

---

# AHA

## Coding Clinic™

---

*for ICD-9-CM*

---

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

---

**Volumen 24**  
**Número 3**

**Tercer Trimestre**  
**2007**

---

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 14 de septiembre de 2007 (sólo en USA <sup>NT</sup>)

#### **En este número**

Pregunte al editor  
Aclaraciones  
Noticia

#### **Pregunte al Editor**

##### **Pregunta:**

¿Cómo debe codificarse un diagnóstico de linfoma con efusión pleural maligna?

##### **Respuesta:**

Asigne el código 202.80, Otro linfoma, de sitio no especificado, extranodal y órganos sólidos, para el linfoma y el código 197.2, Neoplasia maligna secundaria de aparato respiratorio y digestivo, pleura, para la efusión pleural maligna. No hay normas de codificación o instrucciones en la ICD-9-CM que prohíba la asignación de estos códigos juntos. Según el índice de la ICD-9-CM, la efusión pleural maligna está clasificada como neoplasia maligna secundaria

##### **Pregunta:**

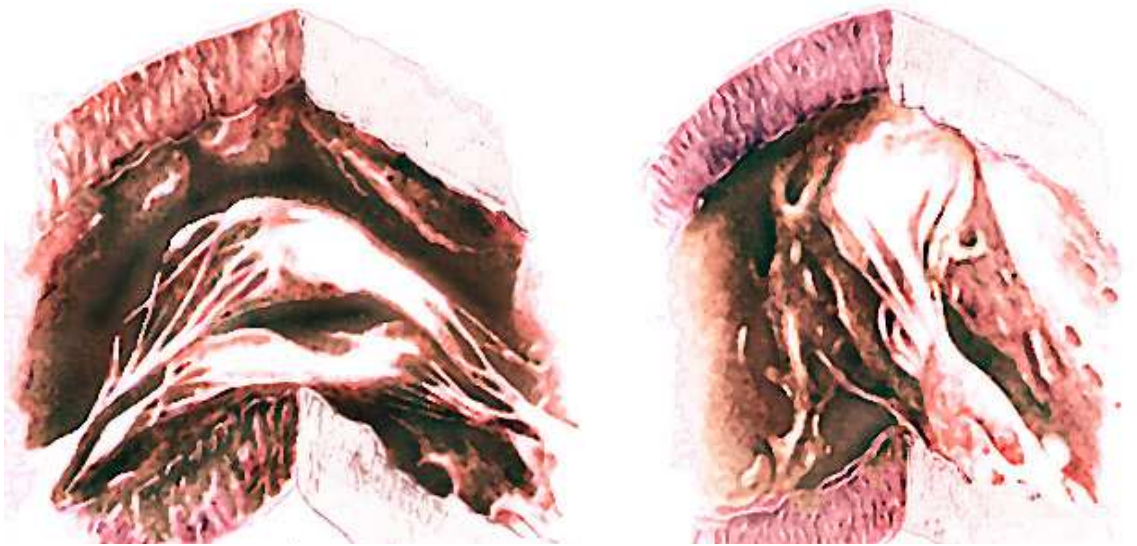
¿Cuál es el código de la ICD-9-CM adecuado para una diagnóstico de síndrome de Shone? Este síndrome parece muchas características iguales que el síndrome de corazón izquierdo hipoplásico. ¿Son el síndrome de Shone y el síndrome de corazón izquierdo hipoplásico la misma afección con los mismos códigos? Si ambas afecciones están presentes ¿cuál sería asignado como diagnóstico principal?

---

### Respuesta:

Asigne los códigos 746.5, Estenosis mitral congénita , 746.81, Estenosis subaórtica y 747.10, Coartación de aorta (preductal)(postductal), para el síndrome de Shone. Este síndrome no es igual al síndrome de corazón izquierdo hipoplásico (SCIH). Si el paciente tiene síndrome de Shone y SCIH en el ingreso y se tratan del mismo modo, cualquiera de los dos puede ser diagnóstico principal.

El síndrome a anomalía de Shone es una malformación cardíaca congénita que consiste en distintos niveles de obstrucción del corazón izquierdo que incluye obstrucción de tracto de salida del ventrículo izquierdo subvalvular (estenosis subaórtica), coartación aórtica y estenosis mitral (válvula mitral en “paracaídas” \* y anillo supramitral\*\*). La presentación del síndrome puede ser completa o parcial y el pronóstico generalmente es malo.

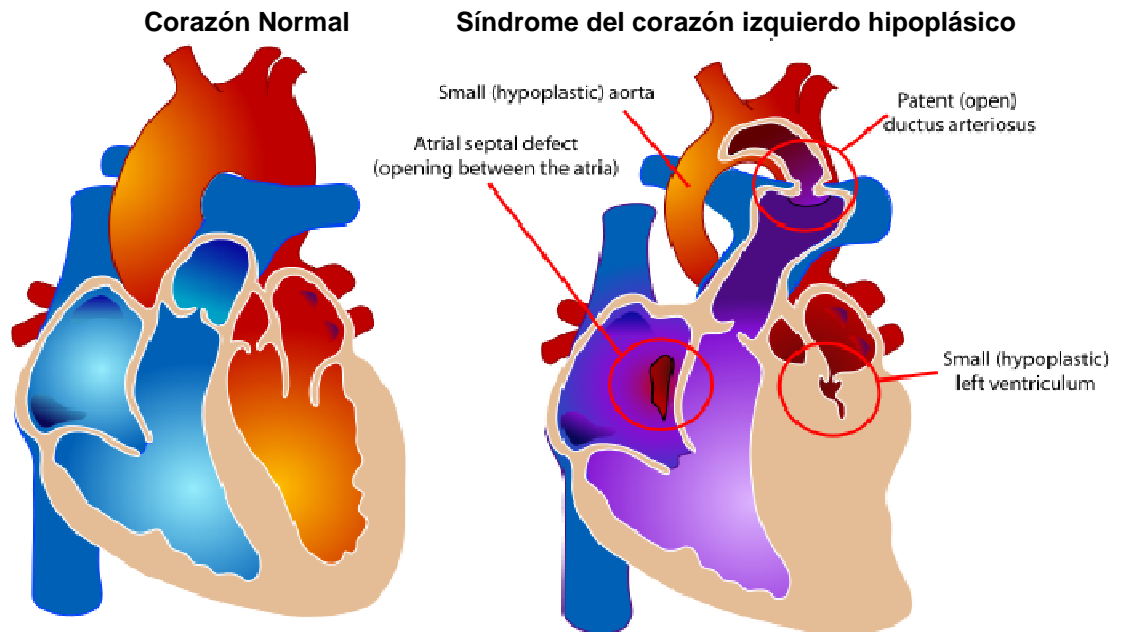


Válvula mitral “en paracaídas”<sup>NT</sup>

- \* La válvula mitral “en paracaídas” tiene las dos valvas y comisuras mitrales pero las cuerdas tendinosas en lugar de separarse hacia los dos músculos papilares, convergen en un músculo único dando la forma característica que le da nombre<sup>NT</sup>
- \*\* El anillo supramitral es una formación conectiva que parte de la base de la superficie auricular de las valvas mitrales y protruye en el interior de la válvula mitral. En su deformidad completamente desarrollada actúa como un diafragma estenosante causando obstrucción del paso hacia la aurícula izquierda<sup>NT</sup>

En el síndrome de corazón izquierdo hipoplásico el lado izquierdo del corazón, incluida la aorta, la válvula aórtica, el ventrículo izquierdo y la válvula mitral están infradesarrolladas. Las válvulas mitral y aórtica están adelgazadas o ausentes, así como el ventrículo y la primera porción de la aorta. El SCIH es una lesión incompatible con la vida sin cirugía a corazón abierto.

Se suele acompañar también de defecto del tabique interauricular y ductus arterioso persistente<sup>NT</sup>



Síndrome del corazón izquierdo hipoplásico <sup>NT</sup>

### Pregunta:

Una mujer de 83 años con historia de cáncer de mama, en estado de tumorectomía, es ingresada para estudio diagnóstico de metástasis cerebral. Se realizó una tomografía axial computerizada (TAC) de cerebro, que reveló metástasis hemorrágicas. Se hizo también una resonancia magnética nuclear (RMN) que mostró lesiones metastásicas en el cerebro con hemorragia dentro de una de las mismas. La paciente es diagnosticada como tumor metastático cerebral y hemorragia intracerebral. ¿Cómo deben codificarse estos diagnósticos?

### Respuesta:

Asigne el código 198.3, Neoplasia maligna secundaria de otros sitios especificados, Cerebro y médula espinal, para las lesiones cerebrales metastásicas. Asigne el código 431, Hemorragia intracerebral, como diagnóstico secundario para identificar dicha hemorragia y el código V10.3, Historia personal de neoplasia maligna, Mama, para la historia de cáncer de mama.

### Pregunta:

Un paciente de 12 años con microtia bilateral y pérdida de audición conductiva bilateral se presenta para el segundo tiempo de la implantación del dispositivo auditivo anclado al hueso (BAHA) y la colocación de oído protésico. Al paciente se le había realizado ya la colocación del implante del BAHA. El código 20.95 de la ICD-9-CM, Implante de dispositivo auditivo electromagnético, parece capturar el primer tiempo del procedimiento. ¿Cómo debería codificarse el segundo tiempo de dicho procedimiento?

---

### Respuesta:

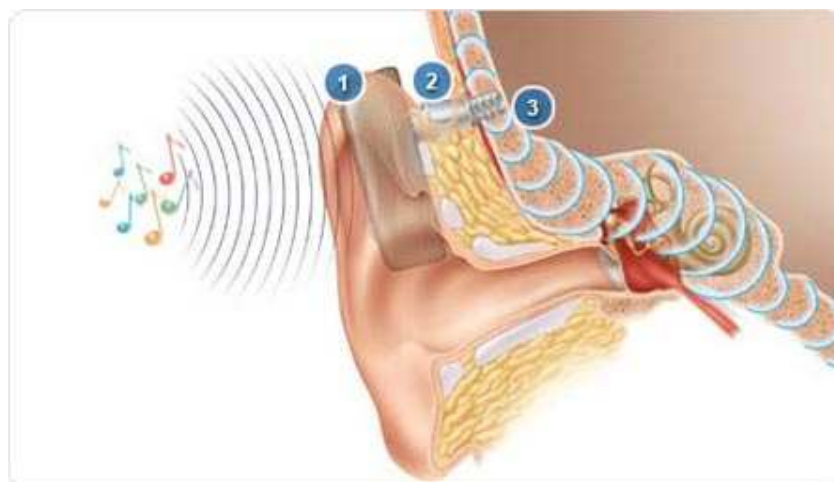
Asigne el código 20.99, Otra operación de oído medio e interno, para el segundo tiempo de la cirugía de dispositivo auditivo anclado al hueso. El dispositivo auditivo anclado al hueso (BAHA) es usado para tratar la pérdida de audición conductiva y mixta. El BAHA es implantado quirúrgicamente tras el oído y anclado al cráneo. El dispositivo permite que el sonido sea conducido a través del hueso en lugar de a través del oído medio y este proceso es referido como conducción ósea. El sistema incluye tres partes: un implante de titanio, un pilar externo y un procesador de sonido.

La intervención se hace bajo anestesia local o general y se lleva a cabo en uno o en dos tiempos. Si el procedimiento se realiza en dos tiempos, el médico coloca un implante de titanio en la apófisis mastoides durante el primer tiempo. Durante el segundo tiempo, el implante, que se integra naturalmente en el hueso del cráneo, se conecta a través de la piel a una pequeña rosca. Esta rosca, también llamado pilar percutáneo, es la parte vibratoria que conduce el sonido a través del cráneo hacia el oído interno.



Componentes del dispositivo auditivo anclado al hueso (BAHA) <sup>NT</sup>

1 Audifono trasductor    2 Pilar roscado    3 Implante óseo de titanio



Componentes del BAHA implantados <sup>NT</sup>



Vista del audfono y el implante óseo <sup>NT</sup>

### **Pregunta:**

Un paciente de 19 años en estadio final de enfermedad renal que tuvo un historia de hipotiroidismo, en estado de paratiroidectomía subtotal y tiroidectomía se presenta ahora con hipocalcemia persistente y síntomas de tétanos. El paciente tenía un calcio ionizado de 2 (en adultos los valores normales del calcio ionizado o sérico están entre 4.4 y 5.3 mg/dL <sup>NT</sup>). Comenzó con gluconato de calcio intravenoso junto con calcitriol (una forma de vitamina D que se usa para tratar y prevenir los bajos niveles de calcio en la sangre de los pacientes cuyos riñones o glándulas paratifoideas no funcionan correctamente <sup>NT</sup>) en vista de la gravedad de la hipocalcemia. El médico indicó como diagnóstico final “hipocalcemia persistente tras paratiroidectomía subtotal y tiroidectomía debido a síndrome de hueso hambriento ((HBS)” ¿Cuál es la asignación correcta para este síndrome?

### **Respuesta:**

Asigne el código 275.41, Hipocalcemia, para la hipocalcemia persistente debida al síndrome de hueso hambriento (HBS). Asigne los códigos 585.6, Enfermedad renal en estadio final y V12.2, Historia personal de otras enfermedades, trastornos endocrinos, metabólicos e inmunitario, para la historia de hipotiroidismo, como diagnósticos secundarios.

El HBS (\*) es un estado de hipocalcemia grave y de larga duración que puede acompañarse de hipomagnesemia e hipofosfatemia. Si están presentes, estas afecciones deben también codificarse.

- \* El “síndrome de hueso hambriento” se presenta tras la paratiroidectomía en casos de hiperparatiroidismo primario y secundario a insuficiencia renal. En estos cuadros existen cifras elevadas de PTH asociadas a lesiones óseas de elevado remodelado. Tras la extirpación de las paratiroides se produce un descenso brusco de la PTH, manteniéndose la formación de hueso por parte de los osteoblastos, que consumen el calcio <sup>NT</sup>



---

### Pregunta:

Tras el huracán Katrina muchas casas con daños producidos por el agua desarrollaron moho negro (*stachybotrys*\*). Mucha gente volvió a sus hogares exponiéndose a elementos tales como madera empapada en agua, tejas de techos, artesonados, áreas infestadas en suelos y paredes, así como elementos hechos de algodón donde el moho negro se encuentra. Actualmente no hay un código de la ICD-9-CM para la exposición a moho negro. ¿Cómo debería codificarse?

### Respuesta:

Asigne el código V15.89, Otra historia personal específica que presenta peligro para la salud, Otra, para la exposición al moho negro.



Fotomicrografías del *Stachybotrys chartarum* <sup>NT</sup>



Paredes de una casa con *Stachybotrys chartarum* <sup>NT</sup>

- \* El *Stachybotrys chartarum* es un hongo que se ha relacionado como causa de micotoxiosis humana. Algunos síntomas comunes en humanos son erupciones, especialmente en áreas del cuerpo relacionadas con la transpiración, dermatitis, dolor e inflamación de las membranas mucosas de boca, garganta, conjuntivitis, sensación de quemazón en los ojos y conductos nasales, tos, opresión torácica, rinitis, fiebre, dolor de cabeza y fatiga <sup>NT</sup>

---

### Pregunta:

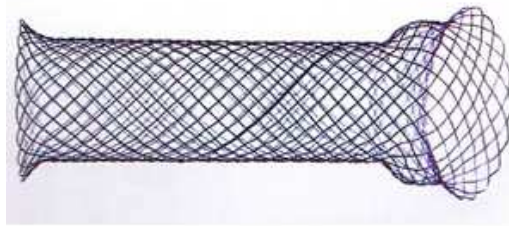
Un paciente con cáncer obstructivo de colon fue ingresado para sigmoidoscopia con inserción de endoprótesis cólica para paliar la estenosis. Por favor proporcione una norma acerca de la codificación de la endoprótesis cólica.

### Respuesta:

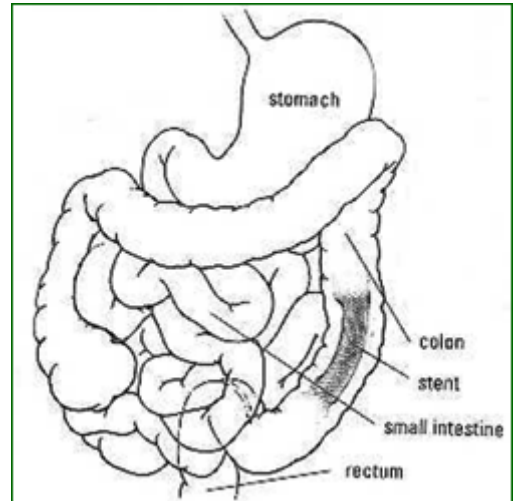
Asigne el código 46.85, Dilatación de intestino, para la inserción de endoprótesis cólica.

La ICD-9-CM no tiene un código único para la inserción de endoprótesis cólicas. Sin embargo, guíese por las normas publicadas anteriormente en el *Coding Clinic*, quinto volumen de 1994, página 13, acerca de la codificación de distintas endoprótesis:

- 1) Si hay un código en el volumen tres de Procedimientos de la ICD-9-CM para la inserción de endoprótesis, asigne este código.
- 2) Si el Índice proporciona una guía, siga el mismo hacia el código adecuado.
- 3) Si no se proporciona un código, codifique sólo en procedimiento realizado



Endoprótesis cólica <sup>NT</sup>



Esquema de endoprótesis insertada en el colon <sup>NT</sup>

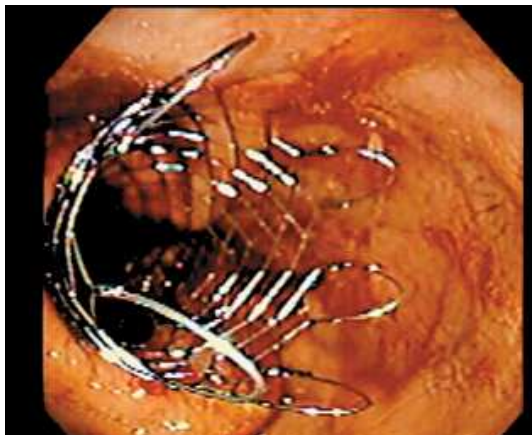


Imagen endoscópica de endoprótesis cólica <sup>NT</sup>



Radiografía de endoprótesis insertada en el colon <sup>NT</sup>

---

### **Pregunta:**

Una mujer de 60 años intentó suicidarse tomando una sobredosis de amitriptilina, hidrocodona y tramadol. Fue vista inicialmente en el servicio de urgencias de otro hospital en coma y fallo respiratorio agudo, intubada y con respiración mecánica. La paciente fue trasladada a nuestro hospital para tratamiento continuo toxicológico y del fallo respiratorio agudo. La paciente se mantuvo en ventilación durante tres días. De acuerdo con las normas de codificación, cuando hay un fallo respiratorio debido a envenenamiento, éste debe asignarse como diagnóstico principal. ¿Cómo debe codificarse este caso?

### **Respuesta:**

Asigne el código 969.0, Envenenamiento por agente psicotrópico, Antidepresivos, para la sobredosis de amitriptilina como diagnóstico principal. Los códigos 518.81, Fallo respiratorio agudo, 965.09, Envenenamiento por analgésicos, antipiréticos y antirreumáticos, Otros, para el envenenamiento por hidrocortona, y 965.00, Envenenamiento por analgésicos, antipiréticos y antirreumáticos, Opioides y narcóticos relacionados, Opio (alcaloide), no especificado, deben asignarse como diagnósticos secundarios. Asigne el código 96.71, Ventilación mecánica continua de menos de 96 horas consecutivas, para la ventilación mecánica.

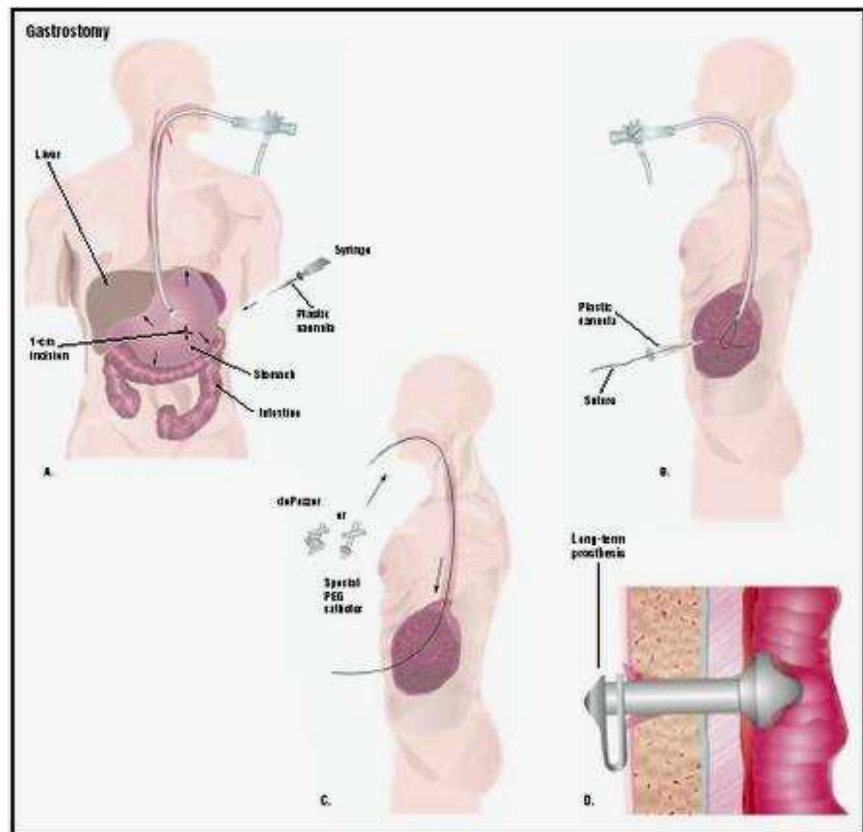
El código de envenenamiento se pone en primer lugar ya que hay una norma de capítulo específica (Sección 1, C17, e, 2, d) que proporciona la secuencia por la que el código de envenenamiento debe ponerse como diagnóstico principal, seguido del código de la manifestación. El fallo respiratorio agudo es una manifestación del envenenamiento. Esta nota es coherente con la información publicada previamente en *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 2005, páginas 3-8 (páginas 1-4 de la versión traducida <sup>NT</sup>) y *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 2006, páginas 66-72 (páginas 57-58 de la versión traducida <sup>NT</sup>).

Adicionalmente, las normas generales sobre códigos E indican que la causa externa de lesión debe ser asignada únicamente para contactos iniciales en el tratamiento de lesiones, envenenamientos o efectos adversos de medicamentos, pero no para tratamientos subsiguientes. La excepción a esta norma es la fractura aguda. Para las fracturas el código E puede asignarse cuando los códigos de fractura aguda son todavía aplicables.

### **Pregunta:**

Un paciente con carcinoma conocido de células escamosas de laringe se presenta con incremento de los síntomas de ronquera, disfagia y aspiración. La laringoscopia diagnóstica con biopsia fue positiva para carcinoma de laringe extenso con afectación de ganglios linfáticos. Se llevó a cabo escisión quirúrgica del tumor. Debido a las dificultades para la deglución y la aspiración se realizó una gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). De acuerdo a las normas de codificación, los síntomas que forman parte integral de una afección (diagnóstico definitivo) no deben codificarse separadamente. ¿Deben codificarse los síntomas de ronquera y disfagia por separado p son parte integral del carcinoma de laringe? ¿Cuáles son los códigos de diagnóstico correctos?





Procedimiento de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) <sup>NT</sup>

**Respuesta:**

Asigne el código 161.8, Neoplasia maligna de laringe, Otros lugares especificados de laringe, como diagnóstico principal. Asigne el código 196.0, Neoplasia maligna secundaria y no especificada de ganglios linfáticos, Linfáticos de cabeza, cara y cuello, para las metástasis de los ganglios cervicales y 787.2, Disfagia, como códigos secundarios.

Aunque la ronquera es un síntoma inherente al cáncer de laringe, la disfagia no lo es necesariamente. Si, no obstante, la documentación no aclara si el síntoma es inherente al proceso de la enfermedad, pregunte al médico para aclararlo.

**Pregunta:**

El servicio informa de una cirrosis alcohólica así como cirrosis debido a hepatitis C crónica. Sin embargo la codificación conjunta de los diagnósticos cirrosis alcohólica y no alcohólica es contradictoria y puede distorsionar las estadísticas. En este caso, el médico soporta claramente documentación de ambos diagnósticos . ¿Cuál es el la asignación de códigos adecuada?

**Respuesta:**

Asigne el código 571.2, Cirrosis hepática alcohólica y 070.54, Hepatitis crónica C sin mención de coma hepático. La asignación del código 571.5 identifica la cirrosis hepática sin mención de alcohol y no es necesario ya que la cirrosis asociada con hepatitis está incluida en el código 070.54.

---

**Pregunta:**

¿Cuál es la asignación de código para el trastorno pragmático semántico?

**Respuesta:**

Asigne el código 315.39, Trastornos del desarrollo del habla y lenguaje, Otro, para el trastorno semántico pragmático.

El trastorno semántico pragmático (TSP) es un trastorno de la comunicación. Semántico se refiere a ser capaz de entender y usar palabras, frases y oraciones. Pragmático es el uso del lenguaje en un contexto social. Semántico y pragmático tratan de la comprensión de la forma en que las palabras están estructuradas, el contexto en el que se usan y la aplicarlas en lo que se conoce. Los niños con TSP tienen un desarrollo del lenguaje retrasado y dificultad en entender otros. Se esfuerzan con el significado y el uso del lenguaje en el contexto social. No entienden el uso de las palabras, el tiempo de las mismas y cómo aplicarlas en un contexto que no está explícito. Un niño con TS puede memorizar frases y está más a gusto con cosas que son más rutinarias y predecibles porque son incapaces de seguir una conversación y comprenden el significado de la situación. El TSP ha sido descrito como una forma funcional de autismo. Los niños con TSP pueden entender conceptos visuales tal como tamaño, forma y color, pero son incapaces de entender conceptos no literales como el tiempo y otras intenciones en las personas.

**Pregunta:**

¿Cuál es la asignación adecuada de código para la endometriosis tras el parto por cesárea?

**Respuesta:**

Asigne el código 670.02, Infección puerperal grave, Parto y postparto, con mención de complicación postparto, para la endometriosis tras el parto. Debe considerarse una complicación del nacimiento, no del embarazo. Hay una entrada en el Índice para “endometriosis, puerperal, postparto, nacimiento”.

---

## Aclaraciones

### Sobrecarga de líquido por no cumplimiento de la hemodiálisis

#### Pregunta:

En el *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 2002, página 13, se indica asignar el código 428.0, Fallo cardíaco congestivo, como diagnóstico principal para un paciente ingresado en fallo cardíaco congestivo (FCC) debido a sobrecarga de líquido y no cumplimiento con el tratamiento de diálisis. Una nota más reciente publicada en el Cuarto Trimestre de 2006, página 136 (página 134-135 de la versión traducida <sup>NT</sup>), recomendó la asignación del código 276.6, Sobrecarga de líquido, como diagnóstico principal para un paciente ingresado con sobrecarga de líquido debido a la pérdida de sesiones de diálisis ya que el paciente no tiene antecedentes o evidencia de FCC. En nuestro hospital hemos tenido un caso en el que un paciente en estadio final de enfermedad renal fue ingresado para tratamiento de sobrecarga de líquido por incumplimiento con la hemodiálisis. Este paciente tuvo antecedentes de fallo cardíaco congestivo. Sin embargo el médico documentó “El paciente fue dializado satisfactoriamente y no tenía evidencia de descompensación cardíaca o pulmonar distinta de la sobrecarga de líquido por el incumplimiento de dieta y hemodiálisis”. ¿Cómo debería codificarse este caso?

#### Respuesta:

Asigne el código 276.6, Sobrecarga de líquido, como diagnóstico principal. Los códigos 428.0, Fallo cardíaco congestivo, no especificado, 585.6, Estadio final de enfermedad renal, V45.1, Estado de diálisis renal y V15.81, Incumplimiento de tratamiento médico, deben asignarse como diagnósticos secundarios. Asigne el código 39.95, Hemodiálisis para la diálisis.

En este caso, la sobrecarga de líquido es informada como diagnóstico principal ya que el médico indica que dicha sobrecarga con era cardiogénica en su origen y el fallo cardíaco congestivo no estaba descompensado. El médico ha realizado claramente la distinción entre la sobrecarga de líquido y el FCC en su documentación.

### Accidente cerebrovascular abortado

La Oficina Central para la ICD-9-CM ha recibido varias preguntas acerca de la validez de la nota sobre “accidente cerebrovascular abortado” publicado en *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 2007, páginas 23-24 (páginas .. de la versión traducida <sup>NT</sup>). A pesar de que esta nota parece estar en conflicto con la información publicada en *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 2001, páginas 7-8, sobre el “infarto de miocardio abortado”, estos casos son clínicamente diferentes. En el caso del infarto de miocardio abortado, el paciente se presentó con dolor torácico intenso que aparente un infarto de miocardio agudo. Tras la administración de activador de plasminógeno tisular (tPA) se evitó el infarto de miocardio sin evidencia de daño en el miocardio. Se asignó el código 411.1, Síndrome coronario intermedio, para el infarto de miocardio abortado.

---

Por el contrario, el “accidente cerebrovascular abortado” es una situación clínica diferente. Aunque el paciente recibe tPA, sufre todavía infarto cerebral y la evidencia de infarto (esto es, daño cerebral) puede ser visible microscópicamente. Por tanto, basados en la documentación y en revisiones médicas posteriores, hubo consenso entre los clínicos del consejo editorial asesor (EAB) para *Coding Clinic* de que los pacientes que se presentan con síntomas de un infarto cerebral agudo y reciben tPA tienen actualmente un infarto. Asigne el código 434.91, Oclusión arterial cerebral, con infarto de miocardio.

La selección de la asignación correcta de código para una afección descrita como evitada o abortada depende de si dicha afección está presente actualmente.

## **Codificando afecciones crónicas**

### **Pregunta:**

Necesitamos tener una aclaración en la codificación de las afecciones crónicas. Una de las Organizaciones para la mejora de la calidad (QIO) no permite la inclusión de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) como diagnóstico secundario cuando sólo se menciona como antecedente de EPOC y no hay un tratamiento actual documentado. ¿Estoy en lo correcto en afirmar que la presencia de una historia de EPOC documentada en la historia clínica de un paciente ingresado es suficiente como para codificar la EPOC como diagnóstico secundario, ya que es una afección crónica siempre afecta de alguna forma al tratamiento y cuidado del paciente?

### **Respuesta:**

Tal como consta en el *Coding Clinic*, julio-agosto de 1985, página 10, el criterio para la selección de las afecciones que deben informarse como “otros diagnósticos” incluyen la gravedad de la misma, el uso o consideración de medidas alternativas en el tratamiento del diagnóstico principal debido a afecciones coexistentes, necesidad de mayores cuidados de enfermería con el paciente debido a situaciones incapacitantes de dichas afecciones, el uso de servicios diagnósticos o terapéuticos para las mismas, la necesidad de monitorización de medicación o modificación de planes de cuidados de enfermería.

Si hay documentación en la historia clínica que indica que el paciente tiene EPOC, éste debe ser codificado. Incluso sin esta afección está listada sólo en el apartado de antecedentes sin información contradictoria, la afección debe codificarse. Las afecciones crónicas tales como hipertensión, enfermedad de Parkinson, EPOC y diabetes mellitus son enfermedades sistémicas crónicas que normalmente deben codificarse incluso en ausencia de una actuación documentada o una posterior evaluación. Algunas afecciones crónicas afectan al paciente para el resto de su vida y casi siempre necesitan alguna forma de evaluación o monitorización clínica continua durante la hospitalización y por tanto debe ser codificada. Esta nota se aplica a pacientes ingresados.

Para contactos/visitas de pacientes ambulatorios, las afecciones crónicas que requieren o afectan al tratamiento y al cuidado del paciente deben ser codificadas.

---

La Guía Oficial de Codificación e Información para servicios ambulatorios indica que “Las enfermedades crónicas tratadas actualmente deben ser codificadas e informadas tantas veces como el paciente reciba tratamiento y cuidado para dichas afecciones”.

“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” Esta información fue publicada previamente en *Coding Clinic*, Cuarto Trimestre de 2006, páginas 236-240 (páginas 211-214 de la versión traducida <sup>NT</sup>).

Por el contrario, las afecciones que no necesitan o afectan al cuidado del paciente a o su tratamiento, no serán informadas.



---

## Noticia

El indicador “Presente al ingreso” es un elemento usado para proporcionar información de si el diagnóstico está presente en el momento en el que el paciente ingresa.

Con efectividad del 1 de octubre de 2007, Medicare comenzará a aceptar el indicador Presente en el Ingreso (POA) para cada diagnóstico de pacientes en hospital de agudos. Sin embargo los hospitales pueden enviar el POA en las solicitudes del hospital comenzando con las altas tras el 1 de enero de 2008. Las solicitudes de altas tras el 1 de abril de 2008 sin informar el POA serán devueltas al hospital. Los hospitales con acceso a cuidados críticos, hospitales benéficos de Maryland, hospitales de cuidados de larga estancia, hospitales oncológicos, hospitales psiquiátricos, servicios de rehabilitación con ingreso y servicios pediátricos con ingreso están exentos de este requerimiento.

Para una mayor información sobre el requerimiento del POA de Medicare, por favor véase el artículo #MM5499 del MLN (Medical Learnig Network <sup>NT</sup>) en la siguiente dirección url:

<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/download/MM5499.pdf>

Para la guía oficial sobre información del POA, véase el Apéndice I de la Guía Oficial de Codificación e Información en *Coding Clinic*, Cuarto Trimestre de 2006 (página 215 de la versión traducida <sup>NT</sup>).

Esta información no se ha traducido en su totalidad debido a que sólo es de aplicación en USA <sup>NT</sup>.

El presente documento es una traducción de la publicación *Coding Clinic for ICD-9-CM*, editada por la AHA (American Hospital Association) y por tanto sujeta a copyright.

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

La distribución se hace de manera totalmente gratuita y exclusivamente para uso particular y dirigida a personas concretas para su formación personal.

La copia de este documento para otros usos no personales no cumple la finalidad del traductor, por lo que no se hace responsable de la finalidad que se pueda hacer de estos contenidos.