AHA
Coding Clinic ®

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

Coding Clinic for ICD-10-CM

Introducción

Aunque la ICD-10-CM y la ICD-10-PCS no se hayan implementado aún, en respuesta a peticiones del conjunto de codificadores, la AHA Central Office (Oficina Central de la Asociación Americana de Hospitales [NT]) anunció el pasado noviembre que las entidades interesadas podían comenzar a enviar preguntas acerca de la ICD-10-CM/PCS. Sin embargo, al igual que con la ICD-9-CM las personas que pregunten deben tener un conocimiento del manejo de la ICD-10-CM y de la ICD-10-PCS cuando envían una pregunta. El servicio es limitado para proporcionar consejos de codificación en el Mapa General de Equivalencia (GEM) o en los temas de implementación. Por favor diríjase a la web de la AHA para información o envío de preguntas para consejos de codificación:

www.ahacentraloffice.org

Diríjase también a la *Guía Oficial para Codificación e Información de la ICD-10-CM* que está en la web del NCHS (Centro Nacional para Estadísticas de la Salud [NT]):

www.cdc.gov/nchs/data/icd10/10cmguidelines2012.pdf
Hay una versión más reciente en la siguiente página [NT]:
www.cdc.gov/nchs/data/icd10/10cmguidelines_2013_final.pdf)

Vea además la web del Centro de Servicios para Medicare y Medicaid (CMS) para la *Guía de Codificación con ICD-10-PCS:*

www.cms.gov/Medicare/Coding/ICD10/downloads/PCS_2012_guidelines.pdf
Hay una versión más reciente en la siguiente página [NT]:
www.cms.gov/Medicare/Coding/ICD10/Downloads/pcs_2013_guidelines.pdf

Las siguientes preguntas sobre ICD-10-CM y ICD-10-PCS han sido revisadas y aprobadas mediante el mismo proceso usado en todos los ejemplares del *Coding Clinic* tal como está aprobado por el Comité Editorial Asesor.

Ejemplos de codificación de cuidados de larga duración

En el *Coding Clinic* del Cuarto trimestre de 1999 se proporcionó la guía de codificación y ejemplos en relación a su aplicación a cuidados de larga duración. Igualmente se han recibido cuestiones acerca de cómo los codificadores deben secuenciar el diagnóstico principal cuando se codifica en una unidad de larga estancia. Las siguientes cuestiones han sido desarrolladas y aprobadas por las Partes Cooperantes* en unión con el Comité Editorial Asesor de Coding Clinic, para estandarizar el proceso de recogida de datos en cuidados de larga duración y ayudar al codificador a codificar e informar estos casos usando la ICD-10-CM.

La lista de diagnósticos en cuidados de larga duración es dinámica, depende de muchos factores y se encuadra sobre un tiempo más largo que una estancia de agudos. Los códigos de la ICD-10-CM se asignan sobre el ingreso, junto con los diagnósticos que aparecen en el momento del alta, traslado o fallecimiento del residente. La definición de la UHDDS* de diagnóstico principal (aquella afección establecida tras el estudio que es principal responsable del ingreso del paciente en el hospital para su cuidado) se ha ampliado ya que a su desarrollo inicial se incluye ahora todas las instalaciones no ambulatorias (cuidados agudos, corta estancia, larga estancia y hospitales psiquiátricos, agencias de salud domiciliaria; locales de rehabilitación, cuidados en domicilio, etc.). También deben codificarse otros diagnósticos presentes (ej. afecciones crónicas) que afectan los cuidados continuos del residente. La lista de diagnósticos en instalaciones de cuidados de larga estancia puede variar dependiendo del momento en que la codificación se haya hecho.

El "primer diagnóstico listado" es el diagnóstico que es principalmente responsable del ingreso, o de seguir en la residiendo en la instalación para cuidados, y debe ser secuenciada primero. Por ejemplo, cuando se codifica un ingreso en la instalación, el "primer diagnóstico listado" es la afección que es la principal responsable del ingreso. Si se codifican diagnósticos durante la estancia en la residencia, es la afección que es la principal responsable de continuar la estancia en la instalación.

* Se denominan "Partes Cooperantes" a cuatro agencias que se unen para desarrollar las Normas de Codificación e Información sobre la ICD-10-CM y la ICD-10-PCS, al igual que anteriormente lo hicieron sobre la ICD-9-CM. Está formada por la American Hospital Association (AHA), American Health Information Management Association (AHIMA), Health Care Financing Administration (HCFA) y el National Center for Health Statistics (NCHS) **NT**

Pregunta:

Un paciente es dado de alta del hospital e ingresado en una instalación de larga estancia con diagnóstico de infarto cerebral agudo con hemiparesia de lado izquierdo y disfasia. El diagnóstico al ingreso en la instalación de larga estancia está documentado como ACV agudo. ¿Cuál es la asignación correcta de código para describir esta afección?

Respuesta:

Asigne el código **I69.354**, Hemiplejia y hemiparesia tras infarto cerebral que afecta el lado izquierdo no dominante, y el código **I69.321**, Disfasia tras infarto cerebral, para describir completamente la afección del paciente. La hemiparesia y la disfasia se consideran secuelas del ACV agudo para su ingreso en la instalación de larga estancia. Las normas de codificación indican que estos "efectos tardíos" incluyen déficits neurológicos que persisten tras la aparición de las afecciones

clasificables en las categorías **I60-I67**. Los códigos **I60-I67** están reservados para el episodio inicial (primero) de cuidados en la enfermedad cerebrovascular aguda. Por favor, diríjase a la edición de 2013 de la normas de codificación para orientarse en el uso del lado dominante/no dominante en los códigos de la categoría **I69**

Pregunta:

¿Tiene que indicar la documentación médica "antiguo ACV" a fin de usar los códigos de secuela (**I69**) para el ingreso en instalación de larga estancia?

Respuesta:

No, no hay un tiempo límite de cuándo un código de efecto tardío puede usarse ya que el déficit neurológico causado por la enfermedad cerebrovascular puede estar presente desde el comienzo o puede aparecer en cualquier momento tras en comienzo de la afección clasificable como **I60-I67**. Cuando el paciente es ingresado en una instalación de larga estancia tras tratamiento de un ACV agudo, se asigna un código de la subcategoría **I69.3**, Secuela de infarto cerebral, en dicho ingreso.

Pregunta:

Un paciente es ingresado en una instalación de larga estancia tras el tratamiento de un ACV agudo. Hizo una recuperación completa de su ACV. Fue diagnosticada de demencia senil progresiva, enfermedad arterial coronaria y fallo cardiaco congestivo. Debido a su estado físico deteriorado y a sus afecciones médicas crónicas, fue ingresado en una instalación de larga duración. ¿Cómo se debería codificar esta secuencia de diagnósticos?

Respuesta:

Cualquiera de las afecciones médicas crónicas puede secuenciarse como diagnóstico principal. Por tanto, asigne los códigos **F03.90**, Demencia no especificada, sin trastorno de conducta, **I50.9**, Fallo cardiaco, no especificado, y **I125.10**, Enfermedad cardiaca aterosclerótica de arteria coronaria nativa sin angor pectoris. Es incorrecto poner el código **I69**, Secuela de enfermedad cerebrovascular ya que no hay residuo del ACV. Debe asignarse el código **Z86.73**, Historia personal de ataque isquémico transitorio (AIT) e infarto cerebral sin déficits residuales, como diagnóstico adicional, para identificar la historia de ACV.

Pregunta:

El paciente es trasladado a una instalación de larga estancia para terapia física tras hospitalización para tratamiento de fractura pélvica y clavicular. ¿Cómo debería codificarse esta estancia?

Respuesta:

Cuando un paciente es ingresado en una instalación de larga duración específicamente para terapia física rehabilitadora tras una lesión, asigne el código de la lesión aguda con el 7º carácter correcto (para el contacto subsiguiente),

como diagnóstico principal. En este ejemplo, asigne el código **S32.9XXD**, Fractura de partes no especificadas de la columna lumbosacra y pelvis, contacto subsiguiente para fractura con curación rutinaria, o **S42.009D**, Fractura de parte no especificada de clavícula no especificada, contacto subsiguiente para fractura con curación rutinaria, como motivo del ingreso. Asigne el código de procedimiento adecuado para indicar que se hizo la terapia física. Es incorrecto asignar códigos Z de cuidados posteriores para fracturas traumáticas en la ICD-10-CM. Diríjase a la Sección I.C.19.c. de las Normas Oficiales para codificación en Información para la aplicación del 7º carácter para el Capítulo 19.

Pregunta:

Un paciente es ingresado en una instalación de larga duración tras tratamiento hospitalario de una fractura de fémur derecho. La causa del ingreso es proporcionar al paciente la recuperación de la fuerza y la curación de la fractura. ¿Qué código se usa para describir este ingreso?

Respuesta:

Asigne el código **S72.90XD**, Fractura no especificada de fémur derecho, contacto subsiguiente para fractura cerrada con curación rutinaria, como diagnóstico principal. El 7º Carácter "D" se una para contactos después que el paciente ha recibido u tratamiento activo para la afección y ahora recibe está recibiendo cuidados rutinarios durante la curación o fase de recuperación. Codifique cualquier otra afección coexistente que necesite tratamiento. No asigne un código Z de cuidado posterior.

Pregunta:

Un residente de una instalación de larga duración desarrolla una infección del tracto urinario (ITU), que es tratada y resuelta durante su estancia. ¿Debería ser codificada?

Respuesta:

Asigne el código **N39.0**, Infección del tracto urinario, lugar no especificado. El diagnóstico debería ser parte de la lista de problemas activos del residente hasta que la infección sea resuelta, momento en que ya no debería ya ser codificada e informada

Pregunta:

Un residente vuelve a la instalación de larga duración tras cuidados hospitalarios por neumonía. Las órdenes médicas indican "continúe con antibióticos IV durante 3 días", tras lo cual se repitió la radiografía para determinar el estado de la neumonía. ¿Codificaría la neumonía?

Respuesta:

Sí, la neumonía debe der codificada. Si el médico no identifica el organismo causal (ej. estafilococo, estreptococo, pseudomona, etc.), asigne el código **J18.9**, Neumonía, organismo no especificado, hasta que la afección esté resuelta, tras lo cual no debe ser codificada ni informada más.

Pregunta:

Una residente de un asilo es trasladado al hospital para tratamiento de neumonía. Volvió al asilo y está recibiendo tratamiento con antibióticos para la neumonía. Sin embargo el motivo principal por el que ha vuelto al asilo es porque ha sido su residencia desde que desarrolló un ACV con recuelas varios años antes. ¿Qué diagnóstico debería listarse primero en el asilo, la neumonía o los efectos tardíos del ACV? ¿Habría alguna diferencia si la neumonía no recibiera más tratamiento una vez que la residente volviera al asilo?

Respuesta:

Asigne el código adecuado de la subcategoría **I69.3**, Secuelas de infarto cerebral, como diagnóstico principal para identificar el déficit neurológico que resulta de un ACV agudo. Asigne el código adecuado para la neumonía como diagnóstico secundario, mientras en paciente reciba tratamiento para esta afección.

Pregunta:

Un residente de un asilo se cayó y fue trasladado al hospital para tratamiento de fractura de muñeca izquierda. Tras el ingreso para tratamiento quirúrgico de la fractura, volvió al asilo donde había residido durante varios años debido a enfermedad de Alzheimer. El paciente recibió terapia ocupacional en el asilo, pero la terapia no es la principal causa del ingreso en el asilo. ¿Cómo debería codificarse?

Respuesta:

El código **G30.9**, Enfermedad de Alzheimer, no especificada, debería ser el diagnóstico principal. Asigne el código **S62.102D**, Fractura de hueso del carpo no especificado, muñeca izquierda, episodio subsiguiente, para la fractura con curación rutinaria, como diagnóstico secundario, en la fractura de muñeca en curación, y el código **W19.XXXD**, Caída no especificada, episodio subsiguiente. Asigne el código de procedimiento que muestre que el paciente ha recibido terapia ocupacional.

Pregunta:

Cuando los pacientes son ingresados en un asilo para convalecencia tras una enfermedad aguda o lesión, ¿es correcto el código **Z51.89**, Contacto para otro cuidado posterior especificado? ¿Cómo debería comunicarse la afección que actualmente necesita convalecencia en la instalación de larga estancia? A efectos de información a menudo es necesario el "estado posterior" o "historia de".

Respuesta:

La asignación de código está basada sobre la afección que está siendo tratada tal como se documenta en la documentación médica. Sería correcto asignar códigos de cualquier efecto tardío, afecciones residuales, signos o síntomas que estén presentes. Cuando el motivo del ingreso es estrictamente para convalecencia y no hay otro diagnóstico definitivo, asigne el código **Z51.89**, Contacto para otros cuidados posteriores especificados, como diagnóstico principal.

Pregunta:

Cuando un paciente es trasladado a un asilo para convalecencia y recuperación tras cirugía de bypass arterial coronario, ¿qué diagnóstico se lista primero en una unidad de larga estancia? Los códigos de cuidados posteriores parecen relacionarse con cuidados posquirúrgicos de la herida y generalmente estos cuidados pueden proporcionarse a domicilio. La principal causa del ingreso en la instalación de larga estancia es la debilidad del paciente y la imposibilidad de cuidarse solo en su casa. ¿Sería correcto el código **Z51.89,** Contacto para otros cuidados posteriores especificados, o debería asignarse códigos de síntomas (ej. debilidad, falta de fuerzas, etc.)?

Respuesta:

En este caso, asigne el código **Z48.812**, Contacto para cuidado posterior quirúrgico tras cirugía del aparato circulatorio, como diagnóstico principal. La afección que fue tratada quirúrgicamente si está aún presente debe ser codificada. Asigne también códigos de cualquier síntoma tal como debilidad, trastornos de la marcha, dolor, etc. Como diagnósticos adicionales.

Pregunta:

Cuando un paciente es trasladado desde un hospital a un asilo para continuar la recuperación tras infarto agudo de miocardio de pared inferior, ¿cuál es el diagnóstico principal en el asilo? ¿Debería considerarse un "episodio de cuidado subsiguiente"?

Respuesta:

En este caso, si el paciente está en fase de recuperación en un tiempo menor o igual a la cuarta semana desde el infarto agudo de miocardio (IAM), continúe usando el código **I21.19**, Infarto de miocardio con elevación del ST que afecta otra arteria coronaria o pared inferior. Por favor advierta que para contactos que ocurren mientras el infarto de miocardio es igual o menor de cuatro semanas desde que ocurrió, incluyendo el traslado a otra instalación de agudos o a una instalación de postagudos, y el paciente necesita cuidados continuados para dicho infarto, deben seguir declarándose códigos de la categoría **I21**. Sin embargo, si el IAM ocurre después de las cuatro semanas, asigne el código **Z51.89**, Contacto para otros cuidados posteriores especificados.

No es correcto asignar el código **I22.1**, Infarto de miocardio con elevación de ST de pared inferior subsiguiente, para el ingreso el instalación de larga estancia ya que los códigos de la categoría **I22** están reservados para cuando un paciente que ha sufrido un IAM tiene un nuevo IAM dentro de las cuatro semanas del IAM inicial, y no para episodios subsiguientes de cuidados.

Pregunta:

Cuando un paciente es ingresado en un asilo por "deterioro físico", ¿cómo debería codificarse?

Respuesta:

Codifique los síntomas del deterioro físico tal como trastornos de la marcha, debilidad, etc.

Pregunta:

Un residente de una instalación de larga estancia tiene el diagnóstico de “cambios del estado mental”. ¿Cómo debe codificarse?

Respuesta:

Asigne el código **R41.82**, Estado mental alterado, no especificado, para el diagnóstico de cambios en el estado mental. Esta asignación de código puede encontrarse en el Indice de la ICD-10-CM en Cambio(s), estado mental.

Pregunta:

Un paciente es ingresado en una instalación de larga estancia más por motivos no específicos tales como debilidad generalizada o deterioro (o “edad avanzada”) que por un diagnóstico específico. ¿Cuál es el diagnóstico principal correcto cuando el paciente es ingresado por estas dolencias no específicas?

Respuesta:

Sería adecuado asignar códigos de síntomas (ej. cansancio generalizado, trastornos de la marcha, debilidad, etc.).

Pregunte al Editor

ICD-10-CM/PCS

Pregunta:
Tenemos que suponer que las normas de la ICD-9-CM no incluidas en la ICD-10-CM no serán válidas en el momento en que se implemente la ICD-10-CM?. Por ejemplo, la Sección I.C.8.a.4 de las normas de la ICD-9-CM, "Exacerbación aguda de asma y estado asmático" no tienen contrapartida en las normas de la ICD-10-CM.

Respuesta:
Se han hecho todos los esfuerzos para llevar las normas y conceptos de la ICD-9-CM a la ICD-10-CM, excepto cuando había un cambio específico en la ICD-10-CM que impedía la incorporación del mismo concepto en la ICD-10-CM. Sin embargo alguna de las normas de la ICD-9-CM incluía información que puede haber sido de naturaleza clínica (como la del ejemplo de la pregunta) y por tanto no adecuada para las normas de codificación.

Con respecto a la codificación de la exacerbación aguda del asma junto con el estado asmático, sólo debe asignarse el código de la afección más grave (ej. estado asmático).

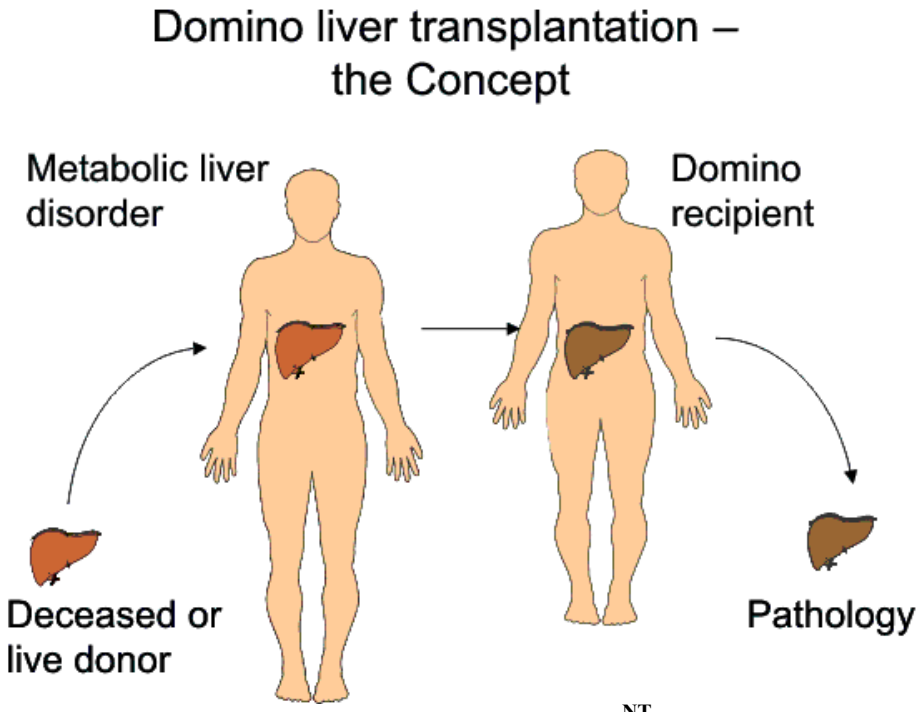
Pregunta:
El paciente es un hombre de 61 años que fue diagnosticado de polineuropatía amiloide familiar. Debido al incremento gradual de la gravedad de su enfermedad fue sometido a trasplante de hígado. Puesto que la función hepática era buena y sin cirrosis la decisión fue trasplantar su hígado explantado en otro paciente. El médico usó el término "trasplante hepático en dominó" para reflejar la cadena de acontecimientos ocurridos durante el trasplante. Se trasplantó un hígado nuevo de donante vivo no relacionado y el hígado original fue extirpado para donación. ¿Puede notificarse el código **Z52.6**, Donante de hígado, para explicar el hecho de que el paciente fue receptor y también donante? ¿Cómo debería codificarse el trasplante de hígado en dominó?

Respuesta:
Asigne el código **E85.1**, Amiloidosis heredofamiliar neuropática, como diagnóstico principal, junto con el código **G63**, Polineuropatía en enfermedades clasificadas en otro sitio, como diagnóstico secundario.

Los códigos de la categoría Z52, Donante de órganos y tejidos, se usan solo cuando el contacto o ingreso es específicamente para donación de órgano y se asigna como diagnóstico principal.

Asigne el código **0FY00Z0**, Trasplante de hígado, alogénico, abordaje abierto, y el código **0FT00ZZ**, Resección de hígado, abordaje abierto, para los procedimientos realizados. Actualmente ni la ICD-10-PCS ni la ICD-9-CM tiene un código específico para describir el trasplante hepático en dominó. El la ICD-

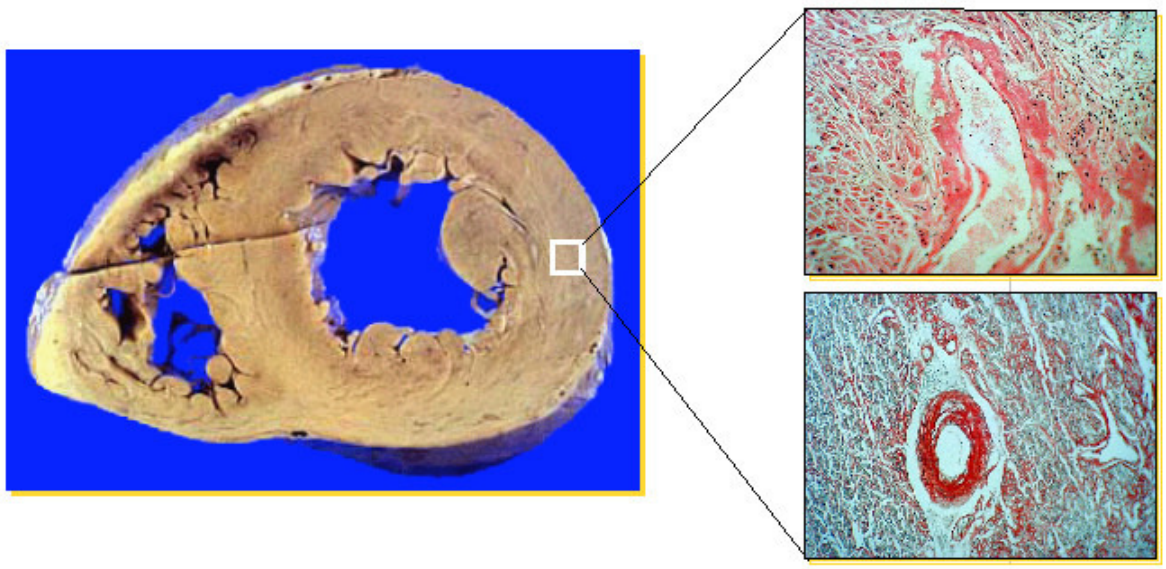
10-PCS "trasplante" se define como poner una parte viva del organismo madura y funcionante tomada de otro individuo o animal. En la operación raíz *trasplante* están representados un número limitado de procedimientos e incluye solo las partes del cuerpo que actualmente son trasplantadas. La compatibilidad genética de la parte del cuerpo trasplantada está especificadas por valores calificadores. La explantación asociada que acompaña la operación raíz trasplante indica que la parte original del cuerpo puede ser o no extraída. Por tanto, en circunstancias normales, el procedimiento de resección no debería codificarse separadamente ya que está incluida en la operación raíz trasplante. Sin embargo, la resección puede usarse en este caso para indicar que se realizó un trasplante de hígado en dominó.



Trasplante de hígado en dominó **NT**

La polineuropatía amilode familiar (PAF) es un trastorno hereditario causado por ciertas mutaciones genéticas y que conduce a la producción de una proteína amiloidogénica anormal. Esta proteína se deposita en tejidos y órganos, creando fibrillas amiloides que comprometen la función de estos órganos y tejidos. Puesto que la transtiretina (*), proteína que causa la mayor parte de los casos de PAF, se produce en el hígado, muchos casos pueden tratarse con trasplante de hígado. El nuevo hígado produce transtiretina normal y el trasplante elimina la fuente de la producción de proteína mutante.

(*)La transtiretina es una proteína conocida anteriormente como prealbúmina transportadora de tiroxina sintetizada fundamentalmente a nivel hepático y cuyo gen se localiza en el cromosoma 18. Se han descrito hasta la fecha más de 100 mutaciones en poblaciones endogámicas y con una mayor recurrencia en el norte de Portugal, Suecia, Japón y en las Islas Baleares. Se hereda de manera autosómica dominante. En la actualidad el transplante hepático constituye una alternativa terapéutica para este tipo de pacientes **NT**



Depósitos amiloides e hipertrofia ventricular frecuente en la amoiloidosis cardiaca [NT]

Los investigadores están actualmente estudiante si los depósitos amiloides previamente formados transportados por la proteína transtiretina se resolverán tras el trasplante de hígado. El receptor del hígado de un individuo con PAF podría consiguientemente desarrollar la enfermedad tras 20 o 30 años, pero el trasplante en dominó puede mejorar la calidad de vida y prolongar la vida de manera significativa.

Pregunta:

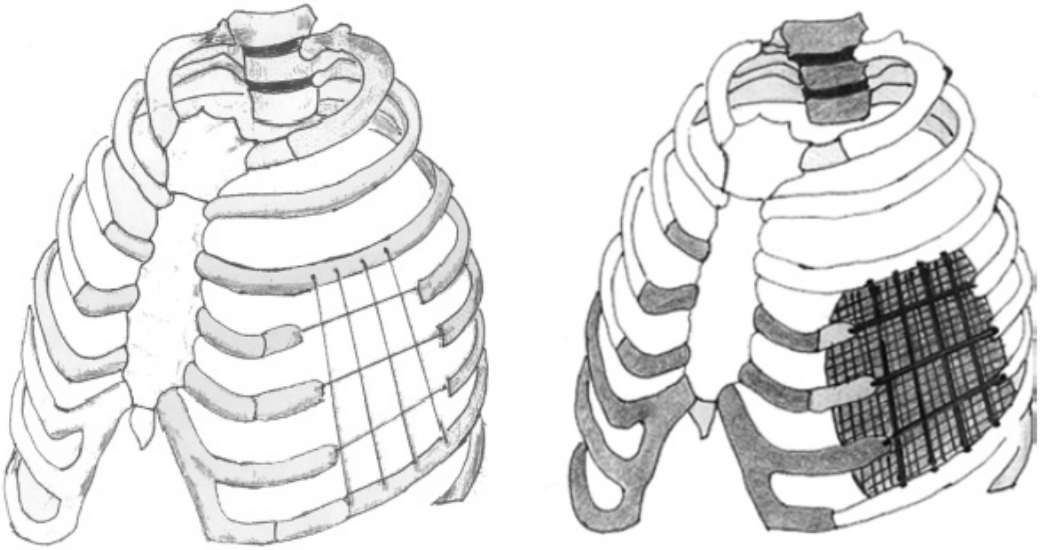
El paciente es un señor de 72 años con condrosarcoma de bajo grado en la parte anterior de la cuarta costilla derecha que es sometido a resección de un segmento de 9cm de dicha costilla y reconstrucción de la pared anterior del tórax usando una malla superpuesta de Marlex metilmetacrilato (*) suturada entre la tercera y quinta costilla para su estabilización. ¿Cómo debería ser codificado este procedimiento? ¿Debería codificarse con la operación raíz escisión y suplemento, o con la operación raíz sustitución?

Respuesta:

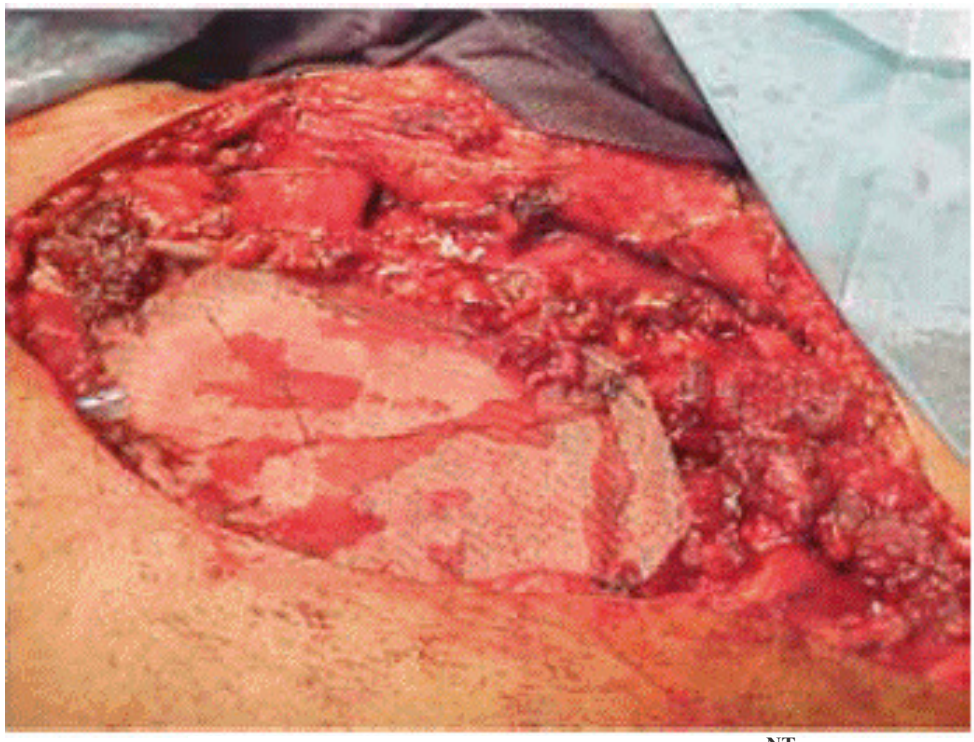
Asigne el código **0PB10ZZ**, Escisión de costilla derecha, abordaje abierto, para la extirpación de costilla. Adicionalmente asigne el código **0WU80JZ**, Suplemento de pared torácica con sustituto sintético, abordaje abierto, para la inserción de la malla de Marlex y compuesto de metimetacrilato. Aunque el médico se refiere al procedimiento como "resección", debe seleccionarse la operación raíz "escisión".

(*) La malla Marlex® es un tejido de polietileno utilizada para cubrir grandes defectos (como el espacio dejado por una costilla resecada), que se fija a estructuras adyacentes. En este caso se añade un compuesto de polimetilmetacrilato, inicialmente con textura de gel y queposteriormente se endurece, dando consistencia a la malla y así impidiendo que la pared torácica se comporte como un tórax inestable. De esta manera se evita que los pacientes intervenidos necesiten ventilación mecánica posoperatoria, e intubación prolongada con el riesgo de neumonía nosocomial y neumonía asociada al ventilador [NT]

La definición de la ICD-10-PCS de “resección” es la extirpación sin sustitución de cualquier parte del cuerpo, pero en este caso fue extraído un segmento de costilla en vez de una costilla entera. La malla de Marlex y compuesto de metilmetacrilato se usó para reforzar la pared torácica y por tanto se seleccionó la operación raíz “suplemento”. La operación raíz “sustitución” no es correcta puesto que el objetivo del procedimiento no era reemplazar físicamente o funcionalmente todo o una parte del cuerpo.



Colocación de una malla de Marlex® **NT**



Malla de Marlex® en una resección de pared torácica **NT**

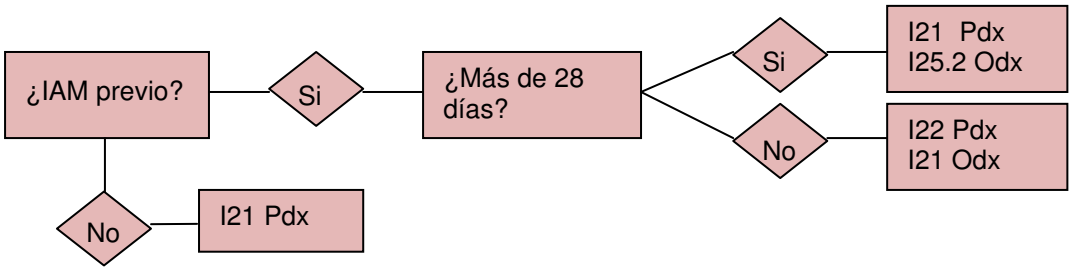
Pregunta:

Un paciente varón de 59 años de edad es ingresado en el hospital debido a un infarto agudo de miocardio transmural de pared anterior. Una semana después de su ingreso, cuando el paciente estaba aún en el hospital, sufrió otro infarto infarto agudo de miocardio (IAM), esta vez, transmural de pared inferior. ¿Cómo debería codificarse este episodio?

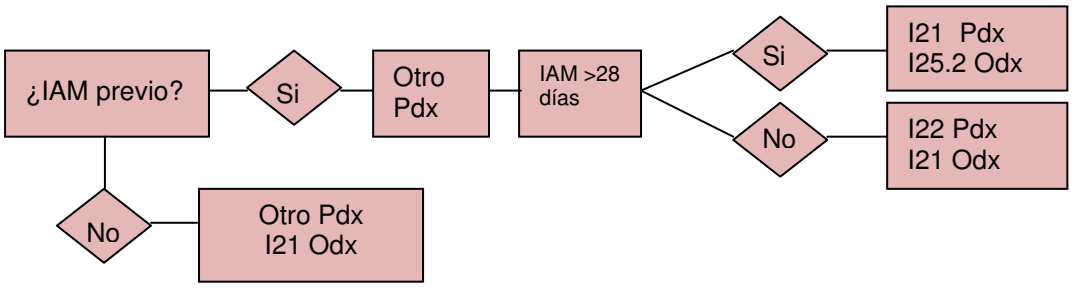
Respuesta:

Asigne el código **I21.09**, Infarto de miocardio con elevación de ST (STEMI) que afecta otra arteria coronaria de pared anterior, como diagnóstico principal. Asigne el código I22.1, Infarto de miocardio de pared inferior con elevación de ST, episodio subsiguiente, como diagnóstico secundario.

PARTE A: Paciente ingresado debido a infarto agudo de miocardio (IAM).



PARTE B: Paciente ingresado por otra afección y tiene un IAM durante el ingreso



Reproducido con permiso del ICD-10Cm and ICD-10PCS Coding Hndbook, 2013 Rev. Ed. (chicago; Health Forum, Inc., www.HealthForum.com/AHAPress). Todos los derechos reservados.

Pregunta:

Un hombre de 66 años fue dado de alta del hospital tras ser hospitalizado por unas semana para tratamiento de un infarto agudo de miocardio transmural de pared anterior. Una semana después del alta fue llevado al servicio de urgencias por dolor torácico e ingresado para tratamiento de infarto agudo de miocardio transmural de pared inferior subsiguiente. ¿Cómo debería codificarse el segundo ingreso?

Respuesta:

El orden de los códigos **I22** y **I21** depende de las circunstancias del episodio. Puesto que el motivo del ingreso fue el IM subsiguiente, asigne el código **I22.1**, Infarto de miocardio de pared inferior con elevación de ST (STEMI) subsiguiente, como diagnóstico principal. Asigne el código **I21.09**, Infarto de miocardio que afecta otra arteria coronaria de pared anterior con elevación de ST (STEMI), como diagnóstico secundario. Un código **I21** debe acompañar a un código **I22** para identificar el lugar del infarto agudo de miocardio inicial (IAM), y para indicar que el paciente está todavía dentro de las 4 semanas de curación tras el IAM inicial.

Pregunta:

En la ICD-10-CM los códigos **K50.014**, **K50.114**, **K50.814** y **K50.914** se usan para identificar la enfermedad de Crohn con absceso intestinal. Cuando un paciente se presenta con enfermedad de Crohn de intestino delgado con absceso rectal, ¿sería correcto asignar un código adicional para el absceso rectal?

Respuesta:

Sí, es correcto asignar el código **K50.014**, Enfermedad de Crohn de intestino delgado con absceso junto con el código **K61.1**, Absceso rectal, ya que el código adicional proporciona información acerca del lugar específico del absceso. Los códigos de la categoría **K50** describen solo el absceso intestinal.

Pregunta:

¿Cuáles son los códigos correctos de la ICD-10-PCS para la inserción/sustitución/revisión del desfibrilador cardioversor implantable subcutáneo y sus distintos componentes?

Respuesta:

Los códigos de la ICD-10-PCS existentes plasman la inserción, sustitución y revisión del desfibrilador cordioversor implantable subcitáneo y sus componentes. Observe que cuando sólo se sustituye el cable se asignan códigos para retirada del antiguo cable, así como para la inserción del nuevo. Cuando sólo se sustituye el generador se asignan códigos para la retirada del antiguo generador así como para la inserción del nuevo generador. Asigne los siguientes códigos para inserción, sustitución y revisión del dispositivo y sus distintos componentes:

<u>Sustitución del sistema completo (generador y electrodo)</u>

0JH608Z Inserción de generador de desfibrilador en el tejido subcutáneo y fascia del tórax, abordaje abierto

0JH60PZ Inserción de dispositivo relacionado con ritmo cardiaco en el tejido subcutáneo y fascia del tórax, abordaje abierto

<u>Colocación de cable de desfibrilador solo</u>

0JH60PZ Inserción de dispositivo relacionado con ritmo cardiaco en el tejido subcutáneo y fascia del tórax, abordaje abierto

Colocación del generador de desfibrilador solo

0JH608Z Inserción de generador de desfibrilador en el tejido subcutáneo y fascia del tórax, abordaje abierto

Sustitución de cable de desfibrilador solo

0JPT0PZ Retirada de dispositivo relacionado con ritmo cardiaco de tejido subcutáneo y fascia del tronco, abordaje abierto

0JH60PZ Inserción de dispositivo relacionado con ritmo cardiaco en el tejido subcutáneo y fascia del tórax, abordaje abierto

Sustitución del generador de desfibrilador solo

0JPT0PZ Retirada de dispositivo relacionado con ritmo cardiaco de tejido subcutáneo y fascia del tronco, abordaje abierto

0JH608Z Inserción de generador de desfibrilador en el tejido subcutáneo y fascia del tórax, abordaje abierto

Revisión de cable solo

0JXT0PZ Revisión de dispositivo relacionado con ritmo cardiaco de tejido subcutáneo y fascia del tronco, abordaje abierto

Revisión de generqdor solo

0JXT0PZ Revisión de dispositivo relacionado con ritmo cardiaco de tejido subcutáneo y fascia del tronco, abordaje abierto

Pregunta:

Un paciente se cayó y permaneció con una fractura de muñeca izquierda pero no acudió a tratamiento médico por algún tiempo. Busca ahora tratamiento por primera vez y es diagnosticado de mala unión de fractura cerrada del escafoides de muñeca izquierda. Por favor proporcione aclaración sobre el séptimo carácter correcto ya que éste es el episodio inicial, pero la mala unión es identificada con el séptimo carácter de episodio subsiguiente "P", episodio subsiguiente para fractura con mala unión.

Respuesta:

Asigne el código **S62.002A**, Fractura no especificada de hueso escafoides [navicular] de muñeca izquierda, episodio inicial para fractura cerrada. De acuerdo con las *Normas Oficiales para Codificación y Notificación*, "el 7º carácter correcto para un episodio inicial podría asignarse para un paciente que retasa la demanda de tratamiento para la fractura o no unión". El hecho de que éste es un episodio inicial tiene prioridad y el 7º carácter que describe en episodio subsiguiente para tratamiento de la mala unión no es correcto en este caso.

Pregunta:

Agradecemos los consejos proporcionados para códigos de la categoría **G81**, Hemiplejia y hemiparesia , y las subcategorías **G83.1**, Monoplejia de miembro inferior, **G83.2**, Monoplejia de miembro superior y **G83.3**, Monoplejia, no

especificada, para los casos en que el sitio afectado está documentado, pero no especificado como dominante o no dominante. Nos preguntamos si podría proporcionarnos el mismo consejo (o valor por defecto) para códigos de la categoría **I69**, Secuelas de enfermedad cerebrovascular, que se relacionan con hemiplejia, hemiparesia o monoplejía cuando los códigos diferencian entre izquierda y derecha, y dominante y no dominante. La documentación normalmente especifica si está afectado el lado derecho o izquierdo, pero no si es dominante o no dominante. Nos referimos específicamente a los códigos de la categoría **I69** con quintos dígitos 0, 1, 2, 3. 8 y 9, y sextos dígitos 3-3 (ej. **I69.03-**, **I69.13-**, **I69.14-**, etc.)

Respuesta:

Sí, los mismos valores por defecto pueden aplicarse a códigos de la categoría I69. Si el lado afectado está documentado pero no se especifica como dominante o no dominante y el sistema de clasificación no indica el valor por defecto, la selección del código es como sigue:

Para pacientes ambidiestros, por defecto es dominante
Si está afectado el lado izquierdo, por defecto es no dominante
Si está afectado el lado derecho, por defecto es dominante

Por favor, observe que las *Normas Oficiales para Codificación y Notificación* están siendo actualizadas (2013) por lo que la información acerca de los valores por defecto para el lado afectado aparecerá también en la sección I69.

Pregunta:

Los médicos a Mendo documentan los gemelos como feto A y feto B. Sin embargo, las extensiones sobre fetos en el capítulo 15, embarazo, parto y puerperio, para los códigos relacionados con complicaciones de gestación múltiple (ej. **O31**, **O32**, etc.) se refieren a feto 1, feto 2, y así sucesivamente. A fin de seleccionar el séptimo carácter para estos códigos, ¿es correcto asumir que el feto A es el feto 1 y el B el 2, etc.?

Respuesta:

Sí, algunos médicos prefieren referirse a cada feto en casos de gestaciones múltiples con caracteres alfabéticos, tales como feto A, feto B, etc. más que con números (feto 1, feto 2, etc.). En estos casos, el feto A debe equivaler a feto 1, el feto B a feto 2, y así sucesivamente. No es de esperar que el mismo número o carácter alfabético del feto sea trasladado de un ingreso a otro. La identificación del feto, ya sea por número o alfabética se basa en la documentación proporcionada.

Pregunta:

Una paciente de 16 años es vista en el servicio de urgencias tras haber sufrido una luxación abierta anterior de codo derecho, no asociada con lesión vascular o nerviosa. Cayó tras chocar con su pareja de baile mientras participaba en una clase de baile en un instituto de la localidad. ¿Cómo debe codificarse?

Respuesta:

Asigne el código **S53.114A**, Luxación anterior de articulación cubitohumeral, episodio inicial, como diagnóstico principal. Asigne los códigos **S51.001A**, Herida abierta de codo derecho no especificada, episodio inicial, **W03.XXXA**, Otra caída al mismo nivel debido a colisión con otra persona, episodio inicial, **Y92.213**, Instituto como lugar de acontecimiento de la causa externa, **Y99.8**, Otro estado de causa externa y **Y93.41**, Actividad, baile.

NOTA IMPORTANTE

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 al copyright de la misma, junto con las imágenes, esquemas y explicaciones que se incluyen para una mejor comprensión de los textos y que no vienen en la publicación original y añadidos como "notas del traductor [NT]".

La elaboración de este documento se hace de manera totalmente gratuita y exclusivamente para uso particular y dirigido a personas concretas para su formación personal. La copia de este documento para otros usos no personales no cumple la finalidad del traductor, por lo que éste no se hace responsable de los mismos.