

---

# AHA

## Coding Clinic™

---

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

---

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

---

**Volumen 2**  
**Número 4**

**Cuarto Trimestre**  
**2015**

---

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 13 de noviembre de 2015 (sólo en USA <sup>NT</sup>)

#### **En este número**

Actualización de la ICD-10-CM

Códigos de Procedimiento de la ICD-10-PCS nuevos y revisados

Cambios en la Normativa Oficial de Codificación de la ICD-10-PCS

Uso de la clave de dispositivo y de la tabla de dispositivos de la ICD-10-PCS

Aplicación de ejemplares pasados del *Coding Clinic for ICD-9-CM* de la AHA a la *ICD-10*

Procedimientos correctivos cardiacos congénitos

Dispositivos de acceso vascular

Pregunte al editor

Aclaración

Noticia

---

## **Actualización – Normativa Oficial de Codificación con ICD-10-CM y paralización del conjunto de códigos de la ICD-10**

No hay códigos nuevos o revisados de diagnósticos o cambios en la Normativa Oficial para Codificación con ICD-10-CM para el año fiscal (FY) 2016 debido a la paralización de parte del conjunto de códigos a la espera de la implementación de la ICD-10. El siguiente enlace es para la normativa actual de la ICD-10-CM:

[http://www.cdc.gov/nchs/data/icd/10cmguidelines\\_2016\\_final.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/icd/10cmguidelines_2016_final.pdf)

Efectivo desde el 1 de octubre de 2015, ha habido una actualización limitada del conjunto de códigos de la ICD-10-PCS para capturar nuevas tecnologías como las requeridas en la sección 503(a) de la Pub. L. 108-173. El Comité para Coordinación y Mantenimiento de la ICD-10 ha continuado reuniéndose dos veces al año durante la paralización parcial. En estas reuniones los presentes están de acuerdo que se pudieran crear nuevos códigos de procedimientos de la ICD-10-PCS basados en la necesidad de capturar nueva tecnología. El 1 de octubre de 2016 (un año tras la implementación de la ICD-10) comenzarán las actualizaciones regulares de la ICD-10-CM y de la ICD-10-PCS.

---

## Códigos nuevos/revisados de la ICD-10-PCS

### Angioplastia con balón recubierto de fármaco en vasos periféricos

Efectivo desde el 1 de octubre de 2015, se han creado códigos nuevos de la ICD-10-PCS para identificar el uso de balones recubiertos de fármaco en angioplastia periférica con el fin de diferenciar esta nueva tecnología de la angioplastia tradicional. El uso de balones recubiertos de fármaco en angioplastia se identifica ahora por el valor de calificador “1 Balón recubierto de fármaco”. Este nuevo calificador se ha añadido a la tabla 047 Dilatación de Arterias Inferiores, y está disponible para todos los vasos de la tabla. En referencia a la codificación, los balones recubiertos de fármaco no se consideran dispositivos porque no se dejan en el cuerpo tras el procedimiento.

El uso de balones recubiertos de fármaco en procedimientos intervencionistas es un avance tecnológico en el tratamiento de la placa obstructiva de las extremidades inferiores. Aunque el uso de stent metálicos y stent liberadores de fármaco han disminuido la incidencia de restenosis, ciertos estudios han demostrado que la restenosis se desarrolla en aproximadamente un 18 al 49% de los pacientes. Este se produce debido a la lesión de la pared arterial que produce una respuesta fisiológica llevando a una proliferación celular e hiperplasia dentro de la arteria.

Los balones recubiertos de fármaco se han desarrollado para obtener los beneficios de la angioplastia con liberación de fármaco, mientras evita las complicaciones potenciales y las consecuencias de un implante permanente. En los balones recubiertos de fármaco un catéter de balón de angioplastia estándar recibe un revestimiento antiproliferativo que consiste en un fármaco y un portador. El Paclitaxel es un fármaco comúnmente usado en la mayoría de los stent liberadores de fármaco. Los portadores, que pueden variar, son sustancias naturales designadas a proporcionar una transferencia rápida del fármaco dentro de la pared arterial. Los balones recubiertos de fármaco no necesitan ser inflados más ni por más tiempo que una angioplastia convencional. Cuando se expande el balón, el revestimiento se expone totalmente en la pared del vaso y el portador facilita el depósito del fármaco dentro del tejido arterial.

El fármaco permanece en la pared arterial y es detectable niveles terapéuticos durante 60 a 90 días. Ciertas investigaciones revelan que son todavía detectables trazas de fármaco a los 180 días, permitiendo de este modo la acción de fármaco para inhibir la restenosis durante la fase crítica. La tasa de restenosis se disminuye porque la lesión por la dilatación cura normalmente durante el período en que el fármaco está presente.

Los códigos nuevos de la ICD-10-PCS con las descripciones se listan más abajo:

Nuevo código de Procedimiento	Descripción
047K041	Dilatación de arteria femoral derecha con dispositivo intraluminal liberador de fármaco usando balón recubierto de fármaco, abordaje abierto
047K0D1	Dilatación de arteria femoral derecha con dispositivo intraluminal usando balón recubierto de fármaco, abordaje abierto
047K0Z1	Dilatación de arteria femoral derecha usando balón recubierto de fármaco, abordaje abierto
047K341	Dilatación de arteria femoral derecha con dispositivo intraluminal liberador de fármaco usando balón recubierto de fármaco, abordaje percutáneo
047K3D1	Dilatación de arteria femoral derecha con dispositivo intraluminal usando balón recubierto de fármaco, abordaje percutáneo
047K3Z1	Dilatación de arteria femoral derecha usando balón recubierto de fármaco, abordaje percutáneo
047K441	Dilatación de arteria femoral derecha con dispositivo intraluminal liberador de fármaco usando balón recubierto de fármaco, abordaje endoscópico percutáneo
047KD1	Dilatación de arteria femoral derecha con dispositivo intraluminal usando balón recubierto de fármaco, abordaje endoscópico percutáneo
047K4Z1	Dilatación de arteria femoral derecha usando balón recubierto de fármaco, abordaje endoscópico percutáneo
047L041	Dilatación de arteria femoral izquierda con dispositivo intraluminal liberador de fármaco usando balón recubierto de fármaco, abordaje abierto
047L0D1	Dilatación de arteria femoral izquierda con dispositivo intraluminal usando balón recubierto de fármaco, abordaje abierto
047L0Z1	Dilatación de arteria femoral izquierda usando balón recubierto de fármaco, abordaje abierto
047L341	Dilatación de arteria femoral izquierda con dispositivo intraluminal liberador de fármaco usando balón recubierto de fármaco, abordaje percutáneo
047L3D1	Dilatación de arteria femoral izquierda con dispositivo intraluminal usando balón recubierto de fármaco, abordaje percutáneo
047L3Z1	Dilatación de arteria femoral izquierda usando balón recubierto de fármaco, abordaje percutáneo

047L441	Dilatación de arteria femoral izquierda con dispositivo intraluminal liberador de fármaco usando balón recubierto de fármaco, abordaje endoscópico percutáneo
047L4D1	Dilatación de arteria femoral izquierda con dispositivo intraluminal usando balón recubierto de fármaco, abordaje endoscópico percutáneo
047L4Z1	Dilatación de arteria femoral izquierda usando balón recubierto de fármaco, abordaje endoscópico percutáneo
047M041	Dilatación de arteria poplítea derecha con dispositivo intraluminal liberador de fármaco usando balón recubierto de fármaco, abordaje percutáneo
047M0D1	Dilatación de arteria poplítea derecha con dispositivo intraluminal usando balón recubierto de fármaco, abordaje abierto
047M0Z1	Dilatación de arteria poplítea derecha usando balón recubierto de fármaco, abordaje abierto
047M341	Dilatación de arteria poplítea derecha con dispositivo intraluminal liberador de fármaco usando balón recubierto de fármaco, abordaje percutáneo
047M3D1	Dilatación de arteria poplítea derecha con dispositivo intraluminal usando balón recubierto de fármaco, abordaje percutáneo
047M3Z1	Dilatación de arteria poplítea derecha usando balón recubierto de fármaco, abordaje percutáneo
047M441	Dilatación de arteria poplítea derecha con dispositivo intraluminal liberador de fármaco usando balón recubierto de fármaco, abordaje endoscópico percutáneo
047M4D1	Dilatación de arteria poplítea derecha con dispositivo intraluminal usando balón recubierto de fármaco, abordaje endoscópico percutáneo
047M4Z1	Dilatación de arteria poplítea derecha usando balón recubierto de fármaco, abordaje endoscópico percutáneo
047N041	Dilatación de arteria poplítea izquierda con dispositivo intraluminal liberador de fármaco usando balón recubierto de fármaco, abordaje abierto
047N0D1	Dilatación de arteria poplítea izquierda con dispositivo intraluminal usando balón recubierto de fármaco, abordaje abierto
047N0Z1	Dilatación de arteria poplítea izquierda usando balón recubierto de fármaco, abordaje abierto
047N341	Dilatación de arteria poplítea izquierda con dispositivo intraluminal liberador de fármaco usando balón recubierto de fármaco, abordaje percutáneo

047N3D1	Dilatación de arteria poplítea izquierda con dispositivo intraluminal usando balón recubierto de fármaco, abordaje percutáneo
047N3Z1	Dilatación de arteria poplítea izquierda usando balón recubierto de fármaco, abordaje percutáneo
047N441	Dilatación de arteria poplítea izquierda con dispositivo intraluminal liberador de fármaco usando balón recubierto de fármaco, abordaje endoscópico percutáneo
047N4D1	Dilatación de arteria poplítea izquierda con dispositivo intraluminal usando balón recubierto de fármaco, abordaje endoscópico percutáneo
047N4Z1	Dilatación de arteria poplítea izquierda usando balón recubierto de fármaco, abordaje endoscópico percutáneo

**Pregunta:**

Un hombre de 65 años con claudicación grave en la pantorrilla desarrolló una úlcera en el pie derecho y fue ingresado en el hospital para procedimiento intervencionista percutáneo. El paciente es un fumador con diabetes mellitus, hipertensión y dislipemia. La angiografía diagnóstica confirmó una oclusión completa de la arteria femoral superficial derecha y fue sometido a angioplastia de balón con colocación de stent usando un balón recubierto de fármaco. La imagen posoperatoria mostró que el flujo sanguíneo se había restablecido. ¿Cuál es el código de la ICD-10-PCS adecuado para la angioplastia de arteria femoral usando un balón recubierto de fármaco con colocación de stent?

**Respuesta:**

Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS para el procedimiento realizado:

**047K3D1** Dilatación de arteria femoral derecha con dispositivo intraluminal usando balón recubierto de fármaco, abordaje percutáneo

---

## Nueva sección de códigos X – Procedimientos de nuevas tecnologías

Efectivo desde el 1 de octubre de 2015, se ha creado en la ICD-10-PCS una nueva sección titulada “Sección X Nueva Tecnología”. Dos de los valores de los códigos de la nueva sección X describe nuevo equipamiento usado durante un procedimiento: “Tecnología de aterectomía orbital” (equipamiento usado para ayudar en la realización de la aterectomía coronaria, y “Sensor de sustitución de rodilla intraoperatoria” (un ayuda usada durante la cirugía de sustitución de rodilla. Además hay cuatro secciones nuevas de valores X que describen medicamentos de nueva tecnología: “antiinfeccioso Ceftazidima-Avibactam”, “Idarucizumab agente reversor del Dabigatran”, “antiinfeccioso Isavuconazol” e “inmunoterapia antineoplásica con Blinatumomab”. La siguiente información se proporciona en respuesta a necesidades de información sobre la nueva sección X, Nueva Tecnología, de la ICD-10-PCS.

### Visión en conjunto

Esta nueva sección proporciona un lugar a códigos que únicamente identifican procedimientos pedidos a través del Proceso de Aplicación de Nueva Tecnología o que recogen otras tecnologías nuevas normalmente no clasificadas en la ICD-10-PCS. De acuerdo a los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) los códigos para nuevas tecnologías sean consistentes con los códigos actuales de la ICD-10-PCS pueden crearse aún dentro de la estructura de la ICD-10-PCS.

### Estructura de la Sección X

Al igual que todos los códigos de la ICD-10-PCS, los códigos de la sección X tienen siete caracteres de longitud. Están también organizados en tablas que contienen las combinaciones válidas de valores para cada uno de los siete caracteres. Como en otras secciones cada uno de los siete caracteres especifican el mismo tipo de información dentro de una sección.

En la sección X, los siete caracteres se definen como sigue:

Primer carácter: sección (X)

Segundo carácter: sistema corporal

Tercer carácter: operación

Cuarto carácter: parte corporal

Quinto carácter: abordaje

Sexto carácter: dispositivo/sustancia/tecnología

Séptimo carácter: calificador

### Segundo carácter, Sistema corporal

Los valores de sistema corporal no coinciden exactamente con los valores de sistema corporal en la sección Médica y Quirúrgica, o cualquier otra sección aislada de la ICD-10-PCS. Por ejemplo, en lugar del valor 5 de sistema corporal que clasifica por separado el sistema cardiovascular, hay un valor de sistema solo de Cardiovascular. Unos valores amplios para sistema corporal proporciona la necesaria flexibilidad para los valores del cuarto carácter de la parte corporal ya que éstos pueden luego ser generales o específicos según se necesite para de representar eficientemente el lugar del procedimiento en un código de nueva tecnología.

---

### **Tercer carácter, tipo de Operación**

El tercer carácter de tipo de operación en la sección X usa los mismos valores y definiciones de sus equivalentes en otras secciones de la ICD-10-PCS. Por ejemplo, los tipos de operación usados en las tablas de la sección X para el 1 de octubre de 2015 son Extirpación, Introducción y Monitorización. Usan los mismos valores y definiciones de tipo de operación que sus equivalentes en las secciones Médica y Quirúrgica, Administración, y Medición y Monitorización respectivamente.

### **Cuarto carácter, Parte corporal**

La sección X es capaz de representar los diferentes niveles de especificidad encontrados en todas las otras secciones. El valor adecuado de parte corporal para un nuevo fármaco puede ser muy general, tal como vena periférica, o puede ser muy específico como aorta torácica.

### **Quinto carácter, Abordaje**

Los valores del quinto carácter de abordaje en la sección X son los mismos que los usados en todas las demás secciones de la ICD-10-PCS especificando el abordaje (ej. percutáneo, abierto, endoscópico, etc.).

### **Sexto carácter, Dispositivo/Sustancia/Tecnología**

En la sección X el valor del sexto carácter es una descripción de la característica diferencial de la nueva tecnología. Puede ser un nuevo tipo de sustancia, un nuevo dispositivo o una forma de realizar un procedimiento que usa el nuevo equipamiento o una nueva técnica. La definición del sexto carácter (dispositivo/sustancia/tecnología) es lo suficientemente amplia como para dar cabida a los tipos de tecnologías que se clasificarán en la sección X. Es realmente el valor clave en el código que destaca lo que es nuevo en el procedimiento.

### **Séptimo carácter, Calificador**

El calificador en la sección X especifica un “nuevo grupo de tecnología” que simplemente es una indicación general de cuando se ha creado el código. Los códigos de la Sección X añadidos el 1 de octubre de 2015 tienen todos el calificador 1. El próximo año en que se creen códigos en la sección X tendrán el calificador 2, y así sucesivamente.

Los códigos de la sección X requieren más flexibilidad que otras secciones ya que pueden usar potencialmente tipos de operación y valores de partes corporales de muchas otras secciones de la PCS. Por ejemplo, una tecnología nueva usando el tipo de operación con valor 1 Monitorización, de la sección de Monitorización y Medida, fue creada en la primera actualización de nueva tecnología. Un futuro código de nueva tecnología puede necesitar el uso del valor de tipo de operación 1 Bypass, de la sección Médica y Quirúrgica, y esto debe hacerse sin crear códigos duplicados.

Los códigos de la sección X necesitan también la capacidad de reutilizar valores de sexto carácter, así que puede crearse un valor de sexto carácter para cada nueva tecnología diferente. Dando al calificador un único número o letra cada vez, la sección X se actualiza dando a la sección esta capacidad. Es esencialmente “resetear el cuentakilómetros”. Permitiendo que los valores de tipo de operación, la parte corporal y el dispositivo/sustancia/tecnología puedan reciclarse con cada grupo de nueva tecnología, la sección X puede optimizar tanto la flexibilidad como la consistencia. Los códigos de la sección X pueden usar los mismos valores de tipo de operación y parte corporal como sus más cercanos equivalentes de cualquier parte de la ICD-10-PCS., mientras se evita la posible creación de códigos duplicados. También da a la sección una flexibilidad general que permitirá a la sección X evolucionar a medida que la tecnología evoluciona.

---

## **Comparación de la Sección X y Categoría III de la CPT (\*)**

Han aparecido preguntas como si los códigos de la sección X son similares en cuanto a propósito con los códigos de la Categoría II de la CPT. Aunque pueda existir un parecido superficial entre la nueva sección X en la ICD-10-PCS y la Categoría III de la CPT, la intención y uso de los códigos de la sección X son de hecho muy distintas.

Los procedimientos de la sección X no se crearon para identificar tecnologías de investigación o experimentales. Una única sección X permite captura de manera eficiente y exacta nuevas tecnologías en los datos de los códigos para una gran variedad de nuevas tecnologías clínicas, de investigación a efectos de política de pago.

(\*) La CPT (Current Procedural Terminology) es un conjunto de códigos médicos mantenidos por la AMA (Asociación Médica Americana) que describe servicios médicos, quirúrgicos y diagnósticos y está diseñado para comunicar información uniforme sobre dichos servicios entre médicos, codificadores, pacientes, organismos de acreditación y pagadores con fines administrativos, financieros y analíticos. Se publican cada 1 de octubre y se dispone de una edición estándar y otra profesional. La CPT es similar a las codificaciones de la CIE-9 y CIE-10 excepto que identifican los servicios prestados en lugar del diagnóstico. También tienen códigos de procedimiento pero solo se usan a nivel hospitalario. Se dividen en tres categorías: Categoría I (códigos de evaluación y gestión, anestesia, cirugía, radiología, patología y laboratorio y de medicina), Categoría II y Categoría III (tecnología emergente) <sup>NT</sup>

## **Normativa de la Sección X**

Hay actualmente una normativa para la codificación de procedimientos de la sección X. Esta dice: “La sección X no introduce ningún concepto nueva norma inusual para la correcta codificación. Los códigos de la sección X son códigos autónomos. No son códigos suplementarios. Estos códigos representan totalmente el procedimiento descrito en el título del código y por tanto no necesitan ningún código adicional de otras secciones de la ICD-10-PCS. Cuando la sección X contiene un título que describe un procedimiento específico de nueva tecnología, solo se informe este código X p para dicho procedimiento. No hay necesidad de informar un código más amplio, no específico en otra sección de la ICD-10-PCS”.

La codificación de procedimientos de la sección X no se diferencia fundamentalmente de la asignación de códigos de la ICD-10-PCS en otras secciones. Los códigos de la sección X no se consideran “suplementarios” o “adjuntos”, lo que significa que pueden codificarse por sí mismos si son el único procedimiento realizado. Sin embargo, no hay códigos “independientes” en el sentido de que pueden ser codificados por sí mismos. Si se realizan procedimientos adicionales durante un episodio operatorio debería codificarse normalmente, luego se informan de múltiples procedimientos. En otras palabras, los códigos de la sección X pueden informarse solos o con otros códigos de la ICD-10-PCS, al igual que otras secciones en la ICD-10-PCS.

La normativa usa el ejemplo del código XW04321 Introducción del antiinfeccioso Ceftazidima-avibactam en vena central, abordaje percutáneo, nueva tecnología grupo 1, y dice que no necesitaría un código separado de la tabla 3E0 en la sección de Administración de la ICD-10-PCS para informarlo además ya que los códigos de la sección X identifican completamente el procedimiento para la administración del antibiótico Ceftazidima-avibactam. Esto significa que los códigos X capturan tanto el fármaco como el procedimiento de administración del mismo, como cualquier código similar de la sección de Administración de la ICD-10-PCS. Sin embargo, la Ceftazidima-avibactam se ha administrado durante un episodio operatorio n el que se ha realizado un procedimiento diferente tal como un injerto de piel por lo que el procedimiento tradicional debería informarse igualmente.

---

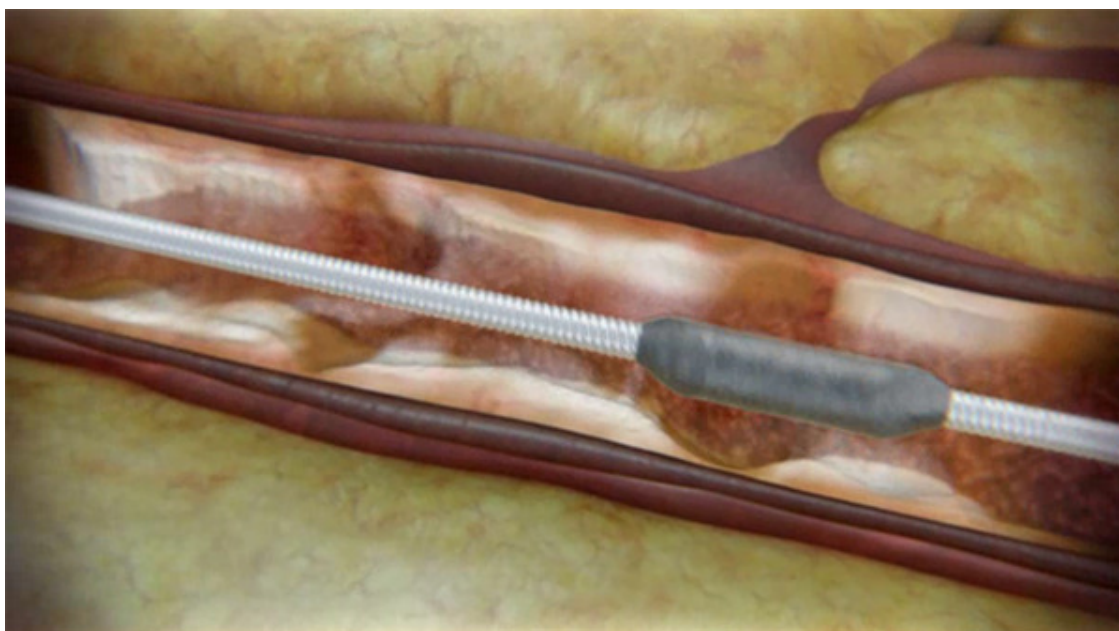
El 1 de octubre de 2015 se crearon catorce procedimientos de la sección X. Además, se crearon 36 nuevos códigos en la sección Médica y Quirúrgica, para procedimientos de nueva tecnología coherentes con los códigos actuales de la ICD-10-PCS.

Los nuevos códigos de la “Sección X de Nueva Tecnología” tal como se indican abajo describen el uso de la tecnología de aterectomía orbital <sup>(1)</sup>, monitorización intraoperatoria de la rodilla usando un sensor de sustitución de la rodilla <sup>(2)</sup> y la administración de fármacos de nueva tecnología <sup>(3)</sup>: antiinfeccioso Ceftazidima-Avibactam, Idarucizumab, agente reversor del Dabigatran, antiinfeccioso Isavuconazol y el inmunoterápico antineoplásico Blinatumomab.

- (1) El Sistema de Aterectomía Orbital está destinado a tratar la placa calcificada y fibrótica en los vasos arteriales mediante endarterectomía. El sistema se basa en un mecanismo orbital de acción que protege el tejido sano, mientras que elimina la placa, incluso la más difícil de tratar. El mango cuenta con un botón de encendido y unos controles de selección de velocidad para facilitar su uso y un mayor control por parte del médico. La corona, disponible en tamaños de 1,25, 1,50, 1,75 y 2,00 mm, está diseñada para la eliminación máxima de la placa a velocidades más bajas, con un eje flexible para un escurrimiento controlado, seguir las curvas de los vasos o una anatomía tortuosa.

El sistema orbital opera mediante fuerza centrífuga, que hace que la corona gire al mismo tiempo que avanza a través de la lesión. A medida que la rotación de la corona aumenta, la fuerza centrífuga presiona la corona contra la placa y la pulveriza en partículas diminutas. Más del 99% de las partículas son más pequeñas que un glóbulo rojo, y son lavadas con el flujo de la sangre del paciente. El tejido elástico, más dócil, se flexiona alejándose de la corona y deja el tejido no enfermo intacto. El resultado es un vaso liso, concéntrico y abierto que parece ser de un tamaño normal y permite el flujo de sangre robusto.

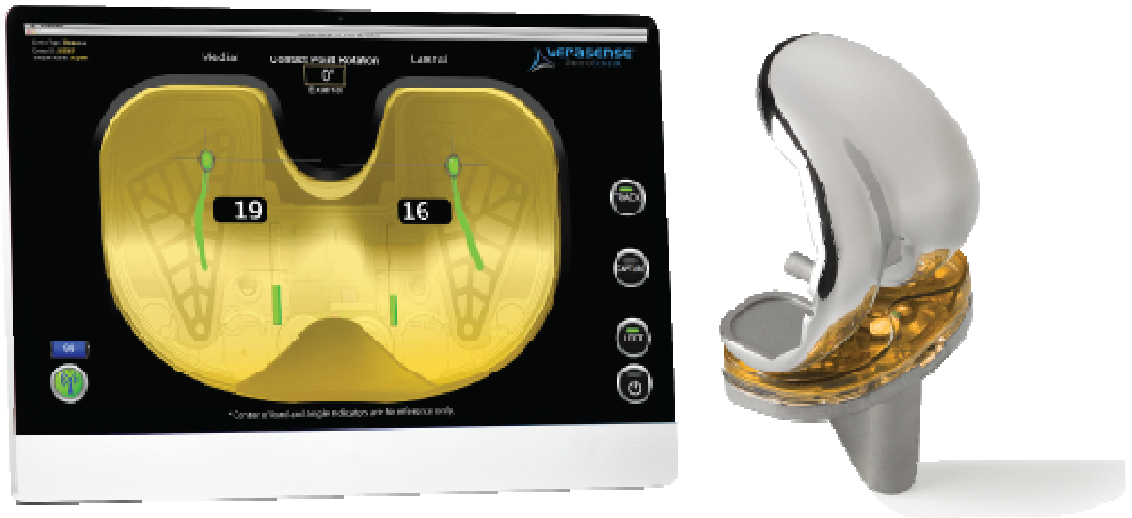
Además, mediante la eliminación inicialmente de la placa endurecida y cambiando la docilidad de la lesión por aterectomía, los médicos pueden posteriormente realizar la angioplastia con balón de baja presión, lo que puede reducir el potencial del barotrauma al vaso durante el procedimiento de angioplastia. <sup>NT</sup>



Sistema de aterectomía orbital <sup>NT</sup>

Más información disponible en el video de <http://csi360.com/innovation-in-action/>

- (2) Un sensor para sustitución de rodilla es un dispositivo que monitoriza los movimientos de la rodilla y permite tomar decisiones con respecto a la posición de los componentes y de los tejidos blandos para lograr el equilibrio y la estabilidad a través de una gama completa de movimientos <sup>NT</sup>



Sensor de sustitución de rodilla Verasense ® <sup>NT</sup>

Para una mayor información véase el documento en: <https://assetswp.orthosensor.com/wp-content/uploads/2015/08/VERASENSE-FOR-SNN-AT-A-GLANCE.pdf>

- (3) La Cefotaxidima-Abivactam es un fármaco de combinación de dosis fija que contiene un antibiótico de cefalosporina de 3<sup>a</sup> generación (Cefotaxidima) y un nuevo no  $\beta$ -lactámico inhibidor de la  $\beta$ -lactamasa (Avibactam) desarrollado para el tratamiento infecciones por organismos Gram – multirresistentes. Se usa exclusivamente en tratamiento de infecciones del tracto urinario complicadas incluidas pielonefritis agudas con resistencia a otros antibióticos.

El Idarucizumab es un anticuerpo monoclonal diseñado para revertir los efectos anticoagulantes del Dabigatran. Por su parte el Dabigatran es un anticoagulante oral de la clase de los inhibidores directos de la trombina. Se está estudiando para diversas indicaciones clínicas y, en muchos casos, puede sustituir a la warfarina como anticoagulante preferido.

El Isavuconazol es un fungicida triazólico indicado en el tratamiento de la aspergilosis invasiva y la mucormicosis. Su acción se basa en la inhibición del ergosterol que es un componente clave de la membrana celular fúngica.

El Blinatumomab, previamente conocido como AMG103, es un fármaco usado como tratamiento de segunda línea para la leucemia linfoblástica aguda refractaria o recidivante con cromosoma Philadelphia negativo. Perteneció a una clase de anticuerpos monoclonales que actúan directamente sobre los antígenos CD19 de las células B dirigiendo el sistema inmune contra las células tumorales. <sup>NT</sup>

Nueva Sección de Códigos X	Descripción
X2C0361	Extirpación de sustancia de arteria coronaria, una localización usando tecnología de aterectomía orbital, abordaje percutáneo, grupo 1 de nueva tecnología
X2C1361	Extirpación de sustancia de arteria coronaria, dos localizaciones usando tecnología de aterectomía orbital, abordaje percutáneo, grupo 1 de nueva tecnología
X2C2361	Extirpación de sustancia de arteria coronaria, tres localizaciones usando tecnología de aterectomía orbital, abordaje percutáneo, grupo 1 de nueva tecnología
XR2H021	Monitorización de la articulación de la rodilla derecha usando sensor de sustitución de rodilla intraoperatorio, abordaje abierto, grupo 1 de nueva tecnología
XRH021	Monitorización de la articulación de la rodilla izquierda usando sensor de sustitución de rodilla intraoperatorio, abordaje abierto, grupo 1 de nueva tecnología
XW03321	Introducción de antiinfeccioso Ceftazidima-Avibactam en vena periférica, abordaje percutáneo, grupo 1 de nueva tecnología
XW03331	Introducción de Idarucizumab, agente reversor de Dabigatran en vena periférica, abordaje percutáneo, grupo 1 de nueva tecnología
XW03341	Introducción de antiinfeccioso Isavuconazol en vena periférica, abordaje percutáneo, grupo 1 de nueva tecnología
XW03351	Introducción de inmunoterápico antineoplásico Blinatumobab en vena periférica, abordaje percutáneo, grupo 1 de nueva tecnología
XW04321	Introducción de antiinfeccioso Ceftazidima-Avibactam en vena central, abordaje percutáneo, grupo 1 de nueva tecnología
XW04331	Introducción de Idarucizumab, agente reversor de Dabigatran en vena central, abordaje percutáneo, grupo 1 de nueva tecnología
XW04341	Introducción de antiinfeccioso Isavuconazol en vena central, abordaje percutáneo, grupo 1 de nueva tecnología
XW04351	Introducción de inmunoterápico antineoplásico Blinatumobab en vena central, abordaje percutáneo, grupo 1 de nueva tecnología

Se proporcionan ejemplos de los tres tipos de códigos de la sección X para procedimientos de nueva tecnología en las preguntas y respuestas siguientes.

---

### Pregunta:

Un hombre de 74 años es ingresado en el hospital tras tener un accidente de coche, con abdomen agudo y sospecha de sangrado interno. Tenía una historia documentada de embolismo pulmonar y estuvo con profilaxis de TVP con Pradaxa (Dabigatran®<sup>NT</sup>). Antes de la intervención, se le administró un bolo de infusión de Idarucizumab mediante catéter central insertado periféricamente con una reversión rápida de la anticoagulación. Luego el paciente fue llevado al quirófano donde se realizó una laparotomía exploradora con resección del bazo. ¿Cuáles son los códigos correctos para este episodio? ¿La administración de Idarucizumab se codifica por separado?

### Respuesta:

Para la resección abierta de bazo asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

**07TP0ZZ** Resección de bazo, abordaje abierto

Los centros pueden elegir codificar las infusiones de Idarucizumab. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS para la infusión de Idarucizumab mediante catéter venoso central:

**XW04331** Introducción de Idarucizumab, agente reversor del Dabigatran, en vena central, abordaje percutáneo, grupo 1 de nueva tecnología

### Pregunta:

Un paciente al que se le hizo un injerto de bypass de arteria coronaria se presenta con angina inestable. Se le encontró un bloqueo casi total del bypass de injerto de venoso de safena. Se le llevó urgentemente al laboratorio de hemodinámica para una intervención coronaria percutánea. Se realizó una aterectomía para retirar una placa ateromatosa gravemente calcificada usando un sistema de aterectomía orbital Diamondback. La lesión es atravesada con éxito, se realizó angioplastia con balón y se desplegó un stent Endeavor liberador de fármaco. ¿Cuáles son los códigos de la ICD-10-PCS adecuados para este procedimiento?

### Respuesta:

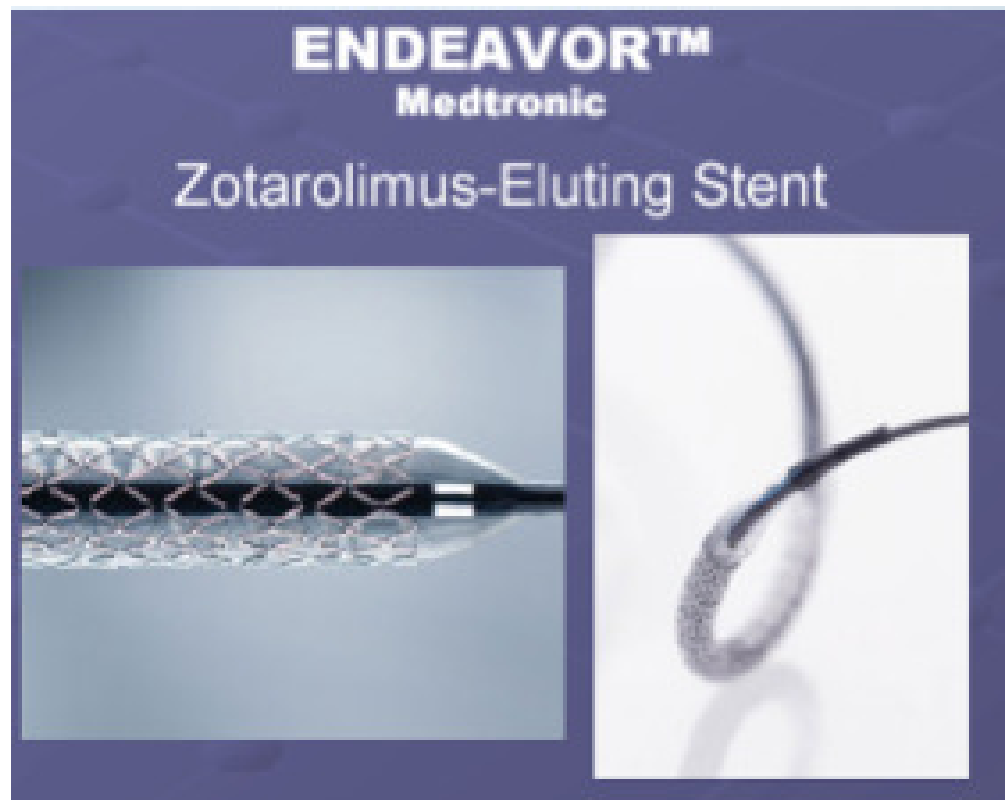
La aterectomía coronaria se codifica separadamente de la angioplastia usando el tipo de operación Extirpación. El uso de la técnica de aterectomía orbital se clasifica como nueva tecnología y se codifica usando un código de la sección X. Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS:

**X2C0361** Extirpación de materia de la arteria coronaria, una localización, usando tecnología de aterectomía orbital, abordaje percutáneo, grupo 1 de nueva tecnología, para la aterectomía orbital percutánea.

**027034Z** Dilatación de arteria coronaria, una localización, con dispositivo intraluminal liberador de fármaco, abordaje percutáneo para el balón de angioplastia con colocación de stent liberador de fármaco.



Sistema de aterectomía orbital Diamondback 360<sup>®</sup>NT



Stent liberador de fármaco Endeavor de Medtronic<sup>®</sup> NT

### Pregunta:

El paciente fue ingresado para tratamiento de una leucemia linfoblástica aguda (LAA) refractaria a precursores de células B. Se inyectó Blincyto® (blinatumobab<sup>NT</sup>) mediante infusión intravenosa continua en flujo constante usando una bomba externa. Se colocó un catéter venoso central con la punta confirmada en la vena cava superior y con el catéter tunelizado en tórax derecho desde la subclavia derecha la bomba se colocó percutáneamente en el tórax derecho. Fue dado de alta tras 17 días de infusión continua para completar los 28 días de tratamiento del ciclo de manera ambulatoria. ¿Cómo debe codificarse este procedimiento?

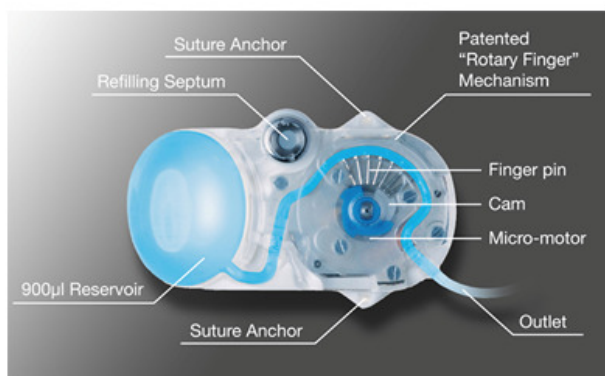
### Respuesta:

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

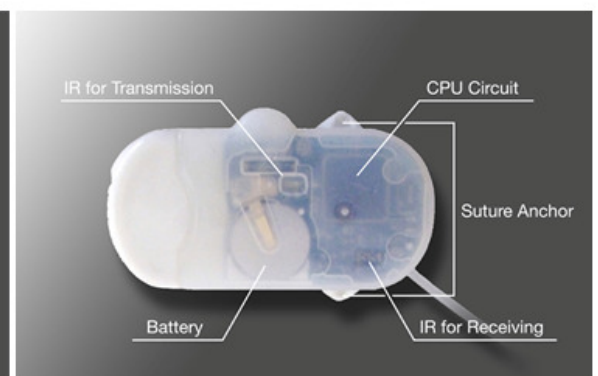
**02HV33Z** Inserción de dispositivo de infusión en vena cava superior, abordaje percutáneo, para la colocación del catéter venoso central.

**0JH63VZ** Inserción de bomba de infusión en tejido subcutáneo y fascia de tórax, abordaje percutáneo, para el acceso a la bomba de infusión tunelizada.

**XW04351** Introducción de antineoplásico blinatumobab en vena central, abordaje percutáneo, grupo 1 de nueva tecnología, para la infusión de Blincyto ya que debe codificarse cualquier procedimiento que afecte a la facturación.



Top view of iPRECIO® pump with its labeled parts



Bottom view of iPRECIO® pump with its labeled parts

Bomba de infusión implantable iPRECIO®<sup>NT</sup>

---

### Pregunta:

Un paciente fue ingresado con enfermedad vascular obstructiva periférica bilateral para angioplastia percutánea y posible colocación de stent. Se trató la arteria femoral común izquierda solo con angioplastia con balón recubierto de fármaco Lutonix® con buenos resultados. La arteria femoral derecha fue tratada también usando un catéter de angioplastia con balón recubierto de fármaco, seguido de un stent metálico colocado con éxito a través de la lesión. ¿Cuál es la asignación de código para la angioplastia transluminal percutánea usando solo un catéter de angioplastia con balón recubierto de fármaco? ¿Cuál es la asignación para una angioplastia con balón recubierto de fármaco seguido de un stent metálico?

### Respuesta:

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

- 047L3Z1** Dilatación de arteria femoral izquierda usando balón recubierto de fármaco, abordaje percutáneo, para la angioplastia transluminal percutánea usando balón recubierto de fármaco.
- 047K3D1** Dilatación de arteria femoral derecha usando balón recubierto de fármaco con dispositivo intraluminal, abordaje percutáneo, para la angioplastia transluminal percutánea usando balón recubierto de fármaco, seguido de colocación de stent.



Balón recubierto de fármaco Lutonix® NT

---

# Cambios en la Normativa Oficial de Codificación e Información con la ICD-10-PCS

Efectivo desde el 1 de octubre de 2015, hay cambios en la Normativa Oficial para Codificación e Información con la ICD-10-PCS. Solo se ha incluido aquí un resumen de las modificaciones. La normativa completa puede descargarse visitando la página:

<https://www.cms.gov/Medicare/Coding/ICD10/Downloads/2016-Official-ICD-10-PCS-Coding-Guidelines-.pdf>

Las modificaciones están publicadas bajo en siguiente formato:

- Los cambios narrativos aparecen en negrita (ej. **tipo de intervención**)
- Los elementos subrayados se han movido dentro de la normativa desde el 1 de octubre de 2014 (ej. tipo de intervención)
- Los elementos borrados se muestran como tachados (ej. ~~tipo de intervención~~)

## **B3. Tipo de Intervención**

### *Procedimientos múltiples*

#### B3.2b

El mismo tipo de intervención se repite en ~~distintas partes corporales que están incluidas en la misma~~ **múltiples partes corporales, y estas partes corporales están separadas y las diferentes regiones del cuerpo clasificadas en la ICD-10-CM en un único** valor de zona corporal.

### *Procedimientos de biopsia*

#### B3.4a

Los procedimientos de biopsia se codifican usando el tipo de operación Escisión, Extracción o Drenaje y el calificador Diagnóstico. ~~El calificador Diagnóstico se usa solo para las biopsias.~~

### *Procedimientos de Inspección*

#### B3.11b

Si se inspeccionan múltiples parte corporales tubulares, se codifica la parte corporal más distal ~~inspeccionada~~ **(la parte corporal más distante del punto de inicio de la inspección)**. Si se inspeccionan múltiples partes corporales no tubulares de una región, se codifica la parte corporal que especifica el área entera inspeccionada.

## B4. Parte corporal

### *Normativa general*

#### B4.1b

Si el prefijo “peri” se combina con una parte corporal para identificar el lugar del procedimiento, **y ese lugar no se especifica más**, el procedimiento se codifica con la parte corporal indicada. **Esta norma se aplica solo cuando no está disponible una parte corporal más específica.**

---

*Ejemplos:* Un lugar de un procedimiento identificado como perirrenal se codifica como región corporal de riñón **cuando el lugar no se ha especificado más. Un lugar de procedimiento descrito en la documentación como periuretral y dicha documentación indica también que es el tejido vulvar y no el uretral donde se ha realizado el procedimiento, se codifica con la parte corporal vulvar.**

*Normativa de la Sección de Nueva Tecnología (sección X)*

**D. Sección de nueva Tecnología**

*Normas Generales*

**D1**

Los códigos de la sección de códigos X son códigos independientes. No son códigos suplementarios. La Sección X representa completamente el procedimiento específico descrito en el título del código y no necesita ningún código adicional de otras secciones de la ICD-10-PCS. Cuando la Sección X contiene un título de código que describe un procedimiento de nueva tecnología específico, solo se informa este código X para el procedimiento. No hay necesidad de informar un código no específico más amplio de otra sección de la ICD-10-PCS.

*Ejemplo:* XW04321 Introducción de del antiinfeccioso Ceftazidime-Avibactam en vena central, Abordaje percutáneo, Grupo 1 de Nueva Tecnología puede ser codificado para indicar que la Ceftazidime-Avibactam se administró por vía venosa central. No se codifica un código separado de la tabla 3E0 de la sección de Administración de la ICD-10-PCS.

---

## Uso del valor de dispositivo de la ICD-10-PCS y Tabla de agregación de dispositivos

La ICD-10-PCS proporciona un “Valor de Dispositivo” y una “Tabla de agregación e Dispositivos”. El valor de dispositivo es una tabla que identifica dispositivos médicos específicos. Proporciona al codificador buscar un dispositivo médico particular y asigna el valor adecuado de sexto dígito, tal como sustituto de tejido autólogo o sustituto sintético. La tabla de agregación de dispositivos proporciona todas las entradas que se refieren a un valor de dispositivo en particular, y los codificadores pueden usar esta tabla para tener un mejor concepto de cómo están clasificados estos dispositivos. La tabla proporciona información general y específica sobre el dispositivo, la operación aplicable y el sistema corporal. Esta información es indexada por valor de dispositivo en las “definiciones” del fichero en PDF PCS, tal como se muestra abajo:

- 0 3 Médica y Quirúrgica – Operación**
- 0 4 Médica y Quirúrgica – Parte corporal**
- 0 5 Médica y Quirúrgica – Abordaje**
- 0 6 Médica y Quirúrgica – Dispositivo**
- 1 3 Obstétrica – Operación**

Un dispositivo intraluminal es el valor más genérico para cualquier dispositivo que permanece en la luz de un hueco o luz de una zona corporal. Se usa cuando el dispositivo no tiene un valor más específico. Cuando está disponible un valor de tipo de dispositivo intraluminal más específico, éste debe ser usado. Por ejemplo, un electrodo cardiaco intravenoso es un dispositivo que permanece en la luz o en un hueco de una parte corporal, pero desde que hay un valor de dispositivo específico de electrodo cardiaco, este valor se usa para la inserción o retirada del mismo, en lugar del más genérico de dispositivo intraluminal.

Un dispositivo de infusión es cualquier dispositivo que se usa para infundir sustancias en el organismo. Un catéter de infusión puede ser un dispositivo que se inserta en la luz de una parte tubular, como una vena, pero un catéter de infusión puede ser también insertado en otros sitios. El hecho de que es un catéter de infusión toma preferencia sobre si es intraluminal o no.

Abajo hay entradas para dispositivos de infusión y dispositivos intraluminales respectivamente, tal como se encuentran en la sección de definiciones de PCS, bajo el 06 Médica y Quirúrgica, Dispositivo:

**Dispositivo de infusión incluye:**

- Catéter intratecal Ascenda
- Catéter intratecal InDura (1P) (espinal)
- Catéter venoso central no tunelizado
- Catéter central insertado periféricamente (PICC)
- Catéter espinal tunelizado

---

**Dispositivo intraluminal incluye:**

Sistema de stent autoexpandible Absolute Pro Vascular  
Sistema de stent carotídeo Acculink (RX)  
AneuRx® AAA Advantage®  
Stent Assurant (Cobalt)  
Endoprótesis carotídea WALLSTENT® Monorail ®  
Catéter CoxAxia NeuroFlo  
Stent colónico Z®  
Stent Complete® (SE)  
Stent Driver (RX) (OTW)  
Stent E-Luminexx® (biliar) (vascular)  
Espiral de embolización  
Injerto de stent endovascular Endurant®  
Sistema de stent Premounted Express® (LD)  
Sistema de stent Premounted Express® Monorail® SD biliar  
Sistema de stent Premounted Express® Monorail® SD renal  
Injerto de stent endovascular FLAIR®  
Sistema de stent renal de balón-expandible Formula®  
Sistema de stent renal Elite Herculink (RX)  
Sistema de stent vascular LifeStent® (Flexstar (XL)  
Stent Micro-Driver (RX) (OTW)  
Sistema de stent coronario MULTILINK (VISION)(MINI-VISION)(ULTRA)  
Sistema de stent vascular con balón expandible Omnilink Elite  
Dispositivo de embolización Pipeline® (PED)  
Sistema de stent carotídeo Protege® RX  
Stent intraluminal (cardiovascular)(gastrointestinal)(hepatobiliar)(urinario)  
Talent Converter®  
Talent Occluder®  
Injerto de stent Talent® (abdominal)(torácico)  
Espiral de oclusión terapéutico  
Sistema de injerto colónico de precisión Ultraflex  
Injerto de stent torácico Valiant®  
Endoprótesis WALLSTENT®  
Sistema de stent carotídeo Xact®  
Injerto endovascular AAA Zenith Flex ®  
Injerto endovascular AAA Zenith TX2 ®  
Injerto auxiliar AAA Zenit Renu®

---

## Aplicabilidad de ejemplares anteriores del *Coding Clinic for ICD-9-CM* de la AHA a la *ICD-10*

**La Oficina Central de la ICD-10-CM e ICD-10-PCS ha recibido numerosa solicitudes para asesorar de cómo deben usarse los ejemplares pasados del *Coding Clinic for ICD-9-CM* en el entorno de la ICD-10.**

En general, la información clínica y la información sobre la documentación de buenas prácticas publicadas en *Coding Clinic* no son exclusivas para la ICD-9-CM y siguen aplicándose a la ICD-10-CM con algunas precauciones. Por ejemplo, el *Coding Clinic* puede ser todavía útil para comprender claves clínicas cuando se aplica la normativa acerca de no codificar por separado signos o síntomas que forman parte de una afección. Los usuarios pueden continuar empleando esta información, como pista-no como criterio clínico.

En lo que a los consejos publicados anteriormente se refiere sobre documentación, las cuestiones no serían únicamente de la ICD-9-CM, y siempre y cuando no haya nada nuevo publicado en *Coding Clinic for ICD-10-CM an ICD-10-PCS* que lo sustituya, el consejo permanecería tal cual.

Los consejos publicados previamente sobre ICD-9CM que sean aún relevantes y aplicables a la ICD-10 continuarán siendo publicados de nuevo en *Coding Clinic for ICD-10-CM/PCS*. Como con la aplicación de cualquier consejo de codificación publicado en *Coding Clinic*, la información necesita ser revisada cuidadosamente para las similitudes y diferencias en base a caso por caso. Se debe tener cuidado porque los códigos pueden haber cambiado. Tales cambios pueden relacionarse con códigos nuevos, nuevas combinaciones de códigos, revisiones de códigos, cambio en los modificadores no esenciales o cualquier otra nota de instrucción. Esto está particularmente justificado puesto que la ICD-10-CM tiene muchas combinaciones de códigos nuevas que no estaban disponibles en la ICD-9-CM. Por ejemplo, los consejos del *Coding Clinic for ICD-9-CM* indicaban que la hipoxia no es inherente a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y se debería codificar por separado. Los codificadores no deben asumir que este consejo se aplique inevitablemente a la ICD-10-CM. El enfoque correcto cuando se codifica con ICD-10-CM es revisar las entradas del Índice para EPOC y determinar si hay o no un código de combinación para la EPOC con hipoxia, verificar el código en la Lista Tabular y repasar las notas de instrucción. El codificador debe pues determinar si codificar por separado la hipoxia – y no asumir que debe asignar automáticamente un código independiente.

A fin de simplificar el proceso de aprendizaje, cuando las Partes Cooperantes desarrollaron la Normativa de la ICD-10-CM se hizo lo posible para seguir siendo coherente con la Normativa de la ICD-9-CM en la medida de lo posible, a no ser que fuera un cambio inherente a la clasificación de la ICD-10-CM. Si una norma en particular ha permanecido exactamente igual en ambos sistemas de codificación, y el *Coding Clinic for ICD-9-CM* ha publicado un ejemplo de la aplicación de esta normativa, es más que probable que la interpretación sería similar.

---

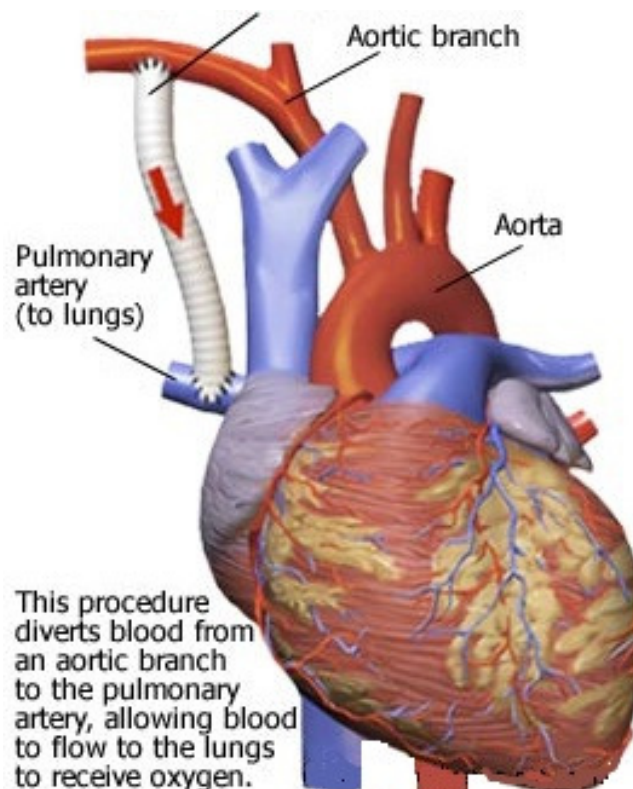
## Procedimientos de corrección cardiacos congénitos

Los siguientes ejemplos de procedimientos de corrección cardiacos congénitos se proporcionan para ayudar a clarificar la asignación correcta de códigos de la ICD-10-PCS. Los centros for Medicare & Medicaid Services (CMS) está revisando estos temas mediante el Coordination and Maintenance Committee de la ICD-10-CM.

### Procedimiento de Rastelli

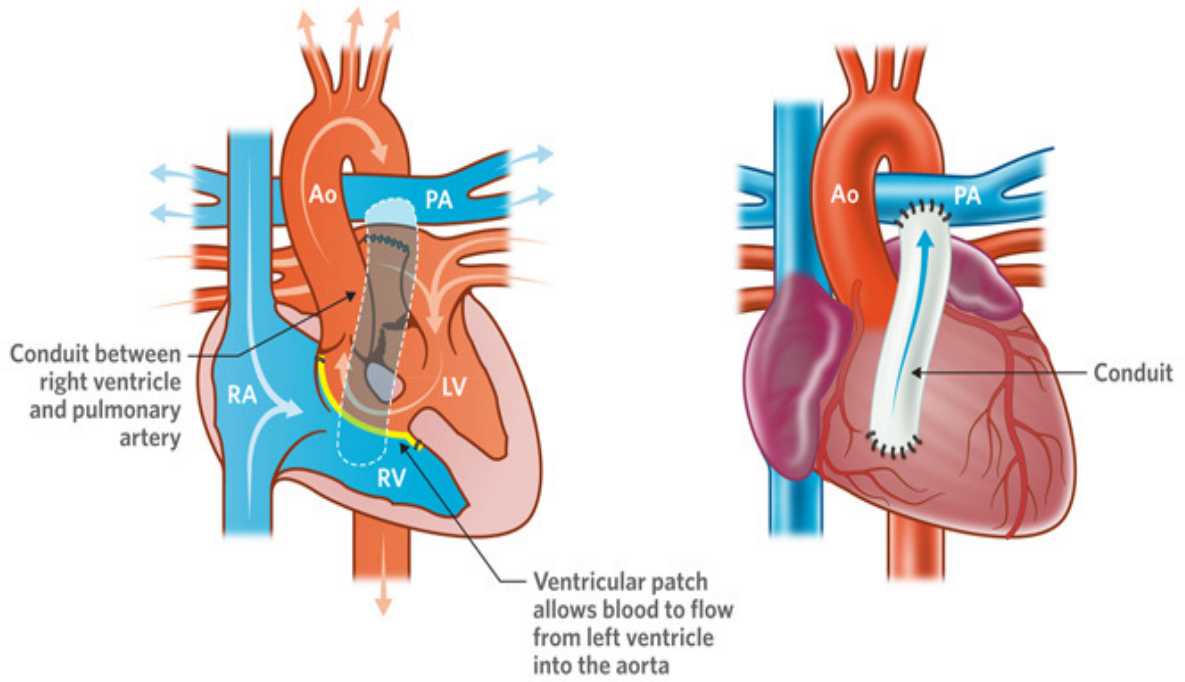
#### Pregunta:

Un lactante que ha sido sometido previamente a una intervención de derivación de Blalock-Taussig modificada secundaria a transposición de las grandes arterias y obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo, se presenta para reparación completa. El cirujano realizó una operación de Rastelli (cierre del defecto septal ventricular usando parche de Gore-Tex y bypass de ventrículo derecho a arteria pulmonar con injerto valvulado Contegra) tras colocar al paciente en bypass cardiopulmonar. Cuando un conducto con válvula se usa en el procedimiento de bypass, ¿es correcto asignar un código adicional de sustitución valvular? ¿Cómo debería codificarse esta cirugía?



Derivación de Blalock-Taussig <sup>NT</sup>

## Surgery for TGA with VSD and pulmonary stenosis — Rastelli repair



© The Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia

Operación de Rastelli <sup>NT</sup>



Injerto valvulado Contegra© <sup>NT</sup>

---

### **Respuesta:**

En la operación de Rastelli se crea un tracto de salida del ventrículo derecho a la arteria pulmonar usando un material de injerto y se repara el defecto del tabique ventricular con otro injerto. Durante la intervención, la válvula pulmonar es suturada sobre la raíz de la arteria pulmonar. Se implanta un conducto valvulado Contegra (compuesto de vena yugular bovina) en el tracto de salida ventricular para restaurar la función de la válvula pulmonar, proporcionando flujo de sangre del ventrículo derecho a los pulmones. La derivación de Blalock-Taussig modificada, que ha estado funcionando como derivación pulmonar debido a los defectos cardíacos, no se necesita ya. Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS para el cierre del defecto del tabique ventricular con parche de Gore-Tex y el bypass de ventrículo derecho a arteria pulmonar usando el injerto valvulado Contegra:

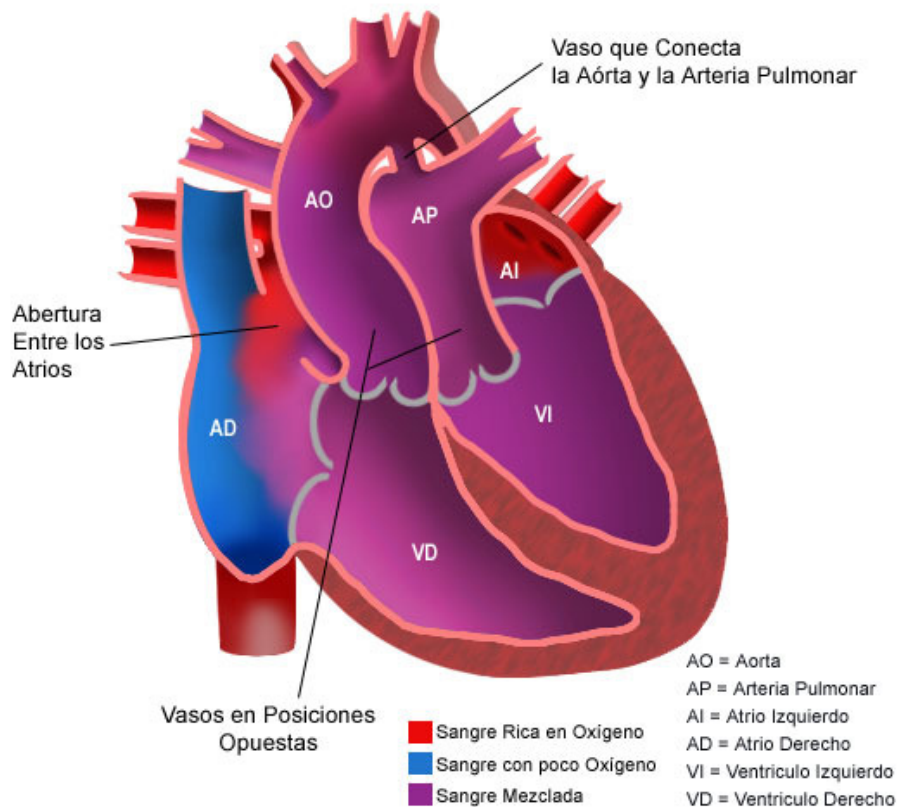
- 02UM0JZ** Suplemento del tabique ventricular con sustituto sintético, abordaje abierto, para la reparación del defecto del tabique ventricular con parche de Gore-Tex
- 021K0KP** Bypass de ventrículo derecho a tronco de la pulmonar con sustituto de tejido no autólogo, abordaje abierto, para el bypass de ventrículo derecho a arteria pulmonar usando injerto valvulado Contegra
- 5A1221Z** Asistencia del gasto cardíaco, continuo, para el bypass cardiopulmonar

## **Cirugía correctora para transposición de grandes arterias, defecto del tabique auricular y conducto arterioso persistente**

### **Pregunta:**

Un recién nacido con transposición de las grandes arterias, defecto del tabique auricular y ductus arteriosus abierto es llevado a l quirófano para cirugía correctora. El paciente fue puesto en bypass cardiopulmonar y se ligó el ductus arteriosus y dividido con un clip situado en el extremo aórtico y se cerró el defecto del tabique auricular. La arteria pulmonar fue dividida en su bifurcación y llevada anterior a la aorta. En este punto se escindieron los ostium de las coronarias derecha e izquierda y reimplantadas en el gran vaso posterior y anastomosado a la aorta distal. Los defectos en el gran vaso anterior del que se habían resecado las arterias coronarias fueron cubiertos con un parche de homoinjerto de material pulmonar. ¿Cuáles son los códigos correctos de la ICD-10-PCS para el procedimiento de intercambio arterial con reposición de las arterias coronarias? ¿Se asigna por separado un código para la reposición de las arterias coronarias o es una parte del procedimiento considerado como inherente al mismo?

## Transposición de los Grandes Vasos



Transposición de grandes vasos con defecto de tabique auricular y ductus arteriosus <sup>NT</sup>

### Respuesta:

La cirugía de cambio arterial se usa para tratar pacientes con transposición de las grandes arterias. Durante la intervención la raíz aórtica y el tronco pulmonar se intercambian y conectan en los ventrículos correctos. Las arterias coronarias (denominados botones en este contexto) son también retiradas de la raíz aórtica original y reconectada en el tronco pulmonar cambiado - la nueva neo-aorta. Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS para la cirugía correctora para reparar la transposición de grandes arterias, defecto del tabique auricular y ductus arteriosus abierto:

**02SP0ZZ** Reposición del tronco pulmonar, abordaje abierto

**02SW0ZZ** Reposición de la aorta torácica, abordaje abierto

**02LR0ZT** Oclusión de ductus arteriosus, abordaje abierto

**02Q50ZZ** Reparación de defecto de tabique auricular, abordaje abierto

**02UW07Z** Suplemento de aorta torácica con sustituto de tejido autólogo, abordaje abierto

**5A1221Z** Asistencia del gasto cardíaco, continuo

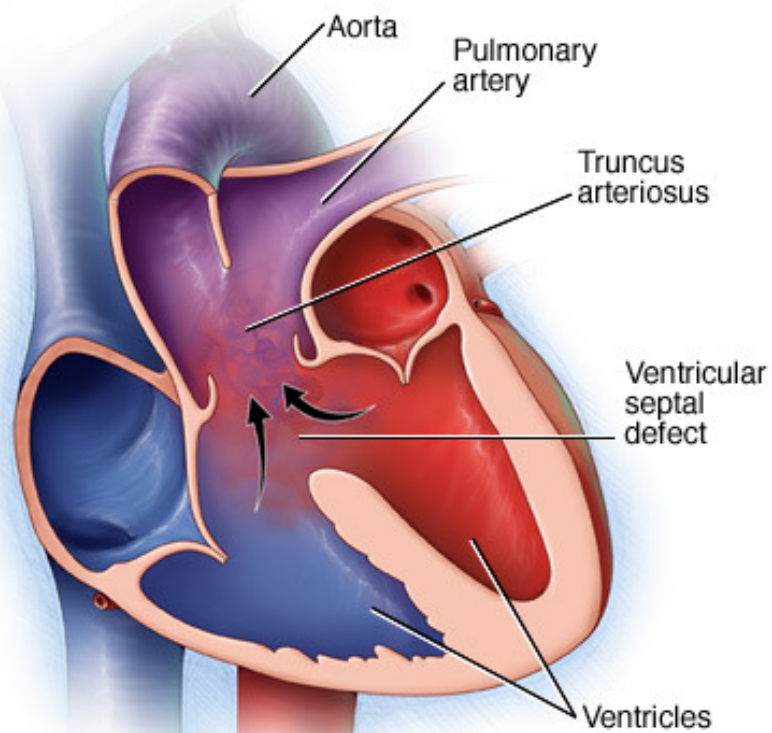
---

## Reparación de tronco arterioso con reparación de válvula y de defecto de tabique ventricular

### Pregunta:

Un paciente diagnosticado de tronco arterioso, válvula troncal cuatricúspide con insuficiencia, defecto del tabique ventricular y foramen oval abierto es sometido a reparación del tronco arterioso y reparación de la válvula troncal así como reparación del defecto del tabique ventricular.

En la intervención el paciente se puso en bypass cardiopulmonar y se llevó a cabo un bypass del ventrículo derecho y de la arteria pulmonar usando un homoinjerto. El defecto del tabique ventricular se reparó usando un parche de pericardio bovino, el tronco arterioso se reparó usando un homoinjerto aórtico entre ventrículo derecho y arteria pulmonar y la válvula troncal fue también reparada. La valva izquierda se escindió con la pared el seno restante y el annulus re redujo. ¿Cuáles son los códigos de ICD-10-PCS correctos para este procedimiento?



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

Truncus arteriosus con defecto del tabique ventricular <sup>NT</sup>

### Respuesta:

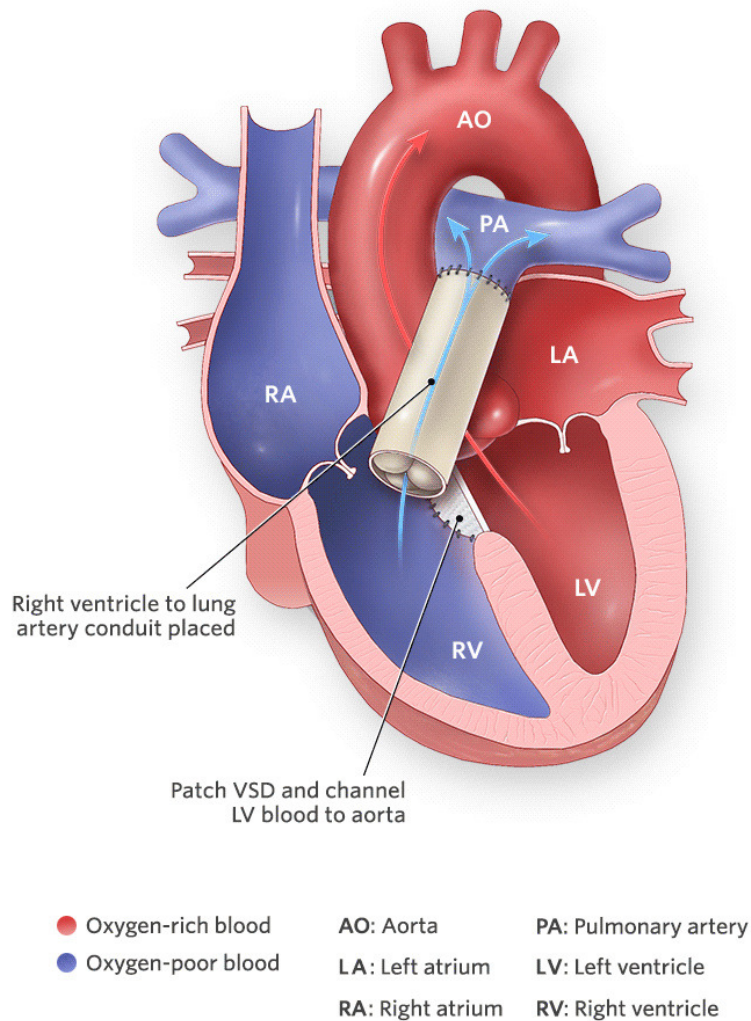
La cirugía para corregir el tronco arterioso incluye la creación de un conducto de salida del ventrículo derecho a las arterias pulmonares y la separación/reparación del truncus de tal manera que se convierta en una aorta funcional. Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS para la cirugía cardíaca correctora:

**021K0KP** Bypass de ventrículo derecho a tronco pulmonar, con sustituto de tejido no autólogo, abordaje abierto, para la reparación del truncus arteriosus

**02UF08Z** Suplemento de válvula aórtica con tejido zooplástico, abordaje abierto, para la creación de una válvula troncal que actúe como válvula aórtica tras la reparación del truncus arteriosus

**02UM08Z** Suplemento de septum ventricular con tejido zooplástico, abordaje abierto, para la reparación del defecto de tabique ventricular

**5A12221Z** Asistencia del gasto cardíaco, continuo



Reparación de tronco arterioso con injerto y válvula y cierre del defecto interventricular<sup>NT</sup>

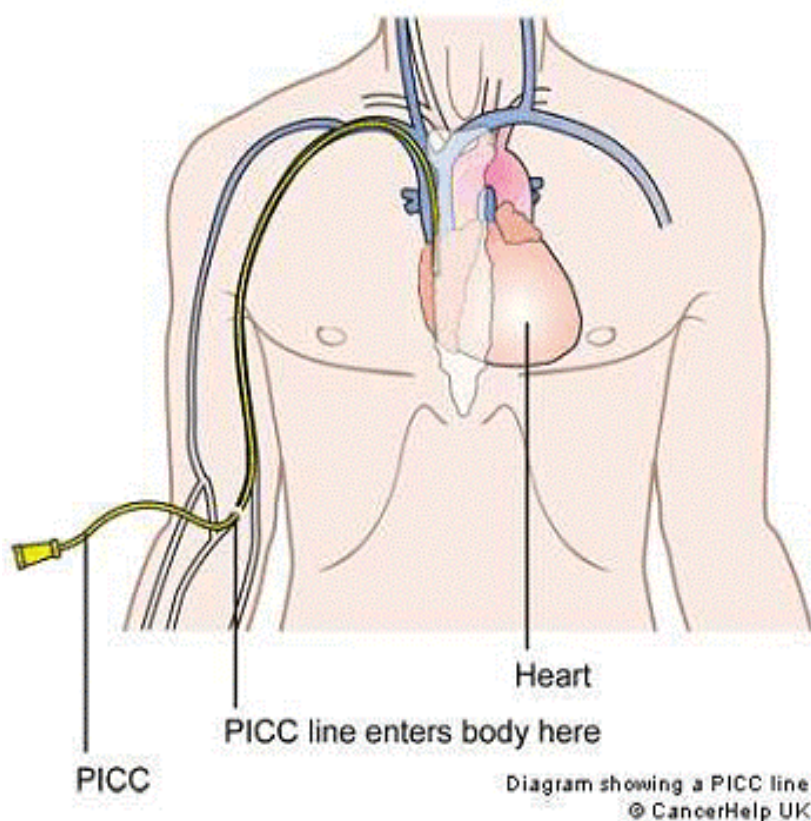
---

## Dispositivos de Acceso Vascular

Dispositivos de acceso vascular es un término algo genérico para describir sistemas de catéteres estériles usados para acceder una estructura vascular ya sea arteria o vena. La selección del valor de la región corporal para la inserción del dispositivo de acceso vascular se basa en la localización de la punta del dispositivo en lugar del punto de entrada.

### Catéter insertado periféricamente

Un catéter central insertado periféricamente (PICC) se inserta en una vena periférica del brazo, tal como la vena cefálica, basílica o braquial, y luego avanza hacia el corazón a través de las grandes venas hasta que la punta queda en la vena cava superior distal o la unión cavoauricular. Dependiendo del grosor del catéter debe usarse un anestésico local. El PICC proporciona un acceso constante al sistema vascular para procedimientos tales como extracción de sangre y administración de medicación o fluidos. Estos catéteres pueden permanecer en el lugar por un período prolongado de tiempo. Un PICC insertado en el brazo derecho con la punta en la vena cava superior o la unión cavoauricular se codifica como **02HV33Z**, Inserción de dispositivo de infusión en la vena cava superior, abordaje percutáneo.



Catéter venoso insertado periféricamente NT

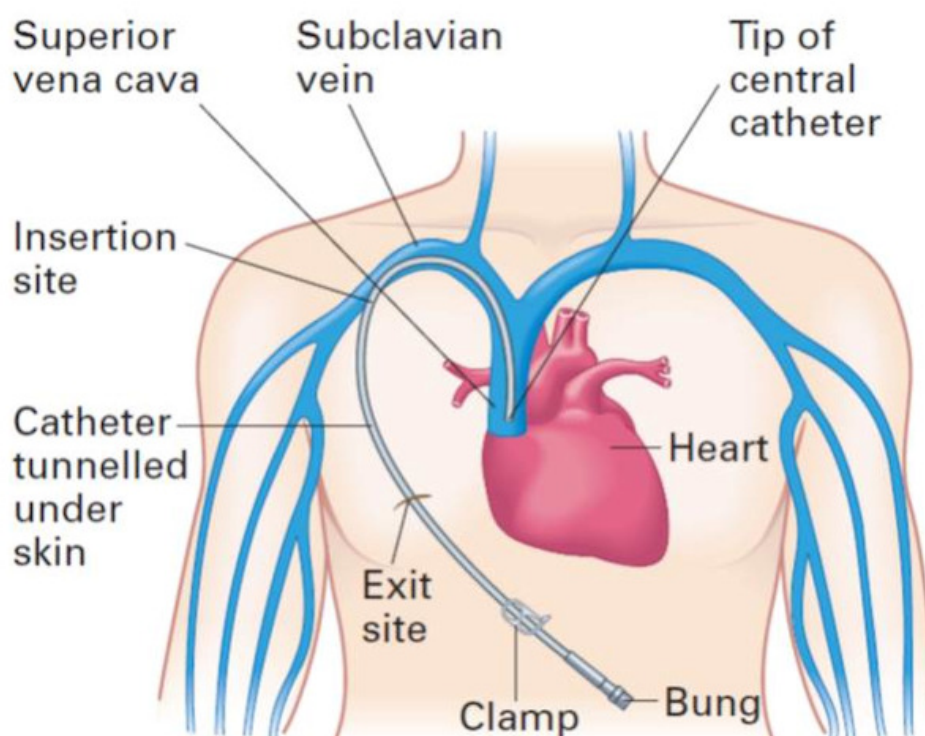
---

## Catéter venoso central

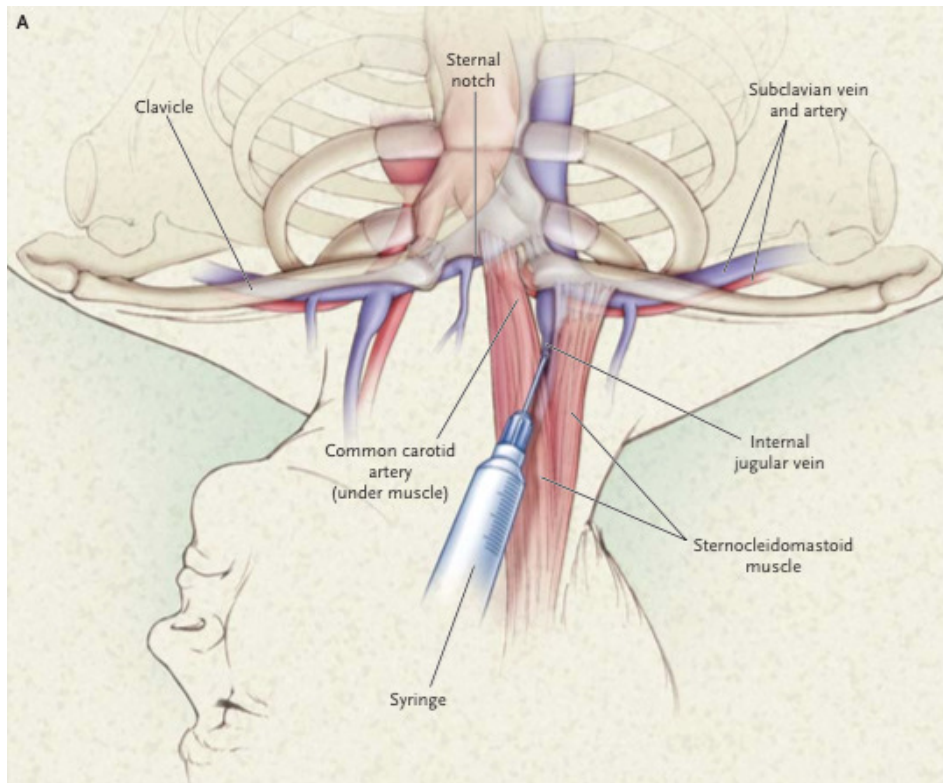
Los catéteres venosos centrales (CVC) se insertan en venas grandes y profundas tales como la subclavia, yugular o femoral. El catéter se hace lego avanzar dentro de la aurícula derecha o la vena cava superior. La cateterización venosa central se hace normalmente en la vena subclavia mediante abordaje subclavicular. Otro lugar es la vena yugular interna. La vena femoral se usa menos frecuentemente por precaución con la trombosis venosa profunda (TVP).

Bajo anestesia local, la vena es puncionada con una aguja, a menudo a través de una pequeña incisión. Se pasa una guía por la aguja y se coloca normalmente en la vena cava superior y se retira la aguja. Se pasa un dilatador y una vaina sobre la guía, se posiciona el catéter y se asegura. El catéter no está totalmente implantado bajo la piel. La longitud y la luz del catéter dependen del tamaño del paciente. Muchas vías centrales se insertan percutáneamente sin visualización directa y no se crea un bolsillo subcutáneo por lo que no se codifica como un abordaje abierto. Un catéter venoso central insertado en la vena yugular interna izquierda con la punta en la aurícula derecha se codifica como **02H633Z**, Inserción o infusión de dispositivo en aurícula derecha, abordaje percutáneo.

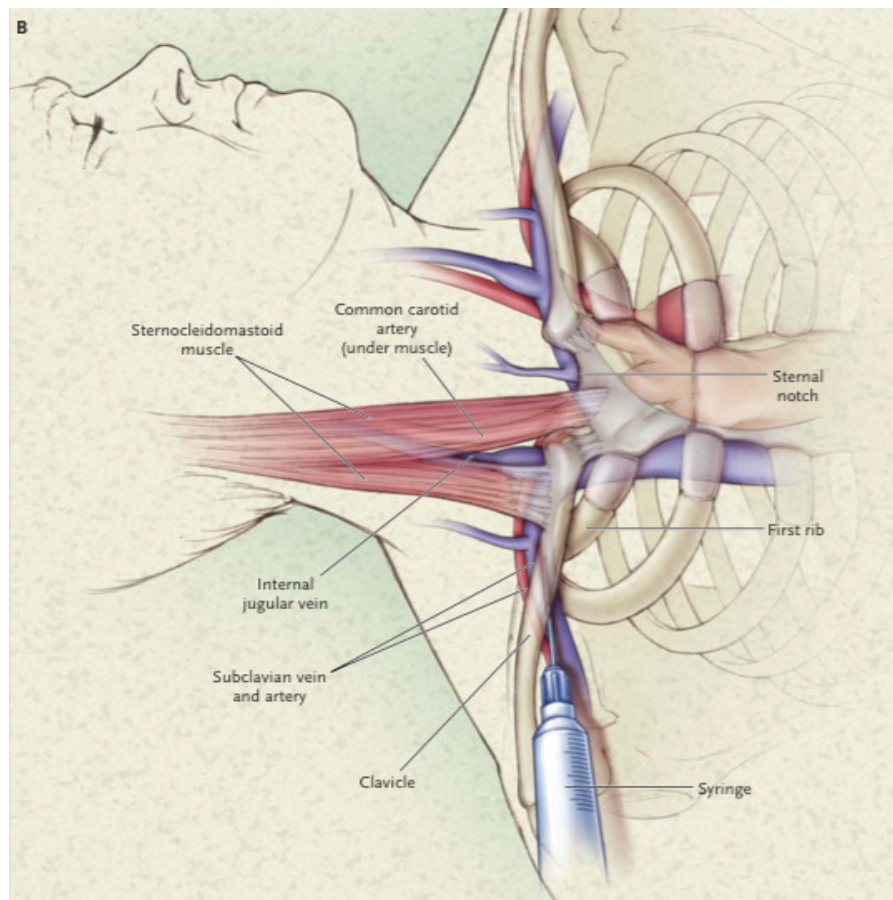
La colocación el catéter puede realizarse tanto en la cama, en el antequirófano o en el quirófano bajo anestesia local dependiendo de la práctica habitual del hospital, la preferencia del médico o las condiciones del paciente. El procedimiento se realiza para hiperalimentación, administración de fármacos o para medir la hemodinámica cardiaca. El acceso a la vena es a través del final del mismo catéter. Su puede usar una bomba especial para administrar infusiones intravenosas a una dosis constante y precisa. Ejemplos de catéteres venosos centrales son Hickman, Broviac, de triple luz y de doble luz.



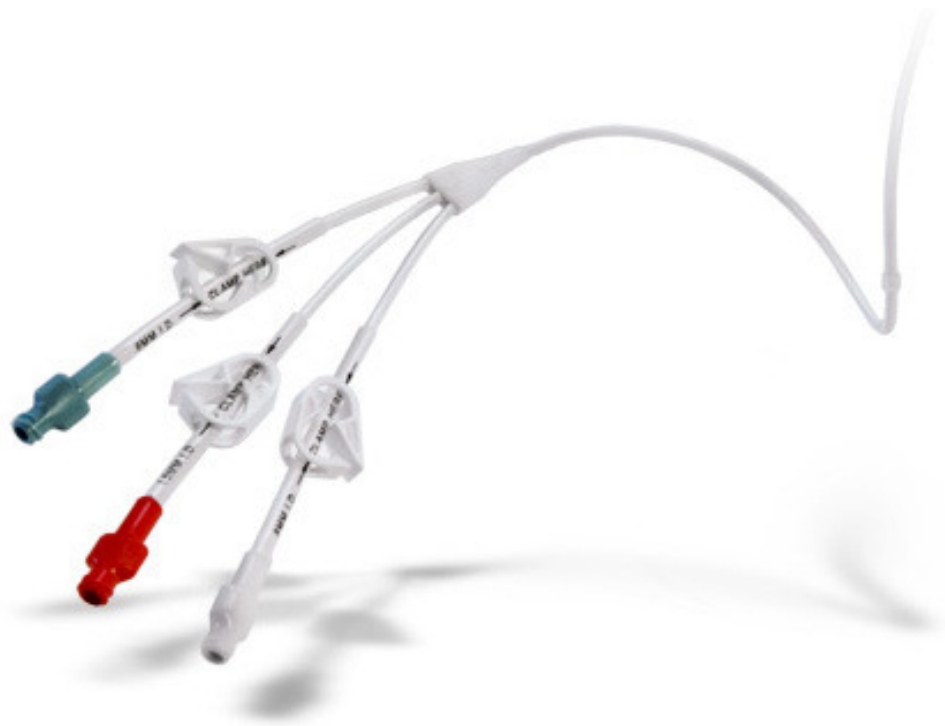
Catéter venoso central en subclavia tunelizado <sup>NT</sup>



Anatomía de acceso a la vena yugular interna<sup>NT</sup>

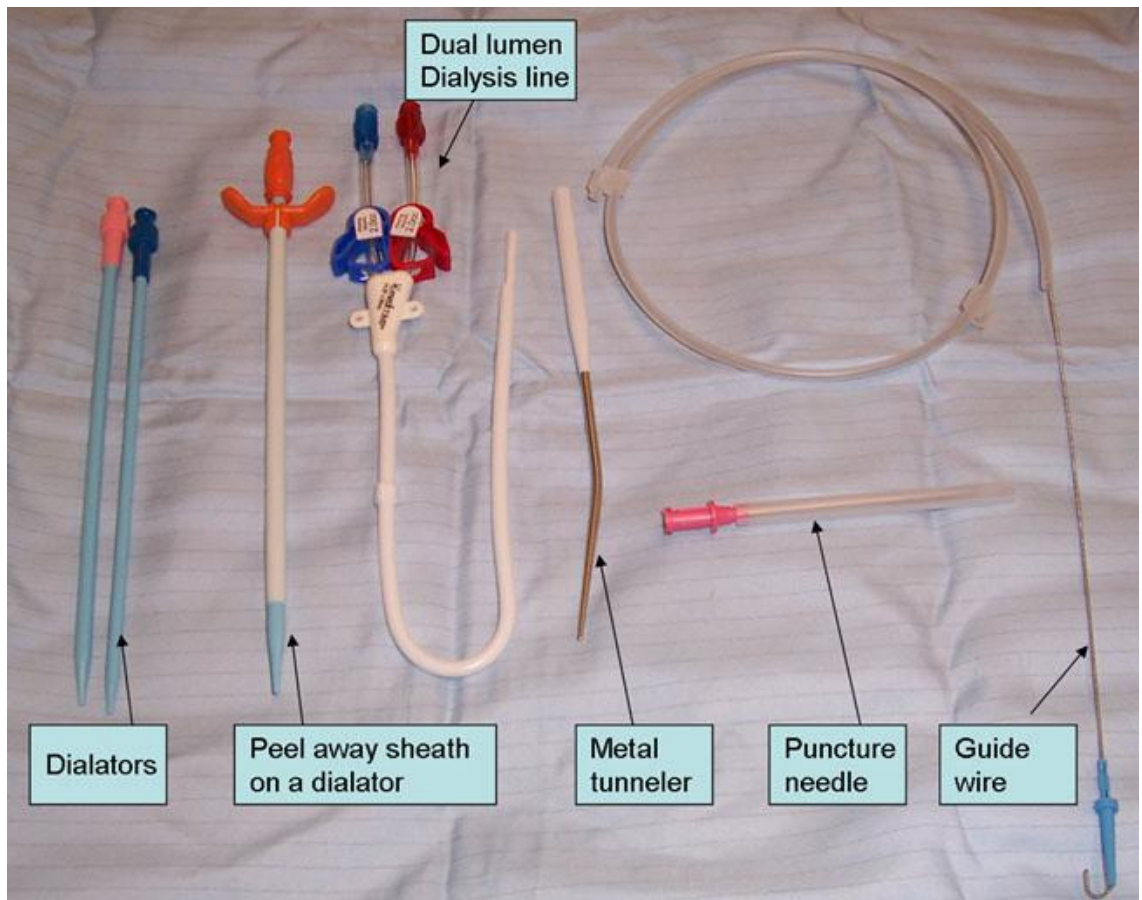


Anatomía de acceso a la vena subclavia<sup>NT</sup>



Catéter Hickman®

El catéter Hickman se diferencia del Broviac sólo en el tamaño, los catéteres Broviac son más pequeños y por lo tanto indicados a los pacientes de menor edad. Pueden tener una luz, dos luces o tres luces <sup>NT</sup>



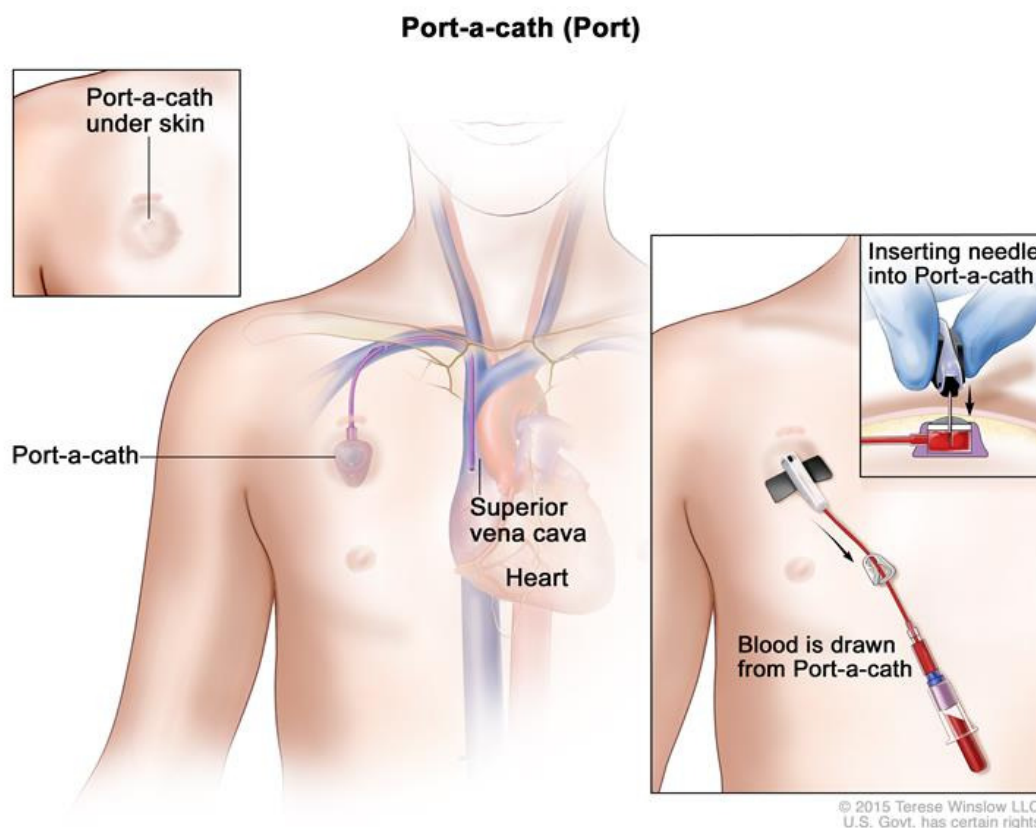
Material necesario para colocación de un catéter venoso central <sup>NT</sup>

## Catéter venoso central con inserción guiada

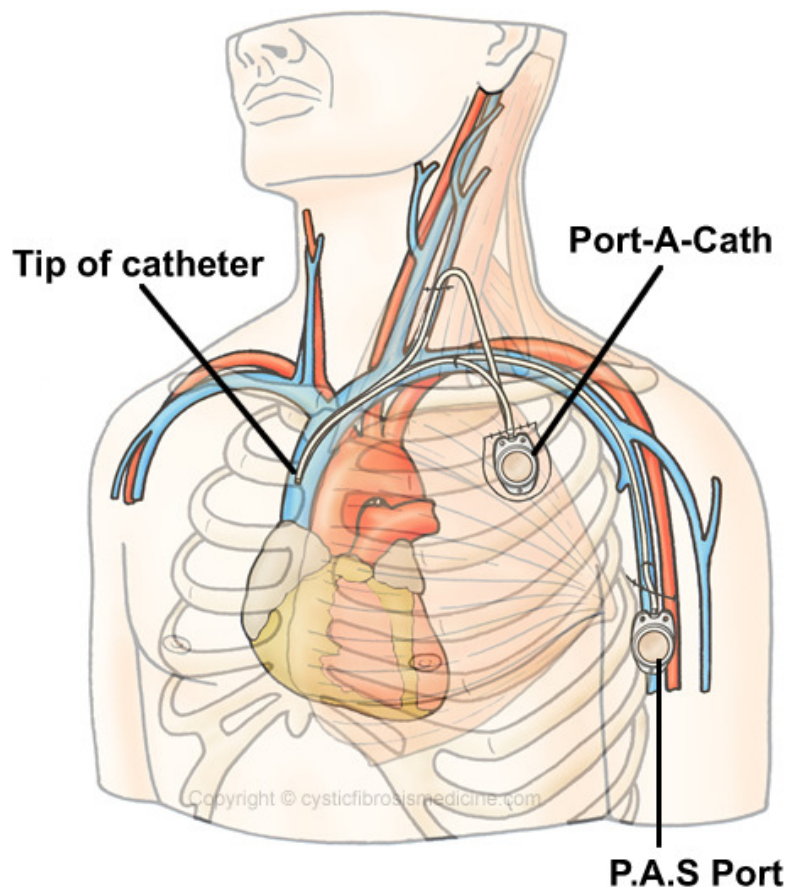
La colocación de un catéter venoso central con guiado de imagen combina el guiado mediante fluoroscopia y ecografía con la inserción del catéter a fin de asegurar la alineación de la punta del catéter en la posición correcta. En pacientes ingresados codificar el guiado radiológico es opcional. En instalaciones que quieren recoger esta información el guiado fluoroscópico se clasifica en la IVCD.10-PCS en la tabla B51, con el calificador “Guiada”

## Dispositivo de acceso venoso central totalmente implantable

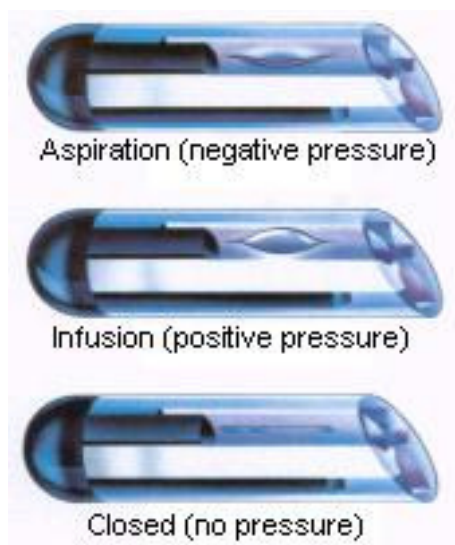
Un dispositivo de acceso venoso central totalmente implantable, a menudo denominado como puerto implantado, puerto de acceso venoso o port-a-cath, consiste en un sistema con puerto de inyección y un catéter. El “puerto” es insertado subcutáneamente en el área del tórax sin ninguna parte saliendo por la piel. El catéter se inserta en una de las venas principales del tórax superior (subclavia, yugular interna o vena cava superior) y tunelizado a través del tejido subcutáneo. La punta del catéter se avanza hasta un punto de la vena cava superior justo fuera de la aurícula derecha. La otra punta del catéter se conecta luego al puerto. Al puerto se puede acceder percutáneamente usando una aguja donde se inyecta el medicamento en un reservorio dentro del mismo que libera lentamente el fármaco en la sangre. Ejemplos de puertos de acceso totalmente implantables incluyen el Port-a-cath, Medi-port y el Groshong port.



Puerto de acceso vascular totalmente implantable Port-a-cath<sup>NT</sup>



Port-a-Cath en con puerto en tórax y catéter en yugular interna y  
 Port-a- cath con puerto en brazo con catéter tunelizado a subclavia <sup>NT</sup>



El puerto de Groshong hace referencia al catéter (no al puerto) que tiene una válvula en su punta que se cierra según las presiones <sup>NT</sup>

---

Un dispositivo de acceso venoso central totalmente implantable es un dispositivo de dos partes y se necesitan dos códigos de la ICD-10-PCS para recoger la inserción del dispositivo. La asignación correcta de códigos para la colocación de la parte de infusión del dispositivo (el catéter <sup>NT</sup>) está basado en la situación de su terminación. Por ejemplo, cuando un port-a-cath se coloca en el tórax mediante un abordaje abierto y la punta del catéter se introduce percutáneamente en la aurícula derecha, asigne los códigos **02H633Z**, Inserción de dispositivo de infusión en aurícula derecha, abordaje percutáneo, y **0JH60XZ**, Inserción de dispositivo de acceso vascular dentro del tejido subcutáneo y fascia del tórax, abordaje abierto. Sin embargo, si la parte de infusión del port-a-cath termina en la vena cava superior, asigne los códigos **02HV33Z**, Inserción de dispositivo en vena cava superior, abordaje percutáneo, y **0JH60XZ**, Inserción de dispositivo de acceso vascular dentro del tejido subcutáneo y fascia del tórax, abordaje abierto.

Los siguientes ejemplos se proporcionan como información adicional de los procedimientos de inserción y sustitución de dispositivos de acceso vascular.

**Pregunta:**

En este caso un catéter venoso central se inserta bajo guiado fluoroscópico. El catéter se coloca en la vena yugular interna y luego es llevado a la vena cava superior. ¿Se basa la asignación del código en el lugar de la inserción o en la situación de la punta del catéter?. Además, ¿Debería codificarse el guiado ecográfico/fluoroscópico por separado?

**Respuesta:**

Cuando se codifica la colocación de un catéter venoso central, no es necesario informar el guiado radiológico en pacientes ingresados. Sin embargo los centros que quieran recoger esta información en la ICD-10-PCS el guiado fluoroscópico se clasifica en la tabla B51 con el calificador “Guiada”. Para la colocación del catéter venoso central asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

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

Tal como se indica en *Coding Clinic*, Tercer trimestre de 2013, página 18 (páginas 16-18 de la versión traducida <sup>NT</sup>), “La codificación correcta de catéteres venosos depende de la situación de la punta del catéter, es decir, el sitio donde termina el dispositivo”.

**Pregunta:**

¿Cuál es la asignación correcta de código de la ICD-10-PCS para la inserción percutánea de una vía venosa central que finaliza en la unión cavoauricular?

**Respuesta:**

Asigne el código **02HV33Z**, Inserción de dispositivo de infusión en la vena cava superior, abordaje percutáneo. La codificación correcta de los catéteres venosos depende de la localización de la terminación del catéter, es decir, el lugar donde finaliza el dispositivo. La unión cavoauricular es donde la vena cava superior se une a la pared de la aurícula derecha. Por tanto sería lo correcto asignar como parte corporal la V, vena cava superior, para la unión cavoauricular.

---

**Pregunta:**

Un paciente es ingresado para la colocación de una vía PICC de doble luz. El catéter fue insertado inicialmente en la basilíca izquierda con la punta terminada en la unión de la vena cava superior y la aurícula derecha. ¿Qué código de la ICD-10-PCS debería asignarse para la colocación de una vía PICC de doble luz con la punta en la unión de la vena cava superior y la aurícula derecha?

**Respuesta:**

La unión de la aurícula derecha (con la vena cava superior<sup>NT</sup>) se considera sinónimo de la unión cavoauricular. Por tanto la parte del cuerpo es la vena cava superior. La zona corporal se codifica basada en la localización final de la punta del catéter.

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

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

**Pregunta:**

¿Cuál es el valor de la parte corporal para la inserción de un catéter de diálisis mediante micropunción con aguja para acceder a la vena yugular interna con la punta en la (región de) unión cavoatrial?. ¿Sería aurícula o vena cava superior la situación del final del catéter? En la ICD-10-PCS, bajo la Sección 02H, la unión cavoauricular no tiene esa opción.

**Respuesta:**

La unión cavoatrial es donde la vena cava superior se une a la pared de la aurícula derecha. Por tanto sería correcto asignar el valor de parte corporal "V", vena cava superior, para la unión cavoatrial para la colocación de un catéter de diálisis asigne el siguiente código:

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

**Pregunta:**

Se inserta un catéter venoso central para diálisis renal mediante guiado fluoroscópico sin contraste con la punta terminada en la vena cava superior. En la ICD-10-PCS la tabla B21 no proporciona el valor "sin contraste". ¿Cuál es el valor correcto en la ICD-10-PCS para el guiado fluoroscópico?

**Respuesta:**

Como se ha indicado previamente, la codificación del guiado radiológico es opcional en pacientes ingresados. Los centros pueden asignar el siguiente código de la ICD-10-PCS:

**B518ZZA** Fluoroscopia de vena cava superior, guiada, para el guiado fluoroscópico usado para colocar el catéter de diálisis renal

Los códigos de la tabla B21 no son adecuados ya que estos códigos describen fluoroscopia de las arterias coronarias

---

### **Pregunta:**

Un paciente con enfermedad renal terminal es ingresado para colocarle un catéter de hemodiálisis tunelizado. El catéter se insertó en la vena subclavia derecha con la punta en la vena cava superior, y luego tunelizado por el tejido subcutáneo. Se creó un pequeño bolsillo en el tejido subcutáneo del área torácica para alojar el puerto. El catéter se conectó luego al puerto. ¿Cuál es el código correcto para la colocación de un catéter de hemodiálisis tunelizado?

### **Respuesta:**

Esto es un dispositivo con dos partes que consiste en un puerto de inyección y un catéter. Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS para la colocación de la parte del catéter y la parte tunelizada del dispositivo con puerto subcutáneo.

**02HV33Z** Inserción de dispositivo de infusión en vena cava superior, abordaje percutáneo, para la colocación de la parte correspondiente al catéter

**0JH63XZ** Inserción de acceso vascular en subcutáneo y fascia de tórax, abordaje percutáneo, para la colocación de la parte correspondiente al puerto

En la parte de Dispositivo de la ICD-10-PCS al codificador se le indica usar “Dispositivo de acceso vascular en tejido subcutáneo y fascia” para un catéter venosos central tunelizado.

### **Pregunta:**

¿Cuál es la asignación correcta de código de la ICD-10-PCS para el cambio de un catéter de diálisis tunelizado?. El catéter tunelizado existente fue extraído mediante abordaje abierto. Se hizo avanzar percutáneamente un nuevo catéter de dos luces y se posicionó en la unión auricular derecha. Se creó un bolsillo en el tejido subcutáneo del tórax

### **Respuesta:**

Este es un dispositivo con dos partes consistentes en un puerto de inyección y un catéter. Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS. La unión auricular derecha incluye la vena cava superior. Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS:

**0JPT0XZ** Retirada de dispositivo de acceso vascular del tejido subcutáneo y fascia del tronco, abordaje abierto

**02PY33Z** Retirada de dispositivo de infusión de gran vaso, abordaje percutáneo

**02HV33Z** Inserción de dispositivo de infusión en vena cava superior, abordaje percutáneo, para la colocación del catéter

**0JH63XZ** Inserción de dispositivo de acceso vascular en tejido subcutáneo y fascia de tórax, abordaje percutáneo, para colocación del puerto de inyección

---

## Pregunte al Editor

### Pregunta:

Un paciente tuvo colocado un catéter de diálisis peritoneal varios meses antes en un bolsillo subcutáneo hasta que estuvo preparado para la hemodiálisis. Durante el presente ingreso se externalizó el catéter. ¿Qué código de la ICD-190-PCS debería asignarse?

### Respuesta:

Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS para la externalización del catéter de diálisis peritoneal:

**0JWT33Z** Revisión de dispositivo de infusión en tejido subcutáneo y fascia de tronco., abordaje percutáneo

Aunque el dispositivo no estaba “corregido” o “malfuncionante” se considera desplazado o no funcional puesto que el catéter de diálisis peritoneal no puede utilizarse hasta que no se haya externalizado. Por tanto el catéter se reposicionó (externalizó) a fin reutilizarlo adecuadamente en su posición correcta. La definición completa del tipo de intervención Revisión es “corregir en la medida de lo posible una parte de un dispositivo malfuncionante o la posición de un dispositivo desplazado”.

### Pregunta:

Un paciente con pertus excavatum congénito es ingresado para su reparación. Se realizó un procedimiento de Ravitch. Se resecó el cartílago desde el 4° al 6° arco intercostal bilateralmente, se resecó el xifoideo y se hizo una osteotomía esternal en forma de cuña en el punto de la angulación esternal. El músculo recto se reconstruyó y fijó en el reverso del esternón dando lugar a una corrección significativa de la angulación posterior del esternón. Se usa normalmente una barra metálica para estabilizar el esternón pero sin embargo en este caso no se usó dicha barra. ¿Cuál es el código de la ICD-10-PCS correcto para este procedimiento?

### Respuesta:

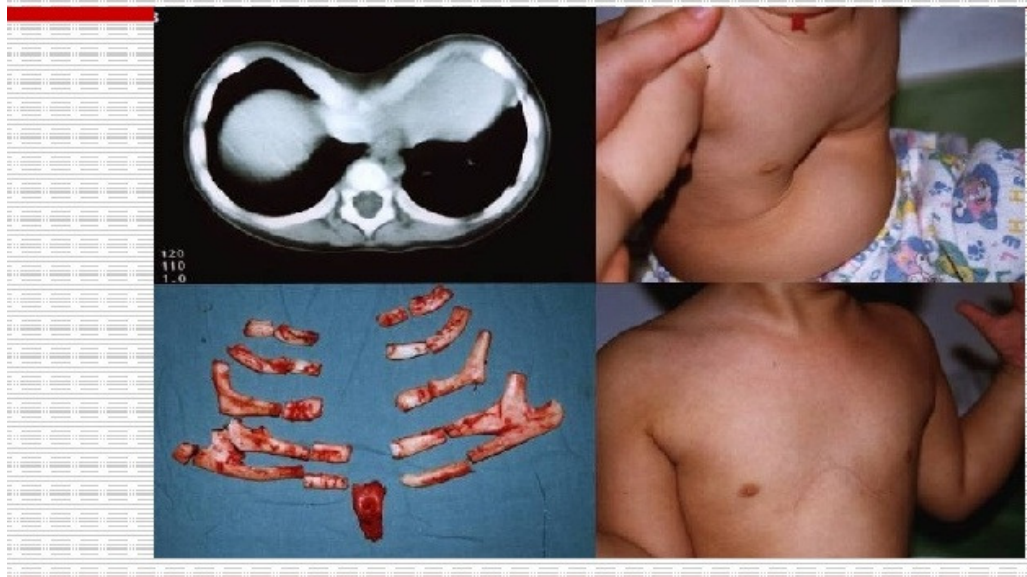
El procedimiento de Ravitch implica la retirada del final de las costillas donde se conectan al esternón y de los cartílagos costales, manteniendo la línea del cartílago. El esternón se rompe horizontalmente en el punto donde se vuelve hacia dentro. Esto permite mover el esternón hacia delante a una posición más normal. El esternón puede asegurarse usando suturas o puede colocarse un puntal metálico temporal (barra) para mantener el esternón en una posición hacia el exterior.

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

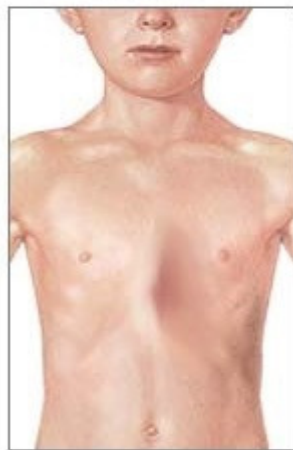
**0PS00ZZ** Reposición del esternón, abordaje abierto

# Ravitch Procedure

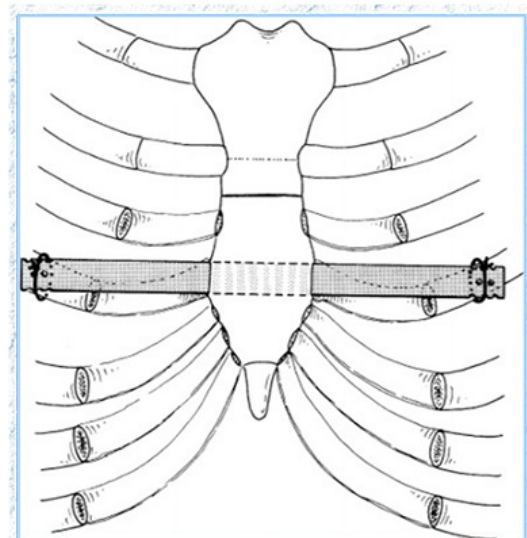
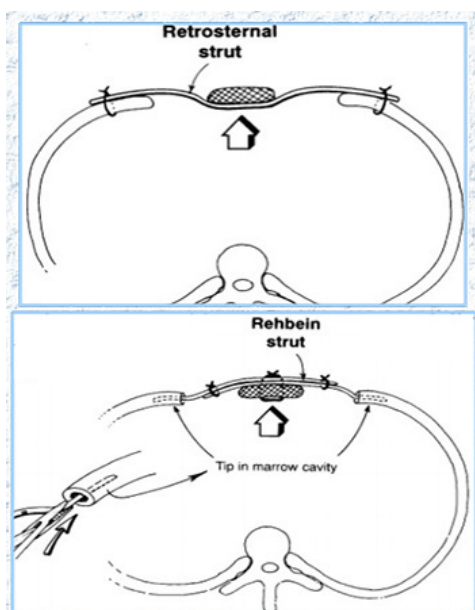
(removal deformed cartilage, fracture of the sternum)



Before



After



Operación de Ravitch con colocación e barra metálica NT

---

### Pregunta:

Proporcione por favor instrucción sobre el 6° carácter correcto para pacientes que tienen diabetes gestacional que se controlan con medicación oral. Las posibilidades de 6° carácter son: controlada por dieta, controlada por insulina y no especificada. Ninguna de estas parece adecuada. ¿Debería informarse la diabetes gestacional que es controlada con medicación oral?

### Respuesta:

La ICD-10-CM no proporciona actualmente un único código para la diabetes gestacional controlada con medicación oral. Por tanto asigne el código O24.419, Diabetes mellitus gestacional en el embarazo, control no especificado con la adición del código Z79.899, Otro tratamiento medicamentoso prolongado (actual).

### Pregunta:

Desde que nuestro Centro ha instalada la historia clínica electrónica, los clínicos tiene la capacidad de listar los códigos de la ICD-10-CM en lugar de un juicio clínico descriptivo. Buscamos una aclaración acerca de si hay una política o normativa que indique a los clínicos recoger un diagnóstico escrito en lugar del número del código de la ICD-10-CM.

### Respuesta:

Sí, existe una directiva reguladora y acreditada que indica a los clínicos proporcionar documentación a fin de apoyar la asignación del código. Los clínicos necesitan tener la capacidad de documentar específicamente el diagnóstico, la afección y/o los problemas del paciente. **No es correcto para los clínicos listar el número del código o seleccionar un número de código de una lista de códigos en lugar de un juicio diagnóstico escrito. La ICD-10-PCS es una clasificación estadística, per se, no son un diagnóstico.** Algunos códigos de la ICD-10-CM incluyen múltiples diagnósticos clínicos distintos y puede ser importante desde el punto de vista clínico convertir estos diagnósticos específicamente en la historia. También algunos diagnósticos requieren más de un código de la ICD-10-CM para expresar la afección del paciente. Es responsabilidad del clínico proporcionar una documentación clara y legible de un diagnóstico que luego se traslada al código para una información posterior a otros niveles.

Puesto que somos conscientes de que algunos clínicos pueden permitir la presentación de los números de código en órdenes de laboratorio, *Coding Clinic*, recomienda que los médicos proporcionen diagnósticos/signos/síntomas narrativos como motivo para solicitar la prueba.

---

## Uso del 7º carácter de la ICD-10-CM en centros domiciliarios

Las siguientes preguntas y respuestas intentan ilustrar el uso del 7º carácter de la ICD-10-CM en centros domiciliarios:

### Pregunta:

En la ICD-10-CM, ¿pueden describir los 7º caracteres el episodio de cuidados (contacto inicial o subsiguiente) para los códigos de los Capítulos 19 y 20 en la visitas a domicilio?. Si es así, ¿hay alguna circunstancia en que la visita domiciliaria se consideraría contacto inicial y se asignaría el 7º carácter “A”?

### Respuesta:

Sí, cualquier código al que el 7º carácter se pueda aplicarse debe añadirse (en cada localización de los cuidados) con la finalidad de ser un código válido.

En muchas circunstancias las visitas domiciliarias serán normalmente contactos sucesivos. El 7º carácter para un contacto inicial “A” se asigna en tanto en cuanto el paciente lleva un tratamiento activo para una afección. Por lo tanto, en situaciones donde al paciente se le hace un tratamiento activo para una lesión o afección por un clínico en el domicilio, puede ser correcto aplicar el 7º carácter “A”.

### Pregunta:

El paciente fue hospitalizado por una infección de la prótesis total derecha de articulación, y tras el alta ha sido seguido por los servicios de tratamiento domiciliario para continuación de los antibióticos IV para tratar la infección. ¿Sería correcto asignar el 7º carácter “A” contacto inicial para la prótesis infectada que esta siendo tratada en el domicilio por el clínico?

### Respuesta:

Sí, Asigne el código T84.51XA, Infección y reacción inflamatoria debida a prótesis interna de cadera derecha, contacto inicial, para la visita domiciliaria. En este caso, el paciente continúa recibiendo tratamiento activo (administración de antibiótico) para la infección.

### Pregunta:

El paciente es un estado de reparación de fractura de cadera izquierda con curación rutinaria y sin complicaciones postoperatorias. Es dado de alta desde un hospital de agudos y es admitido para cuidados domiciliarios para servicio de fisioterapia. ¿Qué 7º carácter sería el correcto para la agencia de cuidados domiciliarios?

---

**Respuesta:**

Asigne el código S72.002D, Fractura de parte no especificada del cuello del fémur izquierdo, contacto sucesivo, para la fractura cerrada con curación rutinaria. Se considera un contacto sucesivo porque el paciente ha recibido y completado el tratamiento activo para la fractura de cadera y ahora recibe servicios domiciliarios para cuidados domiciliarios rutinarios durante la fase de curación y recuperación para la afección descrita en el código (la fractura de cadera). Aunque la agencia de cuidados domiciliarios puede considerarlo un proveedor de servicios “nuevo”, no tiene relación en la asignación del 7º carácter.

**Pregunta:**

El paciente es admitido para cuidados domiciliarios para cambios de vendaje rutinarios para curación de una infección de herida postoperatoria que fue tratada previamente durante una hospitalización de agudos. El paciente no recibe ya antibióticos para la infección. ¿Cuál es el 7º carácter adecuado para el código de la infección de la herida?

**Respuesta:**

Asigne el código T81.4XXD, Infección tras procedimiento, contacto sucesivo – el 7º carácter es “D” porque el paciente no recibe tratamiento activo de la infección y recibe cuidados rutinarios durante la fase de curación y recuperación.

**Pregunta:**

El paciente tiene una herida profunda por apuñalamiento en el cuadrante inferior derecho del abdomen (que se extiende a cavidad peritoneal) y fue tratada con un sistema de herida VAC® mientras estaba en el hospital. Es dado de alta y admitido para cuidados domiciliarios para continuar con los cambios de vendaje y VAC®. ¿Cuál es la asignación de 7º carácter adecuado?

**Respuesta:**

Asigne el código S31.613A, Laceración de pared abdominal sin cuerpo extraño, cuadrante inferior derecho, con penetración en cavidad peritoneal, episodio inicial. Puesto que se continúa con tratamiento activo para la herida profunda de abdomen, el 7º carácter “A” es el adecuado para indicar el episodio inicial.

Los pacientes sometidos a tratamiento con VAC® pueden necesitar cambios frecuentes de vendajes estériles. Este tipo de vendaje es más complicado que los cambios regulares de vendajes, requiere entrenamiento especial y se lleva a cabo por la agencia de cuidados domiciliarios. Los profesionales de esta agencia proporcionan cuidados de la herida, monitorizan la curación y el tratamiento de la misma e informa a la familia de cómo cuidar la herida.

---

**Pregunta:**

Un paciente anciano es trasladado para servicios domiciliarios tras un ingreso hospitalario de colecistectomía con inserción de tubo biliar en T. Durante la visita domiciliaria el paciente recibe tratamiento posquirúrgico del tubo en T, cuidado de la herida y cambio de vendaje. ¿Qué 7º carácter (“A” o “D”) debería asignarse para describir el episodio de cuidado para la visita domiciliaria para tratamiento del tubo en T así como cambios de vendajes posquirúrgicos?

**Respuesta:**

Asigne el código Z48.815, Contacto para cuidado quirúrgico posterior a cirugía, aparato digestivo, como diagnóstico principal para la visita domiciliaria. Debe asignarse el código Z48.01, Contacto para cambio o retirada de vendaje de herida, como código adicional. Los códigos Z no necesitan un 7º carácter.

Muchos de los capítulos de la ICD-10-PCM no tienen un 7º carácter aplicable, y los conceptos de contacto inicial, contacto sucesivo y secuela no se aplican. Tal como se indica en la *Normativa Oficial para Codificación e Información con la ICD-10-CM*, Sección I.A.5, algunas categorías tienen 7º caracteres aplicables. Estos son necesarios para todos los códigos dentro de la categoría o como se indique en las notas de la Lista Tabular. Esta norma solo se aplica para códigos diagnósticos dentro de aquellas categorías particulares.

---

## Aclaraciones

### Parche de injerto dural

**Pregunta:**

En las preguntas y respuestas de *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 2013, página 24 (página 19 de la versión traducida<sup>NT</sup>) se suturó un parche de injerto Durepair® para cubrir la abertura en el lugar en que se extirpó el lipoma. ¿Debería ser el cuarto carácter “2” de duramadre en lugar de “T” de meninge espinal?

**Respuesta:**

La respuesta de *Coding Clinic* es correcta. El valor de parte corporal “Meninge espinal” se eligió de manera intencionada. En el Sistema Nervioso Central el valor de parte corporal de duramadre se refiere exclusivamente a la duramadre que cubre el cerebro. El valor de meninge espinal incluye todas las meninges que cubren la médula espinal. El uso exclusivo del valor corporal de duramadre para referirse al cerebro da unos datos codificados más claros, ya que es más importante conocer si el procedimiento fue realizado en el cerebro o en la médula espinal que si se conoce que el procedimiento se hizo en la capa meníngea de la duramadre. La parte corporal se ha revisado para reflejar esto.

---

## Noticia

### Recomendación provisional sobre los Excluye 1

El Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS), la agencia federal responsable del uso de la ICD-10-CM en Estados Unidos ha publicado recomendaciones provisionales que pertenecen a las notas de excluye 1 y afecciones no relacionadas. La siguiente información puede encontrarse en la web del NCHS:

[http://www.cdc.gov/nchs/data/icd/Interim\\_advice\\_updated\\_final.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/icd/Interim_advice_updated_final.pdf)

Hay circunstancias que han sido identificadas donde algunas afecciones incluidas en las notas de Excluye 1 pueden permitir ser codificarlas en ambas y por tanto sería más adecuado para una nota de Excluye 2. Sin embargo debido a la paralización parcial de códigos no se han realizado cambios en los Excluye 2 o modificaciones en la normativa oficial de codificación hasta el 1 de octubre de 2016. La nueva directiva a cerca de las notas Excluye 1 se destina a permitir que puedan informarse juntas afecciones cuando sea adecuado incluso cuando estén sujetas a una nota de Excluye 1.

#### Pregunta:

Hemos recibido varias preguntas acerca de la interpretación de las notas de Excluye 1 en la ICD-10-CM cuando las afecciones no están relacionadas entre sí.

#### Respuesta:

Si las dos afecciones no están relacionadas una con otra, se permite informar ambos códigos a pesar de la presencia de una nota de Excluye 1. Por ejemplo, la nota de Excluye 1 en el rango de códigos R40-R46, estados en los que síntomas y signos constituyen parte de un patrón de trastorno mental (F01-F99) no pueden asignarse con los códigos R40-R46. Sin embargo si el mareo (R42) no es componente de una afección mental (ej. el mareo no se relaciona con trastorno bipolar) pueden asignarse códigos separados para el mareo y el trastorno mental.

En otro ejemplo, el rango de códigos I60-I69 (Enfermedad cerebrovascular) tiene una nota de Excluye 1 para la hemorragia intracraneal traumática (S06.-). Los códigos del I60-I69 no deben usarse para un diagnóstico de hemorragia intracraneal traumática. Sin embargo, si el paciente tiene tanto una hemorragia intracraneal traumática como una secuela de un ictus previo, sería correcto asignar ambos códigos del S06- y del I69-.

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.