AHA
Coding Clinic ™

for ICD-9-CM

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

Volumen 22 **Primer Trimestre**
Número 1 **2005**

Los consejos y asignaciones de códigos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 20 de abril de 2005 (sólo en USA [NT])

En este número

Guía Oficial de Codificación de la ICD-9-CM
Fallo respiratorio
Pregunte al editor
Noticias de corrección

Fallo Respiratorio

La Oficina Central ha continuado recibiendo numerosas solicitudes acerca de la secuenciación del fallo respiratorio. Las siguientes instrucciones han sido desarrolladas por el Grupo Colaborador para aclararlo (el Grupo Colaborador está formado por cuatro instituciones: Asociación Americana de Hospitales [AHA], Asociación Americana para la Gestión de Información de Salud [AHIMA], Servicios para los Centros Medicare y Medicaid [CMS] y el Centro Nacional para Estadísticas de Salud [NCHS] [NT]). Algunos de los principios resumidos abajo son coherentes con lo publicado previamente, y algunos contienen información revisada. Por favor, repase cuidadosamente estos principios junto con los ejemplos que se acompañan.

El código 518.81, Fallo respiratorio agudo, puede ser asignado como diagnóstico principal cuando es la afección que, tras el estudio, es la principal responsable del ingreso en el hospital, y la selección está basada en el índice alfabético y la lista tabular. Sin embargo, tienen prioridad en la secuenciación las normas de capítulos específicos (obstétrico, envenenamientos, VIH, neonatos).El fallo respiratorio debe ser listado como secundario si ocurre tras el ingreso.

Cuando un paciente ingresa con fallo respiratorio y otra afección aguda (ej. infarto de miocardio, accidente cerebrovascular), el diagnóstico principal no es el mismo en cada situación. La selección del diagnóstico principal dependerá de las circunstancias del ingreso. Si tanto el fallo respiratorio como otra afección aguda son responsables del ingreso en el hospital, la norma que considera que dos o más diagnósticos reúnen por igual la definición de diagnóstico principal (Sección II,C) puede ser aplicada en estas situaciones.

La norma arriba indicada sustituye las normas #1 y #2 previamente publicadas en *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 1991, página 3. Esta información es coherente con la previamente publicada en *Coding Clinic*, noviembre-diciembre de 1987; Segundo trimestre de 1990, páginas 11-12; Tercer trimestre de 1991, página 14; Primer trimestre de 1993, página 25; Segundo Trimestre de 2000, página 21 y Primer Trimestre de 2003, página 15 (página 11 de la versión traducida [NT]).

El fallo respiratorio es una afección que pone en peligro la vida que siempre es debida a una afección subyacente. Es frecuentemente la trayectoria final de un proceso o una combinación de distintos procesos. Puede surgir de una anomalía de cualquier componente del aparato respiratorio, sistema nervioso central, sistema nervioso periférico, músculos respiratorios y músculos de la pared torácica. Los pacientes con fallo respiratorio agudo necesitan revisiones continuas y observación detenida. La primera actuación en el tratamiento es normalmente la corrección de la hipoxemia y la estabilización del estado ventilatorio y hemodinámico.

Ejemplo 1: Un paciente con miastenia crónica grave entra en exacerbación aguda y desarrolla un fallo respiratorio agudo. El paciente ingresa por fallo respiratorio.

Diagnóstico principal:
518.81 Fallo respiratorio agudo

Diagnóstico secundario:
358.01 Miastenia grave (con exacerbación aguda)

Esto es coherente con el consejo publicado previamente en Coding Clinic, Cuarto Trimestre de 2004, página 139 (página 127 de la versión traducida [NT]).

Ejemplo 2: Un paciente con enfisema desarrolla un fallo respiratorio agudo. El paciente es ingresado en el servicio de urgencias para tratamiento del fallo respiratorio.

Diagnóstico principal:
518.81 Fallo respiratorio agudo

Diagnóstico secundario:
429.8 Otro enfisema

Ejemplo 3: Un paciente llega al hospital en fallo respiratorio agudo. El paciente fue intubado e ingresado en el hospital. El paciente también tiene fallo cardíaco congestivo. El médico documenta fallo respiratorio agudo como motivo del ingreso.

Diagnóstico principal
518.81 Fallo respiratorio agudo

Diagnóstico secundario:
428.0 Fallo cardíaco congestivo, no especificado

En este ejemplo el médico documenta el fallo respiratorio agudo como motivo del ingreso, por lo que el 518.81 fue listado como diagnóstico principal. La selección del diagnóstico principal está dominada por las circunstancias de la admisión. Si la documentación no aclara si ha sido el fallo cardíaco congestivo o el fallo respiratorio agudo la causa del ingreso, pregunte al médico.

Ejemplo 4: Un paciente con asma en estado asmático desarrolla un fallo respiratorio agudo y es ingresado en el hospital para tratamiento del fallo respiratorio agudo.

Diagnóstico principal:
518.81 Fallo respiratorio agudo

Diagnóstico secundario:
493.91 Asma, no especificada, con estado asmático

Ejemplo 5: Una paciente es ingresada en el hospital postparto como resultado del desarrollo de embolismo pulmonar que lleva a fallo respiratorio.

Diagnóstico principal:
673.24 Embolia obstétrica por coágulo sanguíneo, postparto

Diagnóstico secundario:
518.81 Fallo respiratorio agudo

En este ejemplo el código obstétrico es secuenciado primero porque hay un capítulo específico de las normas (Sección I, C, 11, a, 1) que proporciona orientaciones de secuenciación especificando que los códigos del capítulo 11 tienen prioridad en el orden sobre códigos de otros capítulos.

Ejemplo 6: Un paciente que es diagnosticado de sobredosis de crack (cristales compuestos de cocaína que se fuma mezclado con tabaco [NT]) es ingresado en el hospital con fallo respiratorio.

Diagnóstico principal:
970.8 Envenenamiento por otro estimulante del sistema nervioso

Diagnóstico secundario:
518.81 Fallo respiratorio agudo
305.60 Abuso de droga sin dependencia no especificada, cocaína

En este ejemplo el envenenamiento se secuencia primero porque hay un capítulo específico de las normas (Sección I, C, 17, e, 2, d) que proporciona orientaciones de secuenciación especificando que los códigos de envenenamiento son secuenciados primero, seguido del código de la manifestación. El fallo respiratorio agudo es una manifestación del envenenamiento. Esto es coherente con la información previamente publicada en *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 1993, página 25.

Ejemplo 7: Un paciente es ingresado con fallo respiratorio debido a *Pneumocystis carinii*, debido a SIDA.

Diagnóstico principal:
042 Infección por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]

Diagnóstico secundario:
518.81 Fallo respiratorio agudo
236.3 Pneumocistosis

En este ejemplo el VIH es secuenciado primero porque hay un capítulo específico de las normas (Sección I, C, 1, a, 2, a) que proporciona orientaciones de secuenciación especificando que si un paciente es ingresado por una afección relacionada con VIH (es este caso el *Pneumocystis carinii*), el diagnóstico principal debe ser el 042, seguido de diagnósticos secundarios para todas las afecciones relacionadas con VIH. Esto es coherente con lo publicado previamente en *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 2003, página 15 (página 11 de la versión traducida [NT]).

Ejemplo 8: Un paciente es ingresado en el hospital con sepsis grave por *Staphylococcus aureus* y fallo respiratorio agudo

Diagnóstico principal:
038.11 Septicemia por *Staphylococcus aureus*

Diagnóstico secundario:
995.92 Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica debida a procesos infecciosos con disfunción orgánica
518.81 Fallo respiratorio agudo

En este ejemplo la sepsis es secuenciada primero porque hay una nota instruccional bajo la subcategoría 995.92 que indica que se codifique primero la infección sistémica subyacente. Adicionalmente, el código 995.92 tiene una nota de "use código adicional" para especificar la disfunción orgánica y lista el fallo respiratorio agudo (518.81). Esta instrucción quiere decir que el fallo respiratorio sería un diagnóstico secundario.

Pregunte al Editor

Pregunta:

¿Cuál sería la asignación de código apropiada para un niño ingresado con 28 días de edad con fallo cardíaco congestivo (FCC)? Normalmente asignaríamos el código 779.89, Otras afecciones especificadas originadas en período perinatal; sin embargo, basados en el *Coding Clinic* del Primer Trimestre de 1999, página, 11, el código 428.0, Fallo cardiaco congestivo, fue asignado sólo sin la adición del código 779.89.

Respuesta:

Asigne ambos códigos, 779.89, Otras afecciones especificadas originadas en período perinatal, y 428.0, Fallo cardiaco congestivo. Las normas Oficiales para Codificación e Información de neonatos (perinatal) indican "si el Indice no proporciona un código específico para una afección perinatal, asigne el código 779.89, Otras afecciones especificadas originadas en período perinatal, seguido de un código de otro capítulo que especifique dicha afección".

En el *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 1999, hay documentado un defecto congénito que resulta en FCC, por lo que el código 779.89 no fue asignado.

Pregunta:

Un recién nacido es diagnosticado de hiperpotasemia. ¿Podríamos asignar el código 775.5, Otra alteración electrolítica neonatal, junto con el código 276.7, Hiperpotasemia, a pesar de que el Indice solo conduce al 276.7?

Respuesta:

Asigne el código 775.5, Otra alteración electrolítica neonatal, y el código 276.7, Hiperpotasemia, para la hiperpotasemia neonatal. El código 775.5 describe un trastorno electrolítico y es un código más apropiado que el 778.89. La hiperpotasemia es un trastorno electrolítico. Esta asignación puede localizarse en el Indice bajo:

Trastorno
electrolito
neonatal, transitorio NEOM 775.5

Pregunta:

Cuando un neonato de 28 días es diagnosticado de bronquiolitis por VRS, ¿sería apropiado asignar el código 771.89, Otra infección específica del período perinatal, junto con el código 466.11, Bronquiolitis aguda debida a virus respiratorio sincitial [VRS]? Algunos codificadores piensan que la asignación de códigos es inapropiada porque la nota de inclusión bajo el código 771, que parece indicar que esta categoría debe ser asignada **solo** para infecciones adquiridas antes o durante el nacimiento por vía umbilical, y sería evidente o sospechada antes del momento del alta o del traslado. ¿Es esto correcto?

Respuesta:

Asigne el código 466.11, Bronquiolitis aguda debida a virus respiratorio sincitial (VRS), para el niño de 28 días diagnosticado de bronquiolitis por VRS. La bronquiolitis por VRS es una infección adquirida en la comunidad.

Las Normas Oficiales para Codificación e Información de neonatos (perinatal) para procesos del nacimiento o afecciones adquiridas en la comunidad indican "Si un recién nacido tiene una afección que puede ser debida tanto al proceso del nacimiento como adquirida en la comunidad y la documentación no indica cuál es, por defecto se debe al proceso del nacimiento y se debe usar un código del Capítulo 15. Si la afección es adquirida en la comunidad, no debe asignarse un código del capítulo 15".

Pregunta:

Un niño de dos días de edad es diagnosticado de neumonía. La documentación no aclara si la infección ha sido adquirida en la comunidad. ¿Cómo debería ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código 770.0, Neumonía congénita, para un niño de dos días con neumonía. De acuerdo con las Normas Oficiales para Codificación e Información de neonatos (perinatal) "Si un recién nacido tiene una afección que puede ser debida al proceso del nacimiento o adquirido en la comunidad y la documentación no indica cuál es, por defecto se debe al proceso del nacimiento y se debe usar un código del Capítulo 15. Si la afección es adquirida en la comunidad, no debe asignarse un código del capítulo 15". Para más discusión de las Normas sobre recién nacidos (perinatal) diríjase a las páginas 59-63 de este ejemplar (páginas 43 - 45 de la versión traducida [NT]).

Pregunta:

La paciente, una mujer de 51 años, fue sometida a un grapado de la arteria carótida interna hace doce años. Se presenta con dehiscencia externa de la porción inferior de su herida y es ingresada para revisión de la compleja herida craneal. Durante la cirugía, la incisión craneal previa fue reabierta, se resecó una gran cantidad de músculo temporal hundido cerca del hueso cigomático, el parche de duramadre que había sido dejado se quitó y la herida se cerró en capas. ¿Cómo debería codificarse?

Respuesta:

Asigne el código 998.32, Disrupción externa de herida operatoria, como diagnóstico principal. Asigne el código 02.06, Otra osteoplastia craneal, para la revisión de la compleja herida craneal.

Pregunta:
El paciente, un varón de 12 años, fue traído al servicio de urgencias por su madre, la que indicó que lugar de la circuncisión parecía estar sangrando. El médico evaluó la zona y quitó el apósito de la circuncisión. La evaluación fue completamente normal. No se encontró ni sangrado ni infección en el lugar de la circuncisión. ¿Cómo debería ser codificado este episodio?

Respuesta:
Asigne el código V58.76, Cuidado posterior tras cirugía del aparato genitourinario NCOC, para este episodio.

Pregunta:
Un niño de nueve meses, que fue circuncidado dos días antes, fue llevado al servicio de urgencias porque la madre piensa que hay una apertura del lugar de la operación. El niño tiene un examen normal y la circuncisión estaba curando apropiadamente. ¿Cómo debería ser codificado este episodio?

Respuesta:
Asigne el código V58.76, Cuidado posterior tras cirugía del aparato genitourinario NCOC, para este episodio.

Pregunta:
Una madre trae a su niño de dos meses al servicio de urgencias aquejado de "mal olor de orina". El urinálisis fue completamente normal. El niño estaba sin fiebre ni evidencia de infección. ¿Cómo podríamos codificar un diagnóstico de "orina de olor fétido"?

Respuesta:
Asigne el código 791.9, Otros hallazgos no específicos en el examen de orina, para este episodio. Esta asignación de código se puede encontrar en el Indice bajo:

Hallazgos, anormal, sin diagnóstico
Olor de orina (inusual) NCOC 791.9

Pregunta:
Se hizo un urianálisis (U/A) a un niño porque la madre indicaba que la orina parecía roja. Resulta que el niño había comido remolacha la noche anterior. El U/A fue negativo. No había otros síntomas ni molestias. ¿Cuál es el diagnóstico apropiado para esta visita?

Respuesta:
Asigne el código 788.9, Otros síntomas que afectan el aparato urinario, para este episodio. Este código puede localizarse en el Indice de la siguiente manera:

Síntomas, especificados (generales)
Aparato urinario NCOC 788.9

Pregunta:

Un niño de ocho años, que tiene una escayola en pierna y pie por una fractura de tabillo, usa un bolígrafo para rascarse dentro de la escayola. El capuchón cae dentro e la escayola y el paciente se presenta en el servicio de urgencias (SU) para evaluación. El examen por el médico del SU no encuentra lesión en la pierna. Al paciente se le indica que vaya al ortopeda en una semana para reemplazar la escayola y extraer el capuchón. ¿Cómo podríamos codificar este episodio del SU?

Respuesta:

Asigne el código V54.19, Cuidados posterior para curación de fractura traumática de otro hueso, para este episodio del servicio de urgencias.

Pregunta:

Por favor, aclárenos la asignación correcta de códigos para la debilidad muscular residual secundaria a un afecto tardío de accidente cerebrovascular. Tenemos distintas opiniones sobre si se debiera codificar con el 438.2x, Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular, hemiplejia/hemiparesia. ¿Cuál es la asignación de código apropiada para la debilidad residual que es un efecto tardío del ACV?

Respuesta:

Asigne el código 438.89, Otro efecto tardío de enfermedad cerebrovascular, y el código 728.87, Debilidad muscular, para la debilidad muscular residual, para el efecto tardío del accidente cerebrovascular.

Pregunta:

¿Cuál es la asignación de código adecuada para la colocación temporal de un catéter de balón oclusivo en la arteria ilíaca interna? Este procedimiento fue realizado de forma profiláctica en la sala de radiología intervensionista y el balón no se llegó a inflar nunca.

Respuesta:

Asigne el código 38.91, Cateterización arterial, para la colocación temporal de un catéter de balón oclusivo en la arteria ilíaca interna. Si el balón es inflado y se consigue la oclusión del vaso, asigne el código 38.86, Otra oclusión quirúrgica de vaso, arteria abdominal. Este procedimiento es normalmente realizado como medida profiláctica para el control del sangrado durante la cirugía.

Pregunta:

Un paciente con historia de amputación del 2º, 3er y 4º dedos del pie derecho es ingresado por celulitis ascendente e infección del lugar de amputación. Las notas de evolución indican un desbridamiento a pie de cama con bisturí de piel y tejido necrosados en el lugar de la amputación en el tercer día de la hospitalización. En el día sexto la documentación muestra la realización de un desbridamiento menor no escisional. ¿Cuáles son los códigos de diagnósticos y procedimientos para este ingreso? El *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 1998, página 15, parece indicar que el código 84.6, Revisión de muñón de amputación, es adecuado para el desbridamiento

Respuesta:

Asigne el código 997.62, Complicación de muñón de amputación, Infección, como diagnóstico principal. El código 681.10, Celulitis y absceso, dedo del pie, no especificado, debe asignarse como diagnóstico secundario. Asigne el código 86.22, Desbridamiento escisional de herida, infección o quemadura, para el desbridamiento del tejido necrótico alrededor de la amputación del tercer día. Asigne el código 86.28, Desbridamiento no escisional de herida, infección o quemadura, como código de procedimiento adicional para el desbridamiento menor del sexto día.

El código 86.22 fue asignado para el desbridamiento escisional de tejido subcutáneo y piel. El código 84.3 no es adecuado, ya que el procedimiento no incluye la resección de hueso y no se puede considerar una revisión de amputación.

Pregunta:

Un hombre diabético de tipo II de 65 años, en postoperatorio de tres semanas tras amputación por encima de la rodilla, fue ingresado por apertura de la herida con protusión del fémur. El paciente fue sometido a revisión de la amputación. El cirujano abrió la herida en modo elíptico, extirpando el tejido de granulación hasta llegar a bordes de piel sangrante viables. El fémur fue acortado en dos pulgadas (poco más de 5 cm [NT]) y la herida se cerró sobre los drenajes. ¿Cómo debería codificarse?

Respuesta:

Asigne el código 997.69, Complicaciones del muñón de amputación, Otras, como diagnóstico principal para la apertura de la amputación con protusión del fémur. El código 250.00, Diabetes mellitus sin mención de complicación, tipo II o de inespecífico, no indicada como incontrolada, debe asignarse como diagnóstico secundario. Asigne el código 84.3, Revisión de muñón de amputación, para el procedimiento realizado. La escisión de tejido de granulación y el acortamiento del fémur están incluidas en la asignación del código de la revisión.

Una revisión de amputación incluye la sección de la circunferencia completa del hueso. La longitud del hueso seccionado o resecado no tan importante como el hecho de que toda la circunferencia del hueso sea cortada y se haga la revisión por la herida existente (lugar de la amputación). Esto se codifica como revisión.

Pregunta:

El *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 2003, página 14 (página 10 de la versión traducida [NT]), indica asignar el código 84.17, Amputación por encima de la rodilla, para una operación que extirpa seis pulgadas (poco más de 15 cm [NT]) adicionales sobre una amputación previa. El código 84.3, Revisión de muñón de amputación parece más adecuado. ¿Es el código 84.17 el adecuado o debe ría ser asignado el 84.3, Revisión de muñón de amputación?

Respuesta:

El código 84.17, Amputación por encima de la rodilla, es una asignación correcta. La amputación fue realizada en un lugar anatómico más alto y no era una revisión. Una reamputación por encima del lugar de la amputación original no debe considerarse una revisión cuando dicha amputación no se hace a través o implica una herida abierta preexistente.

Este consejo es coherente con el previamente publicado en *Coding Clinic*, Cuarto Trimestre de 1988, página 12.

Pregunta:

Un paciente con múltiples úlceras de decúbito en sacro y talón fue ingresado para la administración de un injerto autólogo de plaquetas para mejorar la cicatrización de los decúbitos. El *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 2002, página 11 (página 7 de la versión traducida [NT]), indica no asignar un código adicional para el injerto de plasma rico en plaquetas junto con injerto de hueso ya que es inherente al procedimiento. En este caso particular, la aplicación del injerto de plaquetas es el único procedimiento realizado. ¿Debería ser asignado un único código para la aplicación del injerto autólogo de plaquetas cuando es el único procedimiento realizado?

Respuesta:

Asigne el código 707.03, Ulcera de decúbito, Espalda baja, y 707.07, Ulcera de decúbito, Talón, para los decúbitos de sacro y talón. Asigne el código 99.79, Aféresis terapéutica u otra inyección, administración o infusión de otra sustancia terapéutica o profiláctica, Otra, para el injerto autólogo de plaquetas.

El plasma concentrado de plaquetas autólogo puede ser usado como sellador de herida mediante plaquetas. Contiene una alta concentración de plaquetas y de fibrinógeno obtenido por separación mediante centrifugación de sangre entera. Estas sustancias liberan factores de crecimiento que incrementan el contenido de colágeno, aceleran la regeneración epitelial y epidérmica, promueve la angiogénesis, facilita la curación de las heridas, acelera la hemostasia, proporciona regeneración tisular, disminuye las cicatrices dérmicas, acelera la remodelación, disminuye el dolor y reduce la infección.

Pregunta:
El paciente fue sometido a una externalización de la derivación ventriculoperitoneal (VP) a causa de infecciones recurrentes. Bajo sedación consciente, el cirujano incidió la piel en la pared torácica anterior y se externalizó la derivación ventriculoperitoneal, conectándose a un sistema de drenaje externo. ¿Cuál es la asignación de códigos correcta?

Respuesta:
Asigne el código 86.09, Otra incisión de piel y tejido subcutáneo, para la externalización de la derivación VP.

Pregunta:
¿Cuál es el código ICD-9-CM para la dislipemia?

Respuesta:
Asigne el código 272.4, Hiperlipidemia, Otra y no especificada, para la dislipidemia.

Pregunta:
¿Cuál es la asignación de código correcta para la lesión de Dieulafoy del esófago?

Respuesta:
Asigne el código 530.82, Hemorragia esofágica, para la lesión de Dieulafoy del esófago.

La lesión de Dieulafoy del esófago es relativamente rara. Este tipo de malformación normalmente ocurre en el estómago y el intestino. Sin embargo, las lesiones de Dieulafoy del esófago causan típicamente sangrado grave. Pueden usarse inyecciones de adrenalina por vía endoscópica para controlar el sangrado.

Noticias de Corrección

El *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 2004, página12 (página 11 de la versión traducida [NT]) contiene un error tipográfico. El código 795.61 debe leerse como **795.71.**

Incisión y drenaje del oído externo
En el Coding Clinic, Cuarto Trimestre de 2004, página 76 (página 59 de la versión traducida [NT]) la incisión y drenaje del oído debería asignarse al código **18.09**, Otra incisión de oído externo, en lugar del código 86.04.

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

Efectiva desde 1 de abril de 2005
Los cambios en el texto aparecen en negrita.
Las normas han sido actualizadas para incluir la tabla de Códigos V

El Centro para los servicios de Medicare y Medicaid (CMS), antiguamente Administración Nacional para Cuidados de Salud (HCFA) y el Centro Nacional para Estadísticas de Salud (NCHS), dos instituciones pertenecientes al Departamento de Salud y Servicios Sociales (DHHS), proporcionan las siguientes normas para codificación e información usando la Clasificación Internacional de Enfermedades, Modificación Clínica (ICD-9-CM). Estas normas deben ser usadas tanto en la versión oficial de ICD-9-CM como las publicadas en CD-ROM por la Imprenta del Gobierno (GPO) de los Estados Unidos.

Estas normas han sido aprobadas por las cuatro organizaciones que forman las Entidades Colaboradoras de la ICD-9-CM: la Asociación Americana de Hospitales (AHA), la Asociación Americana para la Gestión de la Información de Salud (AHIMA), los CMS y la NCHS. Estas normas están incluidas en la versión oficial de la ICD-9-CM, y también aparecen en el en el *Coding Clinic* for ICD-9-CM, publicado por la Asociación Americana de Hospitales.

Estas normas son un conjunto de reglas desarrolladas para acompañar y complementar las convenciones oficiales y las instrucciones proporcionadas dentro de la ICD-9-CM. Las normas se basan en las instrucciones de codificación y secuenciación de los volúmenes I, II y III de la ICD-9-CM, pero proporcionan una información adicional. Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) se exige el cumplimiento a estas normas cuando se asignan códigos de diagnósticos y procedimientos de la ICD-9-CM. Los códigos de diagnóstico (Volúmenes 1-2) se ha adoptado bajo la HIPAA para todas las situaciones de cuidados de salud. Los códigos del Volumen 3 se han adoptado para los procedimientos realizados en pacientes ingresados en los hospitales. Es esencial un esfuerzo conjunto entre el proveedor de cuidados de salud y el codificador para lograr una documentación completa y precisa, la asignación de códigos y la remisión de diagnósticos y procedimientos. Estas normas han sido desarrolladas para ayudar tanto al proveedor como al codificador para identificar aquellos diagnósticos que deben ser informados. La importancia de una documentación consistente y completa en los registros médicos no deben ser pasadas por alto. Sin esta documentación, no puede lograrse una codificación precisa. Debe repasarse la documentación completa para determinar las causas específicas del contacto y las afecciones tratadas.

El término contacto es usado para todas las situaciones, incluido el ingreso hospitalario. En el contexto de estas normas, el término proveedor se usa a lo largo de la misma para indicar al médico o cualquier profesional de cuidados de salud cualificado que está legalmente capacitado para establecer un diagnóstico. Sólo este conjunto de normas, aprobadas por la Entidades Colaboradoras, es oficial.

Las normas están organizadas en secciones. La Sección I incluye la estructura, las convenciones y las normas generales a aplicar a la clasificación completa, así como las normas específicas por capítulo y que se corresponden a los capítulos que componen la clasificación. La Sección II incluye normas para la selección de diagnóstico principal para pacientes no ambulatorios. La Sección III incluye normas para informar sobre diagnósticos adicionales en pacientes no ambulatorios. La Sección IV es para codificar e informar pacientes ambulatorios.

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 18

1. Formato 18
2. Abreviaturas 18
   a. **Abreviaturas del Indice** 18
   b. **Abreviaturas del Tabular** 18
3. Puntuación 18
4. Notas de Inclusión y Exclusión y términos de Inclusión 19
5. Códigos "Otros" y "No Epecificados" 19
   a. **Códigos "Otros"** 19
   b. **Códigos "No Especificados"** 19
6. Convenciones sobre etiología/manifestación ("codifique primero", "use código adicional" y "en enfermedades clasificadas en otra parte") 20
7. "Y" 20
8. "Con" 20
9. "Véase" y "véase también" 21

B. Normas Generales de Codificación 21

1. Uso del Indice Alfabético y de la Lista Tabular 21
2. Localización de cada término en el Indice Alfabético 21
3. Nivel de detalle en la codificación 21
4. Código o códigos del 001.0 al V83.89 22
5. Selección de códigos del 001.0 al 999.9 22
6. Signos y síntomas 22
7. Afecciones que son parte integral de la enfermedad 22
8. Afecciones que no son parte integral de la enfermedad 22
9. Codificación múltiple de afecciones simples 22
10. Afecciones agudas y crónicas 23
11. Códigos de combinación 23
12. Efectos tardíos 23
13. Afecciones inminentes o amenazas 24

C. Normas de Capítulos Específicos 24

1. Capítulo 1: Enfermedades infecciosas y parasitarias (001-139) 24
   a. Infecciones por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) 24
   b. Septicemia, Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), Sepsis, Sepsis grave y Shock séptico 26

2. Capítulo 2: Neoplasias (140-239) 29
   a. Tratamiento dirigido a la neoplasia primaria 29
   b. Tratamiento dirigido a la neoplasia secundaria 29
   c. Codificación y secuenciación de las complicaciones 29
   d. Neoplasia primaria previamente extirpada 30
   e. Admisión/contacto que implica quimioterapia y radioterapia 30
   f. Admisión/contacto para determinar ausencia de malignidad 31
   g. Síntomas, signos y enfermedades mal definidas listadas en el capítulo 16 31
   h. Contacto para extirpación profiláctica de órgano 31

3. Capítulo 3: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas y trastornos de la inmunidad (240-279) 31
   a. Diabetes mellitus 31

4. Capítulo 4: Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos (280-289) 33
   Reservado para futura ampliación de las normas

5. Capítulo 5: Trastornos mentales (290-319) 33
   Reservado para futura ampliación de las normas

6. Capítulo 6: Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (320-389) 33
   Reservado para futura ampliación de las normas

7. Capítulo 7: Enfermedades del aparato circulatorio (390-459) 33
   a. Hipertensión 33
   b. Infarto cerebral / ictus / accidente cerebrovascular 35
   c. Accidente cerebrovascular postoperatorio 35
   d. Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular 35

8. Capítulo 8: Enfermedades del aparato respiratorio (460-519) 36
   a. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC] y asma 36
   b. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC] y bronquitis 37

9. Capítulo 9: Enfermedades del aparato digestivo (520-579) 37
   Reservado para futura ampliación de las normas

10. Capítulo 10: Enfermedades del aparato genitourinario (580-629) 37
   Reservado para futura ampliación de las normas

11. Capítulo 11: Complicaciones del embarazo, nacimiento y puerperio (630-677) 37
a. Reglas generales para casos obstétricos 37
b. Selección del diagnóstico obstétrico principal 38
c. Afecciones fetales que afectan el tratamiento de la madre 38
d. Infección por VIH en Embarazo, nacimiento y puerperio 39
e. Afecciones actuales que complican el embarazo 39
f. Diabetes mellitus en el embarazo 39
g. Diabetes gestacional 39
h. Parto normal, código 650 40
i. Período de postparto y periparto 40
j. Código 677, Efecto tardío de complicación del embarazo 41
k. Aborto 41

12. Capítulo 12: Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo (680-709) 42
Reservado para futura ampliación de las normas

13. Capítulo 13: Enfermedades musculoesqueléticas y tejido conectivo (710-739) 42
Reservado para futura ampliación de las normas

14. Capítulo 14: Anomalías congénitas (740-759) 42
a. Códigos de las categorías 740-759, Anomalías congénitas 42

15. Capítulo 15: Normas para recién nacidos (perinatal) (760-779) 43
a. Reglas generales en periodo perinatal 43
b. Uso de los códigos V30-V39 44
c. Traslado de recién nacidos 44
d. Uso de la categoría V29 44
e. Uso de otros códigos V en historias perinatales 44
f. Causas maternas de morbilidad perinatal 45
g. Anomalías congénitas en recién nacidos 45
h. Codificación de diagnósticos perinatales adicionales 45
i. Prematuridad y retraso en el crecimiento fetal 45
j. Sepsis en recién nacido 46

16. Capítulo 16: Signos, síntomas y afecciones mal definidas (780-799) 46
Reservado para futura ampliación de las normas

17. Capítulo 17: Lesiones y envenenamientos (800-999) 46
a. Codificación de heridas 46
b. Codificación de fracturas 46
c. Codificación de quemaduras 47
d. Codificación de desbridamiento de herida, infección o quemadura 48
e. Codificación de efectos adversos, envenenamientos y efectos tóxicos 49

18. Capítulo 18: Clasificación de factores que influyen el estado de salud y contactos con los servicios de salud (Suplementaria V01-V84) 50
a. Introducción 50
b. Use de códigos V en cualquier situación de cuidado de salud 51
c. Códigos V que indican la causa de un contacto 51
d. Categorías de códigos V 51

19. Capítulo 19: Clasificación suplementaria de causas externas de lesión y envenenamiento (Códigos E, E800-E999) 64
a. Normas generales de codificación de códigos E 64
b. Normas para el lugar del suceso 65
c. Normas para efectos adversos de medicamentos y sustancias medicinales y biológicas 65
d. Normas para codificar códigos E de causas múltiples 66
e. Normas para abuso de niños y adultos 67
f. Normas para propósitos desconocidos o sospechados 67
g. Causas indeterminadas 67
h. Normas para efectos tardíos de causas externas 67
i. Normas para Accidentes y complicaciones de cuidados 68
j. Normas sobre terrorismo 68

Sección II Selección del Diagnóstico Principal

A. Códigos de síntomas, signos y afecciones mal definidas 69
B. Dos o más afecciones interrelacionadas, que potencialmente reúnen la definición para ser diagnóstico principal 69
C. Dos a más diagnósticos que reúnen igualmente la definición de diagnóstico principal 69
D. Dos o más diagnósticos diferenciales o comparativos 70
E. Síntomas seguidos de diagnósticos diferenciales o comparativos 70
F. Plan de tratamiento no llevado a cabo 70
G. Complicaciones de cirugía y otros cuidados médicos 70
H. Diagnósticos dudosos 70

Sección III Informando Diagnósticos Adicionales

A. Afecciones previas 71
B. Hallazgos anormales 71
C. Diagnósticos dudosos 71

Sección IV Normas de Codificación de Diagnósticos para Pacientes Ambulatorios

A. Selección de la afección principal 72
B. Códigos del 001.0 al V84.8 72
C. Información precisa de los códigos de diagnóstico de la ICD-9-CM 73
D. Selección de códigos del 001.0 al 999.9 73
E. Códigos que describen signos y síntomas 73
F. Contacto para circunstancias distintas a enfermedad o lesión 73
G. Nivel de detalle de la codificación 73
1. Códigos de la ICD-9-CM con 3, 4 ó 5 dígitos 73
2. Uso del número completo de dígitos requeridos para un código 73
H. Códigos ICD-9-CM para diagnóstico, afección, problema u otro motivo de contacto/ visita 73
I. Diagnósticos “probable”, “sospechado”, “cuestionable”, “descartado” o “en estudio” 74
J. Enfermedades crónicas 74
K. Codifica toda las afecciones documentadas que coexisten 74
L. Pacientes que reciben sólo servicios diagnósticos 74
M. Pacientes que reciben sólo servicios terapéuticos 74
N. Pacientes que reciben sólo evaluación preoperatoria 75
O. Cirugía ambulatoria 75
P. Visitas prenatales rutinarias ambulatorias 75

Sección I. 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") (**NCOC** en la versión española [NT])

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 Sección I.A.6. "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 secuenciado como 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. Los códigos de la **categoría** diabetes 250 deben ser secuenciados 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. Véase la sección I.B.9. "Codificación múltiple de una afección única"

7. **"Y"**
   La palabra "y" debería ser interpretada tanto como "y" como "o" cuando aparecen en un título.

8. **"Con"**
   La palabra "con" en el índice alfabético se ordena siguiendo inmediatamente al término principal, no en orden alfabético.

9. "Véase" y Véase también"

La instrucción "véase" seguida del término principal en el Indice indica que debe consultarse otro término. Es necesario ir al término principal anotado con "véase" para localizar el código correcto.

La instrucción "véase también" seguida del término principal en el Indice indica que hay otro término principal que debe consultarse y que puede proporcionar una entrada adicional en el Índice que puede ser útil. No es necesario seguir el "véase también" cuando el término principal original proporciona el código necesario.

B. Normas Generales de Codificación

1. Uso conjunto del 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

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. Código o códigos del 001.0 al V83.99

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. Selección de códigos 001.0 al 999.9

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. Signos y síntomas

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.

La nota "codifique primero, si es aplicable, cualquier afección causal", indica que este código debe ser asignado como diagnóstico principal cuando la afección causal es desconocida o no aplicable. Si la afección causal se conoce, el código de esta afección debe ser puesto como principal.

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.

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. Véase la Sección II para las normas de la selección del diagnóstico principal.

1. Capítulo 1: Enfermedades infecciosas y parasitarias (001-139)

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

1) Codifique sólo casos confirmados

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) Paciente ingresado por una afección relacionada con VIH

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) Paciente ingresado por una afección no relacionada con VIH

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) Aunque el paciente sea diagnosticado recientemente

Sea el paciente diagnosticado recientemente o haya tenido ingresos o contactos previos por afecciones de VIH la ordenación de los códigos es indistinta

(d) Virus de la inmunodeficiencia humana asintomático

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) Pacientes con serología VIH no concluyente

Los pacientes con serología VIH no concluyente, sin diagnóstico definitivo de enfermedad o afección, deben codificarse con 795.71, Prueba serológica inconcluyente para inmunodeficiencia 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. Los códigos del Capítulo 15 siempre tienen prioridad en el orden de codificación.

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, Síndrome de respuesta inflamatorio sistémico (SRIS), Sepsis grave y Shock séptico

1) Sepsis como diagnóstico principal o secundario

(a) Sepsis como diagnóstico principal
Si la sepsis está presente en el momento del ingreso y reúne las condiciones de la definición de diagnóstico principal, el código de la infección sistémica subyacente (ej. 038.xx, 112.5, etc.) debe ser asignado como diagnóstico principal, seguido del código 995.91, Síndrome de respuesta inflamatorio sistémico debido a procesos infecciosos sin disfunción orgánica, tal como se indica en las reglas de secuenciación de la lista tabular. Los códigos de la categoría 995.9 nunca deben ser asignados como diagnóstico principal.

(b) Sepsis como diagnóstico secundario
Cuando la sepsis se desarrolla durante el ingreso (no está presente en el momento de la admisión), los códigos de sepsis deben asignarse como diagnósticos secundarios siguiendo las normas proporcionadas en la lista tabular.

(c) La documentación no aclara si la sepsis está presente en el momento del ingreso
Si la documentación no aclara si la sepsis estaba presente en el momento del ingreso, debe preguntarse al proveedor. Tras dicha pregunta, si la sepsis se determina que reúne en ese momento las condiciones de diagnóstico principal, la infección sistémica subyacente (038.xx, 112.5, etc.) debe usarse como diagnóstico principal con el código 995.91, Síndrome dé respuesta inflamatorio sistémico debido a proceso infeccioso sin disfunción orgánica.

2) **Septicemia / Sepsis**
En muchos casos, será un código de la categoría 038, Septicemia, el que deberá usarse juntamente con un código de la categoría 995.9 tal como se sigue:

(a) **Sepsis estreptocócica**
Si la documentación de la historia constata una sepsis estreptocócica, se deben usar los códigos 030.0 y 995.91 en este orden.

(b) **Septicemia estreptocócica**
Si la documentación de la historia constata una septicemia estreptocócica, sólo debe asignarse el código 038.0. Sin embargo el proveedor debe ser preguntado si el paciente tiene sepsis, una infección con SRIS.

(c) **La sepsis o SRIS deben estar documentados**
Cualquiera de los términos sepsis o SRIS deben estar documentados para asignar un código de la subcategoría 995.9.

3) **Términos sepsis, sepsis grave o SRIS**
Si los términos sepsis, sepsis grave o SRIS se usan con una infección subyacente diferente a la septicemia, tal como neumonía, celulitis o infección no especificada del tracto urinario, debe asignarse primero un código de la categoría 038 y luego el código 995.91, seguido por el código de la infección inicial. El uso de los términos sepsis o SRIS indica que la infección del paciente ha avanzado hasta el punto e una infección sistémica de tal manera que la infección sistémica debe ser codificada antes que la infección localizada. La nota de instrucción bajo la categoría 959.9 nos obliga a asignar la infección sistémica subyacente en primer lugar.

Nota: El término urosepsis no es un término específico. Si es el único término documentado, sólo debe asignarse el código 599.0 basado en la carencia de este término en el alfabético de la ICD-9-CM, junto con el código del organismo causal si se conoce.

4) **Sepsis grave**
Para los pacientes con sepsis grave, debe secuenciarse primero el código de la infección sistémica (ej. 038.xx, 112.5, etc) o del traumatismo, seguido de cualquiera de los códigos 995,92, Síndrome de respuesta inflamatorio sistémico debido a proceso infeccioso con disfunción orgánica, o el código 994.94, Síndrome de respuesta inflamatorio sistémico debido a proceso no infeccioso con disfunción orgánica. Los códigos de las disfunciones orgánicas específicas deben ser igualmente asignados.

5) **Shock séptico**

(a) **Secuenciando el shock séptico**
El shock séptico es una forma de disfunción orgánica asociada a sepsis grave. Antes que el código de shock séptico debe asignarse un código de la infección sistémica subyacente inicial seguida de un código de SRIS (código 995.92). Tal y como se anota en las instrucciones de secuenciación del tabular, el código de shock séptico no puede ser asignado como diagnóstico principal.

(b) **Shock séptico sin documentación de sepsis grave**
El shock séptico no puede ocurrir en ausencia de una sepsis grave. Debe secuenciarse un código de la categoría 995.9 antes que el shock séptico. Las notas "use código adicional" y "codifique primero" proporcionan las insgtrucciones de secuenciación.

6) **Sepsis y shock séptico asociado con aborto**
La sepsis y el shock séptico asociados a aborto, embarazo ectópico y embarazo molar están clasificados en los códigos del Capítulo 11 (630-639)

7) **Hemocultivo negativo o no concluyente**
Los hemocultivos negativos o no concluyentes no excluyen un diagnóstico de septicemia o sepsis en pacientes con evidencia clínica de la afección; no obstante debe preguntarse al proveedor de servicios de salud.

8) **Sepsis del recién nacido**
Véase la Sección I.C.15.j para información sobre la codificación de la sepsis del neonato

9) **Sepsis debida a infección tras procedimiento**
La sepsis debida a una infección tras procedimiento es una complicación de cuidados. Para estos casos, debe ser usado el código 998.59, Otras infecciones postoperatorias, seguida del código apropiado para la sepsis. Para asignar códigos adicionales deben seguirse las otras normas de codificar la sepsis.

10) **Códigos de causa externa de lesión con SRIS**
No se necesita código de causa externa con el código 995.91, Síndrome de respuesta inflamatorio sistémico por procesos infecciosos sin disfunción orgánica, o el código 995.92, Síndrome de respuesta inflamatorio sistémico por procesos infecciosos con disfunción orgánica. Remítase a la Sección I.C.19.a.7 para instrucciones sobre uso de los códigos de causa externa de lesiones con códigos por SRIS resultante de traumatismo.

2. Capítulo 2: Neoplasias (140-239)

Normas generales

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.

Véase la Sección I.C.18.d.4 para información acerca de los códigos V para susceptibilidad genética al cáncer

a. Tratamiento dirigido a la neoplasia

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

b. Tratamiento dirigido a la metástasis

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. Codificación y secuenciación de las complicaciones

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) **Anemia asociada con neoplasia**

   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) **Anemia asociada a quimioterapia**

   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) **Tratamiento de la deshidratación debida a neoplasia**
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) **Tratamiento de una complicación resultante de un procedimiento quirúrgico**
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. Neoplasia primaria previamente extirpada
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/contactos que implican quimioterapia o radioterapia

1) **Episodio de cuidados que implica escisión quirúrgica de neoplasia**
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) **Ingreso/contacto del paciente únicamente para administración de quimioterapia**
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) **Paciente ingresado para radioterapia/quimioterapia y que desarrolla complicaciones**
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. **Ingreso/contacto para determinar la extensión de la neoplasia**
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. **Síntomas, signos y afecciones mal definidas listadas en el Capítulo 16**
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.

h. **Contacto para extirpación profiláctica de órgano**
Para los contactos específicos de extirpación profiláctica de mama, ovario y otro órgano debido a a susceptibilidad genética al cáncer o historia familiar de cáncer, el diagnóstico principal debe ser un cádigo de la subcategoría V50.4, Extirpación profiláctica de órgano, seguido del código adecuado de susceptibilidad genética y el código de historia familiar.

Si el paciente tiene una neoplasia en un a localización y se hace una extirpación profiláctica de un órgano de otra localización para prevenir tanto una neoplasia primaria como una metástasis, debe asignarse un código de neoplasia maligna junto con el código de la subcategoría V50.4. No debe asignarse un código V50.4 si el paciente es sometido a extirpación de órgano para tratamiento de la neoplasia, tal como la extirpación de los testículos para el tratamiento del cáncer de próstata

3. Capítulo 3: Trastornos Endocrinos, Nutricionales, Metabólicos y de la Inmunidad (240-279)

a. **Diabetes Mellitus**
Los códigos bajo la categoría 250, Diabetes mellitus, identifican complicaciones y manifestaciones asociadas con diabetes mellitus. Se requiere de un quinto dígito para identificar el tipo de diabetes y si la diabetes es controlada o introntrolada.

1) **Quintos dígitos de la categoría 250:**
Los quintos dígitos bajo la categoría 250 son los siguientes:

0 tipo II o inespecífico, no declarada como incontrolada
1 tipo I [tipo juvenil], no declarada como incontrolada
2 tipo II o inespecífico, incontrolada
3 tipo I [tipo juvenil], incontrolada

La edad del paciente no es el único factor determinante, aunque muchos diabéticos de tipo I desarrollan la afección llegando a la pubertad. Por esta causa, la diabetes mellitus tipo I es definida también como diabetes juvenil.

2) Diabetes mellitus de tipo no documentado
Si el tipo de diabetes mellitus no está documentada en la historia clínica el tipo por defecto es el II.

3) Diabetes mellitus y uso de insulina
Todos los diabéticos de tipo I tienen que usar insulina para sustituir la que su cuerpo no produce. Sin embargo, el uso de insulina no significa que el paciente sea un diabético de tipo I. Algunos pacientes con diabetes de tipo II son incapaces de controlar su nivel de azúcar mediante dieta y medicación oral únicamente y necesitan insulina. Si la documentación de la historia clínica no indica el tipo de diabetes pero indica que el paciente usa insulina, debe usarse el quinto dígito adecuado para el tipo II. Para los pacientes de tipo II que se forma rutinaria usan insulina debe asignarse el código V58.67, Uso prolongado (actual) de insulina, para indicar que el paciente usa insulina. El código V58.67 no debe asignarse si la insulina se suministra temporalmente para llevar el control del nivel de azúcar de un paciente de tipo II durante un contacto.

4) Asignando y secuenciando los códigos de diabetes y las afecciones asociadas
Cuando se asignan códigos de diabetes y sus afecciones asociadas, los códigos de la categoría 250 deben ser secuenciados antes que los de las afecciones asociadas. Los códigos de diabetes y los códigos secundarios que corresponden a ellos son códigos emparejados que siguen la norma sobre etiología/manifestación (Véase la Sección I.A.6.). Asigne tantos códigos de la categoría 250 como sean necesarios para identificar todas las afecciones asociadas que el paciente tenga. Los códigos secundarios correspondientes están listados bajo cada uno de los códigos de diabetes.

5) Diabetes mellitus que complica el embarazo

(a) Para la diabets mellitus que complica el embarazo, véase la Sección I.C.11.f., diabetes mellitus en el embarazo.

(b) Para la diabetes gestacional, véase la Sección I.C.11.g., diabetes gestacional.

6) Malfuncionamiento de la bomba de insulina
(a) Infradosis de insulina por fallo de la bomba de insulina
Una infradosis de insulina debido a un fallo de la bomba de insulina debe asignarse al 996.57, Complicación mecánica debida a bomba de insulina, como diagnóstico principal, seguido del código adecuado de diabetes mellitus basado en la documentación.
(b) Sobredosis de insulina por fallo de la bomba de insulina
El código principal o primero en orden para un contacto por malfuncionamiento de la bomba de insulina que da lugar a sobredosis de insulina debe ser también el 996.57, Complicación mecánica debida a bomba de insulina, seguido del código 962.3, Envenenamiento por insulina y agentes antidiabéticos, y el código adecuado de diabetes mellitus basado en la documentación.

4. Capítulo 4: Enfermedades de la Sangre y Organos Hematopoyéticos (280-289)

Reservado a ampliaciones futuras delas normas

5. Capítulo 5: Trastornos Mentales (290-319)

Reservado a ampliaciones futuras delas normas

6. Capítulo 6: Enfermedades del Sistema Nervioso y Organos de los Sentidos (320-389)

Reservado a ampliaciones futuras delas normas

7. Capítulo 7: Enfermedades del Aparato Circulatorio (390-459)

a. Hipertensión

Tabla de 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

Las 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 un código adicional de la categoría 428 para identificar el tipo de fallo cardíaco en aquellos pacientes con fallo cardíaco. Puede ser asignado más de un código de la categoría 428 si el paciente tiene fallo sistólico o diastólico y fallo cardíaco congestivo.

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. Asigne un código adicional de la categoría 428 para identificar el tipo de fallo cardíaco en aquellos pacientes con fallo cardíaco. Puede ser asignado más de un código de la categoría 428 si el paciente tiene fallo sistólico o diastólico y fallo cardíaco congestivo.

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.

b. Infarto cerebral/ictus/accidente cerebrovascular (ACV)

El término ictus y ACV son usados a menudo de manera indistinta para referirse al infarto cerebral. Los términos ictus, ACV e infaro cerebral NEOM están indexados en el código 434.91, Oclusión de arteria cerebral, no especificada, con infarto. El código 436, Enfermedad cerebrovascular aguda mal definida, no debe usarse cuando en la documentación consta ictus o ACV.

c. Accidente cerebrovascular postoperatorio

La hemorragia cerebrovascular o infarto que ocurre como resultado de una intervención médica se codifica en el 997.02, Infarto o hemorragia cerebrovascular iatrogénicos. La documentación de la historia clínica debería especificar claramente la relación causa-efecto entre la intervención médica y el accidente cerebrovascular a fin de asignar este código. Debe usarse un código secundario en el rango 430-432 o de las subcategorías 433 o 434 con quinto dígito "1" para identificar el tipo de hemorragia o infarto.

Estas normas se ajustan a la nota de instrucción "use código adicional" de la categoría 997. El código 436, Enfermedad cerebrovascular aguda mal definida, no debe ser usado como diagnóstico secundario con el código 997.02.

d. Efectos tardíos de la Enfermedad Cerebrovascular

1) Categoría 438, Efectos tardíos de la enfermedad cerebrovascular

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

2) Códigos de la categoría 438 con códigos del 430-437

Los códigos de la categoría 438 deben ser asignados en una historia con códigos de 430-437, si el paciente tiene un accidente cerebrovascular (CVA) actual y déficits de un CVA antiguo.

3) Código V12.59

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.

8. Capítulo 8: Enfermedades del Aparato Respiratorio (460-519)

a. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica [EPOC] y Asma

1) Estados que incluyen EPOC y Asma

Los estados que incluyen EPOC son la bronquitis obstructiva crónica, subcategoría 491.2, y enfisema, categoría 492. Todos los códigos de asma están bajo la categoría 493, Asma. El código 496, Obstrucción crónica de la vía aérea, no clasificada en otro lugar, es un código inespecífico que sólo debe ser usado cuando la documentación de la historia clínica no especifica el tipo de EPOC que se está tratando.

2) Exacerbación aguda de bronquitis crónica obstructiva y asma

Los códigos para la bronquitis cónica obstructiva y el asma distinguen entre casos no complicados y aquéllos con exacerbación aguda. Una exacerbación aguda es un empeoramiento o descompensación de una afección crónica. No es equivalente a una infección sobreañadida o una afección crónica, aun cuando una exacerbación puede ser desencadenada por una infección.

3) Naturaleza coincidente de las afecciones que comprenden la y el asma

Dada la naturaleza coincidente de las afecciones que constituyen la EPOC y el asma, hay muchas variaciones en la forma en que dichas afecciones vienen documentadas. La selección del código debe estar basada en los términos en que está documentado. Cuando se selecciona el código correcto del tipo documentado de EPOC y asma, es esencial repasar primero el índice, y luego verificar el código en la lista tabular. Hay muchas notas de instrucción bajo las diferentes categorías y códigos de EPOC. Es importante que todas esas notas sean revisadas para asegurar la asignación correcta del código.

4) Exacerbación aguda de asma y estatus asmático

Una exacerbación aguda del asma es un incremento de la gravedad de los síntomas del mismo, tales como sibilancias y respiración acortada. El estatus asmático se refiere a un fracaso del paciente para responder al tratamiento administrado durante un episodio asmático y es una complicación que amenaza la vida y que requiere de cuidados urgentes. Si el estatus asmático está documentado con cualquier tipo de EPOC o bronquitis aguda, el estatus asmático se debe codificar primero. Esto prevalece sobre cualquier tipo de EPOC incluyendo aquella con exacerbación aguda o con bronquitis aguda. Es inadecuado asignar un código de asma con 5º dígito 2, con exacerbación aguda, junto con un código de asma con 5º dígito 1, con estatus asmático. Sólo debe asignarse el 5º dígito 1.

b. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica [EPOC] y Bronquitis

1) Bronquitis aguda con EPOC

La bronquitis aguda, código 466.0, es debida a un organismo infeccioso. Cuando la bronquitis aguda está documentada con EPOC, debe asignarse el código 491.22, Bronquitis crónica obstructiva con bronquitis aguda. No es necesario asignar también el código 466.0. Si la historia clínica documenta bronquitis aguda con EPOC con exacerbación aguda, sólo debe asignarse el código 491.22. La bronquitis aguda incluida en el código 491.22 prevalece sobre la exacerbación aguda. Si la histoaia documenta EPOC con exacerbación aguda sin mención de bronquitis aguda, sólo debe asignarse el código 491.21.

9. Capítulo 9: Enfermedades del Aparato Digestivo (520-579)

Reservado para futuras normas

10. Capítulo 10: Enfermedades del Aparato Genitourinario (580-629)

Reservado para futuras normas

11. Capítulo 11: Complicaciones del Embarazo, Nacimiento y Puerperio (630-677)

a. Reglas generales para casos obstétricos

1) Códigos del capítulo 11 y prioridad en la secuencia

Los casos obstétricos requieren códigos del capítulo 11, en el rango 630-677, Complicaciones del embarazo, nacimiento y puerperio. 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. 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) Códigos del capítulo 11 usados sólo en la historia materna

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

3) Quintos dígitos del capítulo 11

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.

4) Quintos dígitos apropiados para cada código

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.

b. Selección del Diagnóstico Obstétrico Principal

1) Visitas prenatales ambulatoria rutinarias

Para las visitas prenatales ambulatorias rutinarias cuando no hay presentes complicaciones, deben usarse los códigos V22.0, Supervisión de embarazo normal de primigrávida y V22.1, Supervisión de otro embarazo normal, como diagnósticos principales. Estos códigos no pueden ser usados conjuntos a los del capítulo 11.

2) Visitas prenatales ambulatorias de pacientes de alto riesgo

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.

3) Episodios donde no se produce parto

En episodios donde no se produce parto, el diagnóstico principal debe corresponder a la complicación principal del embarazo que ha causado el contacto. Si existiera más de una complicación, todas las cuales son monitorizadas o tratadas, cualquiera de estas complicaciones puede ser codificada primero.

4) Cuando ocurre un parto

Si se produce el parto, el diagnóstico principal debe corresponder a la circunstancia o complicación principal del parto. En el caso de parto por cesárea, la selección del diagnóstico principal debe corresponder a la causa de esa cesárea a no ser que la causa del ingreso no tuviera relación con la afección que dio como resultado dicho parto por cesárea.

5) Resultado del parto

Cuando ocurre un parto debe ser incluido en cada historia materna 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.

c. Afecciones fetales que afectan el tratamiento dela madre

1) Códigos de la categoría 655

Las anormalidades fetales conocidas o sospechadas que afectan el tratamiento de la madre, y la categoría 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.

2) **Cirugía intraútero**

En los casos en que la cirugía se realiza sobre el feto, deben asignarse códigos de diagnóstico de la categoría 655, Anormalidades fetales conocidas o sospechadas que afectan el tratamiento de la madre, para identificar la afección fetal. El código de procedimiento 75.36, Corrección de defecto fetal, debe asignarse en la historia del ingreso hospitalario.

No deben usarse códigos del Capítulo 15, códigos perinatales, en la historia de la madre para identificar las afecciones fetales. La cirugía realizada intraútero en el feto todavía se codifica como un contacto obstétrico.

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. Afecciones actuales que complican el embarazo

Asigne un código de la subcategoría 648.x para pacientes que tienen afecciones actuales cuando dichas afecciones afectan el tratamiento del embarazo, nacimiento o puerperio. Use códigos secundarios adicionales de otros capítulos para identificar esas afecciones.

f. Diabetes mellitus en el embarazo

La diabetes mellitus es factor de complicación significativo en el embarazo. A las mujeres embarazadas que tiene diabetes de les debe asignar el código 648.0x, Diabetes mellitus que complica el embarazo, y un código secundario dela categoría 250, Diabetes mellitus, para identificar el tipo de diabetes.

El código V58.67, Uso (actual) de insulina durante largo tiempo, debe ser también asignado si la diabetes mellitus está siendo tratada con insulina.

g. Diabetes gestacional

La diabetes estacional puede ocurrir durante e segundo o tercer trimestre del embarazo en mujeres que no eran diabéticas antes del mismo. La diabetes gestacional puede causar complicaciones en el embarazo parecidas a aquellas que tenían diabetes mellitus preexistente. También ponen a la mujer en un algo riesgo de desarrollar diabetes tras el embarazo. La diabetes gestacional es codificada en el 648.8x, Tolerancia anormal a la glucosa. Los códigos 648.0x y 648.8x no deben ser usados nunca juntos en el mismo episodio.

El código V58.67, Uso (actual) de insulina durante largo tiempo, debe ser también asignado si la diabetes mellitus está siendo tratada con insulina.

h. Parto normal, código 650

1) Parto normal

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. **El código 650 es siempre diagnóstico principal. No se debe usar si se necesita cualquier otro código del capítulo 11 para describir una complicación actual del período antenatal, período de parto o perinatal. Con el código 650 deben usarse códigos adicionales de otros capítulos si no están relacionados con el embarazo o no complican de alguna forma el mismo.**

2) Parto normal con complicación anteparto ya resuelta

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) V27.0, Nacido único con vida, resultado del parto

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

i. Períodos de postparto y periparto

1) Períodos de postparto y periparto Parto normal

El período postparto comienza inmediatamente después del parto y continúa seis semanas siguientes al mismo. El período periparto es definido entre el último mes de embarazo y cinco meses tras el mismo.

2) Complicación postparto

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

3) Complicaciones relacionadas con el embarazo después de seis semanas

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) Complicaciones postparto que ocurren durante el mismo ingreso que el parto

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) Ingreso para cuidado postparto rutinario tras parto fuera del hospital

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) **Ingreso tras parto fuera del hospital con afecciones postparto**
Un diagnóstico de parto no debe ser usado para una mujer que ha parido antes del ingreso en el hospital. Debe ser codificado cualquier afección y/o procedimiento postparto.

j. Código 677, Efectos tardíos de complicaciones del embarazo

1) **Código 677**
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) **Tras el período inicial de postparto**
El código puede ser usado en cualquier momento después del período inicial de postparto.

3) **Secuenciando el código 677**
Este código, al igual que todos los efectos tardíos, debe seguir en la ordenación de códigos a los de las secuelas de la complicación.

k. Abortos

1) **Quintos dígitos necesarios para categorías de aborto**
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) **Código de las categoría 640-648 y 651-659**
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) **Código 639 para complicaciones**
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.

12. Capítulo 12: Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo (680-709)

Reservado para futuras normas

13. Capítulo 13: Enfermedades del aparato musculoesquelético y tejido conectivo (710-739)

Reservado para futuras normas

14. Capítulo 14: Anomalías congénitas (740-759)

a. Códigos de las categorías 740-759, Anomalías congénitas

Asigne un código(s) adecuado de las categorías 740-759, Anomalías congénitas, cuando se ha documentado una anomalía. Una anomalía congénita puede ser diagnóstico principal o secundario en un episodio. Use códigos secundarios adicionales de otros capítulos para especificar afecciones asociadas con la anomalía. Los códigos del Capítulo 14 pueden ser usados a lo largo de la vida del paciente. Si una anomalía congénita ha sido corregida, debe usarse un código de historia personal para identificar la historia de esa anomalía.

Para la admisión en el nacimiento, debe usarse como diagnóstico principal un código adecuado de la categoría V30, Niño nacido vivo, de acuerdo con el tipo de nacimiento, seguido de los códigos de anomalías congénitas, 740-759.
(en nuestro medio el V30 no se usa por lo que la anomalía congénita del recién nacido pasaría a diagnóstico principal [NT])

15. Capítulo 15: Normas en el neonato (perinatal) (760-779)

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

a. Regla general para perinatal

1) Códigos del capítulo 15
No se usan <u>nunca</u> en la historia de la madre. Los códigos del capítulo 11, el capítulo obstétrico, no son permitidos nunca en la historia del niño. Los códigos del capítulo 15 pueden ser usados a lo largo de la vida del paciente si las afecciones están aún presentes.

2) Secuenciación de códigos perinatales
Generalmente, los códigos del capítulo 15 deben secuenciarse como principales en la historia del recién nacido, con la excepción del código V30 para el episodio del nacimiento (véase NT anterior)**, seguido de códigos de cualquier otro capítulo que proporcione un mayor detalle. La nota "use código adicional" al comienzo del capítulo soporta esta norma. Si el índice no proporciona un código específico para una afección neonatal, asigne el código 779.89, Otras afecciones especificadas originadas en período perinatal, seguido del código de otro capítulo que especifique la afección. Los códigos de signos y síntomas pueden asignarse cuando no ha sido establecido un diagnóstico definitivo.**

3) Afecciones del proceso del nacimiento o adquirida en la comunidad
Si un recién nacido tiene una afección que puede ser debida tanto al proceso del nacimiento como adquirida en la comunidad y la documentación no indica cuál es, por defecto es debida al proceso del nacimiento y debe usarse un código del capítulo 15. si la afección es adquirida en la comunidad, no debe asignarse un código del capítulo 15.

4) Codifique todas las afecciones clínicamente significativas
Todas las afecciones clínicamente significativas observadas en un exámen 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
- incremento de cuidados o control de enfermería; 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. **Los códigos deben asignarse para afecciones que han sido especificadas por el servicio como que tienen implicaciones en las necesidades de cuidados futuras. Los códigos del capítulo perinatal no deben asignarse mientras que el servicio haya establecido un diagnóstico definitivo.**

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 (véase NT anterior).

c. Traslado de recién nacidos

Si el recién nacido es trasladado a otra institución, el V30 no se usará en el hospital de traslado(véase NT anterior).

d. Uso de la categoría V29

1) Asigne un código de la categoría V29

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.

Debe también asignarse un código de la categoría V29 con diagnóstico principal para reingresos o contactos cuando el código V30 no se puede aplicar. Los códigos de la categoría V29 son para usarse con sólo con recién nacidos o niños en los cuales no se han encontrado afecciones tras su estudio.

2) Código V29 en la historia del recién nacido

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 (véase NT anterior).

e. Uso de de otros códigos V en la historia perinatal

Los códigos V diferentes al V20 y V29 pueden ser asignados en una historia perinatal o de recién nacido. Los códigos pueden ser usados como diagnósticos principales para tipos específicos de episodios o para reingresos o episodios donde no se aplica el V30.

Véase la Sección I.C.18 para información referente a la asignación de códigos V.

f. 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.

g. Anomalías congénitas en recién nacido

Para el ingreso por nacimiento, debe usarse el código adecuado de la categoría V30, Niño nacido con vida, de acuerdo al tipo de nacimiento, seguido de cualquier código de anomalía congénita, categorías 740-759 (véase NT anterior).

Use códigos secundarios adicionales de otros capítulos para especificar afecciones asociadas con la anomalía, si es aplicable.

Véase también la Sección I.C.14 para información sobre la codificación de anomalías congénitas

h. Codificación de diagnósticos perinatales adicionales

1) Asigne códigos para afecciones que requieran tratamiento

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

2) Códigos para afecciones especificadas que tienen implicaciones en futuras necesidades de cuidados

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) Códigos para afecciones de recién nacidos originadas en período perinatal

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.

i. Prematuridad y retraso del crecimiento fetal

Los médicos usan diferentes criterios para determinar la prematuridad. Un código de prematuridad no debe asignarse hasta que no esté documentado. La asignación del quinto dígito de la categoría 764 y las subcategorías 765.0 y 765.1 debe estar basada en el peso al nacer y la edad gestacional estimada. El código de la subcategoría 765.2, Semanas de gestación, debe asignarse como código adicional con la categoría 764 y los códigos de las subcategorías 765.0 y 765.1, para especificar las semanas de gestación tal como es documentada por el médico en la historia.

j. Sepsis del recién nacido

El código 771.81, Septicemia [sepsis] del recién nacido, debe asignarse con un código secundario de la categoría 041, Infección bacteriana in afecciones clasificadas en otra parte o de lugar inespecífico, para identificar el organismo. No es necesario usar un código de la subcategoría 995.9, Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) en la historia del recién nacido. No debe usarse un código de la categoría 038, Septicemia, en la historia del recién nacido. El código 771.81 describe la sepsis.

16. Capítulo 16: Signos, síntomas y afecciones mal definidas (780-799)

Reservado para futuras normas

17. Capítulo 17: Lesiones y envenenamientos (800-900)

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) Heridas superficiales

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

2) Herida primaria con daño en nervio/vaso sanguíneo

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**
Las 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**
Las 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) **Categorías 819 y 828 de fracturas múltiples**
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) **Secuenciación de las fracturas múltiples**
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) **Secuenciación de códigos de quemaduras**
Codifique primero el código que refleje el más alto grado de quemadura cuando este presente más de una quemadura.

2) **Quemaduras en el mismo lugar**
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) **Quemaduras no curadas**
Las quemaduras no curadas son codificadas como quemaduras agudas. La necrosis de piel quemada debe ser codificada como quemadura no curada.

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

5) **Asigne códigos separados para cada lugar de quemadura**
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

Las quemadurasclasificadas 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) Ingresos para tratamiento de efectos tardíos de quemaduras

Los ingresos pata tratamiento de efectos tardios 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) Secuela con efecto tardío y quemadura actual

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) Error en la prescripción del medicamento

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) Sobredosis de medicamento tomada intencionadamente

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) Medicamento no prescrito tomado en combinación con otro correctamente prescrito y administrado

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) Secuenciación del envenenamiento

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.

Véase la Sección I.C-3-a.6.b. si el envenenamiento es resultado de malfuncionamiento de bomba de insulina y la Sección I.C.19 para uso general de los códigos E.

3) Efectos tóxicos

a) Códigos de efectos tóxicos
Cuando una sustancia perjudicial es ingerida o entra en contacto con una persona, es clasificada como efecto tóxico. Los códigos de efectos tóxicos están en las categorías 980-989.

b) Secuenciación de los códigos de efectos tóxicos
El código del efecto tóxico debe ser secuenciado primero, seguido de los códigos que identifican el resultado de dicho efecto tóxico.

c) Causas externas de los efectos tóxicos
Para indicar el motivo, deben asignarse códigos de causa externa de las categorías E860-E869 para la exposición accidental, E950.6 o E950.7 para la autolesión intencionada, E962 para agresión o categorías E980-E982 para el motivo indeterminado

18. Clasificación de factores que influyen en el estado de salud y contactos con los servicios de salud (Suplementaria V01-V84)

Nota: El capítulo específico de normas proporciona información adicional sobre el uso de códigos V para contactos especificados.

a. Introducción

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.

Hay cuatro circunstancias fundamentales para el uso de los códigos V:

1) Cuando una persona que normalmente no está enferma contacta con los servicios de salud por una razón específica, tal como actuar como donante de órgano, recibir cuidados profilácticos, vacunaciones, cribaje de salud o recibir asesoramiento en asuntos relacionados con la salud.

2) Cuando una persona con enfermedad o lesión resuelta, o afección crónica o de larga duración que requiere cuidado continuo, contacta con servicios de cuidados de salud para cuidados posteriores específicos de la enfermedad o lesión (ej. diálisis para enfermedad renal, quimioterapia por cáncer, cambio de yeso). Debe usarse un código de diagnóstico/síntoma siempre que se esté tratando de un diagnóstico agudo actual o se esté estudiando un síntoma.

3) Cuando circunstancias o problemas influyen en el estado de salud pero no son enfermedades o lesiones actuales.

4) En recién nacidos, para indicar el estado al nacimiento.

b. Uso de códigos V en cualquier situación de cuidado de salud

Los códigos V son para usarse en cualquier tipo de cuidado de salud. Los códigos V pueden ser usados tanto como primer diagnóstico (o diagnóstico principal en pacientes ingresados) como secundario dependiendo la las circunstancias del contacto. Ciertos códigos V pueden ser usados solamente como principales, otros sólo como secundarios.

c. Los códigos V indican la razón del contacto.

No son códigos de procedimiento. Un código de procedimiento correspondiente debe acompañar al código V para describir el procedimiento realizado.

d. Categorías de códigos V

1) Contacto/Exposición

La categoría V01 indica contacto o exposición a enfermedades contagiosas. Estos códigos son para pacientes que no presentan ningún signo o síntoma de la enfermedad pero han sido expuesta a ella por contacto personal con un individuo infectado o está en un área donde la enfermedad es epidémica. Estos códigos deben usarse como diagnóstico principal para explicar un contacto para pruebas, o, más frecuentemente, como código secundario para identificar un riesgo potencial.

2) Inoculación y vacunación

Las categorías V03-V06 se usan en contactos para inoculación y vacunación. Indican que un paciente está siendo visto para recibir una inoculación profiláctica contra una enfermedad. La inyección debe ser representada por el código apropiado de procedimiento. Un código de V03-V06 debe ser usado como secundario si la inoculación es administrada de forma rutinaria de un cuidado preventivo, tal como una visita de bebé sano.

3) Estado

Los códigos de estado indican tanto si el paciente es portador de enfermedad o que tiene secuelas o residuos de una enfermedad o afección pasada. Esto incluye tantas cosas como la presencia de dispositivos protésicos o mecánicos resultantes de un tratamiento pasado. Un código de estado es informativo ya que dicho estado puede afectar el curso del tratamiento y su resultado. Un código de estado es diferente de un código de historia. El código de historia indica que el paciente no tiene ya la afección.

Un código de estado no debe usarse con un diagnóstico de uno de los capítulos de sistemas si el código diagnóstico incluye la información proporcionada por el código de estado. Por ejemplo, el código V42.1, Estado de trasplante cardíaco, no debe usarse con el código 996.83, Complicaciones del corazón trasplantado. El código de estado no proporciona información adicional. El código de complicación ya indica que es un paciente trasplantado de corazón.

Los códigos/categorías V de estado son:

V02 Portador o sospecha de portador de enfermedades infecciosas
El estado de portador indica que una persona alberga el organismo específico de una enfermedad sin manifestación de síntomas y es capaz de transmitir la infección.

V08 Estado de infección VIH asintomático
Este código indica que el paciente tiene la prueba de VIH positiva pero no manifiesta signos o síntomas de la enfermedad.

V09 Infección por microorganismos resistentes
Esta categoría indica que el paciente tiene una infección que es resistente a tratamiento médico. Coloque el código de la infección primero.

V21 Estados constitucionales del desarrollo

V22.2 Estado de embarazo, incidental
Este código es secundario y sólo para usarlo cuando el embarazo no está complicado y no es la razón de la visita. Por el contrario, se requiere un código del capítulo de obstetricia.

V26.5x Estado de esterilización

V42 Organo o tejido sustituido por trasplante

V43 Organo o tejido sustituido por otro medio

V44 Estado de apertura artificial

V45 Otro estado postquirúrgico

V46 Otra dependencia de máquina

V49.6 Estado de amputación de miembro superior

V49.7 Estado de amputación de miembro inferior
Las categorías V42-V46 y las subcategorías V49.6 y V49.7 son para usarse solamente si no hay complicaciones o malfuncionamiento de los órganos o tejidos reemplazados, lugar de amputación o ¡equipo del que depende el paciente. Siempre son códigos secundarios.

V49.81 Estado postmenopáusico

V49.82 Estado de sellado dental

V49.83 Estado de espera para trasplante de órgano

V58.6 Uso de medicamentos de larga duración
Esta subcategoría indica un uso continuo de medicamentos (incluyendo cosas como tratamiento con aspirina) para tratamientos de larga duración de una afección o como uso profiláctico. No es para usarse con pacientes que tienen adicción a drogas.

V83 Estado de portador genético
El estado de portador genético indica que una persona porta un gen, asociado a una enfermedad concreta, que puede ser pasada a los descendientes, que pueden desarrollar la enfermedad. La persona no tiene la enfermedad y no está en riesgo de desarrollarla.

V84 Estado de susceptibilidad genética
La susceptibilidad genética indica que la persona tiene un gen que incrementa el riesgo de que desarrolle la enfermedad.

Nota: Las categorías V42-V46 y las subcategorías V49.6 y V49.7 son para usarse sólo si no hay complicaciones o mal funcionamiento del órgano o tejido reemplazado, lugar de amputación o equipamiento del que el paciente es dependiente. Estos son códigos secundarios

4) Historia (de)

Hay dos tipos de códigos V de historia, personal y familiar. Los códigos de historia personal refieren una afección médica pasada del paciente que no existe actualmente y no reciben ningún tratamiento pero que tiene posibilidad de recurrir, y, por tanto, pueden requerir seguimiento continuo. Las excepciones a esta regla general son la categoría V14, Historia personal de alergia a medicamentos y la subcategoría V15.0, Alergia aparte de medicamentos. Una persona que ha tenido un episodio alérgico a una sustancia o alimento en el pasado podría ser considerado siempre alérgico a esta sustancia.

Los códigos de historia familiar son para usar cuando un paciente tiene un miembro(s) de la familia que tiene una enfermedad concreta que da lugar a que el paciente tenga un mayor riesgo de contraer también esa enfermedad.

Los códigos de historia personal pueden ser usados conjuntamente con códigos de estudio y los de historia familiar pueden ser usados junto con los de cribaje para referir la necesidad de una prueba o procedimiento. Los códigos de historia son también aceptables en cualquier historia clínica sin tener en cuenta la causa de la visita. Una historia de enfermedad, aun cuando no esté presente, es una información importante que puede cambiar el tipo de tratamiento prescrito.
Las categorías de códigos V de historia son:

V10 Historia personal de neoplasia maligna
V12 Historia personal de ciertas enfermedades
V13 Historia personal de otras enfermedades
Excepto: V13.4, Historia personal de artritis, y V13.6, Historia personal de malformaciones congénitas. Estas afecciones duran roda la vida por lo que no son verdaderos códigos de historia.
V14 Historia personal de alergia a medicamentos
V15 Otra historia personal que presenta peligro para la salud,
Excepto: V15.7, Historia personal de contracepción
V16 Historia familiar de neoplasia maligna
V17 Historia familiar de ciertas enfermedades crónicas invalidantes
V18 Historia familiar de otras enfermedades específicas
V19 Historia familiar de otras afecciones

5) Cribaje

El cribaje es el examen para una enfermedad o precursor de enfermedad en individuos aparentemente sanos de tal manera que pueda proporcionarse una detección y tratamiento precoz en aquellos en los que el examen resulte positivo para dicha enfermedad. Los cribajes que están recomendados para muchos subgrupos de población incluyen: mamografía rutinaria en mujeres de más de 40 años, prueba de sangre oculta en heces para cualquiera mayor de 50 años y amniocentesis para descartar anomalías fetales en mujeres embarazadas mayores de 35 años, ya que la incidencia de cáncer de mama y de colon en estos subgrupos es mayor que en la población general, así como la incidencia de síndrome de Down en madres añosas.

La prueba de una persona para descartar o conformar un diagnóstico de sospecha porque el paciente tiene algunos signos o síntomas es un examen diagnóstico y no un cribaje. En estos casos, el signo o síntoma es usado para justificar la causa del examen.

Un código de cribaje puede ser diagnóstico principal si la razón de la visita es específicamente una prueba de cribaje. Puede ser usado también como código adicional si el cribaje se hace durante una consulta para otros problemas. No es necesario un código de cribaje si el mismo es inherente a un examen rutinaria, tal como un frotis de Papanicolau durante una exploración pélvica rutinaria.

Si fuera descubierta una afección durante el cribaje, el código para la afección puede ser asignado como diagnóstico secundario.

El código V indica que el examen de cribaje es programado. Se requiere un código de procedimiento para confirmar que el cribaje ha sido realizado.

Las categorías de códigos V de cribaje son:

V28	Cribaje prenatal
V73-V82	Reconocimientos de cribaje especial

6) Observación

Hay dos categorías de códigos V para observación. Son para usarse en circunstancias muy limitadas cuando una persona está siendo observada para una afección sospechada que ha sido descartada. Los códigos de observación no se usan si están presentes lesiones o enfermedades o en signos y síntomas relacionados con la afección sospechada. En tales casos el código del diagnóstico/síntoma se usa con el código E correspondiente para identificar la causa externa.

Los códigos de observación son para usarse sólo como diagnóstico principal. La única excepción es cuando se requiere un código de la categoría V30, niño nacido vivo, como diagnóstico principal. En este caso el código de observación V29 va colocado después del V30. Se pueden usar códigos adicionales al código de observación pero sólo si no están relacionados con la afección sospechada que está siendo observada.

Las categorías de códigos V de observación son:

V29 Observación y evaluación del neonato por afección sospechada pero no encontrada
Parta el primer contacto debe ser puesto un código V30 antes del código V29 (sólo cuando se hace ingreso a todos los niños nacidos [NT])

V71 Observación y evaluación de afección sospechada no confirmada

7) Cuidados posteriores

Los códigos de cuidados posteriores cubren situaciones en las que el tratamiento inicial de una enfermedad o lesión ha sido realizado y el paciente necesita cuidados continuados durante la fase de curación o recuperación, o para las consecuencias a largo plazo de la enfermedad. El código de cuidado posterior no debe ser usado si el tratamiento está dirigido a una enfermedad o lesión actual o aguda; el código de diagnóstico debe usarse en estos casos. Excepciones a esta regla son los códigos V58.0, Radioterapia, y V58.1, Quimioterapia. Estos códigos deben ser puestos en primer lugar seguidos del código diagnóstico cuando el paciente únicamente recibe tratamiento por radiación o quimioterapia para el tratamiento de una neoplasia. Si el paciente recibiera quimioterapia y radioterapia a la vez durante el mismo episodio, los códigos V58.0 y V58.1 pueden ser usados juntos en un registro de los que cualquiera puede ser diagnóstico principal.

Los códigos de cuidados posteriores son generalmente diagnóstico principales para justificar la causa específica del episodio. Un código de cuidado posterior puede ser usado como diagnóstico secundario cuando algunos tipos de cuidados posteriores se proporcionan adicionalmente a la causa del ingreso y no son aplicables códigos de diagnóstico. Un ejemplo podría ser el cierre de una colostomía durante un episodio para tratamiento de otra afección.

Ciertas categorías de códigos V de cuidados posteriores necesitan un diagnóstico secundario para describir la afección resuelta o la secuela, para otros, la afección es inherente al propio código.

Otras categorías de códigos V de cuidados posteriores incluyen la adecuación y ajuste y cuidado de aperturas artificiales.

Los códigos V de estado deben ser usados en cuidados posteriores para indicar la naturaleza de dicho cuidado. Por ejemplo, el código V45.81, Estado de derivación aortocoronaria, puede ser usado con el código V58.73, Cuidado posterior tras cirugía del aparato circulatorio, NEOM, para indicar la cirugía por la cual se ha realizado el cuidado posterior. También un código de estado de trasplante puede ser usado seguido de un código V58.44, Cuidado posterior de órgano trasplantado, para identificar dicho órgano. El código de estado no debe ser usado cuando el cuidado posterior ya indica el tipo de estado, tal como el V55.o, Atención en traqueostomía, con V44.0, Estado de traqueostomía.

Las categorías/códigos V de cuidados posteriores son:

V52 Colocación y ajuste de dispositivo protésico e implante
V53 Colocación y ajuste de otro dispositivo
V54 Otro cuidado posterior ortopédico
V55 Cuidado de apertura artificial
V56 Admisión para diálisis y cuidado de catéter de diálisis
V57 Cuidados que implican el uso de procedimientos de rehabilitación
V58.0 Radioterapia
V58.1 Quimioterapia
V58.3 Cuidado de drenajes quirúrgicos y suturas
V58.41 Admisión para cierre de herida postoperatoria

V58.42 Cuidado posterior de cirugía de neoplasia
V58.43 Cuidado posterior de cirugía traumatológica
V58.44 Cuidado posterior que implica órgano trasplantado
V58.49 Otro cuidado posterior postquirúrgico
V58.7x Cuidados posteriores postquirúrgicos
V58.81 Colocación y ajuste de catéter vascular
V58.82 Colocación y ajuste de catéter no vascular
V58.83 Monitorización de medicamento
V58.89 Otro cuidado posterior especificado

8) Seguimiento

Los códigos de seguimiento son para justificar la vigilancia continuada seguida de un tratamiento completo de la enfermedad, afección o lesión. Deduce que la afección ha sido completamente tratada y no existe actualmente. No debería ser confundida con códigos de cuidados posteriores que justifican tratamientos actuales para la curación de una afección o su secuela. Los códigos de seguimiento deben ser usados junto con códigos de historia para proporcionar una visión completa de la afección curada y su tratamiento. El código de seguimiento es diagnóstico principal, seguido de un código de historia.

Se puede usar un código de seguimiento para justificar visitas repetidas. Si se encontrara una recaída de una afección en una visita de seguimiento, entonces el código de diagnóstico debería usarse en lugar del código de seguimiento.

Las categorías de códigos V de seguimiento son:
V24 Cuidados y evaluación postparto
V67 Examen de seguimiento

9) Donante

La categoría V59son los códigos de donantes. Son para usarlos en individuos vivos que son donantes de sangre y otros tejidos corporales. Estos códigos son sólo para individuos que donan a otros, no para autodonaciones. No son para usar en donaciones de cadáveres.

10) Asesoramiento

Los códigos V de asesoramiento son para usarlos si un paciente o miembro de su familia recibe asistencia en el período posterior a una enfermedad o lesión, o cuando se requiere un soporte en el arreglo de problemas familiares o sociales. No es necesario usarlo conjuntamente con un código de diagnóstico cuando el asesoramiento es considerado una parte integral del tratamiento estándar.

Las categorías/códigos V de asesoramiento son:
V25.0 Asesoramiento y consejos generales en el manejo de anticonceptivos
V26.3 Asesoramiento genético
V26.4 Asesoramiento y consejos generales para asistencia procreativa
V61 Otras circunstancias familiares
V65.1 Persona que pide asesoramiento en nombre de otra
V65.3 Vigilancia y asesoramiento dietético
V65.4 Otro asesoramiento, no clasificado en otra parte

11) Afecciones obstétricas y relacionadas

Véase la Sección I.C.11, las normas obstétricas para más información en el uso de estos códigos.

Los códigos V de embarazo son para su uso en aquellas circunstancias donde no exista ninguno de los problemas o complicaciones incluidas en los códigos de los capítulos de Obstetricia (visita rutinaria prenatal o cuidado postparto). Los códigos V22.0, Supervisión de primígrávida normal, y V22.1, Supervisión de otro embarazo normal, van siempre en primer lugar y no deben ser usados con otro código de capítulo de Obstetricia.

El producto del parto, categoría V27, debe ser incluido en los registros de partos de todas las madres. Es siempre un código secundario.

Los códigos V de planificación familiar (contracepción) o de asesoramiento y gestión para procreación deben ser incluidos en una historia obstétrica tanto durante el embarazo como en el estado postparto, si es aplicable.

Las categorías de códigos V para Obstetricia y afecciones relacionadas son:

V22 Embarazo normal

V23 Supervisión de embarazo de alto riesgo
Excepto: V23.2, Embarazo con historia de aborto. Se necesita el código 646.3, Abortadora habitual, del capítulo de Obstetricia para indicar una historia de aborto durante el embarazo

V24 Cuidado y evaluación postparto

V25 Contacto para asistencia contraceptiva.
Excepto: V25.0x (véase Sección I.C.18.d.11, Asesoramiento)

V26 Asistencia procreativa
Excepto: V25.5x, Estado de esterilización, V26.3 y V26.4 (véase Sección I.C.18.d.11, Asesoramiento)

V27 Producto del parto

V28 Cribaje prenatal
(véase Sección I.C.18.d.6., Cribaje)

12) Neonato, bebé o niño

Véase la Sección I.C.15, las normas de neonatos, para más información en el uso de estos códigos.

Las categorías de códigos V de neonatos son:

V20 Supervisión sanitaria de bebé o niño

V29 Observación y evaluación de neonatos por afecciones sospechadas pero no encontradas. Observación, sección 6 de este artículo

V30-V39 Niño nacido vivo de acuerdo al tipo de nacimiento

13) Exámenes rutinarios y administrativos

Los códigos V se permiten para describir los contactos para exámenes rutinarios, tales como exámenes generales, o exploraciones por motivos administrativos, tal como examen físico preempleo. Los códigos se usan sólo como diagnóstico principal y no deben ser usados si el examen es para diagnóstico de una afección sospechada o a efectos de tratamiento. En tales casos debe ser usado el código de diagnóstico. Si durante un examen rutinario se descubriera una enfermedad o afección, ésta debe ser codificada como diagnóstico secundario. Las afecciones preexistentes y crónicas, y los códigos de historia debe ser también incluidos como diagnósticos adicionales mientras la exploración es por motivo administrativo y no enfocada hacia una afección concreta.

Los códigos V de examen preoperatorio se usan sólo en aquellas situaciones en las que el paciente está siendo aprobado para cirugía y no se le está dando tratamiento.

Las categorías/códigos V para examen rutinario y administrativo son:

V20.2 Examen de salud rutinario de bebé o niño
Cualquier inyección administrada debe tener el correspondiente código de procedimiento

V70 Examen médico general

V72 Investigación y examen especial
Excepto: V72.5 y V72.6

14) Códigos V misceláneos

Los códigos V misceláneos incluyen otros contactos para cuidados de salud que no caen dentro de otras categorías. Algunos de estos códigos identifican la causa del contacto, otros son para usarse como código adicional ya que proporcionan información útil en circunstancias en las que puede afectar el cuidado o tratamiento de un paciente.

Las categorías/códigos V misceláneos son:

V07 Necesidad de aislamiento y otras medidas profilácticas

V50 Cirugía electiva por otros motivos diferentes a remediar estados de salud

V58.5 Ortodoncia

V60 Circunstancias de alojamiento, domésticas y económicas

V62 Otras circunstancias psicosociales

V63 Indisponibilidad de otros servicios médicos para cuidados

V64 Personas que contactan con servicios de salud para procedimientos específicos, no llevados a cabo

V66 Convalecencia y cuidados paliativos

V68 Contactos por motivos administrativos

V69 Problemas relacionados con el estilo de vida

15) Códigos V no específicos

Ciertos códigos V son no específicos, o potencialmente redundantes con otros códigos en la clasificación por lo que pueden tener poca justificación su uso en pacientes ingresados. Su uso en pacientes externos debe estar limitado a aquellos casos donde no hay más documentación que permita una mayor precisión en la codificación. De lo contrario, debería ser usado cualquier signo o síntoma o cualquier otra razón de la visita reflejado bajo otro código .

Las categorías/códigos V no específicos son:

V07 Historia personal de trastorno mental
Debe ser usado un código del capítulo de trastornos mentales, con un quinto dígito de "en remisión"

V13.4 Historia personal de artritis

V13.6 Historia personal de malformaciones congénitas

V15.7 Historia personadle contracepción

V23.2 Embarazo con historia de aborto

V40 Problemas mentales y de comportamiento

V41 Problemas con los sentidos y otras funciones especiales

V47 Otros problemas con órganos internos

V48 Problemas en la cabeza, cuello y tronco

V49 Problemas en piernas y otros problemas
Excepciones:
V49.6 Estado de amputación de miembro superior
V49.7 Estado de amputación de miembro inferior
V49.81 Estado postmenopáusico
V49.82 Estado de sellado dental
V49.83 Estado de espera para trasplante de órgano

V51 Cuidados posteriores que implican cirugía plástica

V58.2 Transfusión de sangre, sin diagnóstico declarado

V58.9 Cuidado posterior inespecífico

V72.5 Examen radiológico, no clasificado en otro lugar

V72.6 Examen de laboratorio
Los códigos V72.5 y V72.6 no deben ser usados si se ha documentado cualquier signo o síntoma o motivo de la prueba. Véase la sección IV.K y la IV.L de las normas para pacientes ambulatorios.

Tabla de códigos V

Los códigos en negrita indican un cambio desde la tabla de octubre de 2003
Los items subrayados han sido movidos en la tabla desde octubre de 2003

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

Códigos

V22.0 Supervisión de primigrávida normal
V22.1 Supervisión de otro embarazo normal
V46.12 Contacto por dependencia de respirador durante fallo de funcionamiento
V56.0 Diálisis extracorpórea
V58.0 Radioterapia
V58.1 Quimioterapia
V58.0 y V58.1 pueden ser usados juntos en un episodio en el cual pueden ser indistintamente diagnóstico principal, cuando un paciente recibe a la vez quimioterapia y radioterapia durante el mismo.

Categorías / Subcategorías

V20 Supervisión sanitaria de bebé o niño
V24 Cuidados y examen postparto
V29 Observación y evaluación de recién nacidos para afecciones sospechadas no encontradas
Excepción: un código V30-V39 debe ser puesto antes del V29 si es la historia del recién nacido
V30-V39 Niños nacidos vivos de acuerdo al tipo de nacimiento
V59 Donantes
V66 Convalecencia y cuidados paliativos
Excepción: V66.7 Cuidados paliativos
V68 Contacto por motivos administrativos
V70 Reconocimiento médico general
Excepción: V70.7 Reconocimiento de participante en ensayo clínico
V71 Observación y evaluación para afecciones sospechadas no encontradas
V72 Investigaciones y reconocimientos especiales
Excepción: V72.5 Exámenes radiológicos no clasificados en otros conceptos
V72.6 Pruebas de laboratorio

DIAGNOSTICO PRINCIPAL ó SECUNDARIO: Códigos V / categorías / subcategorías, que pueden ser tanto diagnóstico principal como secundario.

Códigos

V43.22 Estado de corazón artificial totalmente implantable
V49.81 Estado postmenopáusico asintomático (relacionado con la edad) (natural)
V70.7 Reconocimiento de participante en ensayo clínico

Categorías / Subcategorías

V01 Contacto o exposición a enfermedades transmisibles
V02 Portador o sospecha de portador de enfermedades infecciosas
V03-V06 Necesidad de vacunación e inoculación profiláctica
V07 Necesidad de aislamiento y otras medidas profilácticas
V08 Estado de infección asintomática por HIV
V10 Historia personal de neoplasia maligna
V12 Historia personal de ciertas enfermedades
V13 Historia personal de otras enfermedades
Excepción: V13.4 Historia personal de artritis
V13.69 Historia personal de otra malformación congénita
V16-V19 Historia familiar de enfermedad
V23 Supervisión de embarazo de alto riesgo
V25 Contacto para asistencia anticonceptiva
V26 Asistencia procreativa
Excepción: V26.5 Estado de esterilización
V28 Cribaje prenatal
V45.7 Ausencia adquirida de órgano
V50 Cirugía electiva para otros fines que remediar problemas de salud
V52 Colocación y ajuste de dispositivo protésico e implante
V53 Colocación y ajuste de otro dispositivo
V54 Otros cuidados ortopédicos posteriores
V55 Cuidados de aperturas artificiales
V56 Contacto para diálisis y cuidado de catéter de diálisis
Excepción: V56.0 Diálisis extracorpórea
V57 Cuidados que implican el uso de procedimientos de rehabilitación
V58.3 Cuidado de vendajes y suturas quirúrgicas
V58.4 Otros cuidados posquirúrgicos
V58.6 Uso de medicación (actual) por largo tiempo
V58.7 Cuidados posteriores tras cirugía de sistemas corporales especificados
V58.8 Otros procedimientos y cuidados posteriores especificados
V61 Otras circunstancias familiares
V63 No disponibilidad de otras instalaciones médicas para cuidados
V65 Otras personas que solicitan consulta sin molestias o enfermedad
V67 Examen de seguimiento
V69 Problemas relacionados con el estilo de vida
V73-V82 Reconocimientos de cribaje especiales
V83 Estado de portador genético

DIAGNOSTICO SECUNDARIO SOLAMENTE: Códigos V / categorías / subcategorías, que sólo pueden ser usados diagnóstico secundario.

Códigos

V13.61 Historia personal de hipospadia
V22.2 Estado de embarazo, incidental
V49.82 Estado de sellado dental
V49.83 Estado de espera de trasplante de órgano
V66.7 Cuidados paliativos

Categorías / Subcategorías

V09 Infección por microorganismos resistentes a medicamentos
V14 Historia personal de alergia a agentes medicinales
V15 Otra historia personal que representa peligro para la salud
Excepción: V15.7 Historia personal de contracepción
V21 Estados constitucionales del desarrollo
V26.5 Estado de esterilización
V27 Producto del parto
V42 Organo o tejido sustituido por trasplante
V43 Organo o tejido sustituido por otro medio
V44 Estado de apertura artificial
V45 Otro estado posquirúrgico
Excepción: V43.22: Estado de corazón artificial totalmente implantable
V46 Otra dependencia de máquina
Excepción: V46.12, Contacto por dependencia de respirador durante fallo de funcionamiento
V49.6x Estado de amputación de miembro superior
V49.7x Estado de amputación de miembro inferior
V60 Circunstancias de vivienda, domésticas y económicas
V62 Otras circunstancias psicosociales
V64 Personas que contactan con servicios de salud para procedimiento no llevado a cabo
V84 Susceptibilidad genética a enfermedad

CODIGOS Y CATEGORÍAS NO ESPECIFICAS

V11 Historia personal de trastorno mental
V13.4 Historia personal de artritis
V13.69 Historia personal de malformación congénita
V15.7 Historia personal de contracepción
V40 Problemas mentales y de comportamiento
V41 Problemas con sentidos y otras funciones especiales
V47 Otros problemas con órganos internos
V48 Problemas de la cabeza, cuello y tronco
V49 Problemas de miembros y otros problemas
Excepción:
V49.6 Estado de amputación de miembro superior
V49.7 Estado de amputación de miembro inferior
V49.81 Estado postmenopáusico (relacionado con la edad)(natural)
V49.82 Estado de sellado dental
V49.83 Estado de espera para trasplante de órgano
V51 Cuidados posteriores que implican el uso de cirugía plástica
V58.2 Trasfusión de sangre, sin diagnóstico declarado
V58.5 Ortodoncia
V58.9 Cuidados posteriores no especificados
V72.5 Reconocimiento radiológico, no clasificado bajo otro concepto
V72.6 Pruebas de laboratorio

19. Clasificación suplementaria de causas externas de lesión y envenenamiento (códigos E, E800-E999)

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) Uso con cualquier código del 001-V84.8

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 adecuado en todos los tratamientos iniciales

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

3) Use el rango completo de los códigos E

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.

4) Asigne tantos códigos E como sean necesarios
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.

5) Selección del código E apropiado
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.

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

7) Código de causa externa con el síndrome de respuesta sistémica inflamatoria (SRIS)
Debe ser usado un código de causa externa con los códigos 995.93, Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica debida a procesos no infecciosos sin disfunción orgánica, y 995.94, Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica debida a procesos no infecciosos con disfunción orgánica, si el traumatismo fue el iniciador del SRIS. El código de causa externa debería asignarse solamente si el traumatismo necesitara ingreso en el cual el paciente desarrollara el SRIS. Si el paciente es ingresado con SRIS pero el traumatismo ha sido tratado previamente, no debe ser usado un código de causa externa.

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
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 describirlos
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
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
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

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

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) Códigos del E930-E949

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 para terrorismo tienen prioridad sobre los demás códigos E excepto abuso de niños y de adultos

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

Los códigos E de accidentes del transporte tienen prioridad sobre todos los demás códigos E excepto abuso de niños y adultos, terrorismo 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) Lesión intencional

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) Propósito accidental

En casos de abandono cuando el propósito 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

Si el propósito (accidente, autolesión, agresión) de la causa de una lesión o envenenamiento es desconocido o inespecífico codifique el propósito como indeterminado E980-E989

2) Si el propósito (accidente, autolesión, agresión) de la causa de la lesión o envenenamiento es discutible

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.

Estos códigos E son utilizados pocas veces, ya que la documentación en la historia clínica, tanto en pacientes ingresados como ambulatorios, normalmente proporciona suficientes detalles para determinar la causa de la lesión

h. Normas para efectos tardíos de causas externas

1) Códigos E de efectos tardíos

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

2) Códigos E de efectos tardíos (E929, E959, E969, E977, E989 o E999.1)

Debe ser usado un código E de efecto tardío (E929, E959, E969, E977, E989 o **E999.1**) con un efecto tardío o secuela resultante de una lesión o envenenamiento previos (905-909).

3) Código E de efecto tardío con una lesión actual relacionada

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

4) Uso de código E de efecto tardío en visitas sucesivas

Use códigos E de efecto tardío en visitas sucesivas cuando un efecto tardío de la lesión inicial o envenenamiento está siendo tratado. No hay código E de efecto tardío para efectos adversos de medicamentos.

No use código E de efecto tardío para las visitas sucesivas de seguimiento (ej. para evaluar la curación o recibir terapia de rehabilitación) de la lesión o envenenamiento cuando no se ha documentado efecto tardío de lesión.

i. Normas para accidentes y complicaciones en cuidados

1) Códigos E870-E876

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

2) Códigos E878-E879

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.

j. Normas para Terrorismo

1) Cuando la causa de la lesión es identificada por el Gobierno Federal (FBI) como terrorismo

Cuando la causa de la lesión es identificada por el Gobierno Federal (FBI) como terrorismo el primer código E debe ser un código de la categoría E979, Terrorismo. La definición de terrorismo empleada por el FBI se encuentra en una nota de inclusión en el E979 (Lesiones resultantes del uso ilegal de fuerza o violencia contra personas o propiedades para intimidar o coaccionar al Gobierno, la población civil o cualquier parte de los mismos, como promoción de objetivos políticos o sociales [NT]). El código E de terrorismo es el único código E que puede ser asignado. No deben ser asignados códigos E adicionales de categorías de agresiones.

2) Causa de una lesión que es sospechosa de ser resultado de terrorismo

Cuando la causa de una lesión es sospechosa de ser resultado de terrorismo, debe ser asignado un código de la categoría de E979. Asigne un código en el rango de códigos E basadas las circunstancias en la documentación del intento y el mecanismo.

3) Código E979,9, Terrorismo, efectos secundarios

Asigne el código E979.9, Terrorismo, efectos secundarios, para afecciones ocurridas a consecuencia de atentado terrorista. Este código no debe ser asignado para afecciones que son debidas a acto terrorista inicial.

4) Tabulación estadística de códigos de terrorismo

Para propósitos estadísticos estos códigos serán tabulaos fuera de la categoría de agresión, ampliando la categoría actual de E960-E969 para incluir E979 y E999.1.

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.

Desde este momento la aplicación de las definiciones del UHDDS ha sido ampliada para incluir todas la situaciones de pacientes no ambulatorios (cuidados agudos, corta estancia, cuidados de larga estancias y hospitales psiquiátricos; algunas agencias de salud; servicios de rehabilitación; enfermería domiciliaria, etc.)

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

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.

Nota: Estas normas son solamente aplicables en corta estancia, agudos, cuidados de larga estancia y hospitales psiquiátricos

Sección III Información de Diagnósticos Adicionales

REGLAS GENERALES PARA OTROS DIAGNOSTICOS (ADICIONALES)

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 ítem 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 para informar de los datos del ingreso de una forma estandarizada. Estos datos y sus definiciones pueden ser encontradas en el Federal Register de 31 de julio de 1985 (Vol. 50, Nº 147), pp. 31038-40

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 **que lo atiende** ha indicado otras pruebas para evaluar la afección o el tratamiento prescrito, es conveniente preguntar al médico si se deben añadir los hallazgos anormales.

Por favor, fíjese: Esto difiere de las prácticas de codificación de pacientes externos para contactos de pruebas diagnósticas que deben ser interpretadas por un médico.

C. Diagnósticos no confirmados

Si el diagnóstico documentado en el momento del alta es calificado como "probable", "sospechado", "parecido a", "cuestionable", "posible" o "aún por descartar", codifique la afección como si existiera o si ésta estuviera establecida. Las bases para esta norma son las pruebas diagnósticas, planes para posteriores pruebas diagnósticas y el enfoque al tratamiento inicial que corresponda más con el diagnóstico establecido.

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. Códigos del 001.0 al V84.8

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. Información correcta de los diagnósticos de la ICD-9-CM

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. Selección de códigos del 001.0 al 999.9

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. Códigos que definen síntomas y signos

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. Contactos en circunstancias distintas que enfermedad o lesión

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. Códigos de la ICD-9-CM con 3, 4 ó 5 dígitos

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. Use el número completo de dígitos requeridos para un código

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. Códigos ICD-9-CM para diagnóstico, afecciones, problemas u otros otivos de contacto/visita

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. **En algunos casos el diagnóstico principal puede ser un síntoma cuando no ha sido establecido (confirmado) por el médico.**

I. "Probable", "sospechado", "cuestionable", "descartado" o "en estudio"

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 corta estancia, cuidados agudos, larga estancia y hospitales psiquiátricos**

J. Enfermedades crónicas

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

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. Pacientes que reciben sólo servicios de diagnóstico

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.

Para contactos de pacientes externos para pruebas diagnósticas que han sido interpretadas por un médico, y el informe final está disponible en el momento de la codificación, codifique cualquier diagnóstico confirmado o definitivo documentado en la interpretación. No codifique signos y síntomas relacionados como diagnósticos secundarios.

Por favor, fíjese: esto difiere de la práctica de codificación en los pacientes ingresados en hospital respecto a los hallazgos anormales en los resultados de pruebas.

M. Pacientes que reciben sólo tratamiento

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. Pacientes que reciben evaluación preoperatoria solamente

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. Cirugía ambulatoria

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. Visitas prenatales ambulatorias de rutina

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.