

AHA

Coding Clinic®

ICD - 10 - CM
ICD - 10 - PCS

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

Volumen 6
Número 2

Segundo Trimestre
2019

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 21 de junio de 2019 (sólo en USA ^{NT})

En este número

Pregunte al Editor
Noticias de corrección

Pregunte al Editor

Pregunta:

Un hombre de 68 años de edad con historia de hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad de la arteria coronaria (EAC) fue ingresado en el hospital para evaluación de fibrilación auricular (FA). Mientras estaba en el hospital, la FA se controló con medicación antiarrítmica. El juicio diagnóstico final del médico indicó "Fibrilación auricular crónica". Puesto que hay códigos únicos para la fibrilación auricular crónica y la persistente, ¿qué código es el más apropiado I48.1, Fibrilación auricular persistente, o I48.2, Fibrilación auricular crónica?

Respuesta:

Asigne solo el código I48.1, Fibrilación auricular persistente, como diagnóstico principal. La fibrilación auricular persistente es un ritmo cardíaco anormal que transcurre por siete días o más, o que requiere cardioversión eléctrica o farmacológica repetida. La fibrilación auricular crónica es un término no específico que puede referirse a la fibrilación auricular paroxística, persistente, persistente de larga duración o permanente. Puesto que el I48.2 es inespecífico, el código I48.1 es la asignación más adecuada.

Pregunta:

En el Índice Alfabético, los distintos tipos de fibrilación auricular aparecen en el mismo nivel de indexación bajo "Fibrilación auricular". Si un médico documenta varios tipos de fibrilación auricular, tal como crónica, persistente y permanente, deberían asignarse códigos distintos para cada tipo de fibrilación auricular?

Respuesta:

Asigne solo un código para el tipo específico de fibrilación auricular (FA), ya que algunos de los términos son menos específicos, tales como FA crónica y algunos de los distintos tipos de FA no pueden suceder en el mismo tiempo. Por ejemplo, si el médico documenta tanto FA crónica como persistente, asigne solo el código I48.1, Fibrilación auricular persistente. La fibrilación auricular persistente necesita repetir la cardioversión farmacológica o eléctrica si no cesa dentro de los siete días. La fibrilación auricular permanente es una fibrilación auricular persistente de larga duración donde la cardioversión no está indicada o no puede ser realizada.

Pregunta:

Un paciente, que es ingresado debido a episodios sincopales, fue diagnosticado de bloqueo cardiaco completo. El cardiólogo indicó que el electrocardiograma mostraba un bloqueo AV completo con periodos de asistolia de más de seis segundos con cambio a bradicardia sinusal. No había mención de paro cardiaco. Durante el ingreso se colocó un marcapasos permanente y el paciente fue dado de alta en situación estable. ¿Es correcto asignar un código adicional para la asistolia?

Respuesta:

No. Asigne solo el código I44.2, Bloqueo auriculoventricular completo. No sería adecuado codificar la asístole (paro cardiaco) cuando se observa en el ECG una breve pausa de actividad eléctrica con recuperación espontánea del ritmo sinusal. En este caso, los breves períodos de asistolia son debidos al bloqueo cardiaco completo.

Pregunta:

Bajo el término "Asistolia (corazón)" el Índice de enfermedades de la ICD-10-CM indica ver Paro, cardiaco. Puede aclarar por favor si el paro cardiaco debería codificarse cuando el médico indica un hallazgo de asistolia en e, informe del electrocardiograma (ECG), sin documentación de paro cardiaco, en un servicio de ingreso?

Respuesta:

No. No es correcto asignar un código para el paro cardiaco cuando se observa en el ECG una breve pausa de actividad eléctrica con recuperación espontánea del ritmo sinusal al leer el ECG.

Pregunta:

¿Cuál es la asignación correcta de código para la estenosis de válvula aórtica con insuficiencia de válvula mitral? ¿Se presupone en la ICD-10-CM como originada por fiebre reumática cuando el médico no documenta la causa?

Respuesta:

Asigne el código I08.0, Trastornos reumáticos de válvulas mitral y aórtica cuando el médico no especifica la causa de la enfermedad valvular. La ICD-10-CM presupone un origen reumático cuando la enfermedad valvular afecta múltiples válvulas y ésta no se describe como no reumática. La categoría I08-, Enfermedad valvular múltiple, incluye enfermedad valvular múltiple especificada como reumática o no especificada. Esta es una norma por defecto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los codificadores deben seguir las convenciones de la clasificación.

Pregunta:

Una mujer de 89 años se presenta en Urgencias debido a una caída no presenciada. La paciente se diagnosticó de infección del tracto urinario y fue tratada con Abactrim. Durante el episodio de urgencias la paciente volvió progresivamente somnolienta. Las pruebas adicionales mostraron niveles elevados de troponina y fibrilación auricular intermitente. La paciente fue ingresada para estudio cardiológico adicional. Nunca se informó de dolor torácico, no mostró cambios del electrocardiograma, niveles de troponina estabilizados y al alta el médico diagnosticó lesión miocárdica no traumática. ¿Cuál es el código correcto para la lesión miocárdica no traumática?

Respuesta:

Asigne el código I51.89, Otras enfermedades cardiacas mal definidas, para la lesión miocárdica no traumática

Pregunta:

¿Cuál es la codificación correcta de nivel de troponina elevado, cuando se descarta un infarto agudo de miocardio? Nuestro grupo anda dividido entre los códigos R74.8, Niveles anormales de otras enzimas séricas, R79.89, Otros hallazgos anormales especificados en análisis de sangre, y R77.8, Otras anomalías especificadas de las proteínas plasmáticas.

Respuesta:

Asigne el código R79.89, Otros hallazgos anormales especificados en análisis de sangre, para un nivel elevado de troponina. Los códigos R77.9 y R74.8 no serían correctos ya que la troponina no es ni una enzima sérica ni una proteína plasmática.

Pregunta:

Un paciente con historia de trasplante bilateral de pulmones se presenta con neumonía por aspiración debido a emesis con mascarilla de presión positiva continua (CPAP) en vía aérea. La Normativa Oficial para Codificación e Información, Sección I.C.19.g.3, parece sugerir que cualquier afección que podría afectar la función de órgano trasplantado debería codificarse como una complicación. ¿Cuál es la asignación correcta para una neumonía por aspiración en un paciente con trasplante bilateral de pulmón?

Respuesta:

Asigne el código T86.818, Otras complicaciones de trasplante de pulmón, seguido del código J69.0, Pneumonitis debido a inhalación de comida y vómito, para la complicación pulmonar y neumonía por aspiración. La neumonía por aspiración ha afectado la función del pulmón trasplantado.

Pregunta:

Un paciente con historia de trasplante de riñón se presenta con insuficiencia renal aguda (IRC) debida a deshidratación. ¿Se considera la insuficiencia renal una complicación del trasplante renal?

Respuesta:

Asigne los códigos T86.19, Otra complicación de trasplante de riñón, N17.9, Insuficiencia renal aguda, no especificada, y E86.0, Deshidratación, para recoger el efecto del riñón trasplantado con IRC y deshidratación. El código T86.19 se asigna para recoger el hecho de que la función del riñón trasplantado está afectada por la IRC, pero el trasplante en sí mismo no ha fallado.

Pregunta:

Un paciente es ingresado con shock hipovolémico debido a depleción de volumen como resultado de náusea y vómito persistentes. Existe una nota de Excluye 1 en la categoría E86-, Depleción de volumen que impide informar la deshidratación o depleción de volumen con el código R57.1, Shock hipovolémico. No todo paciente que se presenta con deshidratación sufre shock hipovolémico. Sin embargo, el código R57.1 se clasifica en el Capítulo 18, Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales.

Dado que los códigos del Capítulo 18 no se informan cuando se ha establecido un diagnóstico definitivo por el médico, ¿cómo puede recogerse la gravedad de la enfermedad si el código R57.1 no se puede informar con los códigos E86.0, Deshidratación, y E86.9, Depleción de volumen, no especificado?

Respuesta:

Cuando se documentan tanto deshidratación como depleción de volumen y shock hipovolémico y reúnen las condiciones para ser informados, asigne sol el código R57.1, Shock hipovolémico. El código R57.1 debe asignarse en lugar de los códigos E86.0 o E86.9 ya que el código R57.1 capta mejor la gravedad de la enfermedad y la nota Excluye 1 prohíbe asignar ambos códigos juntos.

Pregunta:

Una paciente con hipertensión inducida por el embarazo se presenta en las 39 semanas y 1 día para inducción al parto debido a preeclampsia. Parió durante el ingreso sin ninguna indicación de presión sanguínea elevada o rango de presión grave. Basado en estos hallazgos el médico diagnosticó "preeclampsia sin características graves". ¿Cuál es la asignación de código correcta de la ICD-10-CM para la preeclampsia sin características graves?

Respuesta:

Asigne el código O14.04, Preeclampsia leve o moderada, que complica el embarazo, para un diagnóstico de "preeclampsia sin características graves".

Pregunta:

Una mujer de 27 años se presenta con trabajo de parto y parto aquejada de pérdida de fluido y contracciones. El médico documenta que es portadora de *Streptococcus* tipo B. La paciente tiene una cesárea transversa baja de repetición y su postparto curso in complicaciones. A lo largo de la estancia, continúa recibiendo penicilina debido al estado de portadora de *Streptococcus* tipo B. ¿Cuál es el código de la ICD-10-CM asignado para la portadora materna de *Streptococcus* de tipo B?

Respuesta:

Asigne el código O99.824, Estado de portadora de *Streptococcus* de grupo B que complica el nacimiento, para el estado de portadora materna de *Streptococcus* de grupo B que complica el nacimiento.

El código B95.1, *Streptococcus*, grupo B, como causa de enfermedad clasificada en otro sitio, no debería asignarse como código adicional ya que el código O99.824 capta por completo la enunciación del diagnóstico.

Pregunta:

Un recién nacido es estudiado por infección de *Streptococcus* de grupo B y tratado con ampicilina y gentamicina. La madre era una portadora con cultivo positivo a dicha bacteria durante el parto sin signos o síntomas de infección activa. El juicio diagnóstico final del médico indica "Recién nacido afectado por *Streptococcus* de grupo B materno no descartando por completo una infección activa por dicho germen. ¿Qué código de la ICD-10-CM se asigna en la historia del niño que está afectado por el estado de portadora materna de *Streptococcus* de grupo B sin signos de infección activa?

Respuesta:

Asigne el código P00.89, Recién nacido afectado por otras afecciones maternas, y el código B95.1, *Streptococcus* grupo B, como causa de la enfermedad clasificada en otro sitio, para un niño afectado por estado de portadora materna de *Streptococcus* grupo B. El niño estaba afectado porque la afección necesitó evaluación clínica, monitorización, procedimientos diagnósticos y tratamiento. En este caso, el médico no ha descartado completamente una infección activa. Un diagnóstico dudoso documentado en el momento del alta se codifica como si la afección existiera, en instalaciones con ingreso.

Pregunta:

¿Qué código se asigna a un recién nacido de 37 semanas cuando el juicio diagnóstico final del médico indica "Infección por probable *Streptococcus* de grupo B debido a infección materna activa por *Streptococcus* de grupo B?. El resumen del alta indica que la infección fue resuelta con tratamiento antibiótico en su domicilio, se descartó sepsis y todos los cultivos y pruebas del recién nacido fueron negativas. ¿Afectará el lugar del cultivo original la asignación del código?

Respuesta:

Asigne el código P00.2, Recién nacido afectado por enfermedades infecciosas y parasitarias maternas, y el código B95.1, *Streptococcus* grupo B, como causa de las enfermedades clasificadas en otro sitio, para un recién nacido afectado por infección materna de *Streptococcus* grupo B. El niño estaba afectado porque la afección necesitó evaluación clínica, monitorización, procedimientos diagnósticos y tratamiento. En este caso, el médico ha indicado que la infección era probable. Un diagnóstico dudoso documentado en el momento del alta se codifica como si la afección existiera, en instalaciones con ingreso.

El lugar de la infección materna localizada no es importante en condiciones de niños. Los cultivos periuretral, vaginal y rectal de la madre pueden ser positivos. Sin embargo, las infecciones maternas por *Streptococcus* grupo B en el embarazo y el recién nacido solo se codifican en los capítulos obstétrico y perinatal.

Pregunta:

¿Qué código debe asignarse para un niño nacido asintomático de una madre *Streptococcus* grupo B positivo, cuando el médico ha descartado infección en el recién nacido tras la evaluación clínica y estudio es negativo? ¿El hecho de que el niño reciba antibióticos profilácticamente afecta la asignación del código?

Respuesta:

Asigne los códigos Z05.1, Observación y evaluación del neonato para una infección sospechada pero descartada, y el Z20.818, Contacto y exposición (sospechada) a otra enfermedad bacteriana transmisible, para un niño estudiado y/o tratado profilácticamente por *Streptococcus* grupo B que es descartada más tarde.

La Normativa Oficial para Codificación e Información indica "Asigne un código de la categoría Z05, Observación y evaluación de recién nacidos y niños por afecciones sospechadas y descartadas, para identificar aquellos casos donde se evalúa un neonato sano por una afección sospechada que, después de su estudio, se determina que no está presente. No use un código de la categoría Z05 cuando el paciente tiene signos o síntomas identificados de un problema sospechado. En estos casos codifique el signo o síntoma.

Pregunta:

Una mujer embarazada, en la 18 semana de gestación, se presenta para evaluación tras un accidente con vehículo a motor. La paciente se presenta sin signos ni síntomas pero se le advirtió que fuera estudiada para comprobar el bienestar fetal. Se realizó monitorización del feto, se observó a la paciente y fue dada de alta sin signos ni síntomas de lesión. ¿Cuál es la asignación de código correcta para este ingreso?

Respuesta:

Asigne el código Z04.1, contacto para examen y observación tras accidente de transporte para la observación tras dicho accidente. Asigne también el código Z3A.18, 18 semanas de gestación, para captar las semanas de gestación.

Pregunta:

Un niño de 3 años se presenta en Urgencias por traumatismo. Tras el estudio, se advirtió un patrón de lesión incluyendo hematomas difusos, cefalohematoma y puntuación de coma de Glasgow 3T sin respuesta de movimiento al dolor, con reflejos de tos, disfagia, corneal o respiración espontánea. Fue ingresado en cuidados críticos pediátricos debido a lesión cerebral traumática grave y paro cardíaco. Se documentó "patrón de lesión altamente sospechoso de traumatismo no accidental". No parece haber un código de la ICD-10-CM para captar un traumatismo no accidental. ¿Cómo debería informarse este diagnóstico?

Respuesta:

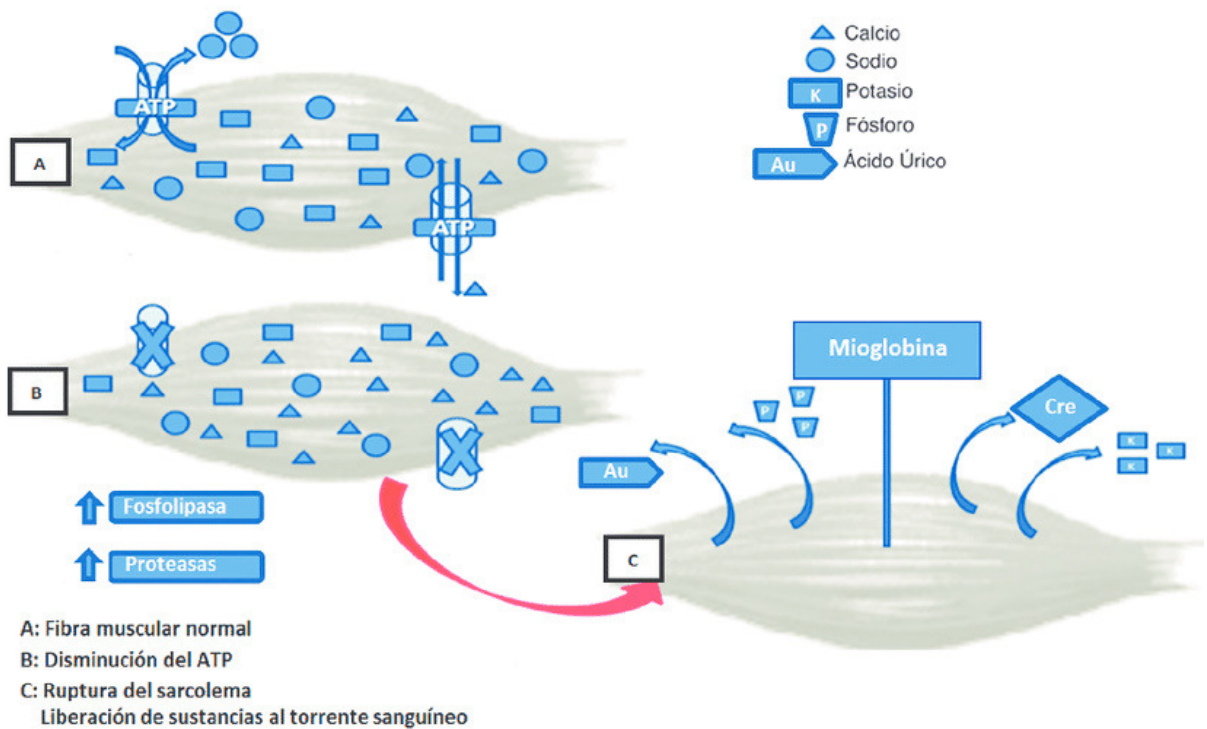
Asigne el código T76.12X-, Abuso físico en el niño, sospechado, para un diagnóstico de "patrón de lesión altamente sospechoso de traumatismo no accidental", seguido de códigos para cualquier lesión acompañante y los códigos de la escala de coma de Glasgow. En Urgencias el traumatismo no accidental es una terminología usada frecuentemente e indica abuso físico.

Pregunta:

Un paciente de 94 años se presenta tras haber estado caído en el suelo durante 8 horas. El paciente informó haberse caído por la escalera tras sentirse débil. El juicio clínico final indicó "Rabdomiolisis, deshidratación y lesión renal aguda". ¿Cuál es la asignación del código correcto para la rabdomiolisis en este paciente, traumática o no especificada?

Respuesta:

En este caso, asigne el código M62.82, Rabdomiolisis. La rabdomiolisis es causada por la rotura del tejido muscular, dando como resultado una salida del contenido muscular a la sangre. Puesto que esta afección puede ocurrir secundaria a lesión traumática u otras causas no traumáticas (ej. afecciones que dañan en músculo esquelético) solo se codifica como traumática cuando el médico documenta explícitamente "rabdomiolisis traumática".



Fisiopatología de la Rabdomiolisis ^{NT}

Pregunta:

Un hombre de 17 años con historia de colitis ulcerosa, en estado postcolectomía con mucosectomía rectal y reconstrucción con bolsa en J ileoanal es diagnosticado de estenosis anastomótica ileoanal. La anoproctoscopia mostró una estenosis proximal a la anastomosis ileoanal. La estenosis estaba muy dilatada. Asignamos el código K91.858, Otras complicaciones de bolsa intestinal, para la estenosis de la anastomosis ileoanal. ¿Se asignan códigos adicionales para especificar la complicación? ¿Cuál es el código para la estenosis anastomótica ileoanal?

Respuesta:

Asigne los códigos K91.858, Otras complicaciones de bolsa intestinal, y K62.4, Estenosis de ano y recto, para la estenosis anastomótica ileoanal a fin de captar el juicio diagnóstico.

Pregunta:

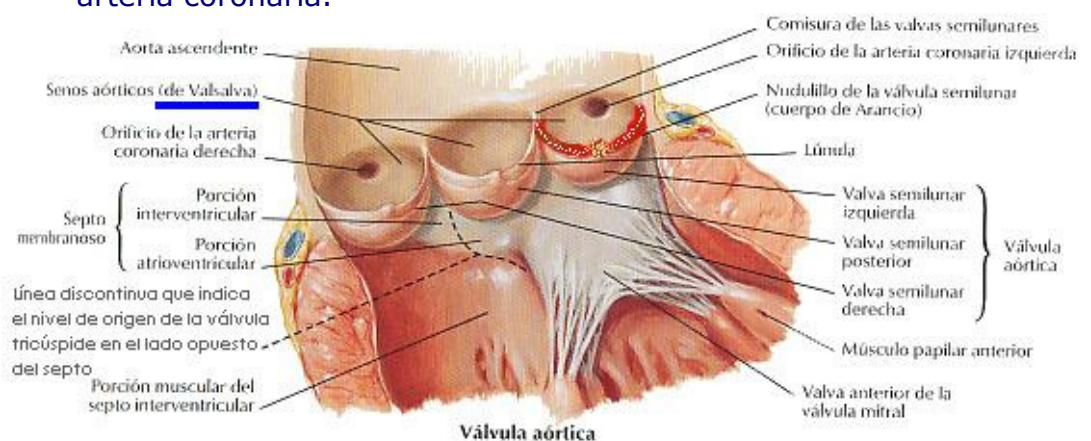
A un paciente con origen anómalo de la arteria coronaria derecha se le descubrió que tenía una enfermedad importante de arteria coronaria y se presentó para bypass de arteria coronaria (CABG) con descubrimiento del segmento intramural de la arteria coronaria anómala. Tras la finalización del CABG se dirigió la atención hacia la aorta ascendente. Se diseccionó el tejido circundante de la raíz aórtica y se identificó la arteria coronaria derecha como emanada del seno de Valsalva derecho. El segmento intramural se descubrió con tijeras y se aproximó la íntima a la media y a la adventicia, aumentando el ostium de la arteria coronaria derecha. ¿Cuál es el código de la ICD-10-PCS para el descubrimiento de la arteria coronaria derecha anómala?

Respuesta:

Asigne el siguiente código de procedimiento:

02N00ZZ Liberación de arteria coronaria, una arteria, abordaje abierto

El procedimiento fue realizado para eliminar la constricción de la arteria coronaria.



Estructura de la válvula aórtica con los tres senos de Valsalva (NT)

Pregunta:

Un paciente con historia de bypass protésico femoropoplíteo se presenta con oclusión del injerto. Se hace una incisión con disección bajo el tejido subcutáneo a lo largo del músculo para identificar el injerto. El injerto parece estar colapsado cerca de las terminaciones proximal y distal en las anastomosis. Las áreas anastomóticas fueron tratadas con angioplastia con balón seguido de la inserción de un stent a fin de hacer un refuerzo radial y prevenir rehacer un procedimiento de bypass femoro-poplíteo completo. ¿Cuál es el código correcto de la ICD-10-PCS para la angioplastia con inserción de stent?

Respuesta:

En este caso, había más un problema con el injerto que una progresión de la enfermedad. El injerto previamente colocado estaba colapsado en ambas anastomosis, dando como resultado un estrechamiento que requirió tratamiento con angioplastia y colocación de stent. El cirujano indicó que su objetivo era corregir el injerto con la esperanza de evitar un nuevo procedimiento de bypass femoropoplíteo. La intervención realizada debido al fallo del injerto se codifica como revisión. La angioplastia y la inserción de stent para redirigir la progresión de la enfermedad se debería codificarse como dilatación. Si la documentación no está clara, pregunte al clínico sobre el código adecuado que debe asignarse. Asigne el siguiente código de la ICD-10-PCS:

04WY0JZ Revisión de sustituto sintético en arteria inferior, abordaje abierto, para la angioplastia y colocación de stent en el injerto de bypass femoropoplíteo

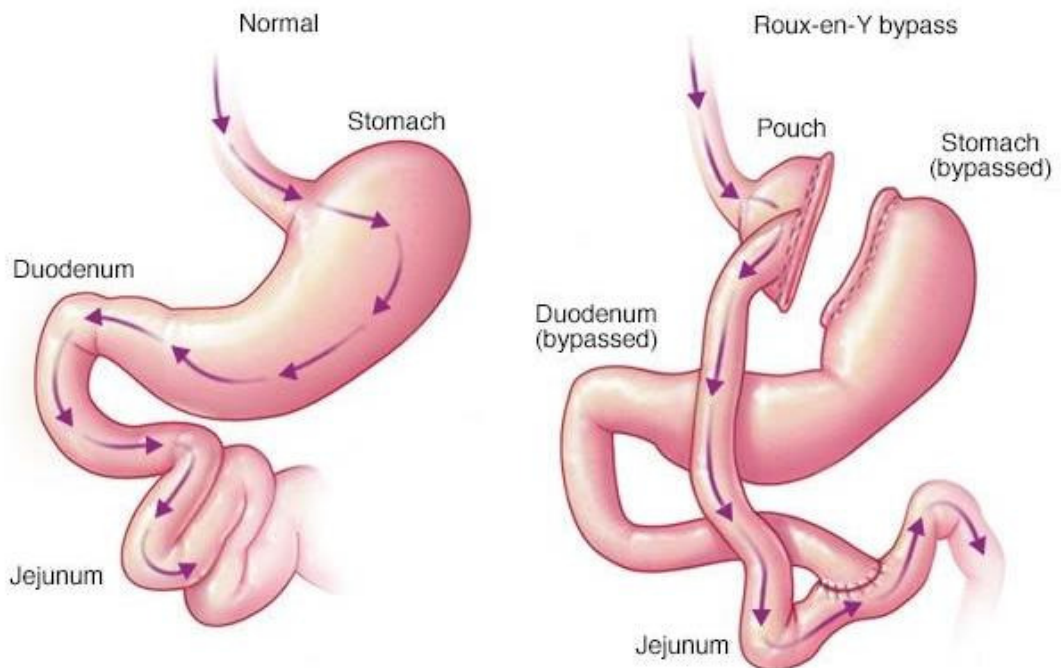
La revisión se define como corregir, en la extensión posible, una parte de un dispositivo malfunctionante o la posición de un dispositivo desplazado.

Pregunta:

Un paciente se presenta para reversión de un bypass gástrico en Y de Roux. Se colocaron trócares, se identificó la rama del Roux, se rastreó hasta la bola gástrica y se separó del mesenterio en ambos lados del estómago excluido en zona posterior. Mediante laparoscopia se disecó el bolso gástrico por encima de la gastroyeyunostomía y la rama del Roux se diseccionó por debajo y fuera del campo. En este punto, el bolso gástrico alcanzaría muy bien el estómago excluido en la posición anatómica natural. Se comprobó las fugas de la anastomosis mediante endoscopia.

Se volvió la atención hacia el píloro para la pilorotomía. El píloro se seccionó desde debajo del estómago al duodeno, tirado transversalmente y resuturado. Después se colocó en tubo G en el estómago a través de la pared abdominal anterior. La rama del Roux fue entonces diseccionada por debajo del colon transversal y se completó la reversión de la anastomosis del intestino delgado.

Aproximadamente 30 cm del final de la rama del Roux tuvieron que ser resecadas debido a revascularización. El nuevo final de la rama del Roux se anastomosó con la rama biliar creado dos yeyunostomías. ¿Cuáles son los códigos de procedimiento para la reversión de una Y de Roux?



Bypass gástrico en Y de Roux (NT)

Respuesta:

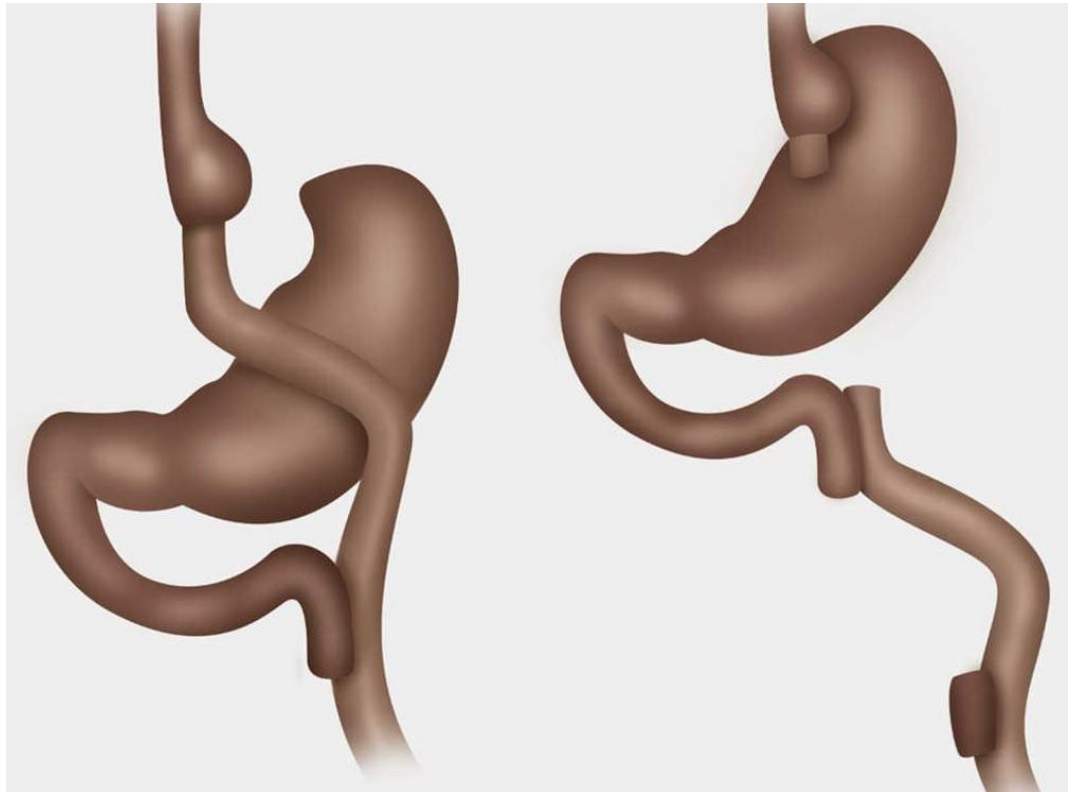
Asigne los siguientes códigos de la ICD-10-PCS:

0DQ64ZZ Reparación de estómago, abordaje endoscópico percutáneo para capturar la reconexión del bolso gástrico con el estómago "excluido". El tipo de intervención "Reparación" se define como restauración en la medida de lo posible de una parte del cuerpo a su estructura anatómica y función normal.

0D874ZZ División del estómago, píloro, abordaje endoscópico percutáneo, para la pilorotomía.

0DBA4ZZ Escisión de yeyuno, abordaje endoscópico percutáneo, para la escisión de la porción desvascularizada de la rama del Roux.

En este caso, el yeyuno está desvascularizado y el tipo de intervención "Reposición" no se codificaría por separado. La escisión del yeyuno se codifica en lugar de la reposición ya que había recortado 30 cm de yeyuno desvascularizado. Por tanto la anastomosis es parte integral del procedimiento. Además el tipo de intervención Inspección no se codificaría por separado ya que se realizó para verificar la anastomosis al final del procedimiento y no como un examen de diagnóstico por separado.



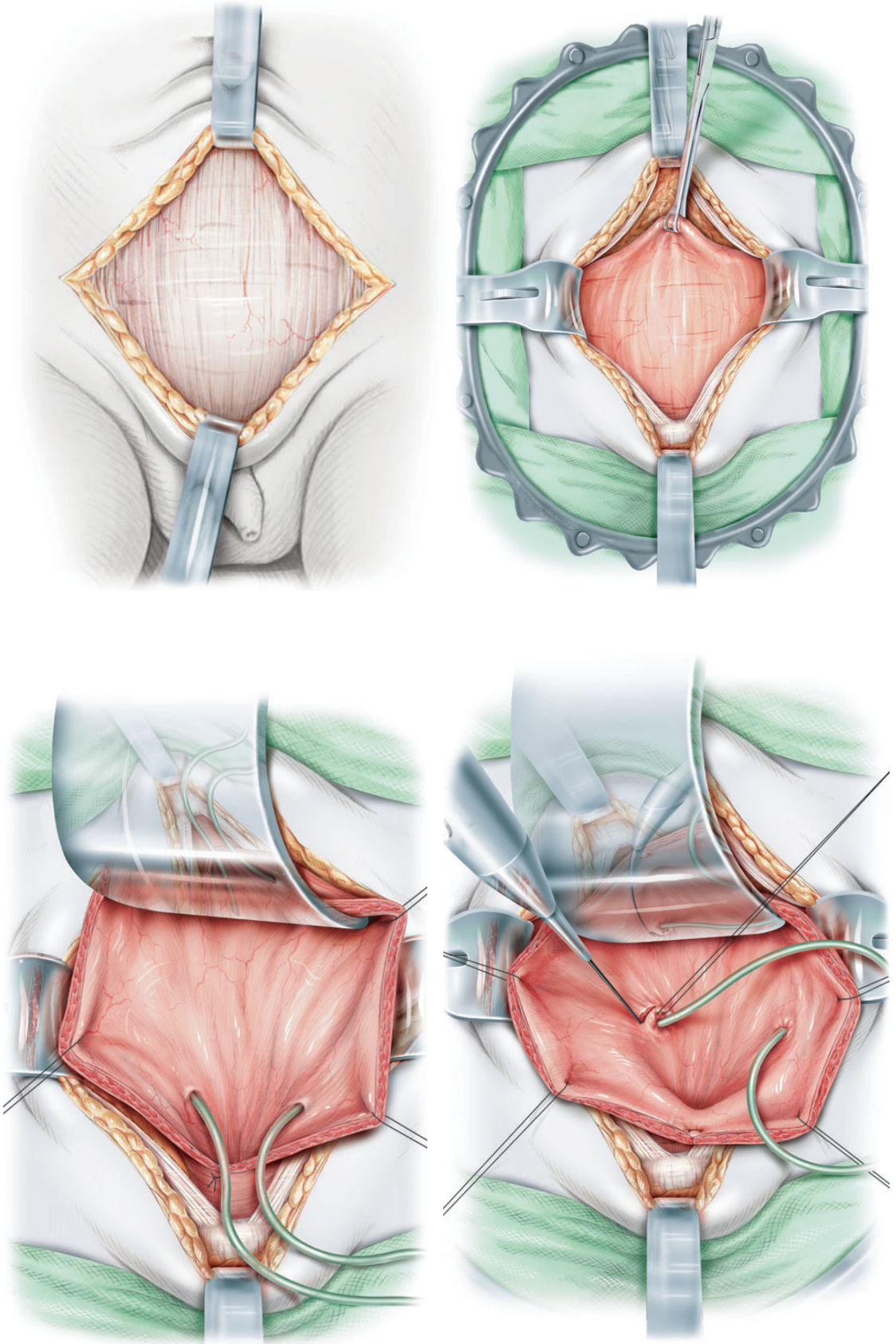
Reversión de Y de Roux a disposición anatómica normal **(NT)**

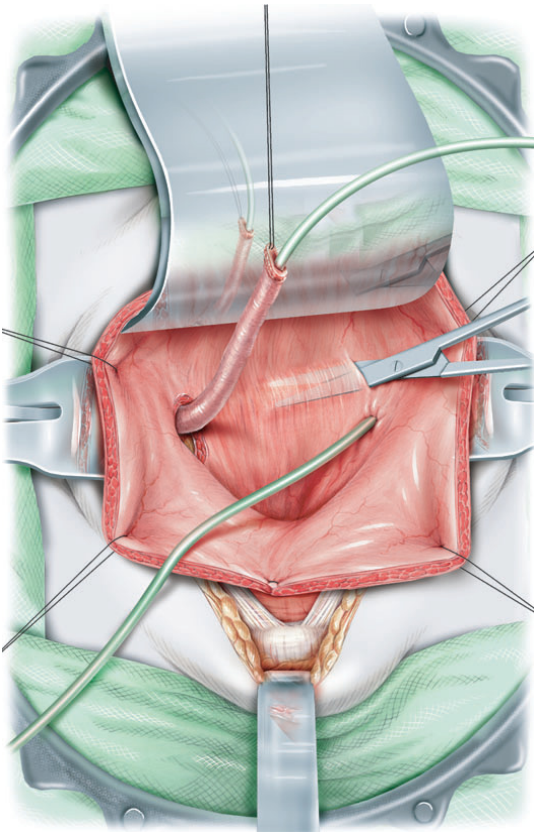
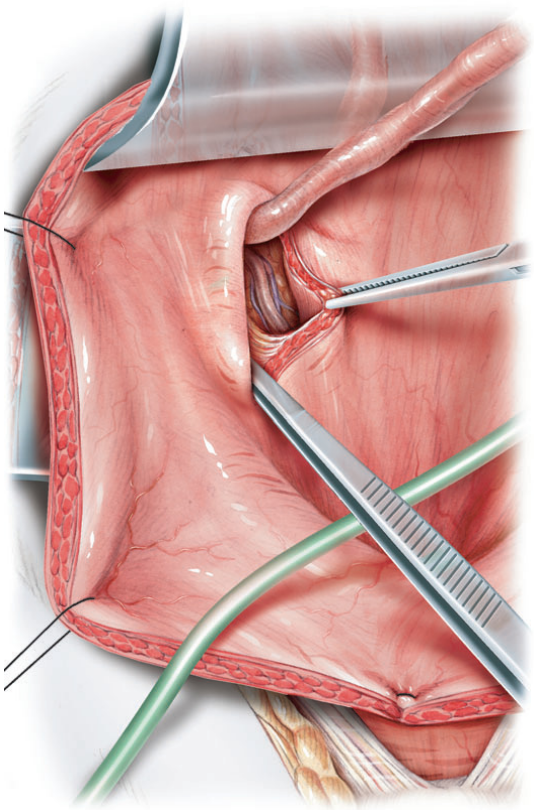
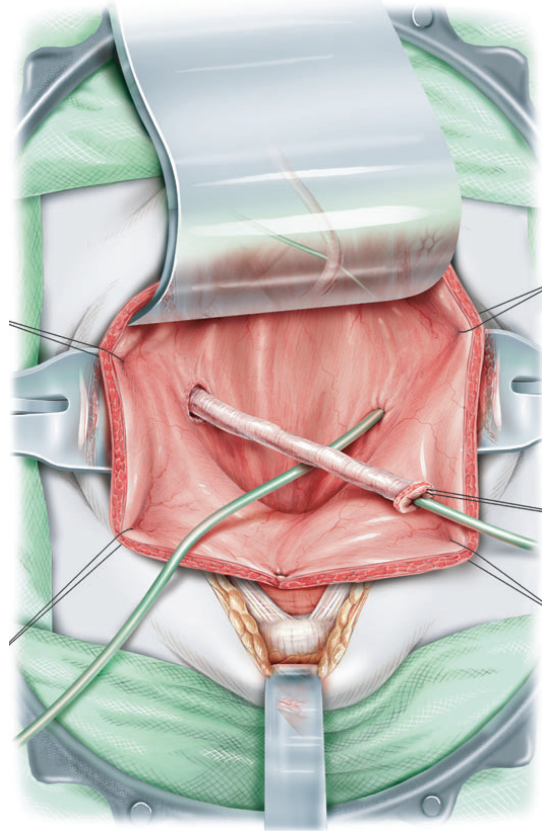
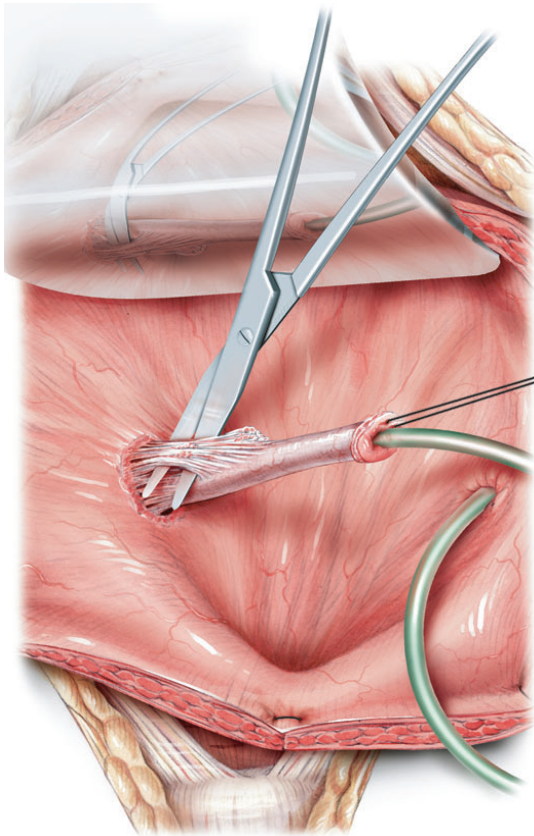
Pregunta:

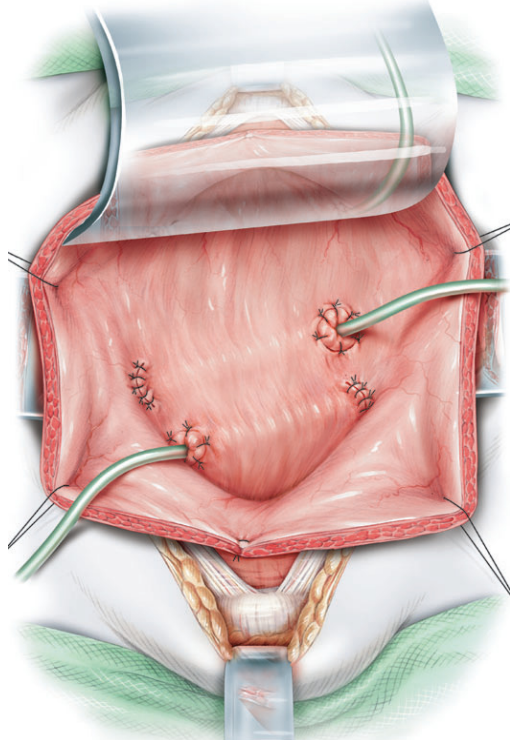
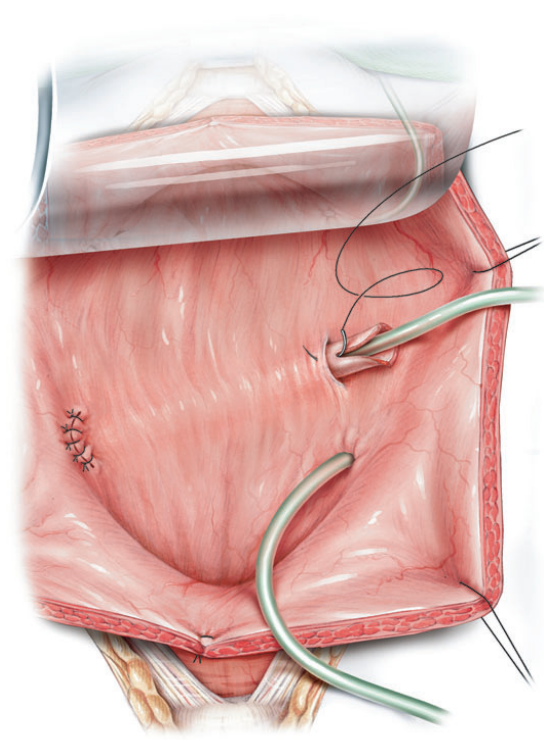
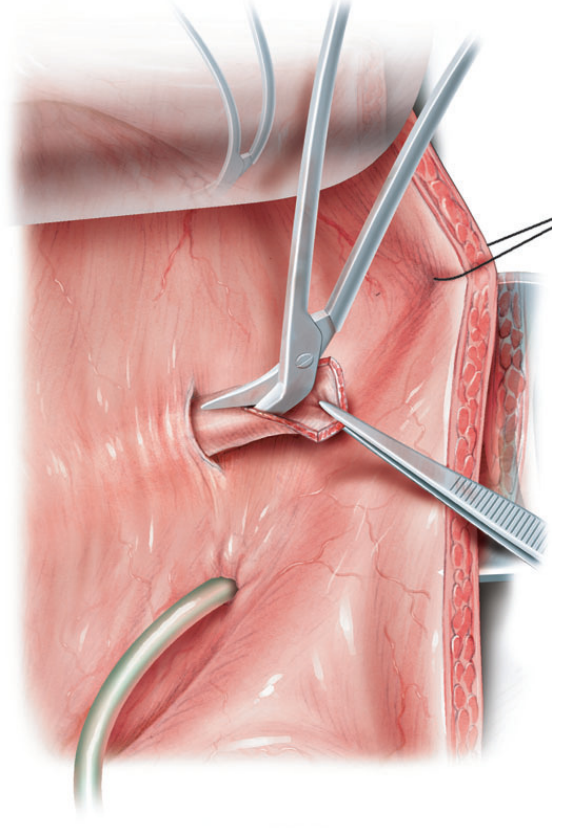
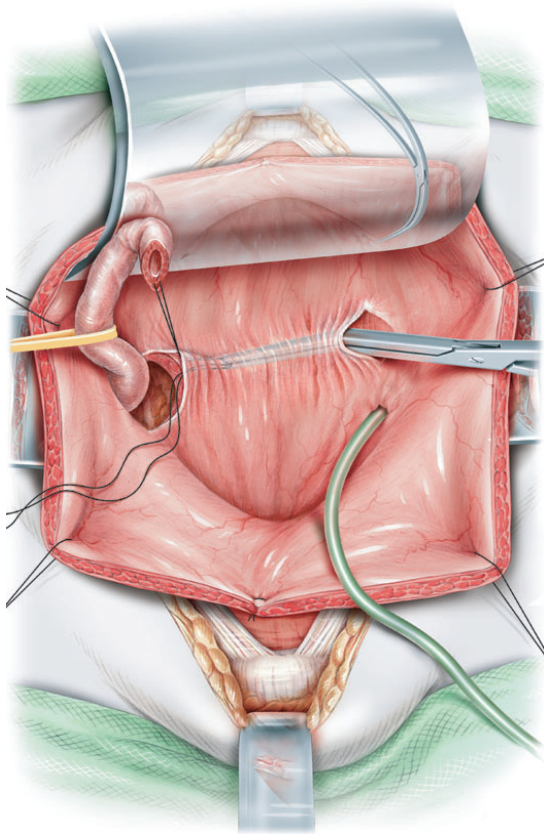
A un paciente diagnosticado de reflujo ureteral bilateral se le hizo una reparación quirúrgica mediante reimplantación ureteral bilateral transtrigonal de Cohen y neocistostomía ureteral. Tras la apertura de la vejiga, el cirujano insertó unos tubos en el orificio ureteral izquierdo, diseccionó el uréter liberándolo de sus fijaciones y movilizó el mismo. Lo mismo se hizo con el uréter derecho. Los uréteres se tunelizaron a través del trigono comenzando por el lado izquierdo al lado derecho, luego el uréter derecho fue al lado izquierdo. ¿La inserción de tubos es inherente a la reimplantación ureteral bilateral o se asignan códigos separados para la colocación de tubos?

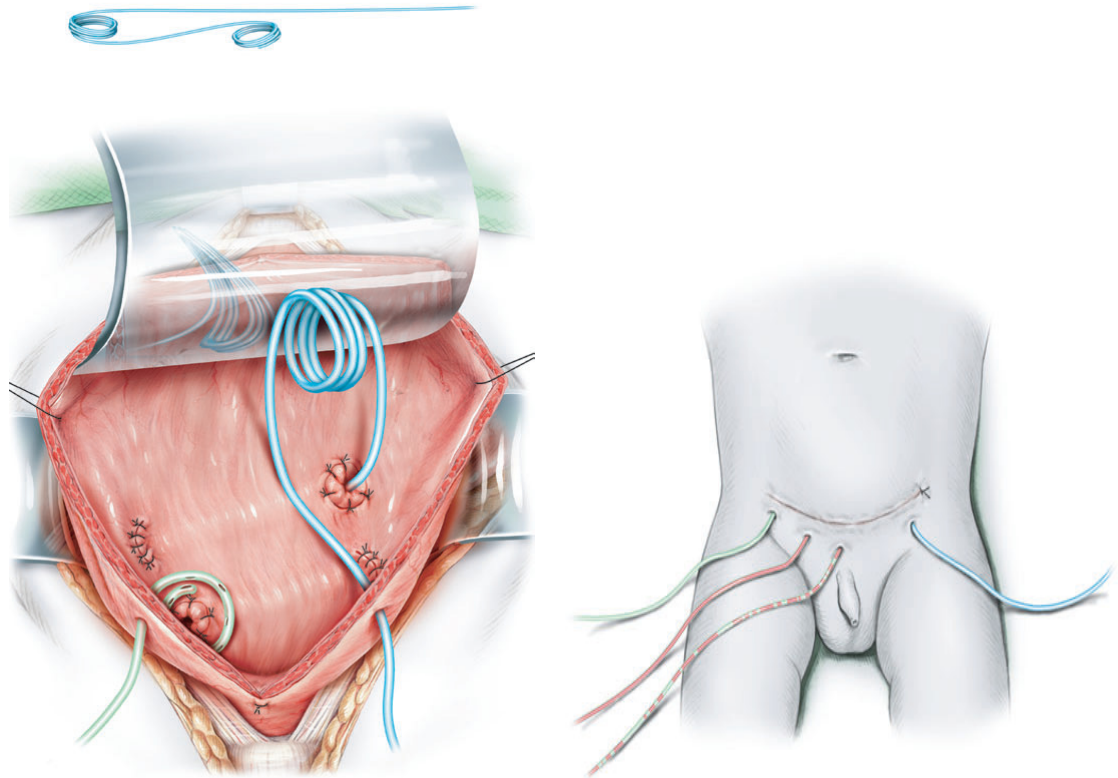
Respuesta:

No asigne códigos separados para la inserción de tubos en los uréteres, ya que la colocación de los tubos no tiene un objetivo quirúrgico diferente y es inherente al procedimiento de reimplantación ureteral. Los tubos se usan para ayudar con el procedimiento a mantener el uréter abierto y ayudar al reimplante ureteral. No se está usando para dilatar el uréter.









Fases de la reimplantación ureteral de Cohen para reflujo ureteral ^{NT}

Pregunta:

El paciente se presentó con fiebre/escalofríos, debilidad y empeoramiento del dolor de la extremidad inferior izquierda. Se diagnosticó sepsis e insuficiencia arterial aguda de la extremidad inferior izquierda con planteamiento de amputación tras la resolución de la sepsis. El estado clínico del paciente se consideró inestable para la amputación quirúrgica; sin embargo se realizó una crioamputación. La pierna se introdujo en un enfriador y se rodeó de hielo seco. El enfriador se tapó y selló para prevenir cualquier escape de aire caliente. ¿Cómo debería codificar la crioamputación de la pierna izquierda en la ICD-10-PCS?

Respuesta:

No es necesario informar la crioamputación. Sin embargo, si los servicios quieren informar este procedimiento, asigne el siguiente código de procedimiento:

6A4Z0ZZ Hipotermia, única, para la crioamputación de la pierna

No asigne un código de procedimiento de Amputación. La crioamputación no cumple la definición del tipo de intervención Amputación ya que no se elimina ninguna parte de la pierna.

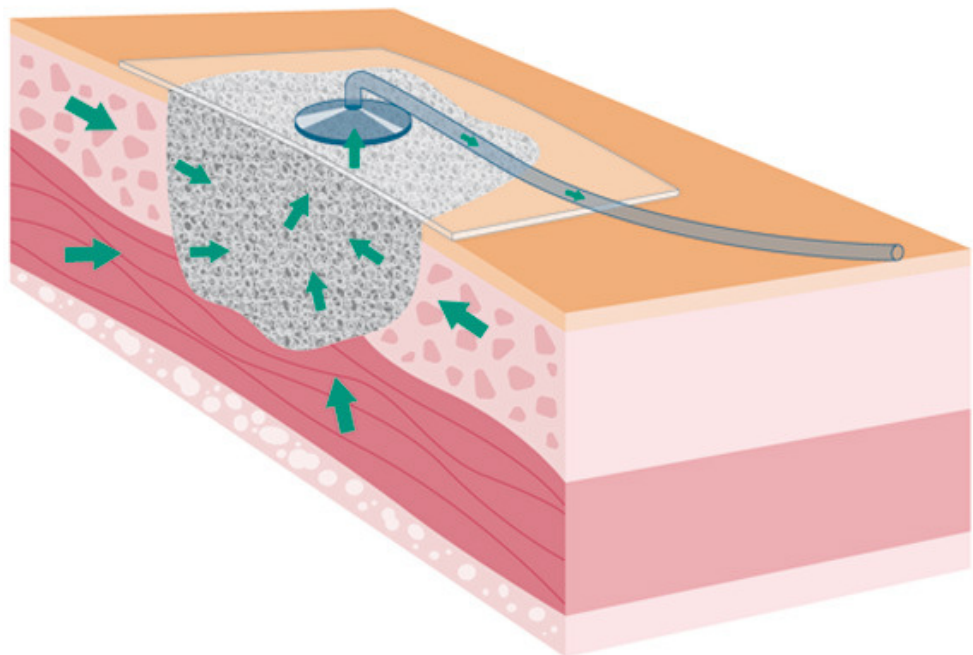
Pregunta:

Un paciente con una tomografía axial computarizada anormal del tracto gastrointestinal es sometido a endoscopia superior. El médico encontró una perforación crónica, no sangrante, grande de la curvatura mayor y pared posterior del cuerpo gástrico. Se pasó un sonda nasogástrica por el esófago. Se colocó un sistema de cierre de herida asistido por vacío (VAC) mediante endoscopia en el defecto gástrico y se succionó el líquido hacia el VAC. ¿Cuál es la asignación correcta de código para la colocación endoscópica de VAC de herida?

Respuesta:

La esponja del VAC se colocó sobre la perforación gástrica para permitir curarse por sí misma. Normalmente la colocación del VAC de herida como parte del cierre de herida operatoria no se codifica por separado. En este caso, la colocación endoscópica del VAC se codifica y clasifica como "otro dispositivo" ya que se colocó para ayudar a la cura y fue el único tratamiento de la perforación gástrica. Asigne el siguiente código de procedimiento:

0DH68YZ Inserción de otro dispositivo en el estómago, vía natural o apertura artificial endoscópica



VAC y endoesponja colocado en el defecto gástrico ^{NT}

Pregunta:

El paciente de anterior está rechazando el tratamiento con VAC y se presenta para retirada del mismo. Durante el procedimiento, se insertó un endoscopio en el estómago y se extrajo el VAC por la boca. ¿Cuál es la asignación correcta de código para la retirada del VAC?

Respuesta:

Como se ha indicado previamente, la colocación endoscópica de un VAC se clasifica como "otro dispositivo" ya que se coloca para ayudar a la curación y fue el único tratamiento para la perforación gástrica. Por tanto, la retirada del VAC también podría codificarse como otro dispositivo". Asigne el siguiente código de procedimiento:

ODP68YZ Retirada de otro dispositivo del estómago, vía natural o apertura artificial endoscópica, para la retirada del VAC

Pregunta:

En paciente, que había sido diagnosticado de estenosis vertebral cervical, mielopatía y radiiculopatía se presenta para tratamiento quirúrgico consistente en la colocación de un dispositivo de estabilización interfacetaria DTRAX posterior por vía percutánea con injerto óseo (C3 a C6). Se realizaron los procedimientos bajo radioscopia incluido una laminectomía descompresiva para descompresión y la facetectomía. La recolección de injerto óseo de la cresta ilíaca se llevó a cabo por abordaje abierto. ¿La colocación del dispositivo de estabilización interfacetaria DTRAX podría codificarse usando el tipo de intervención "Inserción" o "Fusión"? ¿Cuáles son los códigos correctos de la ICD-10-PCS?

Respuesta:

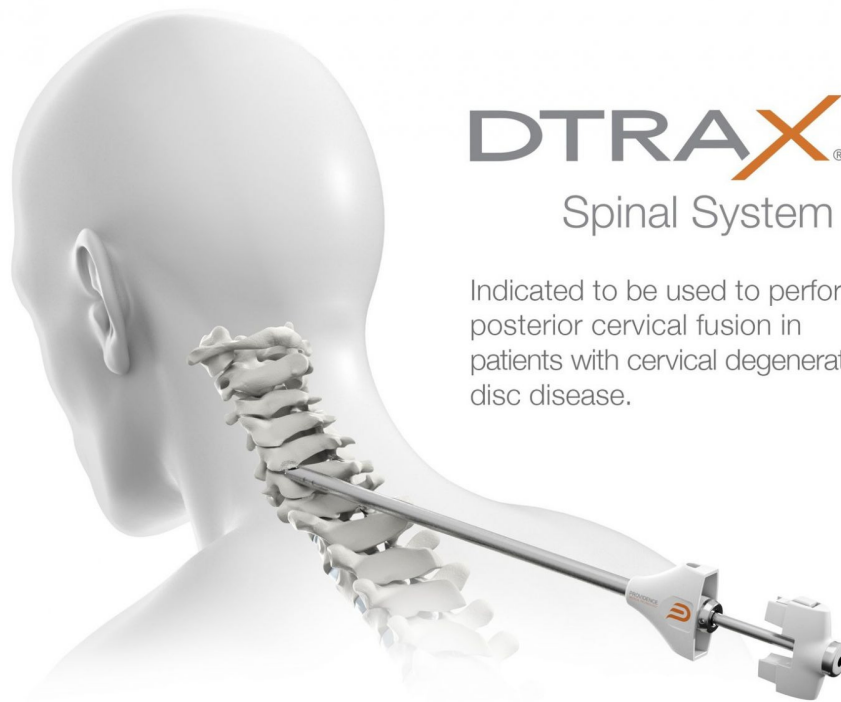
Asigne los siguientes códigos de procedimiento:

ORG2371 Fusión de dos o más articulaciones vertebrales cervicales con sustituto de tejido autólogo, abordaje posterior, columna posterior, abordaje percutáneo, para la fusión vertebral cervical

00NW3ZZ Liberación de médula espinal cervical. Abordaje percutáneo, para la descompresión cervical

OQB30ZZ Escisión de hueso pélvico izquierdo, abordaje abierto, para la recolección de injerto óseo de cresta ilíaca

El Sistema vertebral DTRAX es un conjunto de instrumentos dedicados y destinados para acceder y preparar una articulación vertebral para ayudar a la fusión. Cuando se asignan códigos de la ICD-10-PCS para procedimientos que usan instrumentos DTRAX, los codificadores debe codificar dichos procedimientos basados en qué se hizo en lugar del dispositivo usado. En este caso, se hizo una fusión posterior entre facetas, no una fusión intersomática. Si la documentación no está clara, pregunte al médico para clararlo.



DTRAX[®] Spinal System

Indicated to be used to perform posterior cervical fusion in patients with cervical degenerative disc disease.

Sistema DTRAX de columna cervical ^{NT}

Pregunta:

El paciente con 72 años fue ingresado por fallo cardíaco secundario a pericarditis constrictiva y fue sometido a pericardiectomía incluyendo escisión del pericardio y liberación de adhesiones. En la intervención, se escindieron porciones calcificadas de pericardio anteriores al nervio frénico. El apex y la cara diafragmática del corazón se liberaron también de adherencias. Se escindieron calcificaciones extensas de pericardio diafragmático y se llevó a cabo una disección posterior a nivel de la aurícula izquierda, donde se escindió el pericardio. En el lado derecho del corazón, el pericardio se disecó fuera de las superficies del ventrículo derecho, aurícula derecha, vena cava superior y aorta. Se cortaron adherencias y cicatrices extensas de la pleura derecha. El pericardio se escindió de la superficie de la vena cava superior. El corazón se liberó de adherencias del pericardio usando disección aguda. Aunque el pericardio fue escindido, parece que el objetivo es la adhesiolisis para liberar el corazón del pericardio. Sin embargo no hay parte corporal para el corazón en la tabla de Liberación 02N. ¿Cuál es el código de procedimiento adecuado para esta cirugía?

Respuesta:

En este caso, se hizo una adhesiolisis extensa de pericardio y pleura. El valor correcto de estructura anatómica es "Pericardio" y "Pleura", respectivamente, ya que el objetivo de la adhesiolisis en este caso es restaurar el pericardio y la pleura liberando las conexiones anormales que las adherencias han establecido.

Así mismo, se codificaría la escisión del pericardio, ya que el cirujano documentó que el pericardio estaba calcificado extensamente y se escindió usando electrocauterio y tijeras. Asigne los siguientes códigos:

02NNOZZ Liberación de pericardio, abordaje abierto

02BNOZZ Escisión de pericardio, abordaje abierto

0BNNZZ Liberación de pleura, abordaje abierto

Pregunta:

Un paciente con ablación cardíaca transcatéter previa es ahora ingresado debido a seudoaneurisma posoperatorio de arteria femoral derecha. ¿Cómo deberían diferenciar los codificadores entre las categorías I97, Complicaciones y trastornos intraoperatorios y tras procedimiento del aparato circulatorio, NCOC y la categoría T81, complicaciones de procedimientos, no clasificados en otro lugar para complicaciones posoperatorias? ¿Cómo se codifica un seudoaneurisma posoperatorio?

Respuesta:

Asigne un código de la subcategoría T81.718-, Complicación de otra arteria tras procedimiento, no clasificada en otro lugar, y el código I72.4, Aneurisma de arteria de extremidad inferior, para el seudoaneurisma tras procedimiento en arteria femoral derecha.

La categoría I97, Complicaciones y trastornos intraoperatorios y tras procedimiento del aparato circulatorio, no clasificados en otro lugar, se usa cuando la afección no es clasificable en otro lugar. Ya que las complicaciones arteriales postoperatorias están indexadas específicamente en la categoría T81, la subcategoría T81.718- describe más exactamente esta afección. En el Índice de Enfermedades, véase Complicación, procedimiento quirúrgico, vascular, arteria, especificada, NCOC.

Pregunta:

El paciente desarrolló embolia grasa posquirúrgica en la arteria pulmonar. ¿Cuál es la asignación correcta de código para la embolia grasa posquirúrgica en la arteria pulmonar?

Respuesta:

Asigne los códigos T81.718A Complicación de otra arteria tras procedimiento, no clasificado en otro lugar, contacto inicial, y I26.99, Otro embolismo pulmonar con cor pulmonale agudo. El embolismo tras procedimiento puede estar indexado como sigue:

Embolismo

Postoperatorio, tras procedimiento
arteria T81.71
vena T81.72

Pregunta:

Un paciente es sometido a artroplastia total de rodilla y su curso postoperatorio fue sin acontecimientos. Seis días después se presentó con hipoxia y dificultad respiratoria, y el médico documentó embolismo pulmonar una vez que una tomoangiografía pulmonar confirmó una embolia en la arteria pulmonar derecha. La ICD-10-CM clasifica los embolismos pulmonares posprocedimiento en la categoría T81.7 con códigos específicos para arteria o vena. ¿Cuál es el código correcto de la ICD-10-CM para el embolismo pulmonar posoperatorio?

Respuesta:

En este caso, asigne el código T81.718A, Complicación de otra arteria tras procedimiento no clasificado en otro lugar, contacto inicial, ya que el informe de la prueba de imagen confirma un embolismo en la arteria pulmonar derecha. Asigne también el código I26.99, Otro embolismo pulmonar sin cor pulmonale agudo, para especificar más la complicación. La ICD-10-CM clasifica las embolias posoperatorias en la categoría T81.7, Sin embargo, los códigos de esta subcategoría no proporcionan uno por defecto cuando la localización de la embolia no se especifica. Si la documentación de la historia clínica no aclara la localización, pregunte al médico para aclararlo.

Pregunta:

Un paciente fue intubado de emergencia para proteger la vía aérea. Tras la intubación, el paciente notó sangrado de la cavidad oral/orofaringe. El tubo endotraqueal había perforado el paladar blando con un segmento delgado de tejido circundante alrededor del tubo. La opinión del médico indica, "Intubación traumática" dando como resultado una herida del paladar blando alrededor del tubo endotraqueal". Se liberó el delgado manguito de tejido del paladar blando a pie de cama. ¿Cuáles son los códigos correctos para este caso? ¿Es adecuado asignar un código de lesión para la perforación del paladar blando debido a intubación endotraqueal traumática?

Respuesta:

Asigne el código K91.72, Punción y laceración accidental de órgano o estructura de aparato digestivo durante otro procedimiento, y el código Y65.8, Otros accidentes durante cuidado quirúrgico y médico, para capturar la intubación traumática con tubo endotraqueal con resultado de lesión del paladar blando. No deben asignarse códigos de lesión traumática para lesiones que ocurren o como resultado de actuación médica.

Pregunta:

El paciente, en estado de colocación de marcapasos cardiaco, se presenta para revisión del mismo debido a que los electrodos de aurícula y ventrículo derechos no detectan adecuadamente. Una vez extraído el electrodo auricular derecho el cirujano notó una gran efusión pericárdica. Se realizó una estereotomía: el pericardio estaba abierto y se extrajo sangre. Se encontró una laceración de la orejuela auricular derecha que se reparó con sutura. ¿Cuál es el código adecuado de la ICD-10-CM para la laceración intraoperatoria de la orejuela auricular derecha con hemopericardio? ¿Es correcto un código de lesión traumática?

Respuesta:

Asigne el código I97.51, Punción y laceración accidental durante procedimiento órgano o estructura del aparato circulatorio, para la complicación intraoperatoria. Asigne también el código Y65.8, Otros accidentes especificados durante cuidado médico o quirúrgico., para captar la causa externa. No deben asignarse códigos de lesión traumática para lesiones que ocurren o como resultado de actuación médica.

Pregunta:

Un paciente de 15 años con historia de leucemia linfocítica aguda de células B refractaria se presenta con fiebre de dos días tras infusión de células T de receptor de antígeno quimérico (CAR). El paciente desarrolló síntomas y signos consistentes en síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, así como fiebre neutropénica, fibrinógeno bajo, lesión renal aguda, coagulopatía y síndrome de lisis tumoral y fue ingresado en la unidad de cuidados intensivos pediátricos debido a riesgo de síndrome de liberación de citoquinas (CRS). Fue diagnosticado inicialmente de CRS de grado 1 que progresó a grado 4. No parece haber un código de la ICD-10-CM para capturar el síndrome de liberación de citoquinas. ¿Cómo debe codificarse esta afección?

Respuesta:

Asigne el código E88.3, Síndrome de lisis tumoral, para el CRS. Asigne también los códigos R65.10, Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) de origen no infeccioso., sin disfunción orgánica aguda, D70.9. Neutropenia, no especificada, N17.9, Fallo renal agudo, no especificado, D65, Coagulación intravascular diseminada [síndrome de desfibrinación] y R50.81, Fiebre presente en afecciones clasificadas e otro lugar, para las manifestaciones del síndrome, seguido del código T45.1X5A, Efecto adverso de fármaco antineoplásico e inmunosupresor, contacto inicial, y el código C91.Z0, Ora leucemia linfocítica que no ha conseguido remisión para captura el efecto adverso y la leucemia linfocítica aguda de células B refractaria (ALL).

El CRS se considera una forma de síndrome de respuesta inflamatoria sistémico. La afección puede desarrollarse con efecto adverso de algunos anticuerpos monoclonales, tratamientos adoptivos de células T así como una complicación de otros procesos patológicos. La Normativa Oficial de Codificación e Información I.B.15 indica que cuando codificamos síndromes, "en ausencia de indicaciones en el Índice Alfabético" asigne códigos para las manifestaciones documentadas de dicho síndrome. Se pueden informar códigos adicionales para manifestaciones que no son parte del proceso patológico cuando la afección no tiene un único código.

Pregunta:

La documentación del médico indica desgarro/lesión de menisco medial izquierdo compleja crónica agudizada. Dada la nota de Excluye 1 en ambas categorías de códigos S83-, dislocación y esguince de articulaciones y ligamentos de la rodilla, y M23-, trastorno interno de rodilla, los códigos de desgarro agudo y crónico de menisco medial no pueden asignarse conjuntamente. ¿Cuál es la asignación de código correcta para un desgarro/lesión de menisco medial izquierdo compleja crónica agudizada?

Respuesta:

Asigne el código S83.232, Desgarro complejo de menisco medial, lesión actual, rodilla izquierda, contacto inicial, para el desgarro/lesión de menisco medial izquierdo crónica agudizada. La nota Excluye 1 prohíbe asignar códigos para ambas lesiones de menisco aguda y crónica. Puesto que solo se permite un código, sería más adecuado asignar un código de la afección aguda.

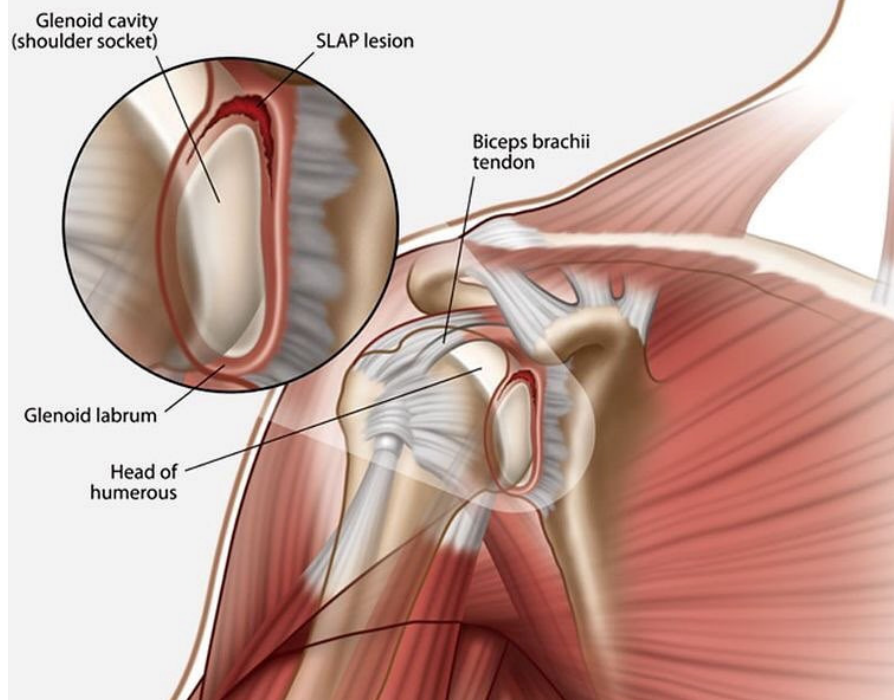
Pregunta:

¿Cómo se codifica el desgarro antiguo/crónico/degenerativo de ligamento, músculo o tendón? El Índice de Enfermedades de la ICD-10-CM indica "véase Esguince" cuando se hace referencia a desgarro de ligamento y "véase Distensión" para desgarro de músculo o tendón. Los códigos bajo "Esguince" o "Distensión" se refieren a lesiones actuales. ¿Cuál es el código correcto de la de un desgarro degenerativa posteroanterior de labio superior (SLAP)?

Respuesta:

Asigne un código de la subcategoría S43.43-, Lesión de labio glenoideo superior, cuando la documentación indica un desgarro o lesión SLAP. Aunque estos desgarros pudieran describirse como degenerativos, son normalmente resultado de un traumatismo repetitivo.

SLAP LESION



Lesión anteroposterior de labio superior de cavidad glenoidea del hombro SLAP ^{NT}

Pregunta:

¿Cuál es el código correcto para el desgarro degenerativo/no traumático de tendón del bíceps?

Respuesta:

Asigne un código de la subcategoría S46.11-, Distensión de músculo, fascia y tendón de la cabeza larga del bíceps, cuando la documentación indica un desgarro del tendón del bíceps no traumático. Aunque estos desgarros pueden describirse como degenerativos, son normalmente resultado de un traumatismo repetitivo.

Pregunta:

Una mujer de 83 años en estado de sustitución parcial de cadera, se presenta tras caerse de la silla de ruedas. Se encontró que tenía una luxación posterosuperior de su hemiartoplastia. ¿Cuál es la asignación adecuada de la ICD-10-CM para la luxación traumática de prótesis de cadera izquierda? ¿Se considera la luxación una complicación aunque sea debida a una lesión?

Respuesta:

Asigne el código T84.021A, Luxación de prótesis interna de cadera izquierda, contacto inicial, y el código W05.0XXA, Caída desde silla de ruedas sin movimiento, contacto inicial, para la luxación traumática de la prótesis de cadera izquierda. Una luxación de articulación protésica debe codificarse como complicación incluso si la luxación ha ocurrido secundaria al traumatismo (caída desde silla de ruedas).

La complicaciones de sustitución de articulación con prótesis puede ocurrir debidas a infección, aflojamiento de la prótesis, luxación de la articulación protésica (traumática o no traumática), fractura periprotésica, desgaste de superficie articular, y/o osteolisis.

Pregunta:

Un paciente con historia de cáncer de mama metastático es diagnosticado con fallo respiratorio agudo hipoxémico debido a neumonitis inducida por tratamiento con Paclitaxel. Los codificadores no tienen claro si es correcto asignar el código J18.9, Neumonía. Organismo no especificado, o J84.49, Otra enfermedad pulmonar intersticial especificada, para capturar la neumonitis, ya que la literatura médica describe neumonitis como un efecto colateral no infeccioso asociado a quimioterapia. ¿Cuál es la asignación de código correcta para la neumonitis inducida por quimioterapia?

Respuesta:

Si la neumonitis debida a quimioterapia se documenta como aguda, asigne el código J70.2, Trastornos pulmonares intersticiales agudos inducidos por medicamento, seguido del código T45.1X5A, Efecto adverso de fármacos antineoplásicos e inmunosupresores, contacto inicial, para la neumonitis inducida por Paclitaxel/quimioterapia. Si la afección no se especifica como aguda, asigne el código J70., Trastornos pulmonares intersticiales inducidos por medicamento, no especificado, en lugar del código J70.2. Cuando se codifica un efecto adverso de un medicamento que ha sido correctamente prescrito y administrado, asigne el código adecuado a la naturaleza del efecto adverso seguido del código apropiado del efecto adverso del medicamento (T36-T50).

El código J84.89, Otra enfermedad pulmonar intersticial especificada, no es correcto debido a la nota Excluye 1 en la categoría J84 para "trastornos intersticiales inducidas por fármacos (J70.2-J70.4)".

Pregunta:

Un recién nacido con 32 semanas de gestación es ingresado por prematuridad, síndrome de distress respiratorio y fallo respiratorio que requiere CPAP. La nota Excluye 1 en la categoría P22, Distress respiratorio del recién nacido, y en el código P28.5, Fallo respiratorio del recién nacido, prohíbe informar ambos códigos juntos. Si embargo estas afecciones no parecen estar incluidas una en otra. ¿Cómo debería codificarse el síndrome de distress respiratorio y el fallo respiratorio en un recién nacido?

Respuesta:

Asigne solo el código P22.0, Síndrome de distress respiratorio del recién nacido. Este síndrome es una enfermedad del pulmón que afecta a recién nacidos pretérmino y ocurre porque los pulmones no están totalmente desarrollados y no tienen suficiente surfactante. El código P22.0 es más adecuado que el código P28.5 ya que el síndrome de distress respiratorio es una entidad clínicamente diferente y más específica, mientras que el fallo respiratorio puede producirse por distintas causas.

Pregunta:

Una mujer de 29 años con dolor en lado derecho y nivel de gonadotropina coriónica (hCG) de 94 se presenta para descartar un embarazo ectópico. Se realiza una ecografía transabdominal/transvaginal que no muestra signos de saco gestacional. El médico diagnostica "Embarazo de localización indeterminada". ¿Cuál es el código adecuado para un embarazo de localización indeterminada?

Respuesta:

Asigne el código O36.80X0, Embarazo con viabilidad fetal no concluyente, no aplicable o no especificado. En este caso la viabilidad del embarazo no es concluyente. Codifique también cualquier signo o síntoma tal como el dolor abdominal de lado derecho.

Pregunta:

Un paciente es diagnosticado de mieloma múltiple/leucemia de células plasmáticas. Cómo se codifica el mieloma múltiple/leucemia de células plasmáticas en la ICD-10-CM?

Respuesta:

Asigne el código C90.10, Leucemia de células plasmáticas sin alcanzar la remisión, para el mieloma múltiple/leucemia de células plasmáticas. La leucemia de células plasmáticas indica una forma agresiva de mieloma múltiple, lo que significa que las células plasmáticas de la médula ósea se han vertido en la sangre y transformado en leucemia. La leucemia de células plasmáticas NEOM es un término de inclusión bajo el código C90.10. Consulte el Índice Alfabético como sigue:

Leucemia

Célula plasmática C90.1-

Pregunta:

Un paciente con catarata cortical, nuclear y subcapsular posterior de ambos ojos es visto para implante de lente intraocular con facoemulsificación. El paciente también tiene diabetes tipo 2. ¿Debería codificarse la catarata como complicación diabética?

Respuesta:

Sí, es correcto asignar un código para la catarata diabética, basado en la clasificación que asume una relación entre diabetes y catarata. Asigne el código E11.36 Diabetes de tipo 2 con catarata diabética. Asigne también el código H25.813, Formas combinadas de catarata relacionadas con la edad, bilateral para más especificidad.

Como se publicó anteriormente en *Coding Clinic*, Cuarto Trimestre de 2016, la catarata es la mayor causa de discapacidad visual en pacientes diabéticos ya que su incidencia y progresión es elevada debida a la diabetes mellitus.

Pregunta:

Un paciente diabético de tipo 2 con catarata esclerótica nuclear y glaucoma de ángulo abierto del ojo derecho fue sometido a facoemulsificación con implantación de lente intraocular y stent. ¿Debería codificarse la catarata como complicación diabética?

Respuesta:

Sí, es correcto asignar un código de catarata diabética basado en la relación entre diabetes y catarata como afecciones relacionadas. Asigne el código E11.36, Diabetes mellitus de tipo 2 con catarata diabética. Además, signe los códigos H25.11, Catarata nuclear relacionada con la edad y H40.1110, Glaucoma de ángulo abierto primario, ojo derecho, estadio inespecificado.

Como se publicó anteriormente en *Coding Clinic*, Cuarto Trimestre de 2016, la catarata es la mayor causa de discapacidad visual en pacientes diabéticos ya que su incidencia y progresión es elevada debida a la diabetes mellitus.

Pregunta:

Parece existir una discrepancia en el Índice Alfabético para la bronquitis por aspiración. Cuando se hace referencia a "bronquitis" con subentrada "aspiración" el índice indica a los codificadores el código J68.0, Bronquitis y neumonitis debido a químicos, gases, humos y vapores. Sin embargo cuando se hace referencia a "aspiración" con subentrada "bronquitis" el Índice indica codificar con el J69.0, Neumonitis debida a inhalación de comida y vómito. ¿Cuál es la asignación de código correcta para bronquitis por aspiración, sin más especificación?

Respuesta:

De acuerdo con los clínicos, la bronquitis por aspiración es causada más frecuentemente por aspiración de comida que por aspiración de gases. Por tanto, el código J69.0, Neumonitis debida a inhalación de comida y vómito es un código más apropiado que el código J68.0. El Centro Nacional para Estadísticas de Salud de los Centros para Control y Prevención de Enfermedades ha acordado abordar las inconsistencias en el Índice de Enfermedades a través del proceso e Mantenimiento y Coordinación de la ICD-10.

Pregunta:

¿Cómo se codifica la esquizofrenia crónica con exacerbación aguda? ¿Se asignan dos códigos? La esquizofrenia aguda se indexa en el código F23, Trastorno psicótico breve. Hay una nota de Excluye 1 en la categoría F20, Esquizofrenia, que excluye el trastorno psicótico breve (F23)

Respuesta:

Asigne el código F20.9, Esquizofrenia, no especificada, para la esquizofrenia con exacerbación aguda. Los códigos existentes en la ICD-10-CM para la esquizofrenia no diferencian la gravedad o la exacerbación aguda.

Pregunta:

Un paciente, es estado de angioplastia coronaria con colocación de stent en la descendente anterior izquierda (LAD) dos días antes, es reingresado por un infarto de miocardio sin elevación de ST (IMSEST) debido a un trombo en el stent. Basado en la nota instruccional bajo el I21A.9, parece que deben asignarse los códigos I21A.9, Otro tipo de infarto de miocardio, T82.897A, Otra complicación especificada de dispositivos, implantes e injertos cardíacos protésicos, contacto inicial, y I97.89, Otras complicaciones y trastornos tras procedimiento del aparato circulatorio, no clasificado en otra parte. El código I97.190, Otros trastornos cardíacos funcionales tras cirugía cardíaca, parece también adecuado. ¿Cuáles son los diagnósticos correctos y la secuenciación de un infarto agudo de miocardio debido a trombosis del stent tras angioplastia coronaria y colocación de stent?

Respuesta:

Asigne los códigos I97.190, Otros trastornos cardíacos funcionales tras cirugía cardíaca, T82.897A, Otra complicación especificada de dispositivos, implantes e injertos cardíacos protésicos, contacto inicial, y I21.A9, Otro tipo de infarto de miocardio. El código I97.190 es más específico para este IM. En este caso, el código I97.89, Otras complicaciones y trastornos tras procedimiento del aparato circulatorio, no clasificado en otra parte, es genérico y no debe asignarse como código secundario.

Pregunta:

Un paciente fue dado de alta con catéter de drenaje PleurX® debido a efusión pleural maligna. Durante una visita domiciliaria, la enfermera drenó el catéter y cambió el apósito, así como instruyó al paciente para hacerse él mismo el drenaje. ¿Cuál es la asignación de código para captar el procedimiento de drenaje del PleurX®? ¿Se codifica como cuidado de ostomía o se considera el catéter/drenaje PleurX® un catéter no vascular?

Respuesta:

Asigne el código Z48.813, Contacto para cuidado posquirúrgico ras cirugía del sistema respiratorio, y el código Z48.01, Contacto para cambio o retirada de apósito quirúrgico. El código Z48.813 describe el sistema corporal que necesita el cuidado posterior y puede usarse junto con otro código de cuidado posterior para explicar completamente este contacto.

Pregunta:

La paciente es una mujer de 71 años ingresada por debilidad que se volvió delirante durante su estancia. El médico documentó "Delirio de causa no aclarada. Continuar pruebas neurológicas, Lexapro (Escitalopram ^{NT}) y Abilify (Aripiprazol ^{NT}). El Índice de Enfermedades bajo el término "delirio, debido a afección médica general" dirige al código F05, Delirio debido a afección fisiológica conocida. Sin embargo esta asignación de código no parece exacta. ¿Cuál es la asignación correcta para el delirio de etiología desconocida?

Respuesta:

Asigne el código R41.0, Desorientación, no especificada, para delirio de etiología desconocida. "Delirio NEOM" es un término de inclusión bajo el R41.0. El consejo de Coding Clinic ha indicado que una regla básica decodificación es que se requiere más investigación si el título del código sugerido por el Índice no identifica la afección correctamente. La nota de Excluye 1 bajo el código F05 excluye el delirio no especificado de otra manera. En este caso, aunque el Índice dirija al código F05, Delirio debido a afección fisiológica conocida, este código no debe asignarse ya que la causa del delirio no es conocida.

Pregunta:

La paciente de 29 años de edad, que ha tenido un parto vaginal espontáneo. El diagnóstico final del médico indicó: "Triple I (*), prematuro, ruptura de membranas y anemia". Nuestros médicos recientemente han comenzado a documentar el diagnóstico de Triple I para pacientes obstétricas durante el episodio del parto.

(*) Triple I es una nueva denominación de la corioamnionitis que significa "Intrauterine inflammation, infection or both"

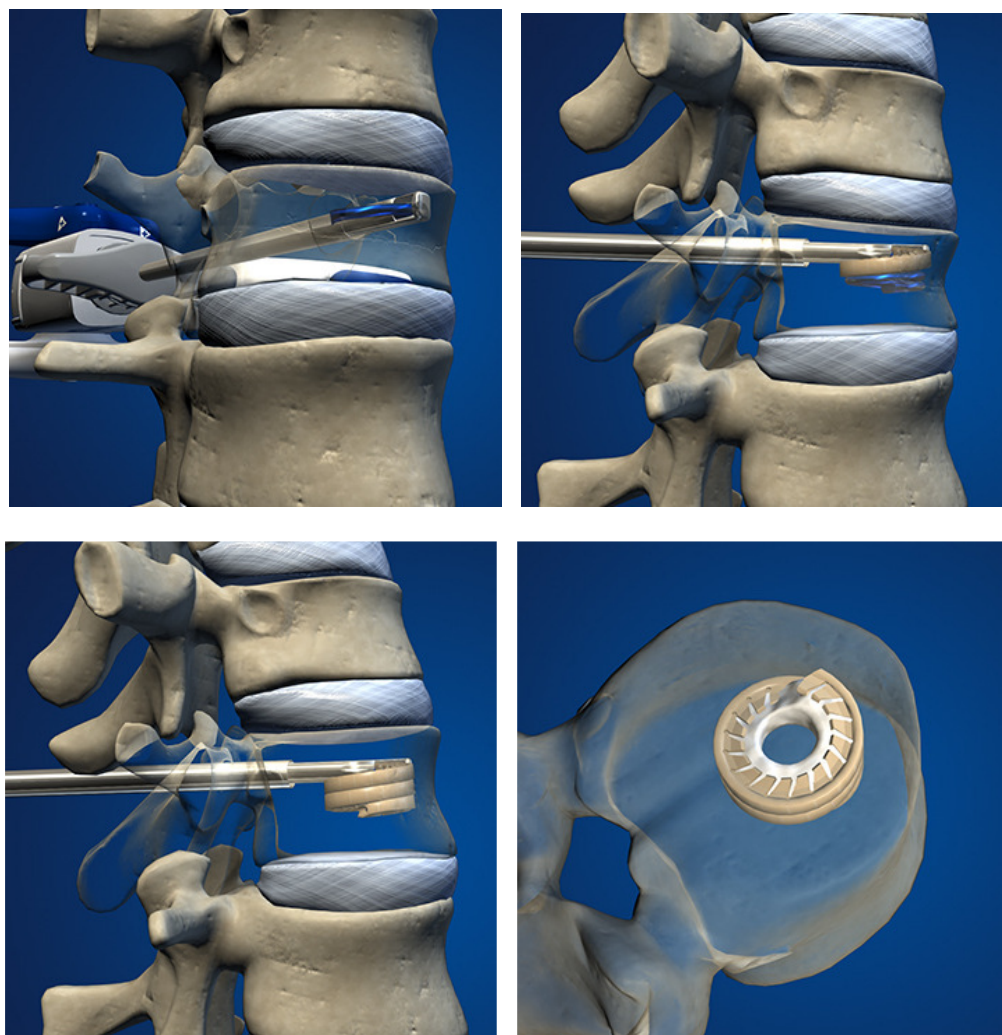
De acuerdo con nuestra investigación, "Triple I implica inflamación intrauterina y/o infección, y es clínicamente una corioamnionitis. ¿Deberíamos preguntar al clínico antes de asignar un código de la subcategoría O41?12- Corioamnionitis?". ¿Cuál es el código correcto para la Triple I?

Respuesta:

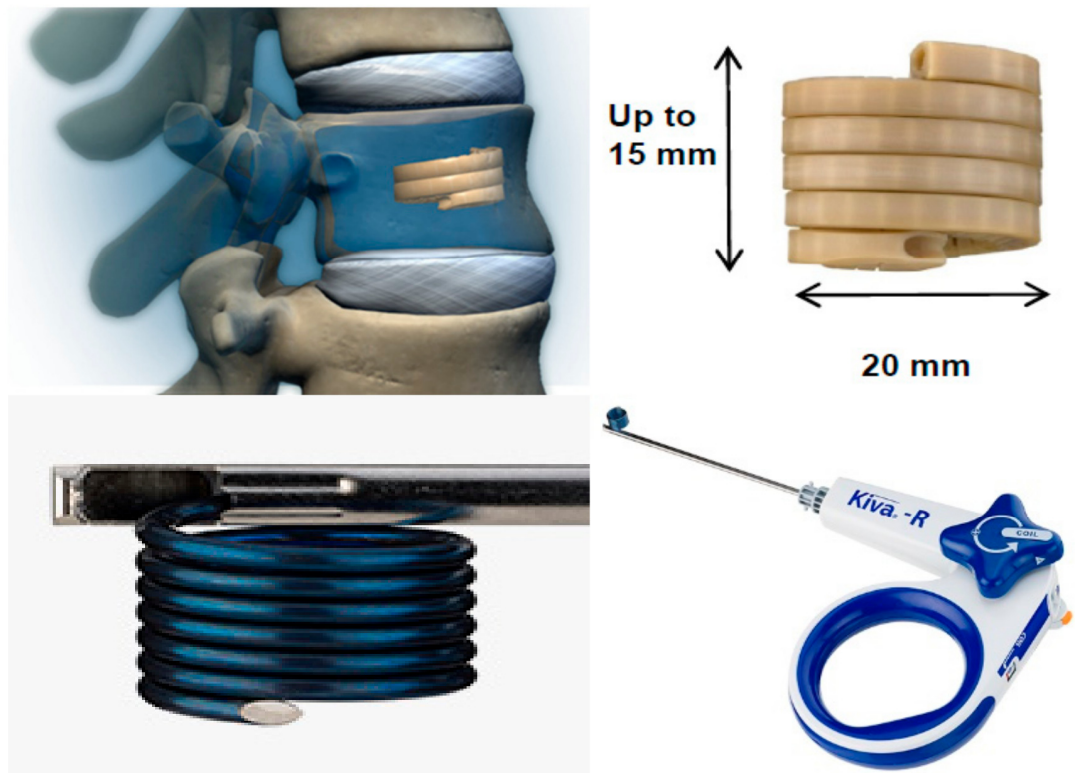
Corioamnionitis y Triple I son términos sinónimos. Asigne el código adecuado de la subcategoría O41.12- Corioamnionitis para la Triple I.

Pregunta:

Un paciente con una fractura por compresión patológica en L5 se presenta para cifoplastia mediante el tratamiento con sistema Kiva® que usa un implante



Fases de un implante Kiva® para fractura vertebral por compresión ^{NT}



Implante Kiva® NT

Respuesta:

Asigne el siguiente código de procedimiento:

0QU03JZ Suplemento de vértebra lumbar con sustituto sintético, abordaje percutáneo

El efecto del aumento es más restaurar la altura de la vértebra, usando el implante Kiva® y cemento óseo, que un objetivo quirúrgico de reposición de vértebra, por lo que no se asigna código adicional. De acuerdo a la página web del fabricante, "El implante Kiva® está diseñado para proporcionar soporte estructural al cuerpo vertebral y un reservorio para dirigir y contener cemento óseo durante el aumento vertebral"

Pregunta:

Un paciente con shock cardiogénico poscardiotomía, edema pulmonar, fallo ventricular derecho y sangrado mediastínico es sometido a exploración quirúrgica y oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO). Se abrió y exploró el tórax del paciente y se realizó la ECMO veno-arterial colocando una cánula central en la aorta y una canulación periférica venosa en la vena femoral. Se han creado códigos nuevos en la ICD-10-PCS para captar la ECMO central, periférica veno-arterial y la veno-venosa periférica. Sin embargo este procedimiento no parece entrar en ninguna de estas categorías. ¿Se codifica como ECMO central o veno-arterial periférica? ¿Cuál es el código correcto para este procedimiento?

Respuesta:

En este caso, asigne un código para el ECMO central. Si se coloca una cánula arterial o venosa de una ECMO mediante esternotomía abierta, asigne el código de la ICD-10-PCS como sigue:

5A1522F Oxigenación extracorpórea, membrana, central

Pregunta:

Un paciente es sometido a evacuación de hemorragia intraparenquimatosa usando la tecnología BrainPath® NICO. Se hizo una trepanación y se completó una craniotomía circular. Se elevó el colgajo óseo, se completó la incisión dural y el cerebro comenzó a sobresalir suavemente. Se colocó un brazo Mitaka y se colocó un exoscopio Storz en la posición deseada. Usando la tecnología BrainPath® NICO se introdujo suavemente un puerto de 60 mm por todo el trayecto hasta el fondo del coágulo. Se succionaron y se retiraron los fragmentos de coágulo. ¿Cuál es el abordaje adecuado para este procedimiento, abierto o percutáneo? El cerebro estaba expuesto durante la intervención, pero parece que la evacuación de la hemorragia (lugar operatorio) no estaba visualizado directamente. ¿Cuál es el código correcto de la ICD-10-PCS para este procedimiento?



Brazo Mitaka ^{NT}

Respuesta:

Asigne los siguientes códigos de procedimiento:

00J00ZZ Inspección del cerebro, abordaje abierto

00C04ZZ Extirpación de materia del cerebro, abordaje percutáneo, para la evacuación de coágulo usando el exoscopio

El BrainPath® NICO es una nueva tecnología mínimamente invasiva que permite el acceso y visualización de neoplasias cerebrales, hemorragias intracerebrales y otros crecimientos localizados en la profundidad del cerebro previamente inoperables. La tecnología permite al neurocirujano navegar entre los pliegues y estructuras naturales del cerebro, limitando el daño tisular y proporcionando al paciente la recuperación con menores déficits.

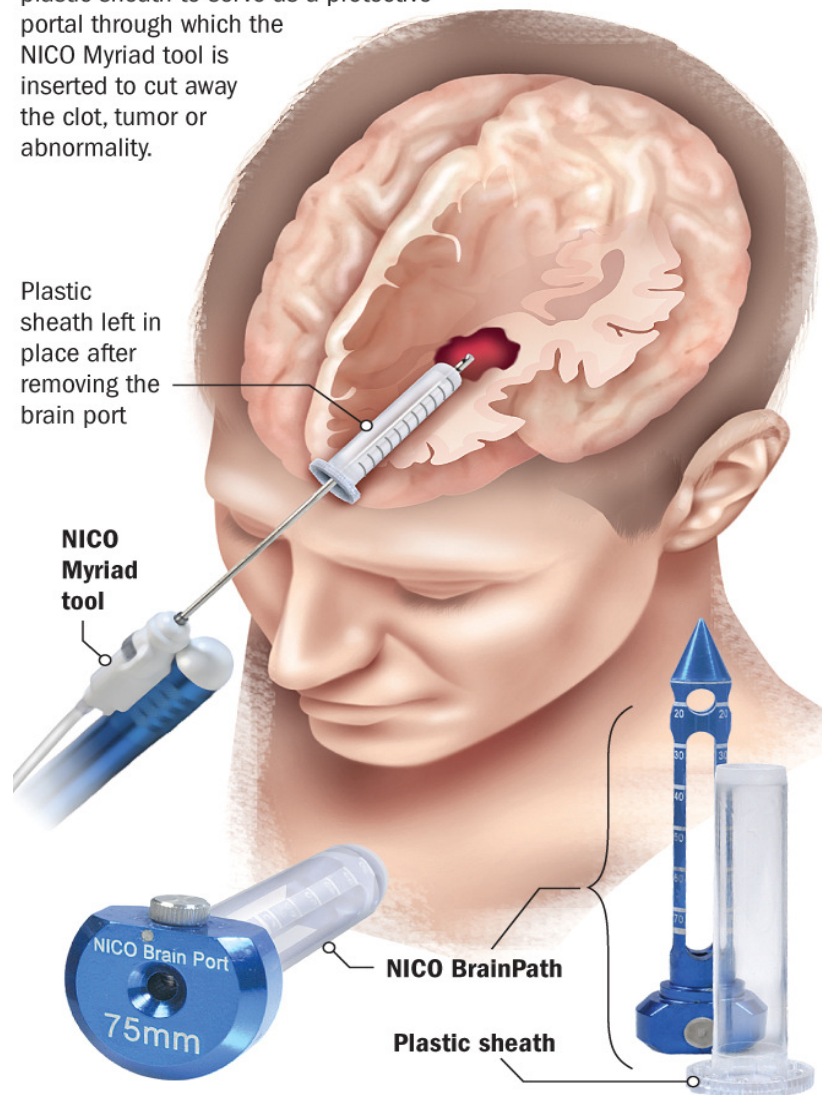
El equipo de neurocirugía comienza con imágenes avanzadas para mapear en detalle el tumor o el coágulo, así como los tractos de tejido y fibra que lo rodean. La imagen se combina con un sistema de navegación para guiar al neurocirujano hacia el tumor subcortical o el coágulo sanguíneo. Usando los sistemas de imágenes y navegación, el neurocirujano ingresa al cerebro a través de una pequeña abertura con el dispositivo BrainPath. Su vaina en forma de cono se desliza en el cerebro hasta el tumor o el coágulo. Con una óptica de alta potencia, el neurocirujano inserta la NICO Myriad®. El dispositivo, que tiene aproximadamente el diámetro de un lápiz, se usa para eliminar solo el tejido objetivo sin dañar las estructuras cerebrales cercanas. Esto puede resultar en una menor pérdida de sangre y una recuperación más rápida para los pacientes



Puertos de BrainPath® NT

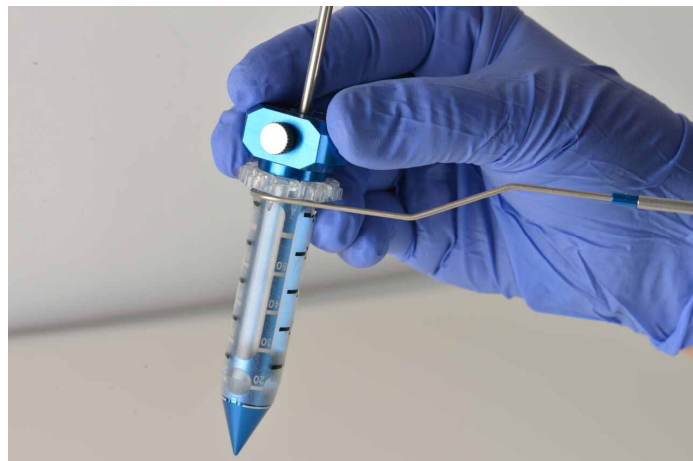
NICO BrainPath: minimally disruptive treatment

The neurosurgeon uses the dime-sized NICO BrainPath tool to create a path to a tumor or clot by navigating through the natural folds of the brain, running parallel to the brain's critical structures. Once at the location of the abnormality, the metal port is removed, leaving a clear plastic sheath to serve as a protective portal through which the NICO Myriad tool is inserted to cut away the clot, tumor or abnormality.



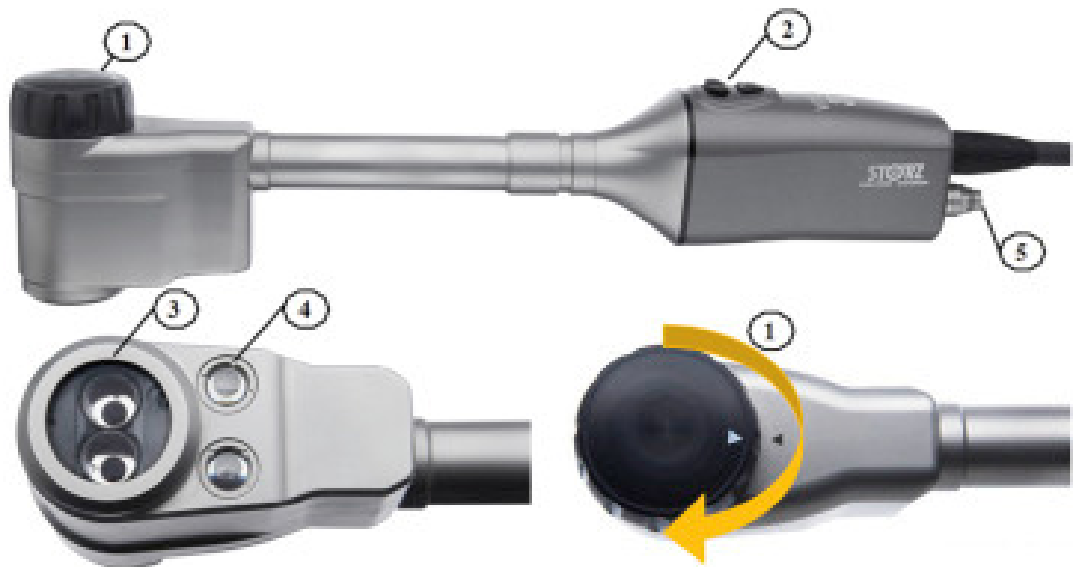
Source: NICO Corporation

Ed Yozwick/Post-Gazette



BrainPath® NT

El exoscopio es una nueva tecnología que consiste en un telescopio de alta definición que puede usarse como alternativa al microscopio en neurocirugía. De acuerdo a la norma B3.11c de la ICD-10-PCS "Cuando tanto el procedimiento de Inspección como otro procedimiento se realizan en la misma estructura anatómica, si el procedimiento de Inspección usa un diferente abordaje que el otro procedimiento, el procedimiento de Inspección se codifica por separado".



Exoscopio Storz ^{NT}

Pregunta:

Un paciente con fiebre y leucocitosis es ingresado en el hospital para estudio y descartar infección. No se encontró una clara fuente de los síntomas y el paciente se diagnosticó de SIRS (síndrome de respuesta inflamatorio agudo ^{NT}) como diagnóstico al alta. ¿Cuál es el diagnóstico principal adecuado cuando un paciente se presenta con SIRS y no se encuentra una causa subyacente, SIRS (R65?10) o los síntomas, ej. fiebre, leucocitosis, etc.? Hay una nota de "codifique primero" en la categoría R65.1, Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) de origen no infeccioso que indica "codificar primero la afección subyacente".

Respuesta:

Cuando se informa de SIRS, la afección/síntomas subyacentes deben ir primero como se indica en la nota de instrucción encontrada bajo la categoría R65, Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) de origen no infeccioso. Por tanto, asigne códigos de los síntomas que presenta el paciente (fiebre o leucocitosis) como diagnóstico principal. Asigne el código R65.10, Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica de origen no infeccioso sin disfunción orgánica aguda, como secundario.

Noticias de Corrección

Sepsis debida a infección tras procedimiento

El *Coding Clinic*, Cuarto Trimestre de 2018, página 23 (página 24 de la versión traducida ^{NT}) contiene una omisión. El código O86.04, Sepsis tras procedimiento obstétrico debería asignarse como diagnóstico secundario. La Normativa Oficial para Codificación e Información acerca de la sepsis debida estado de infección tras procedimiento indica: "Para infecciones seguidas de un procedimiento, deben codificarse primero un código del T81.40 al T81.43, Infección tras un procedimiento, o un código del O86.00 al O86.03, Infección de herida quirúrgica obstétrica, que identifica el sitio de la infección. Asigne un código adicional para la sepsis tras procedimiento (T81.44) o sepsis tras procedimiento obstétrico (O86.04)."

Revisión de derivación portosistémica intrahepática transyugular

El *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 2018, página 10 (páginas 8-10 de la versión traducida ^{NT}) contiene un error. Para una revisión de derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS), se asignó el código 06WY3DZ y el valor de dispositivo "D" dispositivo intraluminal era incorrecto, en lugar del "J" sustituto sintético. En los PCS el dispositivo se clasifica como sustituto sintético y el código correcto se debe leer como:

06WY3JZ Revisión de sustituto sintético en vena inferior, abordaje percutáneo.

Descompresión de médula espinal y colocación de instrumentación

El *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 2017, páginas 23-24 (páginas 23-24 de la versión traducida ^{NT}) contiene un error tipográfico. El valor de estructura anatómica "articulación vertebral cervical" se asignó para la inserción de instrumentación espinal. El valor de estructura anatómica correcta es "vértebra cervical". Por tanto, se asigna el código **OPH304Z**, Inserción de dispositivo de fijación interna en vértebra cervical, abordaje abierto, en lugar del código 0RH104Z, Inserción de dispositivo de fijación interna en articulación vertebral cervical, abordaje abierto.

El presente documento es una traducción de la publicación *Coding Clinic for ICD-10-CM and ICD-10-PCS*, editada por la AHA (American Hospital Association) y por tanto sujeta a copyright.

Así mismo las imágenes, esquemas y explicaciones que se incluyen para una mejor comprensión de los textos, que no vienen en la publicación original, y que son añadidos como "notas del traductor **NT**" pueden estar sujetos en algunos casos a derechos de autor.

La distribución se hace de manera totalmente gratuita y exclusivamente para uso particular y va dirigida a personas concretas para su formación personal. El traductor no se hace responsable de las copias y otros usos de este contenido.