descargado desde www.CodingClinicAdvisor.com


# AHA
# Coding Clinic ®

ICD - 10 - CM
ICD - 10 - PCS

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

**Volumen 7 Número 2** **Segundo Trimestre 2020**


**Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 5 de marzo de 2020** (sólo en USA NT)

## En este número


Nuevo código de la ICD-10-CM
Preguntas frecuentes de codificación con ICD-10-CM acerca de la COVID-19
Pregunte al Editor
Noticia de Corrección


# Nuevo código de la ICD-10-CM para el nuevo Coronavirus (COVID-19) Implementación el 1 de abril de 2020

Efectivo desde el 1 de abril, el código U07.1, COVID-19 se ha implementado en respuesta a la pandemia reciente. Se ha declarado una emergencia nacional en Estados Unidos acerca de la epidemia de COVID-19. Dados estos desarrollos y la extrema necesidad de informar de la COVID-19 en peticiones de datos y vigilancia, los centros de Control de Enfermedades (CDC) bajo el decreto de Emergencia Nacional, secciones 201 y 301, anunciaron un adelanto en la efectividad de un nuevo diagnóstico con código U07.1, COVID-19, desde el 1 de octubre de 2020 al 1 de abril de 2020. Esta actualización fuera de ciclo sin precedentes es una excepción al proceso de actualización del conjunto de códigos establecido bajo la HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act NT).

El código U07.1, COVID-19, debe usarse para altas7datos del servicio después del 1 de abril de 2020. Para antes del 1 de abril de 2020 diríjase al suplemento de la Normativa Oficial de la ICD-10-CM para codificar contactos relacionados con la epidemia de coronavirus COVID-19.

# Preguntas frecuentes acerca de la codificación de la COVID-19

Las siguientes preguntas y respuestas representan una selección que fue desarrollada y aprobada conjuntamente por la Oficina Central sobre ICD-10-CM/PCS de la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación Americana para el Tratamiento de la Información sobre Salud y publicado en su lugar web como guía interna. Son reeditadas aquí (con algunas revisiones editoriales menores) con la aprobación de las Partes Cooperantes indicando su acuerdo con las preguntas escritas.

**Pregunta:**
¿Cuál es el código de la ICD-10-CM para la COVID-19?

**Respuesta:**
El código de la ICD-10-CM U07.1, COVID-19, debe usarse para altas/datos del servicio después del 1 de abril de 2020. El código se desarrolló por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y pretende que sea secuenciada primero seguida por los códigos adecuados para las manifestaciones asociadas cuando la COVID-19 cumple con la definición de diagnóstico principal. Para las instrucciones anteriores al 1 de abril de 2020, por favor diríjase al suplemento de la Normativa oficial sobre codificación con ICD-10-CM para codificación de contactos relacionados con la epidemia de coronavirus de la COVID-19 editada en el ejemplar del primer trimestre de 2020 de Coding Clinic, páginas 34-36

**Pregunta:**
¿Es el nuevo código U07.1 de la lCD-10-CM, COVID-19, un código secundario?

**Respuesta:**
Cuando la COVID-19 cumple la definición de diagnóstico principal, el código U07.1, COVID-19, debe ser secuenciada primero, y seguida por los códigos adecuados para las manifestaciones asociadas, excepto en ciertas circunstancias cuando otro código debería ser secuenciado primero, tal como pacientes obstétricos o trasplantados de pulmón. Sin embargo, si la Covid-19 no cumple la definición de diagnóstico principal (ej. cuando se desarrolla tras el ingreso), entonces el código U07.1 debería usarse como código secundario.

**Pregunta:**
¿Hay nuevos códigos secundarios para identificar otras situaciones específicas para la COVID-19? Por ejemplo, ¿los códigos para exposición a la COVID-19, u observación por COVID-19 sospechada pero donde el test es negativo?

**Respuesta:**
No, en el momento presente, no hay otros códigos de la ICD-10-CM relacionados con la nueva COVID-19. Los códigos existentes tales como el Z20.828, contacto y exposición (sospechada) con otras enfermedades víricas transmisibles, se asignarán cuando sean adecuadas.

Sin embargo los Centros para Control y Prevención de Enfermedades del Centro Nacional para Estadísticas de Salud, agencia americana responsable del mantenimiento de la ICD-10-CM, está siguiendo la situación. La actualización del código U07.1, COVID-19, fuera de ciclo no tiene precedente y es una excepción al proceso de actualización del conjunto de códigos establecido bajo la Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

**Pregunta:**
Hemos indicado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha aprobado el código de emergencia en la ICD-10 "U07.2, COVID-19, virus no identificado". ¿Se implementa el código U07.2 en Estados Unidos también?

**Respuesta:**
El conjunto estándar de códigos de la HIPAA para codificación de diagnósticos es la ICD-10-CM, no la ICD-10. Tal como se muestra en la Addenda del 1 de abril de 2020 en la página web del CDC, el único código nuevo que se ha implementado en Estados Unidos para la COVID-19 es el U07.1.

**Pregunta:**
¿Cómo deberíamos codificar casos relacionados con la COVID-19 con fecha de servicio o de alta anterior al 1 de abril de 2020, fecha efectiva del código U07.1, COVID-19, de la ICD-10-CM?

¿El código de la ICD-10-CM U07.1, COVID-19, es retroactivo para pacientes con una fecha de servicio o de alta antes del 1 de abril de 2020?

**Respuesta:**
No, el código U07.1, COVID-19, no es retroactivo. Por favor vea el suplemento de la Normativa Oficial de la ICD-10-CM para codificación de contactos relacionados con la epidemia por coronavirus de la COVID-19 para orientar la codificación de las altas/servicios proporcionados antes del 1 de abril de 2020 publicados en el ejemplar de Coding Clinic del Primer Trimestre de 2020, páginas 34-36.

**Pregunta:**
¿Deberían codificarse los test presuntamente positivos de la COVID-19 como confirmados?

**Respuesta:**
Sí, los resultados de test de la COVID-19 presuntamente positivos deberían codificarse como positivos. Un resultado de test presuntamente positivo significa que un individuo ha dado positivo al virus a nivel local o estatal pero no ha sido todavía confirmado por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). La confirmación por el CDC de los test locales o estatales para la COVID-19 ya no es requerida.

**Pregunta:**
¿Cómo deberíamos manejar los casos relacionados con la COVID-19 cuando los resultados del test no se han recibido todavía? La guía suplementaria y las preguntas y respuestas frecuentes con confusas ya que a veces la COVID-19 no "está descartada" durante el contacto, puesto que los resultados no han llegado aún.

**Respuesta:**
Debido a la mayor necesidad de captar datos de casos de COVID-19 positivos recomendamos que los clínicos consideren desarrollar políticas de codificación de servicios específicos para mantener dicha codificación en los ingresos y contactos ambulatorios hasta que los test de la COVID-19 estén disponibles. Este consejo se limita a casos relacionados con la COVID-19.

**Pregunta:**
Basados en la normativa publicada recientemente para las infecciones por COVID-19, ¿necesita el clínico explicitar los resultados de los test de COVID-19 para la afección respiratoria como causa de enfermedad respiratoria para codificarla como diagnóstico confirmado de COVID-19? Los pacientes están siendo vistos en nuestro servicio de urgencias y si los resultados no están disponibles en el momento del alta, somos reacios a preguntar al médico y volver a documentar la relación cuando los resultados vienen varios días después.

**Respuesta:**
No, el clínico no necesita explicitar una relación con el resultado del test para la afección respiratoria, los resultados de test positivo pueden codificarse como casos de COVID-19 confirmados mientras que los resultados son parte de la historia clínica. Como se indica en la normativa de codificación para las infecciones de COVID-19 que son efectivas desde el 1 de abril, debe asignarse el código U07.1 basados en los resultados de un test positivo tal como fue documentado por el médico.

Por favor vea que eta recomendación se limita a casos relacionados con COVID-19 y no la codificación de otras pruebas de laboratorio. Debido a la mayor necesidad de captar datos de casos de COVID-19 positivos recomendamos que los clínicos consideren desarrollar políticas de codificación de servicios específicos para mantener dicha codificación en los ingresos y contactos ambulatorios hasta que los test de la COVID-19 estén disponibles.

**Pregunta:**
No estamos seguros de cómo interpretar la nueva normativa de la COVID-19 publicada en relación con ciertos diagnósticos dudosos que se refiere a diagnósticos "documentados en el momento del alta" definido como posible, probable, etc. ¿Podemos codificar estos casos como COVID-19 confirmados si los resultados de los test no vienen hasta algunos días después y el paciente ya se ha dado de alta?

**Respuesta:**
Sí, si un test se realiza durante la consulta o la hospitalización, pero tras el alta los resultados vienen positivos para la COVID-19, entonces puede codificarse como COVID-19 confirmado. Esta recomendación se aplica tanto a pacientes ingresados como a contactos ambulatorios.

**Pregunta:**
Ya que la nueva normativa para la COVID-19 acerca de la sepsis solo se refiere a la normativa de la sepsis, ¿quiere decir que la sepsis debería secuenciarse primero y luego el U07.1 para un paciente que se presenta con sepsis debida a la COVID-19?

**Respuesta:**
Ya sea sepsis o no, se asigna U07.1 como diagnóstico principal dependiendo de las circunstancias del ingreso y si la sepsis cumple la definición de diagnóstico principal. Por ejemplo, si un paciente es ingresado con neumonía debido a la COVID-19 que luego progresa a sepsis vírica (no presente en el ingreso), el diagnóstico principal es el U07.1, COVID-19, seguido de los códigos de la sepsis y neumonía víricas. De otra parte, si un paciente es ingresado por sepsis debida a neumonía por la COVID-19 y la sepsis cumple con la definición de diagnóstico principal, entonces el código de la sepsis vírica (A41.89) debería asignarse como diagnóstico principal seguido de los códigos U07.1 y J12.89, como diagnósticos secundarios.

**Pregunta:**
¿Cuál es la diferencia entre el código Z03.818, Contacto para observación por exposición sospechada a otros agentes biológicos descartados, y el código Z20.828 Contacto y exposición

(sospechada) con otras enfermedades víricas transmisibles, en relación con la COVID-19? ¿Puede proporcionar ejemplos de cómo aplicar estos códigos?

**Respuesta:**
El código Z03.818, Contacto para observación por exposición sospechada a otros agentes biológicos descartados, debería usarse si un paciente es asintomático y hay una posible exposición a la COVID-19 y el paciente tiene test negativo para la COVID-19. Por una nota de instrucción bajo la categoría Z03, los códigos de esta categoría solo pueden usarse si el paciente no tiene signos o síntomas.

El código Z20.828, Contacto y exposición (sospechada) con otras enfermedades víricas transmisibles, debería usarse si el paciente tiene una exposición conocida o sospechada a la COVID-19, presenta signos/síntomas asociados a la COVID-19 y los resultados del test son negativos, no concluyentes o desconocidos. De acuerdo con la norma I.C.21.c.1 Contacto/ Exposición, los códigos Z20 deben usarse en pacientes que están en un área donde la enfermedad es epidémica. Por tanto, debido a la pandemia de la COVID-19 actual, cuando un paciente se presenta con signos/síntomas asociados a la COVID-19 y se hace un test para el virus porque el clínico sospecha que el paciente puede tener COVID-19, debe asignarse el código Z20.828 si documentación explícita de exposición o supuesta exposición a la COVID-19.

Si los resultados del test son positivos, debería asignarse el código U07.1 en lugar de cualquiera de los códigos Z03.818 o Z20.828. Un ejemplo de la aplicación del código Z20.828 es un paciente con signos y síntomas respiratorios, el test para COVID-19 es negativo y al paciente se le determina que tiene otra afección (ej. gripe, neumonía). Se deben asignar códigos para la afección (ej. gripe, neumonía) y el código Z20.828 se debe asignar como diagnóstico secundario.

**Pregunta:**
Por favor proporcione una instrucción sobre una codificación correcta cuando el clínico ha documentado COVID-19 como diagnóstico definitivo antes de que el test esté disponible, y los resultados del mismo vuelvan como negativos.

**Respuesta:**
Los codificadores deben preguntar al clínico si documenta COVID-19 antes de que los resultados del test lleguen y sean después negativos. Los clínicos deben dar la oportunidad de reconsiderar el diagnóstico basados en la nueva información.

**Pregunta:**
Por favor proporcione instrucciones para la codificación correcta cuando el clínico ha confirmado la COVID-19 documentada tras la llegada de resultados de un test negativo ¿Cómo debe ser codificado?

**Respuesta:**
Si el clínico documenta y confirma todavía la COVID-19 a pesar de que los resultados del test sean negativos, o si el clínico documenta desacuerdo con los resultados del test, asigne el código U07.1, COVID-19. Tal como se indica en la *Normativa Oficial para Codificación e Información* para la COVID-19 "Codifique solo diagnósticos confirmados de la enfermedad por el nuevo coronavirus de 2019 (COVID-19) tal como se documenta por el clínico… la documentación del clínico de que el individuo tiene COVID-19 es suficiente".

**Pregunta:**
Cuando un paciente que previamente tubo la COVID-19 es visto para examen de seguimiento y el test de la COVID-19 es negativo, ¿Cuál es el mejor código (s) para captar este caso?

**Respuesta:**
Asigne los códigos Z09, Contacto para examen de seguimiento tras completar el tratamiento para afecciones diferentes a neoplasias malignas, y Z86.19, Historia personal de otras enfermedades infecciosas y parasitarias

**Pregunta:**
¿Cómo debería codificarse un contacto pata test de anticuerpos de la COVID-19?

**Respuesta:**
En un contacto para test de anticuerpos que no se hace para confirmar una infección de la COVID-19 actual, ni se realiza como test de revisión tras resolución de la COVID-19, asigne el código Z01.84, Contacto para examen de respuesta de anticuerpos.

**Pregunta:**
Si un paciente tiene tanto neumonía por aspiración como neumonía por COVID-19, ¿puede asignarse el código J12.89, Otra neumonía vírica, con el código J69.0, Neumonía por inhalación de comida y vómito? Hay una nota de Excluye 1 en la categoría J12, Neumonía vírica, no clasificada en otro sitio, que excluye la neumonía no especificada de otra manera (J69.0)

**Respuesta:**
Sí, pueden asignarse ambos códigos, ya que la neumonía por aspiración y la neumonía debida a la COVID-19 son afecciones separadas no relacionadas con distintas causas subyacentes. Esto cumple la excepción del Excluye 1 como circunstancia donde las dos afecciones no están relacionadas una con la otra.

**Pregunta:**
Para un paciente que tiene VIH/SIDA y el diagnosticado de COVID-19, la normativa no presume una relación entre la COVID-19 y el VIH, por lo que ¿necesita el clínico relacionar las dos afecciones para la codificación?

**Respuesta:**
Cualquier paciente inmunocomprometido (que incluiría a paciente VIH) tienen un riesgo alto de ser infectados de la COVID-19. pero el VIH no causa la COVID-19. Codifique ambas afecciones por separado, secuenciándolas dependiendo de las circunstancias del ingreso – igual que si un paciente padece diabetes o cualquier otra afección crónica que lo pone en mayor riesgo de infección de COVID-19.

**Pregunta:**
Hay una ventana temporal para considerar la COVID-19 como historia o como actual? Por ejemplo, si a un paciente se documenta que ha tenido COVID-19 cuatro semanas antes y durante el contacto actual el paciente no tiene ya más la COVID-19, ¿usamos el código de historia personal?

**Respuesta:**
No existe una ventana temporal en la que se asigne un código de historia personal. Si el clínico documenta que el paciente no tiene más la COVID-109, asigne el código Z86.19, Historia personal de otras enfermedades infecciosas y parasitarias.

**Pregunta:**
Cuando un paciente es diagnosticado de COVID-19, entendemos que los signos y síntomas n son manifestaciones y no deben se codificados por separado. También entendemos que la normativa I-C.18.b indica que "los signos y síntomas que están asociados rutinariamente con un proceso patológico no debe asignarse como diagnósticos secundarios, a no ser que la clasificación instruya otra cosa". Cuando un paciente diagnosticado de COVID-19 se presenta tanto con signos/síntomas respiratorios (ej. dificultad al respirar, tos) y signos/síntomas no respiratorios (ej. problemas gastrointestinales, problemas dermatológicos o de insuficiencia venosa), ¿deben codificarse por separado los signos/síntomas no respiratorios ya que no están normalmente asociados a la COVID-19?

**Respuesta:**
Puesto que a COVID-19 es una afección principalmente respiratoria, cualquier otro signo/síntoma debe ser codificado por separado a no ser que otro diagnóstico definitivo haya sido establecido por otros signos o síntomas. Esto está basado por la Normativa I.C.18.b "Los códigos de signos y síntomas pueden informarse junto con un diagnóstico definitivo relacionado cuando en signo o síntoma no está normalmente relacionado con este diagnóstico".

**Pregunta:**
¿Cómo deberíamos codificar los neonatos/recién nacidos que san positivo a la COVID-19?

**Respuesta:**
Cuando codificamos la historia del episodio del nacimiento de un recién nacido, debería asignarse el código adecuado de la categoría Z38, Niño nacido vivo de acuerdo al lugar de nacimiento y tipo de parto, como diagnóstico principal. Para un recién nacido con test positivo a la COVID-19, asigne el código U07.1, COVID_19, y los códigos adecuados para las manifestaciones asociadas en neonatos/recién nacidos en ausencia de documentación que indique un tipo específico de transmisión. Para un recién nacido que da positivo a la COVID-19 y el clínico documenta que la afección fue contraída en el útero o durante el proceso del nacimiento, asigne los códigos P35.8, Otras enfermedades víricas congénitas, y U07.1, COVID-19.

# Pregunte al Editor

**Pregunta:**
Un paciente es diagnosticado de enfermedad articular degenerativa sacroilíaca bilateral baja. Cuando se busca en el Índice de Enfermedades bajo Degenerativa, enfermedad articular, la ICD-10-CM dirige al codificador a ver "Osteoartritis". Sin embargo, el Índice de Enfermedades no clasifica específicamente la osteoartritis de la articulación sacroilíaca. ¿Cuál es la asignación adecuada de código para la enfermedad articular degenerativa sacroilíaca bilateral baja?

**Respuesta:**
Asigne el código M46.1, Sacroilieítis, no clasificada en otro sitio. La enfermedad articular degenerativa de la articulación sacrolíaca es causada por degeneración, llevando a inflamación de la articulación sacroilíaca. Actualmente, la ICD-10-CM no tiene un código único para la enfermedad articular degenerativa de la articulación sacroilíaca. Por tanto, el código M46.1 es la alternativa disponible más cercana. El centro Nacional para estadísticas de Salud está de acuerdo en considerar una propuesta al grupo de Coordinación y Mantenimiento de la ICD-10-CM para la creación de un nuevo código para la enfermedad articular degenerativa/osteoartritis de la articulación sacroilíaca.

**Pregunta:**
¿Cuál es el código de diagnóstico correcto para uso prolongado (actual) de esteroide intranasal tópico, como Flonase®? A pesar de que se administra intranasal, ¿podría considerarse el Flonase® un esteroide inhalado?

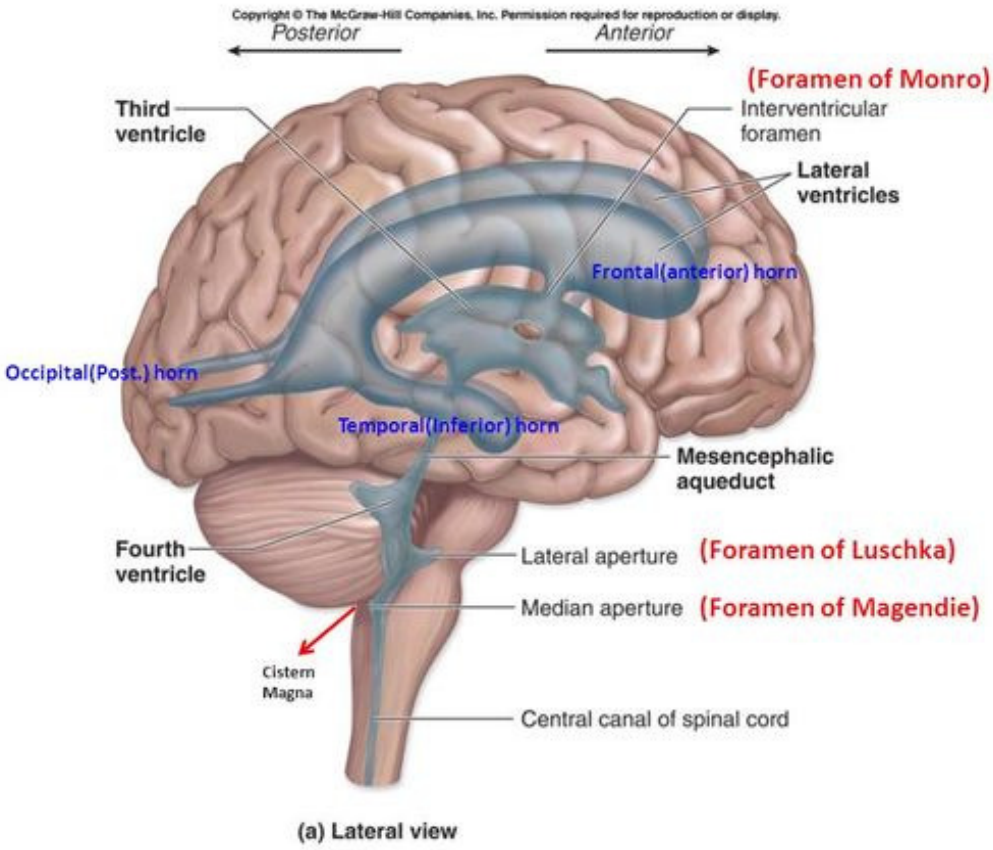
**Respuesta:**
Asigne el código Z79.899, Otro tratamiento medicamentoso prolongado (actual), para el uso prolongado de un esteroide intranasal tópico/local como el Flonase®.

Si bien Flonase® está clasificado como corticosteroide, no se considera un esteroide inhalado (administrado por un inhalador o nebulizador hacia los pulmones), no un esteroide sistémico (dado oralmente o por inyección y distribuido a través del organismo).

**Pregunta:**
Un paciente con historia de leucemia mieloblástica aguda se presenta con recidiva intracraneal. Se colocó un reservorio Ommaya con catéter ventricular para administración intratecal de medicación. Se hizo un agujero de trépano alrededor del reservorio Ommaya y fue capaz de caber en un bolsillo óseo pero la cortical interna del hueso no se extendió más allá del agujero.

Luego se fijó un catéter al reservorio y el otro extremo fue llevado mediante el agujero de trépano hacia el foramen de Monro. ¿Cuál es el código de la ICD-10-PCS correcto para la inserción de un reservorio de Ommaya intracraneal para administrar medicación?

Reservorio Ommaya [NT]




Foramen de Monro (entre ventrículos laterales y tercer ventrículo) [NT]

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

**00H633Z** Inserción de dispositivo de infusión en el ventrículo cerebral, abordaje percutáneo, para la inserción de la porción de catéter del Ommaya en el ventrículo cerebral, y

**0JHS33Z** Inserción de dispositivo de infusión en tejido subcutáneo y fascia de cabeza y cuello, abordaje percutáneo, para la colocación de la porción del reservorio Ommaya en el bolsillo óseo del cráneo.

Aunque el reservorio fue colocado en el cráneo, no hay un valor de dispositivo específico que corresponda al valor de lugar anatómico que describa hueso craneal. Por tanto, el equivalente más cercano disponible es tejido subcutáneo y fascia de cabeza y cuello. Un reservorio Ommaya es un dispositivo implantado quirúrgicamente en la bóveda craneal que proporciona acceso directo al líquido cefalorraquídeo (LCR) para la administración de medicación, tal como quimioterapia y antibióticos. El dispositivo también permite obtener muestras de LCR y consiste en un pequeño puerto que se coloca debajo del cráneo, es fijado a un catéter y se inserta en el ventrículo del cerebro.

**Pregunta:**
Un paciente diagnosticado de estado de atrofia muscular espinal tras fusión vertebral se presenta para inserción de un reservorio Ommaya mediante laminectomía para tratamiento de infusión en el líquido cefalorraquídeo (LCR). Se llevó a cabo una disección por debajo de la masa ósea vertebral donde se usó un taladro para llegar al canal espinal. Se colocó luego una aguja en el espacio subaracnoideo lumbar y el catéter se insertó por encima del nivel torácico medio. El catéter se tunelizó a través del músculo paravertebral en un nuevo bolsillo subcutáneo que se creó bajo visión directa en el costado derecho. Se conectó luego un reservorio Ommaya al catéter espinal. ¿cuál es el código para la inserción de un reservorio Ommaya en el costado para administrar medicación?

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

**00HU03Z** Inserción de dispositivo de infusión en canal espinal, abordaje abierto, para la inserción de un catéter en el espacio subaracnoideo espinal, y

**0JHT03Z** Inserción de dispositivo de infusión en tejido subcutáneo y fascia del tronco, abordaje abierto, para la inserción del reservorio en un bolsillo subcutáneo en el costado derecho.

El reservorio Ommaya puede ser usado también con un catéter intratecal conectado al canal espinal para administrar medicación en pacientes que han sido sometidos a cirugía de fusión vertebral.

**Pregunta:**
Un paciente con una historia pasada complicada es ingresado por sepsis grave debido a neumonía asociada a ventilador. Esta neumonía es debida a *Escherichia coli* y *Staphylococcus aureus* meticilin-susceptible. Se consideraría la neumonía asociada a ventilador una complicación o una infección localizada? ¿Cuál es la asignación y secuenciación adecuada de códigos de la sepsis debida a neumonía asociada a ventilador?

**Respuesta:**
La neumonía asociada a ventilador es la infección localizada, que se secuencia tras la infección sistémica subyacente, sepsis. En este caso, secuencie cualquier código A41.51, Sepsis debida a *Escherichia coli* [E. coli] o A41.01, Sepsis debida a *Staphylococcus aureus* meticilin-susceptible, como diagnóstico principal. Deben asignarse como diagnósticos secundarios los códigos J95.851, Neumonía asociada a ventilador, y R65.20, Sepsis grave sin shock séptico.

La *Normativa Oficial para codificación e Información,* Sección I.C.d.4 indica "si el motivo del ingreso es la sepsis o sepsis grave y hay una infección local, tal como neumonía o celulitis, debe asignarse un código de la infección sistémica primero y el código de la infección localizada debe asignarse como diagnóstico secundario".

**Pregunta:**
El paciente, que tiene diabetes de tipo 2, se presenta con gangrena de Fournier. El Índice Alfabético bajo el término principal "diabetes" proporciona una subentrada "con gangrena". ¿Incluye esta subentrada la gangrena de Fournier? ¿Cuáles son los códigos adecuados para la gangrena de Fournier en un paciente diabético?

**Respuesta:**
No, la gangrena de Fournier no es un tipo de gangrena diabética. En este caso, no hay documentación de una angiopatía periférica (trastorno circulatorio). El Índice Alfabético bajo diabetes con gangrena lleva al código E11.52, Diabetes mellitus tipo 2 con angiopatía periférica diabética con gangrena. Aunque la diabetes puede predisponer a ciertos pacientes a desarrollar gangrena de Fournier, esta no es una gangrena diabética ni una angiopatía periférica que progresa más lentamente y se produce secundaria a temas circulatorios. La gangrena de Fournier es una infección necrotizante bacteriana por trauma o complicaciones operatorias.

Asigne los códigos N49.3, Gangrena de Fournier, y E11.9, diabetes mellitus de tipo 2 sin complicaciones. Signe un código adicional de las categorías B95-B97 para identificar el agente infeccioso, si se conoce.

Gangrena de Fournier [NT]

**Pregunta:**
Un paciente con diabetes mellitus de tipo 2 se presenta para desbridamiento ambulatorio de herida de úlcera no debida a presión del talón derecho. El médico documentó que la úlcera era necrótica con tejido subcutáneo expuesto. A fin de asignar el código, ¿debe interpretarse que la "exposición de tejido subcutáneo" significa exposición del nivel de grasa?

**Respuesta:**
Sí. El tejido subcutáneo incluye la capa grasa. Asigne los códigos E11.621, Diabetes mellitus tipo 2 con úlcera de pie, y L97.412, Úlcera crónica no debida a presión de talón derecho y mediopie con capa grasa expuesta, para la úlcera no debida a presión de talón derecho.

**Pregunta:**
Un paciente se presenta para cuidado de herida y desbridamiento de úlcera no debida a presión del lateral del pie. Se documenta que la úlcera tiene una dehiscencia visible de la piel antes del desbridamiento y tejido subcutáneo visible sin necrosis tras el desbridamiento. En el servicio ambulatorio cuando una úlcera crónica no debida a presión se documenta con una gravedad antes del desbridamiento y una gravedad diferente tras el desbridamiento, ¿se informan uno o dos códigos?. Si es uno, ¿qué nivel de gravedad se asigna?

**Respuesta:**
Asigne solo el código L97.512, Úlcera no debida a presión de otra parte del pie derecho con capa grasa expuesta. El tejido subcutáneo incluye la capa grasa. En el servicio ambulatorio los códigos se asignan en el grado más alto de certeza para este contacto/visita, que es semejante para en la codificación de diagnósticos posoperatorios.

El desbridamiento escisional se hace normalmente capa a capa para escindir todo el tejido desvitalizado hasta que todo el tejido no viable se ha extraído. Por tanto, no es los mismo que una progresión de la úlcera y no indica que la úlcera haya progresado o empeorado.

La norma de que se necesitan dos códigos para úlceras que progresan a otra gravedad no se aplica a instalaciones ambulatorias. La norma pretendía en la información de hospitales con ingreso proporcionar la información más exacta para el indicador presente al ingreso (POA) a fin de seguir el cambio de gravedad durante el ingreso del paciente.

**Pregunta:**
Un paciente de 79 años de edad se presenta para una visita de seguimiento para múltiples afecciones, incluyendo historia personal de trombosis venosa profunda (TVP) de la extremidad inferior. El paciente fue anticoagulado inicialmente con Coumadin (warfarina **NT**) pero fue cambiada a Xarelto® (rivaroxabán **NT**).

Algunos codificadores en nuestro hospital piensan que un diagnóstico de historia de TVP recurrente en un paciente con tratamiento anticoagulante debe ser codificado como TVP crónica. Sin embargo, otros codificadores creen que la historia de TVP recurrente sin más especificación debería informarse con la asignación de código por defecto de TVP aguda. ¿Cuál es la asignación de código adecuada para una historia personal de trombosis venosa profunda recurrente de la extremidad inferior?

**Respuesta:**
Basados en la documentación de la historia clínica, asigne los códigos Z86.718, Historia personal de otra trombosis y embolia venosa profunda, y Z79.01, Uso prolongado (actual) de anticoagulantes, para una historia de trombosis venosa profunda recurrente de extremidad inferior con uso prolongado de medicación anticoagulante. En este caso, el paciente se presenta para visita de revisión y no hay evidencia de TVP aguda, actual o recurrente ni complicaciones del trombo. La TVP crónica es un trombo de un mes a varios meses de antigüedad y normalmente implica síntomas como hinchazón crónica, úlcera, celulitis u otras complicaciones. La TVP recurrente indica que la afección ha ocurrido mas de una vez. El clínico debería documentar la TVP recurrente o crónica, para codificarla como tal.

**Pregunta:**
¿Cómo se codifica un diagnóstico de retrolistesis? La retrolistesis no está indexada en la ICD-10-CM. Sin embargo, parece ser una forma de espondilolistesis.

**Respuesta:**
Asigne el código adecuado de la subcategoría M43.1, Espondilolistesis. La retrolistesis se refiere al deslizamiento hacia atrás de una vértebra, y la ICD-10-CM clasifica cualquier desplazamiento de vértebra como espondilolistesis.

**Pregunta:**
Un paciente de 61 años fue ingresado recientemente por osteomielitis crónica y absceso de fémur distal izquierdo. Durante este ingreso previo fue sometido a incisión y drenaje del absceso y colocación de un catéter central periféricamente (PICC). El paciente fue dado de alta a un servicio de enfermería especializada, donde se arrancó el PICC. Fue llevado al servicio de urgencia y el clínico documentó "desplazamiento del PICC ". El paciente fue reingresado y en radiología intervencionista se sustituyó el PICC. ¿Cuál es el código de diagnóstico correcto para un PICC desplazado?

**Respuesta:**
Asigne el código T82.524A, desplazamiento de catéter de infusión, episodio inicial, para el desplazamiento del PICC. Aunque el paciente desplazó su propio catéter, no está posicionado en el vaso destinado y se codifica adecuadamente como una complicación. El código Z45.2, Contacto para ajuste y manejo de dispositivo de acceso vascular, no debería ser asignado, ya que esta asignación de código solo se usa para contactos rutinarios de cuidado del catéter.

**Pregunta:**
¿Cuáles son los códigos de diagnóstico adecuados para una hernia incisional recurrente estrangulada con intestino necrosado y perforación? ¿Deberían asignarse varios códigos?

**Respuesta:**
Asigne los códigos K43.1, Hernia incisional con gangrena, y K63.1, Perforación de intestino (no traumática), para la hernia incisional recurrente con intestino necrosado y perforación, a fin de captar completamente la afección del paciente.

**Pregunta:**
Un paciente en estado postcolectomía se presenta con escalofríos, dolor abdominal y fiebre. En la exploración, se encontró que tenía drenaje fecaloideo de herida y se diagnosticó de dehiscencia anastomótica de intestino delgado a colon transverso. Los codificadores pueden llegar a distintos códigos basados en la forma de referenciarse en el Índice (Dehiscencia–herida de operación interna vs. Complicación-anastomosis). ¿Cuál es la asignación adecuada de código para una dehiscencia anastomótica de intestino delgado a colon transverso?

**Respuesta:**
Asigne los códigos K91.8, Otras complicaciones y trastornos tras procedimiento del aparato digestivo, y T81.32XA, Disrupción de herida de intervención interna (quirúrgica), no clasificada en otro sitio, episodio inicial, para la dehiscencia de anastomosis intestinal. Se necesitan ambos códigos para describir completamente la afección del paciente. La nota en el código K91.89 instruye para usar un código adicional para especificar más el trastorno. Aunque la norma I.C.19.g.5 indica complicaciones especialmente indexadas en los códigos T en el capítulo 19, no debería asignarse un código de complicación de un capítulo de sistema corporal. En este caso, el código K91.89 proporciona información sobre el sistema corporal implicado que no es captada en el código T.

**Pregunta:**
Un paciente se presenta con palpitaciones y síntomas presincopales, que experimentó cuando pasó de estar sentado a posición de pie. El clínico diagnosticó bradicardia sinusal y múltiples contracciones ventriculares prematuras. El código I49.3, Despolarización ventricular prematura, no puede asignarse con el código R00.1, Bradicardia, no especificada, basada en la nota de Excluye 1 de la categoría I49-, Otras arritmias cardiacas. Sin embargo hay una nota de Excluye 2 en la categoría R00-, Anomalías del latido cardiaco, que permite informar códigos de esta categoría con arritmias especificadas (I47-I49). ¿Deberían asignarse juntos los códigos de bradicardia sinusal y contracciones ventriculares prematuras?

**Respuesta:**
Asigne ambos códigos I49.3, Despolarización ventricular prematura, y R00.1, Bradicardia, no especificada. Aunque hay una nota de Excluye 1 en la categoría I49-, Otras arritmias cardiacas, para la bradicardia sinusal, éstas son afecciones cardiacas diferentes (no relacionadas), que pueden existir independientemente. A fin de comunicar una imagen clínica completa, codifique ambas afecciones.

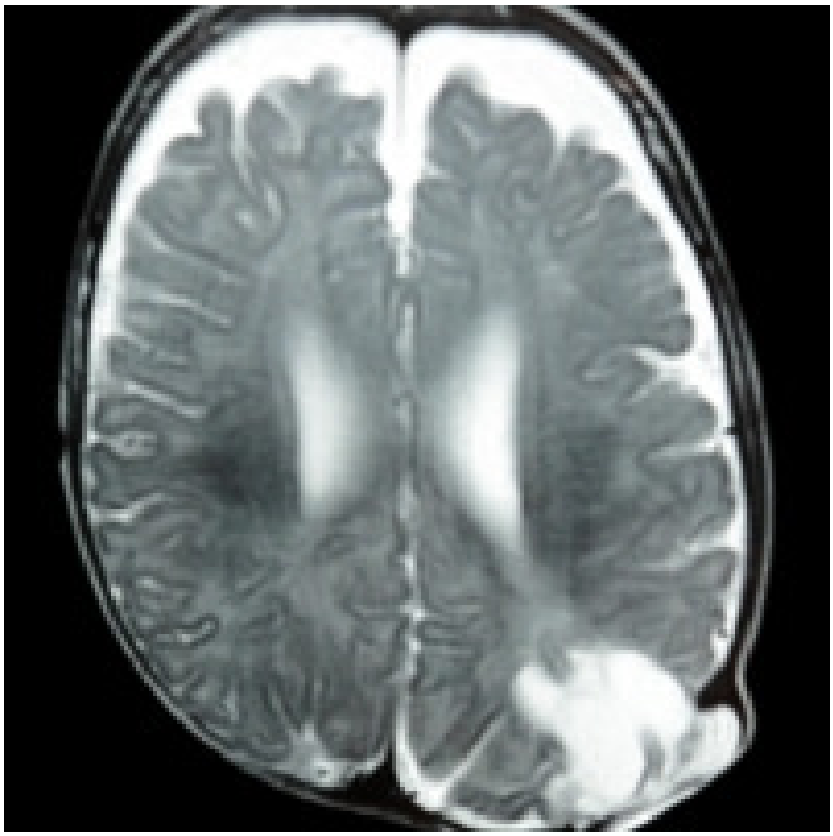
**Pregunta:**
El paciente se volvió inconsciente tras recibir Dilaudid (Hidromorfona [NT]) intravenoso. El clínico documentó "Inconsciencia debida a Dilaudid". ¿Cómo se codifica este diagnóstico?

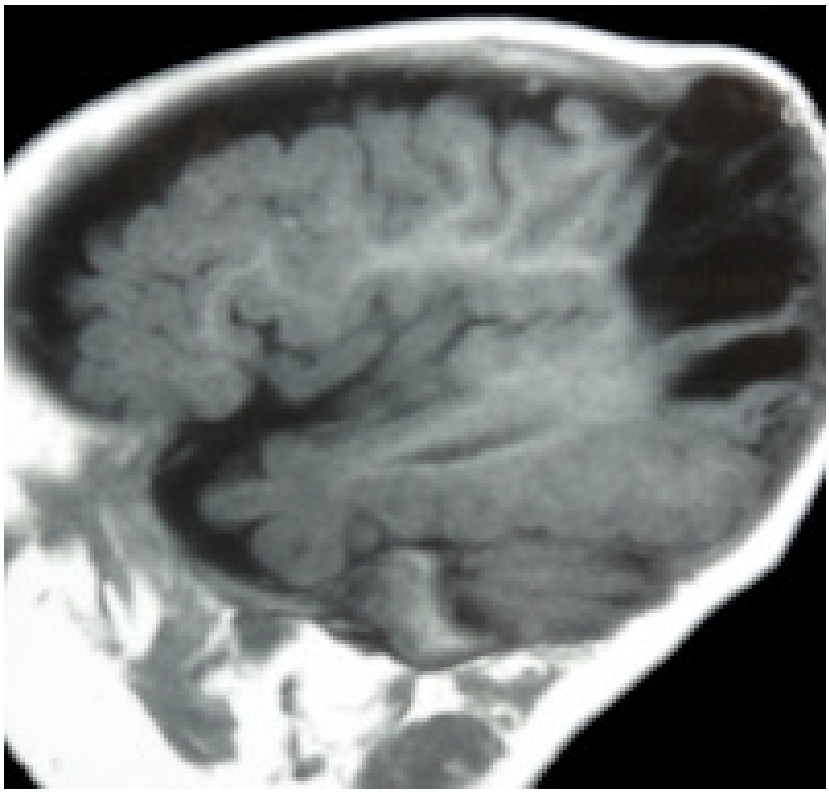
**Respuesta:**
Asigne los códigos R40.4, Alteración transitoria de la conciencia, y T40.2X5A, Efecto adverso de otros opioides, episodio inicial.

**Pregunta:**
Un varón de 15 años se presenta con un bulto creciente en el lado derecho de la cabeza. Tras un estudio diagnóstico el clínico documenta "Deformidad craneofacial secundaria a quiste leptomeníngeo/fractura de cráneo evolutiva". Fue sometido a craneotomía frontotemporal con injerto de duramadre y periostio para reparación de la fractura craneal. ¿Cuál es la asignación de código de diagnóstico adecuada para el quiste leptomeníngeo/fractura de cráneo evolutiva?

**Respuesta:**
Asigne el código G93.89, Otros trastornos especificados del cerebro, para el quiste leptomeníngeo. Asigne también el código S02.91XS, Fractura de cráneo no especificada, secuela, ya que el quiste leptomeníngeo/fractura de cráneo evolutiva es un efecto tardío de la fractura.

Los quistes leptomeníngeos, también denominados fracturas de cráneo evolutivas, son fracturas craneales en expansión que se desarrollan cerca de una encefalomalacia postraumática. el término "quiste leptomeníngeo" es una denominación errónea ya que no es un quiste sino una extensión de la encefalomalacia y es visto normalmente meses después del traumatismo, y normalmente se desarrolla siguiendo una fractura lineal con una rotura dural subyacente, y puede resultar en una hernia del cerebro.

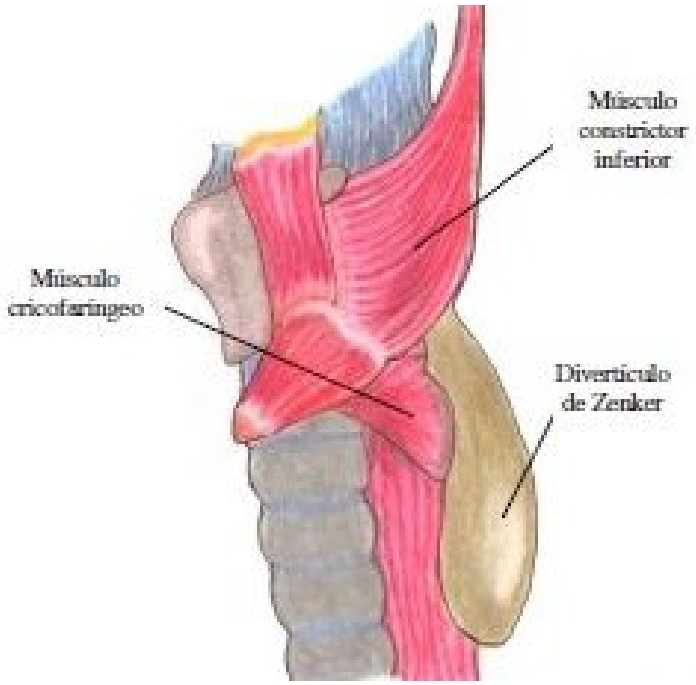




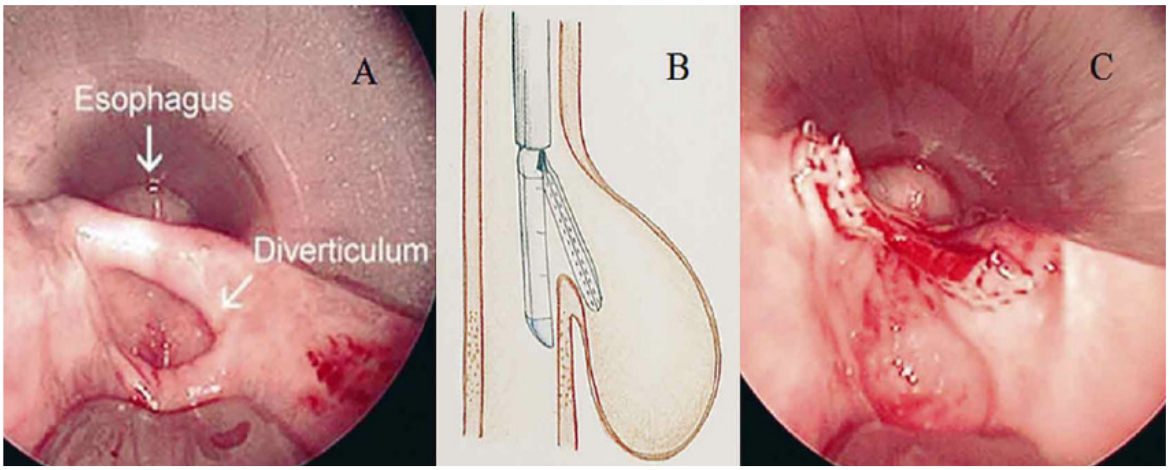
Fractura craneal evolutiva (quiste leptomeníngeo) con herniación cerebral [NT]

**Pregunta:**

Un paciente es ingresado para diverticulectomía de Zenker transoral. Durante la intervención, el endoscopio fue posicionado y se pasó una grapadora gastrointestinal endovascular con la carga de grapas en el esófago y el yunque en la bolsa del divertículo. La grapadora se engranó y se disparó. Una endoscopia confirmó que el canal común había sido tratado adecuadamente con resolución del divertículo de Zenker. ¿Cuál es la asignación de código de la ICD-10-PCS para este procedimiento?




Divertículo de Zenker [NT]




Intervención endoscópica de divertículo de Zenker [NT]

**Respuesta:**
Asigne el siguiente código de procedimiento:

**0K844ZZ** División de lengua, paladar, músculo faríngeo, abordaje endoscópico percutáneo, para la división del músculo cricofaríngeo

En el divertículo de Zenker el músculo faríngeo es demasiado estrecho y presiona la faringe, por lo que protruye sobre el esófago y forma una bolsa. El objetivo de la intervención es servir de pared común entre la luz del esófago y el divertículo manteniendo el músculo cricofaríngeo a fin de crear una cavidad común entre el esófago y el divertículo. El grapado de la pared común resulta en una miotomía y fusión de la luz de la bolsa y el esófago.

El valor de abordaje endoscópico percutáneo se asigna porque el valor de abordaje por vía natural o por apertura artificial endoscópica no está disponible en la tabla 0K8 de la ICD-10-PCS, División de músculos.

**Pregunta:**
Un paciente diagnosticado de úlcera sacra por decúbito en estadio IV y gangrena húmeda es sometido a desbridamiento escisional y no escisional, por debajo e incluyendo músculo, fascia y hueso. Dado que el desbridamiento del tejido gangrenoso necrosado parece ser el único objetivo del procedimiento, la norma de múltiples procedimientos no parece ser de aplicación. ¿cuál es la asignación de código correcta para el desbridamiento escisional y no escisional de igual sitio y profundidad?

**Respuesta:**
Asigne el siguiente código de procedimiento:

**0QB10ZZ** Escisión de sacro, abordaje abierto, para el desbridamiento escisional y no escisional de sacro por debajo e incluyendo de músculo, fascia y hueso.

La escisión es el tratamiento definitivo realizado en el lugar, y cuando se realizan ambos desbridamientos escisional y no escisional, solo se informa el código de desbridamiento escisional.

**Pregunta:**
Un paciente se presenta con rodilla dolorosa y estado de sustitución total de rodilla derecha. En el quirófano, se realizó una manipulación artroscópica bajo anestesia para romper las adherencias. Luego, una inspección artroscópica reveló un tejido cicatricial peripatelar, suprapatelar y canal medial y lateral que fue retirado por desbridamiento no escisional.

¿Cómo se codificaría el desbridamiento no escisional de la rodilla ya que no hay valor de estructura anatómica para articulación en el tipo de intervención Extracción?

**Respuesta:**
Asigne el siguiente código de procedimiento:

**0SNC4ZZ** Liberación de articulación de rodilla erecha, abordaje percutáneo endoscópico, para la liberación de tejido cicatricial de la articulación de la rodilla

Basado en la documentación de la hoja operatoria, el procedimiento fue realizado para liberar la articulación de la rodilla. En este caso, el tejido cicatricial fue extraído para liberar la articulación

**Pregunta:**
Un paciente con múltiples afecciones vertebrales incluidos una fusión previa, cifoescoliosis grave y estenosis espinal y foraminal graves, se presenta para cirugía correctora. Antes la instrumentación de la fusión fue extraída, se colocó nueva instrumentación y se realizó una nueva fusión en la columna lumbar.

Además de los procedimientos vertebrales realizados, se tejió una atadura de polietileno NuVasive® VersaTie® que fue colocada en la base de T8 a través de taladros. La atadura fue envuelta en forma de tejido y después de conseguir una tensión completa, la atadura se fijó en su lugar a los conectores VersaTie® que se colocaron en T11-T12. ¿Cuál es el tipo de intervención adecuado para la colocación de la atadura de T8-T12.

NuVasive VersaTie NT

**Respuesta:**
No asigne un código adicional para la colocación de la atadura VersaTie®. La instrumentación de fijación es parte integral al procedimiento de fusión y no se asigna un código adicional.

**Pregunta:**
Cuando el clínico documenta "sepsis debida a neumonía por aspiración", ¿se asigna como diagnóstico principal el código de sepsis o la neumonía por aspiración?

**Respuesta:**
Asigne el código A41.9, Sepsis, organismo no especificado, como diagnóstico principal. Deben asignarse como códigos secundarios los códigos J18.9, Neumonía, organismo no especificado, y J69.0, Neumonitis debido a inhalación de comida y vómito. La sepsis indica infección y la respuesta del organismo a ella. La neumonía por aspiración puede ser solo del efecto directo de material inhalado, como un efecto químico, o puede implicar infección. Sin embargo, para un resultado de sepsis necesitaría implicar una neumonía infecciosa. Por tanto, se necesitan ambos códigos J18.9 y J69.0 para mostrar la presencia de una infección localizada (neumonía de organismo no especificado) así como neumonía por aspiración. Cuando la sepsis y la aspiración están relacionadas (ej. sepsis debida a neumonía por aspiración o sepsis relacionada con neumonía por aspiración) y están presentes al ingreso, la sepsis debe secuenciarse como diagnóstico principal.

**Pregunta:**
Un paciente fue dado de alta con los siguientes diagnósticos: 1. sepsis secundaria a neumonía por aspiración, 2. neumonía por aspiración secundaria a probable bacteria gramnegativa. Ambos diagnósticos estaban presentes al ingreso. ¿Debería codificarse como sepsis debida a neumonía por gramnegativo?

**Respuesta:**
Cuando sepsis y neumonía por aspiración están relacionados y presentes al ingreso la sepsis debería secuenciarse como diagnóstico principal. Asigne el código A41.50, Sepsis por gramnegativo, no especificado, como diagnóstico principal. Los códigos J15.6, Neumonía debida a otra bacteria gramnegativa, y J69.0 Neumonitis debida a inhalación de comida y vómito, debería asignarse como diagnóstico secundario. La neumonía es una neumonía por aspiración bacteriana gramnegativa y es la infección localizada que ha llevado a la sepsis. El código J69.0 se asigna para capturar la neumonía por aspiración.

El codificador debería seguir la norma 1.C.1.d.4, Sepsis y sepsis grave con infección localizada que indica "si el motivo del ingreso es tanto la sepsis o sepsis grave como una infección localizada, tal como neumonía o celulitis, debe asignarse primero la infección sistémica subyacente y el código de la infección localizada debería asignarse como diagnóstico secundario".

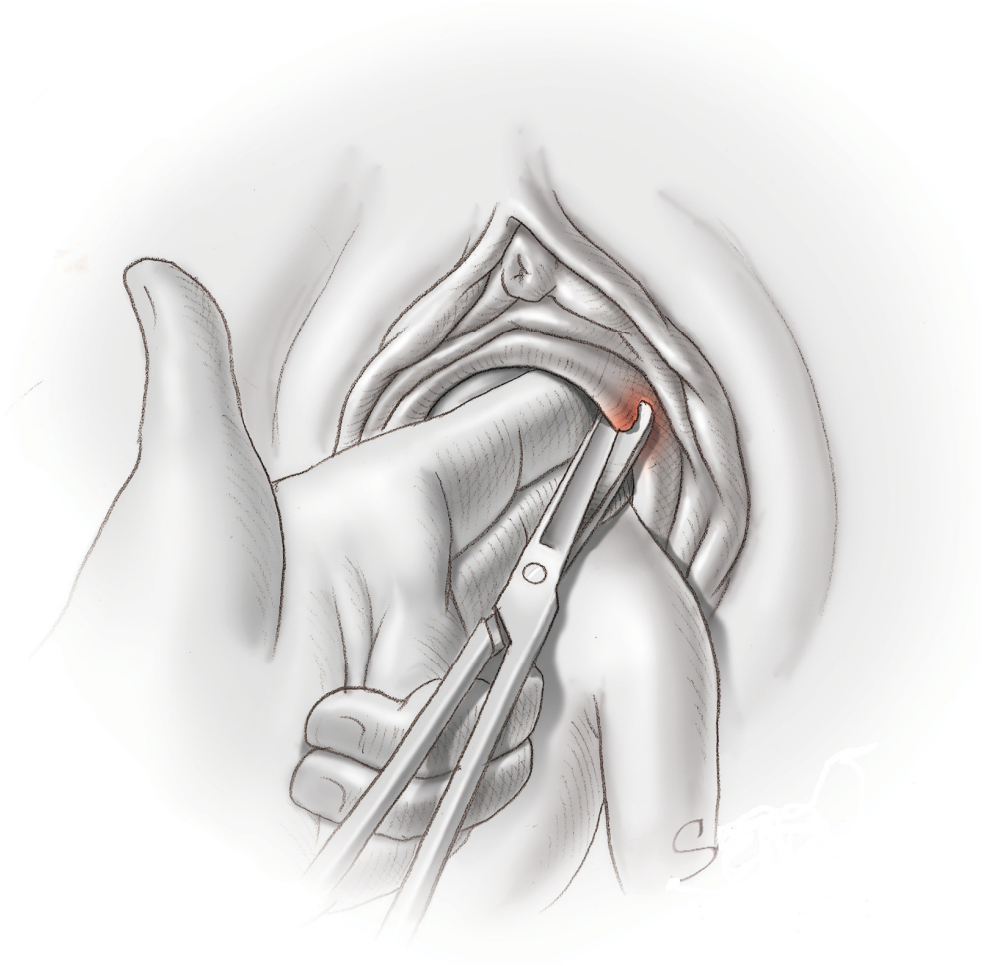
**Pregunta:**
Un hombre de 84 años de edad con inestabilidad crónica de la marcha es ingresado tras una caída. La documentación del clínico indica que la inestabilidad de la marcha está relacionada con un accidente cerebrovascular (ACV). ¿Cómo se codifica la inestabilidad de la marcha debido a AVC crónico?

**Respuesta:**
Aunque el Índice lleva al código I63.9, Infarto cerebral, no especificado, basado en la documentación, el paciente no tiene un infarto cerebral actualmente. Asigne el código R26.89, Otras anomalías de la marcha y la movilidad y el código I69.398, Otras secuelas de infarto cerebral. La inestabilidad en la marcha se codifica como efecto tardío o secuela (déficit neurológico), asociado con el ACV previo del paciente.

**Pregunta:**
Una paciente con embarazo gemelar se presenta con el gemelo A con una clara presentación de nalgas demasiado baja en la vagina para una cesárea. La cabeza del gemelo A se notó atrapada en el cérvix por lo que se realizó una incisión de Duhrssen para facilitar el parto. Una vez parido en gemelo A, el gemelo B experimentó unas deceleraciones cardiacas prolongadas recurrentes provocando parto por cesárea del gemelo B. Tras el cierre quirúrgico de la sección de cesárea, se examinó el cérvix y se notó un sangrado en la incisión de Duhrssen que fue cerrada con sutura. ¿Qué código de la ICD-10-PCS se asigna para una incisión cervical Durhssen? y ¿es un código adicional para la reparación?

**Respuesta:**
El objeto de la incisión de Duhrssen es ensanchar la apertura del cérvix dilatado incompletamente para facilitar el parto de la cabeza fetal atrapada. Aunque División es el tipo de operación correcto, la tabla 0W8 de la ICD-10-PCS no proporciona un valor de estructura anatómica para Cérvix. Por tanto, el tipo de intervención Dilatación es la opción disponible mas parecida. Codificar una incisión de Duhrssen es parecido a codificar una episiotomía. La reparación de la incisión es parte integral del procedimiento y no se codifica por separado. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

**0U7C7ZZ** Dilatación de cérvix, vía natural o apertura, para la incisión de Duhrssen



Incisión de Duhrssen [NT]

**Pregunta:**
Un paciente que ha sufrido una lesión traumática cerebral sin pérdida de conciencia secundaria a un accidente con vehículo a motor a gran velocidad desarrolló una herniación del cerebro. Hay una nota de Excluye 1 que prohíbe asignar el código G93.5, Compresión del cerebro, con códigos de las subcategorías S06.2, Lesión cerebral traumática difusa, y S06.3, Lesión cerebral traumática focal. ¿Cómo debería codificarse una herniación del cerebro debida a lesión traumática cerebral sin más especificación?

**Respuesta:**
Si el médico no proporciona más especificación sobre el tipo de lesión cerebral, asigne los códigos S06.9X0A, Lesión intracraneal no especificada sin pérdida de conciencia, episodio inicial, y G93.5, Compresión del cerebro. La nota de Excluye 1 prohíbe asignar el código G93.5 junto con códigos de las subcategorías S06.2, Lesión cerebral traumática difusa, y S06.3, Lesión cerebral traumática focal, no la subcategoría S06.9.

# Noticia de Corrección

## Sepsis puerperal debida a infección de herida obstétrica

**Pregunta:**
En el ejemplar del Cuarto Trimestre de 2018 del *Coding Clinic*, página 23 (página 24 de la versión traducida [NT]) y Segundo Trimestre de 2019, página 39 (página 36 de la versión traducida [NT]) se indicaba informar el código O85, Sepsis puerperal, junto con los códigos O86.02, Infección de herida quirúrgica obstétrica, lugar incisional profundo, y O86.04, Sepsis tras procedimiento obstétrico para captar la sepsis debida a infección incisional profunda de herida por cesárea. ¿Es el código O85 adecuado para la sepsis que se produce en el período de posparto independientemente de la causa, incluido infecciones de la herida quirúrgica? ¿Se necesitan tres códigos para capturar la sepsis que ocurre debida a infección de herida quirúrgica obstétrica?

**Respuesta:**
El *Coding Clinic* del Cuarto Trimestre de 2018, página 23, y Segundo Trimestre de 2019, página 39, indica asignar el código O85, Sepsis puerperal, como diagnóstico secundario para captar la sepsis debida a infección incisional profunda de herida de cesárea. Aunque el uso de la nota de "use código adicional" en el O86.04 indica asignar un código adicional para identificar la sepsis, la sepsis puerperal es una infección posparto que afecta el tracto genital. Por tanto, el código O85 no es adecuado. Cuando la sepsis es debida a un procedimiento obstétrico, asigne el código O96.04 en lugar del código O85. El código O86.0 es más específico del tipo de infección.

Por tanto, asigne los códigos O86.02, Infección de herida quirúrgica obstétrica, lugar incisional profundo, y O86.04, Sepsis tras procedimiento obstétrico, para la sepsis debida a infección incisional profunda de herida de cesárea.

La *Normativa Oficial para Codificación e Información* para sepsis debida a infección tras procedimiento indica "para infecciones tras un procedimiento, debería codificarse primero un código de T981.40 a T81.43, Infección tras procedimiento, o un código de O86.00 a O86.03, Infección de herida quirúrgica obstétrica que identifica el lugar de la infección. Asigne un código adicional para sepsis tras procedimiento (T81.44) o sepsis tras procedimiento obstétrico (O86.04). Use un código adicional para identificar el agente infeccioso.

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 va dirigida a personas concretas para su formación personal. El traductor no se hace responsable de las copias y otros usos de este contenido.