

AHA Coding Clinic™

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

Pregunte al Editor Preguntas de codificación de ICD-10-CM

Pregunta:

El paciente fue ingresado en el hospital con dolor del cuadrante inferoizquierdo, náusea, vómito y diarrea. El TAC de abdomen mostró apendicitis epiploica. El médico listó “apendicitis epiploica” en el informe diagnóstico final. ¿Cómo debería codificarse la “apendicitis epiploica” en la ICD-10-C?

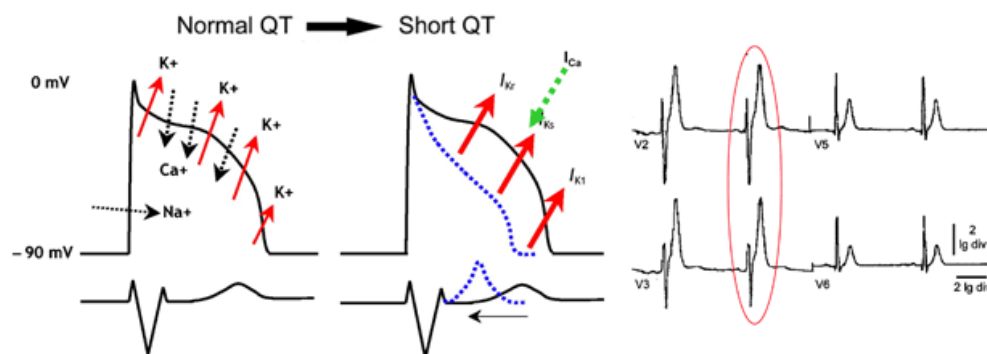
Respuesta:

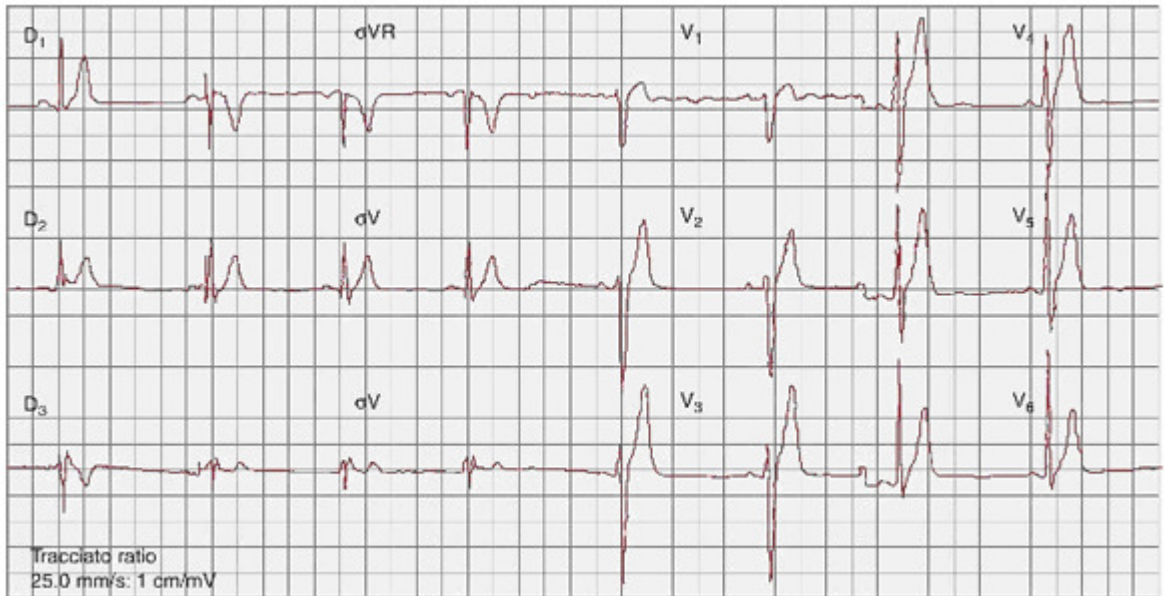
Pregunte al clínico si existe peritonitis localizada. Si confirma y documenta el diagnóstico de peritonitis, debe codificarse tal cual. Asigne el código K65.9, Peritonitis, no especificada. Asigne también el código Q43.8, Otras anomalías congénitas especificadas del intestino, para la apendicitis epiploica. Aunque el Índice Alfabético tiene una referencia cruzada de “peritonitis” bajo el término “epiploitis”, si el paciente no tiene peritonitis no puede asignarse el código K65.9. Asigne en su lugar el código K63.89, Otra enfermedad especificada de intestino.

Pregunta:

¿Cuál es la asignación de código de la ICD-10.CM para el síndrome de QT corto?

Síndrome de QT corto





Síndrome de QT corto ^{NT}

Respuesta:

Asigne el código I45.89, Otro trastorno de la conducción especificado, para el síndrome de QT corto.

El síndrome de QT corto fue descubierto en 2000 y desde entonces se han diagnosticado menos de 30 casos. El síndrome de QT corto es una anomalía en la actividad eléctrica del músculo cardíaco. La afección produce una disrupción del ritmo normal del corazón ya que el corazón toma menos tiempo de lo normal para recargarse entre latidos. Si no se trata, los latidos cardíacos irregulares pueden llevar a multitud de signos y síntomas, desde mareos y desmayos, a parada cardíaca e incluso muerte súbita. Estos signos y síntomas pueden ocurrir en cualquier edad desde la infancia y la edad avanzada. El síndrome de QT corto puede explicar algunos casos de síndrome de muerte súbita en la infancia, que es la mayor causa de muerte no explicable en niños menores de un año. Algunas personas con síndrome de QT corto nunca experimentan problemas de salud asociadas a la afección.

Pregunta:

El paciente fue ingresado para revisión de carcinoma gastrointestinal y lesiones de la piel. El médico documentó “acroqueratosis paraneoplásica, síndrome de Bazex” en el juicio clínico final. ¿Cuál es el código de la ICD-10-CM para este síndrome?

Respuesta:

Asigne el código L98.8, Otro trastorno especificado de piel para la acroqueratosis paraneoplásica o síndrome de Bazex. Sería correcto asignar códigos adicionales para cualquier manifestación del síndrome que se documente. Si la revisión muestra carcinoma gastrointestinal, asigne el código de la neoplasia. La secuenciación del diagnóstico principal se determina basado en las circunstancias del ingreso.



Acroqueratosis paraneoplásica o Síndrome de Bazex ^{NT}

El síndrome de Bazex es un síndrome paraneoplásico. También es referido como dermatosis psoriasiforme acra y acroqueratosis paraneoplásica. Es poco frecuente, afecta la piel y normalmente está asociado con neoplasia maligna (ej. carcinoma de células escamosas del tracto superior del aparato digestivo). El síndrome progresa por tres estadios: (1) lesiones cutáneas en orejas, dedos y uñas; (2) extensión por la piel afectando la cara volar de mano y pie (palma y planta ^{NT}); y (3) en ausencia de tratamiento etiológico, las lesiones se propagan a rodillas, codos y tronco. En la mayor parte de los casos el síndrome cutáneo precede al descubrimiento de una neoplasia.

Pregunta:

El *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 2008, página 12 (página 14 de la versión traducida ^{NT}) muestra “descompensado” indica que hay una reactivación (fase aguda) de una afección crónica”. ¿Podría aplicarse esta definición general de descompensado cuando se asignan también códigos de la ICD-10-CM?. Por ejemplo, ¿cuál es el código correcto de la ICD-10-CM para un diagnóstico de fallo cardíaco sistólico, normalmente descompensado?

Respuesta:

Asigne el código I50.23, Fallo cardíaco sistólico crónico agudizado, para un fallo cardíaco sistólico descompensado. Tal como se indica antes, “descompensado” indica que hay una reactivación (fase aguda) de una afección crónica.

Pregunta:

Pedimos una aclaración en el uso de códigos de la categoría Z3A, Semanas de gestación. La nota en el Z3A indica que estos códigos son para usarse solo en el registro de la madre, para indicar las semanas de estación del embarazo. Necesitamos una orientación de qué código deberíamos usar en ingresos que comprenden más de una semana de gestación. ¿Codificaríamos las semanas de gestación en el momento del ingreso o en el momento del alta?

Respuesta:

Debe usarse la fecha del ingreso para determinar las semanas de gestación en ingresos que comprenden más de una semana de gestación. Esta información se ha añadido a la versión de 2014 de la *Guía Oficial de la ICD-10-CM para Codificación y Declaración*.

Esta Guía está disponible en la siguiente dirección: ^{NT}

http://www.cdc.gov/nchs/data/icd/icd10cm_guidelines_2014.pdf

Pregunta:

Durante un parto por cesárea el médico colocó un dispositivo intrauterino en el útero antes de su cierre. ¿Cómo debería codificarse la colocación de un DIU mediante incisión?. La tabla “0UH” de la ICD-10-PCS no tiene un valor para inserción “abierta” de dispositivo contraceptivo en el útero.

Respuesta:

Puesto que no hay un valor para describir la inserción de DIU por abordaje abierto, asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

0UH97HZ, Inserción de dispositivo contraceptivo en el útero, por vía natural o apertura artificial

El código **0UH97HZ** describe de hecho que se insertó un dispositivo contraceptivo. El código de la incisión de cesárea describe que el útero fue abierto durante este episodio operatorio.

Pregunta:

Una paciente de 72 años tuvo una historia de dos semanas de lesiones dolorosas en los muslos y su panículo adiposo. En los dos días siguientes éstas evolucionaron a moretones. Estos se extendieron por las nalgas y su panículo, seguido de aumento del color desde azulado a morado y formación de ampollas en muslos. El diagnóstico final del clínico es necrosis de piel inducida por Warfarina. ¿Cuál es el código correcto de la ICD-10-CM para esta afección?

Respuesta:

Asigne el código I96, Gangrena, no clasificada en otro sitio, y T45.515A, Efecto adverso de anticoagulante, episodio inicial, para la necrosis de piel inducida por Warfarina. Cuando se codifican efectos adversos de un fármaco que ha sido correctamente prescrito y administrado, asigne el código adecuado para la naturaleza del efecto adverso seguido del código del efecto adverso del fármaco (T36-T50).

La necrosis de piel inducida por Warfarina es una complicación del tratamiento con Warfarina. Es poco común y ocurre en aproximadamente 1 de cada 10.000 pacientes que han sido tratados con la misma. Los pacientes desarrollan áreas de piel dolorosas, más frecuentemente en mamas, nalgas, muslos y abdomen. Es el resultado de coágulos de sangre en los vasos sanguíneos de la piel y del tejido graso circundante, que impide el flujo sanguíneo a estas áreas, llevando a una liberación insuficiente de oxígeno. Esto da como resultado la muerte de la piel y del tejido graso. Es seguido de sangrado del tejido muerto causando la apariencia azulado-morada del área.



Necrosis cutánea por Warfarina^{NT}

Pregunta:

Un paciente de 18 años con quiste aneurismático recurrente de la rama púbica derecha es sometido a curetaje, fresado e injerto sintético del mismo usando gránulos Mastergraft y una combinación de hidroxapatita y fosfato tricálcico. ¿Cómo debería codificarse el uso de este relleno de hueso óseo?

Respuesta:

El objetivo de insertar injerto óseo es rellenar en hueco que queda después de que el quiste óseo fuera fresado y curetado. El injerto sintético cumple la definición del tipo de procedimiento “Suplemento” (Poner un material biológico o sintético que refuerza físicamente y/o aumenta la función de una parte del cuerpo) puesto que refuerza el hueso. Para el injerto sintético de la rama derecha del pubis asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS

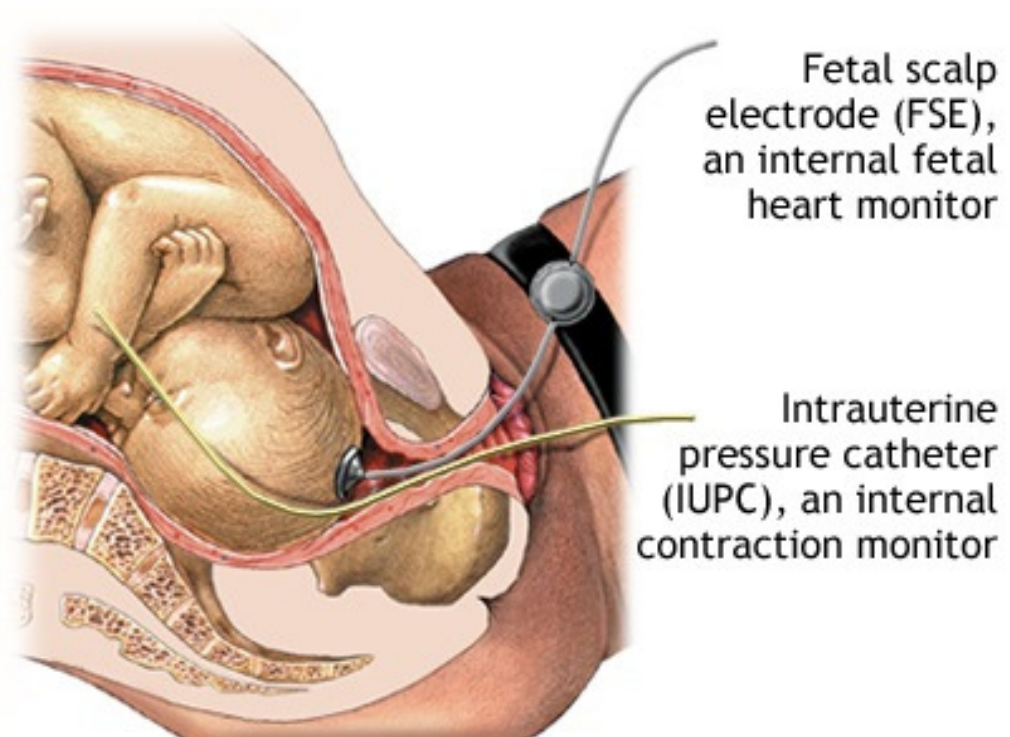
0QU20JZ, Suplemento de hueso pélvico derecho con sustituto sintético, abordaje abierto



Injerto óseo sintético Mastercraft^{NT}

Pregunta:

En la ICD-10-PCS, ¿cómo debe codificarse la monitorización de la presión intrauterina durante el trabajo de parto?



Monitorización interna de presión intrauterina^{NT}

Respuesta:

La monitorización de la presión intrauterina se refiere a la medición de la presión, no a un electrodo de monitorización. Durante el trabajo de parto, se inserta un catéter (tubo pequeño y flexible) de presión uterina en el útero para valorar la contracción. Este proporciona una medida exacta de las contracciones, a diferencia de los monitores externos. Asigne el código de la ICD-10-PCS:

10H07YZ, Inserción, productos de la concepción, vía natural o apertura artificial, otro dispositivo

La región corporal correcta es “productos de la concepción” más que útero. La *Guía Oficial para Codificación e Información con la ICD-10-PCS* (Sección 1C.C1.) para productos de la concepción indica que “Los procedimientos realizados sobre productos de la concepción se codifican en la sección de Obstetricia. Los procedimientos realizados en la mujer embarazada diferentes a los del productos de la concepción se codifican en el tipo de procedimiento correspondiente de la sección Médica y Quirúrgica”.

Pregunta:

El paciente tiene una derivación ventriculoperitoneal (VP) colocada percutáneamente con asistencia laparoscópica. El médico realizó una craneotomía con tunelización subcutánea del catéter. El cirujano consiguió el acceso a la cavidad abdominal por vía laparoscópica y colocó la derivación VP. ¿Cómo debería codificarse esta intervención?. Así mismo ¿cuál es el valor correcto del abordaje?

Respuesta:

Si se lleva a cabo una inspección por separado, se codifica. El laparoscopia se usó para inspeccionar e identificar el lugar propuesto de la parte peritoneal de la derivación. Ambas partes del sistema de derivación se colocaron percutáneamente. Asigne los siguientes códigos para la inserción de la derivación ventriculoperitoneal con asistencia laparoscópica:

00163J6, Derivación del ventrículo cerebral a cavidad peritoneal con sustituto sintético, abordaje percutáneo

0WJG4ZZ, Inspección de cavidad peritoneal, abordaje endoscópico percutáneo

Pregunta:

Una mujer de 62 años fue sometida a injerto de bypass de arteria coronaria urgente. Durante la intervención, se realizó una sección de una banda de músculo que restringía la arteria coronaria descendente anterior. El cirujano movilizó el vaso distalmente para anticipar la necesidad de realizar un injerto secuencial y encontró ahora un segmento de la arteria que estaba situada profunda dentro de la musculatura. Tras la liberación de la banda muscular de hay evidencia de estenosis calcificada. ¿Cuál es el código de la ICD-10-PCS para la liberación de una arteria coronaria que se realiza durante un injerto de bypass de arteria coronaria?

Respuesta:

En este caso, En este caso, la arteria coronaria estaba enterrada profundamente en el músculo cardiaco como parte de una variante natural de la anatomía. La liberación de la arteria se realizó movilizándola antes de la realización del bypass y es una parte integral de la cirugía. La movilización de vasos coronarios se usa en los bypass y no se codifica por separado. Cada componente de un procedimiento no se codifica de forma independiente. Las *Normas de Codificación e Información con la ICD-10-PCS*, (Sección B.31b.) indica: “Los componentes de un procedimiento especificado en la definición y explicación del tipo de operación no se codifican por separado. Los pasos del procedimiento necesarios para llevar al lugar de la intervención y el cierre de la región operatoria, incluida anastomosis de una estructura tubular del organismo, tampoco se codifican separadamente.

Pregunta:

Una paciente tuvo un parto normal y experimentó sangrado postparto. El clínico documentó que se evacuó un coágulo de 50 ml del segmento uterino inferior y el fundus estaba firme con cese del sangrado. En la ICD-10-PCS, ¿Debería codificarse la evacuación del coágulo del segmento uterino inferior, fundus, en el tipo de procedimiento “control”? Si es así, ¿qué parte del organismo se usa ya que no hay carácter para identificar “útero”?

Respuesta:

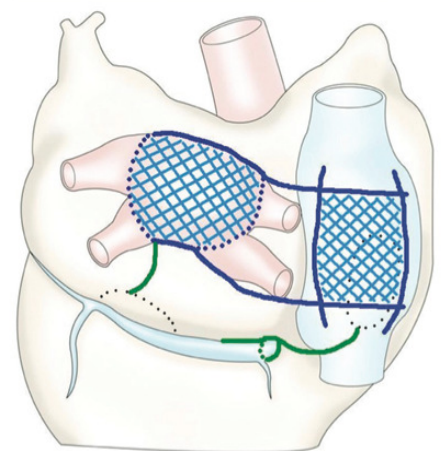
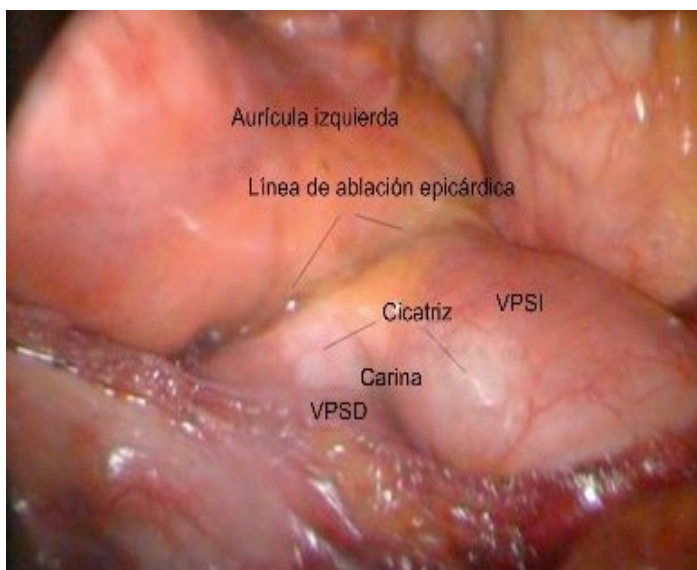
Basado en la documentación, el objetivo de este procedimiento es evacuar el coágulo, más que controlar el sangrado. El tipo de procedimiento correcto es “Extirpación”, que se define como coger o cortar una materia sólida de una parte del cuerpo. Para la evacuación del coágulo del segmento uterino inferior, asigne el código de la ICD-10-PCS

0UC97ZZ, Extirpación de materia del útero, vía natural o apertura artificial

Pregunta:

Un paciente fue visto para ablación con catéter debido a fibrilación auricular sintomática. Se realizó un estudio electrofisiológico intracardiaco diagnóstico con mapeo y aislamiento de las cuatro venas pulmonares. Las lesiones fueron realizadas por radiofrecuencia en la carina (*) y anterior a la vena pulmonar superior izquierda. La vena pulmonar inferior izquierda, superior derecha e inferior derecha fueron luego aisladas con bloqueos de entrada y salida. Por favor, indíquenos el código de procedimiento ya que es el área alrededor de la vena pulmonar la que ha sido sometida a ablación y no la vena pulmonar

(*) La carina es una zona en la superficie cardiaca situada entre las desembocaduras en el ventrículo derecho de las venas pulmonares superior e inferior izquierdas. ^{NT}



- Epicardial Ablation
- Endocardial Ablation
- Isolated Area of Left and Right Atrium

Ecocardiografía e imagen de la carina y zonas de ablación epicárdica ^{NT}

Respuesta:

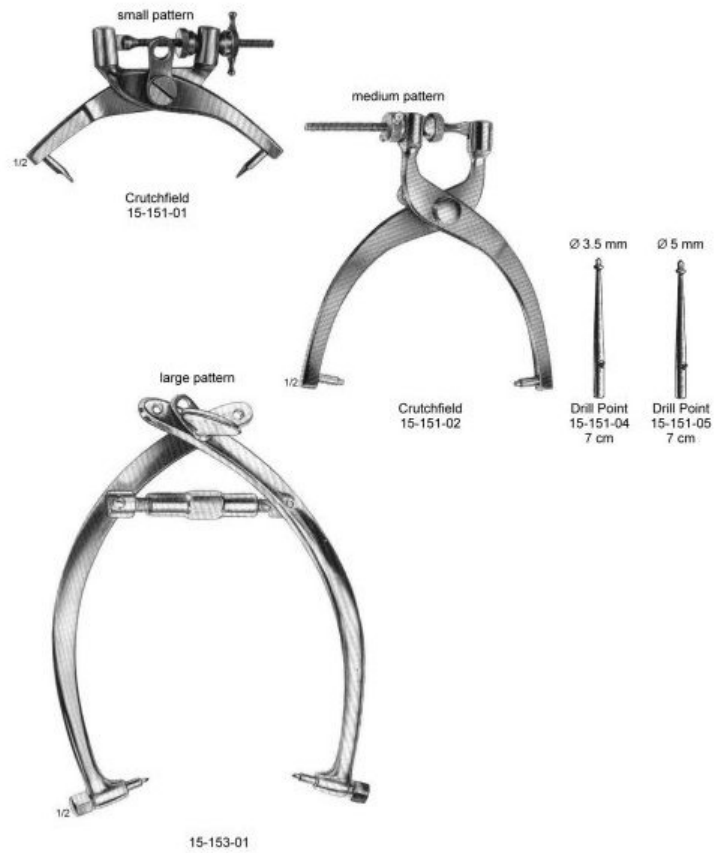
Cuando el lugar del procedimiento está alrededor o bordea una parte del cuerpo, el procedimiento es codificado con la esa parte corporal. Para la ablación con catéter alrededor de las venas pulmonares, asigne los siguientes códigos:

025T3ZZ, Destrucción de vena pulmonar izquierda, abordaje percutáneo

025S3ZZ, Destrucción de vena pulmonar derecha, abordaje percutáneo

Pregunta:

El paciente sufrió una fractura inestable de la columna cervical. Se pusieron tenazas y se dejaron en el lugar a fin de estabilizar la fractura. ¿Cuál es el código correcto de procedimiento de la ICD-10-PCS para la aplicación de tenazas para fractura cervical?



Modelos de tenazas o estribo de Crutchfield para tracción craneal NT



Tracción cervical con tenazas o estribo de Crutchfield NT

Respuesta:

Asigne el siguiente código para la aplicación e tenaza cervical para reducción de fractura cervical:

0RS1XZZ, Reposición de la articulación vertebral cervical

2W60X0Z, Tracción de cabeza usando aparatos de tracción

Pregunta:

Un hombre de 61 años tiene una reparación de fractura de tobillo izquierdo desde hace seis años. Ha tenido un fallo en los tornillos superiores y ha desarrollado una deformidad en varo con artritis. Se presenta para intervención quirúrgica. El paciente fue sometido a extracción de material del tobillo, osteotomía del peroné izquierdo y fusión del tobillo izquierdo. La documentación del cirujano indica una incisión previa con retirada de material. Se hizo una incisión en el peroné distal donde se realizó una osteotomía con extirpación de esta parte del peroné. Se abrió la articulación del tobillo y la decisión fue usar los trozos de peroné como injerto. Se colocaron también unos tornillos. ¿Cuáles son los códigos correctos de la ICD-10-PCS para este procedimiento?

Respuesta:

Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS para la extracción y material retenido del tobillo izquierdo, osteotomía del peroné distal y fusión del tobillo izquierdo con autoinjerto óseo y tornillos:

0SGG04Z, Fusión de tobillo izquierdo con sistema de fijación interna, abordaje abierto

0SGG07Z, Fusión de tobillo izquierdo con sustituto de tejido autólogo, abordaje abierto

0QBK0ZZ, Escisión de peroné izquierdo, abordaje abierto

0SPG04Z, Retirada de dispositivo e fijación interna del tobillo izquierdo, abordaje abierto

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. El traductor no se hace responsable de las copias y otros usos de este contenido.