AHA
Coding Clinic ™

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

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

Volumen 1 **Primer Trimestre**
Número 1 **2014**

En este número

Bienvenida al *Coding Clinic for ICD-10-CM* y *ICD-10-PCS*
Lisis de Adherencias
Pregunte al editor
Notas de corrección

Bienvenida al *Coding Clinic for ICD-10-CM* & *ICD-10-PCS*

Bienvenido a este número inaugural en solitario del *Coding Clinic para la ICD-10-CM* y la *ICD-10-PCS*. Con este número lanzamos lo que esperamos que sea la primera publicación en la larga tradición establecida en 1984 con la publicación del *Coding Clinic for ICD-10-CM*. El objetivo de esta publicación es semejante a la establecida anteriormente para *"proporcionar consejos de codificación, acuerdos oficiales de codificación y noticias"* pero ahora para la ICD-10-CM y la ICD-10-PCS en lugar de la ICD-9-CM.

Querríamos expresar nuestra sincera gratitud a los miembros del Comité Editorial por su visión, duro trabajo y dedicación que han jugado en algunos momentos de "aguas inciertas" para establecer los fundamentos de la aplicación e interpretación de la codificación de la ICD-10.

Querríamos también agradecer a los suscriptores del *Coding Clinic for ICD-9-CM* y miembros de la AHA por su liderazgo hacia la implementación de la ICD-10 y el envío de sus preguntas y sugerencias que son la base de los consejos que publicamos.

Lisis de Adherencias

Los codificadores deben repasar cuidadosamente el informe operatorio completo para determinar la importancia clínica de las adherencias y la complejidad de la liberación de las mismas. No deben codificarse las adherencias y las lisis basadas únicamente en la mención de adherencias o lisis en el informe operatorio. Como se acostumbra con otras intervenciones, es irrelevante si las adherencias o la lisis se incluyen en la descripción de la intervención. La determinación de si las adherencias y la lisis es lo suficientemente significativa como para codificarla e informarla debe ser realizada por el cirujano.

Las adherencias de una cirugía previa es la causa más frecuente de obstrucción intestinal en los Estados Unidos. Cuando está presente esta obstrucción, el procedimiento principal realizado es la lisis de las adherencias y tanto diagnóstico de adherencias como el procedimiento de lisis deben ser codificados.

Ocasionalmente, la obstrucción o está presente pero una banda fuerte de adherencias impide al cirujano acceder al órgano que va a ser extirpado, necesitando la lisis de las adherencias y el procedimiento de lisis debe codificarse. En este caso, tanto diagnóstico de adherencias como el procedimiento de lisis deben ser codificados, a no ser que una nota de instrucción del Índice Alfabético, Lista Tabular o norma excluya codificarlo por separado.

A menudo, sin embargo, las adherencias pueden existir sin estar organizadas y sin causar ningún síntoma en el paciente o incrementando la dificultad de realizar el procedimiento operatorio. Cuando existen estas adherencias menores y se escinden como parte del procedimiento principal, es incorrecto codificar un diagnóstico de adherencias y el procedimiento de lisis. Por ejemplo, son frecuentes ciertas adherencias alrededor de la vesícula biliar y pueden escindirse como parte integral de la colecistectomía. En este caso, existe un hallazgo incidental y sería pocas veces correcto codificar las adherencias y la lisis. A veces la vesícula biliar está incluida en una sólida banda de adherencias que necesita de lisis extensa antes de la extirpación dela vesícula. En este caso, la codificación de adherencias y lisis sería correcta cuando tanto la importancia clínica de las adherencias y la complejidad de la lisis están documentadas en la hoja operatoria.

Los siguientes ejemplos se proporcionan como información adicional:

Pregunta:

Un hombre de 69 años con eventración recurrente es ingresado para realizar una herniorrafia con malla. Se realiza una incisión en la línea media a través de piel y tejido subcutáneo. Se encontró un gran saco herniario. Se diseccionó la fascia tanto a la derecha como a la izquierda de la línea media y el saco herniario se dividió y se extrajo. El cirujano documentó en la hoja operatoria que el paciente tenía algunas adherencias de epiplón y pared abdominal que fueron igualmente liberadas. No existe documentación separada sobre la importancia clínica de las adherencias. ¿Es correcto asignar un código de diagnóstico para las adherencias y un código de procedimiento para la lisis en este caso?

Respuesta:

No, no asigne códigos para las adherencias del epiplón y la pared abdominal ni de la adhesiolisis, puesto que no hay indicación de su importancia clínica por parte del cirujano en el informe operatorio. De acuerdo con la Normativa Oficial para Codificación con la ICD-10-PCS, B3.1b, "Los pasos necesarios para llegar o cerrar el lugar de la intervención, incluyendo la anastomosis de una parte tubular, no se codifican por separado". Los codificadores no deben codificar las adherencias y la lisis de las mismas basados únicamente en la mención de adherencias en una hoja operatoria. La determinación de si las adherencias y la lisis son lo suficientemente significativas para codificarlas y reportarlas debe ser hecha por el cirujano. La documentación sobre la significación clínica dada por el cirujano incluye los siguientes términos: numerosas adherencias que requieren largo tiempo de liberación, adherencias extensas que implican una liberación dificultosa, liberación extensa, etc. Si existen dudas sobre la importancia clínica, pregunte al médico.

Pregunta:

Un hombre de 65 años es ingresado y sometido a intervención urgente por hernia ventral incarcerada debida a adherencias. El cirujano realizó una reparación laparoscópica de la hernia ventral con malla. De acuerdo a la hoja operatoria, en la intervención se encontraron adherencias importantes en la pared abdominal anterior en su mayoría del epiplón mayor que fue cuidadosa y lentamente liberado exponiendo el defecto completo. La hernia se reparó después con malla. En este caso ¿debería codificarse la adhesiolisis?

Respuesta:

En este caso, la liberación de adherencias se codifican por separado (tipo de intervención "Liberación", ya que fue más que un simple tiempo operatorio necesario para llegar al lugar de la intervención. De acuerdo con la Normativa Oficial para Codificación con la ICD-10-PCS, B3.13, "En el tipo de intervención "Liberación" el valor de la parte corporal es la que ha sido liberada y no el tejido que ha sido manipulado o cortado para liberar dicha parte corporal". Por tanto, el valor de la parte corporal para la lisis de adherencias es el epiplón mayor.

Pregunta:

La paciente tenía un adenocarcinoma de útero y fue ingresada para intervención quirúrgica. El cirujano anotó en su informe que se diseccionaron cuidadosamente y por completo numerosas adherencias entre la pared abdominal y el útero. Tras la liberación extensa, se realizó una histerectomía total abdominal y salpingooforectomía bilateral. En este caso, ¿debería codificarse las adherencias?

Respuesta:

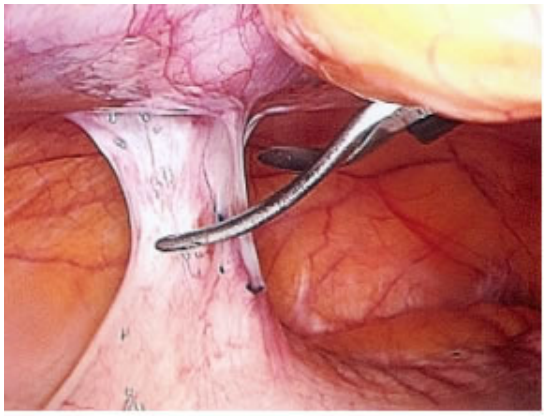
Sí, asigne el código N73.6, Adherencias pelvicoperitoneales femeninas (postinfecciosa), como diagnóstico secundario para las adherencias pélvicas. En este caso, hizo falta una liberación extensa de numerosas adherencias antes de que la cirugía definitiva, histerectomía total abdominal, se llevara a cabo. Tanto las adherencias pélvicas como la adhesiolisis están codificadas correctamente.

Pregunta:

Un paciente es sometido a una laparotomía exploradora con liberación de adherencias y colostomía con extirpación de pólipo de colon ascendente y reparación de hernia umbilical. La lisis de adherencias fue realizada cuidadosamente sin problemas. ¿Debería codificarse la lisis de adherencias de forma separada?

Respuesta:

No, no asigne un código diagnóstico para las adherencias o un código de procedimiento para la liberación de las mismas. No había indicación de la importancia clínica documentada por el cirujano en el informe operatorio, ni documentación de una mayor dificultad cuando se realiza el procedimiento operatorio.



Large Bowel Small Bowel

Adhesions (Scar Tissue)

Imágenes de adherencias abdominales en intestino delgado y colon [NT]

Pregunte al Editor

Pregunta:

¿Cómo se codificaría un diagnóstico de "seroma postoperatorio" en la ICD-10-CM?

Respuesta:

Actualmente, el Índice de enfermedades de la ICD-10-CM dirige al codificador a ver "hematoma" cuando se referencia el término "serosa". La asignación específica de código para el seroma postoperatorio dependería del sistema corporal implicado en la intervención. Por ejemplo, los códigos de la subcategoría I97.6-, Hemorragia y hematoma tras procedimiento de órgano o estructura del aparato circulatorio, se asignan basados en si el seroma ocurre tras un bypass cardiaco, cateterismo u otro procedimiento del aparato circulatorio.

Pregunta:

¿Cómo se codificaría la deshidratación con hipernatremia y la deshidratación con hiponatremia?. Los códigos E87.0 y E87.1 parecen recoger la hipernatremia e hiponatremia respectivamente pero no la deshidratación. No hay entradas en el Índice para la deshidratación con hipernatremia/hiponatremia y no hay subentradas para deshidratación dentro de las entradas de hipernatremia e hiponatremia.

Respuesta:

Asigne el código E86.0, Deshidratación, además del código E87.0, Hiperosmolaridad e hipernatremia, para un diagnóstico de deshidratación con hipernatremia. Asigne el código E86.0, Deshidratación, además del código E87.1, Hipoosmolaridad e hiponatremia, para un diagnóstico de deshidratación con hiponatremia. Se necesitan dos códigos para recoger totalmente la deshidratación con hipernatremia (E86.0 y E87.0) y deshidratación con hiponatremia (E86.0 y E87.1). Los codificadores deben seguir el Índice, que lleva a codificar tanto la deshidratación como la hipernatremia/hiponatremia por separado.

Pregunta:

¿Cuál es el carácter de parte corporal cuando una punción lumbar diagnóstica se realiza para una prueba de meningitis?. Cuando se va a la tala de drenaje (Tabla 009), hay un par de opciones que parecen adecuadas. Deberíamos usar el carácter para región corporal "U" para en canal medular o el carácter "Y" para la médula espinal lumbar?

Respuesta:

La parte corporal de una punción/drenaje lumbar es el canal medular. Asigne el procedimiento de la ICD-10-PCS siguiente:

009U3ZX Drenaje de canal medular, abordaje percutáneo, diagnóstico

Pregunta:

¿Cómo debería registrarse una aspiración mediante puerto de drenaje por vía lumbar? ¿Qué carácter de región corporal debería usarse para el puerto de drenaje lumbar?

Respuesta:

El valor de la zona corporal para el puerto lumbar debería ser "canal vertebral". La aspiración mediante un puerto de drenaje podría ser diagnóstica o terapéutica. La asignación de código de la ICD-10-PCS dependería del objetivo del procedimiento (terapéutico o diagnóstico). Si el procedimiento es diagnóstico use el calificador "X" y si es terapéutico use el "Z". El "abordaje" es percutáneo cuando la aspiración se hace mediante un puerto. Actualmente, La *Normativa Oficial para Codificación e Información de la ICD-10-PCS* indica que el calificador "X" debe usarse solo para procedimientos documentados como biopsias, pero la próxima versión de la normativa será revisada de tal manera que el calificador "X" podrá usarse siempre que el objeto del procedimiento sea diagnóstico.

Pregunta:

El paciente tuvo un aneurisma de aorta abdominal y fue sometido a reparación endovascular. Se introdujo un injerto de stent mediante abordaje por catéter transfemoral y desplegado en el vaso. ¿Cómo debería codificarse en la ICD-10-PCS una reparación endovascular de aneurisma de la aorta abdominal?

Respuesta:

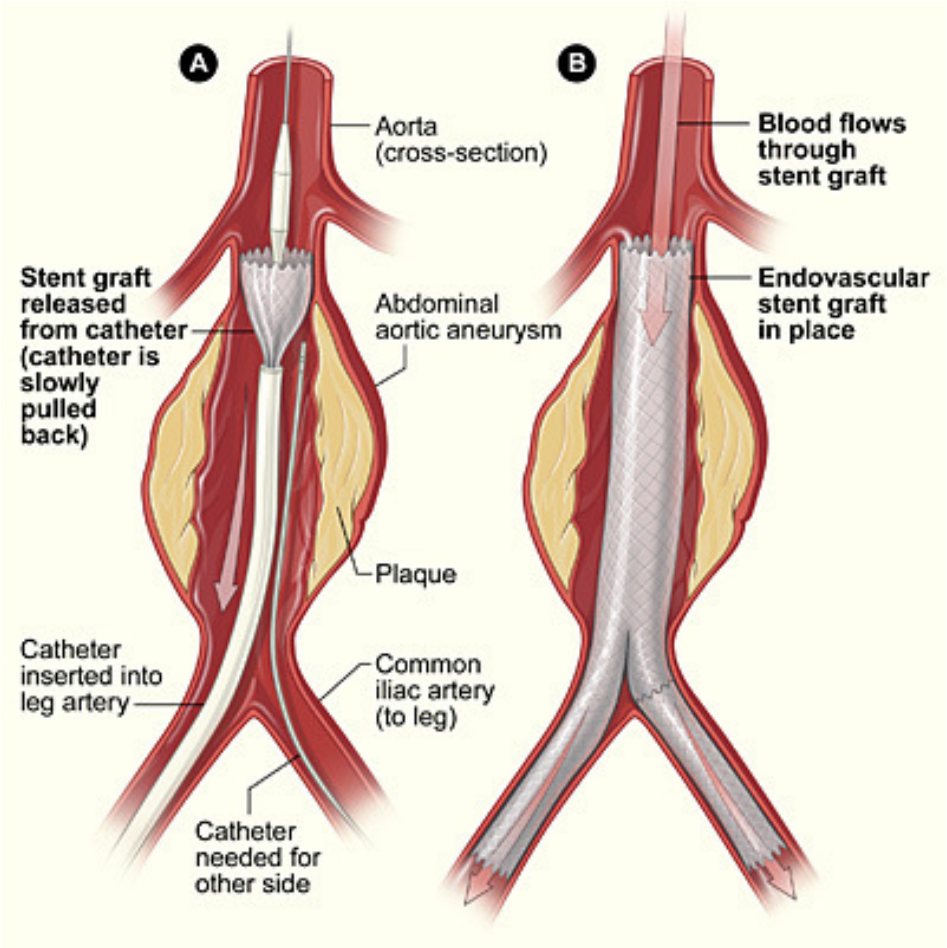
El stent endovascular incluye la colocación de un dispositivo tubular en la luz de un vaso y está diseñado para coartar el aneurisma. Una vez colocado, el stent se expande, aliviando la presión en el aneurisma y reduciendo la posibilidad de rotura del mismo. En la ICD-10-PCD si el aneurisma se repara mediante un stent sintético u otro dispositivo en la luz de la arteria, el tipo de operación es "Restricción", y el dispositivo es "Dispositivo intraluminal". El objetivo de la reparación del aneurisma aorta abdominal es restringir la luz del vaso.

Asigne el siguiente código de procedimiento de la ICD-10-PCS para la reparación endovascular de aneurisma aórtico abdominal:

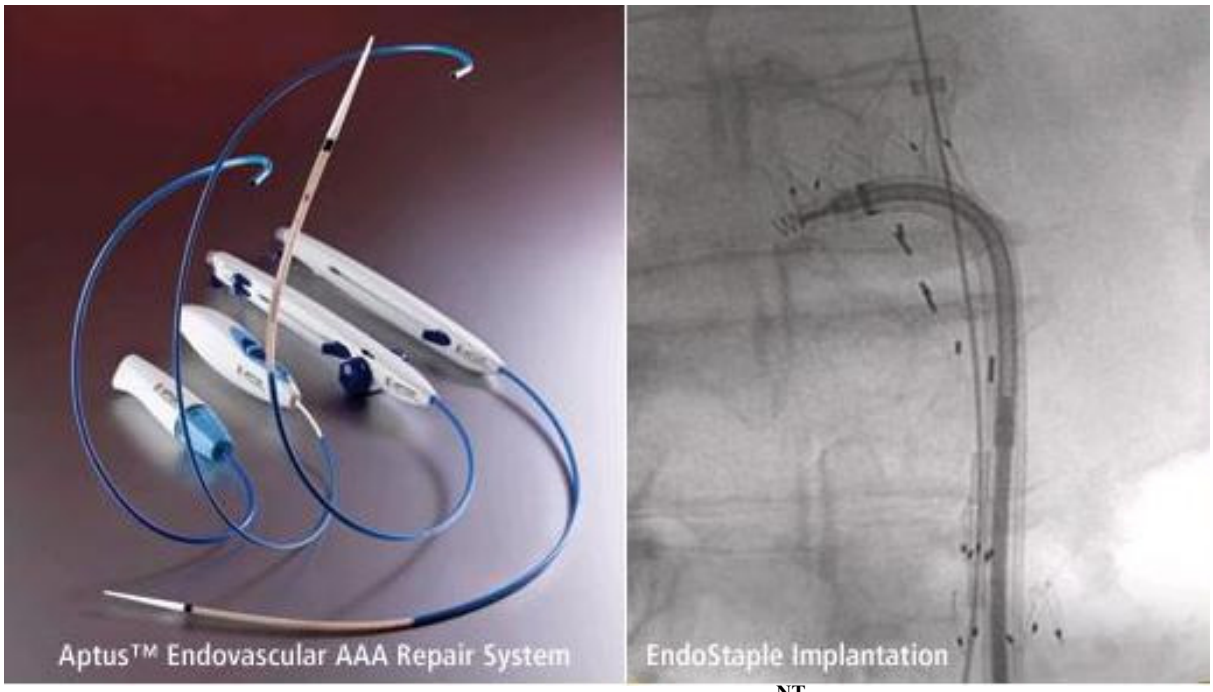
04V03DZ Restricción de aorta abdominal con dispositivo intraluminal, abordaje percutáneo

Pregunta:

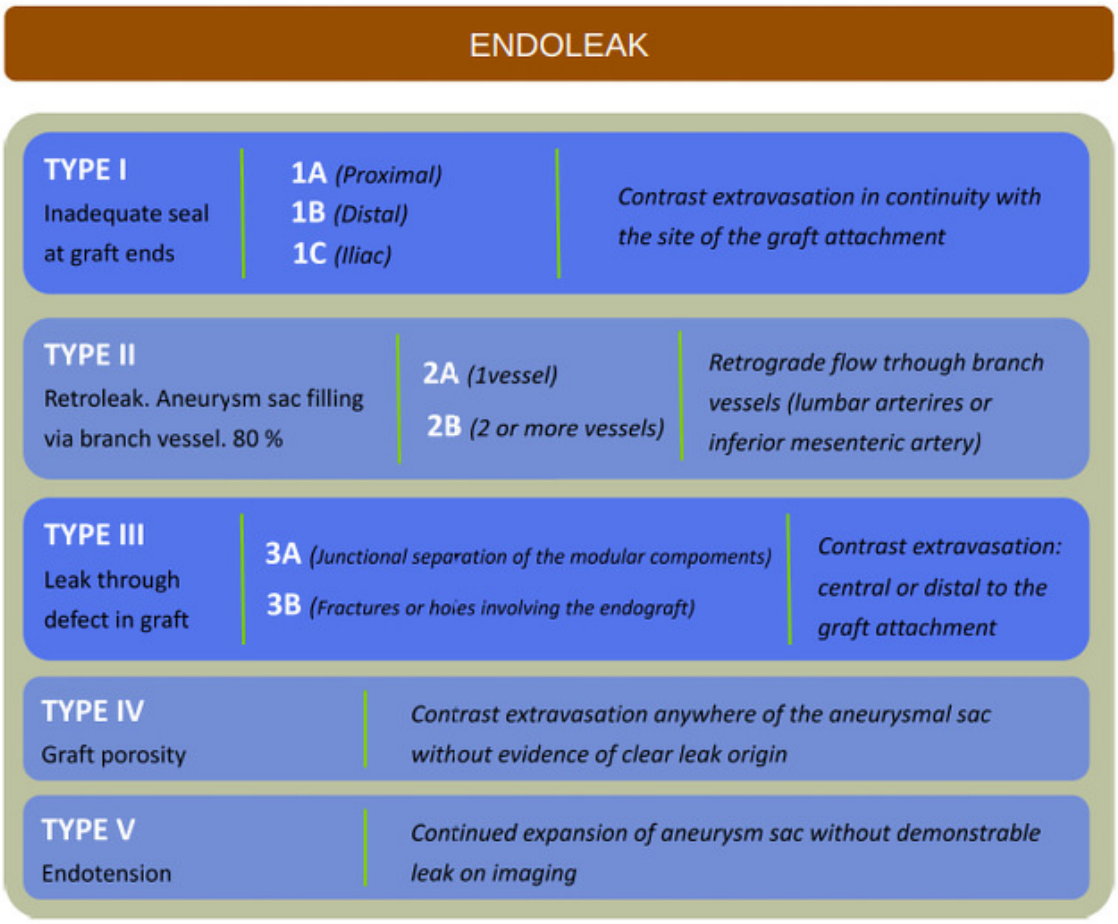
El paciente tiene una historia de aneurisma aórtico abdominal que fue reparado previamente usando un sistema de injerto endovascular. Ha desarrollado una filtración de tipo 1 y fue ingresado en el hospital para tratamiento. Durante la intervención, pate proximal se anguló y la zona de fijación por debajo de la arteria renal en encontró que era corta. El cirujano usó un dispositivo endograpador para sujetar el stent. ¿Cuál es el código correcto de la ICD-10-PCS para esta reparación endovascular de un filtrado?



Reparación de aneurisma aórtico abdominal con stent endovascular [NT]



Sistema de endograpado vascular [NT]



Tipos de filtrado en los injertos de aneurismas aórtico abdominales [NT]

Respuesta:

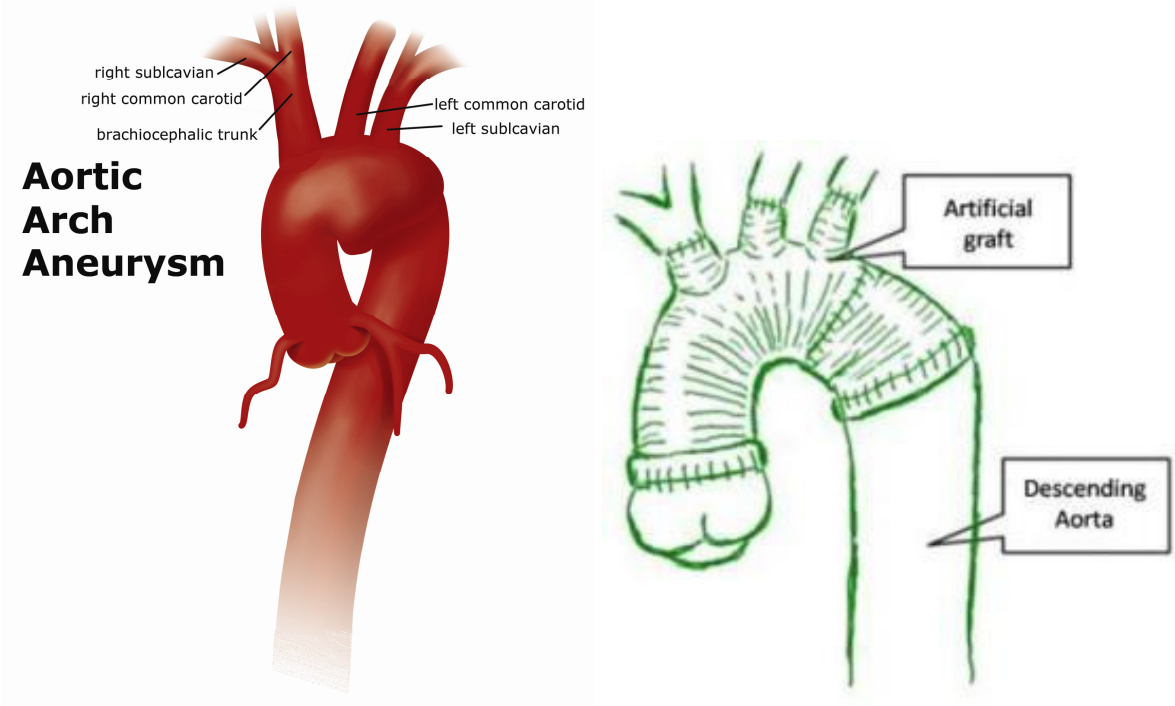
En este caso, el injerto no funciona adecuadamente. Se usaron endograpas para asegurar la posición del endoinjerto distal migrado, que causó en filtrado tipo 1. El objetivo de la intervención es corregir el filtrado. El tipo correcto de intervención es "Revisión" ya que se usó un dispositivo de endograpado para volver a fijar en stent (endoinjerto). En la ICD-10-PCS los injertos de stent se consideran dispositivos intraluminales. Sin embargo las grapas se consideran integradas en el procedimiento y no se codifican como dispositivo. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

04WY3DZ Revisión de dispositivo intraluminal en arteria inferior, abordaje percutáneo

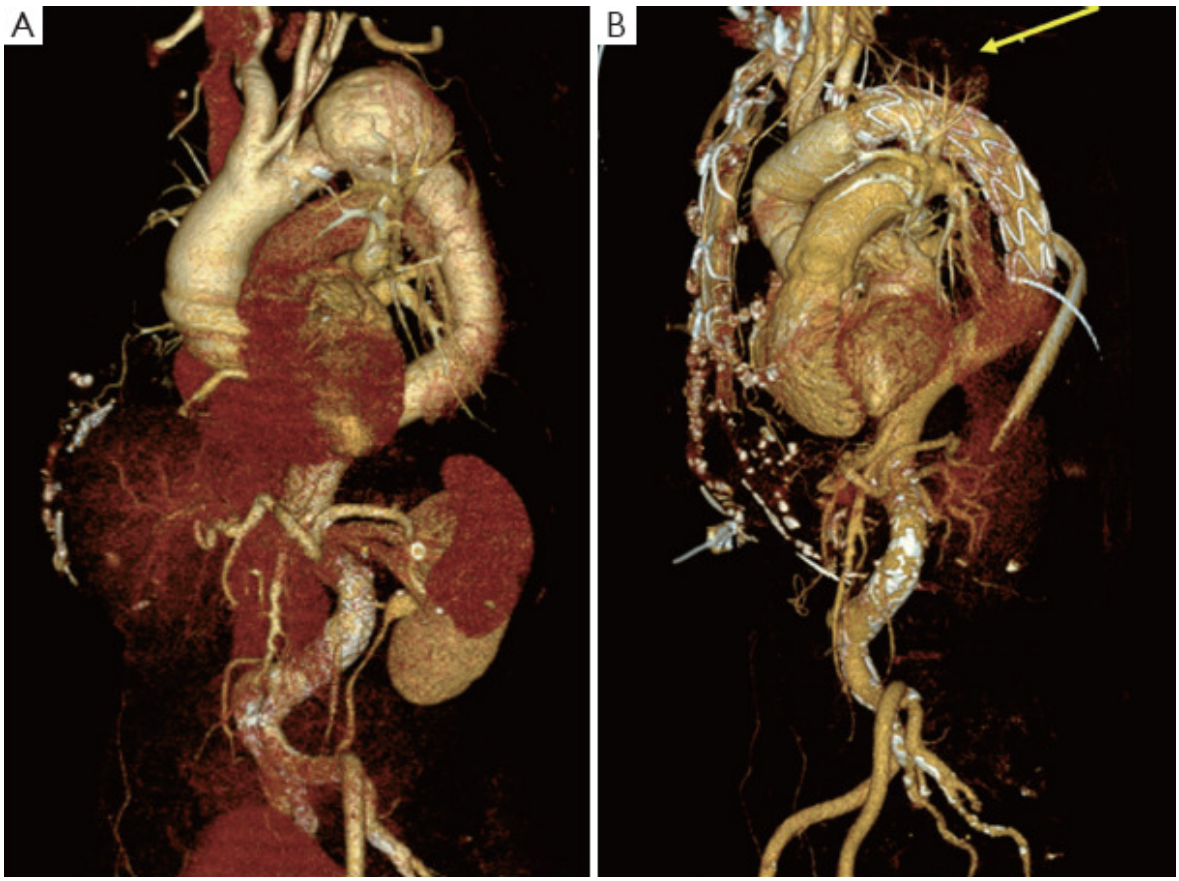
Pregunta:

El paciente fue ingresado en el hospital para tratamiento quirúrgico de aneurisma de aorta torácica ascendente y del arco transverso, y enfermedad de la arteria coronaria. El paciente es sometido a reparación del aneurisma con un injerto no autólogo con extensión de tronco en elefante en la aorta torácica descendente e injerto de bypass (x1) de arteria coronaria usando un injerto de safena mayor derecha a la ascendente posterior. El paciente se puso también el bypass cardiopulmonar. ¿Cómo debe codificarse?

Aneurisma aórtico ascendente de gran tamaño [NT]



Aneurisma del arco torácico y reparación "en elefante" [NT]



TAC en 3D de un aneurisma del arco aórtico y tras la reconstrucción con injerto [NT]

Respuesta:

En una reparación abierta de aneurisma se hace una incisión y el área debilitada de la aorta se extirpa y sustituye por un injerto. El injerto es suturado luego en su lugar y funciona como sustitución del vaso. Si el aneurisma es reparado cortando y extirpando la sección afectada de la arteria y reemplazándola por injerto, el tipo de intervención es "Sustitución". Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS:

02RW0ZK Sustitución de aorta torácica con sustituto de tejido no autólogo, abordaje abierto

021009W Bypass de arteria coronaria, un vaso desde aorta con tejido venoso autólogo, abordaje abierto

06BP0ZZ Escisión de vena safena mayor, abordaje abierto

5A1221Z Soporte del gasto cardiaco, continuo

Pregunta:

Tenemos entendido que no hay un planteamiento de trasladar todos los ejemplares de *Coding Clinic for ICD-9-CM* a la ICD-10-CM/PCS. Sin embargo nos preguntamos si podemos usar la información clínica publicada en *Coding Clinic for ICD.9-CM* cuando codificamos con la ICD-10?

Respuesta:

La información clínica previamente publicada en *Coding Clinic* tanto para la ICD-9-CM como para la ICD-10-CM/PCS no constituye un criterio clínico para establecer un diagnóstico, sustituir el juicio clínico del médico o eliminar la necesidad de la documentación del médico acerca de la importancia clínica de la afección médica del paciente. Puede ser útil aún para comprender algunas pistas acerca de los signos y síntomas que pueden ser (o no) integrantes de una afección. Sin embargo debe tenerse cuidado puesto que la ICD-10-CM tiene combinaciones nuevas de códigos así como notas de instrucción que pueden no ser coherentes con la ICD-9-CM.

Pregunta:

¿Puede aclarar si los consejos en las cuestiones de documentación que no parecen estar específicamente relacionados con un sistema de codificación particular (ICD-9-CM ni ICD-10-CM/PCS) son aún válidos para la ICD-10-CM o la ICD-10-PCS?

Respuesta:

El Coding Clinic aconseja acerca de cuestiones de documentación a lo largo de los años centrándose en qué documentación puede usarse y no era específica de un sistema de codificación específica. A fin de aclararlo, se publica de nuevo la siguiente información:

- ***Documentación del médico***

La asignación de código puede basarse en la documentación de otro médico (consultor, residente, anestesista, etc.) siempre que no haya conflicto de información del médico responsable.

La documentación de la historia clínica de cualquier médico implicado en el cuidado y tratamiento del paciente, incluida la documentación de médicos consultores, es adecuada para basar la asignación de código. La cuestión de si la documentación de un residente necesita ser confirmada por el médico responsable está dirigida mejor hacia las políticas internas del hospital, estatutos del personal médico y/o cualquier otra regulación local/estatal/federal aplicable.

La documentación no se limita a la hoja resumen, hoja de alta. Notas de evolución, historia y exploración física u otro registro diseñado para recoger la información diagnóstica. Esta información se refiere solo a codificación de pacientes ingresados.

Es correcto usar el estadiaje completo de cáncer con fines de codificación cuando está autentificado por el médico responsable.

Sería adecuado usar la documentación de la historia clínica de otros clínicos, tales como enfermeras y médicos asistentes como base para la asignación de códigos para informar sobre diagnósticos, si están considerados legalmente capacitados para establecer un diagnóstico dentro de las regulaciones que rigen al clínico y el centro sanitario. La Guía Oficial de Codificación e Información define un clínico ("provider" en la versión original [NT]) como el capacitado legalmente para establecer un diagnóstico.

Es correcto asignar un código de procedimiento basado en la documentación de profesionales no médicos cuando este profesional proporciona el servicio. Este puede ser la única evidencia de que el servicio se proporcionó. Por ejemplo, Las infusiones las llevan acabo una enfermera, la ventilación mecánica puede proporcionarla un terapeuta respiratorio o un medicamento puede ser ordenado por un médico y administrado por una enfermera. Observe por favor que esto solo se aplica para codificación de procedimientos donde hay documentación que soporte el código. Esto no es aplicable a la codificación de diagnósticos.

- ***Codificación en base a flechas de arriba o abajo***

No es correcto para el codificador registrar un diagnóstico basado en flechas hacia arriba o abajo. Diagnosticar un paciente es solamente responsabilidad del clínico. Las flechas de arriba o abajo pueden tener una interpretación variable y no necesariamente significa "anormal". Podrían simplemente indicar cambios (incluida la mejora) sobre resultados anteriores. Por tanto el clínico debe ser preguntado acerca del significado de las flechas y solicitarle que proporcione la documentación correcta de una afección o diagnóstico. Esta información es coincidente con la norma de codificación sobre hallazgos anormales que indica: "Los hallazgos anormales (laboratorio, rayos X, anatomía patológica y otros resultados diagnósticos) no se codifican y se registran a no ser que el clínico indique su importancia clínica. Si los hallazgos están fuera del rango normal y el clínico responsable ha ordenado otras pruebas para evaluar la afección o el tratamiento prescrito, es correcto preguntarle si los hallazgos anormales debe añadirse"

El mismo consejo se aplica tanto para pacientes ingresados como ambulatorios.

Pregunta:

Nos hemos dado cuenta de discrepancias en la documentación de la edad gestacional de recién nacidos. El obstetra documenta la edad gestacional en la documentación de la madre y el pediatra la documenta una edad gestacional diferente en el gráfico del neonato. ¿Nos puede ayudar?

Respuesta:
Para el recién nacido, asigne los códigos correctos de la edad gestacional basado en la documentación del clínico responsable (pediatra). Distintos clínicos (obstetras y pediatras) pueden utilizar criterios diferentes para determinar las semanas de gestación para la madre frente a la edad gestacional del neonato).

Pregunta:
En la hoja de Examen físico del neonato se ha marcado nacimiento a término. El número de semanas en el gráfico de la madre (que está colocado en el del neonato) es 41 4/7. El gráfico de la madre se codifica con el código diagnóstico de de embarazo postérmino. ¿Es correcto asignar el código P08.21, Recién nacido postérmino, con el gráfico del recién nacido?

Respuesta:
No, no sería correcto asignar el P08.21 sin la documentación específica del médico responsable del recién nacido. Los códigos P080.21, Recién nacido postérmino, y P08.22, Gestación prolongada en el recién nacido, deberían asignarse basados solo en la información documentada por el clínico.

Pregunta:
La *Guía Oficial para Codificación e Información de la ICD-10-CM* para el capítulo del período perinatal indica: "Con la finalidad de codificar y registrar, el período perinatal se define desde entes del nacimiento hasta los 28 días tras el mismo". Por tanto, ¿esto significa que el período perinatal termina en el día 29 de vida, haciendo el día del nacimiento igual a 0 días?

Respuesta:
Sí, el período perinatal termina en el día 29 de vida porque el día del nacimiento se cuenta como 0 días. Para comparaciones internacionales la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera en día de nacimiento como día 0.

Pregunta:
Deben listarse juntas dos afecciones en el juicio clínico a fin de asumir una asociación entre ellas?

Respuesta:
No se necesita que dos afecciones se listen juntas en la historia clínica. Sin embargo el clínico necesita documentar la relación, excepto en situaciones donde la clasificación asume una asociación (ej. hipertensión con implicación crónica del riñón). Cuando el clínico establece una relación o vínculo entre las dos afecciones, deben codificarse como tales. Sin embargo la historia completa debe revisarse completamente para determinar si existe una relación entre las dos afecciones. El hecho de que un paciente tenga dos afecciones que normalmente e producen juntas no necesariamente significa que estén relacionadas. Puede documentarse una causa distinta por parte del clínico. Si no está claro si dos afecciones están relacionadas o no, pregunte al médico.

Pregunta:

Estamos considerando desarrollar normas de codificación internas y obtener la aprobación del personal médico para codificar la anemia por pérdida aguda de sangre. La normativa especificaría valores de laboratorio pre y postquirúrgicos, así como algunos signos clínicos para ayudar a los codificadores a codificar la anemia por pérdida aguda de sangre sin la necesidad de tener la documentación del médico. ¿Sería esto aceptable?

Respuesta:

No, esto no sería admisible. La Norma Oficial de Codificación Sección III.B indica: "Los hallazgos anormales (laboratorio, rayos X, anatomía patológica y otros resultados diagnósticos) no se codifican y se registran a no ser que el clínico indique su importancia clínica. Si los hallazgos están fuera del rango normal y el clínico responsable ha ordenado otras pruebas para evaluar la afección o el tratamiento prescrito, es correcto preguntarle si los hallazgos anormales debe añadirse". Por tanto, la normativa interna no debería sustituir la documentación del médico.

Los servicios pueden trabajar juntos con su personal médico para desarrollar normativas específicas de codificación que promuevan la necesidad de una completa documentación para una asignación de códigos coherente. Además esta normativa puede orientar a los profesionales de la codificación sobre cuándo deben preguntar el médico para aclarar su documentación. Cual quier normativa desarrollada debe ser aplicada consecuentemente en todas las historias codificadas. Una normativa interna no debería interpretar los hallazgos anormales en sustitución de la documentación médica o de preguntar el médico. La normativa puede proporcionar ayuda para determinar cuándo es adecuado preguntar al médico, pero no debe interpretar los resultados anormales de las pruebas.

Estas normativas internas no deben entrar en conflicto con la "*Normativa Oficial para Codificación e Información con la ICD-10-CM*" desarrollada por las Partes Cooperantes (*) y además no debería desarrollarse para sustituir la documentación médica necesaria para respaldar la asignación del código.

(*) Las Partes Cooperantes son un grupo de cuatro instituciones que han desarrollado las modificaciones clínicas (MC) de las Clasificaciones de Enfermedades (CIE) , así como la Normativa Oficial de Codificación e Información.

Lo forman: la American Hospital Association AHA, American Health Information Management Association AHIMA, Centers por Medicare and Medicaid Services CMS y National Center for Health Statistics NCHS **NT**

Pregunta:

¿Nos puede ayudar con discusiones de codificación con los pagadores cuando ellos no siguen los consejos de *Coding Clinic* o la *Normativa Oficial para Codificación e Información*?

Respuesta:

Tradicionalmente *Coding Clinic* no está dirigido para codificación de reembolsos. El objeto de *Coding Clinic* es proporcionar recomendaciones de acuerdo a la codificación más exacta y correcta de acuerdo con los principios de la ID-10-CM y la ICD-10-PCS. La normativa oficial es parte del conjunto de estándares de códigos de la HIPAA (*). Hay una variedad de políticas de pago que pueden tener impacto en la codificación. Algunas políticas de pago pueden ser contradictorias unas con otras o ser incoherentes con las convenciones/reglas de codificación. Por tanto, no es posible escribir una normativa de codificación que sea coherente con todas las normativas de pago existentes.

Se proporciona el siguiente consejo para ayudar a los proveedores de servicios médicos a resolver discusiones de codificación con los pagadores:

- Primero, determinar si es realmente una discusión de codificación y no un tema de cobertura o pago. Por tanto, contacte siempre con el pagador para aclarar si el motivo de la denegación no está claro.

- Si un pagador realmente tiene una política que claramente entra en conflicto con las reglas y normativa de codificación oficiales, debe realizarse el esfuerzo en resolver el tema con el pagador. Proporcione al mismo normativa/reglas de codificación aplicables.

- Si el pagador rehúsa cambiar su política, obtenga los requisitos del mismo por escrito. Si el pagador rehúsa proporcionar su política por escrito, documente todas las discusiones con el pagador, incluyendo fechas y nombres de las personas implicadas en la discusión. Confirme la existencia de política con el personal supervisor del pagador.

- Mantenga una ficha permanente de la documentación obtenida acerca de la política de codificación del pagador. Puede ser muy útil en caso de una auditoría.

Pregunta:

Cuando se codifica unos servicios médicos proporcionados durante la hospitalización, ¿qué conjunto de normas de codificación son aplicables, la de pacientes ingresados o ambulatorios? Estoy especialmente interesado a causa de la normativa relacionada con diagnósticos no concluyentes (probable, sospechado, descartado).

Respuesta:

Cuando se codifican servicios médicos, independientemente del escenario donde se han prestado, los codificadores deben guiarse por la *Normativa de Codificación de Información de para Servicios de Pacientes Ambulatorios* (Consultas médicas y del hospital). La normativa para pacientes ingresados es para codificación en el hospital. Por tanto, para servicios médicos, no codifique diagnósticos documentados como "probable", "sospechado", "cuestionable", "descartado" o "en estudio diagnóstico". En su lugar, codifique la afección de mayor grado de certeza para este encuentro/visita, tal como síntomas, signos, resultados anormales de pruebas, u otro motivo de consulta.

Pregunta:

¿Es correcto informar sobre códigos para diagnósticos registrados como "evidencia de atrofia cerebral" y "parece ser una fractura nasal" cuando se documenta un informe radiológico ambulatorio?

Respuesta:

La frase "parece ser" listada en el juicio diagnóstico se ajusta a la definición de una afección probable o sospechada y no debería codificarse en servicios ambulatorios. La *Normativa Oficial para Codificación e Información*, Sección IV.I indica: "No codifique diagnósticos documentados como probable, sospechado, cuestionable, descartado, en estudio diagnóstico u otro término similar que indique incertidumbre. En su lugar, codifique la afección de mayor grado de certeza para este encuentro/visita, tal como síntomas, signos, resultados anormales de pruebas, u otro motivo de consulta. En términos de codificación e información para pacientes ingresados, de acuerdo a la *Normativa Oficial para Codificación e Información*, Sección II.B, no sería adecuado codificar hallazgos anormales de informes radiológicos.

Sin embargo, cuando el médico documenta "evidencia de" una afección particular, no se considera un diagnóstico dudoso y debería ser codificado apropiadamente en el escenario ambulatorio.

Pregunta:

La codificación de causas externas de morbilidad necesita más de cuatro códigos para identificar la causa de la lesión, la intencionalidad de la lesión (accidental versus intencional), el lugar de la lesión y el estado de la persona en el momento de la lesión. ¿Puede aclarar si los codificadores deben usar la documentación del médico o si pueden utilizar información de documentación no médica tal como notas de enfermería., documentación de la ambulancia, etc.? Parece que sería un arduo trabajo el esperar un médico para reafirmar una documentación que puede haber sido proporcionada por la ambulancia o la enfermera de la sala de urgencias. ¿Podría abordar esta cuestión a nivel nacional para que todo pueda ser compatible?.

Respuesta:

Los codificadores deberían usar información contenida en la historia clínica oficial. Los códigos para causas externas de morbilidad son asignados en base a la documentación médica. Sin embargo, si el médico no documenta la información de la causa externa, los codificadores pueden usar documentación disponible de no médicos. Si hay conflicto entre la documentación del médico y del personal no médico, aquélla tiene preferencia.

Pregunta:

La ICD-10-CM proporciona códigos para identificar la puntuación de la escala de coma de Glasgow. Cuando el paciente se presenta con una lesión cerebral traumática, estos códigos se usan junto con los específicos de la lesión cerebral. Si el técnico de urgencias médicas documenta la puntuación del grado de coma de Glasgow en el lugar, puede ser usada esta documentación?. Los codificadores están interesados porque no hay norma o consejo que permita el uso de documentación no médica para la puntuación del coma de Glasgow. Esta puntuación se documenta normalmente por personal distinto a los médicos. ¿Qué documentación puede usarse para determinar el código de la puntuación de la escala de coma de Glasgow?

Respuesta:

Sería adecuado usar el informe de pre-hospitalización que contiene la documentación del técnico de emergencias médicas y otros no médicos para determinar la puntuación de coma de Glasgow.

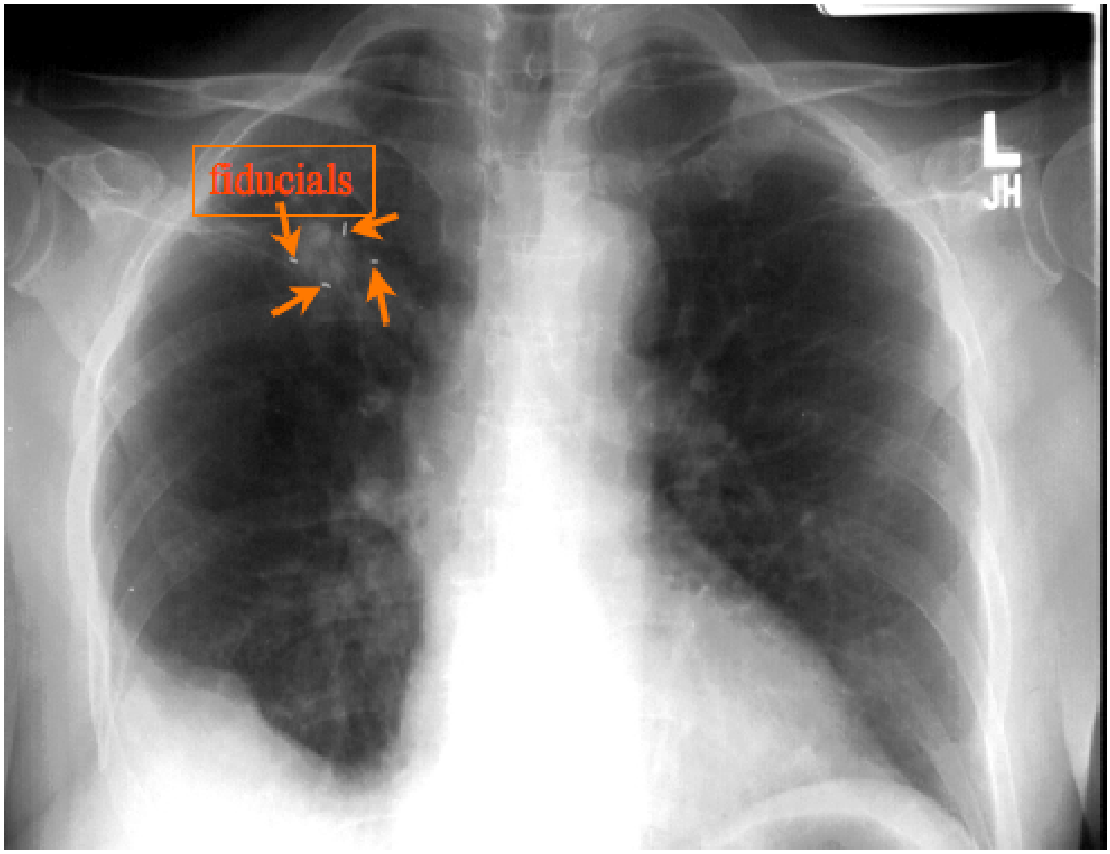
Pregunta:

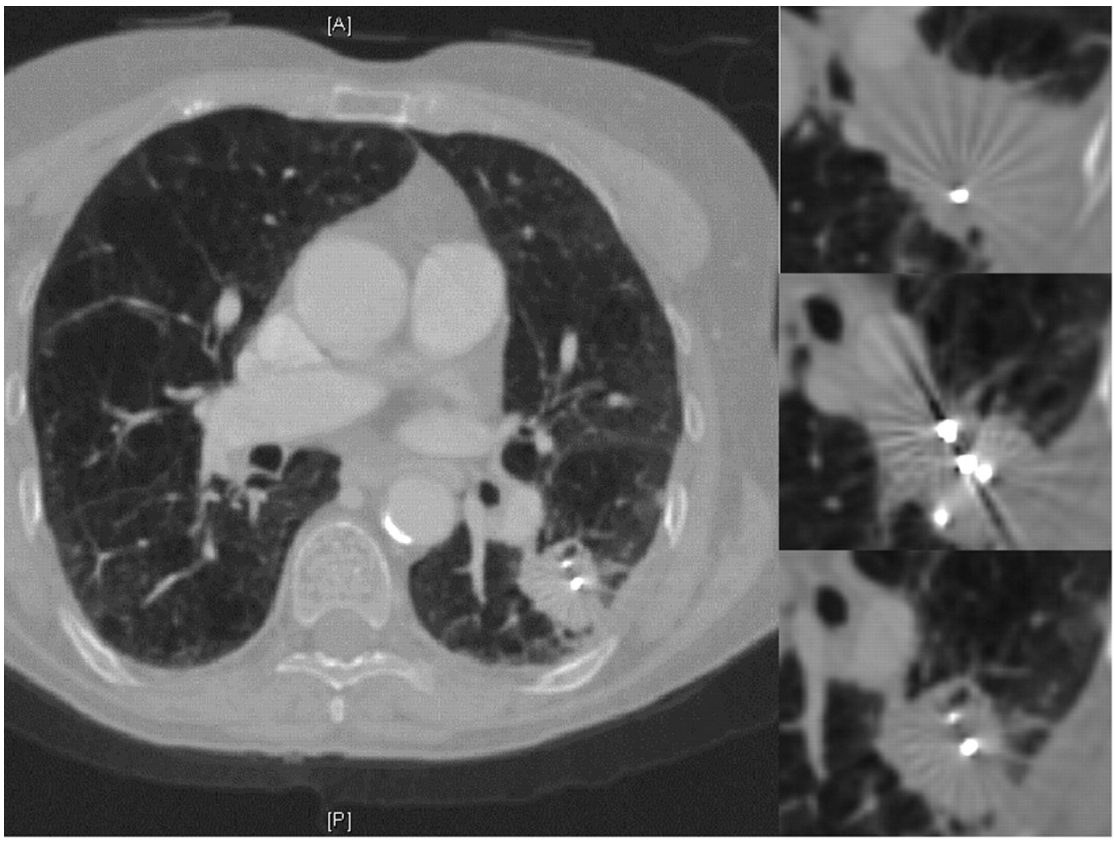
Un paciente con cáncer de pulmón izquierdo se presenta para la colocación broncoscópica de un marcador fiduciario o de referencia para marcar el tumor del pulmón izquierdo. El marcador se colocó y fue dado de alta y trasladado para radiocirugía robótica estereotáctica guiada por imagen Cyberknife® en una fecha posterior. ¿Cuál es el código correcto de la ICD-10-PCS para la colocación de un marcador fiduciario para una neoplasia maligna de pulmón?

Respuesta:

La colocación de marcadores radiológicos no se codifica. De acuerdo con la *Normativa Oficial de Codificación e Información* con *la ICD-10-PCS*, B6.1b "Los materiales tales como suturas, ligaduras, marcadores radiológicos y drenajes posoperatorios de herida temporales se considera parte integral de la ejecución del procedimiento y no se codifican como dispositivos". Por tanto, codifique solo la inspección del pulmón. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

0BJL8ZZ Inspección de pulmón izquierdo, a través de apertura natural o artificial, endoscópica.





Marcadores fiduciarios o de referencia en pulmón [NT]

Pregunta:

Un paciente se presenta en el hospital con una gran masa perihiliar derecha. No era candidato quirúrgico y se le colocaron marcadores fiduciarios con biopsia por aspiración transbronquial endoscópica del pulmón derecho y de los ganglios linfáticos circundantes. ¿Cuáles son los códigos correctos de procedimiento de la ICD-10-PCS para la colocación de marcadores fiduciarios guiados por radioscopia y la biopsia por aspiración transbronquial endoscópica del pulmón y de los ganglios linfáticos derechos?

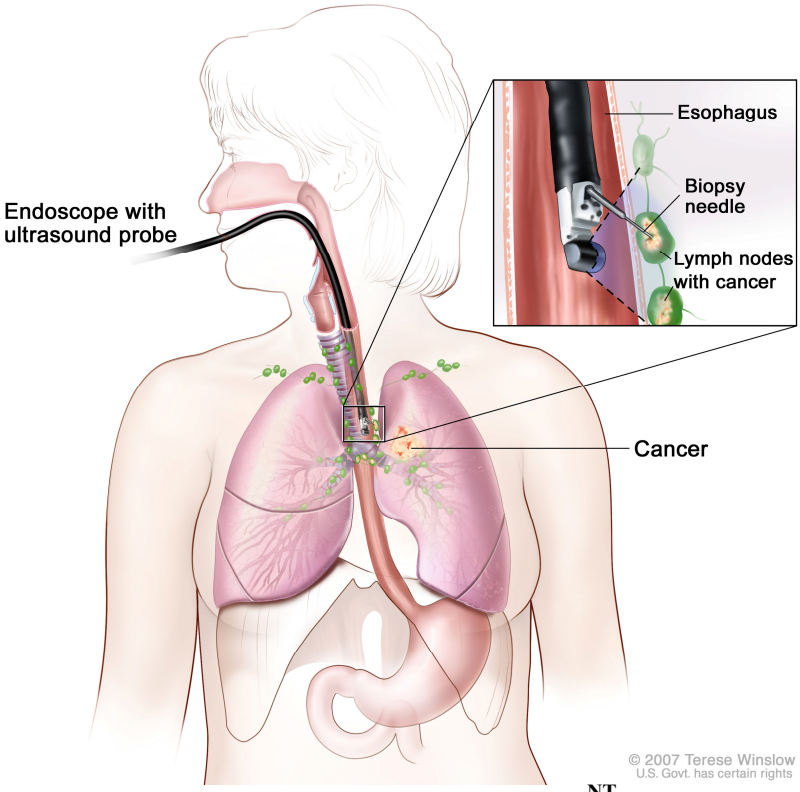
Respuesta:

La colocación de marcadores radiológicos no se codifica. De acuerdo con la *Normativa Oficial de Codificación e Información* con *la ICD-10-PCS*, B6.1b "Los materiales tales como suturas, ligaduras, marcadores radiológicos y drenajes posoperatorios de herida temporales se considera parte integral de la ejecución del procedimiento y no se codifican como dispositivos". Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS:

0BBK8ZX Escisión de pulmón derecho, por apertura natural o artificial endoscópica, diagnóstica (biopsia pulmonar transbronquial)

07B74ZX Escisión de linfático torácico, abordaje endoscópico percutáneo, diagnóstico

El tipo de intervención adecuado para la biopsia por aspiración con aguja es "Escisión". La aspiración con aguja fina implica colocar una aguja a través del tejido, se aplica succión y luego el tejido es aspirado para la biopsia. El tipo de intervención drenaje se usa cuando se retira líquido o gas, para un objetivo diagnóstico o terapéutico (ej. colección de fluido o drenaje de absceso).



Biopsia con aguja fina endoscópica NT

Pregunta:

El paciente se presenta en el hospital para reparación de un pseudoaneurisma de la arteria femoral derecha. En la intervención, la disección se realizó por debajo del ligamento inguinal y se identificó la arteria femoral común se reparó el pseudoaneurisma con sutura. ¿Cuál es el código correcto de procedimiento de la ICD-10-PCS?

Respuesta:

El corte y sutura del pseudoaneurisma debe codificarse como "Reparación". Un pseudoaneurisma o falso aneurisma es en realidad un hematoma adyacente a un orificio u otra disrupción de la pared arterial. Es causado por un lento filtrado de sangre por los tejidos adyacentes que dan la apariencia de un saco, aunque la colección de sangre está por fuera de la pared arterial. Esto es diferente a un verdadero aneurisma que es un ensanchamiento anormal de la pared arterial y, a menos que sea un aneurisma disecante, implica a las tres capas de la pared arterial. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS para la reparación del pseudoaneurisma:

04QK0ZZ Reparación de arteria femoral derecha, abordaje abierto

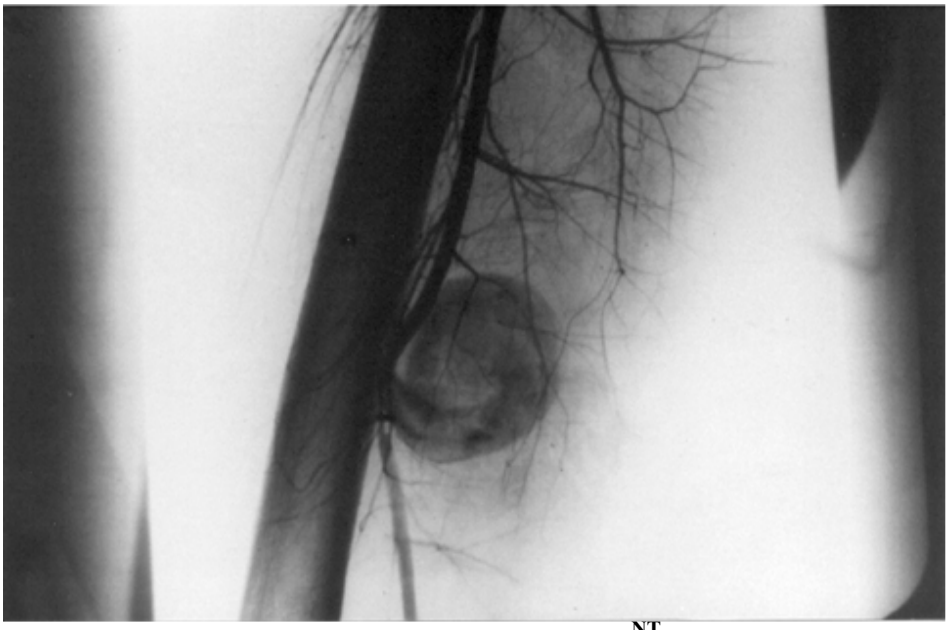
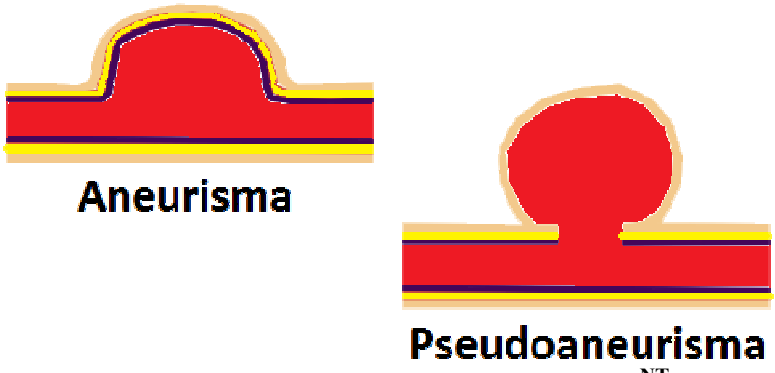


Imagen de un pseudoaneurisma [NT]



Diferencias entre aneurisma y pseudoaneurisma [NT]

Pregunta:

Un paciente es un varón de 65 años con historia de enfermedad arterial periférica crónica, que había sido sometido previamente a injerto de bypass femoro-poplíteo usando vena safena. Un año después del procedimiento de bypass el paciente se presenta con el injerto totalmente obstruido y es sometido a recanalización del injerto con balón de angioplastia y colocación de stent. Se presenta ahora con dolor agudo en la extremidad inferior derecha. La arteriografía mediante TAC mostró un pseudoaneurisma de la rotura del injerto de bypass femoropoplíteo derecho. El paciente fue sometido a reparación endovascular. Durante el procedimiento se reparó la rotura del sitio de bypass previo, y de desplegó un stent dentro del injerto venoso de safena existente en el lugar del pseudoaneurisma. ¿Cuál es el código correcto de la ICD-10-PCS para este procedimiento?

Respuesta:

El pseudoaneurisma fue una complicación del injerto colocado previamente. En la intervención se desplegó un stent dentro del injerto existente para reforzarlo y prevenir la recurrencia de una rotura. Deberían usarse dos códigos para recoger este caso. El tipo de intervención "revisión" recoge el hecho de que se reparó el injerto venoso de safena colocado anteriormente. El tipo de intervención "suplemento" recoge el hecho de que se ha colocado un stent dentro del injerto existente para reforzar el sitio del bypass previo. Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS para la reparación endovascular de pseudoaneurisma usando un stent:

04WY37Z Revisión de sustituto de tejido autólogo en arteria inferior, abordaje percutáneo

04UK3JZ Suplemento de arteria femoral derecha con sustituto sintético, abordaje percutáneo

Pregunta:

¿Cómo debe codificarse una herida quirúrgica no curada?

Respuesta:

La ICD-10-CM no proporciona un código específico para describir una herida quirúrgica no curada. Asigne el código T81.89X-, Otras complicaciones de procedimiento no clasificadas en otro concepto, para una herida quirúrgica inespecífica no curada. Si la herida postquirúrgica no cura debida a una infección, asigne el código T81.4XX-, Infección tras un procedimiento. Si la herida fue cerrada una vez y ya no se cierra, codifíquelo como disrupción. En este caso debe asignarse el código T81.3-, Disrupción de herida, no clasificada en otro concepto.

Pregunta:

Sigue siendo válido también para la ICD-10-CM el consejo de *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 2010, página 5 (página 3 de la versión traducida [NT]) acerca de la codificación de déficits neurológicos causados por ACV incluso cuando están ya resueltos en el momento del alta del hospital?

Respuesta:

La hemiplejía no es inherente a un accidente cerebrovascular agudo (ACVA). Por tanto debería codificarse incluso si la hemiplejía se resuelve con so sin tratamiento. La hemiplejía afecta el cuidado que recibe el paciente. Registre cualquier déficit neurológico causado por el ACVA incluso si se ha resuelto en el momento del alta del hospital.

Pregunta:

El paciente fue ingresado con sangrado gastrointestinal. El médico realizó una embolización con microperlas en la arteria mesentérica inferior para ocluir totalmente la arteria. ¿Cuál es el código de procedimiento correcto de la ICD-10-PCS?

Respuesta:

Las microperlas y microespirales se clasifican como dispositivos intraluminales. La entrada del dispositivo para "espiral de embolización" indica al codificador que use dispositivo intraluminal. Asigne el código de la ICD-10-PCD siguiente:

04LB3DZ Oclusión de la arteria mesentérica inferior con dispositivo intraluminal, abordaje percutáneo.

Pregunta:

El paciente sufrió un sangrado gastrointestinal bajo y fue tratado con embolización endovascular usando microespirales para parar el flujo de sangre. El lugar del sangrado se encontró en la rama del colon descendente izquierdo proximal de la arteria cólica izquierda. La rama arterial principal del sangrado fue embolicada con éxito con microespirales. ¿Cuál es el código de procedimiento correcto de la ICD-10-PCS?

Respuesta:

Los microespirales y microperlas se clasifican como dispositivos intraluminales. La entrada del dispositivo para "espiral de embolización" indica al codificador que use dispositivo intraluminal. Asigne el código de la ICD-10-PCD siguiente:

04L73DZ Oclusión de la arteria cólica izquierda con dispositivo intraluminal, abordaje percutáneo.

Pregunta:

Trabajando en un hospital psiquiátrico a menudo nos encontramos con el diagnóstico de "duelo complicado" cuando no hay mención de trastorno/reacción adaptativa. ¿Qué código se asigna si la muerte no fue de un miembro de la familia?

Respuesta:

Asigne el código F34.21, Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, para el "duelo complicado". El duelo/dolor complicado se describe como una reacción de dolor. El hecho de que la muerte no sea de un familiar no afecta a la asignación del código.

El código Z63.4, Desaparición y muerte de miembro de la familia, se asigna cuando en el juicio diagnóstico se lista únicamente "Duelo" e implica a un miembro de la familia.

Pregunta:

Si un médico documenta insuficiencia cardiaca con la fracción de eyección conservada, insuficiencia cardiaca con función sistólica conservada, y/o insuficiencia cardiaca con fracción de eyección disminuida, insuficiencia cardiaca con fracción de eyección baja, insuficiencia cardiaca con función sistólica reducida u otros términos similares, ¿puede el codificador suponer que el médico quiere decir "insuficiencia cardiaca diastólica" o "insuficiencia cardiaca sistólica", y aplicar el código adecuado de la ICD-10-CM basado en las circunstancias clínicas documentadas?

Respuesta:

No, el codificador no puede asumir ni la insuficiencia diastólica ni la sistólica o la combinación de ambas basado en estos términos. Por tanto, pregunte al médico para aclarar si el paciente tiene un fallo sistólico o diastólico.

Correcciones

Biopsia de ganglio linfático con aguja de aspiración transbronquial

El *Coding Clinic,* Cuarto trimestre de 2013, páginas 111-112 (páginas 99-100 de la versión traducida [NT]), aconseja asignar el código 07974ZX de la ICD-10-PCS, Drenaje de ganglio linfático de tórax, abordaje endoscópico percutáneo, diagnóstico, para la biopsia por aspiración endoscópica transbronquial de ganglio linfático. Esta asignación de código es inexacta y el tipo de intervención tendría que ser "escisión". La aspiración con aguja fina comprende colocar una aguja a través del tejido, se aplica succión y el tejido se aspira para biopsia. El tipo de intervención "drenaje" se usa cuando se extrae un líquido o gas para propósitos diagnósticos o terapéuticos (ej. colección de líquido o drenaje de absceso).

Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS para la biopsia por aspiración endoscópica transbronquial de ganglio linfático:

07B74ZX Escisión de linfático torácico, abordaje endoscópico percutáneo, diagnóstico

Diríjase al Coding Clinic for ICD-9-CM Cuarto trimestre de 2013, páginas 111-112 (páginas 99-100 de la versión traducida [NT]), para más información acerca de la biopsia por aspiración endoscópica transbronquial de ganglio linfático.

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. Por tanto la copia de este documento para otros usos no personales no cumple la finalidad del traductor, por lo que éste no se hace responsable del destino que se pudiera realizar de estos contenidos.