

AHA

Coding Clinic®

ICD - 10 - CM
ICD - 10 - PCS

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

Volumen 6
Número 3

Tercer Trimestre
2019

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 1 de octubre de 2019 (sólo en USA ^{NT})

En este número

Pregunte al Editor
Aclaración
Noticias de corrección

Pregunte al Editor

Pregunta:

Un paciente se presenta para trasplante debido a enfermedad renal en estadio final (ESRD), y el juicio diagnóstico final del médico indica "ESRD debida a nefropatía diabética en diálisis, retinopatía diabética, neuropatía diabética periférica e hipertensión". La *Normativa Oficial para Codificación e Información* (I.C.9.a.2.) indica "La ERC no debe codificarse como hipertensiva si el médico indica que la ERC no está relacionada con la hipertensión". En este caso, ya que el médico documenta la ESRD debida a nefropatía diabética, ¿Sería suficiente este diagnóstico para indicar ERC no relacionada con hipertensión?

Respuesta:

Cuando un paciente tiene diabetes, hipertensión y enfermedad renal crónica (ERC) y el médico documenta ERC debida a diabetes o ERC diabética, nefropatía diabética u otra terminología similar, se indica una relación causal e indica que la ERC no está relacionada con hipertensión. En este caso, asigne un código para Enfermedad renal crónica diabética. No asigne un código de ERC hipertensiva, pues la hipertensión se codifica por separado.

Además, sería redundante asignar códigos tanto para la nefropatía diabética (E11.21) como la enfermedad renal crónica diabética (E11.22) ya que enfermedad renal crónica diabética es una afección más específica.

Pregunta:

Un paciente fue retornado al quirófano tras pasar coágulos de sangre después de una resección transuretral de un tumor de vejiga. Tras la inserción de un cistoscopio, el cirujano detectó coágulos en la vejiga adheridas a la pared y la cúpula de la misma. La mayoría de los coágulos fueron expulsados y una capa de coágulo muy adherido en la cúpula de la vejiga se raspó y extrajo con un resectoscopio sin sangrado activo. ¿Cuál es el código de asignación correcto para este procedimiento?

Respuesta:

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

OTCB8ZZ Extirpación de sustancia de la vejiga, vía natural o apertura artificial endoscópica, para la eliminación de la capa de coágulo en la cúpula vesical

Pregunta:

El paciente fue ingresado con un hematoma subdural y sometido a craniotomía para evacuación de un gran hematoma. Durante la intervención se encontró una arteria cortical sangrante como causante del hematoma y este vaso se cauterizó. ¿Se tendría que codificar también la cauterización de la arteria cortical? ¿Cómo debería codificarse esta intervención?

Respuesta:

Asigne los siguientes códigos de procedimiento:

00C40ZZ Extirpación de sustancia del espacio subdural intracraneal, abordaje abierto, para la evacuación del hematoma

0W310ZZ Control de sangrado en cavidad craneal, abordaje abierto, para la cauterización de la arteria sangrante

“Extirpación” es el tipo de intervención definitivo realizado para la evacuación del hematoma y el objetivo planeado para el procedimiento. Asigne también el tipo de intervención “Control” para el tratamiento adicional, cauterización de sangrado arterial (fuente del sangrado). En este caso, se descubrió un sangrado arterial y se realizó un procedimiento separado para controlar la hemorragia y prevenir un sangrado recurrente. Se hicieron varios tipos de intervención con diferentes objetivos.

Pregunta:

¿Cuál es la asignación de código de la ICD-10-CM para un contacto prenatal durante un embarazo normal en el que se da la inmunoglobulina Rho (también denominada vacuna anti-D ^{NT}) profilácticamente?

Respuesta:

Asigne el código apropiado relacionado con la visita prenatal como primer diagnóstico. El código Z29.13, Contacto para inmunoglobulina Rho (D) profiláctica, debe asignarse como diagnóstico secundario. Si la visita es solo para la inyección de inmunoglobulina Rho, asigne el código Z29.13, Contacto para inmunoglobulina Rho (D) profiláctica. De acuerdo con el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, un embarazo que requiere la Rho no se considera un embarazo de alto riesgo.

Pregunta:

Un paciente se presenta como ambulatorio para cirugía de reparación de hernia. El médico anota "Enfermedad de Crohn" en los antecedentes de la historia e indica que está tomando un medicamento modulador de la inmunidad para esta afección. Según la *Normativa Oficial para Codificación e Información*, sección IV.I: Las enfermedades crónicas tratadas de forma continua deben codificarse e informarse tantas veces como el paciente reciba tratamiento y cuidado para estas afecciones. Además, la sección IV.J indica: Codifique todas las afecciones documentadas que coexisten en el momento del contacto/visita y necesita o afecta al cuidado, tratamiento o manejo del paciente. Aunque el paciente no reciba tratamiento durante el contacto actual, ¿es adecuado informar la enfermedad de Crohn como diagnóstico adicional?

Respuesta:

En el ámbito ambulatorio, las enfermedades crónicas tratadas de forma continua deben ser codificadas e informadas tantas veces como el paciente reciba tratamiento y cuidado para estas afecciones. Basados en la documentación enviada, el médico ha indicado específicamente que el paciente está recibiendo tratamiento para la enfermedad de Crohn. Aunque el paciente no está recibiendo tratamiento durante el contacto actual, sí recibe tratamiento en intervalos. Por tanto, la enfermedad de Crohn debe codificarse e informarse. El tratamiento continuo no necesita que ocurra durante este contacto. El hecho de que el paciente esté recibiendo para la enfermedad de Crohn afecta el cuidado y manejo del paciente.

Pregunta:

En el ámbito de cuidado domiciliario, ¿deben informarse los diagnósticos secundarios? Por ejemplo, ¿debería informarse un diagnóstico "estable" existente, tal como una diabetes controlada o una enfermedad por reflujo gastroesofágico cuando no hay un cuidado directo o intervención sobre la misma? La *Normativa Oficial para Codificación e Información* indica "a efectos de información la definición de "otros diagnósticos" se interpreta como afecciones adicionales que afectan el cuidado del paciente en términos que requieren:

evaluación clínica, o
tratamiento terapéutico, o
procedimientos diagnósticos, o
estancia prolongada en el hospital, o
incremento de cuidados y/o monitorización de enfermería"

Sin embargo, el Conjunto de Datos Uniformes Hospitalarios al Alta (UHDDS) (equivalente al CMBD en nuestro entorno ^{NT}), que se aplica a servicios de salud domiciliario define otros diagnósticos "como afecciones que coexisten en el momento del ingreso, o que se desarrollan después, o que afectan el cuidado del paciente para el episodio actual de hospitalización. Los diagnósticos que no tienen impacto en el cuidado del paciente durante la estancia hospitalaria no se informan, incluso cuando estén presentes. Los diagnósticos que están relacionados con un episodio anterior, y que no influyen en la estancia hospitalaria actual, no se informan"

Respuesta:

En el ámbito de cuidado domiciliario las afecciones que influyen en el plan de cuidados deben codificarse cuando estas afecciones necesitan aumentar los cuidados y/o monitorización de enfermería. Si la diabetes controlada o la enfermedad por reflujo influyen en el plan de cuidados, estas afecciones entran dentro del parámetro de la normativa de "otros diagnósticos" y deben ser codificados e informados.

Pregunta:

Un paciente es ingresado con un tumor neuroendocrino de colon con enfermedad metastásica en hígado. ¿Cuál es la asignación de código apropiada para un tumor neuroendocrino de colon con metástasis en hígado? ¿Es lo mismo un tumor carcinoide que un tumor neuroendocrino? ¿Deberían los codificadores asignar un código de tumor neuroendocrino maligno ya que el tumor ha metastatizado del colon al hígado?

Respuesta:

Asigne el código C7A.8, Otro tumor neuroendocrino maligno, para el tumor neuroendocrino maligno de colon. El código C7B.8, Otros tumores neuroendocrinos secundarios, debe asignarse para la enfermedad metastásica del hígado, no todos los tumores neuroendocrinos son tumores carcinoides. Los codificadores no deben asumir que los tumores neuroendocrinos son tumores carcinoides.

Pregunta:

¿Cuál es la asignación adecuada de código para un diagnóstico de "neuropatía alcohólica"? ¿Sería adecuado asignar códigos de la subcategoría F10.2-, Dependencia a alcohol y el código G62.1, Polineuropatía alcohólica?

Respuesta:

Asigne el código G62.1, Polineuropatía alcohólica, para un diagnóstico de neuropatía alcohólica. Pregunte al médico si la dependencia a alcohol o el abuso a alcohol está presente y asigne el código apropiado de la categoría F10, Trastornos relacionados con el alcohol. Si el médico indica que el paciente no está bebiendo actualmente, asigne el código "en remisión" adecuado.

Si el patrón de uso de alcohol (dependencia o abuso) no es conocido, asigne el código F10.988, Uso de alcohol, no especificado con otro trastorno inducido por alcohol.

Pregunta:

Un paciente con carcinoma de células pequeñas el pulmón se queja de no encontrar las palabras y dificultad general en el lenguaje. El paciente fue evaluado por neurología debido a estas quejas y se diagnosticó de siderosis cerebral. El código por defecto de la siderosis es J63.4, Siderosis, que cae en la categoría J63, Neumoconiosis debida a otros polvos inorgánicos. Este código no nos parece correcto. ¿Cuál es el código correcto para la siderosis cerebral?

Respuesta:

La siderosis del cerebro no está específicamente clasificada en la ICD-10-CM. Aunque el índice lleve al J63.4, este código describe la siderosis de tejido pulmonar en lugar de la siderosis cerebral. Una regla básica de codificación es que se debe investigar más si el título del código sugerido en el índice no identifica de manera clara la afección correctamente.

Asigne el código G93.89, Otros trastornos especificados del cerebro, para esta afección. El código I69.828, Otros déficits del habla y lenguaje tras otra enfermedad cerebrovascular, debe asignarse como diagnóstico secundario ya que el paciente también ha sido diagnosticado con dificultad general de lenguaje secundario a siderosis cerebral. Es correcto asignar códigos secundarios para cualquier manifestación neurológica asociada.

La siderosis del cerebro, también conocida como siderosis superficial del sistema nervioso central, es una afección rara causada por depósitos de hemosiderina en la capa subpial del cerebro y/o médula espinal. Los depósitos ocurren como resultado de hemorragias recurrentes en el espacio subaracnoideo. Los pacientes con esta afección a menudo se presentan con pérdida de audición, marcha atáxica de progreso lento y mielopatía debido a afección del nervio acústico, cerebelo y médula espinal.

La mayoría de los casos de siderosis superficial son idiopáticos sin encontrarse la causa del sangrado. Sin embargo, algunos pacientes tienen historia antigua de lesión o cirugía intradural.

Pregunta:

Un paciente se presenta con sinostosis de medio antebrazo derecho y es sometido a resección quirúrgica de la sinostosis. El paciente tiene una historia de fractura de radio y cúbito distales con reducción abierta y fijación interna. ¿Cuál es la asignación de código adecuada para la sinostosis radiocubital tras fractura?

Respuesta:

Asigne el código M89.8X3, Otros trastornos especificados de hueso, antebrazo, para la sinostosis radiocubital del antebrazo. Deben asignarse también los códigos S52.691S, Otra fractura del extremo distal de cúbito derecho, secuela, y S52.591S, Otra fractura del extremo distal de radio derecho, secuela, debe asignarse también para describir las lesiones responsables de la secuela.

La sinostosis radiocubital postraumática es un problema que puede ocurrir tras fractura del antebrazo y codo. La afección no es frecuente y se clasifica como secuela de la fractura original en lugar de una complicación quirúrgica. Los pacientes se presentan con pérdida típica de la pronación y la supinación. El objetivo del tratamiento es quitar en puente óseo para restaurar el rango completo de movimiento y prevenir que recurra.

Pregunta:

Los codificadores están buscando una aclaración sobre la codificación correcta de la artritis cervical, ya que en el Índice de Enfermedades pueden referenciarse distintos códigos. ¿Cuál es la asignación adecuada de código para la artritis cervical, M47.812 o M46.92?

Respuesta:

Asigne el código M47.812, Espondilosis sin mielopatía o radiculopatía, región cervical, para la artritis cervical. El *Coding Clinic*, Cuarto Trimestre de 2016, página 147 (página 203 de la versión traducida ^{NT}), indica "en Estados Unidos la "artritis" está destinado principalmente a representar osteoartritis". La artritis y la osteoartritis del cuello se conocen también como espondilosis cervical. "Artrosis u osteoartrosis de la columna" con términos de inclusión de la categoría M47- Espondilosis, confirmando la asignación correcta de código. Referéncielo en el Índice de Enfermedades como sigue:

Osteoartritis

columna – véase Espondilosis

Espondilosis

sin mielopatía o radiculopatía
región cervical M47.812

Pregunta:

Por favor aclare la asignación correcta de código para la artropatía de faceta cervical, ya que los codificadores pueden llegar a distintos códigos dependiendo de cómo se use el Índice de Enfermedades. ¿Cómo debería se codificada la artropatía de faceta de articulación cervical?

Respuesta:

Asigne el código M47.812, Espondilosis sin mielopatía o radiculopatía, región cervical, para la artropatía de faceta de articulación cervical. Como se ha indicado previamente, "artritis" está destinado principalmente a representar osteoartritis. La artropatía de faceta articular es conocida también como osteoartritis de faceta articular. La osteoartritis de región cervical/cuello es también referida con espondilosis cervical. La "artrosis u osteoartrosis vertebral" son términos de inclusión en la categoría M47-, Espondilosis, confirmando la asignación correcta del código. Entre en el Índice de Enfermedades como sigue:

Osteoartritis

columna – véase Espondilosis

Espondilosis

sin mielopatía o radiculopatía
región cervical M47.812

Pregunta:

La paciente se presenta a las 19 semanas de gestación para inducción al parto debido a muerte fetal intrauterina. Durante el parto la paciente experimenta una retención de placenta con hemorragia resultando en anemia por pérdida aguda de sangre. ¿Cómo es codificado este episodio de aborto retenido con complicación?

Respuesta:

Asigne el código O02.1 Aborto retenido, como diagnóstico principal. Deben asignarse como códigos secundarios O04.6, Hemorragia tardía o excesiva después de interrupción (inducida) del embarazo, y D62, Anemia poshemorrágica aguda. La anemia por pérdida aguda de sangre resulta de la hemorragia y no del embarazo.

Pregunta:

Un paciente fue ingresado con preeclampsia leve que progresa a grave durante la estancia. ¿Cuál sería la asignación de código correcta, así como el indicador de presente al ingreso (POA)?

Respuesta:

Asigne el código O14.1, Preeclampsia grave con POA "Y" si el médico documenta que la preeclampsia leve ha progresado a grave durante el mismo ingreso. Cuando un paciente experimenta un empeoramiento o deterioro de la preeclampsia, se informa con un código del estadio más grave de preeclampsia. Puesto que la preeclampsia estaba presente en el momento del ingreso, el indicador adecuado de POA es "Y".

A Normativa de información de Presente al Ingreso para afecciones obstétricas indica "El factor determinante de la asignación de POA es si la complicación del embarazo o la afección obstétrica descrita en el código estaba presente en el momento del ingreso o no".

Pregunta:

Un paciente tiene historia de cálculos renales y apendicectomía y se presenta en urgencias por dolor en el cuadrante inferior izquierdo. Se realizó una tomografía computerizada (TC) que reveló una pielonefritis y cálculos renales no obstructivos bilaterales. Cuando se busca el término principal "pielonefritis" en el Índice Alfabético hay una subentrada para "con cálculo" que dirige a codificar en N20.0, Cálculo renal. Sin embargo, el paciente fue ingresado a causa de la pielonefritis, no por los cálculos renales. El tratamiento se dirigió a la infección y se usaron mínimos recursos para los cálculos. ¿Cuál es la asignación de código adecuada para este paciente?

Respuesta:

Asigne el código N20.0, Cálculo de riñón, para este paciente. En la ICD-10-CM "pielonefritis con cálculo" se indexa en el código N20.0, que incluye la pielonefritis calculosa como indica el término de inclusión bajo este código.

Pregunta:

Un paciente se presenta debido a dolor abdominal. Al alta el médico documenta "Pielonefritis aguda y nefrolitiasis". Cuando se referencia pielonefritis en el Índice Alfabético hay subentradas para "aguda" y "con cálculo" en el mismo nivel de indentación. ¿Se debería asignar solo el código de combinación que describe el cálculo con pielonefritis o se asignarían códigos separados? ¿Cuál es la asignación adecuada de código para la pielonefritis aguda con cálculo?

Respuesta:

Asigne los códigos N10, Pielonefritis aguda, y N20.0, Cálculo de riñón, para la pielonefritis aguda con nefrolitiasis. En este caso, la asignación difiere de la pregunta anterior porque el médico documenta específicamente "pielonefritis aguda". Cuando se busca "Pielonefritis aguda" en el Índice, al codificador se le manda al código N10, Pielonefritis aguda, en lugar del N20. Además, no hay una nota de Excluye 1 que prohíbe la asignación de códigos para la pielonefritis aguda y cálculos renales juntos.

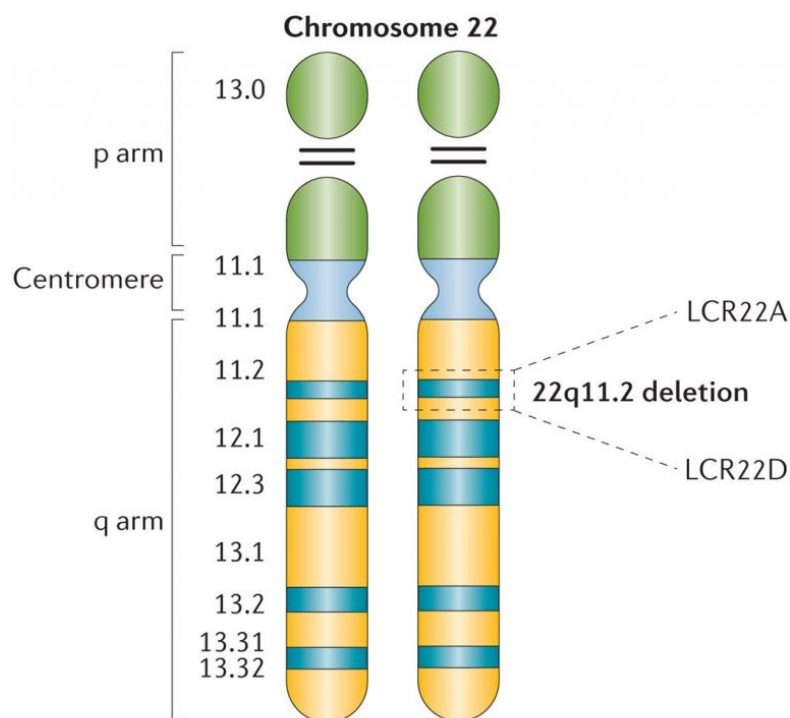
Pregunta:

Un paciente es ingresado en el hospital y diagnosticado de síndrome de DiGeorge con delección de 22Q11.2 y síndrome velo-cardio-facial. ¿Cuáles son los códigos adecuados de la ICD-10-CM para captar con exactitud estos síndromes?

Respuesta:

Asigne los códigos Q93.81, Síndrome velo-cardio-facial, y D82.1, Síndrome de DiGeorge cuando la documentación indica tanto el síndrome velo-cardio-facial como el de DiGeorge. El orden como diagnóstico principal depende del foco el cuidado.

El síndrome de DiGeorge, también referido como síndrome de delección 22q11.2, fue originariamente conocido como una enfermedad de inmunodeficiencia primaria con hipoplasia o aplasia del timo, acompañada de algunas variables por otros hallazgos. El síndrome velo-cardio-facial fue definido basado en hallazgos de paladar hendido, defectos cardiacos y aspecto facial inusual. Ambos síndromes se encontraron que implicaban delección de la misma región en el cromosoma 22 y la posición 22q11.2. Por tanto, el síndrome DiGeorge y el síndrome velo-cardio-facial puede considerarse ahora sinónimos con el síndrome de delección 22q11.2. Mientras que la delección es responsable del síndrome velo-cardio-facial y el síndrome de DiGeorge, existe una gran variabilidad fenotípica para este tipo de delección. Puesto que los hallazgos típicos de ambas afecciones pueden no estar siempre presentes, los problemas específicos asociados pueden codificarse por separado.



Nature Reviews | **Disease Primers**

Delección 22q11.2 ^{NT}

Síntomas del síndrome de DiGeorge

- Microcefalia
- Hiploplasia mandibular y retrognatia
- Alteración ocular
- Alteración del pabellón auricular
- Malformaciones bucales
- Malformaciones y defectos cardíacos
- Inmunodeficiencia
- Hipocalcemia



Síndrome de DiGeorge ^{NT}



Síndrome Velo-Cardio-Facial ^{NT}

Pregunta:

Un paciente que ha sido ingresado por hipoxia y neumonía se hizo una broncoscopia diagnóstica en la que se succionó un tapón mucoso distal del pulmón. ¿Cuál es la asignación correcta de código para el tapón mucoso del pulmón sin asfixia?

Respuesta:

Asigne solo los códigos J18.9, Neumonía, organismo no especificado, y R09.02, Hipoxemia. Durante la broncoscopia diagnóstica se succionó un tapón mucoso. Sin embargo, el moco está siempre presente en el tracto respiratorio y no se debería considerar clínicamente significativo, o codificado, a no ser que el tapón mucoso haya tenido algún efecto tal como obstrucción aérea o asfixia. Si el médico ha documentado tapón mucoso con asfixia debe asignarse el código T17.990- Otro cuerpo extraño en el tracto respiratorio, parte no especificada causante de asfixia como diagnóstico secundario.

Pregunta:

El paciente se presenta con malposición de catéter venoso central (CVC) de la subclavia derecha en la vena braquiocefálica derecha. El catéter se retiró y recolocó con un CVC de vena yugular interna derecha en la vena cava superior. ¿Cuál es el código diagnóstico correcto para un catéter venoso central desplazado?

Respuesta:

Asigne el código T82.524A, Desplazamiento de catéter de infusión, episodio inicial. La ICD-10-CM clasifica un dispositivo que no está posicionado en el vaso de destino como una complicación. Aunque el dispositivo no cause complicación, no está en el vaso correcto. Es necesaria la retirada y colocación en el vaso de destino para un funcionamiento efectivo del catéter venoso central.

Por favor consulte el Índice de Enfermedades como sigue:

Malposición

dispositivo, implante o injerto (véase también Complicaciones, por sitio y tipo, mecánica)

Pregunta:

Un paciente, en estado de cirugía de artroplastia total de rodilla izquierda y reciente extracción de una muela del juicio, es diagnosticado de infección hematógena de prótesis de la articulación de la rodilla izquierda. Fue sometido a revisión de la artroplastia con cambio de componentes modulares y sinovectomía. ¿El término hematógeno significa que la infección de la articulación protésica es debido a la presencia de prótesis, o en su lugar es procedente de una infección concurrente de otra parte del cuerpo? ¿Es adecuado asignar el código T84.54XA, Infección y reacción inflamatoria debido a prótesis interna de rodilla izquierda, episodio inicial, para la infección hematógena de prótesis de la rodilla izquierda debida a infección dental?

Respuesta:

No, en este caso la infección de la rodilla no es debida a la articulación protésica, sino que ocurre secundaria a otro origen. La infección hematógena por definición significa que la infección es originada en la sangre y se propaga mediante el flujo sanguíneo. Asigne el código M00.862, Artritis debida a otra bacteria, rodilla izquierda, para la infección hematógena causada por la infección dental. Asigne también el código Z96.652, Presencia de articulación de rodilla artificial. Deben asignarse códigos secundarios para cualquier otra infección, así como un código para el organismo bacteriano específico. En este caso, un código de complicación no es correcto ya que la infección no es debida a la prótesis.

Pregunta:

Un paciente con melena y hematemesis fue diagnosticado de anemia por pérdida de sangre crónica agudizada debida a úlcera duodenal sangrante. La ICD-10-CM clasifica la anemia por pérdida de sangre aguda en el código D62, Anemia poshemorrágica aguda, y anemia por pérdida de sangre crónica en el código D50.0, Anemia por carencia de hierro secundaria a pérdida de sangre (crónica). En el código D62 aparece una nota de Excluye 1 para la "anemia debida a pérdida crónica de sangre (D50.0)" y en el código D50.0 aparece una nota de Excluye 1 para "anemia poshemorrágica aguda (D62)". ¿Cuál es el código correcto para la "anemia crónica agudizada" cuando las notas de Excluye 1 aparecen en ambos códigos?

Respuesta:

En este caso asigne el código D62, Anemia poshemorrágica aguda, para la anemia crónica agudizada. Cuando están presentes tanto la anemia por pérdida de sangre aguda como crónica, asigne solo un código para la anemia por pérdida de sangre aguda.

Pregunta:

Un paciente se presenta en urgencias con distress respiratorio grave debido a posible aspiración. El paciente se observó séptico a su llegada debido a neumonía y una infección del tracto urinario (ITU) por *Citrobacter* asociado a un catéter suprapúbico permanente. El paciente fue ingresado, intubado y conectado a ventilador. El médico diagnosticó sepsis debida a infección del tracto urinario asociado a catéter, así como debido a "neumonía por aspiración adquirida en la comunidad". ¿Debería la sepsis debida a infección tras procedimiento ser secuenciada primero o debería ser secuenciada primero la sepsis debida a infección localizada como diagnóstico principal, o es la neumonía por aspiración el diagnóstico principal?

Respuesta:

Cuando se determina el diagnóstico principal para un paciente con sepsis multifactorial, el diagnóstico principal es la afección establecida tras el estudio que es la principal responsable de la causa del ingreso del paciente en el hospital.

En el caso inusual de que dos o más diagnósticos reúna por igual los criterios de diagnóstico principal, determinados por las circunstancias del ingreso, el proceso diagnóstico y/o el tratamiento proporcionado, y el Índice Alfabético, Lista Tabular u otra norma de codificación no nos proporcione una secuenciación, cualquiera de los diagnósticos puede ser principal.

Pregunta:

Un paciente con cáncer de próstata se presenta para prostatectomía radical robotizada y disección de ganglios linfáticos pélvicos. Tras la retirada de la próstata, se observó que una parte cerca del paquete basal/medio derecho aparecía un poco escoriado y se extrajo un pequeño trozo de paquete neurovascular prostático para biopsia y enviado a anatomía patológica. No aparece un valor de estructura anatómica para captar el paquete neurovascular. ¿Cuál es el código para una biopsia del paquete neurovascular de la próstata?

Respuesta:

La escisión de una porción del paquete neurovascular prostático para biopsia durante la prostatectomía radical es una parte integral de procedimiento completo. Por tanto, no debería asignarse un código de la ICD10-PCS por separado. El paquete neurovascular consiste en tejido prostático, por lo que anatómicamente no es una estructura separada. En este caso, el paciente tenía una neoplasia conocida, la prostatectomía radical estaba programada y la muestra de paquete neurovascular prostático se envió a anatomía patológica en el momento de que la próstata fue extirpada. Esto no fue una escisión diagnóstica seguida de una escisión o resección. Por tanto, la norma (B3.4b) acerca de una biopsia seguida de un tratamiento definitivo no sería de aplicación.

Pregunta:

El paciente, en estado de bypass con injerto de arteria coronaria (CABG) se presenta con protrusión dolorosa de alambres esternales. En la intervención, la incisión previa de abrió y los alambres esternales se extrajeron. ¿Cómo debería codificarse la extracción de alambres esternales?

Respuesta:

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

OPC00ZZ Extirpación de material del esternón, abordaje abierto, para la extracción de los alambres esternales

Pregunta:

Una mujer de 66 años se presenta con fallo cardiaco congestivo grave y enfermedad arterial coronaria. Su fallo cardiaco empeoró llevando a shock cardiogénico con para cardiaco. Fue llevada a la sala de hemodinámica para intervención coronaria percutánea urgente y colocada en oxigenación de membrana extracorpórea periférica (ECMO). Debido a una distensión ventricular izquierda significativa se sometió a cirugía para inserción de un catéter ventricular. Tras una esternotomía abierta y disección el mediastino la ECMO se redujo para dejar volumen dentro del corazón, luego se insertó un catéter ventricular izquierdo

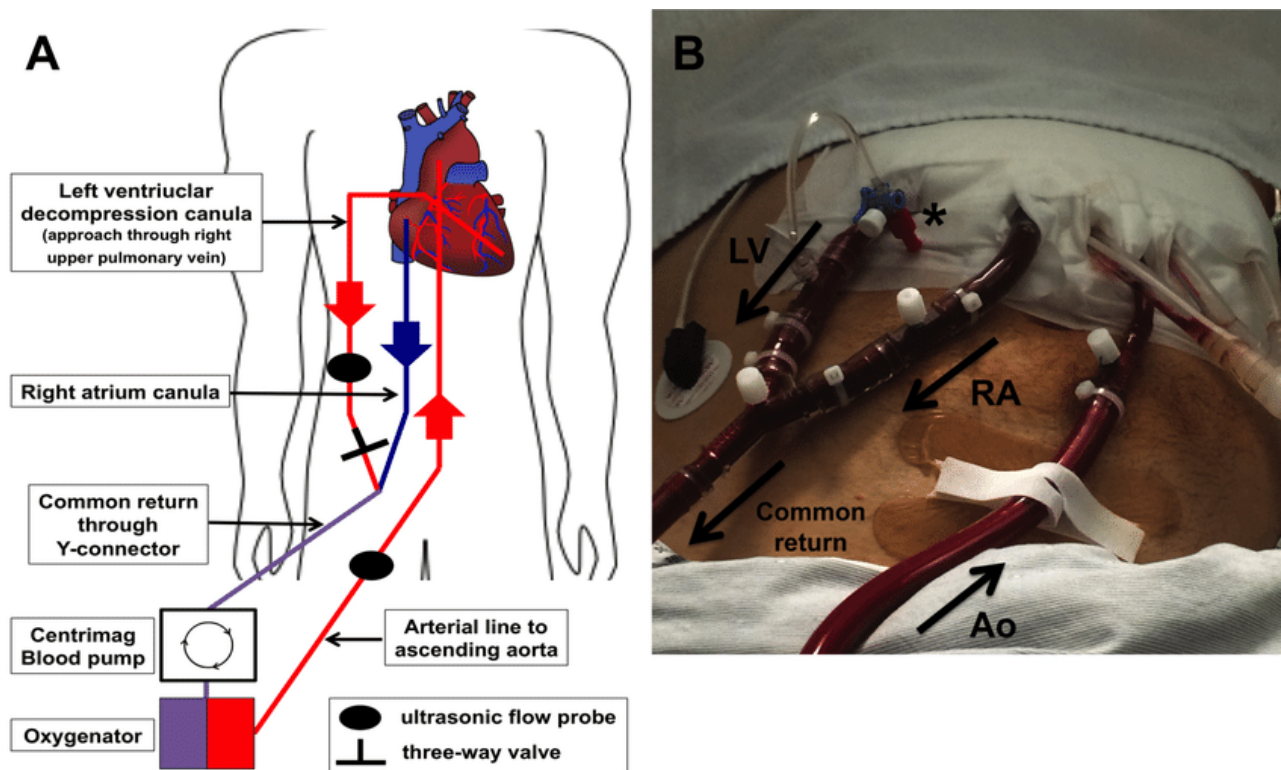
20F. Este se conectó al circuito en Y de la parte venosa del circuito del ECMO tras tunelizarlo a través del cuadrante superior derecho. ¿Cómo se codifica la inserción del catéter ventricular izquierdo en la ICD-10-PCS?

Respuesta:

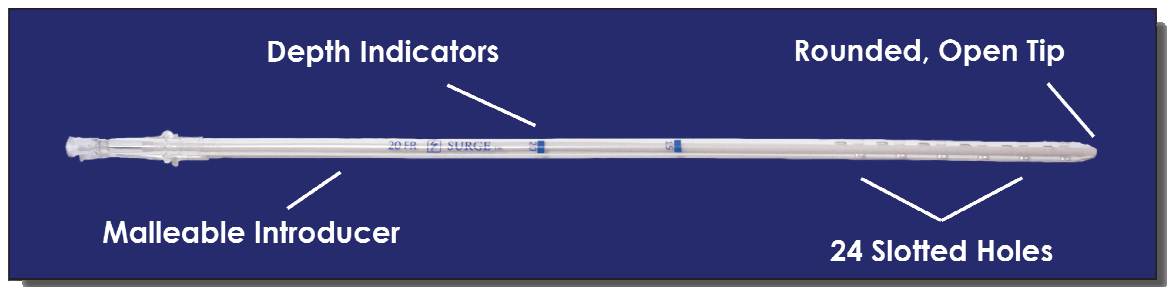
Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

02HLODZ Inserción de dispositivo intraluminal en ventrículo izquierdo, abordaje abierto, para colocación del catéter ventricular

Cuando un catéter ventricular se coloca durante el comienzo de una ECMO central, éste se considera parte integral de la configuración de la ECMO y no se codifica por separado. En este caso, se asigna un código para la colocación del catéter ventricular ya que estaba iniciada la ECMO periférica y luego se realizó un procedimiento quirúrgico posterior para colocar el catéter ventricular mediante una esternotomía abierta. La descompresión ventricular izquierda se hace para tratar el shock cardiogénico y el fallo pulmonar para ayudar en la recuperación cardiaca. La inserción del catéter ventricular para descompresión es un procedimiento quirúrgico separado de la ECMO previamente iniciada y se hizo para reducir la presión dentro del ventrículo izquierdo. El procedimiento requiere una esternotomía media y la disección del mediastino a fin de colocar el dispositivo.



ECMO periférica con colocación de catéter ventricular conectado en Y con la parte venosa NT



Catéter vent para descompresión ventricular ^{NT}

Pregunta:

El paciente fue colocado en oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO) temprano durante el día. Se notó sangrado del lugar de la cánula de la arteria femoral y el paciente volvió urgentemente a cirugía para control del sangrado. Dado que el cirujano determinó que sería muy difícil identificar y controlar la hemorragia, se movió la cánula de la arteria femoral derecha a la izquierda. El soporte ECMO fue parado temporalmente, las cánulas se clamparon, la cánula de salida se separó de la arteria femoral derecha y traspasada a una nueva cánula en la arteria femoral izquierda. El soporte ECMO fue entonces restaurado. ¿Qué códigos de la ICD-10-PCS deberían asignarse para la retirada de la cánula de la arteria femoral derecha y la inserción de una nueva cánula en la arteria femoral izquierda?

Respuesta:

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

04PY33Z Retirada de dispositivo de infusión de arteria inferior, abordaje percutáneo, para la retirada de la cánula/catéter de perfusión de la arteria femoral derecha

04HY33Z Inserción de dispositivo de infusión de arteria inferior, abordaje percutáneo, para la retirada de la cánula/catéter de perfusión de la arteria femoral izquierda

Además, asigne el código adecuado para la ECMO. La canulación y decanulación (retirada) de un sistema de soporte ECMO no se informan. En este caso, los códigos se asignan para retirada e inserción de la cánula de acceso arterial porque el procedimiento se produjo en un episodio quirúrgico diferente.

Pregunta:

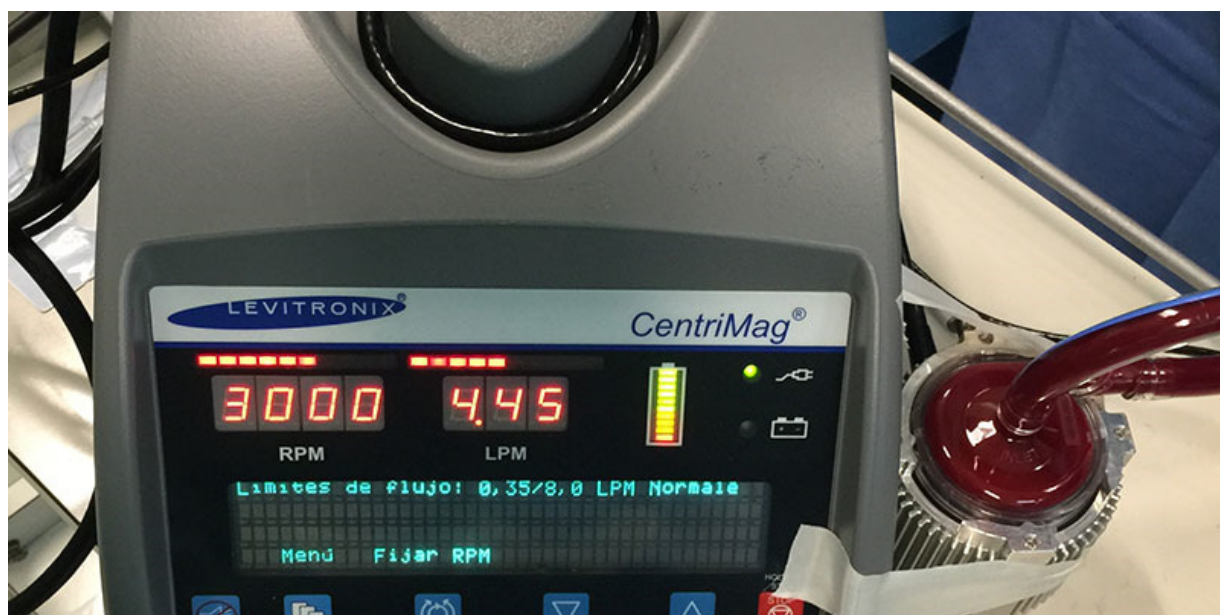
Un paciente de 56 años que estaba en oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO) venovenosa previamente, se presenta problemas con el ECMO. Tras examen, se encontró un coágulo y hebras de fibrina dentro del oxigenador. La ECMO venovenosa fue interrumpida brevemente. El oxigenador se quitó y se colocó uno nuevo. ¿Cómo debería informarse la sustitución del oxigenador?

Respuesta:

En este caso no se hizo ningún procedimiento directamente en el paciente. Por tanto, no debe asignarse ningún código de la sección Médicoquirúrgica de la ICD-10-PCS. La ECMO fue interrumpida brevemente a fin de cambiar el oxigenador, un componente extracorpóreo del sistema. El cambio o ajuste de componente extracorpóreo de una ECMO forma parte integral del procedimiento de asistencia extracorpórea por lo que no se asigna código adicional más allá del código de la ECMO.

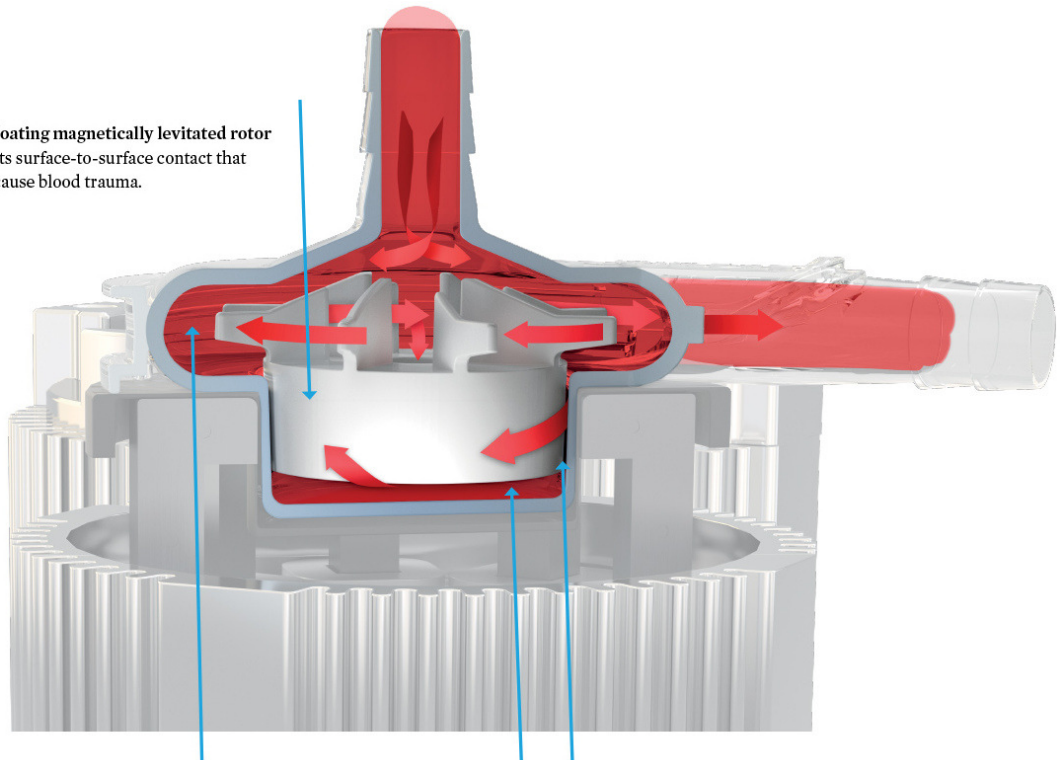
Pregunta:

Un paciente con aneurisma del arco aórtico e historia conocida de enfermedad arterial coronaria se presenta para reparación del mismo. Durante el episodio operatorio, el paciente experimenta varios episodios de hipertensión y se le colocó una bomba balón intraaórtica. Sin embargo, tras el cierre del tórax, el paciente de repente experimentó fibrilación auricular y se inició la oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO) con bomba Centrimag™. ¿Se asigna un código separado para la bomba Centrimag™?



Sistema de control y bomba Centrimag™ NT

Free-floating magnetically levitated rotor prevents surface-to-surface contact that could cause blood trauma.



Wide blood-flow pathways and absence of seals, bearings and valves minimize blood turbulence and stasis.

Automatic rotor positioning control adjusts 50,000 times per second to maintain stable and consistent blood flow.

Funcionamiento de la bomba Centrimag™ NT

Respuesta:

Asigne solo el código de ECMO. En este caso, la bomba Centrimag™ funciona como un componente del circuito del ECMO y por tanto no se codifica por separado

Pregunta:

Un neonato es trasladado a nuestro hospital mientras estaba en oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO). ¿Debería asignarse un código de ECMO ya que éste continúa en nuestras instalaciones?

Respuesta:

Sí. Cuando un paciente está en ECMO en un hospital y luego es trasladado a otro hospital y la ECMO continúa o se reanuda, el hospital receptor debe informar la ECMO.

Pregunta:

Durante la inserción de marcapasos, la documentación del médico indica que se colocaron electrodos en aurícula y en el haz de His. ¿Cuál es la asignación correcta de código para el electrodo de marcapasos insertado en el haz de His?

Respuesta:

Asigne el siguiente código de procedimiento:

02HL3JZ Inserción de electrodo de marcapasos en ventrículo izquierdo, abordaje percutáneo

Actualmente la ICD-10-PCS no tiene un código único para la inserción de electrodo de marcapasos en el haz de His. Puesto que el haz de His transmite impulsos a los ventrículos y el electrodo se coloca en el ventrículo, la estructura anatómica "ventrículo izquierdo" es la opción disponible mejor.

Pregunta:

Un paciente con fisiología de válvula auriculoventricular dominante en ventrículo izquierdo, en estado de procedimiento de Fontan, se presenta con regurgitación moderada a grave de válvula auriculoventricular. Tras intentos de reparar la válvula, persiste la regurgitación y se tomó la decisión de reemplazar la válvula auriculoventricular. La válvula se separó y se colocaron suturas circunferenciales alrededor de la misma. Se insertó una válvula mitral bioprotésica porcina. ¿Cuál es el código adecuado para la sustitución de la válvula auriculoventricular?

Respuesta:

Asigne el siguiente código de procedimiento:

02RG08Z Sustitución de válvula mitral con tejido zooplástico, abordaje abierto, para la sustitución de la válvula auriculoventricular con válvula mitral bioprotésica.

Las válvulas auriculoventriculares incluyen la mitral y la tricúspide. No hay código en la ICD-10-PCS para captar la sustitución de válvula auriculoventricular sin mayor especificación. Por tanto, ya que el médico documenta la colocación de válvula mitral, el código 02RG08Z es la mejor opción.

Pregunta:

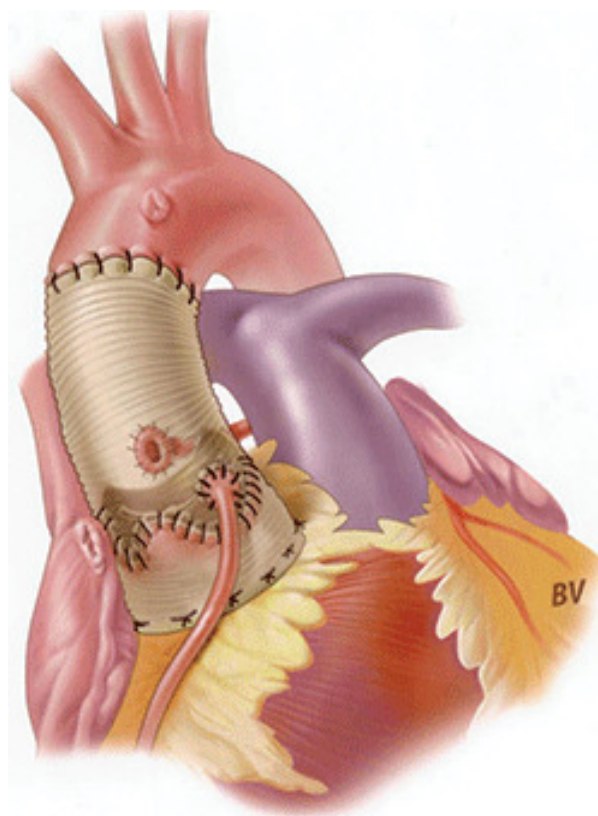
Un paciente en estado de reparación endovascular de disección aórtica se diagnostica de insuficiencia aórtica grave con ventrículo izquierdo dilatado debido a dilatación de la raíz con una válvula trivalva. El paciente es sometido a sustitución abierta de la raíz aórtica con válvula aórtica de repuesto con injerto sintético por encima de la parte media de la aorta ascendente. ¿Cuál es el código adecuado para este procedimiento?

Respuesta:

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

02RX0JZ Sustitución de aorta torácica, ascendente/arco con sustituto sintético, abordaje abierto, para la sustitución con injerto de aorta ascendente

La sustitución de válvula aórtica de repuesto repara una porción de la aorta, mientras que se preserva la válvula aórtica propia del paciente.



Procedimiento de sustitución de la raíz aórtica (operación de Davies) ^{NT}

Pregunta:

Un paciente con quiste y seno pilonidal con abscesos múltiples recurrentes es sometido a tratamiento endoscópico. De acuerdo a la hoja operatoria, se usó un resectoscopio en modo de cauterio como herramienta de corte para la escisión de seno y quiste pilonidal. La cavidad del absceso fue extraída usando una cuchilla Beaver y el trayecto no curado se extrajo. El resectoscopio se introdujo para extraer el tejido inflamatorio crónico y cauterizar cualquier área con pelos para evitar la recurrencia. ¿Cuál es la asignación correcta de código para este procedimiento?

Respuesta:

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

OJB93ZZ Escisión de tejido subcutáneo y fascia de nalga, abordaje percutáneo, para el tratamiento endoscópico del trayecto del absceso pilonidal

Esta cirugía no es una ablación. El tipo de operación Escisión es más preciso que Destrucción ya que se usó el resectoscopio en modo cauterio como herramienta de corte y la estructura anatómica no fue físicamente erradicada. Destrucción se define como erradicación física de todo o parte de una estructura anatómica por uso directo de energía, fuerza o agente destructivo.

Actualmente la tabla OJB de la ICD-10-PCS no tiene el valor endoscópico percutáneo. El abordaje percutáneo es la opción disponible más parecida.

Pregunta:

Un paciente en estado de artroplastia total de rodilla sufrió una fractura de parte distal de diáfisis de femoral y tuvo una reducción y fijación interna de la fractura usando placas y tornillos, y colocación de aloinjerto y cables de cerclaje. Una vez hecha la incisión se alinearon los fragmentos distal y proximal y se colocó el cable de cerclaje para sujetar los huesos en la posición propuesta. Después las placas se fijaron en el hueso con tornillos corticales. El aloinjerto se centró sobre la diáfisis proximal y colocado en su lugar con cables. ¿Cuál es la asignación de código adecuada para este procedimiento?

Respuesta:

Asigne los siguientes códigos de procedimiento:

OQU90KZ Suplemento en diáfisis femoral izquierda con sustituto de tejido no autólogo, abordaje abierto, para la colocación de aloinjerto para aumentar el fémur, y

OQS904Z Reposición de diáfisis femoral izquierda con dispositivo de fijación interna, para la reducción y fijación interna con placas y tornillos

En este caso, el aloinjerto suplementa al fémur y las agujas de cerclaje forman parte de la colocación del injerto.

Pregunta:

Un paciente es diagnosticado de lesión de la articulación acromioclavicular del hombro grado V, con rotura completa de los ligamentos coracoclaviculares conoide y trapezoideo, y disrupción de la cápsula de la articulación acromioclavicular. Fue llevado al quirófano para reconstrucción de la cápsula de la articulación acromioclavicular del hombro izquierdo y los ligamentos coracoclaviculares. Mediante una incisión abierta, se extrajo una parte de la clavícula distal, y se hicieron dos agujeros en la clavícula restante. Se pasó aloinjerto a través del agujero medial, se redujo la articulación acromioclavicular y se aseguró el aloinjerto con un tornillo al agujero lateral. El tejido de aloinjerto restante se extendió para reconstruir la cápsula articular acromioclavicular superior. ¿Cuál es el código de procedimiento correcto para la reconstrucción de la articulación acromioclavicular usando aloinjerto?

Respuesta:

Asigne los códigos de procedimiento siguientes:

ORSH04Z Reposición de articulación acromioclavicular izquierda con dispositivo de fijación interna, abordaje abierto, y

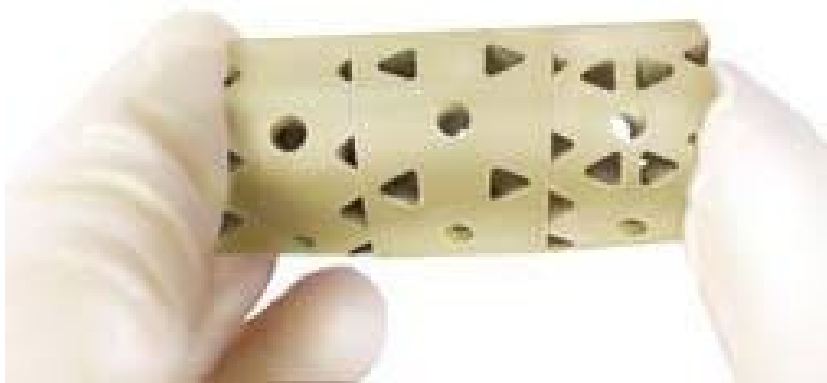
ORUH0KZ Suplemento de articulación acromioclavicular izquierda con sustituto de tejido no autólogo, abordaje abierto, para la reconstrucción de la articulación acromioclavicular con aloinjerto

En este caso, el paciente tiene una rotura completa de los ligamentos coracoclaviculares conoide y trapezoide, y ruptura de la cápsula de la articulación acromioclavicular. El cirujano documentó que se redujo la articulación acromioclavicular, se aseguró el aloinjerto con tornillos y se extendió el aloinjerto para reconstruir la cápsula articular. La escisión de la clavícula distal es parte integral del procedimiento para reponer la articulación acromioclavicular y no es un objetivo quirúrgico separado. Por el contrario, cuando hay un objetivo distinto, tal como una resección de un tumor de hueso, sería correcto informar la escisión/resección.

Pregunta:

Un paciente con espondilolistesis, protrusión de disco, lesión de médula espinal y fracturas de lámina y apófisis espinosa se presenta para discectomía, fusión, descompresión de médula espinal, colocación de instrumentación vertebral anterior e implante con sistema vertebral VERTE-STACK®. Tras acceder a la columna anterior, se retiró todo el material del disco de C3-C4 y C4-C5, y se usó un taladro para adelgazar los labios posteriores de los cuerpos vertebrales de C3 y C4.

Los implantes VERTE-STACK® se rellenan con hueso del centro del cuerpo vertebral y luego se calzaron en su posición. Fue seguido de inserción de una placa y pernos para estabilización vertebral. ¿Cuál es el valor de dispositivo para fusión vertebral? y ¿se considera parte integral de la fusión vertebral las inserciones de VERTE-STACK® o se codifican por separado?





Fases de la implantación del dispositivo de fusión vertebral VERTE-STACK® NT

Respuesta:

Asigne el siguiente código de procedimiento:

ORG20A0 Fusión de dos o más articulaciones vertebrales con dispositivo de fusión intervertebral, abordaje anterior, columna anterior, abordaje abierto, para la fusión de los niveles C3-C5 con implantes VERTE-STACS®

En este caso, los implantes VERTE-STACS® se usaron como dispositivo de fusión intersomática. La documentación del médico indica que se hizo una fusión vertebral. Se extrajeron los discos y se insertaron dispositivos de fusión intersomática rellenos de injerto óseo autólogo en los espacios. Además, la discectomía debería codificarse por separado.

Pregunta:

Un paciente con síndrome de DiGeorge se presenta para colocación de injerto de timo. Se hizo una incisión sobre la porción media del compartimento anterior del muslo derecho. En todo el compartimento. Se hicieron unos surcos en el músculo y se implantaron injertos de timo de donante dentro de cada surco. Cada surco se cosió con suturas por fijación. La fascia se dejó abierta y la grasa y la piel se cerraron por capas. Se colocó también timo adicional en el muslo izquierdo se manera similar. ¿Cómo se codifica la colocación de injerto de timo en la ICD-10-PCS?

Respuesta:

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

07YM0Z0 Trasplante de timo, alogénico, abordaje abierto, y

07YM0Z0 Trasplante de timo, alogénico, abordaje abierto, para el trasplante de tejido de timo en ambos muslos derecho e izquierdo

El procedimiento es compatible con el tipo de intervención "Trasplante", aunque no sea un trasplante "clásico" en el sentido de que un órgano donado completo se coloque en la localización anatómica normal para este órgano. El tipo de intervención Reposición solo de aplicaría en el "trasplante autólogo" del propio tejido del paciente.

Pregunta:

Un paciente es sometido a cateterismo arterial transcarotídeo para tratar una estenosis de arteria carótida. En la intervención se hizo un corte en el cuello, se accedió a la arteria carótida común mediante una aguja, se avanzó una microguía y la arteria carótida interna se canalizó. El vaso fue predilatado con un balón, el stent se depositó y la angiografía mostró un resultado excelente. El *Coding Clinic* Segundo Trimestre de 2017, página 23 (página 23 de la versión traducida ^{NT}) indica "Abordaje abierto" para una trombectomía realizada por catéter donde el lugar de procedimiento se alcanzó mediante una incisión abierta. ¿Cuál es el valor correcto de valor de abordaje para este procedimiento?

Respuesta:

Asigne el siguiente código de procedimiento:

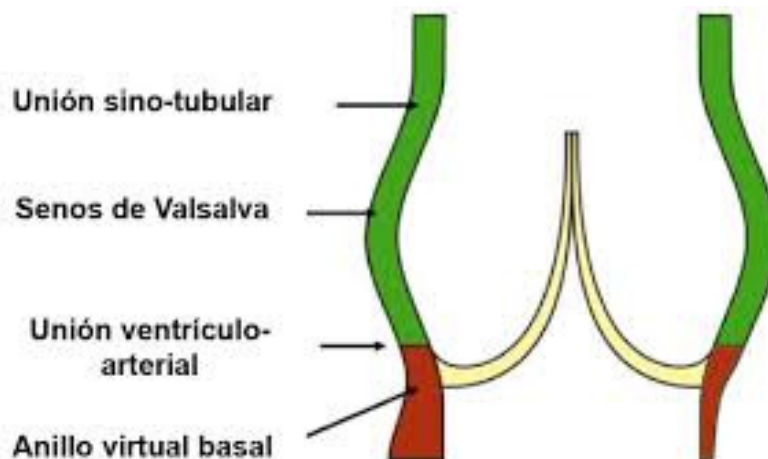
037K3DZ Dilatación de arteria carótida interna derecha con dispositivo intraluminal, abordaje percutáneo, para el procedimiento de cateterización arterial transcarotídeo realizado

La angioplastia y la colocación del stent se realizaron usando y abordaje percutáneo. El balón y el stent se colocaron a través del lugar de punción en la arteria carótida común e introducido en la arteria carótida interna. El lugar operatorio (arteria carótida interna) no estaba expuesta directamente. En la ICD10-PCS "Abordaje percutáneo" se define como "Entrada por punción o mínima incisión de instrumentación a través de piel o membrana mucosa y cualquier otra capa del cuerpo necesaria para llegar al lugar del procedimiento".

En el ejemplo publicado en *Coding Clinic* Segundo Trimestre de 2017, página 23 (página 23 de la versión traducida ^{NT}), se realizaron múltiples trombectomías durante un procedimiento abierto de bypass, por lo que se usó "Abordaje abierto".

Pregunta:

Un paciente con aneurisma crónico que afectaba la aorta ascendente, arco aórtico y aorta descendente es ingresado para sustitución de aorta ascendente y arco aórtico con injertos tubulares. Se diseccionó la aorta ascendente y se colocó un injerto tubular desde la unión sinotubular.



Partes de la raíz aórtica ^{NT}

La válvula aórtica fue extirpada y sustituida. El arco aórtico fue dividido y sustituido con un injerto y suturado a la aorta descendente proximal y al injerto tubular de la aorta ascendente. La arteria carótida común izquierda y la arteria braquiocefálica se desramificaron. Se suturó un injerto bifurcado en la arteria carótida izquierda y se suturó un injerto a la arteria braquiocefálica. ¿Se asignan códigos para la desramificación y colocación de las arterias carótida y braquiocefálica en la arteria aorta ascendente que ahora han sido sustituidas por el injerto?

Respuesta:

La desramificación de la arteria carótida común izquierda y la arteria braquiocefálica forma parte del procedimiento de bypass. Signe los siguientes códigos de procedimiento:

021X0JD Bypass de aorta torácica, ascendente/arco a carótida con sustituto sintético, abordaje abierto, y

021X0JB Bypass de aorta torácica, ascendente/arco a subclavia con sustituto sintético, abordaje abierto, para el nuevo camino establecido desde la aorta ascendente a las arterias carótida común izquierda y braquiocefálica

La ruta normal entre la arteria carótida común izquierda y la arteria braquiocefálica desde el arco aórtico se ha alterado para que las arterias se ramifiquen desde la aorta ascendente. No hay calificador para la arteria braquiocefálica, por lo que se asigna un calificador para la arteria subclavia, que es la más parecida.

Pregunta:

Un paciente en estado de trasplante cardiaco se presenta para cateterismo de corazón derecho y biopsia endomiocárdica de ventrículo derecho con guiado radioscópico para evaluar el rechazo de aloinjerto cardiaco, así como evaluar las presiones de llenado ventricular, presiones de la arteria pulmonar y el gasto cardiaco. ¿Sería adecuado informar por separado en la ICD-10-PCS el cateterismo cardiaco derecho cuando se hace durante una biopsia endomiocárdica?

Respuesta:

En este caso, la documentación apoya la codificación del cateterismo cardiaco derecho como un procedimiento diagnóstico independiente ya que se hizo para evaluar la función cardiaca (presiones de llenado ventricular, presiones de la arteria pulmonar y gasto cardiaco), y no solo como un abordaje para realizar la biopsia. Asigne los códigos de la ICD-10-PCS:

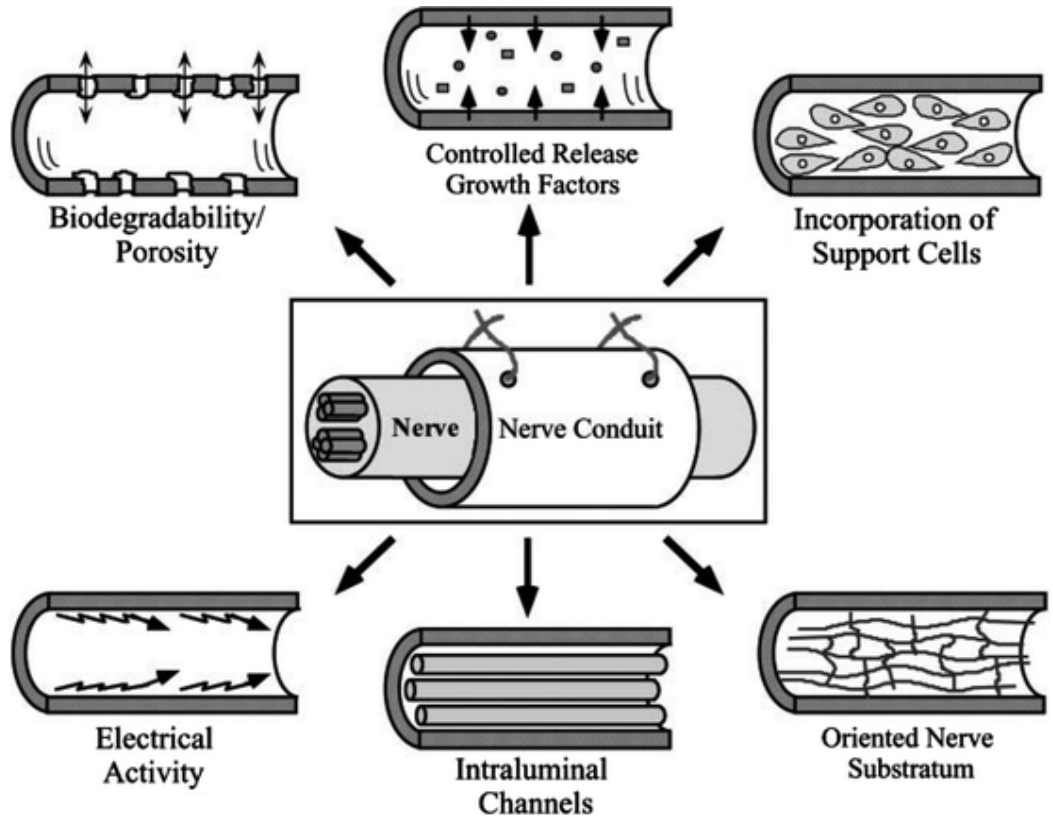
02BK3ZX Escisión de ventrículo derecho, abordaje percutáneo, diagnóstico, y

4A023N6 Medida de muestra y presión cardiaca, corazón derecho, abordaje percutáneo

Pregunta:

Un paciente, en estado de mastectomía derecha, es ingresado para reconstrucción con colgajo de perforante epigástrica inferior profunda (DIEP) con neurotización (*) del conducto nervioso. Durante la intervención, se preparó el lugar receptor, se disecó la fascia abdominal y se recolectó el colgajo de perforante. Se identificó y diseccionó el nervio donante para una posterior neurotización. En el lugar de recepción se prepararon la arteria y vena mamarias en el espacio intercostal para anastomosis de las perforantes. Bajo microscopio quirúrgico se llevó a cabo la reparación del nervio usando un conducto aloplástico Neurogen para unirlos nervios de la parte donante y la receptora. Los extremos de los nervios se aseguraron al conducto con sutura. Cuando se realiza una neurotización de colgajo DIEP usando nervios sensoriales intercostales, ¿se codifica la neurotización por separado?

(*) Regeneración de un nervio seccionado mediante la unión de los dos extremos o Implantación de un nervio en un músculo paralizado con una técnica que involucra la anastomosis entre un nervio motor que funciona y un nervio lesionado ^{NT}



Unión de nervios seccionados mediante un conducto aloplástico ^{NT}

Respuesta:

Sí, es correcto codificar la neurotización por separado. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

01U80KZ Suplemento de nervio torácico con sustituto de tejido no autólogo, abordaje abierto, para el conducto aloplástico Neurogen usado para unir el espacio entre el nervio sensitivo en el colgajo DIEP y el nervio intercostal receptor

La neurotización del injerto DIEP puede llevarse a cabo tanto con el uso de un conducto de nervio o por unión directa de los nervios. Esta intervención se realiza para conseguir la recuperación sensorial en la mama reconstruida. El valor de dispositivo "Sustituto de tejido no autólogo" se usa para la neurotización del injerto usando Neurogen, ya que el conducto de nervio basado en colágeno contiene una base biológica. La neurotización del colgajo por conducto de nervio se codifica usando el tipo de intervención Reparación.

Pregunta:

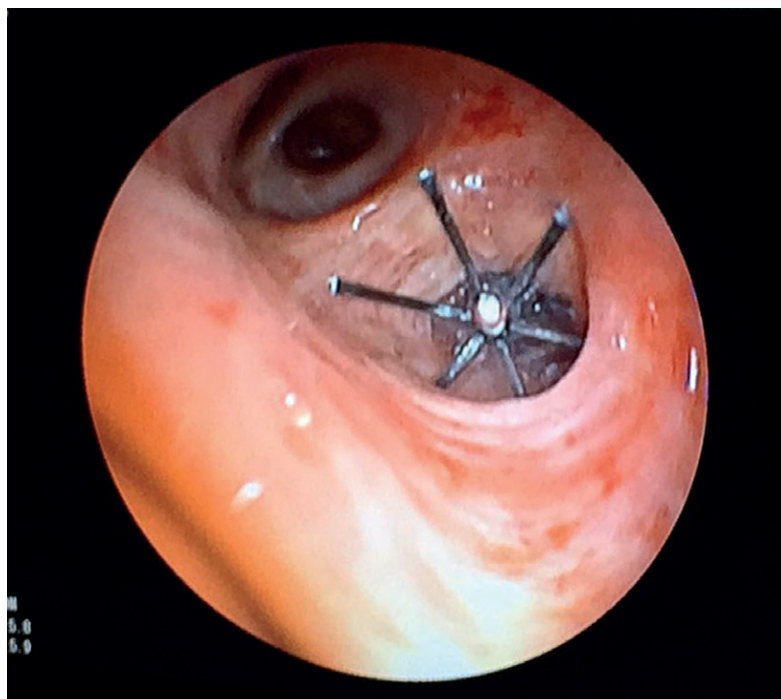
Un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica fue ingresado para colocación de válvulas endobronquiales en el bronquio del lóbulo inferior izquierdo. Se introdujo en endoscopio y se colocaron las válvulas bronquiales en el lóbulo inferior izquierdo. El médico documentó una reducción de volumen mediante una oclusión satisfactoria de la vía aérea. ¿Cuál es el tipo de intervención para este procedimiento?

Respuesta:

En este caso, el tipo de intervención adecuado es Inserción que se define como colocar un aparato no biológico que monitoree, asista, realice o evite una función fisiológica pero que no sustituya el lugar físico de una estructura corporal. Asigne el siguiente código de procedimiento

0BHB8GZ Inserción de válvula endobronquial en el bronquio el lóbulo inferior izquierdo, orificio natural o artificial endoscópico, para la colocación de válvulas endobronquiales en el bronquio del lóbulo inferior izquierdo

La válvula endobronquial es una válvula de un solo sentido que permite al aire y fluido atrapado salir de las áreas pulmonares enfermas e hiperinsufladas, mientras que desvían el aire de esos "espacios "muertos" que retienen el aire estancado. Al inhalar las válvulas se cierran. Durante la exhalación las válvulas se abren expulsando el aire atrapado. La colocación de válvulas endobronquiales no cumple la definición del tipo de intervención "Oclusión" ya que no cierran completamente el bronquio.



Válvula endobronquial NT

Aclaraciones

Hemorragia intracraneal traumática y edema cerebral

Pregunta:

De acuerdo con el *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 2015, páginas 12-13 (páginas 8-9 de la versión traducida ^{NT}), los códigos S06.340A, Hemorragia traumática del cerebro derecho sin pérdida de conciencia, episodio inicial, y S06.1X0A, Edema cerebral traumático sin pérdida de conciencia, episodio inicial, se asignan juntos en una hemorragia intracraneal traumática con edema cerebral. Sin embargo, la nota de Excluye 1 en la lista Tabular prohíbe asignar ambos códigos. Por favor aclare el código adecuado para estas afecciones

Respuesta:

La recomendación publicada previamente en *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 2015, páginas 12-13 (páginas 8-9 de la versión traducida ^{NT}), es exacta. Tanto la hemorragia cerebral traumática como el edema cerebral deben ser codificados porque el Excluye 1 solo apunta al edema focal. En este caso, el paciente no estaba diagnosticado de "edema focal", y el Excluye 1 bajo la categoría S06.3 se aplica solo al edema focal.

Procedimientos de fusión espinal

Pregunta:

La norma B3.10c de la ICD-10-PCS sobre Procedimientos de fusión espinal recomienda como codificar combinaciones de dispositivos y materiales que se usan para fusión de una articulación vertebral. Sin embargo, existe confusión acerca de como interpretar el uso de un dispositivo de fusión intersomático "solo" cuando *Coding Clinic* ha dejado muy claro que una fusión espinal requiere injerto óseo o sustituto de injerto. ¿Cuál es el significado de la palabra "solo" en la frase entre paréntesis "solo o conteniendo otro material como un injerto óseo", en la Norma B3?10c? ¿Puede colocarse un dispositivo de fusión intersomático solo sin material de injerto óseo?

Respuesta:

No. Un dispositivo de fusión intersomático debe contener material de injerto óseo y otro material parecido al mismo a fin de inmovilizar y unir las vértebras. La Norma B3.10 se refiere a la jerarquía al informar las combinaciones de los dispositivos que pueden usarse para la fusión de las articulaciones vertebrales. Cuando se usa un dispositivo de fusión intersomático, asigne el valor de dispositivo "A, dispositivo de fusión intersomático".

“Solo” en la normativa se refiere a dispositivos de fusión intersomática tales como clavijas óseas corticales o espaciadores de cuerpos vertebrales compuestos por hueso. Otros dispositivos de fusión intersomática están hechos de metal o plástico y están rellenos de hueso o material semejante a hueso que se coloca alrededor del implante para unir las vertebrales y estabilizar la columna vertebral y evitar el movimiento. El “A, dispositivo de fusión intersomática” es el correcto en ambos casos.

Como se continúa en la normativa, se asigna “7, Sustituto de tejido autólogo” o “K, Sustituto de tejido no autólogo” cuando el injerto óseo es el único dispositivo que se usa para la fusión, y se asigna “7, Sustituto de tejido autólogo” cuando hay una mezcla de material de injerto óseo autólogo y no autólogo.

Noticias de Corrección

Neumonía Lobar

El *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 2018, páginas 24-25 (páginas 20-21 de la versión traducida ^{NT}) recomienda asignar el código J18.1, Neumonía lobar, organismo no especificado, cuando el médico documenta neumonía del "lóbulo superior derecho" y el organismo causal no está documentado. Después de un repaso por nuestros expertos clínicos, el Comité Editorial de *Coding Clinic* ha anulado la recomendación publicada previamente sobre la neumonía lobar. Solo debe codificarse la neumonía lobar cuando el médico documenta específicamente "neumonía lobar" y el organismo causal no está especificado. La neumonía lobar es un diagnóstico clínico e implica la condensación de uno o más lóbulos del pulmón, lo que significa que hay una condensación de un lóbulo entero en lugar de la presencia de infiltrados en un lóbulo. Los distintos tipos de neumonía normalmente tienen diferentes patrones de imágenes radiológicas. Por tanto, los codificadores no pueden asignar un código de "neumonía lobar" basado en un informe radiológico que especifica neumonía en el lóbulo superior derecho o neumonía de múltiples lóbulos.

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.