Descargado desde www.CodingClinicAdvisor.com

AHA
Coding Clinic ™

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

Publicación trimestral de la Central Office on ICD-10-CM/PCS

Volumen 34 Número 2 | **Segundo Trimestre 2017**

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 17 de mayo de 2017 (sólo en USA NT)

En este número

Calificadores para el tipo de intervención Amputación
Pregunte al Editor
Noticia de corrección

Calificadores para el tipo de intervención Amputación

La siguiente información es proporcionada en respuesta a muchas preguntas sobre cómo se definen los calificadores de la ICD-10-PCS para el tipo de intervención "Amputación" y cómo deben asignarse a fin de codificarla e informarla. Los calificadores específicos usados para Amputación dependen del valor de la localización anatómica en las extremidades superiores o inferiores. Los calificadores se describen abajo:

Brazo superior y pierna superior

- Calificador 1 Alto: Amputación de la porción proximal de diáfisis de húmero o fémur
- Calificador 2 Medio: Amputación por la porción media de la diáfisis de húmero o fémur
- Calificador 3 Bajo: Amputación por la porción distal de la diáfisis de húmero o fémur

Mano y pie

Completa: Amputación a través de la articulación carpometacarpiana de la mano, o a través de la tarso-metatarsiana del pie

Parcial: Amputación por cualquier parte de la diáfisis o cabeza de los huesos del metacarpo de la mano, o de los huesos del metatarso del pie

- Calificador 0 Completa
- Calificador 4 1er radio completo
- Calificador 5 2º radio completo
- Calificador 6 3er radio completo
- Calificador 7 4º radio completo
- Calificador 8 5º radio completo
- Calificador 9 1er radio parcial
- Calificador B 2º radio parcial
- Calificador C 3er radio parcial
- Calificador D 4º radio parcial
- Calificador F 5º radio parcial

Pulgar, dedo de la mano, dedo del pie

- Calificador 0 Completa: amputación por la articulación metacarpofalángica
- Calificador 1 Alta: amputación por cualquier parte de la falange proximal
- Calificador 5 Media: amputación por las articulación interfalángica proximal o cualquier parte de la falange media
- Calificador 6 Baja: amputación por las articulación interfalángica distal o cualquier parte de la falange distal

Pregunte al Editor

Pregunta:

Un paciente es ingresado con hematuria macroscópica. El informe de alta indica: "hematuria macroscópica secundaria a probable enfermedad de la membrana hialina: aguda., persistente". ¿Cuál es el código de diagnóstico de la ICD-10-CM correcto para la enfermedad de la membrana hialina?

Respuesta:

Asigne el código N02.9, Hematuria recurrente y persistente con cambios morfológicos no específicos, para un diagnóstico de hematuria macroscópica secundaria a probable enfermedad de la membrana hialina. La enfermedad de la membrana hialina describe un trastorno hereditario que afecta principalmente los glomérulos. Normalmente, sus características incluyen hematuria, proteína en orina y adelgazamiento difuso de las membranas basales glomerulares. También se denomina como hematuria familiar benigna. El Índice Alfabético de la ICD-10-CM proporciona las siguientes entradas bajo Hematuria:

Hematuria
benigna (familiar) – véase también hematuria idiopática

Hematuria
Idiopática N02.9

Para las siguientes preguntas y respuestas acerca de codificación de episodios de recién nacidos hay que tener presente que el sistema de codificación en Estados Unidos está orientado a la facturación de los hospitales y/o de los médicos que facturan por sus servicios independientemente del hospital, por lo que, a afectos de codificación, pueden no coincidir con nuestra normativa **NT**

Pregunta:

En ocasiones los recién nacidos se ingresan en nuestro hospital desde el nacimiento y se quedan hasta después del día 29 de vida debido a afecciones perinatales congénitas. Para informar sobre los servicios médicos asistenciales, ¿es correcto asignar un código de la subcategoría Z38.0-, Nacido vivo único en el hospital, independientemente de la duración de la estancia y la edad del paciente?

Respuesta:

Sí, es correcto asignar un código de la subcategoría Z38.0-, Nacido vivo único en el hospital como diagnóstico principal para los servicios asistenciales hasta que el paciente es dado de alta desde el nacimiento en el hospital. El *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 2015, página 15 (página 14 de la versión traducida **NT**) indica "para la codificación e información del médico, los códigos de la categoría Z38 no se limitan solo al día en que el niño ha nacido. El médico puede informar un código de la categoría Z38 para cada visita durante el ingreso por el nacimiento".

Pregunta:

Durante el ingreso por nacimiento, entendemos que el pediatra responsable informará un código de la subcategoría Z38.0-, Nacido vivo único en el hospital. Buscamos una aclaración sobre los servicios de otros especialistas o consultores que siguen al recién nacido a causa de un problema o afección específicos. ¿Debería el especialista informar el código Z38.0- como diagnóstico principal?

Respuesta:

El especialista o consultor solo debería informar del diagnóstico, afección y/o problema que está siguiendo. No es correcto para el especialista/consultor informar un código de la subcategoría Z38.0-. Nacido vivo único en el hospital. El consultor trata un diagnóstico específico. Si hay múltiples diagnósticos y múltiples especialidades, cada especialista debe solo informar de la afección que está tratando.

Pregunta:

Tras el parto, un recién nacido entra en parada respiratoria. El niño fue resucitado y trasladado a una unidad de cuidados intensivos neonatales en el mismo hospital. El neonatólogo fue responsable de los cuidados de los problemas respiratorios en la UCI neonatal. Solicitamos una aclaración sobre la información de los servicios del neonatólogo. ¿Qué códigos de diagnóstico debería informar el neonatólogo para sus servicios?

Respuesta:

El neonatólogo debería informar el código P28.81, Parada respiratoria del recién nacido, para sus servicios. No es correcto para el neonatólogo informar un código de la subcategoría Z38.0-, Nacido vivo único en el hospital, puesto que no es el médico responsable y sigue al recién nacido por un diagnóstico o problema específico. El neonatólogo solo debería informar del diagnóstico específico que está tratando.

Pregunta:

Un niño prematuro de 34 semanas, que ha nacido por cesárea en el Hospital A es trasladado al Hospital B para continuar tratamiento. ¿Qué código debería informar el centro receptor (Hospital B)? ¿Cómo informaría el médico responsable en el hospital B sus servicios, el código Z38.01, Nacido vivo único, cesárea, o el código P07.37, Recién nacido pretérmino, edad gestacional de 34 semanas completas?

Respuesta:

Tanto el médico responsable como el hospital receptor deben informar el código P07.37, Recién nacido pretérmino, edad gestacional de 34 semanas completas. Cuando u recién nacido es trasladado a otro centro para tratamiento, ni el hospital receptor ni el médico responsable deben informar códigos de la categoría Z38.

Pregunta:

Un paciente diagnosticado de demencia debida a enfermedad de Parkinson y comportamiento agresivo es ingresado para tratamiento. El Índice Alfabético de Enfermedades y lesiones de la ICD-10-CM para la demencia de Parkinson co trastornos del comportamiento parece inconsistente. Dependiendo de la entrada en el Índice que se use, se asigna tanto el código G20, Enfermedad de Parkinson como el código G31.83, demencia con cuerpos de Lewy. La entrada en el Índice Alfabético para "Demencia" tiene subentradas para Parkinson (G31.81) y enfermedad de Parkinson (G20). Sin embargo, la entrada al Índice para enfermedad de Parkinson lleva a Parkinsonismo. Esta nota de instrucción es obligatoria e indica que la enfermedad de Parkinson se codifica como Parkinsonismo. ¿Cuál es la asignación correcta de código para la demencia de Parkinson con comportamiento agresivo?

Respuesta:

Asigne el código G20, Enfermedad de Parkinson, y F02.81, Demencia en otras enfermedades clasificadas en otro sitio con trastorno del comportamiento, para la demencia de Parkinson con comportamiento agresivo.

La enfermedad de Parkinson es un trastorno progresivo del sistema nervioso que afecta por lo general a adultos de media edad. Está asociado con degeneración de los ganglios basales y deficiencia del neurotransmisor dopamina. Afecta al movimiento y los temblores son un signo muy conocido de la enfermedad.

El parkinsonismo se refiere a los síntomas de la enfermedad de Parkinson (ej. movimientos lentos y temblores), independientemente de la causa, y es causada generalmente por otra afección o agente externo, tales como medicamentos. Estas dos afecciones no se clasifican igual. Los Centros para Control y Prevención de Enfermedades (CDC) son conscientes de las inconsistencias en el Índice Alfabético y están considerando una posible modificación para indexar esta afección.

Pregunta:

Un paciente es ingresado con estado de cambios del estado mental y es diagnosticado se sepsis grave secundaria a infección del tracto urinario, fallo renal agudo y encefalopatía aguda. El clínico documenta "encefalopatía asociada a sepsis". ¿Cómo debería codificarse la encefalopatía (G94 vs. G93.41)?

Respuesta:

Asigne el código G93.41, Encefalopatía metabólica, para la encefalopatía asociada a sepsis. Esta asignación de código se encuentra en el Índice bajo:

Encefalopatía (aguda)
    séptica G93.41

El código G94, Otros trastornos del cerebro en enfermedades clasificadas en otro sitio, debería asignarse solo en aquellas afecciones con entradas en el Índice que directamente apuntan al código G94 para ciertas etiologías; de otra manera, asigne el código G93.40, Encefalopatía, no especificada, si el tipo de encefalopatía no está documentada. Asigne un código más específico cuando el tipo de encefalopatía está documentado.

Pregunta:

Un paciente es ingresado en el hospital debido a estado mental alterado y es diagnosticado de infarto lacunar y encefalopatía secundaria a dicho infarto. ¿Debería codificarse la encefalopatía separadamente o se considera inherente al infarto lacunar agudo?

Respuesta:

Asigne el código G93.49, Otra encefalopatía, para la encefalopatía que ocurre secundaria a un accidente/ictus cerebrovascular agudo. Aunque la encefalopatía está asociada con un infarto lacunar agudo, no es inherente a la misma y por tanto se codifica cuando ocurre.

Pregunta:

Un paciente comenzó con activador de plasminógeno tisular (tPA) tras presentase en el servicio de urgencias con afasia expresiva y fue diagnosticado de ictus isquémico. El TAC de revisión mostró un ictus izquierdo con transformación hemorrágica. Se preguntó al clínico acerca de la transformación hemorrágica, e indicó que el tratamiento con tPA causó una conversión hemorrágica del ictus isquémico. ¿Cuál es la asignación de código diagnóstico para la conversión hemorrágica del ictus isquémico?

Respuesta:

En esta caso, el paciente tuvo un ictus isquémico, y una vez que se administró tPA tal como se prescribió, desarrolló una hemorragia en el área del infarto. Por tanto, la hemorragia cerebral se codifica como un efecto adverso de la medicación (tPA) en lugar de una complicación. Asigne el código I63.8, Otro infarto cerebral, para el ictus isquémico inicial. Adicionalmente, asigne el código adecuado de la categoría I61, Hemorragia intracerebral no traumática, junto con el código T45.615A, Efecto adverso de medicamento trombolítico, episodio inicial, para la transformación hemorrágica tras las administración de tPA.

Pregunta:

A un paciente se le administró tPA tras haber sido ingresado en el servicio de urgencias por debilidad súbita y dificultad en el habla. El clínico diagnosticó infarto isquémico de la arteria cerebral posterior izquierda. Un TAC de revisión mostró transformación hemorrágica del ictus de la arteria cerebral posterior izquierda. Cuando se preguntó al clínico, acerca de la causa y efecto entre la tPA y la transformación hemorrágica, respondió que no había relación. La hemorragia ocurrió después que el efecto de la tPA había pasado. ¿Cuál es el código de diagnóstico para la transformación hemorrágica?

Respuesta:
En este caso, el clínico confirmó que la transformación hemorrágica no es un efecto adverso de la tPA. Asigne como diagnóstico principal el código I63.532, Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis inespecífica de la arteria cerebral posterior derecha, para el infarto inicial. Asigne el código adecuado de la categoría I61, Hemorragia intracerebral no traumática, para la transformación hemorrágica como diagnóstico secundario.

Pregunta:
¿Cuál es la asignación de código del lugar de ocurrencia para un servicio de hogar asistido? ¿Sería el código Y92.199, Lugar no especificado en otra institución residencial, Y92.129, Lugar no especificado en asilo, o Y92.099, Lugar no especificado en otra residencia no institucional?

Respuesta:
Asigne el código Y92.098, Otro lugar en otra residencia no institucional, como lugar de ocurrencia de una causa externa, para un hogar asistido. Una instalación de hogar asistido en un servicio en casa que proporciona supervisión o asistencia con actividades de la vida diaria.

Pregunta:
El paciente tiene un mesotelioma pleural maligno con invasión de la pared pleural ¿Cómo se codifica el mesotelioma pleural maligno que ha metastatizado o invadido la pared torácica?

Respuesta:
Si el mesotelioma pleural ha invadido la pared torácica, asigne el código C45.0, Mesotelioma de pleura, para describir el lugar primario y el código C79.89, Neoplasia maligna secundaria de otros lugares especificados, para la invasión o metástasis de la pared torácica.

Pregunta:
Un paciente con un infarto de miocardio sin elevación de ST (IMSEST) reciente fue diagnosticado de rotura miocárdica en la pared basal. La rotura de la pared basal se diagnosticó fuera del período de 28 días tras el infarto. Según las normas de codificación, debe usarse un código de la categoría I22 cuando el paciente tiene un nuevo infarto agudo de miocardio dentro de las 4 semanas de un infarto inicial. ¿Cómo debe codificarse la rotura de miocardio cuando la afección es diagnosticada fuera del período de 28 días?

Respuesta:
Asigne el código I23.3, Rotura de la pared cardiaca sin hemopericardio como complicación actual seguida a un infarto agudo de miocardio. El código I23.3 indica que el paciente tuvo un infarto de miocardio previo. Por tanto, no se asigna un código secundario para el IMSEST previo.

El término “dentro del período de 28 días” es un modificador no esencial en la categoría I23, Ciertas complicaciones actuales tras infarto de miocardio con elevación de ST (IMCEST) y sin elevación de ST (IMSEST), y debe estar presente o ausente en el juicio clínico de la enfermedad, y no afecta la asignación de código.

Pregunta:

¿Cómo debe codificarse la obstrucción intestinal debida a carcinomatosis peritoneal?

Respuesta:

Asigne solo el código C78.6, Neoplasia maligna secundaria de retroperitoneo y peritoneo, tal como se indica en el Excluye 1 que se encuentra bajo los códigos K56.60, Obstrucción intestinal no especificada, y K56.69, Otra obstrucción intestinal, que indica : “obstrucción intestinal debida a afecciones especificadas-codifique la afección”.

Pregunta:

Un paciente diagnosticado de síndrome compartimental de pie derecho fue sometido a fasciotomía para tratamiento del mismo. Se hizo una incisión dorsal en la piel y se liberaron los compartimentos metatarsianos 1º, 2º, 3º y 4º. A continuación. Se marcó una incisión sobre la superficie plantar y se usó un separador para liberar los compartimentos medial y central del pie. La fasciotomía se indexa en “División”, “Drenaje” y “Liberación”. ¿Cuál es el tipo de operación correcto pata este procedimiento de fasciotomía?

Respuesta:

La fasciotomía cumple con la definición de “Liberación”, liberación de una estructura anatómica de una constricción física anormal cortando o usando la fuerza. En este caso, se liberaron seis compartimentos. Se asigna un código de procedimiento para compartimento liberado (esto es, dos fasciotomías compartimentales, cuatro fasciotomías compartimentales, etc.). La Normativa Oficial para Codificación e Información con la ICD-10-PCS, Procedimientos Múltiples, Sección B3.2b, indica: “Durante el mismo episodio operatorio, se codifican procedimientos múltiples si: el mismo tipo de intervención se repite en múltiples localizaciones anatómicas, y aquellas partes están separadas y diferenciadas, clasificadas como valores únicos de localización anatómica de la ICD-10-PCS”. Para los seis fasciotomías de compartimentos asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS:

0KNV0ZZ Liberación de músculo de pie derecho, abordaje abierto

0KNV0ZZ Liberación de músculo de pie derecho, abordaje abierto

0KNV0ZZ Liberación de músculo de pie derecho, abordaje abierto

0KNV0ZZ Liberación de músculo de pie derecho, abordaje abierto

0KNV0ZZ Liberación de músculo de pie derecho, abordaje abierto

0KNV0ZZ Liberación de músculo de pie derecho, abordaje abierto

A fin de determinar el tipo de intervención correcto, debe aplicarse la definición completa del tipo de intervención tal como está contenido en las tablas de la ICD-10-PCS. (Normativa Oficial para Codificación e Información con la ICD-10-PCS, Sección B3.1ª). El profesional de codificación no necesita consultar el índice antes de consultar las tablas para completar el código. Puede escogerse un código válido directamente de las tablas (Normativa Oficial para Codificación e Información con la ICD-10-PCS, Sección A7).

Pregunta:

Un paciente fue diagnosticado de fracturas múltiples y síndrome compartimental de la pierna izquierda tras una colisión con vehículo a motor. Tras la reducción de las fracturas, se realizaron fasciotomía de cuatro compartimentos mediante incisiones mediales y laterales. La fasciotomía se indexa en "División", "Drenaje" y "Liberación". ¿Cuál es el tipo de intervención correcto para las fasciotomías?

Respuesta:

En este caso, la fasciotomía cumple con la definición de "Liberación", liberación de una estructura anatómica de una constricción física anormal cortando o usando la fuerza. El código de la ICD-10-PCS puede asignarse múltiples veces para cada compartimento liberado (esto es, dos fasciotomías compartimentales, cuatro fasciotomías compartimentales, etc.). Asigne los siguientes códigos para las cuatro fasciotomías compartimentales:

0KNT0ZZ Liberación de músculo de pierna izquierda, abordaje abierto

0KNT0ZZ Liberación de músculo de pierna izquierda, abordaje abierto

0KNT0ZZ Liberación de músculo de pierna izquierda, abordaje abierto

0KNT0ZZ Liberación de músculo de pierna izquierda, abordaje abierto

A fin de determinar el tipo de intervención correcto, debe aplicarse la definición completa del tipo de intervención tal como está contenido en las tablas de la ICD-10-PCS. (Normativa Oficial para Codificación e Información con la ICD-10-PCS, Sección B3.1ª). El profesional de codificación no necesita consultar el índice antes de consultar las tablas para completar el código. Puede escogerse un código válido directamente de las tablas (Normativa Oficial para Codificación e Información con la ICD-10-PCS, Sección A7).

Pregunta:

El paciente tiene un empiema estreptocócico y recibió una infusión de activador del plasminógeno tisular (tPA) mediante un tubo torácico en cavidad pleural para disolver la espesa efusión pleural a fin de drenarla fácilmente. En la ICD-10-PCS, bajo el tipo de intervención "Introducción" de trombolítico no hay localización anatómica para la cavidad pleural. ¿Cuál es la asignación correcta de código para la infusión de tPA en la cavidad pleural?

Respuesta:

Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

3E0L3GC Introducción de otra sustancia terapéutica en la cavidad pleural, abordaje percutáneo para la infusión de tPA en la cavidad pleural

Pregunta:

El paciente es sometido a una resección anterior baja abierta, lisis y reparación de una hernia incisional ventral crónica incarcerada. Durante el procedimiento, se realizó una anastomosis usando el colon izquierdo y el resto del sigma proximal a nivel del reborde pélvico. Tras completar los procedimientos operatorios, el cirujano realizó una sigmoidoscopia rígida limitada al nivel de la anastomosis para probar fugas anastomóticas. No se identificaron fugas. ¿Es correcto asignar un código separado para la sigmoidoscopia rígida realizada para probar la anastomosis?

Respuesta:

Sí. En este caso, tras completar la intervención definitiva, el cirujano inspeccionó la anastomosis para comprobar fugas ocultas, que no se vieron desde la inspección exterior. La sigmoidoscopia no es inherente con el procedimiento de resección anterior. La inspección no se realizó para conseguir el objetivo del procedimiento, la anastomosis estaba ya completada, y la sigmoidoscopía fue un procedimiento separado. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

0DJD8ZZ Inspección de tracto intestinal inferior, vía natural o apertura artificial endoscópica, para la sigmoidoscopía rígida realizada para comprobar la anastomosis

La Normativa Oficial para Codificación e Información B3.11, indica:

"Cuando se realizan un procedimiento de Inspección y otro procedimiento en la misma localización anatómica durante el mismo episodio, si el procedimiento de Inspección se realiza usando un abordaje distinto que el otro procedimiento, el procedimiento de Inspección se codifica por separado".

Pregunta:

Un paciente con carcinoma de células escamosas de la parte anterior izquierda del suelo de la boca se presenta para escisión del mismo. No estamos seguros del valor de la localización anatómica para asignar el suelo de la boca. ¿Cuál es el código adecuado para este procedimiento?

Respuesta:

En la ICD-10_PCS no hay una localización anatómica independiente que describa el "suelo de la boca". El valor por defecto es cavidad oral y garganta. El valor de "cavidad oral y garganta" no está disponible en la tabla del tipo de intervención "Escisión". El tipo de intervención "Extirpación" es el equivalente más cercano, y se define como extraer o cortar materia sólida de una localización anatómica. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

0WC30ZZ Extipación de sustancia de cavidad oral y garganta, abordaje abierto

Los CMS (Servicios de Medicare y Medicaid **NT**) están considerando modificaciones futuras de las tablas de la ICD-10-PCS para codificación de procedimientos del suelo de la boca, a través del Comité de Mantenimiento y coordinación de la ICD-10.

Pregunta:

Un paciente tuvo una extracción de diente, desarrolló una infección y fue ingresado en nuestras instalaciones para tratamiento de un absceso. Fue sometido a incisión y drenaje de absceso derecho del suelo de la boca. En la intervención, se identificó el alveolo del diente extraído recientemente. Se utilizó un elevador perióstico para levantar la mucosa lingual del alveolo subyacente del diente extraído y se encontró la bolsa del absceso. La mucosa elevada se bifurcó creando una vía de drenaje dentro del absceso. Se exploró la cavidad del absceso, se incidió y drenó y luego se irrigó con suero salino. No estamos seguros del valor de la localización anatómica para esta intervención. ¿Cuál es la asignación de código correcta para este procedimiento?

Respuesta:

En la ICD-10_PCS no hay una localización anatómica independiente que describa el "suelo de la boca". El valor por defecto es cavidad oral y garganta. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

0W930ZZ Drenaje de cavidad oral y garganta, abordaje abierto

Elevador perióstico **NT**

Pregunta:

Un paciente al que se le encontró un tumor en el estómago distal fue sometido a gastrectomía distal con gastroyeyunostomía (Billroth II). Una vez completada la gastrectomía distal, la porción distal del yeyuno se recondujo y unió al estómago creando una gastroyeyunostomía. Según la norma B3.1b los pasos del procedimiento tales como la anastomosis de una estructura tubular no se codifican por separado. Cuando se realiza un procedimiento de Billroth II ¿es correcto asignar un código adicional para la anastomosis de la gastroyeyunostomía junto con la gastrectomía?

Respuesta:

En este caso, se realizó una gastrectomía parcial y el estómago fue redirigido (unido) al yeyuno. Este redireccionamiento del estómago al yeyuno es una desviación del duodeno. No es simplemente la unión de los extremos de una estructura tubular después de extraer una porción. Por tanto, la Normativa Oficial de la ICD-10-PCS Sección B3.1b no se aplicaría. Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS:

0DB60ZZ Escisión de estómago, abordaje abierto, para la gastrectomía distal

0D160ZA Derivación de estómago a yeyuno, abordaje abierto, para la gastroyeyunostomía

Pregunta:

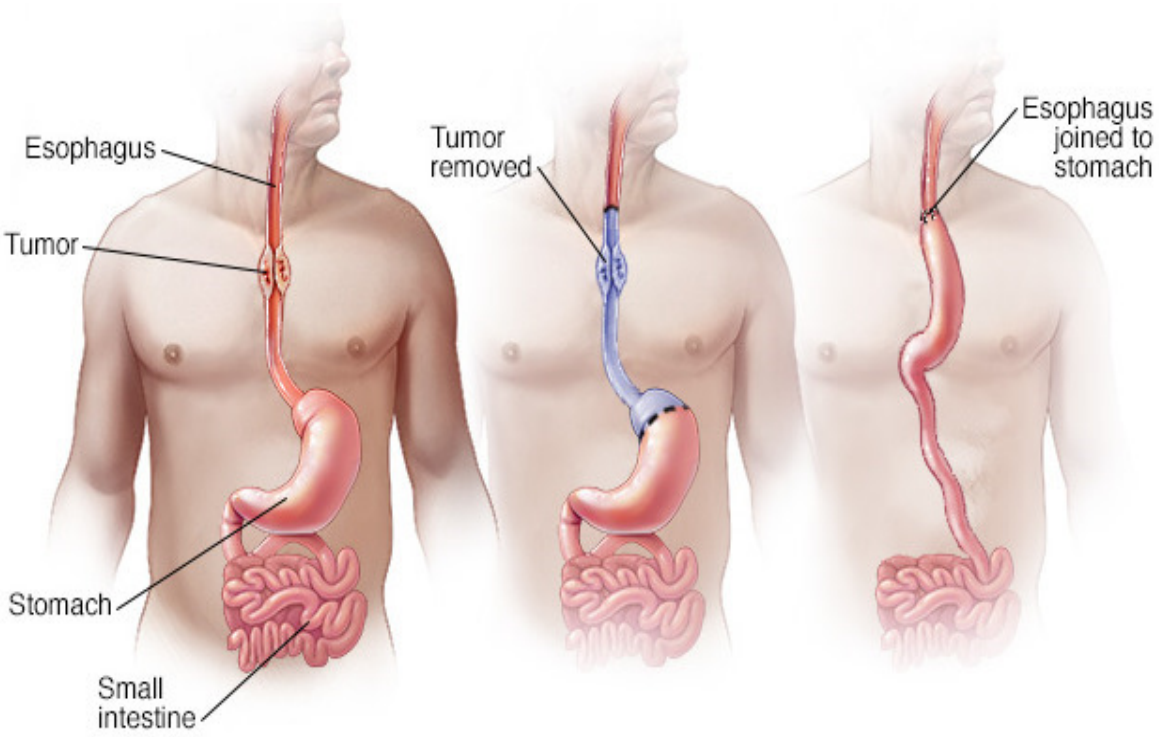
Un paciente con cáncer de esófago es sometido a esofagectomía y esofagogastrectomía híbrida con esofagogastrostomía cervical. Durante la intervención se creó un tubo gástrico que se hizo llegar al cuello y se realizó una esofagogastrostomía termino-terminal a las capas musculares esofágicas. ¿Cuál es el tipo de intervención para la esofagogastrostomía cervical, cuando se lleva un tubo creado del estómago a la región cervical y toma la función del esófago?

Respuesta:

En este caso, el esófago no ha sido derivado ni redirigido. Tras la resección de la mayor parte del esófago, con una pequeña parte del estómago, el esófago se reconstruye movilizando el estómago, usando un conducto gástrico que funciona como esófago. En este caso, el extremo superior del tubo gástrico es movido a su posición y unido al esófago superior restante. Esta intervención cumple con la definición el tipo de intervención "Transferencia": mover sin extraer todo o parte de una estructura anatómica a otra localización para tomar la función de todo o parte de una estructura anatómica. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

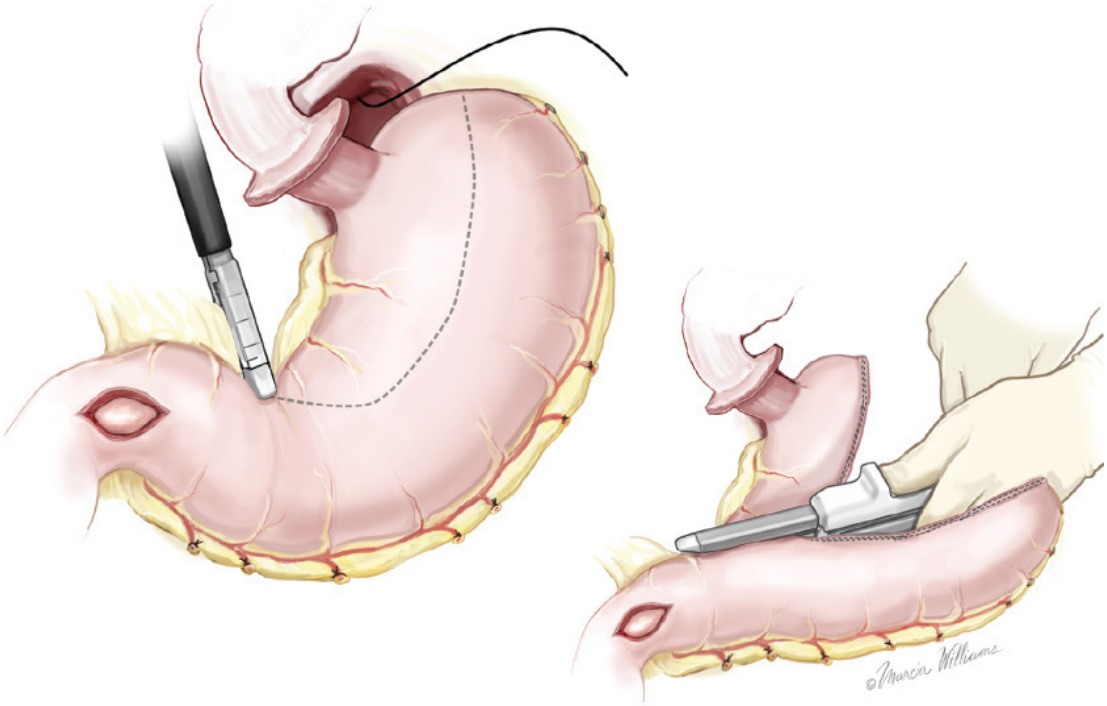
0DX60Z5 Transferencia de estómago al esófago, abordaje abierto, para la esofagogastrostomía cervical

La esofagogastrectomía y esofagogastrostomía híbrida tienen un abordaje laparoscópico y transtorácico en dos tiempos diferenciados. La tubulización gástrica se realiza mediante laparoscopia, mientras que la resección esofágica y la anastomosis gastroesofágica proximal se hace mediante una toracotomía abierta [NT]

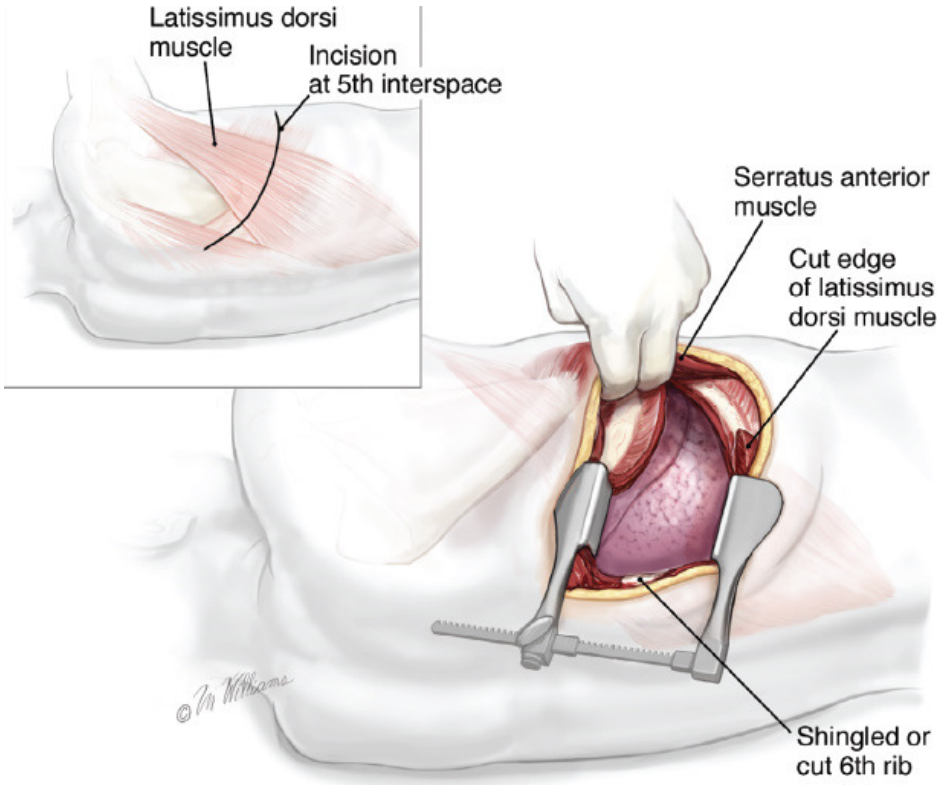


Esofagogastrectomía con anastomosis gastroesofágica **NT**

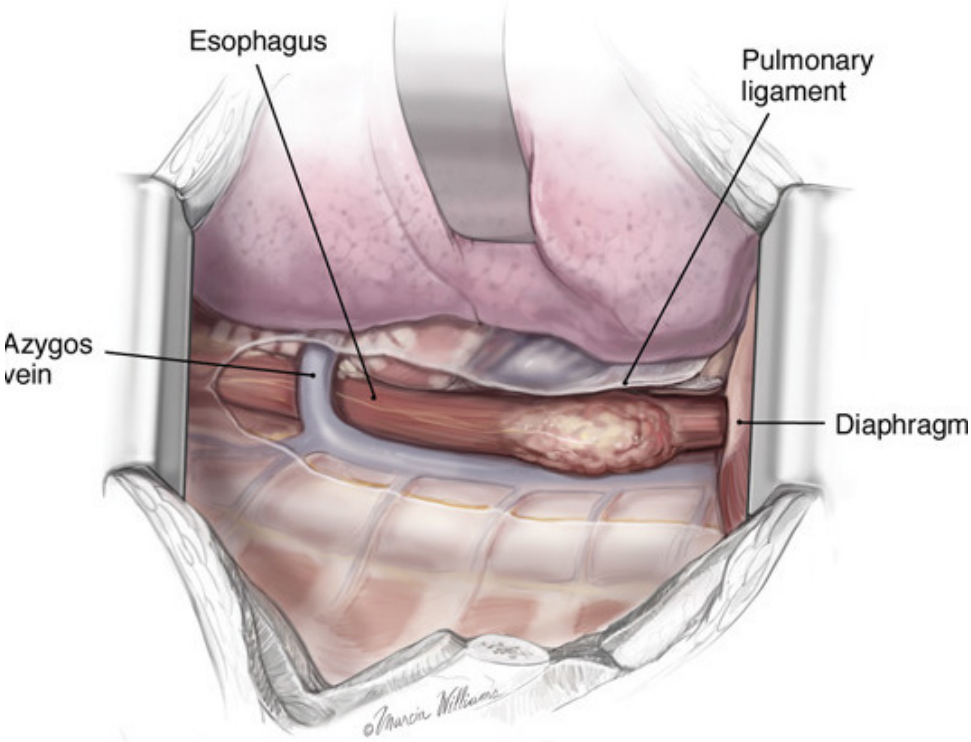
Tiempos de la intervención quirúrgica



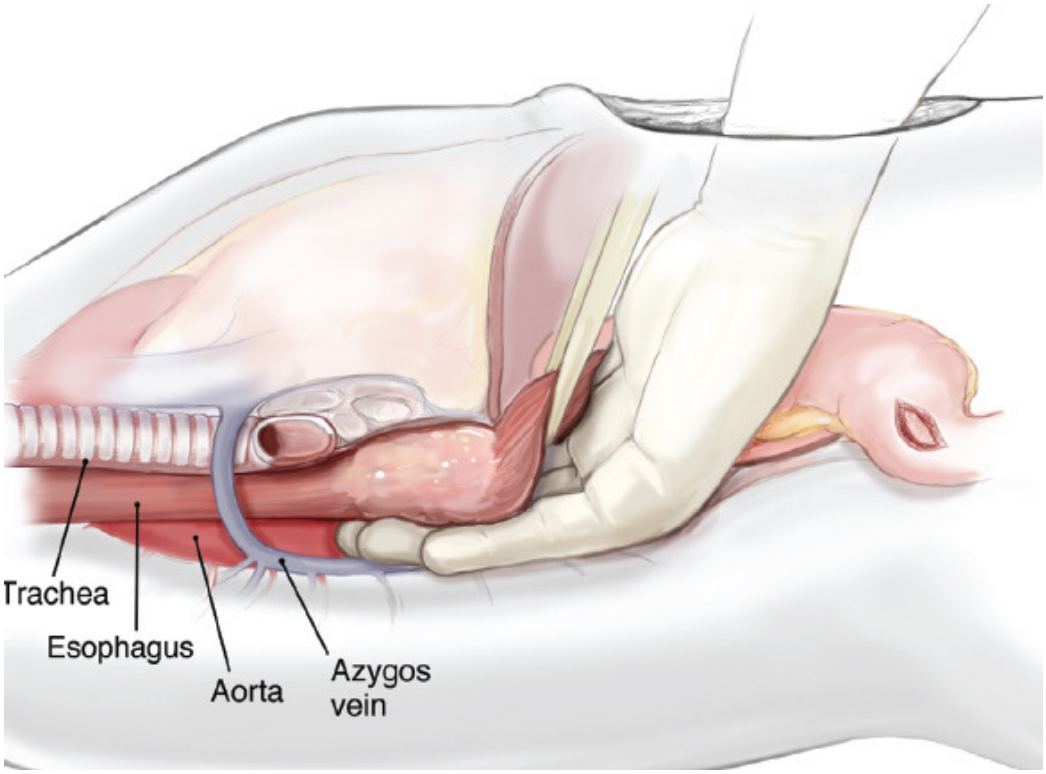
Tubulización gástrica laparoscópica o abierta, que en este caso es laparoscópica **NT**



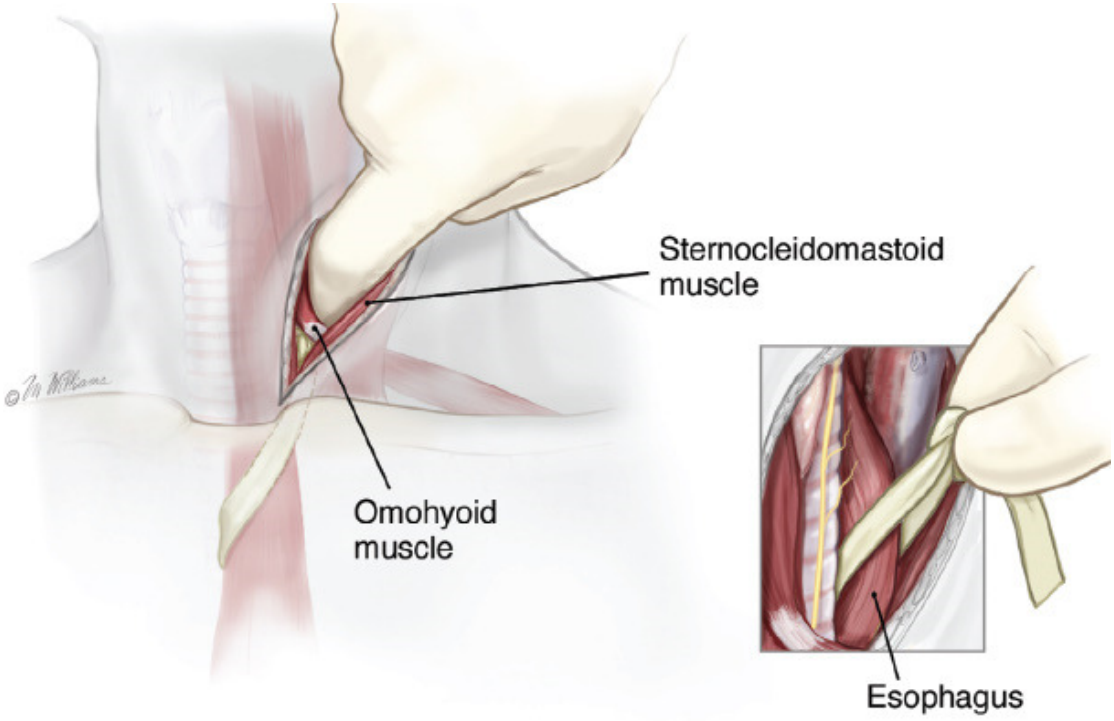
Toracotomía para exponer el trayecto esofágico [NT]



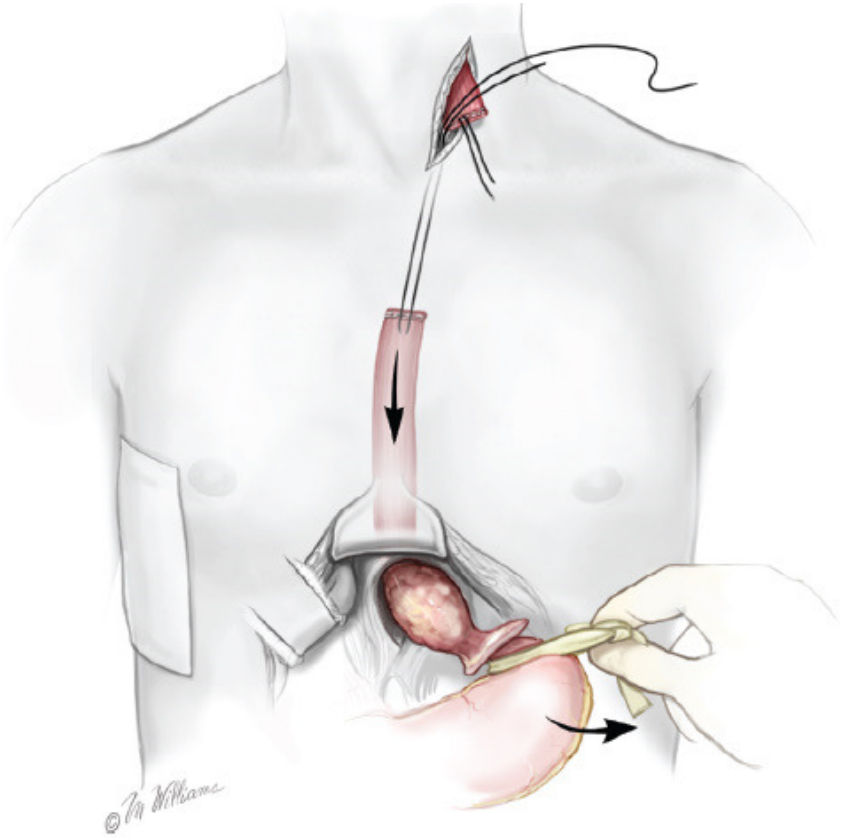
Esófago torácico con la tumoración expuesta [NT]



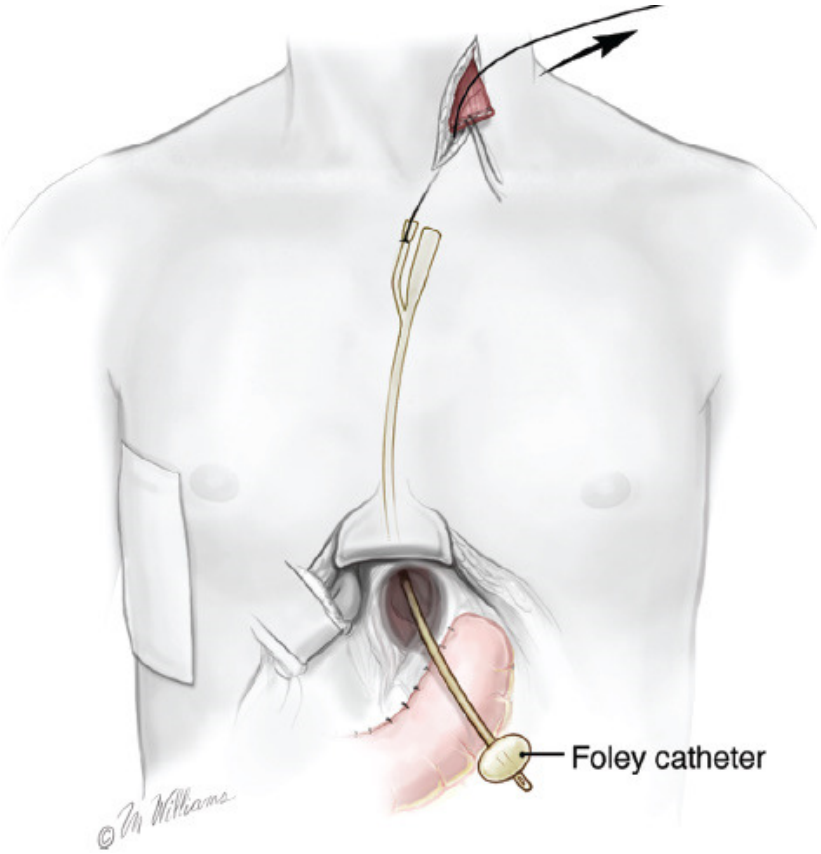
Disección del esófago para su extirpación [NT]



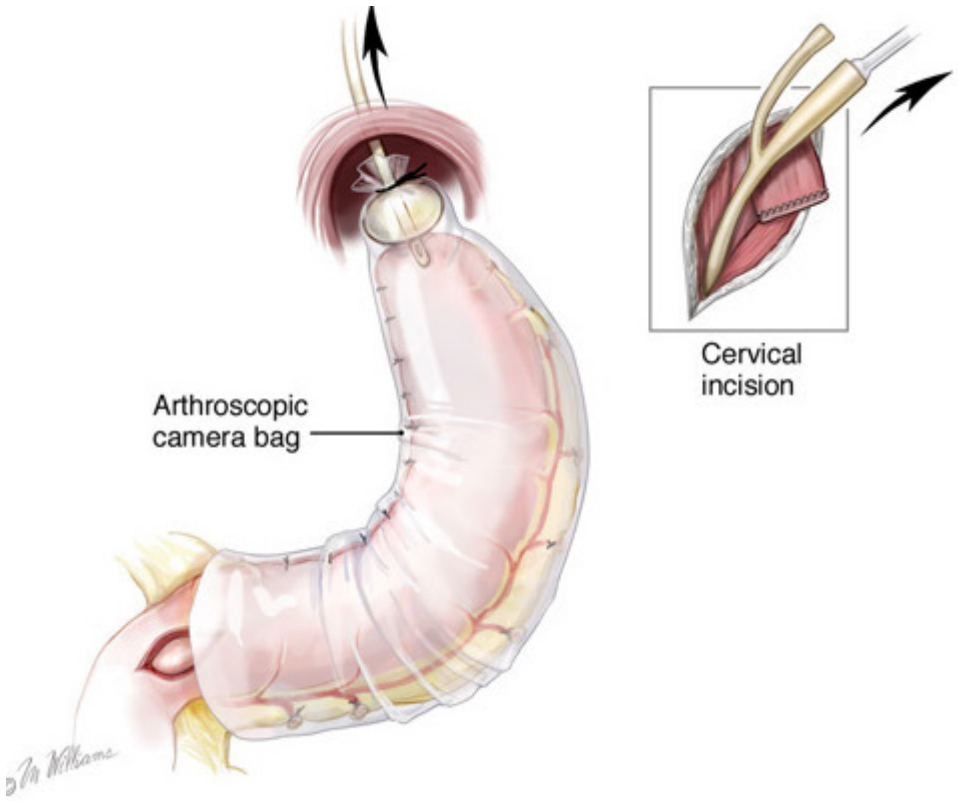
Acceso cervical al esófago proximal para su sección [NT]



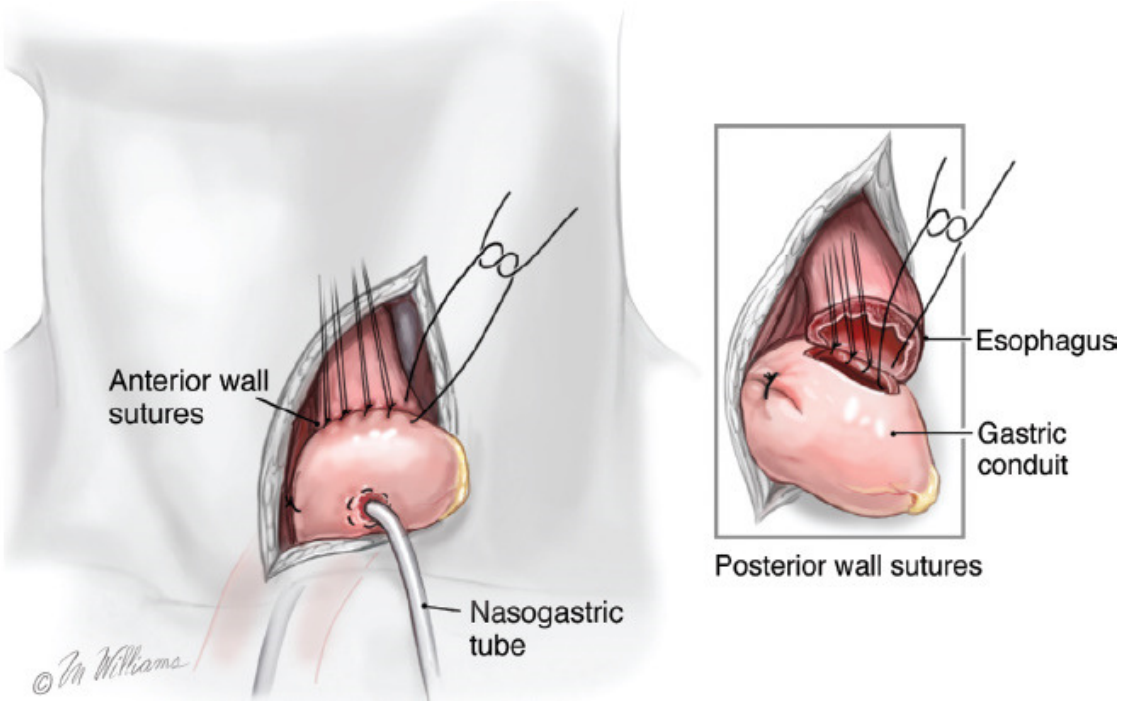
Extracción del esófago por cavidad abdominal [NT]



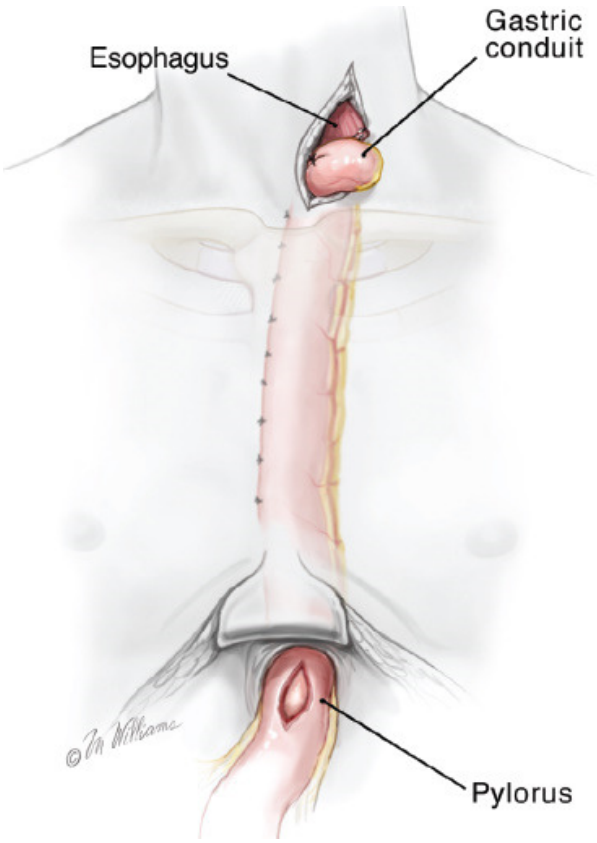
Introducción de una sonda de Foley [NT]



Tracción del tubo gástrico hacia la región cervical con la sonda de Foley [NT]



Anastomosis esofagogástrica (esofagogastrostomía) en región cervical [NT]

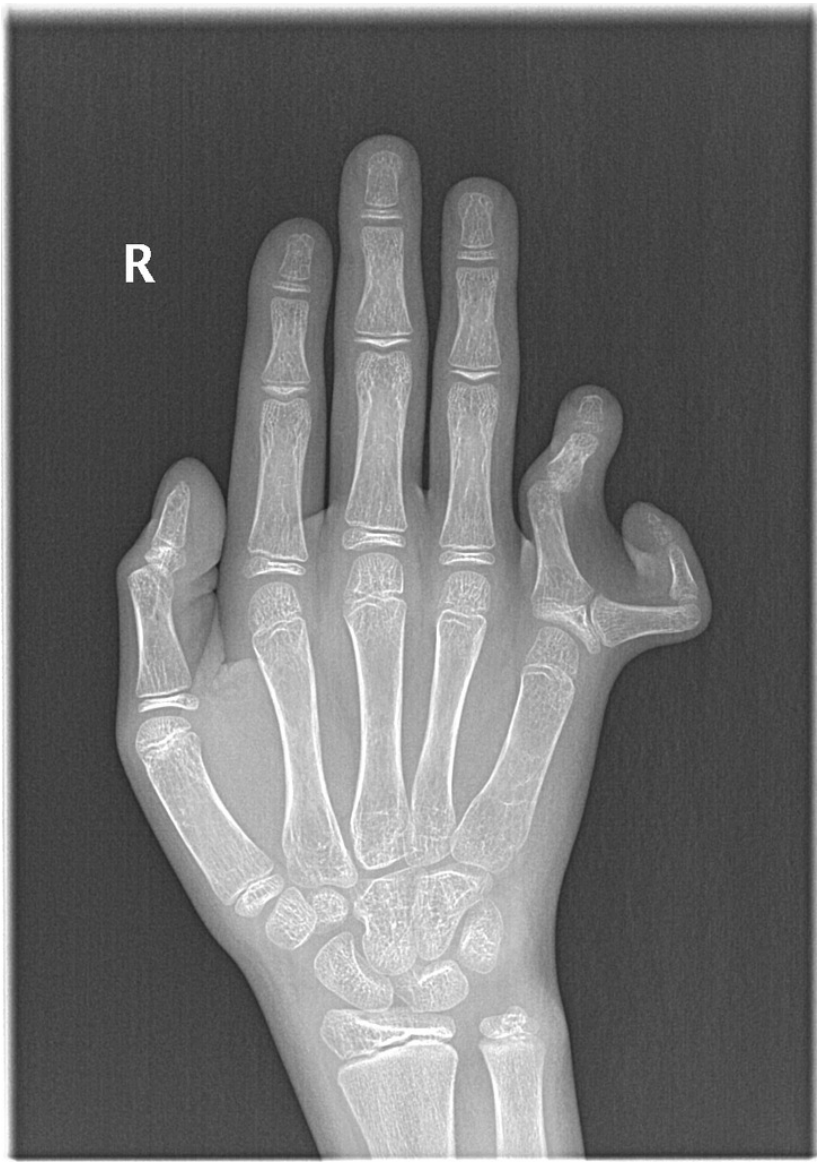


Estómago tunelizado situado en cavidad torácica [NT]

Pregunta:

Un recién nacido con polidactilia y un quinto dedo supernumerario de la mano derecha es sometido a escisión quirúrgica. La intervención incluía el corte a través del hueso y otros tejidos para extraer completamente el dedo supernumerario. ¿Cuál es el código de procedimiento de la ICD-10-PCS para la escisión del dedo accesorio?

Polidactilia en el quinto dedo de ambas manos [NT]



Polidactilia en el quinto dedo

Respuesta:

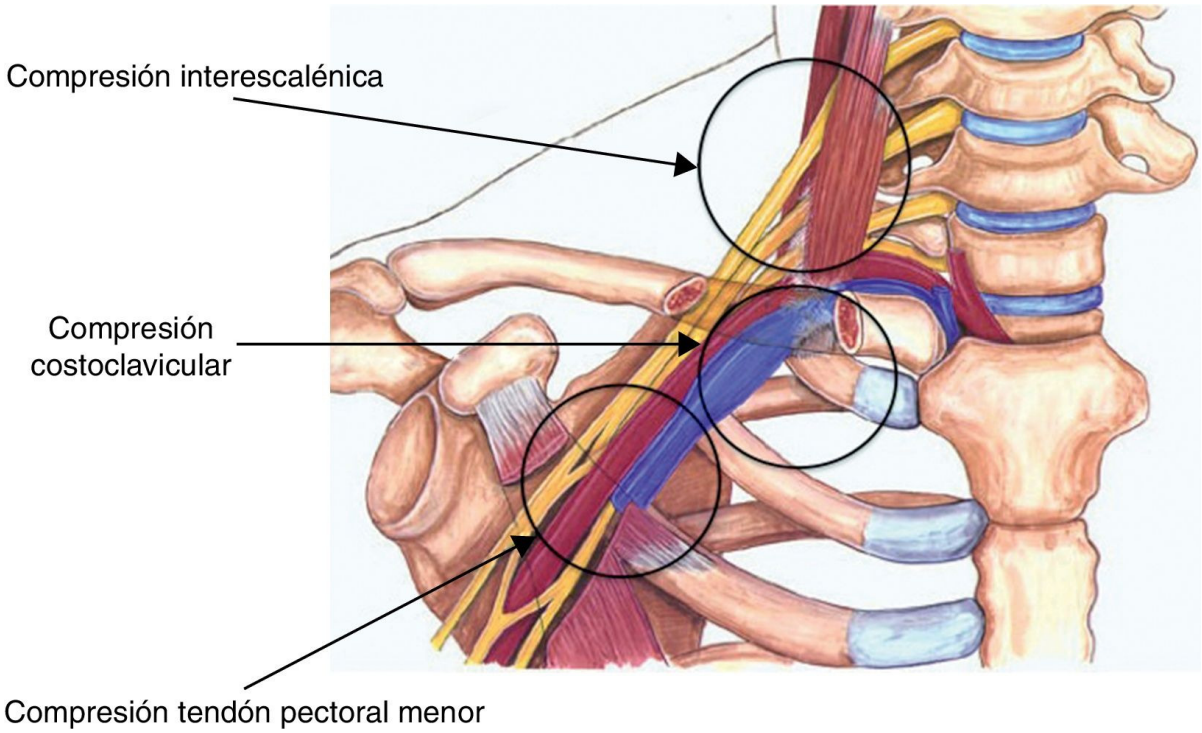
Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

0X6V0Z0 Amputación del dedo meñique derecho completo, abordaje abierto

Para el corte de un dedo supernumerario, use el tipo de intervención "Amputación" junto con el valor de la localización anatómica que ha sido documentada como duplicada (esto es, quinto dedo) en la historia clínica. El abordaje quirúrgico sería codificado como "Abierto". Aunque el médico puede haber documentado la intervención como "escisión", el procedimiento cumple la definición de la ICD-10-PCS de "Amputación", corte de toda o una porción de una extremidad superior o inferior.

Pregunta:

Un paciente se presenta con síndrome del desfiladero torácico (también denominado del estrecho torácico superior [NT]) con un componente de dolor distrófico simpático y cambios vasomotores. La intervención quirúrgica consiste en descompresión del estrecho torácico y simpatectomía. Tras completar la liberación del plexo braquial por la descompresión del estrecho torácico, la cadena de nervios simpáticos se rodeó con una pinza y se realizó simpatectomía en el nivel de T2-T3. ¿Se considera la simpatectomía inherente a la liberación del plexo braquial o se asigna un código separado de la ICD-10-PCS?



Distintos tipos de compresión del desfiladero torácico [NT]

Respuesta:

Cuando se realiza una simpatectomía junto con un procedimiento de liberación del plexo braquial, debe asignarse un código adicional para la simpatectomía. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

01BL0ZZ escisión de nervio simpático torácico, abordaje abierto

No siempre se realiza una simpatectomía cuando se trata quirúrgicamente un síndrome del estrecho torácico. De acuerdo con la norma de procedimientos múltiples de la ICD-10-PCS, es correcto asignar un código adicional, ya que un tipo de intervención separado "Escisión" se realiza en una localización anatómica separada "Nervio simpático torácico".

Pregunta:

Un paciente es sometido a tiroidectomía subtotal debido a glándula tiroidea multinodular. Durante la intervención, tanto el lóbulo tiroideo derecho como el izquierdo se extrajeron, excepto una pequeña cantidad de tejido tiroideo. ¿Cuál es el tipo de intervención correcto para una tiroidectomía casi total, "Escisión" o "Resección"?

Respuesta:

Una tiroidectomía subtotal implica la extracción quirúrgica tanto del lóbulo tiroideo derecho como el izquierdo excepto una pequeña cantidad de tejido tiroideo. Normalmente se dejan pequeñas porciones de tejido tiroideo detrás de la zona del los nervios laríngeos recurrentes y las glándulas paratiroides para evitar lesiones de estas estructuras. Cuando la documentación indica que se deja detrás una porción de tiroides, el tipo de intervención correcto es "Escisión". Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS:

0GBG0ZZ Escisión del lóbulo tiroideo izquierdo, abordaje abierto

0GBH0ZZ Escisión del lóbulo tiroideo izquierdo, abordaje abierto para la tiroidectomía subtotal

Pregunta:

Un hombre de 36 años con muñón no curado de la extremidad superior izquierda es sometido a irrigación y desbridamiento con cambio de espaciador intramedular impregnado en antibiótico en el muñón. La herida se abrió, se retiró el drenaje y se irrigó con antibiótico. Se retiró el espaciador antibiótico en el canal humeral. Se hizo un nuevo separador impregnado en antibiótico usando cemento, vancomicina y tobramicina en polvo, y un cierre, y se colocó en el canal humeral. ¿Cuál es el tipo de intervención correcta para el cambio de espaciador intramedular impregnado en antibiótico?

Respuesta:

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

0XH90YZ Inserción de otro dispositivo en el brazo izquierdo, abordaje abierto, para la inserción de espaciador con antibiótico en el canal humeral izquierdo

0XP70YZ Extracción de otro dispositivo en el brazo izquierdo, abordaje abierto, para la extracción de espaciador con antibiótico

Pregunta:

El paciente es un varón de 17 años que había sido sometido previamente a una reconstrucción del ligamento cruzado anterior. Desarrolló una complicación de rasgado del injerto de dicho ligamento y fue sometido a revisión artroscópica con reconstrucción del autoinjerto de tendón y del ligamento anterolateral. Se recolectaron dos tendones de la extremidad derecha. La rodilla derecha fue penetrada artroscópicamente. El injerto previo se extrajo y se colocó un injerto de

tendón. Luego, se logró la reconstrucción del ligamento anterolateral haciendo una pequeña incisión sobre el epicóndilo lateral, colocando una guía, tunelizando el injerto del semitendinoso bajo la piel y colocando tornillos en el injerto. ¿Cuál es el tipo de intervención correcto para la colocación del injerto de tendón durante la revisión del ligamento cruzado anterior para la colocación de un injerto del semitendinoso durante la reconstrucción del ligamento anterolateral?

Respuesta:

Aunque el tipo de intervención "Sustitución" describe mejor el objetivo del procedimiento, esta opción no está actualmente disponible para la localización anatómica de ligamento y bolsa sinovial. En la ICD-10-PCS el tipo de intervención "Suplemento" puede funcionar cuando se necesita como opción de "Reparación con dispositivo NCOC", cuando no está disponible un código más específico. Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS:

0MUN47Z Suplemento de bolsa sinovial y ligamento derecho con sustituto de tejido autólogo, abordaje endoscópico percutáneo, para la reparación del ligamento cruzado anterior

0MUN47Z Suplemento de bolsa sinovial y ligamento derecho con sustituto de tejido autólogo, abordaje endoscópico percutáneo, para la reparación del ligamento anterolateral

0LBL0ZZ Escisión de tendón de muslo, abordaje abierto, para la recolección de tendón

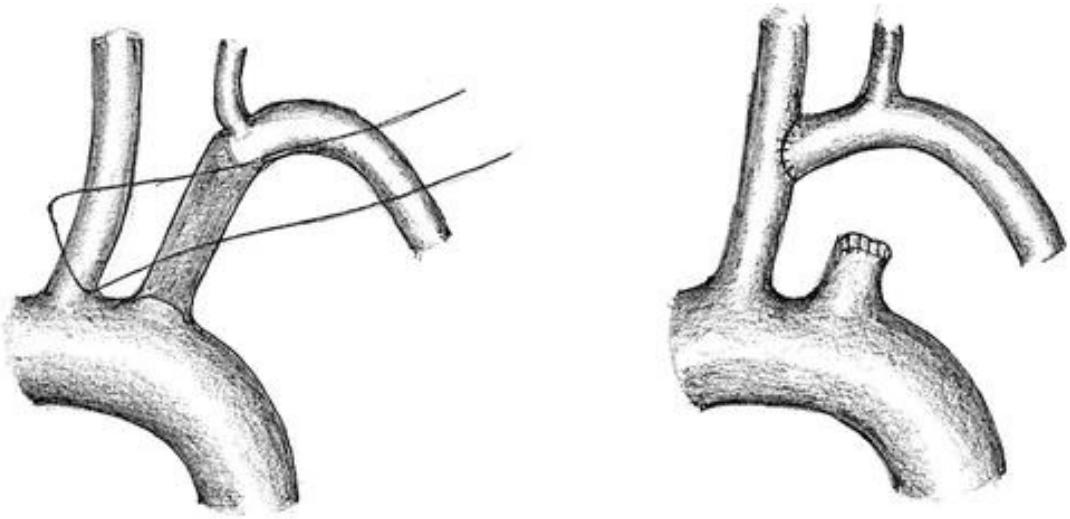
Pregunta:

Una vez que el paciente sufrió un ictus vertebrobasilar, se determinó que había en la arteria subclavia proximal izquierda a una gran cantidad de ateroma blando llegando a 5 o 6 mm de la arteria vertebral. Se realizó una transposición de la carótida con la arteria subclavia izquierda. La arteria subclavia fue seccionada y suturada. Luego se realizó una arteriostomía en la arteria carótida y se hizo una anastomosis terminolateral entre la arteria carótida común y la arteria subclavia. ¿Sería el tipo de intervención para este procedimiento un Bypass o una Reposición?

Respuesta:

El tipo correcto de intervención es Bypass. En las tablas de la ICD-10-PCS , bajo el tipo de intervención "Bypass" no hay actualmente un valor de calificador para la arteria subclavia, y el equivalente más cercano es "Arteria extracraneal". Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

031J0ZK Bypass de arteria carótida común izquierda a arterial extracraneal izquierda, abordaje abierto



Transposición de carótida común izquierda y subclavia [NT]

Pregunta:

Un paciente fue sometido a una trombectomía aórtica y de la arteria ilíaca común abierta con bypass de la zona infrarrenal a la arteria ilíaca común distal bilateral debido a trombosis aórtica desde el nivel de las arterias renales a las arterias ilíacas. Durante el procedimiento, se hizo una aortotomía y se extrajo un trombo de la arteria ilíaca común derecha justo por encima de la bifurcación. Se pasó luego un catéter de Fogarty por la apertura por debajo de la arteria ilíaca común derecha, donde se había extraído un trombo adicional. El mismo procedimiento se repitió en la arteria ilíaca común izquierda y la arteria iliaca externa izquierda. ¿Se debería informar el valor del abordaje de las trombectomías realizadas con catéter de Fogarty como abierto o percutáneo?

Respuesta:

"Abierto" es el valor de abordaje correcto para las trombectomías realizadas mediante catéter de Fogarty.

Aunque las trombectomías adicionales fueron realizadas mediante catéter de Fogarty, el lugar del procedimiento se alcanzó mediante una incisión abierta. La definición de la ICD-10-PCS para "abordaje abierto" es cortar a través de la piel o membrana mucosa y cualquier otra capa corporal necesaria para exponer el lugar del procedimiento.

Pregunta:

La historia clínica indica que el paciente fue sometido a laminectomía de C3 a C7, descompresión de la médula espinal, colocación de instrumentación posterior y fusión espinal, debido a espondilosis cervical. Tras la descompresión de la médula espinal, se colocaron tronillos laterales de la C3-C6 bilateralmente con barras de conexión. ¿Se deberá codificar la colocación de instrumentación como dispositivo de estabilización basado en pedículos? ¿Qué valor de dispositivo se asigna para la fusión vertebral? ¿Se debería codificar la descompresión de la médula espinal separadamente o se considera inherente a la intervención?

Respuesta:

En este caso, no se ha realizado una fusión vertebral. No hay documentación de que se haya usado injerto óseo o sustituto de injerto óseo, solo se ha realizado descompresión de la médula espinal e inserción de barras y tornillos (instrumentación). La instrumentación sola no constituye una fusión vertebral. La fusión vertebral implica el uso de injerto óseo o sustituto de injerto óseo, que puede hacerse con o sin instrumentación. Es más, la inserción de barras y tornillos no es igual que la colocación de dispositivos de estabilización basados en pedículos. El valor de dispositivo "Dispositivo de estabilización vertebral, basado en los pedículos" no se usa puesto que este valor de dispositivo solo se usa para sistemas de estabilización específicos.

El tipo de intervención "Liberación" se codifica por separado cuando la descompresión está documentada y hay un objetivo quirúrgico diferente, no solo una escisión incidental de la lámina para llegar al lugar del procedimiento. Asigne los siguientes códigos de procedimiento:

0RH104Z Inserción de dispositivo de fijación interna en articulación vertebral cervical, abordaje abierto

00NW0ZZ Liberación de médula espinal, abordaje abierto

Pregunta:

El paciente fue sometido a conversión de un catéter de diálisis no tunelizado en catéter tunelizado. El catéter existente se extrajo. El nuevo catéter se colocó en la vena yugular interna derecha y se hizo avanzar con una guía a su posición. Se formó luego un túnel subcutáneo por el tórax superior mediante disección roma. El catéter fue traído a través del túnel. Se conectaron las ramas del catéter, se comprobó para inyección y aspiración y luego fue suturado. La radioscopia confirmó la localización del catéter en la aurícula derecha. ¿Cómo debería codificarse la colocación de catéter tunelizado? Parece existir cierta confusión de cómo codificar la colocación de catéter venoso tunelizado. El catéter tunelizado no está totalmente implantado y no se ha creado un bolsillo subcutáneo. ¿Qué códigos de procedimiento deberían asignarse? ¿Se asignan dos códigos, uno para el catéter venoso central, que es llevado a la aurícula derecha, así como la porción tunelizada del catéter, que permanece en el tejido torácico subcutáneo?

Respuesta:

Asigne los siguientes códigos de procedimiento:

02H633Z Inserción de dispositivo de infusión en aurícula derecha, abordaje percutáneo, para la inserción del nuevo catéter venoso central

0JH63XZ Inserción de dispositivo de acceso vascular en tejido y fascia torácicos, abordaje percutáneo, para la inserción de la porción de acceso vascular del dispositivo

02PY33Z Retirada de dispositivo de infusión de gran vaso, abordaje percutáneo, para la extracción del catéter venoso central existente

Normalmente, durante la colocación de un catéter tunelizado, se hace una pequeña incisión, el catéter se avanza por la vena yugular interna y llega a la vena cava superior/inferior, o la aurícula derecha mediante guía radioscópica. El otro extremo del catéter se tuneliza por debajo de la piel y el tejido subcutáneo, y se hace una segunda incisión en el lugar de salida del tórax. El catéter tunelizado puede tener un pequeño manguito para ayudar a estabilizar el mismo y prevenir la infección.

Los códigos de la ICD-10-PCS no diferencian actualmente entre un catéter venoso tunelizado y un catéter totalmente implantable. Sin embargo, se discutió en la reunión de septiembre de 2016 del C&M de la ICD-1 una propuesta para revisar los valores existentes de dispositivos para especificar el acceso vascular tunelizado y el dispositivo vascular totalmente implantable. Los títulos de códigos revisados serán efectivos el 1 de octubre de 2017.

Pregunta:

Un paciente con fallo renal que necesita hemodiálisis se presenta para un cambio secundario de catéter de hemodiálisis tunelizado por pobre flujo sanguíneo. El catéter fue liberado del túnel existente y se extrajo usando guía radioscópica. Se colocó un nuevo catéter de acceso por el túnel existente y por la vena cava superior usando guía radioscópica. La porción periférica del catéter fue asegurada a la piel con suturas. ¿Es correcto el tipo de intervención "Cambio" para este procedimiento?

Respuesta:

El catéter fue cambiado y colocado exactamente en la misma posición. Este procedimiento es análogo al cambio de un tubo de gastrostomía. Cuando un catéter se inserta en la misma posición en un túnel existente, cumple con la definición de tipo de intervención "Cambio". El abordaje es externo, más que percutáneo, porque un catéter había estado ya en el lugar. "Cambio" se define como sacar un dispositivo de una localización anatómica y colocar en el sitio un dispositivo idéntico o similar en la misma localización sin cortar o puncionar la piel o la membrana mucosa. Todos los procedimientos de "Cambio" se codifican usando el abordaje "Externo".

Si se crea un nuevo túnel para la colocación del catéter, entonces los tipos de intervención "Inserción" y "Retirada" deben codificarse en su lugar.

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

0J2TXYZ Cambio de otro dispositivo en tejido subcutáneo y fascia de tronco, abordaje externo

Pregunta:

En el Índice de Enfermedades de la ICD-10-CM, la historia de dependencia a droga tiene una nota de "véase Dependencia, droga, por tipo, en remisión". Sin embargo la historia de dependencia a tabaco/nicotina se indexa en el código Z87.891, Historia personal de dependencia a nicotina. Las instrucciones para codificar la historia de dependencia, parece ser incongruente y estar en conflicto con la norma para asignar un código de remisión cuando está documentado por el clínico. ¿Cuándo informaría remisión de droga frente a historia de consumo de droga?

Respuesta:

Los códigos para dependencia a drogas con remisión e historia de dependencia a nicotina se basan en si la afección está indexada en la clasificación. Por ejemplo, si el clínico documenta historia de consumo de cocaína, asigne el código F14.21, Dependencia a cocaína, en remisión. Asigne el código Z87.891, Historia personal de dependencia a nicotina, para una historia de dependencia a tabaco. La ICD-10-CM clasifica una historia de dependencia a nicotina de distinta forma que otros tipos de dependencia a droga, y hay un solo código para "historia de dependencia a nicotina". Esto es una excepción en las dependencias a drogas, ya que la historia de dependencia a droga se clasifica por "tipo de droga, en remisión".

Pregunta:

Las entradas al Índice para historia de consumo de droga y dependencia a nicotina parecen ser incongruentes. ¿Debería codificarse la dependencia a nicotina como historia personal de dependencia a nicotina o como dependencia a nicotina en remisión? ¿Qué pasa con la historia de dependencia a otros tipos de drogas, tal como la dependencia a cocaína?

Respuesta:

Tal como se indica en el Índice, la historia de dependencia a nicotina debe codificarse como historia personal (Z87.891), y la historia de dependencia a otros tipos de drogas, como la cocaína, debe codificarse como dependencia a droga en remisión. Los códigos de dependencia de nicotina en remisión sólo deben asignarse cuando está específicamente documentado "en remisión" por el clínico.

Las entradas al Índice no son incongruentes, sino más bien reflejan las diferencias clínicas entre dependencia a nicotina frente a otros tipos de droga. La Normativa Oficial para codificación e información con la ICD-10-CM será revisada para indicar que los códigos de dependencia "en remisión" se asignarían cuando lo indique la clasificación /así como cuando el clínico documente específicamente "en remisión").

Pregunta:

Un paciente, que es un gran fumador solicita opinión médica a fin de dejar de fumar y manejar la ansiedad de la nicotina. El médico recomienda cigarrillos electrónicos con una concentración baja de nicotina, junto con parches de nicotina y chicles para ayudarle gradualmente a deshabituarse y manejar su dependencia a la nicotina. ¿Cuál es la asignación correcta de código para este episodio?

Respuesta:
Asigne el código F17.210, Dependencia a nicotina, cigarrillos, no complicada. El paciente está todavía fumando y no ha comenzado a usar cigarrillos electrónicos.

Pregunta:
El mismo paciente de arriba ha empezado a usar cigarrillos electrónicos y no ha dejado todavía de fumar cigarrillos normales. ¿Qué códigos deberían asignarse?

Respuesta:
Asigne tanto el código F17.210, Dependencia a nicotina, cigarrillos, no complicada y el código F17.290, Dependencia a nicotina, otro producto del tabaco, no complicada, a fin de capturar el hecho de que el paciente está aún fumando u usando cigarrillos electrónicos.

Pregunta:
El mismo paciente de arriba está actualmente usando cigarrillos electrónicos y ha dejado de fumar cigarrillos normales. ¿Qué código debería asignarse?

Respuesta:
Asigne el código F17.290, Dependencia a nicotina, otro producto del tabaco, no complicada, para captura el uso de cigarrillos electrónicos.

En este caso, el código F17.210 no debería asignarse, ya que el paciente no fuma ya cigarrillos normales.

Noticia de corrección

El *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 2016, página 4, contiene un error tipográfico. La causa externa de la lesión debería ser X04.XXXA, en lugar de X04.XXA.

El *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 2016, página 15, contiene un error tipográfico. El código J44.10 no es correcto, y debería ser J44.0.

El presente documento es una traducción de la publicación *Coding Clinic for* **ICD-10-CM** *and* **ICD-10-PCS**, 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.