elevación del ST en el ECG. El código I21.4-, Infarto de miocardio sin elevación de ST (IMSEST), que incluye el IM subendocárdico, IM sin onda Q e IM no transmural, debe usarse para el IMSEST. El código I21.3, Infarto de miocardio con elevación de ST (IMEST), sitio no especificado, se asigna cuando el lugar del infarto no se ha especificado.

### **Pregunta:**

¿Cuál es la asignación de código correcta para la diabetes mellitus de tipo 2 con cetoacidosis diabética?

---

**Respuesta:**

Asigne el código E13.10, Otra diabetes especificada con cetoacidosis sin coma, para un paciente con diabetes de tipo 2 y cetoacidosis. Dadas las menos opciones, se ha considerado que sería clínicamente más importante identificar el hecho de que el paciente tenía cetoacidosis. El Centro Nacional para Estadísticas de la Salud (NCHS), que ha revisado el volumen I y II de la ICD-10-CM, ha acordado considerar una futura propuesta para la reunión del Comité de Coordinación y Mantenimiento de la ICD-10-CM.

**Pregunta:**

¿Cuál es la asignación de código de la ICD-10-PCS para la inyección de agente esclerosante en variz esofágica del esófago inferior?

**Respuesta:**

Asigne el código **3E0G8TZ**, Introducción de agente destructivo en tubo gastrointestinal superior, mediante endoscopia por apertura natural o artificial, para la inyección de agente esclerosante en una variz esofágica. Este es el código correcto dese la aplicación de agente esclerosante mediante inyección en la variz para prevenir el sangrado en lugar de destruir el tejido. En la ICD-10-PCS la operación raíz “destrucción” se define como erradicación física de toda o una porción de una parte del organismo por uso directo de energía, fuerza o agente destructivo. Por el contrato, la operación raíz “introducción” se define como colocación dentro o colocación sobre de una sustancia terapéutica, diagnóstica, nutritiva, fisiológica o profiláctica excepto sangre y productos sanguíneos.

**Pregunta:**

El cirujano creó una anastomosis entre la rama profunda de la vena cefálica y la arteria radial para acceso de hemodiálisis. ¿Cómo puede conocer el codificador en qué dirección discurre la sangre (“desde” la parte de donde viene “hacia” la parte donde va) a fin de aplicar correctamente la norma para la operación raíz “bypass”? ¿Cuál es la asignación de código de la ICD-10-PCS para la creación de una fístula de la arteria radial?

**Respuesta:**

Asigne el código de procedimiento de la ICD-10-PCS **031C0ZF**, Bypass de la arteria radial izquierda a vena distal del brazo, abordaje abierto. Los procedimientos de bypass se codifican identificando la parte del cuerpo “desviada desde” y la parte del cuerpo “desviada a”. El cuarto carácter región corporal especifica la parte del cuerpo “desviada desde” y el séptimo carácter calificador especifica la parte del cuerpo “desviada hacia”.

En el contexto de un acceso para hemodiálisis, el flujo sanguíneo generalmente se desvía de la arteria a la vena (sistema de alta presión a uno de baja presión). Para codificar correctamente este código los codificadores necesitan conocer en qué dirección fluye la sangre (desde qué parte del cuerpo hacia qué parte del mismo). Los codificadores deben también revisar la tabla, región corporal y calificadores.

---

**Pregunta:**

Por favor aconseje sobre las normas de codificación en la ICD-10-CM acerca de la codificación de fracturas y su especificidad obtenida a partir del informe radiológico. Por ejemplo, en la ICD-9-CM si el informe describe una fractura de la pierna y el informe radiológico identifica un sitio específico de la misma, se tiene en cuenta codificar el lugar más específico. ¿Es esto así también con la ICD-10-CM? Por ejemplo, un paciente se diagnostica con esguince de rodilla pero cuando se ve la radiología se muestra una fractura. Un consejo previo indica que se puede codificar la fractura. ¿Es todavía válido para la ICD-10-CM?

Podría remitir también si la siguiente recomendación se aplicaría en la ICD-10: Un paciente ambulatorio acude por dolor sin lugar determinado y se hace una radiografía y se nos ha enseñado a codificar el dolor de ese sitio en la radiografía. ¿Es cierto este mismo consejo en la ICD-10?

**Respuesta:**

El mismo consejo podría aplicarse a una codificación más específica en la ICD-10-CM. Si el informe de la radiografía proporciona una información adicional acerca del lugar de la afección que el médico ya ha diagnosticado, sería correcto asignar un código para identificar la especificidad que está documentada en informe de la radiografía.

Por otra parte, en los pacientes ingresados, los hallazgos anormales no se codifican ni informan a no ser que el médico indique su importancia clínica. Si el hallazgo está fuera de lo normal y el médico responsable ha ordenado otras pruebas para evaluar la afección o prescribir un tratamiento, es correcto preguntar al médico si los hallazgos anormales tendrían que añadirse.

En pacientes ambulatorios, si las pruebas diagnósticas son han interpretado por un médico y el informe final está disponible en el momento de la codificación, es correcto codificar cualquier diagnóstico confirmado o definitivo documentados en dicha interpretación. No codifique signos y síntomas como diagnósticos secundarios.

**Pregunta:**

Un paciente es diagnosticado de hernia de los núcleos pulposos C7-T1 con compresión asociada de la raíz nerviosa izquierda C8 y radiculopatía de C8 con debilidad. La documentación del médico indica un abordaje de Smith-Robinson la columna cervical anterior, discectomía, uso de autoinjerto local, colocación de una jaula intersomática de aloinjerto rellena de DBX (matriz de hueso desmineralizado), colocación de espaciador para artrodesis y de una placa Vectra Synthes con tornillos. ¿Cuál es el código de la ICD-10-PCS para esta fusión vertebral?

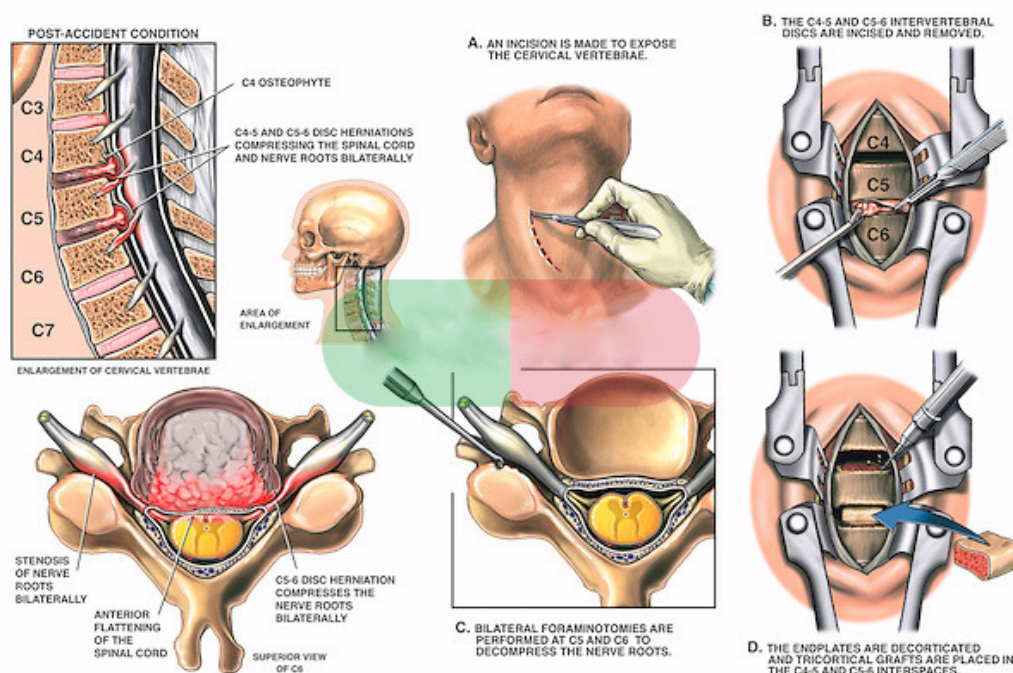
**Respuesta:**

Asigne el código 0RG40A0, Fusión de la articulación vertebral cervicotorácica con dispositivo de fusión intersomático, abordaje anterior, columna anterior, abordaje abierto, para la fusión de la articulación entre C7 y T1.

“Articulación vertebral cervicotorácica” es el valor para la parte corporal de la articulación vertebral única (C7-T1) que permanece inmóvil por la fusión vertebral.

“Dispositivo de fusión intersomático” es el valor del dispositivo, ya que los dispositivos de fusión intersomáticos (espaciador intersomático, jaula intersomática) e injerto óseo (autoinjerto local) se usaron para dejar la articulación inmóvil.

Abordaje anterior de la columna anterior es el calificador ya que se ha documentado un abordaje de Smith-Robinson a la columna cervical anterior para la discectomía cervical anterior C7-T1.



#### Discectomía cervical mediante abordaje anterior de Smith-Robinson <sup>NT</sup>

La Norma de Codificación ICD-10-PCS B3.10a indica “la parte de cuerpo codificada para para una fusión vertebral que permanece inmóvil por un procedimiento de fusión vertebral se clasifica por el nivel de la columna (ej. torácica). Hay diferentes valores para las partes corporales en una articulación vertebral única y para articulaciones vertebrales múltiples. En cada nivel de la columna.

La Norma de Codificación ICD-10-PCS B3.10c indica “si se usa un dispositivo de fusión intersomático para dejar la articulación inmóvil (solo o con otro material tal como injerto óseo) el procedimiento se codifica con el valor de dispositivo “Dispositivo de fusión intersomático”

## Planes de desarrollo para la ICD-10-CM/PCS en la Oficina Central de la AHA

La Oficina Central de la AHA está comisionada para continuar soportando el campo de cuidados de la salud con la función de repositorio y publicación el *Coding Clinic* de la AHA en la transición entre la ICD-9-CM y la ICD-10CM/PCS. Tal como se ha afirmado en el pasado, no hay planes para traducir los ejemplares anteriores de Coding Clinic de ICD-9-CM a ICD-10-CM/PCS ya que muchas de las preguntas publicadas surgen de la necesidad de proporcionar aclaraciones sobre el uso de la ICD-9-CM y no son realmente aplicables a la ICD-10-CM/PCS. Además, las preguntas publicadas solo incluyen la información necesaria para asignar los códigos de la ICD-9-CM. Con el ejemplar del Cuarto trimestre de 2012 de *Coding Clinic for ICD-9-CM* la Oficina Central de la AHA lanzó la publicación de preguntas de codificación de la ICD-10-CM y de la ICD-10-PCS que fueron revisadas y aprobadas mediante el mismo procedimiento usado para todas las preguntas de *Coding Clinic*.

Dado la inminente fecha de cumplimiento para la ICD-10-CM y la ICD-10-PCS, se ha desarrollado el siguiente cronograma con la aprobación de las “Partes Cooperantes” (AHA, NCHS, CMS y AHIMA <sup>NT</sup>):

- **Final de 2013:** La última reunión del Comité editorial consultivo del Coding Clinic de la AHA se reúne cuando se remitan las preguntas.
- **1 de enero de 2014:** Tras 50 años de proporcionar consejos de codificación con la ICD-9-CM, la Oficina Central de la AHA cambiará su atención a la ICD-10-CM/PCS y no aceptará ni responderá más a preguntas de codificación sobre la ICD-9-CM. Cualquier pregunta recibida de a ICD-9-CM entre octubre-diciembre de 2013 (tras la reunión del Comité editorial consultivo) será respondida por la AHA basada en los consejos existentes previamente publicados o aprobados por decisiones del Comité editorial consultivo.
- **Primer Trimestre de 2014:** Se publicará el último número de *Coding for ICD-9-CM*. Se publicará el primer número de *Coding for ICD-10-CM and Coding for ICD-10-PCS*.
- **1 de octubre de 2014:** Fecha de cumplimiento para implementación de la ICD-10-CM y la ICD-10-PCS. Los códigos de la ICD-9-CM no se aceptarán para servicios prestados tras el 1 de octubre de 2014.



---

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.