

AHA

Coding Clinic[®]

ICD - 10 - CM
ICD - 10 - PCS

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

Volumen 7
Número 3

Tercer Trimestre
2020

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 1 de agosto de 2020 (sólo en USA^{NT})

En este número

Tipos de

Preguntas frecuentes de codificación con ICD-10-CM acerca de la COVID-19 revisadas a 5 de agosto de 2020

Nuevos códigos de la ICD-10-CM, efectivas el 1 de agosto de 2020 (solo en USA^{NT}).

Pregunte al Editor

Tipos de endofuga tras reparación endovascular de aneurisma

Las endofugas no son infrecuentes y pueden producirse cuando la sangre se filtra a un saco aneurismático, dando como resultado una presión dentro del saco tras los procedimientos de reparación endovascular de aneurisma (EVAR). El criterio de valoración común es una acumulación de presión fuera del injerto, pero dentro del saco aneurismático, a diferencia de una verdadera fuga en la que la sangre se escapa por completo del sistema circulatorio. Los tipos de fuga difieren en el punto de origen de la misma. Las siguientes descripciones se proporcionan en respuesta a muchas preguntas de ayuda al informar de los códigos adecuados tanto para los diagnósticos como para los procedimientos. Las descripciones indicadas a continuación se hacen con propósitos educativos y no deben interpretarse como criterios clínicos.

TIPO DE FUGA	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE FUGA	ASIGNACIÓN DE CÓDIGO DE LA ICD-10-CM
<p>La fuga de Tipo I se caracteriza como temprana o tardía y se categoriza como Ia o Ib No hay una definición estricta entre temprana y tardía -El tipo Ia se desarrolla en la unión proximal del injerto -El tipo Ib se desarrolla en la unión distal del injerto</p>	<p>Se produce debido a fallo o migración del endoinjerto: -Es resultado de una apertura entre en endoinjerto y la pared del vaso en la zona de unión el injerto -Permite a la sangre fugarse hacia el saco aneurismático -Lleva presión dentro del saco -Aumenta el riesgo de ruptura Tipo I temprano -Causado por un tamaño inadecuado del injerto, o -Anatomía inapropiada del paciente Codificada como rotura (mecánica) del injerto Tipo I tardío Causado por dilatación del vaso en el tiempo, probablemente por continuación del proceso que creó el aneurisma en primer lugar Codificada como "otra complicación especificada" de injerto</p>	<p>Se asigna el código T82.310A Rotura (mecánica) de injerto (sustitución) aórtico (bifurcación) episodio inicial para una endofuga de tipo I temprana. Se asigna el código T82.898A Otra complicación especificada de dispositivos protésicos, implantes e injertos vasculares, episodio inicial para una endofuga de tipo I tardía. Asigne el código por defecto T82.310A Rotura (mecánica) de injerto (sustitución) aórtico (bifurcación) episodio inicial, cuando la endofuga de tipo I no se especifica como temprana o tardía</p>
<p>La fuga de Tipo II se divide en tipo IIa y IIb: -El tipo IIa implica un solo vaso. -El tipo IIb implica dos o más vasos</p>	<p>Flujo retrógrado en los vasos colaterales (ramas laterales aórticas) en el saco aneurismático. Se produce debido a permeabilidad residual dentro de las ramas de la aorta, forzando a la sangre a un flujo retrógrado en el saco aneurismático -También denominada retrofuga -No clasificada como rotura mecánica -Considerada benigna típicamente -Puede resolverse por sí misma sin tratamiento Codificada como otra complicación tras procedimiento</p>	<p>Se asigna el código I97.89 Otras complicaciones y trastornos tras procedimiento del aparato circulatorio, no clasificadas en otro sitio, para la endofuga de tipo II</p>

<p>La fuga de Tipo III se divide en tipo IIIa y IIIb: -El tipo IIIa - desalineación o separación de los componentes del endoinjerto -El tipo IIIb - defectos o perforaciones en el endoinjerto</p>	<p>Se produce secundario al defecto del endoinjerto, o desconexión de la solapa modular del endoinjerto. -Lleva la presión dentro del saco aneurismático -Incrementa el riesgo de rotura Se codifica como rotura (mecánica) del injerto</p>	<p>Se asigna el código T82.310A, Rotura (mecánica) de injerto (sustitución) aórtico (bifurcación) episodio inicial para una para la endofuga de tipo III (incluye los tipos IIIa y IIIb)</p>
<p>Fuga de Tipo IV</p>	<p>Fuga a través del injerto -Típicamente es una complicación temprana - Causada por la porosidad -Se ve menos frecuentemente en los dispositivos endoprotésicos más nuevos Se codifica como fuga de injerto</p>	<p>Se asigna el código T82.330A, Fuga de injerto (sustitución) aórtico (bifurcación), episodio inicial, para la endofuga de tipo IV</p>
<p>Fuga de Tipo V</p>	<p>Mecanismo desconocido, pero se cree que ocurre cuando al aumentar la permeabilidad del injerto se permite pasar presión al saco aneurismático: -Incrementa en diámetro del aneurisma al máximo - Evidencia de fuga pero no se identifica endofuga -También referida como endotensión Se codifica como otra complicación mecánica de injerto</p>	<p>Se asigna el código T82.390A, Otra complicación mecánica de injerto (sustitución) aórtico (bifurcación), episodio inicial, para la endofuga de tipo V</p>

Pregunta:

El paciente en estado posreparación endovascular de aneurisma aórtico, se presenta con agrandamiento del saco aneurismático debido a endofuga temprana de tipo Ib de la rama ilíaca izquierda y una fuga de tipo IV de la rama ilíaca derecha. Durante el procedimiento, se hizo el acceso por vía femoral bilateral guiada. Se colocó una guía en la aorta en cada lado. En el lado izquierdo se colocó un stent de injerto Gore® Viabahn® en la arteria hipogástrica que se extendió hacia la rama ilíaca. Se realizó el inflado de un globo para desplegar el injerto, y se mostró la solución de la endofuga mediante imagen. En el lado derecho, se canalizó la arteria hipogástrica derecha y las ramas de la arteria iliaca externa se extendieron usando un stent de injerto Viabahn® y un stent de injerto Medtronic respectivamente.

¿Cuál es el código correcto de diagnóstico de la ICD-10-CM para las endofugas de tipo Ib y IV? ¿Cómo debería codificarse este procedimiento?

Respuesta:

Asigne el código T82.310A, Rotura (mecánica) de injerto (sustitución) aórtico (bifurcación), episodio inicial, para una endofuga temprana de tipo Ib de la rama ilíaca izquierda del injerto. La endofuga de tipo Ib se produce cuando hay una apertura entre el injerto y la pared del vaso en la «zona de sellado». Cuando la documentación no aclara si la endofuga de tipo I es temprana o tardía, se asigna por defecto el código T82.310A, Rotura (mecánica) de injerto (sustitución) aórtico (bifurcación), episodio inicial. El código T82.330A, Fuga de injerto (sustitución) aórtico (bifurcación), episodio inicial, debería asignarse para el tipo de endofuga de tipo IV de la rama ilíaca derecha, ya que esta complicación es causada por la porosidad de la pared del injerto.

Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS dos veces para captar el hecho de que el mismo procedimiento se realizó en dos lugares quirúrgicos diferentes:

04WY3DZ Revisión de dispositivo intraluminal en arteria inferior, abordaje percutáneo, y

04WY3DZ Revisión de dispositivo intraluminal en arteria inferior, abordaje percutáneo, para los stents de injerto colocados en las ramas ilíacas derecha e izquierda

El médico documentó que los stents de injerto se colocaron para tratar las endofugas. Tras la colocación de los stents de injerto, se añadieron extensiones debido a la fuga (porosidad) del injerto. Los procedimientos realizados cumplen con la definición del tipo de intervención «Revisión», corrección, en la medida de lo posible, de una parte de un dispositivo malfunctionante o en la posición de un dispositivo desplazado.

Pregunta:

Un paciente con reparación endovascular previa de aneurisma aórtico se presenta para evaluación de un saco aneurismático agrandado persistente. Tras el examen, el clínico documenta una endofuga de tipo Ia alrededor del endoinjerto. ¿Qué código de la ICD-10-CM se asigna para una de endofuga de tipo Ia?

Respuesta:

Asigne el código T82.310A, Rotura (mecánica) de injerto (sustitución) aórtico (bifurcación), episodio inicial, para una endofuga temprana de tipo Ia.

La endofuga de tipo Ia se produce en la unión proximal del injerto secundaria a un tamaño inadecuado del injerto o a la anatomía inadecuada del paciente y se clasifica como rotura mecánica del injerto.

El código T82.310A, Rotura (mecánica) de injerto (sustitución) aórtico (bifurcación), episodio inicial, se asigna por defecto cuando la endofuga de tipo I no se especifica como temprana o tardía.

Pregunta:

Una mujer de 84 años se presenta para reparación de una endofuga de tipo IIa. Estaba en estado posterior de reparación endovascular de aneurisma. ¿Cuál es el código de diagnóstico correcto de la ICD-10-CM para una endofuga de tipo IIa?

Respuesta:

Asigne el código I97.89, Otra complicación y trastorno del aparato circulatorio tras procedimiento, no clasificado en otro sitio, para la endofuga de tipo IIa. La endofuga de tipo II se produce cuando haya un flujo de sangre persistente hacia el saco aneurismático debido a flujo sanguíneo retrógrado desde vasos lumbares u otros colaterales. El tipo de endofuga IIa implica un solo vaso, mientras que la endofuga de tipo IIb implica dos o más vasos. La afección no está causada por complicación del injerto.

Aunque el Índice Alfabético hace referencia al código T82330-, Fuga de injerto (sustitución) aórtico (bifurcación), para la entrada Complicaciones... / injerto... / vascular... / mecánica / endofuga... / aorta..., esta asignación no es la adecuada ya que no implica una fuga debida a complicación mecánica del injerto. Las endofugas de tipo II son causadas por retroflujo de colaterales, no de un problema de injerto/procedimiento.

Pregunta:

Un paciente que fue diagnosticado de aneurisma aórtico abdominal infrarrenal, es sometido a reparación endovascular de aneurisma. En la hoja operatoria el cirujano anotó «pequeña endofuga, totalmente esperada dada la imagen preoperatoria». Dado que el cirujano documentó claramente que la endofuga no era complicación de la cirugía, ¿cómo se codificaría esta afección?

Respuesta:

Asigne el código I97.89, Otras complicaciones y trastornos del aparato circulatorio tras procedimiento, no clasificados en otro sitio, para la endofuga de tipo IIa. Ésta implica un solo vaso y ocurre cuando hay flujo persistente de sangre en el saco aneurismático debido a flujo retrógrado desde vasos lumbares u otros colaterales. Esta afección no se clasifica como rotura mecánica ya que no es causada por complicación del injerto.

Preguntas frecuentes sobre la codificación de la COVID-19 revisadas a 5 de agosto de 2020

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

Pregunta:

Un paciente fue tratado por neumonía y neumotórax debido a COVID-19 y dado de alta del hospital. El mismo día más tarde el paciente se presenta en el servicio de urgencias con neumotórax y es reingresado debido a una falta de aliento en aumento y para evacuación del neumotórax. Se insertó un tubo torácico, el paciente mejoró y fue dado de alta. ¿Cómo debe codificarse el reingreso?

Respuesta:

Asigne el código U07.1, COVID-19, como diagnóstico principal, y el código J93.8, otro neumotórax, como diagnóstico secundario. Ya que el neumotórax es debido a la COVID-19 presente en el primer ingreso no se ha resuelto, parece ser una continuación del tratamiento de la manifestación de la COVID-19.

Si la documentación no aclara sobre si el médico considera una afección que sea una manifestación aguda de una infección de COVID-19 actual frente a un efecto residual de una infección de COVID-19 previa, pregunte al clínico. Tal como se indica en la *Normativa Oficial para Codificación e Información*, la documentación de los clínicos de que los individuos tienen COVID-19 es suficiente para el propósito de la codificación.

Pregunta:

Un paciente fue hospitalizado pocas semanas antes por neumonía debida a COVID-19. El paciente se presenta ahora en el servicio de urgencias por falta de aliento y es ingresado. El diagnóstico al alta para este ingreso es «neumotórax debido a historia previa de COVID-19». ¿Cómo debería codificarse este ingreso?

Respuesta:

Asigne el código J93.83, Otro neumotórax, como diagnóstico principal, seguido del código B94.8, Secuela de otras enfermedades infecciosas y parasitarias especificadas. En este caso, el paciente ya no tiene COVID-19 y el neumotórax es un efecto residual (secuela).

No es correcto un código de historia personal ya que como se indica en la norma I.C.21.c.4), «los códigos de historia personal explican una afección médica pasada que ya no existe y para la que no recibe ningún tratamiento pero que tiene un potencial de recurrencia y por tanto puede necesitar un seguimiento continuado». El paciente está recibiendo claramente tratamiento para el efecto residual de la COVID-19.

Pregunta:

Un paciente fue diagnosticado de infección de la COVID-19 hace una semana y es ingresado tras desarrollar un comienzo agudo de falta de aliento asociado a dolor alto de espalda así como mareo sin síncope. El paciente continuó experimentando síntomas de infección por la COVID-19. Fue dado de alta con el diagnóstico de embolismo pulmonar y COVID-19. ¿Cuáles son los códigos adecuados?

Respuesta:

Asigne el código U07.1, COVID_19, como diagnóstico principal, seguido del código I26.99, Otro embolismo pulmonar sin cor pulmonale agudo, para un paciente diagnosticado de embolismo pulmonar y COVID-19. El embolismo pulmonar es una manifestación de la infección de la COVID-19. Según la nota de instrucción bajo el código U07.1, COVID-19, éste debe secuenciarse como diagnóstico principal y deben asignarse como códigos secundarios las manifestaciones.

Pregunta:

Un paciente es reingresado debido a falta de aliento tras un ingreso previo por COVID-19 y fallo respiratorio asociado. El paciente no tenía ya COVID-19. El diagnóstico final es «embolismo pulmonar debido a COVID-19 previa». ¿Cuáles son los códigos adecuados?

Respuesta:

Asigne el código I26.99, Otro embolismo pulmonar sin cor pulmonale agudo, como diagnóstico principal, seguido del código B94.8, Secuela de otras enfermedades infecciosas y parasitarias, como diagnóstico secundario.

Pregunta:

Un paciente de una residencia fue hospitalizado por COVID-19 y neumonía. Había completado el tratamiento pero no podía volver a la residencia hasta que se negativizara el test de COVID-19, por lo que es ingresado en la unidad de enfermería especializada en el hospital hasta que el test fuera negativo y pudiera volver a la residencia donde vive. ¿Qué código se asignaría para la estancia en la unidad de enfermería especializada?

Respuesta:

Asigne el código U07.1, COVID-19, ya que el paciente tiene aún la COVID-19. No asigne un código de neumonía ya que la afección estaba resuelta.

Pregunta:

Un paciente fue diagnosticado de «síndrome de Guillain-Barré que es parecido a una complicación parainfecciosa de una infección reciente de la COVID-19». Dicho paciente no tenía ya COVID-19. ¿Cómo debe codificarse?

Respuesta:

Asigne el código G61.0, Síndrome de Guillain-Barré, como diagnóstico principal, seguido del código B94.8, Secuela de otras enfermedades infecciosas y parasitarias especificadas.

Pregunta:

Un paciente fue trasladado desde un hospital de agudos de corta estancia a un hospital de agudos de larga estancia para continuar el tratamiento de un fallo respiratorio hipóxico debido a COVID-19. ¿Cuáles son los códigos adecuados para el ingreso en el hospital de agudos de larga estancia?

Respuesta:

Asigne el código U07.1, COVID-19, como diagnóstico principal, y el código J96.1, Fallo respiratorio agudo con hipoxia, como diagnóstico secundario. Según la nota de instrucción bajo el código U07.1, COVID-19, debe secuenciarse como diagnóstico principal y asignar códigos secundarios para las manifestaciones.

Pregunta:

Un paciente fue trasladado de un hospital de cuidados agudos a una clínica de rehabilitación debido a las secuelas de una infección de COVID-19. ¿Qué códigos deben asignarse?

Respuesta:

Asigne los códigos G72.81, Miopatía del paciente crítico, y G57.31, Lesión del nervio poplíteo lateral, miembro inferior derecho. Asigne el código B94.8, Secuela de otras enfermedades infecciosas y parasitarias especificadas, como diagnóstico secundario para las secuelas de infección por COVID-19.

Pregunta:

Un paciente fue trasladado de un hospital de cuidados agudos a una clínica de rehabilitación para recuperación de la debilidad generalizada debida a hospitalización prolongada por la COVID-19 que ha sido ya resuelta. ¿Qué códigos deberían asignarse?

Respuesta:

Signe códigos para los síntomas específicos (tales como flojera generalizada, debilidad, etc.). Asigne el código Z86.19, Historia personal de otras enfermedades infecciosas y parasitarias, como diagnóstico secundario.

No asigne el código B94.8, Secuela de otras enfermedades infecciosas y parasitarias especificadas, ya que la debilidad es debida más a la hospitalización prolongada que a una secuela de la infección de COVID-19.

Pregunta:

¿Cuál es el código(s) diagnóstico de la ICD-10-CM para un niño ingresado debido a un síndrome inflamatorio multisistémico en niños debido a COVID-19?

Respuesta:

Asigne el código U07.1, COVID-19, como diagnóstico principal, y el código M35.8, Otra afectación sistémica especificada del tejido conectivo, como diagnóstico secundario, para el síndrome inflamatorio multisistémico en niños debido a COVID-19. Este síndrome es una manifestación de la infección de COVID-19. Según la nota de instrucción bajo el código U07.1, COVID-19, debe secuenciarse como diagnóstico principal y asignar códigos secundarios para las manifestaciones.

Si la documentación no está clara acerca de si el médico considera que una afección es una manifestación aguda de una infección actual de COVID-19 o es un efecto residual de una infección de COVID-19 previa, pregunte al clínico. Tal como se indica en la *Normativa Oficial para Codificación e Información*, la documentación del clínico de que el individuo tiene COVID-19 es suficiente a objeto de codificación.

Pregunta:

Un niño diagnosticado de COVID-19 hace varias semanas es ahora ingresado con síndrome inflamatorio multisistémico en niños debido a COVID-19. ¿Cómo debe codificarse?

Respuesta:

Asigne el código M35.8, Otra afectación sistémica especificada del tejido conectivo, como diagnóstico principal, para este síndrome, y el código B94.8, B94.8, Secuela de otras enfermedades infecciosas y parasitarias especificadas, como diagnóstico secundario para la secuela de la infección de COVID-19

Si la documentación no está clara acerca de si el médico considera que una afección es una manifestación aguda de una infección actual de COVID-19 o es un efecto residual de una infección de COVID-19 previa, pregunte al clínico. Tal como se indica en la *Normativa Oficial para Codificación e Información*, la documentación del clínico de que el individuo tiene COVID-19 es suficiente a objeto de codificación.

Pregunta:

¿Cómo debería codificarse un episodio para cribaje de COVID-19, tal como un paciente que ha sido examinado para COVID-19 como parte de un estudio preoperatorio? ¿Se debería asignar el código Z11.59, contacto para cribaje de otras enfermedades víricas?

Respuesta:

Durante la pandemia de COVID-19, no es por lo general adecuado un código de cribaje. En contactos para pruebas de COVID-19, incluyendo estudios preoperatorias, codifique una exposición a COVID-19 (código Z20.828).

En un contacto para prueba de COVID-19 que se ha realizado como parte de un estudio preoperatorio, asigne el código Z01.812, Contacto para examen de laboratorio antes de procedimiento, como diagnóstico principal y asigne el código Z20.828 como secundario.

Nota: Esta norma es consecuente con la actualización de la *Normativa Oficial para Codificación e Información con ICD-10-CM* que será efectiva el 1 de octubre de 2020 (solo en USA^{NT}). Durante estos tiempos sin precedentes AHA y AHIMA concluyeron que era necesario aclarar los códigos adecuados para las prueba de COVID-19 adelantando la fecha efectiva de la normativa oficial de codificación revisada.

Esta pregunta y respuesta sustituye la información previamente publicada en *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 2020, páginas 8-9, sobre la codificación de episodios para examen de COVID-19 y COVID-19 que aún o ha sido confirmada.

Pregunta:

¿Qué código de la ICD-10-CM debería asignarse para un episodio para prueba de COVID-19?

Respuesta:

Para individuos asintomáticos con exposición actual o sospechada a COVID-19, asigne el código Z20.282, Contacto con y exposición (sospechada) a otras enfermedades víricas transmisibles.

Para individuos sintomáticos con exposición actual o sospechada a COVID-19 y cuya infección ha sido descartada, o los resultados no son concluyentes o son desconocidos, asigne el código Z20.828, Contacto con y exposición (sospechada) a otras enfermedades víricas transmisibles.

Si se confirma la COVID-19, asigne el código U07.1 en lugar del Z20.828.

Nota: Esta norma es consecuente con la actualización de la *Normativa Oficial para Codificación e Información con ICD-10-CM* que será efectiva el 1 de octubre de 2020 (solo en USA^{NT}). Durante estos tiempos sin precedentes AHA y AHIMA concluyeron que era necesario aclarar los códigos adecuados para las prueba de COVID-19 adelantando la fecha efectiva de la normativa oficial de codificación revisada.

Esta pregunta y respuesta sustituye la información previamente publicada en *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 2020, páginas 8-9, sobre la codificación de episodios para examen de COVID-19 y COVID-19 que aún o ha sido confirmada.

Nuevos Códigos de la ICD-10-CM efectivos desde el 1 de agosto de 2020

En respuesta a la pandemia de la COVID-19, los Centros para Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han implementado 12 nuevos códigos de procedimientos para describir la introducción o infusión de medicamentos, incluidos el remdesivir y el plasma de convaleciente, en la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima revisión, Sistema de Codificación de Procedimientos (ICD-10-PCS), efectivo desde el 1 de agosto de 2020 (solo en USA^{NT}).

Las Tablas de códigos, Índice y ficheros de apéndices para los 12 códigos nuevos de procedimiento están disponibles en la página web:

<https://www.cms.gov/Medicare/Coding/ICD10/2020-ICD-10-PCS>

Las siguientes preguntas y respuestas representan una selección de cuestiones que fueron inicialmente desarrolladas y aprobadas conjuntamente por la Oficina Central de la ICD-10-CM/PCS de la Asociación Americana de Hospitales, la Asociación Americana para Información y Administración de Salud y la CMS y puestas en la página web del *Coding Clinic Advisor* yb de la AHIMA como orientación provisional. Se ha reimpresso aquí como la aprobación de las Partes cooperantes indicando su acuerdo con las respuestas escritas.

Pregunta:

¿Se crearán nuevos códigos de procedimientos de la ICD-10-PCS para identificar el uso de fármacos específicos y otras sustancias terapéuticas para el tratamiento de la COVID-19 en el ámbito de ingresos hospitalarios?

Respuesta:

En respuesta a la pandemia de COVID-19, los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) implementan 12 códigos nuevos de procedimiento de la ICD-10-PCS para describir la introducción o infusión de tratamientos para la COVID-19, efectivo con las altas el/o a partir del 1 de agosto de 2020 (solo en USA^{NT}).

Las Tablas de códigos, Índice y ficheros de apéndices para los 12 códigos nuevos de procedimiento están disponibles en la página web:

<https://www.cms.gov/Medicare/Coding/ICD10/2020-ICD-10-PCS>

Pregunta:

¿Qué códigos de procedimiento de la ICD-10-PCS deben asignarse para identificar la administración de fármacos específicos, tales como remdesivir, para tratar la COVID.19 en el ámbito de hospitalización con ingreso?

Respuesta:

Efectivo con las altas de/o después del 1 de agosto de 2010, se han implementado códigos nuevos para la administración de tres tipos distintos de fármacos cuando se usan para tratar la COVID-19:

XW033E5 Introducción del antiinfeccioso remdesivir en vena periférica, abordaje percutáneo, nueva tecnología de grupo 5

XW043E5 Introducción del antiinfeccioso remdesivir en vena central, abordaje percutáneo, nueva tecnología de grupo 5

XW033G5 Introducción de salirumab en vena periférica, abordaje percutáneo, nueva tecnología de grupo 5

XW043E5 Introducción de salirumab en vena central, abordaje percutáneo, nueva tecnología de grupo 5

XW033H5 Introducción de tocilizumab en vena periférica, abordaje percutáneo, nueva tecnología de grupo 5

XW043H5 Introducción de tocilizumab en vena central, abordaje percutáneo, nueva tecnología de grupo 5

Estos códigos solo deben asignarse cuando estos fármacos son administrados para tratar la COVID-19

Pregunta:

¿Qué procedimientos de la ICD-10-PCS deben asignarse para identificar el uso de plasma de convaleciente para tratar la COVID-19 en el ámbito de hospitalización con ingreso?

Respuesta:

Efectivo con las altas de/o tras el 1 de agosto de 2020, asigne los códigos de la ICD-10-PCS:

XW13325 Transfusión de plasma de convaleciente (no autólogo) en vena periférica, abordaje percutáneo, nueva tecnología de grupo 5

XW14325 Transfusión de plasma de convaleciente (no autólogo) en vena central, abordaje percutáneo, nueva tecnología de grupo 5

Pregunta:

¿Qué código de procedimiento de la ICD-10-PCS debería asignarse para un fármaco o sustancia terapéutica nueva administrada en el ámbito hospitalario con ingreso para tratar la COVID-19 cuando no hay un código único para la administración de la sustancia específica?

Respuesta:

Efectivo con las altas de/o tras el 1 de agosto de 2020, deben asignarse los siguientes códigos de la ICD-10-PCS para la administración de nuevas sustancias terapéuticas para tratar la COVID-19 cuando la sustancia no está clasificada en otro sitio en la ICD-10-PCS:

XW013F5 Introducción de otra sustancia terapéutica nueva en tejido subcutáneo, abordaje percutáneo, nueva tecnología de grupo 5

XW033F5 Introducción de otra sustancia terapéutica nueva en vena periférica, abordaje percutáneo, nueva tecnología de grupo 5

XW043F5 Introducción de otra sustancia terapéutica nueva en vena central, abordaje percutáneo, nueva tecnología de grupo 5

XW0DXF5 Introducción de otra sustancia terapéutica nueva en boca y faringe, abordaje externo, nueva tecnología de grupo 5

Estos códigos deberían asignarse solo para sustancias terapéuticas que se usan para tratar la COVID-19. Para la administración de «otras sustancias terapéuticas» se están siendo usadas para tratar afecciones médicas diferentes a la COVID-19, véase la tabla 3E0 de la ICD-10-PCS. Por ejemplo, el código 3E033GC describe la «introducción de otra sustancia terapéutica en vena periférica, abordaje percutáneo».

Pregunta:

Si un código o valor de la ICD-10-PCS ya existe para la introducción o infusión de una sustancia terapéutica (ej. transfusión de células madre), ¿debería ser usado este código cuando la sustancia está siendo administrada para tratar la COVID-19 o uno de los códigos nuevos para «introducción de otra sustancia terapéutica de nueva tecnología» que será efectiva el 1 de agosto de 2020?

Respuesta:

Cuando existe un código de la ICD-10PCS más específico, tal como transfusión de células madre, asigne este código en lugar de un código de nueva tecnología meno específico. Estos códigos nuevos para «introducción de sustancia terapéutica de nueva tecnología» solo se destinan a sustancias nuevas que no están clasificadas en otro lugar en la ICD-10-PCS.

Pregunta:

Si el remdesivir, salirumab o tocilizumab se administran para tratamiento de una afección clínica diferente a la COVID-19, ¿debería asignarse un código nuevo de la ICD-10-PCS en la tabla XW0?

Respuesta:

No, estos códigos nuevos solo se destinan cuando estos fármacos está siendo administrados para tratar la COVID-19.

Pregunte al Editor

Pregunta:

Un paciente en estadio 3 de enfermedad renal crónica es ingresado con lesión renal aguda. Como se evalúa el estado de paciente renal durante la hospitalización, la lesión renal aguda se documenta debida a una necrosis tubular aguda. ¿Cuál es el indicador presente al ingreso (POA) correcto para la lesión renal aguda?

Respuesta:

Asigne el indicador POA «Y» para el código N17.0, Fallo renal agudo con necrosis tubular. El código N17.0 proporciona una mayor especificidad para el Fallo renal agudo que estaba documentado por el clínico como presente al ingreso.

Pregunta:

Un paciente es ingresado con neutropenia febril y pancitopenia debida a quimioterapia. De acuerdo con el *Coding Clinic* Cuarto Trimestre de 2014, páginas 22-23 (página 17 de la versión traducida ^{NT}) «los pacientes pueden presentar tanto pancitopenia como neutropenia con fiebre. Son procesos clínicos distintos. La pancitopenia codificada sola no transmite completamente el cuadro clínico. Sin embargo, la nota de Excluye 1 en la categoría D61, Otras anemias aplásicas y otros síndromes de fallo de médula ósea, prohíben asignar el código D70.1, Agranulocitosis secundaria a quimioterapia por cáncer, junto con un código de pancitopenia en esta categoría». La *Normativa Oficial para Codificación e Información con ICD-10-CM*, Sección I.A.12.a. indica «Una excepción a la definición de Excluye 1 es la circunstancia en que dos afecciones no están relacionadas una con la otra». Basado en esta información, ¿es adecuado asignar códigos para la pancitopenia debida a quimioterapia y neutropenia con fiebre cuando el paciente se presenta con ambas afecciones?

Respuesta:

Asigne los códigos D61.810, Pancitopenia inducida por quimioterapia antineoplásica para la pancitopenia/neutropenia debida a dicho tratamiento, R50.81, Fiebre presente en afecciones clasificadas en otro sitio, y T45.1X5A, Efecto adverso de fármaco antineoplásico e inmunosupresor, episodio inicial, para el efecto adverso de la quimioterapia. Si, por el contrario, la causa de la fiebre neutropénica no es la pancitopenia inducida por antineoplásico, la neutropenia febril debería informarse por separado.

La pancitopenia es una deficiencia de los tres componentes celulares (glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas). Cuando la pancitopenia y la neutropenia febril son ambas debidas a quimioterapia, asigne solo un código para la pancitopenia inducida por quimioterapia, ya que estas afecciones se solapan y la neutropenia es un componente de la pancitopenia. En el consejo publicado previamente en Coding Clinic, Cuarto Trimestre de 2014, páginas 22-23 (página 17 de la versión traducida ^{NT}), la pancitopenia no estaba documentada explícitamente por el clínico.

Por favor observe que la nota de Excluye 1 bajo la categoría D61, Otras anemias aplásicas y síndromes de fallo de médula ósea, cambiarán a una nota de Excluye 2 con efectividad el 1 de octubre de 2020. Cuando aparece una nota de Excluye 2 bajo un código, se acepta el uso del código y el código excluido juntos, cuando es adecuado.

Pregunta:

La pancitopenia se define como la presencia de anemia, neutropenia y trombocitopenia. Cuando un paciente tiene anemia, neutropenia y trombocitopenia, ¿sería correcto asignar un código de pancitopenia incluso cuando dicha pancitopenia no esté documentada específicamente? ¿Debe documentarse específicamente la pancitopenia a fin de codificarla como tal?

Respuesta:

Asigne separadamente los códigos de anemia, neutropenia y trombocitopenia. No sería adecuado informar la pancitopenia sin que el clínico documente explícitamente la afección.

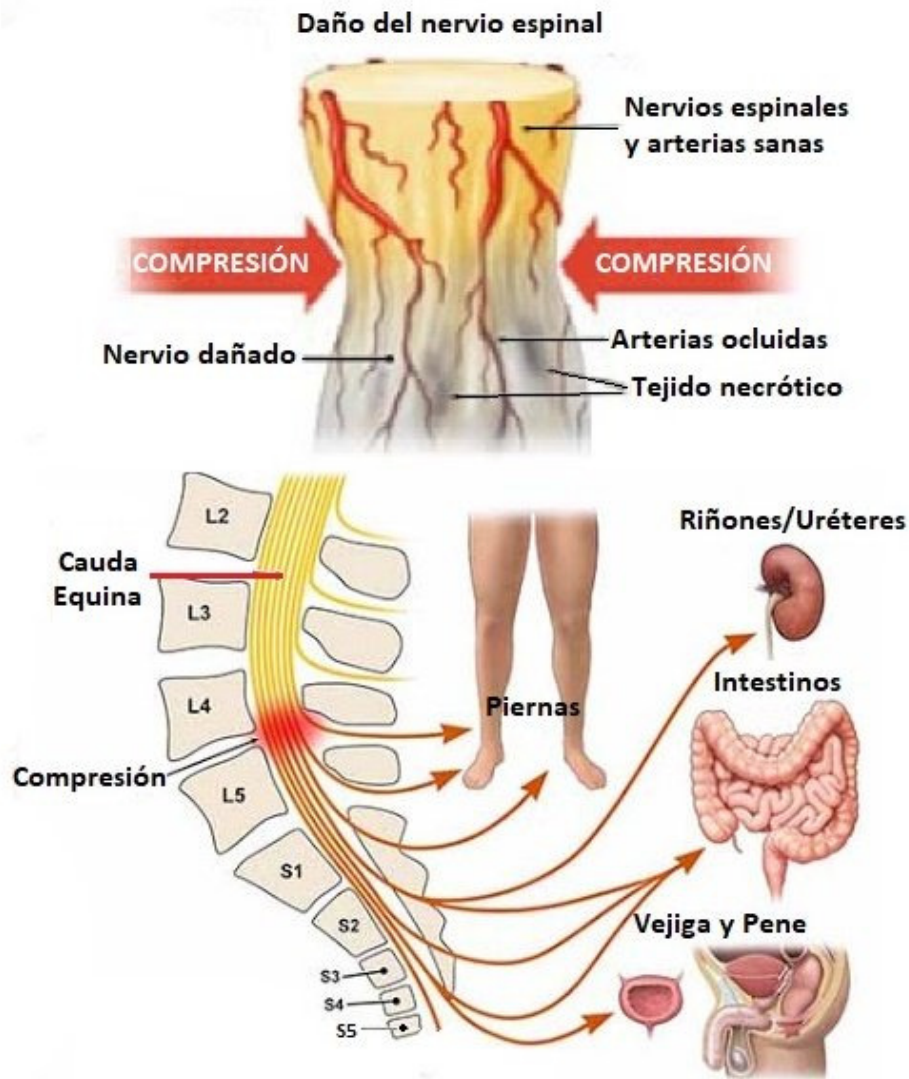
Sin embargo, es posible que desee preguntar al clínico para una aclaración cuando la anemia, neutropenia y trombocitopenia están presentes sin documentación de pancitopenia.

Pregunta:

Un paciente diagnosticado de síndrome de cauda equina por hematoma epidural de L3-L4 y L4-L5, en estado poslaminectomía descompresiva de L3-L5 es sometido a evacuación del hematoma con descompresión adicional de L2-L3. ¿Cuál es el código de diagnóstico correcto para el hematoma epidural? ¿Es un código secundario informado para el síndrome de cauda equina?

Respuesta:

Asigne el código G97.61, Hematoma tras procedimiento de órgano o estructura del sistema nervioso después de un procedimiento del sistema nervioso. Un hematoma epidural es un hematoma del sistema nervioso central, y la laminectomía lumbar descompresión es un procedimiento del sistema nervioso. Asigne también el código G83.4, Síndrome de cauda equina.



Síndrome de cauda equina o de la cola de caballo^{NT}

Pregunta:

Un paciente con neovejiga de conducto ileal es ingresado con fiebre y molestias abdominales debida a pielonefritis aguda. Una pregunta al clínico lo aclaró como pielonefritis aguda secundaria de conducto ileal. ¿Cómo debe codificarse esta afección?

Respuesta:

Asigne el código T83.598A, Infección y reacción inflamatoria debida a otro dispositivo protésico, implante e injerto en el aparato urinario, episodio inicial, para la infección de la neovejiga de conducto ileal. Asigne el código N10, Pielonefritis aguda, junto con un código para el agente infeccioso, si se conoce. El íleon, funcionando como la vejiga del paciente (neovejiga) ha desarrollado una infección, y la infección se ha extendido al riñón, causando pielonefritis aguda.

El código T83.958 debe localizarse en el Índice de Enfermedades como sigue:

Infección, infectado, infeccioso

- debido a o resultado de
- dispositivo, implante o injerto (véase también Complicaciones por sitio y tipo, infección o inflamación)
- urinario NCOC T83.598

y

- Complicación(es) (por) (de)
- injerto (bypass) (parche) (véase también Complicaciones, dispositivos protésicos o implante)
- órgano urinario
- infección e inflamación T83.598

Esta respuesta difiere de la publicada previamente en *Coding Clinic* Primer Trimestre de 2016, página 19 (página 18 de la versión traducida ^{NT}), sobre cáncer de neovejiga. En este ejemplo, la invasión del cáncer en la neovejiga no estaba codificada como complicación de injerto ya que el carcinoma de una neovejiga creada quirúrgicamente no se clasifica como complicación de injerto. Sin embargo, la ICD-10-CM no diferencia las infecciones de injerto/dispositivo de una infección de órgano típicamente urinario y clasifica una infección de injerto como una complicación.

Pregunta:

Cuando un paciente es ingresado y diagnosticado tanto de parada cardíaca como de shock cardiogénico, ¿cómo se codifica?

Respuesta:

Asigne solo el código I46.9, Parada cardíaca, de causa no especificada. La parada cardíaca se codifica antes que el shock cardiogénico, ya que el código R57.0, Shock cardiogénico, se localiza en el Capítulo 18, Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio anormales, no clasificados en otro sitio, y la parada cardíaca es un diagnóstico más determinante.

Los Centros para Control y Prevención de Enfermedades (CDC) del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS) tendrán en cuenta este tema para presentarlo a la futura reunión del Comité para Coordinación y Mantenimiento de la ICD-10 para una posible revisión de la instrucción Excluye 1 en la categoría I46 excluyendo el shock cardiogénico.

Pregunta:

Un paciente de 64 años de edad con una extensa historia médica fue ingresado para una revisión completa debida a diarrea sanguinolenta. El juicio diagnóstico final del clínico indicó «vasculitis leucocitoclástica mediada por IgA». Cuando se busca «vasculitis» en el Índice Alfabético, no hay subentradas para «mediada por IgA» o «leucocitoclástica».Cuál es el la asignación correcta de código de la ICD-10-CM para la vasculitis leucocitoclástica mediada por IgA?

Respuesta:

Asigne el código D69.0, Púrpura alérgica, para la vasculitis leucocitoclástica mediada por IgA. Esta afección es conocida también como púrpura de Schönlein-Henoch, que está indexado específicamente con el código D69.0 y «Púrpura de Henoch (-Schönlein)» es un término de inclusión bajo el código D69.0.

Pregunta:

Un hombre de 68 años es llevado al servicio de urgencias e ingresado, tras un desarrollo repentino de falta de aliento. En el juicio diagnóstico final, el clínico indicó «Emergencia hipertensiva compatible con edema pulmonar repentino». ¿Es correcto asignar un código de edema pulmonar agudo cuando la documentación indica edema pulmonar repentino?

Respuesta:

Asigne el código J81.0, Edema pulmonar agudo, para el edema pulmonar repentino. El edema pulmonar agudo es también referido como edema pulmonar repentino.

Pregunta:

Estamos buscando un consejo sobre cómo codificar un accidente vascular lacunar cuando un paciente tiene también una estenosis de carótida. Nuestros clínicos indican que los infartos lacunares resultan de enfermedad cerebral de pequeños vasos y nunca se relacionan con estenosis de la arteria carótida, que es un vaso grande. Por ejemplo, un hombre de 55 años se presenta con dificultad para hablar y marcha inestable y el clínico diagnosticó un accidente vascular lacunar. El paciente también tenía una estenosis moderada de la arteria carótida interna derecha. El clínico coincidió con el radiólogo que había menos de un 50% de estenosis en la arteria carótida interna derecha en la angiotomografía de cabeza e indicó que no era clínicamente significativa. Cuando se referencia oclusión, arteria carótida, en el Índice, hay una subentrada «con infarto», llevando al código I63.21, Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificadas de arterias carótidas derechas. Esta asignación de código no parece clínicamente correcta, ya que los infartos lacunares no están asociados con estenosis de grandes arterias. ¿Cuál es la asignación de código correcta para este caso?

Respuesta:

Asigne el código I63.81, Otro infarto cerebral debido a oclusión o estenosis de pequeñas arterias, para el infarto lacunar. Como el clínico ha documentado específicamente que la estenosis moderada de la arteria carótida interna derecha no es clínicamente significativa, no se codifica por separado.

Pregunta:

El paciente se presenta con oclusión de arteria carótida bilateral e infarto agudo de arteria cerebral media. El clínico documentó que una placa estenótica friable en la arteria carótida derecha causó el infarto agudo de la arteria cerebral media. También tenía presente una oclusión de la arteria carótida interna izquierda, pero no era responsable del infarto. ¿Cuáles son los códigos diagnósticos adecuados para este caso?

Respuesta:

Asigne el código I63.231, Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arteria carótida derecha, para un infarto debido a oclusión de la arteria carótida derecha. Esta asignación de código identifica el vaso ocluido que es responsable del accidente cerebrovascular. Asigne el código I65.22, Oclusión y estenosis de arteria carótida izquierda, como diagnóstico secundario para identificar la estenosis de la arteria carótida izquierda. De acuerdo con la documentación de la historia clínica, la oclusión del lado derecho en la arteria carótida derecha causó el infarto de la arteria cerebral media. Aunque el paciente tuvo una estenosis de arteria carótida bilateral, solo la oclusión del lado derecho fue responsable del infarto, que es un proceso separado de la oclusión de la arteria carótida izquierda. Por tanto, se necesitan dos códigos para captar el infarto de la arteria cerebral media debido a estenosis de la arteria carótida derecha así como la estenosis de la arteria carótida izquierda. Esto es una excepción a la instrucción de Excluye 1. La normativa indica «Una excepción a la definición de los Excluye 1 es la circunstancia en que dos afecciones no están relacionadas una con otra».

Pregunta:

Un paciente en estado tras cirugía de glaucoma debido a glaucoma primario de ángulo abierto, se presenta para una consulta. El juicio diagnóstico del clínico indicó «Ampolla recurrente de ojo izquierdo Seidel positivo, riesgo de endoftalmitis». El clínico documentó también que no había hipopion o endoftalmitis en ningún ojo e indicó continuar con el uso de antibióticos. La ICD-10-CM no proporciona un código específico para la fuga de ampolla tras la intervención de glaucoma a no ser que haya inflamación. ¿Cuál es el código adecuado de la ICD-10-CM para captar la ampolla Seidel positiva sin inflamación?

Respuesta:

Asigne el código H59.89, Otras complicaciones y trastornos tras procedimiento del ojo y anejos, no clasificadas en otro sitio, para la fuga de ampolla sin inflamación. Asigne el código Z93.83, Estado de ampolla filtrante (del vítreo) después de cirugía de glaucoma, para identificar el estado de dicha ampolla. Ambos códigos son necesarios para describir por completo la afección. El test de Seidel se usa para evaluar la presencia de fuga de la cámara anterior en la córnea, esclerótica o conjuntiva tras cirugía o lesión.

Pregunta:

Una paciente, que fue diagnosticada de carcinoma ductal infiltrante de la mama derecha de regiones solapadas, se presenta para una visita ambulatoria de revisión tras haber sido sometida a lumpectomía escisional con resección de ganglio linfático centinela. Los márgenes en el informe patológico estaban limpios y el ganglio centinela era benigno. Durante la visita de revisión, el oncólogo recomendó tratamiento endocrino coadyuvante. Sin embargo, la paciente rehusó dicho tratamiento porque su médico de primaria le indicó que los beneficios serían mínimos. ¿Cuál es la asignación adecuada de código para esta consulta ya que la paciente se encuentra sin evidencia de cáncer y ha rehusado el tratamiento endocrino coadyuvante?

Respuesta:

Asigne el código Z08, Contacto para examen de revisión tras completar el tratamiento para neoplasia maligna, y Z85.3, Historia personal de neoplasia maligna de mama, para esta visita. La paciente no ha recibido ningún otro tratamiento y no hay evidencia de neoplasia maligna. No se necesita un código adicional para el rechazo al tratamiento coadyuvante.

Pregunta:

Una paciente de 20 años con diabetes gestacional se presenta debido a cetoacidosis diabética. Las categorías para diabetes, incluido E19.- Diabetes mellitus de tipo 1, y E11.- Diabetes mellitus de tipo 2, excluyen códigos de la subcategoría O24.4, Diabetes mellitus gestacional. ¿Cómo debería codificarse la cetoacidosis con diabetes gestacional?

Respuesta:

Asigne los códigos O24.419, Diabetes mellitus gestacional en el embarazo, control no especificado, y E87.2, Acidosis, para la diabetes gestacional con cetoacidosis. Los códigos de las categorías E10 y E11 no serían adecuados si el paciente no tiene una diabetes mellitus preexistente.

Pregunta:

¿Qué códigos se deberían asignar para el uso prolongado de medicamentos antidiabéticos orales y agonista del receptor GLP-1 inyectable, tal como Trulicity (dulaglutida) o Victoza (liraglutida) (La dulaglutida y liraglutida son análogos humanos del péptido-1 similar al glucagón (GLP-1) producido por tecnología de ADN recombinante^{NT})?. Según la *Normativa Oficial para Codificación e Información*, Sección I.C.4.a.3, cuando tanto los hipoglucemiantes orales como la insulina se usan para tratamiento, solo se asigna la insulina. ¿Se seguiría la misma jerarquía y se asignaría solo el código de medicamento agonista receptor de GLP-1 incluso cuando el inyectable no es insulina?

Respuesta:

Asigne el código Z79.84, Uso prolongado (actual) de medicamentos antidiabéticos orales, y el código Z79.899, Otro tratamiento medicamentoso (actual) prolongado, cuando tanto el medicamento antidiabético como el agonista del receptor de GLP-1, tal como Trulicity o Victoza, se usan prolongadamente. Los medicamentos agonistas del receptor GLP-1 tienen distinto mecanismo de acción que los hipoglucemiantes orales. Funcionan en parte estimulando la liberación de insulina, así como retrasando el vaciamiento gástrico, y fomentan la sensación de saciedad, reduciendo la ingesta de alimento.

Pregunta:

¿Qué códigos deberían asignarse para el uso prolongado de medicamento agonista del receptor de GLP-1, tal como Trulicity o Victoza así como insulina?

Respuesta:

Asigne los códigos Z79.4, Uso prolongado (actual) de insulina, y Z79.899, Otro tratamiento medicamentoso (actual) prolongado, cuando tanto el agonista del receptor de GLP-1, tal como Trulicity o Victoza, y la insulina se prescriben para uso prolongado.

Pregunta:

El paciente es un hombre de 82 años con historia de fallo cardiaco congestivo y estado de estenosis aórtica grave tras sustitución de válvula aórtica transcatóter. El clínico documenta el fallo cardiaco congestivo con fracción de eyección recuperada del 35% al 55% tras la sustitución valvular. De acuerdo con las nuevas investigaciones, los pacientes con fracción de eyección baja pueden recuperarse y esto es referido como "fracción de eyección recuperada". Nos han indicado asignar el código I50.3-, Fallo cardiaco diastólico (congestivo), para pacientes con fallo cardiaco congestivo y fracción de eyección recuperada. ¿Cuál es la asignación de código adecuada para el fallo cardiaco congestivo con fracción de eyección recuperada?

Respuesta:

Asigne el código I50.32, Fallo cardíaco diastólico (congestivo) para un diagnóstico de fallo cardíaco congestivo con fracción de eyección recuperada. La subcategoría I50.3, Fallo cardíaco diastólico (congestivo), tiene términos de inclusión para fallo cardíaco con fracción de eyección normal.

Pregunta:

El paciente que tiene una historia de fallo cardíaco, hipertensión y enfermedad arterial coronaria se presenta con infarto de miocardio con elevación de ST. Como diagnóstico secundario el clínico registra HFmrEF, que significa fallo cardíaco con fracción de eyección medianamente reducida o de rango medio. ¿Cómo debe codificarse la fracción de eyección medianamente reducida o de rango medio?

Respuesta:

La fracción de eyección indica la cantidad de sangre bombeada desde el ventrículo al cuerpo durante la sístole (la fase en que el músculo cardíaco se contrae). Cuando un paciente con historia de fallo cardíaco congestivo es descrito en términos de fracción de eyección reducida (de rango medio o mediana), asigne un código para el fallo cardíaco sistólico crónico.

Pregunta:

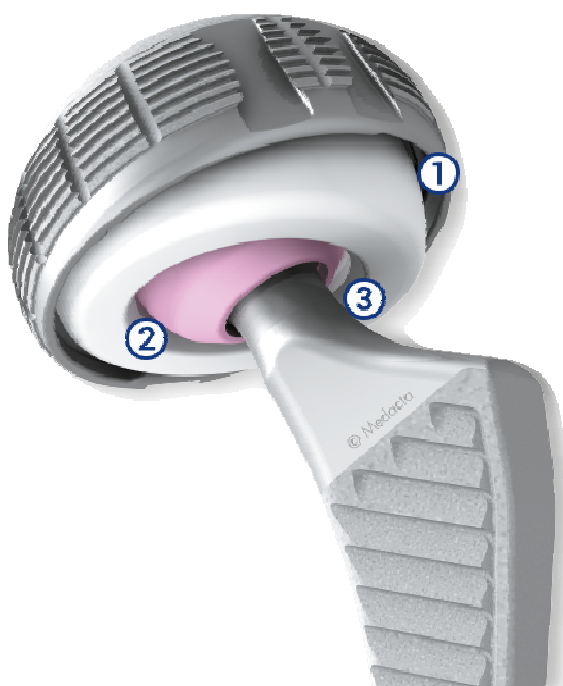
Un paciente se presenta en el Servicio de Urgencias para evaluación de dolor de garganta, que el clínico diagnostica de faringitis estreptocócica. El clínico también documenta trastorno de hiperactividad con déficit de atención, ansiedad, depresión maníaca y trastorno de estrés postraumático. El médico no monitorizó, evaluó o trató al paciente de ningún trastorno mental durante el episodio de urgencias. Para una visita ambulatoria, ¿deberían codificarse las afecciones de salud mental cuando son documentadas en la sección de la historia y el paciente está con medicación actual con antipsicóticos?

Respuesta:

No. En este caso, los trastornos mentales no se trataron durante el contacto actual, ni existe ninguna documentación de estas afecciones que afecten el cuidado o tratamiento del paciente. A no ser que el clínico indique que estas afecciones (o cualquier otra afección) afectan el tratamiento del paciente durante la visita actual, los trastornos mentales no deben codificarse ni informarse.

Pregunta:

Un paciente se presenta para artroplastia total de cadera derecha usando componentes de doble movilidad. La sustitución se realizó colocando una copa acetabular multiperforada y una cubierta interior (liner) de doble movilidad neutra. Se colocó un vástago femoral cementado con collar y se instaló una bola cerámica con un soporte de doble movilidad. Los componentes incluyeron una copa metálica y una cubierta y el componente doble de cabeza femoral consistió en una gran cabeza de polietileno con una bola cerámica dentro de la cabeza. ¿Cuál es la asignación de código adecuada para la sustitución de cadera de doble movilidad?



1. DUAL MOBILITY - Articulation Shell
2. DUAL MOBILITY - Articulation Head Liner
3. THIRD ARTICULATION - Articulation Neck/Liner

Componentes articulares de doble movilidad en cadera ^{NT}

Respuesta:

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

0SR9029 Sustitución de articulación de cadera derecha con metal en sustituto sintético de polietileno, cementada, abordaje abierto, para la artroplastia total de cadera usando componentes de doble movilidad

Los valores de dispositivo de la ICD-10-PCS especifican la capa más externa de los componentes correspondientes a las superficies de la articulación que son reemplazadas con la prótesis articular. Aunque la ICD-10-PCS no captura específicamente las sustituciones de cadera de doble movilidad, los códigos captan las superficies de apoyo donde se juntan los dos componentes. Para las sustituciones de cadera, la superficie de apoyo es donde la cabeza femoral sustituida se junta con la copa acetabular sustituida. Por tanto, en este caso, asigne el valor de dispositivo "2" para metal en polietileno.

Los implantes de doble movilidad proporcionan una superficie de apoyo adicional comparado con un implante tradicional. Con la cadera de doble movilidad, se fija una gran cabeza plástica de polietileno dentro del componente de encaje de metal pulido, y una pequeña cabeza de metal en cerámica se encaja dentro de la cabeza de polietileno.

Pregunta:

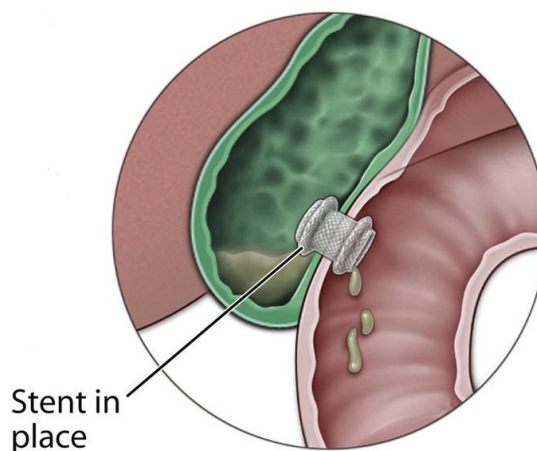
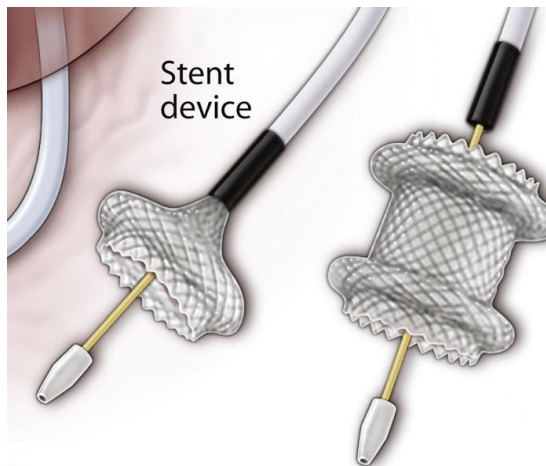
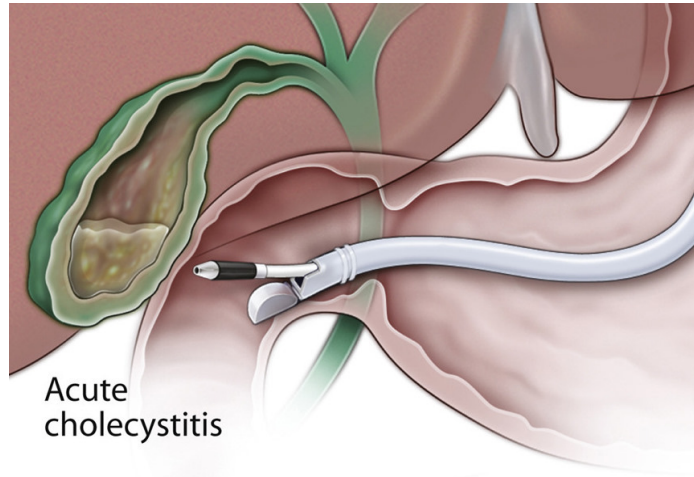
Un paciente diagnosticado de colección necrótica pancreática y pseudoquistes adyacente al cuerpo del estómago, fue sometido a cistogastrostomía endoscópica usando el sistema de endoprótesis AXIOS™. El endoscopio se colocó bajo visión directa, y la pared del estómago y el pseudoquiste pancreático se puncionaron con guía endosonográfica. Se colocó una endoprótesis AXIOS™ entre las paredes de la vesícula y del estómago a través de una cistogastrostomía. Se drenó un líquido marrón oscuro por la endoprótesis. Se avanzó un gastroscopio por el estómago bajo visualización directa, se insertó una guía por la endoprótesis AXIOS™ en la cavidad de la vesícula bajo guía fluoroscópica y se introdujo un balón de dilatación por la guía con dilatación exitosa del conducto. Se visualizó una gran cavidad necrótica y se colocó un catéter en la endoprótesis AXIOS™ bajo guía endoscópica y fluoroscópica para mantener la permeabilidad. ¿Cuál es el código para la cistogastrostomía usando endoprótesis AXIOS™? ¿Es correcto informar códigos adicionales para la dilatación con balón del conducto y dilatación de la endoprótesis AXIOS™? En su caso, ¿cuál es la asignación de códigos correcta?

Respuesta:

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

0F9G80Z Drenaje de páncreas con dispositivo de drenaje, abordaje por apertura natural o artificial endoscópica, para la cistogastrostomía con endoprótesis AXIOS™ para drenar el quiste.

El clínico documentó que la pared del estómago y de la vesícula se perforaron mediante guiado endoscópico. Se colocó una endoprótesis AXIOS™ aproximado las paredes de vesícula y estómago a través de una cistogastrostomía, y el fluido se drenó desde la vesícula. No se asignan códigos separados para la dilatación con balón del tracto cístico o para la dilatación de la endoprótesis con AXIOS™, para mantener la permeabilidad, ya que no se hicieron con diferentes objetivos.



Cistogastrostomía con endoprótesis AXIOS™ NT

Pregunta:

Dado que una fístula arteriovenosa es una anastomosis quirúrgica directa de los vasos propios del paciente sin uso de un dispositivo, implante o injerto, ¿deberían asignarse códigos de la categoría T82, Complicaciones de dispositivos, implantes e injertos cardiacos y vasculares protésicos, para complicaciones de una fístula arteriovenosa?

Respuesta:

Sí, los códigos de la categoría T82, Complicaciones de dispositivos, implantes e injertos cardiacos y vasculares protésicos son correctos para asignar complicaciones de una fístula arteriovenosa. La asignación de código específico dentro de la categoría depende de la complicación documentada.

Pregunta:

¿Cuál es la asignación de código correcta para un pseudoaneurisma de una fístula arteriovenosa?

Respuesta:

Asigne el código T82.510A, Rotura (mecánica) de una fístula arteriovenosa, episodio inicial, para un pseudoaneurisma de una fístula arteriovenosa. Un pseudoaneurisma de una fístula arteriovenosa se clasifica como rotura mecánica. Las punciones repetidas de una fístula arteriovenosa o de un injerto arteriovenoso pueden dar lugar a sangrado y/o formación de pseudoaneurisma.

Si hay documentación de sangrado de la fístula arteriovenosa, asigne el código T82.838A, Hemorragia debida a dispositivos protésicos, implantes e injertos vasculares, episodio inicial, en lugar del código T82.510A.

Pregunta:

¿Cuál es la asignación de código adecuada para un pseudoaneurisma de un injerto arteriovenoso?

Respuesta:

Asigne el código T82.511A, Rotura (mecánica) de derivación arteriovenosa creada quirúrgicamente, para un pseudoaneurisma de un injerto arteriovenoso. El pseudoaneurisma de un injerto arteriovenoso se clasifica como rotura mecánica. Las punciones repetidas de una fístula arteriovenosa o de un injerto arteriovenoso pueden dar lugar a sangrado y/o formación de pseudoaneurisma.

Si la complicación implica sangrado del injerto arteriovenoso, asigne el código T82.838A, Hemorragia debida a dispositivos protésicos, implantes e injertos vasculares, episodio inicial, en lugar del código T82.511A.

Pregunta:

Un hombre de 51 años de edad en estadio final de enfermedad renal se presenta para reparación de aneurisma de la fístula arteriovenosa braquiocefálica derecha. Se hizo una incisión a través del tejido subcutáneo, se expuso la fístula, y se abrió la sección aneurismática con un bisturí. Se extirparon fragmentos muy calcificados como roca del aneurisma, fundamentalmente endovenectomizando la luz. Se escindió el exceso de pared de vena cefálica y los bordes se plegaron con puntos a fin de reducir el tamaño y el flujo de la fístula. ¿Cuál es el código correcto de la ICD-10-PCS para esta reparación de aneurisma de fístula? ¿La extracción de fragmentos calcificados se codifica por separado?

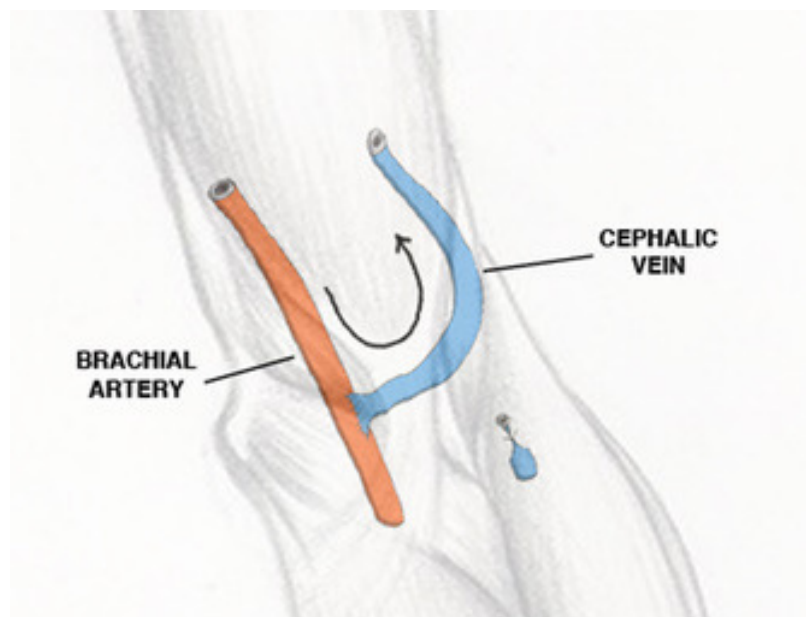
Respuesta:

Sí, la retirada de fragmentos calcificados se codifica por separado. Asigne los siguientes códigos de procedimiento:

05VDOZZ Restricción de vena cefálica derecha, abordaje abierto, para el recorte y sutura de pliegue de la pared del aneurisma, y

05CDOZZ Extirpación de material de la vena cefálica derecha, abordaje abierto, para la endovenectomía

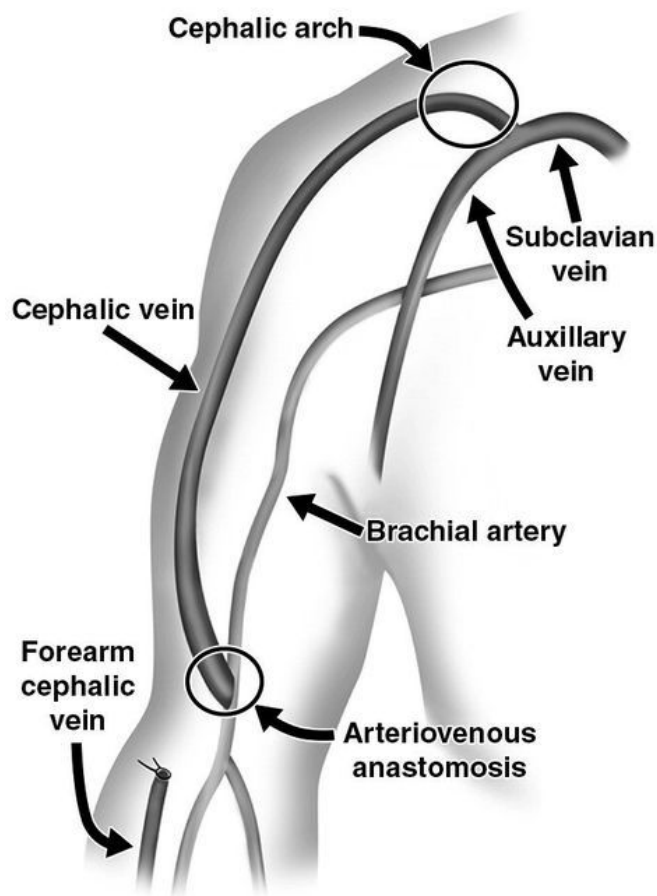
El tipo de intervención Revisión no sería correcto en este caso ya que este tipo de fístula no implica un dispositivo. En este caso, la fístula arteriovenosa es una conexión directa de una arteria y una vena, que aumenta el flujo de sangre y hace las venas mayores. Sin embargo, no es un dispositivo. No hay un injerto autólogo o sintético. Por el contrario, un injerto de fístula arteriovenosa se construye conectando una arteria y una vena usando un injerto sintético



Fístula arteriovenosa braquiocefálica a nivel de codo ^{NT}

Pregunta:

Un paciente se presenta para tratamiento de una fístula arteriovenosa braquiocefálica sangrante ulcerada. En la intervención, se descubrió una estenosis del stent de la vena innominada previamente colocado y estenosis del arco cefálico. Se infló un balón dentro del stent y se realizó una angioplastia en el stent de vena innominada así como del arco cefálico. Tras la angioplastia se formó un coágulo dentro de la fístula. Se realizaron trombectomías abiertas de la fístula AV. La repetición del fistulograma reveló un flujo inadecuado por el stent de vena innominada. Se colocó un injerto solapando el stent de vena innominada previo y extendiéndolo al arco cefálico. Tras la colocación del injerto de stent se consiguió un flujo excelente por las venas centrales hacia la aurícula derecha y se resolvió completamente la estenosis del arco cefálico. ¿Cuál es el tipo correcto de intervención para la colocación de injerto de stent dentro de la vena innominada, Revisión o Dilatación? ¿Cuál es el valor de estructura anatómica determinado por la zona de trombectomía del procedimiento? Los cirujanos raramente identifican la vena o la arteria. Además, puesto que la fístula AV es una anastomosis directa, se considera un dispositivo según los términos de la ICD-10-PCS?



Localización del arco cefálico estenosoado ^{NT}

Respuesta:

Asigne los siguientes códigos de procedimiento:

05733DZ Dilatación de vena innominada derecha con dispositivo intraluminal, abordaje percutáneo, para la angioplastia con balón, para el stent en la vena innominada

03C70ZZ Extirpación de material de la arteria braquial derecha, abordaje abierto, y

05CD0ZZ Extirpación de material en la vena cefálica derecha, abordaje abierto, para las trombectomías abiertas de los dos lados de la fístula AV.

En este caso, la fístula braquiocefálica original se formó con una anastomosis directa entre la arteria braquial y la vena cefálica del paciente. Cuando el procedimiento original de bypass para crear una fístula AV usa una anastomosis directa entre la arteria y la vena nativa para formar los extremos arterial y venoso de la fístula, el lugar del procedimiento no incluye ningún material que es clasificado como dispositivo en la ICD-10-PCS. El stent colocado previamente en la vena innominada no forma parte de la fístula AV, y en este caso, del tipo de intervención. Dilatación es más exacto que revisión ya que en el informe operatorio el cirujano anota "estenosis significativa desborde periférico del stent" y el nuevo injerto de stent se colocó solapando el stent de la vena innominada y extendiéndose al arco cefálico".

Pregunta:

A este mismo paciente se le encontró un área ulcerada de la fístula arteriovenosa y del lugar de canulación, extendiéndose por la piel a la pared del vaso en la porción venosa de la fístula. El cirujano anotó que era el motivo del sangrado. Se hizo una incisión elíptica alrededor de este tejido anómalo, extendiéndose por la piel y la pared vascular. El defecto fue reaproximado por capas y la pared vascular se reaproximó con material de sutura. ¿Cuál es el tipo de intervención correcta, Escisión, reparación o revisión?

Respuesta:

El tipo de intervención Escisión se asigna para el procedimiento de cortar el área ulcerada que se extiende por la vena cefálica de la fístula. Asigne el siguiente código de procedimiento:

05D0ZZ Escisión de vena cefálica derecha, abordaje abierto

Cuando se realizan procedimientos adicionales que representan objetivos distintos, deben ser codificados por separado

Pregunta:

Un paciente se presenta para criobiopsia transbronquial de pulmón derecho. Se introdujo el broncoscopio y un examen completo de la vía aérea no encontró anomalías mucosas o aumento de secreciones. Se insertó una criosonda para obtener 5 criobiopsias transbronquiales del pulmón derecho (1 del lóbulo superior, 1 del medio y 3 del inferior) bajo guiado radioscópico. Una vez succionada la sangre residual y confirmada que la hemostasia era la adecuada, se retiró el broncoscopio. ¿Cuál es el tipo de intervención correcto para la criobiopsia transbronquial de pulmón?

Respuesta:

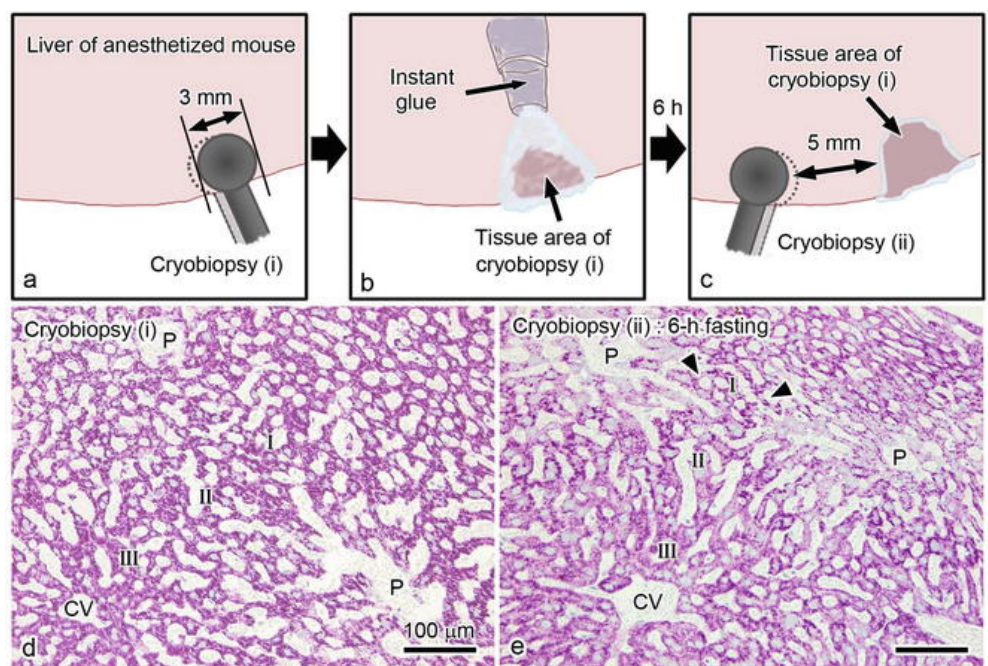
Asigne los siguientes códigos para las biopsias transbronquiales:

OBDC8ZX Extracción de lóbulo superior de pulmón derecho, vía natural o apertura artificial endoscópica, diagnóstica

OBDD8ZX Extracción de lóbulo medio de pulmón derecho, vía natural o apertura artificial endoscópica, diagnóstica, y

OBDD8ZX Extracción de lóbulo inferior de pulmón derecho, vía natural o apertura artificial endoscópica, diagnóstica

En una criobiopsia transbronquial un gas a alta presión enfría la sonda, que luego se inserta por el broncoscopio en el área de la biopsia. Luego la criosonda es traccionada hacia atrás junto con el broncoscopio en un movimiento rápido de tracción para obtener el espécimen de la biopsia. Esto cumple la definición del tipo de intervención Extracción – Retirar, extirpar o arrancar total o parcialmente una estructura anatómica aplicando una fuerza.



Criobiopsia transbronquial ^{NT}

Pregunta:

Un paciente con dificultad respiratoria, elevación del diafragma y paresia parcial del miso se presenta para plicatura diafragmática. Mientras estaba en posición de decúbito lateral izquierdo, se penetró en el tórax por el 6º espacio intercostal y se colocaron varios puertos para cámaras. Con el gas insuflado el diafragma bajó relativamente bien. Estaba completamente flácido. Se plegó con tres suturas dobles de colchón con una compresa en ambos extremos. Esto dio como resultado un aplanamiento del diafragma. Una vez que el conteo de todos los instrumentos y esponjas fue el correcto, la herida fue irrigada con solución antibiótica y se retiraron los puertos. ¿Cómo se codifica este procedimiento en la ICD-10-PCS?

Respuesta:

Asigne los siguientes códigos de procedimiento:

OBQT4ZZ Reparación de diafragma, abordaje endoscópico percutáneo, para la plicatura diafragmática

El clínico documentó que el diafragma se plegó con tres suturas dobles de colchón con una compresa en los extremos. El objetivo quirúrgico de la plicatura del diafragma es reforzar el mismo, proporcionando al pulmón un mayor volumen de expansión y mejorar la función respiratoria. El tipo de intervención Reparación es correcto, la cual se define como restaurar en la medida de lo posible, una estructura anatómica a su estructura anatómica o función normales. Dado que el procedimiento no necesita mover el diafragma, el tipo de intervención Reposición no es correcto, ya que no hay ningún cambio del diafragma como resultado de la sutura. Aunque el Índice dirige a véase Restricción cuando se referencia Plicatura, no es correcto en este caso. La cirugía no cumple la definición del tipo de intervención Restricción tampoco, ya que el diafragma no es una estructura anatómica tubular. El uso de suturas con compresas no constituye un dispositivo, en términos de la PCS. Por tanto, el tipo de intervención Suplemento no se aplicaría.

Pregunta:

Un paciente es ingresado para un conducto gástrico laparoscópico por estadios para tratamiento de cáncer esofágico y colocación de un tubo de alimentación en yeyuno. Durante el primer estadio del procedimiento. Se seccionaron las arterias gástricas. Después de unión el yeyuno a la pared abdominal usando endosutura y nudo de corbata. Se colocó una aguja en el yeyuno y se colocó un tubo de yeyunostomía con la técnica de Seldinger. Se usaron varias suturas para reforzar el yeyuno en la pared abdominal. ¿Cuál es la asignación de código adecuada para un procedimiento de conducto gástrico laparoscópico por estadios con tubo de alimentación por yeyunostomía?

Respuesta:

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

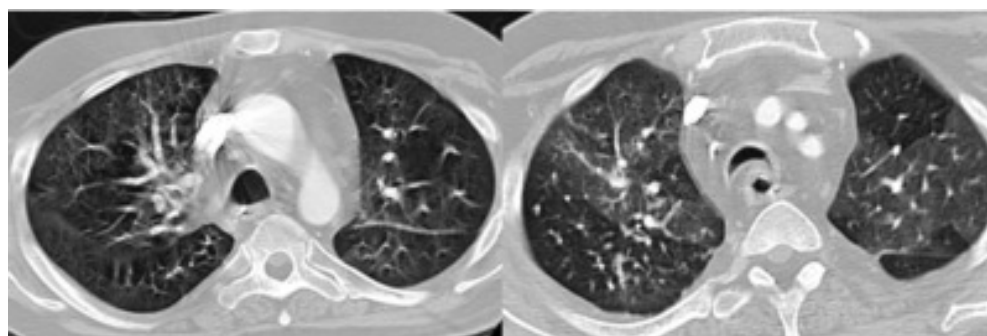
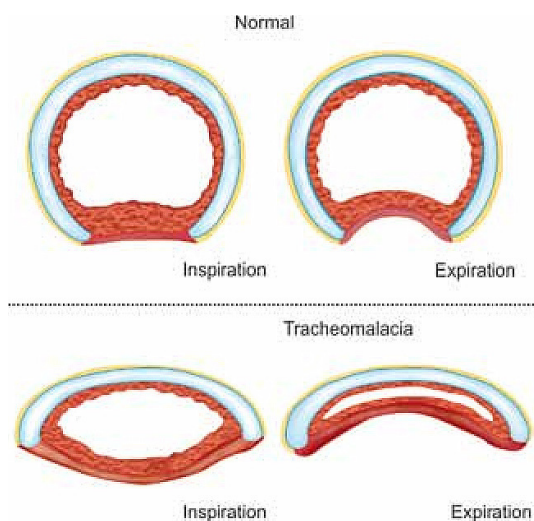
04L24ZZ Oclusión de arteria gástrica, abordaje endoscópico percutáneo, para la ligadura de las arterias gástricas izquierdas, y

0DHA3UZ Inserción de dispositivo de alimentación en yeyuno, bordaje percutáneo, para la inserción del tubo de alimentación

El objetivo del conducto gástrico por estadios es ligar las arterias gástricas. El anclado del yeyuno a la pared abdominal es inherente a la yeyunostomía y no se codifica por separado.

Pregunta:

Una mujer de 60 años es ingresada para tratamiento de traqueobroncomalacia y es sometida a colocación endoscópica de una endoprótesis traqueobronquial. No estamos seguros de asignar el tipo de intervención Suplemento, ya que el objetivo quirúrgico parece ser reforzar las paredes de la tráquea. Otro posible tipo de intervención es Dilatación o Inserción. ¿Cuál es el tipo de intervención correcto para esta intervención?



Traqueomalacia: TAC en inspiración y espiración ^{NT}

Respuesta:

Asigne los siguientes códigos de procedimiento:

0BU18JZ Suplemento de tráquea con sustituto sintético, vía natural o apertura artificial endoscópica

El tipo de intervención Suplemento es más específico que Inserción porque la endoprótesis es colocada para reforzar la tráquea colapsada. Este procedimiento no cumple completamente la definición del tipo de intervención Dilatación. El procedimiento no usa presión intraluminal ni incisión en la pared de la tráquea para ampliar la luz de la misma.



Endoprótesis traqueal ^{NT}

Pregunta:

Un paciente se presentó para embolización con ovillo de la vena cardiofrénica inferior izquierda para tratar unas varices gástricas sangrantes. Durante el procedimiento se anotó que un catéter se introdujo en la vena cardiofrénica y se realizó la embolización. ¿Cuál es el valor de estructura anatómica adecuado para la vena cardiofrénica inferior?

Respuesta:

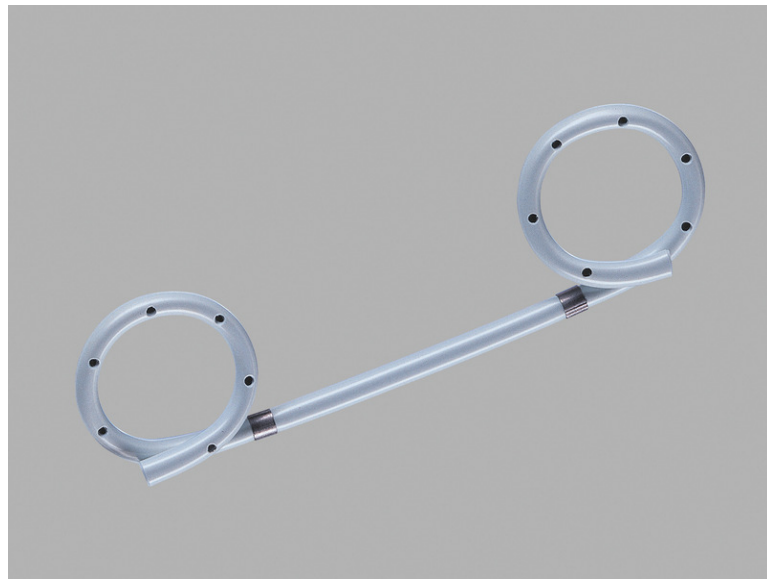
Asigne el siguiente código de procedimiento:

06LY3DZ Oclusión de vena inferior con dispositivo intraluminal, abordaje percutáneo, para la embolización con ovillo de la vena cardiofrénica inferior.

La embolización con ovillo se realizó en la cara inferior de la vena cardiofrénica. Ya que no hay una entrada específica ni valor de estructura anatómica para la vena cardiofrénica, la opción más cercana posible es "vena inferior". Dado que el origen de la vena cardiofrénica se localiza por debajo del diafragma, el procedimiento se realizó en la parte inferior izquierda bajo el diafragma. De acuerdo con la norma B4.2. de la ICD-10-PCS, "En las estructuras anatómicas cardiovasculares, si una parte general del cuerpo está disponible en la tabla correcta de tipos de intervención, y codificando una rama proximal se necesita asignar un código de un sistema corporal distinto, el procedimiento se codifica usando el valor de parte corporal general".

Pregunta:

El paciente se presenta para tratamiento de quiste perirrectal y es sometido a dilatación del tracto fistuloso para drenar el quiste. En la intervención se identificó el quiste perirrectal y se usó una aguja para puncionar el quiste aspirándose al contenido. El tracto se dilató con un balón. Se colocaron dos drenajes en cola de cerdo dobles en el quiste, drenando en el recto y se observó líquido drenando del quiste. Los codificadores están divididos sobre el tipo de intervención correcto Dilatación o Drenaje. ¿Cuál es el tipo de intervención adecuado para este procedimiento?



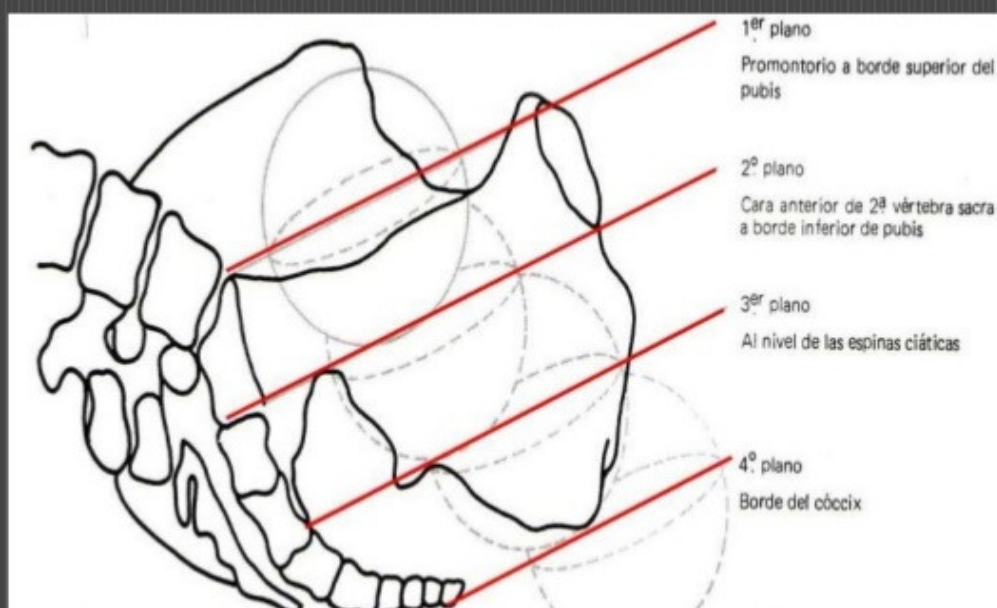
Catéter de drenaje "pigtail" doble ^{NT}

Respuesta:

"Drenaje" es el tipo de intervención correcto para esta intervención, implicando la colocación de un catéter para ayudar al drenaje del quiste perirrectal. El objetivo del procedimiento es retirar líquido de una parte del organismo.

Pregunta:

Una mujer de 27 años de edad y 39 semanas de gestación es ingresada para inducción al parto debido a hipertensión transitoria y cérvix favorable. Tras la rotura artificial de membranas e inducción al parto con Pitocin, progresó hasta la dilatación completa. A pesar de unos buenos esfuerzos de expulsión el vértice fetal no fue capaz de descender por debajo del plano +2 y el niño fue parido por incisión de cesárea. ¿Cuál es la asignación de código correcta para captar un diagnóstico de incapacidad de la cabeza fetal de descender por debajo del plano +2, como motivo de la incisión de cesárea?

Planos de Hodge:

Planos para ubicar la altura del feto en el canal del parto ^{NT}

Respuesta:

Pregunte al clínico el motivo por el motivo de la incapacidad de la cabeza del niño para descender por debajo del plano +2 y asigne el código adecuado para la afección, tal como trabajo de parto detenido, desproporción cefalopélvica, parto obstruido, etc.

Pregunta:

Un hombre sin habla de 65 años de edad que tiene parálisis cerebral y discapacidad intelectual, se presenta en el servicio de urgencias con una lesión traumática de cabeza tras caer y golpearse la cabeza en la acera. El paciente se presentó con pérdida de conciencia durante aproximadamente dos minutos y en el ingreso se mostró letárgico y soñoliento. Mientras se completaba la escala de coma de Glasgow el clínico evaluó la apertura de ojos y la respuesta motora. Sin embargo, dado que el

paciente no tenía habla de entrada, la mejor respuesta verbal no pudo ser evaluada. ¿Cuál es la asignación adecuada de código para la escala de coma de Glasgow? ¿Es correcto asignar el código R40.244-, Otro coma, sin puntuación de la escala de coma de Glasgow, o con puntuación parcial, ya que la mejor respuesta verbal no puede evaluarse?

Respuesta:

Asigne el código R40,2442, Otro coma sin puntuación documentada de la escala de coma de Glasgow, o con puntuación parcial, a la llegada al servicio de urgencias, junto con los códigos adecuados de las subcategorías R40.21, Escala de coma, ojos abiertos, y R40.23, Escala de coma, mejor respuesta motora. El código R40.2441 indica una puntuación parcial. Por tanto, sería adecuado asignar también códigos de las subcategorías R40.21 y R40.23, con el código R40.2441 para describir las otras puntuaciones disponibles (ej. respuesta ocular y motora)

Pregunta:

Una paciente de 38 años de edad con embarazo ectópico cornual es sometida a cirugía. A la paciente se le hizo una extirpación laparoscópica del embarazo ectópico de la trompa de Falopio derecha, que se extendía al cuerno derecho. Un clínico consultor escindió una porción de la trompa de Falopio derecha y colocó el embarazo ectópico en una bolsa Endo Catch™. ¿Cuál es el valor de estructura anatómica adecuado y de abordaje para la extirpación de un embarazo ectópico cornual?



Respuesta:

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

10T24ZZ Resección de productos de la concepción, ectópico, abordaje percutáneo endoscópico, para la extirpación laparoscópica del embarazo ectópico

La extirpación del embarazo ectópico en este caso implica una escisión única que comprende la porción proximal del la trompa de Falopio, donde la misma atraviesa la pared uterina. La escisión de algo de endometrio es parte inevitable de la extirpación del embarazo ectópico, así como la escisión de una pequeña porción de la trompa de Falopio donde se aloja el embarazo ectópico. Estas escisiones no tenían un objetivo propio y no deben ser codificadas por separado.

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.