

AHA

Coding Clinic™

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

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

Volumen 3
Número 1

Primer Trimestre
2016

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 18 de marzo de 2016 (sólo en USA ^{NT})

En este número

Selección del diagnóstico principal para el parto vaginal
Reparación del desgarro perineal obstétrico
Pregunte al Editor
Aclaraciones
Noticia de corrección

Selección del diagnóstico principal para el parto vaginal

La Central Office ha recibido numerosas solicitudes acerca de la selección del diagnóstico principal en casos obstétricos donde se produce un parto vaginal. Los codificadores están interpretando mal la normativa que indica “cuando se produce un parto, el diagnóstico principal debería corresponder a la circunstancia más importante o a la complicación del parto” secuenciando una afección que surge durante el parto como diagnóstico principal, independientemente de la causa del ingreso.

Cuando es ingresada una paciente obstétrica, la afección que indica el ingreso debe secuenciarse como diagnóstico principal. Debería asignarse como diagnóstico secundario un código para cualquier complicación del parto. Por ejemplo, si una paciente es ingresada para tratamiento de preclampsia y unas deceleraciones fetales complican el parto vaginal espontáneo, la preclampsia debe secuenciarse como diagnóstico principal, en lugar de las deceleraciones fetales. Si no hay complicación del embarazo que indique el ingreso, debe asignarse la complicación del parto como diagnóstico principal.

Las siguientes preguntas y respuestas se exponen para una mayor aclaración:

Pregunta:

Una paciente es ingresada en el hospital por parto tras una rotura prematura de membranas. Durante el parto, la paciente sufre una laceración (primero, segundo o tercer grado). ¿El diagnóstico principal para este ingreso es “embarazo, complicado por rotura prematura de membrana”, o la laceración que ocurre durante el embarazo?

Respuesta:

Asigne un código para el embarazo complicado por rotura prematura de membrana como diagnóstico principal. Cuando una paciente es ingresada para parto, la afección que indica el ingreso debe informarse como diagnóstico principal. Debe asignarse un código para la laceración como diagnóstico secundario.

Pregunta:

Una paciente de 39 años es ingresada para inducción secundaria a polihidramnios y pare vaginalmente. Durante el parto sufrió un desgarro de segundo grado que fue reparado. ¿El diagnóstico principal para este ingreso por embarazo es la complicación por polihidramnios o la laceración que ocurre durante el parto?

Respuesta:

Asigne un código para en embarazo complicado por polihidramnios como diagnóstico principal. La paciente fue ingresada en el hospital para inducción debido al polihidramnios. Por tanto esta afección debería asignarse como diagnóstico principal. Asigne un código para la laceración como diagnóstico secundario.

Pregunta:

La paciente es ingresada con trabajo de parto. Tiene cálculos biliares y anemia en el ingreso y el médico no documenta que estas afecciones NO afectan el embarazo. Pare vaginalmente pero desarrolla una atonía con hemorragia tras el parto. ¿Cuál es el diagnóstico principal, “embarazo complicado por cálculos biliares”, “anemia” o “atonía uterina con hemorragia”?

Respuesta:

Puesto que ambas afecciones estaban presentes en el ingreso, asigne un código de embarazo complicado, ya sea por cálculos biliares como por anemia, como diagnóstico principal. Asigne un código para la atonía uterina con hemorragia como diagnóstico secundario. Los códigos del Capítulo 15 (Embarazo, parto y puerperio^{NT}) siempre tienen prioridad y es responsabilidad del médico indicar que la afección que está siendo tratada no afecta al embarazo.

(La respuesta es un tanto contradictoria puesto que ambos códigos están en el capítulo 15 y por tanto tendrían igual precedencia y es muy dudoso que la coleditiasis afecte al embarazo. Quedaría la anemia... es buena ocasión para preguntar al médico antes de codificar de esta manera y poner una complicación tan grave como una atonía uterina como diagnóstico secundario^{NT})

Pregunta:

La paciente no ha tenido complicaciones en el embarazo y es ingresada con trabajo de parto. Pare un niño vivo y sano. Sin embargo sufre una laceración periuretral durante el parto que es reparada. ¿Cuál es el diagnóstico principal?

Respuesta:

Asigne un código para el parto complicado por desgarro periuretral como diagnóstico principal. En este caso la paciente fue ingresada sin ninguna complicación del embarazo pero sufre una laceración durante el parto. La principal circunstancia o complicación en este caso es el desgarro periuretral.

Pregunta:

Una paciente embarazada de 41 semanas es ingresada por trabajo de parto. Su embarazo está complicado por diabetes gestacional y el estado de postérmino. La paciente pare y sufre una laceración perineal de segundo grado que es reparada. ¿Cuál es el diagnóstico principal?

Respuesta:

Asigne un código para cualquier complicación como la diabetes gestacional o el embarazo postérmino. Cuando una paciente es ingresada para parto, la afección que indica el ingreso debe informarse como diagnóstico principal. Asigne un código para la laceración perineal de segundo grado como diagnóstico secundario.

Pregunta:

La paciente es ingresada para inducción del parto debido a hipertensión gestacional y sufre una laceración de tercer grado y circular de cordón durante el parto. ¿Cuál es el diagnóstico principal?

Respuesta:

Asigne un código para el parto complicado por hipertensión gestacional como diagnóstico principal. Asigne un código para la laceración de tercer grado y la circular de cordón como diagnósticos secundarios.

Pregunta:

La Paciente es ingresada con rotura espontánea de membranas de más de 24 horas. Tuvo fallo en el progreso del trabajo de parto con dilatación detenida. Se administró Pitocin (oxitocina). Progresó hasta la dilatación completa y parió una niña viva con una circular floja de cordón. La paciente tuvo también una laceración vaginal de primer grado que fue reparada. ¿Cuál es el diagnóstico principal?

Respuesta:

Asigne un código para el embarazo complicado por rotura prematura de membrana, con inicio del parto tras 24 horas, como diagnóstico principal. Asigne códigos para la laceración vaginal de primer grado y la vuelta de cordón como diagnósticos secundarios.

Reparación del desgarro perineal obstétrico

Los desgarros perineales obstétricos se producen en la capa de tejido de soporte entre el introito vaginal y el recto comúnmente denominado perineo. En centro fibroso del periné marca el punto donde convergen los músculos perineales. En la laceración puede estar implicada la capa más externa (piel) del perineo o extenderse a los músculos del centro perineal. Puede continuar hacia el esfínter anal y las capas mucosas de ano y recto. Para la codificación, las laceraciones o desgarros perineales obstétricos se clasifican como siguen:

Primer grado - Afecta la piel perianal y se extiende a la vagina y a la mucosa vaginal

Segundo grado - Afecta el centro fibroso perineal y los tejidos profundos

Tercer grado - Se extiende a la cápsula y músculo del esfínter anal

Cuarto Grado – Se extiende a través del esfínter y la mucosa anal/rectal

La reparación de una laceración perineal obstétrica se codifica basada en el grado. El código de reparación correcto se asigna dependiendo de la parte corporal especificada como la capa reparada más profunda. La Normativa Oficial para Codificación e Información con la ICD-10-PCS de las capas corporales superpuestas (B3.5) indica: “Si el tipo de operación Escisión, Reparación o Inspección se realizan en capas superpuestas del sistema musculoesquelético, se codifica la parte corporal que especifica la capa más profunda”. Por ejemplo, la reparación de una laceración de segundo grado requiere la reparación del músculo perineal, la mucosa vaginal y la piel. Por tanto, se codifica como parte corporal “músculo perineal”.

Tal como se indica en *Coding Clinic*, Cuarto Trimestre de 2014, página 43 (página 39 de la versión traducida ^{NT}): “Una laceración perineal de segundo grado equivale a una laceración del músculo perineal, puesto que la documentación de la laceración de segundo grado es suficiente para codificar la reparación del músculo perineal. No se necesita que el médico documente: “músculo perineal”. Esto es coherente con la Normativa Oficial para Codificación e Información con la ICD-10-PCS (A11): “No se espera que el médico use los términos de las descripciones de códigos PCS ni que los codificadores necesiten preguntar al mismo cuando la correlación entre la documentación y los términos PCS definidos son claros”.

Laceración perineal de primer grado

El desgarro de primer grado implica la lesión de la capa más exterior del perineo y la mucosa vaginal. Asigne el código 0HQ9XZZ, Reparación de piel de perineo, abordaje externo, para la reparación de una laceración perineal de primer grado.

Laceración perineal de segundo grado

Incluye la lesión de la pared perineal y el músculo perineal, pero no se extiende hacia abajo al esfínter anal. Asigne el código 0KQM0ZZ, Reparación de músculo perineal, abordaje abierto, para la reparación de una laceración perineal de segundo grado.

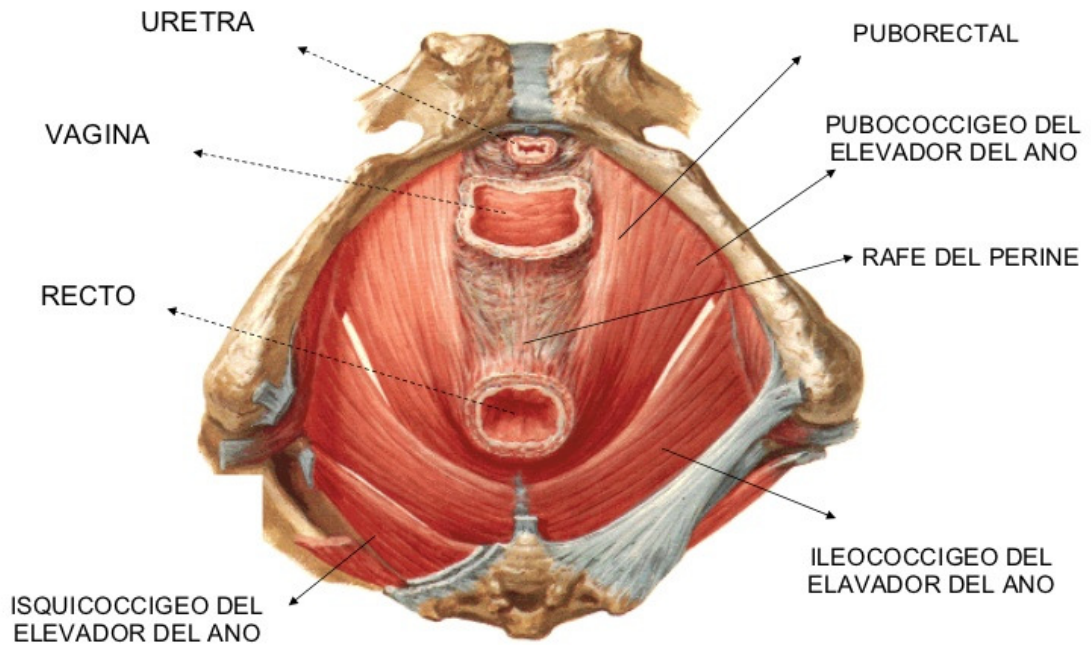
Laceración perineal de tercer grado

El desgarro perineal de tercer grado se extiende al esfínter anal, pero la mucosa anal/rectal por debajo está intacta. Un desgarro del esfínter anal puede afectar menos de un 50% del grosor del esfínter anal externo, más del 50% del mismo o tanto el esfínter anal externo como interno. Asigne el código 0DQR0ZZ, Reparación del esfínter anal, abordaje abierto, para la reparación de una laceración perineal de tercer grado.

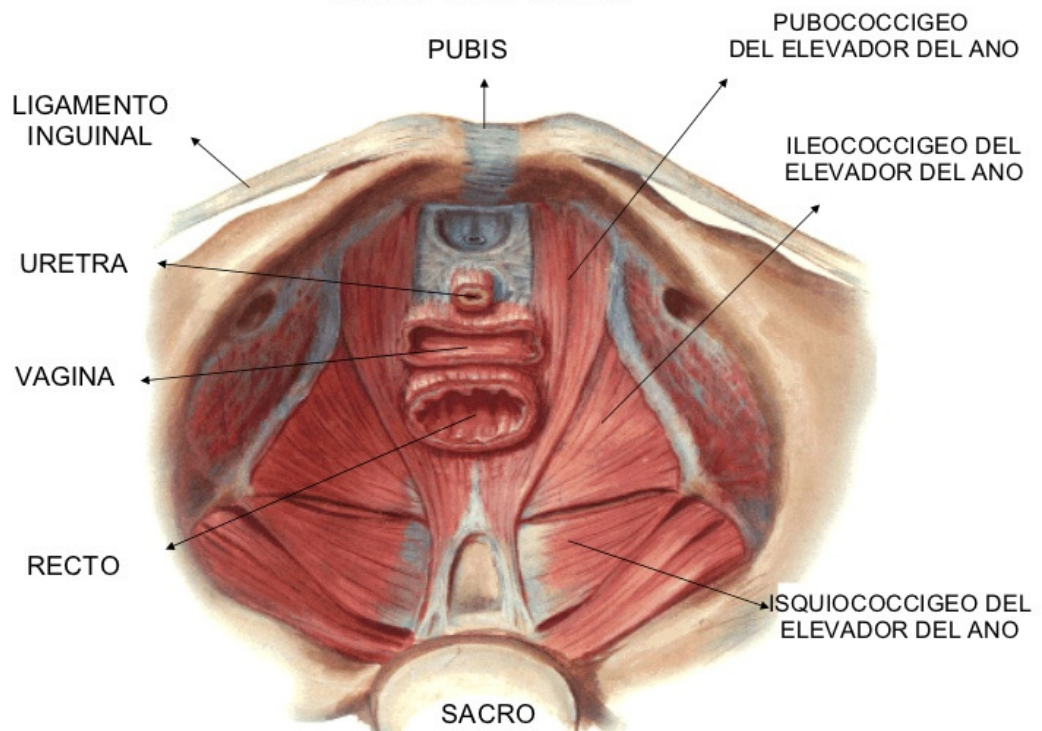
Laceración perineal de cuarto grado

El desgarro de cuatro grado consiste en la lesión del perineo y del complejo del esfínter anal (esfínter anal externo e interno), y la mucosa rectal. Asigne el código 0DQP0ZZ, reparación de recto, abordaje abierto, para la reparación del desgarro de cuarto grado.

VISTA INFERIOR

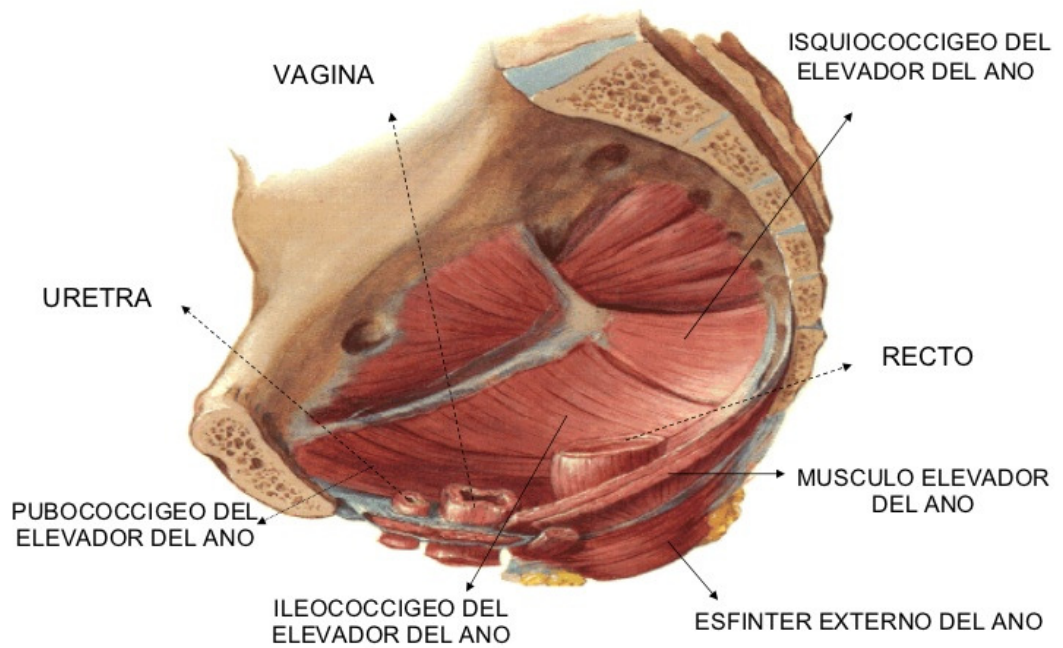


VISTA SUPERIOR

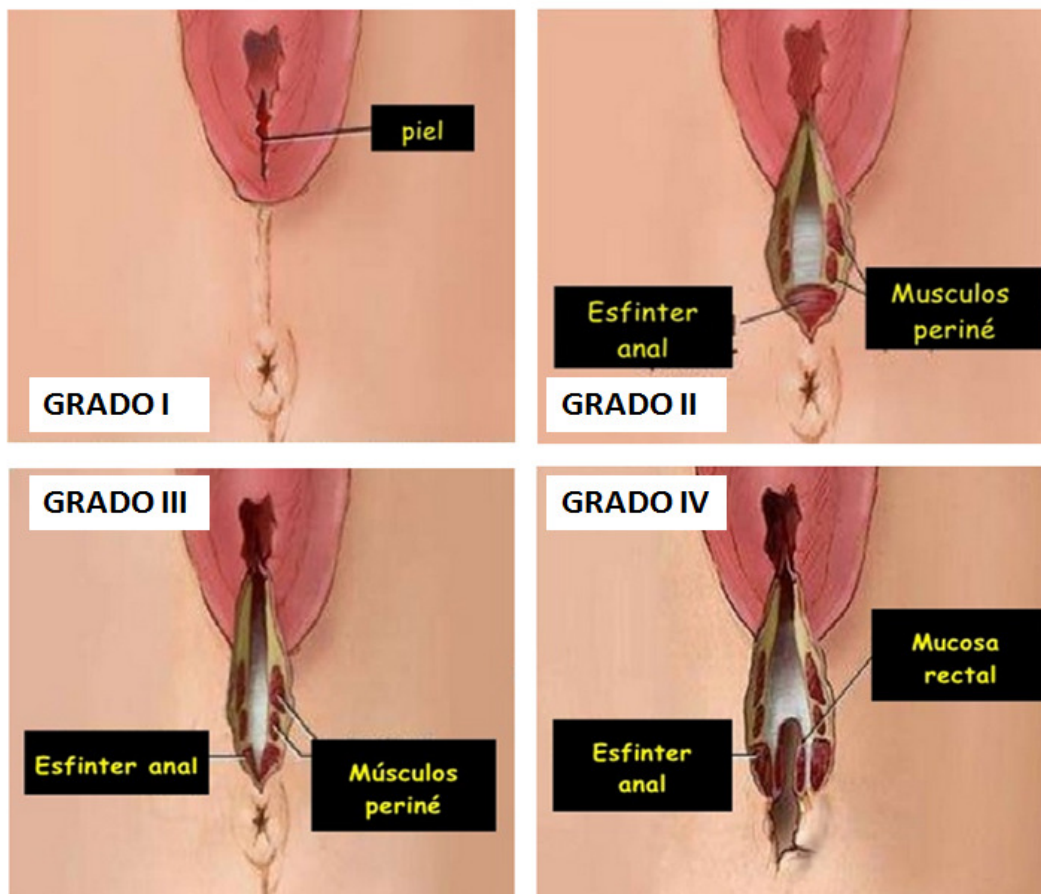


Vistas inferior y superior de los músculos del suelo pélvico femenino ^{NT}

VISTA LATERAL



Vista lateral de los músculos del suelo pélvico femenino ^{NT}



Clasificación de los desgarros perineales ^{NT}

Pregunta:

Una paciente tuvo un parto completamente normal, excepto por una laceración perineal de tercer grado. ¿Es correcto codificar de manera separada cada parte corporal (perineo y esfínter anal) o debería ser codificado con la capa más profunda cuando están implicadas múltiples capas (piel, subcutáneo, músculo, etc.)?

Respuesta:

Asigne el código 0DR0ZZ, reparación del esfínter anal, abordaje abierto, para la reparación de una laceración perineal obstétrica de tercer grado. La Normativa de la ICD-10-PCS B3.5 indica: “Si el tipo de operación Escisión, Reparación o Inspección se realizan en capas superpuestas del sistema musculoesquelético, se codifica la parte corporal que especifica la capa más profunda”. En el contexto de una laceración obstétrica de tercer grado, el músculo del esfínter anal está por debajo del músculo perineal y por tanto es la capa más profunda en este caso.

Pregunta:

Una paciente tuvo un parto vaginal espontáneo y sufrió una laceración obstétrica de cuarto grado. ¿Es correcto asignar un código para cada parte corporal por separado (perineo y esfínter anal) o debería ser codificado con la capa más profunda cuando están implicadas múltiples capas (piel, subcutáneo, músculo, etc.)?

Respuesta:

Asigne el código 0DQP0ZZ, Reparación de recto, abordaje abierto, para la reparación del desgarro de cuarto grado. Como se ha indicado anteriormente, codifique la capa más profunda implicada en el desgarro.

Pregunte al Editor

Pregunta:

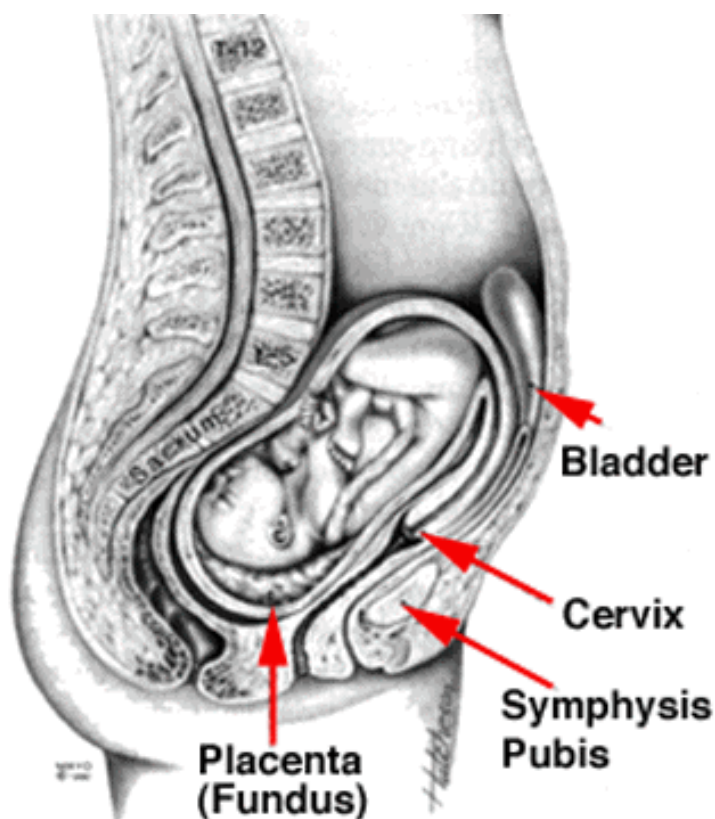
Una paciente embarazada de 13 semanas de gestación se presenta para anteversión de un útero incarcerated retrovertido. Durante el procedimiento, la pared posterior del útero fue empujada y se corrigió bimanualmente. Creemos que la reposición del útero es el tipo de intervención y la parte corporal correctas pero no hay valor de abordaje por vía natural abierta en la tabla 0US, reposición de útero. ¿Cuál es la asignación correcta de código PCS para la anteversión de un útero retrovertido?

Respuesta:

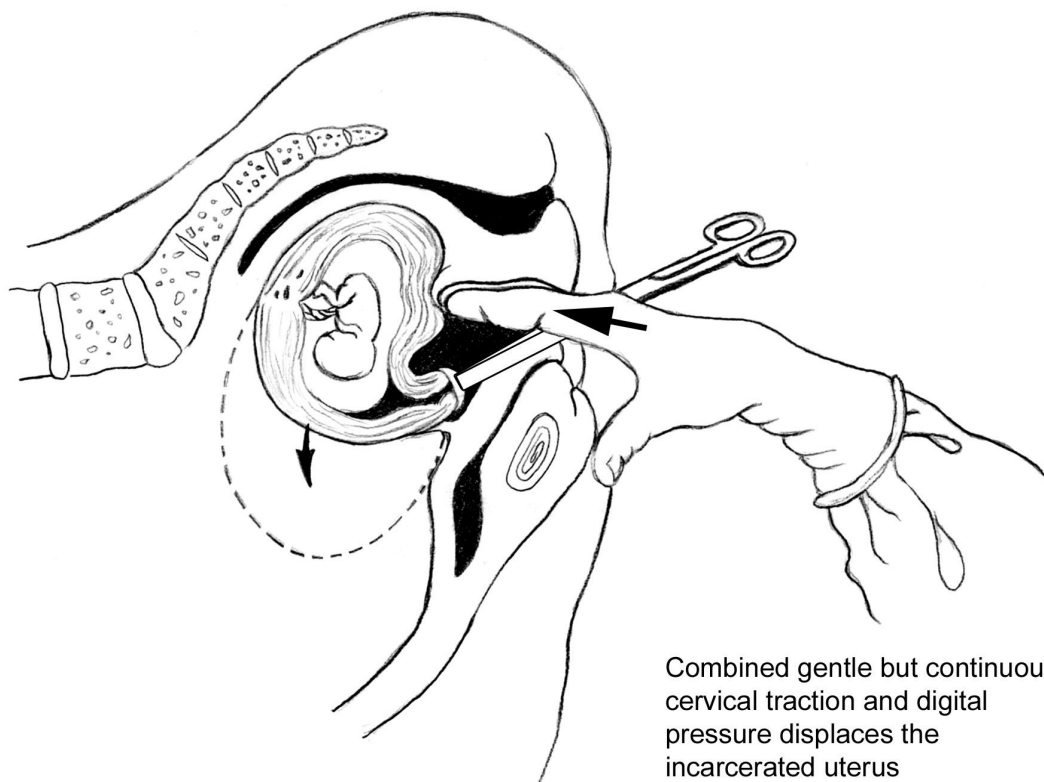
La ICD-10-PCS no proporciona un valor de abordaje específico para la reposición transvaginal del útero. El abordaje externo es el equivalente más próximo disponible. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS para la retroversión bimanual del útero incarcerated:

0US9XZZ Reposición de útero, abordaje externo

Aunque la paciente está embarazada el útero fue recolocado, no el feto. Por tanto, no se asigna un código de la ICD-10-PCS del capítulo obstétrico. La normativa oficial indica “Los procedimientos realizados en la mujer embarazada diferentes a los del producto de la concepción se codifican en el tipo de intervención adecuado de la sección Médica y Quirúrgica”.



Embarazo con útero en retroversión^{NT}



Combined gentle but continuous cervical traction and digital pressure displaces the incarcerated uterus

Maniobra para reposicionar un útero encarcerado en retroversión^{NT}

Pregunta:

La paciente se presenta a las 39 semanas de gestación para parto. Debido a agotamiento materno, se tomó la decisión de proceder con un parto vaginal asistido. Primero se colocó una ventosa y se llevó la asistencia en el transcurso de cuatro contracciones con el progreso descendente de la cabeza. Se aplicó luego un fórceps bajo para extraer el niño. En la ICD-10-PCS, cuando un parto vaginal es asistido usando ventosa para llevar al niño a una localización más baja, junto con la aplicación de fórceps, ¿deberían codificarse ambos métodos de parto asistido, o solo se codificaría la extracción con fórceps?

Respuesta:

La ventosa fue usada para ayudar en el parto a llevar al niño hacia una posición más baja. En términos de parto, solo el fórceps se usó en el procedimiento actual de extracción para parir al niño. Puesto que se realizó el mismo tipo de operación en la misma parte corporal, no cumple la definición de procedimientos múltiples. Asigne solo el código de la ICD-10-PCS para la extracción con fórceps bajo como sigue:

10D07Z3 Extracción de productos de la concepción, fórceps bajo, vía natural o apertura artificial

Pregunta:

Por favor, repase la recomendación previamente publicada en *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 2014, página 25 (página 23 de la versión traducida^{NT}) que indica que el codificador no puede asumir ni el fallo diastólico ni el sistólico o una combinación de ambos, basados en la documentación del fallo cardíaco con fracción de eyección conservada (HFpEF) o fallo con fracción de eyección reducida (HFrEF). ¿Sería adecuado codificar los fallos sistólico o diastólico cuando el médico documenta HFpEF o HFrEF?

Respuesta:

Basados en la documentación adicional recibida del American College of Cardiología, el Comité editorial de *Coding Clinic for ICD-10-CM/PCS* ha reconsiderado la recomendación previamente publicada sobre la codificación del fallo cardíaco con fracción de eyección preservada (HFpEF) y el fallo cardíaco con fracción de eyección reducida (HFrEF). La HFpEF puede referirse también a fallo cardíaco con función sistólica preservada, y esta afección puede ser referida también como fallo cardíaco diastólico. La HFrEF puede denominarse también fallo cardíaco con fracción de eyección baja, o fallo cardíaco con disfunción sistólica reducida. Estos términos HFpEF y HFrEF son más actuales que los que eran usados más frecuentemente, y pueden ser además descritos como agudos o crónicos.

Por tanto, cuando el médico ha documentado HFpEF, HFrEF u otros términos similares como los indicados arriba, el codificador puede interpretarlos como “fallo cardíaco diastólico” o “fallo cardíaco sistólico” respectivamente, o una combinación de ambos si así se indican, y asignar los códigos adecuados de la ICD-10-CM.

Pregunta:

La entrada del Índice Alfabético de la ICD-10-CM para “diabetes con” incluye una lista de afecciones asociadas con diabetes que no estaban en la ICD-9-CM. ¿Necesita el médico documentar una relación entre las dos afecciones o debe el codificador asumir una relación causal?

Respuesta:

Se acuerdo con la Normativa Oficial para Codificación e Información con la ICD-10-CM, el término “con” significa “asociado con” o “debido a”, cuando aparece en el título de código, el Índice Alfabético o una nota de instrucción de la Lista Tabular, y esto es como debe ser interpretado cuando se asigna códigos para la diabetes con manifestaciones y/o afecciones asociadas. La clasificación asume una relación de causa-efecto entre diabetes y ciertas afecciones de riñones, nervios y aparato circulatorio. La relación causa y efecto que se asume en la clasificación no es necesariamente lo mismo en la ICD-9-CM que en la ICD-10-CM.

Sin embargo, si la documentación del médico especifica que la diabetes mellitus no es la causa subyacente de otra afección, ésta no debería codificarse como una complicación de la diabetes. Cuando el codificador es incapaz de determinar si una afección está relacionada con diabetes mellitus, o la clasificación de la ICD-10-CM no proporciona instrucciones de codificación, es correcto preguntar al médico para aclarar para que pueda informarse el código correcto. (Véase la Normativa Oficial para Codificación e Información con la ICD-10-CM, Sección I.A.15.)

Además, la siguiente recomendación publicada en *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 2012, página 3 (página 1 de la versión traducida ^{NT}), también se aplica a la ICD-10-CM:

“No se requiere que se listen dos afecciones en la historia clínica. Sin embargo el médico necesita documenta esta relación, excepto en situaciones donde la clasificación asume una asociación (ej. hipertensión con afectación renal crónica). Cuando el médico establece una conexión o relación entre dos afecciones, se deben codificar como tales. Sin embargo debe revisarse la historia completa para determinar si existe una relación entre ambas afecciones. El hecho de que un paciente tenga dos afecciones que normalmente se presentan juntas no significa necesariamente que estén relacionadas. Una causa diferente debe ser documentada por el médico. Si no está claro si dos condiciones están o no relacionadas, pregunte al médico.”

Pregunta:

Un paciente con diabetes de tipo 2 es ingresado con una úlcera crónica infectada en el medio pie izquierdo. El médico documenta: “Úlcera diabética de pie con pérdida del piel, con infección positiva a *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente (SAMR)”. También fue diagnosticado de polineuropatía y enfermedad renal en estadio terminal (ERET), en hemodiálisis. ¿Se asume una relación de causa-efecto entre la diabetes mellitus, la úlcera del pie, la polineuropatía y le ERET? ¿Cómo debe codificarse este caso?

Respuesta:

La ICD-10-CM asume una relación causal entre la diabetes mellitus y la úlcera de pie, la polineuropatía, así como la enfermedad renal crónica. Asigne el código E11.621, Diabetes de tipo 2 con úlcera de pie, como diagnóstico principal. Los códigos L97.421, Úlcera crónica de talón izquierdo no debida a presión y pérdida limitada de piel de medio pie, E11.42, Diabetes mellitus tipo 2 con polineuropatía diabética, B95.62, Infección por *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente como causa de enfermedad clasificada en otro sitio, E11.22, Diabetes mellitus tipo 2 con enfermedad renal crónica diabética, N18.6, Enfermedad renal en estadio final, y Z99, Dependencia de diálisis renal, deben asignarse como diagnósticos secundarios.

Pregunta:

Una mujer que tenía diabetes tipo 1 durante 40 años desarrolla una osteomielitis crónica del talón derecho y se presenta en el servicio de enfermedades infecciosas para seguimiento. El médico también anotó “Disfunción renal crónica (creatinina 290) debida a diabetes”. Mientras estaba en la clínica la paciente sufrió hipoglucemia y fue tratada. ¿La ICD-10-CM asume una relación entre diabetes y osteomielitis cuando ambas afecciones están presentes? ¿Cómo debe ser codificado este caso?

Respuesta:

No, la ICD-10-CM no presupone una relación entre diabetes y osteomielitis. El médico necesitará documentar la conexión o relación entre las dos afecciones antes de que se codifique como tal. Esta información es coherente con la publicada previamente en Coding Clinic, Cuatro Trimestre de 2013, página 114 (página 102 de la versión traducida ^{NT}).

Asigne el código M86.671, Otra osteomielitis crónica, tobillo y pie derecho, como diagnóstico principal. Asigne los códigos E10.649, Diabetes tipo 1 con hipoglucemia sin coma, E10.29, Diabetes tipo 1 con otras complicaciones renales diabéticas, y N28.9, Trastornos del riñón y uréter, no especificado, como diagnósticos secundarios.

Pregunta:

¿Cuál es la asignación de códigos para la úlcera duodenal con hemorragia debida a tratamiento con Coumadin, contacto inicial? ¿Se asigna el D68.32, Trastorno hemorrágico debido a anticoagulante extrínseco circulante, para el sangrado debido a tratamiento de anticoagulación?

Respuesta:

Asigne los códigos K26.4, Úlcera duodenal crónica o inespecífica con hemorragia, D68.32, Trastorno hemorrágico debido a anticoagulante circulante extrínseco, y T45.515-, Efecto adverso de anticoagulante. Dependiendo de la circunstancia del ingreso, puede ser correcto secuenciar tanto K26.4 como D68.32 como diagnóstico principal.

Pregunta:

¿Debería codificarse el sangrado debido a tratamiento anticoagulante como trastorno hemorrágico (categoría D68)?

Respuesta:

En la mayor parte de los “trastornos hemorrágicos” o “defectos de coagulación” deben diagnosticarse y documentarse específicamente por el médico a fin de asignar códigos de la categoría D68, Otros defectos de coagulación. Sin embargo para sangrado tal como hemoptisis, hematuria, hematemesis, hematoquecia, etc. que se asocia a fármacos, como parte de tratamiento anticoagulante, asigne el código D68.32, Trastorno hemorrágico debido a anticoagulantes circulantes extrínsecos. Esto viene soportado por el término de inclusión en D68.32 de “Trastorno hemorrágico inducido por fármaco”.

Pregunta:

Este paciente es sometido a una ileocectomía urgente. La estancia se complicó con una coagulopatía postoperatoria y una hemorragia intraabdominal debida a prasugrel y aspirina tomadas antes del ingreso. ¿Cuál es el código adecuado para la coagulopatía adquirida secundaria a prasugrel y aspirina?

Respuesta:

Asigne el código D68.32, Trastorno hemorrágico debido a anticoagulantes circulantes extrínseco, junto con los códigos T45.252^a, Efecto adverso de antitrombótico, contacto inicial, T39.015^a, Efecto adverso de aspirina, contacto inicial, y K91.840, Hemorragia y hematoma postoperatorio de órgano o estructura del aparato digestivo tras procedimiento del aparato digestivo.

El prasugrel (Effient®) es un inhibidor plaquetario y actúa manteniendo que las plaquetas en la sangre coagulen y evitar que se formen coágulos que pueden producirse en ciertas afecciones cardíacas y de vasos sanguíneos. Se usa para prevenir coágulos en personas con síndrome coronario agudo que son sometidos a un procedimiento tras un ataque cardíaco reciente.

Pregunta:

Una paciente con historia de incontinencia urinaria de estrés se presenta para colocación de un cabestrillo pubovaginal. ¿Cuál es el código de la ICD-10-PCS correcto para este procedimiento?. Concretamente no estamos seguros del valor del abordaje para este procedimiento.

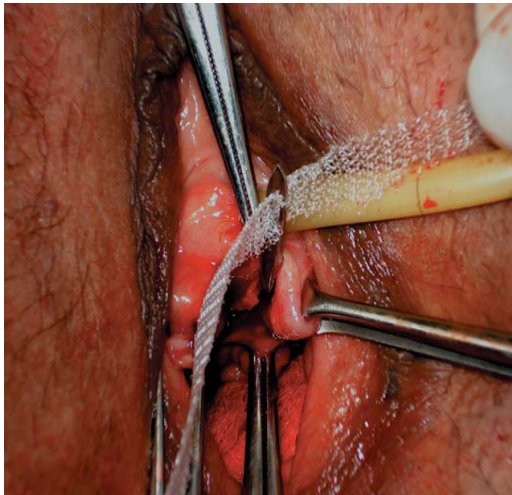
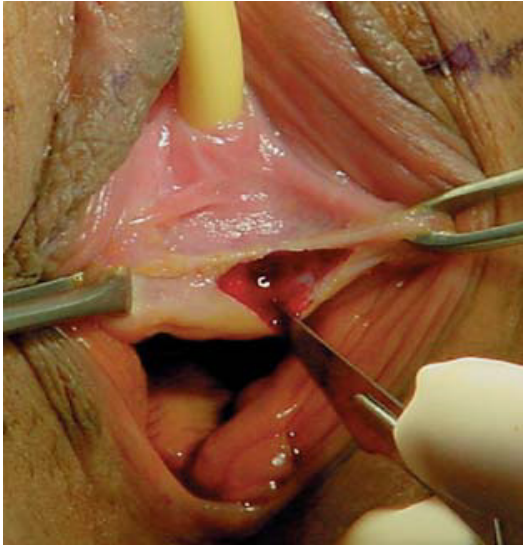
Respuesta:

Para la colocación del cabestrillo pubovaginal asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

0TSD0ZZ reposición de uretra, abordaje abierto

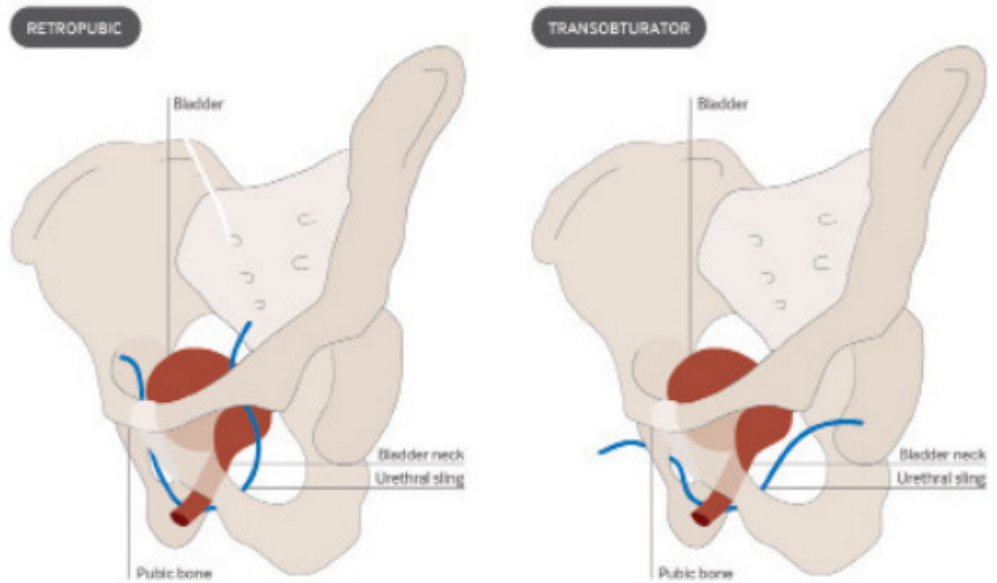
El propósito de este procedimiento es restituir el ángulo de la uretra con el objetivo de mover la misma a su correcta posición. Estructuralmente el cabestrillo mantiene la uretra en su sitio y cambia en ángulo para que no haya fuga. La uretra no es deficiente, está en un lugar incorrecto. La cinta ayuda a mantener la posición correcta pero no realiza la función de la uretra. Por tanto, “Reposición” es el tipo de intervención adecuado.

Reposición viene definido como poner en, poner de nuevo o mover parte o toda una parte corporal a su localización normal u otra localización. Además, el abordaje es abierto porque en el informe operatorio se indica que se hicieron aperturas en ambas ingles mediante dos pequeñas incisiones a fin de realizar el procedimiento. Esto significa que el lugar del procedimiento estaba expuesto para visualizarlo directamente y por tanto el abordaje es abierto.



Colocación de cabestrillo pubovaginal a través del agujero obturador de la pelvis^{NT}

Diagram showing the positioning of the retropubic midurethral and transobturator slings



Las dos técnicas para colocación de cabestrillo pubovaginal^{NT}



Cabestrillos retropúbico y transobturador con las agujas correspondientes^{NT}

Pregunta:

Un niño de 19 meses es ingresado para reparación de una estenosis de válvula pulmonar y subvalvular severas, defecto septal auricular fenestrado y foramen ovale permeable. Se realizó una valvulotomía pulmonar con desbridamiento de la válvula pulmonar. Se hizo una incisión en la arteria pulmonar principal. La valvulotomía se realizó haciendo varias comisurotomías, dilatación del annulus y desbridamiento de los bordes de las valvas. ¿Cuáles la asignación de código para el procedimiento de valvulotomía? ¿Son las comisurotomías inherentes a la dilatación de la válvula?

Respuesta:

Esta cirugía puede llevarse a cabo estrechando una parte tubular del cuerpo usando presión intraluminal o un corte de parte del orificio o de la pared de la estructura tubular. El tipo de operación adecuado es “Reparación” ya que el objetivo era abrir la válvula pulmonar. Las comisurotomías se consideran inherentes a la dilatación en este caso. Además el desbridamiento de los bordes de las valvas no se codifica por separado.

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

027H0ZZ Dilatación de válvula pulmonar, abordaje abierto

Pregunta:

¿Cuál es el código correcto para un recién nacido diagnosticado de hoyuelo sacro?

Respuesta:

Asigne el código Q82.8, Otras malformaciones congénitas de piel especificadas, para el hoyuelo sacro. Es una afección congénita. Pueden asociarse a anomalías subyacentes graves de la columna o de la médula. Es correcto codificar las anomalías congénitas cuando son identificadas por el médico y que puede tener implicaciones en evaluaciones posteriores.



Hoyuelo sacro^{NT}

Pregunta:

La nota de instrucción de la categoría M50, Trastornos de disco cervical indica “Codifique el nivel más alto del trastorno”. Los codificadores en nuestro servicio han intentado interpretar esta instrucción para asignar códigos en los trastornos del disco cervical. ¿Se aplica esta directiva solo a niveles adyacentes? Si están afectadas varias regiones, implicando diferentes niveles (ej. C3-C4 y C5-C6) se asigna solo el código del nivel más superior o pueden codificarse ambos niveles?

Respuesta:

La finalidad de esta nota es codificar cada trastorno en el nivel más alto (superior). Cada subcategoría de cuarto dígito describe un único trastorno, por lo que dentro de cada categoría codifique el nivel más alto. Por ejemplo, si están afectadas varias regiones (ej. C3-C4 y C5-C6) que se clasifican en la misma subcategoría (M50.0), asigne el código M50.01, Trastorno de disco cervical con mielopatía, región cervical alta, ya que C3-C4 es el nivel más superior.

Pregunta:

¿Cuál es la asignación de diagnóstico correcta para una enfermedad por reflujo laringofaríngeo?

Respuesta:

Asigne el código K21.9, Reflujo gastroesofágico sin esofagitis, para un diagnóstico de enfermedad por reflujo laringofaríngeo.

Pregunta:

Un paciente de 69 años con carcinoma hepatocelular no resecable, en estado de postradioembolización, se presenta con hiperbilirrubinemia progresiva de dos semanas. Fue sometido a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica que mostró una obstrucción biliar de la progresión de su hepatocarcinoma. El médico realizó una esfinterotomía biliar e inserción de endoprótesis biliar en el conducto biliar común. Existe confusión de si es correcto secuenciar el carcinoma como diagnóstico principal, ya que es la causa subyacente de la obstrucción, o si la obstrucción se secuencía como diagnóstico principal, ya que es la causa del ingreso y el tratamiento no va dirigido al carcinoma. ¿Cuál es la secuenciación correcta de la obstrucción biliar y el carcinoma hepatocelular en este episodio?

Respuesta:

Asigne el código K83.1, Obstrucción de conducto biliar, como diagnóstico principal. La obstrucción fue el foco del tratamiento. Puesto que el tratamiento fue solo dirigido a la obstrucción y no a la neoplasia, la obstrucción se secuencía como diagnóstico principal. Asigne el código C22.0, Carcinoma de células hepáticas, como diagnóstico secundario.

La Normativa Oficial de Codificación e Información con ICD-10-CM (2.1.4.) indica “Cuando un episodio es para tratamiento de una complicación asociada a una neoplasia, tal como deshidratación, la complicación se codifica primero, seguido del código correspondiente de la neoplasia. La excepción a esta norma es la anemia”.

Pregunta:

Un paciente con estado de neovejiga debido a cáncer invasivo de vejiga, se presenta con hematuria macroscópica y es sometido a biopsia quirúrgica. La biopsia de la neovejiga es positiva a carcinoma pobremente diferenciado. Ya que se usó una porción de intestino delgado para crear la neovejiga, ¿debería codificarse el diagnóstico como carcinoma de intestino o de vejiga?. ¿Cuál es la “región corporal” más adecuada para la biopsia, intestino o vejiga?

Respuesta:

Asigne el código C67.9, Neoplasia maligna de vejiga, no especificada, para el diagnóstico de carcinoma de neovejiga. Puesto que el intestino está funcionando como vejiga, “Vejiga” es la parte corporal correcta para la neoplasia así como para la biopsia. Asigne el código siguiente de la ICD-10-PCS:

0TBB8ZX Escisión de vejiga, vía natural o apertura artificial endoscópica, diagnóstica, para la biopsia de la neovejiga

La ICD-10-PCS no proporciona un valor de parte corporal que diferencie una vejiga natural de una vejiga creada artificialmente.

Pregunta:

Una mujer de 58 años se presenta con aneurisma hipofisario superior derecho y fue llevada a radiología intervencionista para embolización con espiral del mismo asistido con stent. La documentación del médico indica que se usó un catéter para desplegar un stent en la parte supraclinoidea de la arteria carótida interna a través del cuello del aneurisma, y se introdujeron los espirales a través del catéter dentro del aneurisma. ¿Cuál es el código correcto de la embolización?. ¿Se asigna un código separado para el stent?

Respuesta:

Tanto el stent como los espirales se usan en el mismo lugar con el mismo objetivo, para restringir la luz de la arteria intracraneal y solo es necesario un código. Aunque tanto los valores de parte corporal, carótida interna e intracraneal, describen el lugar del procedimiento, “arteria intracraneal” recoge más exactamente el hecho de que la cirugía es intracraneal, ya que la documentación indica que el procedimiento se realizó en la porción supraclinoidea de la arteria carótida interna. Asigne solo del siguiente código de la ICD-10-PCS:

03VG3DZ Restricción de arteria intracraneal con dispositivo intraluminal, abordaje percutáneo



Aneurisma de la porción supraclinoidea de la carótida interna^{NT}

Pregunta:

El paciente se presenta con osteomielitis metatarsofalángica (MTF) de dedo gordo y es sometido a artroplastia con resección de la articulación MTF. Durante el procedimiento, se llevó a cabo también el solapamiento de la cápsula medial usando sutura para mantener el dedo gordo en su posición correcta y de este modo corregir a deformidad de hallux valgus. Luego se rellenó la articulación MTF con perla estimulantes de gentamicina y vancomicina. Aunque el procedimiento se titula: “Artroplastia de resección de articulación metatarsofalángica”, no estamos seguros si toda la articulación MTF fue resecada. ¿Cuáles son los códigos correctos de la ICD-10-PCS para esta cirugía?

Respuesta:

Si la documentación no clara si fue resecada toda la articulación, debe preguntarse al médico para aclararlo. Si el médico confirma que se extirpó toda la articulación, asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

0STM0ZZ Resección de articulación metatarsofalángica derecha, abordaje abierto

Según la normativa oficial: “Se codifica una Resección de una parte específica del cuerpo siempre que toda la región corporal es cortada o extraída, en lugar de Escisión de una parte corporal menos específica”. Además la sutura de solapamiento de la cápsula se incluye en la resección y no se codifica por separado.

Si se quiere, los servicios que quieran seguir la pista a la colocación de perlas impregnadas de antibiótico pueden codificar la introducción de antibiótico en articulación con el código adecuado de la tabla 3E0.

Pregunta:

Un paciente con comienzo temprano de escoliosis infantil idiopática es ingresado para cambio de escayola de elongación desrotación flexión. Durante el procedimiento, el paciente fue colocado en tracción y se realizó una maniobra de desrotación, así como una extensión de la columna antes de colocar la escayola final. Puesto que el objetivo de la escayola es reposicionar las vértebras, sería “Reposición” el tipo de intervención correcto? ¿O es más exacto el tipo de intervención “Inmovilización” para describir la inmovilización de la columna mediante el uso de material de enyesado?

Respuesta:

La intención de la intervención es reposicionar la columna. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

0PS4XZZ Reposición de vértebra torácica, abordaje externo, para la reposición externa de la columna torácica.

Pregunta:

Un paciente se presenta con una masa en uraco, y es sometido a escisión laparoscópica de la misma. En la intervención, se diseccionó el uraco a la altura del ombligo y luego a nivel de la vaina del recto anterior hasta el llegar a la vejiga. La vejiga fue llenada con líquido y se usó electrocauterio para seccionar la masa del uraco a nivel de la vejiga. Tanto la masa del uraco y el uraco se extirparon. Ya que no hay parte corporal para el uraco, ¿es correcto referirse a una región anatómica general y asignar pared abdominal como parte corporal?

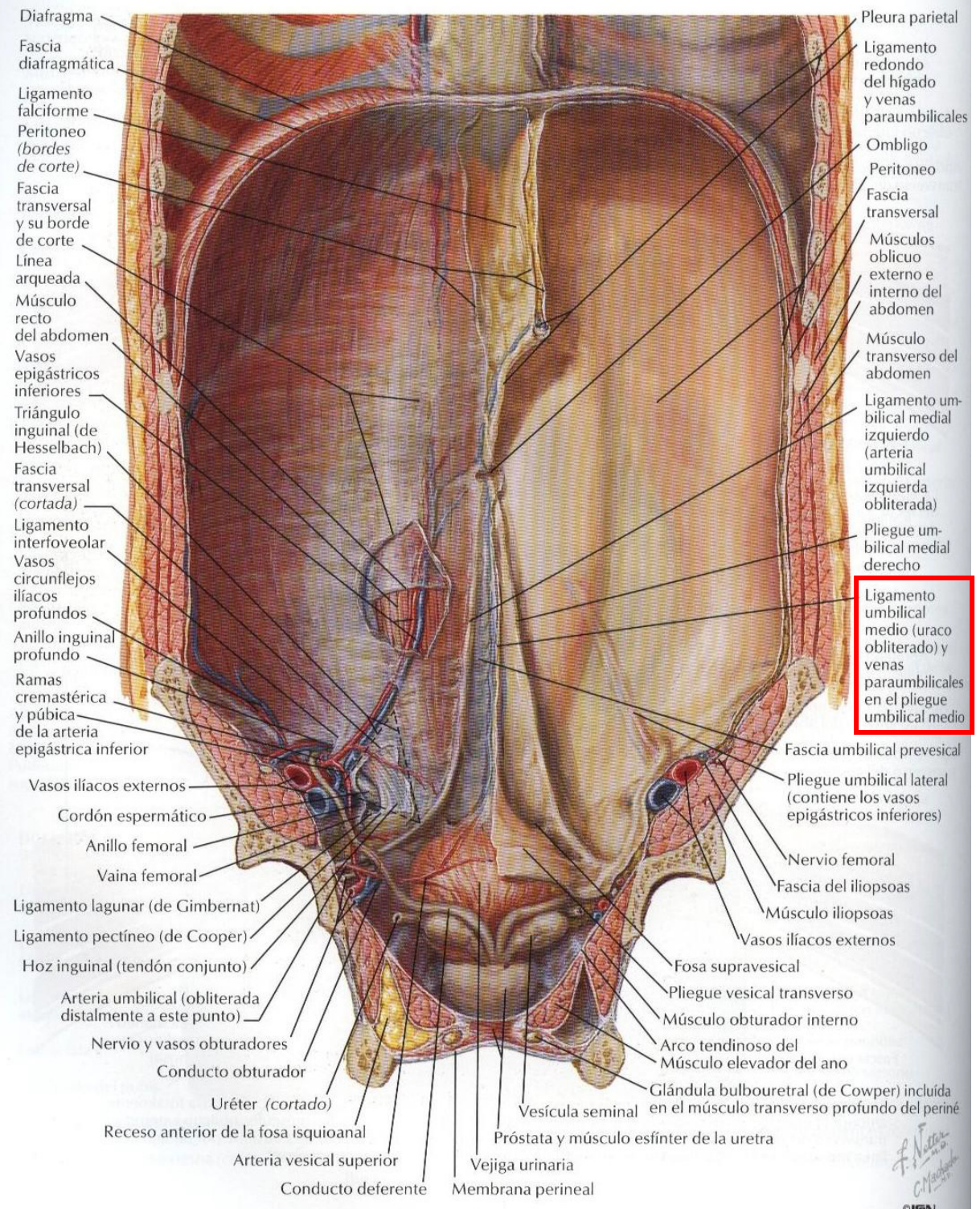
Respuesta:

La pared abdominal es el lugar del procedimiento. Las estructuras tales como uraco, hendiduras branquiales, etc. no son partes corporales en términos normales, son remanentes embrionarios. La ICD-10-PCS especifica algunas estructuras anómalas y se clasifican como calificadores. Si la clasificación no proporciona calificadores para describir estas estructuras anómalas, el valor de la parte corporal se determina más basado en el lugar del procedimiento que en el nombre de la estructura anómala. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS para la escisión de la masa del uraco:

0WBF4ZZ Escisión de pared abdominal, endoscópica percutánea

Pared abdominal anterior: visión interna

PARA LOS VASOS UMBILICALES VÉASE LÁMINA 217



El ligamento umbilical medio es el resto obliterado del uraco embrionario ^{NT}

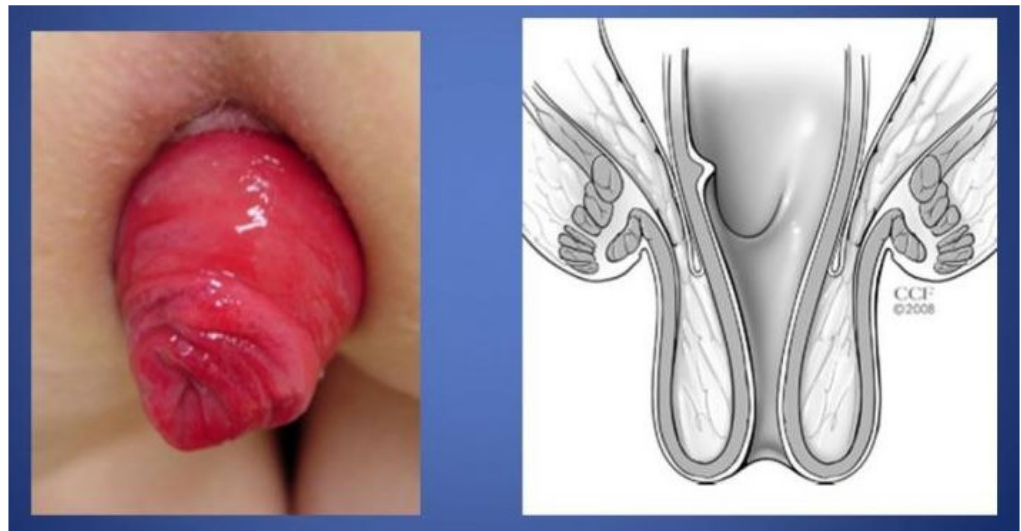
Pregunta:

Un paciente diagnosticado de prolapso rectal sintomático es sometido a proctectomía perineal. Durante la intervención, parte del recto fue extirpado. ¿Cuál es la asignación correcta de código para la proctectomía perineal?

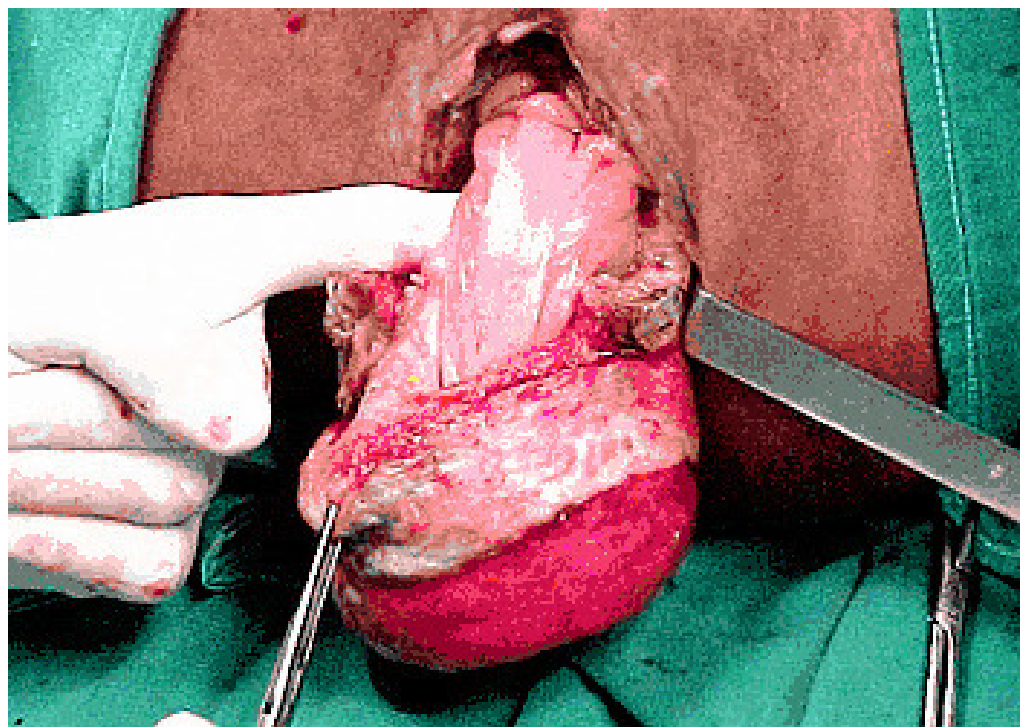
Respuesta:

Para una proctectomía perineal el abordaje del procedimiento es a través de orificio y el valor de abordaje es “7” (apertura por vía natural o artificial). Es similar a la histerectomía vaginal donde el órgano es extirpado por orificio natural en lugar de serlo mediante incisión. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

0DBP7ZZ Escisión de recto, apertura por vía natural o artificial, para la proctectomía perineal



Prolapso rectal^{NT}



Proctectomía perineal en un prolapso rectal^{NT}

Pregunta:

Un paciente es ingresado para resección transuretral de conductos deferentes. Durante la intervención, se insertó un cistoscopio a través de la uretra. Se usó luego un rectoscopio para extirpar los conductos deferentes. ¿Cómo debe codificarse esta intervención?

Respuesta:

Los conductos deferentes se codifican en la parte corporal “Vasos deferentes” tal como se muestran en el Índice de la ICD-10-PCS para Procedimientos y código de parte corporal. La ICD-10-PCS no proporciona un abordaje específico para la resección transuretral de vasos deferentes. En equivalente disponible más parecido es abordaje percutáneo endoscópico. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS para el procedimiento:

0VBQ4ZZ Escisión bilateral de vasos deferentes, abordaje percutáneo endoscópico

Pregunta:

El paciente es visto la ecografía endoscópica superior (EUS) con biopsia por aspiración con aguja fina. Se tomó una muestra de área mal definida del conducto hepático común usando guiado ecográfico. ¿Cuál es la asignación correcta de código de procedimiento?

Respuesta:

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

0FB98ZX Escisión de conducto biliar común, por vía de apertura natural o artificial endoscópica, diagnóstica, para la biopsia por aspiración con aguja del conducto hepático común vía EUS.

La aspiración con aguja fina incluye la colocación de una aguja a través del tejido, se aplica succión y se aspira el tejido para biopsia. El Índice de procedimientos proporciona las siguientes entradas:

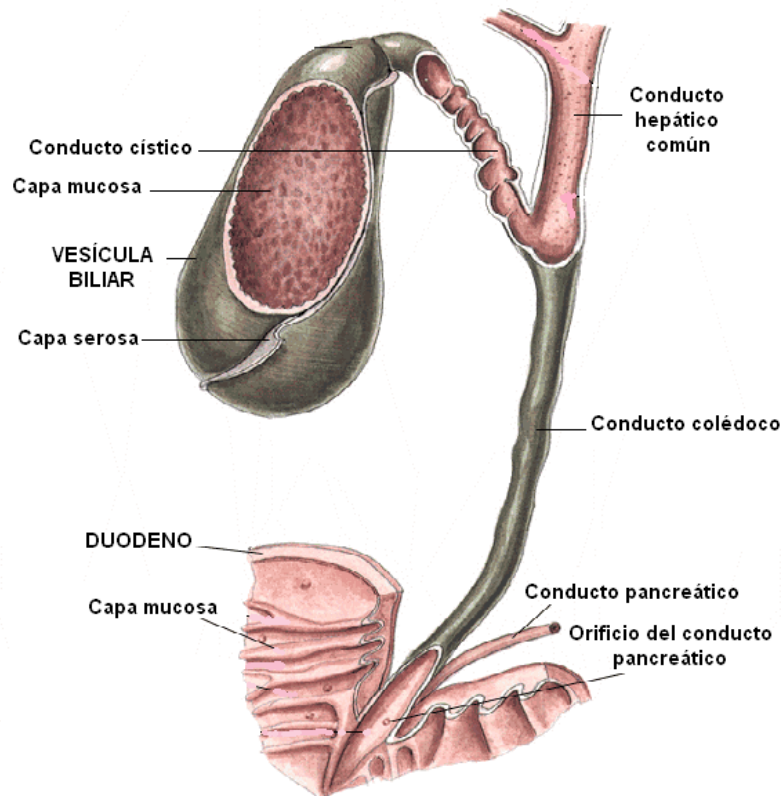
Aspiración, aguja fina

Líquido o gas *véase* Drenaje

Tejido *véase* Escisión

Cuando el tejido es extirpado para biopsia, asigne el tipo de intervención “Escisión” con la parte del cuerpo adecuada y el calificador “Diagnóstico”. Si se extrae fluido para biopsia, use el tipo de intervención “Drenaje” con la parte corporal correcta y el calificador “Diagnóstico”. Si la documentación no especifica si la sustancia aspirada fue tejido o fluido, asigne el tipo de intervención Escisión con la parte corporal correcta y el calificador “Diagnóstico”.

Además, la ICD-10-PCS no proporciona actualmente una parte corporal específica para el conducto hepático común. Asigne el valor de parte corporal “Conducto biliar común”. El conducto biliar común es una continuación del conducto hepático común y es muy parecido en estructura y función.



El conducto biliar común es lo que se denomina colédoco o *Ductus choledochus* en nomenclatura anatómica ^{NT}

Pregunta:

Un paciente con anemia y melena es sometido a esofagogastroduodenoscopia (EGD) con biopsia por cepillado. Se cepilló una placa blanquecina en esófago medio para descartar candida. Parece que el tipo de intervención es Extracción y describe el procedimiento de biopsia por cepillado puesto que el tejido no fue cortado. ¿Cuál es la asignación de código de procedimiento para la biopsia endoscópica por cepillado del esófago?

Respuesta:

La ICD10-PCS no proporciona un valor de "Extracción" para biopsias excepto para biopsias de médula ósea. El tipo de intervención "Escisión" es lo más parecido disponible. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

0DB28ZX Escisión de esófago medio, endoscópica por vía de apertura natural o artificial, diagnóstica, para la biopsia por cepillado del esófago medio

Una biopsia por cepillado se obtiene manipulando pequeños cepillos contra la lesión o tejido para obtener una muestra de células. A pesar de que la escisión, corte sin sustitución de una porción de parte corporal, no está claramente descrito durante la biopsia por cepillado, los códigos para escisión informan de hecho que se obtuvo tejido del esófago para su examen.

Pregunta:

Se realizó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Se tomaron cepillados de conducto biliar común y pancreático y se colocaron endoprótesis en estenosis del conducto biliar común y del conducto pancreático. La biopsia por cepillado no implica corte del tejido. ¿Cuáles son la asignación de códigos para estos procedimientos?

Respuesta:

La ICD-10-PCS no proporciona el tipo de operación “Extracción” para las biopsia por cepillado excepto para biopsia de médula ósea. El equivalente más próximo es “Escisión”. Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS:

0FB98ZX Escisión de colédoco, a través de apertura natural o artificial endoscópica, para la biopsia por cepillado del colédoco

0FBD8ZX Escisión de conducto pancreático, a través de apertura natural o artificial endoscópica, para la biopsia por cepillado del conducto pancreático

0F798DZ Dilatación de colédoco con dispositivo intraluminal, a través de apertura natural o artificial endoscópica, para las endoprótesis colocadas en las estenosis del colédoco

0FBD8DZ Dilatación del conducto pancreático dispositivo intraluminal, a través de apertura natural o artificial endoscópica, para las endoprótesis colocadas en las estenosis del conducto pancreático

Pregunta:

Se realizó una broncoscopia, lavado broncoalveolar (BAL), lavado bronquial y se obtuvo citología por cepillado del bronquio del lóbulo superior derecho, biopsias endobronquiales y transbronquiales del lóbulo superior derecho y muestras del lavado broncoalveolar del lóbulo inferior izquierdo. ¿Se debería codificar los lavados broncoalveolares y los cepillados por separado?

Respuesta:

Los “cepillados” se codifican en el tipo de operación “Escisión” y los “lavados” se codifican como “Drenaje”. Puesto que la ICD-10-PCS no proporciona el valor de “Extracción” para las biopsias por cepillado de bronquio, el tipo de operación Escisión es la más parecida de las disponibles. Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS para los procedimientos realizados:

0BB48ZX Escisión de bronquio del lóbulo superior derecho, a través de apertura natural o artificial endoscópica, diagnóstica, para las biopsias por cepillado, lavados y biopsias endobronquiales del lóbulo superior derecho.

0B948ZX Drenaje de bronquio del lóbulo superior derecho, a través de apertura natural o artificial endoscópica, diagnóstica, para el lavado broncoalveolar lóbulo superior derecho

0BBC8ZX Escisión de bronquio del lóbulo superior derecho, a través de apertura natural o artificial endoscópica, diagnóstica, para las biopsias transbronquiales del lóbulo superior derecho

0B9B8ZX Drenaje de bronquio del lóbulo inferior izquierdo, a través de apertura natural o artificial endoscópica, diagnóstica, para el lavado broncoalveolar del lóbulo inferior izquierdo

El lavado broncoalveolar puede encontrarse en el Índice de Procedimientos de la ICD-10-PCS bajo:

Lavado

Bronquial alveolar, diagnóstico *véase* Drenaje, Aparato Respiratorio
0B9

Pregunta:

Se realizó una fibrobroncoscopia debido a hallazgos radiológicos anormales del campo pulmonar. Se obtuvieron cepillados del bronquio superior izquierdo. Se remitieron muestras de lavado bronquial, lavado broncoalveolar y de cepillado para su estudio. ¿Cuáles son las asignaciones de códigos de la ICD-10-PCS para el procedimiento?

Respuesta:

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

0BB88ZX Escisión de bronquio del lóbulo superior izquierdo, a través de apertura natural o artificial endoscópica, diagnóstica, para el lavado broncoalveolar del lóbulo superior izquierdo

0B9B8XZ Drenaje de bronquio del lóbulo superior izquierdo, a través de apertura natural o artificial endoscópica, diagnóstica, para el lavado broncoalveolar izquierdo

Pregunta:

Un paciente con enfermedad arterial coronaria multivazo fue puesto en bypass cardiopulmonar y sometido a cuádruple bypass arterial aortocoronario, usando la arteria mamaria interna izquierda (LIMA) a la descendente anterior izquierda (LAD), e injerto venoso de safena (SVG) al la arteria descendente posterior derecha (RPDA), obtusa marginal (OM) y diagonal 1 (D1) usando un injerto en Y. Se extrajo la vena safena mayor izquierda mediante endoscopia. La diagonal RPDA y la arteria OM se identificaron secuencialmente y se injertó la vena safena autóloga de forma inversa termino-terminal con cada arteria y se llevó a la aorta ascendente. Luego el pedículo de la LIMA se injertó terminolateralmente sobre la parte mediodistal de la LAD. Se hizo una anastomosis proximal entre el injerto venoso y la aorta ascendente de forma terminolateral. ¿Cuáles son los códigos correctos de la ICD-10-PCS para esta cirugía?

Respuesta:

Se usó la LIMA como injerto pediculado en la LAD, y la vena safena mayor se extrajo e injertó en Y a la RPDA, OM y D1. Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS:

- 02100Z9** Bypass de arteria coronaria, una localización desde la mamaria interna, abordaje abierto, pala el bypass de LIMA a LAD
- 021209W** Bypass de arteria coronaria, tres localizaciones desde aorta con tejido venoso autólogo, abordaje abierto, para las tres localizaciones de arteria coronaria con bypass desde aorta usando SVG
- 06BQ4ZZ** Escisión de vena safena mayor, abordaje endoscópico percutáneo
- 5A1221Z** Soporte del gasto cardiaco, continuo, para la derivación cardiopulmonar

Pregunta:

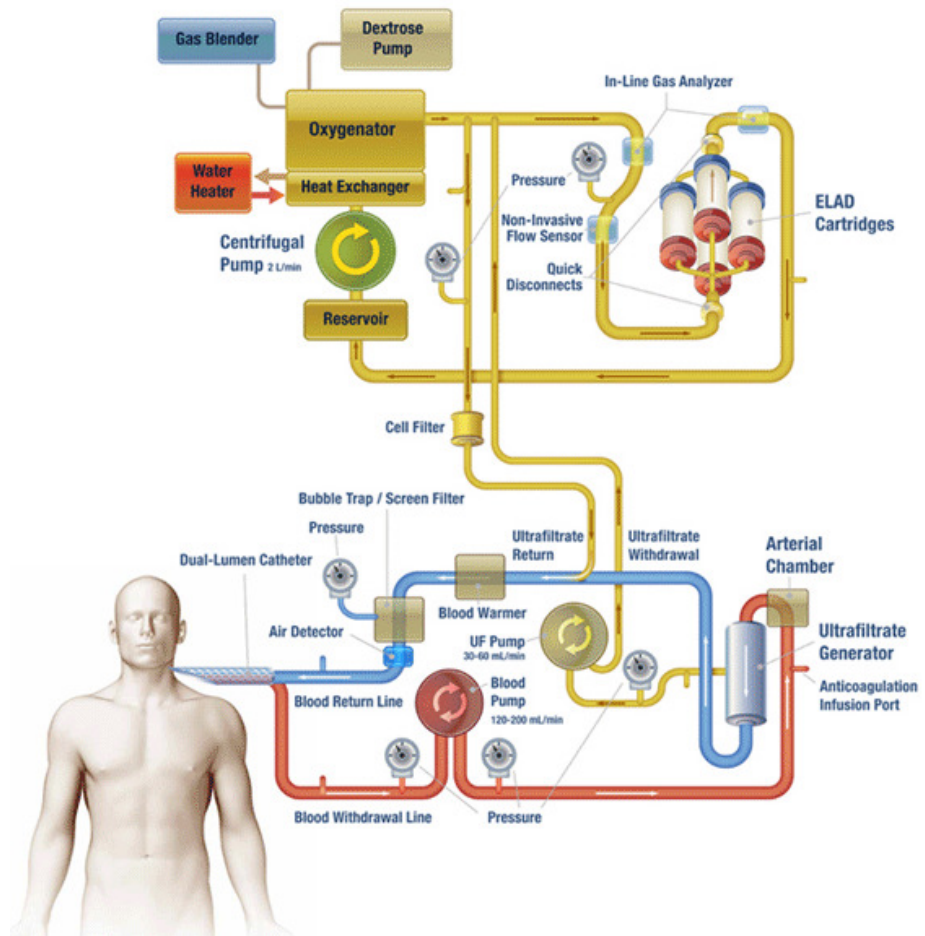
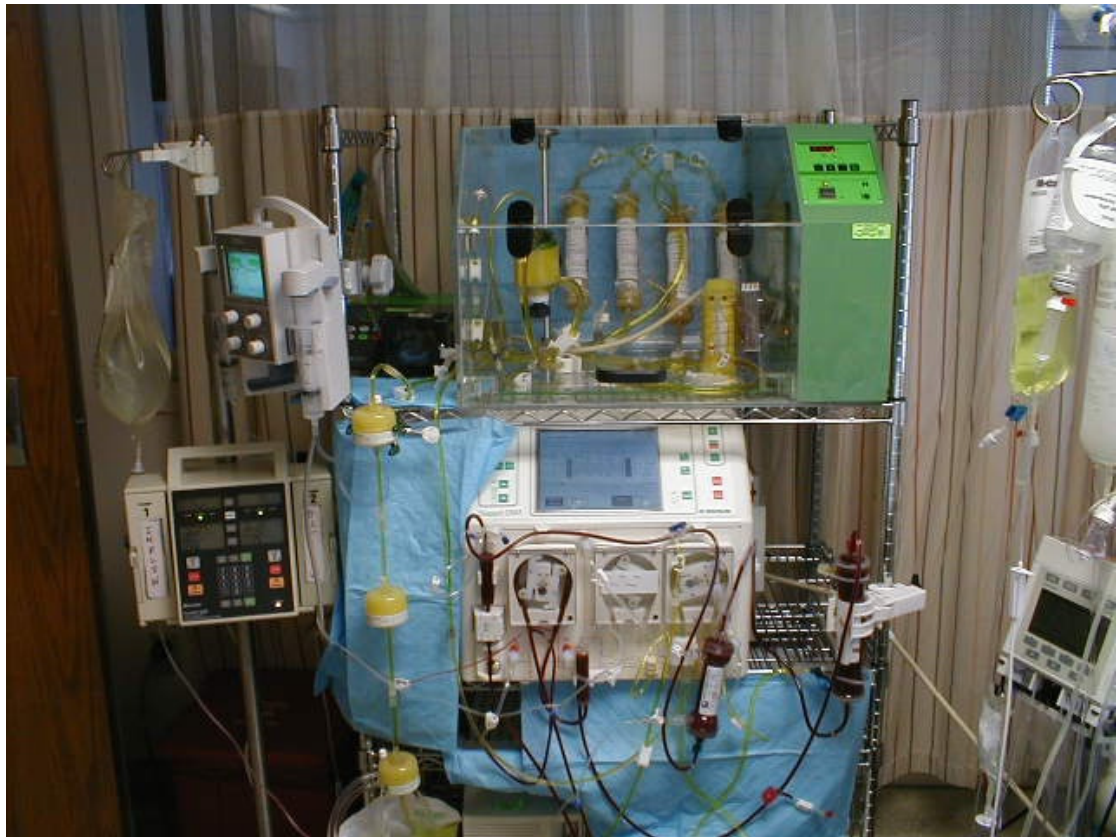
Un paciente con hepatitis alcohólica aguda y descompensación hepática inducida por alcohol es ingresado en la Unidad de cuidados intensivos (UCI). Fue tratado con dispositivo de asistencia hepática extracorpórea (ELAD) durante su ingreso. El tratamiento empezó en la UCI y se realizó durante cinco días. ¿Cuál es el código adecuado de la ICD-10-PCS para el tratamiento con dispositivo de asistencia hepática extracorpórea?

Respuesta:

Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS para el tratamiento de filtración hepática extracorpórea único durante cinco días:

- 5A1C00Z** Soporte de filtración biliar, continuo

El valor “Único” es adecuado para cualquier proceso continuo que no es interrumpido intencionalmente, como en este caso. El valor “Múltiple” es adecuado para tratamientos planeados de forma repetitiva, tal como una diálisis renal que se hace cada día durante cinco días.



Sistema de asistencia hepática extracorpórea con hepatocitos porcinos ^{NT}

Pregunta:

Un paciente en estadio terminal de enfermedad renal es ingresado y durante su hospitalización recibe hemodiálisis en tres días separados. En la ICD-10-PCS, debería asignarse el valor único o múltiple para este tratamiento?

Respuesta:

La hemodiálisis es un ejemplo de tratamientos repetidos planificados “Múltiple”. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS para la hemodiálisis realizada cada día en un total de tres días durante la estancia hospitalaria:

5A1D60Z Soporte de filtración urinaria, múltiple

En la ICD-10-PCS la duración del valor “Único” frente a “Múltiple” se asigna basados en la documentación de un tratamiento único (continuo) o múltiple (separados).

Pregunta:

Una paciente de 39 años con cáncer ductal invasivo de la mama derecha, en estado de quimioterapia neoadyuvante, es sometida a mastectomía radical modificada de dicha mama. Durante la disección axilar el médico extirpó los niveles 1, 2 y parte del nivel 3 de los ganglios linfáticos. Asignamos un código para la mastectomía radical modificada de la mama derecha pero estamos buscando una aclaración de si cada nivel de ganglio linfático se considera una parte corporal (4º carácter) y por tanto se deben asignar varios códigos.

Respuesta:

Cada nivel de ganglio linfático se considera una cadena. Cuando la intención es extirpar las cadenas enteras de ganglios linfáticos, en lugar de ganglios aislados, se codifica como tipo de intervención “Resección”. Todos los ganglios linfáticos axilares se consideran una sola parte corporal y por tanto no deberían asignarse varios códigos de procedimiento para la extirpación de varios niveles de ganglios linfáticos. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS para la resección de ganglios linfáticos axilares derechos:

07T50ZZ Resección de linfático axilar derecho, abordaje abierto

Pregunta:

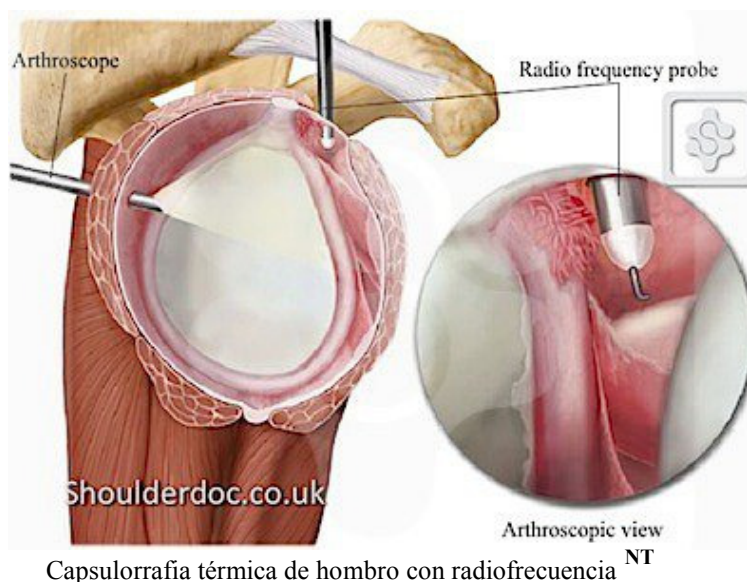
El paciente es ingresado y se le realizó una capsulorrafia térmica del hombro derecho artroscópica. ¿Cuál es el tipo de operación para este procedimiento, reposición, reparación u otra?

Respuesta:

La ICD-10-PCS clasifica la capsulorrafia bajo el tipo de intervención “reparación” que se define como restauración, en la extensión posible, de una parte corporal a su estructura y función anatómica normal. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

0RQJ4ZZ Reparación, articulación del hombro, derecho, abordaje endoscópico percutáneo, para la capsulorrafia de hombro

La capsulorrafia térmica se usa para tratar varios tipos de inestabilidad del hombro. Se libera energía térmica (láser o radiofrecuencia) al tejido capsular reestructurando el colágeno en la cápsula o los ligamentos y produciendo que la cápsula se contraiga o disminuya en tamaño. El tipo de intervención “Reposición” no es apropiado puesto que la cápsula del hombro no fue movida a otra localización.



Pregunta:

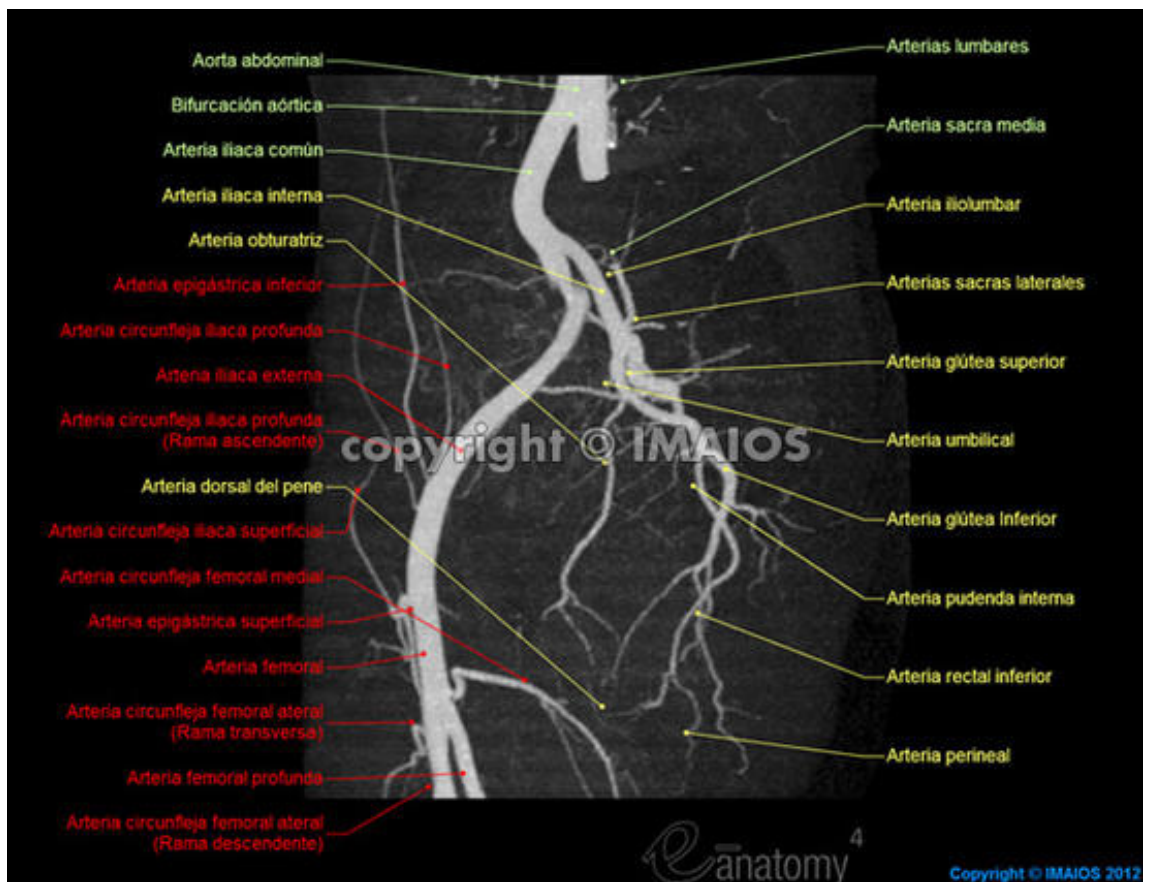
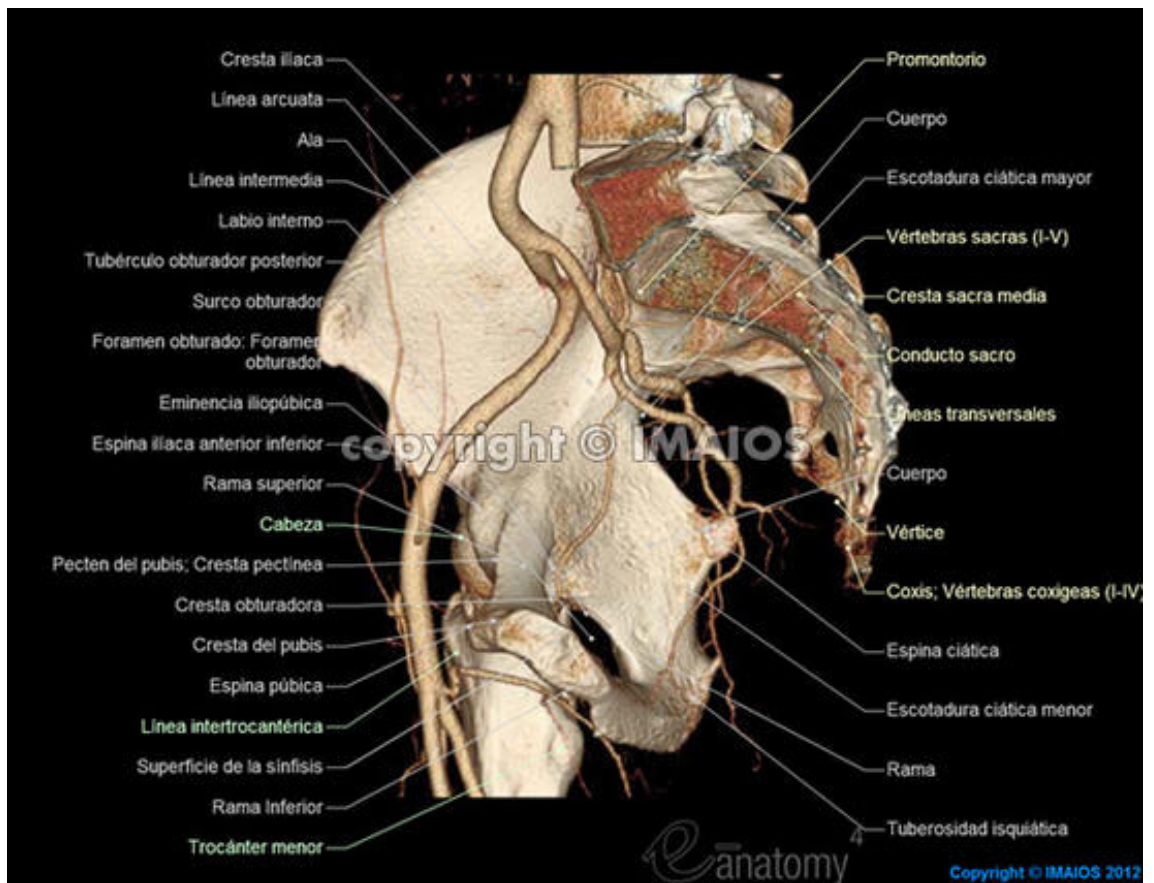
El paciente se presenta para endarterectomía iliofemoral izquierda abierta con reparación con parche bovino. La placa se extiende desde la bifurcación femoral hasta la parte media de la arteria iliaca externa. Puesto que la placa se extiende a lo largo de dos partes corporales diferentes, ¿deberían asignarse dos códigos de extirpación para la endarterectomía y otros dos códigos de suplemento para la reparación con parche bovino para capturar tanto la arteria femoral como la iliaca?

Respuesta:

La lesión (placa) se extiende desde la bifurcación femoral a la parte media de la arteria iliaca externa, y se considera una continuación de una lesión única. A efectos de codificación, elija el lugar anatómicamente más lejano desde el punto de entrada. En este caso, la disección comienza en la bifurcación de la arteria femoral común (donde la arteria femoral común se divide para convertirse en femoral profunda y superficial) y se completó en la arteria iliaca externa, por lo que la parte corporal asignada es la iliaca externa. Cuando la cirugía se realiza en una lesión contigua en una parte tubular, se asigna la parte corporal localizada más lejos del punto de entrada. Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS:

04CJ0ZZ Extirpación de sustancia sólida de arteria iliaca externa, abordaje abierto

04UJ0KZ Suplemento en arteria iliaca externa con sustituto de tejido no autólogo, abordaje abierto



Anatomía de las arterias iliaca externa y femorales^{NT}

Pregunta:

Este paciente fue ingresado para cuidados agudos desde un hospital de larga estancia para iniciar tratamiento de colitis por *Clostridium difficile*, exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y asma. Uno de los diagnósticos del médico al ingreso y al alta es: sepsis, resuelta. ¿Es correcto asignar un código para “sepsis resuelta”? ¿Importa si el paciente ha sido tratado con antibióticos?

Respuesta:

El paciente ya no está séptico por lo que en su lugar codifique la infección subyacente que ha originado la sepsis, tal como colitis por *C. difficile*, neumonía o pielonefritis aguda. Si la documentación no aclara si el paciente está aún séptico, pregunte al médico para aclararlo. Los centros deben trabajar con la plantilla médica para mejorar la documentación médica y hacer frente a cualquier problema de documentación.

Pregunta:

Un paciente va a consulta médica para evaluación de catarata. El médico determina que tiene una catarata nuclear bilateral relacionada con la edad y traslada al paciente a cirugía en un centro ambulatorio. El plan es operar un ojo en un tiempo siendo operado primero el ojo derecho. ¿Cómo se debería codificar la práctica médica y del centro ambulatorio en este caso, ya que solo se va a tratar un ojo? ¿Debería informarse la afección como bilateral o deberíamos “dividir” el código basados en el ojo que va a ser operado primero?

Respuesta:

Para el episodio de la evaluación de la catarata así como la primera intervención, tanto la práctica médica como del centro ambulatorio deberían asignar el código H25.13, Catarata relacionada con la edad, bilateral, ya que el paciente tiene una afección bilateral. El ojo específico tratado durante en episodio quirúrgico debe reflejarse con el código adecuado de la CPT (*) con un modificador añadido para reflejar el ojo que ha sido tratado.

Para la segunda intervención después de que el ojo derecho haya sido tratado, asigne el código H25.12, Catarata relacionada con la edad, ojo izquierdo, puesto que el paciente no tiene ya catarata en el ojo derecho. Debe informarse el código correspondiente de la CPT con un modificador que identifique el ojo izquierdo para el segundo procedimiento.

(*) Al tratarse de un procedimiento ambulatorio, en EEUU se usa la clasificación CPT y no la ICD-10-PCS. La CPT (Current Procedural Terminology) es una clasificación desarrollada y mantenida por la AMA (American Medical Association). Se diferencia de la ICD-9 y la ICD-10 en que en lugar de diagnósticos se codifican los servicios que los prestan. Existen tres tipos de códigos:

Categoría I: con 6 secciones: Evaluación y tratamiento, Anestesia, Cirugía, Radiología, Patología y Laboratorio, y Medicina

Categoría II: incluye componentes clínicos para tratamiento

Categoría III: incluye las tecnologías emergentes

Por ejemplo, el código CPT para la extracción extracapsular de cristalino con inserción de prótesis intraocular en un tiempo sería **66983**

Pregunta:

Cuando un paciente es visto para un episodio subsiguiente de una fractura abierta y no hay información acerca de la clasificación Gustillo-Anderson, ¿Qué 7º carácter es el correcto? Por ejemplo, bajo la categoría S52-, Fractura de antebrazo, la Lista tabular indica por defecto “contacto inicial para fractura abierta NEOM” con el carácter “B” de contacto inicial para fractura abierta de tipo I o II. ¿Se pueden usar por defecto los tipos I y II para episodios subsiguientes?

Respuesta:

Sí, es correcto asignar por defecto el 7º carácter para fractura de tipo II o II (7º carácter E, H, M o Q) cuando un paciente se presenta para episodios subsiguientes y no se conoce la clasificación original de Gustillo-Anderson.

Pregunta:

Cuando se codifican servicios de cuidados paliativos (ingresados o ambulatorios), ¿qué secciones de la Normativa para Codificación con ICD-10-CM se aplican?

Respuesta:

Cuando se codifican servicios de cuidados paliativos (todos los niveles de cuidado), independiente del entorno en donde se prestan los servicios, los codificadores generalmente pueden seguir las Secciones I, Convenciones, Normativas generales de codificación y de capítulos específicos, II, Selección de diagnóstico principal, y III, Informando de diagnósticos secundarios, de I Normativa oficial de codificación e Información. Por favor, observe la excepción de la normativa acerca de la codificación de diagnósticos inciertos (diagnósticos que son documentados en el momento del alta como “probable”, “sospechado”, “parecido” o “aún no confirmado”, u otros términos parecidos que indican incertidumbre) de que si la afección existe o estuviera establecida, se aplica solo en ingresos de corta estancia, agudos, cuidados de larga duración y hospitales psiquiátricos.

Pregunta:

Una bebé de cuatro meses es vista para un examen de salud. La madre informa que la bebé tuvo moqueo nasal durante una semana. Estuvo inquieto pero sin fiebre, tos, vómito o diarrea. En el examen, la membrana timpánica se apreciaba roja y abultada. La paciente es diagnosticada de otitis media supurativa aguda derecha. ¿Cómo debe codificarse este episodio?

Respuesta:

El este caso, sería correcto asigna el código Z00.121, Contacto para examen de salud rutinario de niño con hallazgos anormales, como diagnóstico principal. Asigne el código H66.001, otitis media supurativa aguda, sin rotura espontánea de tímpano, oído derecho, como diagnóstico secundario. El hallazgo diagnóstico anormal es la otitis media supurativa aguda. Durante un examen rutinario, cuando se encuentra una afección o diagnóstico, se codifica como diagnóstico secundario.

Pregunta:

Un paciente es visto para un examen de salud. También tenía bronquitis vírica, que fue diagnosticada durante una visita previa, y está aún en tratamiento. ¿Se codificaría este caso con Z00.121 o con Z00.129?

Respuesta:

Asigne el código Z00.129, Contacto para examen de salud rutinario de niño sin hallazgos anormales, como diagnóstico principal. Asigne también el código adecuado para la bronquitis vírica. Un examen con hallazgos anormales se refiere a una afección/diagnóstico que se encuentra por primera vez o un cambio en la gravedad de una afección crónica, tal como una hipertensión descontrolada, o una exacerbación aguda de una enfermedad pulmonar obstructiva crónica, durante un examen físico rutinario.

El código Z00.121 no es correcto ya que las afecciones diagnosticadas previamente no se consideran hallazgos anormales a no ser que se haya exacerbado o descontrolado durante el examen de salud actual.

Pregunta:

Una niña de cuatro años se presenta para un examen de salud. Fue diagnosticada previamente de asma, está tomando esteroides inhalados y tiene síntomas de tos, sibilancias y disnea. El médico diagnosticó exacerbación aguda de asma leve persistente. ¿Se considera la exacerbación aguda del asma como hallazgo anormal a efectos de seleccionar el código Z00.121, Contacto para examen de salud rutinario de niño con hallazgos anormales?

Respuesta:

Sí, la exacerbación aguda del asma se considera un hallazgo anormal. Por tanto, asigne el código Z00.121, Contacto para examen de salud rutinario de niño con hallazgos anormales, como diagnóstico principal. Aunque el asma es una afección diagnosticada previamente, se considera un “hallazgos anormal” porque la exacerbación aguda de un problema crónico es nuevo durante este episodio. Debe asignarse el código J45.31, Asma leve persistente con exacerbación (aguda), como diagnóstico secundario.

Pregunta:

Un paciente adulto diagnosticado de hipertensión se presenta para la revisión física anual. Durante la visita la presión arterial se muestra elevada y el médico ajusta la medicación antihipertensiva para mejor control. ¿Debería codificarse esta visita como un examen con hallazgos anormales?

Respuesta:

Sí, esto se considera un examen con hallazgos anormales. Asigne el código Z00.01, Contacto para examen médico del adulto con hallazgos anormales, como diagnóstico principal. Asigne un código secundario de hipertensión para describir el hallazgo anormal (hipertensión descontrolada). U hallazgo anormal se refiere a algo nuevo (en este caso, el hecho de que la presión sanguínea esté elevada e incontrolada) que el médico ha encintrado durante la visita. A fin de asignar códigos de esta categoría, un “hallazgos anormal” es una afección encontrada por primera vez o una afección conocida/crónica que ha aumentado su gravedad (ej. incontrolada, y/o exacerbada de forma aguda).

Pregunta:

Un paciente de 59 años se presenta para su examen físico anual. Tenía una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) preexistente. Durante el examen, el paciente se queja de falta de aliento en el ejercicio, producción de moco y malestar torácico. El médico documentó exacerbación aguda de la EPOC. ¿Se debería considerar la EPOC un hallazgo anormal? ¿Cómo se codifica este contacto?

Respuesta:

Asigne el código Z00.01, Contacto para examen médico del adulto con hallazgos anormales, como diagnóstico principal. Asigne el código J44.1, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación (aguda), como diagnóstico secundario ya que el paciente tiene un a exacerbación de un problema crónico.

Pregunta:

Un paciente, fumador con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), se presenta para chequeo de salud anual. ¿Cómo debe codificarse esta visita?

Respuesta:

Asigne el código Z00.00, contacto para examen médico general del adulto, sin hallazgos anormales, como diagnóstico principal. Deben asignarse los códigos J44.9, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada, y F17.200, Dependencia a nicotina, no especificada, como diagnósticos secundarios. Ya que la EPOC es u diagnóstico establecido previamente y está bajo control, el examen se codifica como rutinario sin hallazgos anormales. Este no es un problema nuevo, ni una exacerbación de una afección preexistente.

Aclaraciones

Fallo respiratorio crónico debido a envenenamiento

Pregunta:

El *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 2015, página 21 (página 15 de la versión traducida ^{NT}) indica la asignación del código J96.10, Fallo respiratorio crónico, no especificado si con hipoxia o con hipercapnia, como diagnóstico principal para un paciente que ha sido trasladado a un hospital de larga estancia para continuar los cuidados de fallo respiratorio crónico tras una sobredosis de fármaco accidental. En este caso, ¿debería aplicarse la norma de envenenamiento en lugar de una de secuela?

Respuesta:

El fallo respiratorio crónico fue el motivo del ingreso y se secuenció correctamente como diagnóstico principal. Tras el tratamiento, el problema respiratorio del paciente no está resuelto. El fallo respiratorio crónico es una secuela, no una manifestación del envenenamiento. En estas circunstancias, la norma de secuela es más importante que la de envenenamiento, y toma precedencia porque el motivo del ingreso es para tratamiento de la secuela. El código de envenenamiento se secuencia como diagnóstico secundario.

Nota de instrucción de codifique primero

Pregunta:

Algunos “pagadores” están denegando facturas cuando los códigos de fallo cardíaco o sepsis se secuencian como diagnóstico principal porque interpretan mal las notas de “codifique primero” en las categorías I50, Fallo cardíaco, y A41, Otras sepsis. Deniegan la factura basados en la creencia de que las afecciones listadas en la nota siempre se secuencian primero, incluso cuando el paciente puede no tener ninguna afección de las listadas. ¿Puede aclarar el motivo de la nota de instrucción?

Respuesta:

La nota de “codifique primero” significa codifique primero, si está presente. Esta nota de instrucción está destinada a afecciones que tiene tanto una etiología subyacente como la manifestación e indica el orden apropiado de secuencia: la etiología primero, seguida de la manifestación. Sin embargo, esta nota instruccional solo se aplica cuando las afecciones subyacentes listadas en la nota están presentes. Si esas afecciones no están presentes, la nota de codifique primero no es aplicable.

Noticia de corrección

El *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 2015, página 5 (página 3 de la versión traducida ^{NT}) contiene un error tipográfico. La pregunta afecta a un desbridamiento no excisional de piel y tejido subcutáneo y la asignación de código de la ICD-10-PCS que describen extracción de piel en lugar de “piel y tejido subcutáneo”. La asignación correcta debería ser como sigue:

0JDL0ZZ Extracción de tejido subcutáneo y fascia de parte superior de pierna, abordaje abierto

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.