

AHA Coding Clinic™

for ICD-9-CM

Publicación trimestral de la Central Office on ICD-9-CM

**Volumen 20
Número 4**

**Cuarto Trimestre
2003**

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 1 de octubre o del 15 de diciembre de 2003 (sólo en USA^{NT})

En este número

Tabla de conversión de los nuevos códigos de ICD-9-CM

Volúmenes 1 y 2: Códigos de Diagnósticos nuevos y revisados

Actualización de códigos V a 1 de octubre de 2003 (año fiscal 2004)

Tabla de códigos V

Volumen 3: Códigos de Procedimientos nuevos y revisados

Codificación e Información de Cuidados de Hospitalización de Larga Estancia

Noticias de corrección

Cambios en la Guía Oficial de Codificación

Preguntas al Editor

Notas de Corrección

Tabla de conversión de los códigos nuevos de ICD-9-CM

El National Center for Health Statistics (NCHS) y la Health Care Financing Administration (HCFA) han publicado nuevos códigos de diagnósticos y procedimientos para la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, Modificación Clínica (ICD-9-CM) cada año desde 1986.

La asignación de nuevos códigos son el resultado de esfuerzos a lo largo de los años del ICD-9-CM Coordination and Maintenance Committee, que es subvencionado conjuntamente por el NCHS y la HCFA. La fecha efectiva para los nuevos códigos es la misma cada año, 1 de octubre.

La Tabla de Conversión para los códigos nuevos de ICD-9-CM se proporciona para ayudar en la recuperación de datos. Para cada código nuevo la tabla muestra la fecha en que comenzó a ser efectivo y su código equivalente previamente asignado. Los códigos equivalentes fueron usados para informar de diagnósticos y procedimientos hasta el momento en que los nuevos códigos fueron publicados.

Códigos de Diagnósticos

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
005.81	1995	005.8
005.89	1995	005.8
007.4	1997	007.8
007.5	2000	007.8
008.00-008.09	1992	008.0
008.43-008.47	1992	008.49
008.61-008.69	1992	008.6
031.2	1997	031.8
038.10-038.11	1997	038.1
038.19	1997	038.1
040.82	2002	040.89
041.00-041.03	1992	041.0
041.04	1992	041.0
041.04#	1997	041.04
041.05	1992	041.0
041.09	1992	041.0
041.10-041.19	1992	041.1
041.81-041.85	1995	041.8
041.86	1992	041.84
041.89	1992	041.8
042	1994	042-042.2, 042.9,* 043.0-043.3, 043.9,* 044.0, 044.9*
042.0-042.9	1986	279.19
043.0-043.9	1986	279.19
044.0-044.9	1986	279.19
066.4	2002	066.3
070.20-070.21	1991	070.2
070.22	1994	070.20
070.23	1994	070.21
070.30-070.31	1991	070.3

título de código cambiado

* código borrado

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
070.32	1994	070.30
070.33	1994	070.31
070.41-070.43	1991	070.4
070.44	1994	070.41
070.49	1991	070.4
070.51-070.53	1991	070.5
070.54	1994	070.51
070.59	1991	070.5
077.98-077.99	1993	077.9
078.10-078.11, 078.19	1993	078.1
078.88	1993	078.89
079.4	1993	079.8
079.50-079.53, 079.59	1993	079.8
079.6	1996	079.89
079.81	1995	079.89
079.82	2003	079.89
079.88-079.89	1993	079.8
079.98-079.99	1993	079.9
082.40-082.41, 082.49	2000	082.8
088.81	1989	088.8
088.82	1989	088.89
088.89	1989	088.8
099.40-099.49	1992	099.4
099.50-099.59	1992	078.89
112.84-112.85	1992	112.89
114.4-114.5	1993	114.3
176.0-176.9	1991	173.0-173.9
203.00	1991	203.0
203.01	1991	V10.79
203.10	1991	203.1
203.11	1991	V10.79
203.80	1991	203.8
203.81	1991	V10.79
204.00	1991	204.0
204.01	1991	V10.61

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
204.10	1991	204.1
204.11	1991	V10.61
204.20	1991	204.2
204.21	1991	V10.61
204.80	1991	204.8
204.81	1991	V10.61
204.90	1991	204.9
204.91	1991	V10.61
205.00	1991	205.0
205.01	1991	V10.62
205.10	1991	205.1
205.11	1991	V10.62
205.20	1991	205.2
205.21	1991	V10.62
205.30	1991	205.3
205.31	1991	V10.62
205.80	1991	205.8
205.81	1991	V10.62
205.90	1991	205.9
205.91	1991	V10.62
206.00	1991	206.0
206.01	1991	V10.63
206.10	1991	206.1
206.11	1991	V10.63
206.20	1991	206.2
206.21	1991	V10.63
206.80	1991	206.8
206.81	1991	V10.63
206.90	1991	206.9
206.91	1991	V10.63
207.00	1991	207.0
207.01	1991	V10.69
207.10	1991	207.1
207.11	1991	V10.69
207.20	1991	207.2
207.21	1991	V10.69
207.80	1991	207.8
207.81	1991	V10.69
208.00	1991	208.0
208.01	1991	V10.60
208.10	1991	208.1

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
208.11	1991	V10.60
208.20	1991	208.2
208.21	1991	V10.60
208.80	1991	208.8
208.81	1991	V10.60
208.90	1991	208.9
208.91	1991	V10.60
237.70-237.72	1990	237.7
250.02	1993	250.90
250.03	1993	250.91
250.12	1993	250.10
250.13	1993	250.11
250.22	1993	250.20
250.23	1993	250.21
250.32	1993	250.30
250.33	1993	250.31
250.42	1993	250.40
250.43	1993	250.41
250.52	1993	250.50
250.53	1993	250.51
250.62	1993	250.60
250.63	1993	250.61
250.72	1993	250.70
250.73	1993	250.71
250.82	1993	250.80
250.83	1993	250.81
250.92	1993	250.90
250.93	1993	250.91
255.10	2003	255.1
256.31-256.39	2001	256.3
275.40-275.42	1997	275.4
275.49	1997	275.4
277.02-277.03, 277.09	2002	277.00
277.7	2001	277.8
277.81-277.84, 277.89	2003	277.8
278.00-278.01	1995	278.0

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
282.41-282.42, 282.49 282.64	2003 2003	282.4 282.63
282.68	2003	282.69
283.10-283.11, 283.19	1993	283.1
285.21-285.22, 285.29	2000	285.8
289.52 289.81-82, 289.89	2003 2003	289.59 298.8
291.81 291.89	1996 1996	291.8 291.8
293.84	1996	293.89
294.10-294.11	2000	294.1
300.82 305.1	1996 1994	300.81 305.10, 305.11* 305.12, 305.13*
312.81-312.82, 312.89 315.32 320.81-320.89	1994 1996 1992	312.8 315.39 320.8
331.11 331.19 331.82	2003 2003 2003	331.1 331.1 331.89
333.92-333.93	1994	333.99
337.20-337.22, 337.29 337.3	1993 1998	337.9 337.9
342.00-342.02 342.10-342.12 342.80-342.82 342.90-342.92	1994 1994 1994 1994	342.0 342.1 342.9 342.9
344.00-344.04, 344.09 344.30-343.32 344.40-344.42 344.81, 344.89	1994 1994 1994 1993	344.0 344.3 344.4 344.8
		* código borrado

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
345.00-345.01	1989	345.0
345.10-345.11	1989	345.1
345.40-345.41	1989	345.4
345.50-345.51	1989	345.5
345.60-345.61	1989	345.6
345.70-345.71	1989	345.7
345.80-345.81	1989	345.8
345.90-342.91	1989	345.9
346.00-346.01	1992	346.0
346.10-346.11	1992	346.1
346.20-346.21	1992	346.2
346.80-346.81	1992	346.8
346.90-346.91	1992	346.9
348.30-348.31, 348.39	2003	348.3
355.71	1993	354.4
355.79	1993	355.7
357.81-357.82, 357.89	2002	357.8
358.00-358.01	2003	357.8
359.81, 359.89	2002	359.8
365.83	2002	365.89
371.82	1992	371.89
372.81, 372.89	2000	372.8
374.87	1990	374.89
403.00-403.01	1989	403.0
403.10-403.11	1989	403.1
403.90-403.91	1989	403.9
404.00-404.03	1989	404.0
404.10-404.13	1989	404.1
404.90-404.93	1989	404.9
410.00-410.02	1989	410.0
410.10-410.12	1989	410.1
410.20-410.22	1989	410.2

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
410.30-410.32	1989	410.3
410.40-410.42	1989	410.4
410.50-410.52	1989	410.5
410.60-410.62	1989	410.6
410.70-410.72	1989	410.7
410.80-410.82	1989	410.8
410.90-410.92	1989	410.9
411.81	1989	411.8
411.89	1989	411.8
414.00-414.01	1994	414.0
414.02-414.03	1994	996.03
414.04-414.05	1996	414.00
414.06	2002	414.00
414.07	2003	414.06
414.12	2002	414.11
415.11	1995	997.3 & 415.1
415.19	1995	415.1
428.20-428.23	2002	428.0
428.30-428.33	2002	428.0
428.40-428.43	2002	428.0
429.71	1989	410.0-410.9
429.79	1989	410.0-410.9
433.00-433.01	1993	433.0
433.10-433.11	1993	433.1
433.20-433.21	1993	433.2
433.30-433.31	1993	433.3
433.80-433.81	1993	433.8
433.90-433.91	1993	433.9
434.00-434.01	1993	434.0
434.10-434.11	1993	434.1
434.90-434.91	1993	434.9
435.3	1995	435.0 & 435.1
437.7	1992	780.9
438.0	1997	249.9 & 438
438.10	1997	784.5 & 438
438.11	1997	784.3 & 438

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
438.12	1997	784.5 & 438
438.19	1997	784.5 & 438
438.20	1997	342.90 & 438
438.21	1997	342.91 & 438
438.22	1997	342.92 & 438
438.30	1997	344.40 & 438
438.31	1997	344.41 & 438
438.32	1997	344.42 & 438
438.40	1997	344.30 & 438
438.41	1997	344.31 & 438
438.42	1997	344.32 & 438
438.50-438.52	1997	344.89 & 438
438.53	1998	438.50
438.6-438.7	2002	438.89
438.81	1997	784.69 & 438
438.82	1997	787.2 & 438
438.83-438.85	2002	438.89
438.89	1997	438
438.9	1997	438
440.20-440.22	1992	440.2
440.23	1993	440.20 & 707.1 ó 707.8 ó 707.9
440.24	1993	440.20 & 785.4
440.29	1993	440.20
440.30-440.32	1994	996.1
441.00-441.03	1994	441.0
441.6	1993	441.1 & 441.3
441.7	1993	441.2 & 441.4
443.21	2002	442.81
443.22	2002	442.2
443.23	2002	442.1
443.29	2002	442.89
445.01-445.02	2002	440.29
445.81	2002	440.1
445.89	2002	440.8
446.20-446.21, 446.29	1990	446.2
451.82-451.84	1993	451.89

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
454.8	2002	454.9
458.2	1995	997.9 & 458.9
458.21, 458.29	2003	458.2
458.8	1997	458.9
459.10-459.14, 459.19	2002	459.1
459.30-459.33, 459.39	2002	459.89
464.00-464.01	2001	464.0
464.50-464.51	2001	464.0
466.11	1996	466.1
466.19	1996	466.1
474.0#	1997	474.0
474.00-474.02	1997	474.0
477.1	2000	477.8
480.3	2003	480.8
482.30-482.39	1992	482.3
482.40	1998	482.4
482.41	1998	482.4
482.49	1998	482.4
482.81-482.83	1992	482.8
482.84	1997	482.83
482.89	1992	482.8
483.0	1992	483
483.1	1996	078.88 & 484.8
483.8	1992	483
491.20-491.21	1991	491.2
493.20	1989	493.90
493.21	1989	493.91
493.02	2000	493.00
493.12	2000	493.10
493.22	2000	493.20
493.81	2003	519.1
493.82	2003	493.90-493.91
493.92	2000	493.90
# título de código cambiado		

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
494.0-494.1	2000	494
512.1	1994	997.3
517.3	2003	282.62
518.6	1997	518.89
518.81	1987	799.1
518.82-518.89	1987	518.8
518.83	1998	518.81
518.84	1998	518.81
519.00-519.02, 519.09	1998	519.0
521.00-521.09	2001	521.0
524.00-524.09	1992	524.0
524.10-524.19	1992	524.1
524.60-524.69	1991	524.6
524.70-524.79	1992	524.8
525.10-525.19	2001	525.1
530.10-530.11, 530.19	1993	530.1
530.12	2001	530.10
530.20-530.21	2003	530.2
530.81	1993	530.1
530.82-530.84, 530.89	1993	530.8
530.85	2003	530.2
535.00-535.01	1991	535.0
535.10-535.11	1991	535.1
535.20-535.21	1991	535.2
535.30-535.31	1991	535.3
535.40-535.41	1991	535.4
535.50-535.51	1991	535.5
535.60-535.61	1991	535.6
536.3	1994	997.4
536.40-536.42,536.49	1998	997.4
537.82	1990	537.89
537.83	1991	537.82
537.84	2002	531.00

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
556.0-556.6	1994	556
556.8-556.9	1994	556
558.3	2000	558.9
562.02	1991	562.00
562.03	1991	562.01
562.12	1991	562.10
562.13	1991	562.11
564.00-564.09	2001	564.0
564.81	1998	564.8
564.89	1998	564.8
569.60-569.61	1995	596.6
569.62	1998	569.69
569.69	1995	596.6
569.84	1990	557.1
569.85	1991	569.84
569.86	2002	569.82
574.60	1996	574.00 & 574.30
574.61	1996	574.01 & 574.31
574.70	1996	574.10 & 574.40
574.71	1996	574.11 & 574.41
574.80	1996	574.00 & 574.10 574.30 & 574.40
574.81	1996	574.01 & 574.11 574.31 & 574.41
574.90	1996	574.20 & 574.50
574.91	1996	574.21 & 574.51
575.10-575.11	1996	575.1
575.12	1996	575.0 & 575.1
593.70-593.73	1994	593.7
596.51-596.53	1992	596.5
596.54	1992	344.61
596.55-596.59	1992	596.5
599.81-599.89	1992	599.8
600.0-600.3, 600.9	2000	602.8
600.00-600.01	2003	600.0
600.10-600.11	2003	600.1

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
600.20-600.21	2003	600.2
600.90-600.91	2003	600.9
602.3	2001	602.8
607.85	2003	607.89
608.82	2001	608.83
608.87	2001	608.89
633.00-633.01	2002	633.0
633.10-633.11	2002	633.1
633.20-633.21	2002	633.2
633.80-633.81	2002	633.8
633.90-633.91	2002	633.9
645.0	1991	645
645.10-645.11, 645.13	2000	645.00-645.01, 645.03
645.20-645.21, 645.23	2000	645.00-645.01, 645.03
651.30-651.31, 651.33	1989	651.00-651.01, 651.03
651.40-651.41, 651.43	1989	651.10-651.11, 651.13
651.50-651.51, 651.53	1989	651.20-651.21, 651.23
651.60-651.61, 651.63	1989	651.80-651.81, 651.83
654.20-654.21, 654.23	1990	654.2, 654.9
654.90-654.94	1990	654.2, 654.9
655.70-655.71	1997	655.8
655.73	1997	655.8
657.0	1991	657
659.60, 659.61, 659.63	1992	659.80-659.81, 659.83
659.70, 659.71, 659.73	1998	656.30-656.31, 656.33
665.10, 665.11	1992	665.10, 665.11, 665.12, 665.14 Nota: este título para la subcategoría 665.1 ha sido cambiado, haciendo inválidas las subclasificaciones de quinto dígito 665.12 y 665.14
670.0	1991	670

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
672.0	1991	672
674.50-674.54	2003	674.80, 674.82, 674.84
677	1994	Ninguna
686.00-686.01	1997	686.0
686.09	1997	686.0
690.10	1995	690
690.11	1995	691.8 & 704.8
690.12	1995	691.8
690.18	1995	690
690.8	1995	690
692.72-692.74	1992	692.79
692.75	2000	692.79
692.76-692.77	2001	692.71
692.82-692.83	1992	692.89
702.0-702.8	1991	702
702.11, 702.19	1994	702.1
704.02	1993	704.09
707.10-707.15, 707.19	2000	707.1
709.00-709.01, 709.09	1994	709.0
710.5	1992	288.3, 729.1
718.70-718.79	2001	718.80-718.89
719.7	2003	719.70, 719.75-719.79*
727.83	2000	727.89
728.86	1995	729.4
728.87	2003	728.9
728.88	2003	728.89
733.10-733.16, 733.19	1993	733.1
733.93	2001	733.16 * código borrado

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
733.94	2001	733.19
733.95	2001	733.19
738.10-738.19	1992	738.1
747.60-747.64, 747.69	1993	747.6
747.82	1993	747.89
747.83	2002	747.89, 747.9
752.51-752.52	1996	752.5
752.61-752.63	1996	752.6
752.64-752.65	1996	752.8
752.69	1996	752.8
752.81, 752.89	2003	752.8
753.10-753.17, 753.19	1990	753.1
753.20-753.23	1996	753.2
753.29	1996	753.2
756.70-756.71	1997	756.7
756.79	1997	756.7
758.81	1996	758.8
758.89	1996	758.9
759.81-759.82	1989	759.8
759.83	1994	759.89
759.89	1989	759.8
760.75	1991	760.79
760.76	1994	760.79
763.81-763.83, 763.89	1998	763.8
764.00-764.09	1988	764.0
764.10-764.19	1988	764.1
764.20-764.29	1988	764.2
764.90-764.99	1988	764.9
765.00-765.09	1988	765.0
765.10-765.19	1988	765.1
765.20-765.24	2002	765.00-765.09
765.25-765.29	2002	765.10-765.19

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
766.21-766.22	2003	766.2
767.11, 767.19	2003	767.1
770.81-770.84, 770.89	2002	770.8
771.81-771.83, 771.89	2002	771.8
772.10-772.14	2001	772.1
779.7	2001	772.1
779.81-779.82	2002	779.8
779.83	2003	779.89
779.89	2002	779.8
780.01-780.02	1992	780.0
780.03	1993	780.01
780.09	1992	780.0
780.31	1997	780.3
780.39	1997	780.3
780.57	1992	780.51, 780.53
780.71	1998	780.7
780.79	1998	780.7
780.91-780.92	2002	780.9
780.93	2003	780.99
780.94	2003	780.99
780.99	2002	780.9
781.8	1994	781.9
781.91-781.92	2000	781.9
781.93	2002	723.5
781.94	2003	781.99
781.99	2000	781.9
783.21	2000	783.4
783.22	2000	783.4
783.40-783.43	2000	783.4
783.7	2000	783.4
785.52	2003	785.59
786.03	1998	786.09
786.04	1998	786.09
786.05	1998	786.09
786.06	1998	786.09

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
786.07	1998	786.09
787.01-787.03	1994	787.0
787.91	1995	558.9
787.99	1995	787.9
788.20-788.21, 788.29	1993	788.2
788.30-788.39	1992	788.3
788.41-788.43	1993	788.4
788.61-788.62	1993	788.6
788.63	2003	788.69
788.69	1993	788.6
789.00-789.07, 789.09	1994	789.0
789.30-789.37, 789.39	1994	789.3
789.40-789.47, 789.49	1994	789.4
789.60-789.67, 789.69	1994	789.6
790.01-790.09	2000	790.0
790.21-790.22, 790.29	2003	790.2
790.91	1993	790.9
790.92	1993	286.9
790.93	1993	790.9
790.94	1997	790.99
790.99	1993	790.9
792.5	2000	792.9
793.80-793.81, 793.89	2001	793.8
795.71	1994	795.8*
795.79	1994	795.7
796.5	1997	796.9
799.81	2003	799.8
799.89	2003	799.8
813.45	2002	813.42
823.40-823.42	2002	823.80-823.82
840.7	2001	840.8

* código borrado

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
850.11-850.12	2003	850.1
864.05	1992	864.09
864.15	1992	864.19
909.5	1994	909.9
922.31-922.33	1996	922.3
925.1-925.2	1993	925
959.0#	1997	959.0
959.01	1997	854.00
959.09	1997	959.0
959.11-959.14, 959.19	2003	959.1
965.61	1998	965.6
965.69	1998	965.6
989.81-989.84	1995	989.8
989.89	1995	989.8
995.50-995.55	1996	995.5
995.59	1996	995.5
995.60-995.69	1993	995.0
995.7	2000	Ninguno
995.80	1996	995.81
995.81#	1996	995.81
995.82-995.85	1996	995.81
995.86	1998	995.89
995.90	2002	038.0-038.9
995.91	2002	038.0-038.9
995.92	2002	038.0-038.9
995.93	2002	038.0-038.9
995.94	2002	038.0-038.9
996.04	1994	996.09
996.51-996.59	1987	996.5
996.55	1998	996.52
996.56	1998	996.59
996.57	2003	996.59
996.60-996.69	1989	996.6
996.68	1998	996.69
996.70-996.79	1989	996.7
# título de código cambiado		

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
996.80-996.84	1987	996.8
996.85	1990	996.89
996.86	1987	996.8
996.87	2000	996.89
996.89	1987	996.8
997.00-997.01	1995	997.0
997.02	1995	997.9 & 430-434, 436
997.09	1995	997.0
997.71	2001	997.4
997.72	2001	997.5
997.79	2001	997.2
997.91	1995	997.9
997.99	1995	997.9
998.11-998.12	1996	998.1
998.13	1996	998.89
998.31-998.32	2002	998.3
998.51	1996	998.5
998.59	1996	998.5
998.81-998.82	1994	998.8
998.83	1996	998.89
998.89	1994	998.8
V01.81, V01.89	2002	V01.8
V01.82	2003	V01.89
V02.51	1998	V02.5
V02.52	1998	V02.5
V02.59	1998	V02.5
V02.60-V02.62	1994	V02.6
V02.69	1997	V02.6
V03.81-V03.82, V03.89	1994	V03.8
V04.81-V04.82, V04.89	2003	V04.8
V05.3-V05.4	1993	V05.8
V06.5-V06.6	1994	V06.8
V07.31, V07.39	1994	V07.3
V07.4	1992	V07.8
V08	1994	044.9, 795.8*
		* código borrado

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
V09.0-V09.91	1993	Ninguna
V10.48	1998	V10.49
V10.53	2001	V10.59
V12.00-V12.03, V12.09	1994	V12.0
V12.40-V12.41, V12.49	1997	V12.4
V12.50-V12.52, V12.59	1995	V12.5
V12.70-V12.72, V12.79	1994	V12.7
V13.00-V13.01, V13.09	1994	V13.0
V13.21, V13.29	2002	V13.2
V13.61	1998	V13.6
V13.69	1998	V13.6
V15.01-V15.09	2000	V15.0
V15.41-V15.42	1996	V15.4
V15.49	1996	V15.4
V15.82	1994	305.13 (código borrado)
V15.84-V15.86	1995	V15.89
V15.87	2003	V15.89
V16.40-V16.43, V16.49	1997	V16.4
V16.51	1998	V16.5
V16.59	1998	V16.5
V18.61	1998	V18.6
V18.69	1998	V18.6
V21.30-V21.35	2000	Ninguno
V23.41, V23.49	2002	V23.4
V23.7	1989	V23.8
V23.81	1998	V23.8
V23.82	1998	V23.8
V23.83	1998	V23.8
V23.84	1998	V23.8
V23.89	1998	V23.8
V25.03	2003	V25.01
V25.43	1992	V25.49
V25.5	1992	V25.8
V26.21-V26.22, V26.29	2000	V26.2

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
V26.51	1998	Ninguno
V26.52	1998	Ninguno
V28.6	1997	V28.8
V29.0-V29.1	1992	V71.8
V29.2	1994	V29.8
V29.3	1998	V29.8
V29.8	1992	V71.8
V29.9	1992	V71.9
V30.00-V30.01	1989	V30.0
V31.00-V31.01	1989	V31.0
V32.00-V32.01	1989	V32.0
V33.00-V33.01	1989	V33.0
V34.00-V34.01	1989	V34.0
V35.00-V35.01	1989	V35.0
V36.00-V36.01	1989	V36.0
V37.00-V37.01	1989	V37.0
V39.00-V39.01	1989	V39.0
V42.81-V42.83	1997	V428
V42.84	2000	V42.89
V42.89	1997	V42.8
V43.21-V43.22	2003	V43.2
V43.60-V43.66, V43.69	1994	V43.6
V43.81-V43.82	1995	V43.8
V43.83	1998	V43.89
V43.89	1995	V43.8
V44.50-V44.52, V44.59	1998	V44.5
V45.00	1994	V45.89
V45.01	1994	V45.0
V45.02, V45.09	1994	V45.89
V45.51	1994	V45.5
V45.52, V45.59	1994	V45.89
V45.61	1997	V45.6
V45.69	1997	V45.6
V45.71	1997	611.8
V45.72	1997	569.89
V45.73	1997	593.89
V45.74	2000	593.89, 596.8
V45.75	2000	V45.89

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
V45.76	2000	518.89
V45.77	2000	602.8, 607.89, 608.89, 620.8, 621.8, 622.8
V45.78	2000	390.89
V45.79	2000	255.8, 289.59, 388.8, 569.49, 577.8, V45.89
V45.82	1994	V45.89
V45.83	1995	V45.89
V45.84	2001	Ninguno
V45.85	2003	V45.89
V46.2	2002	V46.8
V49.60-V49.67	1994	V49.5
V49.70-V49.77	1994	V49.5
V49.81	2000	Ninguno
V49.82	2001	Ninguno
V49.89	2000	V49.8
V50.41-V50.42, V50.49	1994	V50.8
V53.01-V53.02, V53.09	1997	V53.0
V53.31	1994	V53.3
V53.32, V53.39	1994	V53.9
V53.90-V53.91, V53.99	2003	V53.9
V54.01-V54.02, V54.09	2003	V54.0
V54.10-V54.17, V54.19	2002	V54.8
V54.20-V54.27, V54.29	2002	V54.8
V54.81, V54.89	2002	V54.8
V56.1	1995	V58.89
V56.1#	1998	V56.1
V56.2	1998	V56.1
V56.31-V56.32	2000	V56.8
V57.21-V57.22	1994	V57.2
V58.41	1994	V58.4
V58.42	2002	V58.49
V58.43	2002	V58.49
V58.49	1994	V58.4
V58.61	1995	V67.51
V58.62	1998	V58.69
# título de código cambiado		

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
V58.63-V58.65	2003	V58.69
V58.69	1995	V67.51
V58.71-V58.78	2002	V58.49
V58.81	1994	V58.8
V58.82	1995	V58.89
V58.83	2000	V58.89
V58.89	1994	V58.8
V59.01-V59.02, V59.09	1995	V59.0
V59.6	1995	V59.8
V61.10-V61.12	1996	V65.49
V61.22	1996	V61.21
V62.83	1996	V65.49
V64.4	1997	Ninguno
V64.41-V64.43	2003	V64.4
V65.11, V65.19	2003	V65.49
V65.40-V65.45	1994	V65.4
V65.46	2003	V65.49
V65.49	1994	V65.4
V66.7	1996	Ninguno
V67.00-V67.01, V67.09	2000	V67.0
V69.0-V69.3	1994	Ninguno
V69.8-V69.9	1994	Ninguno
V71.81	2000	V71.8
V71.82-V71.83	2002	V71.89
V71.89	2000	V71.8
V72.81-V72.83	1993	V72.8
V73.88-V73.89	1993	V73.8
V73.98-V73.99	1993	V73.9
V76.10-V76.12	1997	V76.1
V76.19	1997	V76.1
V76.44	1998	V76.49
V76.45	1998	V76.49
V76.46-V76.47	2000	V76.49

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
V76.50-V76.52	2000	V76.49
V76.81-V76.89	2000	V76.8
V77.91-V77.99	2000	V77.9
V82.81-V82.89	2000	V82.8
V83.01-V83.02	2001	Ninguno
V83.81	2002	Ninguno
V83.89	2002	V19.8
E854.8	1995	E858.8
E869.4	1994	E869.8
E880.1	1995	E884.9
E884.3-E884.4	1995	E884.2
E884.5-E884.6	1995	E884.9
E885.0	2002	E885.9
E885.1-E885.4, E885.9	2000	E885
E888.0	2001	E920
E888.1	2001	E888
E888.8-E888.9	2001	E888
E906.5	1995	E906.3
E908.0-E908.4	1995	E908
E908.8-E908.9	1995	E908
E909.0-E909.4	1995	E909
E909.8-E909.9	1995	E909
E917.3	2001	E917.9
E917.4	2001	E917.9
E917.5	2001	E886.0
E917.6	2001	E917.1
E917.7-E917.8	2001	E888
E920.5	1995	E920.4
E922.4	1997	E917.9
E922.5	2002	E922.8

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
E924.2	1995	E924.0
E928.3	2000	E928.8
E928.4	2003	E928.8
E928.5	2003	E928.8
E955.6	1997	E955.9
E955.7	2002	E955.4
E967.2	1996	E967.0
E967.3	1996	Ninguno
E967.4-E967.8	1996	E967.1
E968.5	1995	E968.8
E968.6	1997	E968.8
E968.7	2000	E968.8
E985.6	1997	E985.4
E985.7	2002	E985.4
E979.0-E979.9	2002	E960.0-E966, E968.0-E968.9
E999.0	2002	E999
E999.1	2002	E969

Códigos de Procedimientos

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
00.01	2002	99.99
00.02	2002	99.99
00.03	2002	99.99
00.09	2002	99.99
00.10	2002	99.25
00.11	2002	99.19
00.12	2002	93.98
00.13	2002	99.29
00.14	2002	99.21
00.15	2003	99.28
00.50	2002	37.80-37.87 y 37.70-37.74, 37.76
00.51	2002	37.94
00.52	2002	Ninguno
00.53	2002	37.80-37.87
00.54	2002	37.96
00.55	2002	39.90
02.96	1992	89.19
03.90	1987	03.99 (inserción de catéter)
05.25	1995	39.7
11.75	1989	11.79
11.76	1989	11.62
20.96-20.98	1986	20.95
22.12	1988	22.11
26.12	1988	26.11
29.31	1991	83.02
29.32	1991	29.3
29.39	1991	29.3
31.45	1988	31.43-31.44
31.95	1989	31.75
32.01	1989	32.0
32.09	1989	32.0
32.22	1995	32.29, 32.9
32.28	1989	32.29

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
33.27	1987	33.22 + 33.27
33.28	1989	32.27
33.29	1987	33.28, 33.29
33.50	1995	33.5
33.51	1995	33.5
33.52	1995	33.5
33.6	1990	33.5 + 37.5
34.05	1994	34.99
35.84	1988	35.82
35.96	1986	35.03
36.00-36.03	1986	36.0
36.04	1986	39.97
36.05	1986	36.01, 36.02
36.05	1987	36.01
36.06	1995	36.01, 36.02, 36.03, 36.05
36.07	2002	36.06
36.09	1986	36.0
36.09	1991	36.00*
36.17	1996	36.19
36.31	1998	36.3
36.32	1998	36.3
36.39	1998	36.3
37.26-37.27	1988	37.29
37.28	2001	88.72
37.34	1988	37.33
37.35	1997	37.33
37.51	2003	37.5
37.52	2003	37.62
37.53	2003	37.63
37.54	2003	37.63
37.65	1995	37.62
37.66	1995	37.62
37.67	1998	37.4
37.70 (sólo electrodo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.70
37.71-37.72 (sólo electrodos)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.74
37.73 (sólo electrodo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.73
37.74 (sólo electrodo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.76
37.75 (sólo electrodo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.89
37.76 (sólo electrodo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.81
37.77 (sólo electrodo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.83-37.84

* código borrado

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
37.78	1987	37.71-37.72
37.79	1987	86.09
37.80-37.87	1992	89.49 (Código borrado, este procedimiento está incluido en el código para inserción/sustitución de marcapasos)
37.80 (sólo dispositivo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.73-37.77
37.81 (sólo dispositivo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.73-37.77
37.82 (sólo dispositivo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.73-37.77
37.83 (sólo dispositivo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.73-37.77
37.85-37.87	1987	37.85
37.94-37.98	1986	37.99
38.22	1986	38.29
38.44 (aorta abdominal solo)	1986	38.44 (toda la aorta)
38.45 (aorta torácica solo)	1986	38.44-38.45
38.95	1989	38.93
39.28	1991	39.29
39.50	1995	39.59
39.65	1988	39.61
39.66	1990	39.65
39.71	2000	39.52
39.72	2002	39.79
39.79	2000	39.52
39.90	1996	39.50
41.00-41.03	1988	41.0
41.04	1994	99.79
41.05	1997	Ninguno
41.06	1997	Ninguno
41.07	2000	41.04
41.08	2000	41.05
41.09	2000	41.01
42.25	1988	42.24
42.33	1989	42.32, 42.39
42.33	1990	42.91
43.11	1989	43.1
43.19	1989	43.1, 43.2
43.41	1989	43.41, 43.49
44.21	1986	44.2
44.22	1986	44.09

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
44.29	1986	44.2
44.32	2001	44.39
44.43	1989	43.49, 45.32
44.44	1989	38.86
44.49	1989	43.0
44.93-44.94	1986	44.99
45.16	1988	45.14 (45.15 antes de 1987)
45.30	1989	45.31, 45.32
45.42	1988	45.41
45.43	1989	45.49
45.75	1988	48.66*
(añadida resección de Hartmann)		
45.95	1987	45.93
46.13	1992	46.12*
46.32	1989	46.39
46.85	1989	46.99
46.97	2000	46.99
47.01	1996	47.0
47.09	1996	47.0
47.11	1996	47.1
47.19	1996	47.1
48.36	1995	45.42
49.31	1989	49.3
49.39	1989	49.3
49.75	2002	49.79
49.76	2002	49.79
51.10	1989	51.97
51.11	1989	51.11, 51.97
51.14	1989	51.12
51.15	1989	51.97
51.21	1996	51.22, 51.23
51.22	1991	51.21*, 51.22
51.23	1991	51.22
51.24	1996	51.22, 51.23
51.64	1989	51.69
51.84-51.88	1989	51.97
51.97	1986	52.91, 51.99 ó 51.82
		* código borrado

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
51.98	1986	51.99
52.13	1989	51.97, 52.91
52.14	1989	52.11
52.21	1989	52.2
52.22	1989	52.2
52.84	1996	99.29
52.85	1996	99.29
52.86	1996	99.29
52.93	1989	52.93 + 52.91
52.94	1989	52.09
52.97	1989	52.91
52.98	1989	52.91
52.99	1989	52.93, 52.94, 52.99
54.24	1987	54.23
54.25	1993	54.98
54.51	1996	54.5
54.59	1996	54.5
55.03-55.04	1986	55.02
56.33-56.34	1987	56.33
56.35	1987	45.12
57.17-57.18	1989	57.21
57.22	1989	57.22, 57.82
58.31	1990	58.3
58.39	1990	58.3
59.03	1996	59.02
59.12	1996	59.11
59.72	1995	59.79
59.96	1986	59.95
60.21	1995	60.2
60.29	1995	60.2
60.95	1991	60.99
60.96	2000	60.29
60.97	2000	60.29
64.97	1986	64.95
65.01	1996	65.0

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
65.09	1996	65.0
65.13	1996	65.12
65.14	1996	65.19
65.23	1996	65.22
65.25	1996	65.29
65.31	1996	65.3
65.39	1996	65.3
65.41	1996	65.4
65.49	1996	65.4
65.53	1996	65.51
65.54	1996	65.52
65.63	1996	65.61
65.64	1996	65.62
65.74	1996	65.71
65.75	1996	65.72
65.76	1996	65.73
65.81	1996	65.8
65.89	1996	65.8
66.01	1992	66.0
66.02	1992	66.73
67.51	2001	67.5
67.59	2001	67.5
68.15	1987	68.14
68.16	1987	68.13
68.23	1996	68.29
68.31	2003	68.3
68.39	2003	68.3
68.51	1996	68.5
68.59	1996	68.5
68.9	1992	68.4
74.3	1992	69.11 (Código borrado)
75.37	1998	99.29
75.38	2001	75.34
77.56	1989	77.89, 78.49, 81.18
77.57	1989	77.89, 78.49, 81.18, 83.85
77.58	1989	77.59, 81.18
78.10	1991	78.40
78.11	1991	78.41

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
78.12	1991	78.42
78.13	1991	78.43
78.14	1991	78.44
78.15	1991	78.45
78.16	1991	78.46
78.17	1991	78.47
78.18	1991	78.48
78.19	1991	78.49
78.20	1991	78.10, 78.20, 78.30
78.21	1991	78.11, 78.31
78.22	1991	78.12, 78.22, 78.32
78.23	1991	78.13, 78.23, 78.33
78.24	1991	78.14, 78.34
78.25	1991	78.15, 78.25, 78.35
78.27	1991	78.17, 78.27, 78.37
78.28	1991	78.18, 78.38
78.29	1991	78.11, 78.16, 78.19, 78.29, 78.39
78.39	1991	78.31
78.90#	1987	78.40
78.91#	1987	78.41
78.92#	1987	78.42
78.93#	1987	78.43
78.94#	1987	78.44
78.95#	1987	78.45
78.96#	1987	78.46
78.97#	1987	78.47
78.98#	1987	78.48
78.99#	1987	78.49
80.50-80.59	1986	80.5
81.03	1989	81.02
81.04-81.05	1989	81.03, 81.04, 81.05
81.06-81.07	1989	81.06, 81.07
81.08	1989	81.06, 81.07, 81.08
81.09	1989	81.08
81.30	2001	81.09
81.31	2001	81.09
81.32	2001	81.09
81.33	2001	81.09
81.34	2001	81.09

Los códigos 78.90-78.99 fueron retitulados como “Inserción de estimulador de crecimiento de hueso en octubre de 1987; los contenidos previos de los códigos 78.90-78.99 se reasignaron a los códigos 78.40-78.49

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
81.35	2001	81.09
81.36	2001	81.09
81.37	2001	81.09
81.38	2001	81.09
81.39	2001	81.09
81.40	1989	81.69
81.51	1989	81.51, 81.59
81.52	1989	81.61, 81.62, 81.63, 81.64
81.53	1989	81.51, 81.59, 81.61, 81.62, 81.63, 81.64
81.54-81.55	1989	81.41
81.56	1989	81.48
81.57	1989	81.31, 81.39
81.59	1989	81.39
81.61	2002	81.00-81.08, 81.30-81.39
81.62	2003	Ninguno
81.63	2003	Ninguno
81.64	2003	Ninguno
81.72	1989	81.79
81.73-81.74	1989	81.41
81.75	1989	81.87
81.79	1989	81.79, 81.87
81.80	1989	81.81
81.97	1992	81.59
84.51	2002	Ninguno
84.52	2002	Ninguno
85.95	1987	85.99
85.96	1987	85.99
86.06	1987	86.09
86.07	1990	86.09
86.27	1986	86.22-86.23
86.28	1988	86.22
86.67	1998	86.65
86.93	1987	86.89
88.90	1986	88.39
88.91	1986	89.15
88.92	1986	89.39
88.93	1986	88.15
88.94	1986	89.39
88.95	1986	89.29
88.96	2002	88.91-88.97

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de 2003	Asignación de código previa
88.97	1989	88.99
88.98	1989	88.90
88.99	1986	89.39
89.10	1989	89.15
89.17-89.18	1988	89.15
89.19	1989	89.15
89.50	1991	89.54
89.60	2002	89.65
92.3	1995	01.59, 04.07, 07.63, 07.68
92.30-92.33, 92.39	1998	92.3
93.90	1988	93.92
94.61-94.69	1989	94.25
96.29	1998	96.39
96.6	1986	96.35
96.70	1991	93.92*
96.71	1991	93.92*
96.72	1991	93.92*
97.05	1989	51.97
97.44	2001	37.64
98.51-98.52	1989	59.96*
98.59	1989	59.96*
99.00	1995	99.02
99.10	1998	99.29
99.15	1986	99.29
99.20	1998	99.29
99.28	1994	99.25
99.71-99.79#	1988	99.07
99.75	2000	99.29
99.76	2002	99.79
99.77	2002	Ninguno
99.85	1987	93.35
99.86	1987	93.39
99.88	1988	99.83

* código borrado

Los códigos 99.71-99.79 fueron borrados en octubre de 1987; sus contenidos no fueron transferidos a otro sitio. En octubre de 1988, los códigos 99.71-99.79 fueron reclasificados como "Aféresis terapéutica"

VOLÚMEN 1 y 2

CÓDIGOS DIAGNÓSTICOS NUEVOS/REVISADOS

Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS)

Vigente desde el 1 de octubre de 2002, se ha creado un nuevo código para identificar el síndrome respiratorio agudo severo (SARS). El nuevo código debe ser usado para informar de las siguientes situaciones:

- Contacto o exposición con coronavirus asociado a SARS (**V01.82**)
- Infección SARS asociada coronavirus (**079.82**)
- Neumonía debida a SARS asociada a coronavirus (**480.3**)

El SARS es una enfermedad respiratoria causada por un coronavirus nuevo, anteriormente no reconocido. El SARS ha sido recientemente informado en Asia, América del Norte y Europa. Los síntomas comienzan con fiebre mayor de 100.4° F (38° en la escala centígrada ^{NT}). La fiebre está a veces asociada a escalofríos, cefalea y sobre todo sensación de incomodidad y dolor corporal. Pueden asociarse leves síntomas respiratorios. Puede desarrollarse tos seca no productiva y problemas de respiración tras dos a cuatro días. En un 10% al 20% de los casos los pacientes requieren ventilación mecánica.

En los Estados Unidos los casos de SARS se han informado principalmente entre gente que ha viajado a las áreas afectadas. Un pequeño número de casos ha sido informado de gente que han sido infectados tras contacto estrecho (por cuidados o convivir) con un paciente con SARS en estados Unidos.

Normalmente los Centros para Control de Enfermedades (CDC) recomiendan que los pacientes con SARS sean tratados de la misma forma que la neumonía atípica grave adquirida en la comunidad.

079 Infección por virus y Chlamydia en afecciones clasificadas en otra parte o de lugar no especificado

079.8 Otra infección por virus o Chlamydia

Nuevo código **078.82 SARS asociada a coronavirus**

480 Neumonía vírica

Nuevo código **480.3 Neumonía debida a coronavirus asociado a SARS**

V01 Contrato o exposición con enfermedades transmisibles

V01.8 Otra enfermedad transmisible

Nuevo código **V01.82 Exposición a coronavirus asociado a SARS**

Pregunta:

Un paciente de 45 años de edad fue ingresada en el hospital tras volver de un viaje de negocios a Hong Kong con fiebre, escalofríos y tos seca. Fue tratado y dado de alta con diagnóstico de neumonía debida a SARS. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código 480.3, Neumonía debido a coronavirus asociado a SARS, como diagnóstico principal.

Pregunta:

Una mujer de 69 años de edad fue vista en el departamento de urgencias preocupada sobre una posible exposición a SARS dado que ha vuelto de un viaje a Toronto y el pasajero junto a ella había estado tosiendo. La paciente fue evaluada y se encontraba totalmente asintomática por lo que fue dada de alta a su casa. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código V71.83, Observación y evaluación de sospecha de exposición a otro agente biológico.

Pregunta:

Una enfermera del departamento de urgencias que clasificaba y trataba un paciente, que posteriormente fue confirmado que tenía SARS, fue ingresada y sometida a aislamiento por unos días. Afortunadamente, la enfermera no desarrolló SARS. ¿Debe ser codificado como V01.82 o como V71.83?

Respuesta:

Asigne el código V01.82, Contacto o exposición con coronavirus asociado a SARS como diagnóstico principal. El código de contacto/exposición debe ser usado cuando se documenta una exposición actual. El código de observación es para usar sólo con pacientes donde no hay evidencia de exposición actual pero tienen un temor a padecer el SARS.

Aldosteronismo

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, el código 255.1, Hiperaldosteronismo, ha sido expandido para identificar por separado el aldosteronismo primario (**255.10**), aldosteronismo tratable con glucocorticoides (**255.11**), el síndrome de Conn (**255.12**), el síndrome de Bartter (**255.13**) y otro aldosteronismo secundario (**255.14**). El código 255.1, incluye diferentes estados de exceso de aldosterona que requieren distintos medios diagnósticos y tratamientos. Los nuevos códigos proporcionarán ahora una diferenciación entre esas distintas afecciones.

255 Enfermedades de la glándula suprarrenal

255.1 Hiperaldosteronismo

Aldosteronismo (primario) (secundario)

~~Síndrome de Bartter~~

~~Síndrome de Conn~~

Nuevo código	255.10 Aldosteronismo primario Aldosteronismo NEOM Hiperaldosteronismo, inespecífico
Nuevo código	255.11 Aldosteronismo tratable con glucocorticoides Aldosteronismo familiar tipo I
Nuevo código	255.12 Síndrome de Conn
Nuevo código	255.13 Síndrome de Bartter
Nuevo código	255.14 Otro aldosteronismo secundario

El hiperaldosteronismo es un trastorno donde el cuerpo sobreproduce aldosterona, la hormona que controla los niveles de sodio y potasio en sangre. Esta afección implica la retención de sal y la pérdida de potasio que conduce a la hipertensión. Otros síntomas incluyen hipotensión ortostática, estreñimiento, debilidad muscular, sed y micción excesiva, cefalea y cambios de personalidad.

Aldosteronismo primario: Esta afección es una secreción excesiva de aldosterona por la región cortical de la glándula suprarrenal debido a una anomalía de la propia glándula suprarrenal. Las causas posibles incluyen el adenoma adrenocortical, hiperplasia adrenocortical bilateral y carcinoma adrenal. El hiperaldosteronismo primario suele ser considerada una rara afección pero se cree que pueda ser la causa de hipertensión en 0.5 al 14% de los pacientes.

Aldosteronismo tratable con glucocorticoides: Esta afección es una forma de hiperaldosteronismo primario causado por un gen híbrido anormal que está relacionado con la síntesis de aldosterona. Este conecta la producción de aldosterona con la producción de glucocorticoide, de tal manera que el mineralcorticoide aldosterona es paradójicamente controlada por la ACTH (hormona adrenocorticotropa). Para tratar el aldosteronismo tratable con glucocorticoides, se dan esteroides glucocorticoides que suprimen los niveles de ACTH, y consecuentemente remite el hiperaldosteronismo. Ya que la presencia de sólo una copia del gen híbrido anormal puede causar aldosteronismo tratable con glucocorticoides, éste es heredado como afección autosómica dominante.

Síndrome de Conn: El síndrome de Conn es un hiperaldosteronismo primario donde el nivel de aldosterona es elevado y el nivel de renina es bajo o indetectable. La renina es importante en la estimulación de la producción de aldosterona.

Síndrome de Bartter: Esta afección es una forma de hiperaldosteronismo secundario, en la que hay alcalosis hipopotasémica con hiper calciuria. Puede ser causada por una mutación en alguno de los genes involucrados en el transporte de iones, que dan como resultado la depleción renal de sal. Es hereditario de forma autosómica recesiva.

Aldosteronismo secundario: Esta afección resulta de la estimulación de la sobreproducción de aldosterona por los glomérulos adrenales causada por factores externos a la glándula adrenal. Ejemplos de factores son:

- Producción elevada de renina
- Uso de contraceptivos orales y durante la fase luteínica del ciclo menstrual
- Pérdida excesiva de sodio o ingesta reducida de sodio en la dieta
- Fallo cardíaco congestivo que resulta en una pobre perfusión del riñón
- Hipoalbuminemia con síndrome nefrótico
- Cirrosis con ascitis
- Estenosis de la arteria renal
- Tumores secretores de renina

Deficiencia de carnitina

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, se han creado códigos nuevos para identificar por separado la deficiencia de carnitina.

Borrar	277.8 Otro trastorno especificado del metabolismo Enfermedad de Hand-Schuller-Christian Histiocitosis (aguda) (crónica) Histiocitosis X (crónica) Excluye: histiocitosis: aguda diferenciada progresiva (202.5) X, aguda (progresiva) (202.5)
Nuevo código	277.81 Deficiencia de carnitina primaria
Nuevo código	277.82 Deficiencia de carnitina debida a errores innatos del metabolismo
Nuevo código	277.83 Deficiencia de carnitina iatrogénica Deficiencia de carnitina debida a: Hemodiálisis Terapia con ácido valproico
Nuevo código	277.84 Otra deficiencia secundaria de carnitina
Nuevo código	277.89 Otros trastornos especificados del metabolismo Enfermedad de Hand-Schuller-Christian Histiocitosis (aguda) (crónica) Histiocitosis X (crónica) <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">Excluye:</div> histiocitosis: aguda diferenciada progresiva (202.5) X, aguda (progresiva) (202.5)

Deficiencia de carnitina: es un estado metabólico donde la concentración de carnitina en plasma o en tejidos es menor que lo necesario para su funcionamiento normal. La carnitina es un intermediario metabólico esencial y crítico para la producción de energía mitocondrial, así como esencial para la función bioquímica normal. La carnitina es producida en los riñones e hígado. Puede ser también encontrada en la carne y productos usuales de dietética. El déficit de carnitina puede ser primario o secundario. Son conocidas diferentes causas genéticas, las cuales pueden tener distintas presentaciones.

Deficiencia primaria de carnitina: es causada por un defecto del transportador de membrana citoplasmático, el cual es responsable de transportar la carnitina en el riñón y el músculo. Hay depleción de carnitina en orina y disminución de la acumulación de carnitina intracelular. Esto puede dar lugar a cardiomiopatía progresiva, miopatía o encefalopatía causada por hipoglucemia hipocetósica. La deficiencia primaria de carnitina requiere tratamiento crónico con gran aporte de L-carnitina.

Deficiencia secundaria de carnitina: es causada por otros trastornos metabólicos y se manifiesta con una disminución de niveles de carnitina en sangre y tejidos. Puede estar asociada con afecciones metabólicas genéticas, estados iatrogénicos o afecciones médicas adquiridas. La deficiencia secundaria de carnitina es principalmente debida a errores innatos del metabolismo y es más frecuente que la deficiencia primaria. Puede resultar así mismo de cirrosis, síndrome de Fanconi e infección por VIH.

Enfermedad drepanocítica y talasemia de células falciformes

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, la subcategoría 282.4, Talasemia, ha sido subdividida con nuevos códigos creados para informar por separado de talasemia de células falciformes sin crisis (**282.41**), talasemia de células falciformes con crisis (**282.42**) y otras talasemias (**282.49**). La subcategoría 282.6, Anemia drepanocítica, ha sido revisada como “Enfermedad drepanocítica” para reflejar más exactamente que no todos los pacientes con esta enfermedad tienen anemia severa. Adicionalmente, la subcategoría 282.6, ha sido expandida para reflejar la Enfermedad drepanocítica Hb-C con crisis (**282.64**) y Otra enfermedad drepanocítica sin crisis (**262.48**). Se han creado igualmente nuevos códigos para informar las manifestaciones más comunes asociadas con estas crisis, tales como Síndrome torácico (**517.3**) y Secuestro esplénico (**289.52**). Los códigos para la enfermedad drepanocítica o talasemia en crisis (282.42, 282.62, 282.64 ó 282.69) deben ser diagnóstico principal seguidos del código del tipo de crisis, tal como un síndrome torácico agudo (517.3) o un secuestro esplénico (289.52).

La enfermedad drepanocítica y la talasemia son enfermedades hereditarias de la sangre que interfieren con la normal capacidad corporal del producir hemoglobina. En la enfermedad drepanocítica, los hematíes, donde el oxígeno es bajo, toman forma de hoz, causando el bloqueo de los vasos sanguíneos pequeños y dañando los órganos del cuerpo. La hemoglobina S (HbS) es producida en lugar de la hemoglobina A. Los principales síntomas son crisis, o dolor brusco, en articulaciones y órganos. Las articulaciones u órganos afectados varían de paciente a paciente. Los más frecuentes son tórax, espalda y torso, llevando a dificultad respiratoria durante la crisis. Una crisis puede acabar en sólo unas horas o en semanas. La frecuencia de las crisis puede igualmente variar desde una a dos por año hasta varias por mes.

En la talasemia hay una reducción de la hemoglobina que da como resultado una anemia severa. Está afectada la producción tanto de cadenas de globina alfa como beta, que juntas forman la hemoglobina A.

Síndrome torácico agudo (517.3) es una enfermedad que es la causa principal de muerte y la segunda causa más frecuente de ingreso en pacientes con enfermedad drepanocítica. Esta enfermedad se caracteriza por dolor torácico pleurítico, falta de respiración, escalofríos, tos, anemia progresiva, hipoxemia y nuevo infiltrado pulmonar en la radiografía de tórax. El síndrome torácico agudo (ACS) es más frecuente en adultos y adolescentes que en niños. El

tratamiento consiste en terapia respiratoria, rehidratación con suero salido hipotónico IV para mantener el estado normovolémico, control de dolor y tratamiento de la infección subyacente.

Secuestro esplénico (289.52) es causado por el atrapamiento intraesplénico de hematíes causando agrandamiento del bazo, caída precipitada del nivel de hemoglobina y un potencial choque hipovolémico. El secuestro esplénico puede ser doloroso. Los síntomas incluyen debilidad, irritabilidad, somnolencia inusual, palidez, esplenomegalia, pulso rápido y dolor en el lado izquierdo del abdomen. La crisis de secuestro esplénico agudo es la principal causa de muerte en niños con enfermedad drepanocítica.

282 Anemias hemolíticas hereditarias

Borrar 282.4 Talasemias
Anemia de Cooley
Leptocitosis hereditaria
~~Anemia mediterránea (con otra hemoglobinopatía)~~
Microdrepanocitosis
Talasemia drepanocítica
~~Talasemia (alfa) (beta) (intermedia) (mayor) (mínima) (menor)~~
~~(mixta) (rasgo) (con otra hemoglobinopatía)~~
Enfermedad talasémica Hb-S

Revisar

Excluye:

 anemia enfermedad drepanocítica (282.60-282.69)

Nuevo código 282.41 Talasemia de células falciformes sin crisis
Talasemia de células falciformes NEOM
Enfermedad talasémica Hb-S sin crisis

Nuevo código 282.42 Talasemia de células falciforme con crisis
Talasemia de células falciformes con dolor vaso-oclusivo
Enfermedad talasémica Hb-S con crisis

Use código adicional para los tipos de crisis tales como:
Síndrome torácico agudo (517.3)
Secuestro esplénico (289.52)

Nuevo código 282.49 Otra talasemia
Anemia de Cooley
Leptocitosis hereditaria
Anemia mediterránea (con otra hemoglobinopatía)
Microdrepanocitosis
Talasemia (alfa) (beta) (intermedia) (mayor) (mínima)
(menor) (mixta) (rasgo) (con otra hemoglobinopatía)
Talasemia NEOM

282.5 Rasgo drepanocítico

Revisar

Excluye:

 aquél con talasemia (282.49)

Revisar 282.6 Enfermedad ~~anemia~~ drepanocítica

Revisar	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Excluye:</td></tr></table> talasemia de células falciformes (282.41-282.42)	Excluye:
Excluye:		
Revisar Añadir	282.60 Enfermedad anemia drepanocítica no especificada Anemia drepanocítica NEOM	
Revisar	282.61 Enfermedad Hb-S <u>Hb-SS</u> sin mención de crisis	
Revisar Añadir	282.62 Enfermedad Hb-S <u>Hb-SS</u> con mención de crisis Enfermedad Hb-SS con dolor vaso-oclusivo	
Añadir	Use código adicional para los tipos de crisis tales como: Síndrome torácico agudo (517.3) Secuestro esplénico (289.52)	
Revisar Revisar	282.63 Enfermedad drepanocítica Hb-C <u>sin crisis</u> Enfermedad Hb-S/Hb-C <u>sin crisis</u>	
Nuevo código	282.64 Enfermedad drenapocítica Hb-C con crisis Enfermedad Hb-S/Hb-C con crisis Enfermedad Hb-C con dolor vaso-oclusivo	
	Use código adicional para los tipos de crisis tales como: Síndrome torácico agudo (517.3) Secuestro esplénico (289.52)	
Nuevo código	282.68 Otra enfermedad drepanocítica sin crisis Enfermedad Hb-S/Hb-D sin crisis Enfermedad Hb-S/Hb-E sin crisis Enfermedad talasémica Hb-D sin crisis Enfermedad talasémica Hb-E sin crisis	
Revisar Borrar	282.68 Otra <u>enfermedad drepanocítica con crisis</u> Enfermedad <u>Enfermedad</u> Hb-S/Hb-D <u>con crisis</u> <u>Enfermedad</u> Hb-S/Hb-E <u>con crisis</u> <u>Enfermedad</u> talasémica Hb-D <u>con crisis</u> <u>Enfermedad</u> talasémica Hb-E <u>con crisis</u>	
Añadir	Use código adicional para los tipos de crisis tales como: Síndrome torácico agudo (517.3) Secuestro esplénico (289.52)	

517 Neumonopatía en enfermedades clasificadas bajo otro concepto

Nuevo código	517.3 Síndrome torácico agudo
Añadir	Codifique primero enfermedad drepanocítica con crisis (282.42, 282.62, 282.64, 282.69)

Pregunta:

Un niño de 12 años de edad es ingresado en el hospital con el diagnóstico de enfermedad drepanocítica con crisis y síndrome torácico agudo. ¿Cómo debería ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código 282.62, Enfermedad Hb-SS con crisis, para la enfermedad drepanocítica como diagnóstico principal. Asigne el código 517.3, Síndrome torácico agudo, como diagnóstico secundario.

Estado de hipercoagulabilidad

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, se han creado nuevos códigos para informar únicamente el estado de hipercoagulabilidad primario (**289.81**) y secundario (**289.82**). Antes de esto, estas afecciones eran comunicadas bajo el código 289.8, Otras enfermedades especificadas de sangre y órganos hematopoyéticos.

Borrar	289.8 Otras enfermedades especificadas de sangre y órganos hematopoyéticos Hiper gammaglobulinemia Mielofibrosis Déficit de pseudocolinesterasa
Nuevo código	289.81 Estado de hipercoagulabilidad primario Resistencia a la proteína C activada Deficiencia de antitrombina III Mutación del factor V Leiden Anticoagulante lupus Déficit de proteína C Déficit de proteína S Mutación del gen de protrombina
Nuevo código	289.82 Estado de hipercoagulabilidad secundario
Nuevo código	289.89 Otras enfermedades especificadas de sangre y órganos hematopoyéticos Hiper gammaglobulinemia Mielofibrosis Déficit de pseudocolinesterasa

Estado de hipercoagulabilidad: es un grupo de trastornos adquiridos o heredados que incrementan el riesgo de un desarrollo anormal de coágulos sanguíneos. Están divididos en estados de hipercoagulabilidad primario y secundario. No hay signos o síntomas específicos asociados a estados de hipercoagulabilidad. La manifestación clínica más frecuente de un estado de hipercoagulabilidad subyacente es la trombosis venosa profunda de extremidad inferior con o sin embolismo pulmonar. El pronóstico y el tratamiento dependen del trastorno específico asociado.

Estado de hipercoagulabilidad primario: son trastornos heredados de los factores anticoagulantes específicos. Ejemplos raros son la deficiencia de antitrombina III, deficiencia de proteína S y deficiencia de proteína C. Trastornos heredados más frecuentes son la mutación del factor V Leiden y la mutación del gen de la protrombina.

Estado de hipercoagulabilidad secundario: son principalmente trastornos adquiridos que predisponen a la trombosis a través de mecanismos complejos y multifactoriales. Estos incluyen anomalías del flujo sanguíneo o defectos en la composición de la sangre y de las paredes de los vasos. Ejemplos de estos trastornos que pueden causar estados de hipercoagulabilidad secundarios son neoplasias malignas, embarazo, traumatismos, trastornos mieloproliferativos y síndrome de anticuerpo antifosfolípido.

Degeneración cerebral (Demencia)

Los avances en patología y fisiopatología de la demencia han ampliado la clasificación de la misma. Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, se han creado nuevos códigos para identificar separadamente dos formas de demencia: demencia con cuerpos de Lewy y demencia frontotemporal. Adicionalmente, el código para la enfermedad de Pick ha sido revisado del 331.1 al 331.11. Cualquier trastorno de la conducta asociado con estas demencias es informado separadamente usando el código apropiado (294.10-294.11).

Demencia con cuerpos de Lewy (331.82) es un trastorno neurodegenerativo asociado con estructuras anormales (cuerpos de Lewy) encontrados en ciertas áreas del cerebro. Es la segunda causa más frecuente de demencia en ancianos. Los síntomas incluyen caracteres motores del Parkinson tales como bradiquinesia, rigidez, temblor y arrastre de pies. Otros síntomas pueden incluir efectos similares a la enfermedad de Alzheimer tales como confusión aguda, pérdida de memoria y pérdida de la cognición o fluctuación de la misma. Los pacientes pueden también sufrir delirio y depresión.

Demencia frontotemporal (331.19) es una afección degenerativa de la parte anterior del cerebro. Los lóbulos cerebrales frontal y temporal anterior afectados controlan el razonamiento, personalidad, lenguaje, movimiento, habla y algunos aspectos de la memoria. Los síntomas iniciales de la demencia frontotemporal son cambios en la personalidad y el comportamiento. Algunos pacientes son apáticos, emocionalmente terminantes o inertes. Otros son hiperactivos, inquietos, desinhibidos y distraíbles. En estados tardíos de la enfermedad pueden tener una reducción progresiva del habla que puede avocar al mutismo, características hiperorales, aquinesia y rigidez, y fallo o incapacidad de respuestas motoras a órdenes verbales.

Enfermedad de Pick (311.11) es un trastorno causado por pérdida de tejido cerebral en áreas limitadas produciendo deterioro de la función mental. La enfermedad de Pick está caracterizada por anomalías en las células cerebrales (cuerpos de Pick) que pueden encontrarse en las zonas afectadas del cerebro. Es diferente de la enfermedad de Alzheimer, que es un proceso más difuso. La enfermedad de Pick afecta predominantemente áreas circunscritas del cerebro, no a todas las regiones. Los síntomas pueden ser similares a la demencia senil/tipo Alzheimer con afasia, agnosia y apraxia. Hay también cambios en el humor, comportamiento y el lenguaje. Otros cambios incluyen debilidad, aumento del tono muscular, incontinencia urinaria, demencia progresiva y pérdida de memoria.

Encefalopatía metabólica

Antes del 1 de octubre de 2003, los distintos tipos de encefalopatía eran codificados en el 348.3, Encefalopatía no especificada. Se han creado códigos nuevos para identificar independientemente la encefalopatía metabólica (348.31). Antes de este cambio, la encefalopatía metabólica estaba indexada en el delirio y codificada en la categoría 293, Psicosis orgánicas transitorias.

La encefalopatía metabólica es siempre debida a una causa subyacente. Hay muchas causas de encefalopatía metabólica, tal como tumores cerebrales, metástasis cerebrales, infarto o hemorragia cerebral, isquemia cerebral, uremia, envenenamiento, infección sistémica, etc. La encefalopatía metabólica es también un hallazgo frecuente en el 12 al 33% de los pacientes que sufren fallo orgánico múltiple. El desarrollo de la encefalopatía metabólica puede ser la manifestación de una enfermedad sistémica grave y puede ser causada por variados motivos, uno de los más importantes, la sepsis.

348 Otras afecciones del cerebro

Revisar 348.3 Encefalopatía, ~~inespecífica~~ no clasificada bajo otro concepto

Nuevo código 348.30 Encefalopatía, inespecífica

Nuevo código 348.39 Otra encefalopatía

Excluye:

Encefalopatía:
alcohólica (291.2)
hepática (572.2)
hipertensiva (437.2)
tóxica (349.82)

Esta información sustituye a la publicada previamente en *Coding Clinic*, primer trimestre de 1988, páginas 3-4.

Miastenia gravis

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, la subcategoría 358.0, Miastenia gravis, ha sido ampliada para diferenciar los pacientes con crisis de los que no tiene crisis.

La miastenia gravis es una enfermedad crónica autoinmune causada por la pérdida o disfunción de los receptores de acetilcolina por lo que los músculos se fatigan rápidamente con el uso repetitivo. La miastenia gravis afecta característicamente a los músculos esqueléticos donde están situados los receptores de acetilcolina. Los músculos asociados con los nervios craneales son a menudo los primeros y más afectados - más típicamente el músculo ocular, bulbar y facial, así como los músculos de extremidades, cuello, hombros, cadera y tronco. En raras ocasiones, puede desarrollar disfunción respiratoria con debilidad del diafragma y de los músculos torácicos.

Los pacientes en crisis de miastenia grave tendrán visión doble debido a debilidad de los músculos extraoculares, dificultad en la deglución y potencialmente dificultad respiratoria que amenaza la vida. La disfunción respiratoria puede requerir inmediata intubación y ventilación artificial.

358 Trastornos mioneurales

358.0 Miastenia gravis

Nuevo código **358.00 Miastenia gravis sin exacerbación (aguda)**
Miastenia gravis NEOM

Nuevo código **358.01 Miastenia gravis con exacerbación (aguda)**
Miastenia gravis en crisis

Aterosclerosis coronaria de corazón trasplantado

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, se han creado códigos nuevos para informar de la aterosclerosis del corazón trasplantado. Antes de la creación de los nuevos códigos, no había un código independiente para diferenciar entre aterosclerosis de arteria nativa o de injerto en el corazón trasplantado. El código 414.06, Aterosclerosis coronaria de arteria coronaria de corazón trasplantado, era usado para todos los corazones trasplantados, tanto para vasos nativos como no nativos.

La aterosclerosis se puede desarrollar en arterias nativas del corazón trasplantado. Así mismo, un corazón trasplantado puede recibir un injerto venoso o arterial que posteriormente desarrolle aterosclerosis. Es más, corazones que han sido sometidos a bypass están siendo usados con órganos de trasplante. Hay que tener en cuenta que esto no es una complicación del trasplante.

414 Otras formas de enfermedad cardiaca isquémica crónica

414.0 Aterosclerosis coronaria

Revisar 414.06 de arteria coronaria nativa de corazón trasplantado

Nuevo código **414.07 de injerto (arteria) (vena) en corazón trasplantado**

Hipotensión

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, el código 458.2, Hipotensión iatrogénica, ha sido ampliado para identificar separadamente la hipotensión en la hemodiálisis de otras formas de hipotensión iatrogénica.

La hipotensión durante la diálisis, o hipotensión intradiálisis (IDH), es una potencial complicación grave que afecta del 20 al 50% de los pacientes dializados. Esta afección produce náusea, vómito, mareo y potencialmente síntomas que hacen peligrar la vida como ritmo cardíaco anormal o aporte disminuido a órganos vitales. La IDH ocurre más frecuentemente en pacientes dializados mayores con diabetes o enfermedad cardiaca.

458 Hipotensión

458.2 Hipotensión iatrogénica Hipotensión postoperatoria

Nuevo código **458.21 Hipotensión en hemodiálisis**
Hipotensión intradiálisis

Nuevo código **458.29 Otra hipotensión iatrogénica**
Hipotensión postoperatoria

Pregunta:

Un hombre de 59 años de edad con fallo renal crónico estaba realizando su tratamiento de hemodiálisis habitual cuando de repente desarrolló hipotensión. Fue inmediatamente ingresado en el hospital para tratamiento. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código 458.21, Hipotensión en hemodiálisis como diagnóstico principal, y el código 585, Fallo renal crónico, como diagnóstico secundario. Asigne así mismo el código E879.1, Otros procedimientos, sin mención de accidente en el momento del procedimiento, como causa de reacción anormal en el paciente, o de complicaciones posteriores, diálisis renal, como diagnóstico secundario.

Esta información sustituye a la publicada previamente en Coding Clinic, tercer trimestre de 1994, página 9.

Asma

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, han sido creados dos nuevos códigos para identificar por separado el Broncoespasmo inducido por ejercicio (493.81) y el código 493.82, Tos asmática. Adicionalmente, la subclasificación de quinto dígito para el asma ha sido revisada de tal manera que el "0" se usa para "inespecífico", mientras que el "2" se usa para "con exacerbación (aguda)". El quinto dígito "1" permanece para indicar "con estado asmático". Por favor observe que este quinto dígito es de aplicación sólo a los códigos 493.0-493.2 y 493.9. No se aplica a la nueva subcategoría 493.8, Otras formas de asma.

Broncoespasmo inducido por ejercicio (493.81) se refiere a una disminución temporal de las vías aéreas del pulmón durante el ejercicio. Los síntomas incluyen sibilancias, dificultad al respirar o dolor torácico. Pueden comenzar después de 30 minutos después del ejercicio. El tiempo frío puede empeorar esta afección. El brocoespasmo inducido por ejercicio es un síntoma muy frecuente en pacientes asmáticos. El 80 al 90% de personas que parecen asma tienen dificultad en la respiración con ejercicio enérgico.

Tos asmática (493.82) es una forma de asma donde el único síntoma es la tos crónica. Es frecuente que la tos suceda sólo por la noche, pero puede ocurrir también durante el día. La tos es habitualmente no productiva y las pruebas funcionales pulmonares son normales. El tratamiento es semejante a las formas más frecuentes de asma. Esta afección, si se deja sin tratar, puede progresar a formas más graves de asma.

493 Asma

Revisar	La siguiente subclasificación de quinto dígito es para usar <u>con los códigos 493.0-493.2, 493.9</u>
Revisar	0 sin mención de estado asmático, o exacerbación aguda, o inespecífico 2 con exacerbación (<u>aguda</u>)
Nueva subcategoría	493.8 Otras formas de asma
Nuevo código	493.81 Broncoespasmo inducido por ejercicio
Nuevo código	493.82 Tos asmática

Úlcera esofágica

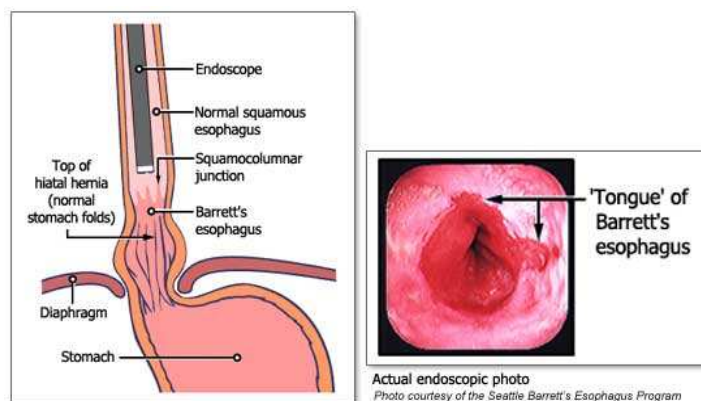
Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, el código 530.2, Úlcera de esófago, ha sido ampliado para diferenciar entre úlcera sangrante y no sangrante. Esta ampliación es coherente con los demás códigos de úlcera en la clasificación.

Nuevo código	530.20 Úlcera de esófago sin sangrado Úlcera de esófago NEOM		
Nuevo código	530.21 Úlcera de esófago con sangrando		
	<table border="1"><tr><td>Excluye:</td><td>Varices esofágicas sangrantes</td></tr></table>	Excluye:	Varices esofágicas sangrantes
Excluye:	Varices esofágicas sangrantes		

Esófago de Barrett

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, el código **530.85** ha sido creado para identificar independientemente el esófago de Barrett. Antes de este cambio, esta afección estaba indizada En el 530.2, Úlcera de esófago. Este código no expresaba adecuadamente esta afección.

El esófago de Barrett es una afección que se desarrolla en pacientes con reflujo gastroesofágico crónico o esofagitis. En esta enfermedad, las células cilíndricas que habitualmente se encuentran en el estómago reemplazan el epitelio escamoso sano del esófago. Los síntomas incluyen dolor y pirosis nocturna, vómito, hematoquecia, hematemesis y disfagia. Algunos pacientes pueden no tener ningún síntoma. El esófago de Barrett no es una afección reversible. El tratamiento está dirigido a prevenir un daño mayor controlando el reflujo ácido del estómago. Los pacientes que padecen esófago de Barrett tienen un riesgo incrementado de desarrollar adenocarcinoma de esófago.



Esófago de Barrett ^{NT}

Hipertrofia prostática con obstrucción urinaria

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, la categoría 600, Hiperplasia de próstata, ha sido ampliada para proporcionar códigos de combinación para incluir la hiperplasia de próstata y la obstrucción urinaria acompañante.

La hiperplasia de próstata tiene varios síntomas tales como obstrucción urinaria. Habitualmente, es esta obstrucción la que causa que el paciente busque tratamiento. La codificación de la hipertrofia de próstata y la obstrucción urinaria ha sido problemática debido al hecho de que la obstrucción urinaria es un síntoma rutinario de la hiperplasia prostática. Se ha estado discutiendo continuamente en la necesidad de codificar a la vez la afección y el síntoma. Si se codificaba el síntoma, entonces la discusión se centraba en la secuenciación de estos dos códigos. Los nuevos códigos de combinación han sido creados para resolver este debate de codificación.

Loas subcategorías 600.0, 600.1, 600.2 y 600.9 se han ampliado con un quinto dígito “0” que representa “sin obstrucción urinaria” y un quinto dígito “1” que representa “con obstrucción urinaria”

Pregunta:

Un paciente varón de 68 años de edad es visto y tratado por hipertrofia benigna de próstata (BHP) y obstrucción de la salida de la vejiga. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código 600.01, Hipertrofia (benigna) de próstata con obstrucción urinaria, para el diagnóstico de BHP y obstrucción de la salida de la vejiga.

Pregunta:

Un paciente varón es diagnosticado de estenosis uretral por hipertrofia benigna de próstata (BHP). ¿Cuál es la asignación correcta de código?

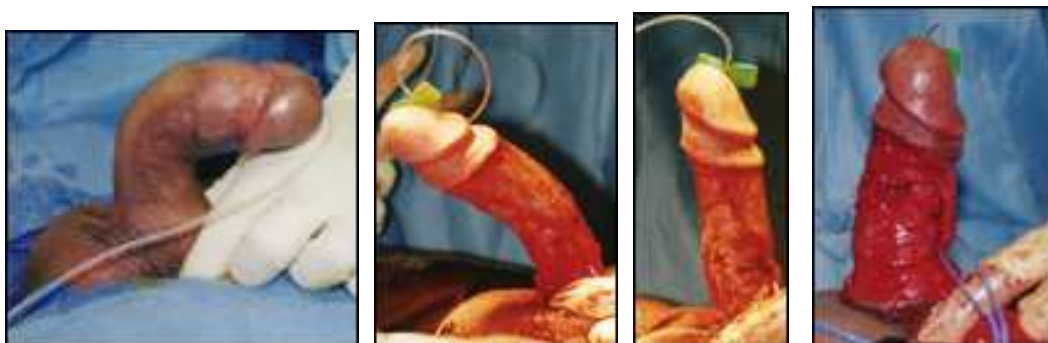
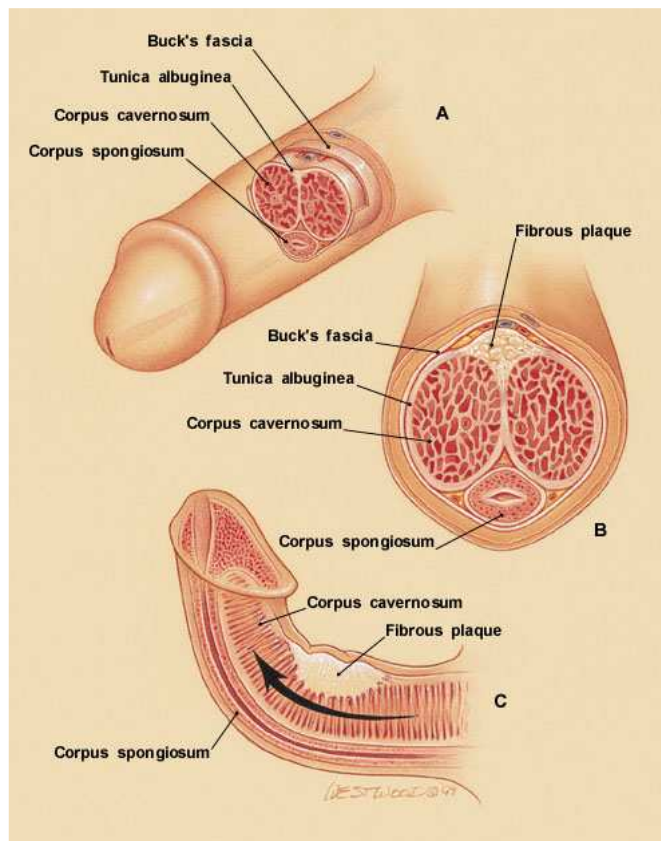
Respuesta:

Asigne el código 600.01, Hipertrofia (benigna) de próstata con obstrucción urinaria, para el diagnóstico de BHP y estenosis uretral.

Enfermedad de Peyronie

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, el código 607.85 ha sido creado para identificar separadamente la enfermedad de Peyronie.

La enfermedad de Peyronie es una afección caracterizada por fibrosis de la vaina cavernosa lo que conduce a la contractura de la fascia que envuelve los cuerpos cavernosos. La enfermedad ocurre en varones adultos y la causa es desconocida. Casi una tercera parte de pacientes que padecen enfermedad de Peyronie tienen también cicatrices contráctiles en sus manos o contracturas de Dupuytren. La cura puede ser espontánea sin ningún tratamiento. Los tratamientos con cortisona en la cicatriz para reducir la angulación del pene son raramente exitosas. Puede ser necesaria la intervención quirúrgica con extirpación de las cicatrices y reparación plástica con injerto.



Enfermedad de Peyronie y su tratamiento^{NT}

Cardiomiopatía periparto

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, se ha creado la subcategoría **674.5, Cardiomiopatía periparto**, para identificar separadamente esta afección debido a la gravedad de este trastorno. Se requiere quinto dígito adicional para indicar el episodio actual de cuidado. Antes de este cambio, la cardiomiopatía postparto era un término de inclusión bajo el código 674.8, Otra complicación del puerperio, no clasificada bajo otro concepto.

La cardiomiopatía periparto (PPCM) implica una debilidad en el miocardio que afecta la capacidad del corazón para bombear sangre. Ocurre dentro del último mes de embarazo o los primeros cinco meses postparto y no está relacionada con ninguna enfermedad cardíaca previa. La PPCM ha sido informada en mujeres de todas las edades. Los síntomas incluyen dolor torácico, falta de aliento, hinchazón de extremidades, cara, tórax o abdomen, palpitaciones, diaforesis, fatiga excesiva, mareo, náusea y vómito. Otras pruebas pueden revelar también corazón agrandado, congestión pulmonar o embolia.

Los factores de riesgo para la cardiomiopatía periparto son gestación múltiple, hipertensión inducida por gestación o preeclampsia, mujer múltipara añosa y raza afro-americana. La PPCM tiene una alta probabilidad de recurrencia en posteriores embarazos.

674.5 Otras complicaciones del puerperio, no clasificadas en otro sitio

Nuevo código	674.5 Cardiomiopatía periparto [0-4] Cardiomiopatía postparto 674.8 Otra
Borrar	Postparto: cardiomiopatía

Dificultad de la marcha

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, se ha hecho un cambio en la subcategoría 719.7, Dificultad en la marcha, de tal manera que el quinto dígito que indica el lugar del cuerpo no es aplicable. El quinto dígito no tenía lógica con esta subcategoría ya que implica que la dificultad era debida a una articulación específica.

Revisar	719 Otro trastorno de la articulación y no especificado La siguiente subclasificación de quinto dígito es para usar con los <u>códigos 719.0-719.6, 719.8-719.9</u> ; los dígitos válidos están [entre corchetes] bajo cada código. Véase la lista al comienzo del capítulo para las definiciones.
---------	---

Borrar	719.7 Dificultad en la marcha [0,5-9]
--------	--

Debilidad muscular

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, el código 728.87, Debilidad muscular, se ha creado para informar independientemente esta afección.

728.8 Otro trastorno de músculo, ligamento y fascia

Nuevo código

728.87 Debilidad muscular

Excluye:

Debilidad generalizada (780.79)

Rabdomiolisis

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, se ha creado un nuevo código para identificar por separado la rabdomiolisis. Antes de este cambio, la rabdomiolisis era codificada en el 728.89, Otros trastornos de músculo, ligamento y fascia, Otro. Debido a la gravedad de esta afección, el consejo editorial del *Coding Clinic* fue requerido para que se creara un único código para la rabdomiolisis.

La rabdomiolisis puede ser resultado de una gran variedad de enfermedades, traumatismos o agresiones tóxicas al músculo esquelético. Puede ocurrir en una complicación de riesgo vital como el fallo renal agudo mioglobínúrico. Pueden ocurrir igualmente problemas asociados como parada cardíaca, hiperpotasemia, coagulación intravascular diseminada o síndrome compartimental. La rabdomiolisis resulta de la necrosis muscular y la liberación de creatinofosfoquinasa (CK) y mioglobina a la circulación.

Entre los signos y síntomas se incluyen color anormal de la orina, ablandamiento muscular, debilidad generalizada, debilidad de los músculos afectados, rigidez muscular, mialgia, dolor articular y fatiga. El tratamiento consiste en un a hidratación temprana y agresiva para eliminar rápidamente la mioglobina de los riñones.

Esta información sustituye la previamente publicada en Coding Clinic, segundo trimestre de 2001, página 14 y tercer trimestre de 2002, página 28.

728.8 Otro trastorno de músculo, ligamento y fascia

Nuevo código

728.87 Rabdomiolisis

Transposición escrotal

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, se ha creado un nuevo código para identificar por separado la transposición escrotal (752.81). La transposición escrotal es una anomalía congénita rara donde el escroto está transpuesto por encima del pene. Esta afección se repara quirúrgicamente. Puede estar asociada con hipospadia, la cual puede requerir una fase de reparación quirúrgica.

(Se ha descrito recientemente que algún opositor de la OPE extraordinaria ha sufrido una transposición hasta nivel de laringe. No usar un código de anomalía congénita, sino el código V62.0 como diagnóstico principal^{NT})

752 Anomalías congénitas de los órganos genitales

752.8 Otras anomalías especificadas de los órganos genitales

Borrar

~~Ausencia de:~~
~~próstata~~
~~cordón espermático~~
~~vasos deferentes~~
~~Anorquia~~
~~Aplasia (congénita) de:~~
~~próstata~~
~~ligamento redondo~~
~~testículo~~
~~Atresia de:~~
~~conducto eyaculador~~
~~vasos deferentes~~
~~Fusión testicular~~
~~Monorquismo y poliorquismo~~

Nuevo código

752.81 Transposición escrotal

Nuevo código

752.89 Otras anomalías de los órganos genitales

Ausencia de:
próstata
cordón espermático
vasos deferentes
Anorquia
Aplasia (congénita) de:
próstata
ligamento redondo
testículo
Atresia de:
conducto eyaculador
vasos deferentes
Fusión testicular
Monorquismo y poliorquismo



Transposición escrotal ^{NT}

Pregunta:

El paciente es un varón nacido único con vida en el hospital en buenas condiciones excepto una transposición escrotal e hipospadias. El niño es dado de alta a casa con instrucciones para seguimiento por el urólogo pediátrico. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código V30.00, Nacido único con vida, nacido en el hospital, parto sin mención de cesárea, como diagnóstico principal (la categoría V30 no se usa normalmente en nuestro medio ^{NT}). Asigne el código 752.81, Transposición escrotal y el código 752.61, Hipospadia, como diagnóstico secundario.

Neonato tardío

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, se han hecho modificaciones en el código 766.2 para establecer un paralelismo con los cambios hechos previamente al código 645, Embarazo retardado. El código 645.1 identifica el embarazo postérmino en aquellas pacientes en los que el embarazo está entre las 40 y 42 semanas. El código 645.2 se usa para identificar embarazos superiores a las 42 semanas. Los nuevos códigos son para usarlos en los registros del niño para identificar los niños postérmino (40 a 42 semanas de gestación) y los niños de gestación prolongada (por encima de 42 semanas de gestación).

Los embarazos que se extienden varias semanas más allá del tiempo promedio tienen un riesgo aumentado de efectos adversos tales como anomalías fetales y mortinatos. Los nuevos códigos ayudarán en el futuro a la investigación del manejo de los embarazos prolongados.

766 Desórdenes relacionados con larga gestación y alto peso al nacer

Revisar	766.2 Recién nacido postérmino, peso no elevado para el tiempo de gestación
Borrar	<u>Neonato tardío, peso no elevado para el tiempo de gestación</u> Feto o recién nacido con tiempo de gestación de 294 o más días [42 o más semanas completas], peso no elevado para el tiempo de gestación Postmaduridad NEOM
Nuevo código	766.21 Recién nacido postérmino Recién nacido con período de gestación entre 40 y 42 semanas completas
Nuevo código	766.22 Recién nacido con gestación prolongada Recién nacido con período de gestación mayor de 42 semanas Postmaduridad NEOM

Traumatismo del cuero cabelludo en el nacimiento

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, el código 767.1, Traumatismo del cuero cabelludo en el nacimiento, ha sido ampliado para identificar por separado la hemorragia subaponeurótica epicraneal (hemorragia subgaleal). Antes de este cambio, el código 761.7, agrupaba el caput succedaneum, cefalohematoma y trauma por ventosa, junto con la hemorragia subaponeurótica epicraneal o la hemorragia subgaleal (SGH). La SGH es un suceso relativamente infrecuente asociado con alta tasa de mortalidad y morbilidad neonatal. Las otras afecciones bajo el código 767.1, no tiene asociadas mortalidad o morbilidad y se ven normalmente tras parto normal vaginal espontáneo o parto con fórceps o ventosa no complicados.

La creación de un único código para la hemorragia subaponeurótica epicraneal ayudará en la recogida de datos asociados con programas para la disminución de la incidencia de esta lesión. Como el número de partos por ventosa se está incrementando, la frecuencia de esta lesión ha aumentado igualmente.

La United States Food and Drug Administration (FDA) ha publicado un nota de salud pública en 1988 indicando la necesidad de precaución cuando de usan dispositivos de asistencia al parto mediante ventosa. Dos de las mayores complicaciones con amenaza para la vida asociadas al uso de dispositivos de asistencia con ventosa son la hemorragia subgaleal y la hemorragia intracraneal (hemorragia subdural, subaracnoidea, intraventricular o intraparenquimatosa).

La hemorragia subgaleal ocurre cuando la sangre se acumula en el espacio entre la galea aponeurótica (aponeurosis epicraneal) y el periostio del cráneo (pericráneo) como resultado del daño en las venas emisarias. Los signos de hemorragia subgaleal pueden estar presentes en el parto o aparecer varias horas o pocos días siguientes al mismo.

767 Traumatismos de nacimiento

767.1 Lesiones del cuero cabelludo

Borrar

~~Caput succedaneum~~

~~Cefalohematoma~~

~~Traumatismo (por ventosa)~~

~~Hemorragia subaponeurótica epicraneal masiva~~

Nuevo código

767.11 Hemorragia subaponeurótica epicraneal (masiva)

Hemorragia subgaleal

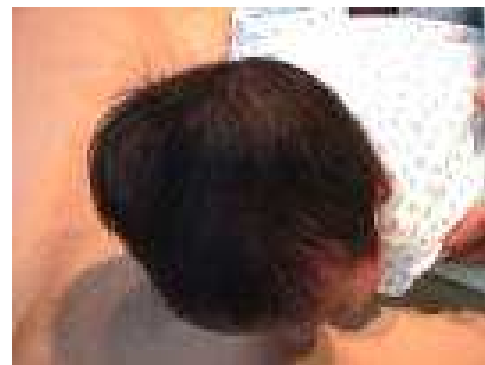
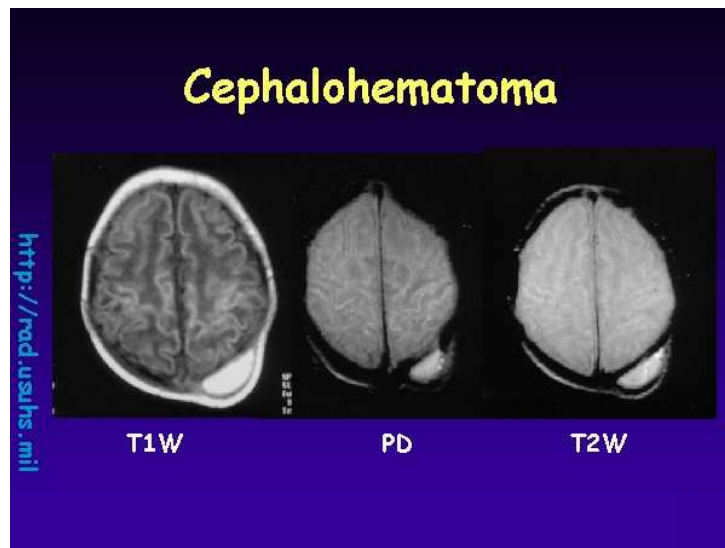
Nuevo código

767.19 Otras lesiones del cuero cabelludo

Caput succedaneum

Cefalohematoma

Traumatismo (por ventosa)



Lesiones del cuero cabelludo en el nacimiento ^{NT}

Separación retardada del cordón umbilical

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, el código 779.83, Separación retardada del cordón umbilical, ha sido creado para informar de manera independiente la separación retardada del cordón umbilical. La mayor parte de los cordones umbilicales se separan del ombligo entre 10 y 14 días tras el nacimiento. Cuando el cordón permanece unido más de dos semanas, se denomina “separación retardada de cordón umbilical”. Los retrasos en la separación del cordón de más de un mes pueden ser indicativo de defecto quimiotáctico neutrófilo o de infección.

779 Otras afecciones o enfermedades originadas en período perinatal

779.8 Otras afecciones especificadas originadas en período perinatal

Nuevo código

779.83 Separación retardada del cordón umbilical

Pérdida de memoria

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, el código 780.93, Pérdida de memoria, ha sido creado para identificar independientemente la pérdida de memoria no específica. Antes de esta fecha, la pérdida de memoria era codificada en el 780.99, Otros síntomas generales.

780 Síntomas generales

780.9 Otros síntomas generales

Nuevo código

780.93 Pérdida de memoria

Amnesia (retrógrada)

Pérdida de memoria NEOM

Excluye:

ligera pérdida de memoria por daño cerebral orgánico (310.1)

amnesia global transitoria (437.7)

Saciedad temprana

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, el código 780.93, Pérdida de memoria, ha sido creado para identificar independientemente este síntoma.

La saciedad temprana se refiere a tener la sensación de plenitud prematura después o durante la comida. Puede ocurrir con varias afecciones incluyendo vaciamiento gástrico retrasado, obstrucción de la salida del estómago, distensibilidad aumentada del estómago, síndrome de intestino irritable, dispepsia, tumor cerebral o problemas hormonales. Es importante distinguir la saciedad temprana de la anorexia. Con la anorexia el paciente puede decidir no comer o que no tiene apetito. Con la saciedad temprana el paciente está hambriento, quiere comer, pero se siente lleno rápidamente cuando come.

780 Síntomas generales

780.9 Otros síntomas generales

Nuevo código

780.94 Saciedad temprana

Debilidad facial

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, el código 781.94, Debilidad facial, ha sido creado para informar debilidad facial o caída facial no debida a efecto tardío de una enfermedad cerebrovascular.

781 Síntomas que afectan los sistemas nervioso y musculoesquelético

781.9 Otros síntomas que afectan sistemas nervioso y musculoesquelético

Nuevo código

781.94 Debilidad facial

Caída facial

Excluye:

debilidad facial por efecto tardío de enfermedad cerebrovascular (438.83)

Choque séptico

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, el código 785.52, Choque séptico, ha sido creado para informar por separado esta afección. Antes a esto, el choque séptico era codificado en el 785.59, Choque sin mención de traumatismo, Otro. Remítase al artículo: Codificando la septicemia, SIRS, sepsis grave y choque séptico, páginas 79-81 de este ejemplar para mayor información del choque séptico (página 62 de la versión traducida ^{NT}).

785 Síntomas que afectan el sistema cardiovascular

785.5 Choque sin mención de traumatismo

Nuevo código

785.52 Choque séptico

Codifique primero el síndrome de respuesta inflamatorio sistémico debido a procesos infecciosos con disfunción orgánica (995.92)

785.59 Otro

Choque:
~~séptico~~

Borrar

Pregunta:

¿Cómo codificaría un paciente que llega al hospital con choque séptico y diagnóstico de septicemia por E. Coli?

Respuesta:

Asigne el código 038.42, Septicemia por otro organismo gramnegativo, Escherichia coli [E.coli], como diagnóstico principal, seguido del código 995.52, Síndrome de respuesta inflamatoria sistémico por proceso infeccioso con disfunción orgánica, y el código 785.52, Choque séptico, como diagnósticos secundarios. Esta información es consecuente con la publicada previamente en *Coding Clinic*, segundo trimestre de 2000, páginas 3-4.

Urgencia urinaria

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, el código 788.63, Urgencia urinaria, se ha creado para informar este síntoma. La urgencia urinaria de refiere a sentir una intensa necesidad de orinar.

788 Síntomas que afectan el aparato urinario

788.6 Otra micción anormal

Nuevo código **788.6 Urgencia urinaria**

Excluye:	Incontinencia impulsiva (788.31, 788.33)
----------	--

Resultado anormal de la glucosa en ayunas

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, el código 790.2, Resultado anormal de glucosa, ha sido ampliado para identificar por separado el resultado anormal de la glucosa en ayunas (790.21) y el resultado anormal de la prueba de tolerancia a la glucosa (790.22).

Las recomendaciones del Comité de expertos en el diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus incluye un nuevo estadio de resultado anormal de la homeostasis de la glucosa denominado resultado anormal de glucosa en ayunas (IFG). Es definido como un nivel de glucosa en ayunas desde ≥ 110 mg/dl hasta ≤ 126 mg/dl. Se considera diferente al resultado anormal a la prueba de tolerancia a la glucosa o afectación de la tolerancia a la glucosa (IGT). Esta es definida como la glucosa obtenida durante la prueba de tolerancia a la glucosa entre ≥ 140 mg/dl y ≤ 200 mg/dl.

Esta información es proporcionada sólo con el propósito de ayudar a los codificadores a entenderlo y dar a los mismos “pistas” para identificar posibles lagunas en la documentación clínica donde pueda ser necesario hacer preguntas adicionales al médico. Los codificadores nunca deben asignar códigos basados únicamente en valores de laboratorio (evidentemente los americanos no tienen médicos codificando como en nuestro país^{NT}).

790 Hallazgos no específicos en análisis de sangre

Revisar 790.2 Resultado anormal de glucosa (se ha corregido una errata^{NT})

Añadir

Excluye:	diabetes mellitus (250.00-250.93)
----------	-----------------------------------

Añadir síndrome X dismetabólico (277.7)
Añadir diabetes gestacional (648.8)
Añadir hipoglucemia (251.2)

Nuevo código **790.21 Resultado anormal de glucosa en ayunas**
Glucosa elevada en ayunas

Nuevo código **790.22 Resultado anormal de la prueba de tolerancia a la glucosa (oral)**
Prueba de tolerancia a la glucosa elevada

Nuevo código	790.29 Otro resultado anormal de glucosa Glucosa anormal NEOM Glucosa anormal en no ayunas Pre-diabetes NEOM
---------------------	--

Disminución de la libido

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, se ha creado un nuevo código de síntoma para informar de la disminución de la libido (799.81). La disminución de la libido se refiere a la disminución del deseo sexual. Hay varios factores que pueden causar este síntoma, incluyendo depresión, estrés, fatiga, problemas orgánicos o medicamentos. La disminución de la libido es diferente de la impotencia o la disfunción sexual.

799.8 Otras afecciones definidas

Nuevo código	799.81 Disminución de la libido
---------------------	--

Excluye:	función psicosexual con deseo sexual inhibido (302.71)
----------	--

Nuevo código	799.89 Otras afecciones definidas
---------------------	--

Pregunta:

Un hombre de 53 años en tratamiento por depresión ha sido visto por el psiquiatra para manejo de su depresión. El paciente también se queja que desde que comenzó con el nuevo tratamiento antidepressivo ha experimentado disminución del deseo sexual. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código 311, Trastorno depresivo, no clasificado bajo otro concepto, como diagnóstico principal. El código 799.81, Disminución de la libido, debe ser asignado como diagnóstico secundario para la queja del deseo sexual disminuido, y el E939.0, Efectos adversos de antidepressivos en uso terapéutico.

Concusión

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, se han realizado cambios en los códigos de concusión para indicar pérdida de conciencia por períodos de hasta 30 minutos o menos. Antes de este cambio, el período de tiempo más corto para la pérdida de conciencia para este código era menor de una hora. El cambio de código se ha efectuado de tal manera que los períodos de tiempo informados son coherentes con la definición de vigilancia recomendada para la lesión cerebral traumática ligera desarrollada por el centro Nacional para Prevención y Control de lesiones y un grupo de expertos que definieron la vigilancia de la misma. La pérdida de conciencia de hasta 30 minutos o menos es un criterio de esta definición.

850 Concusión

850.1 Con breve pérdida de conocimiento

Nuevo código **850.11 Con pérdida de conciencia de 30 minutos o menos**

Nuevo código **850.12 Con pérdida de conciencia de 31 a 59 minutos**

Lesión por aplastamiento

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, se han realizado cambios en las “notas de exclusión” de las lesiones por aplastamiento (925-929) para aclarar la información de dichas lesiones asociadas a otras lesiones como fracturas o lesiones internas. Antes de este cambio, la nota de exclusión impedía poner dichas lesiones cuando se codificaba una lesión por aplastamiento. Las notas de exclusión han sido sustituidas por “use un código adicional” para aclarar que cualquier lesión asociada debe ser codificada separadamente. La lesión por aplastamiento debe ser diagnóstico principal.

Lesión por aplastamiento (925-929)

Borrar

Excluye:	concusión (850.0-850.9) fracturas (800-829) órganos internos (860.0-869.1) aquel incidental a: lesión interna (860.0-869.1) lesión intracraneal (850.0-854.1)
---------------------	--

Añadir Use código adicional para identificar cualquier lesión asociada, tal como:
fracturas (800-829)
lesiones internas (860.0-869.1)
lesión intracraneal (850.0-854.1)

926 Lesión por aplastamiento del tronco

Borrar

Excluye:	lesión por aplastamiento de órganos internos (860.0-869.1)
---------------------	---

926.1 Otros lugares especificados

926.19 Otros

Borrar

Excluye:	lesión por aplastamiento de tórax (860.0-862.9)
---------------------	--

929 Lesión por aplastamiento de lugares múltiples o inespecífico

Borrar

Excluye:	lesión interna múltiple NEOM (869.0-869.1)
---------------------	---

Pregunta:

Un hombre de 26 años, trabajando en una prensa en una fábrica, lesionó accidentalmente su mano quedando los dedos de la mano derecha atrapados en la máquina. Fue llevado al hospital y tratado por lesión de aplastamiento en los dedos y fractura abierta de las falanges distales de dedos índice y medio. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código 927.3, Lesión por aplastamiento, dedo(s), como diagnóstico principal. Asigne el código 816.12, Fractura de una o más falanges , falanges distales, abierta, como diagnóstico secundario para la fractura de los dedos. Adicionalmente, asigne el código E919.3, Accidente causado por maquinaria, máquinas de trabajo metalúrgico, y el código E849.3, Lugar de acontecimiento, industrias y locales, para la causa externa y el lugar de la lesión.

Lesión del tronco

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, el código 959.1, Lesión, otra e inespecífica, Tronco, ha sido extendida para identificar por separado las diferentes partes del tronco que han sido agrupadas bajo el mismo código. Particularmente, se entendió que las lesiones del pene, que estaban agrupadas en el 959.1, requerían un código único para identificar mejor estas lesiones.

959 Lesiones, otra y no especificada

	959.1 Tronco
Borrar	Pared abdominal
	Espalda
	Mama
	Nalga
	Pared torácica
	Organos genitales externos
	Flanco
	Ingle
	Región interescapular
	Perineo
Nuevo código	959.11 Otra lesión de pared torácica
Nuevo código	959.12 Otra lesión de abdomen
Nuevo código	959.13 Fractura del cuerpo cavernoso del pene
Nuevo código	959.14 Otra lesión de genitales externos
Nuevo código	959.19 Otra lesión de otros lugares del tronco Lesión del tronco NEOM

Codificando la Septicemia, SIRS, Sepsis, Sepsis grave y Choque séptico

Desde la creación de la serie de códigos para el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), efectivo desde el 1 de octubre de 2002 (sólo en USA ^{NT}), y la inclusión del término *sepsis* bajo el código 995.91, Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica debido a procesos infecciosos sin disfunción orgánica, efectivo con la actualización del 1 de octubre de 2003 (sólo en USA ^{NT}), ha habido muchas preguntas sobre la codificación adecuada de las infecciones. La información de este artículo se refiere a la codificación de la sepsis en adultos y pacientes no embarazadas. Existen códigos diferentes para la sepsis que complican el embarazo y la sepsis en recién nacidos.

Aun cuando los términos *septicemia* y *sepsis* estén siendo usados a menudo de manera indiferente por los médicos, no deben ser considerados como sinónimos. La ICD-9-CM está intentando reflejar la terminología médica actual de tal manera que la codificación pueda ser tan precisa como sea posible y las estadísticas de cuidados de salud puedan reflejar fielmente las afecciones tratadas en los hospitales y consultas médicas.

La bacteriemia es definida como la presencia de bacterias en sangre. La septicemia ha sido definida como una enfermedad sistémica asociada con la presencia de microorganismos patológicos o toxinas en sangre, que pueden incluir bacterias, virus, hongos u otros organismos. El síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) es una respuesta sistémica a una infección o traumatismo, cuyos síntomas incluyen fiebre, taquicardia, taquipnea y leucocitosis. La sepsis es definida como SIRS debida a infección. Esta definición de sepsis sustituye a todo lo publicado previamente en *Coding Clinic* donde la sepsis era equivalente a septicemia.

Los títulos de los códigos en la ICD-9-CM usan el término *Septicemia*. Esto está guarda relación con la versión internacional de la ICD-9, en la cual la ICD-9-CM está basada. Por ello para no confundir las estadísticas existentes, el término *septicemia* se seguirá usando en la ICD-9-CM. Por este motivo, el término de inclusión *sepsis* fue añadido bajo el código 995.91. Usando conjuntamente el código de infección o traumatismo junto con el código de la subcategoría 995.9, el registro reflejará más fielmente la gravedad de la enfermedad. La anotación de codificar primero en la subcategoría 995.9 proporciona instrucciones de que la causa subyacente del SIRS (infección o traumatismo) debe ser codificada primero. En ausencia de una afección subyacente específica, el código principal por defecto debe ser el 038.9. Si sólo se documenta la sepsis, los códigos 038.9 y 995.91 deben ser asignados en este orden.

En muchos casos, será un código de la categoría 038, Septicemia, el que se usará junto al código de la subcategoría 995.9. Por ejemplo, si la documentación de la historia constata sepsis estreptocócica, deben usarse los códigos 038.0 y 995.91, en este orden. Si la documentación constata septicemia estreptocócica, sólo debe asignarse el código 038.0. Sin embargo, debe preguntarse al médico si el paciente con sepsis tiene una infección con SIRS. Esto necesita estar apropiadamente documentado para ser correctamente codificado. Tanto el término *sepsis* como el *SIRS* deben estar documentados para asignar un código de la subcategoría 995.9.

Si los términos *sepsis*, *sepsis grave* o *SIRS* son usados con una infección subyacente diferentes a la septicemia, tales como neumonía, celulitis o infección del tracto urinario inespecífica, el código 038.9 debe ser asignado primero, luego el código 995.91 y a continuación el código de la infección inicial. Esto es porque el uso de los términos *sepsis* o *SIRS* indican que la infección ha avanzado a tal punto de infección sistémica que ésta debe ser codificada en antes que la infección localizada. La nota de instrucción bajo la subcategoría 995.9, indica asignar la afección subyacente primero. Nota: el término *urosepsis* no es un término específico. Si es el único término documentado, entonces sólo debe asignarse el código 599.0 basado en la omisión de este término en el índice de la ICD-9-CM, junto con el código del organismo causante si es conocido.

La sepsis grave es definida como una sepsis con disfunción de órganos asociada. Para pacientes con sepsis grave, debe colocarse primero el código de la infección sistémica (038.X) o el traumatismo, seguido por cualquiera de los códigos 995.92, Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica por proceso infeccioso con disfunción orgánica, o 995.94, Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica por proceso no infeccioso con disfunción orgánica. También deben ser asignados los códigos de la disfunción orgánica específica.

El choque séptico es una sepsis con hipotensión, un fallo en el sistema cardiovascular. Por tanto, el choque séptico confluye con la definición de sepsis grave. Si el choque séptico está documentado, es necesario codificar primero la infección sistémica o el traumatismo iniciales, luego cualquiera de los códigos 995.92 ó 995.94 y finalmente el código 785.52, Choque séptico. Esta información sustituye a la previamente publicada en Coding Clinic, primer trimestre de 1988, páginas 1-3, y segundo trimestre de 2000, páginas 3-4.

Los términos choque endotóxico y choque gramnegativo son sinónimos de choque séptico. Estos términos están todavía listados como términos de inclusión bajo el código 785.59, Otro choque sin mención de traumatismo. Si los términos choque endotóxico o choque gramnegativo están documentados en la historia, el código del choque séptico debe ser asignado. Este error en el tabular deberá ser corregido en el apéndice del 1 de octubre de 2004.

La guía oficial de codificación ha sido corregida para reflejar estos cambios. Por favor, remítase a los Cambios de la Guía Oficial para Codificación y Notificación más adelante en este ejemplar (página 91 de la versión traducida ^{NT}).

Bomba de insulina

Efectivos desde el 1 de octubre de 2003, se han creado varios códigos para notificar los contactos para cuidados relacionados con bombas de insulina. Los códigos nuevos pertenecen a estados, entrenamiento, inserción y ajuste de bomba de insulina y están descritos con mayor detalle en el artículo sobre códigos V en otro lugar de este ejemplar (página 79 de la versión traducida ^{NT}). Adicionalmente, se ha creado un código nuevo para identificar el contacto para complicaciones debidas a bomba de insulina (996.57).

Una bomba de insulina es un dispositivo pequeño computerizado sujeto al cuerpo que libera insulina mediante un catéter. La bomba proporciona un goteo continuo de insulina a lo largo del día. La bomba puede también permitir al paciente autoadministrarse un bolo pulsando un

botón. El paciente puede determinar la cantidad del bolo estimando el aporte de carbohidratos que comerá.

Los problemas potenciales asociados a terapia con bomba de insulina son el riesgo de hiperglucemia extrema súbita y cetoacidosis diabética causada por malfuncionamiento de la bomba o un error personal. Estos problemas pueden darse lugar si la liberación de insulina es interrumpida por descarga de batería por lo que la alarma deja de funcionar, o la línea de infusión gotea o se cae durante la noche y no es fijada apropiadamente.

996 Complicaciones características de ciertos procedimientos específicos

996.5 Complicaciones mecánicas de otros dispositivos protésicos, implantes e injertos

Nuevo código **996.57 Debido a bomba de insulina**

Pregunta:

Un paciente diabético tipo I es visto en el servicio de urgencias por cetoacidosis diabética. Aparentemente su bomba de insulina ha tenido un malfuncionamiento y ha parado la liberación de insulina durante la noche y el paciente no se dio cuenta. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código 996.57, Complicación mecánica de otro dispositivo protésico, implante e injerto, debido a bomba de insulina, con diagnóstico principal. Asigne el código 250.11, Diabetes mellitus con cetoacidosis, tipo I [tipo insulino dependiente] [DMID] [tipo juvenil], no descontrolada, como diagnóstico secundario.

Código E de constricción externa

Efectivo desde el 1 de octubre de 2002, se ha creado un nuevo código E para notificar la constricción externa causada por pelo (E928.4) y constricción externa causada por otro objeto (E928.5).

El *Coding Clinic* de 1 de octubre de 2003, página 13 (página 9 de la versión traducida^{NT}) describe un caso de estrangulación por pelo de un dedo. En el momento de la publicación no había código E disponible para describir la causa de la lesión asociada con estrangulación por pelo. El código E928.4, debe ser usado como código adicional para proporcionar más información acerca de la causa externa de la lesión.

E928 Otras causas ambientales y accidentales y no especificadas

Nuevo código **E885.0 Constricción externa causada por pelo**

Nuevo código **E885.0 Constricción externa causada por otro objeto**

Artículo de actualización de Códigos V 1 de octubre de 2003 (año fiscal 2004)

El cambio más importante para este artículo anual es que las normas sobre uso de códigos V, publicadas por primera vez en *Coding Clinic for ICD-9-CM*, el cuarto trimestre de 1996, y modificadas anualmente desde entonces, son ahora parte de la guía oficial de codificación. Este artículo se continuará siendo publicando cada cuarto trimestre en *Coding Clinic for ICD-9-CM* instruir a los codificadores en los nuevos códigos V que será afectivos cada 1 de octubre. Adicionalmente, cualquier cambio pertinente en los códigos V será incluido en la guía oficial de codificación.

La tabla de códigos V está incluida al final de este artículo. Todos los códigos V nuevos para este año son ampliaciones de los códigos existentes. Una subcategoría, V58.6, Uso prolongado (actual) de medicamento, ha sido movido de la columna Principal o Secundario a la columna Sólo Secundario. El código nuevo V43.22, Estado de corazón artificial totalmente implantable, ha sido añadido a la columna Principal o Secundario. Esto es una excepción. Los otros códigos de la categoría V43 están en la columna Sólo Secundario. La tabla ha sido añadida a la versión oficial gubernamental de la ICD-9-CM en CD-ROM como componente de la guía oficial de codificación.

Inoculaciones y vacunas

Un código existente, V04.8, Gripe, ha sido retitulado para permitir una ampliación adicional dentro de la categoría V04. Los códigos con cuarto dígito 8 es normalmente un código “no especificado” en la clasificación para proporcionar un código en las afecciones para las que no hay código específico. No hay un código “otro especificado” en la categoría V04. El V04.8 ha sido retitulado como Otras enfermedades virales. Se han creado nuevos códigos en la nueva subcategoría V04.8 para contacto para vacunación frente a gripe y virus sincitial respiratorio (RSV), así como un código para contacto para vacunación frente a otras enfermedades virales. Como con todos los códigos dentro de la categoría V04, los nuevos códigos pueden ser diagnóstico principal o secundario dependiendo de las circunstancias del contacto.

V04 Necesidad de vacunación profiláctica e inoculación frente a ciertas enfermedades virales

Revisar V04.8 ~~Gripe~~ Otras enfermedades virales

Nuevo código V04.81 Gripe

Nuevo código V04.82 Virus sincitial respiratorio (RSV)

Nuevo código V04.89 Otras enfermedades virales

	V06 Necesidad de vacunación profiláctica e inoculación frente a combinación de enfermedades
Revisar	V06.1 Difteria-tétanos-tos ferina, combinada [DTP] [DtaP]
Revisar	V06.5 Tétanos-difteria [Td] [DT]

Historia personal (de)

Un código nuevo para historia personal de oxigenación extracorpórea con membrana ha sido añadido a los códigos V de la subcategoría V15.8, Otra historia personal especificada que presenta peligro para la salud. Este procedimiento, realizado en recién nacidos gravemente enfermos puede causar consecuencias para la salud a largo plazo. Como con los otros códigos de la categoría V15, este código nuevo puede ser usado solo como diagnóstico secundario.

V15 Otra historia personal que presenta peligro para la salud

V15.8 Otra historia personal que presenta peligro para la salud

Nuevo código **V15.87 Historia de oxigenación extracorpórea con membrana**

Asesoramiento

Se han creado nuevos códigos para asesoramiento en la contracepción de emergencia, visita pediátrica prenatal y entrenamiento con bomba de insulina. Se ha creado un nuevo código de la categoría V25.0, Consejo general y aviso para administración de anticonceptivos, para describir los contactos para consejo y prescripción de contracepción de emergencia. Un código nuevo ha sido igualmente creado para las visitas de madres embarazadas que van al pediatra antes del nacimiento de su hijo. Finalmente, un nuevo código para el entrenamiento con bomba de insulina se ha creado para acompañar los otros códigos de bomba de insulina que están incluidos en el anexo del 1 de octubre de 2003. La colocación de una bomba de insulina en pacientes diabéticos necesita varias visitas para ajustar el nivel de insulina y entrenar al paciente en el propio uso de la bomba. Este nuevo código V es para el componente de entrenamiento en el proceso de la bomba de insulina.

La categoría V65 se ha retitulado para permitir la inclusión de nuevos códigos de asesoramiento. Todos los códigos nuevos de asesoramiento pueden ser diagnósticos principales o secundarios.

V25 Contacto para administración de contraceptivos

V25.0 Asesoramiento general y consejo

Nuevo código **V25.03 Contacto para asesoramiento y prescripción de contraceptivo de emergencia**
 Encuentro para asesoramiento y prescripción de contraceptivo postcoital

Revisar V65 Otras personas que buscan consulta ~~sin enfermedad o síntomas~~

V65.1 Personas que consultan de parte de otra persona

Nuevo código V65.11 Visita pediátrica prenatal de madre embarazada

Nuevo código V65.19 Otra persona que consulta de parte de otra persona

V65.4 Otro asesoramiento, no clasificado en otra parte

Revisar

Excluye:

 de parte de una tercera persona (V65.11-V65.19)

Nuevo código V65.46 Encuentro para entrenamiento con bomba de insulina

Estado (de)

Se han creado nuevos códigos de estado para el corazón artificial implantable y la bomba de insulina y añadido códigos de uso de medicación durante largo tiempo (actual). El código V43.2 se ha ampliado para proporcionar códigos independientes para los dispositivos de asistencia cardiaca y el corazón artificial totalmente implantable. La categoría V45, Otros estados postquirúrgicos, ha sido retitulada para permitir la inclusión de códigos de estado que no son estrictamente quirúrgicos, tales como la bomba de insulina. Se han añadido los antiplaquetarios/antitrombóticos, antiinflamatorios no esteroideos y esteroides al V58.6, Uso de medicación de larga duración (actual).

La subcategoría V58.6 ha sido movida en la tabla de códigos V a Sólo Secundario. Los códigos del V58.6 deben usarse como secundarios con el código V58.83, Contacto para monitorización de medicamento, si el contacto es para medir niveles de medicación. Los códigos bajo la subcategoría V58.6, Uso de medicación durante largo tiempo (actual), son códigos de estado. Estos constatan únicamente que un paciente está siendo medicado en un período extenso de tiempo. Estos códigos no tiene la intención de indicar que el encuentro del paciente es para monitorizar un medicamento. El código V58.83 es el código correcto para usar en la monitorización. Ambos códigos V58.83 y V58.6 desde ser usados para describir un encuentro para monitorización de medicamento y el uso de medicación durante largo tiempo. El código V58.83 se usará solo si la monitorización es para un medicamento que se administra en un breve período de tiempo, no prolongado. En el V58.83, Contacto para monitorización de medicamento, hay una nota de uso de código adicional para indicar que debe usarse un código secundario si se necesita cualquier medicación durante largo tiempo asociada.

V43 Organos o tejido sustituido por trasplante

Añadir

Incluye:

Organos o tejido asistido por otros medios

V43.2 Corazón

Nuevo código V43.21 Dispositivo de asistencia cardiaca

Nuevo código V43.22 Corazón artificial totalmente implantable

Revisar	V45 Otro estado postquirúrgico <u>postprocedimiento</u>
Revisar	V45.8 Otro estado postquirúrgico <u>postprocedimiento</u>
Nuevo código	V45.85 Estado de bomba de insulina
	V58 Encuentro para otros procedimientos y cuidados posteriores no especificados
	V58.6 Uso de medicación durante largo tiempo (actual)
Nuevo código	V58.63 Uso de antiplaquetarios/antitrombóticos durante largo tiempo (actual)
Nuevo código	V58.64 Uso de antiinflamatorios no esteroideos (NSAID) durante largo tiempo (actual)
Nuevo código	V58.65 Uso de esteroides durante largo tiempo (actual)

Cuidados posteriores

Se han hecho muchas preguntas sobre el uso de códigos V de cuidado posterior frente a códigos de diagnóstico de fracturas en la fase de curación. Las normas de codificación indican que un código de cuidado posterior sea usado para todos los encuentros posteriores tras el inicial de cuidado de fractura. Para propósitos estadísticos, una fractura debería ser codificada una sola vez. Si la misma fractura es codificada en todos los contactos se hace dificultoso hacer estadísticas de las mismas. La ampliación el año pasado de la categoría V54.1, Cuidado posterior para la curación de fractura traumática, fue para proporcionar más información en los códigos de cuidados posteriores, eliminando la necesidad de codificar el código de fractura. El código V54.1 identifica el lugar de la fractura y que ésta está en fase de curación.

El código V54.0, Cuidado posterior que implica retirada de placa de fractura u otro dispositivo de fijación interna, ha sido retitulado y ampliado. Adicionalmente al código específico de la retirada del dispositivo de fijación interna, se ha creado un código para alargamiento/ajuste de barra de crecimiento. Pueden ser principales o secundarios.

V54 Otros cuidados ortopédicos posteriores

Revisar	V54.0 Cuidado posterior que implica retirada de placa de fractura u otro dispositivo de fijación interna
Nuevo código	V54.01 Contacto para retirada de dispositivo de fijación interna
Nuevo código	V54.02 Contacto para alargamiento/ajuste de barra de crecimiento
Nuevo código	V54.09 Otro cuidado posterior sobre dispositivo de fijación interna

Miscelánea

Uno de los códigos de miscelánea, V64.4, Procedimiento laparoscópico convertido en abierto, ha sido retitulado y ampliado. En el título original sólo se permitían los procedimientos laparoscópicos. No existían códigos para identificar otros procedimientos usando endoscopia que eran convertidos en procedimientos abiertos. Con la ampliación del V64.4, todas las formas de endoscopia que se convierten pueden ser ahora codificadas. Los códigos bajo la subcategoría V64.4 sólo pueden ser usados como diagnósticos secundarios.

Revisar	V64.4 Procedimiento quirúrgico laparoscópico <u>cerrado</u> convertido en abierto
Nuevo código	V64.41 Procedimiento quirúrgico laparoscópico convertido en abierto
Nuevo código	V64.42 Procedimiento quirúrgico toracoscópico convertido en abierto
Nuevo código	V64.43 Procedimiento quirúrgico artroscópico convertido en abierto

Tabla de códigos V

Vigentes desde el 1 de octubre de 2003 (sólo en USA. ^{NT}).

Todos los códigos V nuevos de este año son ampliaciones de códigos existentes. El código V43.22, Estado de corazón artificial totalmente implantable, ha sido añadido a la lista de Principal o Secundario como una excepción de otros códigos de la categoría V43. La subcategoría V58.6, uso de medicación durante largo tiempo (actual), ha sido movida desde Principal o Secundario a Solo Secundario.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

Códigos V / categorías / subcategorías, que sólo son aceptables como diagnóstico principal.

Códigos

V22.0 Supervisión de primigrávida normal

V22.1 Supervisión de otro embarazo normal

V58.0 Radioterapia

V58.1 Quimioterapia

V58.0 y V58.1 pueden ser usados juntos en un episodio en el cual pueden ser indistintamente diagnóstico principal, cuando un paciente recibe a la vez quimioterapia y radioterapia durante el mismo.

Categorías / Subcategorías

V20 Supervisión sanitaria de bebé o niño

V24 Cuidados y examen postparto

V29 Observación y evaluación de recién nacidos para afecciones sospechadas no encontradas

Excepción: un código V30-V39 debe ser puesto antes del V29 si es la historia del recién nacido

V30-V39 Niños nacidos vivos de acuerdo al tipo de nacimiento

V59 Donantes

V66 Convalecencia y cuidados paliativos

Excepción: V66.7 Cuidados paliativos

V68 Contacto por motivos administrativos

V70 Reconocimiento médico general

Excepción: V70.7 Reconocimiento de participante en ensayo clínico

V71 Observación y evaluación para afecciones sospechadas no encontradas

V72 Investigaciones y reconocimientos especiales

Excepción: V72.5 Exámenes radiológicos no clasificados en otros conceptos
V72.6 Pruebas de laboratorio

DIAGNOSTICO PRINCIPAL 6 SECUNDARIO

Códigos V / categorías / subcategorías, que pueden ser tanto diagnóstico principal como secundario.

Códigos

V43.22 Estado de corazón artificial totalmente implantable

V49.81 Estado postmenopáusico asintomático (relacionado con la edad) (natural)

V70.7 Reconocimiento de participante en ensayo clínico

Categorías / Subcategorías

V01 Contacto o exposición a enfermedades transmisibles

V02 Portador o sospecha de portador de enfermedades infecciosas

V03-V06 Necesidad de vacunación e inoculación profiláctica

V07 Necesidad de aislamiento y otras medidas profilácticas

V08 Estado de infección asintomática por HIV

V10 Historia personal de neoplasia maligna

V12 Historia personal de ciertas enfermedades

V13 Historia personal de otras enfermedades

Excepción: V13.4 Historia personal de artritis

V13.69 Historia personal de otra malformación congénita

V16-V19 Historia familiar de enfermedad

V23 Supervisión de embarazo de alto riesgo

Excepción: V23.2 Embarazo con historia de aborto

V25 Contacto para asistencia anticonceptiva

V26 Asistencia procreativa

Excepción: V26.5 Estado de esterilización

V28 Cribaje prenatal

V45.7 Ausencia adquirida de órgano

V50 Cirugía electiva para otros fines que remediar problemas de salud

V52 Colocación y ajuste de dispositivo protésico e implante

V53 Colocación y ajuste de otro dispositivo

V54 Otros cuidados ortopédicos posteriores

V55 Cuidados de aperturas artificiales

V56 Contacto para diálisis y cuidado de catéter de diálisis

V57 Cuidados que implican el uso de procedimientos de rehabilitación

V58.3 Cuidado de vendajes y suturas quirúrgicas

V58.4 Otros cuidados posquirúrgicos

~~V58.6 Uso de medicación por largo tiempo~~

V58.7 Cuidados posteriores tras cirugía de sistemas corporales especificados

V58.8 Otros procedimientos y cuidados posteriores especificados

V61 Otras circunstancias familiares

V63 No disponibilidad de otras instalaciones médicas para cuidados

V65 Otras personas que solicitan consulta sin molestias o enfermedad

V67 Examen de seguimiento

V69 Problemas relacionados con el estilo de vida

V73-V82 Reconocimientos de cribaje especiales

V83 Estado de portador genético

DIAGNOSTICO SECUNDARIO SOLAMENTE

Códigos V / categorías / subcategorías, que sólo pueden ser usados diagnóstico secundario.

Códigos

- V13.61 Historia personal de hipospadia
- V22.2 Estado de embarazo, incidental
- V49.82 Estado de sellado dental
- V66.7 Cuidados paliativos

Categorías / Subcategorías

- V09 Infección por microorganismos resistentes a medicamentos
- V14 Historia personal de alergia a agentes medicinales
- V15 Otra historia personal que representa peligro para la salud
Excepción: V15.7 Historia personal de contracepción
- V21 Estados constitucionales del desarrollo
- V26.5 Estado de esterilización
- V27 Producto del parto
- V42 Organo o tejido sustituido por trasplante
- V43 Organo o tejido sustituido por otro medio
- V44 Estado de apertura artificial
- V45 Otro estado posquirúrgico
Excepción: V43.22: Estado de corazón artificial totalmente implantable
- V46 Otra dependencia de máquina
- V49.6x Estado de amputación de miembro superior
- V49.7x Estado de amputación de miembro inferior
- V58.6 Uso de medicación durante largo tiempo (actual)
- V60 Circunstancias de vivienda, domésticas y económicas
- V62 Otras circunstancias psicosociales
- V64 Personas que contactan con servicios de salud para procedimiento no llevado a cabo

Códigos y categorías no específicas

- V11 Historia personal de trastorno mental
- V13.4 Historia personal de artritis
- V13.69 Historia personal de malformación congénita
- V15.7 Historia personal de contracepción
- V40 Problemas mentales y de comportamiento
- V41 Problemas con sentidos y otras funciones especiales
- V47 Otros problemas con órganos internos
- V48 Problemas de la cabeza, cuello y tronco
- V49 Problemas de miembros y otros problemas
Excepción: V49.6 Estado de amputación de miembro superior
V49.7 Estado de amputación de miembro inferior
V49.81 Estado postmenopáusico (relacionado con la edad)(natural)
V49.82 Estado de sellado dental
- V51 Cuidados posteriores que implican el uso de cirugía plástica
- V58.2 Trasfusión de sangre, sin diagnóstico declarado
- V58.5 Ortodoncia
- V58.9 Cuidados posteriores no especificados
- V72.5 Reconocimiento radiológico, no clasificado bajo otro concepto
- V72.6 Pruebas de laboratorio

VOLÚMEN 3

CÓDIGOS PROCEDIMIENTOS NUEVOS/REVISADOS

Administración de alta dosis de Interleukina-2

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, se ha creado un nuevo código para la administración de alta dosis de interleukina-2 (IL-2). Antes de este cambio, el procedimiento estaba asignado al 99.28, inyección o infusión de modificadores de la respuesta biológica (BRM) con gente antineoplásico. El código 99.28 también incluye la administración de interleukina-2 en baja dosis, inmunoterapia antineoplásica y vacunación antitumoral. El uso y suministro de estos productos pueden ser muy diferente, por lo que el código 00.15 ha sido creado para informar la infusión y/o la inyección de baja dosis de interleukina-2. Fíjese que la administración de bajas dosis de IL-2 continúa informándose en el código 99.28.

La interleukina-2 es una citoquina humana recombinante, un poderoso mediador de diversas funciones celulares, principalmente dentro del sistema inmunitario. La terapéutica con altas dosis de IL-2 se hace en régimen de ingreso en hospital normalmente realizada en servicios especializados tales como unidades de cuidados intensivos o unidades de trasplante de médula ósea. El tratamiento requiere profesionales oncológicos altamente especializados ya que la gravedad de la toxicidad predecible requiere vigilancia intensiva.

La quimioterapia convencional es administrada normalmente en régimen ambulatorio, o en una serie de ingresos de corta estancia (por lo general 1-3 días). La terapia con IL-2 en altas dosis se suministra durante dos ingresos distintos. El primer ciclo de IL-2 se administra cada 8 horas durante 5 días. Después del primer ciclo, el paciente se da de alta para permanecer en casa varios días. El paciente se readmite para el segundo ciclo de tratamiento donde se repite el mismo régimen y dosis. Si el paciente responde al tratamiento, el régimen puede repetirse a las 8-10 semanas en un máximo de cinco ciclos.

La IL-2 en altas dosis es el único tratamiento aprobado por la FDA (Administración para Alimentos y Medicamentos ^{NT}) para tratar pacientes con carcinoma de células renales y melanoma avanzados.

Nuevo código

00.15 Administración de altas dosis de Interleukina-2

Infusión (bolo IV, CIV) de interleukina
Inyección de aldesleukina

Excluye:

Infusión de interleukina-2 en baja dosis

Procedimiento del laberinto

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, se han hecho cambios para distinguir entre procedimientos del laberinto realizados a tórax abierto (37.33) y con abordaje endovascular (37.34).

El procedimiento del laberinto es un tratamiento quirúrgico para tratar la fibrilación auricular creando bloqueos en las líneas de conducción en el mismo corazón. Estas líneas son similares a un laberinto, de ahí su nombre. El procedimiento del laberinto clásico es realizado con abordaje a tórax abierto, creando las líneas con un bisturí con un patrón de incisiones cuidadosamente situado en el tejido cardíaco. El tejido cicatricial se forma cuando las incisiones curan, lo cual crea un bloqueo de la conducción. Hay variaciones denominadas laberinto 1, 2 y 3 que representan distintos patrones de incisiones. Un cirujano llamado Cox desarrolló originariamente el procedimiento del laberinto, por lo que a veces se denomina procedimiento Cox o procedimiento del laberinto-Cox.

El procedimiento del laberinto clásico exige cirugía, es altamente invasivo y bastante prolongado. En los últimos años se han desarrollado alternativas al procedimiento del laberinto clásico para vencer estos inconvenientes. Generalmente referidos como “procedimientos del laberinto modificados”, los procedimientos alternativos incluyen ablación de tejido cardíaco para producir cicatrización para crear bloqueos de conducción, en lugar de incisiones como en el procedimiento del laberinto clásico. La ablación es todavía realizada normalmente con abordaje a tórax abierto., si bien se han desarrollado también abordajes toracoscópicos. Se han usados diversas fuentes de energía para la ablación que incluyen microondas, radiofrecuencia (unipolar o bipolar), láser y crioablación. Hay también varias clases de instrumentos para ablación que incluyen pinzas, sondas y catéteres.

También han sido desarrollados abordajes cerrados a través de catéteres cardíacos insertados periféricamente. La ablación endovascular ha sido muy efectiva en el tratamiento de las arritmias, incluida la fibrilación auricular y el flutter auricular, resultado de un origen anormal único (ej. foco ectópico) de la estimulación eléctrica del lado derecho del corazón.

Revisar título	37.33 Escisión o destrucción de otra lesión o tejido del corazón, <u>abordaje abierto</u>	
Añadir inclusiones	<u>Ablación de tejido cardíaco con abordaje torácico abierto</u> <u>(crioablación)</u> <u>(electrocoagulación)</u> <u>(láser) (microondas)</u> <u>(radiofrecuencia)</u> <u>(resección)</u> <u>Procedimiento del laberinto-Cox</u> <u>Procedimiento del laberinto</u> <u>Procedimiento del laberinto modificado con abordaje transtorácico</u>	
Revisar inclusión	<table border="1"><tr><td>Excluye:</td></tr></table> <u>ablación por catéter, escisión o destrucción de lesión de tejido cardíaco, abordaje endovascular (37.34)</u>	Excluye:
Excluye:		

Revisar título	37.34 Ablación por catéter <u>Escisión o destrucción de otra lesión o tejido del corazón, otro abordaje</u>
Añadir inclusiones	<u>Ablación de tejido cardíaco por catéter insertado periféricamente</u> (<u>crioablación</u>) (<u>electrocoagulación</u>) (<u>láser</u>) (<u>microondas</u>) (<u>radiofrecuencia</u>) (<u>resección</u>)
Borrar inclusión	Crioablación de lesión de tejido cardíaco Electrocoagulación de lesión de tejido cardíaco
Añadir inclusión	<u>Procedimiento del laberinto modificado con abordaje endovascular</u>
Borrar inclusión	Resección de lesión de tejido cardíaco

Pregunta:

Un paciente es sometido a procedimiento del laberinto para tratamiento de flutter auricular. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código 427.32, Flutter auricular, como diagnóstico principal. Si el procedimiento del laberinto fue realizado con abordaje por toracostomía abierta, asigne el código 37.33, Escisión o destrucción de otra lesión o tejido de corazón, abordaje abierto, para el procedimiento realizado. Si el procedimiento del laberinto fue realizado mediante un abordaje endovascular, asigne el código 37.34, Escisión o destrucción de otra lesión o tejido de corazón, otro abordaje, para el procedimiento operatorio.

Pregunta:

Un hombre de 32 años de edad es ingresado en el hospital en fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida. El paciente fue llevado para ablación/aislamiento de la vena pulmonar. ¿Es lo mismo la ablación de la vena pulmonar que el procedimiento del laberinto con abordaje endovascular? ¿Cuál es el código de procedimiento adecuado?

Respuesta:

Asigne el código 427.31, Fibrilación auricular, como diagnóstico principal. Asigne el código 37.34, Escisión o destrucción de otra lesión o tejido de corazón, otro abordaje, para la ablación de la vena pulmonar. El objetivo de este procedimiento es el mismo que el procedimiento del laberinto pero dentro de un área más pequeña. Las venas pulmonares fueron aisladas de tal manera que los tejidos cardíacos pueden ser extirpados. La ablación/aislamiento de la vena pulmonar incluye un tubo blando, fino y flexible con un electrodo en su punta insertado a través de una gran vena o arteria en la ingle y movida hasta el corazón. El catéter es dirigido a una localización precisa del corazón que está produciendo la fibrilación auricular. Esos puntos son cauterizados o aislados del corazón. Las líneas de ablación por radiofrecuencia alrededor de cada apertura de la vena pulmonar se califican como una “ablación circunferencial” o “empírica” y previene los pulsos desde esas venas a la entrada del corazón.

Procedimientos de trasplante cardiaco

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, se han creado nuevos códigos para distinguir entre distintos procedimientos de sustitución cardiaca como sigue:

- 37.51 Trasplante cardiaco (tal como trasplante de donante de corazón)
- 37.52 Implante de sistema de reemplazo total de corazón (tal como corazón artificial)
- 37.53 Sustitución o reparación de unidad torácica del sistema de reemplazo total de corazón
- 37.54 Sustitución o reparación de otro componente del sistema de reemplazo total de corazón

El trasplante cardiaco se refiere a la sustitución quirúrgica de un corazón sano de cadáver de donante en el cuerpo de un paciente cuyo corazón está gravemente enfermo, normalmente por fallo cardiaco congestivo grave, cardiomiopatía u otra lesión del corazón que no ha respondido a otro tratamiento médico o quirúrgico. El procedimiento está reservado a pacientes que padecen un estado terminal que de otra manera conduciría a la muerte.

En estados Unidos se realizan aproximadamente 2300 trasplantes cardiacos al año. La disponibilidad de órganos es un importante obstáculo para incrementar el número trasplantes con éxito. En cualquier momento alrededor de 3500 a 4000 pacientes están esperando para un trasplante de corazón o corazón-pulmón. No es infrecuente que los pacientes deban esperar meses para el trasplante. Se ha estimado que más del 25% de los pacientes que esperan el trasplante mueren antes de que esté disponible el órgano donante.

Un sistema de sustitución cardiaca total y totalmente implantable está actualmente en ensayo clínico. El dispositivo tiene la intención de sustituir el corazón dañado gravemente y puede servir potencialmente como alternativa al trasplante cardiaco. El sistema de sustitución cardiaca es un sistema protésico totalmente implantable. La unidad torácica consiste en dos ventrículos artificiales con válvulas y un sistema de bomba hidráulica mediante un motor. Un controlador implantado regula la potencia liberada al corazón protésico. Una batería interna recargable esta siendo continuamente recargada por una consola externa o por una batería externa que lleva el paciente mediante dispositivo de un traspaso de energía denominado TET. El sistema TET consiste en un conjunto de bobinas que transmiten la potencia a través de la piel.

Los procedimientos relacionados con la sustitución total de corazón son tres:

- **Implante del sistema de sustitución cardiaca (37.52)** – Este procedimiento es realizado mediante esternotomía. Se crean bolsillos para las bobinas del dispositivo de traspaso de energía transcutáneo (TET), la batería y el controlador. La batería y el controlador se implantan normalmente anterior a la fascia posterior del músculo recto abdominal, justo debajo de las costillas. El bolsillo del TET se implanta debajo de la capa grasa anterior a la fascia del músculo pectoral. Se pueden usar otros sitios alternativos dependiendo de la anatomía del paciente. El paciente es colocado en circulación extracorpórea. Se realiza así mismo una ventriculectomía en el procedimiento. La unidad torácica del sistema de sustitución cardiaca es suturada a la aurícula izquierda, a la arteria pulmonar, arteria aorta y ventrículo derecho.

- **Sustitución o reparación de la unidad torácica del sistema de sustitución cardiaca total (37.53)** – Este procedimiento requiere una esternotomía y circulación extracorpórea y es similar al procedimiento de implantación. La sustitución de la unidad torácica supone desconectar y reconectar la unidad torácica. Puede ser necesario recortar tejido crecido. Los injertos pueden ser reemplazados necesitando anastomosis.
- **Sustitución o reparación de otro componente del sistema de sustitución cardiaca total (37.54)** – Este procedimiento incluye la sustitución o reparación de los componentes del sistema de sustitución cardiaca total (distintos a la unidad torácica), tales como la batería implantable, el controlador implantable o el sistema de transferencia de energía transcutáneo (TET). Este procedimiento no requiere esternotomía o circulación extracorpórea. El procedimiento en cambio requiere disección del bolsillo de piel que contiene el componente y acceder al cable mediante tunelización. El componente implantable que vaya a ser reemplazado es puenteado en el sistema con un controlador externo. Los cables se desconectan y el componente que va a ser sustituido se quita y se repone. El procedimiento se realiza bajo anestesia general.

Nueva categoría 37.5 Procedimiento de sustitución cardiaca

Nuevo código 37.51 Trasplante cardiaco

Excluye: trasplante combinado corazón-pulmón (33.6)

Nuevo código 37.52 Implante del sistema de sustitución cardiaca

Corazón artificial
Implantación de sistema de sustitución cardiaca totalmente implantable, incluyendo ventriculotomía

Excluye: implantación de sistema de asistencia cardiaca (37.62, 37.65, 37.66)

Nuevo código 37.53 Sustitución o reparación de la unidad torácica del sistema de sustitución cardiaca total

Excluye: sustitución y reparación de sistema de asistencia cardiaca (37.63)

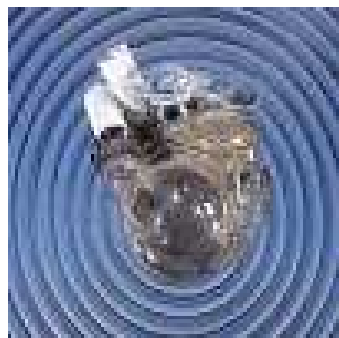
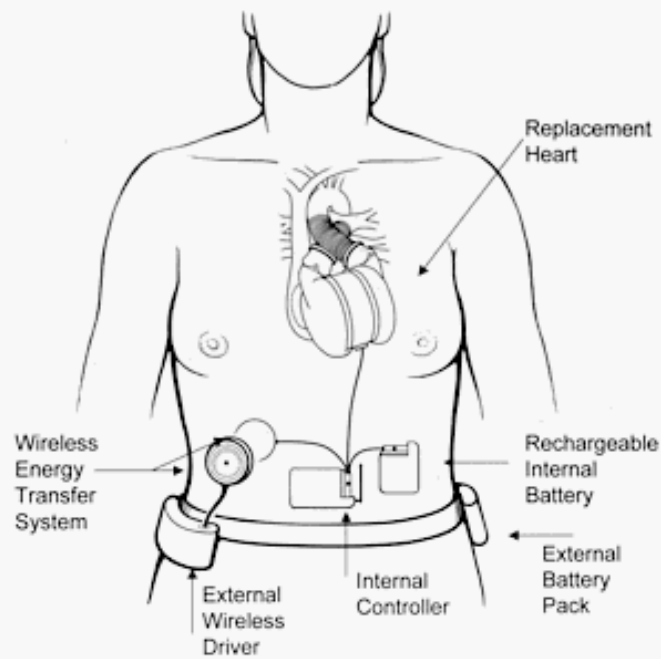
Nuevo código 37.54 Sustitución o reparación de otro componente del sistema de sustitución cardiaca total

Batería implantable
Controlador implantable
Sistema de transferencia de energía transcutáneo [TET]

Excluye: sustitución y reparación de sistema de asistencia cardiaca (37.63)

sustitución o reparación de unidad torácica del sistema de sustitución cardiaca (37.53)

AbioCor: Representative Anatomic Positions



Dispositivos cardíacos totalmente implantables ^{NT}

Histerectomía supracervical laparoscópica

Efectivo desde el 1 de octubre de 2003, el código se68.3, Histerectomía abdominal subtotal, ha sido ampliado para identificar por separado la histerectomía supracervical laparoscópica **(68.31)**. Este código nuevo incluye tanto la histerectomía intrafascial clásica SEMM como la histerectomía supracervical asistida laparoscópicamente (LSH). Adicionalmente, el código **68.39**, Otra histerectomía abdominal subtotal NEOM, incluye la histerectomía supracervical.

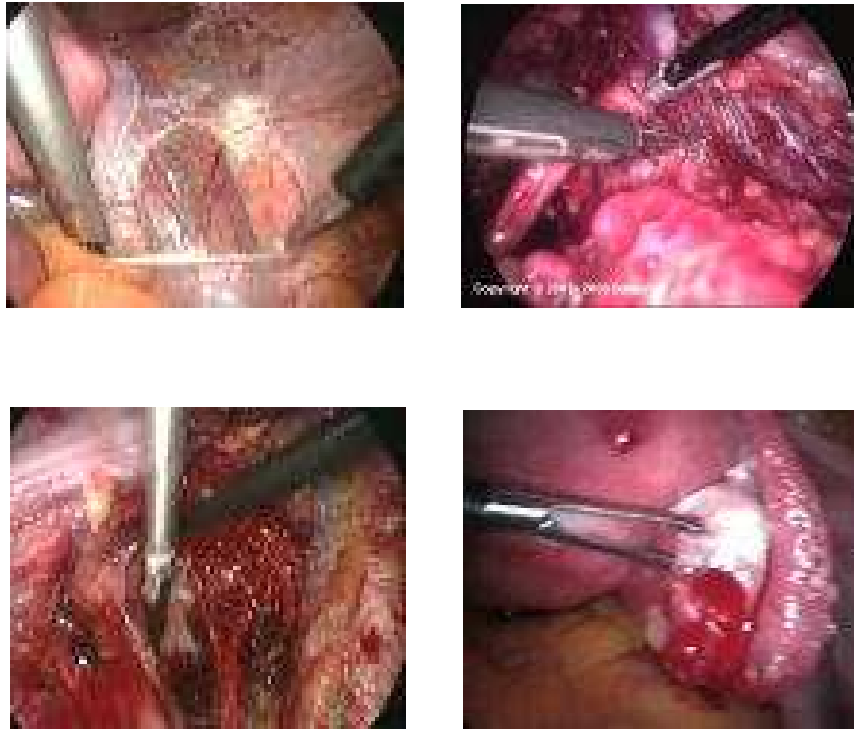
Histerectomía infrafascial clásica con SEMM (macromorcelador* de borde serrado) (CISH) Es una histerectomía totalmente laparoscópica. El procedimiento es realizado vía laparoscópica (pelviscopio). Se considera una alternativa a la histerectomía abdominal o vaginal tradicionales y a la histerectomía vaginal asistida laparoscópicamente (LVH). A diferencia de otras histerectomías el suelo pélvico permanece intacto. Los vasos y nervios están intactos. Sólo las ramas ascendientes de las arterias uterinas se ligan. Las estructuras de soporte no son cortadas y la vagina tampoco se incide. Está sólo indicada para trastornos pélvicos benignos. El útero amputado y los anejos (si es necesario) se trocean y retiran por vía vaginal usando un macromorcelador * de borde serrado (SEMM).



Macromorcelador usado en histerectomías ^{NT}

* Los términos morcelación, morcelador y macrocorcelador se refieren a un procedimiento consistente en el troceado de un tejido u órgano mediante un aparato que transforma los mismos en pequeños cilindros los cuales son extraídos mediante el laparoscopio.

Histerectomía supracervical laparoscópica (LSH) Es realizada en pacientes con mioma uterino (no submucoso) e hipertrofia uterina. Las pacientes son tratadas preoperatoriamente con Lupron Depot ® (acetato de leuprolide inyectable ^{NT}) de tres a seis meses para disminuir el tamaño del útero. Las indicaciones para este procedimiento son dolor pélvico, endometriosis, sangrado, adenomiosis y masas anexiales. El mismo se realiza mediante anestesia general. El cérvix se deja intacto y se respeta las estructuras de soporte de la pelvis. El fundus uterino con o sin anejos son morcelados y retirados del abdomen como se ha descrito arriba.



Imágenes endoscópicas de histerectomía ^{NT}

Pregunta:

¿Cuál es la asignación correcta de códigos para la histerectomía intrafascial clásica con SEMM (CISH)?

Respuesta:

Asigne el código 68.31, Histerectomía supracervical laparoscópica [LSH], para la histerectomía intrafascial clásica con SEMM (CISH).

Pregunta:

¿Cuál es la asignación correcta de códigos para la histerectomía supracervical laparoscópica (LSH)?

Respuesta:

Asigne el código 68.31, Histerectomía supracervical laparoscópica [LSH]

Fusión espinal multivertebral

Efectivos desde el 1 de octubre de 2003, se han creado códigos nuevos para proporcionar la notificación de la información referente al número de vértebras involucradas en el procedimiento de fusión o refusión. Antes de este cambio, los códigos existentes sólo identificaban si una fusión o refusión había sido realizada, el nivel vertebral donde el procedimiento se hacía (cervical, torácico, lumbar o sacro) y el abordaje (anterior, posterior o lateral transverso). Los nuevos códigos agrupan el número de vértebras fusionadas y refusionadas como sigue:

- Dos-tres vértebras 81.62
- Cuatro-ocho vértebras 81.63
- Nueve o más vértebras 81.64

La columna está hecha de vértebras apiladas una encima de otra con discos intervertebrales amortiguadores entre ellas. Una protuberancia o hernia discal puede presionar los nervios espinales existentes causando dolor. La fusión es un puente actual de hueso sólido que se crea quirúrgicamente que une juntos los huesos a fin de mantener la alineación y proporcionar estabilidad y fortaleza.

A fin de aplicar los códigos correctamente es importante comprender la terminología usada cuando se describen los niveles de fusión. La “fusión a un nivel” une o fusiona dos vértebras en cualquier lado del disco afectado. Por ejemplo, la fusión de L1-L2 es un nivel de fusión que afecta dos vértebras – la L1 y la L2. Del mismo modo, una “fusión a dos niveles” une o fusiona juntas tres vértebras con dos discos. Por ejemplo, una fusión de L1-L3 es una fusión a dos niveles que afecta tres vértebras – la L1, L2 y L3.

	81.0 Fusión vertebral
Añadir nota	<u>Codifique también el número total de vértebras fusionadas (81.62-81.64)</u>
	81.3 Refusión vertebral
Añadir nota	<u>Codifique también el número total de vértebras fusionadas (81.62-81.64)</u>
	81.6 Otros procedimientos de la columna
Añadir nota	<u>Nota: Número de vértebras</u> <u>La columna vertebral consiste en 25 vértebras en el siguiente orden y número:</u> <u>Cervical: C1 (atlas), C2 (axis), C3, C4, C5, C6, C7</u> <u>Torácica o Dorsal: T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9,</u> <u>T10, T11, T12</u> <u>Lumbar y Sacra : L1, L2, L3, L4, L5, S1</u>
	<u>Los codificadores deben notificar sólo un código de las series 881.62 o 81.63 o 81.64 para indicar el número total de vértebras fusionadas en el paciente.</u>
Añadir nota	<u>Codifique también el nivel y el abordaje de la fusión o refusión (81.00-81.08, 81.30-81.39)</u>

Añadir nota	81.61 Fusión vertebral de 360 grados, abordaje con incisión simple <u>Codifique también el número total de vértebras fusionadas (81.62-81.64)</u>
Nuevo código	81.62 Fusión o refusión de 2-3 vértebras
Nuevo código	81.63 Fusión o refusión de 4-8 vértebras
Nuevo código	81.64 Fusión o refusión de 9 ó más vértebras

Pregunta:

Un paciente con estenosis vertebral cervical grave es sometido a fusión de C3-C6. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código 723.0, Estenosis vertebral de la región cervical como diagnóstico principal, Adicionalmente, asigne los códigos 81.02, Otra fusión cervical, técnica anterior, y el código 81.63, Fusión o refusión de 4-8 vértebras para el procedimiento realizado. Se asignó el código 81.63 ya que se fusionaron cuatro vértebras (C3, C4, C5 y C6).

Codificación y Notificación en Hospitales con Cuidados de Larga Duración

El programa Medicare define Hospitales con Cuidados de Larga Duración (LTCH) como hospitales que tienen un acuerdo de servicios con Medicare y tienen una estancia media de más de 25 días. Para mayor información específica, estos hospitales están descritos en la sección 1886(d)(B)(iv)(I) de la Ley de la Seguridad Social. Medicare cubre los costes de los LTCH bajo las normas del sistema de pago prospectivo para hospitales con cuidados de larga duración (LTCH PPS) empezando en, o a partir del 1 de octubre de 2002.

Los LTCH suministran cuidados médicos y de rehabilitación a pacientes clínicamente complejos y que tienen múltiples afecciones agudas o crónicas. Generalmente los pacientes de los LTCH han sido trasladados desde hospitales de agudos y reciben una variedad de cuidados postagudos incluyendo rehabilitación completa, tratamiento del cáncer, tratamiento de traumatismos de cabeza y tratamiento del dolor.

La clasificación y terminología usada en el sistema LTCH PPS es compatible con las definiciones de diagnóstico principal y otros diagnósticos del Conjunto de Datos Uniforme para el Pago de Hospitales (UHDDS) (equivalente a nuestro CMBD^{NT}). La guía oficial para codificación y notificación es igualmente aplicable a la codificación de los LTCH. La sección I de la guía se aplica a todas las situaciones de cuidados de salud. La sección II (selección de diagnóstico principal) y la sección III (notificación de diagnósticos secundarios) han sido adaptadas para su aplicación a hospitales con cuidados de larga duración. Dependiendo de la documentación de la historia clínica, los LTCH pueden asignar códigos para afecciones agudas no resueltas, códigos de efectos tardíos o de rehabilitación.

La unión de una buena documentación médica y la correcta codificación ha sido resaltada en la Guía Oficial para Codificación y Notificación, *Coding Clinic for ICD-9-CM* y otras fuentes. Se necesita claridad y concisión en la documentación.

Por lo tanto es esencial que los hospitales trabajen junto con sus médicos para asegurar que la documentación defina claramente las afecciones que han sido tratadas, así como la naturaleza aguda o crónica de tales afecciones y el tratamiento proporcionado. Para mejorar la documentación de la historia clínica, los LTCH deben tener en cuenta que si el paciente es ingresado para continuación de tratamiento de un proceso agudo o crónico, es aplicable la sección (I)(B)(10) de la guía en lo referente a la selección del diagnóstico principal. Es más, desde que se implantó en concepto de diagnóstico principal en los LTCH, los hospitales deben enseñar a sus médicos acerca de la importancia de documentar claramente los motivos del ingreso en el mismo de la misma manera que los hospitales de agudos han entrenado a sus médicos con la llegada de los GRD. Sin esta colaboración, los codificadores de los LTCH pueden encontrar dificultoso, si no imposible, seleccionar el diagnóstico principal.

Ya que los pacientes en los LTCH tienden tener múltiples y complejos problemas médicos, los diagnósticos secundarios más importantes deben ser notificados tan seguidos del diagnóstico principal como sea posible (ej. secuenciado dentro de los ocho primeros diagnósticos). Desde que apareció la preocupación por los LTCH por una codificación correcta, se han desarrollado y aprobado por la Partes Cooperantes y junto con el Consejo editorial del *Coding Clinic*, los siguientes ejemplos para normalizar el proceso de recogida de datos en los LTCH y ayudar al codificador a codificar y notificar estos casos.

Por favor tenga en cuenta que estos ejemplos son de aplicación específicamente en hospitales con cuidados de larga duración (LTCH) y no deben ser confundidos con otras instalaciones de cuidados de larga duración tales como servicios especializados de enfermería o enfermería domiciliaria. Remítase al *Coding Clinic for ICD-9-CM*, cuarto trimestre de 1999, páginas 3-10, para guía y ejemplos de codificación de estos servicios de cuidados de larga duración.

Pregunta:

El paciente es un hombre de 42 años de edad que fue ingresado en un hospital de cuidado de larga estancia para continuar tratamiento de fallo respiratorio, desconectado de ventilación mecánica tras una hospitalización para tratamiento de sobredosis de droga, cuidado ortopédico posterior tras fractura de cadera y tratamiento de dolor crónico. Ha estado tetrapléjico en los anteriores 20 años tras accidente en vehículo de motor. El paciente tiene múltiples problemas incluido fallo respiratorio, dependencia a múltiples sustancias, trastorno mental no psicótico secundario a lesión traumática cerebral, estado de traqueostomía y de gastrostomía. ¿Cómo debe codificarse esta estancia en LTCH?

Respuesta:

Asigne el código 518.83, Fallo respiratorio crónico, como diagnóstico principal. Los códigos 909.0, Efecto tardío de envenenamiento por droga, medicamento y sustancia biológica, V54.13, Cuidado posterior para curación de fractura traumática de cadera, 304.90, Dependencia a droga inespecífica, para la dependencia a varias sustancias, 344.00, Tetráplejia, no especificada, 907.2, Efecto tardío de lesión de la médula espinal, 310.9, Trastorno mental no psicótico no especificado tras daño cerebral orgánico, 907.0, Efecto tardío de lesión intracraneal sin mención de fractura craneal, 780.99, Otro síntoma general, para el dolor crónico, 787.2, Disfagia, V44.0, Estado de apertura artificial, traqueostomía, V46.1, Otra dependencia de máquina, respirador y V44.1, estado de apertura artificial, gastrostomía, deben ser asignados como diagnósticos secundarios. Este consejo es coherente con lo, publicado en *Coding Clinic*, enero-febrero 1987, página 7.

Pregunta:

El paciente es una mujer de 27 años de edad que fue ingresada en un hospital de cuidado de larga estancia tras dos meses de cuidado en un hospital de agudos por estado de dehiscencia de herida abdominal tras cirugía de derivación gástrica fallida dos años antes. La herida abdominal se localiza en dos áreas y mide 8x4 pulgadas y 7x4 pulgadas respectivamente. El paciente es ingresado para cuidado y tratamiento de su dehiscencia de herida abdominal, soporte nutricional (terapia TPN) secundario a malabsorción postquirúrgica, infección postoperatoria de la herida abdominal con *Staphylococcus aureus* meticilina resistente, dolor intratable y mal estado general. ¿Cuáles son los códigos apropiados (cuidados posteriores o complicación postoperatoria)?

Respuesta:

Asigne el código 998.32, Disrupción de herida operatoria externa, como diagnóstico principal. Los códigos 998.59, Otra infección postoperatoria, 041.11, Infección bacteriana en afecciones clasificadas bajo otros conceptos y de sitio no especificado, *Staphylococcus aureus*, V09.0, Infección con microorganismo resistente a penicilina y 597.3, Otra malabsorción postquirúrgica y no especificada, deben ser asignados como diagnósticos secundarios. Asigne el código 99.15, Infusión parenteral de sustancias nutritivas concentradas, para la terapia TPN.

Ya que el paciente ha tenido complicaciones actuales (dehiscencia de herida postoperatoria e infección) relacionada con cirugía abdominal, los códigos de la categoría V58.7, Cuidado posterior tras cirugía de sistemas especificados no clasificados en otro lugar, no deben ser usados. Como se ha constatado previamente en el *Coding Clinic*, segundo trimestre de 2002, páginas 12-13 (página 8 de la versión traducida ^{NT}) “La clasificación no define un tiempo límite para el desarrollo de una complicación. Puede ocurrir durante el episodio de hospitalización en que se ha desarrollado la cirugía, poco tiempo después, o años más tarde”

Pregunta:

El paciente fue ingresado en un LTCH para continuar tratamiento de dolor crónico grave intratable secundario a polineuropatía periférica diabética. El paciente tiene un estado postquirúrgico de reparación de fractura femoral y tiene una historia de ictus en el pasado con hemiparesia izquierda residual de sitio no dominante. El dolor crónico del paciente por la polineuropatía periférica diabética dificulta su participación activa en la rehabilitación. ¿Cuál debe ser el diagnóstico principal?

Respuesta:

Asigne el código 250.60, Diabetes con manifestación neurológica, como diagnóstico principal. Los códigos 357.2, Polineuropatía diabética, 438.22, Hemiplejia que afecta sitio no dominante y V54.13, Cuidado posterior para curación de fractura traumática de cadera, deben ser asignados como diagnósticos secundarios. El síndrome de dolor crónico está codificado en la afección subyacente. En este caso, el dolor crónico era debido en gran medida a la polineuropatía periférica diabética.

Pregunta:

El paciente fue inicialmente ingresado para rehabilitación consistente en terapia ocupacional, terapia física y terapia del habla. La medicina física y el médico rehabilitador continuaron con el paciente en el LTCH. El paciente tenía una historia de ictus con afasia residual y hemiplejia dos años antes, enfermedad coronaria, fibrilación auricular, hipertensión y diabetes mellitus tipo II. Fue ingresado en un hospital con cuidados de larga duración tras un curso postoperatorio complicado de una derivación con injerto coronario. Durante la estancia en el LTCH, el paciente contrajo una infección urinaria por levadura. El paciente también parecía haber tenido una aspiración y desarrolló un distress respiratorio agudo. Fue trasladado a un hospital de agudos para tratamiento del problema respiratorio. ¿Cuál es la asignación apropiada de códigos?

Respuesta:

Asigne el código V57.89, Otro procedimiento especificado de rehabilitación, como diagnóstico principal. Los códigos 438.11, Efecto tardío de enfermedad cerebrovascular, Afasia, 438.20, Efecto tardío de enfermedad cerebrovascular, Hemiplejia que afecta sitio no especificado, 414.01, Aterosclerosis coronaria, de arteria coronaria nativa, 427.31, Fibrilación auricular, 112.2, Candidiasis, de tracto urogenital, 518.82, Otra insuficiencia pulmonar, no clasificada en otro lugar, 401.9, Hipertensión esencial, no especificada, 250.00, Diabetes mellitus, sin mención de complicación, V58.73, cuidado posterior tras cirugía del sistema circulatorio y V45.81, Estado de derivación aortocoronaria, deben ser asignados como diagnósticos secundarios. Asigne los códigos 93.39, Otra terapéutica física, 93.83, Terapia ocupacional y 93.75, Otro entrenamiento y terapia del habla, para las múltiples terapias.

Pregunta:

El paciente es una mujer de 48 años de edad con historia de estenosis del acueducto cerebral y estado de derivación ventriculoperitoneal desde los 15 años con múltiples revisiones. Fue trasladada a un LTCH con déficit neurológico focal residual y debilidad del lado izquierdo, tras la revisión de la derivación realizada en un hospital de agudos. El paciente recibió antibióticos IV por infección de la herida operatoria con *Staphylococcus aureus* y dehiscencia externa de la misma. El médico pensó que el déficit neurológico residual focal podría ser rehabilitado y el paciente fue ingresado en un hospital de cuidados de larga duración específicamente para servicios de rehabilitación (esto es, terapia física y ocupacional) con las condiciones actuales. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código V57.89, Otro procedimiento de rehabilitación especificado, como diagnóstico principal. Desde que el paciente fue ingresado en el hospital de cuidados de larga duración específicamente para servicios de rehabilitación, es apropiado asignar el código V57.89 como diagnóstico principal. Los códigos 998.32, Disrupción de herida operatoria externa, 331.4, Hidrocefalia obstructiva, 998.59, Otra infección postoperatoria, 041.11 Infección por *Staphylococcus aureus*, V09.0, Infección por microorganismo resistente a penicilina, y V45.2, Presencia de dispositivo de drenaje de líquido cerebroespinal, deben ser asignados como códigos secundarios. Asigne los códigos 93.39, Otra terapéutica física y 98.83, Terapia ocupacional, para la terapia proporcionada.

Pregunta:

El paciente es una mujer de 63 años de edad en estadio final de cáncer avanzado de cabeza y cuello. Había sido recientemente sometida a mandibulectomía del lado derecho, desarrollando una infección de la herida postoperatoria y requiriendo traqueostomía así como gastrostomía. Toda la parte derecha de la cara fue afectada por un tumor ulcerado infectado. La paciente tenía DNR (orden de no resucitación^{NT}) y fue ingresada en un hospital de tratamiento de larga duración para cuidado. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código 195.0, Neoplasia maligna de otro lugar y sitio mal definido, Cabeza, cara y cuello, como diagnóstico principal. Los códigos 998.59, Otra infección postoperatoria, V44.0, Estado de apertura artificial, traqueostomía, V44.1, Estado de apertura artificial, gastrostomía, y V66.7, Contacto para cuidados paliativos, deben asignarse como diagnóstico secundarios.

Pregunta:

El paciente es una mujer de 62 años de edad con una historia personal de cáncer laríngeo, trombosis venosa profunda (tratada con tratamiento anticoagulante), hipertensión, diabetes mellitus, tubo PEG (gastrostomía endoscópica percutánea ^{NT}) y asma con EPOC. Tiene celulitis en la pantorrilla derecha, en el lugar donde previamente se localizaba un injerto de piel. La paciente fue ingresada en un hospital de cuidados de larga duración para cuidados médicos, tratamiento de la herida (esto es, vendajes compresivos tipo Profor Boot/Ace) y rehabilitación (esto es, terapia física y ocupacional tres veces en semana). ¿Cuál es la asignación de códigos correcta?

Respuesta:

Asigne el código 996.69, Infección y reacción inflamatoria a dispositivo protésico interno, implante e injerto, debido a otro dispositivo protésico interno, implante o injerto, como diagnóstico principal, ya que la celulitis se ha desarrollado secundariamente al injerto de piel. Los códigos 682.6, Otra celulitis y absceso, pierna, excepto pie, 493.20, Asma obstructiva crónica, sin mención de estado asmático o exacerbación aguda, inespecífica, 401.9, Hipertensión esencial, inespecífica, 250.00, Diabetes mellitus, sin mención de complicación, V10.21, Historia personal de neoplasia maligna, laringe, V12.51, Historia personal de otras enfermedades, trombosis venosa, V44.1, Estado de apertura artificial, gastrostomía y V58.61, Uso durante largo tiempo (actual) de anticoagulantes, deben ser asignados como diagnósticos secundarios. Asigne los códigos 93.39, Otra terapia física, y 93.83, Terapia ocupacional, para el tratamiento proporcionado.

Pregunta:

El paciente es una mujer de 62 años de edad que es ingresada en un hospital de cuidados de larga duración principalmente para rehabilitación general y respiratoria, así como para cuidados posteriores postoperatorios. Recibió terapia respiratoria, física y ocupacional. La paciente tiene una historia de asma dependiente de esteroides, dependencia de oxígeno, diabetes mellitus, enfermedad coronaria, osteoporosis secundaria al uso de esteroides y fractura patológica por compresión y estado postcorpectomía con fusión vertebral. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código V57.89, Otro procedimiento especificado de rehabilitación, como diagnóstico principal. Los códigos V54.27, Cuidado posterior para curación de fractura patológica de vértebra, 401.01, Aterosclerosis coronaria, de arteria coronaria nativa, 250.00, Diabetes mellitus, sin mención de complicación, 733.09, Osteoporosis, otra, osteoporosis inducida por medicamento, E932.0, Drogas, medicamentos y sustancias biológicas causantes de efectos adversos en uso terapéutico, esteroides corticoadrenales, 493.90, Asma, inespecífica, y V64.2, Otra dependencia de máquina, suplemento de oxígeno, deben ser asignados como códigos secundarios. Asigne los códigos 93.39, Otro procedimiento respiratorio, 93.39, Otra terapéutica física y 93.83, Terapia ocupacional, para las terapéuticas múltiples.

Pregunta:

El paciente tiene actualmente gangrena secundaria a aterosclerosis, enfermedad vascular periférica, fallo cardiaco congestivo, malnutrición, mal estado general y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Durante el cuidado agudo, fue evaluado y rechazó la amputación quirúrgica de su pierna gangrenada. Fue trasladado a un hospital de cuidado de larga duración para terapia de bajo nivel, terapia del habla como precaución de una aspiración, debido a su dificultad en la deglución, soporte nutricional y cuidado de la herida. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código 440.24, Aterosclerosis de extremidades con gangrena, como diagnóstico principal. Los códigos 428.0, Fallo cardiaco congestivo, inespecífico, 263.9, Malnutrición proteocalórica inespecífica, 496, Obstrucción crónica de la vía aérea, no clasificada en otro lugar y 787.2, Disfagia, deben ser asignados como diagnósticos adicionales. Asigne los códigos 93.39, Otra terapia física y 93.75, Otro entrenamiento y terapia del habla, para las terapias proporcionadas.

Pregunta:

El paciente fue ingresado en un hospital de cuidados de larga duración para tratamiento médico y cuidado de las heridas secundarias a gangrena de Fournier. También tiene decúbitos del sacro y talón derecho, diabetes mellitus de tipo I, hipercalcemia, paraplejía e historia de cáncer de laringe con estado postlaringectomía y disección radical de cuello hace un año con metástasis en columna vertebral y pleura. El paciente tiene gastostomía y colostomía. Se realizó un desbridamiento de la herida no escisional durante su estancia en el hospital. Adicionalmente al tratamiento de las heridas el paciente recibió una hora de terapia física y ocupacional por día para prevenir contracturas de sus extremidades inferiores, reducir el dolor e incrementar la fortaleza y movilidad de sus extremidades superiores.

Respuesta:

Asigne el código 608.83, Trastornos vasculares, otro trastorno especificado de órgano genital masculino, como diagnóstico principal ya que el paciente fue ingresado en el hospital para continuar tratamiento de la gangrena de Fournier. Los códigos 707.0, Ulcera por decúbito, 250.01, Diabetes mellitus de tipo I, no especificada como incontrolada, 274.51, Hipercalcemia, 344.1, Paraplejia, 198.5, Neoplasia maligna secundaria de otro sitio especificado, hueso y médula ósea, 197.2, Neoplasia maligna secundaria de pleura, V10.21, Historia personal de neoplasia maligna, laringe, V44.1, estado de apertura artificial, gastrostomía y V44.3, estado de apertura artificial, colostomía, deben asignarse como diagnóstico secundarios. Asigne los códigos 93.39, Otra terapia física y 93.83, Terapia ocupacional, para las terapias proporcionadas.

Pregunta:

El paciente fue ingresado en un hospital de cuidados de larga duración para tratamiento médico de enfermedad polineuropática crítica y mal estado generalizado resultante de una hospitalización prolongada en un hospital de agudo. El paciente tiene una historia de adenocarcinoma de la ampolla de Vater, estado posterior de procedimiento de Whipple, metástasis en linfáticos intraabdominales, hipertensión y fallo respiratorio crónico con traqueostomía. El paciente tiene debilidad generalizada y no se ha levantado de la cama desde su hospitalización como agudo hace tres meses y medio. El examen neurológico muestra que la fuerza motora está disminuida en ambos miembros superiores en ambos flexores y extensores en un 3-4/5 y la fuerza motora de extremidades inferiores en 1-2/5. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código 357.82, Enfermedad polineuropática crítica, como diagnóstico principal. Los códigos 196.2, Neoplasia maligna secundaria y no especificada de ganglios linfáticos, linfáticos intraabdominales, 518.83, Fallo respiratorio crónico, 401.9, Hipertensión esencial, inespecífica, V10.09, Historia personal de neoplasia maligna, tracto gastrointestinal, otra, y V44.0, Estado de apertura artificial, traqueostomía, deben ser asignados como diagnósticos secundarios.

Pregunta:

El paciente es una mujer de 54 años de edad con fallo renal crónico, que se ha trasladado desde un hospital de agudos a continuación de una retirada de un injerto AV infectado en su brazo izquierdo. La paciente comenzó con vancomicina IV y se traslada a un hospital de cuidados de larga duración para continuar con su tratamiento antibiótico y hemodiálisis, que se realiza mediante catéter de Quinton. A pesar de que el injerto infectado fue extirpado en un episodio anterior, la causa del ingreso es continuar el tratamiento de la infección. Por tanto, ¿Debe ser la infección o el cuidado posterior el diagnóstico principal?

Respuesta:

Asigne el código 9963.62, Infección y reacción inflamatoria debida a dispositivo protésico interno, implante o injerto, debido a implante o injerto vascular, como diagnóstico principal, ya que el paciente fue ingresado en el LTCH específicamente para continuar tratamiento del injerto AV infectado. El código 585, Fallo renal crónico debe ser asignado como diagnóstico secundario. Asigne el código 39.95, hemodiálisis, para el procedimiento realizado.

Cambios en la Guía Oficial de Codificación y Notificación

Efectivos desde el 1 de octubre de 2003, hay tres cambios en la Guía Oficial para Codificación y Notificación. Las modificaciones están publicadas abajo usando el siguiente formato:

Los textos adicionales se muestran subrayados (ej. sepsis grave)

Los textos borrados se muestran tachados (ej. ~~septicemia~~)

El texto de esta guía modificada es equivalente al contenido que aparece en la Versión Oficial de la ICD-9-CM en CD-ROM del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos.

Sección I Convenciones de la ICD-9-CM, Normas Generales de Codificación y Normas específicas por Capítulo

C. Normas de capítulos específicos (hay una errata de indización^{NT})

C1. Enfermedades infecciosas y parasitarias

A. Infecciones por virus de la inmunodeficiencia humana...

B. Septicemia, Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), Sepsis, Sepsis grave y Choque y séptico

1. En la mayoría de los casos, será un código de la categoría 038, Septicemia, que deberá ser usado junto con un código de la subcategoría 995.9.

a. Si la documentación de la historia específica sepsis estreptocócica, deben usarse los códigos 038.0 y 995.91 en este orden.

b. Si la documentación específica septicemia estreptocócica, solo debe asignarse el código 0638.0. No obstante, el médico debe ser preguntado sobre si el paciente tiene sepsis, una infección con SIRS.

c. Tanto el término sepsis como SIRS deben estar documentados para signar un código de la subcategoría 995.9.

2. Si los términos sepsis, sepsis grave o SIRS son usados con una infección subyacente diferente que la septicemia, tal como neumonía, celulitis o infección inespecífica del tracto urinario, el código 038.9 debe ser asignado como principal, luego el código 995.91 y seguido el código de la infección inicial. El uso del término sepsis o SIRS indica que la infección del paciente ha avanzado hasta tal punto de infección sistémica que la infección sistémica debe ser puesta antes que la

infección localizada. La nota de instrucción bajo la subcategoría 995.9, indica que hay que asignar la afección subyacente primero.

Nota: El término urosepsis no es un término específico. Si es el único término documentado, sólo debe asignarse el código 559.0 basado en la carencia del término en el índice de la ICD-9-CM, junto con el código del organismo causante si se conoce.

3. En pacientes con sepsis grave el código de la infección sistémica (038.x) o del traumatismo debe ser colocado primero, seguido de cualquiera de los códigos 995.92, Síndrome de respuesta inflamatoria debida a proceso infeccioso con disfunción orgánica, o del código 995.94, Síndrome de respuesta inflamatoria debida a proceso no infeccioso con disfunción orgánica. Los códigos para la disfunción orgánica específica deben ser igualmente asignados.

4. Si el choque séptico está documentado, es necesario codificar primero la infección sistémica inicial o el traumatismo y luego cualquiera de los códigos 995.92 o 995.94, seguidos del código 785.52, Choque séptico.

~~1. Cuando el diagnóstico de septicemia con choque o el diagnóstico de sepsis general con choque séptico están documentados, codifique la septicemia primero y registre el choque séptico como diagnóstico secundario. El código de septicemia debe identificar el tipo de bacteria si se conoce.~~

2. 5. La sepsis y el choque séptico asociado con aborto, embarazo ectópico y embarazo molar están clasificados en las categorías de códigos del Capítulo 11 (630-639).

3. 6. Los hemocultivos negativos o no concluyentes no presuponen un diagnóstico de septicemia o sepsis en pacientes con evidencia clínica de la afección, por lo que el médico debe ser preguntado.

Sección II Selección del Diagnóstico Principal para episodios de internamiento, corta estancia, en hospital de agudos y hospitales con cuidados de larga duración

... Las definiciones del Conjunto de Datos Uniforme para el Pago de Hospitales (UHDDS) son utilizadas para hospitales de agudos de corta estancia y hospitales con cuidados de larga duración para notificar los datos del ingreso de una forma estandarizada. Estos datos y sus definiciones pueden ser encontradas en el Registro Federal (Vol. 50, No.147) de 31 de julio de 1985, páginas 31038-40.

Sección III Informando Diagnósticos Adicionales en episodios de internamiento, corta estancia, en hospital de agudos y hospitales con cuidados de larga duración

... El ítem #11-b del UHDDS define Otros Diagnósticos como “todas las afecciones que coexisten en el momento del ingreso, que se desarrollan subsecuentemente o que afectan al tratamiento recibido y/o a la duración de la estancia. Los diagnósticos que se relacionan con un episodio anterior que no tiene relación con la estancia de hospitalización actual deben ser excluidos”. Las definiciones del UHDDS se aplican en ingresos con cuidados agudos, en instalaciones de corta estancia. Las definiciones del UHDDS son utilizadas para hospitales de agudos de corta estancia y hospitales con cuidados de larga duración para notificar los datos de los ingresos de una forma estandarizada. Estos datos y sus definiciones pueden ser encontradas en el Registro Federal (Vol. 50, No.147) de 31 de julio de 1985, páginas 31038-40.

Sección IV Normas de Codificación de Diagnósticos para Pacientes Ambulatorios

... La definición de diagnóstico principal del Conjunto de Datos Uniforme para el Pago de Hospitales (UHDDS) se aplica sólo a ingresos de pacientes en hospitales de agudos de corta estancia y hospitales con cuidados de larga duración.

Preguntas al Editor

Pregunta:

¿Cuál es la asignación correcta de códigos para el desorden disfórico premenstrual?

Respuesta:

Asigne el código 625.4, Síndrome de tensión premenstrual, para el desorden disfórico premenstrual. Se ha creado una nueva entrada en el Índice para esta afección con efecto desde el 1 de octubre de 2003.

El desorden disfórico premenstrual (PMDD) es una forma grave de síndrome premenstrual (PMS) que produce problemas en el desenvolvimiento social y ocupacional y afecta las relaciones interpersonales. Los síntomas están caracterizados por cambios de modo, ansiedad marcada, tristeza e irritabilidad (en contraposición a los síntomas físicos del PMS).

Pregunta:

¿Qué código de procedimiento debería asignarse para la implantación del dispositivo de asistencia ventricular de De Bakey (VAD): el 37.66 o el 37.62?

Respuesta:

Asigne el código 37.66, Implantación de sistema de asistencia cardiaca pulsátil implantable para designar este procedimiento. El VAD de De Bakey es un sistema de asistencia cardiaca de flujo axial implantable de larga duración, o dispositivo de asistencia ventricular. Está indicado para su uso en individuos en fallo cardíaco terminal, así como provisionalmente para el trasplante cardíaco para candidatos al mismo, o como tratamiento definitivo en pacientes no candidatos a trasplante cardíaco. Este VAD es un sistema de asistencia cardiaca de flujo axial implantable miniaturizado. Aunque la bomba no funciona del mismo modo que los tipos anteriores de VAD, se implanta de la misma manera y proporciona un flujo pulsátil al corazón. Este nuevo tipo de VAD adapta la transferencia del pulso original aumentando el propio pulso del paciente dando como resultado un flujo pulsátil. Sería inadecuado asignar el código 37.62, Implantación de otro sistema de asistencia cardiaca. El código 37.62 incluye otros tipos de dispositivos de asistencia cardiaca que se colocan percutáneamente para un corto tiempo y no se conectan directamente con el corazón.

El Comité para la Coordinación y Mantenimiento de la ICD-9-CM remitirá revisiones de las entradas del índice y el tabular de la ICD-9-CM para el código 37.66 para indicar más claramente que el código incluye un extenso rango de dispositivos de asistencia cardiaca que se han ido desarrollando. Cualquier cambio que se decida sobre este proceso tendrá efecto a partir del 1 de octubre de 2004.

Noticias de Corrección

La página 15 del *Coding Clinic* del tercer trimestre de 2003 (página 10 en el documento traducido ^{NT}) hace referencia al cuarto trimestre de 1995, página 92, para información adicional sobre complicaciones del lugar de la amputación. Debe leerse página 82 en lugar de página 92.

ERCP con esfinterectomía endoscópica

La página 18 del *Coding Clinic* del tercer trimestre de 2003 (página 13 en el documento traducido ^{NT}) indica los códigos 51.10, Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica [ERCP] y 51.85, Esfinterotomía y papilotomía endoscópica, para la ERCP con esfinterotomía. La nota de exclusión de la categoría 51.1, Procedimientos diagnósticos del tracto biliar, excluye procedimientos endoscópicos clasificables en 51.84-51.88. Por tanto, asigne sólo el código 51.85, Esfinterotomía y papilotomía endoscópica, para la ERCP con esfinterotomía endoscópica. Este aviso es consecuente con la información previamente publicada en *Coding Clinic*, segundo trimestre de 1997, página 7.

Enfermedad degenerativa de la articulación de la rodilla

La página 18 del *Coding Clinic* del segundo trimestre de 2003 (página 13 en el documento traducido ^{NT}) contiene un error tipográfico. El código 715.96 debe ser leído como 715.36. El código 715.36, Osteoartritis, localizada, no especificada si primaria o secundaria, pierna, se asigna para la enfermedad degenerativa de la articulación de la rodilla. Cuando la enfermedad degenerativa de la rodilla afecta solo un lugar pero no se identifica como primaria o secundaria, se asigna la subcategoría 715.3, Osteoartritis, localizada, no especificada si primaria o secundaria. Esta información es consecuente con la previamente publicada en *Coding Clinic*, segundo trimestre de 1995, página 5.