Descargado desde www.CodingClinicAdvisor.com

AHA
Coding Clinic ™

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

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

Volumen 5 Número 2 | **Segundo Trimestre 2018**

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 6 de junio de 2018 (sólo en USA NT)

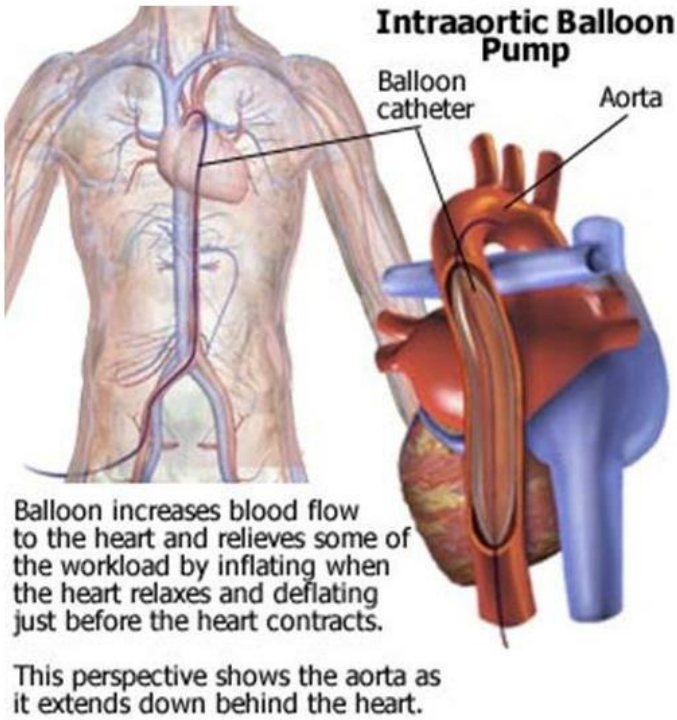
En este número

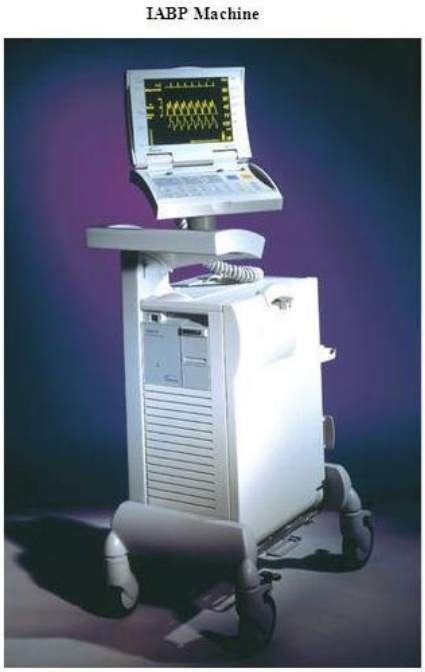
Bomba balón intraaórtica
Pregunte al Editor
Aclaraciones
Corrección

Bomba balón intraaórtica

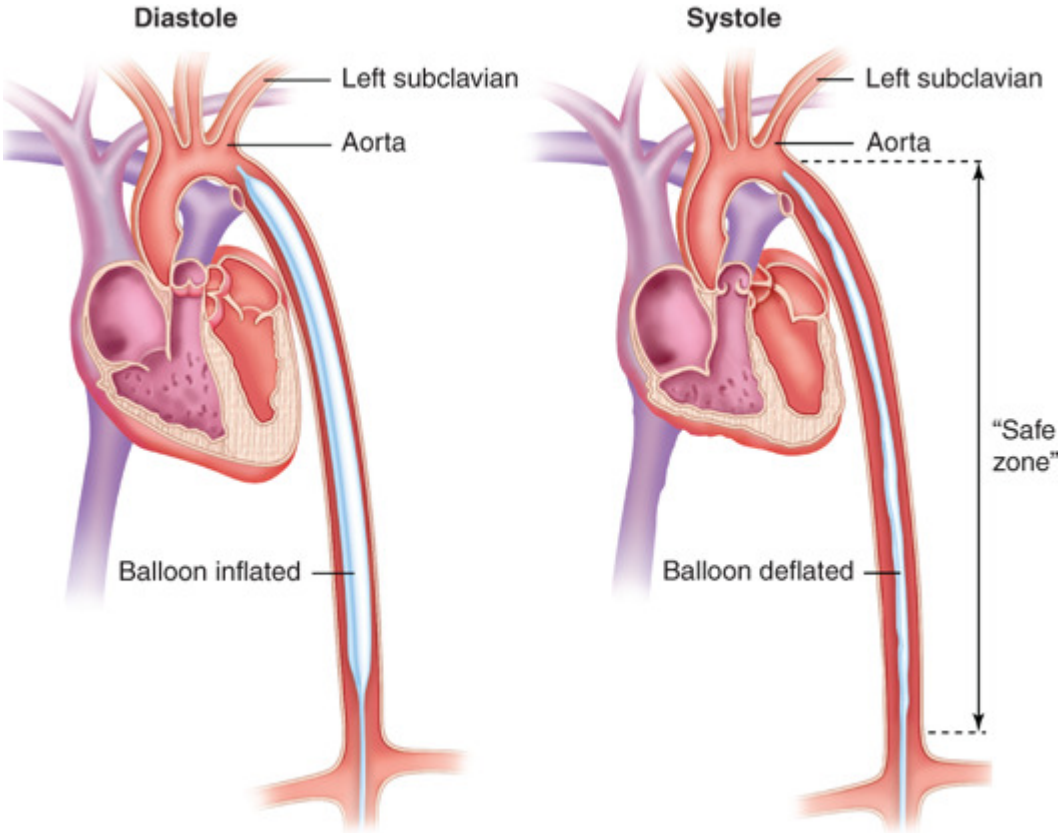
La Oficina Central para la ICD-10-CM/PCS ha recibido numerosas preguntas acerca de la información de la bomba balón intraaórtica (IABP). La siguiente información acerca de la IABP, a través de ejemplos de codificación, se proporciona para ayudar en la aclaración de estos casos de codificación.

Una bomba balón intraaórtica proporciona soporte circulatorio ayudando a bombear sangre del corazón. Concretamente es un balón de polietileno montado en un catéter que generalmente se inserta en la aorta descendente a través de la arteria femoral. El otro extremo de catéter se conecta a una consola de ordenador que contiene una bomba que infla el balón. El balón al final del catéter se infla y desinfla con el ritmo del corazón, ayudando al mismo a bombear sangre al organismo. Al comienzo de la diástole, el balón se infla aumentando la perfusión coronaria. Al comienzo de la sístole, el balón se desinfla y la sangre se eyecta desde el ventrículo izquierdo aumentando el gasto cardiaco. Estas acciones disminuyen la carga de trabajo del corazón y permite al mismo bombear más sangre.





Bomba balón intraaórtica con su consola [NT]



Funcionamiento de la bomba balón intraaórtica [NT]

El IAB es manejado por una consola y puede programarse para producir frecuencias de hasta 140 latidos por minuto. El tratamiento con IABP se utilizó inicialmente para pacientes quirúrgicos pero actualmente se usa en procedimientos cardiológicos intervencionistas y tratamiento médico. Se incluyen como indicaciones para el tratamiento con IABP el fallo en el destete del bypass cardiopulmonar, shock cardiogénico, fallo cardiaco, ataque cardiaco agudo y soporte durante algunos procedimientos cardiacos tales como angioplastia y colocación de stent. Puede usarse una IABP pre, intra o posoperatoriamente para mantener al paciente de unas pocas horas a varios días.

Tal como se indica específicamente en la página 10 del ejemplar del Primer Trimestre de 2017 del *Coding Clinic* (página 6 de la versión traducida NT), la indicación para codificar dispositivos de asistencia cardiaca externa no se aplica para la colocación o retirada de las bombas balón intraaórticas. Por tanto no es correcto informar de una IABP con en valor de dispositivo "dispositivo de asistencia cardiaca externa". Además, desde el punto de vista de la codificación, la IABP no se clasifica como un dispositivo, ni se codifica como dispositivo en la ICD-10-PCS. Puesto que no se considera la IABP como dispositivo bajo la ICD-10-PCS, no sería correcto informar el tipo de intervención "inserción" y/o "retirada" para colocación o retirada de la bomba balón intraaórtica. El uso de una IABP es codificado correctamente usando el tipo de intervención "Asistencia".

Pregunta:

El paciente es ingresado para una intervención coronaria percutánea (PCI). Se colocó una bomba balón intraaórtica (IABP) para apoyo y fue retirada al final del procedimiento. ¿Es correcto informar el uso intraoperatorio de la IABP?

Respuesta:

Los procedimientos auxiliares realizados únicamente para apoyar la función de un procedimiento quirúrgico no se codifican por separado. Sin embargo, el bypass cardiopulmonar y la IABP son excepciones. Cuando se realiza un procedimiento quirúrgico usando IABP, codifíquelo por separado con el tipo de intervención "Asistencia". Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

5A02210 Asistencia del gasto cardiaco usando bomba balón intraaórtica, continua, para el uso intraoperatorio de asistencia con IABP.

Esta indicación sustituye la previamente publicada en *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 2013, páginas 18-19 (página 18 de la versión traducida NT)

Pregunta:

Cuando una bomba balón intraaórtica es dejada en su lugar al finalizar el procedimiento pero es retirada pocas horas después, ¿deben asignarse tanto el código de asistencia como el de retirada?

Respuesta:

El IABP no se clasifica como dispositivo por la ICD-10-PCS bajo ninguna circunstancia, y por tanto, no es correcto asignar el tipo de intervención "retirada". Codifique la IABP como sigue:

5A02210 Asistencia del gasto cardiaco usando bomba balón intraaórtica, contínua

Pregunta:

Un paciente es trasladado a nuestro centro con una bomba balón intraaórtica (IABP) colocada en otro centro de agudos. El soporte del gasto cardiaco con IABP continuó por varios días. Posteriormente el balón se desinfló y se retiró el IABP de la aorta a pie de cama. ¿Es correcto informar la asistencia y retirada de IABP contínua?

Respuesta:

Codifique la asistencia mediante IABP continua como sigue:

5A02210 Asistencia del gasto cardiaco usando bomba balón intraaórtica, contínua.

No sería correcto informar el tipo de intervención "retirada" ya que la IABP no se considera un dispositivo.

Pregunte al Editor

Pregunta:

Por favor aclare la asignación correcta de código para un niño en el período perinatal que desarrolla hiponatremia o hipernatremia. Hay una nota de Excluye 2 al comienzo el Capítulo 16, Ciertas afecciones originadas en el Período Perinatal (P00-P96) indicando que esos códigos pueden asignarse con un código del Capítulo 4, Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E89). Sin embargo, al comienzo de Capítulo 4 hay una nota de Excluye 1 que no permite asignar códigos de las categorías E00-E89 con códigos de las categorías P70-P74. Basado en este conflicto entre Notas de Excluye, debería asignarse el código P74.2, Trastornos del balance de sodio en el recién nacido con cualquiera de los códigos E87.0, Hiperosmolatidad e hipernatremia, o E87.1, Hipoosmolaridad e hiponatremia, para especificar más la afección?

Respuesta:

Asigne sólo el código P74.2, Trastornos del balance de sodio en el recién nacido, cuando neonato se diagnostica Copn trastorno del balance de sodio tal como hipernatremia o hiponatremia.

Pregunta:

Sigue existiendo confusión sobre la codificación correcta de la diabetes "con" afecciones asociadas, y los profesionales de la codificación buscan una norma y aclaración de *Coding Clinic*. Por ejemplo, un paciente es diagnosticado con diabetes de tipo 2 y artritis. El médico no relaciona las dos afecciones. Sin embargo, hay una entrada en el índice para "diabetes con artropatía". Puesto que la artritis es una forma de artropatía, sería correcto asignar el código E11.618. Artropatía diabética de tipo 2? Esta afección se puede encontrar en el Índice Alfabético como sigue:

Diabetes, diabética (mellitus) (sacarina)
con
Artropatía NCOC E11.618

Respuesta:

La norma "con" no se aplica en las entradas al índice "no clasificada en otro lugar (NCOC)" que cubre amplias categorías o afecciones. Las afecciones específicas deben relacionarse con términos como "con", "debido a" o "asociado con". La artropatía es un término general para cualquier afección que afecta las articulaciones, y hay diferentes tipos de afecciones artropáticas que no necesariamente se relacionan con la diabetes. A fin de vincular diabetes y artritis, el médico necesitaría documentar la afección como complicación diabética. Los profesionales de la codificación no deberían asumir una relación causal cuando la complicación diabética es "NCOC".

Un consejo similar de este tipo fue previamente publicado en *Coding Clinic* Cuarto trimestre de 2017, páginas 100-101 (página 101 de la versión traducida [NT])

Pregunta:

La ICD-10-CM proporciona un código de combinación para la diabetes con angiopatía periférica. A los profesionales de la codificación les gustaría saber en qué consiste la "angiopatía periférica diabética" y si la arteriosclerosis periférica o enfermedad vascular periférica en un paciente diabético se considera una angiopatía periférica?

Respuesta:

Sí, la arteriosclerosis periférica es un tipo de angiopatía. La arteriosclerosis periférica, enfermedad vascular periférica y la enfermedad arterial periférica en un paciente diabético estaría relacionado y codificado como "angiopatía periférica diabética".

Pregunta:

Un niño se presenta en el Servicio de Urgencias por sospecha de lesión por quemadura posiblemente causado por agua caliente mien tras se bañaba. El médico exploró al niño y determinó que no era una lesión por quemadura. ¿Qué código es más adecuado, Z04.3, Contacto para examen y observación tras otro accidente, o el código Z04.8, Contacto para examen y observación por otros motivos? Además, es correcto asignar un código de causa externa del capítulo 20 para proporcionar un detalle adicional sobre la causa de la lesión sospechada?

Respuesta:

El código de causa externa indica una lesión, afección o efecto adverso que ha ocurrido, y esos códigos no se asignan sin una documentación de lesión, afección o efecto adverso. Asigne solo el código Z04.3, Contacto para examen y observación tras otro accidente, como diagnóstico principal. No sería correcto usar un código de causa externa que no se han encontrado lesión, afección o efecto adverso tras el examen.

Pregunta:

Un varón de 12 meses era un pasajero sujeto en un asiento infantil para automóvil cuando el vehículo fue chocado por detrás en una línea de stop, con un daño mínimo del vehículo. Al día siguiente, el médico de atención primaria exploró al niño. No había experimentado ningún signo ni síntoma tales como vómitos o pérdida de conciencia, y estaba comiendo y bebiendo bien. El examen fue completamente normal sin signos de lesión. ¿Sería correcto asignar un código del Capítulo 20 – Causas Externas de Morbilidad para proporcionar un detalle adicional acerca de la posible lesión? ¿Cómo debería codificarse este episodio?

Respuesta:

Asigne solo el código Z04.1, Contacto para examen y observación tras accidente de transporte, como diagnóstico principal. Puesto que tras el examen no se encontró lesión, no es correcto usar un código de causa externa. El código de causa externa indica que se ha producido una lesión, afección o efecto adverso, y no se asigna sin una documentación de lesión, afección o efecto adverso.

Pregunta:

Una mujer de 71 años se presente por episodios intermitentes de desequilibrios y cambios visión con hemiparesia derecha. Es diagnosticada de ataque isquémico transitorio (TIA) debido a estenosis de carótida bilateral, con estenosis sintomática izquierda. Se realizó una endarterectomía carotídea izquierda con angioplastia con parche bovino. Hay una nota de excluye 1 ajo la categoría I65-, Oclusión y estenosis de arterias precerebrales, que no resulta en infarto cerebral, que prohíbe informar un código de esta categoría con el código de TIA. El equipo de ictus en nuestro hospital está preocupado de que si no se codifica por separado, su trabajo no sea recogido. ¿Sería correcto asignar códigos tanto para el TIA como la estenosis de la carótida bilateral?

Respuesta:

Asigne solo el código I65.23, Oclusión y estenosis bilateral de arterias carótidas, para este paciente. Aunque inicialmente se presenta debido al TIA, tras el estudio la afección subyacente que lo ha causado y los síntomas fueron por la estenosis carotídea bilateral, que fue tratada con endarterectomía. La nota Excluye 1 bajo la categoría I65 prohíbe asignar códigos de la categoría G45 (insuficiencia de artera precerebral no especificada) ya que la causa de la insuficiencia está claramente especificada como estenosis de arteria carótida.

Pregunta:

Un paciente con hipertensión es ingresado debido a sospecha de síndrome coronario agudo. El juicio diagnóstico final del mé3dico indica "Síndrome de Takotsubo e hipertensión". Basado en la normativa sobre la hipertensión con enfermedad cardiaca y la Lista Tabular, parece que el código I11.9, Enfermedad cardiaca hipertensiva sin fallo cardiaco, es correcto ya que el médico no ha indicado una causa diferente para el síndrome de Takotsubo. Además, basado en la nota de Excluye 1 que se encuentra en la categoría I51-, Complicaciones y descripciones mal definidas de enfermedad cardiaca, parece que el síndrome de Takotsubo debe codificarse como hipertensivo. Los médicos de nuestro hospital están preocupados de que el código I11.9, no capta completamente la afección del paciente no la severidad el caso. ¿Cuál es la asignación de código correcta para el síndrome de Takotsubo con hipertensión?

Respuesta:

Asigne el código I51.81, Síndrome de Takotsubo, como diagnóstico principal. Asigne el código I10, Hipertensión esencial (primaria), como diagnóstico secundario. La documentación del médico de "síndrome de Takotsubo" indica dicha patología como etiología subyacente de la cardiomiopatía, no de la hipertensión. El síndrome de Takotsubo por definición está relacionado con el estrés. Por tanto, no es correcto asignar el código I11.9, Enfermedad cardiaca hipertensiva sin fallo cardiaco. La normativa acerca de la hipertensión y la enfermedad cardiaca indica específicamente: "Las mismas afecciones cardiacas (I50.-, I51.4 – I51.9) con hipertensión se codifican por separado si el médico la documentado específicamente una causa diferente.

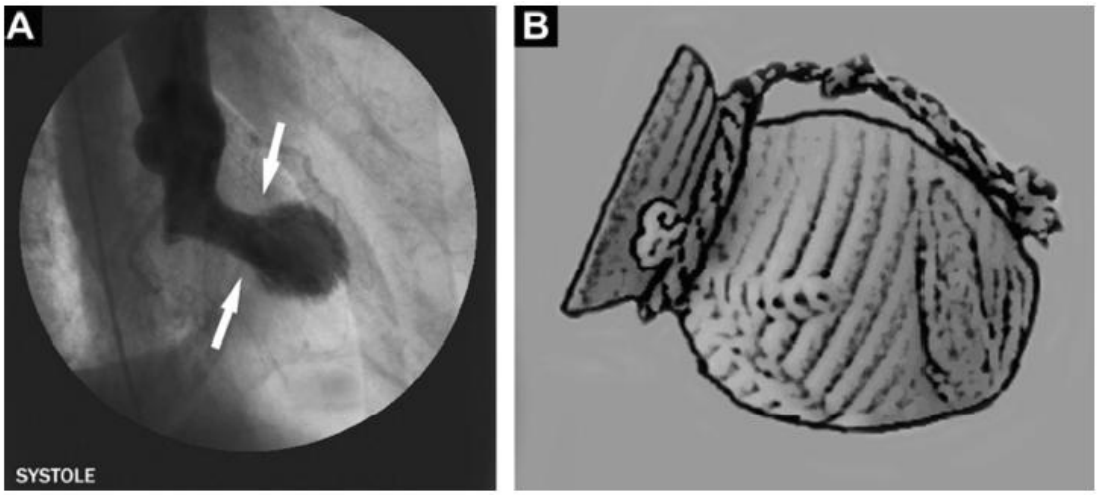


Figura 5. *(A)* Ventriculografía. Las flechas evidencian la hipercontractilidad basal. *(B)* El Tako-Tsubo (objeto japonés) que inspira nombre a esta patología.

El término Takotsubo (tako=pulpo, tsubo=vasija) fue elaborado por Sato y Dote en 1990 y 1991 para describir la silueta del ventrículo izquierdo durante la sístole ventricular en cinco pacientes que se presentaban con las características clínicas de un infarto al miocardio pero sin enfermedad coronaria , también denominado miocardiopatía de estrés **NT**

Pregunta:

La cocaína usada durante el embarazo se asigna a un código de la subcategoría O99.32-. Uso de droga que complica el embarazo, parto y puerperio. En la subcategoría O99.32- hay una nota e instrucción "Use códigos adicionales del F11-F16 y F18-F19 para identificar la manifestación por del uso de la droga". Sin embargo, la *Normativa Oficial para Codificación e Información*, Sección I.C.5.b.3. acerca del uso de sustancias psicoactivas, indica que los códigos de uso de sustancias psicoactivas son para utilizarlos solo cuando el uso de la sustancia psicoactiva se asocia con trastornos físicos, mentales o del comportamiento, y que tal relación está documentada por el médico. ¿Cuál es la asignación correcta de código para "uso de cocaína durante el embarazo", cuando el médico no ha documentado un trastorno físico, metal o de comportamiento relacionado?

Respuesta:

Asigne el código adecuado de la subcategoría O99.32-, Uso de drogas que complican embarazo, parto y puerperio, seguido del código F14.90, Uso de cocaína, no especificado, no complicado, para el uso de cocaína durante el embarazo. La *Normativa Oficial para Codificación e Información* para códigos del Capítulo 15 y la prioridad de secuenciación (15.a.1.) indica que "Es responsabilidad del médico indicar si la afección que está siendo tratada no afecta el embarazo"

Pregunta:

En la historia y el examen físico, el médico documenta "Uso recreativo de marihuana". ¿Debería codificarse este uso recreativo?

Respuesta:

No asigne un código de uso de marihuana, sin un trastorno físico, mental o de comportamiento asociado. La *Normativa Oficial para Codificación e Información,* (I.C.5.b.3.) indica, "Como con todos los demás diagnósticos, los códigos para el uso de sustancias psicoactivas (F10.9-, F11.9-, F12.9-, F13.9-, F14.9-, F15.9-, F16.9-) solo deben asignarse basados en la documentación del médico y cuando cumple con la definición de un diagnóstico comunicable (véase Sección III, Información de de Diagnósticos Adicionales). Los códigos se usan solo cuando el uso de la sustancia psicoactiva se asocia a trastornos físicos, mentales o de comportamiento, y tal relación es documentada por el médico".

Pregunta:

Por favor aclare la *Normativa Oficial para Codificación e Información,* Sección I.C.b.3: acerca del uso de sustancia psicoactiva. Por ejemplo, el médico documenta uso de opioide. El paciente estaba tomando opioides para un dolor crónico tal como le prescribió el médico, sin trastorno mental o de comportamiento. ¿Significa esta norma que los profesionales no pueden asignar un código de "uso de opioide" si el médico no documenta un trastorno mental o de comportamiento asociado?

Respuesta:

No asigne un código para el uso del opioide prescrito tal como se describe en este caso. Sin la documentación del médico de un trastorno físico, mental o de comportamiento asociado, el "uso de opioide" no se codifica.

Pregunta:

Un paciente de 75 años con osteoporosis sufre una caída al suelo, dando como resultado una fractura de tercio medio desplazada de fémur derecho. En este caso, sería correcto asignar el código M80.051A, Osteoporosis relacionada con la edad con fractura patológica actual, fémur derecho, episodio inicial de la fractura, para la fractura de tercio medio de fémur desplazada?

Respuesta:

Pregunte al médico si la historia clínica es compatible con una fractura patológica osteoporótica. Si el médico confirma dicha fractura patológica osteoporótica, asigne el código M80.051A, Osteoporosis relacionada con la edad con fractura patológica actual, fémur derecho, episodio inicial de la fractura.

Asigne el código S72.301A, Fractura no especificada de diáfisis de fémur derecho, episodio inicial de la fractura cerrada, si el médico documenta que la fractura ocurrió secundaria al traumatismo de la caída.

La *Normativa Oficial para Codificación e Información,* Sección I.C.13.D.2. indica "Debe usarse un código de la categoría M80, no un código de fractura traumática, para cualquier paciente con osteoporosis conocida que sufra una fractura, incluso si el paciente tiene una pequeña caída o traumatismo, si tal caída o traumatismo no rompería normalmente un hueso sano normal".

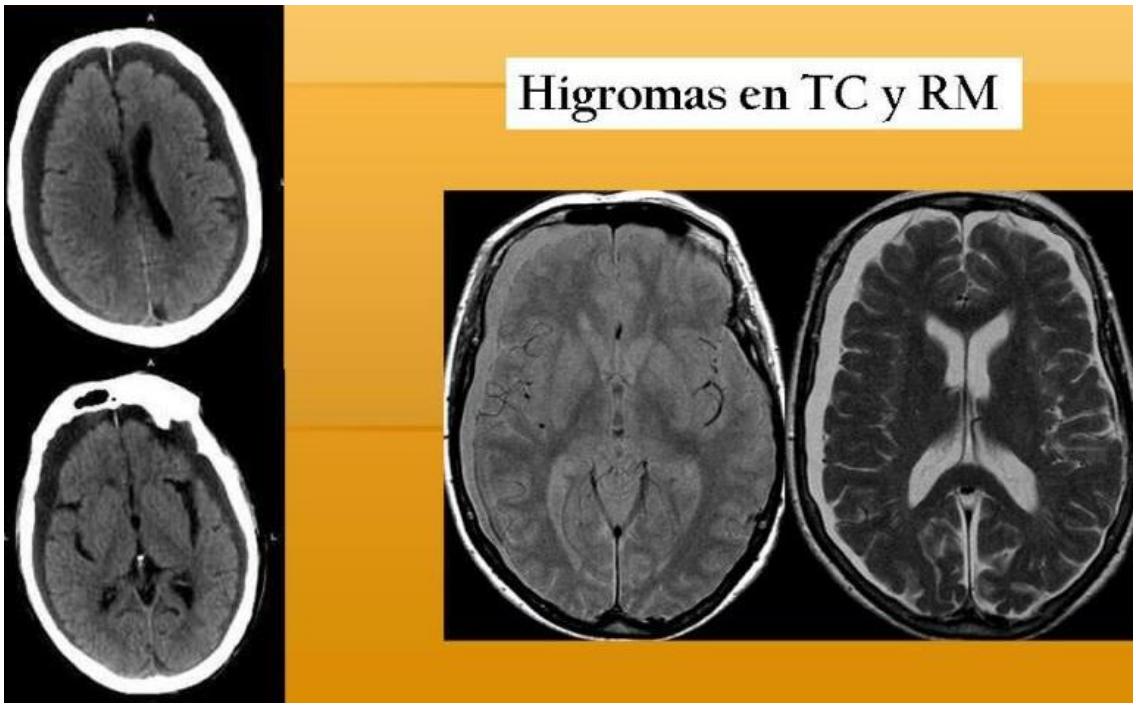
Pregunta:

Un paciente en estado posterior a una craniectomía descompresiva con preservación de colgajo óseo debido a hematoma traumático subdural es reingresado en el hospital para tratamiento de higroma subdural. Es sometido a la colocación de una derivación peritoneal subdural y reemplazo del colgajo óseo original. ¿Cuál es la asignación de código de diagnóstico para el higroma subdural tras una lesión cerebral traumática?

Respuesta:

Asigne el código G96.0, Pérdida de líquido cefalorraquídeo, para el higroma subdural tras una lesión cerebral traumática. Asigne también el código S06.5X0S, Hemorragia subdural traumática sin pérdida de conciencia, secuela, para capturar el hematoma subdural traumático.

El higroma subdural, también denominado higroma subdural traumático, es una colección de líquido cefalorraquídeo en el espacio subdural que puede ocurrir tras una lesión en la cabeza. Otras posibles causas podrían incluir anomalías congénitas, neurocirugía y hematoma subdural crónico.



Imágenes de higroma subdural [NT]

Pregunta:

¿Qué diagnóstico se asignaría a un paciente con un higroma subdural no traumático?

Respuesta:

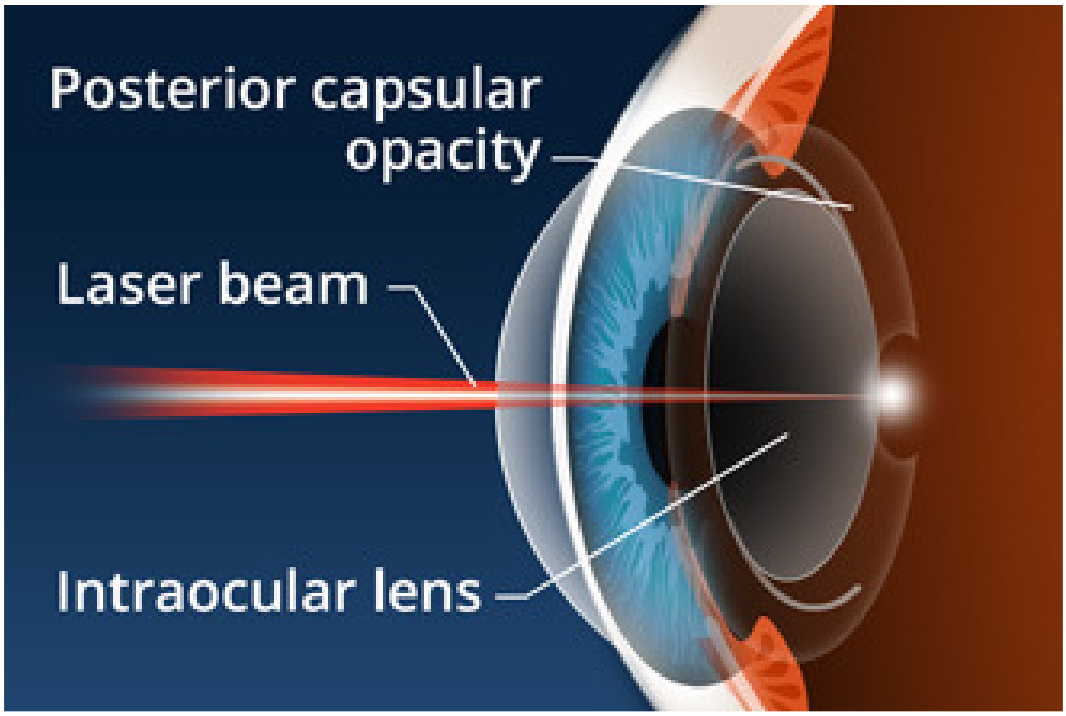
En ausencia de cualquier información adicional, asigne el código G96.0, Pérdida de líquido cefalorraquídeo, para un higroma subdural no traumático. Aunque el Índice de Enfermedades normalmente indica el código D18.1, Linfangioma, de cualquier sitio, bajo higroma subdural, esta asignación de código no es correcta. Un higroma subdural es una colección de líquido cefalorraquídeo en el espacio subdural. Puede ser idiopático, causado por traumatismo, anomalía congénita, neurocirugía, etc. mientras que un linfangioma es una malformación congénita rara del sistema linfático que afecta la piel y el tejido subcutáneo. Este caso ha sido remitido a los Centros para Control y Prevención de Enfermedades / Centro Nacional para Estadísticas de Salud para considerarlo en revisiones del índice.

Pregunta:

Un paciente se presenta debido a opacidad capsular posterior (OCP) del ojo izquierdo. Se practicó una capsulotomía con láser YAG para tratar la opacidad. No encontramos una entrada en el índice o un código para esta afección. Los codificadores creen que es una catarata secundaria y que es correcto un código de la categoría H26.4-. ¿Cuál es el código de diagnóstico apropiado para la opacidad capsular posterior?

Respuesta:

Asigne el código H26.492, Otra catarata secundaria, ojo izquierdo, para la opacidad capsular posterior del ojo izquierdo. La OCP es un tipo específico de afección que ocurre tras cirugía de catarata, y se considera una catarata secundaria.



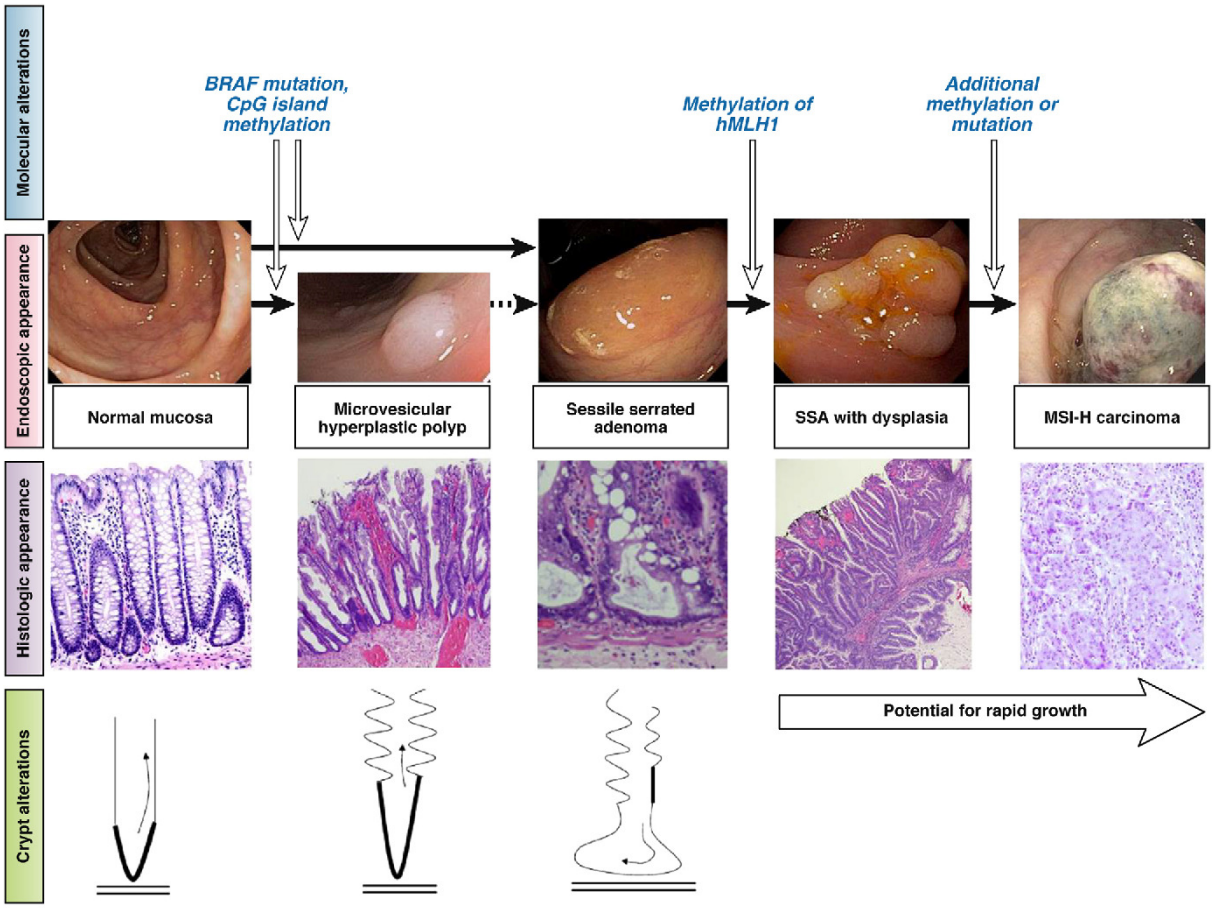
Opacidad capsular posterior [NT]

Pregunta:

A un paciente se le ha hallado un pólipo sesil en el colon ascendente en una colonoscopia de cribaje. Nuestro gastroenterólogo indica a los codificadores que este tipo de pólipo es una neoplasia benigna. ¿Cómo debe codificarse un pólipo serrado sesil del colon ascendente?

Respuesta:

Asigne el código D12.2, Neoplasia benigna de colon ascendente, para un pólipo sesil serrado del colon ascendente. Los pólipos sesiles serrados por definición son adenomas, y hacen referencia a adenomas sesiles serrados. Normalmente, este tipo de pólipo no es maligno pero pueden ser precancerosos. Por el contrario, lo pólipos hiperplásicos se consideran que no tienen potencial neoplásico.



Evolución del pólipo sesil serrado [NT]

Pregunta:

¿Cuál es la asignación correcta de código para los cambios degenerativos de la columna cervical cuando se documentan en un informe de radiología de un paciente ambulatorio? ¿Deberían codificarse los hallazgos de estenosis y osteofitos o deberían codificarse la interpretación final de los cambios degenerativos?

Respuesta:

Asigne el código M47.812, Espondilosis sin mielopatía o radioculopatía, región cervical, para la interpretación final de los cambios degenerativos de la columna cervical. El Índice de Enfermedades de la ICD-10-CM bajo el término principal "Degeneración" y los subtérminos "cambios, columna o vértebra" dirige a "véase Espondilosis". El subtérmino "enfermedad articular" dirige a "Osteoartritis". La entrada al índice para Osteoartrosis de la columna también apunta a espondilosis.

Pregunta:

¿Cuál es la asignación de código correcta para los cambios degenerativos avanzados de ambas caderas cuando se documenta en el juicio final de un informe radiológico de un paciente ambulatorio?

Respuesta:

Asigne el código M16.0, Osteoartritis primaria bilateral de cadera, para los cambios degenerativos de las caderas. El Índice Alfabético de la ICD-10-CM bajo "Degeneración, enfermedad articular" indica "véase Osteoartritis".

Pregunta:

¿Cuál es la asignación correcta de código para unos cambios degenerativos discogénicos de la columna lumbar a nivel L3-L4 cuando se documenta en un informe radiológico de un paciente ambulatorio?

Respuesta:

Asigne el código M51.36, Otra degeneración de disco intervertebral, región lumbar. Los cambios degenerativos discogénicos hacen referencia a degeneración y dolor de os discos intervertebrales y pueden localizarse en el Índice de Enfermedades como sigue:

Degeneración
disco intervertebral
región lumbar M51.36

Pregunta:

El paciente se presenta con una prótesis interna de rodilla izquierda infectada y es sometido a artrotomía de la rodilla izquierda, sinovectomía tricompartimental y cambio del componente de polietileno tibial con inserción de estabilizante anterior. Se extrajo el componente tibial de polietileno. Se realizó sinovectomía del compartimento posterior y se implantó un componente tibial grande de polietileno con estabilización anterior (bandeja tibial). De acuerdo a los estudios, un espaciador de rodilla móvil (plataforma de la rodilla que rota) indica que el espaciador de polietileno no está fijado pero es libre de rotar en una bandeja tibial lisa. La ICD-10-PCS no proporciona un valor de dispositivo para la bandeja tibial. ¿Sería correcto usar el tipo de intervención "Suplemento" junto con el valor de dispositivo "Espaciador"?. El *Coding Clinic*, Cuarto Trimestre de 2016, páginas 111-112, indica el uso del tipo de intervención "Suplemento" para la sustitución de un espaciador articular de cadera. ¿Cuál es el código correcto para este caso?

Respuesta:

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

0SPW0JZ Retirada de sustituto sintético de articulación de rodilla izquierda, superficie tibial, abordaje abierto, para la retirada del componente tibial

0SRW0JZ Recolocación de articulación de rodilla izquierda, superficie tibial con sustituto sintético, abordaje abierto, para la colocación del nuevo componente articular tibial

La pieza de de estabilización es parte de la sustitución de la superficie tibial de la prótesis de rodilla. En la ICD-10-PCS la pieza de estabilización no se codifica cuando se reemplaza la superficie tibial completa de la prótesis. De igual manera, un espaciador articular no se codifica por separado cuando las superficies femoral o tibial de la prótesis se sustituyen. Si, por el contrario, solo se cambia el espaciador, se codifica tu tipo de intervención "Suplemento" en lugar de "Sustitución".

Pregunta:

Un paciente de 68 años se presenta con fiebre y gran aspirado purulento de rodilla izquierda. El médico diagnosticó artritis séptica, osteoartritis tricompartimental grave y contractura de flexión. Se realizó un drenaje artroscópico y desbridamiento no excisional mínimo de la rodilla. Se realizó un puerto anteromedial mediante guía directa. Se encontró pus y se tomó muestra enviándose para cultivo. Se realizó un puerto adicional en la cara superomedial de la rodilla para drenaje. El pus se lavó a fondo y se realizó un desbridamiento no excisional mínimo del menisco medial y de algunos cartílagos sueltos. Se insertó un drenaje Hemovac a través del puerto superomedial y se suturaron todas las incisiones. ¿Es correcto asignar códigos tanto para el drenaje artroscópico como para el desbridamiento no escisional?

Respuesta:

El objetivo del procedimiento fue drenar el líquido purulento infectado de la rodilla.

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

0S9D4ZZ Drenaje de la articulación de la rodilla izquierda, abordaje artroscópico percutáneo, para la incisión y el drenaje

El drenaje con el valor de dispositivo "Dispositivo de drenaje" no se codifica ya que el drenaje Hemovac es un drenaje de herida posoperatorio temporal. No asigne un código para el desbridamiento artroscópico no excisional ya que en este caso se documentó como mínimo.

Drenaje Hemovac ® NT

Pregunta:

Una paciente diagnosticada de preecalampsia grave es ingresada a las 31 semanas de gestación par realizar un parto por cesárea de repetición. Debido al escaso segmento uterino inferior y las adherencias importantes a nivel de la anterior histerotomía, se realizó una incisión de cesárea transversa alta. ¿Cuál es la asignación de código de la ICD-10-PCS para el parto por cesárea transversa alta?

Respuesta:

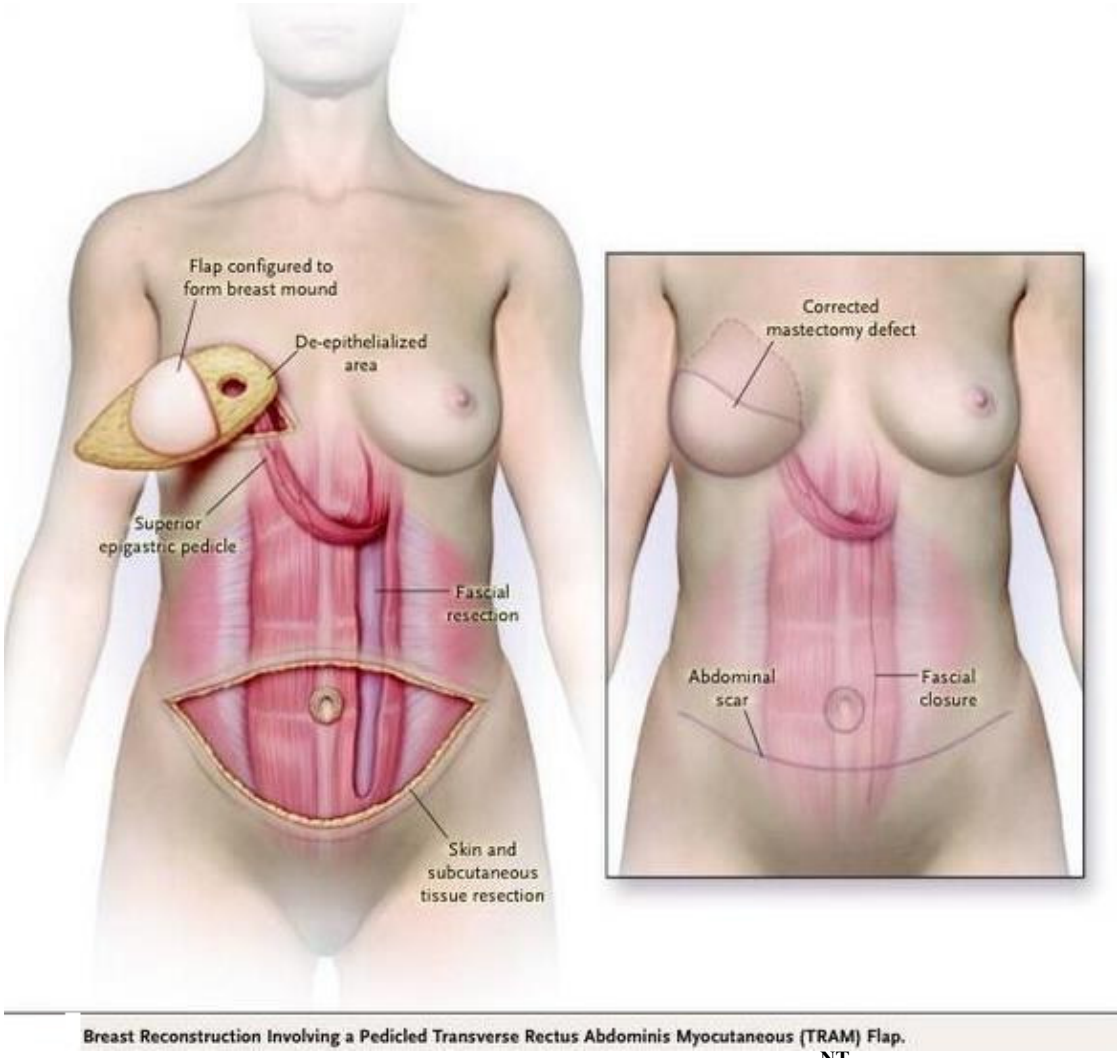
Asigne el siguiente código de procedimiento:

10D00Z0 Extracción de producto de la concepción, clásica, abordaje abierto. para la incisión de cesárea transversa alta

Aunque la incisión fue transversa y no vertical como el la incisión de cesárea clásica, el código 10D00Z0 es la mejor opción disponible para informar el parto por cesárea transversa alta

Pregunta:

Una mujer, que fue sometida a mastectomía bilateral y radioterapia, es ingresada para procedimiento miocutáneo transversal del recto abdominal (TRAM). En la intervención, se hicieron incisiones bilaterales sobre la cara inferior del músculo recto y dicho músculo fue replegado medialmente. El pedículo vascular, que comprende la arteria y vena epigástricas inferiores, se identificó y se ligó con grapas quirúrgicas tanto a la derecha como a la izquierda. De acuerdo con las investigaciones la ligadura de los vasos epigástricos profundos antes del colgajo de reconstrucción TRAM (retraso del TRAM) puede mejorar la circulación sanguínea en el TRAM, y puede disminuir la proporción de isquemia del colgajo. ¿Cuál es la asignación de código para este procedimiento?



Reconstrucción de mama mediante colgajo TRAM [NT]

Respuesta:

Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS para la ligadura bilateral de las arterias y venas epigástricas:

04LJ0CZ Oclusión de la arteria ilíaca externa izquierda con dispositivo extraluminal, abordaje abierto

04LH0CZ Oclusión de la arteria ilíaca externa derecha con dispositivo extraluminal, abordaje abierto

06LG0CZ Oclusión de la vena ilíaca externa izquierda con dispositivo extraluminal, abordaje abierto

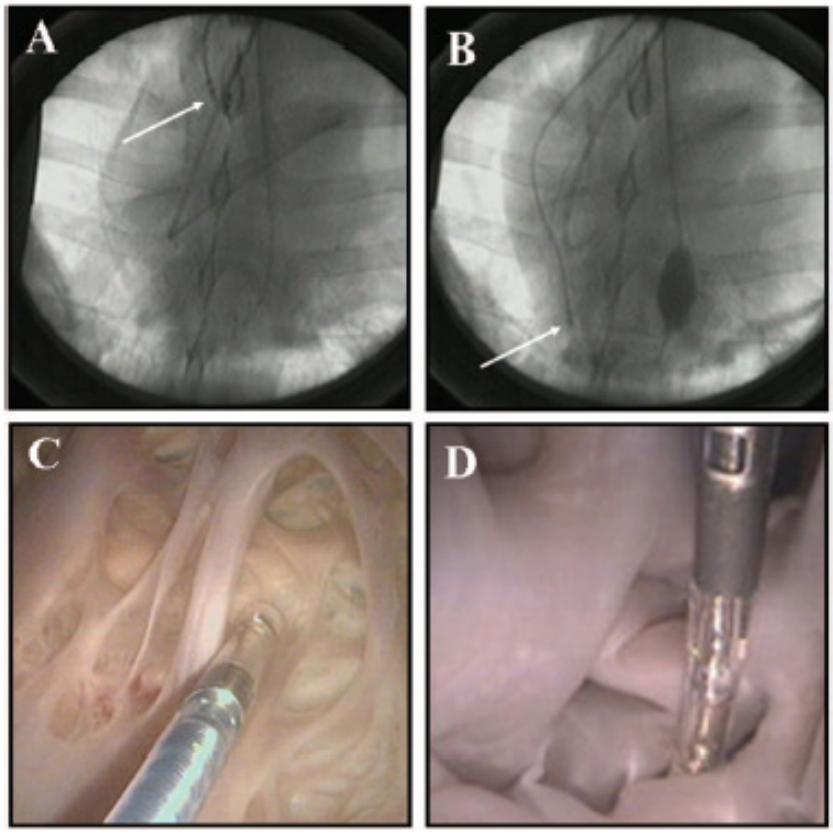
06LF0CZ Oclusión de la vena ilíaca externa derecha con dispositivo extraluminal, abordaje abierto

La ilíaca externa es la rama proximal más cercana de los vasos epigástricos. El cierre de los vasos epigástricos con grapas para la cirugía reconstructiva TRAM, hasta el momento, cumple con la definición de tipo de intervención “Oclusión”.

Pregunta:

El paciente se presenta para sustitución de un desfibrilador cardioversor automático implantable (AICD) con inserción de un electrodo auricular derecho CapsureFix Novus. De acuerdo con los datos del dispositivo, el electrodo CapsureFix Novus se clasifica como un electrodo de marcapasos cardiaco. ¿Cuál es el valor de dispositivo correcto para la inserción del electrodo auricular derecho CapsureFix Novus cuando se conecta a un desfibrilador?

Electrodo CapsureFix Novus **NT**



Colocación del electrodo CapsureFix Novus **NT**

Respuesta:

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

02H63KZ Inserción de electrodo de desfibrilador en aurícula derecha, abordaje percutáneo, para la colocación de electrodo en aurícula derecha, conectado a un desfibrilador

El electrodo debe codificarse como electrodo de desfibrilador. El hecho de que el electrodo esté conectado a un desfibrilador tiene prioridad sobre la clasificación del fabricante del dispositivo como electrodo de marcapasos.

Pregunta:

Un paciente con osteomielitis crónica de la columna cervical se presenta para el primer tiempo de un procedimiento de colocación de injerto en dos tiempos para interrumpir la unión de la osteomielitis y la superficie de la piel. En este primer tiempo, se prelamina un injerto de colgajo libre del radio del antebrazo realizando una incisión y colocando AlloDerm™ en el tejido blando del antebrazo izquierdo y cubriéndolo con una capa de silastic. Una vez que el injerto ha madurado, el paciente vuelve para un segundo tiempo del procedimiento en el que el injerto madurado se coloca en la columna cervical. ¿Cuál es el código de la ICD-10-PCS para este primer tiempo del procedimiento de prelaminado del injerto de colgajo libre?

Respuesta:

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

0JUH0KZ Suplemento de tejido y fascia del antebrazo izquierdo con sustituto de tejido no autólogo, abordaje abierto

En este caso, el AlloDerm™ fue colocado para funcionar como barrera y promover la maduración y la vascularización del injerto de colgajo libre.

Pregunta:

Una paciente se presenta en el hospital a las 39 semanas de gestación con trabajo activo de parto, con dolor de espalda progresivo. Tenía una historia de infección del tracto urinario (ITU) durante el embarazo. El urocultivo fue positivo para infección del tracto urinario y el médico confirmó el diagnóstico. La paciente recibió tratamiento para la infección y parió un niño sano. ¿Cuál es la asignación correcta de código para la IT que ocurre durante el episodio del parto?

Respuesta:

Asigne el código O23.43, Infección del tracto urinario no específica en el embarazo, tercer trimestre. También asigne los códigos para el parto, producto del mismo, semanas de gestación y cualquier otro código aplicable.

Pregunta:

Un paciente se presenta en el servicio de Urgencias con hematuria, dolor del flanco izquierdo y escalofríos. La tomografía computerizada muestra un cálculo ureteral izquierdo con hidronefrosis. El paciente es ingresado en el hospital para tratamiento y el diagnóstico final es de infección aguda del tracto urinario (ITU) e hidronefrosis con obstrucción debida a cálculo ureteral. ¿Cuál es el código correcto de la ICD-10-CM para este caso?

Respuesta:

Asigne el código N13.6, Pionefrosis, para la hidronefrosis con obstrucción urinaria debida a cálculo ureteral e ITU aguda. No se asigna código adicional para la infección ya que "uropatía obstructiva con infección" es un término de inclusión bajo el código N13.6. Este código puede encontrarse en el Índice de Enfermedades como sigue:

Hidronefrosis
-con
--obstrucción
---ureteral NCOC
----con infección N13.6

Pregunta:

El paciente es un hombre de 79 años de edad bajo cuidado en residencia por carcinoma metastático avanzado, que repentinamente desarrolla una úlcera por presión de espesor completo. La úlcera no responde a tratamiento y el paciente fallece varias semanas después. E el juicio diagnóstico final el médico lista "Úlcera de Kennedy". Los estudios han mostrado que una úlcera de Kennedy se desarrolla rápidamente durante el final de la vida en pacientes con enfermedad terminal. ¿Cuál es la asignación correcta de la ICD-10-CM para la úlcera de Kennedy (terminal)?

Figure 1. Long-term care resident diagnosed with a Kennedy Terminal Ulcer.

Figure 2. Kennedy Terminal Ulcer in the sacral area of a multiple sclerosis patient.

Originariamente descrito como "Decubitus Ominousus" por Jean Marie Charcot (1825-1893) este término fue olvidado hasta que la enfermera Karen Kennedy lo publica en los años 80 tomando su nombre este tipo de úlcera por presión relacionado con períodos de tiempo previos a la muerte [NT]

Respuesta:

Asigne el código adecuado de la categoría L89, Úlcera por presión, para la úlcera de Kennedy. La úlcera de Kennedy es un tipo de úlcera por presión que ocurre al final de la vida y se relaciona con un fallo multiorgánico. Debido a su fisiopatología, este tipo de úlcera por presión no responde normalmente a tratamiento estándar. A la vista de las implicaciones de la úlcera de Kennedy para el pronóstico, y las diferencias de respuesta de oras úlceras por presión, se ha considerado un código separado para la úlcera de Kennedy en una futura reunión de coordinación y mantenimiento de la ICD-10-CM.

Pregunta:

Un paciente es diagnosticado de encefalopatía debida a infección del tracto urinario (ITU). ¿Se asigna el código G94, Otros trastornos del cerebro en enfermedades clasificadas en otro sitio? ¿Cómo debe ser codificada la encefalopatía debida a ITU?

Respuesta:

Asigne el código G93.49, Otra encefalopatía, y el N39.0, Infección de tracto urinario, lugar no especificado. La secuenciación del diagnóstico principal debe basarse en la afección encontrada tras el estudio que es responsable del ingreso en el hospital. Tal como se indica en *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 2017, pág 8-9 (5-6 de la versión traducida [NT]), el código G94, Otros trastornos del cerebro en enfermedades clasificadas en otro sitio solo debería asignarse en afecciones con entradas directas en el Índice que directamente apuntan al código G94, para ciertas etiologías.

Pregunta:

Un paciente diagnosticado con quiste sinovial izquierdo en L4-L5 con enfermedad articular degenerativa es llevado a quirófano para laminectomía (L4-L5), con extirpación del quiste sinovial. Se hizo una incisión sobre el nivel entre L4 y L5. a laminectomía incluyó una porción significativa de la lámina de L4 y se necesitó una facecectomía parcial medial. El quiste sinovial se diseccionó fuera de la dura y de la funda radicular obteniendo una descompresión completa. Posteriormente la raíz nerviosa de descomprimió en el foramen. ¿Cuál es la asignación de código correcta para la disección del quiste sinovial?

Respuesta:

En este caso, el objetivo quirúrgico es la descompresión a fin de liberar la raíz nerviosa a nivel L4-L5 y relajar la presión que era causada por el quiste sinovial. Asigne el siguiente código de procedimiento:

01NB0ZZ Liberación de nervio lumbar, abordaje abierto

El quite sinovial de desarrolla normalmente en las facetas articulares de la columna lumbar y son causadas por degeneración. Esta afección es vista frecuentemente en adultos añosos y puede llevar a estenosis vertebral, presión sobre los nervios espinales y dolor. La descompresión se realiza para liberar el nervio.

Aclaraciones

Bifurcación de arteria coronaria

Pregunta:

El *Coding Clinic* del Cuarto Trimestre de 2016, página 87 (páginas 141-143 de la versión traducida NT) asigna un solo código para una lesión en la descendente anterior izquierda (LAD) que se extiende a la rama diagonal 1 en la bifurcación. ¿Debería codificarse un a lesión en la LAD que se extiende a la rama diagonal 1 en la bifurcación como dos arterias separadas, uno con el calificador "6" para la LAD, y uno con el calificador "Z" para la rama diagonal 1?. Los codificadores están confusos sobre el calificador de bifurcación y si deben asignarse dos códigos de la ICD-10-PCS y el calificador de bifurcación para ambos vasos.

Respuesta:

El ejemplo publicado en *Coding Clinic* del Cuarto Trimestre de 2016, página 87-89 (páginas 141-143 de la versión traducida NT) es válido. "Bifurcación" describe la división de una arteria en dos ramas o arterias laterales. La diagonal 1 es una rama lateral de la LAD. Había una lesión de la LAD que se extiende a la diagonal 1. Por tanto, solo se asigna un código para la dilatación de la arteria coronaria (LAD) con dos stent liberadores de fármaco.

El calificador "bifurcación" se asigna a la arteria por encima de la bifurcación. Además el calificador es solo lo que se necesita para identificar la presencia de un vaso bifurcado durante un episodio operatorio.

Encefalopatía producidas por otras afecciones

Pregunta:

El *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 2017, páginas 8-9 (5-6 de la versión traducida NT) proporciona dos ejemplos de encefalopatía causada por otras afecciones. En el primer ejemplo, se asignó el código G93.40, Encefalopatía, no especificada. Sin embargo, en el segundo ejemplo se asignó el código G93.49, Otra encefalopatía, para una encefalopatía secundaria a un ictus agudo. Por favor aclare la asignación correcta de código para una encefalopatía cuando es causada por otra afección y dicha encefalopatía no está especificada.

Respuesta:

El consejo proporcionado en *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 2017, páginas 8-9 (5-6 de la versión traducida NT) es exacto. Cuando una encefalopatía está relacionada con una afección específica, tal como un ictus o una infección del tracto urinario, es correcto usar el código describiendo "otra encefalopatía". Por tanto, asigna el código G93.49, Otra encefalopatía, cuando dicha encefalopatía está relacionada con la afección, pero no está documentada una encefalopatía específica (ej. metabólica, tóxica, hipertensiva, etc.).

Como se indica en *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 2017, el código G94, Otros trastornos del cerebro en enfermedades clasificadas en otro sitio, solo

debería asignarse para aquellas afecciones con entradas en el Índice que directamente llevan al código G94, para ciertas etiologías.

Reparación de desgarro obstétrico de tercer y cuarto grado

Pregunta:

De acuerdo con el *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 2016, páginas 6-8 (4-7 de la versión traducida [NT]) no se asignan varios códigos para la reparación de desgarro perineal obstétrico de tercer o cuarto grado. Ya que se codifica la "capa más profunda". El artículo indica "En el contexto de un desgarro obstétrico 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". El término "por debajo" ha sido fuente de confusión en los codificadores, ya que no es un término médico. Un desgarro perineal de tercer grado afecta al perineo, que es en área entre el ano y la parte posterior de los genitales externos y el esfínter anal. Un desgarro perineal de cuarto grado afecta al perineo, esfínter anal y recto. Estas estructuras pueden considerarse adyacentes, pero no superpuestas. Por tanto, solo deben asignarse códigos únicos para la reparación de los desgarros perineales de tercer y cuarto grado que describen cada parte corporal (ej. esfínter anal y recto) dependiendo del grado y la parte afectada. Por favor reconsidere el consejo de codificación publicado previamente para este tipo de reparaciones.

Respuesta:

Sí, está en lo correcto en su descripción de la anatomía. El uso de los términos "por debajo" y "la capa más profunda" son confusos. Sin embargo, el Consejo Editorial Asesor (EAB) se refería a la extensión anatómica más lejana del desgarro obstétrico. El EAB se mantiene en el consejo previamente publicado, que está destinado a estandarizarlos datos manteniendo la convención de asignar un código para cada desgarro obstétrico cuando está documentado por grado (primero a cuarto). Si se reparan otras estructuras tales como vejiga o uretra, deben codificarse por separado. La finalidad de esta directriz es facilitar la exactitud/facilidad alineando la asignación del código con la documentación/terminología frecuentemente usada en el diagnóstico y reparación del desgarro obstétrico. Si la codificación se usa para investigación o revisión de datos, sería útil para el conjunto de códigos reflejar la terminología obstétrica.

Corrección

Pregunta:

El *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 2017, páginas 36-37 (33 de la versión traducida [NT]) recomienda la codificación del tipo de intervención "Reposición" para una pieloplastia desmembrada. Nuestro urólogo nos ha contado que esta cirugía no implica reposicionar el uréter. El cirujano corta la cicatriz y reconecta el uréter sano a la pelvis renal. Creemos que el tipo de intervención "Reparación" es más adecuado, y de acuerdo con la parte corporal, la unión ureteropélvica se codifica como pelvis renal. ¿Cuál es el código de la ICD-10-PCS correcto para la pieloplastia desmembrada?

Respuesta:

Después de más aportes de un grupo de especialistas, el Consejo Editorial Asesor para *Coding Clinic* ha reconsiderado la recomendación publicada previamente sobre la pieloplastia desmembrada. El propósito esencial de una pieloplastia desmembrada para una obstrucción de la unión pieloureteral es restaurar la estructura anatómica de la pelvis renal, y "Reparar" es el tipo de intervención correcto para todos los procedimientos de pieloplastia. La asignación correcta de código de la ICD-10-PCS para la pieloplastia desmembrada realizada con abordaje abierto es como sigue:

OTQ30ZZ Reparación de pelvis renal derecha, 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 va dirigida a personas concretas para su formación personal. El traductor no se hace responsable de las copias y otros usos de este contenido.