
AHA

Coding Clinic™

for ICD-9-CM

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

Volumen 21
Número 4

Cuarto Trimestre
2004

Los códigos nuevos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 1 de octubre o de 2004. Cualquier otro consejo o asignación de código contenido en este ejemplar será efectivo con las altas desde el 31 de enero de 2005 (sólo en USA^{NT})

En este número

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

Preguntas al Editor

Códigos nuevos y revisados

Aclaraciones

Noticia

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

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

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

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

Códigos de Diagnósticos

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
005.81	1995	005.8
005.89	1995	005.8
007.4	1997	007.8
007.5	2000	007.8
008.00-008.09	1992	008.0
008.43-008.47	1992	008.49
008.61-008.69	1992	008.6
031.2	1997	031.8
038.10-038.11	1997	038.1
038.19	1997	038.1
040.82	2002	040.89
041.00-041.03	1992	041.0
041.04	1992	041.0
041.04#	1997	041.04
041.05	1992	041.0
041.09	1992	041.0
041.10-041.19	1992	041.1
041.81-041.85	1995	041.8
041.86	1992	041.84
041.89	1992	041.8
042	1994	042-042.2, 042.9, 043.0-043.3, 043.9, 044.0, 044.9 (Códigos borrados)
042.0-042.9	1986	279.19
043.0-043.9	1986	279.19
044.0-044.9	1986	279.19
066.4	2002	066.3
066.40-066.42, 066.49	2004	066.4
070.20-070.21	1991	070.2
070.22	1994	070.20
070.23	1994	070.21
070.30-070.31	1991	070.3

Título de código cambiado

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
070.32	1994	070.30
070.33	1994	070.31
070.41-070.43	1991	070.4
070.44	1994	070.41
070.49	1991	070.4
070.51-070.53	1991	070.5
070.54	1994	070.51
070.59	1991	070.5
070.70	2004	070.51
070.71	2004	070.41
077.98-077.99	1993	077.9
078.10-078.11, 078.19	1993	078.1
078.88	1993	078.89
079.4	1993	079.8
079.50-079.53, 079.59	1993	079.8
079.6	1996	079.89
079.81	1995	079.89
079.82	2003	079.89
079.88-079.89	1993	079.8
079.98-079.99	1993	079.9
082.40-082.41, 082.49	2000	082.8
088.81	1989	088.8
088.82	1989	088.89
088.89	1989	088.8
099.40-099.49	1992	099.4
099.50-099.59	1992	078.89
112.84-112.85	1992	112.89
114.4-114.5	1993	114.3
176.0-176.9	1991	173.0-173.9
203.00	1991	203.0
203.01	1991	V10.79
203.10	1991	203.1
203.11	1991	V10.79
203.80	1991	203.8
203.81	1991	V10.79

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
204.00	1991	204.0
204.01	1991	V10.61
204.10	1991	204.1
204.11	1991	V10.61
204.20	1991	204.2
204.21	1991	V10.61
204.80	1991	204.8
204.81	1991	V10.61
204.90	1991	204.9
204.91	1991	V10.61
205.00	1991	205.0
205.01	1991	V10.62
205.10	1991	205.1
205.11	1991	V10.62
205.20	1991	205.2
205.21	1991	V10.62
205.30	1991	205.3
205.31	1991	V10.62
205.80	1991	205.8
205.81	1991	V10.62
205.90	1991	205.9
205.91	1991	V10.62
206.00	1991	206.0
206.01	1991	V10.63
206.10	1991	206.1
206.11	1991	V10.63
206.20	1991	206.2
206.21	1991	V10.63
206.80	1991	206.8
206.81	1991	V10.63
206.90	1991	206.9
206.91	1991	V10.63
207.00	1991	207.0
207.01	1991	V10.69
207.10	1991	207.1
207.11	1991	V10.69
207.20	1991	207.2
207.21	1991	V10.69
207.80	1991	207.8
207.81	1991	V10.69

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
208.00	1991	208.0
208.01	1991	V10.60
208.10	1991	208.1
208.11	1991	V10.60
208.20	1991	208.2
208.21	1991	V10.60
208.80	1991	208.8
208.81	1991	V10.60
208.90	1991	208.9
208.91	1991	V10.60
237.70-237.72	1990	237.7
250.02	1993	250.90
250.03	1993	250.91
250.12	1993	250.10
250.13	1993	250.11
250.22	1993	250.20
250.23	1993	250.21
250.32	1993	250.30
250.33	1993	250.31
250.42	1993	250.40
250.43	1993	250.41
250.52	1993	250.50
250.53	1993	250.51
250.62	1993	250.60
250.63	1993	250.61
250.72	1993	250.70
250.73	1993	250.71
250.82	1993	250.80
250.83	1993	250.81
250.92	1993	250.90
250.93	1993	250.91
252.00-252.02, 252.08	2004	252.0
255.10-255.14	2003	255.1
256.31-256.39	2001	256.3
273.4	2004	277.6
275.40-275.42	1997	275.4
275.49	1997	275.4

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
277.02-277.03, 277.09 277.7	2002 2001	277.00 277.8
277.81-277.84, 277.89 277.85 277.86 277.87	2003 2004 2004 2004	277.8 277.89 277.89 277.89, 758.89
278.00-278.01 282.41-282.42, 282.49 282.64	1995 2003 2003	278.0 282.4 282.63
282.68	2003	282.69
283.10-283.11, 283.19	1993	283.1
285.21-285.22, 285.29	2000	285.8
289.52 289.81-82, 289.89	2003 2003	289.59 298.8
291.81 291.89	1996 1996	291.8 291.8
293.84	1996	293.89
294.10-294.11	2000	294.1
300.82 305.1	1996 1994	300.81 305.10, 305.11, 305.12, 305.13 (Códigos borrados)
312.81-312.82, 312.89 315.32 320.81-320.89	1994 1996 1992	312.8 315.39 320.8
331.11 331.19 331.82	2003 2003 2003	331.1 331.1 331.89
333.92-333.93	1994	333.99
337.20-337.22, 337.29 337.3	1993 1998	337.9 337.9

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
342.00-342.02	1994	342.0
342.10-342.12	1994	342.1
342.80-342.82	1994	342.9
342.90-342.92	1994	342.9
344.00-344.04, 344.09	1994	344.0
344.30-343.32	1994	344.3
344.40-344.42	1994	344.4
344.81, 344.89	1993	344.8
345.00-345.01	1989	345.0
345.10-345.11	1989	345.1
345.40-345.41	1989	345.4
345.50-345.51	1989	345.5
345.60-345.61	1989	345.6
345.70-345.71	1989	345.7
345.80-345.81	1989	345.8
345.90-342.91	1989	345.9
346.00-346.01	1992	346.0
346.10-346.11	1992	346.1
346.20-346.21	1992	346.2
346.80-346.81	1992	346.8
346.90-346.91	1992	346.9
347.00-347.01	2004	347
347.10-347.11	2004	347
348.30-348.31, 348.39	2003	348.3
355.71	1993	354.4
355.79	1993	355.7
357.81-357.82, 357.89	2002	357.8
358.00-358.01	2003	357.8
359.81, 359.89	2002	359.8
365.83	2002	365.89
371.82	1992	371.89
372.81, 372.89	2000	372.8

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
374.87	1990	374.89
380.03	2004	733.99
403.00-403.01	1989	403.0
403.10-403.11	1989	403.1
403.90-403.91	1989	403.9
404.00-404.03	1989	404.0
404.10-404.13	1989	404.1
404.90-404.93	1989	404.9
410.00-410.02	1989	410.0
410.10-410.12	1989	410.1
410.20-410.22	1989	410.2
410.30-410.32	1989	410.3
410.40-410.42	1989	410.4
410.50-410.52	1989	410.5
410.60-410.62	1989	410.6
410.70-410.72	1989	410.7
410.80-410.82	1989	410.8
410.90-410.92	1989	410.9
411.81	1989	411.8
411.89	1989	411.8
414.00-414.01	1994	414.0
414.02-414.03	1994	996.03
414.04-414.05	1996	414.00
414.06	2002	414.00
414.07	2003	414.06
414.12	2002	414.11
415.11	1995	997.3 & 415.1
415.19	1995	415.1
428.20-428.23	2002	428.0
428.30-428.33	2002	428.0
428.40-428.43	2002	428.0
429.71	1989	410.0-410.9
429.79	1989	410.0-410.9
433.00-433.01	1993	433.0
433.10-433.11	1993	433.1
433.20-433.21	1993	433.2

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
433.30-433.31	1993	433.3
433.80-433.81	1993	433.8
433.90-433.91	1993	433.9
434.00-434.01	1993	434.0
434.10-434.11	1993	434.1
434.90-434.91	1993	434.9
435.3	1995	435.0 & 435.1
437.7	1992	780.9
438.0	1997	249.9 & 438
438.10	1997	784.5 & 438
438.11	1997	784.3 & 438
438.12	1997	784.5 & 438
438.19	1997	784.5 & 438
438.20	1997	342.90 & 438
438.21	1997	342.91 & 438
438.22	1997	342.92 & 438
438.30	1997	344.40 & 438
438.31	1997	344.41 & 438
438.32	1997	344.42 & 438
438.40	1997	344.30 & 438
438.41	1997	344.31 & 438
438.42	1997	344.32 & 438
438.50-438.52	1997	344.89 & 438
438.53	1998	438.50
438.6-438.7	2002	438.89
438.81	1997	784.69 & 438
438.82	1997	787.2 & 438
438.83-438.85	2002	438.89
438.89	1997	438
438.9	1997	438
440.20-440.22	1992	440.2
440.23	1993	440.20 & 707.1 ó 707.8 ó 707.9
440.24	1993	440.20 & 785.4
440.29	1993	440.20
440.30-440.32	1994	996.1
441.00-441.03	1994	441.0
441.6	1993	441.1 & 441.3
441.7	1993	441.2 & 441.4

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
443.21	2002	442.81
443.22	2002	442.2
443.23	2002	442.1
443.29	2002	442.89
445.01-445.02	2002	440.29
445.81	2002	440.1
445.89	2002	440.8
446.20-446.21, 446.29	1990	446.2
451.82-451.84	1993	451.89
453.40-453.42	2004	453.8
454.8	2002	454.9
458.2	1995	997.9 & 458.9
458.21, 458.29	2003	458.2
458.8	1997	458.9
459.10-459.14, 459.19	2002	459.1
459.30-459.33, 459.39	2002	459.89
464.00-464.01	2001	464.0
464.50-464.51	2001	464.0
466.11	1996	466.1
466.19	1996	466.1
474.0#	1997	474.0
474.00-474.02	1997	474.0
477.1	2000	477.8
477.2	2004	477.8
480.3	2003	480.8
482.30-482.39	1992	482.3
482.40	1998	482.4
482.41	1998	482.4
482.49	1998	482.4

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
482.81-482.83	1992	482.8
482.84	1997	482.83
482.89	1992	482.8
483.0	1992	483
483.1	1996	078.88 & 484.8
483.8	1992	483
491.20-491.21	1991	491.2
491.22	2004	491.21
493.20	1989	493.90
493.21	1989	493.91
493.02	2000	493.00
493.12	2000	493.10
493.22	2000	493.20
493.81	2003	519.1
493.82	2003	493.90-493.91
493.92	2000	493.90
494.0-494.1	2000	494
512.1	1994	997.3
517.3	2003	282.62
518.6	1997	518.89
518.81	1987	799.1
518.82-518.89	1987	518.8
518.83	1998	518.81
518.84	1998	518.81
519.00-519.02, 519.09	1998	519.0
521.00-521.09	2001	521.0
521.06	2004	521.09
521.07	2004	521.09
521.08	2004	521.09
521.10-521.15	2004	521.1
521.20-521.25	2004	521.2
521.30-521.35	2004	521.3
521.40-521.45	2004	521.4
523.20-523.25	2004	523.2

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
524.00-524.09	1992	524.0
524.07	2004	524.09
524.10-524.19	1992	524.1
524.20-524.29	2004	524.2
524.30-524.37, 524.39	2004	524.3
524.50-524.57, 524.59	2004	524.5
524.60-524.69	1991	524.6
524.64	2004	524.69
524.70-524.79	1992	524.8
524.75-524.76	2004	524.79
524.81-524.82, 524.89	2004	524.8
525.10-525.19	2001	525.1
525.20-525.26	2004	525.2
528.71-528.72, 528.79	2004	528.7
530.10-530.11, 530.19	1993	530.1
530.12	2001	530.10
530.20-530.21	2003	530.2
530.81	1993	530.1
530.82-530.84, 530.89	1993	530.8
530.85	2003	530.2
530.86	2004	997.4
530.87	2004	997.4
530.89	1993	530.8
535.00-535.01	1991	535.0
535.10-535.11	1991	535.1
535.20-535.21	1991	535.2
535.30-535.31	1991	535.3
535.40-535.41	1991	535.4
535.50-535.51	1991	535.5
535.60-535.61	1991	535.6
536.3	1994	997.4
536.40-536.42,536.49	1998	997.4
537.82	1990	537.89
537.83	1991	537.82
537.84	2002	531.00
556.0-556.6	1994	556
556.8-556.9	1994	556
558.3	2000	558.9

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
562.02	1991	562.00
562.03	1991	562.01
562.12	1991	562.10
562.13	1991	562.11
564.00-564.09	2001	564.0
564.81	1998	564.8
564.89	1998	564.8
569.60-569.61	1995	596.6
569.62	1998	569.69
569.69	1995	596.6
569.84	1990	557.1
569.85	1991	569.84
569.86	2002	569.82
574.60	1996	574.00 & 574.30
574.61	1996	574.01 & 574.31
574.70	1996	574.10 & 574.40
574.71	1996	574.11 & 574.41
574.80	1996	574.00 & 574.10 574.30 & 574.40
574.81	1996	574.01 & 574.11 574.31 & 574.41
574.90	1996	574.20 & 574.50
574.91	1996	574.21 & 574.51
575.10-575.11	1996	575.1
575.12	1996	575.0 & 575.1
588.81	2004	588.8
588.89	2004	588.8
593.70-593.73	1994	593.7
596.51-596.53	1992	596.5
596.54	1992	344.61
596.55-596.59	1992	596.5
599.81-599.89	1992	599.8
600.0-600.3, 600.9	2000	602.8
600.00-600.01	2003	600.0
600.10-600.11	2003	600.1

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
600.20-600.21	2003	600.2
600.90-600.91	2003	600.9
602.3	2001	602.8
607.85	2003	607.89
608.82	2001	608.83
608.87	2001	608.89
618.00-618.05, 618.09	2004	618.0
618.81-618.83, 618.89	2004	618.0
621.30-621.33	2004	621.3
622.10-622.12	2004	622.1
629.20-629.23	2004	629.8
633.00-633.01	2002	633.0
633.10-633.11	2002	633.1
633.20-633.21	2002	633.2
633.80-633.81	2002	633.8
633.90-633.91	2002	633.9
645.0	1991	645
645.10-645.11, 645.13	2000	645.00-645.01, 645.03
645.20-645.21, 645.23	2000	645.00-645.01, 645.03
651.30-651.31, 651.33	1989	651.00-651.01, 651.03
651.40-651.41, 651.43	1989	651.10-651.11, 651.13
651.50-651.51, 651.53	1989	651.20-651.21, 651.23
651.60-651.61, 651.63	1989	651.80-651.81, 651.83
654.20-654.21, 654.23	1990	654.2, 654.9
654.90-654.94	1990	654.2, 654.9
655.70-655.71	1997	655.8
655.73	1997	655.8
657.0	1991	657
659.60, 659.61, 659.63	1992	659.80-659.81, 659.83
659.70, 659.71, 659.73	1998	656.30-656.31, 656.33

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
665.10, 665.11	1992	665.10, 665.11, 665.12, 665.14 Nota: este título para la subcategoría 665.1 ha sido cambiado, haciendo inválidas las subclasificaciones de quinto dígito 665.12 y 665.14
670.0	1991	670
672.0	1991	672
674.50-674.54	2003	674.80, 674.82, 674.84
677	1994	Ninguna
686.00-686.01	1997	686.0
686.09	1997	686.0
690.10	1995	690
690.11	1995	691.8 & 704.8
690.12	1995	691.8
690.18	1995	690
690.8	1995	690
692.72-692.74	1992	692.79
692.75	2000	692.79
692.76-692.77	2001	692.71
692.82-692.83	1992	692.89
692.84	2004	692.89
702.0-702.8	1991	702
702.11, 702.19	1994	702.1
704.02	1993	704.09
705.21-705.22	2004	780.8
707.00-707.07, 707.09	2004	707.0
707.10-707.15, 707.19	2000	707.1
709.00-709.01, 709.09	1994	709.0
710.5	1992	288.3, 729.1
718.70-718.79	2001	718.80-718.89

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
719.7	2003	719.70, 719.75-719.79 (Códigos borrados)
727.83	2000	727.89
728.86	1995	729.4
728.87	2003	728.9
728.88	2003	728.89
733.10-733.16, 733.19	1993	733.1
733.93	2001	733.16
733.94	2001	733.19
733.95	2001	733.19
738.10-738.19	1992	738.1
747.60-747.64, 747.69	1993	747.6
747.82	1993	747.89
747.83	2002	747.89, 747.9
752.51-752.52	1996	752.5
752.61-752.63	1996	752.6
752.64-752.65	1996	752.8
752.69	1996	752.8
752.81, 752.89	2003	752.8
753.10-753.17, 753.19	1990	753.1
753.20-753.23	1996	753.2
753.29	1996	753.2
756.70-756.71	1997	756.7
756.79	1997	756.7
758.31-758.33, 758.39	2004	758.3
758.81	1996	758.8
758.89	1996	758.9
759.81-759.82	1989	759.8
759.83	1994	759.89
759.89	1989	759.8
760.75	1991	760.79
760.76	1994	760.79
763.81-763.83, 763.89	1998	763.8

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
764.00-764.09	1988	764.0
764.10-764.19	1988	764.1
764.20-764.29	1988	764.2
764.90-764.99	1988	764.9
765.00-765.09	1988	765.0
765.10-765.19	1988	765.1
765.20-765.24	2002	765.00-765.09
765.25-765.29	2002	765.10-765.19
766.21-766.22	2003	766.2
767.11, 767.19	2003	767.1
770.81-770.84, 770.89	2002	770.8
771.81-771.83,771.89	2002	771.8
772.10-772.14	2001	772.1
779.7	2001	772.1
779.81-779.82	2002	779.8
779.83	2003	779.89
779.89	2002	779.8
780.01-780.02	1992	780.0
780.03	1993	780.01
780.09	1992	780.0
780.31	1997	780.3
780.39	1997	780.3
780.57	1992	780.51, 780.53
780.58	2004	780.59
780.71	1998	780.7
780.79	1998	780.7
780.91-780.92	2002	780.9
780.93	2003	780.99
780.94	2003	780.99
780.99	2002	780.9
781.8	1994	781.9
781.91-781.92	2000	781.9
781.93	2002	723.5
781.94	2003	781.99
781.99	2000	781.9

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
783.21	2000	783.4
783.22	2000	783.4
783.40-783.43	2000	783.4
783.7	2000	783.4
785.52	2003	785.59
786.03	1998	786.09
786.04	1998	786.09
786.05	1998	786.09
786.06	1998	786.09
786.07	1998	786.09
787.01-787.03	1994	787.0
787.91	1995	558.9
787.99	1995	787.9
788.20-788.21, 788.29	1993	788.2
788.30-788.39	1992	788.3
788.38	2004	788.39
788.41-788.43	1993	788.4
788.61-788.62	1993	788.6
788.63	2003	788.69
788.69	1993	788.6
789.00-789.07, 789.09	1994	789.0
789.30-789.37, 789.39	1994	789.3
789.40-789.47, 789.49	1994	789.4
789.60-789.67, 789.69	1994	789.6
790.01-790.09	2000	790.0
790.21-790.22, 790.29	2003	790.2
790.91	1993	790.9
790.92	1993	286.9
790.93	1993	790.9
790.94	1997	790.99
790.95	2004	790.99
790.99	1993	790.9
792.5	2000	792.9
793.80-793.81, 793.89	2001	793.8
795.00-795.02, 795.09	2002	795.0

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
795.03	2004	622.1
795.04	2004	622.1
795.05	2004	795.09
795.08	2004	795.09
795.31,795.39	2002	795.3
795.71	1994	795.8 (Código borrado)
795.79	1994	795.7
795.8	1986	795.7
796.5	1997	796.9
796.6	2004	796.9
799.81	2003	799.8
799.89	2003	799.8
813.45	2002	813.42
823.40-823.42	2002	823.80-823.82
840.7	2001	840.8
850.11-850.12	2003	850.1
864.05	1992	864.09
864.15	1992	864.19
909.5	1994	909.9
922.31-922.33	1996	922.3
925.1-925.2	1993	925
959.0#	1997	959.0
959.01	1997	854.00
959.09	1997	959.0
959.11-959.14, 959.19	2003	959.1
965.61	1998	965.6
965.69	1998	965.6
989.81-989.84	1995	989.8
989.89	1995	989.8
# título de código cambiado		

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
995.50-995.55	1996	995.5
995.59	1996	995.5
995.60-995.69	1993	995.0
995.7	2000	Ninguno
995.80	1996	995.81
995.81#	1996	995.81
995.82-995.85	1996	995.81
995.86	1998	995.89
995.90	2002	038.0-038.9
995.91	2002	038.0-038.9
995.92	2002	038.0-038.9
995.93	2002	038.0-038.9
995.94	2002	038.0-038.9
996.04	1994	996.09
996.51-996.59	1987	996.5
996.55	1998	996.52
996.56	1998	996.59
996.57	2003	996.59
996.60-996.69	1989	996.6
996.68	1998	996.69
996.70-996.79	1989	996.7
996.80-996.84	1987	996.8
996.85	1990	996.89
996.86	1987	996.8
996.87	2000	996.89
996.89	1987	996.8
997.00-997.01	1995	997.0
997.02	1995	997.9 & 430-434, 436
997.09	1995	997.0
997.71	2001	997.4
997.72	2001	997.5
997.79	2001	997.2
997.91	1995	997.9
997.99	1995	997.9
998.11-998.12	1996	998.1
998.13	1996	998.89
998.31-998.32	2002	998.3
998.51	1996	998.5
998.59	1996	998.5
998.81-998.82	1994	998.8
998.83	1996	998.89
998.89	1994	998.8

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
V01.71, V01.79	2004	V01.7
V01.81, V01.89	2002	V01.8
V01.82	2003	V01.89
V01.83-V01.84	2004	V01.89
V02.51	1998	V02.5
V02.52	1998	V02.5
V02.59	1998	V02.5
V02.60-V02.62	1994	V02.6
V02.69	1997	V02.6
V03.81-V03.82, V03.89	1994	V03.8
V04.81-V04.82, V04.89	2003	V04.8
V05.3-V05.4	1993	V05.8
V06.5-V06.6	1994	V06.8
V07.31, V07.39	1994	V07.3
V07.4	1992	V07.8
V08	1994	044.9, 795.8 (Código borrado)
V09.0-V09.91	1993	Ninguna
V10.48	1998	V10.49
V10.53	2001	V10.59
V12.00-V12.03, V12.09	1994	V12.0
V12.40-V12.41, V12.49	1997	V12.4
V12.50-V12.52, V12.59	1995	V12.5
V12.70-V12.72, V12.79	1994	V12.7
V13.00-V13.01, V13.09	1994	V13.0
V13.21, V13.29	2002	V13.2
V13.61	1998	V13.6
V13.69	1998	V13.6
V15.01-V15.09	2000	V15.0
V15.41-V15.42	1996	V15.4
V15.49	1996	V15.4
V15.82	1994	305.13 (Código borrado)
V15.84-V15.86	1995	V15.89
V15.87	2003	V15.89

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
V16.40-V16.43, V16.49	1997	V16.4
V16.51	1998	V16.5
V16.59	1998	V16.5
V18.61	1998	V18.6
V18.69	1998	V18.6
V21.30-V21.35	2000	Ninguno
V23.41, V23.49	2002	V23.4
V23.7	1989	V23.8
V23.81	1998	V23.8
V23.82	1998	V23.8
V23.83	1998	V23.8
V23.84	1998	V23.8
V23.89	1998	V23.8
V25.03	2003	V25.01
V25.43	1992	V25.49
V25.5	1992	V25.8
V26.21-V26.22, V26.29	2000	V26.2
V26.51	1998	Ninguno
V26.52	1998	Ninguno
V28.6	1997	V28.8
V29.0-V29.1	1992	V71.8
V29.2	1994	V29.8
V29.3	1998	V29.8
V29.8	1992	V71.8
V29.9	1992	V71.9
V30.00-V30.01	1989	V30.0
V31.00-V31.01	1989	V31.0
V32.00-V32.01	1989	V32.0
V33.00-V33.01	1989	V33.0
V34.00-V34.01	1989	V34.0
V35.00-V35.01	1989	V35.0
V36.00-V36.01	1989	V36.0
V37.00-V37.01	1989	V37.0
V39.00-V39.01	1989	V39.0

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
V42.81-V42.83	1997	V428
V42.84	2000	V42.89
V42.89	1997	V42.8
V43.21-V43.22	2003	V43.2
V43.60-V43.66, V43.69	1994	V43.6
V43.81-V43.82	1995	V43.8
V43.83	1998	V43.89
V43.89	1995	V43.8
V44.50-V44.52, V44.59	1998	V44.5
V45.00	1994	V45.89
V45.01	1994	V45.0
V45.02, V45.09	1994	V45.89
V45.51	1994	V45.5
V45.52, V45.59	1994	V45.89
V45.61	1997	V45.6
V45.69	1997	V45.6
V45.71	1997	611.8
V45.72	1997	569.89
V45.73	1997	593.89
V45.74	2000	593.89, 596.8
V45.75	2000	V45.89
V45.76	2000	518.89
V45.77	2000	602.8, 607.89, 608.89, 620.8, 621.8, 622.8
V45.78	2000	390.89
V45.79	2000	255.8, 289.59, 388.8, 569.49, 577.8, V45.89
V45.82	1994	V45.89
V45.83	1995	V45.89
V45.84	2001	Ninguno
V45.85	2003	V45.89
V46.11-V46.12	2004	V46.1
V46.2	2002	V46.8
V49.60-V49.67	1994	V49.5
V49.70-V49.77	1994	V49.5
V49.81	2000	Ninguno
V49.82	2001	Ninguno
V49.89	2000	V49.8
V50.41-V50.42, V50.49	1994	V50.8

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
V53.01-V53.02, V53.09	1997	V53.0
V53.31	1994	V53.3
V53.32, V53.39	1994	V53.9
V53.90-V53.91, V53.99	2003	V53.9
V54.01-V54.02, V54.09	2003	V54.0
V54.10-V54.17, V54.19	2002	V54.8
V54.20-V54.27, V54.29	2002	V54.8
V54.81, V54.89	2002	V54.8
V56.1	1995	V58.89
V56.1#	1998	V56.1
V56.2	1998	V56.1
V56.31-V56.32	2000	V56.8
V57.21-V57.22	1994	V57.2
V58.41	1994	V58.4
V58.42	2002	V58.49
V58.43	2002	V58.49
V58.44	2004	V58.71-V58.78
V58.49	1994	V58.4
V58.61	1995	V67.51
V58.62	1998	V58.69
V58.63-V58.65	2003	V58.69
V58.66-V58.67	2004	V58.69
V58.69	1995	V67.51
V58.71-V58.78	2002	V58.49
V58.81	1994	V58.8
V58.82	1995	V58.89
V58.83	2000	V58.89
V58.89	1994	V58.8
V59.01-V59.02, V59.09	1995	V59.0
V59.6	1995	V59.8
V61.10-V61.12	1996	V65.49
V61.22	1996	V61.21
V62.83	1996	V65.49
V64.4	1997	Ninguno
V64.41-V64.43	2003	V64.4

título de código cambiado

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
V65.11, V65.19	2003	V65.49
V65.40-V65.45	1994	V65.4
V65.46	2003	V65.49
V65.49	1994	V65.4
V66.7	1996	Ninguno
V67.00-V67.01, V67.09	2000	V67.0
V69.0-V69.3	1994	Ninguno
V69.4	2004	V69.8
V69.8-V69.9	1994	Ninguno
V71.81	2000	V71.8
V71.82-V71.83	2002	V71.89
V71.89	2000	V71.8
V72.31-V72.32	2004	V72.3
V72.40-V72.41	2004	V72.4
V72.81-V72.85	1993	V72.8
V73.88-V73.89	1993	V73.8
V73.98-V73.99	1993	V73.9
V76.10-V76.12	1997	V76.1
V76.19	1997	V76.1
V76.44	1998	V76.49
V76.45	1998	V76.49
V76.46-V76.47	2000	V76.49
V76.50-V76.52	2000	V76.49
V76.81-V76.89	2000	V76.8
V77.91-V77.99	2000	V77.9
V82.81-V82.89	2000	V82.8
V83.01-V83.02	2001	Ninguno
V83.81	2002	Ninguno
V83.89	2002	V19.8
V84.01-V84.04, V84.09	2004	Ninguno
V84.8	2004	Ninguno

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
E854.8	1995	E858.8
E869.4	1994	E869.8
E880.1	1995	E884.9
E884.3-E884.4	1995	E884.2
E884.5-E884.6	1995	E884.9
E885.0	2002	E885.9
E885.1-E885.4, E885.9	2000	E885
E888.0	2001	E920
E888.1	2001	E888
E888.8-E888.9	2001	E888
E906.5	1995	E906.3
E908.0-E908.4	1995	E908
E908.8-E908.9	1995	E908
E909.0-E909.4	1995	E909
E909.8-E909.9	1995	E909
E917.3	2001	E917.9
E917.4	2001	E917.9
E917.5	2001	E886.0
E917.6	2001	E917.1
E917.7-E917.8	2001	E888
E920.5	1995	E920.4
E922.4	1997	E917.9
E922.5	2002	E922.8
E924.2	1995	E924.0
E928.3	2000	E928.8
E928.4	2003	E928.8
E928.5	2003	E928.8
E955.6	1997	E955.9
E955.7	2002	E955.4

Códigos Diagnósticos (continuación)

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

Códigos de Procedimientos

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
00.01	2002	99.99
00.02	2002	99.99
00.03	2002	99.99
00.09	2002	99.99
00.10	2002	99.25
00.11	2002	99.19
00.12	2002	93.98
00.13	2002	99.29
00.14	2002	99.21
00.15	2003	99.28
00.16	2004	Ninguno
00.17	2004	99.29
00.21	2004	88.71
00.22	2004	88.73
00.23	2004	88.77
00.24	2004	88.72
00.25	2004	88.75
00.28	2004	88.79
00.29	2004	88.79
00.31	2004	Ninguno
00.32	2004	Ninguno
00.33	2004	Ninguno
00.34	2004	Ninguno
00.35	2004	Ninguno
00.39	2004	Ninguno
00.50	2002	37.80-37.87 y 37.70-37.74, 37.76
00.51	2002	37.94
00.52	2002	Ninguno
00.53	2002	37.80-37.87
00.54	2002	37.96
00.55	2002	39.90
00.61	2004	39.50
00.62	2004	39.50
00.63	2004	00.55, 39.90
00.64	2004	00.55, 39.90
00.65	2004	00.55, 39.90
00.91	2004	Ninguno
00.92	2004	Ninguno
00.93	2004	Ninguno
02.96	1992	89.19
03.90	1987	03.99 (Inserción de catéter)

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
05.25	1995	39.7
11.75	1989	11.79
11.76	1989	11.62
20.96-20.98	1986	20.95
22.12	1988	22.11
26.12	1988	26.11
27.64	2004	27.69
29.31	1991	83.02
29.32	1991	29.3
29.39	1991	29.3
31.45	1988	31.43-31.44
31.95	1989	31.75
32.01	1989	32.0
32.09	1989	32.0
32.22	1995	32.29, 32.9
32.28	1989	32.29
33.27	1987	33.22 + 33.27
33.28	1989	32.27
33.29	1987	33.28, 33.29
33.50	1995	33.5
33.51	1995	33.5
33.52	1995	33.5
33.6	1990	33.5 + 37.5
34.05	1994	34.99
35.84	1988	35.82
35.96	1986	35.03
36.00-36.03	1986	36.0
36.04	1986	39.97
36.05	1986	36.01, 36.02
36.05	1987	36.01*

* Antes de octubre de 1986 en contenido del código actual 36.05 era asignado al 36.0

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
36.06	1995	36.01, 36.02, 36.03, 36.05
36.07	2002	36.06
36.09	1986	36.0
36.09	1991	36.00 (Código borrado)
36.17	1996	36.19
36.31	1998	36.3
36.32	1998	36.3
36.39	1998	36.3
37.26-37.27	1988	37.29
37.28	2001	88.72
37.34	1988	37.33
37.35	1997	37.33
37.51	2003	37.5
37.52	2003	37.62
37.53	2003	37.63
37.54	2003	37.63
37.65	1995	37.62
37.66	1995	37.62
37.67	1998	37.4
37.68	2004	37.62
37.70 (sólo electrodo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.70
37.71-37.72 (sólo electrodos)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.74
37.73 (sólo electrodo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.73
37.74 (sólo electrodo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.76
37.75 (sólo electrodo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.89
37.76 (sólo electrodo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.81
37.77 (sólo electrodo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.83-37.84
37.78	1987	37.71-37.72
37.79	1987	86.09
37.80-37.87	1992	89.49 (Código borrado, este procedimiento está incluido en el código para inserción/sustitución de marcapasos)
37.80 (sólo dispositivo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.73-37.77
37.81 (sólo dispositivo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.73-37.77
37.82 (sólo dispositivo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.73-37.77
37.83 (sólo dispositivo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.73-37.77
37.85-37.87	1987	37.85
37.89	1987	37.86+37.89
37.90	2004	37.99
37.94-37.98	1986	37.99
38.22	1986	38.29
38.44 (aorta abdominal solo)	1986	38.44 (toda la aorta)

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
38.45 (aorta torácica solo)	1986	38.44-38.45
38.95	1989	38.93
39.28	1991	39.29
39.50	1995	39.59
39.65	1988	39.61
39.66	1990	39.65
39.71	2000	39.52
39.72	2002	39.79
39.79	2000	39.52
39.90	1996	39.50
41.00-41.03	1988	41.0
41.04	1994	99.79
41.05	1997	Ninguno
41.06	1997	Ninguno
41.07	2000	41.04
41.08	2000	41.05
41.09	2000	41.01
42.25	1988	42.24
42.33	1989	42.32, 42.39
42.33	1990	42.91
43.11	1989	43.1
43.19	1989	43.1, 43.2
43.41	1989	43.41, 43.49
44.21	1986	44.2
44.22	1986	44.09
44.29	1986	44.2
44.32	2001	44.39
44.38	2004	44.39
44.43	1989	43.49, 45.32
44.44	1989	38.86
44.49	1989	43.0
44.67	2004	44.66
44.68	2004	44.69
44.93-44.94	1986	44.99
44.95	2004	44.69
44.96	2004	44.69
44.97	2004	44.99
44.98	2004	44.99
45.16	1988	45.14 (45.15 antes de 1987)

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
45.30	1989	45.31, 45.32
45.42	1988	45.41
45.43	1989	45.49
45.75	1988	48.66 (Código borrado, añadida resección de Hartmann)
45.95	1987	45.93
46.13	1992	46.12 (Código borrado)
46.32	1989	46.39
46.85	1989	46.99
46.97	2000	46.99
47.01	1996	47.0
47.09	1996	47.0
47.11	1996	47.1
47.19	1996	47.1
48.36	1995	45.42
49.31	1989	49.3
49.39	1989	49.3
49.75	2002	49.79
49.76	2002	49.79
51.10	1989	51.97
51.11	1989	51.11, 51.97
51.14	1989	51.12
51.15	1989	51.97
51.21	1996	51.22, 51.23
51.22	1991	51.21 (Código borrado)
51.23	1991	51.22
51.24	1996	51.22, 51.23
51.64	1989	51.69
51.84-51.88	1989	51.97
51.97	1986	52.91, 51.99 ó 51.82
51.98	1986	51.99
52.13	1989	51.97, 52.91
52.14	1989	52.11
52.21	1989	52.2
52.22	1989	52.2
52.84	1996	99.29
52.85	1996	99.29
52.86	1996	99.29

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
52.93	1989	52.93 + 52.91
52.94	1989	52.09
52.97	1989	52.91
52.98	1989	52.91
52.99	1989	52.93, 52.94, 52.99
54.24	1987	54.23
54.25	1993	54.98
54.51	1996	54.5
54.59	1996	54.5
55.03-55.04	1986	55.02
56.33-56.34	1987	56.33
56.35	1987	45.12
57.17-57.18	1989	57.21
57.22	1989	57.22, 57.82
58.31	1990	58.3
58.39	1990	58.3
59.03	1996	59.02
59.12	1996	59.11
59.72	1995	59.79
59.96	1986	59.95
60.21	1995	60.2
60.29	1995	60.2
60.95	1991	60.99
60.96	2000	60.29
60.97	2000	60.29
64.97	1986	64.95
65.01	1996	65.0
65.09	1996	65.0
65.13	1996	65.12
65.14	1996	65.19
65.23	1996	65.22
65.25	1996	65.29
65.31	1996	65.3
65.39	1996	65.3
65.41	1996	65.4
65.49	1996	65.4

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
65.53	1996	65.51
65.54	1996	65.52
65.63	1996	65.61
65.64	1996	65.62
65.74	1996	65.71
65.75	1996	65.72
65.76	1996	65.73
65.81	1996	65.8
65.89	1996	65.8
66.01	1992	66.0
66.02	1992	66.73
67.51	2001	67.5
67.59	2001	67.5
68.15	1987	68.14
68.16	1987	68.13
68.23	1996	68.29
68.31	2003	68.3
68.39	2003	68.3
68.51	1996	68.5
68.59	1996	68.5
68.9	1992	68.4
74.3	1992	69.11 (Código borrado)
75.37	1998	99.29
75.38	2001	75.34
77.56	1989	77.89, 78.49, 81.18
77.57	1989	77.89, 78.49, 81.18, 83.85
77.58	1989	77.59, 81.18
78.10	1991	78.40
78.11	1991	78.41
78.12	1991	78.42
78.13	1991	78.43
78.14	1991	78.44
78.15	1991	78.45
78.16	1991	78.46
78.17	1991	78.47
78.18	1991	78.48
78.19	1991	78.49
78.20	1991	78.10, 78.20, 78.30

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
78.21	1991	78.11, 78.31
78.22	1991	78.12, 78.22, 78.32
78.23	1991	78.13, 78.23, 78.33
78.24	1991	78.14, 78.34
78.25	1991	78.15, 78.25, 78.35
78.27	1991	78.17, 78.27, 78.37
78.28	1991	78.18, 78.38
78.29	1991	78.11, 78.16, 78.19, 78.29, 78.39
78.39	1991	78.31
78.90*	1987	78.40
78.91*	1987	78.41
78.92*	1987	78.42
78.93*	1987	78.43
78.94*	1987	78.44
78.95*	1987	78.45
78.96*	1987	78.46
78.97*	1987	78.47
78.98*	1987	78.48
78.99*	1987	78.49
80.50-80.59	1986	80.5
81.03	1989	81.02
81.04-81.05	1989	81.03, 81.04, 81.05
81.06-81.07	1989	81.06, 81.07
81.08	1989	81.06, 81.07, 81.08
81.09	1989	81.08
81.30	2001	81.09
81.31	2001	81.09
81.32	2001	81.09
81.33	2001	81.09
81.34	2001	81.09
81.35	2001	81.09
81.36	2001	81.09
81.37	2001	81.09
81.38	2001	81.09
81.39	2001	81.09
81.40	1989	81.69
81.51	1989	81.51, 81.59
81.52	1989	81.61, 81.62, 81.63, 81.64

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

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
81.53	1989	81.51, 81.59, 81.61, 81.62, 81.63, 81.64
81.54-81.55	1989	81.41
81.56	1989	81.48
81.57	1989	81.31, 81.39
81.59	1989	81.39
81.61	2002	81.00-81.08, 81.30-81.39
81.62	2003	Ninguno
81.63	2003	Ninguno
81.64	2003	Ninguno
81.65	2004	78.49
81.66	2004	78.49
81.72	1989	81.79
81.73-81.74	1989	81.41
81.75	1989	81.87
81.79	1989	81.79, 81.87
81.80	1989	81.81
81.97	1992	81.59
84.51	2002	Ninguno
84.52	2002	Ninguno
84.53	2004	78.30, 78.32-78.35, 78.37-78.39
84.54	2004	78.30, 78.32-78.35, 78.37-78.39
84.55	2004	Ninguno
84.59	2004	Ninguno
84.60	2004	80.51
84.61	2004	80.51
84.62	2004	80.51
84.63	2004	80.51
84.64	2004	80.51
84.65	2004	80.51
84.66	2004	80.51
84.67	2004	80.51
84.68	2004	80.51
84.69	2004	80.51
85.95	1987	85.99
85.96	1987	85.99
86.06	1987	86.09
86.07	1990	86.09
86.27	1986	86.22-86.23
86.28	1988	86.22
86.67	1998	86.65
86.93	1987	86.89

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
86.94	2004	02.93, 03.93, 04.92
86.95	2004	02.93, 03.93, 04.92
86.96	2004	02.93, 03.93, 04.92
88.90	1986	88.39
88.91	1986	89.15
88.92	1986	89.39
88.93	1986	88.15
88.94	1986	89.39
88.95	1986	89.29
88.96	2002	88.91-88.97
88.97	1989	88.99
88.98	1989	88.90
88.99	1986	89.39
89.10	1989	89.15
89.17-89.18	1988	89.15
89.19	1989	89.15
89.49	2004	89.59
89.50	1991	89.54
89.60	2002	89.65
92.3	1995	01.59, 04.07, 07.63, 07.68
92.30-92.33, 92.39	1998	92.3
93.90	1988	93.92
94.61-94.69	1989	94.25
96.29	1998	96.39
96.6	1986	96.35
96.70	1991	93.92 (Código borrado)
96.71	1991	93.92 (Código borrado)
96.72	1991	93.92 (Código borrado)
97.05	1989	51.97
97.44	2001	37.64
98.51-98.52	1989	59.96 (Código borrado)
98.59	1989	59.96 (Código borrado)
99.00	1995	99.02
99.10	1998	99.29
99.15	1986	99.29

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
99.20	1998	99.29
99.28	1994	99.25
99.71-99.79*	1988	99.07
99.75	2000	99.29
99.76	2002	99.79
99.77	2002	Ninguno
99.78	2004	99.71
99.85	1987	93.35
99.86	1987	93.39
99.88	1988	99.83

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

VOLÚMEN 1 y 2

CÓDIGOS DIAGNÓSTICOS NUEVOS/REVISADOS

Glosario de Trastornos Mentales

Vigente desde el 1 de octubre de 2004, el Glosario de Trastornos Mentales (Volumen 1, apéndice B) ha sido retirado del CD-ROM de la ICD-9-CM del gobierno americano. Para la definición de los trastornos mentales clasificados en el capítulo 5 de la ICD-9-CM, los usuarios deberán referirse al *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* de la Asociación Psiquiátrica Americana, cuarta edición, texto revisado (DSM-IV-TR).

Fiebre del Nilo Occidental

Vigente desde el 1 de octubre de 2004, el código 066.4, Fiebre del Nilo occidental, se ha ampliado para identificar independientemente la encefalitis de otras manifestaciones neurológicas asociadas con la fiebre del Nilo Occidental. Los pacientes infectados por el virus del Nilo Occidental pueden variar de estar asintomáticos, o tener fiebre del Nilo Occidental o enfermedad grave por virus del Nilo Occidental con meningitis o encefalitis. Menos de un 1% de individuos infectados desarrollan la forma grave de la enfermedad.

Los síntomas de infección del Nilo Occidental grave (encefalitis o meningitis del Nilo Occidental) incluyen fiebre alta, dolor de cabeza, rigidez de cuello, estupor, desorientación, temblor, coma, convulsiones, debilidad muscular y parálisis. Estos pacientes enfermen de forma aguda y requieren hospitalización.

La enfermedad neurológica grave debida a virus del Nilo Occidental ha sido declarada en pacientes de todas las edades. Sin embargo, la edad avanzada es el factor de riesgo más significativo para desarrollar enfermedad neurológica grave, siendo la encefalitis más frecuente que la meningitis.

	066	Otras enfermedades virales portadas por artrópodos
	066.4	Fiebre del Nilo occidental
Borrar		Encefalitis del Nilo occidental
		Encefalomiелitis del Nilo occidental
		Virus del Nilo occidental
Nuevo código	066.40	Fiebre del Nilo occidental, NEOM
		Fiebre del Nilo occidental NEOM
		Fiebre del Nilo occidental sin complicaciones
		Virus del Nilo occidental NEOM
Nuevo código	066.41	Fiebre del Nilo occidental con encefalitis
		Encefalitis del Nilo occidental
		Encefalomiелitis del Nilo occidental

Nuevo código	006.42 Fiebre del Nilo occidental con otra manifestación neurológica Use código adicional para la manifestación neurológica
Nuevo código	066.49 Fiebre del Nilo occidental con otra complicación Use código adicional para especificar la otra afección

Pregunta:

Una mujer de 70 años de edad, que fue ingresada en el hospital con fiebre y cambios del estado mental, fue diagnosticada de encefalitis del Nilo Occidental. ¿Cómo debería ser codificado este ingreso?

Respuesta:

Asigne el código 066.41, Fiebre del Nilo Occidental con encefalitis como diagnóstico principal.

Pregunta:

Un hombre de edad avanzada fue ingresado con fiebre, ataxia y ataques. El paciente fue diagnosticado de Fiebre del Nilo Occidental con meningitis. ¿Cómo debería ser codificado este ingreso?

Respuesta:

Asigne el código 066.42, Fiebre del Nilo Occidental con otra manifestación neurológica, como diagnóstico principal. Adicionalmente, asigne los códigos 321.2, Meningitis debida a virus no clasificado en otra parte, 781.3, Falta de coordinación, para la ataxia, y 780.39, Otras convulsiones, para los ataques con diagnósticos secundarios. Es adecuado codificar los síntomas cuando no son inherentes a la afección.

Esta información sustituye a las normas previamente publicadas en *Coding Clinic*, Cuarto Trimestre de 2002, página 44 (página 34 de la versión traducida^{NT}).

Hepatitis por Virus C inespecífica

Vigente desde el 1 de octubre de 2004, se han creado dos nuevos códigos para informar la hepatitis por virus C inespecífica sin coma hepático (**070.70**) y hepatitis por virus C inespecífica con coma hepático (**070.71**). Antes de estos cambios, tanto la hepatitis C aguda como inespecífica eran asignadas al mismo código, lo que hace a la hepatitis aguda por defecto, a pesar de que la hepatitis crónica es la forma más común. Los códigos 070.70, Hepatitis por virus C inespecífico sin mención de coma hepático, y 070.9, Hepatitis viral inespecífica sin mención de coma hepático, deben ser usados únicamente cuando ni la confirmación de un diagnóstico ni la revisión de la documentación médica proporcionen una adecuada información que permita asignar un código más específico.

(En esta frase hay dos erratas que se han subsanado: define el código 070.70 como Hepatitis por virus C inespecífica con coma hepático en lugar de definirla sin coma hepático, y el código 070.71 como Hepatitis viral no especificada sin mención de coma hepático que corresponde realmente al código 070.9^{NT})

Nueva subcategoría 070.7 Hepatitis viral C inespecífica

Nuevo código 070.70 Hepatitis viral C inespecífica sin coma hepático
Hepatitis viral C inespecífica NEOM

Nuevo código 070.71 Hepatitis viral C inespecífica con coma hepático

070.9 Hepatitis viral inespecífica sin mención de coma hepático

Añadir

Excluye:

 hepatitis viral C inespecífica sin coma hepático (070.70)

Diabetes Mellitus Tipo 1 y Tipo 2

Vigente desde el 1 de octubre de 2004, se han hecho cambios en los quintos dígitos aplicables a la categoría 250, Diabetes Mellitus. Este cambio ha sido hecho para hacer la clasificación coherente con la terminología habitualmente usada para describir la diabetes mellitus. Los dos tipos principales de diabetes no son ya referidas adecuadamente como “insulino-dependiente” y “no insulino-dependiente”. La distinción actual está ahora basada en el funcionamiento de las células beta pancreáticas.

En los pacientes diabéticos de tipo I (o tipo 1), las células beta pancreáticas están ausentes tras su destrucción por un proceso autoinmune. Estos pacientes deben usar insulina. En los pacientes diabéticos tipo II (a tipo 2), las células beta pancreáticas están presentes y producen insulina. Sin embargo, hay una insulino-resistencia, de tal manera que los niveles de insulina no son lo suficientemente elevados como para mantener los niveles normales de glucosa. Los pacientes diabéticos tipo 2 pueden o no usar insulina dependiendo de la gravedad de su afección y de otras cuestiones de salud. Las mujeres embarazadas que desarrollan diabetes gestacional pueden también necesitar insulina para mantener el nivel apropiado de azúcar. El uso de insulina no es un factor determinante del tipo de diabetes que tiene el paciente.

Adicionalmente a los cambios en el quinto dígito para la diabetes, se ha creado un nuevo código para identificar el uso prolongado (actual) de insulina (**V58.67**). El código V58.67 ayudará a identificar los pacientes con diabetes tipo 2 y diabetes gestacional que están usando insulina.

250 Diabetes mellitus

Los siguientes quintos dígitos de subclasificación son para usarse con la categoría 250:

Revisar 0 tipo II [~~tipo no insulino-dependiente~~][~~tipo DMNID~~][~~tipo comienzo adulto~~] o tipo inespecífico, no declarado como incontrolado
El quinto dígito 0 es para usarse con el tipo II, ~~pacientes diabéticos de comienzo adulto~~, aunque el paciente requiera insulina

Añadir	Use código adicional, si es aplicable, para el uso (actual) de insulina durante largo tiempo V58.67
Revisar	1 tipo I [tipo insulino dependiente][tipo DMID][tipo juvenil] no declarado como incontrolado
Revisar	2 tipo II [tipo no insulino dependiente][tipo DMNID][tipo comienzo adulto] o tipo inespecífico, declarado como incontrolado El quinto dígito 2 es para usarse con el tipo II, pacientes diabéticos de comienzo adulto , aunque el paciente requiera insulina
Añadir	Use código adicional, si es aplicable, para el uso (actual) de insulina durante largo tiempo V58.67
Revisar	3 tipo I [tipo insulino dependiente][tipo DMID][tipo juvenil] declarado como incontrolado

Otros cambios de la categoría 250, Diabetes mellitus, son la adición de términos de inclusión en la subcategoría 250.6, Diabetes con manifestaciones neurológicas, para la gastroparálisis (536.3) y gastroparesia (536.3).

250.6 Diabetes mellitus con manifestaciones neurológicas

Use código adicional para identificar la manifestación tal como:
diabética:

Añadir	gastroparálisis (536.3)
Añadir	gastroparesia (536.3)

Pregunta:

Una mujer de 20 años de edad con diabetes mellitus es ingresada por fractura de su pierna derecha. Durante este ingreso recibió insulina. El diagnóstico al alta está especificado como fractura abierta de fémur derecho y diabetes mellitus. ¿Debería codificarse como diabetes tipo I o como tipo II?

Respuesta:

Asigne el código adecuado para la fractura de fémur como diagnóstico principal. Asigne el código 250.00, Diabetes mellitus, sin mención de complicación, tipo II o de tipo no especificado, no declarado como incontrolado, como diagnóstico adicional. Ya que el tipo de diabetes no ha sido especificado, debería codificarse como tipo II. Ni el uso de la insulina ni la edad del paciente asegura que es diabético de tipo I. El código 250.00 es el código por defecto de la diabetes cuando el tipo no está especificado. Si se desea una mayor aclaración, se tendrá que preguntar al médico para verificar el tipo de diabetes.

Pregunta:

Un paciente con diabetes tipo I es visto en su consulta médica para cuidado de rutina. Durante la visita, el médico ajusta su dosis de insulina. ¿Debería ser asignado el código V58.67, Uso de insulina durante largo tiempo [actual] como diagnóstico secundario en este caso?

Respuesta:

Asigne el código 250.01, Diabetes mellitus sin mención de complicación, tipo I [tipo juvenil], no declarado como incontrolado, como diagnóstico principal. El código V58.87 debe ser asignado para el tipo I de diabetes sin se desea. Todas la diabetes de tipo I requieren tratamiento de insulina con inyección o bomba ya que su cuerpo no produce insulina.

Pregunta:

Una mujer embarazada de 32 semanas es vista en su visita obstétrica semanal. La historia documenta diabetes gestacional y se le ha administrado insulina durante varias semanas. Por lo demás, el embarazo transcurre normalmente. ¿Qué códigos deberían asignarse para esta paciente?

Respuesta:

Asigne el código 648.83, Tolerancia anormal a la glucosa, anteparto, y el código V58.67, Uso de insulina durante largo tiempo [actual]. La insulina es usada a menudo para regular el azúcar en sangre de mujeres embarazadas que desarrollan diabetes gestacional. Esto no indica que la paciente tenga diabetes tipo I.

Pregunta:

Una mujer que está en el tercer mes tras un parto se presenta al endocrinólogo a causa de azúcar elevado en sangre tras el mismo. La paciente había desarrollado diabetes gestacional durante el embarazo. ¿Debería este caso ser aún codificado como diabetes gestacional tres meses tras el parto?

Respuesta:

El período de postparto es definido desde el parto hasta seis semanas tras el mismo. En algunos casos las mujeres que tienen diabetes gestacional durante el embarazo desarrollan diabetes mellitus. Tras el período de postparto debe ser usado un código de la categoría 250, Diabetes mellitus. Este registro necesita documentar el tipo I ó II de diabetes. Si el tipo no está documentado, se debe codificar como diabetes tipo II. También signe el código V58.67, Uso de insulina durante largo tiempo [actual], si la paciente se administra insulina.

Hiperparatiroidismo

Vigentes desde el 1 de octubre de 2004, el código 252.0, Hiperparatiroidismo, ha sido expandido para identificar por separado el hiperparatiroidismo no especificado (**252.00**), el hiperparatiroidismo primario (**252.01**), el hiperparatiroidismo secundario (**252.02**) y otro hiperparatiroidismo (**252.08**). Los nuevos códigos permitirán ahora diferenciar entre los distintos tipos de hiperparatiroidismo.

El hiperparatiroidismo es una enfermedad caracterizada por una secreción excesiva de hormona paratiroidea (PTH) por las glándulas paratiroides. La PTH es una sustancia que ayuda a mantener el correcto balance entre calcio y fósforo en el organismo. La PTH regula la liberación de calcio del hueso, la absorción de calcio en el intestino y la excreción de calcio en la orina. El exceso de PTH desencadena la liberación de demasiado calcio en el torrente sanguíneo.

Hiperparatiroidismo primario (250.01): Esta afección es una producción excesiva de PTH causada por un agrandamiento de una o más glándulas paratiroides. El aproximadamente el 85% de los casos el trastorno es producido por un adenoma simple. El hiperparatiroidismo primario es la causa más común de hipercalcemia en pacientes ambulatorios. Los síntomas del hiperparatiroidismo primario son debidos a la propia hipercalcemia y no son específicos del hiperparatiroidismo. Estos síntomas incluyen debilidad muscular, fatiga, depleción de volumen, náusea y vómito y, en casos graves, coma y muerte.

Hiperparatiroidismo secundario (250.02): Esta afección es la producción excesiva de PTH en respuesta a un nivel de calcio bajo causado por otra afección. Hay dos tipos de hiperparatiroidismo secundario: de origen no renal (**252.02**) y de origen renal (**588.81**). El origen no renal puede ser causado por deficiencia de vitamina D. El de origen renal es típico del fallo renal crónico. El hiperparatiroidismo secundario ocurre en alguna medida en todos los pacientes con fallo renal crónico con dependencia de diálisis.

Hiperparatiroidismo terciario (250.08): Esta afección ocurre tras un hiperparatiroidismo secundario de larga duración cuando las glándulas paratiroides continúan produciendo demasiada PTH aunque los niveles de calcio vuelvan a lo normal. El hiperparatiroidismo terciario ocurre principalmente en pacientes con problemas renales.

	252	Trastornos de la glándula paratiroides	
	252.0	Hiperparatiroidismo	
Borrar		Hiperplasia de paratiroides Osteítis fibrosa quística generalizada Enfermedad de von Recklinghausen ósea	
Borrar	<table border="1"><tr><td>Excluye:</td></tr></table>	Excluye:	hiperparatiroidismo secundario (de origen renal) (588.8)
Excluye:			
Nuevo código		252.00 Hiperparatiroidismo, inespecífico	
Nuevo código		252.01 Hiperparatiroidismo primario Hiperplasia de paratiroides	

Nuevo código **252.02 Hiperparatiroidismo secundario, no renal**

Excluye:

 hiperparatiroidismo secundario (origen renal)
(588.81)

Nuevo código **252.08 Otro hiperparatiroidismo**
Hiperparatiroidismo terciario

Adicionalmente, el código 588.8, Otros trastornos especificados como resultado de función renal deteriorada, se ha expandido para identificar específicamente el hiperparatiroidismo secundario de origen renal (588.81). El código 588.81 es también el código por defecto para el hiperparatiroidismo secundario no especificado de otra manera. Por favor, observe que el código 252.02, Hiperparatiroidismo secundario, no renal, y el código 588.81, son mutuamente excluyentes y no debe asignarse juntos.

588 Trastornos resultantes de función renal deteriorada

588.8 Otros trastornos especificados resultantes de función renal deteriorada

Borrar ~~Nefropatía hipopotasémica~~
~~Hiperparatiroidismo secundario (de origen renal)~~

Nuevo código **588.81 Hiperparatiroidismo secundario (de origen renal)**
Hiperparatiroidismo secundario NEOM

Nuevo código **588.89 Otros trastornos especificados resultantes de la función renal deteriorada**
Nefropatía hipopotasémica

Pregunta:

Un paciente fue ingresado para tratamiento de hiperparatiroidismo secundario resultante de síndrome de malabsorción. Aunque el hiperparatiroidismo secundario está normalmente asociado a insuficiencia renal, el paciente no tenía evidencia de disfunción renal. ¿Cuál es la asignación de código para este ingreso?

Respuesta:

Asigne el código 252.02, Hiperparatiroidismo secundario, no renal, como diagnóstico principal. El código 579.9, Malabsorción intestinal no especificada, debería asignarse como diagnóstico secundario. Aunque la causa principal del hiperparatiroidismo secundario es la enfermedad renal crónica, puede producirse secundaria a malabsorción intestinal, resultando de una inadecuada absorción de vitamina D o de calcio.

Deficiencia de Alfa-1-Antitripsina

Vigente desde el 1 de octubre de 2004, se ha creado un nuevo código para la deficiencia de alfa-1-antitripsina. Antes de este cambio, la deficiencia de alfa-1-antitripsina era asignada al código 277.6, Otras deficiencias de enzimas circulantes. Se determinó que era una asignación de código incorrecta puesto que la AAT no es una enzima.

La alfa-1-antitripsina (AAT) es una proteína producida por el hígado y está destinada a proteger los tejidos. La deficiencia de AAT es un trastorno genético caracterizado por la producción de una proteína AAT anormal. Cuando se produce la proteína AAT anormal, el hígado no puede segregar AAT. Esto hace que la proteína se acumule dentro del hígado y da como resultado una reducción marcada de los niveles de AAT circulantes. Esto da lugar a daño hepático crónico por la acumulación de proteína en el hígado y daño pulmonar crónico por la falta de protección de los pulmones que la proteína AAT normal está destinada a proporcionar. La deficiencia de AAT se cree que es responsable también de ciertos casos de paniculitis, vasculitis inexplicables y de granulomatosis de Wegener.

	273	Trastornos de metabolismo de las proteínas plasmáticas
Nuevo código	273.4	Déficit de antitripsina 1 alfa Déficit de AAT
	277	Otros trastornos del metabolismo y no especificados
	277.6	Otras deficiencias de enzimas circulantes
Borrar		Déficit de antitripsina 1 alfa

Trastornos de la Oxidación de los Acidos Grasos

Vigente desde el 1 de octubre de 2004, el código **277.85**, Trastornos de la oxidación de los ácidos grasos, se ha creado para identificar únicamente dichos trastornos.

Los trastornos de la oxidación de los ácidos grasos (FOD) son deficiencias metabólicas genéticas en las cuales el organismo es incapaz de romper los ácidos grasos para producir energía. Normalmente la glucosa es metabolizada para proporcionar energía en el organismo; sin embargo, cuando la glucosa no está disponible, el organismo usa la grasa. Cuando una enzima falla o no trabaja adecuadamente, la grasa no puede ser usada. Más de 20 trastornos se han clasificado como FOD:

- Deficiencia de carnitina palmitoil transferasa I y II (CPT I & II)
- Aciduria glutárica tipo II (GA 2)
- Deficiencia de L-3-hidroxiacil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHAD)
- Deficiencia de Acil-CoA deshidrogenasa de cadena media (MCAD)
- Deficiencia de Acil-CoA deshidrogenasa de cadena muy larga (VLCAD)

La mayoría de los FOD son diagnosticados usando pruebas de perfil de acilcarnitina en plasma. La deficiencia de Acil-CoA deshidrogenasa de cadena media (MCAD) es la más común y es vista en un caso de cada 10.000 a 20.000 nacimientos.

Se pueden experimentar una gran variedad de síntomas basados en trastornos individuales y específicos. Dificultad en la respiración, cambios del comportamiento, vómito, diarrea, letargo y ataques preceden normalmente a una crisis y puede seguir a un período de ayuno o infección viral. En casos graves, puede desarrollarse encefalopatía, miopatía esquelética, cardiomiopatía y fallo orgánico en corto tiempo tras el nacimiento. La alimentación es esencial para tratar el FOD. Una comida baja en grasa y alta en carbohidratos o un aperitivo pueden ser necesarios cada 3 ó 6 horas en niños o adultos. Un niño puede necesitar comer cada 2 ó 4 horas. A menudo se prescriben suplementos de carnitina.

Nuevo código

277.85 Trastornos de la oxidación de ácidos grasos

Déficit de carnitina-palmitotransferasa (CPT1, CPT2)

Aciduria glutárica tipo II (tipo IIA, IIB, IIC)

Déficit de 3-hidroxiacil CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHAD)

Déficit de acil CoA deshidrogenasa de cadena larga y muy larga (LCAD, VLCAD)

Déficit de acil CoA deshidrogenasa de cadena media (MCAD)

Déficit de acil CoA deshidrogenasa de cadena corta (SCAD)

Excluye:

déficit primario de carnitina (277.81)

Trastornos de los Peroxisomas

Vigentes desde el 1 de octubre de 2004, el código 252.0, Trastornos de los peroxisomas, ha sido creado para identificar únicamente dichas afecciones.

Los trastornos de los peroxisomas son unas enfermedades congénitas raras que están caracterizadas por la ausencia de peroxisomas normales en las células del organismo. La más común es la adrenoleucodistrofia ligada al cromosoma X con una incidencia de 1 por 17.000. Otros tienen una estimación total sobre 1 por 50.000. Los peroxisomas contienen enzimas que funcionan como catalizadores en procesos metabólicos. Son responsables de la oxidación de los ácidos grasos. Biosíntesis de la membrana de fosfolípidos (plasmalógenos), colesterol y ácidos biliares, conversión de aminoácidos en glucosa, reducción de peróxido de hidrógeno por la catalasa y prevención del exceso de síntesis de oxalato (que puede formar cristales con calcio, dando lugar a cálculos renales).

Hay alrededor de 25 trastornos de los peroxisomas que se agrupan en dos categorías. La categoría I anomalías metabólicas son el resultado del fallo en la formación de los peroxisomas.

La categoría II trastornos peroxisomales generalizados o trastornos de la biogénesis de peroxisomas (PBD) resultan de la deficiencia de una enzima peroxisomal concreto.

Estas afecciones están asociadas con retardos en el desarrollo, retraso mental, disfunciones visuales y auditivas, fallo de crecimiento, autismo, agrandamiento del hígado, anomalías faciales y bajo tono muscular bajo. Para confirmar el diagnóstico es necesario estudios de plasma sanguíneo. El objetivo del tratamiento está dirigido hacia las complicaciones y los síntomas, la corrección de las deficiencias bioquímicas y la ingesta limitada de ácidos grasos.

Nuevo código

277.86 Trastornos de los peroxisomas

Adrenomieloneuropatía

Adrenoleucodistrofia neonatal

Condrodisplasia punctata rizomiélica

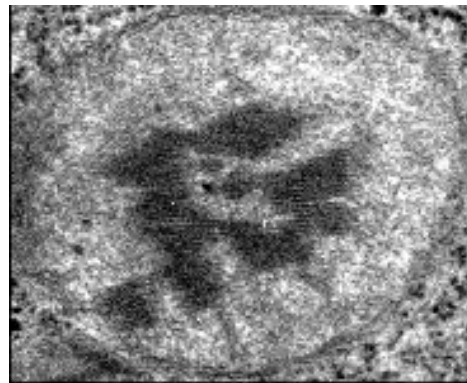
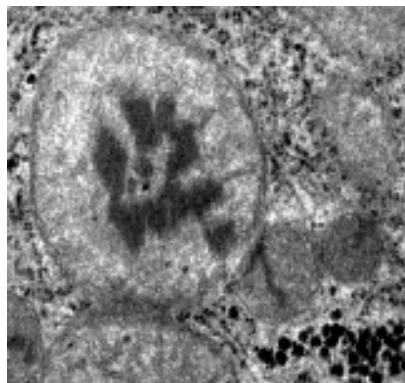
Adrenoleucodistrofia ligada a cromosoma X

Síndrome de Zellweger

enfermedad de Refsum infantil (356.3)

Añadir

Excluye:



Peroxisomas al microscopio electrónico de transmisión ^{NT}

Trastornos del Metabolismo Mitocondrial

Vigentes desde el 1 de octubre de 2004, el código 277.87, Trastornos del metabolismo mitocondrial, se ha creado para identificar separadamente los trastornos metabólicos mitocondriales.

La mitocondria es un organelo celular que está relacionado con el metabolismo y producción de enzimas. Las mitocondrias proporcionan más del 90 por ciento de la energía que nuestras células necesitan para funcionar. Las funciones especializadas de las mitocondrias hacen posible en cada tejido realizar su papel en el día a día del funcionamiento del cuerpo. Se estima que las enfermedades mitocondriales afectan a uno de cada 3.000 ó 4.000 personas. Estos trastornos son el resultado de los defectos en el ADN de la mitocondria o en el ADN nuclear. El grado de disfunción, la célula afectada y los factores ambientales determinan el grado de gravedad y las características de la afección. Los defectos mitocondriales están a menudo asociados con trastornos neuromusculares y neurodegenerativos tales como la enfermedad de Huntington, enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y enfermedad de Alzheimer. Puede estar afectada la función cardíaca, el control de la glucemia y el comportamiento. Los pacientes pueden presentarse con ataques, fatiga, debilidad muscular, ataxia, ceguera y sordera.

Nuevo código

277.87 Trastornos del metabolismo mitocondrial

- Síndrome de Kearns-Sayre
- Encefalopatía mitocondrial, acidosis láctica y Episodios pseudosíncopales (síndrome MELAS)
- Síndrome de encefalopatía neurogastrointestinal mitocondrial (MNGIE)
- Mioclonus con epilepsia y fibras rojas rasgadas (síndrome MERRF)
- Neuropatía, ataxia y retinitis pigmentosa (síndrome NARP)

Añadir

Añadir

Añadir

Añadir

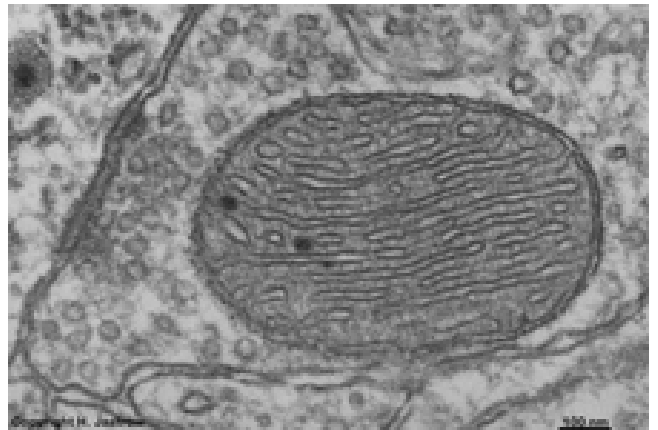
Añadir

Use código adicional para afecciones asociadas

Excluye:

- trastornos del metabolismo del piruvato (271.8)
- atrofia óptica de Leber (377.16)
- encefalopatía necrotizante subaguda de Leigh (330.8)
- síndrome de Reye (331.81)

Esta información sustituye la publicada previamente en *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 1990, página 17, en lo referente a la codificación del síndrome de Kearns-Sayre



Mitocondrias al microscopio electrónico de transmisión ^{NT}



Síndrome de Kearns-Sayre ^{NT}

más información en:

http://pageperso.aol.fr/mitochondriale/index_page8.htm

Cambios en Trastornos Mentales

Vigentes desde el 1 de octubre de 2004, se han realizado un número significativo de cambios en los títulos de códigos para afecciones del Capítulo 5, Trastornos Mentales (290-319).

El Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales, cuarta edición, sexta revisión (DSM-IV-TR), es usado por los clínicos, investigadores y administradores en el campo de los servicios de salud mental para comunicar y registrar la información diagnóstica. A lo largo de los años, la terminología diagnóstica en la DSM ha evolucionado en orden a llevar el mismo ritmo que el uso clínico. A pesar de que los códigos diagnósticos usados en la DSM se tomaron originariamente de la ICD-9-CM, la terminología diagnóstica usada en el capítulo 5 de la ICD-9-CM ha cambiado poco desde su introducción original a finales de los 70. Las peticiones de cambios han sido tenidas en cuenta en un mínimo, en parte debido a la creencia de que la adopción de la ICD-10-CM en los años 90 tendría una casi perfecta compatibilidad entre la clasificación ICD y la DSM-IV-TR.

Los cambios de terminología de la ICD-9-CM son realizados ahora para eliminar la terminología diagnóstica anacrónica en la sección de trastornos mentales con la terminología más reciente de la DSM-IV-TR y la ICD-10-CM.

Revisar	290	Afecciones psicóticas orgánicas seniles y preseniles	<u>Demencias</u>
Añadir			demencias debidas al alcohol (291.0-291.2)
Añadir		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Excluye:</div>	demencias debidas a drogas (292.82)
	290.4	Demencia	arteriosclerótica <u>vascular</u>
Revisar		290.40 Demencia	arteriosclerótica <u>vascular</u> no complicada
Revisar		290.41 Demencia	arteriosclerótica <u>vascular</u> con delirio
Revisar		290.42 Demencia	arteriosclerótica <u>vascular</u> con características delirantes <u>delirios</u>
Revisar		290.43 Demencia	arteriosclerótica <u>vascular</u> con características depresivas <u>modo depresivo</u>
Revisar	291	Psicosis alcohólicas	<u>Trastornos mentales inducidos por alcohol</u>
Revisar		291.1	<u>Trastorno síndrome amnésico persistente inducido por alcohol</u>
Revisar		291.2	Otra Demencia alcohólica <u>persistente inducida por alcohol</u>
Revisar		291.3	Alucinosis por abstinencia de <u>Trastorno psicótico por alcohol con alucinaciones</u>
Revisar		291.5	Celotipia alcohólica <u>Trastorno psicótico inducido por alcohol con delirios</u>
Revisar		291.8	Otros psicosis alcohólicas <u>trastornos mentales inducidos por alcohol especificados</u>
		291.89	Otros
Añadir			Trastorno de ansiedad inducido por alcohol
Añadir			Trastorno del humor inducido por alcohol
Añadir			Disfunción sexual inducida por alcohol
Añadir			Trastorno del sueño inducido por alcohol
Revisar		291.9	Psicosis alcohólicas <u>trastornos mentales inducidos por alcohol no especificados</u>
Añadir			Trastornos relacionados con alcohol NEOM

Revisar	292	Psicosis por drogas	Trastornos mentales inducidos por drogas
Borrar		Excluye:	trastornos mentales inducidos por drogas
Revisar	292.0	Síndrome de	Abstinencia a drogas
Revisar	292.1	Estados paranoides y/o alucinatorios	<u>Trastornos psicóticos inducidos por drogas</u>
Revisar	292.11	Síndrome delirante orgánico	<u>Trastorno psicótico con delirios inducido por drogas</u>
Revisar	292.12	Alucinosis	<u>Trastorno psicótico con alucinaciones inducido por drogas</u>
	292.8		Otros trastornos mentales especificados inducidos por drogas
Revisar	292.82		Demencia <u>persistente</u> inducida por drogas
Revisar	292.83	Síndrome	<u>Trastorno amnésico persistente</u> inducido por drogas
Revisar	292.84	Síndrome orgánico afectivo	<u>Trastorno del humor inducido por drogas</u>
	292.89		Otros
Añadir			Trastorno de ansiedad inducido por drogas
Añadir			Disfunción sexual inducida por drogas
Añadir			Trastorno del sueño inducido por drogas
Añadir			Intoxicación por drogas
	292.9		Trastornos mentales inducidos por drogas no especificados
Añadir			Trastornos relacionados con drogas NEOM
Revisar	293	Psicosis orgánicas	<u>Trastornos mentales transitorios debido a Afecciones clasificadas bajo otro concepto</u>
Revisar	293.4	Delirio agudo	Delirio debido a afecciones clasificadas bajo otro concepto
Revisar	293.8		Otro trastorno mental transitorio orgánico <u>debido a afecciones clasificadas bajo otro concepto</u>
Revisar	293.81	Síndrome de delirio orgánico	<u>Trastorno psicótico con delirio en afecciones clasificadas en otro concepto</u>
Revisar	293.82	Síndrome alucinatorio orgánico	<u>Trastorno psicótico con alucinaciones en afecciones clasificadas en otro concepto</u>
Revisar	293.83	Síndrome afectivo orgánico	<u>Trastorno del humor en Afecciones clasificadas en otro concepto</u>
Revisar	293.84	Síndrome de ansiedad orgánico	<u>Trastorno de ansiedad en afecciones clasificadas en otro concepto</u>
Revisar	293.89		Otro
Añadir			Trastorno catatónico en afecciones clasificadas en otro concepto
Revisar	293.9		Trastorno mental orgánico transitorio no especificado <u>en afecciones clasificadas bajo otro concepto</u>
Revisar	294	Otros estados psicóticos orgánicos (crónicos)	<u>Trastornos mentales persistentes debidos a afecciones clasificadas bajo otro concepto</u>
Añadir			Codifique primero la afección subyacente

	294.1	Demencia en afecciones clasificadas bajo otro concepto Demencia de tipo Alzheimer
Añadir		
Revisar	294.8	Otros síndromes cerebrales orgánicos (crónicos) <u>especificados trastornos mentales persistentes debido a afecciones clasificadas en otro concepto</u>
		Trastorno amnésico NEOM
Añadir		Demencia NEOM
Añadir		
Revisar	294.9	Síndromes cerebrales orgánicos (crónicos) <u>Trastornos mentales persistentes no especificados debido a afecciones clasificadas en otro concepto</u>
		Trastorno cognitivo NEOM
Añadir		
	295	Trastornos esquizofrénicos
Revisar	295.4	Episodio esquizofrénico agudo <u>Trastorno esquizofreniforme</u>
Borrar		Trastorno esquizofreniforme
Revisar	295.6	Esquizofrenia <u>Tipo residual</u>
Revisar	295.7	Tipo esquizoafectivo <u>Trastorno esquizoafectivo</u>
	295.9	Esquizofrenia no especificada
Añadir		Esquizofrenia de tipo indiferenciado
	296	Psicosis afectivas <u>Trastornos episódicos del humor</u>
Revisar	296.0	<u>Trastorno bipolar I, episodio único maníaco</u>
Revisar	296.4	Trastorno afectivo bipolar I <u>episodio más reciente (o actual) maníaco</u>
Revisar	296.5	Trastorno afectivo bipolar I <u>episodio más reciente (o actual) depresivo</u>
Revisar	296.6	Trastorno afectivo bipolar I <u>episodio más reciente (o actual) mixto</u>
Revisar	296.7	Trastorno afectivo bipolar I <u>episodio más reciente (o actual) no especificado</u>
Revisar	296.8	Otro <u>trastorno bipolar</u> y no especificado Psicosis maníaco-depresivas
Revisar	296.80	Psicosis maníaco-depresiva, <u>Trastorno bipolar,</u> no especificado
Añadir		Trastorno bipolar NEOM
	296.89	Otro
Añadir		Trastorno bipolar II
Revisar	296.9	Otros psicosis afectivas <u>trastornos episódicos del humor</u> y no especificados
Revisar	296.90	Psicosis afectiva <u>Trastorno episódicos del humor</u> no especificado
Añadir		Trastorno del humor NEOM
Revisar	296.99	Otros psicosis afectiva <u>trastornos episódicos del humor</u>
	297	Estados paranoides [Trastornos alucinatorios]
Revisar	297.1	Paranoia <u>Trastorno alucinatorio</u>
Revisar	297.3	Trastorno psicótico <u>paranoide</u> parcial
	298	Otras psicosis no orgánicas
	298.8	Otras psicosis reactivas y no especificadas

Añadir		Trastorno psicótico breve	
	298.9	Psicosis no especificada	
Añadir		Trastorno psicótico NEOM	
Revisar	299	Psicosis con origen específico en la infancia <u>Trastornos profundos del desarrollo</u>	
Borrar	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Incluye:</td></tr></table>	Incluye:	Trastornos profundos del desarrollo
Incluye:			
Revisar	299.0	Autismo infantil <u>Trastorno autista</u>	
Revisar	299.1	Psicosis desintegrativa <u>Trastorno desintegrativo de la infancia</u>	
Revisar	299.8	Otros psicosis de la primera infancia <u>trastornos profundos del desarrollo</u> especificados	
Añadir		Trastorno de Asperger	
Revisar	299.9	<u>Trastornos profundos del desarrollo</u> no especificados	
Añadir		Trastorno profundo del desarrollo NEOM	
Revisar	300	Trastornos neuróticos <u>Trastornos de ansiedad, disociativo y somatiforme</u>	
	300.0	Estado de ansiedad	
Revisar		300.01 Trastorno de pánico <u>sin agorafobia</u>	
Añadir	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Excluye:</td></tr></table>	Excluye:	trastorno de pánico con agorafobia (300.21)
Excluye:			
Revisar	300.1	Histeria <u>Trastornos disociativo, de conversión y ficticio</u>	
Revisar		300.12 Amnesia <u>psicogénica disociativa</u>	
Revisar		300.13 Fuga <u>psicogénica disociativa</u>	
Revisar		300.14 Personalidad múltiple <u>Trastorno disociativo de identidad</u>	
Borrar		Trastorno disociativo de identidad	
Revisar	300.16	Enfermedad <u>Trastorno</u> ficticio con <u>signos</u> y síntomas <u>predominantemente</u> psicológicos	
	300.19	Otras enfermedades ficticias y las no especificadas	
Revisar		Enfermedad <u>Trastorno</u> ficticio (<u>con signos y Síntomas psicológicos y físicos combinados</u>) (<u>con signos</u> y síntomas <u>predominantemente físicos</u>) NEOM	
	300.2	Trastornos fóbicos	
Revisar		300.21 Agorafobia con ataques <u>trastornos de pánico</u>	
Añadir		Trastorno de pánico con agorafobia	
Añadir	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Excluye:</td></tr></table>	Excluye:	agorafobia sin trastorno de pánico (300.22)
Excluye:			
Añadir		trastorno de pánico sin agorafobia (300.01)	
Revisar		300.29 Otras fobias aisladas o simples especificadas	
Revisar	300.4	Depresión neurótica <u>Trastorno distímico</u>	
Borrar		Trastorno distímico	
Revisar	300.6	Síndrome <u>Trastorno</u> de despersonalización	
Borrar		Trastorno de despersonalización	
Revisar	300.8	Otros trastornos neuróticos <u>Trastornos somatiformes</u>	
Revisar		300.89 Otros <u>trastornos somatiformes</u>	
Revisar	300.9	Trastorno neurótico <u>mental no psicótico</u> no especificado	
Borrar		Neurosis NEOM	

	301	Trastornos de la personalidad
	301.2	Trastorno esquizoide de la personalidad
Revisar		301.22 <u>Trastorno</u> esquizotípico de la personalidad
Revisar	301.4	Trastorno de la personalidad <u>obsesivo-compulsivo</u>
	301.8	Otros trastornos de la personalidad
Revisar		301.81 <u>Trastorno</u> narcisista de la personalidad
Revisar		301.82 <u>Trastorno</u> huidizo de la personalidad
Revisar		301.83 <u>Trastorno</u> límite de la personalidad
Revisar	302	Desviaciones Trastornos sexuales y <u>de identidad de género</u>
Revisar	302.0	<u>Orientación sexual</u> homosexualidad egodistónica
Revisar		Trastorno por conflicto homosexual <u>de orientación sexual</u>
Revisar	302.3	Travestismo <u>Fetischismo</u> travestista
Revisar	302.6	Trastorno de la identidad psicosexual <u>de identidad de género en niños</u>
Borrar		Trastorno de identidad de género en la infancia
Añadir		Trastorno de identidad de género NEOM
Borrar		homosexualidad (302.0)
		Excluye:
	302.7	Disfunciones psicosexuales
	302.70	Disfunción psicosexual no especificada
Añadir		Disfunción psicosexual NEOM
Revisar	302.71	Con trastorno del deseo sexual inhibido <u>hipoactivo</u>
	302.72	Con excitación sexual inhibida
Añadir		Trastorno de la excitación sexual femenina
Añadir		Trastorno eréctil masculino
Revisar	302.73	Con Trastorno orgásmico femenino inhibido
Revisar	302.74	Con Trastorno orgásmico masculino inhibido
Revisar	302.75	Con Eyaculación prematura
Revisar	302.76	Con Dispareunia funcional <u>psicógena</u>
Borrar		Dispareunia psicógena
	302.79	Con otras disfunciones psicosexuales especificadas
Añadir		Trastorno de aversión sexual
	302.8	Otros trastornos psicosexuales especificados
Revisar	302.85	Trastorno de identidad de género de vida adolescente o adulta en adolescentes o adultos
Añadir		trastorno de identidad de género NEOM (302.6)
		trastorno de identidad de género en niños (302.6)
	302.89	Otros
Añadir		Froteurismo
	302.9	Trastorno psicosexual no especificado
Añadir		Parafilia NEOM
Añadir		Trastorno sexual NEOM
	304	Dependencia de drogas
Revisar	304.1	Dependencia de barbitúricos , sedantes, hipnóticos o <u>ansiolíticos</u> o sustancias de funcionamiento similar

	304.6	Otra dependencia de droga especificada
Añadir		Dependencia de sustancia inhalada
Añadir		Dependencia de fenciclidina
	305	Abuso de drogas sin dependencia
Revisar	305.4	Abuso de barbitúricos , sedantes, hipnóticos o <u>ansiolíticos</u> e sustancias de funcionamiento similar
	305.9	Otro abuso de droga, abuso no especificado o mixto
Añadir		Intoxicación por cafeína
Añadir		Abuso de sustancias inhaladas
Añadir		Abuso de fenciclidina
	307	Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otro concepto
Revisar	307.0	Tartamudeo y Balbuceo
	307.2	Tics
	307.20	Trastorno de tic, no especificado
Añadir		Trastorno de tic NEOM
Revisar	307.21	Trastorno de tic transitorio de la infancia
Revisar	307.22	Trastorno de tic motor o <u>vocal</u> crónico
Revisar	307.23	Trastorno de Gilles de la Tourette
Revisar	307.3	Movimientos repetitivos estereotipados <u>Trastornos de movimientos estereotipados</u>
	307.4	Trastornos específicos del sueño de origen no orgánico
Revisar		narcolepsia (347.00-347.11)
		Excluye:
Revisar	307.45	Trastorno por desplazamiento de fases de ciclos de sueño-vigilia de 24 horas <u>del ritmo circadiano del sueño</u>
Revisar	307.46	Sonambulismo o terrores nocturnos <u>Trastorno de excitación del sueño</u>
Añadir		Trastorno de terror nocturno
Añadir		Terrores nocturnos
Añadir		Trastornos de terror del sueño
Añadir		Andar dormido
Añadir		Sonambulismo
	307.47	Otras disfunciones del estado de sueño o excitación en el sueño
Añadir		Disomnia NEOM
Añadir		Trastorno de pesadilla
Añadir		Parasomnia NEOM
	307.5	Otros trastornos de la alimentación y no especificados
	307.50	Trastorno de la alimentación, no especificado
Añadir		Trastorno de la alimentación NEOM
Revisar	307.51	Bulimia <u>nerviosa</u>
Revisar	307.53	<u>Trastorno de rumiación psicógena</u>
	307.59	Otros
Añadir		Trastorno de la alimentación de la infancia
Revisar	307.8	Psialgia <u>Trastornos del dolor relacionado con factores psicológicos</u>

		307.89 Otros	
Borrar		Dolor de espalda psicógeno	
Añadir		Codifique primero el lugar del dolor	
Añadir		<input type="text" value="Excluye:"/>	trastorno del dolor atribuido exclusivamente a factores psicológicos (307.80)
Añadir			dolor psicógeno (307.80)
Borrar		<input type="text" value="Excluye:"/>	dolor no atribuido específicamente a causa psicológica(en):
			espalda (724.5)
			articulación (719.4)
			pierna (729.5)
			lumbago (724.2)
			reumático (729.0)
		307.9 Otros síntomas o síndromes especiales no clasificados en otro concepto	
Añadir		Trastornos de la comunicación NEOM	
	308	Reacción aguda al estrés	
	308.3	Otra reacción aguda al estrés	
Borrar		Trastorno de estrés postraumático breve o agudo	
Añadir		Trastorno de estrés agudo	
	309	Reacción de adaptación	
Revisar	309.0	Reacción depresiva breve <u>Trastorno de adaptación con humor deprimido</u>	
Borrar		Trastorno de adaptación con humor deprimido	
	309.2	Con perturbación predominante de otras emociones	
Revisar	309.24	Reacción <u>Trastorno de adaptación con humor de ansiedad</u>	
Revisar	309.28	Reacción <u>Trastorno de adaptación con características emocionales mixto de ansiedad y humor deprimido</u>	
	309.3	<u>Trastorno de adaptación con alteraciones predominantes de conducta</u>	
Revisar	309.4	<u>Trastorno de adaptación con alteraciones mixtas de emociones y conducta</u>	
	309.8	Otras reacciones de adaptación especificadas	
Revisar	309.81	Trastorno de estrés postraumático prolongado	
Añadir		<input type="text" value="Excluye:"/>	Trastorno de estrés postraumático NEOM
Añadir			trastorno de estrés agudo (308.3)
Revisar	310	Trastornos mentales no psicóticos específicos debidos a daño cerebral orgánico	
Revisar	310.1	Síndrome orgánico de Cambio de personalidad <u>debido a Afecciones clasificadas en otra parte</u>	
Borrar		Perturbación leve de la memoria	
	310.8	Otro trastorno mental no psicótico especificado tras daño cerebral orgánico	
Añadir		Perturbación leve de la memoria	

	312	Perturbaciones de la conducta, no clasificadas en otra parte
	312.3	Trastornos del control del impulso no clasificados en otra parte
	312.39	Otros
Añadir		Tricotilomanía
	312.8	Otras perturbaciones de la conducta especificadas no clasificadas en otra parte
	312.89	Otros trastornos de la conducta
Añadir		Trastorno de conducta de comienzo no especificado
	312.9	Perturbación de la conducta no especificada
Añadir		Trastorno disruptivo del comportamiento NEOM
	313	Perturbaciones de las emociones específicas de infancia y adolescencia
	313.2	Trastornos de la sensibilidad, timidez y retraimiento social
	313.23	Mutismo electivo <u>selectivo</u>
Revisar	313.8	Otras perturbaciones o perturbaciones mixtas emocionales de la infancia y adolescencia
	313.81	Trastorno oposicional <u>desafiante</u>
Revisar	313.82	Trastorno de identidad
Añadir		Problema de identidad
	313.89	Otras
Añadir		Trastorno reactivo del cariño en infancia y niñez temprana
Revisar	313.9	Perturbaciones emocionales no especificadas infancia y adolescencia
Añadir		Trastorno mental de la infancia, niñez y adolescencia NEOM
	315	Retrasos específicos del desarrollo
	315.1	Trastorno aritmético específico <u>matemático</u>
Revisar	315.2	Otras dificultades específicas del aprendizaje
Añadir		Trastorno de la expresión escrita
	315.3	Trastorno del desarrollo del habla o del lenguaje
Revisar	315.31	Trastorno del desarrollo del lenguaje <u>expresivo</u>
Borrar		Trastorno del lenguaje expresivo
Revisar	315.32	Trastorno (mixto) del lenguaje <u>mixto receptivo-expresivo</u>
Borrar		Trastorno del lenguaje receptivo-expresivo
	315.39	Otro
Añadir		Trastorno fonológico
Revisar	315.4	Trastorno de la coordinación <u>del desarrollo</u>
	315.9	Retraso no especificado del desarrollo
Añadir		Trastorno del aprendizaje NEOM

Narcolepsia

Vigente desde el 1 de octubre de 2004, el código 347, Cataplejía y narcolepsia, se han expandido para identificar separadamente la narcolepsia con o sin cataplejía. Adicionalmente se ha creado una nueva subcategoría para identificar la narcolepsia (con o sin cataplejía) asociada a otras afecciones.

La narcolepsia se refiere como un trastorno neurológico crónico con imposibilidad de regular normalmente el sueño y la vigilia. Los síntomas son somnolencia excesiva durante el día, parálisis del sueño (parálisis al despertarse y al dormirse) y alucinaciones intensas. Otros síntomas posibles incluyen sueños perturbados por la noche, sacudidas de piernas, pesadillas y despertarse frecuentemente. Los individuos afectados pueden experimentar ataques irresistibles de sueño en lugares o momentos inadecuados, tales como mientras trabaja, come, anda o conduce.

El nuevo código creado diferencia entre narcolepsia con o sin cataplejía. La cataplejía incluye a menudo breves episodios de parálisis o debilidad muscular que pueden ocurrir espontáneamente o ser desencadenado por emociones fuertes.

En alrededor de un 10% de los casos, la cataplejía puede ser el primer síntoma reconocido. La cataplejía puede ser confundida a menudo con trastorno apopléjico. La duración e intensidad de los ataques varían desde episodios leves apenas evidentes (ej. leve caída de los párpados) a ataques graves que incluyen colapso físico total.

347 Cataplejía y narcolepsia

Nueva subcategoría 347.0 Narcolepsia

Nuevo código 347.00 Sin cataplejía
Narcolepsia NEOM

Nuevo código 347.01 Con cataplejía

Nueva subcategoría 347.1 Narcolepsia en afecciones clasificadas en otra parte
Codifique primero la afección subyacente

Nuevo código 347.10 Sin cataplejía

Nuevo código 347.11 Con cataplejía

más información en:

<http://www.narcolepsia.org/Narcolep.html>

Condritis de la Oreja

Vigente desde el 1 de octubre de 2004, se ha añadido un código nuevo a la subcategoría 380.0, Pericondritis y condritis de la oreja, para identificar únicamente la condritis de la oreja (**380.03**). La pericondritis de la oreja es una infección bacteriana de la piel y el tejido subyacente alrededor del cartílago del oído externo, que normalmente es resultado de traumatismo o cirugía. Recientemente, la perforación (“piercing” en el inglés original ^{NT}) de la oreja a través del cartílago ha dado lugar a un significativo mayor riesgo de esta afección. Cuando la infección progresa incluyendo el cartílago de la oreja, se denomina condritis. Los síntomas incluyen dolor severo, picor intenso en el canal auditivo y piel indurada y edematosa que envuelve la oreja. En infecciones avanzadas, el área puede endurecerse y segregar un material purulento que incluye los tejidos blandos de cara y cuello. Los casos más benignos pueden tratarse con desbridamiento y antibióticos tópicos u orales. En casos avanzados puede necesitarse la escisión quirúrgica del tejido necrótico e injerto.

380 Trastornos del oído externo

Revisar 380.0 Pericondritis y condritis del pabellón auricular
Añadir Condritis de la oreja

Nuevo código 380.03 Condritis del pabellón auricular

Pregunta:

¿Cuál es el código diagnóstico para la condritis de la oreja? Esta afección puede desarrollarse meses después que el paciente sufriera una quemadura de tercer grado de la oreja, tras una perforación de la misma o en estado postoperatorio tras reconstrucción de la oreja. Normalmente el paciente acude para incisión y drenaje (I&D) de la oreja.

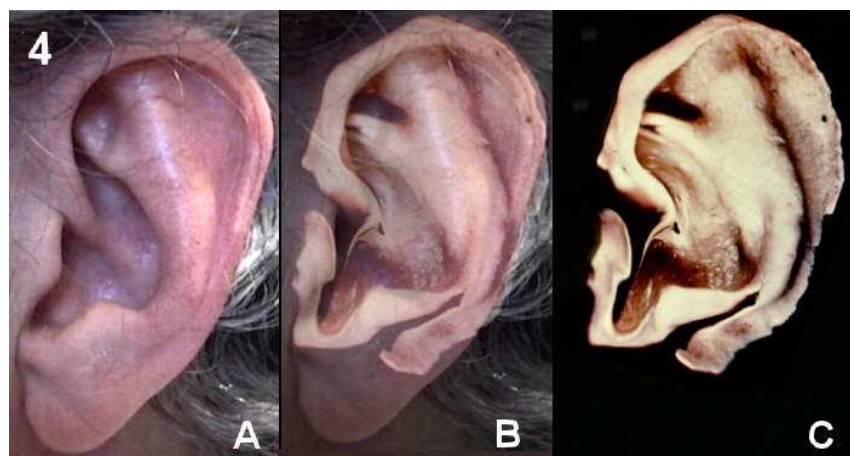
Respuesta:

Asigne el código 380.03, Condritis de la oreja, para la misma. Cuando la condritis es una afección residual o secuela tras una quemadura, asigne el código 906.5, Efecto tardío de quemadura de ojo, cara, cabeza y cuello, como diagnóstico secundario para identificar que la afección es un efecto tardío.

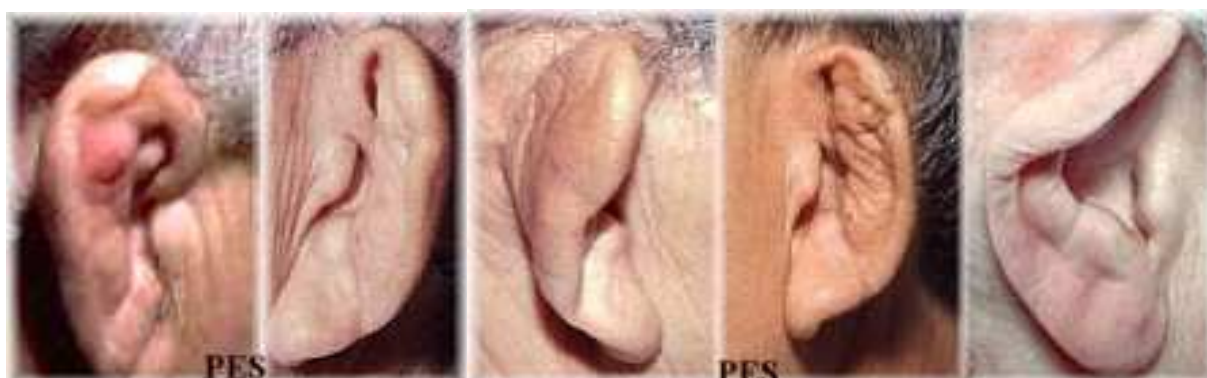
Cuando la condritis se presenta como resultado de una infección postoperatoria, asigne el código 998.59, Otra infección postoperatoria, y el código 380.33, Condritis de oreja. El código 86.04, Otra incisión con drenaje de piel y tejido subcutáneo, se asignará para la incisión y drenaje.

La condritis de oreja puede ser localizada en el índice como sigue:

Condritis ...	
pabellón auricular	380.33
oreja	380.03



Pabellón auricular y su cartílago ^{NT}



Condrítis y Pericondrítis auricular ^{NT}

más información en:

http://www.polychondritis.com/Ears_External/EARS.html

Accidente Cerebrovascular (Ictus)

Vigente desde el 1 de octubre de 2004, se ha realizado un cambio en la clasificación del accidente cerebrovascular inespecífico (ACV) o ictus. Antes de este cambio, estas afecciones eran indexadas en el código 436, Enfermedad cerebrovascular, aguda pero mal definida.

Los ictus o ACV pueden ser agrupados como hemorrágico o no hemorrágico. En muchos casos la documentación disponible no especifica si el ictus o ACV es hemorrágico o no hemorrágico. La mayoría de los ictus son no hemorrágicos. Los médicos normalmente equiparan los términos ictus y ACV con infarto cerebral y aun en ausencia de documentación adicional las afecciones están siendo agrupadas bajo el código 436.

Para dar una mayor uniformidad en la codificación y en los datos estadísticos, el ictus y el ACV han cambiado sus términos de inclusión bajo el código 436. En lugar de éste, están ahora reindexados por defecto en el código 434.91, Oclusión de arteria cerebral, inespecífica con infarto cerebral.

Por favor, fíjese que si hay disponible información adicional describiendo el ictus o el ACV como embólico (434.11), hemorrágico (430, 431, 432.0-432.9) o trombótico (434.01), el código más específico debe asignarse en lugar del 434.91.

Borrar	436	Enfermedad cerebrovascular aguda mal definida
Borrar		Accidente cerebrovascular [ACV] NEOM
Añadir	<input type="checkbox"/>	Ictus
	<input type="checkbox"/>	accidente cerebrovascular (434.91)
		ACV (isquémico) (434.91)
		embólico (434.11)
		hemorrágico (430, 431, 432.0-432.9)
		trombótico (434.01)
		ictus (isquémico) (434.91)
		embólico (434.11)
		hemorrágico (430, 431, 432.0-432.9)
		trombótico (434.01)

Pregunta:

Una mujer de 75 años fue ingresada en el hospital para evaluación de confusión, desorientación e imposibilidad para caminar sin ayuda. Había sufrido previamente un infarto cerebral un año antes que afectaba la región occipital izquierda. El TAC actual de cabeza revela encefalomalacia (ablandamiento cerebral ^{NT}) del lóbulo occipital ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código 434.91, Oclusión de arteria cerebral, no especificada, con infarto cerebral como diagnóstico principal.

Pregunta:

Un paciente se presenta en el hospital con afasia expresiva, dificultad al hablar y pérdida de fuerza en el lado izquierdo. También tuvo una historia antigua de fibrilación auricular e hipertensión. El consultor de neurología opinó que el paciente había sufrido un ictus hemisférico con afasia expresiva residual, sugestiva de infarto cortical. El médico que le atiende registró “accidente cerebrovascular isquémico agudo” en su diagnóstico. ¿Cuál es la asignación de código apropiada?

Respuesta:

Asigne el código 434.91, Oclusión de arterial cerebral, no especificada, como diagnóstico principal. Los códigos 427.31, Fibrilación auricular, 401.9, Hipertensión, no especificada, 784.3, Afasia y el 780.79, Otro malestar y fatiga, deben asignarse como diagnósticos adicionales.

Embolismo Venoso y Trombosis de la Extremidad Inferior

Vigente desde el 1 de octubre de 2004, se han creado códigos nuevos para identificar el embolismo venoso y la trombosis de la extremidad inferior. Antes de este cambio, estas afecciones eran informadas con el código 453.8, Otro embolismo venoso y trombosis de otras venas especificadas.

En tromboembolismo venoso (TEV) se refiere a la oclusión dentro del sistema venoso. Incluye la trombosis venosa profunda (TVP), típica de las extremidades inferiores y en embolismo pulmonar. La TVP puede producir dolor en la pierna y da lugar a complicaciones si los trombos se desprenden y viajan a través del torrente sanguíneo al pulmón.

La TVP ocurre más frecuentemente en gente de más de 40 años y obesos o que ya han tenido TVP. Otros factores que pueden incrementar el riesgo de TVP incluyen: postración prolongada en cama (inmovilidad), lesiones importantes o parálisis y una viaje de larga distancia debido a la inmovilidad prolongada.

	453	Otro embolismo y trombosis venosas
Nueva subcategoría	453.4	Embolismo y trombosis venosas de vasos profundos de extremidad inferior
Nuevo código	453.40	Embolismo y trombosis venosas de vasos profundos no especificados de extremidad inferior Trombosis venosa profunda NEOM TVP NEOM
Nuevo código	453.41	Embolismo y trombosis venosas de vasos profundos de parte proximal de extremidad inferior Femoral Iliaca Poplítea Muslo Parte superior de pierna NEOM
Nuevo código	453.42	Embolismo y trombosis venosas de vasos profundos de parte distal de extremidad inferior Pantorrilla Parte inferior de pierna NEOM Peroneal Tibial

Pregunta:

Un paciente de 69 años de edad fue ingresado y tratado por trombosis venosa profunda de vena poplítea. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código 453.41, Embolismo venoso y trombosis de vasos profundos de la parte proximal de la extremidad inferior, para la TVP de la vena poplítea.

Esta información sustituye la publicada previamente en *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 1992, páginas 15-16.

Pregunta:

Un paciente de 58 años de edad fue ingresado y tratado de trombosis venosa profunda y tromboflebitis de la extremidad inferior. ¿Cómo debería ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código 451.2, Flebitis y tromboflebitis de extremidades inferiores, no especificada. Como previamente se indica en el *Coding Clinic*, si están presentes tanto la TVP como la tromboflebitis, sólo debería asignarse un código de la categoría 451, Flebitis y tromboflebitis. La categoría 453, Otro embolismo venoso y trombosis, tiene una nota de excluye que dirige al codificador a asignar un solo código de la categoría 451, si ambas afecciones están presentes.

Esta información es consecuente con la previamente publicada en *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 1992, páginas 15-16.

Rinitis alérgica, debida a pelo o epitelio animal

Vigente desde el 1 de octubre de 2004, el código 477.2, Rinitis alérgica, debida a pelo o epitelio animal (gato) (perro), se ha creado para identificar únicamente la rinitis alérgica debida a pelo y epitelio (células de la piel semejante a caspa).

La rinitis alérgica es la respuesta del sistema inmune a partículas no infecciosas como polen, moho, polvo, pelo animal, alimentos, productos químicos y humo. Durante un ataque alérgico, los anticuerpos se pegan a las células cebadas que liberan histamina. La liberación de histamina y otros productos químicos en el torrente sanguíneo dan lugar a irritación y engrosamiento de las membranas mucosas. Los síntomas más comunes de la rinitis alérgica incluyen estornudos, congestión o moqueo de nariz y picor de ojos, oídos, nariz y garganta. Cuando el alérgeno no puede ser evitado, se recomiendan los antihistamínicos, corticosteroides e inmunoterapia (vacunas) para aliviar los síntomas.

477 Rinitis alérgica

Nuevo código **477.2 Debida a pelo y epitelio animal (gato) (perro)**

Bronquitis Crónica Obstructiva con Bronquitis Aguda

Vigente desde el 1 de octubre de 2004, se ha creado un código nuevo para informar la bronquitis aguda cuando está acompañada de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Las modificaciones realizadas el pasado año en los términos de inclusión del código 491.21, Bronquitis crónica obstructiva con exacerbación (aguda), han dado lugar a confusión y otras consecuencias no intencionadas. Para resolver este problema se ha creado una combinación de códigos para informar de la bronquitis aguda con EPOC.

	466	Bronquitis aguda y bronquiolitis	
	466.0	Bronquitis aguda	
Añadir	<table border="1"><tr><td>Excluye:</td></tr></table>	Excluye:	bronquitis aguda con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (491.22)
Excluye:			
	491	Bronquitis crónica	
	491.2	Bronquitis crónica obstructiva	
	491.21	Con exacerbación (aguda)	
Borrar		Bronquitis obstructiva aguda y crónica	
Borrar		Enfisema con bronquitis aguda y crónica	
Nuevo código		491.22 Con bronquitis aguda	
	492	Enfisema	
	492.8	Otro enfisema	
Revisar	<table border="1"><tr><td>Excluye:</td></tr></table>	Excluye:	enfisema: con bronquitis crónica (491.20-491.22)
Excluye:			
	493	Asma	
	493.2	Asma obstructivo crónico	
Revisar		bronquitis obstructiva crónica (491.20-491.22)	
	496	Obstrucción crónica de vías aéreas, no clasificada en otra parte	
	<table border="1"><tr><td>Excluye:</td></tr></table>	Excluye:	enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC] especificada como:
Excluye:			
Revisar		bronquitis (491.20-491.22)	
Revisar		con enfisema (491.20-491.22)	

Pregunta:

Un paciente con EPOC conocida es ingresado con bronquitis aguda. El médico documenta bronquitis aguda y exacerbación de EPOC. ¿Qué afección debería ser diagnóstico principal?

Respuesta:

Asigne el código 491.22, Bronquitis crónica obstructiva con bronquitis aguda. Aunque el paciente tiene también una exacerbación de su EPOC, la bronquitis aguda a menudo exagera una EPOC preexistente; por tanto, sólo es necesario un código de la subcategoría 491.2.

Ampliación de Códigos Dentales

Vigente desde el 1 de octubre de 2004, se ha llevado a cabo una amplia revisión de los códigos de “Enfermedades de cavidad oral, glándulas salivares y mandíbula” (520-529). Se han creado aproximadamente 70 nuevos códigos dentales.

La codificación diagnóstica no es muy utilizada por los dentistas. Estos no informan o recogen de manera rutinaria los códigos de la ICD-9-CM excepto en raras circunstancias en que un servicio dental está asociado a una afección médica relacionada que requiere que se envíe una reclamación al seguro médico (más que dental) del paciente. Los cambios de código de las categorías 520-529 fueron propuestos por el Colegio de Dentistas de la Universidad de Illinois para hacer los códigos más útiles en general y reflejaran la práctica dental habitual.

Para una lista detallada de estos cambios, por favor dirijase al *Coding Clinic*, Edición Especial de 2004, páginas 24-30 (páginas 22-27 de la versión traducida ^{NT})

A continuación se listan los códigos nuevos a que se ha hecho referencia en el párrafo anterior. Para consultar la lista completa de revisiones y modificaciones de dichos códigos ver el referido *Coding Clinic*, Edición Especial de 2004, “Addendum” ^{NT}

521	Enfermedades de los tejidos duros de los dientes
521.0	Caries dental
Nuevo código	521.06 Caries dental puntual y fisura
Nuevo código	521.07 Caries dental de la superficie lisa
Nuevo código	521.08 Caries dental de la superficie de la raíz
521.1	Atrición excesiva (<u>desgaste proximal</u>) (<u>desgaste oclusal</u>)
Nuevo código	521.10 Atrición excesiva, no especificada
Nuevo código	521.11 Atrición excesiva, limitada al esmalte
Nuevo código	521.12 Atrición excesiva, extendida a la dentina
Nuevo código	521.13 Atrición excesiva, extendida a la pulpa
Nuevo código	521.14 Atrición excesiva, localizada
Nuevo código	521.15 Atrición excesiva, generalizada
521.2	Abrasión
Nuevo código	521.20 Abrasión, no especificada
Nuevo código	521.21 Abrasión, limitada al esmalte
Nuevo código	521.22 Abrasión, extendida a la dentina
Nuevo código	521.13 Abrasión, extendida a la pulpa
Nuevo código	521.14 Abrasión, localizada
Nuevo código	521.15 Abrasión, generalizada

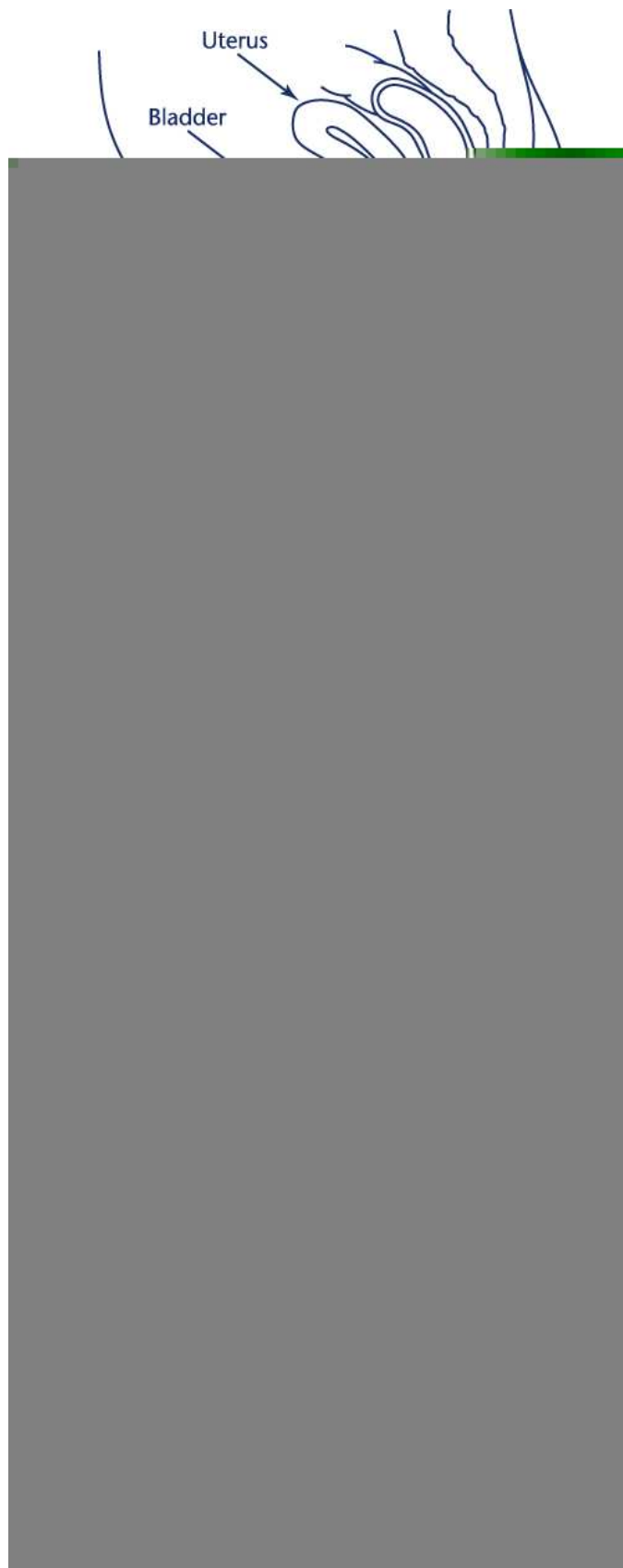
	521.3	Erosión
Nuevo código	521.20	Erosión, no especificada
Nuevo código	521.21	Erosión, limitada al esmalte
Nuevo código	521.22	Erosión, extendida a la dentina
Nuevo código	521.13	Erosión, extendida a la pulpa
Nuevo código	521.14	Erosión, localizada
Nuevo código	521.15	Erosión, generalizada
	521.4	Reabsorción patológica
Nuevo código	521.40	Reabsorción patológica, no especificada
Nuevo código	521.41	Reabsorción patológica, interna
Nuevo código	521.42	Reabsorción patológica, externa
Nuevo código	521.49	Otra reabsorción patológica
	523	Enfermedades gingivales y periodontales
	523.2	Recesión gingival
Nuevo código	523.20	Recesión gingival, no especificada
Nuevo código	523.21	Recesión gingival, mínima
Nuevo código	523.22	Recesión gingival, moderada
Nuevo código	523.23	Recesión gingival, severa
Nuevo código	523.24	Recesión gingival, localizada
Nuevo código	523.25	Recesión gingival, generalizada
	524	Anomalías dentofaciales, incluida la maloclusión
	524.0	Anomalías mayores del tamaño de la mandíbula
Nuevo código	524.07	Tuberosidad excesiva de la mandíbula
	524.2	Anomalías de la relación entre las arcadas dentales
Nuevo código	524.20	Anomalía de la relación entre las arcadas dentales no especificada
Nuevo código	524.21	Clase I de Angle
Nuevo código	524.22	Clase II de Angle
Nuevo código	524.23	Clase III de Angle
Nuevo código	524.24	Relación oclusal anterior abierta
Nuevo código	524.25	Relación oclusal posterior abierta

Nuevo código	524.26 Solapamiento horizontal excesivo
Nuevo código	524.27 Articulación revertida
Nuevo código	524.28 Anomalías de la distancia entre arcadas
Nuevo código	524.29 Otras anomalías de la relación entre las arcadas dentales
	524.3 Anomalías de la posición de los dientes totalmente erupcionados
Nuevo código	524.30 Anomalía de posición de los dientes no especificada
Nuevo código	524.31 Apiñamiento de diente
Nuevo código	524.32 Espaciamiento excesivo entre dientes
Nuevo código	524.33 Desplazamiento horizontal de dientes
Nuevo código	524.34 Desplazamiento vertical de dientes
Nuevo código	524.35 Rotación de dientes
Nuevo código	524.36 Distancia interoclusal insuficiente de los dientes (borde)
Nuevo código	524.37 Distancia interoclusal excesiva de los dientes
Nuevo código	524.39 Otras anomalías de la posición de los dientes
	524.6 Trastornos de la articulación temporomandibular
Nuevo código	524.64 Sonidos de la articulación temporomandibular al abrir o cerrar la mandíbula
	524.7 Anomalías dentoalveolares
Nuevo código	524.75 Desplazamiento vertical de alveolo y diente
Nuevo código	524.76 Desviación del plano de oclusión
	524.8 Otras anomalías dentofaciales especificadas
Nuevo código	524.81 Afectación de tejido blando anterior
Nuevo código	524.82 Afectación de tejido blando posterior
Nuevo código	524.89 Otras anomalías dentofaciales especificadas
	525 Otras enfermedades y afecciones de dientes y estructuras de soporte
	525.2 Atrofia del borde alveolar edentular
Nuevo código	525.20 Atrofia del borde alveolar edentular inespecífica
Nuevo código	525.21 Atrofia mínima de la mandíbula
Nuevo código	525.22 Atrofia moderada de la mandíbula
Nuevo código	525.23 Atrofia severa de la mandíbula
Nuevo código	525.24 Atrofia mínima del maxilar

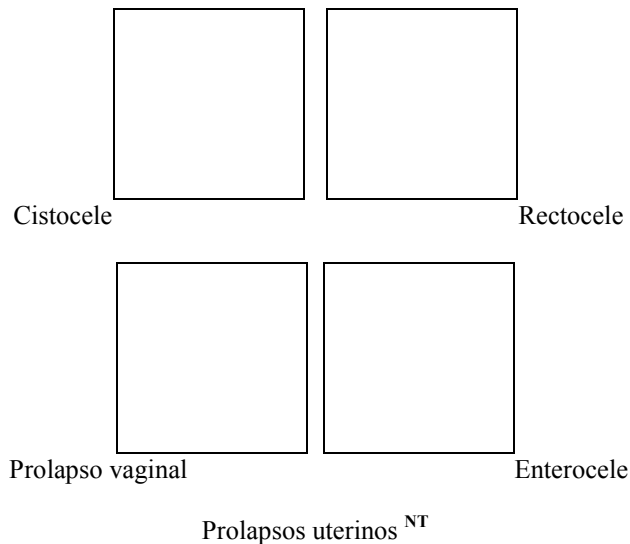
Los tipos de prolapso incluyen:

- Cistocele (618.01) - protusión de la vejiga en la vagina debido a defectos de soporte pélvico. Hay dos códigos para el cistocele: 618.01 (línea media) y 618.2 (lateral)
- Uretrocele (618.3) - protusión anormal de la uretra en el canal vaginal
- Rectocele (618.04) – bulto en la vagina causado por el recto prolapsado a través de un debilitamiento del septum rectovaginal
- Perineocele (618.05) – falsa hernia entre el recto y la vagina
- Cistouretrocele (618.09) – protusión anormal de la uretra y vejiga en la vagina

	618	Prolapso genital
Borrar	618.0	Prolapso de pared vaginal sin mención de prolapso uterino Cistocele Cistouretrocele Proctocele, mujer, sin mención de prolapso uterino Rectocele, sin mención de prolapso uterino Uretrocele, mujer, sin mención de prolapso uterino Prolapso vaginal, sin mención de prolapso uterino
Nuevo código	618.00	Prolapso de pared vaginal no especificado Prolapso vaginal NEOM
Nuevo código	618.01	Cistocele, medial Cistocele NEOM
Nuevo código	618.02	Cistocele, lateral Paravaginal
Nuevo código	618.03	Uretrocele
Nuevo código	618.04	Rectocele Proctocele
Nuevo código	618.05	Perineocele
Nuevo código	618.09	Otro prolapso de pared vaginal sin mención de prolapso uterino Cistouretrocele
Borrar	618.8	Otro prolapso genital especificado Incompetencia o debilitamiento del fondo pélvico Relajación de la salida vaginal o pelvis
Nuevo código	618.81	Incompetencia o debilitamiento del tejido pubocervical
Nuevo código	618.82	Incompetencia o debilitamiento del tejido rectovaginal
Nuevo código	618.83	Atrofia de músculo pélvico Atrofia por desuso de músculos pélvicos y esfínter anal
Nuevo código	618.89	Otro prolapso genital especificado



Esquemas de Prolapsos genitales femeninos ^{NT}



Prolapsos uterinos ^{NT}

más información en:

http://www.gyindr.com/genital_prolapse_surgery.php

Hiperplasia Endometrial

Vigente desde el 1 de octubre de 2004, el código 621.3 ha sido expandido para permitir informar de la hiperplasia endometrial (**621.30**), hiperplasia endometrial simple sin atipia (**621.31**), hiperplasia endometrial compleja sin Atipia (**621.32**) e hiperplasia endometrial con Atipia (**621.33**).

La hiperplasia endometrial es un engrosamiento de la capa interna del útero. El diagnóstico se realiza basado en una muestra de tejido. Esta afección puede clasificarse como simple, compleja o atípica. La clasificación determina el riesgo de desarrollar adenocarcinoma de endometrio.

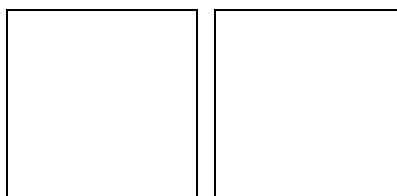
Hiperplasia Simple y Compleja de endometrio: Estas afecciones están asociadas con el uso de estrógenos que es contrarrestado por la progesterona. La terapia con progesterona puede ser necesaria cuando la afección no se resuelve con dilatación y curetaje. Asigne también el código E adecuado para describir la causa externa.

Hiperplasia atípica: La atipia puede encontrarse en la hiperplasia simple y compleja. La hiperplasia sin atipia raramente progresa a cáncer endometrial mientras que la hiperplasia con atipia es una afección precancerosa que puede progresar a adenocarcinoma de endometrio. La afección es responsable de aproximadamente el 5% de todas las histerectomías realizadas en Estados Unidos.

621 Trastornos del útero, no clasificados en otra parte

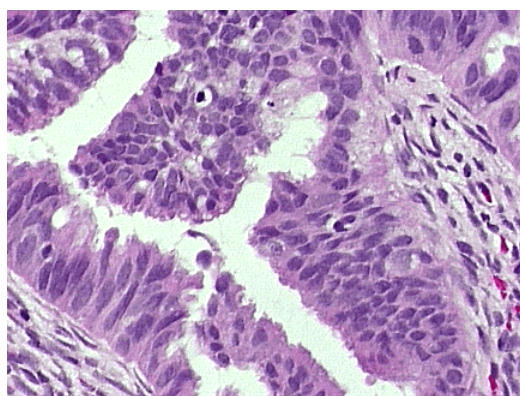
Revisar 621.3 Hiperplasia ~~endometrial~~ endometrial

Nuevo código	621.30 Hiperplasia endometrial, no especificada Hiperplasia endometrial NEOM
Nuevo código	621.31 Hiperplasia endometrial simple sin atipia
Nuevo código	621.32 Hiperplasia endometrial compleja sin atipia
Nuevo código	621.33 Hiperplasia endometrial con atipia

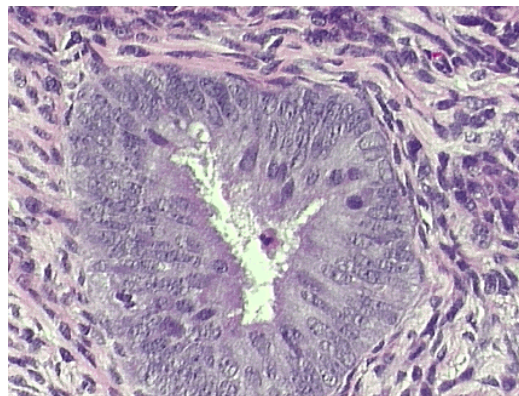


Hiperplasia endometrial ^{NT}

Hiperplasia simple de endometrio ^{NT}



Hiperplasia compleja de endometrio ^{NT}



Hiperplasia de endometrio con atipia ^{NT}

más información en:

<http://www.thedoctorsdoctor.com/diseases/endometrialhyperplasia.htm>

Displasia Cervical

Vigente desde el 1 de octubre de 2004, el código 622.1, ha sido ampliado para permitir informar sobre la displasia de cervix (**622.10**), displasia leve de cervix [CIN I] (**622.11**), y la displasia moderada de cervix [CIN II] (**622.12**). Estos cambios fueron hechos para reflejar la versión más reciente del sistema de Bethesda, que es usado para informar los resultados de frotis de Papanicolau anormales.

La displasia cervical es un término usado para describir la aparición de células anormales en la superficie del cervix. La displasia cervical se denomina también neoplasia intraepitelial cervical (CIN), y puede ir desde leve (CIN I), a moderada (CIN II) o grave (CIN III). La displasia no es un cáncer, pero puede desarrollarse en el cáncer de cervix. La displasia leve es la forma más común y en más del 70% de los casos el tejido cervical retorna a su forma normal sin tratamiento. La moderada y la severa son menos probables que se resuelvan solas y tienen un alto riesgo de progresar a cáncer. La displasia cervical raramente tiene síntomas y se diagnostica por frotis de Papanicolau. Ocurre más frecuentemente en mujeres entre los 25 y 35 años.

622 Trastornos no inflamatorios de cervix

622.1 Displasia de cervix (útero)
 Borrar ~~Anaplasia de cervix~~
 Borrar ~~Atipia cervical~~
 Borrar ~~Neoplasia cervical intraepitelial I (CIN I)~~
 Borrar ~~Neoplasia cervical intraepitelial II (CIN II)~~
 Borrar ~~Displasia intraepitelial escamosa de alto grado (HGSIL)~~
 Borrar ~~Displasia intraepitelial escamosa de bajo grado (LGSIL)~~

Añadir

Excluye:

 resultados anormales de examen citológico cervical sin confirmación histológica (795.00-795.09)

Nuevo código **622.10 Displasia de cervix, no especificada**
 Anaplasia de cervix
 Atipia cervical
 Displasia cervical NEOM

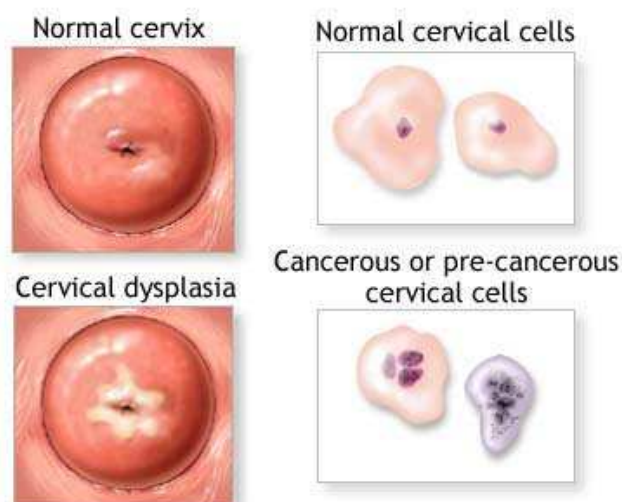
Nuevo código **622.11 Displasia leve de cervix**
 Neoplasia intraepitelial cervical I [CIN I]

Nuevo código **622.12 Displasia moderada de cervix**
 Neoplasia intraepitelial cervical II [CIN II]

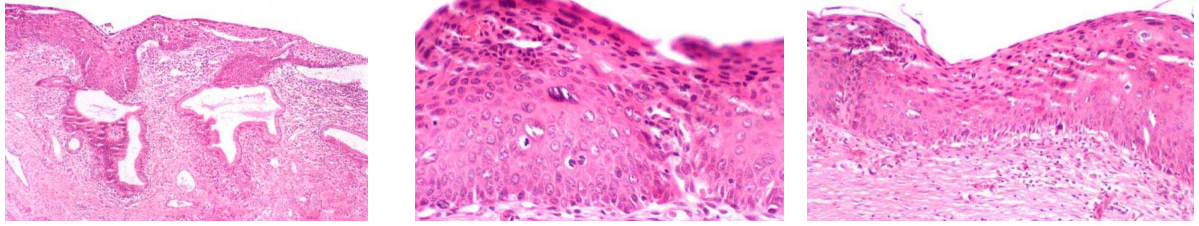
Añadir

Excluye:

 carcinoma in situ de cervix (233.1)
 neoplasia intraepitelial cervical III [CIN III] (233.1)
 displasia severa (233.1)



ADAM.



Displasia de cervix ^{NT}

más información en:

<http://www.mjbovo.com/Women/Dysplasia.htm>

Se han hecho también los cambios correspondientes en la categoría 233, Carcinoma in situ de mama y aparato genitourinario.

233 Carcinoma in situ de mama y aparato genitourinario

233.1 Cervix uterino

Añadir

Neoplasia intraepitelial cervical III [CIN III]

Añadir

Displasia severa de cervix

Añadir

Excluye:

neoplasia intracervical cervical II [CIN II] (622.12)
evidencia citológica de malignidad sin confirmación
histológica (795.04)
lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HGSIL)
(795.04)
displasia moderada de cervix (622.12)

Mutilación Genital Femenina

Vigente desde el 1 de octubre de 2004, la categoría 629, Otros trastornos de los órganos genitales femeninos, se ha expandido para identificar independientemente el estado de mutilación genital femenina.

La mutilación genital femenina (MGF) es usada para referir la extirpación de parte o todos los genitales femeninos. El tipo de mutilación realizada, la edad en la que se realiza, así como el método usado varían de acuerdo a varios factores. Estos factores incluyen el trasfondo étnico de la mujer o niña, el país y el entorno (rural o urbano) donde vive, así como el trasfondo socioeconómico.

Hay tres tipos básicos de MGF, también denominada circuncisión femenina:

- Estado tipo I (**629.21**) incluye lesión o extirpación del clítoris
- Estado tipo II (**629.22**) incluye la extirpación del clítoris y los labios menores

- Estado tipo III (**629.23**) incluye la infibulación, o extirpación de clítoris, labios menores y el corte de los labios mayores con sutura de los mismos para cubrir la uretra y la mayor parte del introito vaginal. Se deja una pequeña abertura para la salida de la orina y el flujo menstrual.

Las mujeres que han sufrido MGF pueden tener complicaciones de salud crónicas. Las complicaciones más comunes de la MGF son hemorragia y dolor intenso. Las complicaciones crónicas están más a menudo asociadas con el tipo III de MGF o infibulación. Estas complicaciones incluyen infecciones pélvicas crónicas debidas a interferencias con el drenaje de orina y de sangre menstrual. Es necesaria la cirugía de desinfibulación en mujeres con estado de MGF tipo III a fin de permitir las relaciones sexuales, el examen pélvico o el parto. Hay una alta incidencia de muerte materna y fetal en mujeres multíparas que han sido desinfibuladas para permitir el parto del niño y han sido luego reinfibuladas tras el mismo.

Un código de la subcategoría 629.2, Estado de mutilación genital femenina, debe ser usado en conjunción con cualquier complicación asociada. La MGF debe ser secuenciada como secundaria a la complicación. Sin embargo, los códigos de la subcategoría 629.2 pueden ser usados como diagnóstico principal si el contacto es principalmente para la corrección del daño de la vulva.

En mujeres embarazadas que han sufrido MGF, debe ser usado un código de la subcategoría 629.2 como diagnóstico secundario siguiendo a un código de la sección de complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Los códigos 648.9x, Otras afecciones actuales clasificadas en otro lugar, se usarán a lo largo del embarazo. Si el estado de MGF afecta al parto, debe ser usado un código 660.8x, Otras causas de parto obstruido.

629 Otros trastornos de los órganos genitales femeninos

Nueva subcategoría 629.2 Estado de mutilación genital femenina
Estado de circuncisión femenina

Nuevo código 629.20 Estado de mutilación genital femenina, no especificada

Estado de mutilación genital femenina NEOM

Nuevo código 629.21 Estado de mutilación genital femenina tipo I
Estado de clitoridectomía

Nuevo código 629.22 Estado de mutilación genital femenina tipo II
Estado de clitoridectomía con escisión de labios menores

Nuevo código 629.23 Estado de mutilación genital femenina tipo III

Pregunta:

Una paciente embarazada con estado de mutilación genital femenina tipo II fue vista en la consulta del ginecólogo por infección del tracto urinario. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código 646.63, Infección del tracto genitourinario en embarazo, anteparto como diagnóstico principal. Asigne el código 648.93, Otras afecciones actuales de la madre clasificadas en otro lugar, pero que complican el embarazo, parto y puerperio, Otra, y el código 629.22, Estado de mutilación genital femenina tipo II como diagnósticos secundarios.

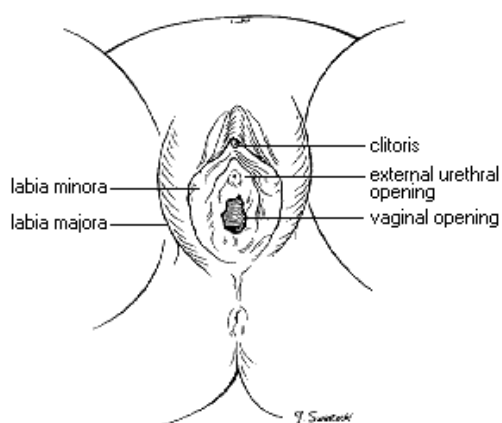
Pregunta:

Una paciente se presenta para reversión de una circuncisión femenina tipo III. ¿Cuál es la asignación de códigos correcta?

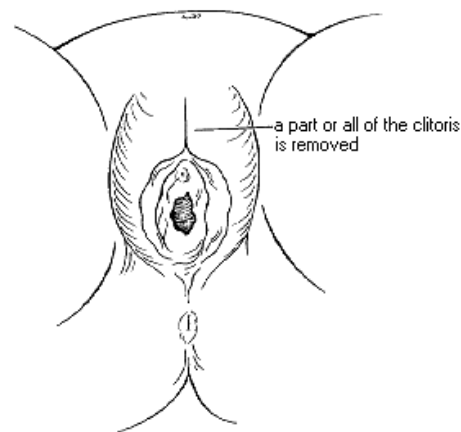
Respuesta:

Asigne el código 629.23, Estado de mutilación genital femenina tipo III, como diagnóstico principal. Asigne el código 71.9, Otras operaciones en órganos genitales femeninos, para la reversión de la circuncisión femenina tipo III.

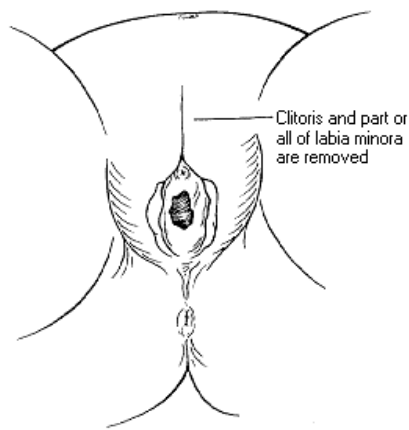
Esta información sustituye la previamente publicada en *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 2003, páginas 13-14 (páginas 10-11 de la versión traducida ^{NT}).



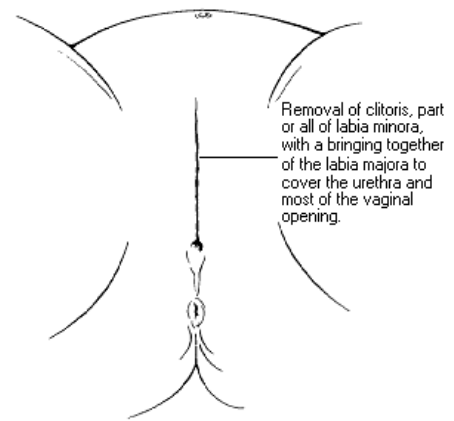
Genitales normales



Tipo I



Tipo II



Tipo III

Tipos de mutilación genital femenina ^{NT}



Mutilación tipo III (infibulación) ^{NT}

más información en:

<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;102/1/153>

Dermatitis de Contacto y otros Eczemas debidos a Epitelio de Animales

Vigente desde el 1 de octubre de 2004, el código **692.84** ha sido creado para identificar específicamente la dermatitis de contacto y otros eczemas debidos a epitelio o pelo de animales.

La dermatitis de contacto es una irritación de la piel en respuesta a la exposición de un alérgeno. Los alérgenos más comunes incluyen jabones y detergentes, metales, gomas, colorantes, tejidos, preservativos, medicamentos, colonias, hiedra venenosa y plantas relacionadas. Los síntomas varían desde picor y enrojecimiento a ampollas y úlceras abiertas dependiendo de la sensibilidad individual y el área afectada del cuerpo. La exposición al alérgeno debe ser evitada hasta que el material ha sido identificado. En algunos casos la dermatitis puede resolverse sin tratamiento. Sin embargo, cuando es necesario, los

corticosteroides tópicos pueden reducir la inflamación. Paños húmedos y cremas antipruriginosas pueden aliviar el picor.

692 Dermatitis de contacto y otros eczemas

692.8 Debidas a otros agentes especificados

Nuevo código

692.84 Debidas a epitelio animal (gato) (perro)

Debido a pelo animal (gato) (perro)

692.89 Otras

Dermatitis debidas a:

Borrar

~~pelo~~

Borrar

Excluye:

~~alergia NEOM, debida a pelo animal; epitelio (animal) o polvo (477.8)~~

Añadir

alergia (NEOM) (rinitis) debida a pelo o epitelio animal (477.2)

Añadir

alergia a polvo (477.8)



Dermatitis de contacto ^{NT}

Hiperhidrosis

Vigente desde el 1 de octubre de 2004, se han creado códigos para informar de la hiperhidrosis. La hiperhidrosis se refiere a un grupo de trastornos clínicos que implica sudoración excesiva. La sudoración es un fenómeno natural necesario para el control de la temperatura corporal durante momentos de ejercicio y exposición al calor o ambientes calientes. La sudoración está regulada por el sistema nervioso simpático. En el 1% aproximadamente de la población este sistema puede trabajar a un nivel de actividad muy elevado, mucho más de lo necesario para mantener una temperatura constante.

La hiperhidrosis puede ser clasificada de acuerdo con la causa: primaria o idiopática (**705.21**) o secundaria (**705.22**).

La hiperhidrosis primaria no tiene causa conocida y es más frecuente que la secundaria. La hiperhidrosis primaria normalmente se localiza en manos, axila, cuerpo cabelludo, cara, tronco o pies. Comienza durante la niñez o la adolescencia temprana, empeora durante la pubertad y persiste a lo largo de la vida adulta. El tratamiento consiste en antitranspirantes, medicamentos, iontoforesis, psicoterapia y, en los casos graves, la cirugía.

La hiperhidrosis secundaria es causada por una causa subyacente y normalmente produce sudoración excesiva en el cuerpo entero. Algunas de las afecciones subyacentes incluyen trastornos endocrinos tales como hipertiroidismo, tratamiento endocrino de enfermedades malignas, menopausia, obesidad, trastornos psiquiátricos y enfermedad maligna sistémica. El tratamiento consiste en abordar el trastorno subyacente.

705 Trastornos de las glándulas sudoríparas

Nueva subcategoría 705.2 Hiperhidrosis focal

Añadir hiperhidrosis generalizada (secundaria) (780.8)

Nuevo código 705.21 Hiperhidrosis focal primaria
Hiperhidrosis focal NEOM
Hiperhidrosis NEOM
Hiperhidrosis de:
axila
cara
palmas
plantas

Nuevo código 705.22 Hiperhidrosis focal secundaria
Síndrome de Frey

705.8 Otros trastornos especificados de las glándulas sudoríparas

705.89 Otros

Revisar hiperhidrosis generalizada (780.8)



Hiperhidrosis^{NT}

Úlcera de Decúbito



Ulceras de decúbito ^{NT}

Síndromes de Delección Autosómica

El estudio del genoma humano ha permitido la identificación de muchos trastornos cromosómicos. La delección de ciertas porciones de un cromosoma puede dar como resultado defectos graves tales como retraso mental y múltiples anomalías congénitas. Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, el código 758.3, Síndromes de delección autosómica, se ha ampliado para permitir códigos independientes para especificar los tipos de síndrome de delección autosómica.

Síndrome cru-du-chat (758.31): Este síndrome es debido a la delección de 1 brazo corto del quinto cromosoma (5p-). Los individuos afectados tienen el llanto con un tono alto como un gato. Pueden incluirse hallazgos asociados tales como retraso mental, microcefalia, rasgos dismórficos, hernia inguinal, sindactilia parcial y enfermedad cardíaca congénita. El síndrome cri du chat es uno de los síndromes de delección humanos más frecuentes, con una incidencia que varía entre 1 por 20.000 a 1 por 50.000 nacimientos.



Delección 5p o síndrome "Cri du chat" ^{NT}

Síndrome velo-cardio-facial (758.32): este síndrome es debido a la microdelección en q11.2 del brazo largo del cromosoma 22 y es también una de los síndromes de delección autosómica más frecuentes. Afecta a múltiples sistemas orgánicos. Los hallazgos son variables y pueden incluir paladar hendido, defectos cardíacos (más frecuentemente el defecto septal ventricular), retraso mental leve, rasgos faciales dismórficos característicos e inmunodeficiencia.



Delección 22q11.2 o síndrome velo-cardio-facial ^{NT}

Otras microdelecciones (758.33): Otros muchos síndromes ha sido descritos relacionados con microdelecciones, pequeñas deleciones no visibles en el examen microscópico. Estas incluyen el síndrome de Miller-Dieker y el síndrome de Smith-Magenis. El síndrome de Miller-Dieker es un trastorno de microdelección cromosómica (microdelección en p13.3 del cromosoma 17 ^{NT}) caracterizado por microcefalia y córtex engrosado con cuatro capas en lugar de seis. Otras características del síndrome incluyen mandíbula pequeña, fallo de crecimiento, retraso en el desarrollo motor y disfagia.

El síndrome de Smith-Magenis es debido a la delección de una porción del 17p11.2. Este síndrome se caracteriza por braquicefalia, hipoplasia de la parte central de la cara, voz ronca y retraso en el habla con o sin pérdida de audición, retraso en el crecimiento y problemas de la conducta.



Delección 17p13.3 o síndrome de Miller-Dieker ^{NT}



Delección 17p11.2 o síndrome de Smith-Magenis ^{NT}

Más información en:

<http://www.geneclinics.org/profiles/>

758 Anomalías cromosómicas

Añadir Use códigos adicionales para afecciones asociadas con las anomalías cromosómicas

758.3 Síndromes de delección autosómica

Borrar	Síndrome antimongólico
Borrar	Síndrome cri-du-chat
Nuevo código	758.31 Síndrome cri-du-chat Delección 5p
Nuevo código	758.32 Síndrome velo-cardio-facial Delección 22q11.2
Nuevo código	758.33 Otras microdelecciones Síndrome de Miller-Dieker Síndrome de Smith-Magenis
Nuevo código	758.39 Otras delecciones autosómicas

Esta información sustituye a la publicada previamente en *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 1995, páginas 6-7 y página 11.

Trastornos del Movimiento Relacionado con el Sueño

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, el código **780.58**, ha sido creado para identificar únicamente los trastornos de movimiento relacionados con el sueño. Este código incluye trastornos de movimientos de piernas periódicos (PLMD). Los PLMD, que afectan a las personas durante el sueño, se caracterizan por una variedad de comportamientos desde superficiales, movimientos continuos de tobillo y dedos, a patadas enérgicas e incontroladas y fallo de piernas y brazos. Los movimientos de piernas son más típicos que los movimientos de brazos en los PLMD. Estos movimientos ocurren típicamente cada 20 ó 40 segundos y pueden estar asociados con excitación repetitiva y sueño muy fragmentado. La incidencia de PLMD aumenta con la edad.

Un trastorno independiente pero similar es el síndrome de piernas inquietas (RLS). El RLS es un trastorno neurológico frecuente caracterizado por sensaciones molestas en las piernas y necesidad de moverlas para calmarlas. Las sensaciones son peores durante períodos de inactividad o descanso o mientras está sentando o acostado. Aproximadamente el 80% de las personas con RLS tienen PMLD, aunque mucha gente con PLMD no experimenta RLS.

Por favor, observe que el código 780.58 excluye el síndrome de piernas inquietas. El RLS es asignado al código 333.99, Otras enfermedades extrapiramidales y no especificadas y trastornos de movimientos anormales, otro, y está clasificado en el capítulo de neurología de la ICD-9-CM.

780 Síntomas generales

780.5 Trastornos del sueño

Nuevo código	780.58 Trastornos del movimiento relacionados con el sueño
---------------------	---

		Trastorno de movimiento periódicos de miembros
Añadir	Excluye:	síndrome de piernas inquietas (333.99)

Incontinencia por Rebosamiento

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, el código 788.38, Incontinencia por rebosamiento, se ha creado para distinguir esta afección de otros tipos de incontinencia urinaria.

La incontinencia por rebosamiento es una afección en la que el paciente nunca siente la urgencia de orinar, la vejiga nunca se vacía y una pequeña cantidad de orina se escapa continuamente. Esta afección es más prevalente en hombres mayores con la próstata agrandada. Los síntomas incluyen goteo de orina incluso tras el vaciamiento, micción nocturna frecuente, incapacidad para vaciar incluso en presencia de urgencia de orinar y la vejiga nunca se siente vacía. Hay varias etiologías subyacentes para la incontinencia por rebosamiento tales como hiperplasia benigna de próstata, neoplasias, cálculos urinarios y vejiga neurógena.

	788	Síntomas que afectan el aparato urinario
Revisar	788.3	<u>Incontinencia urinaria</u>
Revisar		Codifique primero, si es aplicable, la afección causal como: prolapso genital (618.00-618.9)
Nuevo código		788.38 Incontinencia por rebosamiento

Proteína C-Reactiva Elevada

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, se ha creado un nuevo código (**790.95**) para describir hallazgos de proteína C-reactiva (CRP) en análisis de sangre. La proteína C-reactiva es un marcador de inflamación sistémica de alta sensibilidad. La prueba diagnóstica mide la concentración de la proteína en suero. El organismo libera CRP en respuesta a lesión aguda, infección u otro estímulo inflamatorio. La inflamación de la íntima de la pared arterial ha sido identificada como un factor de riesgo para la ruptura de plaquetas y oclusión arterial, que puede conducir a infarto agudo de miocardio e ictus.

	790	Hallazgos no específicos en análisis de sangre
	790.9	Otros hallazgos no específicos en análisis de sangre
Nuevo código		790.95 Proteína C-reactiva elevada (PCR)

Frotis de Papanicolau Anormal

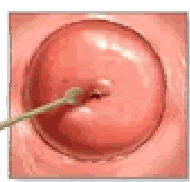
Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, se han revisado títulos de códigos y términos de inclusión y se han creado códigos nuevos en la subcategoría 795.0, Frotis anormal de Papanicolau de cervix y HPV (papilomavirus humano ^{NT}) de cervix, para reflejar la versión más actualizada del sistema de Bethesda.

El sistema de Bethesda es usado para informar de los resultados de pruebas de Papanicolau anormales. Alrededor del 90% de los laboratorios de Estados Unidos usan el sistema de Bethesda, así como los laboratorios de otros países. Ha sido respaldado por más de 20 sociedades nacionales e internacionales.

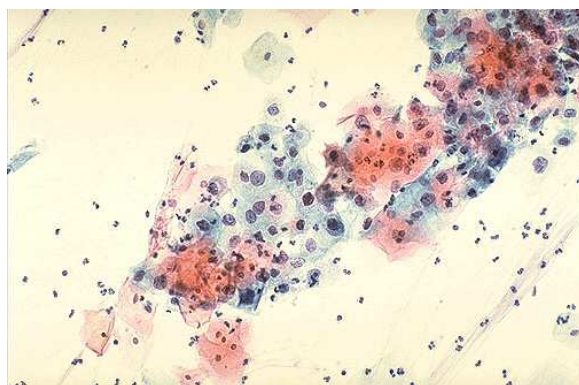
Revisar	795	<u>Otros hallazgos anormales y no específicos en exámenes citológicos, histológicos e inmunológicos y de ADN</u>	
Revisar Añadir Añadir	795.0	Frotis de Papanicolau anormal no específico y <u>VPH cervical</u> Preparación escasa de frotis cervical anormal Citología cervical anormal	
Revisar Revisar Revisar	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Excluye:</td></tr></table>	Excluye:	neoplasia intraepitelial cervical I [CIN I] (622.11) neoplasia intraepitelial cervical II [CIN II] (622.12) displasia (histológicamente confirmada) de cervix (útero) <u>NEOM (622.10)</u>
Excluye:			
Borrar Borrar Añadir Añadir Añadir		displasia intraepitelial escamosa de alto grado (HGSIL) (622.1) displasia intraepitelial escamosa de bajo grado (HGSIL)(622.1) displasia leve (histológicamente confirmada) (622.11) displasia moderada (histológicamente confirmada) (622.12) displasia grave (histológicamente confirmada) (233.1)	
Revisar	795.00	Frotis cervical de Papanicolau <u>glandular anormal</u> no específico Células cervicales atípicas NEOM Células endometriales atípicas NEOM Células glandulares atípicas NEOM	
Revisar	795.01	Cambios de células escamosas atípicas de significado indeterminado con inclinación a benigno (ASCUS con inclinación a benigno) <u>Frotis cervical de Papanicolau con células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)</u>	
Borrar		Cambios celulares glandulares atípicos de significación indeterminada con inclinación a benigno (AGCUS inclinado a benigno)	
Revisar	795.02	Cambios de células escamosas atípicas de significado indeterminado con inclinación a displasia (ASCUS con inclinación a displasia) <u>Frotis cervical de Papanicolau con células escamosas atípicas que no pueden excluir lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H)</u>	
Borrar		Cambios celulares glandulares atípicos de Significación indeterminada con inclinación a displasia (AGCUS inclinado a displasia)	
Nuevo código	795.03	Frotis cervical de Papanicolau con lesión Intraepitelial escamosa de bajo grado (LGSIL)	

Nuevo código	795.04 Frotis cervical de Papanicolau con lesión Intraepitelial escamosa de alto grado (HGSIL) Evidencia citológica de carcinoma	
Nuevo código	795.05 Prueba de ADN positiva a papilomavirus humano Cervical de alto riesgo	
Nuevo código	795.08 Frotis no satisfactorio Muestra inadecuada	
Revisar	795.09 Otro frotis cervical de Papanicolau anormal no específico y VPH cervical	
Borrar	Cambios celulares benignos	
Borrar	Frotis no satisfactorio	
Añadir	Frotis cervical de Papanicolau con prueba de ADN positiva a papilomavirus humano cervical de bajo riesgo	
Añadir	Use código adicional para el papilomavirus humano asociado (079.4)	
Añadir	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>Exclude:</td> </tr> </table> admisión para frotis cervical de Papanicolau para confirmar hallazgos de frotis recientes normales tras frotis anormales iniciales (V72.32)	Exclude:
Exclude:		

Pap smear: cells are scraped from the cervix and examined under a microscope to check for disease or other problems



Cervix viewed through speculum with patient in lithotomy position



Frotis de Papanicolau de cervix ^{NT}

Hallazgos Anormales en Examen Neonatal

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, el código 796.6, Hallazgos anormales en examen neonatal, se ha creado para identificar los mismos. Los recién nacidos son examinados rutinariamente para detectar afecciones metabólicas graves. La muestra de sangre de los exámenes neonatales se realizan normalmente mediante pinchazo en el talón. Si el resultado del examen inicial está fuera de los rangos normales se necesitan otras pruebas para confirmar

o rechazar un diagnóstico específico. La asignación de este código debe hacerse durante el período en el que el diagnóstico no es conocido.

796 Otros hallazgos anormales no específicos

Nuevo código **796.6 Hallazgos anormales en examen neonatal**

Añadir

Excluye:

 evidencia serológica no específica de virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] (795.71)

Contacto/Exposición a Enfermedades Transmisibles

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, se han creado cuatro códigos V nuevos de “contacto/exposición” a petición de la Academia Americana de Pediatría. La exposición a ciertas enfermedades pueden dar como resultado un alto riesgo de morbilidad y mortalidad en niños inmunodeprimidos.

V01 Contacto o exposición con enfermedades contagiosas

 V01.7 Otras enfermedades virales

Nuevo código **V01.71 Varicela**

Nuevo código **V01.79 Otras enfermedades virales**

 V01.8 Otras enfermedades contagiosas

Nuevo código **V01.83 Escherichia coli (E.coli)**

Nuevo código **V01.84 Meningococcus**

Dependencia de Respirador

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, el código V46.1, Otra dependencia de máquina, respirador, se ha expandido para distinguir entre el estado de dependencia de respirador (**V46.11**) y contacto por dependencia de respirador durante fallo de funcionamiento (**V46.12**). El código V46.11 es usado solamente si no hay complicaciones o malfuncionamiento del

Hay muchas razones para el uso de aspirina durante largo tiempo. Estas razones incluyen alivio del dolor, prevención de coágulos sanguíneos y artritis. El código V58.66 es asignado teniendo en cuenta la afección por la cual el paciente está tomando aspirina o la dosis de aspirina, o si la aspirina ha sido prescrita por el médico o el paciente está tomando la aspirina por su propia iniciativa. Antes de la creación del código V58.66, uso prolongado de aspirina, era codificado en el V58.69.

Pregunta:

La historia clínica muestra que el paciente estaba tomando una aspirina al día, profilácticamente por su propia iniciativa para disminuir la probabilidad de ataque cardíaco y/o ictus. ¿Sería apropiado asignar el código V58.66, Uso prolongado de aspirina (actual), para describir este uso?

Respuesta:

Sí, es apropiado asignar el código V58.66, Uso prolongado de aspirina (actual), para un paciente que está tomando aspirina como medida profiláctica por iniciativa propia.

El código V58.67, Uso prolongado de insulina (actual), se ha creado para indicar si un paciente de tipo 2 o diabetes gestacional está usando insulina para el control de azúcar en sangre.

Añadir	<input type="checkbox"/> Excluye	V58.6 Uso prolongado de medicación (actual) tratamiento sustitutivo hormonal (postmenopáusico) (V07.4)
Añadir	<input type="checkbox"/> Excluye	V58.61 Uso de prolongado de anticoagulantes (actual) uso prolongado de aspirina (actual) (V58.66)
Añadir	<input type="checkbox"/> Excluye	V58.63 Uso prolongado de antiplaquetarios/antitrombóticos (actual) uso prolongado de aspirina (actual) (V58.66)
Añadir	<input type="checkbox"/> Excluye	V58.64 Uso prolongado de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (actual) uso prolongado de aspirina (actual) (V58.66)
Nuevo código		V58.66 Uso prolongado de aspirina (actual)
Nuevo código		V58.67 Uso prolongado (actual) de insulina

Pregunta:

¿Es necesario usar el código V58.67, Uso prolongado de insulina (actual), con diabetes de tipo I?. La nota de añadir código es sólo en el quinto dígito 2 para el tipo II de diabetes (y quinto dígito 0 o tipo inespecifico ^{NT}).

Respuesta:

Asigne el código V58.67, para el tipo I de diabetes si se desea. El tipo I de diabetes debe usar insulina ya que el páncreas no produce insulina de manera natural. Sin embargo no es necesario asignar el código V58.6. Los pacientes con diabetes tipo II o diabetes gestacional pueden usar insulina para controlar los niveles de azúcar en sangre. Es necesario por tanto asignar el código V58.67 para pacientes con tipo II de diabetes para indicar el uso de insulina.

Esta información sustituye la previamente publicada en *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 2003, páginas 11-12 (página 8 de la versión traducida ^{NT})

Falta de sueño adecuado

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, el código V64.4, Falta de sueño adecuado, se ha creado para informar de inadecuación o deprivación de sueño.

La deprivación de sueño es la falta aguda o crónica de suficiente sueño. Con el tiempo, la falta de sueño puede tener efectos graves en la salud y las relaciones. La gente que tienen falta adecuada de sueño pueden carecer de energía, estar deprimidos o irritables, tener dificultades para recordar cosas ordinarias y ser más susceptibles de enfermar que otros que duermen lo suficiente. Algunas consecuencias de la deprivación de sueño pueden incluir accidentes de automóvil o trabajo y disminución de la productividad. Los efectos de la deprivación de sueño son reversibles cuando se reanuda en ciclo sueño-vigilia.

Por favor fíjese que la queja de sueño inadecuado o de baja calidad a causa de una dificultad en dormirse, levantarse con frecuencia durante la noche con dificultad en retomar el sueño, levantarse temprano por la mañana o tener sueño no reparador. El insomnio puede causar problemas durante el día tal como cansancio, falta de energía, dificultad de concentración e irritabilidad.

V69 Problemas relacionados con el estilo de vida

Nuevo código

V69.4 Falta de sueño adecuado

Añadir

Deprivación de sueño
insomnio (780.52)

Excluye

Contacto para Frotis de Papanicolau

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, el código V72.3, Examen ginecológico, se ha expandido para identificar las pacientes que vuelven para repetir la visita tras un frotis anormal de Papanicolau. El protocolo estándar para las pacientes con frotis anormal de Papanicolau es llevar acabo otra prueba varios meses más tarde. Si la prueba de Papanicolau

repetida es normal, se hacen dos pruebas más en cortos intervalos para confirmar del resultado.

V72 Investigaciones y exámenes especiales

V72.3 Examen ginecológico

Borrar ~~Frotis cervical de Papanicolau como parte de un examen ginecológico general~~
Borrar ~~Examen pélvico (anual) (periódico)~~
Borrar ~~Use código adicional para identificar frotis cervical de Papanicolau de rutina (V76.47)~~

Nuevo código

V72.31 Examen ginecológico rutinario

Examen ginecológico general con o sin frotis de Papanicolaou
Examen pélvico (anual) (periódico)
Use código adicional para identificar el frotis de Papanicolau rutinario (V76.47)

Nuevo código

V72.32 Contacto para frotis cervical de Papanicolau para confirmar hallazgos en frotis normal reciente a continuación de frotis inicial anormal

Contacto para Prueba de Embarazo

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, el código V72.4 ha sido expandido para diferenciar entre contactos para prueba de embarazo cuando los resultados no están confirmados (V72.40) y contactos cuando el examen de embarazo o resultados de pruebas son negativos (V72.41).

Revisar V72.4 Examen o prueba de embarazo ~~no confirmado~~
Borrar ~~Embarazo no confirmado~~
~~Posible embarazo, no confirmado (actualmente)~~

Nuevo código

V72.40 Examen o prueba de embarazo no confirmado

Posible embarazo, no confirmado (actualmente)

Nuevo código

V72.41 Examen o prueba de embarazo con resultado negativo

Susceptibilidad Genética a la Enfermedad

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, se ha creado una nueva categoría (V84) para informar de la susceptibilidad genética a la enfermedad.

Con los modernos avances en investigación genética y biología molecular, hoy es posible identificar si un paciente tiene susceptibilidad genética para ciertos tipos de enfermedades. Los biomarcadores de susceptibilidad genética identifican defectos genéticos heredados que incrementan el riesgo de una enfermedad tal como la neoplasia maligna. La herencia de un gen defectuoso es un factor en menos del 5% de las personas que desarrollan un cáncer. Científicos del Instituto Nacional del Cáncer han estado llevando la investigación molecular para identificar los orígenes y tipos de las alteraciones de genes que juegan un papel importante en el desarrollo de muchos cánceres.

Hay muchos tipos de cánceres que afectan diferentes tejidos y órganos. Sin embargo, las investigaciones han encontrado que hay un solo gen relacionado en una amplia variedad de tumores. El cambio genético más frecuente relacionado con cáncer es el gen supresor de tumor p53.

Los códigos de la categoría V84 no deben ser usados como diagnóstico principal o listados en primer lugar. Si el paciente tiene una neoplasia maligna actual, el código de la neoplasia actual debe asignarse primero. Pueden informarse códigos adicionales para cualquier historia familiar de la enfermedad o historia personal de neoplasia maligna.

Nueva categoría V84 Susceptibilidad genética a la enfermedad

Añadir

Incluye:

 Gen anormal confirmado

Añadir Use código adicional, si es aplicable, para cualquier antecedente familiar asociado a la enfermedad (V16-V19)

Nueva subcategoría V84.0 Susceptibilidad genética a neoplasia maligna

Añadir Codifique primero, si es aplicable, cualquier neoplasia maligna actual (140.0-195.8, 200.0-208.9, 230.0-234.9)

Añadir Use código adicional, si es aplicable, para cualquier antecedente personal de neoplasia maligna (V10.0-V10.9)

Nuevo código V84.01 Susceptibilidad genética a neoplasia maligna de mama

Nuevo código V84.02 Susceptibilidad genética a neoplasia maligna de ovario

Nuevo código V84.03 Susceptibilidad genética a neoplasia maligna de próstata

Nuevo código V84.04 Susceptibilidad genética a neoplasia maligna de endometrio

Nuevo código V84.09 Susceptibilidad genética a otra neoplasia maligna

Nuevo código V84.8 Susceptibilidad genética a otra enfermedad

Pregunta:

Una mujer con historia familiar de neoplasia maligna de mama y susceptibilidad genética conocida para cáncer de mama ingresa en el hospital para una mastectomía bilateral profiláctica. La paciente no mostraba signos ni síntomas en ese momento. ¿Cómo debe ser codificado?

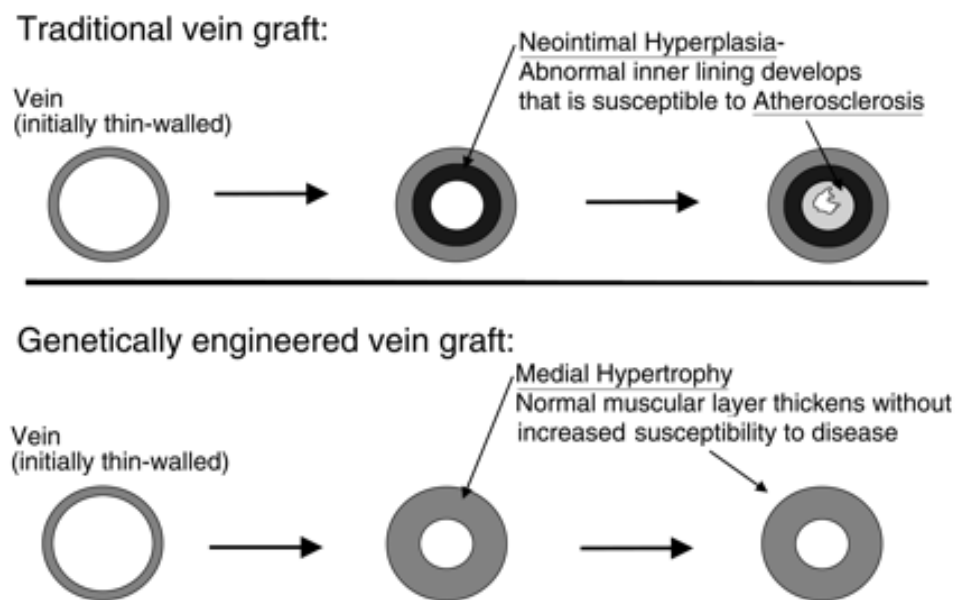
Respuesta:

Asigne el código V50.51, Extirpación profiláctica de órgano, mama, como diagnóstico principal. Asigne los códigos V16.3, Historia familiar de neoplasia maligna, mama, y el código V84.01, Susceptibilidad genética a neoplasia maligna, mama, como diagnósticos secundarios

VOLÚMEN 3
CÓDIGOS PROCEDIMIENTOS NUEVOS/REVISADOS

Tratamiento Presurizado de Injerto de Derivación Venoso

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, se ha creado un nuevo código de procedimiento **(00.16)** para describir el tratamiento presurizado de injerto de derivación venoso con una sustancia farmacéutica a fin de mejorar el resultado quirúrgico. El injerto venoso es tratado bajo presión con este tipo de terapia genética antes del injerto de derivación de la arteria coronaria (CABG) y procedimientos de derivación de arterias periféricas. Los injertos venosos usados para el CABG y derivación de arterias periféricas tienen unas paredes más delgadas que las arterias coronarias. Ocasionalmente, las paredes de estos injertos venosos llegan a inflamarse en respuesta al traumatismo de la cirugía u otros factores. La inflamación normalmente se resuelve pronto tras la cirugía y se desarrolla una gruesa pared venosa, que reproduce una arteria. En algunos pacientes, sin embargo, la inflamación no se resuelve correctamente, llevando a complicaciones tales como el cierre del injerto. Estudios han demostrado que los injertos tratados con esta nueva terapia no muestran engrosamiento de la pared e hiperplasia de la íntima como se ha visto en injertos venosos no tratados, disminuyendo el riesgo de cierre del injerto y de otras complicaciones.



Comparación entre injertos venosos con y sin terapia génica ^{NT}

más información en:

<http://www.jci.org/cgi/content/full/106/9/1071?ijkey=A6m1wNdWA9ukk>

Infusión de Agente Vasopresor

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, se ha creado un nuevo código para la infusión de agente vasopresor. Antes de este cambio, este procedimiento era asignado al código 99.29, Inyección o infusión de otra sustancia terapéutica o profiláctica, El código 99.29 no describe adecuadamente el uso de medicamentos vasopresores o sus implicaciones clínicas.

cabeza y cuello (88.71)

Nuevo código

00.22 Imagen intravascular de vasos intratorácicos

Aorta y arco aórtico
Ultrasonido intravascular (IVUS),
vasos intratorácicos

Excluye:

Vena cava (superior) (inferior)
ultrasonido diagnóstico (no invasivo) de otros
lugares del tórax (88.73)

Nuevo código

00.23 Imagen intravascular de vasos periféricos

Imagen de:
vasos del brazo(s)
vasos de la pierna(s)
Ultrasonido intravascular (IVUS),
vasos periféricos

Excluye:

ultrasonido diagnóstico (no invasivo) de
sistema vascular periférico (88.77)

Nuevo código

00.24 Imagen intravascular de vasos coronarios

Ultrasonido intravascular (IVUS),
vasos coronarios

Excluye:

ultrasonido diagnóstico (no invasivo) de
corazón (88.72)
ecocardiografía intracardiaca [ICE]
(ultrasonido de cámara(s) cardíaca(s) (37.28)

Nuevo código

00.25 Imagen intravascular de vasos renales

Ultrasonido intravascular (IVUS),
vasos renales

Arteria renal

Excluye:

ultrasonido diagnóstico (no invasivo) de aparato
urinario (88.75)

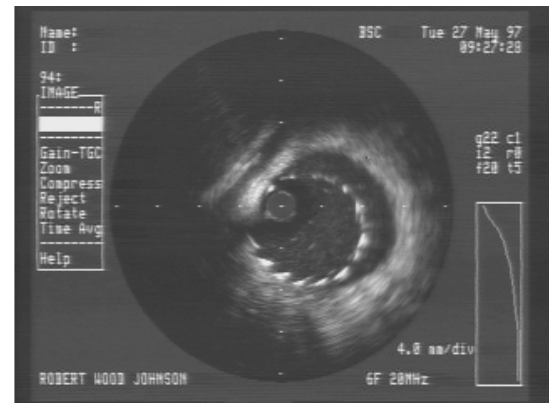
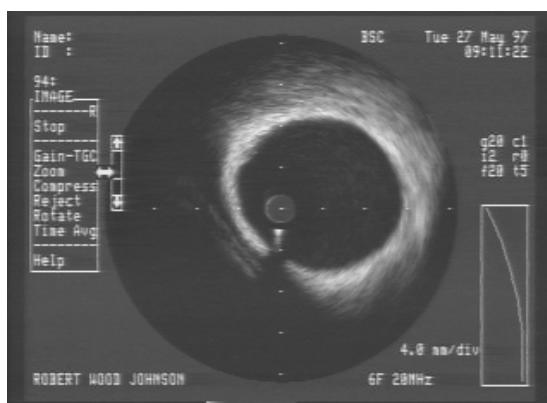
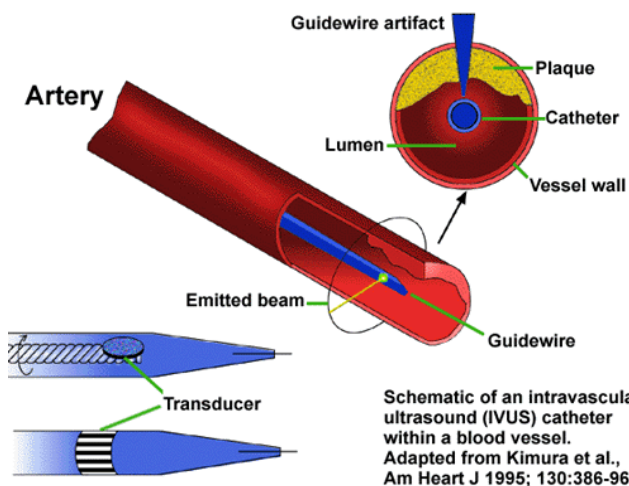
Nuevo código

00.28 Imagen intravascular de otros vasos especificados

Nuevo código

00.29 Imagen intravascular de vasos inespecificados

Esta información sustituye a la del *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 2000, página 21



Imágenes ultrasónicas intravasculares ^{NT}

más información en:

<http://www.medis.nl/MainFrameProducts/Products/QcuCms/BrochureQCU.htm>

Cirugía Asistida por Ordenador

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, se ha creado una nueva subcategoría, Cirugía asistida por ordenador [CAS] para identificar los recientes avances en procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se han realizado con la ayuda de tecnología informática. Los nuevos códigos serán importantes para la recogida de datos de tal manera que los hospitales, investigadores y pagadores tendrán la capacidad de hacer seguimiento de la utilidad y valor de la CAS. Los datos permitirán a las partes interesadas la comparación de los recursos y resultados asociados con el uso de la CAS frente a los procedimientos quirúrgicos tradicionales.

La CAS es un proceso quirúrgico accesorio que usa la imagen, marcadores, cuadros de referencia, sensores intraoperatorios y estaciones de trabajo informatizadas. La CAS es usada para aumentar la visualización y la navegación precisa con abordajes mínimamente invasivos. La planificación de CAS supone la creación de modelos gráficos en tres dimensiones en la anatomía del paciente. Esos modelos son luego asociados al procedimiento quirúrgico a través de una estación de trabajo informática. La CAS puede incluir navegación por tomografía computarizada, navegación por imagen guiada así como navegación sin imagen.

La CAS ha sido descrita en la literatura clínica usando una variedad de términos tales como “cirugía guiada por imagen”, “navegación quirúrgica”, “simulación quirúrgica” y “cirugía computarizada 3-D”

La CAS incluye tres actividades clave: planificación quirúrgica, registro y navegación. La planificación quirúrgica está basada en la imagen usando imágenes preoperatorias e intraoperatorias. El registro es el proceso de establecer una relación espacial entre todas las localizaciones de las imágenes y las localizaciones correspondientes en el campo quirúrgico. El registro se emplaza en el comienzo del procedimiento. Los puntos de referencia pueden ser distintas estructuras anatómicas o marcadores artificiales. En cualquier caso, los puntos de referencia deben ser rígidos de tal manera que su posición no cambie nunca. La navegación es el seguimiento de los instrumentos o herramientas dentro del campo quirúrgico intraoperatorio y en tiempo real. La navegación implica la visualización de los movimientos sobrepuestos en las imágenes y modelos en 3-D de la anatomía del paciente.

La CAS está siendo usada en cerebro, cráneo, nariz, garganta y oído, espina vertebral y cirugía ortopédica.

La cirugía asistida por ordenador es informada con el código del procedimiento diagnóstico o terapéutico específico realizado, junto con el código de la subcategoría 00.3, Cirugía asistida por ordenador [CAS]. La cirugía asistida por ordenador está clasificada en base a distintas modalidades de imágenes usadas tales como tomografía computarizada (**00.31**), resonancia magnética (**00.32**), fluoroscopia (**00.33**), cirugía asistida por ordenador sin imagen (**00.34**), conjunto de datos múltiples (**00.35**) y otras modalidades (**00.39**).

Nueva subcategoría 00.3 Cirugía asistida por ordenador [CAS]

Navegación sin TAC

Navegación guiada por imagen (IGN)

Cirugía guiada por imagen (IGS)

Navegación sin imagen

Codifique también los procedimientos diagnósticos o terapéuticos

Excluye:

aplicación de montura estereotáctica sólo (93.59)

Nuevo código 00.31 Cirugía asistida por ordenador con TAC/ATC
(Tomografía / Angiografía por tomografía ^{NT})

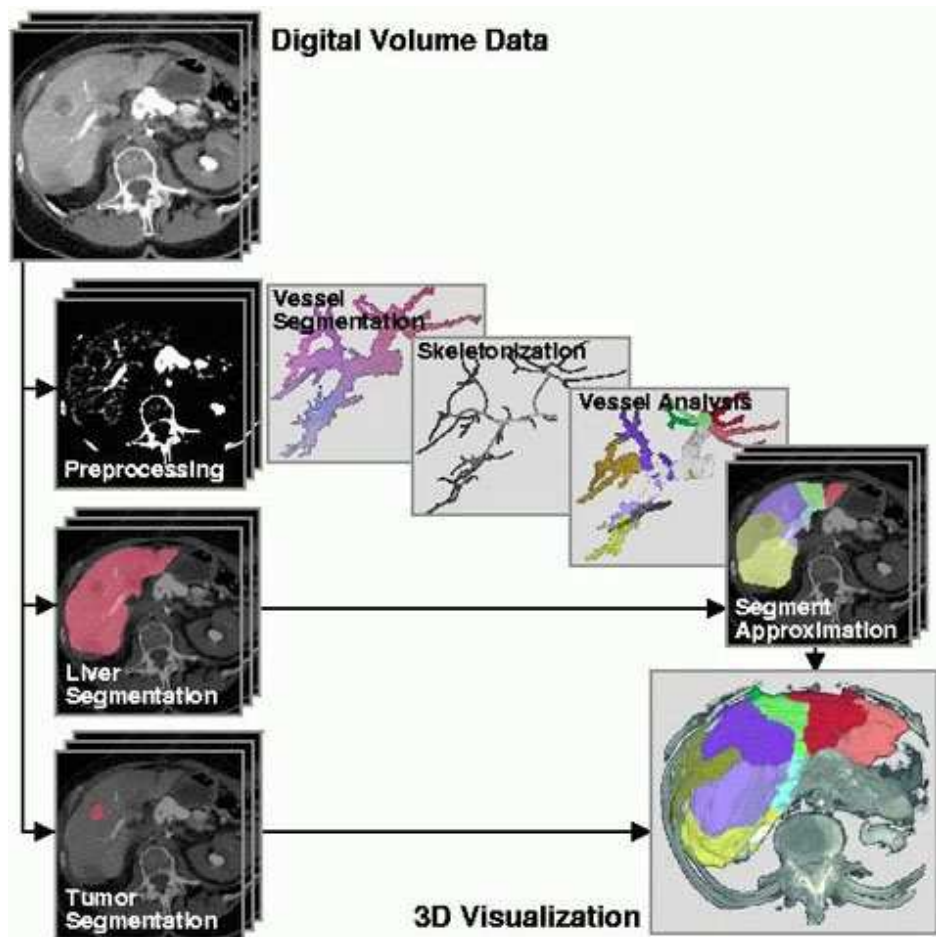
Nuevo código 00.32 Cirugía asistida por ordenador con RMN/ARM
(Resonancia / Angiografía por resonancia ^{NT})

Nuevo código 00.33 Cirugía asistida por ordenador con fluoroscopia

Nuevo código 00.34 Cirugía asistida por ordenador sin imagen

Nuevo código 00.35 Cirugía asistida por ordenador con

Nuevo código 00.39 Otra cirugía asistida por ordenador
Cirugía asistida por ordenador NEOM



Cirugía asistida por ordenador ^{NT}

más información en:

<http://www.mevis.de/projects/liver/main.html>

Pregunta:

El paciente fue sometido a una extracción de un neuroma del acústico con bisturí de rayos gamma y un marco estereotáxico en la cabeza. El procedimiento es referido como cirugía asistida por ordenador con guía de resonancia magnética. ¿Cómo debería ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código 225.1, Neoplasia benigna de cerebro y otras partes del sistema nervioso, nervios craneales, para el diagnóstico de neuroma del acústico. Asigne el código 92.32, Radiocirugía de fotones multifuente, para la extracción del neuroma del acústico usando bisturí de rayos gamma, y el código 00.32, Cirugía asistida con ordenador con RMN/ARM, para la cirugía asistida con ordenador con imagen de resonancia magnética.



Bisturí de rayos gamma ^{NT}



Marco estereotáxico ^{NT}

Pregunta:

Una mujer de 65 años es sometida a una artroplastia total de cadera con una mini-incisión (o menos invasiva) con sistema de navegación guiada por imagen. El programa del sistema registró y combinó la TC preoperatoria con la posición en la mesa de operaciones para permitir al cirujano que estuviera orientado con precisión en el área de implante sin una completa visualización de las referencias óseas. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código 81.51, Sustitución total de cadera, y el código 00.31, Cirugía asistida por ordenador con TC/ATC para este procedimiento operatorio.

Angioplastia Percutánea y Aterectomía e Inserción de Endoprótesis Percutánea

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, se ha creado una nueva subcategoría para identificar la angioplastia y la aterectomía de vasos precerebrales e intracraneales, así como la inserción de endoprótesis de arteria carótida, otras precerebrales e intracraneales. La oclusión de la arteria carótida es una obstrucción o estrechamiento de las arterias carótidas. Estas arterias proporcionan sangre del corazón al cerebro. Una causa frecuente de la estenosis de la arteria carótida son las placas ateroscleróticas que impiden el flujo sanguíneo al cerebro, llevando al ataque cerebral. El tratamiento convencional es la endarterectomía carotídea, un procedimiento quirúrgico realizado bajo anestesia general.

Recientes avances en radiología intervencionista han hecho posible la terapia endovascular (angioplastia percutánea (PTA) e inserción de endoprótesis) como alternativa a muchos abordajes quirúrgicos invasivos. La PTA precerebral, carotídea e intracraneal con inserción de endoprótesis se lleva a cabo en la sala de cateterismo y supone el inflado de un dispositivo parecido a un balón en la sección estrechada de la arteria para reabrir el vaso. La endoprótesis luego es desplegada dentro del vaso. Se usan filtros para capturar cualquier partícula que pueda ser desprendida para prevenir la disección arterial o el ataque cerebral embólico. La endoprótesis permanece en su lugar permanentemente.

La guía para la asignación del código es la localización de la angioplastia y la colocación de la endoprótesis. Antes de la creación de estos códigos nuevos, no había códigos de procedimiento para la angioplastia, aterectomía e inserción de endoprótesis en las arterias carótida, intracraneales y precerebrales.

Nueva subcategoría 00.6 Procedimientos de vasos sanguíneos

Excluye:

- angioplastia o aterectomía de otros vasos no coronarios (39.50)
- inserción de endoprótesis en arteria coronaria (36.06-36.07)
- inserción de endoprótesis recubiertas en vaso periférico (00.55)
- inserción de endoprótesis no recubierta en vaso periférico (39.90)

Nuevo código

00.61 Angioplastia percutánea o aterectomía de vaso(s) precerebral(es) (extracraneales)

Basilar
Carótida
Vertebral

Codifique también cualquier:

- inyección o infusión de agente trombolítico (99.10)
- inserción percutánea de endoprótesis de arteria carótida (00.63)
- inserción percutánea de endoprótesis de otra arteria precerebral (00.64)

Excluye: angioplastia o aterectomía de otro(s) vaso(s) no coronario(s) (39.50)
retirada de obstrucción de vaso cerebrovascular con abordaje abierto (38.01-38.02, 38.11-38.12, 38.31-38.32, 38.41-38.42)

Nuevo código

00.62 Angioplastia percutánea o aterectomía de vaso(s) Intracraneal(es)

Codifique también cualquier:

inyección o infusión de agente trombolítico (99.10)

inserción percutánea de endoprótesis intracraneal (00.65)

Excluye: angioplastia o aterectomía de otro(s) vaso(s) no coronario(s) (39.50)
retirada de obstrucción de vaso cerebrovascular con abordaje abierto (38.01-38.02, 38.11-38.12, 38.31-38.32, 38.41-38.42)

Nuevo código

00.63 Inserción percutánea de endoprótesis de arteria carótida

Incluye el uso de cualquier dispositivo para profilaxis embólica, dispositivo de profilaxis distal, filtro o sistema de colocación de endoprótesis

Endoprótesis no liberadora de fármaco

Codifique también la angioplastia o aterectomía percutánea de vasos(s) precerebral(es) (00.61)

Nuevo código

00.64 Inserción percutánea de endoprótesis de otra arteria precerebral (extracraneal)

Incluye el uso de cualquier dispositivo para profilaxis embólica, dispositivo de profilaxis distal, filtro o sistema de colocación de endoprótesis

Endoprótesis basilar

Endoprótesis vertebral

Endoprótesis no liberadora de fármaco

Codifique también la angioplastia o aterectomía percutánea de vasos(s) precerebral(es) (00.61)

Nuevo código

00.65 Inserción percutánea de endoprótesis vascular intracraneal

Incluye el uso de cualquier dispositivo para profilaxis embólica, dispositivo de profilaxis distal, filtro o sistema de colocación de endoprótesis

Codifique también la angioplastia o aterectomía percutánea de vasos(s) intracraneal(es) (00.62)

Trasplante Procedente de Donante

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, se han creado nuevos códigos para distinguir entre trasplante procedente de donante vivo relacionado, vivo no relacionado o cadáver tal como sigue:

- 00.91 trasplante de donante relacionado
- 00.92 trasplante de donante no relacionado
- 00.93 trasplante de cadáver

Nueva subcategoría 00.9 Otros procedimientos e intervenciones

Nuevo código 00.91 Trasplante procedente de donante vivo relacionado
Codifique también el procedimiento de trasplante de órgano

Nuevo código 00.92 Trasplante procedente de donante vivo no relacionado
Codifique también el procedimiento de trasplante de órgano

Nuevo código 00.93 Trasplante procedente de cadáver
Codifique también el procedimiento de trasplante de órgano

Pregunta:

Un hombre de 52 años con enfermedad renal en estado terminal es ingresado para trasplante de riñón. El riñón donado es un amigo no relacionado con el paciente. ¿Cuál es el código adecuado para el trasplante de órgano?

Respuesta:

Asigne el código 55.69, Otro trasplante de riñón, y el código 00.92, Trasplante de donante vivo no relacionado.

Inserción de Implante Palatal

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, se ha creado un nuevo código para informar de la inserción de implante palatal.

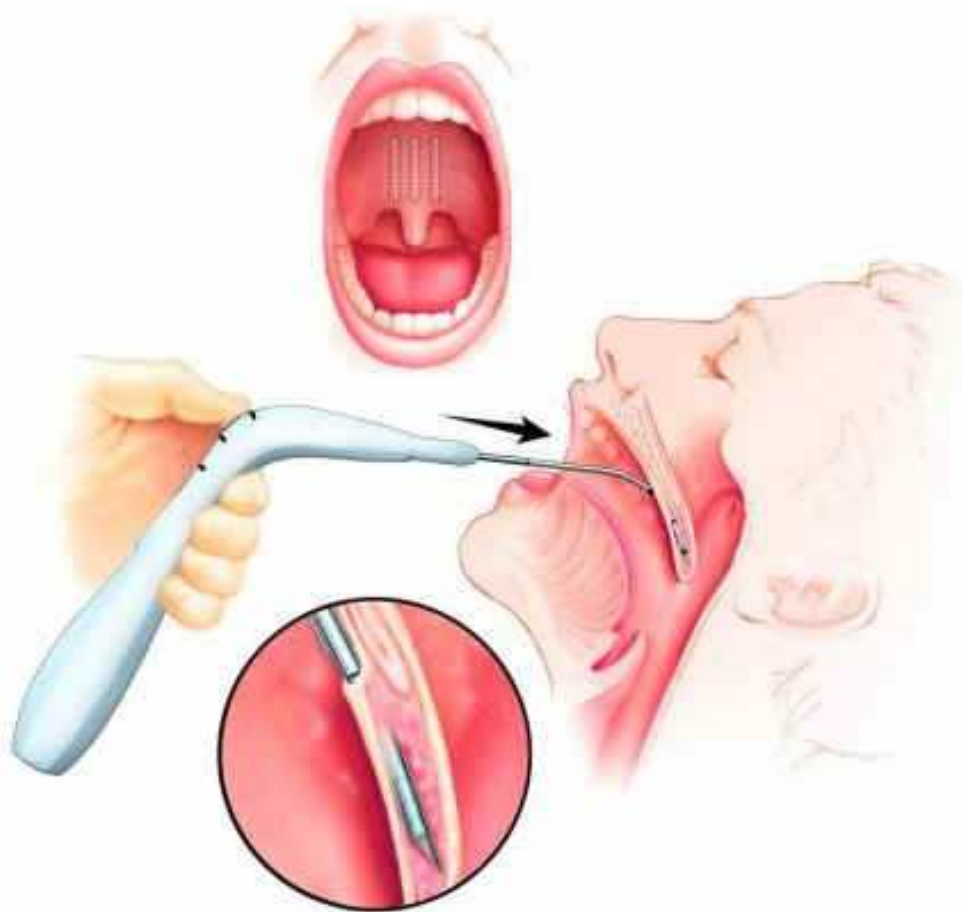
La inserción de un implante palatal es un tratamiento mínimamente invasivo para el tratamiento del ronquido que no supone cauterización o retirada de tejido. El sistema de implante está específicamente diseñado para reducir el ronquido fortaleciendo el paladar blando con el uso de medios mecánicos añadiendo la fibrosis causada por la presencia de un implante. El implante palatal consiste en un implante de poliéster no absorbible y su instrumento de introducción.

El procedimiento comprende la colocación de tres implantes en el paladar blando, que está localizado detrás del cielo de la boca. Un implante es colocado en la línea media del paladar blando, y dos son colocados lateralmente. Los implantes sirven para promover la fibrosis dentro del paladar blando, lo cual reduce la vibración del tejido blando que es el mayor responsable del sonido del ronquido. En un paciente con apnea obstructiva del sueño, el efecto de fortalecimiento de los implantes reducen la tendencia del paladar blando a crear una obstrucción. Los implantes cuidadosamente diseñados para proporcionar estos efectos sin afectar de forma adversa la función del paladar.

El procedimiento puede ser realizado en un solo acto. Puede realizarse conjuntamente con otros procedimientos nasofaríngeos tales como tonsilectomía, uvulopalatofaringoplastia (UPPP), uvulopalatoplastia asistida por láser (LAUP) y otros procedimientos sobre la lengua.

Nuevo código

27.64 Inserción de implante palatal



Implante palatal ^{NT}

más información en:

<http://www.restoremedical.com/physicians.asp>

Dispositivo de Asistencia Cardíaca Externo Percutáneo

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, el código **37.68** ha sido creado para la inserción de dispositivo de asistencia cardíaca externo percutáneo. Este nuevo código distinguirá el procedimiento de la tecnología anterior que requería cirugía cardiorádica para la inserción del dispositivo de asistencia cardíaca.

El procedimiento es realizado percutáneamente con un acceso canular al corazón a través de la vena femoral de la parte alta de la pierna. En algunos pacientes puede necesitarse una incisión alternativa para el acceso venoso. Un electrodo y un catéter-guía son introducidos a través del acceso venoso hasta la aurícula derecha del corazón. Se realiza una punción transeptal atravesando el septum auricular y entrando en la aurícula izquierda. Se coloca una guía a través del septum hasta la aurícula izquierda. La cánula de flujo transeptal avanza sobre la guía. Tras la confirmación del correcto emplazamiento de la cánula usando angiografía o ecocardiografía, la guía es retirada y la cánula asegurada en su posición. Una segunda cánula para el flujo sanguíneo de retorno se coloca en la arteria femoral. Ambas cánulas son conectadas a la bomba y se realiza el purgado de aire del sistema. La bomba es puesta en marcha y se ajusta el nivel deseado de descarga ventricular.

La bomba permanece externa al cuerpo. Está diseñada para ser usada en períodos relativamente cortos de tiempo. El dispositivo proporciona soporte circulatorio mecánico a pacientes que no son candidatos a la cirugía debido a su estado de deterioro clínico.

La explantación o retirada del dispositivo de asistencia cardíaca externo percutáneo está codificado en el 97.44, Retirada no operatoria de sistema de asistencia cardíaca.

Revisar título 37.6 Implantación de sistema de asistencia cardíaca y circulatoria

Revisar título 37.62 ~~Implantación~~ Inserción de otro sistema de asistencia cardíaco no implantable

Borrar término de inclusión ~~Inserción de bomba centrífuga~~

Borrar término de inclusión ~~Inserción de sistema de asistencia cardíaco, no especificado como pulsátil~~

Añadir exclusión

Excluye:

inserción de dispositivo de asistencia cardíaco externo percutáneo (37.68)

Revisar título 37.63 ~~Sustitución y r~~ Reparación de sistema de asistencia cardíaco

Añadir término de inclusión Sustitución de partes de un dispositivo de asistencia ventricular existente (VAD)

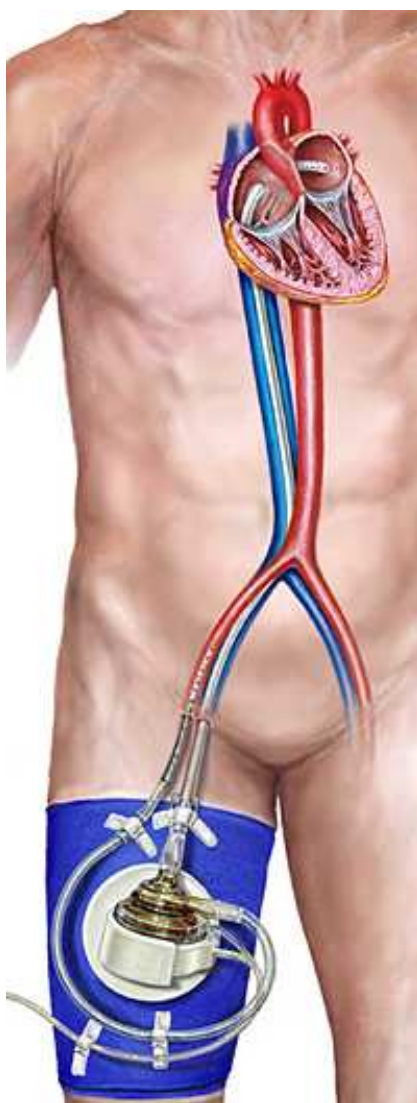
Revisar exclusión

Excluye:

 Sustitución o reparación de otro componente implantable de sistema de asistencia cardíaco [corazón artificial] (37.54)

Revisar exclusión Sustitución o reparación de unidad torácica de sistema de asistencia cardíaca [corazón artificial] (37.53)

	37.64	Retirada de sistema de asistencia cardíaco
Añadir exclusión	Excluye:	<u>explantación [retirada] de dispositivo de asistencia cardíaca externo percutáneo (97.44)</u>
Revisar título	37.65	Implantación de sistema de asistencia cardíaco externo pulsátil
Revisar nota		Nota: Dispositivo no implantable (fuera del cuerpo pero conectado al corazón) con bombeo y circulación externo <u>Incluye procedimiento a tórax abierto (esternotomía) para fijación de cánulas</u>
Añadir exclusión	Excluye:	<u>inserción de dispositivo de asistencia cardíaco externo percutáneo (37.68)</u>
Revisar título	37.66	Implantación Inserción de sistema de asistencia cardíaca pulsátil implantable
Añadir término de inclusión		<u>Sistema de asistencia cardíaca de flujo axial</u> <u>Sistema de asistencia cardíaca de bomba diagonal</u> <u>Dispositivo de asistencia ventricular izquierdo (LVAD)</u> <u>Sistema de asistencia cardíaco pulsátil</u> <u>Dispositivo de asistencia ventricular derecho (RVAD)</u> <u>Sistema de asistencia cardíaca de bomba rotatoria</u> <u>Sistema de asistencia ventricular VAD) no especificada de otra manera</u>
Revisar exclusión	Excluye:	implantación de sistema de sustitución cardíaca total [<u>corazón artificial</u>] (37.52)
Añadir término de exclusión		<u>inserción de dispositivo de asistencia cardíaco externo percutáneo (37.68)</u>
Nuevo código	37.68	Inserción de dispositivo de asistencia cardíaco externo percutáneo Incluye inserción percutánea [femoral] de accesorios de cánulas Dispositivo de asistencia circulatoria Dispositivo de asistencia cardíaco extrínseco pVAD Dispositivo de asistencia cardíaco percutáneo



Dispositivo de asistencia cardíaca externo percutáneo ^{NT}

más información en:

<http://www.ihc.com/xp/ihc/lhs/hospital/services/artificialheart/devices.xml>

Dispositivo en Apéndice Auricular Izquierdo

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, el código **37.90**, ha sido creado para la inserción de dispositivo en apéndice auricular izquierdo.

Este procedimiento incluye la inserción percutánea de un dispositivo en el apéndice auricular izquierdo. El dispositivo es insertado con un sistema de liberación mediante catéter con el paciente consciente en sedación. El dispositivo es una jaula o marco hecho de nitinol (acrónimo de Nickel Titanium Naval Ordnance Laboratory, aleación de níquel y titanio con propiedades superelásticas y con memoria de forma ^{NT}). El dispositivo es implantado de forma permanente en el ostium del apéndice auricular izquierdo o distal al mismo. Dependiendo del fabricante el dispositivo puede ser ocluidor o filtro. Puede usarse fluoroscopia, ecocardiografía transesofágica (TEE) y/o ecocardiografía intracardíaca (ICE) para localizar el apéndice auricular izquierdo.

El dispositivo es implantado para prevenir trombos y reducir el riesgo de ataques cerebrales en pacientes con fibrilación auricular. Cuando se presenta fibrilación auricular, la sangre no es bombeada efectivamente hacia las cámaras inferiores del corazón o ventrículos. La sangre puede entonces acumularse y estancarse en la aurícula, que pueden conducir a trombos y ataques cerebrales. De acuerdo con la Asociación Americana del Corazón, aproximadamente el 15% de los ataques cerebrales ocurren en pacientes con fibrilación auricular. Estudios indican que más de un 90% de ataques cerebrales relacionados con fibrilación auricular no reumática resultan de coágulos sanguíneos formados en el apéndice de la aurícula izquierda.

Nuevo código izquierdo

37.90 Inserción de dispositivo en apéndice auricular

Filtro auricular izquierdo

Ocluidor auricular izquierdo

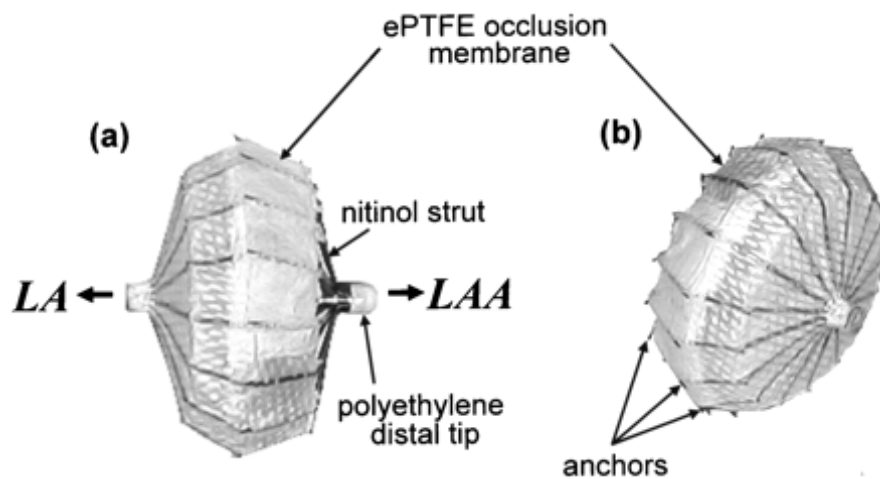
Técnica de catéter transeptal

Añadir exclusión

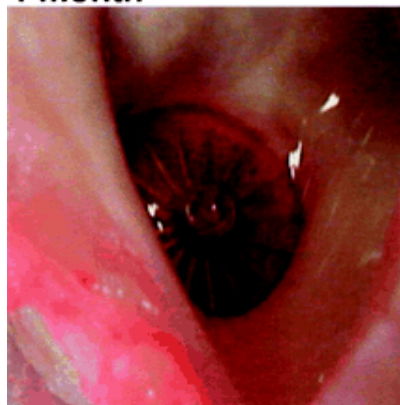
37.99 Otro

Excluye:

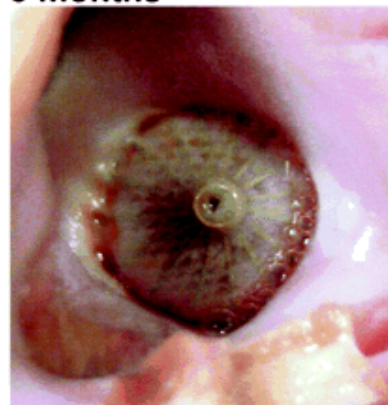
inserción de dispositivo en apéndice auricular Izquierdo (37.90)



1 month



3 months



Dispositivo en apéndice auricular izquierdo^{NT}

más información en:

<http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/105/18/2217>

Pregunta:

Un paciente con fibrilación auricular conocida es ingresado en el hospital donde se le realizó la implantación de un dispositivo en el apéndice auricular izquierdo. Se hizo un seguimiento con ecocardiografía transesofágica (TEE) durante el procedimiento ¿Cómo debería ser codificado?

Respuesta:

Asigne el código 427.31, Fibrilación auricular, como diagnóstico principal. Asigne el código 37.90, Inserción de dispositivo en apéndice de la aurícula izquierda, para la implantación percutánea de dispositivo en apéndice de la aurícula izquierda. Adicionalmente, el código 88.72, Ultrasonido diagnóstico del corazón, debe ser asignado para el seguimiento mediante TEE, si se desea.

Procedimientos Laparoscópicos Gástricos

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, se han creado nuevos códigos para expandir la información sobre la gastroenterostomía laparoscópica (**44.38**) y procedimientos laparoscópicos para la creación de competencia del esfínter esofágico (**44.67**). Antes de la creación de estos códigos la clasificación de procedimientos de la ICD-9-CM no proporcionaba un único código para describir estas cirugías laparoscópicas gástricas.

Nuevo código

44.38 Gastroenterostomía laparoscópica

Derivación:

gastroduodenostomía

gastroenterostomía

gastrogastrostomía

Gastroyeyunostomía laparoscópica sin
gastrectomía NCOC

Excluye:

gastroenterostomía con abordaje abierto (44.39)

44.66 Otros procedimientos para crear competencia del
esfínter esofagogástrico

Añadir exclusión

Excluye:

aquél por laparoscopia (44.67)

Nuevo código

**44.67 Procedimientos laparoscópicos para creación de
competencia del esfínter gastroesofágico**

Funduplicatura

Cardioplastia gástrica

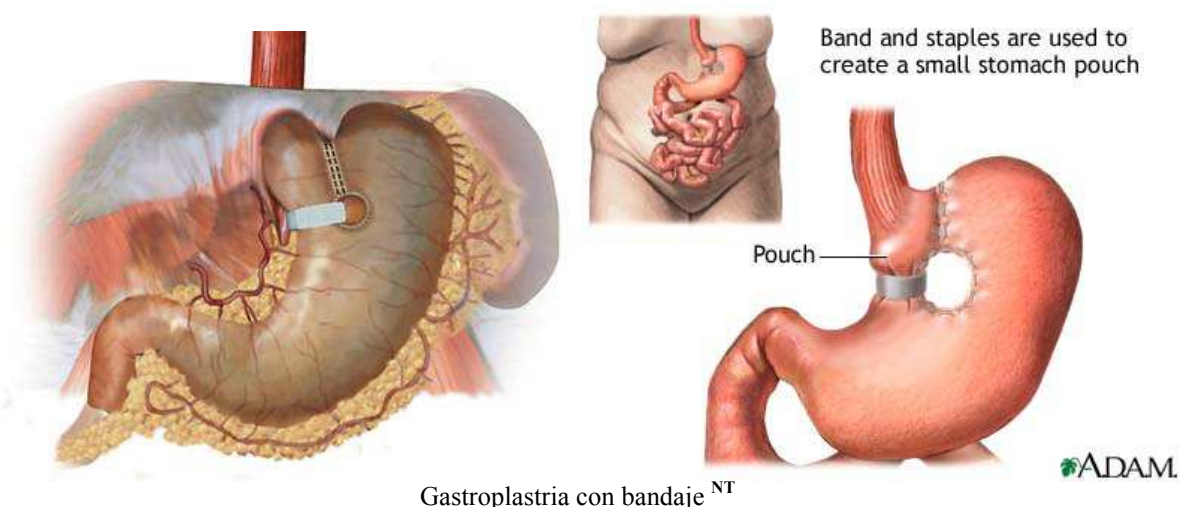
Funduplicatura de Nissen

Restauración del ángulo cardio-esofágico

Gastroplastia Laparoscópica

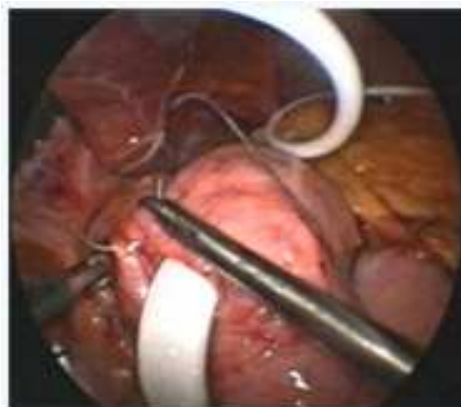
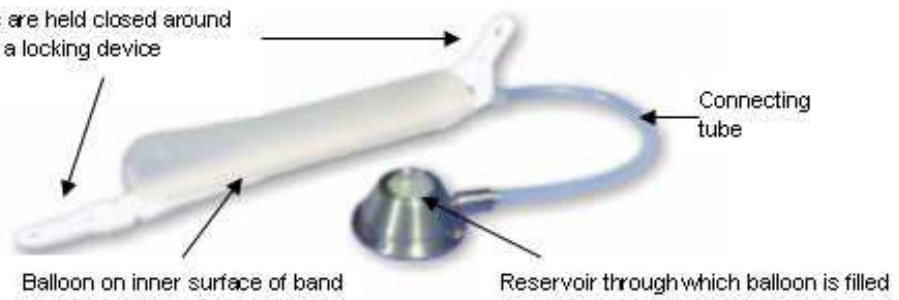
Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, se han creado nuevos códigos para informar separadamente la gastroplastia laparoscópica (**44.68**), el procedimiento gástrico restrictivo laparoscópico (**44.96**), la retirada laparoscópica de procedimiento gástrico restrictivo (**44.97**) y ajuste de tamaño del dispositivo gástrico restrictivo ajustable (**44.98**).

La gastroplastia laparoscópica incluye “bandaje” gástrico, “bandaje” de silastic (marca registrada por Dow Corning TM de un tipo de silicona elástica ^{NT}) vertical y gastroplastia con “bandaje” vertical (VGB). Este tipo de cirugía bariátrica (ver monográfico del *Coding Clinic* Tercer Trimestre de 2003 ^{NT}) incluye grapado del estómago vía laparoscópica. El procedimiento reduce el tamaño del estómago creando un estómago más pequeño con las grapas y colocando una banda al final del estómago pequeño, restringiendo la entrada de alimento y causando pérdida de peso.



Los procedimientos restrictivos gástricos laparoscópicos incluyen “bandaje” ajustable e inserción de puerto por vía laparoscópica.. El procedimiento de banda gástrica ajustable laparoscópico fue ideado para inducir pérdida de peso restringiendo la entrada de alimento. A diferencia de la gastroplastia laparoscópica no está incluido el grapado. Durante el procedimiento, se usa la técnica laparoscópica para colocar una banda ajustable de silicona alrededor de la parte alta del estómago para crear una bolsa gástrica más pequeña con una salida estrechada. El tamaño de la salida puede ser ajustado inyectando una solución salina en un pequeño reservorio (puerto) colocado bajo la piel en el mismo tiempo que la cirugía, y conectado a la banda por un tubo. La bolsa se llena rápidamente con alimento sólido y se vacía lentamente para aliviar el hambre y producir sensación de plenitud. La banda necesita ajustarse mientras continúe la pérdida de peso. Los ajustes de la banda se deben realizar en la consulta del médico con una aguja a través de la piel. Algunos ajustes pueden ser realizados en la sala de rayos usando seguimiento radiológico. Las complicaciones de los procedimientos gástricos restrictivos laparoscópicos incluyen infección, escapes o deslizamientos de la banda, llevando la retirada o revisión del dispositivo gástrico.

These ends are held closed around stomach by a locking device



Food enters the new small pouch at the top of your stomach



Food passes slowly through the stoma created by the band into the main part of your stomach

Procedimiento gástrico restrictivo o Banda gástrica ajustable ^{NT}

más información en:

http://www.lap-surgery.com/en/morbid_gastric_band_tech.htm

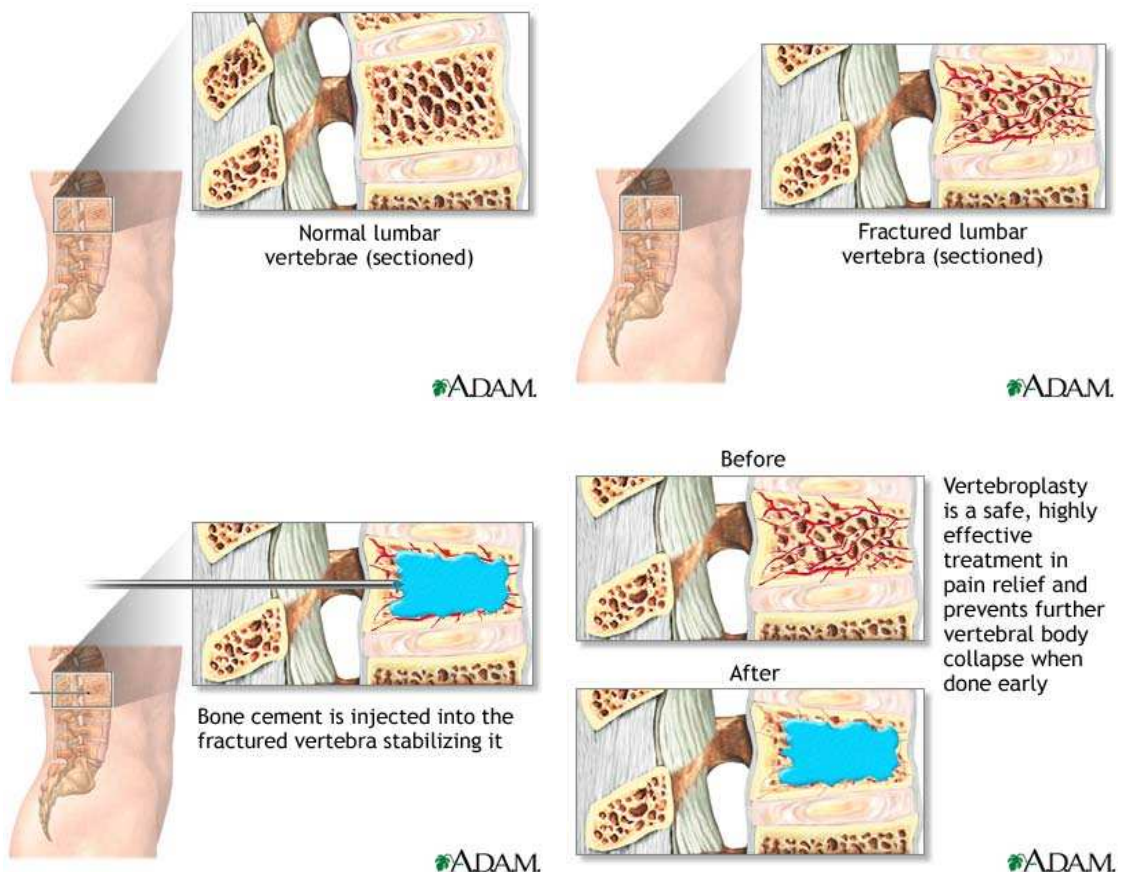
Nuevo código	<p>44.68 Gastroplastia laparoscópica Colocación de banda Banda vertical de silastic Gastroplastia vertical con banda (VBG) Codifique también cualquier gastroenterostomía laparoscópica sincrónica (44.38)</p> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 5px; margin-bottom: 5px;">Excluye:</div> inserción de banda gástrica ajustable por laparoscopia (procedimiento restrictivo) (44.95) otra reparación de estómago con abordaje abierto (44.61-44.65, 44.69)
Nuevo código	<p>44.95 Procedimiento laparoscópico gástrico restrictivo Inserción de banda gástrica ajustable y reservorio</p> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 5px; margin-bottom: 5px;">Excluye:</div> gastroplastia laparoscópica (44.68) otra reparación de estómago (44.69)
Nuevo código	<p>44.96 Revisión de procedimiento laparoscópico gástrico restrictivo Revisión o sustitución de: banda gástrica ajustable reservorio gástrico subcutáneo</p>
Nuevo código	<p>44.97 Retirada laparoscópica de dispositivo gástrico restrictivo Retirada de uno o ambos: banda gástrica ajustable reservorio gástrico subcutáneo</p> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 5px; margin-bottom: 5px;">Excluye:</div> retirada no operatoria de dispositivo restrictivo gástrico (97.86) retirada de dispositivo restrictivo gástrico por vía abierta (44.99)
Nuevo código	<p>44.98 Ajuste (laparoscópico) de tamaño de dispositivo gástrico restrictivo ajustable Infusión de solución salina para apretado del dispositivo Extracción de solución salina para aflojado del dispositivo</p> <p>Codifique también cualquier: ecografía abdominal (88.76) fluoroscopia de pared abdominal (88.09) ingestión de bario (87.61)</p>

Vertebroplastia y Cifoplastia

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, se han creado nuevos códigos para informar independientemente la vertebroplastia (**81.65**) y la cifoplastia (**81.66**). Antes de este cambio, los procedimientos eran informados con el código 78.49, Otras reparaciones u operaciones plásticas de hueso, otra.

La vertebroplastia y cifoplastia son ambos procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos para el tratamiento de fractura con compresión vertebral debida a osteoporosis, osteolisis o, menos frecuentemente, cáncer, donde un material semejante a cemento es inyectado en el hueso colapsado. Este material endurece y estabiliza la fractura y proporciona un alivio inmediato del dolor en muchos casos. La cifoplastia difiere de la vertebroplastia en que la cifoplastia incluye un paso adicional en orden a restituir el cuerpo vertebral colapsado en su altura original.

La vertebroplastia es realizada a menudo en régimen ambulatorio, y se acompaña de la inyección de un preparado de cemento ortopédico dentro de la vértebra colapsada. Una aguja hueca (trocar) se pasa dentro del hueso vertebral y se inyecta el preparado de cemento incluyendo polimetilmetacrilato (PMMA), polvo baritado y disolvente.



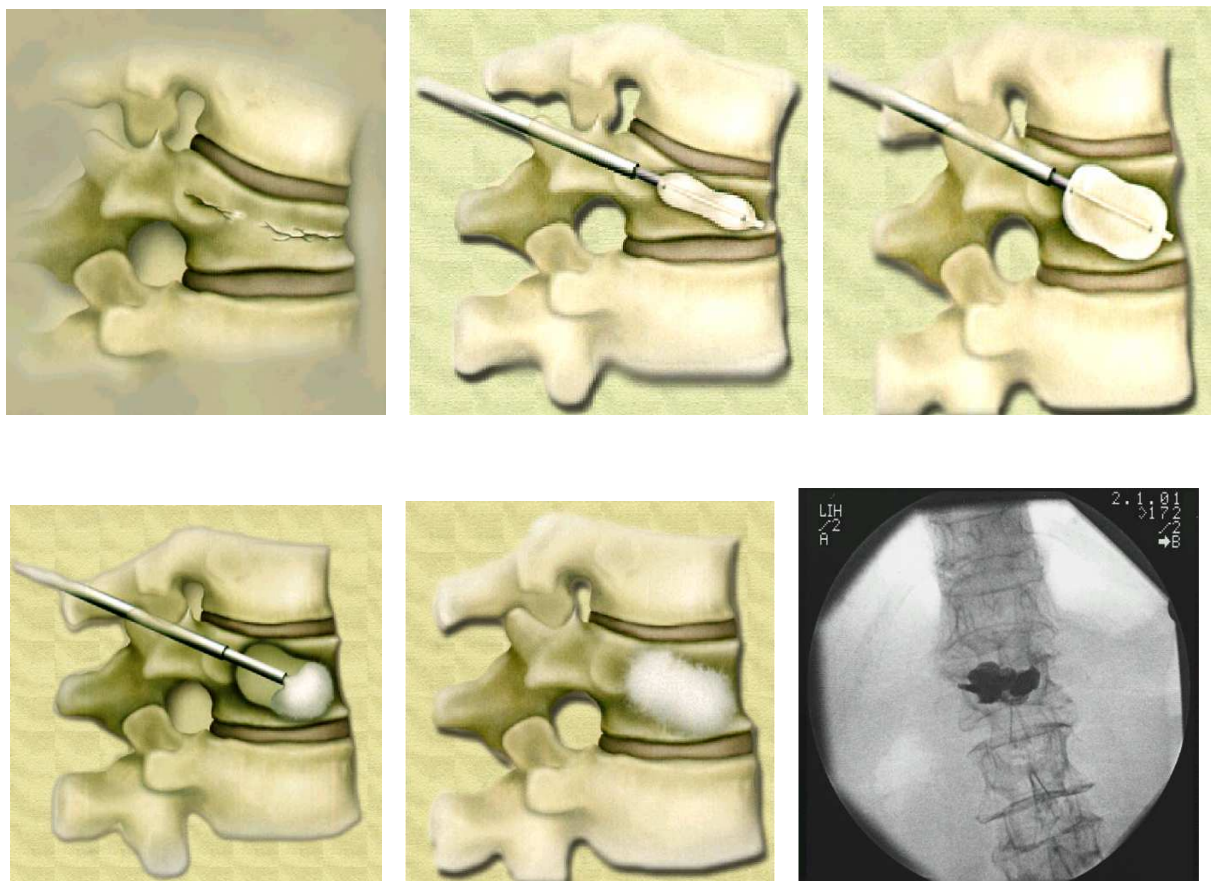
Vertebroplastia ^{NT}

más información en:

<http://www.aafp.org/afp/20020815/611.html>

La cifoplastia se realiza normalmente con el paciente ingresado, pero puede ser realizado con procedimiento ambulatorio. Se indica en pacientes con fractura con compresión vertebral donde la restauración de la altura del cuerpo vertebral es importante, más frecuentemente en las fracturas agudas y algunas crónicas. Este procedimiento incluye la colocación de un tubo estrecho que crea una vía por0 la espalda en el área de la fractura a través del pedículo de la vértebra implicada bajo anestesia general. Un balón u otro dispositivo tal como compactador de hueso se inserta a través de la cánula y se infla, dejando una cavidad dentro de la cual se introduce un material semejante al cemento (polimetilmetacrilato). El objetivo es que inflando el balón se reestablezca la altura de la vértebra al menos parcialmente. La diferencia entre la cifoplastia y una reducción real de fractura es que si la reducción no se consigue con la cifoplastia, el cirujano no lo intentará de nuevo.

Los posibles riesgos con ambos procedimientos incluyen reacciones anestésica, sangrado, aumento del dolor de espalda, síntomas neurológicos tales como entumecimiento u hormigueo, infección y trombosis venosa profunda. Con la vertebroplastia hay una posibilidad que una pequeña cantidad de cemento pueda escaparse fuera del cuerpo vertebral. Esto usualmente no causa problemas graves, a no ser que el cemento entre en contacto con los nervios espinales de alrededor o la médula y los comprima o irrite. Con la técnica de la cifoplastia el riesgo es relativamente bajo, sin embargo hay una posibilidad remota de que algo de cemento pueda entrar en contacto o irritar los nervios espinales o la médula.



Esquemas y radiografías de Cifoplastia ^{NT}

más información en:

http://www.espineinstitute.com/Minimal_Kyphoplasty.htm

Nuevo código**81.65 Vertebroplastia**

Inyección de relleno de hueso óseo (cemento) (polimetilmetacrilato) (PMMA) dentro del cuerpo vertebral fracturado o patológico
cifoplastia (81.66)

Excluye:

Nuevo código**81.66 Cifoplastia**

Inserción de balón inflable, compactador de hueso u otro dispositivo para crear una cavidad para restauración parcial de la altura del cuerpo vertebral patológico o fracturado antes de la inyección de relleno de hueso óseo (cemento)(polimetilmetacrilato) (PMMA)
vertebroplastia (81.65)

Excluye:

Pregunta:

Un paciente con fractura con compresión es sometido a cifoplastia. El médico documenta que tuvo una buena restauración de la altura vertebral. ¿Cómo debería codificarse este procedimiento?

Respuesta:

Asigne el código 81.66, Cifoplastia, para el procedimiento realizado. La cifoplastia incluye la canulización del pedículo con una cánula en el cuerpo vertebral. Se inserta un balón a través de la cánula y se infla, dejando un hueco en el cual se introduce un pegamento óseo (polimetilmetacrilato). Lo que se espera es que, inflando el balón, la altura de la vértebra se reestablezca al menos parcialmente. Esto no es una verdadera reducción de fractura; no asigne el código 03.53, Reparación de fractura de vértebra.

Esta información sustituye la publicada previamente en *Coding Clinic*, Cuarto Trimestre de 1999, página 22; Segundo trimestre de 2002, páginas 14-15 (página 9 de la versión traducida ^{NT}), y Segundo Trimestre de 2003, página 22 (página 16 de la versión traducida ^{NT}).

Dispositivo de Alargamiento de Miembro

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, se han creado nuevos códigos para identificar los dispositivos de alargamiento interno de miembro. Los códigos nuevos distinguen entre dispositivo de alargamiento interno de miembro con distracción cinética (**84.53**) y otros dispositivos de alargamiento interno de miembro (**84.54**).

El dispositivo de alargamiento interno del miembro fue desarrollado para evitar algunos de los problemas asociados con el uso de dispositivos de alargamiento externos (ej. infección, dolor, mal alineamiento y estrés psicológico). El dispositivo interno es un sistema de alargamiento “cerrado” que se compone de: (a) secciones proximal y distal telescópicas, (b) mecanismo de distracción y (c) mecanismo de respuesta de indicación de longitud. Los componentes proximal y distal son los únicos que tienen superficie expuesta.

Inserción de Relleno de Huevo Oseo

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, el código **84.55** se ha creado para identificar la inserción de relleno de hueso óseo. Los rellenos de hueso óseo incluyen cemento acrílico, cemento de hueso óseo, relleno de hueso óseo basado en calcio y polimetilmetacrilato (PMMA). Adicionalmente, el código 84.59 ha sido creado para la inserción de otros dispositivos vertebrales.

Los rellenos de hueso óseo se usan para ocupar espacios o huecos de huesos de las extremidades, pelvis y columna. Los espacios pueden ser debidos a lesiones o a cirugía. Tradicionalmente en la reparación de las fracturas se han usado injertos autólogos de hueso para llenar los huecos óseos. El injerto óseo es normalmente recogido de la cresta iliaca del paciente. Una de las desventajas de los injertos autólogos de hueso es la disponibilidad limitada de material para injertar defectos grandes. Otras desventajas incluyen patología del lugar de donación, falta de una estabilidad mecánica inmediata proporcionada por el injerto y alargamiento del tiempo quirúrgico. Se han desarrollado productos sintéticos para rellenar huecos óseos y abordar algunas de las desventajas relacionadas con la obtención de injertos óseos.

Hay dos tipos principales de rellenos de hueso óseo: aquellos que se insertan directamente y los que requieren preparación e inserción con dispositivos especiales. Ambos tipos de rellenos de hueso óseo se informan usando el mismo código.

Nuevo código

84.55 Inserción de relleno de hueso óseo

Inserción de:

cemento acrílico (PMMA)

cemento de hueso óseo

relleno de hueso óseo a base de calcio

polimetilmetacrilato (PMMA)

Excluye:

aquella con cifoplastia (81.66)

aquella con vertebroplastia (81.65)

Nuevo código

84.59 Inserción de otros dispositivos vertebrales

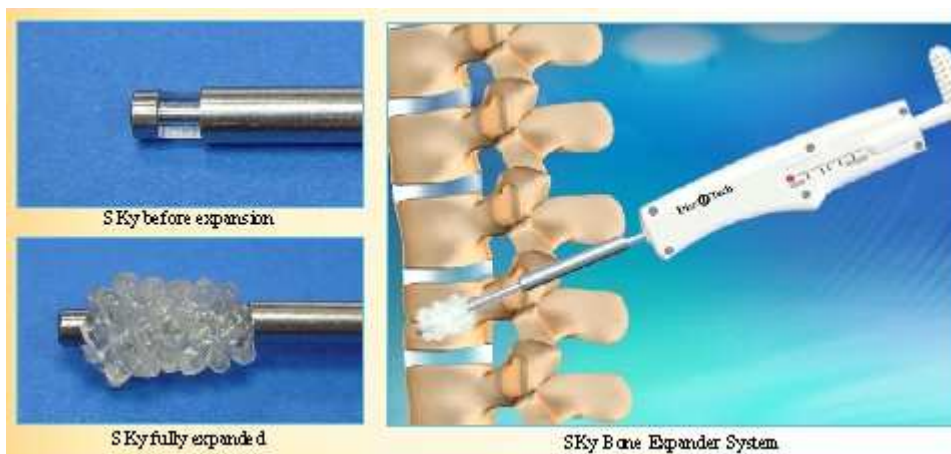
Pregunta:

Un paciente es sometido a una escisión de tumor de células gigantes en el fémur derecho. Se inserta polimetilmetacrilato como relleno del hueso ¿Cómo debería codificarse?

Respuesta:

Asigne el código 238.0, Neoplasia de comportamiento indeterminado, hueso y cartílago articular, para el tumor de células gigantes del fémur. Adicionalmente asigne el código 77.65, Escisión local de lesión o tejido del hueso, fémur, y el código 84.55, Inserción de relleno de hueso óseo, para los procedimientos realizados.

Esta información sustituye la publicada previamente en *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 1993, página 10.



Inserción de relleno de hueso óseo^{NT}

Prótesis de Disco Intervertebral

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, se han creado códigos nuevos para informar sobre procedimientos relacionados con la inserción, revisión y sustitución de prótesis de discos intervertebrales (**84.60-84.69**). Antes de este cambio, estos procedimientos eran plasmados con el 80.51, Escisión de disco intervertebral. Aunque el código 80.51 identifica la retirada del disco intervertebral, no plasma la sustitución del disco con una prótesis.

Los dispositivos o prótesis de disco intervertebral implican la sustitución de cualquier disco intervertebral completo o del núcleo del disco con los nuevos dispositivos diseñados para restablecer la altura del disco en pacientes con enfermedad degenerativa del mismo.

Actualmente, la fusión espinal o artrodesis es la opción de elección de tratamiento para pacientes con enfermedad generativa del disco tras fallar los tratamientos conservadores. El desarrollo de discos artificiales presenta una alternativa mínimamente invasiva a la fusión vertebral para reemplazar los núcleos discales degenerados y restaurar o mantener la función normal del disco.

Prótesis discales parciales: Hace referencia al dispositivo de sustitución del núcleo y está diseñado para sustituir el núcleo degenerado y restablecer la funcionalidad y anatomía de un disco normal. La implantación del dispositivo requiere primero una nucleotomía completa por vía de una pequeña anulotomía. La anulotomía es realizada usando un abordaje anterior, lateral o posterior de la columna. Se usa un balón para determinar el tamaño del espacio discal. El balón se inserta en el espacio discal y se llena con contraste, seguido de una evaluación fluoroscópica intraoperatoria. Se coloca el balón en el espacio discal y se llena con un polímero inyectable, llenando el espacio nuclear. El polímero se deja puesto formando por tanto un implante específico a medida del paciente. El balón se pega al polímero y permanece en su lugar después de la retirada del catéter.

Los códigos nuevos para prótesis discales parciales incluyen la columna cervical (84.61) y la lumbosacra (84.64). Hay un único código para las prótesis discales torácicas (84.63) que no distingue entre prótesis discal parcial o total.

Prótesis discal total: La prótesis discal total es un dispositivo consistente en dos placas hechas de aleación de cromo y cobalto de alta calidad. Se usan unos dientes de anclaje en los bordes para sujetarse a los platillos de los cuerpos vertebrales. Se coloca un núcleo deslizante de polietileno entre las placas. La prótesis discal está diseñada para imitar la función de un disco sano. El procedimiento quirúrgico para la implantación de una prótesis discal total usa un abordaje anterior. El anillo anterior es extirpado y se realiza una discectomía hasta el ligamento longitudinal posterior. Entonces es impactada la prótesis en su lugar.

Los nuevos códigos para la inserción de prótesis discal total incluyen la columna cervical (84.62) y la lumbosacra (84.65).

También se disponen de códigos separados para la revisión o sustitución de prótesis discales artificiales para la columna cervical (84.66), torácica (84.67), lumbosacra (84.68) y no especificada (84.69). Los códigos de revisión/sustitución no diferencian entre prótesis discales parciales o totales.

Nueva subcategoría 84.6 Sustitución de disco intervertebral

artroplastia sin fusión de vértebra con inserción de disco intervertebral protésico

Nuevo código 84.60 Inserción de prótesis de disco intervertebral, no especificado de otra manera

Sustitución de disco intervertebral, NEOM
 discectomía (discectomía)

Nuevo código 84.61 Inserción de prótesis parcial de disco intervertebral, cervical

Dispositivo de sustitución nuclear, cervical
Prótesis discal artificial parcial (flexible), cervical
Sustitución del núcleo discal (nucleus pulposus),cervical
 discectomía (discectomía)

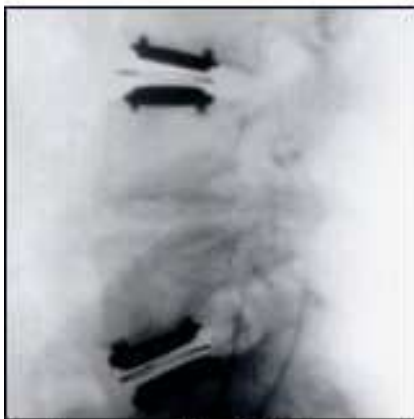
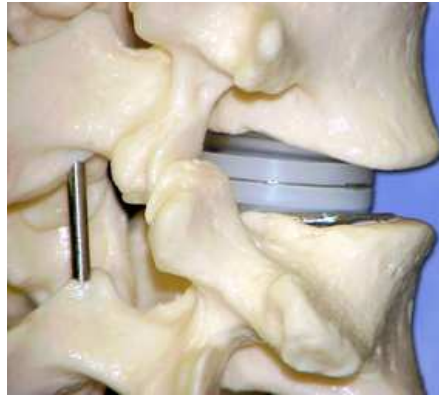
Nuevo código 84.62 Inserción de prótesis total de disco intervertebral, cervical

Sustitución de disco intervertebral cervical, NEOM
Sustitución total de disco intervertebral, cervical
Prótesis discal artificial total (flexible), cervical
 discectomía (discectomía)

Nuevo código 84.63 Inserción de prótesis de disco intervertebral, torácico

Prótesis discal artificial (flexible), torácica
Sustitución de disco intervertebral torácico, parcial o total
 discectomía (discectomía)

Nuevo código	<p>84.64 Inserción de prótesis parcial de disco intervertebral, lumbosacra Dispositivo de sustitución nuclear, lumbar Prótesis discal artificial parcial (flexible), lumbar Sustitución del núcleo discal (nucleus pulposus), lumbar <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">Incluye:</div> disquectomía (discectomía)</p>
Nuevo código	<p>84.65 Inserción de prótesis total de disco intervertebral, lumbosacra Sustitución de disco intervertebral lumbar, NEOM Sustitución total de disco intervertebral, lumbar Prótesis discal artificial total (flexible), lumbar <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">Incluye:</div> disquectomía (discectomía)</p>
Nuevo código	<p>84.66 Revisión o sustitución de prótesis de disco intervertebral, cervical Retirada de prótesis de disco intervertebral (parcial o total) con inserción sincrónica de una nueva prótesis (parcial o total), cervical Reparación de prótesis de disco intervertebral previamente insertada, cervical</p>
Nuevo código	<p>84.67 Revisión o sustitución de prótesis de disco intervertebral, torácica Retirada de prótesis de disco intervertebral (parcial o total) con inserción sincrónica de una nueva prótesis (parcial o total), torácica Reparación de prótesis de disco intervertebral previamente insertada, torácica</p>
Nuevo código	<p>84.68 Revisión o sustitución de prótesis de disco intervertebral, lumbosacra Retirada de prótesis de disco intervertebral (parcial o total) con inserción sincrónica de una nueva prótesis (parcial o total), lumbosacra Reparación de prótesis de disco intervertebral previamente insertada, lumbosacra</p>
Nuevo código	<p>84.69 Revisión o sustitución de prótesis de disco intervertebral, no especificada de otra manera Retirada de prótesis de disco intervertebral (parcial o total) con inserción sincrónica de una nueva prótesis (parcial o total) Reparación de prótesis de disco intervertebral previamente insertada</p>



disc prosthesis / cage

Modelos y radiografías de prótesis discales totales lumbares y cervicales ^{NT}

más información en:

<http://www.spineuniverse.com/displayarticle.php/article501.html>

Pregunta:

Un paciente es ingresado con un dolor persistente en la espalda baja debido a degeneración discal de L5-S1. Se realizó una discectomía L5-S1 anterior con inserción de un dispositivo discal artificial. ¿Cuál es el código apropiado para este ingreso?

Respuesta:

Asigne el código 722.52, Degeneración de disco intervertebral torácico o lumbar, Disco lumbar o lumbosacro, para la degeneración discal. Asigne el código 84.65, Inserción de prótesis discal total, lumbosacra, para la discectomía y la sustitución de disco intervertebral. No asigne el código 80.51, Escisión de disco intervertebral, ya que la discectomía está incluida en el código 84.65.

Generador de Pulsos del Neuroestimulador

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, se han creado códigos nuevos para identificar específicamente la inserción de generadores de pulsos de neuroestimulador de tipo simple o doble (**86.94-86.95**) así como la sustitución de otro generador de pulsos de neuroestimulador (**86.96**). Hay tres tipos de neuroestimuladores: intracraneal, espinal y periférico. Los neuroestimuladores consisten en dos componentes fundamentales: un generador de pulsos que es insertado en un bolsillo subcutáneo (bajo la piel del abdomen o tórax) y uno o más electrodos que están conectados al generador, tunelizados y localizados en el área diana. El generador de pulsos está equipado con una batería que se descargará con el tiempo y eventualmente necesita sustitución. La localización de los electrodos es permanente.

La asignación de códigos está basada en el área específica del sistema nervioso que a la que se dirige. Por ejemplo, asigne el código 86.94, Inserción o sustitución de generador de pulsos de neuroestimulación de tipo simple y el código 02.93, Implantación o sustitución de electrodo(s) de neuroestimulador intracraneal para informar de la localización tanto del generador de pulsos de tipo único como de los electrodos. La localización de los electrodos es el elemento distintivo. Los electrodos intracraneales están insertados en el cerebro, los electrodos espinales en la médula espinal y los electrodos periféricos en el nervio sacro. El generador de pulsos es similar para todos los tipos de neuroestimuladores.

Antes de la creación de estos códigos nuevos, la ICD-9-CM proporcionaba sólo dos códigos para la inserción y retirada del neuroestimulador. En ese tiempo estos dispositivos eran codificados con un dispositivo único. La clasificación de procedimientos no diferenciaba entre el electrodo y el generador de pulsos aunque dispositivos similares tales como marcapasos cardiacos sí hacían esta distinción. Además estos códigos no identificaban dispositivos de tipo simple o doble.

Nuevo código**86.94 Inserción o sustitución de generador de pulsos de neuroestimulador de tipo simple**

Generador de pulsos (tipo simple, canal único) para neuroestimulador intracraneal, espinal y periférico

Codifique también la implantación de electrodos asociada (02.93, 03.93, 04.92)

Nuevo código

86.95 Inserción o sustitución de generador de pulsos de neuroestimulador de tipo dual

Generador de pulsos (tipo dual, canal doble)
para neuroestimulador intracraneal, espinal y periférico

Codifique también la implantación de electrodos asociada (02.93, 03.93, 04.92)

Nuevo código

86.96 Inserción o sustitución de otro generador de pulsos de neuroestimulador

Codifique también la implantación de electrodos asociada (02.93, 03.93, 04.92)

Excluye:

inserción de generador de pulsos de neuroestimulador de tipo dual (86.95)

inserción de generador de pulsos de neuroestimulador de tipo simple (86.95)

Pregunta:

Un hombre de 68 años con estimulador cerebral por una historia de enfermedad de Parkinson avanzada es visto para sustitución de generador de tipo simple debido a fallo en la batería. El generador de pulsos fue diseccionado, externalizado y desconectado de los electrodos. Luego fue conectado un nuevo generador a los electrodos y colocado en el bolsillo subcutáneo sobre el tórax. ¿Cuál es la asignación correcta de códigos para este procedimiento?

Respuesta:

Asigne el código 86.94, Inserción o sustitución de generador de pulsos de neuroestimulación de tipo simple para esta sustitución de generador.



Generador del neuroestimulador^{NT}



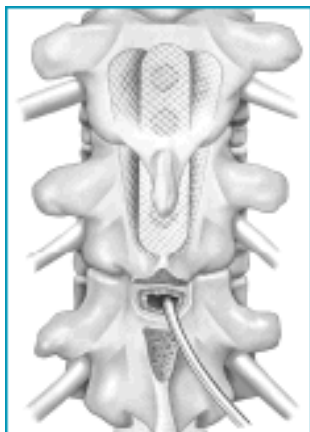
Electrodos del neuroestimulador^{NT}



Neuroestimulador intracraneal^{NT}



Neuroestimulador espinal^{NT}



Implantación de los electrodos del neuroestimulador^{NT}

Más información en:

http://www.medtronic.com/neuro/paintherapies/pain_treatment_ladder/neurostimulation/neuro_neurostimulation.html

Revisión de cardioversor/desfibrilador automático implantable (AICD)

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, se ha creado un nuevo código para identificar únicamente la revisión del dispositivo AICD. Antes de este cambio, una revisión de AICD era informada con el código 89.59, Otra medida cardiaca y vascular no operatoria.

La revisión a pie de cama de un dispositivo AICD no es igual que una estimulación y registro electrofisiológico cardiaco que se realiza en el corazón del paciente. La prueba del AICD es realizada sobre el dispositivo en sí. La evaluación de un AICD para asegurar que el dispositivo está operando de manera apropiada, tal como probar los umbrales de marcapasos del dispositivo, es un procedimiento no invasivo que puede ser realizado con toda seguridad a pie de cama. Este procedimiento es similar a la prueba de un marcapasos.

Revisar subcategoría 89.4 Pruebas de esfuerzo cardiaco, revisiones de marcapasos y de desfibrilador

Nuevo código **89.49 Revisión de cardioversor/desfibrilador automático implantable (AICD)**
Revisión a pie de cama de un AICD o de un desfibrilador de resincronización [CRT-D]
Revisión de umbral de marcapasos
Registro sólo sin inducción de arritmia

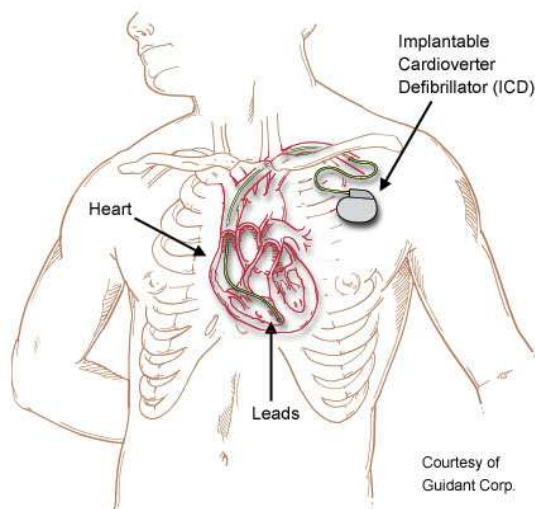
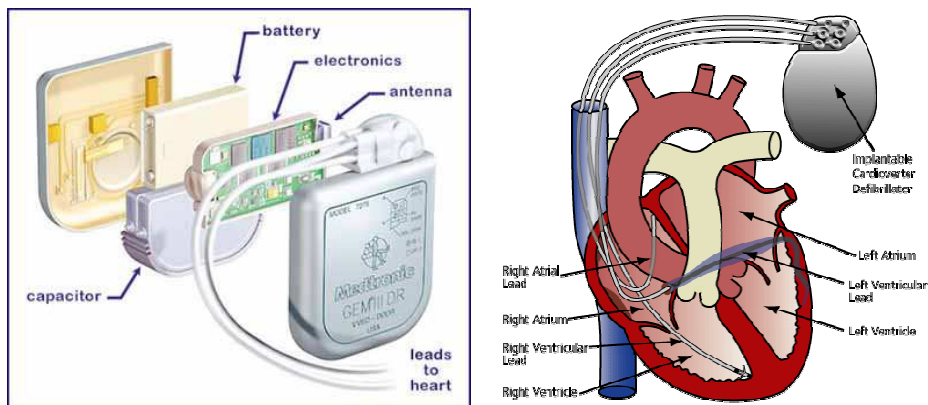
Pregunta:

¿Cuál es el código adecuado de procedimiento para una evaluación de AICD realizada a pie de cama?

Respuesta:

Asigne el código 89.49, Revisión de cardioversor/desfibrilador automático implantable (AICD).

Esta información sustituye la publicada en *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 2002, página 9 (página 5 de la versión traducida ^{NT}) y Tercer Trimestre de 2003, página 23 (página 17 de la versión traducida ^{NT}).



Cardioversor/desfibrilador automático implantable (AICD) ^{NT}

Pregunte al Editor

Pregunta:

Una mujer de 45 años de edad con fiebre, tos y secreción nasal es vista en la consulta médica. El diagnóstico al alta es bronquitis aguda con asma. La historia del paciente también documenta el asma. ¿Cuál debería ser el diagnóstico principal y qué quinto dígito para el código de asma debería ser usado?

Respuesta:

El diagnóstico principal es la bronquitis aguda 466.0. Una afección aguda debe ser secuenciada antes que una crónica. Ya que no hay documentación de que el asma sea exacerbada y el paciente no tiene un estatus asmático, debe usarse el quinto dígito 0 con el código 493.9, Asma no especificada. Un proceso infeccioso tal como la bronquitis aguda no es equivalente a una exacerbación del asma.

Pregunta:

Si un paciente tiene tanto una bronquitis aguda como una exacerbación aguda del asma, ¿qué afección debe secuenciarse primero?

Respuesta:

Cuando un paciente es ingresado con dos afecciones agudas, la afección que requiere más tratamiento o la que es mayor objetivo de cuidado debe ser secuenciada primero. Dos códigos se requieren para este caso, 466.0, Bronquitis aguda, y un código de la categoría 493, Asma, con el quinto dígito 2, con exacerbación (aguda). La bronquitis aguda no es equivalente a una exacerbación del asma.

Pregunta:

¿Puede un codificador informar de diagnósticos que están documentados en la historia por otros proveedores de nivel medio tales como enfermeras y médicos asistentes, pero no confirmados por el médico del ingreso?

Respuesta:

Sería adecuado usar la documentación de la historia clínica de otros proveedores, tales como enfermeras y médicos asistentes como base de la asignación de códigos para informar de diagnósticos si están considerados legalmente responsables de establecer un diagnóstico dentro de la normativa que rige el centro. La Guía Oficial para Codificación e Información define al proveedor como el individuo legalmente responsable de establecer un diagnóstico.

Pregunta:

De acuerdo con el *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 2000, página 9, es apropiado asignar el código 86.22, Desbridamiento escisional de herida, infección o quemadura, cuando un proveedor de cuidados de salud tal como un fisioterapeuta realiza un desbridamiento escisional. Sin embargo el *Coding Clinic* ha advertido también que la asignación de códigos se base sólo en la documentación del médico. Con el fin de codificación, cuando el fisioterapeuta documenta “desbridamiento escisional” debe confirmar el médico el procedimiento en la historia?

Respuesta:

La nota publicada en *Coding Clinic*, Segundo Trimestre de 2000, página 9, es aún válida. El código 86.22, Desbridamiento escisional de herida, infección o quemadura, debe ser asignado cuando un proveedor, tal como un fisioterapeuta documenta “desbridamiento escisional” en la historia clínica. Es adecuado asignar un código de procedimiento basado en la documentación de un profesional no médico cuando este profesional proporciona el servicio. Esta puede ser la única evidencia de que el servicio se ha proporcionado. Históricamente, las infusiones (ej. códigos 99.29, 99.20, etc.) cuando eran realizadas por una enfermera se han codificado. Esta misma norma se aplica para medicamentos que son ordenados por el médico, y luego administrados y documentados por la enfermera. Véase el *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 1997, páginas 3-4, y Cuarto Trimestre de 1998, páginas 85-86, para ejemplos de infusión intravenosa. Por favor, observe que esto solo se aplica en códigos de procedimientos donde hay documentación que sustentan el código. Esta norma no se aplica a codificación de diagnósticos.

Pregunta:

Por favor proporcione la instrucción de secuenciación para el código 358.01, Miastenia gravis con exacerbación (aguda), cuando el paciente tiene un fallo respiratorio agudo y miastenia gravis.

Respuesta:

Asigne el código 818.81, Fallo respiratorio agudo, como diagnóstico principal seguido del código 358.01, Miastenia gravis con exacerbación (aguda) como diagnóstico secundario.

El fallo respiratorio agudo (518.1) debe ser asignado como diagnóstico principal si lleva al ingreso en el hospital, o puede ser listado como afección asociada si ocurre tras el ingreso. El código 518.5 es asignado cuando el fallo respiratorio ocurre a continuación de cirugía o traumatismo. Esto se aplica en fallos respiratorios resultante de afecciones tanto respiratorias como no respiratorias, a no ser que el Índice alfabético o la lista tabular indiquen den instrucciones en otro sentido.

Aclaración

Fallo diastólico y Sistólico con Fallo Cardíaco Congestivo

Pregunta:

De acuerdo con el *Coding Clinic*, Cuarto Trimestre de 2002, páginas 52-53 (página 41 de la versión traducida ^{NT}), cuando un diagnóstico es listado como fallo cardíaco congestivo sistólico, diastólico o sistólico y diastólico combinado, el código 428.0, Fallo cardíaco congestivo, se informa en conjunto con los códigos nuevos que fueron creados para el fallo cardíaco sistólico (428.20-428.23), fallo cardíaco diastólico (428.30-428.33) y fallo cardíaco sistólico y diastólico combinado (428.40-428.43). Mientras entendamos que el código adicional para el fallo cardíaco congestivo es necesario para especificarlo, nos gustaría aclarar este tema ya que no hay ninguna nota de instrucción de “codifique también 428.0” o “use código 428.0 adicional” impreso en la ICD-9-CM bajo la subcategoría 428.2, 428.3 o 428.4.

Respuesta:

La nota publicada en *Coding Clinic*, Cuarto Trimestre de 2002, páginas 52-53 (página 41 de la versión traducida ^{NT}), es todavía válida. El fallo cardíaco congestivo no es un componente inherente del fallo cardíaco sistólico o diastólico. Cuando en el diagnóstico se relaciona fallo cardíaco congestivo junto con fallo cardíaco sistólico o diastólico, se deben poner los dos códigos. Por ejemplo, en un diagnóstico de “fallo cardíaco congestivo agudo combinado sistólico y diastólico” debe asignarse el código 428.41, Fallo cardíaco agudo sistólico y diastólico combinado, y 428.0, Fallo cardíaco congestivo, no especificado. Ambos códigos son necesarios para informar el tipo específico de fallo cardíaco, congestivo, diastólico y sistólico.

Noticia

Actualización de la ICD-9-CM de abril de 2005

No hubo solicitudes de propuestas con cambios de códigos en la reunión de noviembre de 2004 del Comité para la Coordinación y Mantenimiento (C&M) de la ICD-9-CM para el adelanto en abril de 2005. No hay por tanto cambios de códigos en la implementación del 1 de abril de 2005. (Véase la Noticia publicada en *Coding Clinic*, páginas 12-13, página 10 de la versión traducida, referente a la aparición de nuevas versiones de ICD-9-CM dos veces al año: el 1 de abril y el 1 de octubre a partir de 2005 ^{NT})

El programa de reuniones para 2005 del Comité para la Coordinación y Mantenimiento de la ICD-9-CM queda como sigue:

31 de marzo – 1 de abril de 2005
29-30 de septiembre de 2005

Todas las reuniones del C&M están abiertas al público general. Las reuniones se celebran en los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid en Baltimore, MD (estado de Maryland ^{NT}). Las agendas preliminares para las reuniones son expuestas aproximadamente un mes antes de la reunión en las siguientes direcciones web:

Diagnósticos:

<http://www.cdc.gov/nhc.icd9.htm>

Procedimientos:

<http://www.cms.hhs.gov/paymentsystems/icd9>

Para acudir al la reunión de marzo por favor regístrese online para el 25 de marzo de 2005 en <http://www.cms.hhs.gov/events>