
AHA

Coding Clinic™

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

Pregunte al Editor

Preguntas de codificación de ICD-10-CM

Pregunta:

¿Cuál es el código correcto de la ICD-10-PCS para la colocación de un catéter central insertado periféricamente?

Respuesta:

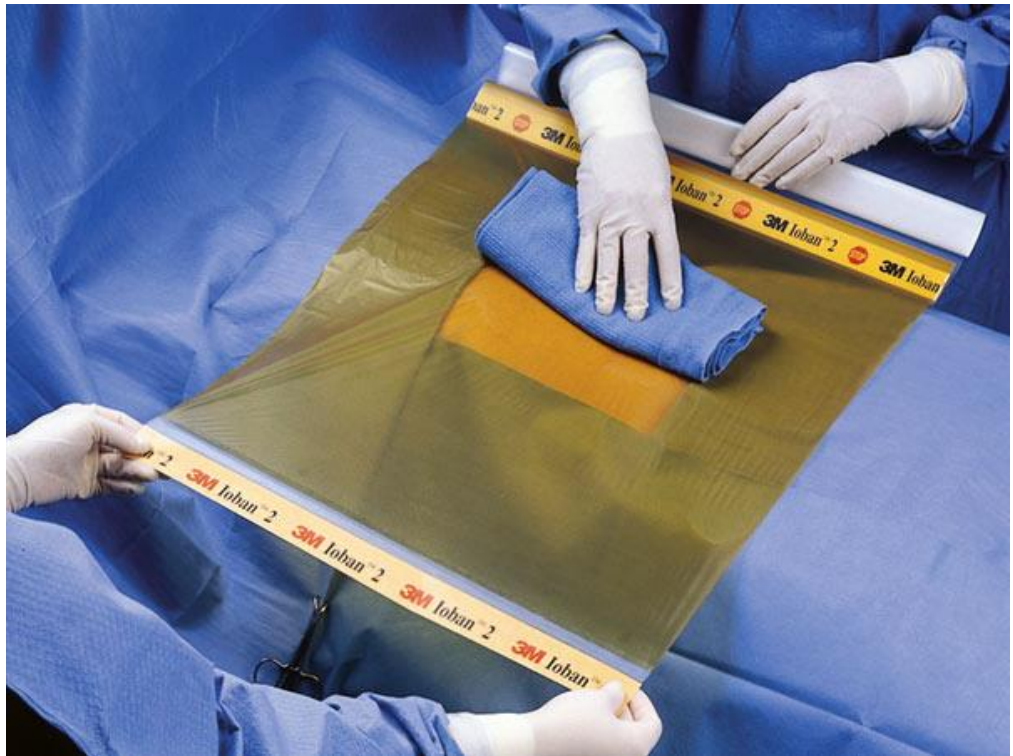
La codificación correcta de los catéteres venosos depende de la localización final del catéter, es decir, el lugar donde el dispositivo finaliza. Por ejemplo, signe el código de la ICD-10-PCS para un catéter central insertado periféricamente donde el catéter es inicialmente colocado en la yugular interna y luego llega a la vena cava superior.

02HV33Z, Inserción de dispositivo de infusión en vena cava superior, abordaje percutáneo

En este ejemplo, el catéter central insertado periféricamente termina en la vena cava superior (localización final)

Pregunta:

Existe cierta confusión entre los codificadores acerca de qué se codifica cuando se codificamos un trasplante cardiaco. El paciente fue ingresado y sometido a un trasplante de aoinjerto cardiaco ortostático usando derivación cardiopulmonar junto con esternotomía abierta cubierta con Ioban®. Se insertó percutáneamente un catéter Mahurkar a través de la vena femoral común y colocándose su punta en la vena cava inferior debido a la necesidad de repetidas transfusiones. El paciente tenía también una bomba balón intraaórtica por contrapulsación que fue dejada en el lugar tras el procedimiento. También se dejó el marcapasos en su lugar debido a la coagulopatía. ¿Qué procedimientos deberían codificarse en la ICD-10-PCS?



Cubierta antimicrobiana Ioban® NT



Cateter venoso central Mahurkar® NT

Respuesta:

Para la cirugía de trasplante cardíaco asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS:

02YA0Z0, Trasplante de corazón, alogénico, abordaje abierto

5A02210, Asistencia del gasto cardíaco continua usando balón de contrapulsación

5A1223Z, Soporte cardíaco continuo con marcapasos

5A1221Z, Soporte de gasto cardíaco continuo

06H033Z, Inserción de dispositivo de infusión en la vena cava inferior, abordaje percutáneo

Normalmente los procedimientos auxiliares realizados únicamente para apoyar la realización de un procedimiento quirúrgico no se codifican por separado. La derivación cardiopulmonar es una excepción. Cuando se realiza un procedimiento quirúrgico con derivación cardiopulmonar, éste se codifica por separado en la ICD-9-CM y en la ICD-10-CM. En este caso, el catéter para transfusión, la bomba de contrapulsación intraaórtica y el marcapasos temporal tuvieron que continuar más allá del episodio operatorio del trasplante. En este sentido son más que un soporte temporal auxiliar del procedimiento quirúrgico y debería codificarse por separado.

Pregunta:

¿Es correcto signar un código de hiperglucemia junto con otro de diabetes?. Por ejemplo, si la hiperglucemia está documentada junto con retinopatía diabética de tipo 2, ¿deberían asignarse varios códigos?

Respuesta:

Sí, asigne los códigos E11.319, Diabetes mellitus de tipo 2 con retinopatía diabética no especificada sin edema macular, y E11.65 Diabetes mellitus de tipo 2 con hiperglucemia. Puede asignarse juntas cualquier combinación de códigos de diabetes, a no ser que una de las afecciones diabéticas esté inherente en otra.

Pregunta:

El *Coding Clinic para la ICD-9-CM* indica que la cetoacidosis es inherente a la diabetes incontrolada. Por lo tanto, ¿cómo debería informarse la diabetes de tipo I incontrolada con cetoacidosis en la ICD-10-CM?. ¿Debería informarse el código de diabetes con hiperglucemia (E10.65) junto con el código de cetoacidosis diabética (E10.10)?, o solo se debería poner el código de cetoacidosis diabética ya que la cetoacidosis se considera una diabetes incontrolada?. Creemos que los dos códigos son redundantes. Sin embargo, no hay notas de instrucción y/o notas de exclusión que indiquen al codificador sobre informar adecuadamente la diabetes de tipo I incontrolada con cetoacidosis.

Respuesta:

No, en este caso no es correcto asignar el código E10.65, Diabetes mellitus de tipo I con hiperglucemia junto con el código E10.10. Asigne solo el código E10.10, diabetes mellitus de tipo I con cetoacidosis sin coma. La cetoacidosis significa diabetes incontrolada.

Pregunta:

¿Qué sistema corporal se asigna en la ICD-10-PCS a la reparación o sutura del labio glenoideo? ¿Se asignaría el sistema corporal de Bursa, Tendones y Ligamentos de articulaciones superiores? ¿Se codificaría el tipo de operación como Reparación o como Reinserción?

¿Cuáles son las asignaciones de código correctas de la ICD-10-PCS para una artroscopia de hombro derecho con reparación por sutura del manguito de los rotadores artroscópica, reparación de SLAP(*) tipo 2 artroscópica y descompresión subacromial?

Respuesta:

El labio glenoideo es una estructura fibrocartilaginosa triangular que sirve para dar profundidad a la cavidad glenoidea. Puesto que el labio glenoideo también es referido como ligamento glenoideo, es actualmente clasificado como un ligamento del hombro en el carácter de la parte corporal ICD-10-PCS. Los *Centers for Medicare & Medicaid (CMS)*, la organización que tiene que supervisar las modificaciones de la ICD-10-PCS está repasando esta cuestión. Entre tanto, los codificadores deben guiarse por las definiciones de parte corporal oficiales.

Hay varios tipos diferentes de lesiones/roturas SLAP y el procedimiento varía según el tipo de lesión de la rotura. Una rotura SLAP tipo 2 se produce cuando el labio superior está completamente separado de la fosa glenoidea debido a una lesión tal como una dislocación del hombro. La cirugía para corregir una lesión SLAP 2 consiste en reimplantar el labio, por lo que el procedimiento se codificaría con tipo de intervención Reimplantación. Para otros procedimientos realizados para corregir las lesiones o roturas SLAP los codificadores deben guiarse por el lenguaje específico de la hoja operatoria.

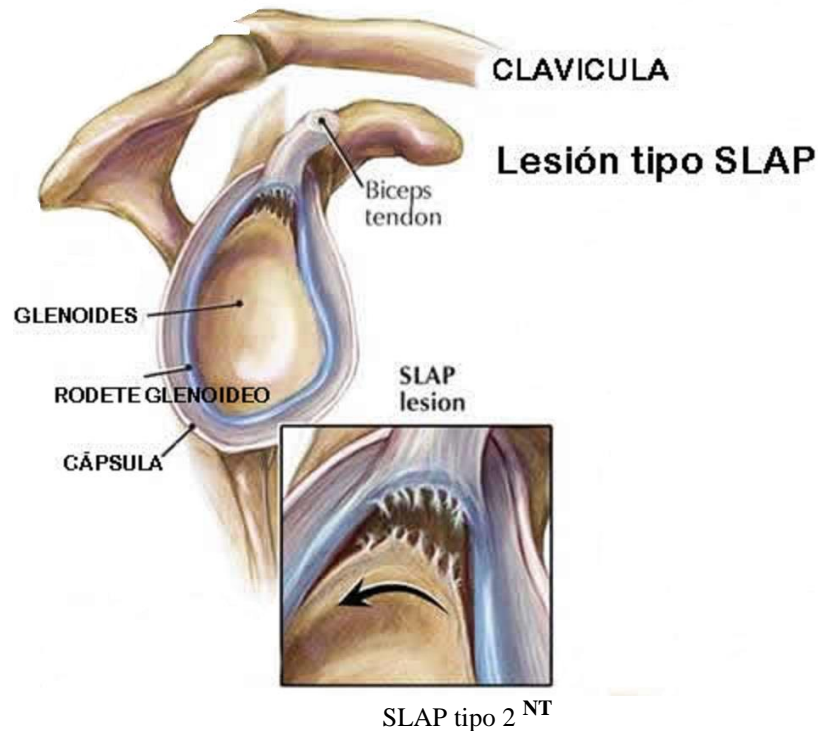
*SLAP es un acrónimo de "*superior labral tear from anterior to posterior*" con 7 tipos diferentes, de los cuales el tipo 2 indica una separación de la porción superior del labio glenoideo y el tendón del bíceps braquial del borde glenoideo ^{NT}

Asigne los siguientes códigos para la reparación artroscópica del manguito de los rotadores de SLAP tipo 2 y descompresión subacromial:

0LQ14ZZ, Reparación de tendón del hombro derecho, abordaje endoscópico percutáneo

0MM14ZZ, Reimplantación de bursa y ligamento de hombro derecho, abordaje endoscópico percutáneo

0PB54ZZ, Escisión de omóplato derecho, abordaje endoscópico percutáneo



Pregunta:

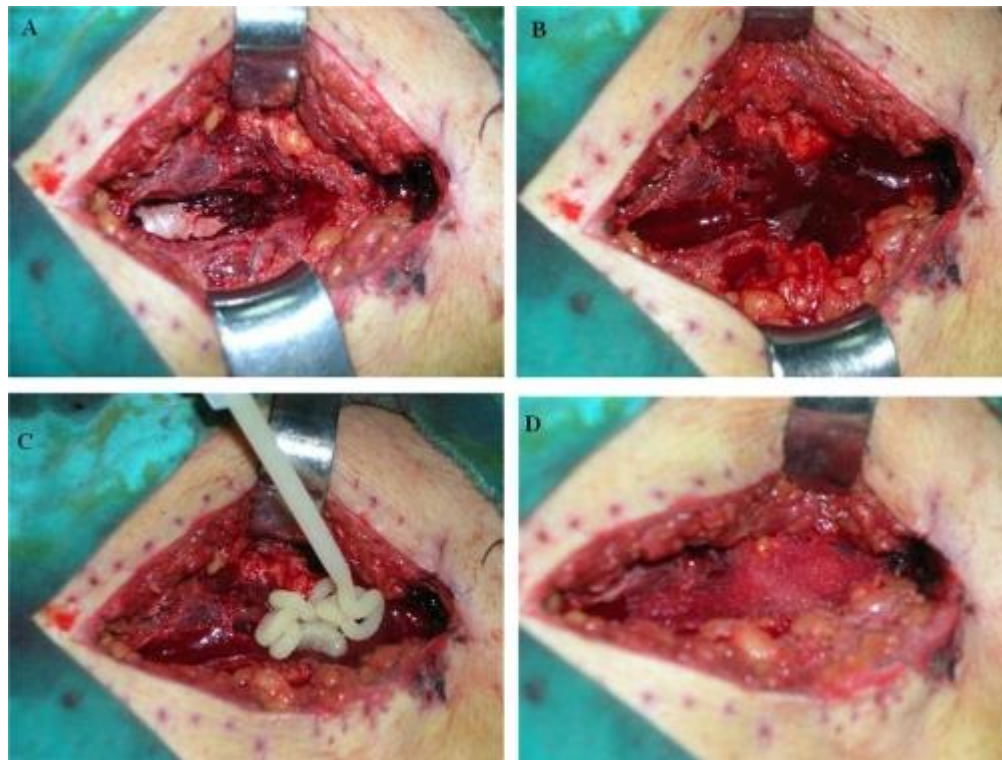
¿Cómo se codifica la enfermedad degenerativa de disco en la ICD-10-CM cuando el lugar es inespecífico?. Bajo el término “Degeneración” y subtérmino “enfermedad del disco”, el Índice Alfabético indica al codificador a “Véase Degeneración de disco intervertebral NCOC”. Sin embargo no existe tal entrada en el Índice. Los códigos de la categoría M15.3, Otra degeneración de disco intervertebral torácico, toracolumbar y lumbosacro son específicos de regiones vertebrales.

Respuesta:

Actualmente la ICD-10-CM no proporciona un código para la enfermedad degenerativa de disco no especificada. Pregunte al clínico para aclarar acerca de la región afectada. El Centro Nacional para Estadísticas de la Salud (NCHS) es consciente de las discrepancias en el Índice y ha acordado repasar y corregir las entradas al índice.

Pregunta:

Un paciente es sometido a colecistectomía laparoscópica. Durante el procedimiento, se separó la vesícula biliar del lecho hepático con electrocauterio y fue extirpada. Se usó FloSeal® sobre un pequeño sangrado del lecho hepático. ¿Sería correcto codificar el uso de FloSeal con el tipo de intervención “Reparación”?



Uso de Flo Seal en la hemostasia de un herida quirúrgica ^{NT}

Respuesta:

No, no asigne un código independiente para el uso de FloSeal ya que es inherente al procedimiento. FloSeal es un gel de alta viscosidad usada para control de sangrado que va desde rezumado capilar hasta sangrado arterial y se usa en procedimientos quirúrgicos como ayuda de la hemostasia cuando el control de sangrado mediante ligadura es inefectivo o impracticable.

Pregunta:

Un paciente es sometido a colecistectomía laparoscópica. Tras extirpar la vesícula biliar se controló una pequeña cantidad de sangrado del lecho hepático. Creemos que es una parte integral de la colecistectomía. Sin embargo se identificó una mayor cantidad de sangrado en el epiplón. El cirujano tuvo que introducir otro puerto para identificar el lugar del sangrado e invertir un tiempo adicional cauterizando y colocando clips para controlar el rezumado del epiplón. ¿Debería codificarse por separado y cómo?. La definición de la ICD-10-PCS del tipo de operación “Control” se refiere a “parar o intentar parar un sangrado postprocedimiento”. Puesto que esto es un sangrado intraoperatorio, más que postoperatorio, no tenemos claro si debe codificarse.

Respuesta:

El control e una pequeña cantidad de sangrado del hígado es una parte integral del procedimiento y no debe codificarse por separado. Aunque el control del sangrado del epiplón requirió tiempo y esfuerzo adicional, es inherente al procedimiento y no debería codificarse por separado.

Pregunta:

¿Cuál es la asignación correcta de código de la ICD-10-CM para la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?

Respuesta:

Asigne el código I47.2, Taquicardia ventricular, para la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica. Todas las taquicardias ventriculares e clasifican en el código I47.2.

La taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica es un trastorno en el que las células cardíacas son eléctricamente inestables y está predispuestas a desarrollar arritmias rápidas atípicas. Catecolaminérgica se refiere al hecho de que estas arritmias se inician durante un estrés emocional o un esfuerzo físico. Cuando el sistema nervioso usa adrenalina natural para estimular el rendimiento físico. Debido a los mecanismos celulares alterados se inicia este tipo específico de taquicardia ventricular (bidireccional o polimórfica). Polimórfica significa que la arritmia viene de localizaciones múltiples en el sistema de conducción cardíaco. En la mayoría de los casos, el ritmo normal se restablece cuando la taquicardia ventricular para espontáneamente. En algunos casos, la taquicardia ventricular puede degenerar en una fibrilación ventricular causando la muerte súbita. El trastorno es a menudo difícil de diagnosticar debido al hecho de que el corazón es estructuralmente normal y el electrocardiograma es normal en estado basal.

Pregunta:

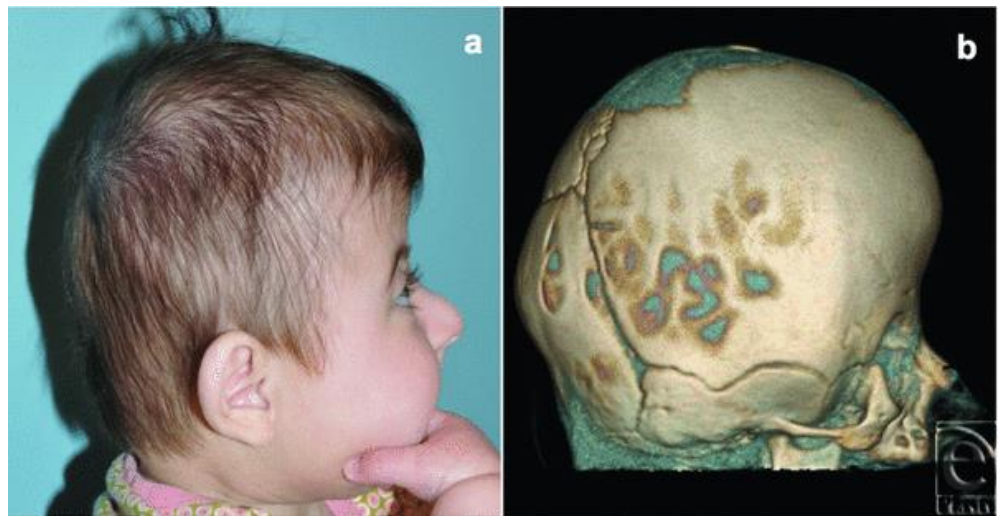
Un paciente es sometido a osteogénesis por distracción por craneosinostosis. Se realizó una osteotomía para incrementar el acceso al área de distracción. Se aplicaron puntos, astillas de hueso y placas de titanio para estabilizar el hueso. Se colocaron distractores craneales bilaterales en las regiones temporales y cerca del vértex. Se activó el sistema. ¿Cuál es las asignación de código correcta de la ICD-10-PCS?

Respuesta:

Un distractor craneal es un dispositivo de fijación externa que es anclado al cráneo con tornillos para reposicionar el hueso. El tipo de intervención “Suplemento” se usa para describir la colocación de titanio para estabilizar el hueso. Los dispositivos de distracción se usan en este procedimiento para expandir los huesos craneales. Los huesos son separados mediante presión y tracción que se aplica por rotación del dispositivo de distracción. Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS:

0NS005Z, Reposición de cráneo con dispositivo de fijación externa, abordaje abierto

0NU00JZ, Suplemento de cráneo con sustituto sintético, abordaje abierto



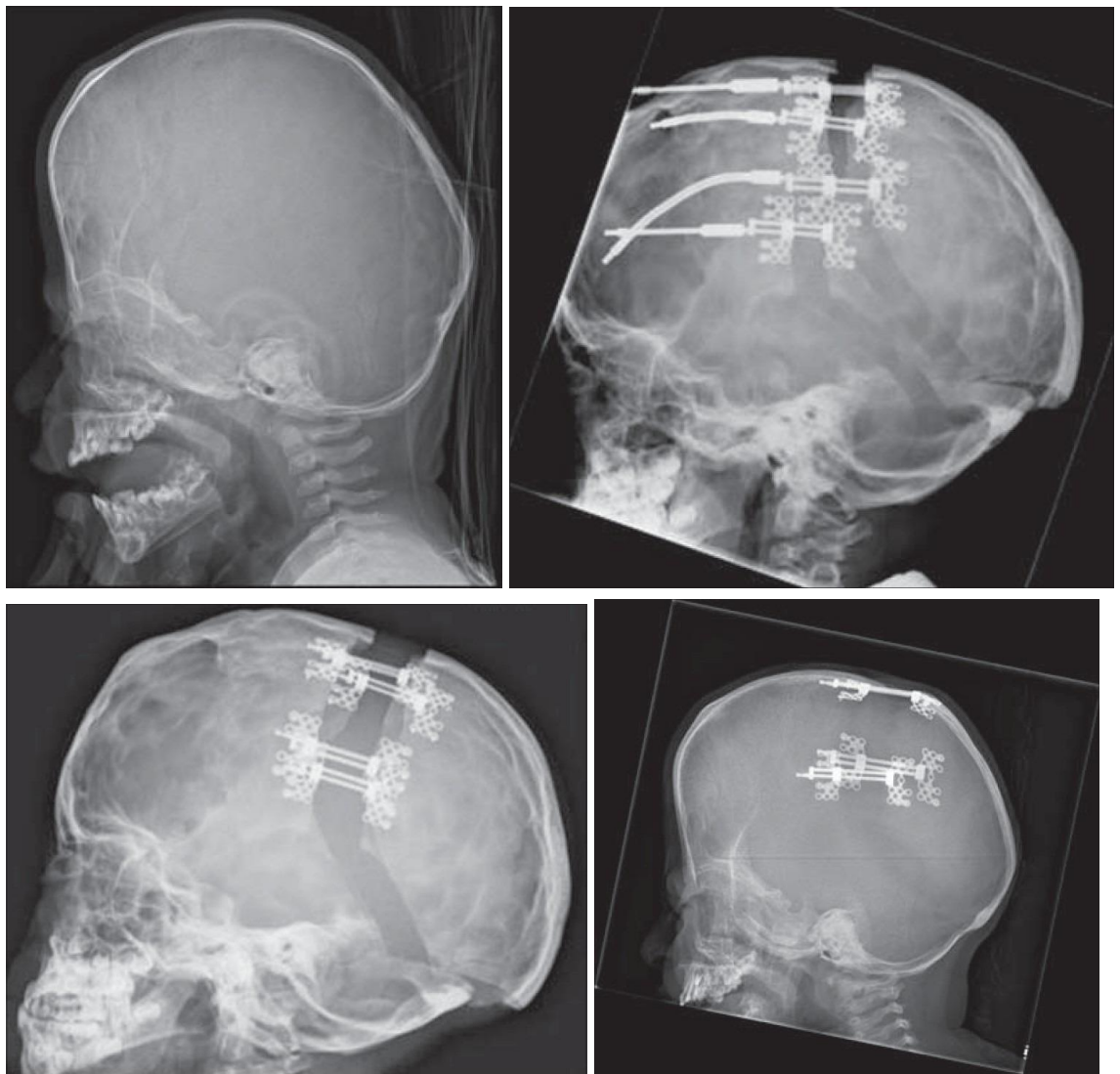
Turribrachicefalia por sinostosis craneal antes de la intervención ^{NT}



Distracción craneal para facilitar la osteogénesis ^{NT}



Osteogénesis finalizada y braquicefalia corregida ^{NT}



Diferentes tiempos del procedimiento de distracción ósea craneal^{NT}

Pregunta:

Un paciente tuvo una fractura abierta conminuta de la parte derecha del hueso frontal con depresión y fue sometido a reducción abierta con fijación interna de la fractura y reparación primaria del desgarro dural. Se le encontró el cerebro contusionado y friable en el lugar de la fractura. Se coaguló el cerebro para llevar a cabo la hemostasia. ¿Cuáles son los códigos correctos de la ICD-10-PCS?

Respuesta:

Para los procedimientos asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS:

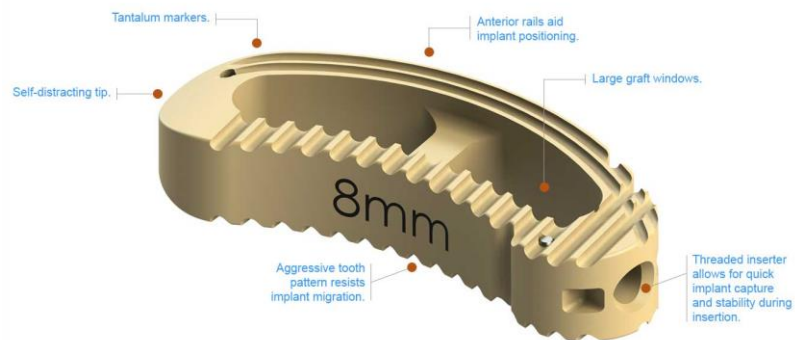
0NS104Z, Reposición de hueso frontal derecho con dispositivo de fijación externa, abordaje abierto

00Q20ZZ, Reparación de duramadre, abordaje abierto

No asigne código adicional para la coagulación del cerebro. La coagulación es inherente a la cirugía.

Pregunta:

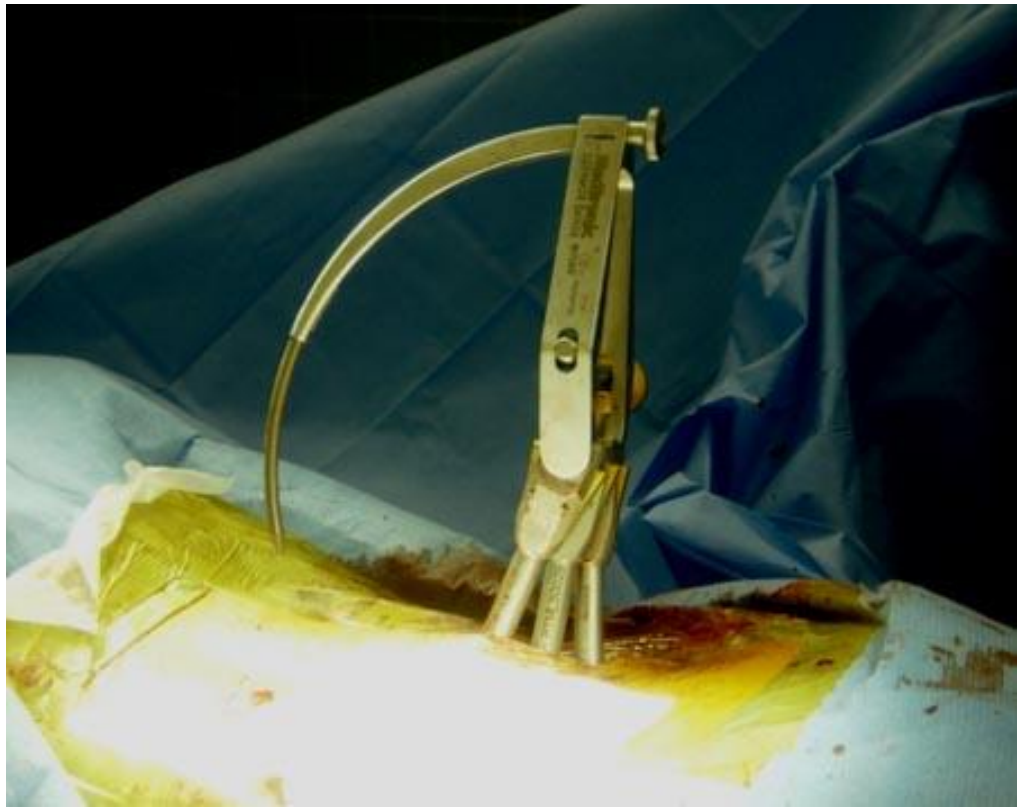
Un paciente diagnosticado de espondilolistesis estenosante y degenerativa es sometido a fusión de 360 grados. El clínico documenta que se insertó un dispositivo intersomático Crescent® PEEK, injerto de hueso autólogo recogido localmente, algo de aloinjerto y proteína morfogenética (BMP) en el tercio anterior del espacio discal. El espacio fue envuelto primariamente con el autoinjerto. Se completó la fusión intersomática lumbar transfacetaria. Se colocaron tornillos pediculares a la izquierda usando guiado por imagen. Se realizó fusión de procesos transversos de L4-L5 con colocación de hueso autólogo recolectado que posteriormente se complementaron con astillas de aloinjerto. Se fijó la atención en el lado anterior usando intensificador de imagen para confirmar la posición correcta. Se hizo una incisión de la línea media a la derecha y llevada la fascia hacia abajo. Una aguja PAK penetró el pedículo y el cuerpo de la L4 mediante guiado de imagen. Se hizo el mismo proceso en L5. Se apretaron los tornillos del sextante en su lugar, y luego se aflojó el sextante y se extrajo. Tanto los tornillos del sextante como de los pedículos estaban en posición bilateral excelente. ¿Cuáles son los códigos correctos para la parte la fusión de 360 grados?



Dispositivo intersomático lumbar PEEK ^{NT}



Sistema de fijación con tornillos de sextante ^{NT}



Sextante colocado durante la intervención^{NT}

Respuesta:

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

0SG0071, Fusión de articulación vertebral lumbar con sustituto de tejido autólogo, abordaje posterior, columna posterior, abordaje abierto

0SG00AJ, Fusión de articulación vertebral lumbar con dispositivo de fusión intersomático, abordaje posterior, columna anterior, abordaje abierto

En este caso, se necesitan dos códigos porque la fusión de 360 grados implica tanto una fusión de columna posterior como de columna anterior y hay dos calificadores diferentes que representan los procedimientos realizados. Además, la fusión implica un injerto óseo usando hueso autólogo recolectado localmente, algo de aloinjerto y BMP. La Guía Oficial par codificación e Información con la ICD-10-PCS indica “si se usa una mezcla de injerto óseo autólogo y no autólogo (con o sin expansores o aglutinantes biológicos o sintéticos) para hacer inmóvil la articulación, codifique el procedimiento con el valor de dispositivo Sustituto de tejido autólogo.

Pregunta:

Con los procedimientos torácicos de reparación de válvula aórtica (TAVR) los cirujanos documentan cateterismo cardiaco de lado izquierdo. Ocasionalmente mencionan una toma de presión o dos, pero no informan que el cateterismo actual se ha realizado e incluso normalmente las presiones siquiera se mencionan. Se asignaría un código de procedimiento de la ICD-10-PCS para el cateterismo izquierdo cuando se realiza una TAVR?

Respuesta:

La TAVR es una sustitución e válvula transcatéter mínimamente invasiva en pacientes con estenosis aórtica. Ocasionalmente el cirujano puede realizar una prueba adicional, tal como un cateterismo cardiaco. Si se hace esta prueba con propósito diagnóstico, o para una evaluación más profunda, debe codificarse el cateterismo ya que no es inherente a la TAVR. Sin embargo la monitorización o muestreo de presiones intracardiacas es inherente al procedimiento y no debería codificarse por separado.

Pregunta:

¿Existe una norma o regla que indique que solo puede usar la documentación de la historia clínica para una consulta/ingreso a fin de codificarla? ¿Cada consulta o ingreso son únicas? ¿Puede el codificador usar episodios previos para ayudar en la codificación de una consulta o ingreso actual?

Respuesta:

La documentación del episodio debe reflejar claramente los diagnósticos que son actuales y relevantes para el mismo.

Las afecciones documentadas en episodios previos pueden no ser relevantes clínicamente en el episodio actual. El médico es el responsable del diagnóstico y de documentar todas las afecciones relevantes. Una lista de problemas anteriores del paciente no es necesariamente la misma para cada episodio/consulta. Es responsabilidad del médico determinar el diagnóstico aplicable al episodio actual y documentarlo en la historia del paciente. Cuando se informan afecciones recurrentes y éstas son todavía válidas para el episodio ambulatorio, dicha afección debe documentarse en la historia clínica en cada contacto/ingreso. Sin embargo si la afección no está documentada en la historia actual, sería incorrecto ir a episodios previos para recuperar un diagnóstico sin confirmación del médico.

Esta es un área donde los codificadores y/o directores de departamento necesitan educar a los médicos y/o jefes clínicos en la necesidad de incluir diagnósticos completos cuando se ordenan servicios ambulatorios y documentar las afecciones crónicas o de larga estancia en la historia de cada ingreso/contacto.

Pregunta:

¿Cómo se codifica una histerectomía total realizada con abordaje abierto? ¿Es correcto asignar códigos de la ICD-10-PCS tanto para la resección del útero y del cérvix cuando solo se documenta una histerectomía total en la hoja operatoria?

Respuesta:

Para una histerectomía total (abierta) asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS:

0UT90ZZ, Resección de útero, abordaje abierto

0UTC0ZZ, Resección de cérvix, abordaje abierto

Una histerectomía total incluye la extirpación del útero y el cérvix. Por tanto, codifique tanto la resección del útero como del cérvix. Esto está basado en la *Guía Oficial para Codificación e Información con la ICD-10-PCS* que indica: “Durante el mismo episodio operatorio, se codifican múltiples procedimientos si: Se realiza en mismo tipo de intervención en diferentes partes del cuerpo definidas con diferentes valores en el carácter de parte corporal”.

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.