Descargado desde www.CodingClinicAdvisor.com

AHA
Coding Clinic ™

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

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

Volumen 3 **Tercer Trimestre**
Número 3 **2016**

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 23 de septiembre de 2016 (sólo en USA NT)

En este número

Procedimientos de creación y reversión de estoma
Cuestiones sobre codificación de sepsis
Pregunte al Editor
Aclaraciones

Procedimientos de creación y reversión de estoma

La cirugía de derivación intestinal puede realizarse para tratar patología colorrectal, incluyendo neoplasias malignas de colon y recto, diverticulitis, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, enfermedad de Hirschprung y lesiones intestinales. Los estomas se hacen en el intestino grueso (colostomía) o en el delgado (ileostomía). Pueden ser temporales o permanentes y pueden suponer un estoma terminal o un estoma en asa. La cirugía de eliminación de estoma también es referida como cierre de estoma o reversión de estoma.

En un procedimiento de Hartmann o colostomía terminal la porción enferme de colon es extirpada y se crea normalmente un estoma en la parte izquierda del abdomen. L parte no funcionante (distal) se cierra y se deja dentro del abdomen. Este tipo de colostomía normalmente se realiza en situaciones de urgencia por obstrucción intestinal, perforación de colon, diverticulitis o neoplasias malignas irresecables.

En una colostomía de asa un asa del intestino grueso se saca del abdomen superior, se abre y se sutura a la piel. Esto proporciona dos aperturas. La porción superior o proximal de la colostomía deja salir las heces y la parte distal del extremo del estoma lleva al ano, produciendo un pequeño acumulo de moco.

Cuando se extirpa el intestino grueso completo debido a colitis ulcerosa, cáncer intestinal, enfermedad de Crohn, etc. se puede realizar una ileostomía. Normalmente es permanente y se crea en el lado derecho del abdomen. El final del íleon es extraído por la pared abdominal, abierto y suturado a la piel.

Una ileostomía en asa normalmente se realiza como medida profiláctica en una cirugía en la que es extirpa el intestino grueso y los dos extremos son anastomosados. La ileostomía en asa se forma sacando un asa de ileon (intestino delgado) como medida temporal para derivar las heces y permitir que se cure el colon.

El cierre de colostomía (o reversión) se codifica usando el tipo de intervención "Escisión". Durante la cirugía de reversión se realiza una incisión alrededor del estroma, el intestino es sacado fuera de la cavidad abdominal, y ambos extremos del intestino se extirpan. Se realiza luego una anastomosis usando sutura o grapas. La anastomosis es inherente a la cirugía y no se codifica por separado.

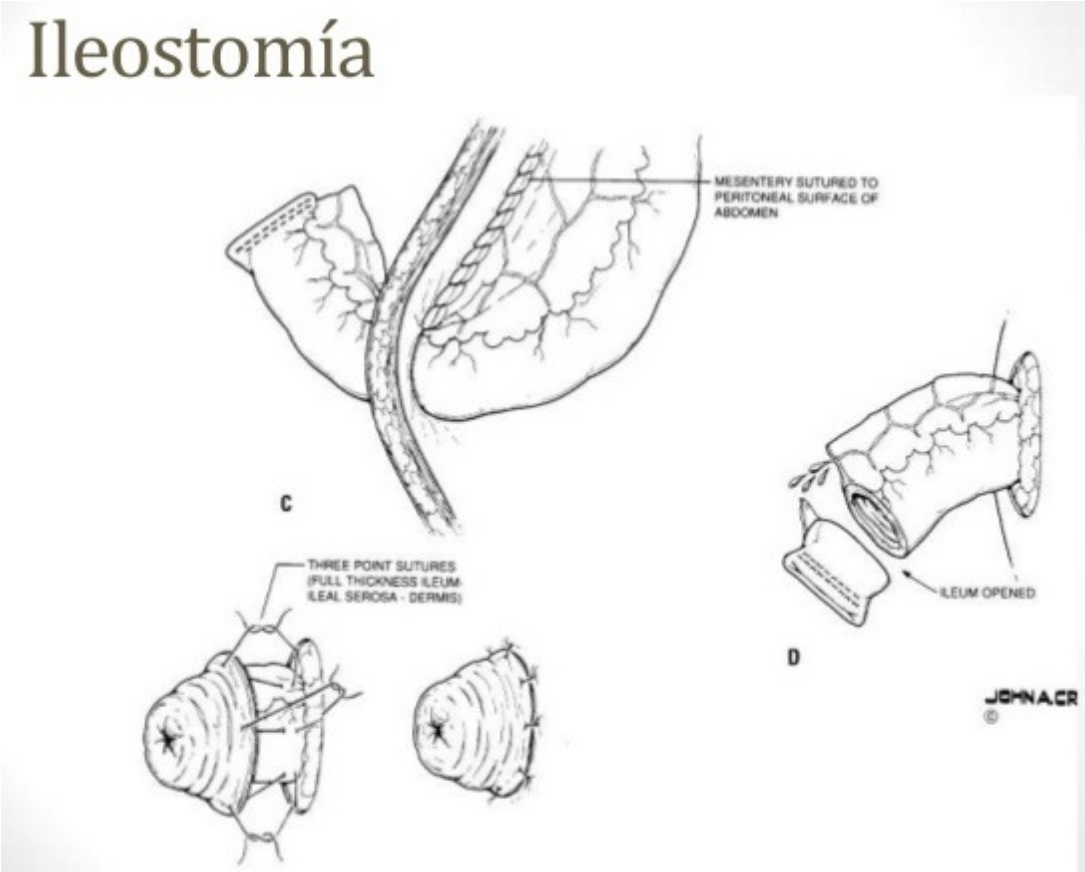
De acuerdo con la Normativa Oficial para Codificación e Información sobre ICD-10-PCS "Los pasos necesarios en un procedimiento para llegar al lugar de la intervención y cierre del mismo, incluyendo la anastomosis de una parte tubular, tampoco se codifican por separado".

De igual manera, durante la cirugía de reversión de colostomía transversa u otra colostomía en asa se realiza una incisión alrededor del estoma para acceder al abdomen e identificar el colon distal. Tras la movilización, ambos extremos del intestino se extirpan y se realiza una anastomosis termino-terminal. Po tanto "Escisión" es el tipo correcto de intervención para una reversión de colostomía transversa en asa. Ocasionalmente, las partes divididas del colon se suturan juntas sin extirpación. En este caso el tipo adecuado de intervención es "Reparación", aunque esto se realiza es menos frecuentemente en la actualidad.

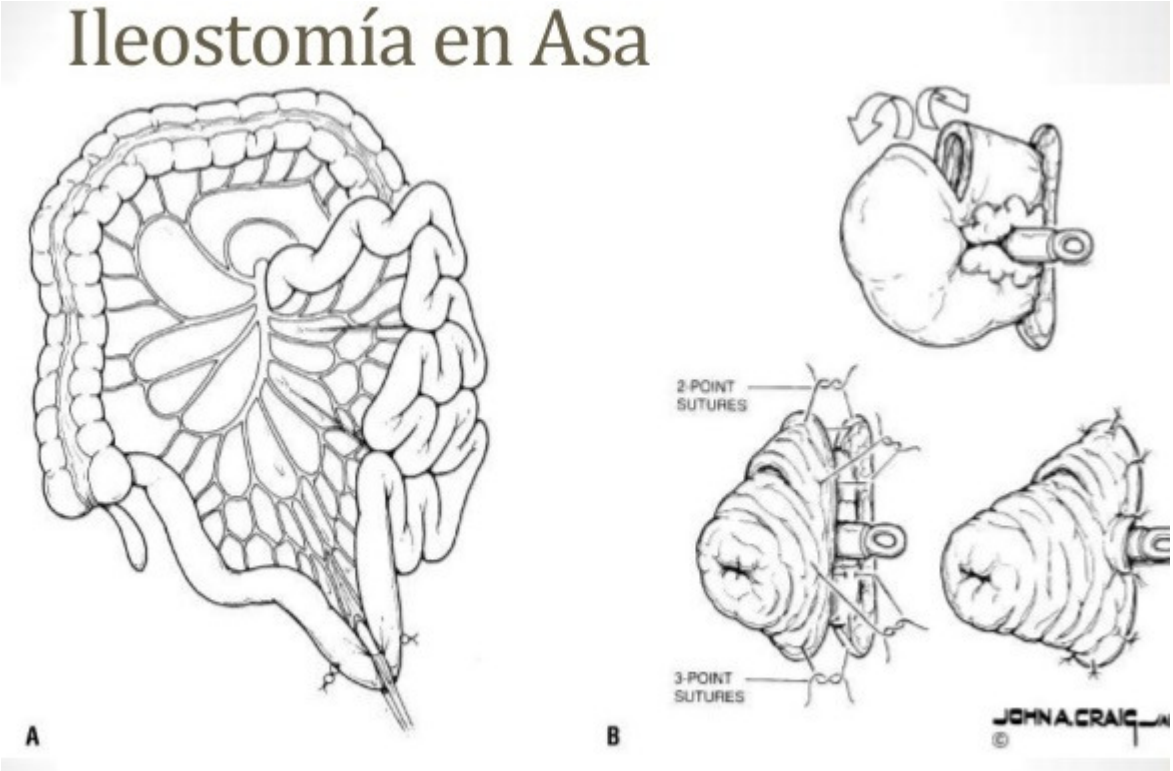
El cierre de un Hartmann (estoma final) es más complejo y requiere un abordaje más invasivo para acceder al intestino, ya que los dos extremos no están próximos. Esta cirugía se realiza normalmente mediante laparotomía o por laparoscopia. El final del estoma y el final distal del intestino deben movilizarse lo suficiente como para alcanzarse entre sí y luego reanastomosarse. Tras la anastomosis (reconexión) de los dos extremos del intestino, el intestino vuelve a su localización anatómica propia dentro de la cavidad abdominal. El tipo de intervención correcto para un cierre de Hartmann u otra reversión de un estoma terminal es "Reposición", ya que recoge el objetivo específico del procedimiento. El tipo de intervención "Reposición" se define como mover parte o toda una zona corporal a una localización normal o adecuada.

Ocasionalmente los pacientes pueden desarrollar una hernia paraestomal. Esto ocurre cunado el intestino protuye por debajo del estoma creado quirúrgicamente. Use el tipo de intervención "Reparación" con el valor corporal "Pared abdominal" cuando la reparación de una hernia paraestomal se realiza junto con la reversión del estoma. Se asigna solo un código separado para "Reparación" de pared abdominal en la reparación de una hernia paraestomal. En caso contrario la reparación/cierre de la pared abdominal es inherente a la reversión del estoma.

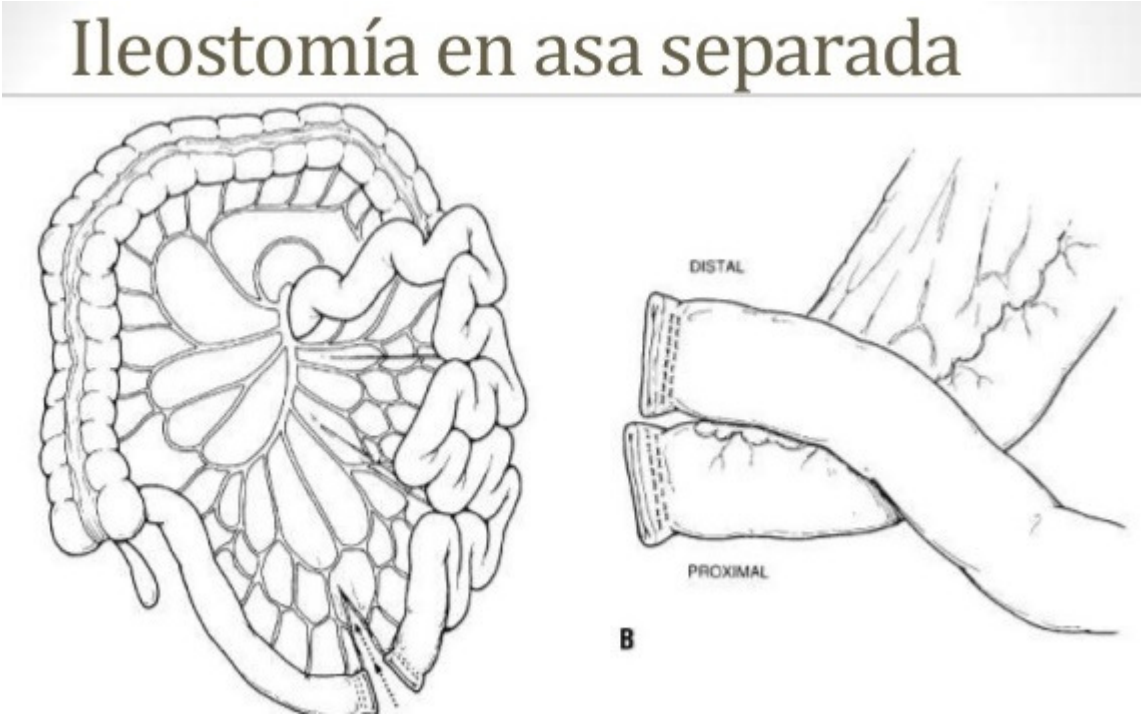
Los codificadores deben observar que aunque la entrada del Índice bajo "Reversión, Estoma" lleva a "Reparación", hay varios tipos de procedimiento con distintos tipos de intervención para la reversión de un estoma. Los codificadores no deben asignar códigos de procedimientos de la ICD-10-PCS basados en lo que indica el Índice sin repasar la documentación que determine lo que se ha realizado actualmente.



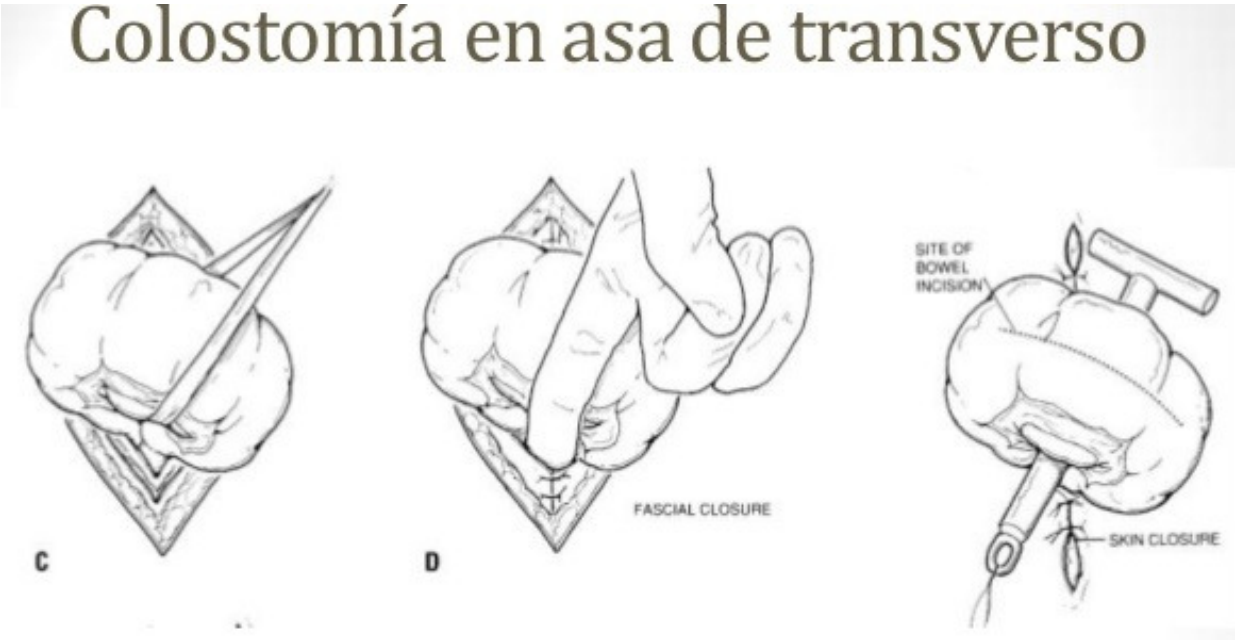
Ileostomía terminal [NT]



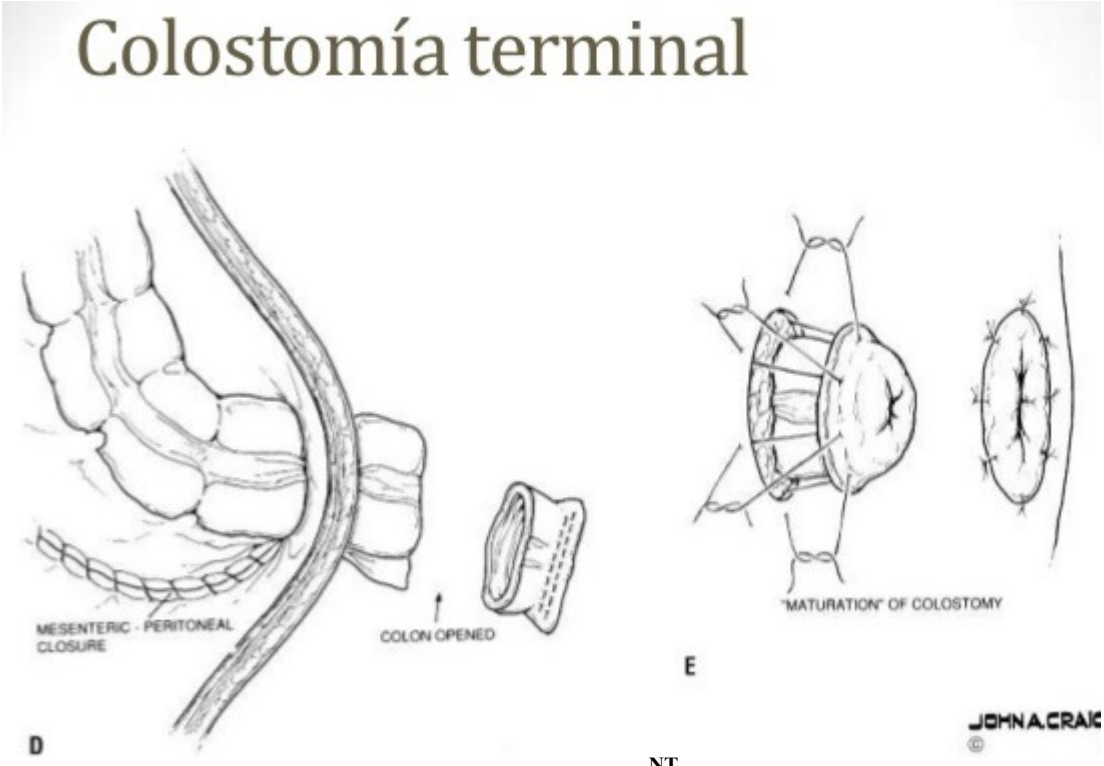
Ileostomía en asa [NT]



Ileostomía en asa separada [NT]



Colostomía en asa o en "cañón de escopeta" [NT]



Colostomía terminal [NT]

Pregunta:

Un paciente de 60 años con ileostomía en asa es ingresado para reversión de dicha ileostomía. En la intervención los dos extremos abiertos del intestino se extirparon y los extremos restantes se reanastomosaron con sutura manual termino-terminal. ¿Cuál es la asignación de código y el tipo de intervención de la ICD-10-PCS para la reversión de ileostomía? ¿Se necesita un código separado para la reparación de la pared abdominal? Nuestros cirujanos han indicado que la reparación de la pared abdominal es intrínseca al cierre del estoma.

Respuesta:

Asigne el código Z43.2, Contacto para cuidado de ileostomía, como diagnóstico principal. El tipo de intervención para la reversión de la ileostomía es "Escisión", ya que parte del ileon es extirpado. La anastomosis se considera inherente a la intervención y no se codifica por separado. Además el tipo de intervención "Reparación" solo debería codificarse cuando se repara una hernia paraestomal. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

0DBB0ZZ Escisión de ileon, abordaje abierto, para la reversión de la ileostomía

Pregunta:

Al paciente se le realizó una colostomía terminal de Hartmann debido a una diverticulitis perforada y peritonitis fecaloidea. Se presenta ahora para una reversión del Hartmann laparoscópica. Se movilizó la flexura esplénica para llegar al colon descendente, los dos extremos del intestino se reconectaron (anasmotosaron) usando sutura y el intestino se recolocó en su posición en la cavidad abdominal. ¿Cómo debe codificarse la reversión del la colostomía terminal de Hartmann?

Respuesta:

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

0DSM4ZZ Reposición de colon descendente, abordaje endoscópico percutáneo, para la reversión del Hartmann.

El final del estoma y la parte distal del intestino deben movilizarse primero y luego ser reanastomosados. Tras la anastomosis (reconexión) de los dos extremos del intestino, se vuelve a su localización anatómica propia dentro de la cavidad abdominal. "Reposición" es el tipo de intervención adecuado para el cierre del Hartmann o cualquier otra reversión de un estoma terminal ya que capta el objetivo específico del procedimiento. El tipo de intervención "Reposición" se define como movilizar parte o toda una estructura corporal a una localización normal o adecuada.

Pregunta:

El paciente fue sometido previamente a colectomía y formación de ileostomía debido a una diverticulitis aguda refractaria. Ahora se presenta para reversión de la ileostomía. El cirujano extirpó parte del lugar de la ileostomía junto con el intestino adyacente para asegurar la retirada de la parte enferma así como asegurar que solo quedaba intestino no dañado. Se extirpó intestino delgado friable enfermo incluyendo el lugar de la ileostomía. Después se llevó a cabo una anastomosis latero-lateral. Se prestó luego atención a la reparación de una hernia paraestomal. ¿Cómo debe codificarse esta intervención?

Respuesta:

Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS para el cierre de la ileostomía y la reparación de la hernia paraestomal:

0DBB0ZZ Escisión de ileon, abordaje abierto, para la reversión de la ileostomía

0WQF0ZZ Reparación de la pared abdominal, abordaje abierto, para la reparación de la hernia paraestomal

Pregunta:

Los codificadores en nuestro servicio piden una aclaración del consejo publicado el tercer trimestre de 2014 de *Coding Clinic* acerca de la reversión de la ileostomía. *Coding Clinic* indica a los codificadores asignar el código 0DBB0ZZ (Escisión de ileon) para la reversión de ileostomía. Además el Índice de procedimientos de la ICD-10-PCS bajo "Reversión, estoma dirige a *véase* Reparación". Parece que el tipo de intervención "Reparación" (ileon) debería ser más adecuado a fin de capturar el motivo del procedimiento.

Respuesta:

En el ejemplo publicado en *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 2014, se extirpó una parte del intestino. Por tanto el tipo correcto de intervención es "Escisión". Aunque el Índice dirige al codificador al tipo de intervención "Reparación", hay distintos tipos de procedimientos para el cierre del estoma. Los codificadores no deberían asignar códigos de procedimiento basados en lo que el Índice indica sin repasar mejor la documentación que determina qué es ha realizado actualmente.

Cuestiones sobre codificación de Sepsis

La Oficina Central para ICD-10-CM/PCS de la AHA ha recibido numerosas preguntas sobre la codificación correcta de la "sepsis vírica". Las siguientes normas han sido desarrolladas para ayudar a los codificadores a clasificar la sepsis vírica. La sepsis vírica es una infección sistémica causada por la presencia de un virus en la sangre. Aunque la sepsis es más frecuentemente causada por bacterias, puede ser causada también por virus, hongos y/o parásitos. Asigne el código A41.89, Otras sepsis especificadas, para un diagnóstico de sepsis vírica. Aunque los códigos de las categorías A30-A49 clasifican enfermedades bacterianas, la ICD-10-CM no proporciona un código específico de sepsis vírica, y el A41.89 es la mejor opción disponible. El código B97.89 podría también asignarse como código adicional para proporcionar una mayor especificidad y comunicar que la sepsis es debida a una infección vírica, cuando el tipo específico de infección vírica no se ha documentado. No debería asignarse un código de la subcategoría R65.2, Sepsis grave, a no ser que se documente una sepsis vírica grave o una disfunción orgánica aguda.

En la normativa diagnóstica de la sepsis de 2016, desarrollada por el grupo de trabajo de la Sociedad de Cuidados Críticos y la Sociedad Europea de Medicina de Cuidados Intensivos y publicada en el *Journal of the American Medical Association* (JAMA)* se han incluido nuevas definiciones de consenso clínicas para la sepsis y el shock séptico. Los codificadores preguntaban si los códigos de la ICD-10-CM para la sepsis pueden asignarse basados en los nuevos criterios clínicos. Los codificadores nunca deberían asignar un código de sepsis basados solo en la definición clínica o en criterios y signos clínicos. La asignación de código debe basarse estrictamente en la documentación clínica (independientemente de que los criterios clínicos usados por el médico para llegar a este diagnóstico). Remítase a la Normativa Oficial de Codificación e Información cuando se asignan códigos para sepsis o shock séptico. La normativa de codificación está basada en la clasificación tal como existe actualmente. Por tanto continúe codificando la sepsis y el shock séptico usando la versión más actualizada de la ICD-10-CM y de la Normativa Oficial de Codificación e Información con la ICD-10-CM, no es los criterios clínicos.

* JAMA, February 23, 2016, Vol 315, No. 8: 801-810 **NT**

Las conclusiones del grupo de trabajo son, de manera muy resumida:

1-. **Desaparecen los criterios SIRS de la definición de sepsis**: aunque pueden seguir siendo útiles para el diagnóstico de infección, se da una menor importancia a criterios únicamente de respuesta inflamatoria ya que no necesariamente indican una respuesta alterada (y, sobre todo, amenazante para la vida de nuestros pacientes), y al descubrirse durante estos años la existencia de profundas alteraciones de la esfera "*no inmunológica*" como son las metabólicas, cardiovasculares u hormonales que se desencadenan durante una sepsis.

2-. **Desaparece el concepto de sepsis grave**, por parecer "*redundante*" en esta nueva situación: ahora, el diagnóstico de sepsis significa *"per se"* la aparición de, al menos, un fallo orgánico. Se resalta así la importancia que este hecho tiene en la mortalidad. Podríamos decir, si se permite la simplificación, que se ha elevado la categoría del actual concepto de "sepsis " al anterior de "sepsis grave"

3-. **La escala SOFA (Sequential Organ Failure Assessment), toma un papel preponderante** en el nuevo diagnóstico de esta situación: Se encuentra una mejor discriminación de mortalidad hospitalaria en los pacientes con sospecha de infección al utilizar esta escala en lugar de los criterios SIRS (esencialmente, esto es válido para aquellos pacientes ingresados en la UCI). De esta forma, una puntuación **mayor o igual a 2 sobre el valor SOFA basal** pasa a ser un criterio de mortalidad importante (dependiendo del estado basal del paciente, entre 2 y 25 veces más mortalidad que aquellos con un cambio de valor menor de 2 puntos en esta escala)

4-. En relación con el anterior, **un nuevo concepto (quick-SOFA o qSOFA)** se apunta como útil para identificar pacientes de alto riesgo de sufrir eventos no deseados fuera del entorno de una UCI. Este concepto implica la presencia de al menos 2 de los siguientes: una alteración del nivel de conciencia (valores de CGS menores de 15), un valor de presión arterial sistólica igual o menor de 100 mmHg, y una frecuencia respiratoria superior a 21 rpm. Se introduce esta valoración como "screening" al reconocer que es más accesible (no requiere de determinaciones analíticas) que la escala SOFA y puede obtenerse sólo con la exploración clínica. A partir de ahora, la presencia de estos parámetros nos deberán poner en guardia para buscar la presencia de fallos orgánicos.

5-. **La situación de shock séptico pasa a tener diferencias sustanciales**. Si bien se mantiene, como anteriormente, que supone un subgrupo de pacientes sépticos con mayor mortalidad, se cambia el propio concepto: si la anterior Conferencia de Consenso describía esta situación como" un estado de fracaso circulatorio", ahora se le da una mayor importancia a la aparición de anomalías a nivel metabólico y celular asociadas a ese fallo circulatorio (lo cual no es de extrañar viendo la importancia, las idas y venidas que han presentado durante estos años, ciertos parámetros como la lactacidemia, la $SvcO_2$, o la diferencia venoarterial de CO_2). En segundo lugar, y muy relacionado con lo anterior, para el reconocimiento clínico de dicha situación ahora se asocia la necesidad de vasopresores para mantener una PAM igual o mayor a 65 mmHg con la necesidad de valores de Lactato iguales o superiores a 2 mmol/L (18 mg(dl) a pesar de una adecuada reposición volémica.

Table 1. Sequential [Sepsis-Related] Organ Failure Assessment Score[a]

	Score				
System	0	1	2	3	4
Respiration					
Pa_{O_2}/Fi_{O_2}, mm Hg (kPa)	≥400 (53.3)	<400 (53.3)	<300 (40)	<200 (26.7) with respiratory support	<100 (13.3) with respiratory support
Coagulation					
Platelets, $\times 10^3/\mu L$	≥150	<150	<100	<50	<20
Liver					
Bilirubin, mg/dL (μmol/L)	<1.2 (20)	1.2-1.9 (20-32)	2.0-5.9 (33-101)	6.0-11.9 (102-204)	>12.0 (204)
Cardiovascular	MAP ≥70 mm Hg	MAP <70 mm Hg	Dopamine <5 or dobutamine (any dose)[b]	Dopamine 5.1-15 or epinephrine ≤0.1 or norepinephrine ≤0.1[b]	Dopamine >15 or epinephrine >0.1 or norepinephrine >0.1[b]
Central nervous system					
Glasgow Coma Scale score[c]	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal					
Creatinine, mg/dL (μmol/L)	<1.2 (110)	1.2-1.9 (110-170)	2.0-3.4 (171-299)	3.5-4.9 (300-440)	>5.0 (440)
Urine output, mL/d				<500	<200

Abbreviations: Fi_{O_2}, fraction of inspired oxygen; MAP, mean arterial pressure; Pa_{O_2}, partial pressure of oxygen.

[a] Adapted from Vincent et al.[27]

[b] Catecholamine doses are given as μg/kg/min for at least 1 hour.

[c] Glasgow Coma Scale scores range from 3-15; higher score indicates better neurological function.

Tabla de puntuación del SOFA **NT**

Las preguntas y respuestas siguientes intentan proporcionar una ayuda de cómo codificar la sepsis vírica así como la sepsis debida a otros organismos

Pregunta:
Hemos visto las definiciones de consenso recientes para sepsis y shock séptico. ¿Cómo y cuándo afectará esto a la codificación de la sepsis y el shock séptico con la ICD-10-CM? ¿Las Partes Cooperantes modificarán las normas de codificación con motivo de las nuevas definiciones clínicas para la sepsis?

Respuesta:
Las normas de codificación están basadas en la clasificación de la ICD-9-CM existente hoy. Continúe codificando la sepsis, sepsis grave y shock séptico usando la versión más actualizada de la ICD-10-CM y de la Normativa Oficial para Codificación e Información. La asignación de códigos es basa en la documentación del médico (independientemente que los criterios clínicos que el médico usó para llegar a ese diagnóstico).

Pregunta:
¿Cómo debería codificarse la sepsis vírica en la ICD-10-CM? El tipo de infección vírica? El tipo de infección vírica es inespecífico. En la ICD-10-CM "Viral" era un subtérmino bajo septicemia, pero no está presente como subtérmino bajo sepsis en la ICD-10-CM. Seleccionando "Sepsis, organismo especificado no clasificado en otro sitio", se referencia el código A41.89. Sin embargo en la ICD-10-CM las categorías A30-A49 abarcan "otras enfermedades bacterianas". ¿Sería correcto asignar un código bacteriano para una afección viral?

Respuesta:
Asigne los códigos A41.89, Otra sepsis especificada, y B97.89, Otros agentes virales como causa de enfermedades clasificadas en otro sitio. Aunque los códigos de las categorías A30-A39 clasifican enfermedades bacterianas, no hay códigos específicos para sepsis vírica. "Sepsis, organismo especificado no clasificado en otro sitio" es indexado en el código A41.89. El código A41.89 es la mejor opción disponible para recoger el concepto de sepsis ya que la ICD-10-CM no tiene un código específico para la sepsis vírica, junto con el código B97.89 para proporcionar un nivel adicional de especificidad cuando el virus no está especificado.

Pregunta:
¿Cómo se codificaría un diagnóstico de "sepsis secundaria a síndrome viral"? El síndrome viral, en este caso, no está más especificado.

Respuesta:
Asigne los códigos A41.89, Otra sepsis especificada, para la sepsis vírica junto con el código B34.9, Infección viral, no especificada, para el síndrome viral. En este caso, el código B34.9 se asigna mejor que el código B97.89, ya que "Síndrome, virus" está indexado específicamente en el B34.9. El código A41.89 es la mejor opción disponible para recoger el concepto de sepsis ya que la ICD-10-CM no tiene un código específico para la sepsis vírica. "Sepsis, organismo especificado NCOC" está indexado en el código A41.89.

Pregunta:
¿Qué códigos deberían asignarse para un diagnóstico definitivo de sepsis vírica secundaria a bronquitis aguda por rinovirus? La sepsis estaba presente al ingreso.

Respuesta:
Asigne el código A41.89, Otra sepsis especificada, para un diagnóstico de sepsis vírica debida a bronquitis por rinovirus. Aunque los códigos A30-A49 clasifican enfermedades bacterianas, no hay código específico para la sepsis vírica. El código A41.89 es la mejor opción disponible para recoger el concepto de sepsis ya que la ICD-10-CM no tiene un código específico para la sepsis vírica. "Sepsis, organismo especificado NCOC" está indexado en el código A41.89. Asigne también el código J20.6, Bronquitis aguda debida a rinovirus, para dicha bronquitis.

Pregunta:
¿Cuáles son los códigos correctos de la ICD-10-CM para un juicio clínico de "sepsis vírica debida a bronquitis vírica por gripe A"?. La sepsis estaba presente en el momento del ingreso.

Respuesta:
Asigne el código A41.89, Otra sepsis especificada, para un diagnóstico de sepsis vírica debida a bronquitis por rinovirus. Aunque los códigos A30-A49 clasifican enfermedades bacterianas, no hay código específico para la sepsis vírica. El código A41.89 es la mejor opción disponible para recoger el concepto de sepsis ya que la ICD-10-CM no tiene un código específico para la sepsis vírica. "Sepsis, organismo especificado NCOC" está indexado en el código A41.89. Asigne también el código J10.1, Gripe debida a otros virus de la gripe identificados con otras manifestaciones respiratorias, y el código J20.8, Bronquitis aguda debida a otros organismos especificados.

Los códigos de la subcategoría J09.X-, Gripe debida nuevo virus de la gripe A especificado, están destinados a una cepa específica de la gripe A, tal como la "nueva" gripe A, y no la gripe A estacional ordinaria.

Pregunta:
¿Cuáles son los códigos correctos de la ICD-10-CM para un diagnóstico de sepsis secundaria a gripe B?

Respuesta:
Asigne el código A41.89, Otra sepsis especificada, para un diagnóstico de sepsis vírica debida a bronquitis por rinovirus. Aunque los códigos A30-A49 clasifican enfermedades bacterianas, no hay código específico para la sepsis vírica. El código A41.89 es la mejor opción disponible para recoger el concepto de sepsis ya que la ICD-10-CM no tiene un código específico para la sepsis vírica. "Sepsis, organismo especificado NCOC" está indexado en el código A41.89. Asigne también el código J10.1, Gripe debida a otros virus de la gripe identificados con otras manifestaciones respiratorias, para la gripe B.

Pregunta:
¿Cómo codificaría un paciente que es ingresado con sepsis por gripe con neumonía?

Respuesta:
Asigne el código A41.89, Otra sepsis especificada, para un diagnóstico de sepsis vírica debida a bronquitis por rinovirus. Aunque los códigos A30-A49 clasifican enfermedades bacterianas, no hay código específico para la sepsis vírica. El código A41.89 es la mejor opción disponible para recoger el concepto de sepsis ya que la ICD-10-CM no tiene un código específico para la sepsis vírica. "Sepsis, organismo especificado NCOC" está indexado en el código A41.89. Además asigne el código J11.00, Gripe debida a virus de la gripe no identificado con tipo de neumonía no identificada, para la gripe con neumonía.

Pregunta:
Un paciente fue ingresado con sepsis vírica secundaria a infección aguda de hepatitis B. No podemos encontrar la ruta en el libro de codificación para encontrar el código del virus. ¿Cómo se codifica esta afección?

Respuesta:
Asigne el código A41.89, Otra sepsis especificada, para un diagnóstico de sepsis debida a gastroenteritis vírica. Aunque los códigos A30-A49 clasifican enfermedades bacterianas, no hay código específico para la sepsis vírica. El código A41.89 es la mejor opción disponible para recoger el concepto de sepsis ya que la ICD-10-CM no tiene un código específico para la sepsis vírica. "Sepsis, organismo especificado NCOC" está indexado en el código A41.89. Además asigne el código A08.4, Infección intestinal vírica, no especificada, para la gastroenteritis vírica aguda.

Pregunta:
¿Cómo se codificaría la sepsis debida a enfermedad de Lyme?

Respuesta:
Asigne el código A41.89, Otra sepsis especificada, para un diagnóstico de sepsis debida a enfermedad de Lyme. Aunque los códigos A30-A49 clasifican enfermedades bacterianas, no hay código específico para sepsis debida a enfermedad de Lyme. El código A41.89 es la mejor opción disponible para recoger el concepto de sepsis cuando el código específico no existe. "Sepsis, organismo especificado NCOC" está indexado en el código A41.89. Asigne también el código A69.29, Otras afecciones asociadas a enfermedad de Lyme.

Pregunta:
¿Cuál es el código correcto para la sepsis debida a virus del Nilo occidental t encefalitis del Nilo occidental?

Respuesta:
Asigne el código A41.89, Otra sepsis especificada, para un diagnóstico de sepsis debida a virus del Nilo occidental. Aunque los códigos A30-A49 clasifican enfermedades bacterianas, no hay código específico para sepsis debida a virus del Nilo occidental. El código A41.89 es la mejor opción disponible para recoger el concepto de sepsis cuando el código específico no existe. "Sepsis, organismo especificado NCOC" está indexado en el código A41.89. Asigne también el código A92.31, Infección por virus del Nilo occidental con encefalitis.

Pregunta:
¿Cómo se codificaría la sepsis debida a fiebre por Dengue?

Respuesta:
Asigne el código A41.89, Otra sepsis especificada, para un diagnóstico de sepsis debida a fiebre por Dengue. Aunque los códigos A30-A49 clasifican enfermedades bacterianas, no hay código específico para sepsis debida a fiebre por Dengue. El código A41.89 es la mejor opción disponible para recoger el concepto de sepsis cuando el código específico no existe. "Sepsis, organismo especificado NCOC" está indexado en el código A41.89. Asigne también el código A90, Fiebre de Dengue [dengue clásico].

Pregunta:
Un paciente fue ingresado con sepsis vírica secundaria a infección por hepatitis B aguda. ¿Cuáles son los códigos correctos?

Respuesta:
Asigne el código A41.89, Otra sepsis especificada, para un diagnóstico de sepsis debida a gastroenteritis vírica. Aunque los códigos A30-A49 clasifican enfermedades bacterianas, no hay código específico para la sepsis vírica. El código A41.89 es la mejor opción disponible para recoger el concepto de sepsis ya que la ICD-10-CM no tiene un código específico para la sepsis vírica. "Sepsis, organismo especificado NCOC" está indexado en el código A41.89. Además asigne el código B16.9, Hepatitis aguda B sin agente delta y sin coma hepático.

Pregunta:
¿Cómo se codificaría un fallo respiratorio agudo debido a sepsis vírica grave?

Respuesta:
Asigne el código A41.89, Otra sepsis especificada, para un diagnóstico de sepsis debida a gastroenteritis vírica.. El código A41.89 es la mejor opción disponible para recoger el concepto de "Sepsis, organismo especificado NCOC" está indexado en el código A41.89. Además asigne los códigos B97.89, Otros agentes víricos como causa de enfermedades clasificadas en otro sitio, R5.20, Sepsis grave sin shock séptico, y J96.00, Fallo respiratorio agudo, no especificado con hipoxia o con hipercapnia.

Pregunte al Editor

Pregunta:

El paciente tiene una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y es ingresado en el hospital para tratamiento de una neumonía lobar. Bajo el código J44.0, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de vías respiratorias inferiores, hay una nota de instrucción: "Use código adicional para identificar la infección". Basados en este nota, ¿se necesita que la EPOC se codifique en primer lugar?

Respuesta:

Sí, basados en la nota de instrucción, la EPOC debe codificarse primero. Asigne el código J44.0, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de vías respiratorias inferiores, como diagnóstico principal. Debe asignarse el código J18.1, Neumonía lobar, organismo no especificado, como diagnóstico secundario.

Pregunta:

¿Cuál es la asignación de código para una exacerbación aguda de EPOC con neumonía? ¿Es correcto asignar el código J44.0, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de vías respiratorias inferiores, y el código J44.1, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación (aguda) y el código de la neumonía?

Respuesta:

Sí, es correcto asignar ambos códigos (J44.0 y J44.1). Cualquiera de los dos puede ser secuenciado primero, basado en el motivo del ingreso. Asigne el código J44.0, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de vías respiratorias inferiores, el J18.9, Neumonía, organismo no especificado, y J44.1, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación (aguda). Como se indica en la Normativa Oficial para Codificación e Información en relación a la categoría J44, "Una exacerbación aguda es un empeoramiento o una descompensación de una afección crónica. Una exacerbación aguda no es equivalente a una infección sobreañadida a una afección crónica, aunque una exacerbación pueda ser provocada por una infección.

Pregunta:

El paciente tiene una exacerbación aguda de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y bronquitis aguda. ¿Cuál es la asignación de códigos de diagnóstico?

Respuesta:

Asigne los códigos J44.0, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de vías respiratorias inferiores, J44.1, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación (aguda), y J20.9, Bronquitis aguda, no especificada, para recoger completamente el juicio diagnóstico del médico.

Pregunta:
El título del código J44.0 indica "Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de vías respiratorias inferiores". ¿Qué infecciones están incluidas en "infecciones de vías respiratorias inferiores"?

Respuesta:
Se incluyen la bronquitis y la neumonía. La gripe implica tanto infección respiratoria alta como baja. Cuando está presente con EOC deben asignarse códigos adicionales para especificar la infección tal como bronquitis o neumonía.

Pregunta:
Un paciente fue ingresado en un servicio de rehabilitación aguda para fisioterapia y terapia ocupacional tras una sustitución total de cadera debido a fractura intertrocantérea de fémur. Dado que la articulación de la cadera ha sido extraída y sustituida con una prótesis, se debería codificar la fractura?

Respuesta:
En este caso, se ha realizado una sustitución total de cadera para tratar una fractura traumática de cadera. La fractura está ahora en fase de curación y recuperación. Asigne el código S72.141D, Fractura intertrocantérea desplazada de fémur derecho, episodio subsiguiente para fractura cerrada con curación rutinaria, como diagnóstico principal. Asigne también el código Z96.641, Presencia de articulación de cadera derecha artificial.

El objeto del séptimo carácter en la ICD-10-CM para las fracturas y otras lesiones es seguir el tratamiento a lo largo de varios estadios, así como seguir el uso de recursos y los resultados. Hay diferencias clínicas en la cirugía de sustitución de articulación realizada por fractura traumática frente a cirugía electiva de sustitución articular. Por ejemplo, una lesión resultante de una cirugía no esperada podría requerir más rehabilitación intensiva que una sustitución de cadera debido a osteoartritis de la cadera.

Pregunta:
Un audiólogo realiza un cribaje de audición en un neonato en el hospital antes del alta. El resultado es normal. ¿Qué código debería informar para este servicio?

Respuesta:
El audiólogo informaría el código Z13.5, Contacto para cribaje de trastornos de ojo y oído, para sus servicios.

Pregunta:
Durante el episodio del nacimiento, un recién nacido no pasa un examen rutinario de cribaje de audición. ¿Qué código debería informar para sus servicios?

Respuesta:
Si el neonato falla en el cribaje de audición durante el episodio del nacimiento, el audiólogo debería informar Z01.118, Contacto para examen de oído y audición con otros hallazgos anormales, y el código R94.120, Estudio de función auditiva anormal.

Pregunta:
Un recién nacido menor de 28 días de edad, que no pasó el examen auditivo rutinario al nacimiento, se presenta en el audiólogo para repetir la prueba auditiva. El examen fue normal. ¿Cuál es la asignación de código correcta que el audiólogo debería informar para su servicio?

Respuesta:
El audiólogo debería informar el código Z01.110, Contacto para examen de audición tras prueba de audición fallida. Cuando se documenta una afección o un hallazgo específico, éste debe asignarse como diagnóstico secundario.

Pregunta:
¿Qué códigos deberían informar el hospital para un recién nacido mediante parto por cesárea, al que se realiza una prueba rutinaria de audición y el resultado es normal?

Respuesta:
Asigne el código Z38.01, Niño nacido vivo, parto por cesárea, como diagnóstico principal. La prueba auditiva al que se realiza una parte rutinaria del cuidado general del recién nacido y no debe codificarse por separado.

Pregunta:
Un paciente de 7 años se presenta en la consulta por no pasar la prueba auditiva en el colegio. Fue seguido por el médico de atención primaria. Tras realizar pruebas de audición formal en la consulta, la misma fue normal. El médico documenta: "Prueba auditiva normal tras fallo de la prueba en el colegio". ¿Cuál es el diagnóstico correcto en la ICD-10-CM?

Respuesta:
Asigne el código Z01.110, Contacto para examen de audición tras haber fallado una prueba de audición. Aunque este código cae dentro de la categoría Z01.11-, Contacto para examen de oídos y audición con hallazgos anormales, no habían dichos hallazgos en el examen posterior. El código Z01.110 indica completamente el motivo del contacto.

Pregunta:

Un niño de presenta en la consulta del pediatra debido a problemas de lactancia en el día 24 de vida. El diagnóstico final es dificultad de lactancia. El mismo paciente vuelve en el día 38 de vida con el mismo problema de lactancia. Durante esta visita, el niño se diagnostica de dificultad de lactancia. ¿Cuál es la asignación correcta de código para estas visitas? Estamos interesados sobre el uso de un código de la categoría P92 puesto que la nota de Excluye 1 indica "problemas de la alimentación en niños mayores de 28 días (R63.3)"

Respuesta:

Asigne el código P92.5, Dificultad neonatal con la lactancia materna, para ambos episodios. La "Normativa Oficial para Codificación e Información con ICD-10-CM perteneciente al uso del Capítulo 16, Códigos tras el período perinatal, indica "Si una afección se origina en el período perinatal y continúa a lo largo de la vida del paciente, el código perinatal debería seguir usándose independientemente de la edad del paciente".

Pregunta:

A un paciente se le retiró un catéter central insertado periféricamente (PICC) a pie de cama. La enfermera simplemente quitó las suturas, tiró del tubo y aplicó un vendaje. ¿Cuál es la asignación correcta de código de la ICD-10-PCS para la retirada del PICC?

Respuesta:

No se requiere informar la retirada no operatoria del tubo del PICC por separado. Sin embargo, si el hospital quisiera capturar esta información, asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

02PYX3Z Retirada de dispositivo de infusión de gran vaso, abordaje externo

Pregunta:

Un paciente con úlcera sacra por decúbito y absceso de úlcera glútea se presenta para desbridamiento de la úlcera y drenaje del absceso glúteo. Se realizó desbridamiento escisional en la primera herida hasta nivel de músculo. Cuando el desbridamiento se realiza en el área sacra hasta el nivel del músculo, ¿cuál es el valor adecuado de localización anatómica?

Respuesta:

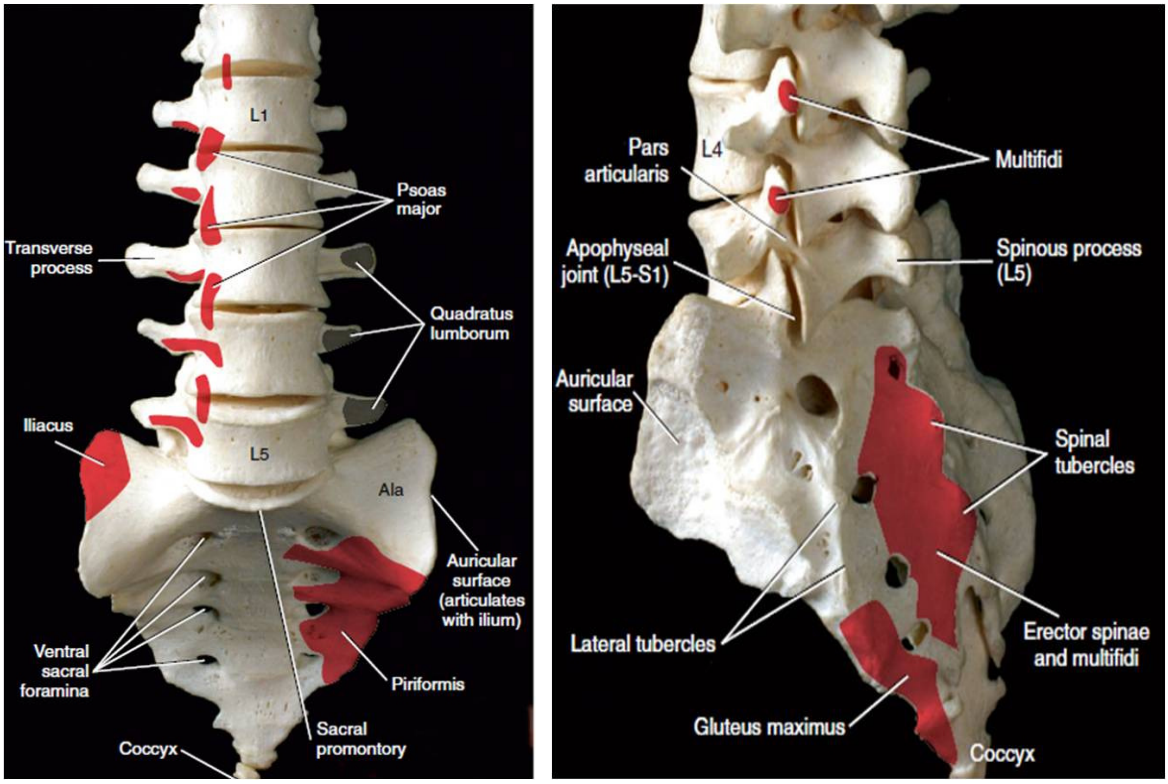
El valor de localización anatómica para un desbridamiento escisional realizado en un músculo de la región sacra es "Músculo de la cadera". Varios músculos de la articulación de la cadera, tales como el *gluteus maximus* (glúteo mayor **NT**), *iliacus* (ilíaco **NT**) y *piriformis* (piramidal de la pelvis **NT**) tienen sus orígenes en la superficie del sacro, y el área sacra localizada en la base de las articulaciones de la columna se une con las articulaciones de la cadera formando el cinturón pélvico.

Si la documentación especifica que se desbridó el lado derecho o izquierdo de la úlcera sacra, solo puede asignarse un código. Si la documentación no especifica lateralidad, asigne códigos para los músculos de las caderas derechos e izquierdos.

En este caso, asigne los códigos:

0KBN0ZZ Escisión de músculo de la cadera derecha, abordaje abierto

0KBP0ZZ Escisión de músculo de la cadera izquierda, abordaje abierto



Inserciones musculares del sacro [NT]

Pregunta:

Un paciente con una gran úlcera por presión de la pierna derecha se presenta para desbridamiento. El paciente tiene una colección de material necrótico que fue retirada fácilmente con una gasa húmeda. Una vez que el tejido necrótico fue retirado, se utilizó Versajet™ para desbridar el área hasta tejido muscular sano, retirando el tejido muscular necrótico. No hay entrada en el Índice para músculo bajo extracción o una tabla para "extracción" en la sección de Músculo de la ICD-10-PCS. ¿Cuál es el código correcto de la ICD-10-PCS para desbridamiento con Versajet™ de músculo de la pierna?

Respuesta:

Codifique la localización anatómica más cercana disponible. Por tanto use el valor de localización anatómica que describe "pierna derecha, tejido subcutáneo y fascia". Asigne el siguiente código de procedimiento:

0JDN0ZZ Extracción de tejido subcutáneo y fascia de pierna derecha, abordaje abierto

Pregunta:

Un paciente se presenta por infección de herida lumbar postoperatoria. La incisión lumbar en línea media fue reabierta y se llegó por debajo de la capa de la fascia lumbar. La herida del espacio epidural por fuera dela musculatura paraespinal y capa subcutánea se desbridó con lavado pulsátil. Una vez desbridada la herida, se colocó un drenaje y se cerró la incisión. El lavado pulsátil parece cumplir con la definición de extracción de la ICD-10-CM. Sin embargo no encontramos un valor de localización anatómica para músculo bajo el tipo de intervención "extracción". ¿Cuál es la asignación de código correcta para este procedimiento?

Respuesta:

Codifique la localización anatómica más cercana disponible. Por tanto use el valor de localización anatómica que describe "tejido subcutáneo y fascia de la espalda". Asigne el siguiente código de procedimiento:

0JD70ZZ Extracción de tejido subcutáneo y fascia de espalda, abordaje abierto

Pregunta:

El *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 2015, página 6 (página 3 de la versión traducida **NT**) indica que el lavado pulsado se usa para desbridamiento de hueso y tejido y este tipo de desbridamiento se codifica como no escisional. Por tanto, el tipo de intervención correcto es "extracción", sin embargo no hay localización anatómica para el hueso en el tipo de intervención "extracción". Por favor aclare cómo debe codificarse este ejemplo.

Respuesta:

Los codificadores pueden capturar el desbridamiento no escisional usando la tabla "Extracción" 0JD y eligiendo la localización anatómica más cercana disponible que describe el área desbridada. Codifique el equivalente más cercano disponible a la localización anatómica.

Pregunta:

Un hombre de 62 años con una larga historia de dolor por espolón calcáneo y tendonitis del Aquiles se presenta para desbridamiento e hueso y tendón usando un dispositivo de ultrasonido Tenex. Se hizo una pequeña incisión en la cara posterolateral del espolón retrocalcáneo y se llevó a cabo una disección roma por debajo del nivel del espolón. Bajo visualización directa se hizo un desbridamiento extenso usando el dispositivo Tenex y retirando todo el tejido y hueso hipertrófico e inflamado. Se hizo una incisión adicional para desbridar más usando el Tenex sobre el hueso. Consideramos que el desbridamiento usando el dispositivo Tenex como desbridamiento no escisional. Sin embargo somos incapaces de encontrar códigos bajo el tipo de intervención "extracción" en las tablas de huesos o de tendones de la parte baja del cuerpo. ¿Cómo deberíamos informar los procedimientos de desbridamiento?

Respuesta:

Codifique el equivalente más cercano disponible a la localización anatómica. Por tanto, use el valor de localización anatómica que describe "tejido subcutáneo y fascia de pie izquierdo". Asigne el siguiente código de procedimiento:

0JDR0ZZ Extracción de tejido subcutáneo y fascia de pie izquierdo, abordaje abierto

Dispositivo Tenex para desbridamiento no excisional [NT]

Pregunta:

Un paciente es ingresado en el hospital con síncope. El juicio diagnóstico final del médico fue: "Enfermedad real en estadio terminal (ESRD) debido a enfermedad renal poliquística congénita". El médico anotó también enfermedad renal poliquística como causa de hipertensión". La Normativa Oficial para Codificación sección I.C.9.a.2. indica que la ICD-10-CM asume una relación causa-efecto entre la hipertensión con la enfermedad renal crónica (ERC) como enfermedad renal crónica hipertensiva. Sin embargo en este caso el paciente tiene ESRD debido a un trastorno congénito. ¿Cómo debería codificarse la ESRD debida a riñón poliquístico congénito?

Respuesta:

Asigne los códigos N18.6, Enfermedad renal en estadio terminal, Q61.3, Riñón poliquístico, no especificado, y I51.1, Hipertensión secundaria a otros trastornos renales. Aunque la ICD-10-CM asume una relación causal entre hipertensión y enfermedad renal crónica (ERC), en este caso, el paciente desarrolla una ESRD secundaria a riñón poliquístico. El riñón poliquístico es también la causa de la hipertensión. Por tanto se asigna el código I15.1 Hipertensión secundaria a otros trastornos renales, en lugar del código I12.o, Enfermedad renal crónica hipertensiva con estadio 5 de enfermedad renal crónica o estadio final de enfermedad renal. Con efectividad del 1 de octubre de 2016, se ha revisado la Normativa Oficial para Codificación de Información para indicar: "La ERC no debe codificarse como hipertensiva si el médico documenta específicamente una causa diferente".

Pregunta:

Un hombre de 51 años con historia de nefrolitiasis se presenta debido a dolor intenso en flanco derecho, nausea y vómito. Se realizó un TAC en urgencias que mostró dos cálculos en el uréter proximal derecho. El paciente fue ingresado, se realizó una cistoscopia y al entrar en la vejiga había dos cálculos en la base de la vejiga que parecían ser del mismo tamaño de las que estaban en el uréter. Los cálculos fueron extraídos. Como diagnóstico postoperatorio el médico puso: "Cálculos ureterales derechos pasados" pero puso también "Extracción de cálculos vesicales" como procedimiento. ¿Cuáles son los códigos de diagnóstico y procedimiento correctos para los cálculos ureterales que migraron a la vejiga y fueron extraídos de la misma?

Respuesta:

Asigne el código N20.1, Cálculo de uréter, para los cálculos ureterales. En el momento del ingreso los cálculos estaban en el uréter. Lo cálculos pasaron luego a la vejiga y fueron extraídos de ahí. El tipo correcto de intervención es "Extirpación" y el valor de localización anatómica se basa en la localización del cálculo al comienzo del procedimiento. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

0TCB8ZZ Extirpación de materia de vejiga, a través de apertura natural o artificial, endoscópica

No se requiere que los códigos de diagnóstico y procedimiento coincidan puesto que el cálculo ha migrado de un sitio a otro.

Pregunta:

El paciente se presenta en el Departamento de Urgencias y es ingresado con una herida por disparo con fragmento de bala retenido en la pierna derecha después de haber dio asaltado. El disparo no fracturó el hueso. ¿En la ICD-10-CM, debe codificarse como herida abierta no especificada, laceración con cuerpo extraño o herida punzante con cuerpo extraño?

Respuesta:

Asigne el código S81.841ª, Herida punzante con cuerpo extraño, pierna derecha, contacto inicial, para el disparo en la pierna. Asigne también el código X95.9XXA, Asalto con disparo de arma de fuego no especificada, contacto inicial, para describir la causa externa de la lesión, y el código Z18.9, Otro fragmento de cuerpo extraño retenido. La herida punzante es más adecuado que la laceración ya que la bala punciona a través de la piel. Una laceración implica un corte.

Pregunta:

Para pacientes ingresados se espera que los codificadores pregunten al médico si existe un conflicto entre el diagnóstico definitivo y el informe de anatomía patológica. Sine embargo si un pacientes es ingresado con una masa cerebral y el médico anota en la hoja operatoria que la masa ha sido extirpada y el informe de anatomía patológica contiene información específica co o el tipo de tumor (ej. benigno o maligno)¿se puede codificar basado en el diagnóstico más específico (tumor maligno) del informe de anatomía patológica?

Respuesta:

La Normativa Oficial para Codificación de Información con ICD-10-CM (Sección III,B. Hallazgos anormales) indica: "Los hallazgos anormales (laboratorio, rayos X, anatomía patológica y otros resultados diagnósticos) no se codifican a no ser que el médico indique su importancia clínica. Si los hallazgos están fuera del rango normal y el médico ha ordenado otras pruebas para evaluar la afección o el tratamiento prescrito, es correcto preguntar al médico si el hallazgos anormal debe añadirse."

Mientras que es correcto codificar un detalle adicional acerca del lugar específico de una fractura de fémur (ej. diáfisis) de un informe radiológico, no adecuado codificar directamente de un informe anatomopatológico. Hay diferencia al codificar el diagnóstico clínico documentado por el médico responsable y la codificación de hallazgos no confirmados.

Cuando se codifica solo con el informe anatomopatológico, el codificador está asignando un diagnóstico basado solo en hallazgos patológicos sin la confirmación del médico responsable. Aunque el patólogo proporciona una interpretación escrita de una biopsia de tejido, esto no equivale a un diagnóstico clínico del médico basado en la impresión clínica completa. El médico es el responsable y el implicado directamente en el cuidado y tratamiento del paciente. Esta norma es consecuente con la información acerca de la conveniencia de la asignación de código basado en la documentación de un médico diferente al responsable, ya que la interpretación del patólogo de una muestra no es lo mismo que un diagnóstico proporcionado por un médico directamente relacionado en el cuidado y tratamiento del paciente. Si el médico responsable documenta "masa cerebral" y el patólogo indica "astrocitoma" puede existir un conflicto de información que necesita aclarase con el médico responsable.

Esto asegura que la documentación y los códigos informados sean coherentes con la interpretación del médico responsable, ya que él o ella son responsables del manejo clínico del caso. Es responsabilidad del médico que atiende al paciente recopilar y cotejar todos los hallazgos de los consultores y otros clínicos implicados en el cuidado del paciente. El plan de cuidados se basa en la evaluación del médico responsable, la interpretación y cotejo de todos los hallazgos (ej. resultados anatomopatológicos, radiológicos y de laboratorio). Esta norma es coherente con la publicada previamente en *Coding Clinic for ICD-9-CM,* y es también aplicable para el conjunto de códigos de la ICD-10-CM

Pregunta:

El paciente es ingresado para sustitución de tubo de gastrostomía. El tubo tenía un malfuncionamiento (se caía continuamente) y finalmente se quedó fuera durante un periodo de tiempo. El estoma de la gastrostomía estaba prácticamente cerrado haciendo dificultoso pasar el tubo de alimentación. Se dilató el estoma para reabrirlo y permitir la inserción del tubo. ¿Cómo se codifica con la ICD-10-PCS la dilatación de una gastrostomía con inserción de un tubo de alimentación? ¿Se usa el tipo de intervención "Reparación" puesto que los otros tipos de intervención no parecen adecuados?

Respuesta:

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

0DH67UZ Inserción de dispositivo de alimentación en estómago, por vía natural o apertura artificial

En este caso, la gastrostomía no estaba totalmente cerrada, por lo que se colocó un nuevo dispositivo por la apertura artificial existente. La dilatación no se codifica por separado ya que es necesaria a fin de colocar el dispositivo de alimentación, y se considera parte integrante de la colocación del tubo que es el objetivo del procedimiento.

Pregunta:

Un paciente es estado postrasplante de hígado es ingresado para laparotomía exploradora debido a sangrado intraperitoneal. Se rehizo la anastomosis del conducto biliar debido a una dudosa fuga. Se extirpó la anastomosis evidenciándose un excelente flujo de bilis del hígado trasplantado y se resuturó la anastomosis. ¿Cuál es el tipo correcto de intervención para la revisión de la anastomosis del conducto biliar?

Respuesta:

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

0FQ90ZZ Reparación del conducto biliar común, abordaje abierto, para la resutura de la anastomosis del conducto biliar común con el conducto biliar común del hígado trasplantado

La escisión de la anastomosis se hizo a fin de resuturar la anastomosis. El tipo de intervención "Reparación" es más consecuente con lo que se ha realizado. El conducto biliar común fue devuelto a su estructura anatómica y función normales.

Pregunta:

Un paciente con pruebas de función hepática anormales y pancreatitis aguda sospechoso de tener cálculos biliares es sometido a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con esfinterotomía e inserción de endoprótesis pancreática. Durante el procedimiento, el árbol biliar se recorrió con un balón pero no se encontraron cálculos. ¿Cuál(es) son los tipos adecuados de intervención para la CPRE con esfinterotomía e inserción de endoprótesis pancreática? ¿Se asigna un código separado para la exploración con balón, hay que la finalidad era extraer los cálculos que estuvieran presentes?

Respuesta:

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

0F7D8DZ Dilatación de conducto pancreático con dispositivo intraluminal, por vía natural o apertura artificial endoscópicas, para la CPRE con colocación de endoprótesis en el conducto pancreático.

Sise encuentran cálculos y se extraen de la vía biliar mediante balón, el tipo de intervención sería "Extirpación", ya que es el objetivo pretendido del procedimiento. No se asigna código para las esfinterotomías ya que se hicieron para alcanzar el lugar del procedimiento.

Pregunta:

Un paciente diagnosticado de obstrucción de vía aérea recurrente secundaria a epiglotitis prolapsante es sometido a reparación quirúrgica. El médico realizó una tonsilectomía lingual y escisión de la base de la lengua antes de quitar la suspensión de la lengua. Luego se hizo una epiglotopexia mediante laringoscopia anclando ambos lados de la epiglotis en la base de la lengua. ¿Se asignan códigos separados para la tonsilectomía lingual, escisión de la base de la lengua y laringoscopia con epiglotopexia? Si es así, ¿cuál es el valor de abordaje correcto para la tonsilectomía lingual?

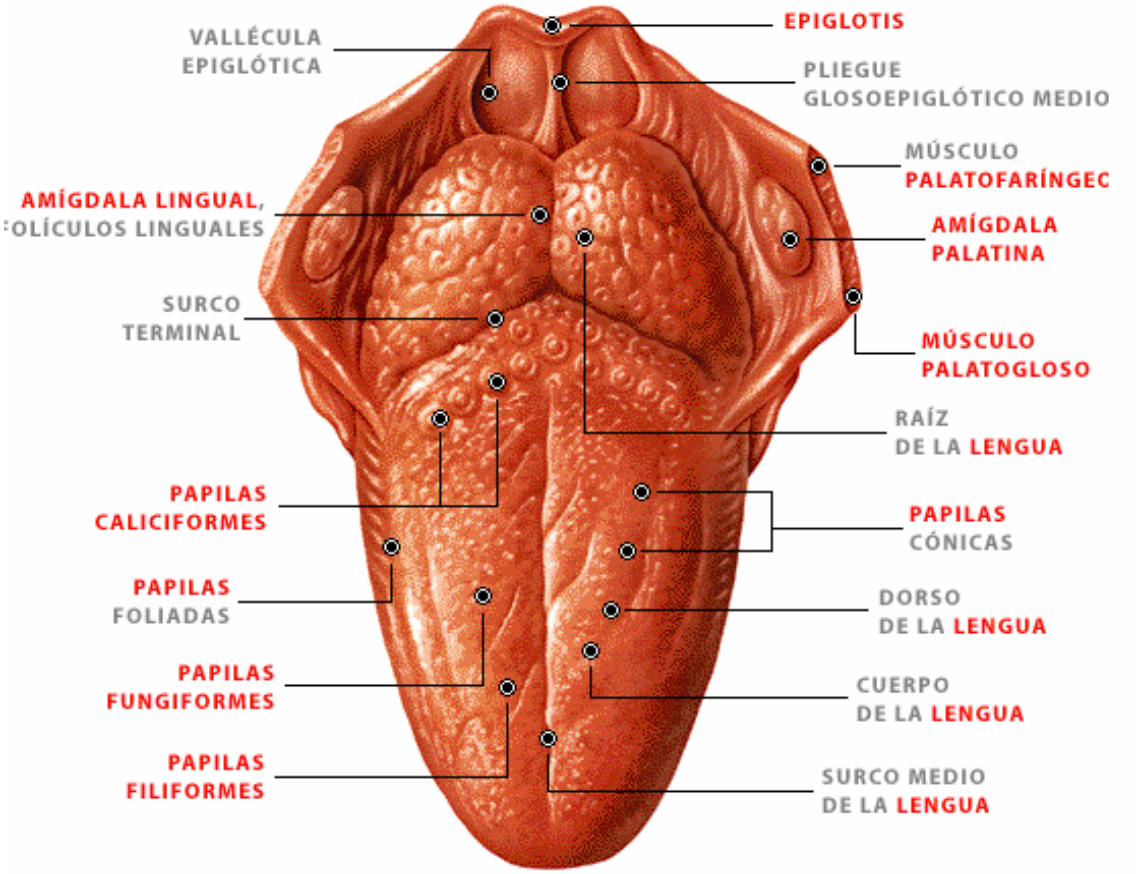
Respuesta:

Asigne los siguientes códigos:

0CBM8ZZ Escisión de faringe, por vía natural o apertura artificial endoscópica, para la escisión de las amígdalas linguales y la base de la lengua

0CSR8ZZ Reposición de epiglotis, por vía natural o apertura artificial endoscópica, para la epiglotopexia endoscópica

Anatómicamente las amígdalas linguales se localizan en la base de la lengua. La base de la lengua se considera parte de la orofaringe. En la ICD-10-PCS el codificador es dirigido a "faringe" cuando se hace referencia a la localización anatómica bajo "orofaringe". Por tanto, el valor correcto de localización anatómica para "amígdala lingual" es "faringe"



Estructuras de la lengua indicando la localización de las amígdalas linguales y de la base o raíz de la lengua. No confundir las amígdalas linguales con las amígdalas palatinas o las faríngeas [NT]

Pregunta:

Un paciente con historia de labio y paladar hendido bilateral fue visto para cierre de la hendidura alveolar bilateral. Se movilizó el tejido cicatricial circundante en la hendidura del lado izquierdo para crear un bolsillo para preservar el hueso y colocar proteína morfogenética de hueso Infuse®. En el lado derecho, un autoinjerto de piel que fue recolectado de la cadera izquierda se colocó en la hendidura con proteína morfogenética de hueso Infuse®. ¿Cuáles son las asignaciones de códigos para el cierre de la hendidura alveolar bilateral con colocación de proteína morfogenéticas de hueso y de autoinjerto de piel en la hendidura derecha?

Respuesta:

Asigne los siguientes código de la ICD-10-PCS para los procedimientos:

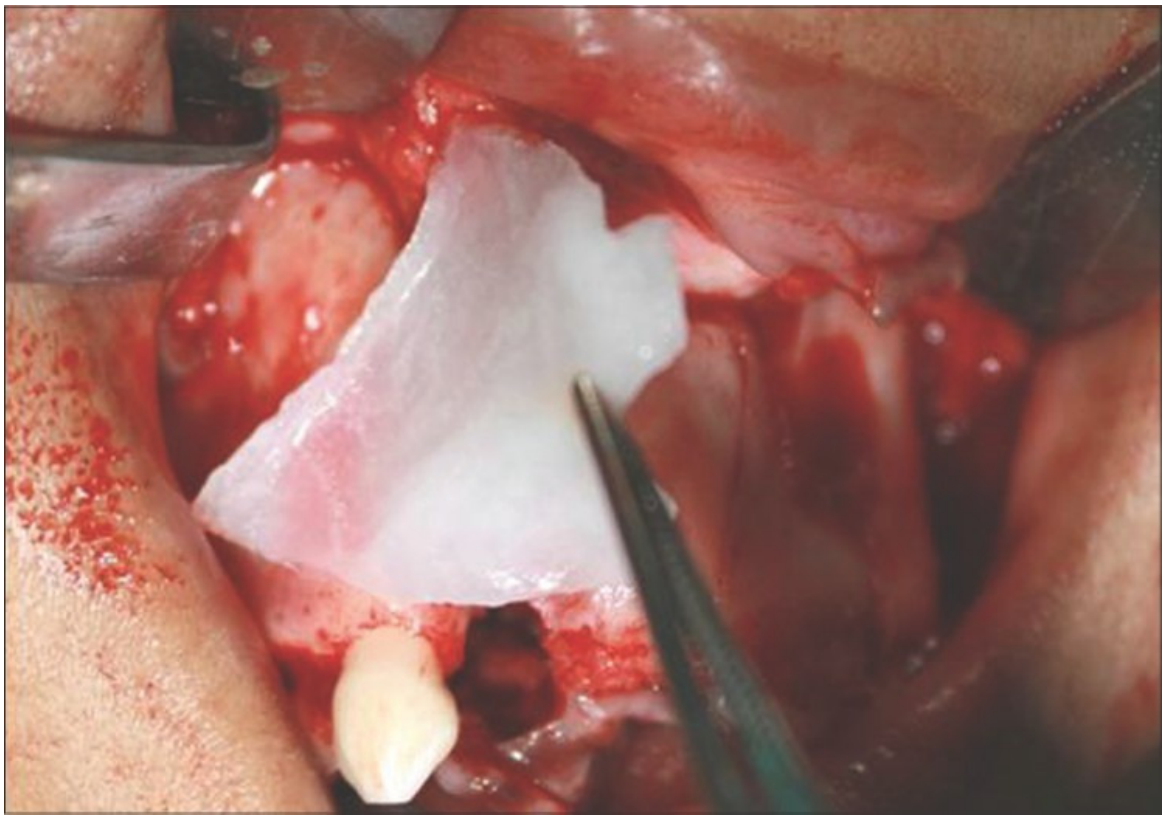
0NQS0ZZ Reparación de maxilar izquierdo, abordaje abierto, para el cierre de hendidura alveolar izquierda

0NUR07Z Suplemento de maxilar derecho con sustituto autólogo, abordaje abierto, para el cierre de hendidura alveolar izquierda con autoinjerto de piel

0HBJXZZ Escisión de piel de muslo izquierdo, abordaje externo, para la recolección de dermis de la cadera izquierda

3E0V0GB Introducción de proteína morfogenética de hueso recombinante, abordaje abierto, para la colocación bilateral de proteína morfogenéticas de hueso

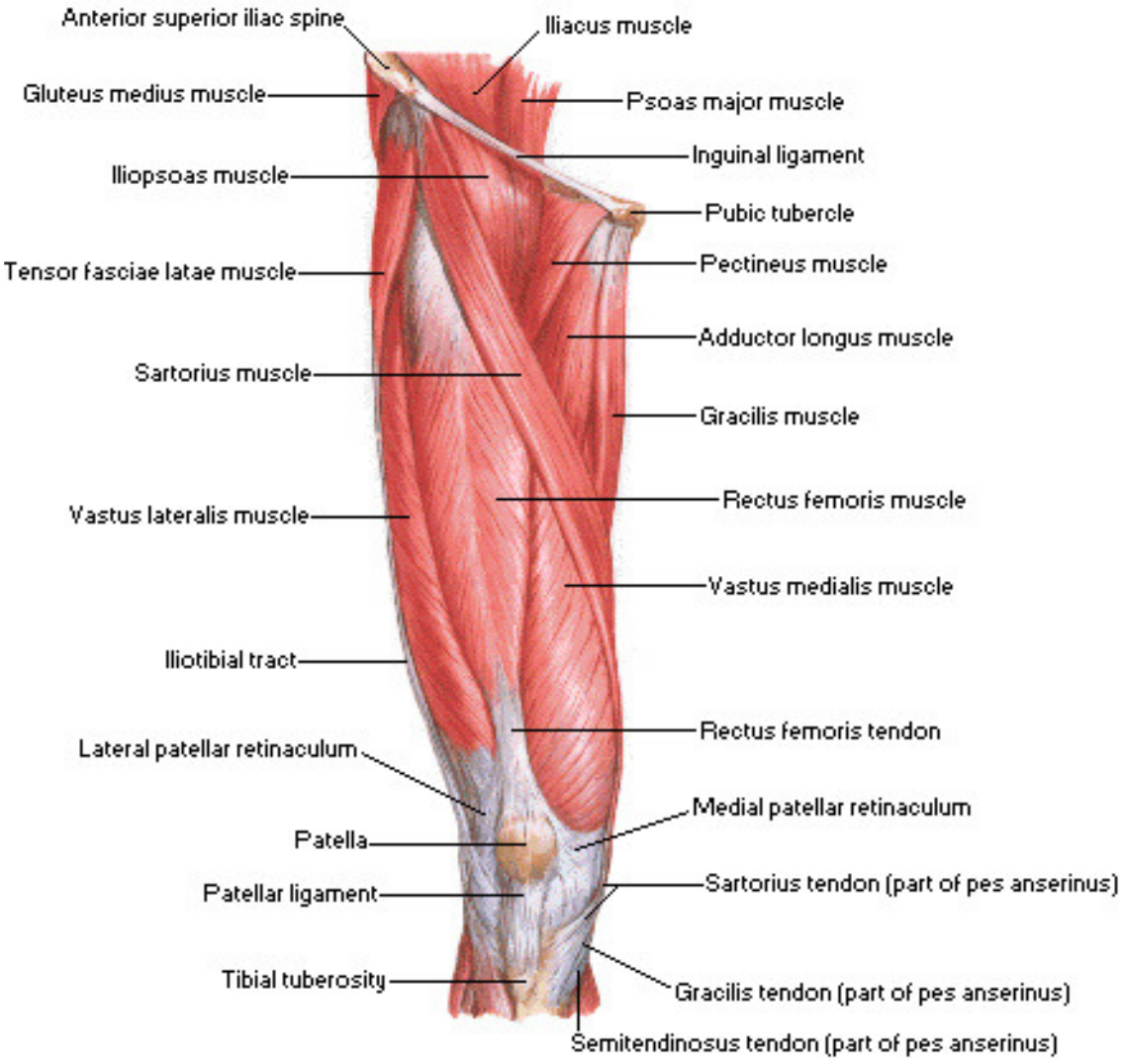
Los centros puede elegir el informar la colocación de proteína morfogenéticas de hueso si lo desean.



Proteína morfogenética de hueso en una hendidura alveolar [NT]

Pregunta:

El paciente es un varón de 14 años con parálisis cerebral conocida con patrón cuadrapléjico y luxación de cadera bilateral con cambios degenerativos. El paciente es ingresado para someterse a artroplastia de resección en la que se realiza una resección de fémur proximal con artroplastia de interposición con transferencia muscular junto con tenotomía abierta del *adductus longus* y *brevis* (aductores largo y breve del muslo [NT]) derechos que fueron seccionados por cauterización. Según la descripción operatoria, se extrajo la parte superior completa del fémur derecho e izquierdo. ¿Debería codificarse la resección del fémur proximal con artroplastia de interposición mediante transferencia muscular con e tipo de intervención "Escisión" (cabeza femoral) más "Reposición" o "Transferencia" (músculos), o quizás con el tipo de operación "Sustitución" para abarcar ambos componentes?



Músculos del muslo [NT]

Respuesta:

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

0QT70ZZ Resección de extremo superior de fémur izquierdo, abordaje abierto y

0QT70ZZ Resección de extremo superior de fémur derecho, abordaje abierto, para la resección de la zona proximal de fémur derecho e izquierdo en el trocánter menor

0KXQ0ZZ Transferencia de músculo de muslo derecho, abordaje abierto y

0KXR0ZZ Transferencia de músculo de muslo derecho, abordaje abierto, para la transferencia de los músculos vastos laterales derecho e izquierdo a lo largo de los muñones del fémur derecho e izquierdo, tras resección

0L8J0ZZ División de tendones de cadera derecha, abordaje abierto, para las tenotomías de cadera (de los músculos aductores derechos **NT**)

Esta información es coincidente con la publicada previamente en *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 2015, página 26

Pregunta:

El paciente se presenta para bypass de la arteria femoral a la peronea izquierda. Tras varios intentos de encontrar una vena adecuada, se decidió que debería usarse la safena mayor como injerto in-situ. Se seccionó la safena mayor por una incisión por debajo de la rodilla y se ocluyeron múltiples ramas. Se realizó una endarterectomía de las arterias femoral común y femoral profunda y se anastomosó la safena mayor y se usó como parche venoso en la arteriotomía distal que se extendió a la arteria femoral profunda. Se pasó un valvulotomo desde la safena mayor por debajo de la rodilla hasta la anastomosis proximal y las válvulas se cortaron. ¿Se asigna un código para la escisión de la vena safena cuando se realiza un bypass in-situ? ¿Se informa adicionalmente el corte de las válvulas?

Respuesta:

El uso de la vena safena como bypass directo y las secciones de las válvulas venosas son ambas inherentes al procedimiento de bypass. Al igual que en el uso de la arteria mamaria interna en el bypass de arteria coronaria, no es correcto asignar un código para la escisión de la vena safena mayor cuando se usa como injerto venoso in-situ. En este tipo de injerto, la vena permanece en su lugar y no es “extirpada” o “escindida”. El corte de las válvulas es inherente a un procedimiento de injerto venosos in-situ. Por tanto, no debe asignarse un código adicional para el corte de las válvulas.

Pregunta:

Un paciente con regurgitación grave de la tricúspide y fallo sistólico derecho es ingresado para sustitución de válvula tricúspide transcatéter usando bioprótesis bovina. Cuando se va a la tabla 02R, Sustitución de Corazón y Grandes Vasos no hay abordaje percutáneo para la válvula tricúspide. ¿Cuál es el la asignación de código para este procedimiento?

Respuesta:

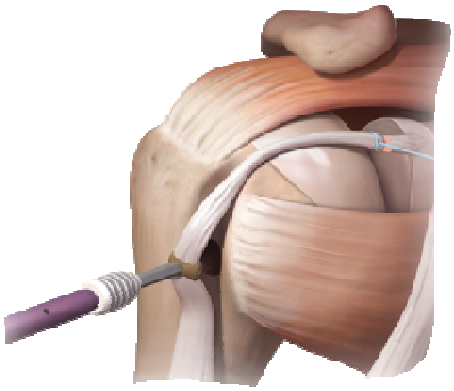
Actualmente la ICD-10-PCS no proporciona un valor específico para la sustitución percutánea de la válvula tricúspide. En abordaje endoscópico percutáneo es el equivalente más cercano disponible.

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

02RJ48Z Sustitución de válvula tricúspide con tejido zooplástico, abordaje endoscópico percutáneo, para la sustitución de la válvula tricúspide transcatéter

Pregunta:

Una mujer diagnosticada de desgarro de tendón subcapsular, tendonitis bicipital, pinzamiento subacromial y subcoracoieo, es sometida a reparación del manguito de rotadores del tendón subcapsular, tenodesis abierta subpectoral de bíceps con tornillos de tenodesis PEEK y descompresión subacromial y subcoracidea artroscópica con acromioplastia y coracoplastia. Cuando se realiza reparación del manguito de los rotadores, se codifican por separado la descompresión subacromial y subcoracoidea con acromioplastia y coracoplastia? Si la tenodesis se codifica por separado, como re recogen los tornillos PEEK?



Tenodesis bicipital con tornillo PEEK [NT]

Respuesta:

Asigne los siguientes códigos:

0LQ14ZZ Reparación de tendón del hombro derecho, abordaje endoscópico percutáneo, para la reparación del manguito de rotadores

0RNJ4ZZ Liberación de la articulación del hombro derecha, abordaje endoscópico percutáneo, para la descompresión subacromial y subcoracoidea

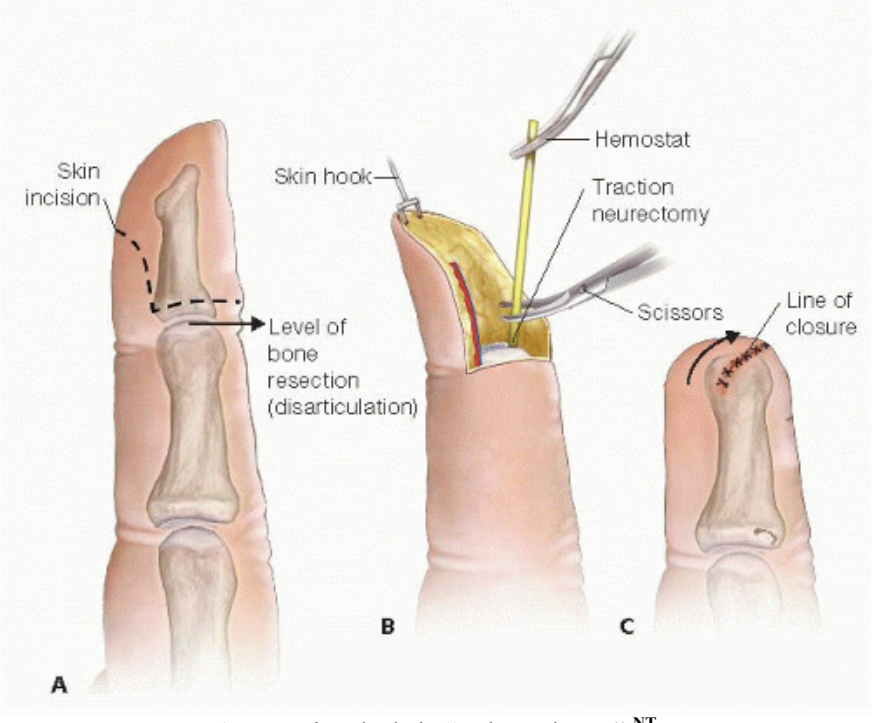
0LS30ZZ Reposición de tendón de brazo derecho, abordaje abierto, para la tenodesis del bíceps

0RHJ04Z Inserción de dispositivo de fijación interno en la articulación el hombro derecho, abordaje abierto, para el uso del dispositivo de fijación interna

La descompresión subacromial y subcoracoidea se capturan en el tipo de intervención "Liberación" y la acromioplastia y coracoplastia forman parte del procedimiento y no se codifican por separado.

Pregunta:

El paciente tuvo una amputación traumática de los dedos y pulgar de su mano izquierda. Se reimplantaron los dedos índice y medio. El pulgar izquierdo, anular y meñique no pudieron ser reimplantados, por lo que se realizó una revisión de la amputación. El cirujano documentó que se creó una "amputación en boca de pez" y que "se resecó el hueso de la falange distal" y "se resecaron las prominencias óseas con revisión de la amputación que se creó en el pulgar". También se usaron colgajos para cerrar estas zonas. ¿Se considera la resección de este hueso adicional como otra amputación y codificado con el tipo de intervención "amputación"? También, ¿es la reparación con colgajo una "transferencia"? Parece que los colgajos se usaron para "reparar" el lugar de la amputación.



Amputación de dedo "en boca de pez" [NT]

Respuesta:

Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS para la revisión del lugar de la amputación:

0X6M0Z1 Amputación alta de pulgar izquierdo, abordaje abierto

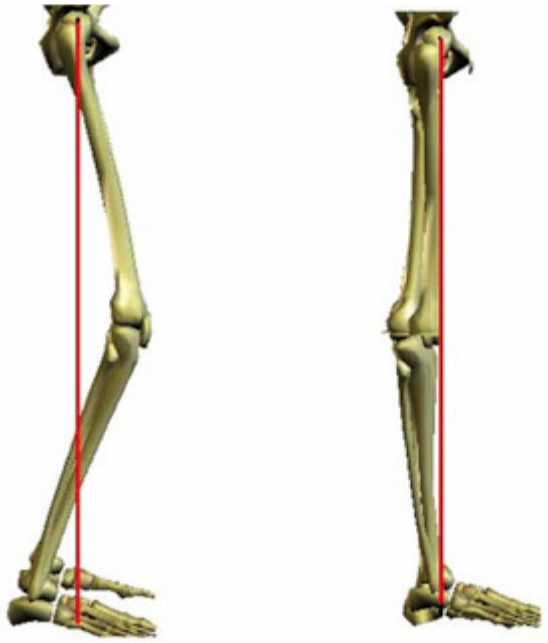
0X6T0Z1 Amputación alta de dedo anular izquierdo, abordaje abierto

0X6W0Z1 Amputación alta de dedo meñique izquierdo, abordaje abierto

La amputación a un nivel alto es todavía una amputación y debe codificarse con el tipo de intervención "Amputación". Los colgajos en boca de pez son una técnica de cierre que usa el área de piel disponible y no requiere códigos adicionales.

Pregunta:

Un paciente de 12 años con deformidad tibial proximal izquierda en procurvatum (*) y varo, así como de discrepancia de longitud de pierna derecha como resultado de una fractura de Salter-Harris izquierda, se presenta para corrección quirúrgica. Se realizó una epifisiodesis de tibia/peroné derechos mediante perforación de una lámina dentro del hueso a nivel de la fisis. En la pierna izquierda se realizó una osteotomía en cuña en la tibia proximal usando radioscopia seguido de una ostectomía peronea proximal, permitiendo la alineación adecuada de ambos huesos previamente a colocar una lámina en el lugar de la osteotomía tibial. A continuación se hizo un avance patelar liberando el tendón patelar izquierdo y el tubérculo tibial. El hueso se extirpó y el tubérculo tibial se fijó con tornillos canulados de 4.5mm en compresión. ¿Cuál es el tipo de intervención correcto para la epifisiodesis junto con la osteotomía en cuña de tibia/peroné y avance patelar?



(*) El genu procurvatum o genu flexo es una deformidad de la rodilla en la cual la articulación no puede realizar una extensión competa y se encuentra de forma permanente en extensión NT

Respuesta:

El objetivo de la epifisodesis es destruir total o parcialmente la placa de crecimiento o epífisis para impedir el crecimiento posterior, y en este caso, incorporando el uso de pequeñas placas y tornillos. El dispositivo de fijación está "impidiendo" una función fisiológica – crecimiento.

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

0QSH04Z Reposición de tibia izquierda con dispositivo de fijación interna, abordaje abierto

0QSK0ZZ Reposición de peroné izquierdo, abordaje abierto

0QSF04Z Reposición de rótula izquierda con dispositivo de fijación interna, abordaje abierto

0QHG04Z Inserción de dispositivo de fijación interno en tibia derecha, abordaje abierto

0QHJ04Z Inserción de dispositivo de fijación interno en peroné derecho, abordaje abierto

Pregunta:

Para informar acerca de procedimientos de sustitución de articulación de cadera y rodilla la ICD-10-PCS `proporciona tres valores para calificador del 7º carácter: "9", Cementada, "A", No cementada y "Z" Sin calificador. A menudo muchos médicos documentan "cementada" cuando se usa, pero normalmente no se documenta como "no cementada". Por ejemplo, un paciente con fallo de la sustitución total de cadera derecha se presenta para revisión. El tallo femoral y el alineador se sustituyeron. Sin embargo no está claro si el implante usando estaba "cementado o no cementado". ¿Cuál es el valor de calificador correcto "Z" o "A"?

Respuesta:

Cuando el codificador no puede determinar de la historia clínica si se colocó una prótesis cementada o no cementada, use "Z" Sin calificador. Asigne el calificador "A" No cementada cuando la documentación médica indica el uso de la misma.

El calificador del 7º carácter para las artroplastias de cadera y rodilla describe si las prótesis son cementadas o no cementadas. Una sustitución de articulación cementada une la articulación al hueso con cemento epoxy. Una prótesis articular no cementada tiene una malla de agujeros en su superficie que permite el crecimiento del hueso natural del paciente para sujetar el dispositivo en su sitio. Tal como se indica en la Sección 11 de la normativa de la ICD-10-PCS, "Muchos de los términos usados para la construcción de los códigos PCS se definen dentro del sistema. Es responsabilidad del codificador determinar qué documentación en la historia clínica equivale a las definiciones PCS. No se espera que el médico use los términos utilizados en las descripciones PCS ni se requiere al codificador que pregunte al médico cuando la correlación entre la documentación y el término PCS definido es clara".

Pregunta:

Cuando se realiza un cateterismo diagnóstico percutáneo de corazón izquierdo junto con arteriografía coronaria derecha e izquierda y ventriculograma izquierdo usando contraste iso-osmolar no iónico, tal como Visipaque, ¿cómo determina el codificador el tipo de contraste usado para realizar la angiografía? La tabla B21 de la ICD-10-PCS incluye tres opciones: alta osmolaridad, baja osmolaridad y otro contraste.

Respuesta:

Puesto que el Visipaque no es un medio de contraste ni de alta ni baja osmolaridad, use el "Y" para describir "Otro contraste". Se anima a los codificadores del Centro a trabajar junto con los radiólogos para determinar el medio contraste que se está usando para las pruebas de imagen, y luego desarrollar normas internas específicas que identifiquen el tipo de contraste a fin de codificar estos procedimientos. Por ejemplo, un Centro puede usar solo contraste de baja osmolaridad para estudios de imagen.

Pregunta:

Un paciente con angina inestable es sometido a angiografía coronaria izquierda, angiografía coronaria derecha, cateterismo de corazón izquierdo con ventriculografía e inserción de stent liberador de fármaco. Se realizó medida de flujo de reserva de la fracción miocárdica (FFR). Se obtuvieron la presión arterial media y la presión coronaria media distal. ¿Se informa la FFR cuando se realiza un cateterismo cardiaco? Si es así, ¿qué código se asignaría?

Respuesta:

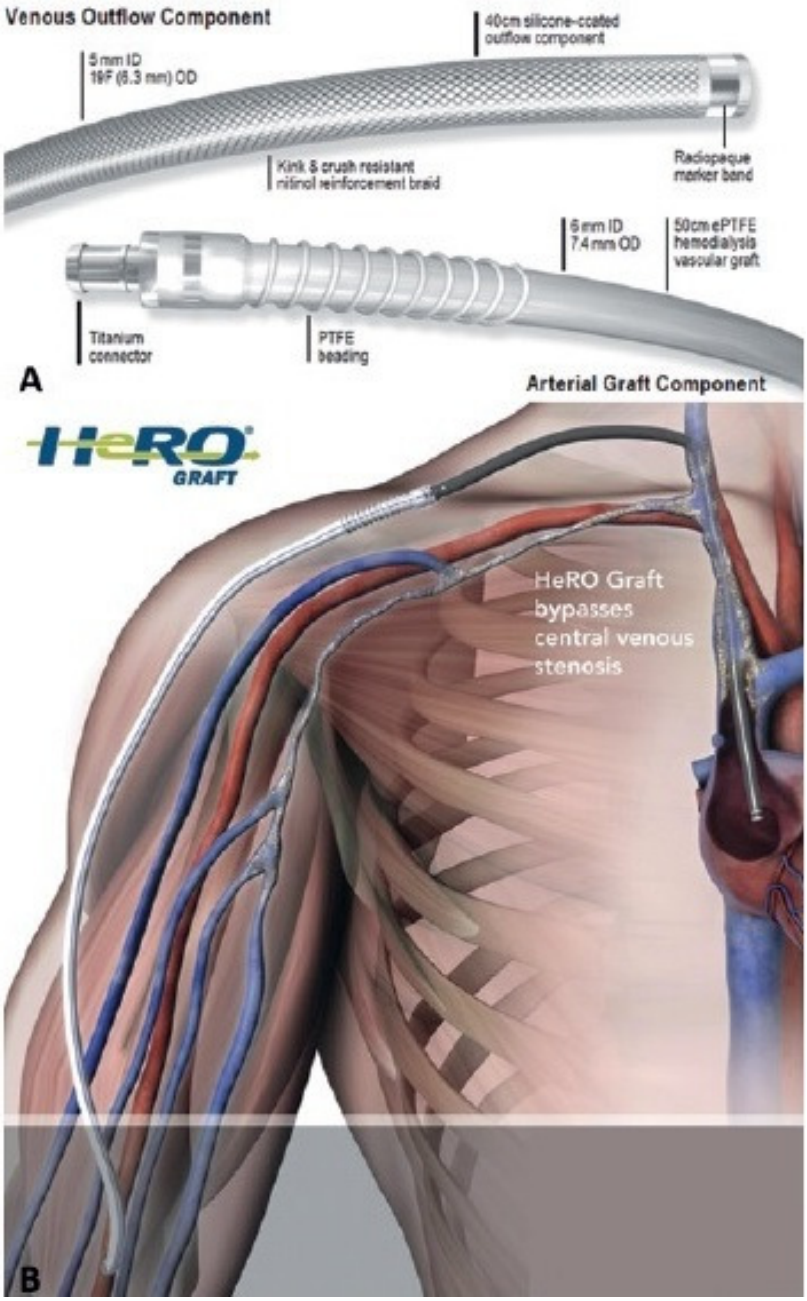
Aunque no es necesario, los Centros pueden informar un código para la FFR realizada junto con el cateterismo cardiaco, si se quiere. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

4A033BC Medida de presión arterial, coronaria, abordaje percutáneo, para el FFR.

Pregunta:

Un paciente de 49 años en hemodiálisis por enfermedad renal en estadio terminal se presenta con estenosis venosa central y fue llevado al quirófano para la creación de un injerto arteriovenoso en brazo izquierdo con dispositivo HeRO, a través de la vena yugular interna izquierda. Se seccionó luego un catéter venoso yugular interno izquierdo existente y se usó para pasar una guía a la vena cava inferior. La funda con el stent se avanzó hasta la unión de la vena cava superior y la aurícula y luego se tunelizó por el surco deltopectoral. Se hizo una incisión en la fosa antecubital y se diseccionó la arteria braquial. Se tunelizó un injerto entre el stent y el surco deltopectoral por debajo de la incisión antecubital. El injerto se anastomosó a la arteria braquial. La porción proximal se anastomosó al injerto que viene con el dispositivo HeRO. Luego la pieza de conexión se usó para conectar el injerto de stent con el conector. ¿Cuál es el código correcto para la creación del injerto AV usando el dispositivo HeRO a través de la vena yugular interna izquierda?

Hemodialysis Reliable Outflow (HeRO) Graft device diagram;
B – *Hemodialysis Reliable Outflow (HeRO)* Graft device implantation illustration. ID – inner diameter. OD – outer diameter.
(Courtesy of Cryolife®).



Injerto HeRO para fístula AV [NT]

Respuesta:

Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS para la creación de injerto AV usando el dispositivo HeRO:

03180JD Bypass de arteria braquial izquierda a vena alta de brazo con sustituto sintético, abordaje abierto.

Pregunta:

Por favor aconseje cómo codificar la lesión por presión en la ICD-10-CM. No hay entrada en el índice alfabético para lesión por presión. En abril de 2016 el Panel Consultivo Nacional para Ulcera por Presión (NPUAP) anunció un cambio en la terminología de "úlcera por presión" a "lesión por presión" y también actualizó los estadios de lesión por presión. El cambio de terminología describe más exactamente las lesiones por presión tanto de piel intacto como ulcerada. En el sistema de estadios previo el Estadio 1 y Lesión de tejido profundo describen la piel intacta, mientras que otros estadios describen úlceras abiertas. Esto llevaba a confusión porque las definiciones de cada uno de los estadios se referían a las lesiones como "úlceras por presión". A la luz de la redefinición de la NPUAP de las úlceras por presión como lesiones por presión, ¿pueden asumir los codificadores que una "lesión por presión estadiada" documentada se asigna a los correspondientes códigos de úlceras por decúbito/presión? ¿Se crearan nuevas entradas en el índice para "lesiones por presión" con la nueva actualización de códigos?

Respuesta:

Este es un cambio de terminología más que un cambio de definición en la úlcera por presión. Para este término, "lesión por presión" significa úlcera por presión, y codifique úlcera por presión por sitio y estadio o no estadiable según sea lo apropiado. Las estadios de lesión por presión usados por la NPUAP actualizan la terminología correspondiente a las úlceras por presión en la ICD-10-CM. Por tanto, codifique una lesión por presión no traumática igual que una úlcera por presión por sitio con los estadios uno a cuatro y no estadiable. La lesión por presión, estadio 1-4 se codificará como úlcera por presión, estadio 1-4. Una lesión tisular profunda se codifica como una úlcera por presión no estadiable. En la ICD-10-CM hay una entrada al índice bajo lesión tisular profunda:

Lesión
    tejido profundo
        significa úlcera por presión – véase Úlcera por presión, no estadiable, por sitio

Pregunta:

Un paciente es ingresado con rotura de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal y es sometido a reparación de aneurisma aórtico abdominal endovascular (EVAR). Se desplegó un injerto Gore® Excluder® en la aorta abdominal. Además se colocó una extensión del injerto en la iliaca distal derecha con un injerto de balón. ¿Cuál es el código adecuado de la ICD-10-PCS para el despliegue del injerto stent en la aorta abdominal? y ¿sería correcto asignar el código 047C3DZ, Dilatación de arteria ilíaca común derecha con dispositivo intraluminal, abordaje percutáneo, para la dilatación de la extensión del injerto de arteria iliaca común?

Respuesta:

Asigne el siguiente código de procedimiento:

04V03DZ Restricción de aorta abdominal con dispositivo intraluminal, abordaje percutáneo, para la reparación de AAA infrarenal con extensión iliaca

El despliegue del componente de extensión iliaco del sistema EVAR no se codifica separadamente.

Pregunta:

Un paciente con estadio final de enfermedad renal se presenta con trombosis recurrente de su injerto arteriovenoso izquierdo. En la intervención, se diseccionó el injerto de politetrafluoroetileno (PTFE) en la unión con la vena basílica. La vena se abrió transversalmente, se paso un catéter de Fogarty y se trombectomizó el canal venoso. Se hizo una fistulografía que mostró una trombosis debida a hiperplasia de la íntima de la vena. Se marcó el brazo en la localización de la vena axilar izquierda para una disección posterior. Se pasó entonces un catéter de Fogarty proximalmente y el trombo se extrajo por la arteria axilar. El catéter se pasó varias veces y se administró heparina. Se hizo una incisión por la antigua cicatriz quirúrgica axilar y se llevó la disección hasta la vena axilar. Se trajo un nuevo injerto de PTFE a través de un túnel subcutáneo desde la región axilar por debajo de la incisión antecubital para la pata venosa del nuevo injerto de PTFE y fue suturado termino-terminal a la vena axilar. El antiguo injerto de PTFE fue anastomosado a nuevo injerto justo por debajo de la fosa antecubital. En este caso, el injerto antiguo no se extrajo pero fue suturado al nuevo. Normalmente la trombectomía se realiza como parte de la colocación del injerto. Aquí la trombectomía de la vena basílica se hizo antes de la colocación del nuevo injerto. ¿Se codificaría el tipo de intervención como "Revisión" o "Bypass"? ¿Cuáles son los códigos de procedimiento correctos de la ICD-10-PCS?

Respuesta:

El hecho de haberse limpiado el dispositivo existente y modificar el dispositivo (injerto) en lugar de sustituirlo por uno totalmente nuevo hace que sea una Revisión en lugar de un Bypass. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

03WY0JZ Revisión de sustituto sintético en arteria superior, abordaje abierto

Pregunta:

El paciente tiene un gran tumor en el espacio presacro debido a cáncer de recto. Tras una resección anterior, se disecó el epiplón del colon transverso de derecha a izquierda dejando intacto el suministro de sangre por el lado izquierdo. El epiplón movilizado se colocó en la pelvis como una omentoplastia. Este procedimiento parece cumplir la definición del tipo de intervención Transferencia ya que el suministro de sangre se dejó intacto pero no hay opción para trasferencia de epiplón. ¿Cuál es la asignación de código para el injerto de epiplón a la pelvis?

Respuesta:

En este caso, puede ser usado el tipo de intervención "Suplemento" para el colgajo de epiplón a la cavidad pélvica, ya que está siendo usado para aumentar el espacio pélvico. El epiplón es una porción de tejido vivo que se clasifica con el valor de dispositivo "sustituto de tejido autólogo". En la ICD-10-PCS el tipo de intervención "Suplemento" puede funcionar cuando se necesita como una "Reparación con dispositivo NCOC" cuando no hay disponible un código más específico. La tabla 0WU no proporciona una opción para la cavidad pélvica, por

lo que “pared abdominal” es la localización anatómica disponible más parecida. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

0WUF07Z Suplemento de pared abdominal con sustituto de tejido autólogo, abordaje abierto

Pregunta:

El paciente es sometido a colecistectomía abierta con biopsia con aguja del hígado. ¿Cómo se codifica la biopsia con aguja del hígado? ¿Es una biopsia abierta o cerrada?

Respuesta:

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

0FB00ZX Escisión de hígado, abordaje abierto, diagnóstico, para la biopsia de hígado con aguja mediante abordaje abierto

Cuando está documentado que una biopsia es obtenida mediante aguja pero es realizada a través de incisión de laparotomía, el abordaje se codifica como “Abierto”. La aguja es el instrumento usado para realizar la biopsia. El abordaje no es percutáneo porque no atraviesa la piel. En la ICD-10-PCS, “abordaje abierto” se define como “cortar a través de piel o membrana mucosa y otras capas corporales para exponer el lugar del procedimiento”.

Aclaraciones

Encefalopatía debida a hipoglucemia diabética

Pregunta:

La Oficina Central ha recibido varias peticiones para aclarar la información publicada en *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 2015, página 21, sobre encefalopatía debida a hipoglucemia diabética. Cuando se referencian los términos "encefalopatía, hipoglucémica" el Índice dirige al código E16.2, Hipoglucemia. Además, no hay recomendación de preguntar al médico acerca de la causa subyacente, que podría ser debida a insulina u otro agente hipoglucemiante, y no hay mención de encefalopatía metabólica en esta pregunta.

Respuesta:

Los códigos E11.649, diabetes mellitus tipo 2 con hipoglucemia sin coma, y G93.41, Encefalopatía metabólica, son asignaciones de códigos correctas para la encefalopatía metabólica debida a hipoglucemia diabética. El hecho de que el médico documente específicamente "encefalopatía metabólica" en su juicio diagnóstico fue omitido inadvertidamente en la publicación en cuestión. Aunque el Índice dirija al código E16.2, Hipoglucemia, no especificada, bajo "enfefalopatía hipoglucémica". El código E16.2 no es correcto puesto que se refiere a hipoglucemia no diabética. Además, el paciente había tomado medicación antidiabética con se la habían prescrito y no había indicación en la historia clínica de efectos adversos, infradosificación y/o envenenamiento.

Ablación peripulmonar con catéter

Pregunta:

El Coding Clinic, Cuarto Trimestre de 2014, páginas 47-48 (página 42 de la versión traducida[NT]) aclara que cuando se realiza ablación de vena peripulmonar con catéter para tratar una fibrilación auricular, se asigna el código 02583ZZ, Destrucción de mecanismo de conducción, abordaje percutáneo. Algunos cardiólogos discrepan con la localización anatómica "mecanismo de conducción". ¿Cuál es la asignación de código correcta cuando la documentación indica que las aurículas izquierda y derecha han sido sometidas a ablación para tratar la fibrilación auricular?

Respuesta:

El mecanismo de conducción es la vía para los impulsos eléctricos a través del corazón que gobiernan el ritmo cardiaco, mientras que la aurícula izquierda es una de las cuatro cámaras musculares del corazón. El procedimiento de ablación se dirige a la vía de los impulsos eléctricos más que a la pared muscular del corazón. La aurícula no está siendo destruida. El código 02583ZZ, Destrucción del mecanismo de conducción, abordaje percutáneo, es la asignación de código correcta para la ablación con catéter para tratar la fibrilación auricular. El foco del procedimiento es la ablación del mecanismo de conducción (arritmia aberrante) no la ablación del músculo auricular, y la localización anatómica correcta es "Mecanismo de conducción" en lugar de aurícula u orejuela auricular.

De acuerdo con la normativa de la ICD-10-PCS, los médicos no son requeridos a usar la terminología de los PCS. La norma A11 dice: "Muchos términos usados para construir los códigos PCS se definen dentro del sistema. Es responsabilidad del codificador determinar qué documentación de la historia clínica equivale alas definiciones de los PCS. No se espera que el médico use los términos usados en las descripciones de códigos de los PCS, ni que el codificador pregunte al médico cuando la correlación entre la documentación y los términos definidos en los PCS está clara."

Procedimiento del laberinto

Pregunta:

Una cuestión se publicó en *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 2014, acerca de un procedimiento del laberinto auricular izquierdo modificado durante una cirugía de injerto de bypass de arteria coronaria. La recomendación publicada fue asignar el código 02570ZK, Destrucción de orejuela auricular izquierda, abordaje abierto, para capturar el procedimiento del laberinto. A la luz de la recomendación publicada en el Cuarto trimestre de 2014, ¿Cuál es el valor de localización anatómica correcto cuando se hace ablación de aurícula izquierda durante un procedimiento abierto del laberinto, la aurícula izquierda o el mecanismo de conducción?

Respuesta:

El mecanismo de conducción es la vía para los impulsos eléctricos a través del corazón que dirige el ritmo cardiaco, mientras que la aurícula izquierda es una de las cuatro cámaras musculares del corazón. El procedimiento de ablación se dirige a la vía de los impulsos eléctricos más que a la pared muscular del corazón. La aurícula no está siendo destruida.

El código 02583ZZ, Destrucción del mecanismo de conducción, abordaje percutáneo, es la asignación de código correcta para la ablación con catéter para tratar la fibrilación auricular. El foco del procedimiento es la ablación del mecanismo de conducción (arritmia aberrante) no la ablación del músculo auricular. La parte que se ha tratado es el mecanismo de conducción (vía eléctrica) y es la localización anatómica correcta más que la aurícula o la orejuela auricular. El procedimiento del laberinto y otros tipos de procedimientos de ablación se realizan en el laboratorio de electrofisiología relacionado con mecanismo de conducción, que implica varias partes del corazón, incluido la aurícula

De acuerdo con la normativa de la ICD-10-PCS, los médicos no son requeridos a usar la terminología de los PCS. La norma A11 dice: "Muchos términos usados para construir los códigos PCS se definen dentro del sistema. Es responsabilidad del codificador determinar qué documentación de la historia clínica equivale alas definiciones de los PCS. No se espera que el médico use los términos usados en las descripciones de códigos de los PCS, ni que el codificador pregunte al médico cuando la correlación entre la documentación y los términos definidos en los PCS está clara."

Corrección

Pregunta:

El *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 2016, página 10 contiene un error tipográfico. La frase indica: "La HFpEF puede referirse también a fallo cardiaco con función sistólica preservada, y esta afección puede ser referida también como fallo cardiaco diastólico" debería leerse como "La HFpEF puede referirse también a fallo cardiaco diastólico".

El presente documento es una traducción de la publicación *Coding Clinic for* **ICD-10-CM** *and* **ICD-10-PCS**, editada por la AHA (American Hospital Association) y por tanto sujeta a copyright.

Así mismo las imágenes, esquemas y explicaciones que se incluyen para una mejor comprensión de los textos, que no vienen en la publicación original, y que son añadidos como "notas del traductor **NT"** pueden estar sujetos en algunos casos a derechos de autor.

La distribución se hace de manera totalmente gratuita y exclusivamente para uso particular y dirigida a personas concretas para su formación personal. El traductor no se hace responsable de las copias y otros usos de este contenido.