AHA
Coding Clinic ™

for ICD-9-CM

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

Volumen 19 **Cuarto Trimestre**
Número 4 **2002**

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

En este número

Tabla de conversión de los nuevos códigos de ICD-9-CM
Volúmenes 1 y 2: Códigos de Diagnósticos nuevos y revisados
Actualización de códigos V a 1 de octubre de 2002 (año fiscal 2003)
Tabla de códigos V
Volumen 3: Códigos de Procedimientos nuevos y revisados
Noticias de corrección
Cambios en la Guía Oficial de Codificación

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*
042.0-042.9	1986	279.19
043.0-043.9	1986	279.19
044.0-044.9	1986	279.19
066.4	**2002**	**066.3**
070.20-070.21	1991	070.2
070.22	1994	070.20
070.23	1994	070.21
070.30-070.31	1991	070.3

título de código cambiado

* código borrado

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
070.32	1994	070.30
070.33	1994	070.31
070.41-070.43	1991	070.4
070.44	1994	070.41
070.49	1991	070.4
070.51-070.53	1991	070.5
070.54	1994	070.51
070.59	1991	070.5
077.98-077.99	1993	077.9
078.10-078.11, 078.19	1993	078.1
078.88	1993	078.89
079.4	1993	079.8
079.50-079.53, 079.59	1993	079.8
079.6	1996	079.89
079.81	1995	079.89
079.88-079.89	1993	079.8
079.98-079.99	1993	079.9
082.40-082.41, 082.49	2000	082.8
088.81	1989	088.8
088.82	1989	088.89
088.89	1989	088.8
099.40-099.49	1992	099.4
099.50-099.59	1992	078.89
112.84-112.85	1992	112.89
114.4-114.5	1993	114.3
176.0-176.9	1991	173.0-173.9
203.00	1991	203.0
203.01	1991	V10.79
203.10	1991	203.1
203.11	1991	V10.79
203.80	1991	203.8
203.81	1991	V10.79
204.00	1991	204.0
204.01	1991	V10.61
204.10	1991	204.1

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
204.11	1991	V10.61
204.20	1991	204.2
204.21	1991	V10.61
204.80	1991	204.8
204.81	1991	V10.61
204.90	1991	204.9
204.91	1991	V10.61
205.00	1991	205.0
205.01	1991	V10.62
205.10	1991	205.1
205.11	1991	V10.62
205.20	1991	205.2
205.21	1991	V10.62
205.30	1991	205.3
205.31	1991	V10.62
205.80	1991	205.8
205.81	1991	V10.62
205.90	1991	205.9
205.91	1991	V10.62
206.00	1991	206.0
206.01	1991	V10.63
206.10	1991	206.1
206.11	1991	V10.63
206.20	1991	206.2
206.21	1991	V10.63
206.80	1991	206.8
206.81	1991	V10.63
206.90	1991	206.9
206.91	1991	V10.63
207.00	1991	207.0
207.01	1991	V10.69
207.10	1991	207.1
207.11	1991	V10.69
207.20	1991	207.2
207.21	1991	V10.69
207.80	1991	207.8
207.81	1991	V10.69
208.00	1991	208.0
208.01	1991	V10.60
208.10	1991	208.1
208.11	1991	V10.60

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
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
256.31-256.39	2001	256.3
275.40-275.42	1997	275.4
275.49	1997	275.4
277.02-277.03, 277.09	**2002**	**277.00**
277.7	2001	277.8
278.00-278.01	1995	278.0
283.10-283.11, 283.19	1993	283.1
285.21-285.22, 285.29	2000	285.8

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
291.81	1996	291.8
291.89	1996	291.8
293.84	1996	293.89
294.10-294.11	2000	294.1
300.82	1996	300.81
305.1	1994	305.10, 305.11* 305.12, 305.13*
312.81-312.82, 312.89	1994	312.8
315.32	1996	315.39
320.81-320.89	1992	320.8
333.92-333.93	1994	333.99
337.20-337.22, 337.29	1993	337.9
337.3	1998	337.9
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

* código borrado

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
355.71	1993	354.4
355.79	1993	355.7
357.81-357.82, 357.89	**2002**	**357.8**
359.81, 359.89	**2002**	**359.8**
365.83	**2002**	**365.89**
371.82	1992	371.89
372.81, 372.89	2000	372.8
374.87	1990	374.89
403.00-403.01	1989	403.0
403.10-403.11	1989	403.1
403.90-403.91	1989	403.9
404.00-404.03	1989	404.0
404.10-404.13	1989	404.1
404.90-404.93	1989	404.9
410.00-410.02	1989	410.0
410.10-410.12	1989	410.1
410.20-410.22	1989	410.2
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**
414.12	**2002**	**414.11**
415.11	1995	997.3 & 415.1
415.19	1995	415.1

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
428.20-428.23	**2002**	**428.0**
428.30-428.33	**2002**	**428.0**
428.40-428.43	**2002**	**428.0**
429.71	1989	410.0-410.9
429.79	1989	410.0-410.9
433.00-433.01	1993	433.0
433.10-433.11	1993	433.1
433.20-433.21	1993	433.2
433.30-433.31	1993	433.3
433.80-433.81	1993	433.8
433.90-433.91	1993	433.9
434.00-434.01	1993	434.0
434.10-434.11	1993	434.1
434.90-434.91	1993	434.9
435.3	1995	435.0 & 435.1
437.7	1992	780.9
438.0	1997	249.9 & 438
438.10	1997	784.5 & 438
438.11	1997	784.3 & 438
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

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
440.20-440.22	1992	440.2
440.23	1993	440.20 & 707.1 ó 707.8 ó 707.9
440.24	1993	440.20 & 785.4
440.29	1993	440.20
440.30-440.32	1994	996.1
441.00-441.03	1994	441.0
441.6	1993	441.1 & 441.3
441.7	1993	441.2 & 441.4
443.21	**2002**	**442.81**
443.22	**2002**	**442.2**
443.23	**2002**	**442.1**
443.29	**2002**	**442.89**
445.01-445.02	**2002**	**440.29**
445.81	**2002**	**440.1**
445.89	**2002**	**440.8**
446.20-446.21, 446.29	1990	446.2
451.82-451.84	1993	451.89
454.8	**2002**	**454.9**
458.2	1995	997.9 & 458.9
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

título de código cambiado

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
482.30-482.39	1992	482.3
482.40	1998	482.4
482.41	1998	482.4
482.49	1998	482.4
482.81-482.83	1992	482.8
482.84	1997	482.83
482.89	1992	482.8
483.0	1992	483
483.1	1996	078.88 & 484.8
483.8	1992	483
491.20-491.21	1991	491.2
493.20	1989	493.90
493.21	1989	493.91
493.02	2000	493.00
493.12	2000	493.10
493.22	2000	493.20
493.92	2000	493.90
494.0-494.1	2000	494
512.1	1994	997.3
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
521.0-521.09	2001	521.0
524.00-524.09	1992	524.0
524.10-524.19	1992	524.1
524.60-524.69	1991	524.6
524.70-524.79	1992	524.8
525.10-525.19	2001	525.1
530.10-530.11, 530.19	1993	530.1
530.12	2001	530.10
530.81	1993	530.1
530.82-530.84, 530.89	1993	530.8

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
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
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
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

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
575.10-575.11	1996	575.1
575.12	1996	575.0 & 575.1
593.70-593.73	1994	593.7
596.51-596.53	1992	596.5
596.54	1992	344.61
596.55-596.59	1992	596.5
599.81-599.89	1992	599.8
600.0-600.3, 600.9	2000	602.8
608.82	2001	608.83
608.87	2001	608.89
633.00-633.01	**2002**	**633.0**
633.10-633.11	**2002**	**633.1**
633.20-633.21	**2002**	**633.2**
633.80-633.81	**2002**	**633.8**
633.90-633.91	**2002**	**633.9**
645.0	1991	645
645.10-645.11, 645.13	2000	645.00-645.01, 645.03
645.20-645.21, 645.23	2000	645.00-645.01, 645.03
651.30-651.31, 651.33	1989	651.00-651.01, 651.03
651.40-651.41, 651.43	1989	651.10-651.11, 651.13
651.50-651.51, 651.53	1989	651.20-651.21, 651.23
651.60-651.61, 651.63	1989	651.80-651.81, 651.83
654.20-654.21, 654.23	1990	654.2, 654.9
654.90-654.94	1990	654.2, 654.9
655.70-655.71	1997	655.8
655.73	1997	655.8
657.0	1991	657
659.60, 659.61, 659.63	1992	659.80-659.81, 659.83
659.70, 659.71, 659.73	1998	656.30-656.31, 656.33

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
677	1994	Ninguna
686.00-686.01	1997	686.0
686.09	1997	686.0
690.10	1995	690
690.11	1995	691.8 & 704.8
690.12	1995	691.8
690.18	1995	690
690.8	1995	690
692.72-692.74	1992	692.79
692.75	2000	692.79
692.76-692.77	2001	692.71
692.82-692.83	1992	692.89
702.0-702.8	1991	702
702.11, 702.19	1994	702.1
704.02	1993	704.09
707.10-707.15, 707.19	2000	707.1
709.00-709.01, 709.09	1994	709.0
710.5	1992	288.3, 729.1
718.70-718.79	2001	718.80-718.89
727.83	2000	727.89
728.86	1995	729.4
733.10-733.16, 733.19	1993	733.1

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
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
753.10-753.17, 753.19	1990	753.1
753.20-753.23	1996	753.2
753.29	1996	753.2
756.70-756.71	1997	756.7
756.79	1997	756.7
758.81	1996	758.8
758.89	1996	758.9
759.81-759.82	1989	759.8
759.83	1994	759.89
759.89	1989	759.8
760.75	1991	760.79
760.76	1994	760.79
763.81-763.83, 763.89	1998	763.8
764.00-764.09	1988	764.0
764.10-764.19	1988	764.1
764.20-764.29	1988	764.2
764.90-764.99	1988	764.9
765.00-765.09	1988	765.0
765.10-765.19	1988	765.1
765.20-765.24	**2002**	**765.00-765.09**
765.25-765.29	**2002**	**765.10-765.19**

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
770.81-770.84, 770.89	**2002**	**770.8**
765.25-765.29	**2002**	**771.8**
772.10-772.14	2001	772.1
779.7	2001	772.1
779.81-779.82, 779.89	**2002**	**779.8**
780.01-780.02	1992	780.0
780.03	1993	780.01
780.09	1992	780.0
780.31	1997	780.3
780.39	1997	780.3
780.57	1992	780.51, 780.53
780.71	1998	780.7
780.79	1998	780.7
780.91-780.92, 780.99	**2002**	**780.9**
781.8	1994	781.9
781.91-781.92	2000	781.9
781.93	**2002**	**723.5**
781.99	2000	781.9
783.21	2000	783.4
783.22	2000	783.4
783.40-783.43	2000	783.4
783.7	2000	783.4
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
788.41-788.43	1993	788.4
788.61-788.62, 788.69	1993	788.6

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
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
790.91	1993	790.9
790.92	1993	286.9
790.93	1993	790.9
790.94	1997	790.99
790.99	1993	790.9
792.5	2000	792.9
793.80-793.81, 793.89	2001	793.8
795.00-795.02, 795.09	**2002**	**795.0**
795.31, 795.39	**2002**	**795.3**
795.71	1994	795.8 (código borrado)
795.79	1994	795.7
796.5	1997	796.9
813.45	**2002**	**813.42**
823.40-823.42	**2002**	**823.80-823.82**
840.7	2001	840.8
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

título de código cambiado

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
965.61	1998	965.6
965.69	1998	965.6
989.81-989.84	1995	989.8
989.89	1995	989.8
995.50-995.55	1996	995.5
995.59	1996	995.5
995.60-995.69	1993	995.0
995.7	2000	Ninguno
995.80	1996	995.81
995.81#	1996	995.81
995.82-995.85	1996	995.81
995.86	1998	995.89
995.90	**2002**	**038.0-038.9**
995.91	**2002**	**038.0-038.9**
995.92	**2002**	**038.0-038.9**
995.93	**2002**	**038.0-038.9**
995.94	**2002**	**038.0-038.9**
996.04	1994	996.09
996.51-996.59	1987	996.5
996.55	1998	996.52
996.56	1998	996.59
996.60-996.69	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

título de código cambiado

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
998.11-998.12	1996	998.1
998.13	1996	998.89
998.31-998.32	**2002**	**998.3**
998.51	1996	998.5
998.59	1996	998.5
998.81-998.82	1994	998.8
998.83	1996	998.89
998.89	1994	998.8
V01.81, V01.89	**2002**	**V01.8**
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
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

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
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
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
V25.43	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

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
V35.00-V35.01	1989	V35.0
V36.00-V36.01	1989	V36.0
V37.00-V37.01	1989	V37.0
V39.00-V39.01	1989	V39.0
V42.81-V42.83	1997	V428
V42.84	2000	V42.89
V42.89	1997	V42.8
V43.60-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
V46	**2002**	**V46.8**
V49.60-V49.67	1994	V49.5
V49.70-V49.77	1994	V49.5

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
V49.81	2000	Ninguno
V49.82	2001	Ninguno
V49.89	2000	V49.8
V50.41-V50.42, V50.49	1994	V50.8
V53.01-V53.02, V53.09	1997	V53.0
V53.31	1994	V53.3
V53.32, V53.39	1994	V53.9
V54.10-V54.17, V54.19	**2002**	**V54.8**
V54.20-V54.27, V54.29	**2002**	**V54.8**
V54.81, V54.89	**2002**	**V54.8**
V56.1	1995	V58.89
V56.1#	1998	V56.1
V56.2	1998	V56.1
V56.31-V56.32	2000	V56.8
V57.21-V57.22	1994	V57.2
V58.41	1994	V58.4
V58.42	**2002**	**V58.49**
V58.43	**2002**	**V58.49**
V58.49	1994	V58.4
V58.61	1995	V67.51
V58.62	1998	V58.69
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

título de código cambiado

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
V65.40-V65.45, V65.49	1994	V65.4
V66.7	1996	Ninguno
V67.00-V67.01, V67.09	2000	V67.0
V69.0-V69.3	1994	Ninguno
V69.8-V69.9	1994	Ninguno
V71.81-V71.89	2000	V71.8
V71.82-V71.83	**2002**	**V71.89**
V72.81-V72.83	1993	V72.8
V73.88-V73.89	1993	V73.8
V73.98-V73.99	1993	V73.9
V76.10-V76.12	1997	V76.1
V76.19	1997	V76.1
V76.44	1998	V76.49
V76.45	1998	V76.49
V76.46-V76.47	2000	V76.49
V76.50-V76.52	2000	V76.49
V76.81-V76.89	2000	V76.8
V77.91-V77.99	2000	V77.9
V82.81-V82.89	2000	V82.8
V83.01-V83.02	2001	Ninguno
V83.81	**2002**	**Ninguno**
V83.89	**2002**	**V19.8**
E854.8	1995	E858.8
E869.4	1994	E869.8
E880.1	1995	E884.9
E884.3-E884.4	1995	E884.2
E884.5-E884.6	1995	E884.9
E885.0	**2002**	**E885.9**
E885.1-E885.4, E885.9	2000	E885

Códigos Diagnósticos (continuación)

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

Códigos de Procedimientos

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	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**
00.50	**2002**	**37.80-37.87 y 37.70-37.74, 37.76**
00.51	**2002**	**37.94**
00.52	**2002**	**Ninguno**
00.53	**2002**	**37.80-37.87**
00.54	**2002**	**37.96**
00.55	**2002**	**39.90**
02.96	1992	89.19
03.90	1987	03.99 (inserción de catéter)
05.25	1995	39.7
11.75	1989	11.79
11.76	1989	11.62
20.96-20.98	1986	20.95
22.12	1988	22.11
26.12	1988	26.11
29.31	1991	83.02
29.32	1991	29.3
29.39	1991	29.3
31.45	1988	31.43-31.44
31.95	1989	31.75
32.01	1989	32.0
32.09	1989	32.0
32.22	1995	32.29, 32.9
32.28	1989	32.29

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
33.27	1987	33.22 + 33.27
33.28	1989	32.27
33.29	1987	33.28, 33.29
33.50	1995	33.5
33.51	1995	33.5
33.52	1995	33.5
33.6	1990	33.5 + 37.5
34.05	1994	34.99
35.84	1988	35.82
35.96	1986	35.03
36.00-36.03	1986	36.0
36.04	1986	39.97
36.05	1986	36.01, *36.02
36.05	1987	36.01
36.06	1995	36.01, 36.02, 36.03, 36.05
36.07	**2002**	**36.06**
36.09	1986	36.0
36.09	1991	36.00 (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
37.65	1995	37.62
37.66	1995	37.62
37.67	1998	37.4
37.70 (sólo electrodo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.70
37.71-37.72 (sólo electrodos)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.74
37.73 (sólo electrodo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.73
37.74 (sólo electrodo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.76
37.75 (sólo electrodo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.89
37.76 (sólo electrodo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.81
37.77 (sólo electrodo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.83-37.84
37.78	1987	37.71-37.72
37.79	1987	86.09

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
37.80-37.87	1992	89.49 (Código borrado, este procedimiento está incluido en el código para inserción/sustitución de marcapasos)
37.80 (sólo dispositivo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.73-37.77
37.81 (sólo dispositivo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.73-37.77
37.82 (sólo dispositivo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.73-37.77
37.83 (sólo dispositivo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.73-37.77
37.85-37.87	1987	37.85
37.94-37.98	1986	37.99
38.22	1986	38.29
38.44 (aorta abdominal solo)	1986	38.44 (toda la aorta)
38.45 (aorta torácica solo)	1986	38.44-38.45
38.95	1989	38.93
39.28	1991	39.29
39.50	1995	39.59
39.65	1988	39.61
39.66	1990	39.65
39.71	2000	39.52
39.72	**2002**	**39.79**
39.79	2000	39.52
39.90	1996	39.50
41.00-41.03	1988	41.0
41.04	1994	99.79
41.05	1997	Ninguno
41.06	1997	Ninguno
41.07	2000	41.04
41.08	2000	41.05
41.09	2000	41.01
42.25	1988	42.24
42.33	1989	42.32, 42.39
42.33	1990	42.91
43.11	1989	43.1
43.19	1989	43.1, 43.2
43.41	1989	43.41, 43.49
44.21	1986	44.2
44.22	1986	44.09
44.29	1986	44.2
44.32	2001	44.39

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
44.43	1989	43.49, 45.32
44.44	1989	38.86
44.49	1989	43.0
44.93-44.94	1986	44.99
45.16	1988	45.14 (45.15 antes de 1987)
45.30	1989	45.31, 45.32
45.42	1988	45.41
45.43	1989	45.49 (añadida resección de Hartmann 45.75)
	1988	48.66 (Código borrado)
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), 51.22
51.23	1991	51.22
51.24	1996	51.22, 51.23
51.64	1989	51.69
51.84-51.88	1989	51.97
51.97	1986	52.91, 51.99 ó 51.82
51.98	1986	51.99

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
52.13	1989	51.97, 52.91
52.14	1989	52.11
52.21	1989	52.2
52.22	1989	52.2
52.84	1996	99.29
52.85	1996	99.29
52.86	1996	99.29
52.93	1989	52.93 + 52.91
52.94	1989	52.09
52.97	1989	52.91
52.98	1989	52.91
52.99	1989	52.93, 52.94, 52.99
54.24	1987	54.23
54.25	1993	54.98
54.51	1996	54.5
54.59	1996	54.5
55.03-55.04	1986	55.02
56.33-56.34	1987	56.33
56.35	1987	45.12
57.17-57.18	1989	57.21
57.22	1989	57.22, 57.82
58.31	1990	58.3
58.39	1990	58.3
59.03	1996	59.02
59.12	1996	59.11
59.72	1995	59.79
59.96	1986	59.95
60.21	1995	60.2
60.29	1995	60.2
60.95	1991	60.99
60.96	2000	60.29
60.97	2000	60.29
64.97	1986	64.95
65.01	1996	65.0
65.09	1996	65.0
65.13	1996	65.12

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
65.14	1996	65.19
65.23	1996	65.22
65.25	1996	65.29
65.31	1996	65.3
65.39	1996	65.3
65.41	1996	65.4
65.49	1996	65.4
65.53	1996	65.51
65.54	1996	65.52
65.63	1996	65.61
65.64	1996	65.62
65.74	1996	65.71
65.75	1996	65.72
65.76	1996	65.73
65.81	1996	65.8
65.89	1996	65.8
66.01	1992	66.0
66.02	1992	66.73
67.51	2001	67.5
67.59	2001	67.5
68.15	1987	68.14
68.16	1987	68.13
68.23	1996	68.29
68.51	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

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
78.16	1991	78.46
78.17	1991	78.47
78.18	1991	78.48
78.19	1991	78.49
78.20	1991	78.10, 78.20, 78.30
78.21	1991	78.11, 78.31
78.22	1991	78.12, 78.22, 78.32
78.23	1991	78.13, 78.23, 78.33
78.24	1991	78.14, 78.34
78.25	1991	78.15, 78.25, 78.35
78.27	1991	78.17, 78.27, 78.37
78.28	1991	78.18, 78.38
78.29	1991	78.11, 78.16, 78.19, 78.29, 78.39
78.39	1991	78.31
78.90*	1987	78.40
78.91*	1987	78.41
78.92*	1987	78.42
78.93*	1987	78.43
78.94*	1987	78.44
78.95*	1987	78.45
78.96*	1987	78.46
78.97*	1987	78.47
78.98*	1987	78.48
78.99*	1987	78.49
80.50-80.59	1986	80.5
81.03	1989	81.02
81.04-81.05	1989	81.03, 81.04, 81.05
81.06-81.07	1989	81.06, 81.07
81.08	1989	81.06, 81.07, 81.08
81.09	1989	81.08
81.30	2001	81.09
81.31	2001	81.09
81.32	2001	81.09
81.33	2001	81.09
81.34	2001	81.09
81.35	2001	81.09
81.36	2001	81.09
81.37	2001	81.09

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

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
81.38	2001	81.09
81.39	2001	81.09
81.40	1989	81.69
81.51	1989	81.51, 81.59
81.52	1989	81.61, 81.62, 81.63, 81.64
81.53	1989	81.51, 81.59, 81.61, 81.62, 81.63, 81.64
81.54-81.55	1989	81.41
81.56	1989	81.48
81.57	1989	81.31, 81.39
81.59	1989	81.39
81.61	**2002**	**81.00-81.08, 81.30-81.39**
81.72	1989	81.79
81.73-81.74	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**
81.72	1989	81.79
81.73-81.74	1989	81.86
81.75	1989	81.87
81.79	1989	81.79, 81.87
81.80	1989	81.81
81.97	1992	81.59
84.51	**2002**	**Ninguno**
84.52	**2002**	**Ninguno**
85.95	1987	85.99
85.96	1987	85.99
86.06	1987	86.09
86.07	1990	86.09
86.27	1986	86.22-86.23
86.28	1988	86.22
86.67	1998	86.65
86.93	1987	86.89
88.90	1986	88.39
88.91	1986	89.15
88.92	1986	89.39
88.93	1986	88.15
88.94	1986	89.39
88.95	1986	89.29

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
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
89.50	1991	89.54
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
99.20	1998	99.29
99.28	1994	99.25
99.71-99.79*	1988	99.07
99.75	2000	99.29
99.76	**2002**	**99.79**
99.77	**2002**	**Ninguno**
99.85	1987	93.35
99.86	1987	93.39
99.88	1988	99.83

* 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”

Nueva convención en el Tabular

Vigente desde el 1 de octubre de 2002, ha sido introducida una nueva convención que proporciona instrucciones de secuenciación en el Volumen I (Lista Tabular de Enfermedades) de la ICD-9-CM. La instrucción puede ser encontrada siguiendo el código como:

Codifique primero, si es aplicable, cualquier afección causal

Esta nota indica que si una afección causal está presente, debe ser secuenciado antes que el código para al cual se refiere la nota. Sin embargo, un código con esta nota puede ser listado en primer lugar o diagnóstico principal si no es aplicable una afección causal o ésta es desconocida.

Ejemplo:

	707.1	Ulcera de miembros inferiores, excepto decúbito
Revisar		Codifique primero, si es aplicable, cualquier afección causal:
Añadir		Hipertensión venosa crónica con úlcera (459.31)
Añadir		Hipertensión venosa crónica con úlcera e inflamación (459.33)
Añadir		Síndrome postflebítico con úlcera (459.11)
Añadir		Síndrome postflebítico con úlcera e inflamación (459.13)

Situación #1
Un paciente es dado de alta con diagnóstico de hipertensión venosa con úlcera del miembro inferior izquierdo. La secuenciación de códigos para esta situación es como sigue: Codifique 459.31, Hipertensión venosa crónica con úlcera, seguido de 707.10, Ulcera de miembro inferior, inespecífica. El código 707.10 se asigna para proporcionar mayor especificidad a la localización de la úlcera.

Situación #2
Un paciente está siendo visto con diagnóstico de úlcera de pierna. No se documenta ninguna afección causal. La situación podría ser informada como 707.10, Ulcera de miembro inferior, inespecífica.

Síndrome de shock tóxico

Vigente desde el 1 de octubre de 2002, se ha creado un nuevo código para identificar exclusivamente el síndrome de shock tóxico debido a la gravedad de esta enfermedad. Antes de la creación de este nuevo código, el síndrome de shock tóxico era clasificado en 040.89, Otras enfermedades bacterianas especificadas.

El síndrome de shock tóxico es causado por una infección bacteriana. Originariamente era informada casi exclusivamente en mujeres menstruantes que usaban tampones de alta absorbencia. El organismo aislado fue *Staphylococcus aureus*. Un síndrome similar ha sido identificado debido a Streptococcus del grupo A. El síndrome de shock tóxico puede afectar a cualquiera, incluido niños y hombres. Los síntomas incluyen fiebre alta de aparición brusca, vómito, diarrea acuosa y mialgia, seguido de hipotensión y a veces shock.

Nuevo código **040.82 Síndrome de shock tóxico**
Use código adicional para identificar el organismo

Esta información sustituye la publicada previamente en *Coding Clinic* de noviembre-diciembre 1986, página 7.

Fiebre del Nilo occidental

Antes del 1 de octubre de 2002, la fiebre del Nilo occidental era clasificada en el 006.3, Otra fiebre portada por mosquito. En los últimos años la incidencia de este virus en humanos ha aumentado. Se ha creado un código exclusivo para informar de esta afección.

El virus de la fiebre del Nilo occidental se propaga por la picadura de un mosquito infectado. Los mosquitos comienzan a infectarse con el virus al picar un pájaro infectado. El virus no puede propagarse en contactos persona-persona. Mucha gente infectada con el virus de la fiebre del Nilo occidental no demuestran síntomas o experimentan sólo una suave enfermedad tal como fiebre, dolor de cabeza y dolor corporal antes de la recuperación. En algunos pacientes, fundamentalmente ancianos o aquellos con sistema inmunológico debilitado, el virus puede causar daño neurológico permanente y ser amenaza para la vida. El virus puede causar encefalitis o meningitis.

No hay un tratamiento específico para la encefalitis del Nilo occidental. Está indicado tratamiento intensivo en los casos más graves.

Nuevo código **066.4 Fiebre del Nilo occidental**
Encefalitis del Nilo occidental
Encefalomielitis del Nilo occidental
Virus del Nilo occidental

Fibrosis quística

Antes del 1 de octubre de 2002, los códigos para la fibrosis quística sólo diferenciaban casos con o sin mención de ileo meconial (277.00-277.01).
Han sido creados tres nuevos códigos para proporcionar información específica de las manifestaciones pulmonares, gastrointestinales y otras manifestaciones de la fibrosis quística. Los nuevos códigos indican qué órganos están afectados. Si un paciente con fibrosis quística tiene una implicación pulmonar, asigne el código 277.02. Si hay implicación gastrointestinal, asigne el 277.03. Ambos códigos deben ser usados juntos si ambas localizaciones están afectadas. Estos códigos no requieren códigos secundarios, permanecen como códigos únicos para indicar el lugar afectado

A menudo, los pacientes con fibrosis quística pulmonar tienen infección por Pseudomonas en los pulmones. Por tanto, debe ser añadido un código secundario (041.7) para el organismo. Esto no es equivalente a neumonía. La fibrosis quística puede presentarse en coexistencia con afecciones múltiples. Cada una de estas afecciones debe ser también codificada.

La fibrosis quística es una enfermedad hereditaria que afecta las glándulas exocrinas las cuales hacen que el cuerpo produzca secreciones espesas y pegajosas. Los síntomas afectan primariamente la los sistemas respiratorio y digestivo. En algunas glándulas, como el páncreas, el moco espeso puede obstruir el páncreas evitando que los enzimas digestivos alcancen el intestino. Las manifestaciones pulmonares resultan de secreciones mucosas que obstruyen la vía aérea y permiten a las bacterias multiplicarse. Esto puede progresar a complicaciones como bronquitis aguda y crónica, bronquiectasias, neumonía, atelectasia, neumotórax y cicatrización bronquial y parenquimatosa.

El tratamiento de la fibrosis quística depende del estadío de la enfermedad y del órgano afectado. La gravedad de la enfermedad varía mucho y está muy determinada por el grado de afectación pulmonar. Eventualmente el paciente se deteriora, se hace débil y en ocasiones muere, normalmente por combinación de fallo respiratorio y cor pulmonale. Las manifestaciones pulmonares pueden progresar a complicaciones como neumonía. Las manifestaciones gastrointestinales dan lugar a que el organismo no sea capaz de absorber nutrientes, y el paciente debe ser mantenido con dieta enriquecida con sustitutos de vitaminas y enzimas.

De acuerdo con los requerimientos del UHDDS (Uniform Hospital Discharge Data Set [NT]), las afecciones que dan lugar al ingreso en el hospital deben ser codificadas como diagnóstico principal. si un paciente con fibrosis quística es ingresado por una complicación o manifestación como neumotórax, bronquitis aguda o cor pulmonale agudo, la complicación o manifestación debe ser puesta como diagnóstico principal y la fibrosis quística como diagnóstico secundario. Si, a pesar de todo, el médico determina que el ingreso es debido a la fibrosis quística más que a la complicación, la fibrosis quística debe ser asignada como diagnóstico principal. Esto es coherente con lo publicado anteriormente en *Coding Clinic*, cuarto trimestre de 1990, página 17.

277.0 Fibrosis quística

277.00 Sin mención de ileo meconial
Fibrosis quística NEOM

Nuevo código **277.02 Con manifestación pulmonar**
Añadir Fibrosis quística con exacerbación pulmonar
Añadir Use código adicional para identificar cualquier organismo infeccioso presente tal como:
Pseudomonas (041.7)

Nuevo código **277.03 Con manifestación gastrointestinal**
Añadir Excluye: con ileo meconial (277.01)

Nuevo código **277.09 Con otra manifestación**

Pregunta:
Una paciente de tres años de edad con fibrosis quística conocida es ingresada en el hospital para tratamiento de bronquitis aguda. ¿Cómo debería ser codificado?

Respuesta:
Asigne el código 466.0, Bronquitis aguda, como diagnóstico principal dado que esta afección se encuentra en la definición de diagnóstico principal. Asigne el código 277.02, Fibrosis quística con manifestación pulmonar, como diagnóstico secundario.

Enfermedad neuropática crítica

Efectivo desde el 1 de octubre de 2002, las subcategorías 357.8, Otra neuropatía tóxica e inflamatoria, y 359.8, Otras miopatías, han sido ampliadas para permitir a información independiente de la polineuritis desmielinizante inflamatoria crónica, la enfermedad neuropática crítica y la enfermedad miopática crítica.

La enfermedad neuropática crítica tiene dos componentes: la enfermedad polineuropática crítica (CIP) y la enfermedad miopática crítica (CIM).

Enfermedad polineuropática crítica
La enfermedad polineuropática crítica está frecuentemente asociada con complicaciones de la sepsis y fallo orgánico múltiple, ocurriendo en un 70% de esos pacientes. Se piensa que es secundario al síndrome de respuesta inflamatoria sistémico (SIRS). Como sinónimos de la enfermedad polineuropática crítica se incluyen neuropatía de enfermedades críticas, neuropatía de unidades de cuidados intensivos (ICU) y polineuropatía de cuidados intensivos. Los pacientes con CIP demuestran cambios en las pruebas electrofisiológicas convencionales consistente en degeneración axonal primaria de fibras motoras. Se ve frecuentemente debilidad grave que produce dificultad en la desconexión de la ventilación mecánica. El tratamiento consiste en terapia agresiva de la sepsis, fármacos inotrópicos y aporte de fluidos para el shock séptico. La recuperación puede tomar semanas o meses con un 50% de los pacientes con total recuperación. Durante la fase de recuperación, debe ser instituida fisioterapia y rehabilitación adaptada a la polineuropatía. El diagnóstico diferencial incluye disfunción de la médula espinal, enfermedad miopática crítica, síndrome de Guillain-Barré, enfermedad de la neurona motora, porfiria, neuropatía preexistente y miastenia.

Enfermedad miopática crítica
La enfermedad miopática crítica está también asociada a sepsis, agentes bloqueantes neuromusculares y corticosteroides (en asma y pacientes con trasplante de órgano) y neuropatía. El también causa de dificultad de desconexión de la ventilación mecánica y de recuperación prolongada después de la enfermedad. Características de esta afección son:

- Potenciales de acción musculares compuestos bajos o normales en la electromiografía (EMG)
- Potenciales de acción de nervios sensoriales normales
- Músculos no excitables con estimulación directa
- La biopsia muscular puede ser anormal, variando desde la atrofia de fibras de tipo II a la necrosis
- Posible contribución de bloqueantes neuromusculares, esteroides, sepsis o inmovilidad prolongada
- Neuropatía necrotizante grave de la que los pacientes nunca se pueden recuperar

357 Neuropatía inflamatoria y tóxica

357.8 Otra

Borrar ~~Polineuritis desmielinizante inflamatoria crónica~~

Nuevo código **357.81 Polineuritis desmielinizante inflamatoria crónica**

Nuevo código **357.82 Enfermedad polineuropátíca crítica**
Añadir Neuropatía motora aguda

Nuevo código **357.89 Otra neuropatía inflamatoria y tóxica**

359 Distrofias musculares y otras miopatías

359.8 Otras miopatías

Nuevo código **359.81 Enfermedad miopática crítica**
Añadir Miopatía necrotizante aguda
Añadir Miopatía cuadraplégica aguda
Añadir Miopatía de cuidados intensivos (ICU)
Añadir Miopatía de enfermedades críticas

Nuevo código **359.89 Otras miopatías**

Mal direccionamiento del humor acuoso (Glaucoma maligno)

Por requerimiento de la Academia Americana de Oftalmología, ha sido creado el código 365.83, Mal direccionamiento del humor acuoso, con efectividad a partir del 1 de octubre de 2002, para clasificar independientemente esta afección.

El mal direccionamiento del humor acuoso ha sido también referido como glaucoma maligno. No es una malignidad neoplásica asociada al glaucoma. El humor acuoso es mal direccionado hacia detrás del vítreo en la parte posterior del ojo, y empuja el iris y cristalino hacia delante, bloqueando el drenaje de tal manera que la presión aumenta dramáticamente. Esta afección es extremadamente difícil de tratar y requiere a menudo intervención quirúrgica.

Fallo cardiaco

Efectivo desde el 1 de octubre de 2002, se han hecho cambios significativos en la información de la enfermedad cardiaca hipertensiva, enfermedad cardiaca y fallo cardiaco. Concretamente, los quintos dígitos de las categorías 402, Enfermedad cardiaca hipertensiva y 404, Enfermedad cardiaca y renal hipertensiva, han sido modificados de fallo cardiaco congestivo a fallo cardiaco. Se han añadido también notas de instrucción para esas categorías a fin de usar un código adicional para informar el tipo específico de fallo cardiaco.

Efectivo desde el 1 de octubre de 2002, la categoría 428, Fallo cardiaco, ha sido también modificada para proporcionar mayor especificidad teniendo en cuenta el tipo de fallo cardiaco (congestivo, sistólico, diastólico, y combinado diastólico y sistólico). Adicionalmente, estas subcategorías han sido más divididas para identificar si el fallo cardiaco es inespecífico, agudo, crónico o crónico agudizado. Crónico agudizado se refiere al paciente que tiene un fallo cardiaco crónico y ahora tiene un episodio agudo sobre el mismo. Estos cambos permitirán un mejorar el seguimiento de los pacientes al diferenciar de una manera más específica la enfermedad. La determinación de si el fallo cardiaco es agudo, crónico o crónico agudizado está basado en la documentación del médico.

El fallo cardiaco ocurre cuando el corazón es incapaz de bombear suficiente sangre a lo largo del cuerpo. El término fallo cardiaco congestivo es a menudo usado erróneamente de manera indistinta con el fallo cardiaco. La congestión y el aumento de fluido pulmonar o sistémico son una característica del fallo cardiaco, pero no ocurre en todos los pacientes. Los síntomas más comunes en el fallo cardiaco son edema, fatiga y disnea en reposo o durante el ejercicio.

Hay dos categorías principales de fallo cardiaco: sistólico y diastólico. Dentro de cada categoría, los síntomas pueden diferir de un paciente a otro. En 1994, la Agencia para la Investigación sobre Cuidados de Salud y Calidad (AHRQ) en unión con la Asociación Americana del Corazón y el Colegio Americano de Cardiología desarrollaron unas normas para definir disfunción sistólica y diastólica .

El fallo cardiaco sistólico ocurre cuando la capacidad de contracción del corazón disminuye. El corazón es incapaz de bombear una cantidad adecuada de sangre durante la contracción (sístole). La sangre que viene de los pulmones al corazón puede ir hacia atrás y causar derrame de fluido en los pulmones dando lugar a congestión pulmonar. El tratamiento consiste en inhibidores de la ACE (enzima convertidora de la angiotensina [NT]), digoxina, diuréticos y beta-bloqueantes.

El fallo cardiaco diastólico ocurre cuando el corazón tiene un problema en la relajación entre contracciones (diástole) que permita la entrada suficiente de sangre a los ventrículos. El corazón no puede llenarse con sangre suficiente porque el músculo cardiaco está rígido y es incapaz de relajarse. Esto puede conducir a acumulación de líquido, especialmente en las piernas, tobillos y pies. Algunos pacientes pueden tener también congestión pulmonar. El tratamiento depende de la causa subyacente. Los beta-bloqueantes y los bloqueadores de canales del calcio son a menudo usados cuando la disfunción diastólica es debida a isquemia o hipertensión.

Si un paciente tiene enfermedad cardiaca hipertensiva con fallo cardiaco congestivo debido a hipertensión, es adecuado asignar un código para la enfermedad cardiaca hipertensiva (402.01, 402.11 o 402.91) junto con el código para el fallo cardiaco congestivo (428.0). Deben ser añadidos códigos adicionales si el fallo cardiaco se sabe que es sistólico (428.20-428.23), diastólico (428.30-428.33) o combinado sistólico y diastólico (428.40-428.43).

402 Enfermedad cardiaca hipertensiva

Añadir Use código adicional para especificar el tipo de fallo cardiaco (428.0, 428.20-428.23, 428.30-428.33, 428.40-428.43)

402.0 Maligna

Revisar 402.00 Sin fallo cardiaco ~~congestivo~~
Revisar 402.01 Con fallo cardiaco ~~congestivo~~

402.1 Benigna

Revisar 402.00 Sin fallo cardiaco ~~congestivo~~
Revisar 402.01 Con fallo cardiaco ~~congestivo~~

402.9 Inespecífica

Revisar 402.00 Sin fallo cardiaco ~~congestivo~~
Revisar 402.01 Con fallo cardiaco ~~congestivo~~

404 Enfermedad cardiaca y renal hipertensiva

Añadir Use código adicional para especificar el tipo de fallo cardiaco (428.0, 428.20-428.23, 428.30-428.33, 428.40-428.43)

La siguiente subclasificación de quinto dígito es pasa su uso con la categoría 404:

Revisar 0 sin mención de fallo cardiaco ~~congestivo~~ o renal
Revisar 1 con fallo cardiaco ~~congestivo~~
Revisar 3 con fallo cardiaco ~~congestivo~~ y renal

428 Fallo cardiaco

Borrar Excluye: ~~aquél debido a hipertensión (402.0- 402.9 con quinto dígito 1)~~
Añadir Codifique primero, si es aplicable, el fallo cardiaco debido a hipertensión (402.0-402.9, con quinto dígito1 ó 404.0-404.9 con quinto dígito 1 ó 3)

Revisar 428.0 Fallo cardiaco congestivo, <u>inespecificado</u>
Añadir Excluye: sobrecarga de líquido NEOM (276.6)

Nueva subcategoría 428.2 Fallo cardiaco sistólico
Añadir Excluye: fallo cardiaco sistólico y diastólico combinado (428.40-428.43)

Nuevo código 428.20 Inespecífico

Nuevo código 428.21 Agudo

Nuevo código 428.22 Crónico

Nuevo código 428.23 Crónico agudizado

Nueva subcategoría 428.3 Fallo cardiaco diastólico
Añadir Excluye: fallo cardiaco sistólico y diastólico combinado (428.40-428.43)

Nuevo código 428.30 Inespecífico

Nuevo código 428.31 Agudo

Nuevo código 428.32 Crónico

Nuevo código 428.33 Crónico agudizado

Nueva subcategoría 428.4 Fallo cardiaco sistólico y diastólico combinado

Nuevo código 428.40 Inespecífico

Nuevo código 428.41 Agudo

Nuevo código 428.42 Crónico

Nuevo código 428.43 Crónico agudizado

Esta información sustituye la publicada previamente en *Coding Clinic*, julio-agosto de 1984, páginas 12-17; noviembre-diciembre de 1984, página 18; segundo trimestre de 1989, página 12; y primer trimestre de 1993, páginas 19-20.

Pregunta:
El Coding Clinic, primer trimestre de 1993, páginas 19-20, indica codificar un diagnóstico de fallo cardiaco congestivo con disfunción diastólica debida a hipertensión con el código 402.91, Enfermedad cardiaca hipertensiva inespecífica con fallo cardiaco congestivo. Ahora que los códigos de fallo cardiaco han sido revisados desde el 1 de octubre de 2002, ¿cómo debería ser codificada esta afección con los códigos nuevos?

Respuesta:
Usted necesitará ahora tres códigos para describir completamente el diagnóstico. Asigne el código 402.91, Enfermedad cardiaca hipertensiva, inespecífica con fallo cardiaco; 428.30, Fallo cardiaco diastólico, inespecífico; y 428.0, Fallo cardiaco congestivo, inespecífico. Los dos códigos adicionales proporcionan la especificidad requerida para informar que el fallo cardiaco fue de tipo diastólico y congestivo.

Pregunta:
Un paciente con antecedentes de fallo cardiaco congestivo es ingresado en el hospital con falta de respiración grave, congestión pulmonar y edema. El paciente es dado de alta del hospital con el diagnóstico de fallo cardiaco congestivo agudo sistólico y diastólico combinado. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:
Asigne el código 428.43, Fallo cardiaco sistólico y diastólico combinado, crónico agudizado como diagnóstico principal dado que del paciente se conocía que tenía una historia de fallo cardiaco congestivo y fue ingresado en el hospital por un episodio agudo de su afección crónica. Adicionalmente, asigne el código 428.0, Fallo cardiaco congestivo, inespecífico, como diagnóstico secundario.

Aterosclerosis coronaria de corazón transplantado

Efectivo desde el 1 de octubre de 2002, se ha creado un nuevo código para permitir la captura de datos de la aterosclerosis que se desarrolla en las arterias coronarias del corazón transplantado.

En un paciente transplantado de corazón, las arterias coronarias son nativas del corazón mismo, pero no son nativas del paciente, y tampoco tiene injertos de bypass. Los códigos existentes para la aterosclerosis coronaria no clasifican adecuadamente estos pacientes debido a que incluyen enfermedades de las arterias nativas así como enfermedades de los injertos de bypass.

414 Otras formas de enfermedad cardiaca isquémica crónica

414.0 Aterosclerosis coronaria

Nuevo código **414.06 de arteria coronaria de corazón transplantado**

Pregunta:
Un paciente de 76 años con antecedentes de transplante cardiaco y estado de PTCA (angioplastia coronaria transluminal percutánea [NT]), fue ingresado en nuestro servicio con diagnóstico de disfunción ventricular izquierda grave secundaria a probable vasculopatía de aloinjerto cardiaco (CAV). Se anotaba en la documentación que tenía antecedentes de CAV. Basados en la documentación presentada, ¿podría ser la CAV un diagnóstico válido?. Si es así, ¿cuál es el código ICD-9-MC correcto para esta afección?

Respuesta:
Asigne el código 996.83, Complicación de órgano transplantado, corazón, y el código 414.06, Aterosclerosis coronaria, arteria coronaria de corazón transplantado para esta afección.

Disección arterial

Antes del 1 de octubre de 2002, la ICD9CM sólo proporcionaba un código para la disección arterial de la aorta. Se han creado códigos nuevos para permitir la captura de datos de la disección de la carótida, coronaria, iliaca, renal, vertebral y otras arterias.

La disección arterial es definida como un flujo de sangre dentro de las capas de la pared arterial. El término aneurisma disecante es inapropiado. Una disección no es un aneurisma. Los verdaderos aneurismas incluyen la dilatación de las tres capas de la pared arterial. Las disecciones arteriales son complicaciones frecuentes de procedimientos intervensionistas, pero pueden ocurrir también de forma espontánea.

Disección de arteria carótida
La disección espontánea de la arteria carótida es una causa significativa de ictus en pacientes menores de 40 años de edad. Las disecciones de la arteria carótida interna son las más frecuentes y ocurren intra y extracranealmente. Hay presentes síntomas no específicos tales como déficits neurológicos y cefalea que ocurren a una edad relativamente joven. La disección puede proceder de un suceso traumático, una simple manipulación del cuello o puede ocurrir espontáneamente. La fisiopatología de esta afección no está clara. Factores mecánicos y arteriopatía subyacente, como síndrome de Marfan y displasia fibroquística pueden ser la causa. Las disecciones son normalmente entre la media y la adventicia o dentro de la media, creando una falsa luz que causa estenosis, oclusión o pseudoaneurisma del vaso. La incidencia anual de disecciones arteriales sintomáticas de carótida es de 2,6 por 100.000. Muchos episodios pueden ser asintomáticos o causan sólo problemas transitorios menores. Sin embargo se piensa que la incidencia actual puede ser mayor debido a que muchos episodios pueden permanecer sin diagnosticar.

Disección de arteria coronaria
La disección espontánea de la arteria coronaria es un suceso poco frecuente y puede pasar a menudo desconocido. Es más frecuentemente diagnosticado en autopsias. Menos de 100 pacientes con esta afección han sido descritos. La disección de la arteria coronaria se ve más frecuentemente como complicación de cateterización cardiaca, angioplastia, disección de la aorta ascendente o cirugía de bypass coronario.

Disección de arteria iliaca
La disección espontánea de la arteria iliaca sin aneurisma de la aorta es poco frecuente. Se puede ver en traumatismos y el síndrome de Marfan. Más frecuentemente resultan las disecciones de la arteria iliaca como resultado de complicaciones de reparaciones endovasculares de aneurismas de la aorta abdominal, nefrectomías y transplantes renales.

Disección de arteria renal
La disección espontánea de la arteria renal es poco frecuente. Normalmente sigue a la aparición brusca de hipertensión persiste (HTN), grave, mal controlada y/o dolor en flanco en joven previamente normotenso. La hay frecuentemente también en comienzo brusco de proteinuria, soplo abdominal y/o fallo renal. La disección tiende a ocurrir en ausencia de trauma y está típicamente asociada con aterosclerosis, displasia fibromuscular, enfermedad aneurismática o hipertensión asociada con patología renal.

Disección de arteria vertebral
La disección de la arteria vertebral puede ser espontánea o relacionada con traumatismo. La disección espontánea de la arteria vertebral es debida a muchas causas incluyendo hipertensión, cambios congénitos o degenerativos de la pared arterial, y características anatómicas y patológicas de la arteria vertebral. La disección de la arteria vertebral puede seguir a lesión de cabeza y cuello como en el "latigazo", golpe en el cuello o manipulación del mismo.

Revisar 414.1 Aneurisma y disección del corazón

Revisar 414.10 Aneurisma del corazón (pared)
Revisar 414.11 Aneurisma de vasos coronarios

Nuevo código **414.12 Disección de arteria coronaria**

Revisar 414.19 Otro aneurisma del corazón

Nueva subcategoría 443.2 Otra disección arterial
Añadir Excluye: disección de la aorta (441.00-441.03)
disección de arterias coronarias (414.12)

Nuevo código **443.21 Disección de arteria carótida**

Nuevo código **443.22 Disección de arteria ilíaca**

Nuevo código **443.24 Disección de arteria vertebral**

Nuevo código **443.22 Disección de otra arteria**

Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular

Efectivo desde el 1 de octubre de 2002, se han creado códigos adicionales para informar de otros efectos tardíos de accidentes cerebrovasculares tales como alteración de la sensibilidad, trastornos visuales, debilidad facial (incluido colgamiento facial), ataxia y vértigo.

438 Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular

Nuevo código **438.6 Alteración de la sensibilidad**
Añadir Use código adicional para identificar la sensibilidad alterada

Nuevo código **438.7 Trastornos de la visión**
Añadir Use código adicional para identificar el trastorno visual

438.8 Otros efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular

Nuevo código **438.83 Debilidad facial**
Colgamiento facial
Nuevo código **438.84 Ataxia**

Nuevo código **438.85 Vértigo**

Pregunta:
Un paciente de 75 años de edad es ingresado en una unidad de enfermería capacitada para terapia física de rehabilitación intensiva. Ha sido dado de alta hospitalaria tras un ictus. El paciente tiene ataxia severa y visión borrosa en el ojo izquierdo como resultado del ictus. ¿Cómo debería ser codificado?

Respuesta:
Asigne el código V57.1, Otra terapia física, como diagnóstico principal. Adicionalmente, asigne el código 438.84, Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular, ataxia, y el código 438.7, Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular, alteraciones de la visión, y 368.8, Otros trastornos visuales especificados, para la visión borrosa.

Ateroembolismo

Efectivo desde el 1 de octubre de 2002, se ha creado un código independiente para informar del ateroembolismo separado y diferenciado de la aterosclerosis, trombosis o embolismo. El ateroembolismo es una entidad diferente. Trombosis y embolismo implican verdaderos coágulos (categoría 444), mientras que el ateroembolismo es un material degenerativo de las plaquetas.

La ateroembolia puede ser demostrada por identificación de cristales de colesterol en biopsias de riñón, piel o músculo. El colesterol emboliza de las placas ateromatosas, normalmente en la aorta. Los fragmentos de material ateromatoso de grandes vasos arteriales (tal como aorta o arteria renal) embolizan en pequeñas arterias, arteriolas y glomérulos. El ateroembolismo tiende a ocurrir en pacientes ancianos con enfermedad arterial arteriosclerótica preexistente. La afección se manifiesta en sí misma por áreas de manchas purpúreas o decoloración de la piel en las extremidades, a menudo dedos y pies. Puede haber dolor severo y progresar a manchas de gangrena.

La ateroembolia puede encontrarse en cualquier tejido, pero es más frecuentemente asociado con las extremidades. Se ha documentado como causa importante de fallo renal. El tratamiento médico consiste en agentes antiplaquetarios. el tratamiento quirúrgico consiste en bypass quirúrgico o endarterectomía.

	438	Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular
Añadir		Excluye: ateroembolismo (445.01-445.89)

Nueva categoría 445 Ateroembolismo
Añadir Incluye: Microembolismo aterotrombótico
Embolismo por colesterol

Nueva subcategoría 445.0 De las extremidades

Nuevo código 445.01 Miembro superior

Nuevo código 445.02 Miembro inferior

Nueva subcategoría **445.8 De otros sitios**

Nuevo código **445.81 Riñón**
Añadir Use código adicional para cualquier fallo renal asociado (584, 585)

Nuevo código **445.89 Otro sitio**

Esta información sustituye a la previamente publicada en *Coding Clinic*, segundo trimestre, 1992, páginas 10-11.

Enfermedad venosa

Venas varicosas
Antes del 1 de octubre de 2002, los códigos para las venas distinguían aquellas con úlcera o inflamación, pero no otros síntomas asociados con este problema. Se ha creado un nuevo código 454.8 para informar de las venas varicosas con otras complicaciones (edema, dolor e hinchazón), y el código 454.9 ha sido modificado para informar de las venas varicosas asintomáticas o sin complicación.

454 Venas varicosas de la extremidad inferior

Nuevo código **454.8 Con otra complicación**
Añadir Edema
Añadir Dolor
Añadir Hinchazón

Revisar 454.9 ~~Sin mención de úlcera o inflamación~~
Venas varicosas asintomáticas
Añadir Venas varicosas NEOM

Síndrome postflebítico
Efectivo desde el 1 de octubre de 2002, el código 459.1, Síndrome postflebítico, ha sido dividido para indicar independientemente las complicaciones asociadas a esta afección, tales como úlcera e inflamación.

459 Otros trastornos del aparato circulatorio

459.1 Síndrome postflebítico
Añadir Hipertensión venosa crónica debida a trombosis venosa profunda
Añadir Excluye: hipertensión venosa crónica sin trombosis venosa profunda (459.30-459.39)

Nuevo código **459.10 Síndrome postflebítico sin complicación**
Añadir Síndrome postflebítico asistomático
Añadir Síndrome postflebítico NEOM

Nuevo código **459.11 Síndrome postflebítico con úlcera**

Nuevo código **459.12 Síndrome postflebítico con inflamación**

Nuevo código **459.13 Síndrome postflebítico con úlcera e inflamación**

Nuevo código **459.19 Síndrome postflebítico con otra complicación**

Hipertensión venosa crónica
Efectiva desde el 1 de octubre de 2002, se ha creado una nueva subcategoría para la hipertensión venosa crónica no asociada a trombosis venosa profunda.

Nueva subcategoría **459.3 Hipertensión venosa crónica (idiopática)**
Edema por éxtasis
Añadir Excluye: hipertensión venosa crónica debida a trombosis venosa profunda (459.10-459.19)
venas varicosas (454.0-454.9)

Nuevo código **459.30 Hipertensión venosa crónica sin complicación**
Hipertensión venosa crónica asintomática
Hipertensión venosa crónica NEOM

Nuevo código **459.31 Hipertensión venosa crónica con úlcera**

Nuevo código **459.32 Hipertensión venosa crónica con inflamación**

Nuevo código **459.33 Hipertensión venosa crónica con úlcera e inflamación**

Nuevo código **459.31 Hipertensión venosa crónica con otra complicación**

Lesión de Dieulafoy

Efectivo desde el 1 de octubre de 2002, se han creado nuevos códigos para informar separadamente la lesión de Dieulafoy del estómago, duodeno e intestino. Antes de esto, el índice de la ICD-9-CM lleva al codificador solamente a la úlcera de estómago.

La lesión de Dielafoy es una causa de sangrado gastrointestinal importante poco frecuente y difícil de reconocer. Consiste en una arteriola que protuye a través de un pequeño defecto de la mucosa. Normalmente se ve en los 6 centímetros de la unión gastroesofágica con la curva menor del estómago. También se ha informado en el esófago distal, intestino delgado, colon y recto. La hemorragia puede ser masiva y a menudo requiere múltiples trasfusiones.

Los síntomas que se presentan más frecuentemente son hematemesis, a menudo masiva, asociado con melena (51%). Normalmente no hay síntomas de dispepsia, anorexia o dolor abdominal. La lesión es identificada durante la endoscopia o en laparotomía urgente. A veces el diagnóstico se realiza angiográficamente. El tratamiento normalmente consiste en endoscopia terapéutica con electrocoagulación bipolar, electrocoagulación monopolar, inyección esclerosante, sonda de calor, fotocoagulación láser, inyección de epinefrina, grapas o bandas hemostáticas.

537 Otros trastornos de estómago y duodeno

537.8 Otros trastornos especificados de estómago y duodeno

Nuevo código **537.84 Lesión de Dieulafoy (hemorrágica) de estómago y duodeno**

569 Otros trastornos del intestino

569.8 Otros trastornos especificados del intestino

Nuevo código **569.86 Lesión de Dieulafoy (hemorrágica) de intestino**

Pregunta:
Un paciente es ingresado en el hospital con melena masiva y se realiza una colonoscopia. Se encuentra una lesión de Dieulafoy en el colon y la lesión es electrocoagulada con buenos resultados. Es dado de alta con diagnóstico de lesión de Dieulafoy y sangrado gastrointestinal. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:
Asigne el código 569.86, Lesión de Dieulafoy (hemorrágica) de intestino como diagnóstico principal. No asigne un código separado para el sangrado gastrointestinal ya que es parte integral de la lesión de Dieulafoy. Adicionalmente, asigne el código 45.53, Destrucción endoscópica de otra lesión o tejido de intestino grueso, para la electrocoagulación colonoscópica de la lesión.

Embarazo ectópico con embarazo uterino

A petición del Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG), desde el 1 de octubre de 2002, se han creado nuevos códigos para permitir la codificación de embarazo con gestación múltiple con combinación de embarazo ectópico e intrauterino. El incremento en el uso de tecnologías reproductivas ha dado lugar a un aumento de embarazos con gestación múltiple en los que un embarazo intrauterino puede coexistir con uno ectópico

633 Otros trastornos de estómago y duodeno

633.0 Embarazo abdominal

Nuevo código **633.00 Embarazo abdominal sin embarazo intrauterino**

Nuevo código **633.01 Embarazo abdominal con embarazo intrauterino**

633.1 Embarazo tubárico

Nuevo código **633.10 Embarazo tubárico sin embarazo intrauterino**

Nuevo código **633.11 Embarazo tubárico con embarazo intrauterino**

633.2 Embarazo ovárico

Nuevo código **633.20 Embarazo ovárico sin embarazo intrauterino**

Nuevo código **633.21 Embarazo ovárico con embarazo intrauterino**

633.8 Otro embarazo ectópico

Nuevo código **633.80 Otro embarazo ectópico sin embarazo intrauterino**

Nuevo código **633.81 Otro embarazo ectópico con embarazo intrauterino**

633.9 Embarazo ectópico inespecificado

Nuevo código **633.90 Embarazo ectópico inespecificado sin embarazo intrauterino**

Nuevo código **633.91 Embarazo ectópico inespecificado con embarazo intrauterino**

Circulación fetal persistente

Efectivo desde el 1 de octubre de 2002, se ha creado el código **747.83**, Circulación fetal persistente, para identificar independientemente esta afección. Antes de la creación de este código, esta afección era un término de inclusión bajo el código 747.89, Otra anomalía del aparato circulatorio, otra.

La circulación fetal persistente, también conocida como hipertensión pulmonar persistente o hipertensión pulmonar primaria del recién nacido, es una afección diferenciada y muy seria. Se considera una de las causas más frecuentes de mortalidad neonatal. Se produce cuando un recién nacido estresado vuelve al tipo de circulación fetal durante los primeros días seguidos al nacimiento. Las causas más comunes son asfixia, síndrome de aspiración de meconio, acidosis, sepsis e inmadurez en el desarrollo.

Esta información sustituye la previamente publicada en Coding Clinic, quinto número de 1994, páginas 11-12.

Semanas de gestación

Anteriormente al 1 de octubre de 2002, los quintos dígitos de las categorías 764, Crecimiento retardado y desnutrición fetales, y 765, Trastornos relacionados con gestación acortada y bajo peso no especificado al nacer, proporcionan sólo información del peso al nacer pero no de las semanas de gestación.

La clasificación ha sido revisada de tal manera que el quinto dígito de subclasificación que indicaba peso al nacer previamente aplicable a las categorías 764 y 765, es ahora sólo aplicable a la categoría 764 y al código 765.0, Inmadurez extrema, y 765.1, Otros niños nacidos pretérmino. La información acerca de las semanas de gestación ha sido quitada de los códigos 765.0 y 765.1. Los nuevos códigos han sido creados para informar del número de semanas de gestación con el propósito de diferenciar las semanas de gestación del peso al nacimiento.

OTRAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL (764-779)

Revisar La siguiente subclasificación de quinto dígito es para usar con la categoría 764 y los códigos 765.0 y 765.1, para indicar el peso al nacer

Revisar 765 Trastornos relacionados con gestación corta y bajo peso ~~no especificado~~ al nacer

Revisar 765.0 Inmadurez extrema

Nota: Normalmente implica peso al nacer de menos de 1.000 gramos ~~y/o una gestación de menos de 28 semanas completas~~

Añadir Use código adicional para las semanas de gestación (765.20-765.29)

Revisar 765.1 Otros niños nacidos pretérmino

Nota: Normalmente implica peso al nacer de 1.000-2.499 gramos ~~y/o una gestación de 28 a 37 semanas completas~~

Añadir Use código adicional para las semanas de gestación (765.20-765.29)

Nueva subcategoría 765.2 Semanas de gestación

Nuevo código 765.20 Semanas de gestación inespecificadas

Nuevo código 765.21 Menos de 24 semanas completas de gestación

Nuevo código 765.22 24 semanas completas de gestación

Nuevo código 765.23 24-26 semanas completas de gestación

Nuevo código 765.24 27-28 semanas completas de gestación

Nuevo código 765.25 29-30 semanas completas de gestación

Nuevo código 765.26 31-32 semanas completas de gestación

Nuevo código 765.27 33-34 semanas completas de gestación

Nuevo código **765.28 35-36 semanas completas de gestación**

Nuevo código **765.29 37 ó más semanas completas de gestación**

Pregunta:
¿Cuál es el código apropiado para el niño pretérmino con 35 semanas completas de gestación y peso al nacer de 2.000 gramos?

Respuesta:
Asigne el código 765.18, Otro niño pretérmino, 2.000-2.499 gramos, como diagnóstico principal. Asigne también el código 765.28, 35-36 semanas completas de gestación, como diagnóstico secundario.

Afecciones respiratorias perinatales

Anteriormente al 1 de octubre de 2002, el código 770.8, Otros problemas respiratorios tras el nacimiento, era uno de los códigos que en mayor cantidad se informaba sobre problemas de recién nacidos. este código incluye muchas afecciones respiratorias del recién nacido diferentes variando en gravedad y tipo. El código 770.8 ha sido ampliado para permitir la identificación separada del fallo respiratorio del recién nacido, que es la más grave de las afecciones respiratorias perinatales. Adicionalmente, la ampliación de esta subcategoría permitirá informar sobre niños con afecciones respiratorias múltiples.

770 Otras afecciones respiratorias del feto y neonato
770.8 Otros problemas respiratorios tras el nacimiento

Borrar
~~Pausas apneicas NEOM originadas en período perinatal~~
~~Ataques cianóticos NEOM originados en período perinatal~~
~~Acidosis fetal que afecta al recién nacido~~
~~Anoxia fetal que afecta al recién nacido~~
~~Asfixia fetal que afecta al recién nacido~~
~~Hipercapnia fetal que afecta al recién nacido~~
~~Hipoxia fetal que afecta al recién nacido~~
~~Depresión respiratoria del recién nacido~~
~~Distress respiratorio NEOM originado en período perinatal~~
~~Fallo respiratorio NEOM originado en el período perinatal~~

Nuevo código **770.81 Apnea primaria del recién nacido**
Pausas apneicas del recién nacido NEOM
Apnea esencial del recién nacido
Apnea del sueño del recién nacido

Nuevo código **770.82 Otra apnea del recién nacido**
Apnea obstructiva del recién nacido

Nuevo código **770.83 Ataques cianóticos del recién nacido**

Nuevo código **770.84 Fallo respiratorio del recién nacido**
Añadir Excluye: síndrome de distress respiratorio (769)

Nuevo código **770.89 Otros problemas respiratorios tras el nacimiento**

Infecciones perinatales

Efectiva desde el 1 de octubre de 2002, la nueva subcategoría 771.8, Otras infecciones especificadas en el período perinatal, ha sido ampliado para identificar el extenso rango de infecciones agrupadas juntas. Estas infecciones abarcan desde las infecciones del tracto urinario a la septicemia.

La septicemia en el recién nacido es una de las enfermedades más graves del recién nacido y es una causa significativa de muerte en neonatos. La septicemia es más frecuente verla en niños con bajo peso al nacer, niños con función respiratoria disminuida en el nacimiento y aquellos con factores de alto riesgo maternos.

771 Infecciones especificadas del período perinatal

771.8 Otras infecciones especificadas del período perinatal

Borrar ~~Infección intraamniótica del feto:~~
~~NEOM~~
~~Clostridium~~
~~Escherichia coli (E.coli)~~
~~Sepsis fetal intrauterina~~
~~Infección del tracto urinario neonatal~~
~~Septicemia [sepsis] del recién nacido~~

Añadir Use código adicional para identificar el organismo

Nuevo código **771.81 Septicemia [sepsis] del recién nacido**

Nuevo código **771.82 Infección del tracto urinario del recién nacido**

Nuevo código **771.83 Bacteriemia del recién nacido**

Nuevo código **771.89 Otras infecciones especificadas del período perinatal**
Infección intraamniótica del feto NEOM
Infección del recién nacido NEOM

Bradicardia y taquicardia neonatales

Anteriormente al 1 de octubre de 2002, la bradicardia y taquicardia neonatales independientes del esfuerzo de dilatación y parto u otras complicaciones intrauterinas no podían ser codificadas independientemente en la ICD-9-CM. La categoría 779, Otras afecciones y afecciones mal definidas originadas en el período perinatal, ha sido ampliada para crear nuevos códigos que informen estas afecciones.

779 Otras afecciones y afecciones mal definidas originadas en el período perinatal
779.8 Otras afecciones especificadas originadas en el período perinatal

Nuevo código **779.81 Bradicardia neonatal**
Añadir Excluye: anormalidad en frecuencia y ritmo cardíaco fetal durante dilatación y parto (763.81-763.83)
bradicardia debida a asfixia en el nacimiento (768.5-768.9)

Nuevo código **779.82 Taquicardia neonatal**
Añadir Excluye: anormalidad en frecuencia y ritmo cardíaco fetal durante dilatación y parto (763.81-763.83)

Nuevo código **779.89 Otras afecciones especificadas originadas en el período perinatal**

Niño nervioso y llanto excesivo

A requerimiento de la Academia Americana de Pediatría, se han creados códigos nuevos efectivos desde el 1 de octubre de 2002 para informar del llanto excesivo y nerviosismo de los niños. Los niños son traídos a menudo por sus parientes o cuidadores por llanto excesivo o nerviosismo. Tras la evaluación en muchas ocasiones no se identifican problemas específicos. Se han creado códigos independientes para usarse como razón de visita cuando no se puede determinar otro problema médico.

780 Síntomas generales
780.9 Otros síntomas generales

Borrar
~~Amnesia (retrógrada)~~
~~Resfriado NEOM~~
~~Dolor generalizado~~
~~Hipotermia, no asociada con baja temperatura ambiental~~

Nuevo código **780.91 Niño nervioso (bebé)**

Nuevo código **780.92 Llanto excesivo de niño (bebé)**

Nuevo código **780.99 Otros síntomas generales**
~~Amnesia (retrógrada)~~
~~Resfriado NEOM~~
~~Dolor generalizado~~
~~Hipotermia, no asociada con baja temperatura ambiental~~

Tortícolis ocular

Efectiva desde el 1 de octubre de 2002, el código **781.93**, Tortícolis ocular, ha sido creado para identificar independientemente esta afección. Para una explicación más detallada de esta afección, por favor remítase al *Coding Clinic*, segundo trimestre 2001, página 21.

Pregunta:
¿Cuál es el código apropiado para la tortícolis ocular inducida por el nistagmo?

Respuesta:
Asigne el código 379.50, Nistagmo, inespecífico, para la afección ocular que causa la tortícolis y el código 781.93, Tortícolis ocular. Esta secuencia coincide con las normas previamente publicadas en *Coding Clinic*, segundo trimestre, página 21.

Hallazgos anormales en frotis de Papanicolau de cérvix

Anteriormente al 1 de octubre de 2002, el código 795.0, Frotis cervical de Papanicolau anormal no especificado, era el único de la ICD-9CM disponible para informar una hallazgo anormal en frotis de Papanicolau de cérvix. La clasificación de frotis de Papanicolau de cérvix anormales se ha hecho más sofisticada. Los cambios han sido hechos en la ICD-9-CM para seguir más de cerca la clasificación de hallazgos anormales basada en el sistema Bethesda del Instituto Nacional del Cáncer.

El sistema Bethesda es ligeramente diferente a la clasificación de Neoplasia Intraepitelial Cervical (CIN). Bajo el sistema Bethesda tanto CIN II como displasia intraepitelial escamosa de alto grado (HGSIL) equivalen a carcinoma in-situ de cérvix. Puesto que el carcinoma in-situ sólo puede ser confirmado por biopsia, no por citología, y el sistema Bethesda clasifica los hallazgos citológicos, la ICD-9-CM incluirán la CIN II y la HGSIL como displasias cervicales.

795 Hallazgos histológicos e inmunológicos anormales no específicos

795.0 Frotis de Papanicolau de cérvix anormal no específico

Borrar ~~Frotis cervical discariótico~~

Añadir Excluye: Carcinoma in-situ de cerviz (233.1)
Neoplasia intraepitelial de cérvix I (CIN I) (622.1)
Neoplasia intraepitelial de cérvix II (CIN II) (622.1)
Neoplasia intraepitelial de cérvix III (CIN III) (233.1)
Displasia de cérvix de útero (622.1)
Displasia intraepitelial escamosa de alto grado (622.1)
Displasia intraepitelial escamosa de bajo grado (622.1)

Nuevo código **795.00 Frotis de Papanicolau de cérvix anormal no específico, inespecífico**

Nuevo código **795.01 Cambios atípicos en las células escamosas de significado indeterminado con inclinación a benigno (ASCUS inclinado a benigno)**
Cambios celulares glandulares atípicos de significación indeterminada con inclinación a benigno (AGCUS inclinado a benigno)

Nuevo código **795.02 Cambios atípicos en las células escamosas de significado indeterminado con inclinación a displasia (ASCUS inclinado a displasia)**
Cambios celulares glandulares atípicos de significación indeterminada con inclinación a displasia (AGCUS inclinado a displasia)

Nuevo código **795.09 Otro frotis de Papanicolau de cérvix anormal no específico**
Cambios celulares benignos
Frotis no satisfactorio

Exposición a / contacto con carbunco

Debido a la preocupación reciente relacionada con muertes y enfermedades causadas por exposición a carbunco, se han creado nuevos códigos efectivos desde el 1 de octubre de 2002. Los nuevos códigos son para informar

- Hallazgos positivos no específicos para carbunco **(795.31)**
- Contacto con o exposición al carbunco **(V01.81)**
- Observación y evaluación de sospecha de exposición al carbunco **(V71.82)**

Existen códigos para pacientes que ha contraído carbunco (022.0-02.9). El código 795.31, Hallazgos positivos no específicos para carbunco, se usa para informar de pacientes asintomáticos que dan positivo al test nasal. Para información adicional del V01.81 y V71.82, por favor remítase al artículo sobre códigos V en este ejemplar de *Coding Clinic*.

Fractura en rodete

Efectiva desde el 1 de octubre de 2002, un código independiente se ha creado para identificar la fractura en rodete del radio **(813.45)**, tibia sola **(823.40)**, peroné solo **(823.41)** y tibia con peroné **(823.42)**.

La fractura en rodete es una fractura en la cual hay una expansión localizada o rodete en el córtex sin desplazamiento o con desplazamiento pequeño del extremo distal del hueso. La fractura en rodete de la metáfisis distal de radio y cúbito es la fractura más frecuente en el antebrazo de los niños.

Fractura en rodete de radio (“torus fracture”) [NT]

Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) y sepsis grave

El SIRS es una respuesta clínica a una agresión, infección o traumatismo que incluye inflamación sistémica, temperatura elevada o reducida, frecuencia cardiaca y respiración rápidas y recuento elevado de leucocitos. La comunidad médica reconoce el SIRS como una complicación importante de infecciones y traumatismos. En pacientes ingresados con septicemia los síntomas de SIRS están generalmente presentes. Si el SIRS resultante de septicemia avanzara a incluir disfunciones o fallos orgánicos se calificaría como sepsis grave.

A pesar de que no hay restricciones en la secuenciación de códigos del SIRS, no es generalmente diagnóstico principal. El diagnóstico principal sería tanto la infección como el traumatismo que lo ha causado. En pacientes con diagnóstico principal de septicemia, el código 995.91, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica debido al proceso infeccioso sin disfunción orgánica, debería ser añadido como código secundario para indicar el SIRS asociado. Para pacientes con diagnóstico principal de traumatismo, el código secundario 995.93, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica debido a proceso no infeccioso sin disfunción orgánica, debería ser añadido si los síntomas del SIRS están presentes o el término SIRS está documentado. Si es ingresado un paciente con infección que ha avanzado a SIRS con disfunción orgánica, es aceptable usar el código 995.92 como diagnóstico principal con la afección subyacente como código secundario. Es necesario también codificar las disfunciones orgánicas implicadas.

Para pacientes en los cuales el traumatismo es tan grave que está presente el SIRS con implicación orgánica, debe ser usado el código 995.94, Síndrome de respuesta inflamatoria sistémico por proceso no infeccioso con disfunción orgánica. El SIRS puede estar presente en ausencia de infección. El término “sepsis grave” es un término de inclusión en el código 995.92, Síndrome de respuesta inflamatoria sistémico por proceso infeccioso con disfunción orgánica. El término “sepsis grave” equivale al SIRS debido a una infección que avanza hacia la disfunción orgánica. Es importante que el término sea usado correctamente en los registros médicos y que los médicos sepan que el término no significa simplemente un caso muy malo de septicemia. Debe estar asociada la implicación orgánica. Aunque la afección subyacente sea traumatismo, el código 995.92, se usará en lugar del 995.94 si está documentado el término “sepsis grave”

Nueva subcategoría 995.9 Síndrome de respuesta inflamatoria sistémico

Nuevo código **995.90 Síndrome de respuesta inflamatoria sistémico, inespecífico**
Añadir SIRS NEOM

Nuevo código **995.91 Síndrome de respuesta inflamatoria sistémico, debido a proceso infeccioso sin disfunción orgánica**

Nuevo código **995.92 Síndrome de respuesta inflamatoria sistémico, debido a proceso infeccioso con disfunción orgánica**
Añadir Sepsis grave
Añadir Use código adicional para especificar la disfunción orgánica tal como:
encefalopatía (348.3)
fallo cardiaco (428.0-428.9)
fallo renal (584.5-584.9, 585, 586)

Nuevo código **995.93 Síndrome de respuesta inflamatoria sistémico, debido a proceso no infeccioso sin disfunción orgánica**

Nuevo código **995.94 Síndrome de respuesta inflamatoria sistémico, debido a proceso no infeccioso con disfunción orgánica**
Añadir Use código adicional para especificar la disfunción orgánica tal como:
encefalopatía (348.3)
fallo cardiaco (428.0-428.9)
fallo renal (584.5-584.9, 585, 586)

Disrupción de herida operatoria

Antes del 1 de octubre de 2002, todas las disrupciones de herida operatoria eran asignadas a código 998.3, Disrupción de herida operatoria. Este código no distinguía entre heridas internas o externas. El código ha sido ampliado para proporcionar información de las diferentes heridas.

998 Otras complicaciones de procedimientos, no clasificadas en otra parte

998.3 Disrupción de herida operatoria

Nuevo código **998.31 Disrupción de herida operatoria interna**

Nuevo código **998.32 Disrupción de herida operatoria externa**
Disrupción de herida operatoria NEOM

Código E de caída desde patinete

Efectivo desde el 1 de octubre de 2002, se ha creado un nuevo código E para informar las caídas desde patinete. Las lesiones asociadas con patinetes no motorizados (la palabra "scooter" también se refiere a las motos tipo vespa [NT]) se han incrementado dramáticamente desde mayo de 2000. El nuevo código E ayuda a recoger información de estas lesiones.

E885 Caída al mismo nivel por resbalón, traspiés o tropiezo

Nuevo código **E885.0 Caída desde patinete (no motorizado)**

Código E de lesión por armas con bolas de pintura

Efectivo desde el 1 de octubre de 2002, se ha creado un nuevo código E para proporcionar la causa externa de lesiones por armas con bolas de pintura. Estas armas y sus bolas de pintura se usan en juegos. Sin embargo, se han producido lesiones graves cuando una bola de pintura ha golpeado a una persona a quemarropa

E922 Accidente causado por arma de fuego y de aire comprimido

Nuevo código **E922.5 Arma con bola de pintura**

E955 Suicidio y lesión auto inflingida con arma de fuego, aire comprimido y explosivos

Nuevo código **E955.7 Arma con bola de pintura**

E985 Lesión por arma de fuego, aire comprimido y explosivos sin determinar si ha sido accidental o inflingida a propósito

Nuevo código **E958.7 Arma con bola de pintura**

Códigos E de terrorismo

En respuesta a los sucesos del 11 de septiembre, un conjunto de códigos nuevos se ha desarrollado para permitir la identificación de lesiones y enfermedades por terrorismo. La nota de inclusión bajo el código E979 usa la definición de terrorismo desarrollada por la Oficina Federal de Investigación de Estados Unidos (FBI). La estructura de estos códigos es paralela en una gran parte a las categorías de la ICD-10 "Operaciones de guerra" en el capítulo XX, Causas externas de morbilidad y mortalidad". Este nuevo conjunto de códigos no tiene la intención de ser una clasificación perfeccionada que abarque todos los aspectos del terrorismo.

Para clasificar la muerte o la lesión como debida a terrorismo, el incidente debe ser designado como tal por el Gobierno Federal. Véase las normas modificadas de codificación en este ejemplar.

TERRORISMO (E979)

Nueva categoría **E979 Terrorismo**

Lesiones resultantes del uso ilegal de la fuerza o violencia contra personas o propiedades para intimidar o coaccionar un gobierno, población civil o cualquier parte de los mismos para promocionar objetivos políticos o sociales.

Nuevo código **E979.0 Terrorismo que implica explosión de armas marinas**
Cargas de profundidad
Minas marinas
mina no especificada, en el mar o puerto
Proyectil de artillería embarcado
Torpedo
Explosión submarina

Nuevo código **E979.1 Terrorismo que implica destrucción de avión**
Avión usado con arma
Avión:
quemado
explotado
derribado
Aplastado por caída de avión

Nuevo código **E979.2 Terrorismo que implica otras explosiones y fragmentos**
Bomba antipersona (fragmentos)
Explosión no especificada
Explosión de:
proyectil de artillería
bloqueo de recámara
bloqueo de cañón
bomba de mortero
munición usada en terrorismo no especificada

Fragmentos de:
proyectil de artillería
bomba
granada
misil guiado
mina terrestre
cohete
casquillo
metralla
Mina no especificada

Nuevo código **E979.3 Terrorismo que implica fuego, deflagración y objetos ardiendo**

Edificio quemado o estructura:
colapso de
caída desde
golpe por objeto caído en
salto desde
Deflagración no especificada
Fuego (causante de):
asfixia
quemadura
no especificado
otra lesión
Fusión de accesorios y mobiliario en incendio
Bomba de petróleo
Edificio o estructura ardiente

Nuevo código **E979.4 Terrorismo que implica armas de fuego**

Bala:
carabina
arma de fuego
pistola
rifle
goma (rifle)
Perdigón (escopeta)

Nuevo código **E979.5 Terrorismo que implica armas nucleares**

Efectos de onda expansiva
Exposición a radiación ionizante por arma nuclear
Efectos de la bola de fuego
Calor por arma nuclear
Otros efectos directos o secundarios por arma nuclear

Nuevo código **E979.6 Terrorismo que implica armas biológicas**

Carbunco
Cólera
Viruela

Nuevo código **E979.7 Terrorismo que implica armas químicas**

Gases, humos y sustancias químicas
Ácido cianhídrico
Fosgeno (dicloruro de carbonilo $COCl^2$ [NT])
Gas Sarín (éster isopropílico del ácido metilfosfonofluorídrico [NT])
Gas VX (no incluido en el *Coding Clinic,* ver abajo [NT])

Chemical structure

Molecular formular: $C_{11}H_{26}NO_2PS$
Formula weight: 267,37
Common name(s): VX-Gas
Chemical name: O-ethyl S-diisoprpylaminomethyl methylphosphonothiolate

Nuevo código **E979.8 Terrorismo que implica otros medios**

Ahogamiento y sumersión
Láser
Instrumentos de perforar y apuñalar
Terrorismo no especificado

Nuevo código **E979.9 Efectos secundarios del terrorismo**

Nota: Este código es para identificar afecciones que se producen subsiguientes a ataques terroristas y no a aquellas que tienen lugar en el acto inicial del ataque

Añadir Excluye: efectos tardíos de ataque terrorista (E999.1)

Revisar E999 Efectos tardíos de lesión debida a guerra **<u>y terrorismo</u>**

Revisar Nota: esta categoría es para indicar circunstancias clasificables bajo E979, E990-E998 como causa de muerte o invalidez por efectos tardíos, los cuales son clasificables en otro sitio. Los "efectos tardíos" incluyen afecciones informadas como tales o secuelas que pueden ocurrir en cualquier tiempo después de la lesión resultante de operaciones de guerra o terrorismo

Nuevo código **E999.0 Efectos tardíos de lesiones por operaciones de guerra**

Nuevo código **E999.1 Efectos tardíos de lesiones por terrorismo**

Artículo de actualización de Códigos V
1 de octubre de 2002 (año fiscal 2003)

Un número significativo de códigos nuevos se han añadido en la actualización de 1 de octubre de 2002. Los más significativos son las series de códigos nuevos para cuidados posteriores que ayudarán a explicar de una manera más completa una consulta o visita domiciliaria. Todas las modificaciones de los códigos V del suplemento de 1 de octubre de 2002 están incluidas en este artículo. La tabla de códigos V ha sido también corregida para incluir los nuevos códigos.

Así mismo, algunos códigos V han sido movidos en la tabla de códigos V basadas en observaciones teniendo en cuenta el uso de esos códigos.

Contacto/Exposición

Un código nuevo para contacto o exposición al carbunco ha sido creado, V01.81. Este código es para uso con personas que han estado en la proximidad de esporas de carbunco o íntimamente relacionadas con personas con exposición conocida. El código V01.81 debería ser usado en casos en que un paciente tuviera pruebas negativas para carbunco con una exposición específica documentada. (Véase observación y evaluación para sospecha de exposición a carbunco).

V01 Contacto o exposición a enfermedades contagiosas

V01.8 Otras enfermedades contagiosas

Nuevo código **V01.81 Carbunco**

Nuevo código **V01.89 Otras enfermedades contagiosas**

Historia personal (de)

Un código nuevo para historia personal de parto pretérmino ha sido creado. Este código es para uso en pacientes no embarazadas que están siendo vistas para cuidados relacionados con su historia de parto pretérmino (tal como consejo en el embarazo)

V13 Historia personal de otras enfermedades

V13.2 Otros trastornos genitales y obstétricos

Nuevo código **V13.21 Historia personal de parto pretérmino**

Nuevo código **V13.29 Otros trastornos genitales y obstétricos**

Un código paralelo al V13.21, el código V23.41, Embarazo con historia de parto pretérmino, ha sido creado para mujeres embarazadas, Embarazo con historia de parto pretérmino.

V23 Supervisión de embarazo de alto riesgo

V23.4 Embarazo con otra historia obstétrica no satisfactoria

Nuevo código **V23.41 Historia personal de parto pretérmino**

Nuevo código **V23.49 Embarazo con otra historia obstétrica no satisfactoria**

Estado (de)

Un código nuevo de estado ha sido creado para la administración de oxígeno suplementario. Es para uso en pacientes con terapia de oxígeno de larga duración. El código es permitido para cualquier paciente que use oxígeno suplementario, sin tener en cuenta la duración de su uso cada día. Este código es para usarlo como código adicional de estado. No debe ser usado como diagnóstico principal.

V46 Otra dependencia de máquina

Nuevo código **V46.2 Oxígeno suplementario**
Añadir Terapia de oxígeno de larga duración

El código V49.81, Estado postmenopáusico (relacionado con la edad) (natural) se ha revisado para distinguirlo mejor de los códigos de menopausia sintomática en la categoría 627.

V49 Otras afecciones que influyen en el estado de salud

V49.8 Otra afección específica que influye en el estado de salud

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

Un nuevo código de estado de portador genético para la fibrosis quística ha sido añadido a la categoría V83, Estado de portador genético.

V83 Estado de portador genético

Nueva subcategoría **V83.8 Otro estado de portador genético**

Nuevo código **V83.81 Estado de portador genético de fibrosis quística**

Nuevo código **V83.89 Otro estado de portador genético**

Cuidado posterior

Se han creado tres nuevas subcategorías y gran número de códigos para ampliar el detalle en los códigos de cuidado posterior. Los mayores cambios se han hecho en los cuidados posteriores ortopédicos. Las normas para la ICD-9-CM obliga a que un código de fractura sea usado sólo en el contacto inicial del tratamiento. Los contactos subsiguientes necesitan el uso de códigos de cuidados posteriores ortopédicos. El problema era que el código de cuidado posterior proporcionaba muy poco detalle. Para solucionarlo, fueron creadas las subcategorías V54.1, Cuidado posterior para curación de fractura traumática, y V54.2, Cuidado posterior para curación de fractura patológica. Los códigos bajo estas subcategorías identifican el lugar de la fractura. No es necesario asignar el código V54.19, Cuidado posterior para curación de fractura traumática de otro hueso, o el código V54.29 Cuidado posterior para curación de fractura patológica de otro huso más de una vez si están involucrados varios huesos de la misma subcategoría. Se ha creado también un nuevo código V54.81 para cuidado posterior de sustitución de articulación.

Se han creado nuevos códigos amplios para cuidados posteriores tras cirugía por neoplasia, V58.2, lesión o traumatismo, V58.43, y para sistemas corporales específicos V58.71-V58.78. Estos códigos deben ser usados junto con otros códigos de cuidados posteriores u otros diagnósticos para proporcionar mayor detalle en el contacto para cuidado posterior. El orden de los códigos múltiples de cuidados posteriores es a criterio del codificador.

Los códigos que identifican cuidados posteriores tras cirugía de sistemas corporales especificados (V58.71-V58.78), para neoplasias (V58.42), lesión y traumatismo (V58.43), deben ser usados también junto con códigos V de cuidados de vendajes postoperatorio, cuidados de ostomías, u otro código V similar, en tanto en cuanto el cuidado de vendaje o dispositivo de ostomía esté identificado.

El código V58.43 no debe ser colocado con un código V54.1 si el cuidado posterior es para tratamiento para la curación de fractura traumática. Codifique V54.1 sólo si es necesario. Si un paciente recibiera cuidados posteriores para curación de fractura traumática y de otras lesiones es aceptable que se usen ambos códigos V58.43 y V54.1. De la misma manera, no es necesario usar juntos un de la subcategoría V58.7 con un código de la subcategoría V58.4. Si un paciente recibiera cuidado posterior posquirúrgico por una lesión o traumatismo o neoplasia, sólo es necesario un código de la subcategoría V58.4. La norma oficial de codificación para neoplasias aplica todavía el código V58.42 para cuidado posterior de neoplasia. El código de cuidado posterior debe ser usado con cualquier código de neoplasia actual o código de la categoría V10, Historia personal de neoplasia maligna, si es aplicable. El código de cuidado posterior debe ser puesto primero dado que el motivo del contacto es cuidado posterior postquirúrgico, no el tratamiento específico del cáncer.

V54 Otro cuidado posterior ortopédico

Nueva subcategoría **V54.1 Cuidado posterior para curación de fractura traumática**

Nuevo código **V54.10 Cuidado posterior para curación de fractura traumática de brazo inespecífico**

Nuevo código **V54.11 Cuidado posterior para curación de fractura traumática de brazo**

Nuevo código **V54.12 Cuidado posterior para curación de fractura traumática de antebrazo**

Nuevo código **V54.13 Cuidado posterior para curación de fractura traumática de cadera**

Nuevo código **V54.14 Cuidado posterior para curación de fractura traumática de pierna inespecífica**

Nuevo código **V54.15 Cuidado posterior para curación de fractura traumática de muslo**

Añadir Excluye: cuidado posterior para curación de fractura traumática de cadera (V54.13)

Nuevo código **V54.16 Cuidado posterior para curación de fractura traumática de pierna**

Nuevo código **V54.17 Cuidado posterior para curación de fractura traumática de vértebra**

Nuevo código **V54.19 Cuidado posterior para curación de fractura traumática de otro hueso**

Nueva subcategoría **V54.2 Cuidado posterior para curación de fractura patológica**

Nuevo código **V54.20 Cuidado posterior para curación de fractura patológica de brazo inespecífico**

Nuevo código **V54.21 Cuidado posterior para curación de fractura patológica de brazo**

Nuevo código **V54.22 Cuidado posterior para curación de fractura patológica de antebrazo**

Nuevo código **V54.23 Cuidado posterior para curación de fractura patológica de cadera**

Nuevo código **V54.24 Cuidado posterior para curación de fractura patológica de pierna inespecífica**

Nuevo código **V54.25 Cuidado posterior para curación de fractura patológica de muslo**

Añadir Excluye: cuidado posterior para curación de fractura patológica de cadera (V54.23)

Nuevo código **V54.26 Cuidado posterior para curación de fractura patológica de pierna**

Nuevo código **V54.27 Cuidado posterior para curación de fractura patológica de vértebra**

Nuevo código **V54.29 Cuidado posterior para curación de fractura patológica de otro hueso**

V54.8 Otro cuidado posterior ortopédico

Borrar ~~Cambio, revisión o retirada de:~~
~~aguja de Kirschner~~
~~escayola de yeso~~
~~tablilla externa~~
~~otro dispositivo de fijación o tracción externa~~

Nuevo código **V54.81 Cuidado posterior tras sustitución de articulación**

Añadir Use código adicional para identificar el lugar de la Sustitución de articulación (V43.60-V43.69)

Nuevo código **V54.89 Otro cuidado posterior ortopédico**

V58 Contacto para otros procedimientos y cuidados posteriores y no especificados

V58.4 Otros cuidados posteriores tras cirugía

Añadir Nota: Los códigos de esta subcategoría deben ser usados junto con otros códigos de cuidados posteriores para identificar completamente el motivo del contacto

Nuevo código **V58.42 Cuidado posterior tras cirugía por neoplasia**

Añadir Afecciones clasificables en 140-239

Nuevo código **V58.43 Cuidado posterior tras cirugía por herida y traumatismo**

Añadir Afecciones clasificables en 800-999

Añadir Excluye: cuidado posterior para curación de fractura traumática (V54010-V54.19)

Nueva subcategoría **V58.7 Cuidado posterior tras cirugía de sistema corporal Especificado, no clasificado en otro sitio**

Añadir Afecciones clasificables en 360-379, 380-389

Nuevo código	**V58.72 Cuidado posterior tras cirugía de sistema nervioso**
Añadir	Afecciones clasificables en 320-359
Añadir	Excluye: cuidado posterior tras cirugía de órganos de los sentidos NCOC (V58.71)
Nuevo código	**V58.73 Cuidado posterior tras cirugía de aparato circulatorio**
Añadir	Afecciones clasificables en 390-459
Nuevo código	**V58.74 Cuidado posterior tras cirugía de aparato respiratorio**
Añadir	Afecciones clasificables en 460-519
Nuevo código	**V58.75 Cuidado posterior tras cirugía de dientes, cavidad oral y aparato digestivo**
Añadir	Afecciones clasificables en 520-579
Nuevo código	**V58.76 Cuidado posterior tras cirugía de aparato genitourinario**
Añadir	Afecciones clasificables en 580-629
Añadir	Excluye: cuidado posterior tras reversión de Esterilización (V26.2)
Nuevo código	**V58.77 Cuidado posterior tras cirugía de piel y tejido subcutáneo**
Añadir	Afecciones clasificables en 680-709
Nuevo código	**V58.78 Cuidado posterior tras cirugía de aparato musculoesquelético**
Añadir	Afecciones clasificables en 710-739

Otro cambio en cuidados posteriores es la adición de una nota de ordenación. Para el código V58.83, Contacto para monitorización de medicamento, se ha añadido una nota de uso de código adicional para indicar que se necesita un código adicional para cualquier medicamento asociado usado durante largo tiempo. Los códigos bajo la subcategoría V58.6, Uso (actual) de medicamentos de larga duración, son códigos de estado. Sólo constatan que un paciente está medicándose por un largo período de tiempo. Estos códigos no tienen la intención de indicar que un paciente entra en contacto para monitorización de un medicamento. El código V58.83 es el código correcto para codificar un contacto para monitorización de medicamentos. El código V58.83 y los contenidos en V58.6 deben ser usados juntos para describir un contacto para monitorización de medicamento y el uso de medicamento durante largo tiempo. El V58.83 debe ser usado solo si la monitorización del medicamento es en un breve período de tiempo.

No hay definición en el marco de tiempo para la larga duración. Si un paciente recibe un medicamento regularmente y tiene múltiples dosis disponibles en la prescripción, es apropiado documentar el uso de medicamento por un largo tiempo. Tal documentación es a discreción del proveedor de cuidados de salud.

V58 Contacto para otro procedimiento y cuidado posterior o no especificado

V58.8 Otro procedimiento y cuidado posterior especificado

V58.83 Contacto para monitorización de medicamento

Añadir Use código adicional para cualquier uso de medicación (actual) durante largo tiempo (V58.61-V58.69)

Observación

En contraste con el código de Contacto/Exposición con carbunco donde una exposición actual está documentada, los códigos de observación son para uso sólo con pacientes donde no hay evidencia de exposición actual pero que tienen temor por el carbunco. El código de observación es sólo para pacientes que dan negativo al test por carbunco.

V71 Observación y evaluación de afecciones sospechadas no encontradas

V71.8 Observación y evaluación de otras afecciones sospechadas

Nuevo código **V71.82 Observación y evaluación de supuesta exposición al carbunco**

Nuevo código **V71.83 Observación y evaluación de supuesta exposición a Otros agentes biológicos**

Tabla de códigos V

Vigentes desde el 1 de octubre de 2002.

Los items subrayados son códigos nuevos desde el suplemento del 1 de octubre de 2001. Los items tachados son códigos que han sido movidos en la tabla desde el suplemento de 1 de octubre de 2001.

El código V58.3, Atención de vendajes y suturas quirúrgicas, ha sido movido a la lista Diagnóstico Principal o Secundario para concordar con los códigos nuevos de cuidados posteriores.

El código V58.5, Ortodoncia, ha sido movido a la lista de códigos no específicos. Para un contacto de ortodoncia, la afección dental del capítulo de sistema corporal correspondiente debe ser usada como código diagnóstico.

El V23.2, Embarazo con historia de aborto, ha sido borrado de la lista de códigos no específicos. Se ha incluido con los otros códigos V23 en la lista de Diagnóstico Principal o Secundario.

El V12, Historia personal de ciertas enfermedades, y el V13, Historia personal de otras enfermedades, han sido movidos desde Secundario solamente a la lista de Principal o Secundario. Las categorías V14, Historia personal de alergia a medicamentos, y V15, Otra historia personal que presenta riesgo para la salud, son los equivalentes a los códigos de estado y permanecen en la lista de Secundario solamente.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

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

Códigos

V22.0 Supervisión de primigrávida normal
V22.1 Supervisión de otro embarazo normal
V58.0 Radioterapia
V58.1 Quimioterapia
V58.0 y V58.1 pueden ser usados juntos en un episodio en el cual pueden ser indistintamente diagnóstico principal, cuando un paciente recibe a la vez quimioterapia y radioterapia durante el mismo.
~~V58.3 Cuidado de vendajes y suturas quirúrgicas~~
~~V58.5 Admisión para ortodoncia~~

Categorías / Subcategorías

V20 Supervisión sanitaria de bebé o niño
V24 Cuidados y examen postparto
V29 Observación y evaluación de recién nacidos para afecciones sospechadas no encontradas
Excepción: un código V30-V39 debe ser puesto antes del V29 si es la historia del recién nacido

V30-V39 Niños nacidos vivos de acuerdo al tipo de nacimiento
V59 Donantes
V66 Convalecencia y cuidados paliativos
Excepción: V66.7 Cuidados paliativos
V68 Contacto por motivos administrativos
V70 Reconocimiento médico general
Excepción: V70.7 Reconocimiento de participante en ensayo clínico
V71 Observación y evaluación para afecciones sospechadas no encontradas
V72 Investigaciones y reconocimientos especiales
Excepción: V72.5 Exámenes radiológicos no clasificados en otros conceptos
V72.6 Pruebas de laboratorio

DIAGNOSTICO PRINCIPAL ó SECUNDARIO

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

Códigos
V49.81 Estado postmenopáusico asintomático (relacionado con la edad) (natural)
V70.7 Reconocimiento de participante en ensayo clínico

Categorías / Subcategorías
V01 Contacto o exposición a enfermedades transmisibles
V02 Portador o sospecha de portador de enfermedades infecciosas
V03-V06 Necesidad de vacunación e inoculación profiláctica
V07 Necesidad de aislamiento y otras medidas profilácticas
V08 Estado de infección asintomática por HIV
V10 Historia personal de neoplasia maligna
V12 Historia personal de ciertas enfermedades
V13 Historia personal de otras enfermedades
Excepción: V13.4 Historia personal de artritis
V13.69 Historia personal de otra malformación congénita
V16-V19 Historia familiar de enfermedad
V23 Supervisión de embarazo de alto riesgo
~~Excepción: V23.2 Embarazo con historia de aborto~~
V25 Contacto para asistencia anticonceptiva
V26 Asistencia procreativa
Excepción: V26.5 Estado de esterilización
V28 Cribaje prenatal
V45.7 Ausencia adquirida de órgano
V50 Cirugía electiva para otros fines que remediar problemas de salud
V52 Colocación y ajuste de dispositivo protésico e implante
V53 Colocación y ajuste de otro dispositivo
V54 Otros cuidados ortopédicos posteriores
V55 Cuidados de aperturas artificiales
V56 Contacto para diálisis y cuidado de catéter de diálisis
V57 Cuidados que implican el uso de procedimientos de rehabilitación

V58.3 Cuidado de vendajes y suturas quirúrgicas
V58.4 Otros cuidados posquirúrgicos
V58.6 Uso de medicación por largo tiempo
V58.7 Cuidados posteriores tras cirugía de sistemas corporales especificados NEC
V58.8 Otros procedimientos y cuidados posteriores especificados
V61 Otras circunstancias familiares
V63 No disponibilidad de otras instalaciones médicas para cuidados
V65 Otras personas que solicitan consulta sin molestias o enfermedad
V67 Examen de seguimiento
V69 Problemas relacionados con el estilo de vida
V73-V82 Reconocimientos de cribaje especiales
V83 Estado de portador genético

DIAGNOSTICO SECUNDARIO SOLAMENTE

Códigos V / categorías / subcategorías, que pueden ser usados únicamente como diagnóstico secundario, no principal.

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

Categorías / Subcategorías
V09 Infección por microorganismos resistentes a medicamentos
~~V12 Historia personal de ciertas enfermedades~~
~~V13 Historia personal de otras enfermedades~~
~~Excepción: V13.4 Historia personal de artritis~~
~~V13.69 Historia personal de otra malformación congénita~~
V14 Historia personal de alergia a agentes medicinales
V15 Otra historia personal que representa peligro para la salud
Excepción: V15.7 Historia personal de contracepción
V21 Estados constitucionales del desarrollo
V26.5 Estado de esterilización
V27 Producto del parto
V42 Organo o tejido sustituido por trasplante
V43 Organo o tejido sustituido por otro medio
V45 Otro estado posquirúrgico
Excepción: Subcategoría V45.7 Ausencia adquirida de órgano
V46 Otra dependencia de máquina
V49.6x Estado de amputación de miembro superior
V49.7x Estado de amputación de miembro inferior
V60 Circunstancias de vivienda, domésticas y económicas
V62 Otras circunstancias psicosociales
V64 Personas que contactan con servicios de salud para procedimiento específico, no llevado a cabo

Códigos y categorías no específicas

V11 Historia personal de trastorno mental
V13.4 Historia personal de artritis
V13.69 Historia personal de malformación congénita
V15.7 Historia personal de contracepción
~~V23.2 Embarazo con historia de aborto~~
V40 Problemas mentales y de comportamiento
V41 Problemas con sentidos y otras funciones especiales
V47 Otros problemas con órganos internos
V48 Problemas de la cabeza, cuello y tronco
V49 Problemas de miembros y otros problemas
Excepción: V49.6 Estado de amputación de miembro superior
V49.7 Estado de amputación de miembro inferior
V49.81 Estado postmenopáusico (relacionado con la edad)(natural)
V49.82 Estado de sellado dental
V51 Cuidados posteriores que implican el uso de cirugía plástica
V58.2 Trasfusión de sangre, sin diagnóstico declarado
V58.5 Ortodoncia
V58.9 Cuidados posteriores no especificados
V72.5 Reconocimiento radiológico, no clasificado bajo otro concepto
V72.6 Pruebas de laboratorio

VOLÚMEN 3
CÓDIGOS PROCEDIMIENTOS NUEVOS/REVISADOS

Capítulos 00 y 17

El sistema ICD-9-CM fue desarrollado en los años 70 y puesto en marcha en 1979. A lo largo de los años muchas de las categorías se han completado haciendo dificultosa la creación de nuevos códigos. Cuando una categoría está completa se combinan varios tipos de procedimientos similares bajo un código, o se encuentra un lugar en otra sección de la clasificación para el código nuevo.

Como solución provisional, los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) examinaron la ICD-9-CM para identificar una serie de códigos que pudieran ser usados para nuevos procedimientos y técnicas. Se dispuso de los capítulos 00 (códigos 00 al 00.99) y 17 (códigos 17.00 al 17.99). Comenzando en 2001, el CMS trabajó para usar los capítulos 00 y 17 para disponer demás códigos a fin de identificar las nuevas técnicas.

Los códigos nuevos se crearán en la sección adecuada de la ICD-9-CM como primera prioridad. Sólo cuando no haya lugar en otros capítulos se podrán crear nuevos códigos utilizando los capítulos 00 y 17. Para usar completamente estas nuevas series de códigos, los procedimientos nuevos están asignados en el siguiente código disponible. Antes de este cambio, los procedimientos estaban agrupados por sistema corporal, y los procedimientos similares fueron colocados en la misma categoría. El nuevo enfoque representa que los capítulos 00 y 17 comprenderán ahora un número diverso de procedimientos e intervenciones que afectan a todos los sistemas corporales.

Efectivo desde el 1 de octubre de 2002, los códigos nuevos se han creado usando el capítulo 00. La descripción de estos códigos nuevos es como sigue.

Ultrasonido terapéutico

Efectivo desde el 1 de octubre de 2002, se han creado códigos individuales para ultrasonoterapia intravascular o ultrasonido terapéutico de vasos.

La ultrasonoterapia intravascular es una modalidad de tratamiento intervencionista que usa energía de ultrasonidos terapéutica no ablativa para reducir la hiperplasia de la neoíntima y proporcionar mejora tras la implantación de un stent. Es usado para tratar pacientes con arteriosclerosis coronaria o periférica y enfermedades estenóticas recurrentes.

El sistema de sonoterapia intravascular incluye un catéter que es introducido percutáneamente y un instrumento, del tamaño de una bomba de infusión, que es usado para generar y controlar la terapia de ultrasonido. La sonoterapia intravascular puede ser aplicada durante la colocación de un nuevo stent para prevenir la reestenosis, o puede usarse para tratar una reestenosis en la lesión con un stent previamente implantado. Se piensa que la sonoterapia proporciona soluciones profilácticas y terapéuticas en afecciones vasculares periféricas, lesiones de múltiples stents, pacientes con afecciones de múltiples vasos, lesiones de ostium y bifurcaciones y pacientes de alto riesgo como los diabéticos.

Se han creado códigos independientes para ultrasonido terapéutico de los vasos de cabeza y cuello (00.01), corazón (00.02), y vasos periféricos (00.03). Adicionalmente, el código 00.09, Otro ultrasonido terapéutico, ha sido creado como clasificación genérica, y no sólo para vasos.

Nueva subcategoría 00.0 Ultrasonido terapéutico

Nuevo código **00.01 Ultrasonido terapéutico de vasos de cabeza y cuello**
Ultrasonido antireestenótico
Ultrasonido intravascular no ablativo
Excluye: diagnóstico por ultrasonidos de:
ojo (95.13)
cabeza y cuello (88.71)
oído interno (20.79)
angioplastia ultrasónica de vaso no coronario (39.50)
embolectomía ultrasónica (38.01, 38.02)
endarterectomía ultrasónica (38.11, 38.12)
trombectomía (38.01, 38.02)

Nuevo código **00.02 Ultrasonido terapéutico del corazón**
Ultrasonido antireestenótico
Ultrasonido intravascular no ablativo
Excluye: diagnóstico por ultrasonidos de corazón (88.72)
ablación ultrasónica de lesión cardiaca (37.34)
angioplastia ultrasónica de vaso coronario (36.01, 36.02, 36.05, 36.09)

Nuevo código **00.03 Ultrasonido terapéutico de vasos periféricos**
Ultrasonido antireestenótico
Ultrasonido intravascular no ablativo
Excluye: diagnóstico por ultrasonidos de sistema vascular periférico (88.77)
angioplastia ultrasónica de vaso no coronario (39.50)

Nuevo código **00.09 Otro ultrasonido terapéutico**
Excluye: fragmentación ultrasónica de cálculo renal (59.95)
nefrostomía percutánea con fragmentación (55.04)
terapia física (93.35)
prostatectomía transuretral guiada por láser (TULIP) (60.21)

Esta información sustituye la previa en *Coding Clinic*, primer trimestre de 2000, página 21.

Implantación de agente quimioterápico

Efectivo desde el 1 de octubre de 2002, se ha creado un nuevo código para la implantación de agentes quimioterápicos. Antes de la creación de este código, este procedimiento era codificado con el 99.25, Inyección o infusión de agentes antineoplásicos,.

El implante quimioterápico en el cerebro está siendo usado para tratar pacientes con glioblastoma multiforme recurrente (GBM). El implante se realiza en la cavidad creada por la resección tumoral y proporciona quimioterapia directamente en dicho lugar. El número de implantes depende del tamaño y la localización de la cavidad del tumor. Los implantes se colocan juntos contra la pared de la cavidad tumoral usando unas pinzas. Hay que tener cuidado de asegurar la cobertura de la mayor parte de la pared de la cavidad y evitar los ventrículos y las grandes estructuras vasculares. Una vez cubierta por completo la cavidad, se aplica un agente hemostático reabsorbible para asegurar los implantes en su lugar.

Los implantes de quimioterapia han sido también usados para el tratar el hígado, vesícula biliar y otras localizaciones.

Esta información sustituye la previa del *Coding Clinic*, primer trimestre de 1998, página 6-7.

Nuevo código **00.10 Implantación de agente quimioterápico**
Quimioterapia con implante cerebral
Intersticial/intracavitario

Excluye: inyección o infusión de sustancia quimioterápica para cáncer (99.25)

Infusión de drotrecogin alfa (activada)

Efectivo desde 1 de octubre de 2002, el código 00.11 ha sido creado únicamente para informar de la infusión de drotrecogin alfa (activada).

La drotrecogin alfa (activada) es un nuevo agente biológico usado para el tratamiento de la sepsis grave. Es una versión recombinante de la proteína C activada (APC). La APC se necesita para asegurar el control de la inflamación y la coagulación en los vasos sanguíneos. Los pacientes con sepsis grave no pueden convertir la Proteína C en la forma activada en cantidades suficientes. La drotrecogin alfa (activada) se piensa que es capaz de devolver el equilibrio a la coagulación sanguínea y la inflamación y restablecer el flujo sanguíneo en los órganos.

Nuevo código **00.11 Infusión de drotrecogin alfa (activada)**
Infusión de proteína recombinante

Administración óxido nítrico inhalado

Efectivo desde el 1 de octubre de2002, se ha creado un nuevo código para plasmar la administración de óxido nítrico inhalado (INO).

El óxido nítrico es un vasodilatador administrado por inhalación para tratar la hipertensión pulmonar en pacientes con fallo respiratorio e hipoxia. El óxido nítrico es normalmente administrado más de cuatro días. Se usa en conjunción con soporte ventilatorio y otros agentes para tratar neonatos a término y casi a término con fallo respiratorio hipóxico asociado con hipertensión pulmonar. Se ha informado que mejora la oxigenación y reduce la necesidad de oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO).

Nuevo código **00.12 Administración de óxido nítrico inhalado**
Terapia con óxido nítrico

Esta información sustituye la previa del *Coding Clinic*, primer trimestre de 2002, página 14.

Inyección o infusión de nesiritide

Efectivo desde el 1 de octubre de2002, se ha creado un nuevo código para identificar exclusivamente la inyección o infusión de nesiritide.

Nesiritide es el nombre genérico de péptido natriurético humano tipo B recombinante. Este medicamento representa una nueva clase de agentes. Se usa para el tratamiento del fallo cardíaco congestivo agudo descompensado con disnea de reposo o a mínimos esfuerzos. El nesiritide es administrado intravenoso por infusión o por bolo. El principal efecto adverso informado es la hipotensión.

Nuevo código **00.13 Inyección o infusión de nesiritide**
Péptido natriurético humano tipo B (hBNP)

Inyección o infusión de antibióticos de la familia de la oxazolidinona

Efectivo desde el 1 de octubre de2002, se ha creado un nuevo código para identificar la inyección o infusión de oxazolidinona.

Las oxazolidinonas son una nueva familia de antibióticos. Esta clase de antibiótico es usado para tratar bacterias gram-positivas, incluidos gram-positivos resistentes. Puesto que unos pocos antibióticos tratan infecciones graves resistentes a varios antibióticos, las oxazolidinonas estaban reservadas a las infecciones más importantes desde el punto de vista médico, a menudo con amenaza de muerte. El uso más frecuente es para tratamiento de la septicemia causada por patógenos resistentes. El segundo uso más común es para neumonías adquiridas en hospital, a neumonía asociada al uso de respiradores en pacientes con alto riesgo o con una infección probada a gram-positivos resistentes. El resto de su uso es para tratar heridas posquirúrgicas, heridas traumáticas y celulitis moderada o grave con infecciones gram-positivas resistentes.

Nuevo código **00.14 Inyección o infusión de oxazolidinonas**
Inyección de linezolid

Terapia de resincronización cardiaca

Efectivo desde el 1 de octubre de2002, se ha creado un único código para identificar la terapia de resincronización cardiaca (también denominado marcapasos biventricular).

La terapia de resincronización cardiaca (CRT) es similar a los marcapasos convencionales y a los desfibriladores-cardioversores internos (ICDs), pero difiere en que requiere la implantación de un electrodo especial dentro de la vena coronaria para sujetar el dispositivo a la pared exterior de ventrículo izquierdo. La CRT trata el fallo cardiaco proporcionando estimulación eléctrica en la aurícula derecha, ventrículo derecho y ventrículo izquierdo del corazón con el fin de coordinar las contracciones ventriculares y mejorar el gasto cardiaco. Por favor remítase al *Coding Clinic*, tercer trimestre de 2001, páginas 3-5, para una descripción más detallada del CRT.

Nueva subcategoría 00.5 Otros procedimientos cardiovasculares

Nuevo código **00.50 Implantación de sistema total de marcapasos de resincronización cardiaca sin mención desfribrilación [CRT-P]**

Marcapasos biventricular sin desfibrilador cardiaco interno.
Implantación de dispositivo marcapasos generador de pulsos de resincronización (biventricular), formación de bolsillo, implantación del electrodo intravenoso, incluyendo la colocación del electrodo en el sistema venosos coronario izquierdo y procedimiento intraoperatorio para evaluación de las señales del electrodo.

Excluye: Implantación de sistema total de desfibrilador de resincronización cardiaca [CRT-D] (00.51)
Inserción o sustitución de cualquier tipo de dispositivo marcapasos (37.80-37.87)
Sustitución únicamente del generador de pulsos de desfibrilador de resincronización cardiaca [CRT-D] (00.54)
Sustitución únicamente del generador de pulsos de marcapasos de resincronización cardiaca [CRT-P] (00.53)

Nuevo código **00.51 Implantación de sistema total de desfibrilador de resincronización cardiaca [CRT-D]**

Marcapasos biventricular con desfibrilador cardiaco interno.
Implantación de generador de pulsos de resincronización (biventricular) con desfibrilador [AICD], formación de bolsillo, implantación del electrodo intravenoso, incluyendo la colocación del electrodo en el sistema venosos coronario izquierdo y procedimiento intraoperatorio para evaluación de las señales del electrodo, y mediciones del umbral del desfibrilador.

Excluye: Implantación de sistema total de marcapasos de resincronización cardiaca [CRT-P] (00.50)
Implantación o sustitución de sistema total de cardioversor/desfibrilador automático [AICD] (37.94)
Sustitución únicamente del generador de pulsos de desfibrilador de resincronización cardiaca [CRT-D] (00.54)

Nuevo código **00.52 Implantación o sustitución de cable intravenoso [electrodo] en el sistema venoso coronario ventricular izquierdo**

Excluye: Implantación de sistema total de desfibrilador de resincronización cardiaca [CRT-D] (00.51)
Implantación de sistema total de marcapasos de resincronización cardiaca [CRT-P] (00.50)
Inserción inicial de cable intravenoso [electrodo] (37.70-37.72)
Sustitución de cable(s) intravenosos [electrodos] auricular y/o ventricular (37.76)

Nuevo código **00.53 Implantación o sustitución de generador de pulsos del marcapasos de resincronización cardiaca únicamente [CRT-P]**

Implantación de dispositivo CRT-P con retirada de cualquier CRT-P u otro dispositivo marcapasos existente

Excluye: Implantación de sistema total de marcapasos de resincronización cardiaca [CRT-P] (00.50)
Implantación o sustitución únicamente del generador de pulsos de desfibrilador de resincronización cardiaca [CRT-D] (00.54)
Inserción o sustitución de cualquier tipo de dispositivo marcapasos (37.80-37.87)

Nuevo código **00.54 Implantación o sustitución de generador de pulsos del desfibrilador de resincronización cardiaca únicamente [CRT-D]**

Implantación de dispositivo CRT-D con retirada de cualquier CRT-D, CRT-P u otro dispositivo marcapasos existente

Excluye: Implantación únicamente del generador de pulsos del cardioversor/desfibrilador automático (37.96)
Implantación de sistema total de desfibrilador de resincronización cardiaca [CRT-D] (00.51)
Implantación o sustitución únicamente del generador de pulsos de marcapasos de resincronización cardiaca [CRT-P] (00.53)

Pregunta:
A una mujer de 64 años de edad se le implantó un sistema desfibrilador de terapia de resincronización cardiaca (CRT-D), a veces referido como desfibrilador "biventricular". El procedimiento incluía la implantación de tres (3) cables [electrodos] y un desfibrilador especial de terapia de resincronización cardiaca (CRT-D). Un cable fue colocado en una vena coronaria del ventrículo izquierdo. Los otos cables fueron colocados dentro de la aurícula derecha y ventrículo derecho, similar a un AICD (desfibrilador cardioversor implantable automático). ¿Cuál es el código ICD-9-CM apropiado para este procedimiento?

Respuesta:
Asigne el código 00.51, Implantación de sistema total de desfibrilador de resincronización cardiaca.

Pregunta:
A una mujer de 69 años de edad con historia de enfermedad coronaria e infarto de miocardio le fue implantado un AICD (desfibrilador cardioversor implantable automático) de doble cámara cuatro años antes a consecuencia de un caso de paro cardiaco súbito. Ahora está programada para la colocación de un sistema de desfibrilador de terapia de resincronización cardiaca (CRT-D). El procedimiento incluye la implantación de un cable [electrodo] colocado en una vena coronaria del ventrículo izquierdo. Adicionalmente, el generador de pulsos convencional AICD es retirado y reemplazado por el generador de pulsos de un desfibrilador de terapia de resincronización cardiaca (CRT-D). ¿Podría esto ser codificado como 00.51, Implantación de sistema total de desfibrilador de resincronización cardiaca o como 00.54, Implantación o sustitución únicamente del generador de pulsos de desfibrilador de resincronización cardiaca [CRT-D]?

Respuesta:
Asigne el código 00.51, Implantación de sistema total de desfibrilador de resincronización cardiaca [CRT-D] para este procedimiento ya que se han implantado tanto el dispositivo como el cable. No es apropiado asignar el código 00.54, Implantación o sustitución únicamente del generador de pulsos de desfibrilador de resincronización cardiaca [CRT-D] puesto que este código debe ser usado cuando sólo el dispositivo es implantado o reemplazado. Cuando el dispositivo y uno o más cables son implantados/reemplazados use el código de sistema total (00.51)

Pregunta:
Una mujer de 23 años de edad tiene una cardiomiopatía no isquémica con bloqueo de rama izquierda y fallo cardiaco progresivo (NYHA clase III) a pesar de una terapia farmacológica óptima. Fue sometida al implante de un sistema de marcapasos de terapia de resincronización cardiaca (CRT-P). ¿Cuál es el código ICD-9-CM apropiado para este procedimiento?

Respuesta:
Asigne el código 00.50, Implantación de sistema total de marcapasos de resincronización cardiaca

Inserción de endoprótesis vascular liberadora de fármaco

Efectivos desde el 1 de octubre de 2002, se han creado nuevos códigos para informar de la inserción de un nuevo tipo de endoprótesis vasculares denominadas endoprótesis liberadoras de fármacos.

Los problemas postoperatorios relativos a inserción de endoprótesis vasculares incluyen oclusión trombótica y reestenosis de vasos. Aproximadamente del 15 al 20% de las arterias con endoprótesis vuelven de nuevo a estenosarse. Para intentar abordar estos problemas han tenido lugar numerosas mejoras en la tecnología de implantación de endoprótesis.

Endoprótesis vascular liberadora de fármaco define una endoprótesis con un fármaco activo que se libera de forma controlada. El fármaco es aplicado en la superficie de la endoprótesis y está dirigido a reducir la reestenosis. El fármaco es combinado con una mezcla de polímeros indesgastable y se aplica una capa en la superficie de la endoprótesis. Una de fármaco sin polímero es aplicada en la parte superior de la matriz fármaco-polímero y la barrea difusora para prolongar la liberación del fármaco. Ejemplos de fármacos son sirolimus, taxol o paclitaxel. El fármaco es liberado lentamente dentro del tejido de la pared del vaso en un período de entre 30 y 45 días para prevenir el desarrollo de tejido cicatricial que puede estrechar la arteria reabierta.

Las endoprótesis liberadoras de fármaco tienen que ser diferenciadas de las endoprótesis cubiertas y las impregnadas. Una endoprótesis cubierta se refiere a una endoprótesis con una capa de silicona o derivado de silicona (ej. PTFE*, poliuretano). Una endoprótesis impregnada se refiere a una endoprótesis que está impregnada con fármacos (ej. heparina) o aplicada en capa con sustancias biocompatibles (ej. fosforilcolina). La diferencia entre una endoprótesis impregnada y una endoprótesis liberadora de fármaco está en que la primera no libera el fármaco. Las endoprótesis impregnadas normalmente tiene heparina para impedir formaciones de plaquetas en la endoprótesis. Por favor, fíjese que las endoprótesis cubiertas e impregnadas continúan codificándose en el 36.06, Inserción de endoprótesis vascular de arteria coronaria, y 39.90, Inserción de endoprótesis vascular de arteria no coronaria.

Nuevo código **00.55 Inserción de endoprótesis vascular liberadora de fármaco no coronaria**
Endoprótesis
Prótesis endovascular
Prótesis stent
Codifique también angioplastia o aterectomía no coronaria (39.50))
Excluye: endoprótesis vasculares impregnadas, ej. heparina (39.90)
inserción de endoprótesis vascular coronaria liberadora de fármaco (39.07)
inserción de endoprótesis vascular no liberadora de fármaco:
coronaria (36.06)
no coronaria (39.90)
aquella para reparación de aneurisma (39.71-39.79)

* PTFE son las siglas del politetrafluoroetileno o Teflón ® NT

Revisar código 36.06 Inserción de endoprótesis vascular coronaria no liberadora de fármaco

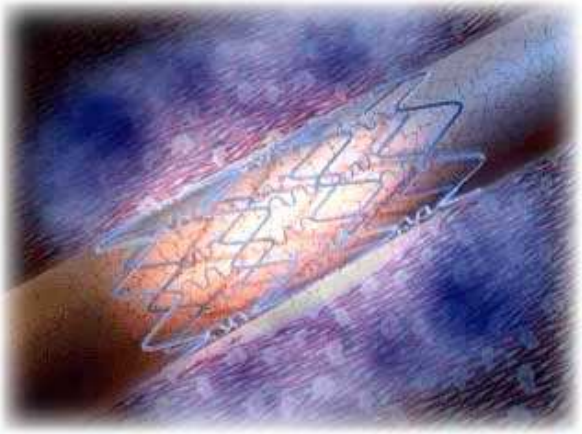
Añadir incluye Endoprótesis vascular descubierta
Añadir incluye Endoprótesis vascular reforzada
Añadir incluye Endoprótesis vascular impregnada de fármaco (ej. heparina)
Añadir incluye Endoprótesis
Añadir incluye Prótesis endovascular
Revisar incluye Endoprótesis vascular
Añadir excluye Excluye: inserción de endoprótesis vascular coronaria liberadora de fármaco (36.07)

Nuevo código **36.07 Inserción de endoprótesis vascular liberadora de fármaco coronaria**

Endoprótesis
Prótesis endovascular
Prótesis stent
Codifique también cualquier:
angioplastia coronaria a tórax abierto (39.50))
angioplastia coronaria transluminal percutánea [PTCA] o aterectomía coronaria (36.01, 36.02, 36.05)
Excluye: endoprótesis vasculares impregnadas, ej. heparina (36.06)
inserción de endoprótesis vascular coronaria no liberadora de fármaco (36.06)

Revisar código 39.90 Inserción de endoprótesis vascular no coronaria no liberadora de fármaco

Añadir incluye Endoprótesis vascular descubierta
Añadir incluye Endoprótesis vascular reforzada
Añadir incluye Endoprótesis vascular impregnada de fármaco (ej. heparina)
Añadir incluye Endoprótesis
Añadir incluye Prótesis endovascular
Revisar incluye Endoprótesis vascular
Añadir excluye Excluye: inserción de endoprótesis vascular no oronaria liberadora de fármaco (00.55)



Endoprótesis vascular liberadora de fármaco (“drug-eluting stent”) NT

Reparación endovascular de vasos de cabeza y cuello

Efectivo desde 1 de octubre de 2002, se ha creado un nuevo código para identificar de manera separada las reparaciones endovasculares u oclusiones de vasos de cabeza y cuello. Antes de este cambio, estos procedimientos eran clasificados en el código 39.79, Otra reparación de aneurisma con injerto endovascular, junto con otros vasos.

La reparación endovascular de aneurismas cerebrales es realizada bajo anestesia general usando orientación por rayos X. Un neuromicrocatéter es guiado al aneurisma. Se colocan cuidadosamente microespirales de platino blandas, una a una, dentro del aneurisma separadas entre sí. Los espirales sirven de barrera mecánica al flujo sanguíneo, sellando el aneurisma.

La reparación endovascular de malformaciones arteriovenosas cerebrales (AVM) es realizada cortando el aporte anormal de los vasos sanguíneos a la AVM. Entre los agentes ocluyentes están microespirales, adhesivos de tejido líquido (pegamento), partículas y otros materiales.

Nuevo código **39.72 Reparación endovascular u oclusión de vasos de cabeza y cuello**

Embolización u oclusión con espiral
Endoprótesis
Prótesis endovascular
Embolización u oclusión por adhesivo de tejido líquido (pegamento)
Otro implante o sustancia para reparar, embolizar u ocluir
Aquella para reparar aneurisma, malformaciones [AVM] o fístula arteriovesosa

Revisar código 39.79 Otra reparación de aneurisma con prótesis endovascular <u>de otros vasos</u>

Borrar incluye ~~Implantación de prótesis en:~~
- ~~arterias de extremidades inferiores~~
- ~~arteria celíaca~~
- ~~arteria femoral~~
- ~~arteria hepática~~
- ~~arteria iliaca~~
- ~~arteria mesentérica~~
- ~~arteria poplítea~~
- ~~arteria renal~~
- ~~arteria esplénica~~
- ~~arteria tibial~~
- ~~aorta torácica~~
- ~~arterias de extremidades superiores~~
- ~~arteria axilar~~
- ~~arteria braquial~~
- ~~arteria braquiocefálica~~
- ~~arteria carótida~~
- ~~arteria radial~~
- ~~arteria cubital~~

~~Prótesis endovasculares~~

Añadir incluye	Embolización u oclusión con espiral
Añadir incluye	Endoprótesis
Añadir incluye	Prótesis endovascular
Añadir incluye	Embolización u oclusión con adhesivo de tejido líquido (pegamento)
	Otro implante o sustancia para reparar, embolizar u ocluir
Añadir excluye	Excluye: reparación endovascular u oclusión de vasos de cabeza y cuello (39.72) inserción de endoprótesis vascular no coronaria liberadora de fármaco (00.50) inserción de endoprótesis no coronaria (diferente a la reparación de aneurisma) (39.90) reparación no endovascular de fístula arteriovenosa (39.53) otra oclusión quirúrgica de vaso – véase categoría 38.8 infusión percutánea transcatéter (99.29) embolización transcatéter para sangrado gástrico o duodenal (44.44)

Implantación/retirada de esfínter anal artificial

Efectivos desde el 1 de octubre de 2002, se han creado nuevos códigos para la implantación y retirada de esfínter anal artificial.

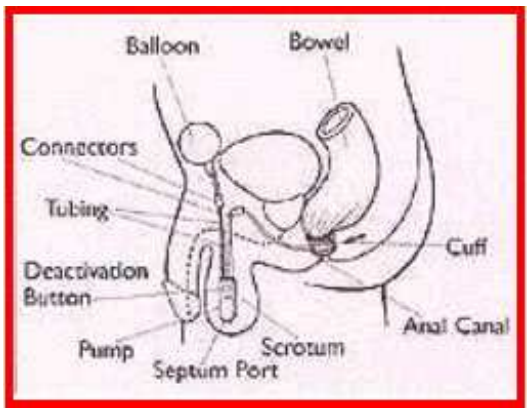
La implantación de un esfínter anal artificial, o neoesfínter, es usada para tratar pacientes con incontinencia fecal grave como resultado de:

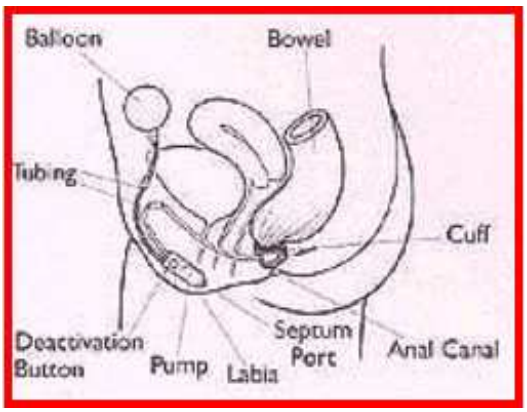
- anomalía congénita anorrectal (ej. ano imperforado)
- lesiones traumáticas anorrectales (obstétrica, quirúrgica o accidental)
- disfunciones neurológicas (ej. neuropatía o miastenia grave)
- fallo en el tratamiento convencional de la incontinencia fecal (ej. postgluteoplastia, esfinteroplastia y graciloplastia postdinámica)

Ocasionalmente traumatismos en el dispositivo requieren que el esfínter anal artificial tenga que ser retirado y reemplazado en el mismo acto operatorio. La complicación postoperatoria más frecuente es la infección. Si se desarrolla una infección, se retira en esfínter anal artificial completo. Una vez que la infección ha desaparecido, se reinserta un nuevo dispositivo.

Para más información sobre esfínteres anales artificiales, por favor consulte el *Coding Clinic*, segundo trimestre de 1998, páginas 16-17.

Nuevo código	**49.75 Implantación o revisión de esfínter anal artificial** Retirada con sustitución subsiguiente Sustitución durante el mismo acto operatorio o subsiguiente
Nuevo código	**49.76 Retirada de esfínter anal artificial** Extracción o retirada sin sustitución Excluye: revisión con implantación en el mismo acto operatorio (49.75)





Esfínteres anales artificiales [NT]

Fusión espinal de 360 grados

Efectivo desde el 1 de octubre de 2002, el código 81.61 ha sido creado para informar de la fusión espinal de 360 grados mediante abordaje con una incisión única.

Tradicionalmente, hay tres abordajes básicos en la fusión o refusión espinal: anterior, posterior y lateral transversa. El abordaje anterior clásico (81.02, 81.04, 81.06, 81.32, 81.34, 81.36) requiere una incisión en el cuello o el abdomen y la fusión es llevada a cabo desde la parte delantera de la vértebra por el anillo fibroso. En el abordaje clásico posterior (81.03, 81.05, 81.08, 81.33, 81.35, 81.38) la incisión se hace en los pacientes por detrás directamente sobre la vértebra. La fusión es realizada por la parte posterior de la vértebra, a través de la lámina, separando las apófisis espinosas. Otro abordaje es el lateral transverso (81.07, 81.37). Este incluye una incisión en el costado del paciente y se accede a la vértebra a través de la lámina.

Una fusión espinal de 360 grados es una fusión de las porciones anterior y posterior de la columna realizada durante el mismo acto operatorio. Históricamente este procedimiento era realizado usando tanto un abordaje anterior como uno posterior haciendo una incisión, recuperándose el paciente y realizando una segunda incisión. Avances en la tecnología médica y las técnicas quirúrgicas proporcionan ahora la fusión vertebral anterior y posterior durante el mismo acto operatorio usando una sola incisión - usualmente por un abordaje lateral transverso.

Nueva subcategoría **81.6 Otros procedimientos en la columna**

Nuevo código **81.61 Fusión espinal de 360 grados, abordaje único**
Aquél con una incisión única pero con fusión o refusión anterior y posterior
Codifique también la refusión espinal (81.30-81.39)
Codifique también la fusión espinal (81.00-81.08)

Pregunta:
Un paciente de 52 años de edad tiene una inestabilidad espinal, dolor mecánico en espalda baja secundario a espondilosis y abultamiento del disco intervertebral lumbar. Fue sometido a una descompresión lumbar y fusión espinal de 360 grados, y una estabilización anterior y posterior de la columna lumbar. Se usó un abordaje anterior y posterior para realizar la fusión de 360 grados. Al paciente primero se le hizo una incisión en la espalda para el abordaje posterior. Una vez realizada la fusión posterior, el paciente fue rotado y se hizo una incisión abdominal para llevar acabo la fusión anterior. ¿Cuál es la asignación apropiada de códigos para el diagnóstico y procedimiento realizado?

Respuesta:
Asigne el código 721.3, Espondilosis lumbosacra sin mielopatía, para la espondilosis lumbar, como diagnóstico principal. Debe ser asignado el 722.10, Desplazamiento de disco intervertebral torácico o lumbar sin mielopatía, región lumbar, como diagnóstico secundario. Asigne el código 81.06, Fusión lumbar y lumbosacra, técnica anterior, y el código 81.08, Fusión lumbar y lumbosacra, técnica posterior, para la fusión de 360 grados realizada. Codifique 77.79, Escisión de hueso para injerto, Otro, para la escisión de injerto autólogo y codifique 86.89, Otra reparación y reconstrucción de piel y tejido subcutáneo, para el injerto grado en la dura. A pesar de que el procedimiento es denominado fusión espinal de 360 grados, el nuevo código 81.61 no es apropiado para este caso ya que no fue hecho por una incisión única. En este caso se usaron un abordaje anterior y otro posterior para realizar la fusión.

Pregunta:
Una mujer de 60 años fue sometida a fusión de 360 grados de la columna lumbar por vía lateral transversa con incisión única. ¿Cómo debe ser codificado?

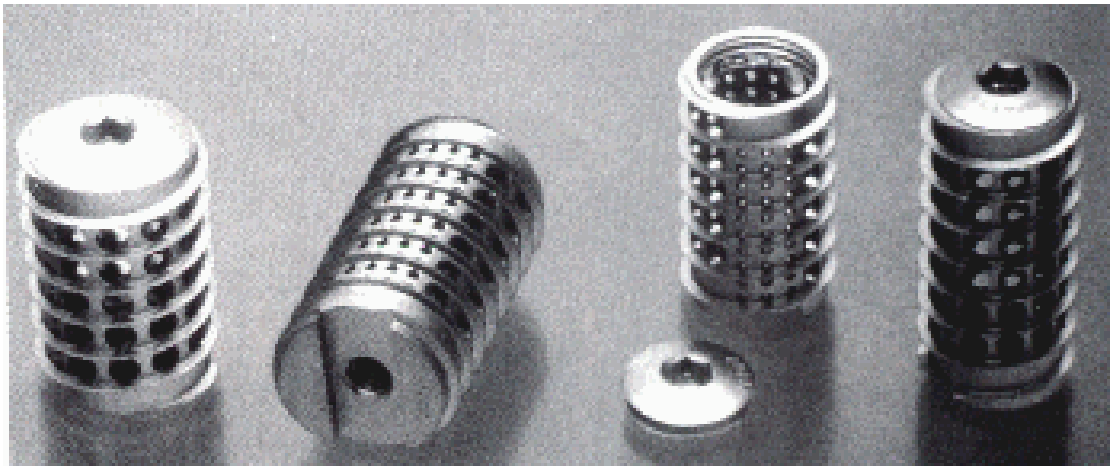
Respuesta:
Asigne el código 81.61, Fusión espinal de 360 grados, incisión única, y 81.07, Fusión lumbar y lumbosacra, técnica de proceso lateral transverso tal como se indica en la nota *Codifique también* bajo el 81.61 para mostrar el nivel de la fusión y el abordaje usado.

Inserción de dispositivo de fusión espinal intersomático

Efectivo desde el 1 de octubre de 2002, el código 84.51, ha sido creado para informar la inserción del dispositivo de fusión espinal intersomático usado durante un procedimiento de fusión espinal. Antes de la creación de este código, el código de la fusión espinal se asignaba sin código adicional para la inserción del dispositivo.

El dispositivo de fusión espinal intersomático es también referido como caja o jaula ("cage")* de fusión intersomática, caja dorsal, caja enroscada, caja sintética y clavija ósea o arandela. El dispositivo puede ser hecho de varios materiales incluidos carbono, cerámica, metal plástico o titanio.

El dispositivo de fusión intersomático fue diseñado para estabilizar y fusionar los espacios discales degenerativos y proporcionar un segmento estable inmediatamente para la fusión y alivio de los síntomas. El dispositivo es un cilindro pequeño enroscado y es usado para restablecer el espacio discal degenerado a la altura original. El procedimiento incluye la retirada de porciones de disco y de hueso vertebral para permitir la inserción del dispositivo de fusión en el espacio intervertebral. Un injerto óseo debe ser metido dentro del implante. El dispositivo debe ser implantado con un abordaje anterior o posterior. Inicialmente fue usado para fusiones primarias, pero ahora también se están usando en refusiones. Varios dispositivos de fusión pueden ser implantados al mismo tiempo.



* Dispositivos de fusión intersomática ("cages") NT

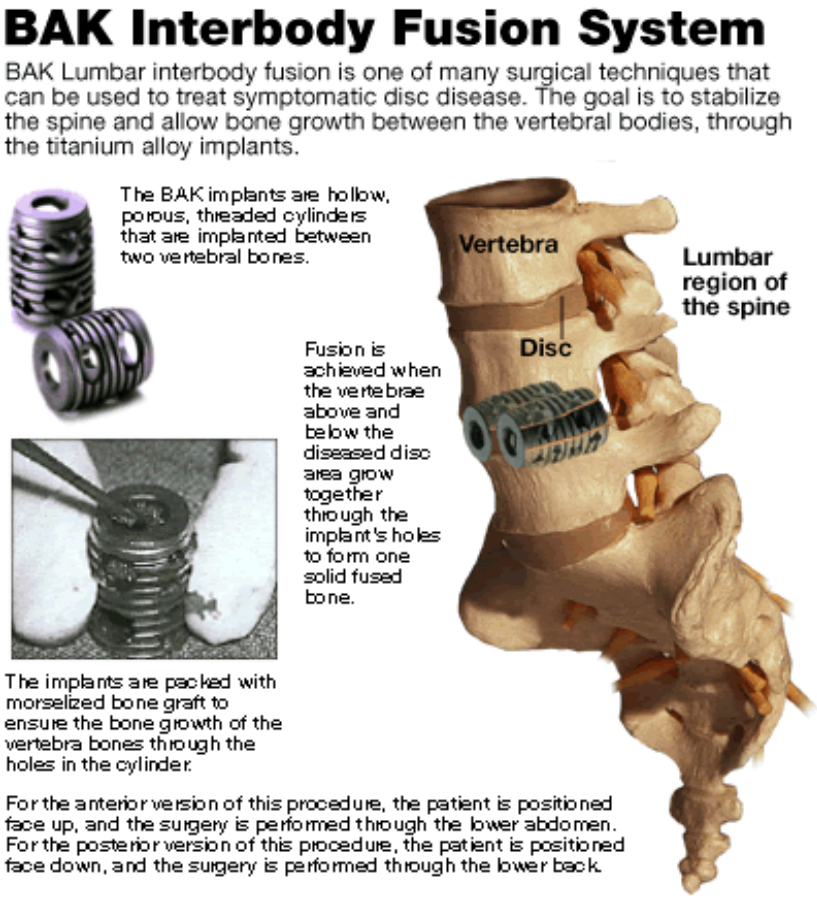
Nuevo código **84.51 Inserción de dispositivo de fusión espinal intersomático**

Inserción de: cajas (carbono, cerámica, metal, plástico o titanio)
cajas de fusión intersomática
cajas sintéticas o arandelas
clavijas óseas enroscadas

Codifique también refusión espinal (81.30-81.39)
Codifique también fusión espinal (81.00-81.08)

Pregunta:
Un paciente es ingresado con estenosis vertebral, escoliosis degenerativa y espondilolistesis ístmica L5-S1. La operación consiste en: laminectomía descompresiva tipo Gill, fusión posterolateral con fijación segmentaria, fusión intersomática con BAK (ver esquema adjunto [NT]) e injerto óseo de cresta ilíaca. ¿Cuáles son los códigos correctos de estos procedimientos?

Respuesta:
Asigne el código 81.08, Reparación y operación plástica de estructura articular, fusión lumbar y lumbosacra, técnica posterior. Asigne el código 84.51, Inserción de dispositivo de fusión espinal intersomático para la fusión intersomática con BAK. Asigne el código 77.79, Incisión, escisión y división de otros huesos, escisión de hueso para injerto, para el injerto óseo de cresta ilíaca y codifique 03.09, Operaciones de médula espinal y estructuras del canal espinal, otra exploración y descompresión de canal espinal, para la laminectomía descompresiva tipo Gill.



Pregunta:
Un paciente es ingresado con pseudoartrosis L4-L5 y artrodesis L5-S1. La operación consiste en: reparación de la pseudoartrosis con fusión intersomática, fusión posterolateral con fijación pedicular, injerto óseo de cresta iliaca y retirada de la fijación pedicular previa. ¿Cuál es son los códigos correctos para estos procedimientos?

Respuesta:
Asigne el código 81.38, Reparación y operación plástica de estructura articular, refusión espinal, refusión lumbar y lumbosacra, técnica posterior. Adicionalmente asigne el código 84.51, Inserción de dispositivo de fusión intersomático, el código 77.79, Incisión, escisión y división de otros huesos, escisión de hueso para injerto, para el injerto óseo de cresta iliaca, y el código 78.69, Otra operación sobre hueso, excepto hueso facial, retirada de dispositivo implantado en hueso, otro.

Inserción de proteína morfogenética ósea recombinante

Efectivo desde el 1 de octubre de 2002, se ha creado un nuevo código para informar la inserción de proteína morfogenética ósea recombinante (BMP).

La BMP es una proteína que estimula células primitivas para crear hueso. La BMP ha sido probada para su uso en producir crecimiento óseo en fusiones espinales, retraso de uniones y no uniones de fracturas de hueso. La BMP es implantada quirúrgicamente. En caso de fusiones espinales, la BMP es usada en el lugar del injerto óseo. Se aplica con una esponja de colágeno reabsorbible o en un dispositivo de fusión intersomática que es luego implantado en el lugar de la fusión.

Fuentes de BMP son alotransplante humano (disponible en cantidad limitada), xenoinjerto animal y producido de forma recombinada (disponible en grandes cantidades, desarrollado en laboratorios genéticos).

Nuevo código **84.52 Inserción de proteína morfogenética ósea recombinante rhBMP**
Aquélla por medio de esponja de colágeno, coral, cerámica y otros portadores
Codifique también el procedimiento primario realizado:
reparación de fractura (79.00-79.99)
fusión espinal (81.00-81.08)
refusión espinal (81.30-81.39)

Resonancia magnética intraoperatoria

Efectivo desde el 1 de octubre de 2002, se ha creado un nuevo código para indicar únicamente información de la resonancia magnética intraoperatoria (iMRI).

La resonancia magnética intraoperatoria es una técnica de diagnóstico por imagen que permite al cirujano imágenes en tiempo real durante la cirugía, proporcionado orientación y navegación estereotáctica. La iMRI permite a los neurocirujanos realizar vistas de cortes del cerebro antes, durante y después del procedimiento quirúrgico. Las imágenes secuenciales son obtenidas durante la cirugía para confirmar la extracción del tumor e identificar cualquier resto del mismo. Estas imágenes proporcionan información sobre los cambios dinámicos ocurridos intraoperatoriamente debido a los cambios en la topografía intracraneal y los cambios cerebrales durante la cirugía.

Nuevo código **88.96 Otra imagen de resonancia magnética intraoperatoria**
iMRI
Imagen de resonancia magnética a tiempo real

Monitorización intraarterial continua de gases sanguíneos

Efectivo desde el 1 de octubre de 2002, se ha creado un nuevo código para informar de la monitorización intraarterial continua de gases en sangre.

Los gases sanguíneos son un indicador significativo de la función cardiopulmonar. Pueden ocurrir cambios rápidos en los niveles de gases en sangre en pacientes con trastornos agudos del pulmón, fallo orgánico multisistémico, o función cardiaca o pulmonar comprometida. La monitorización continua de gases en sangre es ahora posible mediante el uso de un sensor intraarterial. La monitorización continua de gases en sangre permite visualizar ininterrumpidamente los datos de los niveles de gases en sangre actuales del paciente además de la tendencia de las 24 horas previas. El sensor da los resultados de pH, pCO_2, pO_2, temperatura, bicarbonato, exceso de bases y niveles de saturación de oxígeno.

La monitorización continua de gases en sangre en adultos y niños es usada en el cuidado de pacientes con síndrome de distress respiratorio agudo, sepsis, fallo sistémico multiorgánico, cirugía de traumatismo o resucitación por traumatismo, y otros usos. Las indicaciones clínicas en neonatos incluyen prematuridad, peso bajo al nacer, trastornos pulmonares agudos, fallo orgánico multisistémico y función cardiaca o pulmonar comprometida.

Un sistema de monitorización continua de gases en sangre está compuesto de sensores de gases en sangre intraarteriales, un monitor y un calibrador. El sensor es insertado por un catéter arterial en la arteria radial o femoral. En neonatos, el sensor es insertado con un catéter en la arteria umbilical. Es resultado es mostrado en un monitor exclusivo o en un monitor multípara metro.

Nuevo código	**89.60 Monitorización intraarterial continua de gases en sangre** Inserción de sistema de monitorización continua de gases en sangre y monitorización continua de gases sanguíneos por sensor intraarterial
	86.65 Medición de gases sanguíneos arteriales en sangre
Añadir excluye	Excluye: monitorización continua de gases en sangre (89.60)

Inmunoabsorción extracorpórea

Efectivo desde el 1 de octubre de 2002, se ha creado un nuevo código para informar de la inmunoabsorción extracorpórea.

La inmunoabsorción extracorpórea (ECI) refiere la retirada de anticuerpos del plasma con columnas de proteína A. Los usos de ECI incluyen:

- Retirar factores inhibidores dela coagulación en el tratamiento de pacientes con hemofilia congénita que se encuentran sangrando o esperando cirugía electiva
- Inducir tolerancia inmune en pacientes hemofílicos para suprimir la formación del inhibidor
- Retirar y suprimir la formación de anticuerpos HLA en pacientes con fallo renal en estadío terminal que no son considerados candidatos a transplante

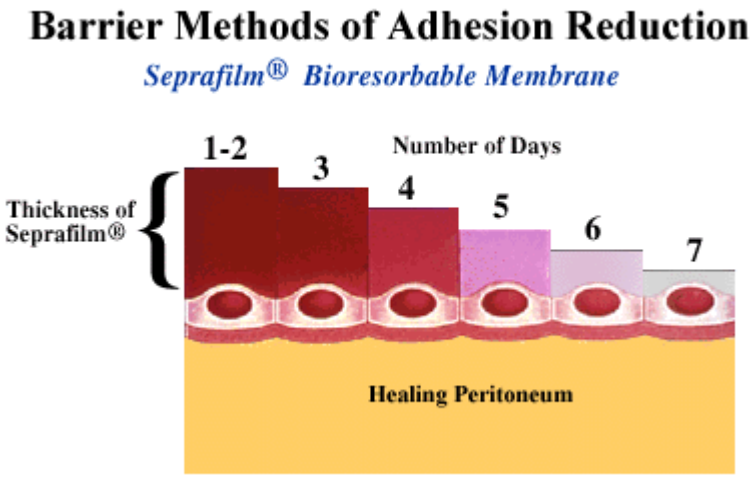
El procedimiento es realizado extrayendo sangre de la vena antecubital por una aguja de fístula arteriovenosa y devuelta por otra vena en el otro brazo o mano. Otros lugares de acceso incluyen catéter venoso central tipo diálisis o derivación arteriovenosa tipo diálisis. La vena de acceso es conectada a un procesador de sangre cebado. La sangre es retirada por un separador de células. El plasma pasa por un monitor que controla el flujo de plasma continuo a través de una de las dos columnas de proteína A de inmunoabsorción extracorpórea. Una columna absorbe los anticuerpos y la otra trata el plasma restante. El plasma tratado es retornado al procesador de sangre, mezclado con los glóbulos rojos del paciente y reinyectado al mismo. El procedimiento completo dura aproximadamente 4 horas.

Nuevo código **99.76 Inmunoabsorción extracorpórea**
Retirada de anticuerpos del plasma con columnas de proteína A

Sustancia barrera de adherencia

Efectivo desde el 1 de octubre de 2002, se ha creado un nuevo código para la aplicación o administración de una sustancia barrera de adherencia.

La barrera de adherencia es una membrana bioreabsorbible temporal usada como accesorio al cierre de herida quirúrgica en laparotomía abdominal o pélvica. Es usada para reducir la incidencia, extensión o gravedad de las adherencias postoperatorias entre la pared abdominal y la víscera subyacente, y entre el útero y las estructuras que lo rodean. La sustancia es colocada antes del cierre para actuar como una barrera física a la adherencia durante el período de formación de adherencias. Una vez que el mecanismo natural que previene la adherencia está completado, la sustancia barrera de adherencia es reabsorbida en la cavidad abdominopélvica (ver esquema adjunto [NT]).



Nuevo código **99.77 Aplicación o administración de sustancia barrera de adherencias**

Noticias de Corrección

Infusión intravenosa de Integrilin

El *Coding Clinic* del tercer trimestre de 2002, páginas 19 y 20 (página 13 en el documento traducido NT) indica que se asigne el código 36.02 para la angioplastia con infusión IV de Integrilin y el código 36.04 para la angioplastia fallida con infusión IV de Integrilin. Integrilin es un inhibidor plaquetario. La asignación correcta de código para la primera pregunta es 36.01, Angioplastia coronaria transluminal percutánea de vaso único [PTCA] o aterectomía coronaria sin mención de agente trombolítico, y 99.20, Inyección o infusión de inhibidor plaquetario. El código 99.20, Inyección o infusión de inhibidor plaquetario, debe ser asignado para la segunda pregunta. El código 99.20 fue creado en octubre de 1998. Antes la infusión de inhibidor de plaquetas era asignada al código 36.04. Todos los demás códigos proporcionados en esas preguntas son correctos.

Disminución de la visión

El Coding Clinic del tercer trimestre de 2002, página 20 (página 14 en el documento traducido NT) contiene un error tipográfico. El código correcto para la disminución de la visión debe leerse como 369.9, Pérdida de visión inespecífica, no 389.9
(este error ya se observó y fue corregido en la traducción correspondiente NT)

Normas Oficiales de Codificación e Información con la ICD-9-CM * (efectiva desde 1 de octubre de 2002)

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

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

Estas normas han sido desarrolladas para ayudar en la codificación e información en situaciones donde la ICD-9-CM no ofrece instrucciones. Las instrucciones de codificación y secuenciación de los volúmenes I, II y III de la ICD-9-CM tienen prioridad sobre cualquier norma. Las convenciones, normas generales y normas específicas de capítulos se aplican al uso correcto de la ICD-9-CM, sin tener en cuenta el marco de cuidado de salud. Un esfuerzo conjunto entre el médico asistencial y el codificador es esencial para conseguir una documentación completa, asignación de códigos y remisión de diagnósticos y procedimientos. **Estas normas para codificación e información han sido desarrolladas y aprobadas por las Entidades Colaboradoras para ayudar tanto al médico como al codificador para identificar aquellos diagnósticos que deben ser informados. La importancia de una documentación consistente y completa en los registros médicos no deben ser pasadas por alto. Sin esta documentación la aplicación de todas las normas de codificación es una labor dificultosa si no imposible.**

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

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

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

*** Las revisiones se muestran en negrita**

Tabla de Contenidos

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

A. Convenciones de la ICD-9-CM

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

B. Normas Generales de Codificación

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

C. Normas de capítulos específicos

C1. Enfermedades infecciosas y parasitarias
A. Infecciones por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
Selección **y secuencia** de códigos de VIH
Casos confirmados de infección/enfermedad por VIH
Infección por VIH asintomática
Resultados de laboratorio no concluyentes de VIH
Enfermedades relacionadas con VIH previamente diagnosticadas
Infección por VIH en embarazo, nacimiento y puerperio
Pruebas para VIH

B. Septicemia y Shock

C2. Neoplasias

C7. Enfermedades del sistema circulatorio

A. Hipertensión

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

C11. Complicaciones del embarazo, nacimiento y puerperio

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

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

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

C17. Lesiones y envenenamientos

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

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

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

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

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

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

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

Sección III Informando Diagnósticos Adicionales

Reglas generales
Afecciones previas
Hallazgos anormales
Diagnósticos no confirmados

Sección IV Normas de Codificación de Diagnósticos para Pacientes Ambulatorios

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

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

A. Convenciones de la ICD-9-CM

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

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

2. Abreviaturas:

a. Abreviaturas del Indice:

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

b. Abreviaturas del Tabular:

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

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

3. Puntuación:

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

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

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

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

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

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

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

5. Códigos "Otros" y "No especificados"

a. Códigos "Otros"

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

b. Códigos "No especificados"

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

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

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

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

   Hay códigos de manifestación que no tienen en el título "en enfermedades clasificadas en otra parte". Para estos códigos estarán además presentes una nota "use código adicional" y las reglas para aplicación de ordenación de códigos.

   Adicionalmente a las notas en el Tabular, estas manifestaciones también tienen una entrada específica en el Indice. En el Indice ambas afecciones están listadas juntas con el código de la etiología primero seguido por el código de la manifestación entre corchetes. El código entre corchetes será siempre **secuenciado** como secundario.

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

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

B. Normas Generales de Codificación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11. Códigos de combinación.

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

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

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

12. Efectos tardíos.

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

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

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

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

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

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

C. Normas de Codificación específicas por Capítulo

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

C1. Enfermedades infecciosas y parasitarias

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

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

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

2. Selección y secuencia de códigos

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

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

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

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

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

f. Afecciones relacionadas con VIH previamente diagnosticadas.

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

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

Durante el embarazo, nacimiento y puerperio, una paciente ingresada debido a afección relacionada con VIH, recibirá como diagnóstico principal 647.6X, Otras enfermedades infecciosas y parasitarias en la madre clasificadas en otra parte, que complican el embarazo, nacimiento y puerperio, seguido de 042 y los códigos para afecciones relacionadas con VIH. **Los códigos del Capítulo 15 siempre tienen prioridad en el orden de codificación**.

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

h. Contactos para pruebas de VIH.

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

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

B. Septicemia y Shock séptico

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

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

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

C2. Neoplasias

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E. Ingresos que implican quimioterapia o radioterapia.

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

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

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

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

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

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

Reservado para futuras normas

C4. Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos

Reservado para futuras normas

C5. Trastornos mentales

Reservado para futuras normas

C6. Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos

Reservado para futuras normas

C7. Enfermedades del aparato circulatorio

A. Hipertensión

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

1. Hipertensión esencial, o NOS.

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

2. Hipertensión con enfermedad cardiaca.

   Las afecciones cardiacas (425.8, 428, 429.0-429.3, 429.8, 429.9) están asignadas a códigos de la categoría 402 cuando la relación causal está declarada (debida a hipertensión) o implícita (hipertensiva). Use un código adicional de la categoría 428 para identificar el tipo de fallo cardíaco en aquellos pacientes con fallo cardíaco. Puede ser asignado más de un código de la categoría 428 si el paciente tiene fallo sistólico o diastólico y fallo cardíaco congestivo.

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

3. Hipertensión con enfermedad renal o fallo renal crónico.

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

4. Enfermedad cardiaca y renal hipertensiva.

   Asigne códigos de la categoría de combinación 404, Enfermedad cardiaca y renal hipertensiva, cuando la enfermedad renal hipertensiva y la enfermedad cardiaca hipertensiva estén ambas declaradas en el diagnóstico. Se presupone una relación entre la hipertensión y la enfermedad renal, aunque la afección no sea indicada. **Asigne un código adicional de la categoría 428 para identificar el tipo de fallo cardíaco en aquellos pacientes con fallo cardíaco. Puede ser asignado más de un código de la categoría 428 si el paciente tiene fallo sistólico o diastólico y fallo cardíaco congestivo.**

5. Enfermedad cerebrovascular hipertensiva.

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

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

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

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

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

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

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

B. Efectos tardíos de la Enfermedad Cerebrovascular

La categoría 438 es usada para indicar afecciones clasificables en las categorías 430-437 como causas de efectos tardíos (déficits neurológicos), ellas mismas clasificadas en otro sitio. Estos "efectos tardíos" incluyen déficits neurológicos que persisten tras la aparición de las afecciones clasificables del 430 al 437.

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

C8. Enfermedades del aparato respiratorio

Reservado para futuras normas

C9. Enfermedades del aparato digestivo

Reservado para futuras normas

C10. Enfermedades del aparato genitourinario

Reservado para futuras normas

C11. Complicaciones del embarazo, nacimiento y puerperio

A. Reglas generales para casos obstétricos

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

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

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

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

5. Los quintos dígitos, que son apropiados para cada código están listados entre corchetes bajo cada código). Los quintos dígitos en cada código deben ser coherentes unos con otros. Esto es, si se produce un parto, todos los quintos dígitos deben indicar el parto.
6. Para las visitas prenatales de pacientes con embarazo de alto riesgo, debe ser usado un código de la categoría V23, Supervisión de embarazo de alto riesgo, como diagnóstico principal. Deben usarse conjuntamente como secundarios otros códigos del capítulo 11. Es necesario reparar minuciosamente cualquier nota de exclusión para estar seguro que ese código V está siendo usado apropiadamente.

7. Cuando ocurre un parto debe ser usado un código de resultado del parto V27.0-V27.9. Estos códigos no deben ser usados en episodios subsiguientes ni en la historia clínica del recién nacido.

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

B. Selección del Diagnóstico principal.

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

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

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

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

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

E. Parto normal, 650

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

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

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

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

F. Período postparto.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

H. Abortos.

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

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

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

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

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

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

C12. Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo

Reservado para futuras normas

C13. Enfermedades del aparato musculoesquelético y tejido conectivo

Reservado para futuras normas

C14. Anomalías congénitas

Reservado para futuras normas

C15. Normas en el neonato (perinatal)

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

A. Regla general para perinatal

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

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

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

B. Uso de códigos V30-V39.

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

C. Traslado de recién nacidos.

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

D. Uso de la categoría V29.

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

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

E. Causas maternas de morbilidad perinatal.

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

F. Anomalías congénitas.

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

G. Codificación de diagnósticos perinatales adicionales

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

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

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

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

H. Prematuridad y retraso del crecimiento fetal.

Los códigos de la **categoría** 764 y **subcategorías 765.0 y 765.1** no deben ser asignados basados únicamente en el peso recogido del recién nacido o la edad gestacional estimada, sino atendiendo a la valoración de la maduración del niño realizada por el médico. NOTA: Ya que los médicos pueden usar diferentes criterios para determinar la prematuridad, no codifique el diagnóstico de prematuridad mientras el médico no documente dicha afección.

Un código de la subcategoría 765.2, Semanas de gestación, debe ser asignado como código adicional con la categoría 764 y códigos 765.0 y 765.1 para especificar las semanas de gestación si es documentado por el médico

C16. Signos, síntomas y afecciones mal definidas

Reservado para futuras normas

C17. Lesiones y envenenamientos

A. Codificación de las heridas.

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

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

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

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

B. Codificación de las fracturas.

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

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

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

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

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

C. Codificación de las quemaduras.

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

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

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

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

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

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

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

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

   Cuando se asigna un código de la categoría 948:
   El cuarto dígito es usado para identificar el porcentaje de superficie total afectada en la quemadura (todos los grados)

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

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

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

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

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

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

Para la codificación el desbridamiento escisional es el 86.22.

El desbridamiento no escisional se asigna como 86.28

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

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

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

2. Envenenamiento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B. Los códigos V son para usarse tanto para pacientes ingresados como externos, pero generalmente son aplicables a los pacientes externos o no agudos. Los códigos V pueden ser usados tanto como primer diagnóstico (o diagnóstico principal en pacientes ingresados) como secundario dependiendo la las circunstancias del contacto. Ciertos códigos V pueden ser usados solamente como principales, otros sólo como secundarios.

C. Los códigos V indican la razón del contacto. No son códigos de procedimiento. Un código de procedimiento correspondiente debe acompañar al código V para describir el procedimiento realizado.

D. Categorías de códigos V

1. Contacto/Exposición

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

2. Inoculación y vacunación

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

3. Estado

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

Los códigos/categorías V de estado son:

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

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

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

V21 **Estados constitucionales del desarrollo**

V22.2 Estado de embarazo, incidental
Este código es secundario y sólo para usarlo cuando el embarazo no está complicado y no es la razón de la visita. Por el contrario, se requiere un código del capítulo de obstetricia.
V26.5x Estado de esterilización
V42 Organo o tejido sustituido por trasplante
V43 Organo o tejido sustituido por otro medio
V44 Estado de apertura artificial
V45 Otro estado postquirúrgico
V46 Otra dependencia de máquina
V49.6 Estado de amputación de miembro superior
V49.7 Estado de amputación de miembro inferior
Las categorías V42-V46 y las subcategorías V49.6 y V49.7 son para usarse solamente si no hay complicaciones o malfuncionamiento de los órganos o tejidos reemplazados, lugar de amputación o ¡equipo del que depende el paciente. Siempre son códigos secundarios.
V49.81 Estado postmenopáusico
V49.82 Estado de sellado dental
V58.6 Uso de medicamentos de larga duración
Esta subcategoría indica un uso continuo de medicamentos (incluyendo cosas como tratamiento con aspirina) para tratamientos de larga duración de una afección o como uso profiláctico. No es para usarse con pacientes que tienen adicción a drogas.
V83 Estado de portador genético

4. Historia (de)

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

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

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

Las categorías de códigos V de historia son:

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

5. Cribaje

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

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

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

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

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

Las categorías de códigos V de cribaje son:

V28	**Cribaje prenatal**
V73-V82	**Reconocimientos de cribaje especial**

6. Observación

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

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

Las categorías de códigos V de observación son:

V29	**Observación y evaluación del neonato por afección sospechada pero no encontrada** **Debe ser puesto un código V30 antes del código V29** (sólo cuando se hace ingreso a todos los niños nacidos [NT])
V71	**Observación y evaluación de afección sospechada no confirmada**

7. Cuidados posteriores

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

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

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

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

Las categorías/códigos V de cuidados posteriores son:

V52	**Colocación y ajuste de dispositivo protésico e implante**
V53	**Colocación y ajuste de otro dispositivo**
V54	**Otro cuidado posterior ortopédico**
V55	**Cuidado de apertura artificial**
V56	**Admisión para diálisis y cuidado de catéter de diálisis**
V57	**Cuidados que implican el uso de procedimientos de rehabilitación**
V58.0	**Radioterapia**
V58.1	**Quimioterapia**
V58.3	**Cuidado de drenajes quirúrgicos y suturas**
V58.41	**Admisión para cierre de herida postoperatoria**
V58.42	**Cuidado posterior de cirugía de neoplasia**
V58.43	**Cuidado posterior de cirugía traumatológica**
V58.49	**Otro cuidado posterior postquirúrgico**
V58.71-V58.78	**Cuidados posteriores postquirúrgicos**
V58.81	**Colocación y ajuste de catéter vascular**
V58.82	**Colocación y ajuste de catéter no vascular**
V58.83	**Monitorización de medicamento**
V58.89	**Otro cuidado posterior especificado**

8. Seguimiento

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

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

Las categorías de códigos V de seguimiento son:

V24	**Cuidados y evaluación postparto**
V67	**Examen de seguimiento**

9. Donante

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

10. Asesoramiento

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

Las categorías/códigos V de asesoramiento son:

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

11. Afecciones obstétricas y relacionadas

Véase las normas obstétricas para más información en el uso de estos códigos.

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

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

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

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

V22	**Embarazo normal**
V23	**Supervisión de embarazo de alto riesgo** **Excepto: V23.2, Embarazo con historia de aborto. Se necesita el código 646.3, Abortadora habitual, del capítulo de Obstetricia para indicar una historia de aborto durante el embarazo**
V24	**Cuidado y evaluación postparto**
V25	**Contacto para asistencia contraceptiva.** **Excepto: V25.0x (véase asesoramiento arriba)**
V26	**Asistencia procreativa** **Excepto: V25.5x, Estado de esterilización, V26.3 y V26.4 (asesoramiento)**
V27	**Producto del parto**
V28	**Cribaje prenatal** **Véase Cribaje – sección 5 de este artículo**

12. Neonato, bebé o niño

Véase las normas de neonatos para más información en el uso de estos códigos.

Las categorías de códigos V de neonatos son:

V20	**Supervisión sanitaria de bebé o niño**
V29	**Observación y evaluación de neonatos por afecciones sospechadas pero no encontradas. Observación, sección 6 de este artículo**
V30-V39	**Niño nacido vivo de acuerdo al tipo de nacimiento**

13. Exámenes rutinarios y administrativos

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

incluidos como diagnósticos adicionales mientras la exploración es por motivo administrativo y no enfocada hacia una afección concreta.

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

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

V20.2	**Examen de salud rutinario de bebé o niño** **Cualquier inyección administrada debe tener el correspondiente código de procedimiento**
V70	**Examen médico general**
V72	**Investigación y examen especial** **Excepto: V72.5 y V72.6**

14. Códigos V misceláneos

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

Las categorías/códigos V misceláneos son:

V07	**Necesidad de aislamiento y otras medidas profilácticas**
V50	**Cirugía electiva por otros motivos diferentes a remediar estados de salud**
V58.5	**Ortodoncia**
V60	**Circunstancias de alojamiento, domésticas y económicas**
V62	**Otras circunstancias psicosociales**
V63	**Indisponibilidad de otros servicios médicos para cuidados**
V64	**Personas que contactan con servicios de salud para procedimientos específicos, no llevados a cabo**
V66	**Convalecencia y cuidados paliativos**
V68	**Contactos por motivos administrativos**
V69	**Problemas relacionados con el estilo de vida**

15. Códigos V no específicos

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

Las categorías/códigos V no específicos son:

V07	**Historia personal de trastorno mental** **Debe ser usado un código del capítulo de trastornos mentales, con un quinto dígito de "en remisión"**
V13.4	**Historia personal de artritis**
V13.6	**Historia personal de malformaciones congénitas**
V15.7	**Historia personadle contracepción**
V23.2	**Embarazo con historia de aborto**
V40	**Problemas mentales y de comportamiento**
V41	**Problemas con los sentidos y otras funciones especiales**
V47	**Otros problemas con órganos internos**
V48	**Problemas en la cabeza, cuello y tronco**
V49	**Problemas en piernas y otros problemas** **Excepciones: V49.6 Estado de amputación de miembro superior** **V49.7 Estado de amputación de miembro inferior** **V49.81 Estado postmenopáusico** **V49.82 Estado de sellado dental**
V51	**Cuidados posteriores que implican cirugía plástica**
V58.2	**Transfusión de sangre, sin diagnóstico declarado**
V58.9	**Cuidado posterior inespecífico**
V72.5	**Examen radiológico, no clasificado en otro lugar**
V72.6	**Examen de laboratorio** **Los códigos V72.5 y V72.6 no deben ser usados si se ha documentado cualquier signo o síntoma o motivo de la prueba. Véase la sección K y L de las normas para pacientes ambulatorios.**

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

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

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

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

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

A. Normas generales para codificar los códigos E.

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

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

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

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

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

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

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

B. Normas para el lugar del suceso.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D. Normas para codificar causas múltiples con códigos E.

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

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

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

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

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

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

E. Normas para abusos de niños y adultos.

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

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

F. Normas para propósitos sospechados o desconocidos.

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

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

G. Causas indeterminadas.

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

H. Normas para efectos tardíos de causas externas.

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

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

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

I. Normas para accidentes y complicaciones en cuidados.

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

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

J. Normas para Terrorismo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D. Dos o más diagnósticos diferenciales.

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

E. Un síntoma(s) seguido de diagnósticos diferenciales.

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

F. Plan de tratamiento no realizado.

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

G. Complicaciones de la cirugía u otros cuidados médicos.

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

H. Diagnósticos dudosos.

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

Sección III Información de Diagnósticos Adicionales

REGLAS GENERALES PARA OTROS (ADICIONALES) DIAGNOSTICOS.

Para propósitos de información la definición de "otros diagnósticos" es interpretada con las afecciones adicionales que afectan el cuidado de paciente cuando requieren:

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

El ítem 11-b de la UHDDS define "Otros Diagnósticos" como "todas las afecciones que coexisten en el momento de la admisión, que se desarrollan posteriormente, o que afectan al tratamiento recibido y/o a la duración de la estancia. Los diagnósticos descritos en episodios anteriores que no influyan en la estancia actual serán excluidos". **Las definiciones de UHDDS se aplican a pacientes ingresados en hospitales de agudos y corta estancia para informar delos datos del ingreso de una forma estandarizada. Estos datos y sus definiciones pueden ser encontradas en el Federal Register de 31 de julio de 1985 (Vol. 50, Nº 147), pp. 31038-40**

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

A. Afecciones previas.

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

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

B. Hallazgos anormales.

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

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

C. Diagnósticos no confirmados

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

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

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

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

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

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

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

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

A. Selección de la afección listada en primer lugar.

En los pacientes ambulatorios el término diagnóstico listado en primer lugar se usa en lugar del término diagnóstico principal.

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

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

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

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

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

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

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

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

G. Nivel de detalle en la codificación.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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