AHA
Coding Clinic ™

for **ICD-9-CM**

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

Volumen 19 **Segundo Trimestre**
Número 2 **2002**

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 1 de agosto de 2002 (sólo en USA [NT])

En este número

Pregunte al Editor
Normas oficiales de codificación con la ICD-9-CM

Pregunte al Editor

Pregunta:

Un paciente ingresa en Urgencias tras lesionarse el tobillo mientras corría. Se hizo una radiografía de tobillo y fue vista por el médico de urgencias. El paciente se dio de alta a domicilio con el diagnóstico de esguince de tobillo, descartando fractura de tobillo. En la revisión de la radiografía la mañana siguiente, el radiólogo refiere "fractura lineal del maléolo lateral". ¿Qué código debe asignar el servicio de Urgencias?

Respuesta:

Si el informe de la radiografía está disponible cuando se está codificando, asignar el código 824.2, Fractura de tobillo, maléolo lateral, cerrada. Lo correcto es codificar todo lo que se conoce en el momento de la asignación del código. Cuando esté disponible, los codificadores deben usar los resultados de las radiografías para proporcionar mayor especificidad. Cuando el médico interpreta pruebas diagnósticas, el diagnóstico debe ser modificado basado en dicha interpretación. Si la radiografía no está disponible en el momento de la codificación, asignar el código 845.00 Esguince de tobillo no especificada.
El diagnóstico hecho en el servicio de Urgencias al alta es el diagnóstico clínico usando los datos clínicos disponibles en el momento de la visita. Futuros contactos pueden reflejar resultados de pruebas diagnósticas adicionales, como ha ocurrido anteriormente. Sin embargo, el codificador debe siempre pedir una aclaración al médico si hay alguna cuestión referente al diagnóstico. Este consejo está de acuerdo con la información publicada en el primer trimestre de 2000 de *Coding Clinic*, referente a pruebas diagnósticas al alta.

Pregunta:

¿Cuál es el código diagnóstico principal cuando un paciente ingresa por hematemesis, debida a varices gástricas causadas por cirrosis/hepatitis alcohólica? El paciente tiene también varices esofágicas sin sangrado activo. Fue sometido a una derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS). ¿Debería codificarse como 456.8, Varices de otro sitio especificado, como diagnóstico principal?. O ¿debería ser la cirrosis/hepatitis el diagnóstico principal siguiendo la lógica de la codificación de las varices esofágicas?

Respuesta:

Asígnese el código 465.8, Varices de otro sitio especificado, como diagnóstico principal. Ya que el sangrado es debido a varices gástricas, las varices deben ponerse como diagnóstico principal. Por tanto, asignar el código 578.0, Hematemesis, para identificar el sangrado. Codifique 303.90, Otra dependencia alcohólica y no especificada, 571.2, Cirrosis hepática alcohólica, 571.1, Hepatitis alcohólica aguda y codifique *456.21 Varices esofágicas en enfermedad clasificada bajo otro concepto, sin mención de sangrado* como diagnóstico secundario. Asigne el código 39.1, derivación venosa intraabdominal por el TIPS.
Ciertas afecciones tienen a la vez una etiología fundamental y manifestaciones en múltiples sistemas corporales debidas a dicha etiología. Para tales afecciones la ICD-9-CM tiene una regla de codificación que obliga a que la causa etiológica sea codificada primero seguida de la manifestación. Aunque la cirrosis hepática alcohólica con varices esofágicas (571.2 y 456.21) requiere codificar tanto manifestación como etiología con la manifestación en segundo lugar, esta regla de codificación no es aplicable a las varices gástricas debidas a cirrosis hepática alcohólica.

Pregunta:

Por favor aclare si cuando la Norma indica que el diagnóstico expresado como "probable", "sospechado", "parecido", "cuestionable", "posible" debe ser codificado como existente, es aplicable a otros marcos tales como procesos de enfermería, rehabilitación o servicios de atención domiciliaria.

Respuesta:

No, la Norma considera los diagnósticos dudosos sólo aplicables a ingresos en hospitales de agudos. Las normas generales de codificación indican que "los códigos que describen signos y síntomas, al contrario que los diagnósticos, son aceptables para referir situaciones cuando no se ha establecido (confirmado) un diagnóstico definitivo por el médico". Esta norma general puede ser aplicada a otros servicios de salud como procesos de enfermería, servicios de atención domiciliaria o de rehabilitación.

Pregunta:

¿Cuál es el código para la somnoplastia de base de lengua realizada con faringoplastia uvulopalatal, amigdalectomía, septoplastia nasal y diatermia de cornete inferior para la apnea obstructiva del sueño? Estoy particularmente interesado en el código correcto cuando se aplica energía de radiofrecuencia en la lengua.

Respuesta:

Asigne el código 25.1, Escisión o destrucción de lesión o tejido de la lengua, para la somnoplastia.

La somnoplastia (tecnología basada en temperatura controlada por radiofrecuencia) es una nueva técnica que está siendo usada para tratar la apnea de sueño obstructiva. El procedimiento se realiza bajo anestesia local y trata la apnea del sueño disminuyendo el tejido blando de la vía aérea superior: amígdalas, vestíbulo nasal, paladar y base de la lengua. Durante el procedimiento, el área de obstrucción es calentada justo por debajo de la superficie mucosa. El cuerpo absorbe naturalmente el área calentada transcurridas tres a ocho semanas.

El procedimiento puede ser realizado bajo anestesia local y es mínimamente invasivo. El sistema incluye una unidad de control de radiofrecuencia (RF) automatizada con capacidad para monitorizar temperatura y un conjunto de terminales desechables que distribuyen la energía térmica controlada en las áreas de destino. Normalmente, el procedimiento para la apnea de sueño obstructiva requiere de 30 a 45 minutos, requiriendo sólo 5 a 10 minutos para el suministro de la energía RF. El procedimiento puede ser realizado en pacientes no ingresados. Se necesitan varios tratamientos para obtener el mejor éxito.

Pregunta:

Un paciente con carcinoma de células escamosas recurrente de cavidad oral/orofaringe se presenta en el servicio de urgencias aquejado de disminución severa de la respiración. Su condición responde a esteroides IV y una fuerte aspiración de la vía aérea superior. Continuó con molestias pero no estriduloso cuando fue trasladado en ambulancia. El paciente luego se sometió a una endoscopia en el servicio de urgencias y se determinó que tenía un compromiso inminente de la vía aérea secundario al carcinoma de orofaringe. Se hizo una traqueostomía debido a la amenaza de fracaso respiratorio. ¿Cuál es el código apropiado para un diagnóstico de fracaso respiratorio inminente?

Respuesta:

Asigne el código 146.9, Neoplasia maligna de orofaringe inespecífica, como diagnóstico principal, ya que el carcinoma de orofaringe causa el compromiso inminente de la vía aérea. No se codifica el fracaso respiratorio inminente. Aunque la amenaza de fracaso respiratorio existe, éste no ha llegado a ocurrir. Para el procedimiento, codifique el 31.29, Otra traqueostomía permanente. Vea la norma de codificación B13 para más discusión de afecciones inminentes.

Pregunta:

Se ha practicado biopsia de ganglio linfático centinela para identificar la presencia de metástasis en pacientes de cáncer. Durante el procedimiento diagnóstico se inyectó un trazador radioactivo de tal manera que el ganglio centinela, el primer ganglio linfático de la cadena linfática en recibir el fluido desde el tumor, pudiera ser localizado. Una vez identificado el ganglio, uno o dos se extirparon para su estudio patológico. Si el ganglio centinela no contiene células cancerosas se asume que el tumor no está extendido. Sin embargo, si el ganglio centinela contiene células cancerosas, éste y los ganglios linfáticos adyacentes son extirpados. ¿Qué código debe asignarse para la biopsia de ganglio centinela axilar, la escisión de ganglio linfático o la biopsia de ganglio linfático?

Respuesta:

Asigne el código 40.23, escisión de ganglio linfático axilar, para el procedimiento realizado. La biopsia de ganglio centinela es una escisión de ganglio linfático. Para la localización del ganglio centinela debe inyectarse una solución radiactiva cerca del tumor. Se usa un detector de rayos gamma para localizar el punto o el área donde la solución se ha acumulado. Otra técnica es la inyección de colorante azul para seguir el camino a través del sistema linfático. Se da un masaje al lugar del tumor para facilitar la migración del agente marcador. La mancha azul, el vaso linfático aferente teñido de azul que se dirige a ella o el nivel de radiactividad comparado con ganglios adyacentes confirma la identificación del ganglio centinela.

En el tratamiento del cáncer de mama, la biopsia de ganglio centinela debe realizarse en lugar de una disección completa de ganglios axilares. Si el ganglio centinela es negativo para células tumorales, no se realiza disección axilar completa. Si el ganglio centinela es positivo normalmente se realiza una disección completa de ganglios axilares.

Pregunta:

La paciente es una mujer de 38 años de edad que fue ingresada con un dolor severo en el lado derecho del cuello radiado al oído con sensación de quemazón. El dolor ha sido persistente durante las últimas tres semanas, a pesar del tratamiento médico, alterando su modo de vida. El examen físico demostró un considerable dolor de cuello en el asta mayor del hioides con irradiación al oído derecho. El médico diagnosticó neuralgia glosofaríngea derecha (síndrome del hioides) y realizó una escisión parcial del asta mayor del hueso hioides. ¿Cuál es el diagnóstico apropiado y el código de procedimiento?

Respuesta:

Asigne el código 352.1, Neuralgia del glosofaríngeo, como diagnóstico principal. Deberá asignar el código 77.89, Otra ostectomía parcial, para la escisión parcial del hueso hioides.

Pregunta:

Un paciente de 69 años de edad con historia de oclusión arterial de la pierna derecha fue visto en nuestro servicio por empeoramiento de su estado. Nuestro médico dio ingreso para un bypass de la arteria poplítea con vena safena. De acuerdo con la descripción operatoria, adicionalmente al bypass poplíteo, se usó un angioscopio Baxter para ocluir ramas laterales colocando espirales de Gianturco. ¿Cuál es el código correcto para la colocación de espirales de Gianturco para oclusión de ramas laterales?

Respuesta:

Asigne el código 39.29, Otra derivación vascular (periférica), para el bypass femoropoplíteo derecho con injerto de vena safena. El espiral se colocó en las ramas laterales de la vena para anudarlas y ocluirlas. Este tipo de ligadura es inherente al procedimiento. Por tanto, la colocación de espirales de Gianturco no debe ser codificada por separado.

Pregunta:

Un niño de un día de edad fue trasladado a nuestro servicio para corrección quirúrgica de gastrosquisis. Se lleva a cabo en varios tiempos. En el primero se coloca un envoltorio de silastic para reducir el contenido. Se sigue con una reducción manual que se lleva a cabo en la planta. En los siguientes días, se van realizando reducciones de la gastrosquisis con presión manual. Las reducciones manuales seriadas resultan finalmente en la reintroducción del intestino delgado en el abdomen. Durante el último tiempo, el envoltorio es retirado completamente y se realiza la sutura primaria. ¿Cuál es el código correcto para cada tiempo de reparación de la gastrosquisis?. La ICD-9-CM proporciona el código 54.71, Reparación de gastrosquisis. Sin embargo, ¿las cinco reducciones manuales que se hicieron deben ser consideradas inherentes a la reparación?. No está claro cuando este código debe ser aplicado en cada tiempo del procedimiento.

Respuesta:

Asigne el código 54.71, Reparación de gastrosquisis, para la reparación inicial (primer estadío) de la gastrosquisis. El código 54.71 debe ser igualmente usado para la sutura final de la gastrosquisis. Para las reducciones manuales no se signan códigos.

La gastrosquisis en una hernia (protusión) del contenido abdominal a través de la pared abdominal sin incluir el cordón umbilical. Cuando el abdomen es demasiado pequeño, se coloca una bolsa de silastic sobre el contenido abdominal para contener el intestino y ayudar en la reducción hasta que la sutura quirúrgica sea posible. La devolución del contenido abdominal a la cavidad abdominal puede necesitar hasta 10 días.

Pregunta:

La paciente es una mujer joven con poliposis familiar, asma severo y una historia de operaciones abdominales múltiples, que incluye colectomía total, reparaciones múltiples de hernia ventral y más recientemente reparación de hernia de estoma. Hace una semana y media sufrió una reparación de hernia del estoma en el cuadrante inferoizquierdo con recolocación del estoma del lado izquierdo al lado derecho. Sin embargo persisten secreciones por el estoma con escoriaciones. Se tomó la decisión de recolocar de nuevo el estoma. ¿Cuál es el código correcto para la recolocación del estoma?

Respuesta:

Asigne el código 46.43, Otra revisión de estoma de intestino delgado, para la recolocación del estoma. La recolocación del estoma puede encontrarse en el Indice de Procedimientos de la ICD-9-CM como sigue:

Recolocación – *véase también* Revisión

Revisión
colostomía 46.43

Pregunta:

Esta pregunta trata de la codificación basada en la documentación de las matronas. En muchos casos la matrona atiende el parto del niño sin complicación y es la única que lo atiende (ningún médico ve a la paciente). ¿Puede la documentación de la matrona ser usada para la codificación?

Respuesta:

Sí, la codificación puede estar basada en la documentación clínica de la matrona. Cuando trabajo de parto y parto es completamente normal con parto de niño vivo único, asigne el código 650, Parto normal y el código V27.0, Producto del parto único con vida.

Pregunta:

Estamos en un hospital de rehabilitación y nuestros médicos a menudo dan diagnósticos de disfunción de la integración sensorial para pacientes pediátricos. No hay un código específico en la ICD-9-CM para este trastorno. Estos pacientes normalmente tienen asociados síntomas como retrasos en el habla, el lenguaje y la coordinación. ¿Cuál es el código apropiado para la disfunción de la integración sensorial?

Respuesta:

Asigne el código 315.5, Retrasos específicos del desarrollo, Trastorno mixto del desarrollo, para la disfunción de la integración sensorial.

Pregunta:

Nuestros cirujanos están usando ahora plasma rico en plaquetas para aumentar los injertos de hueso. Durante el procedimiento quirúrgico una pequeña muestra (aproximadamente 100cc) de sangre del paciente es extraída y colocada en una centrífuga para concentrado de plaquetas. En el proceso, el volumen de plasma pobre en plaquetas se retira de la muestra sanguínea. Aproximadamente se producen 10cc de plasma rico en plaquetas (PRP). El cirujano mezcla el concentrado de plaquetas con el material del injerto óseo y luego aplica el material en la herida antes del cierre. ¿Cómo podría codificar la extracción y aplicación de PRP?, o ¿podría ser considerado un componente del procedimiento de injerto óseo?

Respuesta:

Asigne el código apropiado de la categoría 78.0, Injerto óseo, para la aplicación del injerto óseo. No asigne código a la aplicación de plasma rico en plaquetas ya que el uso de plasma es considerado parte integrada del procedimiento total.

Pregunta:

¿Cuál es el código correcto para la portoenterostomía de Kasai, que se hace para tratar la atresia biliar?

Respuesta:

Asigne el código 51.37, Anastomosis del conducto hepático a tracto gastrointestinal, para la portoenterostomía de Kasai. La portoenterostomía de Kasai consiste en utilizar un asa de intestino delgado para formar un conducto de drenaje de la bilis procedente del hígado, anastomosándose al hilio hepático. Este procedimiento se realiza para tratar la atresia biliar. La atresia biliar afecta uno de cada 16000 nacimientos y se produce cuando en conducto biliar del hígado está inflamado y obstruido. Esta lesión reduce el flujo de bilis, lo que causa cicatrización (fibrosis) del hígado. Considerado un tratamiento correctivo, la portoenterostomía de Kasai establece el drenaje biliar.

Pregunta:

Los codificadores de nuestro hospital han sido informados por un inspector externo que el código 997.1, Complicaciones que afectan sistemas específicos, no clasificados en otra parte, complicaciones cardíacas, debe ser usado para complicaciones cardíacas postoperatorias transcurridas hasta una semana desde el alta, y el código 429.4, Trastornos funcionales que siguen a la cirugía cardíaca, debe ser usado para las complicaciones cardíacas postoperatorias que ocurren más de una semana después de la cirugía. No hemos visto nunca definiciones ni espacios de tiempo asociados a la codificación en *Coding Clinic*. ¿Puede clarificar este ejemplo?

Respuesta:

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. Los códigos del capítulo de complicaciones son complicaciones tempranas de procedimientos y los que se encuentran en otros capítulos tales como linfedema postmastectomía (457.0), fallo ovárico postquirúrgico (256.0), Trastorno funcional postcirugía cardiaca (429.4), etc. Son trastornos funcionales tardíos. A menudo estas afecciones persisten varios años tras el procedimiento. Un repaso de las afecciones que están indexadas en el código 429.4 muestra que las afecciones clasificadas aquí no parecen haber ocurrido en el postoperatorio inmediato. Son afecciones específicas que se categorizan en códigos específicos que no incluyen afecciones que se encuentran en códigos de complicaciones.

Pregunta:

Los codificadores de mi hospital han sido instruidos que la "diabetes deficientemente controlada" no es lo mismo que "diabetes incontrolada". Sin embargo me gustaría argumentar que "deficientemente controlada" no es tampoco lo mismo que "controlada". Está siendo una práctica general para muchos codificadores el codificar este diagnóstico como diabetes incontrolada (250.02). Creo que este ejemplo necesita ser enviado a *Coding Clinic* pues debemos codificar todos de igual manera. Por favor aclárelo.

Respuesta:

Pregunte al médico para determinar si "deficientemente controlada" y "deficiente control" son indicativos de no control de niveles de glucosa en sangre en el paciente. Si el médico indica que la diabetes es "incontrolada" cuando documenta "deficientemente controlada" y "deficiente control", asigne el quinto dígito apropiado para la diabetes incontrolada. La diabetes incontrolada es un término inespecífico que indica que el nivel de glucosa en sangre no se mantiene en niveles aceptables con el tratamiento actual. Pueden ser varias las razones para ello incluyendo disconformidad, resistencia a la insulina, transgresiones dietéticas y enfermedades intercurrentes. El quinto dígito que indica diabetes incontrolada no debe ser asignado basado en niveles de glucosa en sangre; estos códigos deben ser usados únicamente cuando el médico la diagnostica como diabetes incontrolada.

Pregunta:

Nuestros cirujanos han comenzado recientemente a realizar un nuevo procedimiento denominado cifoplastia. La cifoplastia es muy similar a la vertebroplastia con la excepción de un paso adicional que incluye la inserción de un balón hinchable en la vértebra. En este ejemplo, el paciente fue ingresado por dolor lumbar bajo debilitante secundario a fractura con compresión (T12-L1) refractario a tratamiento conservador. El paciente fue sometido a cifoplastia con reducción directa de la fractura en T12-L1 usando dispositivos inflables seguido de fijación interna con metil-metacrilato mezclado con vancomicina. ¿Cómo debe ser codificado este procedimiento?

Respuesta:

Asigne el código 78.49, Otra reparación u operación plástica de hueso, y 03.53, Reparación de fractura vertebral, para la cifoplastia con reducción de fractura y estabilización con metil-metacrilato.

La cifoplastia obliga al cirujano a hundirse a través del pedículo con un balón hinchable y a expandirlo, con el fin de reestablecer la altura de la vértebra en las fracturas con compresión. Después de que el balón es retirado, la cavidad es rellenada con un material semejante al cemento, polimetilmetacrilato (metil-metacrilato), que se endurece para posteriormente estabilizar el hueso. El procedimiento es llevado a cabo normalmente bajo radioscopia. La cifoplastia es semejante a la vertebroplastia. Sin embargo, en la vertebroplastia no hay balón para ayudar a la reducción de la fractura con compresión de la vértebra.

Pregunta:

Busco una aclaración referente a la vertebroplastia percutánea. En el *Coding Clinic* de cuarto trimestre de 1999 no se identifica la reducción de la fractura como componente inherente de la vertebroplastia. Por tanto, los codificadores dudan entre dos códigos a asignar (78.49 y 03.53). ¿Puede aclarar por favor si la reducción de la fractura puede ser considerada inherente a la vertebroplastia e incluida en el código?. Por ejemplo, un paciente de 79 años tiene una historia de fractura con compresión de la L1 con fracaso de tratamiento conservador, e intervención quirúrgica electiva. El paciente fue sometido a vertebroplastia y estabilización de la fractura. Durante el procedimiento se usó instrumental para conseguir una altura vertebral casi normal y se inyectó metil-metacrilato en el cuerpo vertebral a través de las líneas de fractura para mantener la altura, reducir la cifosis y estabilizar la vértebra.

Respuesta:

Asigne el código 78.49, Otra reparación u operación plástica de hueso, para la vertebroplastia con estabilización con metacrilato. Cada uno de los componentes integrantes de la reparación quirúrgica (esto es, instrumentación, estabilización con metacrilato, etc.) están incluidos en el código 78.49.

La vertebroplastia, a diferencia de la cifoplastia, no incluye el inflado de un balón para restablecer la altura vertebral para la reducción de las fracturas con compresión. El metil-metacrilato es únicamente insertado en la vértebra para la estabilización. En la cifoplastia el balón ayuda a reducir la fractura.

Pregunta:
Los neurocirujanos y los cirujanos ortopédicos han comenzado a realizar un procedimiento denominado laminoplastia cervical expansiva en pacientes con estenosis espinal cervical con mielopatía. ¿Cuál es el código para esta cirugía?

Respuesta:
Asigne el código 03.09, Otra exploración y descompresión del canal espinal, para la laminoplastia expansiva. Este procedimiento es realizado normalmente para la estenosis espinal cervical. El cirujano incide la lámina vertebral a nivel del pedículo para aliviar la presión, sin embargo, no se extirpa ningún tejido.

Pregunta:
El paciente es una mujer de 16 años con historia de escoliosis neuromuscular progresiva con curva de 105- grados. El cirujano realizó una liberación espinal anterior (T9-L3) y fusión espinal posterior (T2 a ilion) con extracción de ilion para injerto autólogo de hueso. ¿Cuáles son los códigos de diagnóstico y procedimientos apropiados?

Respuesta:
Asigne el código 358.9, Trastornos mioneurales no especificados, y 737.39, Otra cifoescoliosis y escoliosis, para la escoliosis neuromuscular. Para los procedimientos asigne el código 81.05, Fusión dorsal y dorsolumbar, técnica posterior, para la fusión espinal posterior (T2-ilion), codifique 80.49, Otra sección de cápsula articular, ligamento o cartílago, para la liberación espinal anterior, y el 77.79, Otra escisión de hueso para injerto, para la extracción de injerto óseo.
Este tipo de cirugía es realizada normalmente en niños con escoliosis severa. El cirujano hace una incisión anterior en el anillo fibroso. Luego inserta la barra para una mejora en la corrección de la escoliosis.

Pregunta:
Un paciente con distrofia torácica severa bilateral asfixiante (síndrome de Jeune) ingresa para expandir las costillas de titanio colocadas previamente para continuar su línea de crecimiento. ¿Cuál es el diagnóstico principal y procedimiento para el ajuste de las costillas de titanio?

Respuesta:
Asigne el código V52.8, Otra colocación y ajuste de dispositivo protésico e implante, como diagnóstico principal. El código 756.4, Condrodistrofia, debe ser usado en el síndrome de Jeune como diagnóstico secundario. Cuando el paciente es ingresado inicialmente para tratar el síndrome de Jeune y se inserta el dispositivo, signe el código 756.4 como diagnóstico principal. Codifique el 78.41, Otra reparación u operación plástica de hueso, escápula, clavícula y tórax [costilla y esternón], para la expansión (ajuste) de las costillas de titanio.

Normas Oficiales de Codificación e Información con la ICD-9-CM

Los Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), antiguamente Health Care Financing Administration (HCFA) y el National Center for Health Statistics (NHHS), dos departamentos dentro del Department of Health and Human Services (DHHS) presentan las siguientes normas para codificación e información usando la Clasificación Internacional de Enfermedades, Modificación Clínica (ICD-9-CM). Estas normas deben ser usadas como guía tanto en las versiones oficiales de ICD-9-CM como las publicadas en CD-ROM.

Estas normas para codificación e información han sido desarrolladas y aprobadas por las Entidades Colaboradoras de la ICD-9-CM: la American Hospital Association (AHA), la American Health Information Management Association (AHIMA), CMS y NCHS. Estas normas, publicadas por el Department of Health and Human Services también aparecen en el *Coding Clinic* for ICD-9-CM, publicado por la American Hospital Association.

Estas normas han sido desarrolladas para ayudar en la codificación e información en situaciones donde la ICD-9-CM no ofrece instrucciones. Las instrucciones de codificación y secuenciación de los volúmenes I, II y III de la ICD-9-CM tienen prioridad sobre cualquier norma. Las convenciones, normas generales y normas específicas de capítulos se aplican al uso correcto de la ICD-9-CM, sin tener en cuenta el marco de cuidado de salud.

Estas normas no son exhaustivas. Las Entidades Colaboradoras están realizando revisiones de estas normas y desarrollan nuevas normas cuando se necesitan. Los usuarios de la ICD-9-CM deben ser conscientes que sólo las normas aprobadas por las Entidades Colaboradoras son oficiales. La revisión de estas normas, y las nuevas normas serán publicadas por el U.S. Department of Health and Human Services cuando sean aprobadas por las Entidades Colaboradoras. El término "ingresado" es usado generalmente para un contacto de cuidado de salud en cualquier entorno.

Las normas han sido reorganizadas en nuevas secciones diferentes incluyendo una introducción ampliada que proporciona más detalles sobre la estructura y convenciones de la clasificación normalmente encontradas en la misma. La otra sección nueva, Normas Generales, unifica normas que se encontraban anteriormente en varias secciones de las normas. El nuevo formato de las normas incluye también una reordenación en las normas específicas por enfermedad. Tienen el mismo orden en las que aparecen en los capítulos de la lista tabular (Enfermedades infecciosas y parasitarias, Neoplasias, etc.)

Estos cambios harán más fácil a los codificadores, experimentados y principiantes, encontrar la información específica que sobre normas de codificación estén buscando.

Tabla de Contenidos

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

A. Convenciones de la ICD-9-CM

Formato
Abreviaturas
Puntuación
Notas de inclusión y exclusión y términos de inclusión
Códigos "otros" e "inespecíficos"
Convenciones sobre etiología/manifestación

B. Normas Generales de Codificación

Uso del Indice Alfabético y de la Lista Tabular
Localización de términos
Nivel de detalle en la codificación
Signos y síntomas
Afecciones que son parte integral de la enfermedad
Afecciones que no son parte integral de la enfermedad
Codificación múltiple de afecciones simples
Afecciones agudas y crónicas
Códigos de combinación
Efectos tardíos
Afecciones inminentes o amenazas

C. Normas de capítulos específicos

C1. Enfermedades infecciosas y parasitarias

A. Infecciones por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Selección de códigos de VIH
Secuencia de códigos
Casos confirmados de infección/enfermedad por VIH
Infección por VIH asintomática
Resultados de laboratorio no concluyentes de VIH
Enfermedades relacionadas con VIH previamente diagnosticadas
Infección por VIH en embarazo, nacimiento y puerperio
Pruebas para VIH

B. Septicemia y Shock

C2. Neoplasias

C7. Enfermedades del sistema circulatorio

A. Hipertensión

Hipertensión esencial
Hipertensión con enfermedad cardiaca
Enfermedad renal hipertensiva con fallo renal crónico
Enfermedad cardiaca y renal hipertensiva
Enfermedad cerebrovascular hipertensiva
Retinopatía hipertensiva
Hipertensión secundaria
Hipertensión transitoria
Hipertensión controlada
Presión sanguínea elevada
Hipertensión descontrolada

C11. Complicaciones del embarazo, nacimiento y puerperio

Reglas generales
Selección del diagnóstico principal
Afecciones fetales que afectan el tratamiento de la madre
Infección por VIH en Embarazo, nacimiento y puerperio
Parto normal 650
Período postparto
Efectos tardíos de complicaciones en embarazo, nacimiento y puerperio
Aborto

C15. Ciertas afecciones originadas en el período neonatal (perinatal)

Reglas generales en periodo perinatal
Uso de los códigos V30-V39
Traslado de recién nacidos
Uso de la categoría V29
Causas maternas de morbilidad perinatal
Anomalías congénitas
Otros diagnósticos (adicionales)
Prematuridad y retraso en el crecimiento fetal

C17. Lesiones y envenenamientos

Codificación de heridas
Codificación de fracturas
Codificación de quemaduras
Codificación de desbridamiento de herida, infección o quemadura
Codificación de efectos adversos, envenenamientos y efectos tóxicos

C18. Clasificación suplementaria de factores que influyen el estado de salud y contactos con los servicios de salud

Códigos V71.0–V71.9, Observación y evaluación de afecciones sospechadas no encontradas

C.19 Clasificación suplementaria de causas externas de lesión y envenenamiento

Normas generales de codificación
Lugar del suceso
Envenenamiento y efectos adversos de medicamentos
Causas externas múltiples
Abuso de niños y adultos
Propósito desconocido o sospechado Efectos tardíos
Causas indeterminadas
Accidentes y complicaciones en cuidados

Sección II Selección del Diagnóstico Principal para episodios de internamiento, corta estancia, en hospital de agudos

Síntomas, signos y afecciones mal definidas
Dos o más afecciones interrelacionadas
Dos a más definiciones que pueden ser diagnóstico principal
Dos o más diagnósticos diferenciales
Síntomas seguidos de diagnósticos diferenciales
Plan de tratamiento no llevado a cabo
Complicaciones de cirugía y otros cuidados médicos
Diagnósticos dudosos

Sección III Informando Diagnósticos Adicionales

Reglas generales
Afecciones previas
Hallazgos anormales

Sección IV Normas de Codificación de Diagnósticos para Pacientes Ambulatorios

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

Las convenciones, normas generales y normas específicas por capítulo son aplicables a todos los entornos de cuidados de salud, excepto que se indique lo contrario.

A. Convenciones de la ICD-9-CM

Las convenciones de la ICD-9-CM son las reglas generales para usar la clasificación independientemente de las normas.
Estas convenciones están incorporadas como notas de instrucciones dentro del índice y tabular de la ICD-9-CM. Las convenciones tienen preferencia sobre las normas. Las convenciones son las siguientes:

1. Formato: La ICD-9-CM usa un formato de sangrado para facilitar las referencias

2. Abreviaturas:

a. Abreviaturas del Indice:

NEC "No clasificado en otra parte". Esta abreviatura en el Indice representa "otro especificado". Cuando no hay un código específico para una condición, el Indice dirige al codificador al código "otro especificado" en el Tabular. (**NCOC** en la versión española [NT])

b. Abreviaturas del Tabular:

NEC "No clasificado en otra parte". Esta abreviatura en el Tabular representa "otro especificado". Cuando no hay un código específico para una condición, el Tabular incluye una entrada NEC bajo un código como código "otro especificado". (véase códigos "Otros")

NOS "No especificado de otra manera". Esta abreviatura equivale a inespecífico (véase códigos "Inespecíficos"). (**NEOM** en la versión española [NT])

3. Puntuación:

[ ] Los corchetes son usados en la lista Tabular para encerrar sinónimos, términos alternativos o frases explicativas. Los corchetes son usados en el Indice para identificar códigos de manifestaciones. (véase etiología/manifestaciones)

( ) Los paréntesis son usados tanto en el Indice como en el Tabular para encerrar palabras suplementarias que pueden estar presentes o ausentes en ese momento en la enfermedad o procedimiento sin afectar el código asignado. Los términos entre paréntesis son referidos como modificadores no esenciales.

: Los dos puntos son usados en la lista Tabular después de un término incompleto que necesita uno más modificadores siguiendo a los dos puntos para asignarlos a la categoría dada.

4. Notas de inclusión y exclusión y términos de inclusión:

Incluye: Esta nota aparece inmediatamente bajo el título de un código de tres dígitos para definir más el contenido de la categoría o dar ejemplos.

Excluye: Una nota de exclusión bajo un código indica que el término excluido del código debe ser codificado en otra parte. En algunos casos los códigos de términos excluidos no deben ser usados junto con el código del cual ha sido excluido. Un ejemplo de ello es una condición congénita excluida de una forma adquirida para la misma condición. Los códigos de congénito y adquirido no deben ser usados juntos. En otros casos, el término excluido puede ser usado junto con el código del que ha sido excluido. Un ejemplo de ello es cuando fracturas de distintos huesos se codifican con diferentes códigos. Ambos códigos deben ser usados juntos si los dos tipos de fracturas están presentes.

Términos de inclusión: Una lista de términos está incluida bajo ciertos códigos de cuarto y quinto dígito. Estos términos son afecciones bajo las cuales el código será usado. Los términos pueden ser sinónimos del título del código, o, en el caso de códigos "otro especificado", los términos son una lista de afecciones asignadas a este código. Los términos de inclusión no son necesariamente exhaustivos. Pueden ser asignados a un código términos adicionales que se encuentran sólo en el Indice.

5. Códigos "Otros" y "No especificados"

a. Códigos "Otros"

Los códigos titulados "otros" o "otros especificados" (normalmente un código con 4º dígito 8 ó 5º dígito 9 para códigos diagnósticos) son para usarse cuando la información de la historia clínica proporciona detalles que no tienen código específico. La entrada al Indice con NEC en la línea designa "otro" código en el Tabular. Esta entrada en el Indice representa una enfermedad específica para la cual no existe código específico por lo que el término es incluido dentro de un código "otro".

b. Códigos "No especificados"

Los códigos titulados "no especificados" (normalmente un código con 4º dígito 9 ó 5º dígito 0 para códigos diagnósticos) son para usarse cuando la información de la historia clínica en insuficiente para asignar un código más específico.

6. Convenciones sobre etiología/manifestación (notas “codifique primero”, “use código adicional”, y “en enfermedades clasificadas en otra parte”)

   Ciertas afecciones tienen a la vez una etiología fundamental y manifestaciones en múltiples sistemas debido a dicha etiología. Para estas condiciones la ICD-9-CM tiene una convención que exige que la afección fundamental sea codificada primero seguida de la manifestación. Donde tal combinación exista hay una nota “use código adicional” en el código de la etiología y una nota “codifique primero” en el código de la manifestación. Estas notas de instrucción indican la el apropiado orden de secuencia de los códigos, etiología seguido de manifestación.

   En muchos casos los códigos de manifestación tienen en su título “en enfermedades clasificadas en otra parte”. Los códigos con este título forman parte de la convención etiología/manifestación. El título del código indica que es un código de manifestación. Los códigos “en enfermedades clasificadas en otra parte” no están permitidos ser usados como diagnóstico principal. Deben ser usados junto con un código de afección fundamental y deben ser listados siguiendo la misma.

   Hay códigos de manifestación que no tienen en el título “en enfermedades clasificadas en otra parte”. Para estos códigos estarán además presentes una nota “use código adicional” y las reglas para aplicación de ordenación de códigos. Adicionalmente a las notas en el Tabular, estas manifestaciones también tienen una entrada específica en el Indice. En el Indice ambas afecciones están listadas juntas con el código de la etiología primero seguido por el código de la manifestación entre corchetes. El código entre corchetes será siempre secundario.

   Las combinaciones etiología/manifestación más frecuentemente usadas son los códigos de la diabetes mellitus, categoría 250. Para cada código bajo la categoría 250 hay una nota de codificación adicional para la manifestación que es específica para la manifestación diabética particular. Si un paciente tuviera más de una manifestación de diabetes debe usarse tantos códigos de la categoría 250 como se necesiten para describir completamente la afección diabética. El código de diabetes 250 debe ser primero, seguido de los códigos de manifestación.

   Las notas “Codifique primero” y “Use código adicional” son usadas también como reglas de ordenación para ciertos códigos que no son parte de la combinación etiología/manifestación Ver “Otra codificación múltiple para afecciones únicas” en la sección de normas generales.

B. Normas Generales de Codificación

1. Use conjuntamente el Indice Alfabético y la Lista Tabular.
   Utilice el Indice Alfabético y la Lita Tabular conjuntamente cuando localice y asigne un código. Usar sólo el Indice Alfabético y la Lista Tabular conduce a errores en la asignación de códigos y disminuye la especificidad en la selección del mismo.

2. Localice cada término en el Indice Alfabético y verifique el código elegido en la Lista. Lea y siga las notas de instrucciones que aparecen tanto en el Indice Alfabético como en la Lista tabular.

3. Nivel de detalle en la codificación.
   Los códigos de diagnóstico y el procedimiento deben ser usados con el mayor número de dígitos disponible.

   Los códigos diagnósticos de la ICD-9-CM están compuestos por 3, 4 ó 5 dígitos. Los códigos con tres dígitos están incluidos en la ICD-9-CM como encabezamiento de una categoría de códigos que luego es subdividida utilizando cuartos y/o quintos dígitos, que proporcionan mayor detalle.

   Los códigos de tres dígitos serán usados sólo si no tienen más subdivisiones. Cuando se proporcionan subcategorías de cuarto dígito o subclasificaciones de quinto dígito deben ser utilizadas. Un código es inválido si no ha sido codificado con el mayor número de dígitos requeridos para ese código. Por ejemplo, el infarto agudo de miocardio, código 410, tiene cuartos dígitos que describen la localización del infarto (ej. 410.2, de pared inferolateral), y quintos dígitos que identifican el episodio de cuidado. Sería incorrecto informar un código de la categoría 410 sin cuarto y quinto dígito.

   El volumen 3 de procedimientos de la ICD-9-CM está compuesto por códigos con 3 ó 4 dígitos. Los códigos con dos dígitos están incluidos en la ICD-9-CM como encabezamiento de una categoría de códigos que pueden ser subdivididas con el uso de terceros y/o cuartos dígitos, que proporcionan mayor detalle.

4. La codificación apropiada de código o códigos de 001.0 a V83.02 deben ser usadas para identificar diagnósticos, síntomas, afecciones, problemas, dolencias y otras razones del episodio/visita.

5. La selección de códigos 001.0 al 999.9 será usada normalmente para describir la razón de admisión/contacto. Estos códigos están en las secciones de ICD-9-CM para la clasificación de enfermedades y lesiones (ej. enfermedades infecciosas y parasitarias, neoplasias, síntomas, signos, afecciones mal definidas, etc.)

6. Los códigos que describen síntomas y signos, al contrario que los diagnósticos, son aceptables para informar motivos cuando no se ha establecido (confirmado) un diagnóstico definitivo por parte del médico. El capítulo 16 de la ICD-9-CM, Síntomas, signos y afecciones mal definidas (códigos 780.0-799.9) contiene muchos, aunque no todos los códigos de síntomas.

7. Afecciones que son parte integral del proceso de la enfermedad.
   Los signos y síntomas que son parte integral de una enfermedad no deben ser asignados como código adicional.

8. Afecciones que no son parte integral del proceso de la enfermedad.
   Los signos y síntomas que de forma rutinaria no son asociados con la enfermedad pueden ser codificados adicionalmente cuando estén presentes.

9. Codificación múltiple de una afección simple.
   Adicionalmente a la convención sobre etiología/manifestación que requiere dos códigos para describir completamente una afección simple que afecta múltiples sistemas, hay otras afecciones simples que también requieren más de un código. Las notas "use un código adicional" se encuentran en el Tabular y codifica lo que no es parte de una combinación etiología/manifestación cuando un código secundario es útil para describir completamente una afección. La regla para secuencia de códigos es la misma, "use código adicional" indica que debe ser añadido un código secundario.

   Por ejemplo, para infecciones que no están incluidas en el capítulo 1, se requiere un código secundario de la categoría 041, Infección bacteriana en afecciones clasificadas en otra parte o de lugar inespecífico", para identificar el organismo bacteriano causante de la infección. Una nota "use código adicional" se encontrará normalmente en el código de infección que indica la necesidad de añadir un código secundario para codificar el organismo.

   La nota "codifique primero" está también bajo ciertos códigos que no son específicamente códigos de manifestaciones pero son debidos a una causa fundamental. Cuando se presenta la nota "codifique primero" y está presente una afección fundamental, ésta debe ser codificada primero. En los casos donde no hay afección fundamental responsable o no es identificable el "codifique primero" debe ser ignorado.

   Pueden ser necesarios códigos múltiples para efectos tardíos, complicaciones y códigos obstétricos para describir completamente la afección. Vea las normas específicas para esas afecciones en instrucciones más adelante.

10. Afecciones agudas y crónicas.
    Si la misma afección es descrita a la vez como aguda (subaguda) y crónica, y existen entradas separadas en el Indice Alfabético, con el mismo nivel de sangría, codifique ambos y ponga el agudo (subagudo) primero.

11. Códigos de combinación.

    Un código de combinación es un código simple usado para clasificar:
    dos diagnósticos, o
    un diagnóstico con un proceso secundario asociado (manifestación)
    un diagnóstico con una complicación asociada

    Los códigos de combinación están identificados por referir entradas de subtérminos en el Indice Alfabético y por indicar las notas de exclusión e inclusión en la Lista Tabular.

    Asigne sólo un código de combinación cuando este código identifique completamente las afecciones implicadas o cuando el Indice Alfabético así lo indica. Los códigos múltiples no deben ser usados cuando la clasificación proporciona un código de combinación que claramente identifica todos lo elementos documentados del diagnóstico. Cuando el código de combinación carece de la necesaria especificidad para describir la manifestación o complicación, debe usarse un código adicional como código secundario.

12. Efectos tardíos.

    Un efecto tardío es el efecto residual (afección producida) después que la fase aguda de una enfermedad o lesión ha finalizado. No hay límite de tiempo en el que el código de efecto tardío pueda ser usado. La secuela puede ser evidente pronto, como en los casos de accidente cerebrovascular, o puede ocurrir meses o años más tarde, tal como los que se producen en lesiones previas. La codificación de efectos tardíos generalmente necesita dos códigos ordenados de tal manera que la manifestación de la naturaleza del efecto tardío se pone en primer lugar.

    El efecto tardío se codifica como secundario.
    Una excepción a la norma anterior son aquellos casos donde el código del efecto tardío es seguido por un código de manifestación identificado en la Lista Tabular y en el título, o el código de efecto tardío ha sido ampliado (a niveles de cuarto o quinto dígito) para incluir las manifestaciones. El código para la fase aguda de una enfermedad o lesión que da lugar al afecto tardío nunca es usado con un código de efecto tardío.

    Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular.
    La categoría 438 es usada para indicar afecciones clasificables en las categorías 430-437 como causa de efectos tardíos (déficits neurológicos), ellas mismas clasificadas en otro sitio. Estos "efectos tardíos" incluyen déficits neurológicos que persisten después del comienzo de las afecciones clasificables en 430-437. Los déficitss neurológicos causados por enfermedad cerebrovascular pueden estar presentes desde el comienzo o pueden aparecer en cualquier momento después del comienzo de la afección clasificable como 430-437.

    Los códigos de la categoría 438 pueden ser asignados en una historia clínica con códigos 430-437 si el paciente tiene un accidente cerebrovascular (ACV) actual y déficits de un ACV antiguo. Asigne el código V12.59 (y no un código de la categoría 438) como código adicional para una historia de enfermedad cerebrovascular cuando no están presentes déficits neurológicos.

13. Afecciones calificadas de inminentes o amenazas.
    Codifique cualquier afección descrita en el momento del alta como “inminente” o “amenaza” como sigue:
    - Si ha tenido lugar, codifíquelo como diagnóstico confirmado.
    - Si no ha tenido lugar, consulte el Indice Alfabético para determinar si la afección tiene un subtérmino para “inminente” o “amenaza” y también consulte encabezamientos para“inminente” o “amenaza”.

    Si el subtérmino está listado, asigne el código.
    Si el subtérmino no está listado, codifique la manifestación fundamental existente y no la manifestación descrita como “inminente” o “amenaza”.

C. Normas de Codificación específicas por Capítulo

Adicionalmente a las normas generales de codificación hay normas para diagnósticos y/o afecciones específicas en la clasificación. A menos que se indique lo contrario, estas normas se aplican a todos entornos de cuidados.

C1. Enfermedades infecciosas y parasitarias

A. Infecciones por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

1. Codifique sólo casos confirmados de infección/enfermedad por VIH. Esto es una excepción a la norma para pacientes ingresados (sección II, H) que afirma "si el diagnóstico documentado en el momento del alta es calificado como "probable", "sospechado", "parecido", "cuestionable", "posible" o "aún debe ser descartado", codifique la afección como si existiera..."

   En este contexto, la "confirmación" no requiere documentación de positividad serológica o de cultivo de VIH; si el médico indica que es VIH positivo o tiene una enfermedad relacionada con VIH es suficiente.

2. Selección y secuencia de códigos

   a. Si un paciente es ingresado por una afección relacionada con VIH, el diagnóstico principal debe ser 042, seguido de códigos diagnósticos adicionales para todas las afecciones relacionadas con VIH informadas

   b. Si un paciente con VIH es ingresado por una afección no relacionada (tal como una lesión traumática), el código de la afección no relacionada (ej. el código de la naturaleza de la lesión) debe ser el diagnóstico principal. Otros diagnósticos serían 042 seguidos por los diagnósticos adicionales de las afecciones relacionadas con VIH.

   c. Para la ordenación de códigos es igual que el paciente sea diagnosticado por primera vez o que haya tenido ingresos previos para manifestaciones de HIV.

   d. El código V08, infección por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] asintomática, se aplicará cuando el paciente no tenga otra documentación que los síntomas descritos como "VIH positivo", "VIH conocido", "Test positivo a VIH", o terminología similar. No use este código si está presente el término "SIDA", o si el paciente es tratado de alguna enfermedad relacionada con VIH, o se describe que ha tenido alguna manifestación resultante de su estado VIH positivo: use 042 en estos casos.

   e. Los pacientes con serología VIH inconcluyente, sin diagnóstico definitivo de enfermedad o afección, deben codificarse con 795.71, Prueba serológica inconcluyente para imunodeficiencia humana [VIH].

f. Afecciones relacionadas con VIH previamente diagnosticadas.

Los pacientes con cualquier afección conocida anteriormente relacionada con VIH deben ser codificados como 042. Una vez que el paciente ha desarrollado una afección relacionada con VIH, éste tiene que ser siempre codificado con 042 en cada ingreso/encuentro subsiguiente. Los pacientes previamente diagnosticados con cualquier enfermedad VIH nunca se codificarán como 795.71 ó V08.

g. Infecciones por VIH en embarazo, nacimiento y puerperio.

Durante el embarazo, nacimiento y puerperio, una paciente ingresada debido a afección relacionada con VIH, recibirá como diagnóstico principal 647.6X, Otras enfermedades infecciosas y parasitarias en la madre clasificadas en otra parte, que complican el embarazo, nacimiento y puerperio, seguido de 042 y los códigos para afecciones relacionadas con VIH. Esto es una excepción al orden de codificación expresado arriba.

Las pacientes con infección por VIH asintomática ingresadas durante el embarazo, nacimiento y puerperio recibirán el código 647.6X y V08.

h. Contactos para pruebas de VIH.

Si el paciente está siendo visto para determinar su estado VIH, use el código V73.89, Criba para otra enfermedad viral especificada. Use el código V69.8, Otros problemas relacionados con el estilo de vida, como secundario si un paciente asintomático pertenece a un grupo de alto riesgo conocido para VIH. Si un paciente debiera hacerse pruebas de VIH por signos o síntomas de enfermedad o diagnóstico confirmado relacionado con VIH, codifique los signos, síntomas o diagnósticos. El código adicional de asesoramiento V65.44 debe ser usado si se da asesoramiento durante el contacto para la prueba.

Cuando un paciente vuelve a ser informado de los resultados de las pruebas use el código V65.44, asesoramiento de VIH, si el resultado es negativo. Si el resultado es positivo pero el paciente es asintomático, use el código V08, Infección por VIH asintomática. Si el resultado es positivo y tiene sintomatología use el código 042, Infección por VIH, con los códigos de afecciones relacionadas con VIH. El código de asesoramiento debe ser usado también si el paciente con resultado positivo ha sido asesorado.

B. Septicemia y Shock.

1. Cuando el diagnóstico de septicemia con shock o diagnóstico de sepsis general con shock séptico esté documentado, codifique y coloque la septicemia primero e informe el código de shock séptico como afección secundaria. La asignación del código de septicemia debe identificar el tipo de bacteria si es conocida.

2. La sepsis y el shock séptico asociado con aborto, embarazo ectópico y embarazo molar están clasificados en el capítulo 11 (630-639).

3. Los hemocultivos negativos o no concluyentes no excluyen un diagnóstico de septicemia en pacientes con evidencia clínica de esta afección.

C2. Neoplasias

El capítulo 2 de la ICD-9-CM contiene los códigos de la mayoría de las neoplasias benignas y malignas. Ciertas neoplasias benignas, como el adenoma prostático, pueden ser encontradas en los capítulos de sistemas específicos. Para codificar apropiadamente las neoplasias es necesario determinar e la historia clínica si la neoplasia es benigna, in-situ, maligna, o de comportamiento histológico incierto. Si es maligna deben ser especificados lugares secundarios (metástasis).

La Tabla de Neoplasias en el Indice Alfabético debe ser consultada primero. Si el término histológico está documentado, éste debe ser consultado primero, en orden a determinar qué columna de la Tabla de Neoplasias es la apropiada. Por ejemplo, si la documentación indica "adenoma", remítase al término en el Indice Alfabético para repasar las entradas bajo este término y la nota de instrucción "véase también neoplasia, por sitio, benigna". La tabla proporciona el código apropiado basado en el tipo de neoplasia y el sitio. Es importante seleccionar en la tabla la columna apropiada que corresponda con el tipo de neoplasia. El tabular debe ser luego consultado para verificar que el código correcto ha sido seleccionado de la tabla y que no existe un código más específico.

A. Si el tratamiento está dirigido a la neoplasia designe la neoplasia como diagnóstico principal.

B. Cuando el paciente es ingresado debido a una neoplasia primaria con metástasis y el tratamiento está dirigido solamente hacia el sitio secundario, la neoplasia secundaria será el diagnóstico principal incluso cuando la neoplasia primaria todavía esté presente.

C. La codificación y la ordenación de las complicaciones asociadas con neoplasias malignas o la terapia de las mismas están sujetas a las siguientes normas:

1. Cuando el ingreso es para tratamiento de una anemia asociada a neoplasia maligna, y el tratamiento es sólo para la anemia, ésta será designada como diagnóstico principal y estará seguida del código apropiado para la neoplasia maligna.

2. Cuando el ingreso es para tratamiento de una anemia asociada a quimioterapia o radioterapia, y el tratamiento es sólo para la anemia, ésta será designada como diagnóstico principal y seguida del código indicado para la neoplasia maligna.

3. Cuando el ingreso es para tratamiento de una deshidratación debida a la neoplasia maligna o a la terapia, o a la combinación de ambas, y sólo se está tratando la deshidratación (rehidratación intravenosa), la deshidratación será codificada en primer lugar, seguida del código de la neoplasia maligna.

4. Cuando el ingreso es para tratamiento de una complicación como resultado de un procedimiento quirúrgico realizado para el tratamiento de una neoplasia maligna intestinal, designe la complicación como diagnóstico principal si el tratamiento está dirigido directamente a resolver la complicación.

D. Cuando una neoplasia maligna primaria ha sido previamente extirpada o erradicada de su sitio y no hay más tratamiento dirigido a ese sitio y no hay evidencia de ninguna neoplasia maligna primaria, debe ser usado un código V10, Historia personal de neoplasia maligna, para indicar el antiguo lugar de la neoplasia. Cualquier mención de extensión, invasión o metástasis de otro sitio es codificada como neoplasia maligna secundaria dicho sitio. El lugar secundario debe ser principal frente al código V10 que será usado como código secundario.

E. Ingresos que implican quimioterapia o radioterapia.

1. Cuando un episodio de cuidados implica la extirpación quirúrgica de una neoplasia, primaria o secundaria, seguida de quimioterapia o tratamiento por radiación, el código de la neoplasia debe ser asignado en primer lugar. Cuando un ingreso implica la extirpación quirúrgica de una neoplasia, primaria o secundaria, seguida de quimioterapia o tratamiento por radiación, codifique la neoplasia maligna como diagnóstico principal, usando los códigos 140-198 ó cuando sean apropiados los códigos 200-203.

2. Si el ingreso es exclusivamente para la administración de quimioterapia o terapia por radiación, los códigos V58.0, Admisión para radioterapia, ó V58.1, Admisión para quimioterapia, deben ser diagnósticos principales. Si el paciente recibe ambas quimioterapia y radioterapia, ambos códigos serán usados en cualquier orden.

3. Cuando un paciente ingresa por radioterapia o quimioterapia y desarrolla una complicación tal como náusea o vómito incontrolable o deshidratación, el diagnóstico principal será el V58.0, Admisión para radioterapia, ó V58.1, Admisión para quimioterapia.

F. Cuando el motivo de la admisión es determinar la extensión de la neoplasia maligna, o para un procedimiento tal como paracentesis o toracocentesis, la neoplasia maligna primaria o la secundaria se designará como código principal incluso si se ha administrado quimioterapia o radioterapia.

G. Los síntomas, signos y afecciones listadas en el capítulo 16 características de, o asociadas con una neoplasia maligna primaria o secundaria no deben ser usados para reemplazar la neoplasia maligna como diagnóstico principal, sin tener e cuenta el número de ingresos para el tratamiento de la neoplasia.

C3. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas y trastornos de la inmunidad

Reservado para futuras normas

C4. Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos

Reservado para futuras normas

C5. Trastornos mentales

Reservado para futuras normas

C6. Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos

Reservado para futuras normas

C7. Enfermedades del aparato circulatorio

A. Hipertensión

La Tabla de Hipertensión, encontrada bajo el término principal "hipertensión" en el Indice Alfabético, contiene una completa lista de afecciones debidas o asociadas con la hipertensión y clasificadas de acuerdo a sus características malignas, benignas o inespecíficas.

1. Hipertensión esencial, o NOS.

   Asigne la hipertensión (arterial)(esencial)(primaria)(sistémica)(NOS) a la categoría 401 con el cuarto dígito adecuado para indicar maligna (.0), benigna (.1), o no especificada (.9). No use ni maligna .0 ni benigna .1 mientras la historia clínica no recoja dicha denominación.

2. Hipertensión con enfermedad cardiaca.

   Ciertas afecciones cardiacas (425.8, 428, 429.0-429.3, 429.8, 429.9) están asignadas a códigos de la categoría 402 cuando la relación causal está declarada (debida a hipertensión) o implícita (hipertensiva). Use sólo el código de la categoría 402.

   Las mismas afecciones cardiacas (425.8, 428, 429.0-429.3, 429.8, 429.9) con hipertensión, pero sin relación causal, serán codificadas por separado. Ordene los códigos de acuerdo a las circunstancias del ingreso.

3. Hipertensión con enfermedad renal o fallo renal crónico.

   Asigne códigos de la categoría 403, Enfermedad renal hipertensiva, cuando están presentes afecciones de las categorías 585-587. A diferencia de la hipertensión con enfermedad cardiaca, la ICD-9-CM presume la relación causa-efecto y clasifica el fallo renal con hipertensión como enfermedad renal hipertensiva.

4. Enfermedad cardiaca y renal hipertensiva.

   Asigne códigos de la categoría de combinación 404, Enfermedad cardiaca y renal hipertensiva, cuando la enfermedad renal hipertensiva y la enfermedad cardiaca hipertensiva estén ambas declaradas en el diagnóstico. Se presupone una relación entre la hipertensión y la enfermedad renal, aunque la afección no sea indicada.

5. Enfermedad cerebrovascular hipertensiva.

   Asigne primero códigos de 430-438, Enfermedad cerebrovascular, y luego el código apropiado de hipertensión de las categorías 401-405.

6. Retinopatía hipertensiva.

   Son necesarios dos códigos para identificar la afección. Primero asigne el código de la subcategoría 362.11, Retinopatía hipertensiva, y luego el código apropiado de las categorías 401-405 para indicar el tipo de hipertensión.

7. Hipertensión secundaria.
   Se requieren dos códigos: uno para identificar la etiología fundamental y otro de la categoría 405 para identificar la hipertensión. La secuencia de los códigos la determina la razón del ingreso.

8. Hipertensión transitoria.
   Asigne el código 796.2, Presión sanguínea elevada sin diagnóstico de hipertensión, mientras que el paciente tiene un diagnóstico establecido de hipertensión. Asigne el código 642.3X para la hipertensión transitoria en el embarazo.

9. Hipertensión controlada.
   Asigne el código apropiado de las categorías 401-405. Este diagnóstico refiere normalmente un estado de hipertensión bajo tratamiento.

10. Hipertensión incontrolada.
    La hipertensión incontrolada debe referir una hipertensión no tratada o hipertensión que no responde al régimen corriente de tratamiento. En cualquier caso, asigne el código apropiado de las categorías 401-405 para designar la etapa y tipo de hipertensión

11. Presión sanguínea elevada.
    Para una presión sanguínea elevada sin hipertensión sin mayor especificación, asigne el código 796.2, Presión sanguínea elevada sin diagnóstico de hipertensión, preferentemente a códigos de la categoría 401.

C8. Enfermedades del aparato respiratorio

Reservado para futuras normas

C9. Enfermedades del aparato digestivo

Reservado para futuras normas

C10. Enfermedades del aparato genitourinario

Reservado para futuras normas

C11. Complicaciones del embarazo, nacimiento y puerperio

A. Reglas generales para casos obstétricos

1. Los casos obstétricos requieren códigos del capítulo 11, en el rango 630-677, Complicaciones del embarazo, nacimiento y puerperio. Si el embarazo es documentado por el médico como incidental, codifique V22.2 en lugar de cualquier código del capítulo 11. Es responsabilidad del médico especificar si la afección que está siendo tratada no afecta al embarazo.

2. Los códigos del capítulo 11 tienen prioridad en la secuencia sobre otros capítulos. Deben usarse códigos adicionales de otros capítulos junto con los códigos del capítulo 11 para especificar más las afecciones. Por ejemplo, sepsis y shock séptico asociado a aborto, embarazo ectópico y embarazo molar están clasificadas en las categorías de códigos del capítulo 11 (630-639).

3. Los códigos del capítulo 11 están para ser usados con la historia materna, nunca con la historia del recién nacido.

4. Las categorías 640-648, 651-676 requieren quinto dígito, que indica sin el contacto ha sido anteparto, postparto, o si se ha producido o no parto.

5. Los quintos dígitos, que son apropiados para cada código están listados entre corchetes bajo cada código). Los quintos dígitos en cada código deben ser coherentes unos con otros. Esto es, si se produce un parto, todos los quintos dígitos deben indicar el parto.
6. Para las visitas prenatales de pacientes con embarazo de alto riesgo, debe ser usado un código de la categoría V23, Supervisión de embarazo de alto riesgo, como diagnóstico principal. Deben usarse conjuntamente como secundarios otros códigos del capítulo 11. Es necesario reparar minuciosamente cualquier nota de exclusión para estar seguro que ese código V está siendo usado apropiadamente.
7. Cuando ocurre un parto debe ser usado un código de resultado del parto V27.0-V27.9. Estos códigos no deben ser usados en episodios subsiguientes ni en la historia clínica del recién nacido.

8. Para las visitas prenatales de rutina cuando no hay complicaciones, codifique V22.2, Supervisión de primigrávida normal, y V22.1, Supervisión de otro embarazo normal, como diagnóstico principal. Estos códigos no deben ser usados conjuntamente con códigos del capítulo 11.

B. Selección del Diagnóstico principal.

1. En episodios donde no se produce parto, el diagnóstico principal debe corresponde a la complicación principal del embarazo que ha producido el ingreso. Si ocurriera más de una complicación y fueran tratadas o monitorizadas, cualquiera de las complicaciones puede ser codificada primero.

2. Cuando se produce un parto, el diagnóstico principal debe corresponder a la principal circunstancia de la complicación del parto.

C. Las circunstancias fetales que afectan el tratamiento de la madre de las categorías 655, Anormalidades conocidas o sospechadas que afectan el tratamiento de la madre, y 656, Otros problemas del feto y de la placenta que afectan el tratamiento de la madre, se asignarán sólo cuando la afección fetal sea actualmente responsable de modificación en el tratamiento de la madre, esto es, por requerir estudios diagnósticos, observación adicional, cuidados especiales, o finalización del embarazo. El hecho de que la afección fetal exista no justifica asignar un código de este tipo a la historia de la madre.

D. Infección por VIH en embarazo, nacimiento y puerperio.
Durante el embarazo, nacimiento y puerperio, una paciente ingresada a causa de una afección relacionada con VIH debe recibir el diagnóstico principal 647.6X, Otra enfermedad infecciosa o parasitaria especificada en la madre clasificada en otro sitio, que complica embarazo, nacimiento o puerperio, seguido de 042 y los códigos de afecciones relacionadas con VIH. Esta es una excepción a la regla de secuencia de códigos ya descrita.

Pacientes con infección por VIH asintomática ingresadas durante embarazo, nacimiento y puerperio deben codificarse como 647.6X y V08.

E. Parto normal, 650

1. El código 650 es para usarlo en casos de que una mujer sea ingresada para un parto normal a término, de hijo único, sano, y sin complicaciones anteparto, durante el parto y en el postparto durante ese episodio.

2. El código 650 puede ser usado en pacientes que han tenido una complicación en algún momento del embarazo pero dicha complicación no está presente en el momento del ingreso para el parto.

3. El código 650 siempre es diagnóstico principal. No puede ser usado con ningún otro código del capítulo 11 si hay que describir una complicación actual del período antenatal, del parto o perinatal. Pueden usarse códigos adicionales de otros capítulos con el código 650 cuando no están relacionados o no complican de ningún modo el embarazo.

4. El código V27.0, Nacido único con vida, es el único código de producto del parto apropiado para usarse con el 650.

F. Período postparto.

1. El período postparto comienza inmediatamente después del parto y continúa seis semanas siguientes al mismo.

2. Una complicación postparto es una complicación ocurrida dentro de un período de seis semanas.

3. Los códigos del capítulo 11 pueden ser también usados para describir complicaciones relacionadas con el embarazo después de las seis semanas si el médico documenta que esta afección tiene relación con el embarazo.

4. Las complicaciones postparto que ocurren durante el mismo episodio de parto están identificadas con el quinto dígito "2". Los siguientes episodios para complicaciones postparto deben ser identificados con el cuarto dígito "4".

5. Cuando la madre pare fuera del hospital antes del ingreso y es admitida para cuidados postparto rutinarios y no se evidencian complicaciones, use el código V24.0, Cuidado y examen postparto inmediatamente después del parto, como diagnóstico principal.

6. Un diagnóstico de parto no debe ser usado para una mujer que ha parido antes del ingreso en el hospital. Debe ser codificado cualquier procedimiento postparto.

G. Código 677, Efectos tardíos de complicaciones del embarazo, nacimiento y puerperio.

1. El código 677, Efectos tardíos de complicaciones del embarazo, nacimiento y puerperio, es para su uso en casos donde la complicación inicial del embarazo desarrolla una secuela que requiere cuidados o tratamiento en una fecha futura.

2. El código puede ser usado en cualquier momento después del período inicial de postparto.

3. Este código, al igual que todos los efectos tardíos, debe seguir en la ordenación de códigos a los de las secuelas de la complicación.

H. Abortos.

1. Para las categorías de aborto 634-637 se requieren quintos dígitos. El quinto dígito 1, incompleto, indica que el producto de la concepción no ha sido expulsado completamente del útero. El quinto dígito 2, completo, indica que todos los productos de la concepción han sido expulsados del útero antes del episodio de cuidados.

2. Deben usarse códigos de las categorías 640-648 y 651-657 como códigos adicionales para indicar la complicación más destacada del aborto.

   El quinto dígito 3 se asigna a códigos de estas categorías cuando son usadas en abortos donde los otros quintos dígitos no son aplicables. Los códigos de las categorías 660-669 no deben ser usados para complicaciones del aborto.

3. El código 639 debe ser usado para todas las complicaciones siguiendo al aborto. No debe asignarse con códigos de las categorías 634-638.

4. Aborto con feto vivo.
   Cuando un intento de finalización del embarazo da como resultado un feto vivo asigne el código 644.21, Inicio precoz del parto, con el código apropiado de la categoría V27, Producto del parto. El código de procedimiento para el intento de finalización de embarazo debe ser también asignado.

5. Productos retenidos de la concepción que siguen a un aborto.
   Los ingresos subsiguientes para productos retenidos de la concepción siguiendo a un aborto espontáneo o legalmente inducido, tienen asignados un código apropiado en la categoría 634, Aborto espontáneo o legalmente inducido, con quinto dígito "1" (incompleto). Esto está indicado incluso si el paciente fue dado de alta previamente con diagnóstico de aborto completo.

C12. Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo

Reservado para futuras normas

C13. Enfermedades del aparato musculoesquelético y tejido conectivo

Reservado para futuras normas

C14. Anomalías congénitas

Reservado para futuras normas

C15. Normas en el neonato (perinatal)

Para los propósitos de codificación e información el período perinatal está definido desde el nacimiento hasta el día 28 tras el mismo. Los hospitales pueden recoger tantos diagnósticos como necesiten para su uso interno.

A. Regla general para perinatal

Todas las afecciones clínicamente significativas que se anotan en el examen de rutina del recién nacido deben ser codificadas. Una afección es clínicamente significativa si requiere:

evaluación clínica; o
tratamiento terapéutico; o
procedimientos diagnósticos; o
estancia prolongada en el hospital; o
aumento de cuidados de enfermería o control; o
tiene implicaciones para las necesidades de cuidado futuras.

Nota: las normas perinatales listadas arriba son las mismas que las normas generales de codificación para "diagnósticos adicionales", excepto en el último punto respecto a las implicaciones para futuros cuidados. Si una afección es o no clínicamente significativa sólo puede ser determinada por el médico.

B. Uso de códigos V30-V39.

Cuando se codifique el nacimiento de un niño, asigne el código de las categorías V30-V39 de acuerdo al tipo de nacimiento. Los códigos de estas categorías se asignan como diagnóstico principal y sólo por una vez en el recién nacido en el momento del nacimiento.

C. Traslado de recién nacidos.

Si el recién nacido es trasladado a otra institución, el V30 no se usará en el hospital de traslado.

D. Uso de la categoría V29.

1. Asigne un código de la categoría V29, Observación y evaluación de recién nacidos en afecciones no confirmadas, para identificar aquellos casos donde es evaluada la salud del neonato para una afección que no está presente tras el estudio. No use el código de la categoría V29 cuando el paciente tenga identificados signos o síntomas de problemas sospechados; en tales casos, codifique el signo o el síntoma.

2. El código V29 debe ser usado como secundario tras el V30, Producto del parto. Puede ser usado como principal para readmisiones donde el V30 no puede ser usado. Este debe usarse sólo en recién nacidos sanos en los cuales no está presente ninguna afección tras el estudio.

E. Causas maternas de morbilidad perinatal.

Los códigos de las categorías 760-763, Causas maternas de morbilidad y mortalidad perinatal, son asignados cuando la enfermedad materna afecta actualmente al feto o neonato. El hecho de que la madre tenga una afección médica asociada o experimente alguna complicación en el embarazo o en el parto no justifica la asignación rutinaria de códigos de estas categorías en la historia del recién nacido.

F. Anomalías congénitas.

Asigne un código apropiado de las categorías 740-759, Anomalías congénitas, como diagnóstico adicional cuando una anormalidad específica es diagnosticada en un niño. Las anomalías congénitas pueden ser también diagnóstico principal para ingresos posteriores al del recién nacido. Tales anormalidades pueden ocurrir como un conjunto de síntomas o malformaciones múltiples. Debe ser asignado un código para cada manifestación presente del síndrome si éste no está específicamente indexado en la ICD-9-CM.

G. Codificación de diagnósticos perinatales adicionales

1. Asigne códigos para afecciones que requieran tratamiento y posterior investigación, estancia prolongada o utilización de recursos.

2. Asigne códigos para afecciones que hayan sido especificadas por el médico como que tendrán implicaciones en futuras necesidades de cuidados.

   NOTA: Esta norma no debe ser usada para pacientes adultos.

3. Asigne un código de afección del recién nacido originada en período neonatal (categorías 760-779) además de las complicaciones que surjan durante el episodio de cuidados actual clasificadas en otros capítulos, sólo si el diagnóstico ha sido documentado por el médico responsable en el momento del alta como que afecta al feto o recién nacido.

H. Prematuridad y retraso del crecimiento fetal.

Los códigos de las categorías 764 y 765 no deben ser asignados basados únicamente en el peso recogido del recién nacido o la edad gestacional estimada, sino atendiendo a la valoración de la maduración del niño realizada por el médico. NOTA: Ya que los médicos pueden usar diferentes criterios para determinar la prematuridad, no codifique el diagnóstico de prematuridad mientras el médico no documente dicha afección.

C16. Signos, síntomas y afecciones mal definidas

Reservado para futuras normas

C17. Lesiones y envenenamientos

A. Codificación de las heridas.

Cuando se codifican heridas, asigne códigos para cada lesión, a no ser que se proporcione un código de combinación, en cuyo caso éste debe ser asignado. Los códigos de heridas múltiples son proporcionados por la ICD-9-CM, pero no deben ser utilizados a no ser que no tengamos disponible unos códigos con información más específica. Estos códigos no serán usados para la cicatrización normal de heridas quirúrgicas o para identificar complicaciones de heridas quirúrgicas.

El código para la herida más grave, determinada por el médico, debe ser codificado en primer lugar.

1. Las heridas superficiales tales como abrasiones o contusiones no serán codificadas junto con lesiones más graves del mismo sitio.

2. Cuando una herida primaria resulta en un daño menor de nervios periféricos o vasos sanguíneos, la lesión primaria debe ser codificada primero y códigos adicionales de las categorías 950-957, Lesiones de nervios y espina dorsal y/o 900-904, Lesiones de vasos sanguíneos. Cuando la lesión primaria es de vasos sanguíneos o nervios, éstas deben ser codificadas primero.

B. Codificación de las fracturas.

Los principios de codificación múltiple de las lesiones deben ser seguidos en la codificación de las fracturas. Las fracturas de lugares específicos se codificarán individualmente por sitio de acuerdo a las categorías 800-829 y al nivel de detalle suministrado por el informe médico. Se proporcionan categorías de combinación de fracturas múltiples para su uso cuando hay detalle insuficiente en el informe médico (tal como traumatismo trasladado a otro hospital), cuando el sistema de recogida de códigos tenga limitado el número de códigos a registrar, o cuando hay especificidad insuficiente a niveles de cuarto o quinto dígito. Más normas específicas son:

1. Fracturas múltiples del mismo miembro clasificables en el mismo tercer o cuarto dígito se codificarán en esta categoría.

2. Fracturas múltiples unilaterales o bilaterales del mismo hueso pero clasificadas en diferentes cuarto dígitos dentro de la misma categoría de tres dígitos se codificarán individualmente por sitio.

3. Las categorías 819 y 828 de fracturas múltiples clasifican fracturas bilaterales de ambos miembros superiores (819) o ambos miembros inferiores (828), pero sin otro detalle más que el tipo abierto o cerrado de la fractura.

4. Las fracturas múltiples serán ordenadas de acuerdo con la gravedad de la fractura y debería pedirse al médico una lista de fracturas ordenadas por gravedad.

C. Codificación de las quemaduras.

Las quemaduras (940-948) están clasificadas por profundidad, extensión y agente (código E). Las quemaduras están clasificadas por profundidad como de primer grado (eritema), segundo grado (flictena) y tercer grado (afecta espesor completo).

1. Codifique primero el código que refleje el más alto grado de quemadura cuando este presente más de una quemadura.

2. Clasifique las quemaduras del mismo sitio (categoría de tres dígitos)(940-947) pero de diferentes grados en la subcategoría que identifique el grado mas alto recogido en el diagnóstico.

3. Las quemaduras no curadas son codificadas como quemaduras agudas. La necrosis de piel quemada debe ser codificada como quemadura no curada.

4. Asigne el código 958.3, Infección de herida postraumática no clasificada en otro sitio, como código adicional para quemadura infectada de cualquier sitio.

5. Cuando se codifican quemaduras, asigne por separado códigos para cada lugar de quemadura. La categoría 946, Quemaduras de sitios múltiples especificados, debe ser usada sólo si la localización de las mismas no está documentada.

   La categoría 949, Quemadura inespecífica es extremadamente indefinida y debería ser raramente usada

6. Asigne códigos de la categoría 948, Quemaduras clasificadas de acuerdo a la superficie corporal afectada cuando el lugar de la quemadura no ha sido especificado o cuando se necesita para información adicional. Es aconsejable usar la categoría 948 como código adicional cuando se necesita proporcionar datos para evaluar la mortalidad por quemadura, tal como ocurre en las unidades de quemados. También es aconsejable usar la categoría 948 como código adicional cuando hay que informar los casos de quemaduras de tercer grado que afectan el 20 por ciento o más de la superficie corporal.

   Cuando se asigna un código de la categoría 948:

   El cuarto dígito es usado para identificar el porcentaje de superficie total afectada en la quemadura (todos los grados)

   Los quintos dígitos se asignan para identificar el porcentaje de superficie total afectada de quemadura con tercer grado.

   El quinto dígito cero (0) es asignado cuando es menor del 10 por ciento o cuando no hay superficie afectada con tercer grado.

La categoría 948 está basada en la clásica "regla de los nueves" estimando la superficie corporal afectada: cabeza y cuello se asigna un nueve por ciento, cada brazo 9 por ciento, cada pierna 18 por ciento, el tronco anterior 18 por ciento, tronco posterior 18 por ciento, y genitales uno por ciento. Los médicos pueden cambiar dicho porcentaje cuando sea necesario para aplicarlo a niños que tienen proporcionalmente mayor la cabeza que los adultos y pacientes con grandes nalgas, muslos o abdomen afectados por quemaduras.

7. Los ingresos para tratamiento de efectos tardíos de quemaduras (ej. escaras o sinequias) deben ser codificados con la afección (secuela) seguido del código apropiado de efecto tardío (906.5-906-9). Debe ser usado también un código E de efecto tardío, si se desea (en la versión española es obligatorio [NT]).

8. Cuando sea pertinente pueden codificarse a la vez la secuela con un código de efecto tardío, y un código de quemadura en el mismo episodio.

D. Codificación del desbridamiento de herida, infección o quemadura.
El desbridamiento escisional debe ser realizado por un médico y/u otro proveedor de cuidados e implica un desbridamiento escisional en oposición al mecánico (cepillado, frotado, lavado).

Para la codificación el desbridamiento escisional es el 86.22.

El desbridamiento no escisional se asigna como 86.28

E. Efectos adversos, envenenamientos y efectos tóxicos.
Las propiedades de ciertos fármacos, sustancias medicinales y biológicas o combinaciones de ellas, pueden causar reacciones tóxicas. La incidencia de toxicidad por medicamentos es clasificada en la ICD-9-CM como sigue:

1. Efectos adversos.
Cuando un medicamento es prescrito y administrado adecuadamente, codifique la reacción y además el código apropiado E930-E949. Los códigos E930-E949 deben ser usados para identificar la sustancia causante del efecto adverso del fármaco, sustancia medicinal o biológica, correctamente prescrita y apropiadamente administrada. Los efectos, tales como taquicardia, delirio, hemorragia gastrointestinal, vómito, hipopotasemia, hepatitis, fallo renal o fallo respiratorio, son codificados seguidos por el código apropiado E930-E949.

Los efectos adversos de sustancias terapéuticas correctamente prescritas y apropiadamente administradas (toxicidad, reacción sinérgica, efectos colaterales, y reacción idiosincrásica) pueden ser debidos a (1) diferencias entre pacientes, tales como edad, sexo, enfermedades o factores genéticos, y (2) factores relacionados con los medicamentos, tales como tipo de fármaco, vía de administración, duración del tratamiento, dosis y biodisponibilidad.

2. Envenenamiento.

a. Cuando se produce un error en la prescripción o en la administración de un medicamento por un médico, enfermero, paciente u otra persona, use el código apropiado de envenenamiento (960-979).

b. Si se ha tomado o administrado una sobredosis de un medicamento intencionadamente y tiene como resultado una toxicidad medicamentosa, debe ser codificado como envenenamiento (960-979).

c. Si un fármaco o agente medicinal no prescrito es tomado en combinación con otro correctamente prescrito y administrado, cualquier toxicidad medicamentosa o reacción resultante de la interacción de los dos medicamentos debe ser clasificada como envenenamiento.

d. Cuando se codifica un envenenamiento o reacción por uso inapropiado de una medicación (ej. dosis equivocada, sustancia equivocada, vía de administración equivocada) el código de envenenamiento debe ser puesto primero, seguido del código de la manifestación. Si hay también diagnóstico de abuso de medicamentos o dependencia a sustancias, el abuso o la dependencia se codificará como código adicional.

C18. Clasificación de factores que influyen en el estado de salud y contactos con los servicios de salud

La ICD-9-CM proporciona códigos para abordar contactos en otras circunstancias que las enfermedades o lesiones. La clasificación suplementaria de factores que influencian el estado de salud y contactos con los servicios sanitarios (V01-V83.02) se proporciona para abordar ocasiones en las que otras circunstancias diferentes a enfermedad o lesión son recogidas como un diagnóstico o un problema.

Los códigos V son para usarse en todos los entornos de cuidados de salud pero generalmente son aplicables a los pacientes externos o no agudos. Los códigos V pueden ser usados sin embargo como primer diagnóstico (o diagnóstico principal en pacientes ingresados).

Códigos de categorías V71.0-V71.9, Observación y evaluación de afecciones sospechadas.
Los códigos de las categorías V71.0-V71.9 están asignados como diagnóstico principal en contactos o admisiones para evaluar un estado cuando hay alguna evidencia que sugiera la existencia de una estado anormal o seguida de un accidente u otro incidente que normalmente resulta en un problema de salud, y donde la afección sospechada no ha sido encontrada ni ha requerido tratamiento actualmente. El hecho de que el paciente pueda ser programado para continuar la observación en consultas tras el alta no limita el uso de esta categoría.

C19. Clasificación suplementaria de causas externas de lesión y envenenamiento (códigos E)

Introducción: Estas normas son proporcionadas para aquellos que normalmente recogen los códigos E con el fin de ser estandarizar procesos. Si su institución planea comenzar a recoger los códigos E, estas normas deben ser aplicadas. El uso de códigos E es suplementario a la aplicación de códigos diagnósticos de la ICD-9-CM. Los códigos E no serán recogidos nunca como diagnóstico principal (primer diagnóstico en pacientes no ingresados) y no son necesarios para su envío al CMS (Centres for Medicare and Medicaid Services) (en la versión española los códigos E son siempre obligatorios [NT]).

Los códigos de causas externas de lesiones y envenenamientos (códigos E) están dirigidos a proporcionar datos para las estrategias de investigación de la lesión y prevención de lesiones. Los códigos E plasman cómo la lesión o envenenamiento ha ocurrido (causa), el intento (no intencionado o accidental; o intencionado, tal como suicidio o agresión), y el lugar sonde el suceso ha ocurrido. Algunas categorías de códigos E incluyen:

accidentes de transporte
envenenamiento y efectos adversos de fármacos, sustancias medicinales y biológicas
caídas accidentales
accidentes causados por fuego y llamas
accidentes debidos a factores naturales y ambientales
efectos tardíos de accidentes, agresiones o autolesiones
agresiones o lesiones infligidas a propósito
suicidio o lesiones autoinfligidas

Estas normas se aplican para la codificación de los códigos E procedentes de los registros en hospitales, consultas externas, servicios de urgencias, otros cuidados ambulatorios y consultas médicas, y cuidados no agudos, excepto cuando se aplica otra norma específica. (Véase Sección III, Normas para envío de diagnósticos de pacientes externos/ Requisitos para facturas médicas).

A. Normas generales para codificar los códigos E.

1. Se debe usar un código E cuando cualquier código de las categorías 001-V83.02, indican una lesión, envenenamiento o efecto adverso debido a una causa externa.

2. Asigne el código E apropiado en todos los tratamientos iniciales de lesión, envenenamiento o efecto adverso de medicamentos.

3. Use un código E de efecto tardío para sucesivas visitas cuando se está tratando un efecto tardío de lesión o envenenamiento. No hay código E para efectos adversos de medicamentos.

4. Use el rango completo de los códigos E para describir totalmente la causa, el intento y el lugar del suceso, si es aplicable, para todas las lesiones, envenenamientos y efectos adversos de medicamentos.

5. Asigne tantos códigos E como sean necesarios para explicar completamente cada causa. Si sólo se puede registrar un código E, asigne el más relacionado al diagnóstico principal.

6. La selección del código E apropiado está dirigida por el Indice de Causas Externas, que se localiza después del Indice Alfabético de enfermedades y por las notas de inclusión y exclusión de la Lista Tabular.

7. Un código E nunca puede ser diagnóstico principal (primero de la lista).

B. Normas para el lugar del suceso.

Use un código adicional de la categoría E849 para indicar el lugar del suceso de lesiones y envenenamientos. El lugar del suceso describe el sitio donde ha ocurrido dicho suceso y no la actividad del paciente en el momento del mismo.

No use E849.9 si el lugar del suceso no está señalado.

C. Normas para efectos adversos de fármacos, sustancias medicinales y biológicas.

1. No codifique directamente desde la Tabla de Medicamentos y Productos Químicos. Consulte siempre antes la Lista Tabular.

2. Utilice tantos códigos como sea necesario para describir completamente todos los fármacos y sustancias medicamentosas o biológicas.

3. Si el mismo código E puede describir el agente causal de más de una reacción adversa, asigne el código una sola vez.

4. Si se informa de dos o más fármacos, sustancias medicinales o biológicas, codifique cada una individualmente a no ser que la combinación esté listada en la Tabla de Medicamentos y Sustancias Químicas. Es este caso asigne el código E de la combinación.

5. Cuando resulta una reacción de la interacción de medicamentos con alcohol, use códigos E de envenenamiento para ambos.

6. Si el formato de envío de datos limita el número de códigos E que pueden asignarse, codifique los más relacionados con el diagnóstico principal. Incluya al menos uno de cada categoría (causa, intento, lugar de suceso) si es posible.

   Si hay distintos códigos de cuarto dígito en la misma categoría de tres dígitos, use el código de la categoría “Otro especificado”. Si no hay códigos de “Otro especificado” en esta categoría, use el código “No especificado” apropiado de dicha categoría.

   Si los códigos están en diferentes categorías de tres dígitos, asigne el código E apropiado para otros fármacos y sustancias medicinales múltiples.

7. Los códigos E930-E949 deben ser usados para identificar la sustancia causal de un efecto adverso de fármaco, sustancia medicinal o biológica, correctamente prescrita y apropiadamente administrada. Los efectos, tales como taquicardia, delirio, hemorragia gastrointestinal, vómito, hipopotasemia, hepatitis, fallo renal o fallo respiratorio, es codificado y seguido por el código apropiado de las categorías E930-E949.

D. Normas para codificar causas múltiples con códigos E.

Si dos o más sucesos causan por separado lesiones, debe asignarse un código E para cada causa. El primer código E debe ser seleccionado siguiendo el siguiente orden:

Los códigos E para abuso de niños y adultos tienen prioridad sobre todos los otros códigos E - véase normas de abusos de niños y adultos.

Los códigos E de sucesos catastróficos tiene prioridad sobre todos los demás códigos E excepto abusos de niños y adultos.

Los códigos E de accidentes del transporte tienen prioridad sobre todos los demás códigos E excepto abuso de niños y adultos y sucesos catastróficos.

El primer código E debería corresponder a la causa del diagnóstico más grave debido a agresión, accidente o autolesión, siguiendo el orden jerárquico listado arriba.

E. Normas para abusos de niños y adultos.

1. Cuando la causa de una lesión o descuido es un abuso intencional de niño o adulto, el primer código E debe ser asignado de las categorías E960-E968, Homicidio y lesión infligida intencionadamente por otras personas (excepto categoría E967). Un código de la categoría E967, Apaleamiento y maltrato a niño y adulto, debe ser añadido como código adicional para identificar el autor, si se conoce.

2. En casos de abandono cuando la intención se ha determinado como accidental, debe ser codificado en primer lugar el código E904.0, Accidente por abandono o descuido de niño o minusválido.

F. Normas para propósitos sospechados o desconocidos.

1. Si el propósito (accidente, autolesión, agresión) de la causa de una lesión o envenenamiento es desconocido o inespecífico,

2. Si el propósito (accidente, autolesión, agresión) de la causa de la lesión o envenenamiento es discutible, probable o sospechada codifique el propósito como indeterminado E980-E989.

G. Causas indeterminadas.

Cuando el propósito de una lesión o envenenamiento es conocido, pero la causa es desconocida, use el código E928.9, Accidente no especificado, E958.9, Suicidio o autolesión por medio inespecífico, y E968.9, Agresión por medio inespecífico.

H. Normas para efectos tardíos de causas externas.

1. Existen códigos E de efectos tardíos de lesiones y envenenamientos pero no para efectos adversos de fármacos, accidentes médicos o complicaciones quirúrgicas.

2. Debe ser usado un código E de efecto tardío (E929, E959, E969, E977, E989 o E999) con un efecto tardío o secuela resultante de una lesión o envenenamiento previos (905-909).

3. No debe ser usado nunca un código E de efecto tardío con un código relacionado con la naturaleza de la lesión actual.

I. Normas para accidentes y complicaciones en cuidados.

1. Asigne un código de las categorías E870-E876 si el accidente ha sido señalado por el médico

2. Asigne un código de las categorías E878-E879 si el médico atribuye una reacción anormal o una complicación tardía de un procedimiento quirúrgico o médico, pero no menciona accidente en el momento del procedimiento como causa de dicha reacción.

Sección II Selección del Diagnóstico Principal para servicios de cuidados agudos (ingresados)

Las circunstancias del ingreso siempre dirigen la selección del diagnóstico principal. El diagnóstico principal es definido en el Uniform Hospital Discharge Data Set (UHDDS) como la "condición establecida tras el estudio que principalmente es responsable de ocasionar la admisión del paciente en el hospital para su cuidado" (El UHDDS es el equivalente a nuestro CMBD [NT]).

Las definiciones del UHDDS son usadas por hospitales de cuidados agudos y corta estancia para informar los datos de los ingresos de una forma estandarizada. Estos datos y sus definiciones pueden ser encontrados en el Registro Federal (vol.50, nº147), pp.31038-40, de 31 de julio de 1985.

En determinados diagnósticos principales las recomendaciones de la ICD-9-CM, volúmenes I y II tienen prioridad sobre estas normas oficiales de codificación. (Véase Sección IA).

La importancia de una documentación completa y consistente en la historia clínica no puede ser pasada por alto. Sin tal documentación la aplicación de las normas de codificación es una tarea dificultosa, si no imposible.

A. Códigos de síntomas, signos y afecciones mal definidas.
Los códigos de síntomas, signos y afecciones mal definidas del capítulo 16 no deben ser usados como diagnóstico principal cuando se ha establecido un diagnóstico relacionado definitivo.

B. Dos o más afecciones relacionadas que pueden cumplir la definición de diagnóstico principal.
Cuando dos o más afecciones relacionadas (tales como enfermedades del mismo capítulo de la ICD-9-CM o manifestaciones características asociadas a cierta enfermedad) que potencialmente cumplen la definición de diagnóstico principal, cualquier afección puede ser codificada primero, a no ser que las circunstancias del ingreso, el tratamiento proporcionado, la Lista Tabular, o el Indice Alfabético indique lo contrario.

C. Dos o más diagnósticos que cumplen por igual la definición de diagnóstico principal.
En el caso inusual de que dos o más diagnósticos cumplan por igual los criterios de diagnóstico principal, determinados por la circunstancia de admisión, protocolo diagnóstico y/o tratamiento proporcionado, y el Indice Alfabético, Lista Tabular u otra norma de codificación no nos proporcione el orden de códigos. Cualquiera de los diagnósticos puede ser puesto en primer lugar.

D. Dos o más diagnósticos diferenciales.
En el infrecuente caso de que dos o más diagnósticos diferenciales sean documentados como "o uno u otro" (o terminología similar) serán codificados como si los diagnósticos estuvieran confirmados y los mismos serán ordenados de acuerdo con las circunstancias del ingreso. Si no se puede hacer más sobre qué diagnóstico debe ser principal, cualquiera puede ser puesto en primer lugar.

E. Un síntoma(s) seguido de diagnósticos diferenciales.
Cuando un síntoma(s) es seguido de diagnósticos comparativos, el síntoma de codifica primero. Todos los diagnósticos diferenciales deben ser codificados como diagnósticos secundarios.

F. Plan de tratamiento no realizado.
Ponga como diagnóstico principal la afección que, tras el estudio, fue la causa del ingreso, aunque el tratamiento no se haya llevado a cabo debido a circunstancias imprevistas.

G. Complicaciones de la cirugía u otros cuidados médicos.
Cuando el ingreso es para tratamiento de una complicación resultante de cirugía o cuidado médico, el código de la complicación se podrá como diagnóstico principal. Si la complicación está clasificada en las categorías 996-999, se asignará un código adicional para la complicación específica.

H. Diagnósticos dudosos.
Si el diagnóstico indicado en el momento del alta es calificado como "probable", "sospechado", "parecido", "cuestionable", "posible", o "todavía por descartar", codifique la afección como si existiera o como si estuviera establecida. Las bases para esta norma son el protocolo diagnóstico, planes para otro protocolo u observación, y la aproximación a la terapéutica que corresponda más estrechamente con el diagnóstico establecido.

Sección III Información de Diagnósticos Adicionales

Un esfuerzo conjunto entre del médico asistencial y el codificador es esencial para conseguir una documentación completa y precisa, la asignación del código, y el envío de diagnósticos y procedimientos. Esta norma ha sido desarrollada y aprobada por las Entidades Colaboradoras para ayudar tanto al médico como al codificador para identificar aquellos diagnósticos que deben ser informados adicionalmente al diagnóstico principal. Los hospitales deben recoger tantos diagnósticos como sean necesarios para uso interno.

REGLAS GENERALES PARA OTROS (ADICIONALES) DIAGNOSTICOS.
Para propósitos de información la definición de "otros diagnósticos" es interpretada con las afecciones adicionales que afectan el cuidado de paciente cuando requieren:

evaluación clínica; o
tratamiento terapéutico; o
procedimientos diagnósticos; o
estancia hospitalaria de larga duración; o
cuidados o monitorización de enfermería.

El item 11-b de la UHDDS define "Otros Diagnósticos" como "todas las afecciones que coexisten en el momento de la admisión, que se desarrollan posteriormente, o que afectan al tratamiento recibido y/o a la duración de la estancia. Los diagnósticos descritos en episodios anteriores que no influyan en la estancia actual serán excluidos". Las definiciones de UHDDS se aplican a pacientes ingresados en hospitales de agudos y corta estancia.

Las siguientes normas se aplicarán en los denominados "otros diagnósticos" cuando ni el Indice Alfabético ni la Lista Tabular proporcionen una indicación. El listado de diagnósticos en la historia del paciente es responsabilidad del médico que lo atiende.

A. Afecciones previas.
Si el médico ha incluido un diagnóstico en un informe diagnóstico final, tal como el resumen al alta, este debe ser normalmente codificado. Algunos médicos incluyen en el informe diagnóstico afecciones resueltas o diagnósticos y estados posteriores al procedimiento de admisiones previas que no influyen en la estancia actual. Tales afecciones no deben ser recogidas y sólo se codificarán si se requieren por la política del hospital.

Sin embargo, los códigos de antecedentes (V10-V19) deben ser usados como códigos secundarios si dichos antecedentes personales o familiares tienen un impacto en el cuidado presente o influye en el tratamiento.

B. Hallazgos anormales.
Los hallazgos anormales (laboratorio, rayos X, anatomía patológica, y otros resultados diagnósticos) no serán codificados a no ser que el médico indique su importancia clínica. Si los hallazgos están fuera de rangos normales y el médico ha indicado otras pruebas para evaluar la afección o el tratamiento prescrito, es conveniente preguntar al médico si se deben añadir los hallazgos anormales.

Sección IV Normas para Codificación e Información de Diagnósticos en Servicios Ambulatorios

Estas normas para diagnósticos de pacientes ambulatorios han sido aprobadas para uso de hospitales/médicos para codificar e informar sobre servicios hospitalarios ambulatorios y consultas médicas.

La información sobre el uso de ciertas abreviaturas, signos de puntuación, símbolos y otras convenciones usadas en la Lista Tabular de la ICD-9-CM (códigos y títulos) puede ser encontrada en la Sección IA de estas normas, bajo "Convenciones usadas en la Lista Tabular". La información sobre la ordenación correcta para encontrar un código también está descrita en la Sección I.

Los términos contacto y visita se usan a menudo indistintamente para describir contactos con servicios ambulatorios y por tanto aparecen juntos en estas normas sin distinguirse uno de otro.

Aunque las convenciones y normas generales se aplican a todas las situaciones, las normas de codificación para ambulatorios e informe médico de los diagnósticos pueden variar en un número de casos como aquellos diagnósticos de pacientes ingresados, reconociendo que:

La definición del diagnóstico principal en el Uniform Hospital Discharge Data Set (UHDDS) se aplica sólo en pacientes ingresados en hospitales generales de agudos y de corta estancia.

Las normas de codificación para diagnósticos no confirmados (probable, sospechado, descartado, etc.) fueron desarrolladas para pacientes ingresados y no son de aplicación en pacientes ambulatorios.

A. Selección de la afección listada en primer lugar.
En los pacientes ambulatorios el término diagnóstico listado en primer lugar se usa en lugar del término diagnóstico principal.

Para determinar el diagnóstico listado en primer lugar, las convenciones de codificación de la ICD-9-CM así como las normas generales y específicas tienen prioridad sobre las normas de pacientes ambulatorios.

Los diagnósticos a menudo no están establecidos en el momento de la contacto/visita inicial. Pueden llevarse dos o más visitas antes que un diagnóstico sea confirmado.

La regla más crítica implica el comienzo de la búsqueda para el código correcto en el Indice Alfabético. Nunca comience la búsqueda en la Lista Tabular ya que ello conducirá a errores de codificación.

B. Deben ser usados los códigos adecuados de 001.0 a V83.02 para identificar diagnósticos, síntomas, afecciones, problemas, reclamaciones, u otras razones de contacto/visita.

C. Para una información correcta de los diagnósticos de la ICD-9-CM, la documentación debe describir la afección del paciente, usando terminología que incluya tanto diagnósticos específicos como síntomas, problemas, o razones del contacto. Hay códigos de la ICD-9-CM para describir todo esto.

D. La selección de códigos de 001.0 a 999.9 frecuentemente es usada para describir la razón del contacto. Estos códigos están en la sección de la ICD-9-CM para la clasificación de enfermedades y lesiones (ej. infecciones y enfermedades parasitarias; neoplasias; síntomas, signos y afecciones mal definidas, etc.)

E. Los códigos que definen síntomas y signos, en oposición a los diagnósticos, son aceptables para informar motivo del contacto cuando no ha sido establecido (confirmado) un diagnóstico por el médico. El capítulo 16 de la ICD-9-CM, síntomas, signos y afecciones mal definidas (códigos 780.0-799.9) contiene muchos, aunque no todos, de los códigos para síntomas.

F. La ICD-9-CM proporciona códigos para abordar contactos en circunstancias distintas que enfermedad o lesión. La clasificación suplementaria de factores que influencian el estado de salud y contactos con servicios de salud (V01.0-V83.02) se proporciona para abordar ocasiones en que circunstancias distintas a enfermedad o lesión se recogen como diagnósticos o problemas.

G. Nivel de detalle en la codificación.

1. La ICD-9-CM está compuesta por códigos de 3, 4 ó 5 dígitos. Los códigos con tres dígitos están incluidos en la ICD-9-CM como encabezamiento de una categoría de códigos que luego es subdividida utilizando cuartos y/o quintos dígitos, que proporcionan mayor detalle.

2. Los códigos de tres dígitos serán usados sólo si no tienen más subdivisiones. Cuando se proporcionan subcategorías de cuarto dígito o subclasificaciones de quinto dígito deben ser utilizadas. Un código es inválido si no ha sido codificado con el mayor número de dígitos requeridos para ese código. Véase también la Sección I, Normas generales de codificación, Nivel de detalle.

H. Ponga primero el código de ICD-9-CM para el diagnóstico, afección, problema u otra razón de contacto/visita expresado en la historia clínica como principal responsable de los servicios proporcionados. Ponga códigos adicionales que describan cualquier afección coexistente.

I. No codifique diagnósticos documentados como “probable”, “sospechado”, “cuestionable”, “descartado” o “en estudio”. Preferiblemente, codifique la afección en el más alto grado de certeza para el contacto/visita, tal como síntoma, signo, resultados anormales de pruebas u otras razones de la visita.

Por favor fíjese: Esto difiere de las prácticas de codificación usadas en servicios de documentación médica para codificar diagnósticos de pacientes ingresados para cuidados agudos o de corta estancia.

J. Las enfermedades crónicas tratadas en curso actual deben ser codificadas e informadas tantas veces como el paciente reciba tratamiento o cuidado para la afección.

K. Codifique todas las afecciones documentadas que coexistan en el momento del contacto/visita, y requiera o afecte al cuidado del paciente. No codifique afecciones que han sido previamente tratadas y no existen actualmente. Sin embargo, los códigos de antecedentes (V10-V19) pueden ser usados como secundarios si el antecedente personal o familiar tiene impacto en el cuidado actual o influye en el tratamiento.

L. Para pacientes que reciben sólo servicios de diagnóstico durante el contacto/visita, coloque en primer lugar el diagnóstico, condición, problema u otra razón del contacto/visita indicado en la historia clínica como el principal responsable del servicio ambulatorio proporcionado durante el contacto/visita. Los códigos de otros diagnósticos (ej. afecciones crónicas) deben ser puestos como diagnósticos secundarios.

M. Para pacientes que reciben sólo tratamiento durante un contacto/visita, ponga como primer código el diagnóstico, afección, problema o razón del contacto/visita indicado en la historia clínica como principal responsable del servicio ambulatorio proporcionado durante dicho contacto/visita. Los códigos de otros diagnósticos (ej. afecciones crónicas) deben ser puestos como diagnósticos secundarios.

La única excepción a esta regla es cuando la razón de la admisión/contacto es la quimioterapia, radioterapia o rehabilitación en los que el código V adecuado será codificado primero, y el diagnóstico o problema por el cual ha sido realizado el servicio se listará como secundario.

N. Para pacientes que reciben evaluación preoperatoria solamente, ponga un código de la categoría V72.8, Otro examen especificado, para describir las consultas preoperatorias. Asigne un código para la afección que describa el motivo de la cirugía como diagnóstico secundario. Codifique también cualquier hallazgo en la evaluación preoperatoria.

O. Para cirugía ambulatoria, codifique el diagnóstico para el cual se ha realizado la cirugía. Si el diagnóstico postoperatorio es diferente del preoperatorio, hasta el momento en que se confirme el diagnóstico, seleccione el postoperatorio para codificarlo, ya que es el más definitivo.

P. Para las visitas prenatales ambulatorias de rutina cuando no hay complicaciones presentes deben ser usados los códigos V22.0, Supervisión de embarazo normal, primípara, y V22.1, Supervisión de otro embarazo normal, como diagnóstico principal. Estos códigos no deben ser usados conjuntamente con códigos del capítulo 11.