AHA
Coding Clinic ™

for ICD-9-CM

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

Volumen 22 **Cuarto Trimestre**
Número 4 **2005**

Los códigos nuevos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 1 de octubre o de 2005. Cualquier otro consejo o asignación de código contenido en este ejemplar será efectivo con las altas desde el 18 de noviembre de 2005 (sólo en USA [NT])

En este número

Tabla de conversión de los nuevos códigos de ICD-9-CM
Códigos nuevos y revisados
Revisión de códigos V
Consejos para codificación con ICD9CM de contactos tras huracán

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

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

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

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

Códigos de Diagnósticos

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

Título de código cambiado

Códigos Diagnósticos (continuación)

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

Códigos Diagnósticos (continuación)

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

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
208.00	1991	208.0
208.01	1991	V10.60
208.10	1991	208.1
208.11	1991	V10.60
208.20	1991	208.2
208.21	1991	V10.60
208.80	1991	208.8
208.81	1991	V10.60
208.90	1991	208.9
208.91	1991	V10.60
237.70-237.72	1990	237.7
250.02	1993	250.90
250.03	1993	250.91
250.12	1993	250.10
250.13	1993	250.11
250.22	1993	250.20
250.23	1993	250.21
250.32	1993	250.30
250.33	1993	250.31
250.42	1993	250.40
250.43	1993	250.41
250.52	1993	250.50
250.53	1993	250.51
250.62	1993	250.60
250.63	1993	250.61
250.72	1993	250.70
250.73	1993	250.71
250.82	1993	250.80
250.83	1993	250.81
250.92	1993	250.90
250.93	1993	250.91
252.00-252.02, 252.08	2004	252.0
255.10-255.14	2003	255.1
256.31-256.39	2001	256.3
259.5	**2005**	**257.8**
273.4	2004	277.6

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
275.40-275.42	1997	275.4
275.49	1997	275.4
276.50-276.52	**2005**	**276.5**
277.02-277.03, 277.09	2002	277.00
277.7	2001	277.8
277.81-277.84, 277.89	2003	277.8
277.85	2004	277.89
277.86	2004	277.89
277.87	2004	277.89, 758.89
278.00-278.01	1995	278.0
278.02	**2005**	**278.00**
282.41-282.42, 282.49	2003	282.4
282.64	2003	282.63
282.68	2003	282.69
283.10-283.11, 283.19	1993	283.1
285.21-285.22, 285.29	2000	285.8
287.30-287.33, 287.39	**2005**	**287.3**
289.52	2003	289.59
289.81-82, 289.89	2003	298.8
291.81	1996	291.8
291.82	**2005**	**291.89**
291.89	1996	291.8
292.85	**2005**	**292.89**
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 (Códigos borrados)
312.81-312.82, 312.89	1994	312.8
315.32	1996	315.39
320.81-320.89	1992	320.8

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
327.00	**2005**	**780.51, 780.52**
327.01	**2005**	**780.51, 780.52**
327.02	**2005**	**307.41**
327.09	**2005**	**780.51, 780.52**
327.10	**2005**	**780.53, 780.54**
327.11	**2005**	**780.53, 780.54**
327.12	**2005**	**780.53, 780.54**
327.13	**2005**	**780.53, 780.54**
327.14	**2005**	**780.53, 780.54**
327.15	**2005**	**307.43**
327.19	**2005**	**780.53, 780.54**
327.20	**2005**	**780.57**
327.21	**2005**	**780.57**
327.22	**2005**	**780.57**
327.23	**2005**	**780.57**
327.24	**2005**	**780.57**
327.25	**2005**	**780.57**
327.26	**2005**	**780.57**
327.27	**2005**	**780.57**
327.29	**2005**	**780.51, 780.53, 780.57**
327.30	**2005**	**307.45**
327.31	**2005**	**307.45**
327.32	**2005**	**307.45**
327.33	**2005**	**307.45**
327.34	**2005**	**307.45**
327.35	**2005**	**307.45**
327.36	**2005**	**307.45**
327.37	**2005**	**307.45**
327.39	**2005**	**307.45**
327.40	**2005**	**780.59**
327.41	**2005**	**780.59**
327.42	**2005**	**780.59**
327.43	**2005**	**780.59**
327.44	**2005**	**780.59**
327.49	**2005**	**780.59**
327.51	**2005**	**780.58**
327.52	**2005**	**729.82**
327.53	**2005**	**306.8**
327.59	**2005**	**780.58**
327.8	**2005**	**780.50**
331.11	2003	331.1
331.19	2003	331.1
331.82	2003	331.89

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
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
347.00-347.01	2004	347
347.10-347.11	2004	347
348.30-348.31, 348.39	2003	348.3
355.71	1993	354.4
355.79	1993	355.7
357.81-357.82, 357.89	2002	357.8
358.00-358.01	2003	357.8
359.81, 359.89	2002	359.8

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
362.03-362.07	**2005**	**362.02**
365.83	2002	365.89
371.82	1992	371.89
372.81, 372.89	2000	372.8
374.87	1990	374.89
380.03	2004	733.99
403.00-403.01	1989	403.0
403.10-403.11	1989	403.1
403.90-403.91	1989	403.9
404.00-404.03	1989	404.0
404.10-404.13	1989	404.1
404.90-404.93	1989	404.9
410.00-410.02	1989	410.0
410.10-410.12	1989	410.1
410.20-410.22	1989	410.2
410.30-410.32	1989	410.3
410.40-410.42	1989	410.4
410.50-410.52	1989	410.5
410.60-410.62	1989	410.6
410.70-410.72	1989	410.7
410.80-410.82	1989	410.8
410.90-410.92	1989	410.9
411.81	1989	411.8
411.89	1989	411.8
414.00-414.01	1994	414.0
414.02-414.03	1994	996.03
414.04-414.05	1996	414.00
414.06	2002	414.00
414.07	2003	414.06
414.12	2002	414.11
415.11	1995	997.3 & 415.1
415.19	1995	415.1
426.82	**2005**	**794.31**

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
443.82	**2005**	**443.89**
445.01-445.02	2002	440.29
445.81	2002	440.1
445.89	2002	440.8
446.20-446.21, 446.29	1990	446.2
451.82-451.84	1993	451.89
453.40-453.42	2004	453.8
454.8	2002	454.9
458.2	1995	997.9 & 458.9
458.21, 458.29	2003	458.2
458.8	1997	458.9
459.10-459.14, 459.19	2002	459.1
459.30-459.33, 459.39	2002	459.89
464.00-464.01	2001	464.0
464.50-464.51	2001	464.0
466.11	1996	466.1
466.19	1996	466.1

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
474.0#	1997	474.0
474.00-474.02	1997	474.0
477.1	2000	477.8
477.2	2004	477.8
480.3	2003	480.8
482.30-482.39	1992	482.3
482.40	1998	482.4
482.41	1998	482.4
482.49	1998	482.4
482.81-482.83	1992	482.8
482.84	1997	482.83
482.89	1992	482.8
483.0	1992	483
483.1	1996	078.88 & 484.8
483.8	1992	483
491.20-491.21	1991	491.2
491.22	2004	491.21
493.20	1989	493.90
493.21	1989	493.91
493.02	2000	493.00
493.12	2000	493.10
493.22	2000	493.20
493.81	2003	519.1
493.82	2003	493.90-493.91
493.92	2000	493.90
494.0-494.1	2000	494
512.1	1994	997.3
517.3	2003	282.62
518.6	1997	518.89
518.81	1987	799.1
518.82-518.89	1987	518.8
518.83	1998	518.81

Título de código cambiado

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
518.84	1998	518.81
519.00-519.02, 519.09	1998	519.0
521.00-521.09	2001	521.0
521.06	2004	521.09
521.07	2004	521.09
521.08	2004	521.09
521.10-521.15	2004	521.1
521.20-521.25	2004	521.2
521.30-521.35	2004	521.3
521.40-521.45	2004	521.4
523.20-523.25	2004	523.2
524.00-524.09	1992	524.0
524.07	2004	524.09
524.10-524.19	1992	524.1
524.20-524.29	2004	524.2
524.30-524.37, 524.39	2004	524.3
524.50-524.57, 524.59	2004	524.5
524.60-524.69	1991	524.6
524.64	2004	524.69
524.70-524.79	1992	524.8
524.75-524.76	2004	524.79
524.81-524.82, 524.89	2004	524.8
525.10-525.19	2001	525.1
525.20-525.26	2004	525.2
525.40-525.44	**2005**	**525.10**
525.50-525.54	**2005**	**525.10**
528.71-528.72, 528.79	2004	528.7
530.10-530.11, 530.19	1993	530.1
530.12	2001	530.10
530.20-530.21	2003	530.2
530.81	1993	530.1
530.82-530.84, 530.89	1993	530.8
530.85	2003	530.2
530.86	2004	997.4
530.87	2004	997.4
530.89	1993	530.8
535.00-535.01	1991	535.0

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
535.10-535.11	1991	535.1
535.20-535.21	1991	535.2
535.30-535.31	1991	535.3
535.40-535.41	1991	535.4
535.50-535.51	1991	535.5
535.60-535.61	1991	535.6
536.3	1994	997.4
536.40-536.42,536.49	1998	997.4
537.82	1990	537.89
537.83	1991	537.82
537.84	2002	531.00
556.0-556.6	1994	556
556.8-556.9	1994	556
558.3	2000	558.9
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
567.21-567.23, 567.29	**2005**	**567.2**
567.31	**2005-12-28**	**728.89**
567.38	**2005**	**567.2**
567.39	**2005**	**567.9**
567.81-567.82, 567.89	**2005**	**567.8**
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

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
574.80	1996	574.00 & 574.10 574.30 & 574.40
574.81	1996	574.01 & 574.11 574.31 & 574.41
574.90	1996	574.20 & 574.50
574.91	1996	574.21 & 574.51
575.10-575.11	1996	575.1
575.12	1996	575.0 & 575.1
585.1-585.6, 585.9	**2005**	**585**
588.81	2004	588.8
588.89	2004	588.8
593.70-593.73	1994	593.7
596.51-596.53	1992	596.5
596.54	1992	344.61
596.55-596.59	1992	596.5
599.60	**2005**	**599.6**
599.69	**2005**	**599.6**
599.81-599.89	1992	599.8
600.0-600.3, 600.9	2000	602.8
600.00-600.01	2003	600.0
600.10-600.11	2003	600.1
600.20-600.21	2003	600.2
600.90-600.91	2003	600.9
602.3	2001	602.8
607.85	2003	607.89
608.82	2001	608.83
608.87	2001	608.89
618.00-618.05, 618.09	2004	618.0
618.81-618.83, 618.89	2004	618.0
621.30-621.33	2004	621.3
622.10-622.12	2004	622.1

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
629.20-629.23	2004	629.8
633.00-633.01	2002	633.0
633.10-633.11	2002	633.1
633.20-633.21	2002	633.2
633.80-633.81	2002	633.8
633.90-633.91	2002	633.9
645.00-645.01, 645.03	1991	645.0-645.1, 645.3 ***
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
651.70-651.71, 651.73	**2005**	**651.8**
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
657.00, 657.01, 657.03	1991	657.0, 657.1, 657.3 ***
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
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
670.00, 670.02, 670.04	1991	670.0, 670.1, 670.3 ***
672.00, 672.01, 672.04	1991	672.0, 672.1, 672.3 ***
674.50-674.54	2003	674.80, 674.82, 674.84
677	1994	Ninguna

*** Modificado el 2 de octubre de 2004

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
686.00-686.01	1997	686.0
686.09	1997	686.0
690.10	1995	690
690.11	1995	691.8 & 704.8
690.12	1995	691.8
690.18	1995	690
690.8	1995	690
692.72-692.74	1992	692.79
692.75	2000	692.79
692.76-692.77	2001	692.71
692.82-692.83	1992	692.89
692.84	2004	692.89
702.0-702.8	1991	702
702.11, 702.19	1994	702.1
704.02	1993	704.09
705.21-705.22	2004	780.8
707.00-707.07, 707.09	2004	707.0
707.10-707.15, 707.19	2000	707.1
709.00-709.01, 709.09	1994	709.0
710.5	1992	288.3, 729.1
718.70-718.79	2001	718.80-718.89
719.7	2003	719.70, 719.75-719.79 (Códigos borrados)
727.83	2000	727.89
728.86	1995	729.4
728.87	2003	728.9
728.88	2003	728.89
733.10-733.16, 733.19	1993	733.1
733.93	2001	733.16
733.94	2001	733.19
733.95	2001	733.19
738.10-738.19	1992	738.1

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
747.60-747.64, 747.69	1993	747.6
747.82	1993	747.89
747.83	2002	747.89, 747.9
752.51-752.52	1996	752.5
752.61-752.63	1996	752.6
752.64-752.65	1996	752.8
752.69	1996	752.8
752.81, 752.89	2003	752.8
753.10-753.17, 753.19	1990	753.1
753.20-753.23	1996	753.2
753.29	1996	753.2
756.70-756.71	1997	756.7
756.79	1997	756.7
758.31-758.33, 758.39	2004	758.3
758.81	1996	758.8
758.89	1996	758.9
759.81-759.82	1989	759.8
759.83	1994	759.89
759.89	1989	759.8
760.75	1991	760.79
760.76	1994	760.79
760.77	**2005**	**760.79**
760.78	**2005**	**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
766.21-766.22	2003	766.2

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
767.11, 767.19	2003	767.1
770.10-770.18	**2005**	**770.1**
770.81-770.84, 770.89	2002	770.8
770.85-770.86	**2005**	**770.1**
771.81-771.83,771.89	2002	771.8
772.10-772.14	2001	772.1
779.7	2001	772.1
779.81-779.82	2002	779.8
779.83	2003	779.89
779.84	**2005**	**Ninguno (suprimir código)**
779.89	2002	779.8
780.01-780.02	1992	780.0
780.03	1993	780.01
780.09	1992	780.0
780.31	1997	780.3
780.39	1997	780.3
780.57	1992	780.51, 780.53
780.58	2004	780.59
780.71	1998	780.7
780.79	1998	780.7
780.91-780.92	2002	780.9
780.93	2003	780.99
780.94	2003	780.99
780.95	**2005**	**780.99**
780.99	2002	780.9
781.8	1994	781.9
781.91-781.92	2000	781.9
781.93	2002	723.5
781.94	2003	781.99
781.99	2000	781.9
783.21	2000	783.4
783.22	2000	783.4
783.40-783.43	2000	783.4
783.7	2000	783.4
785.52	2003	785.59
786.03	1998	786.09

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
786.04	1998	786.09
786.05	1998	786.09
786.06	1998	786.09
786.07	1998	786.09
787.01-787.03	1994	787.0
787.91	1995	558.9
787.99	1995	787.9
788.20-788.21, 788.29	1993	788.2
788.30-788.39	1992	788.3
788.38	2004	788.39
788.41-788.43	1993	788.4
788.61-788.62	1993	788.6
788.63	2003	788.69
788.69	1993	788.6
789.00-789.07, 789.09	1994	789.0
789.30-789.37, 789.39	1994	789.3
789.40-789.47, 789.49	1994	789.4
789.60-789.67, 789.69	1994	789.6
790.01-790.09	2000	790.0
790.21-790.22, 790.29	2003	790.2
790.91	1993	790.9
790.92	1993	286.9
790.93	1993	790.9
790.94	1997	790.99
790.95	2004	790.99
790.99	1993	790.9
792.5	2000	792.9
793.80-793.81, 793.89	2001	793.8
795.00-795.02, 795.09	2002	795.0
795.03	2004	622.1
795.04	2004	622.1
795.05	2004	795.09
795.08	2004	795.09
795.31,795.39	2002	795.3
795.71	1994	795.8 (Código borrado)

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
795.79	1994	795.7
795.8	1986	795.7
796.5	1997	796.9
796.6	2004	796.9
799.01		
799.81	2003	799.8
799.89	2003	799.8
813.45	2002	813.42
823.40-823.42	2002	823.80-823.82
840.7	2001	840.8
850.11-850.12	2003	850.1
864.05	1992	864.09
864.15	1992	864.19
909.5	1994	909.9
922.31-922.33	1996	922.3
925.1-925.2	1993	925
959.0#	1997	959.0
959.01	1997	854.00
959.09	1997	959.0
959.11-959.14, 959.19	2003	959.1
965.61	1998	965.6
965.69	1998	965.6
989.81-989.84	1995	989.8
989.89	1995	989.8
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

Título de código cambiado

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
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
996.40-996.47, 996.49	**2005**	**996.4**
996.51-996.59	1987	996.5
996.55	1998	996.52
996.56	1998	996.59
996.57	2003	996.59
996.60-996.69	1989	996.6
996.68	1998	996.69
996.70-996.79	1989	996.7
996.80-996.84	1987	996.8
996.85	1990	996.89
996.86	1987	996.8
996.87	2000	996.89
996.89	1987	996.8
997.00-997.01	1995	997.0
997.02	1995	997.9 & 430-434, 436
997.09	1995	997.0
997.71	2001	997.4
997.72	2001	997.5
997.79	2001	997.2
997.91	1995	997.9
997.99	1995	997.9
998.11-998.12	1996	998.1
998.13	1996	998.89
998.31-998.32	2002	998.3
998.51	1996	998.5
998.59	1996	998.5
998.81-998.82	1994	998.8
998.83	1996	998.89
998.89	1994	998.8

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
V01.71, V01.79	2004	V01.7
V01.81, V01.89	2002	V01.8
V01.82	2003	V01.89
V01.83-V01.84	2004	V01.89
V02.51	1998	V02.5
V02.52	1998	V02.5
V02.59	1998	V02.5
V02.60-V02.62	1994	V02.6
V02.69	1997	V02.6
V03.81-V03.82, V03.89	1994	V03.8
V04.81-V04.82, V04.89	2003	V04.8
V05.3-V05.4	1993	V05.8
V06.5-V06.6	1994	V06.8
V07.31, V07.39	1994	V07.3
V07.4	1992	V07.8
V08	1994	044.9, 795.8 (Código borrado)
V09.0-V09.91	1993	Ninguna
V10.48	1998	V10.49
V10.53	2001	V10.59
V12.00-V12.03, V12.09	1994	V12.0
V12.40-V12.41	1997	V12.4
V12.42	**2005**	**V12.49**
V12.49	1997	V12.4
V12.50-V12.52, V12.59	1995	V12.5
V12.60-V12.61, V12.69	**2005**	**V12.6**
V12.70-V12.72, V12.79	1994	V12.7
V13.00-V13.01, V13.09	1994	V13.0
V13.02-V13.03	**2005**	**V13.09**
V13.21, V13.29	2002	V13.2
V13.61	1998	V13.6
V13.69	1998	V13.6
V15.01-V15.09	2000	V15.0
V15.41-V15.42	1996	V15.4

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
V15.49	1996	V15.4
V15.82	1994	305.13 (Código borrado)
V15.84-V15.86	1995	V15.89
V15.87	2003	V15.89
V15.88	**2005**	**V15.49**
V16.40-V16.43, V16.49	1997	V16.4
V16.51	1998	V16.5
V16.59	1998	V16.5
V17.81	**2005**	**V17.8**
V17.89	**2005**	**V17.8**
V18.61	1998	V18.6
V18.69	1998	V18.6
V18.9	**2005**	**V19.8**
V21.30-V21.35	2000	Ninguno
V23.41, V23.49	2002	V23.4
V23.7	1989	V23.8
V23.81	1998	V23.8
V23.82	1998	V23.8
V23.83	1998	V23.8
V23.84	1998	V23.8
V23.89	1998	V23.8
V25.03	2003	V25.01
V25.43	1992	V25.49
V25.5	1992	V25.8
V26.21-V26.22, V26.29	2000	V26.2
V26.31-V26.33	**2005**	**V26.3**
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

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
V30.00-V30.01	1989	V30.0
V31.00-V31.01	1989	V31.0
V32.00-V32.01	1989	V32.0
V33.00-V33.01	1989	V33.0
V34.00-V34.01	1989	V34.0
V35.00-V35.01	1989	V35.0
V36.00-V36.01	1989	V36.0
V37.00-V37.01	1989	V37.0
V39.00-V39.01	1989	V39.0
V42.81-V42.83	1997	V428
V42.84	2000	V42.89
V42.89	1997	V42.8
V43.21-V43.22	2003	V43.2
V43.60-V43.66, V43.69	1994	V43.6
V43.81-V43.82	1995	V43.8
V43.83	1998	V43.89
V43.89	1995	V43.8
V44.50-V44.52, V44.59	1998	V44.5
V45.00	1994	V45.89
V45.01	1994	V45.0
V45.02, V45.09	1994	V45.89
V45.51	1994	V45.5
V45.52, V45.59	1994	V45.89
V45.61	1997	V45.6
V45.69	1997	V45.6
V45.71	1997	611.8
V45.72	1997	569.89
V45.73	1997	593.89
V45.74	2000	593.89, 596.8
V45.75	2000	V45.89
V45.76	2000	518.89
V45.77	2000	602.8, 607.89, 608.89, 620.8, 621.8, 622.8
V45.78	2000	390.89
V45.79	2000	255.8, 289.59, 388.8, 569.49, 577.8, V45.89
V45.82	1994	V45.89
V45.83	1995	V45.89
V45.84	2001	Ninguno
V45.85	2003	V45.89

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
V46.11-V46.12	2004	V46.1
V43.13	**2005**	**V46.11**
V43.14	**2005**	**V46.11**
V46.2	2002	V46.8
V49.60-V49.67	1994	V49.5
V49.70-V49.77	1994	V49.5
V49.81	2000	Ninguno
V49.82	2001	Ninguno
V49.84	**2005**	**V49.89**
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
V53.90-V53.91, V53.99	2003	V53.9
V54.01-V54.02, V54.09	2003	V54.0
V54.10-V54.17, V54.19	2002	V54.8
V54.20-V54.27, V54.29	2002	V54.8
V54.81, V54.89	2002	V54.8
V56.1	1995	V58.89
V56.1#	1998	V56.1
V56.2	1998	V56.1
V56.31-V56.32	2000	V56.8
V57.21-V57.22	1994	V57.2
V58.11	**2005**	**V58.1**
V58.12	**2005**	**140-208, 230-239**
V58.41	1994	V58.4
V58.42	2002	V58.49
V58.43	2002	V58.49
V58.44	2004	V58.71-V58.78
V58.49	1994	V58.4
V58.61	1995	V67.51
V58.62	1998	V58.69
V58.63-V58.65	2003	V58.69
V58.66-V58.67	2004	V58.69
V58.69	1995	V67.51
V58.71-V58.78	2002	V58.49

Título de código cambiado

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
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
V59.70-V59.74	**2005**	**V59.8**
V61.10-V61.12	1996	V65.49
V61.22	1996	V61.21
V62.83	1996	V65.49
V62.84	**2005**	**V62.89**
V64.00-V64.05	**2005**	**V64.0**
V64.06	**2005**	**V64.2**
V64.07-V64.09	**2005**	**V64.0**
V64.4	1997	Ninguno
V64.41-V64.43	2003	V64.4
V65.11, V65.19	2003	V65.49
V65.40-V65.45	1994	V65.4
V65.46	2003	V65.49
V65.49	1994	V65.4
V66.7	1996	Ninguno
V67.00-V67.01, V67.09	2000	V67.0
V69.0-V69.3	1994	Ninguno
V69.4	2004	V69.8
V69.5	**2005**	**V69.8**
V69.8-V69.9	1994	Ninguno
V71.81	2000	V71.8
V71.82-V71.83	2002	V71.89
V71.89	2000	V71.8
V72.31-V72.32	2004	V72.3
V72.40-V72.41	2004	V72.4
V72.42	**2005**	**V22.0-V22.1**
V72.81-V72.85	1993	V72.8
V72.86	**2005**	**V72.83**

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
V73.88-V73.89	1993	V73.8
V73.98-V73.99	1993	V73.9
V76.10-V76.12	1997	V76.1
V76.19	1997	V76.1
V76.44	1998	V76.49
V76.45	1998	V76.49
V76.46-V76.47	2000	V76.49
V76.50-V76.52	2000	V76.49
V76.81-V76.89	2000	V76.8
V77.91-V77.99	2000	V77.9
V82.81-V82.89	2000	V82.8
V83.01-V83.02	2001	Ninguno
V83.81	2002	Ninguno
V83.89	2002	V19.8
V84.01-V84.04, V84.09	2004	Ninguno
V84.8	2004	Ninguno
V85.0	**2005**	**Ninguno**
V85.1	**2005**	**Ninguno**
V85.21-V85.25	**2005**	**Ninguno**
V85.30-V85.39	**2005**	**Ninguno**
V85.4	**2005**	**Ninguno**

Códigos Diagnósticos (continuación)

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

Códigos Diagnósticos (continuación)

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

Códigos de Procedimientos

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
00.01	2002	99.99
00.02	2002	99.99
00.03	2002	99.99
00.09	2002	99.99
00.10	2002	99.25
00.11	2002	99.19
00.12	2002	93.98
00.13	2002	99.29
00.14	2002	99.21
00.15	2003	99.28
00.16	2004	Ninguno
00.17	2004	99.29
00.18	**2005**	**99.29**
00.21	2004	88.71
00.22	2004	88.73
00.23	2004	88.77
00.24	2004	88.72
00.25	2004	88.75
00.28	2004	88.79
00.29	2004	88.79
00.31	2004	Ninguno
00.32	2004	Ninguno
00.33	2004	Ninguno
00.34	2004	Ninguno
00.35	2004	Ninguno
00.39	2004	Ninguno
00.40	**2005**	**Ninguno**
00.41	**2005**	**Ninguno**
00.42	**2005**	**Ninguno**
00.43	**2005**	**Ninguno**
00.45	**2005**	**Ninguno**
00.46	**2005**	**Ninguno**
00.47	**2005**	**Ninguno**
00.48	**2005**	**Ninguno**
00.50	2002	37.80-37.87 y 37.70-37.74, 37.76
00.51	2002	37.94
00.52	2002	Ninguno
00.53	2002	37.80-37.87
00.54	2002	37.96
00.55	2002	39.90
00.61	2004	39.50
00.62	2004	39.50
00.63	2004	00.55, 39.90
00.64	2004	00.55, 39.90

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
00.65	2004	00.55, 39.90
00.66	**2005**	**36.01 (borrado)** **36.02 (borrado)** **36.05 (borrado)**
00.70	**2005**	**81.53**
00.71	**2005**	**81.53**
00.72	**2005**	**81.53**
00.73	**2005**	**81.53**
00.74	**2005**	**Ninguno**
00.75	**2005**	**Ninguno**
00.76	**2005**	**Ninguno**
00.80	**2005**	**81.55**
00.81	**2005**	**81.55**
00.82	**2005**	**81.55**
00.83	**2005**	**81.55**
00.84	**2005**	**81.55**
00.91	2004	Ninguno
00.92	2004	Ninguno
00.93	2004	Ninguno
01.26	**2005**	**Ninguno**
01.27	**2005**	**Ninguno**
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
27.64	2004	27.69
29.31	1991	83.02
29.32	1991	29.3
29.39	1991	29.3
31.45	1988	31.43-31.44

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
31.95	1989	31.75
32.01	1989	32.0
32.09	1989	32.0
32.22	1995	32.29, 32.9
32.28	1989	32.29
33.27	1987	33.22 + 33.27
33.28	1989	32.27
33.29	1987	33.28, 33.29
33.50	1995	33.5
33.51	1995	33.5
33.52	1995	33.5
33.6	1990	33.5 + 37.5
34.05	1994	34.99
35.84	1988	35.82
35.96	1986	35.03
36.00-36.03	1986	36.0
36.04	1986	39.97
36.05	1986	36.01, 36.02
36.05	1987	36.01*
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
37.41	**2005**	**37.99**
37.49	**2005**	**37.99**
37.51	2003	37.5
37.52	2003	37.62
37.53	2003	37.63
37.54	2003	37.63

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

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
37.65	1995	37.62
37.66	1995	37.62
37.67	1998	37.4
37.68	2004	37.62
37.70 (sólo electrodo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.70
37.71-37.72 (sólo electrodos)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.74
37.73 (sólo electrodo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.73
37.74 (sólo electrodo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.76
37.75 (sólo electrodo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.89
37.76 (sólo electrodo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.81
37.77 (sólo electrodo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.83-37.84
37.78	1987	37.71-37.72
37.79	1987	86.09
37.80-37.87	1992	89.49 (Código borrado, este procedimiento está incluido en el código para inserción/sustitución de marcapasos)
37.80 (sólo dispositivo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.73-37.77
37.81 (sólo dispositivo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.73-37.77
37.82 (sólo dispositivo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.73-37.77
37.83 (sólo dispositivo)	1987 (electrodo/dispositivo)	37.73-37.77
37.85-37.87	1987	37.85
37.89	1987	37.86+37.89
37.90	2004	37.99
37.94-37.98	1986	37.99
38.22	1986	38.29
38.44 (aorta abdominal solo)	1986	38.44 (toda la aorta)
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
39.73	**2005**	**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

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
41.07	2000	41.04
41.08	2000	41.05
41.09	2000	41.01
42.25	1988	42.24
42.33	1989	42.32, 42.39
42.33	1990	42.91
43.11	1989	43.1
43.19	1989	43.1, 43.2
43.41	1989	43.41, 43.49
44.21	1986	44.2
44.22	1986	44.09
44.29	1986	44.2
44.32	2001	44.39
44.38	2004	44.39
44.43	1989	43.49, 45.32
44.44	1989	38.86
44.49	1989	43.0
44.67	2004	44.66
44.68	2004	44.69
44.93-44.94	1986	44.99
44.95	2004	44.69
44.96	2004	44.69
44.97	2004	44.99
44.98	2004	44.99
45.16	1988	45.14 (45.15 antes de 1987)
45.30	1989	45.31, 45.32
45.42	1988	45.41
45.43	1989	45.49
45.75	1988	48.66 (Código borrado, añadida resección de Hartmann)
45.95	1987	45.93
46.13	1992	46.12 (Código borrado)
46.32	1989	46.39
46.85	1989	46.99
46.97	2000	46.99
47.01	1996	47.0
47.09	1996	47.0
47.11	1996	47.1
47.19	1996	47.1

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
48.36	1995	45.42
49.31	1989	49.3
49.39	1989	49.3
49.75	2002	49.79
49.76	2002	49.79
51.10	1989	51.97
51.11	1989	51.11, 51.97
51.14	1989	51.12
51.15	1989	51.97
51.21	1996	51.22, 51.23
51.22	1991	51.21 (Código borrado)
51.23	1991	51.22
51.24	1996	51.22, 51.23
51.64	1989	51.69
51.84-51.88	1989	51.97
51.97	1986	52.91, 51.99 ó 51.82
51.98	1986	51.99
52.13	1989	51.97, 52.91
52.14	1989	52.11
52.21	1989	52.2
52.22	1989	52.2
52.84	1996	99.29
52.85	1996	99.29
52.86	1996	99.29
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

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
57.22	1989	57.22, 57.82
58.31	1990	58.3
58.39	1990	58.3
59.03	1996	59.02
59.12	1996	59.11
59.72	1995	59.79
59.96	1986	59.95
60.21	1995	60.2
60.29	1995	60.2
60.95	1991	60.99
60.96	2000	60.29
60.97	2000	60.29
64.97	1986	64.95
65.01	1996	65.0
65.09	1996	65.0
65.13	1996	65.12
65.14	1996	65.19
65.23	1996	65.22
65.25	1996	65.29
65.31	1996	65.3
65.39	1996	65.3
65.41	1996	65.4
65.49	1996	65.4
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

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
68.16	1987	68.13
68.23	1996	68.29
68.31	2003	68.3
68.39	2003	68.3
68.51	1996	68.5
68.59	1996	68.5
68.9	1992	68.4
74.3	1992	69.11 (Código borrado)
75.37	1998	99.29
75.38	2001	75.34
77.56	1989	77.89, 78.49, 81.18
77.57	1989	77.89, 78.49, 81.18, 83.85
77.58	1989	77.59, 81.18
78.10	1991	78.40
78.11	1991	78.41
78.12	1991	78.42
78.13	1991	78.43
78.14	1991	78.44
78.15	1991	78.45
78.16	1991	78.46
78.17	1991	78.47
78.18	1991	78.48
78.19	1991	78.49
78.20	1991	78.10, 78.20, 78.30
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

* 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
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
81.18	**2005**	**81.99**
81.30	2001	81.09
81.31	2001	81.09
81.32	2001	81.09
81.33	2001	81.09
81.34	2001	81.09
81.35	2001	81.09
81.36	2001	81.09
81.37	2001	81.09
81.38	2001	81.09
81.39	2001	81.09
81.40	1989	81.69
81.51	1989	81.51, 81.59
81.52	1989	81.61, 81.62, 81.63, 81.64
81.53	1989	81.51, 81.59, 81.61, 81.62, 81.63, 81.64
81.54-81.55	1989	81.41
81.56	1989	81.48
81.57	1989	81.31, 81.39
81.59	1989	81.39
81.61**	2002	81.00-81.08, 81.30-81.39
81.62	2003	Ninguno
81.63	2003	Ninguno
81.64	2003	Ninguno

* 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

** El código 81.61 fue borrado con efectividad del 1 de octubre de 2005

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
81.65	2004	78.49
81.66	2004	78.49
81.72	1989	81.79
81.73-81.74	1989	81.41
81.75	1989	81.87
81.79	1989	81.79, 81.87
81.80	1989	81.81
81.97	1992	81.59
84.51	2002	Ninguno
84.52	2002	Ninguno
84.53	2004	78.30, 78.32-78.35, 78.37-78.39
84.54	2004	78.30, 78.32-78.35, 78.37-78.39
84.55	2004	Ninguno
84.56	**2005**	**Ninguno**
84.57	**2005**	**Ninguno**
84.58	**2005**	**Ninguno**
84.59	2004	Ninguno
84.60	2004	80.51
84.61	2004	80.51
84.62	2004	80.51
84.63	2004	80.51
84.64	2004	80.51
84.65	2004	80.51
84.66	2004	80.51
84.67	2004	80.51
84.68	2004	80.51
84.69	2004	80.51
84.71	**2005**	**Ninguno**
84.72	**2005**	**Ninguno**
84.73	**2005**	**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
86.94	2004	02.93, 03.93, 04.92
86.95	2004	02.93, 03.93, 04.92
86.96	2004	02.93, 03.93, 04.92

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
86.97	**2005**	**86.94**
86.98	**2005**	**86.95**
88.90	1986	88.39
88.91	1986	89.15
88.92	1986	89.39
88.93	1986	88.15
88.94	1986	89.39
88.95	1986	89.29
88.96	2002	88.91-88.97
88.97	1989	88.99
88.98	1989	88.90
88.99	1986	89.39
89.10	1989	89.15
89.17-89.18	1988	89.15
89.19	1989	89.15
89.49	2004	89.59
89.50	1991	89.54
89.60	2002	89.65
92.20	**2005**	**92.28**
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

Códigos Procedimientos (continuación)

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

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

VOLÚMEN 1 y 2
CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICOS NUEVOS/REVISADOS

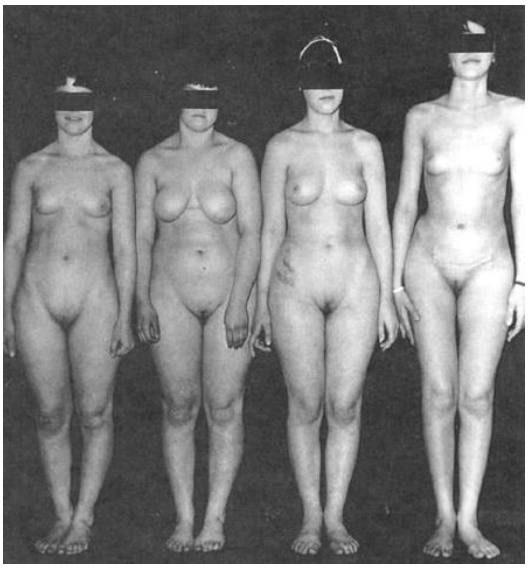
La siguiente información contiene los cambios más destacados que son efectivos desde el 1 de octubre de 2005. Para una lista más completa y detallada de todos los cambios por favor diríjase a la Addenda publicada en Coding Clinic, Edición Especial de 2005.

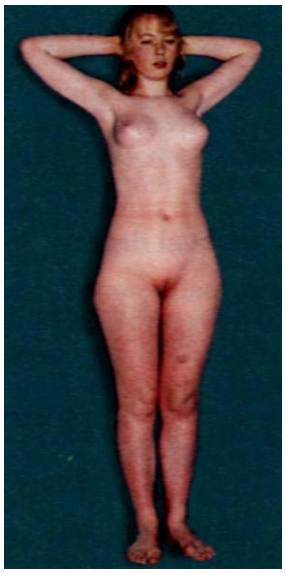
Los cambios en la Guía Oficial para Codificación e Información no estaban disponibles en el momento en que este ejemplar de Coding Clinic entró en prensa. La guía revisada será expuesta en la página web del NCHS (http://www.cdc.gov/nchs/icd9.htm#RTF) *y la página web de la Oficina Central de la ICD9CM de la AHA* (http://www.ahacentraloffice.org/) *tan pronto como esté disponible (esperamos que a mitad de noviembre). Además, las normas revisadas serán publicadas en el ejemplar del Primer Trimestre de Coding Clinic.*

Síndrome de Insensibilidad Androgénica

Vigente desde el 1 de octubre de 2005, se ha creado un código nuevo para identificar por separado el síndrome de insensibilidad androgénica **(259.5)**. El síndrome de insensibilidad androgénica (SIA), término actual para el trastorno previamente designado como síndrome de feminización testicular, es una afección que afecta el desarrollo sexual antes del nacimiento y durante la pubertad. Es una afección recesiva ligada a cromosoma X que da como resultado un fallo en la masculinización normal de los genitales externos en individuos cromosómicamente normales. Estos individuos tienen un genotipo cromosómico XY.

La insensibilidad androgénica generalmente sucede por una anomalía genética de los receptores de andrógenos y puede ser completa (SIAC) o parcial (SIAP). Sucede cuando el organismo no puede usar los andrógenos de ninguna manera. Los individuos con SIAC tienen genitales externos femeninos con labios, clítoris e introito vaginal normales. Aunque pueden tener vagina, no desarrollan útero y no tienen menarquia. Los pacientes no tienen descendidos los testículos, y existe riesgo de desarrollar cáncer testicular. Los testículos deben ser extirpados quirúrgicamente.





Síndrome de insensibilidad androgénica completo en cuatro hermanas [NT]

El síndrome de insensibilidad androgénica parcial (también llamado síndrome de Reifenstein) ocurre cuando los tejidos son parcialmente sensibles a los efectos de los andrógenos. Los individuos con SIAP pueden tener características sexuales femeninas normales, características sexuales tanto femeninas como masculinas o características masculinas normales.

Síndrome de insensibilidad androgénica incompleto (Reifenstein) [NT]

Los términos *síndrome de Golberg-Maxwell*, *pseudohermafroditismo masculino con feminización testicular* y *feminización testicular* han sido borrados como términos de inclusión bajo el 257.8, Otras disfunciones testiculares, e indexadas en el 259.5. También se han incluido bajo el código 259.5 los términos *insensibilidad androgénica parcial* y *síndrome de Reifenstein*, que eran codificados previamente como 257.2, Otra hipofunción testicular.

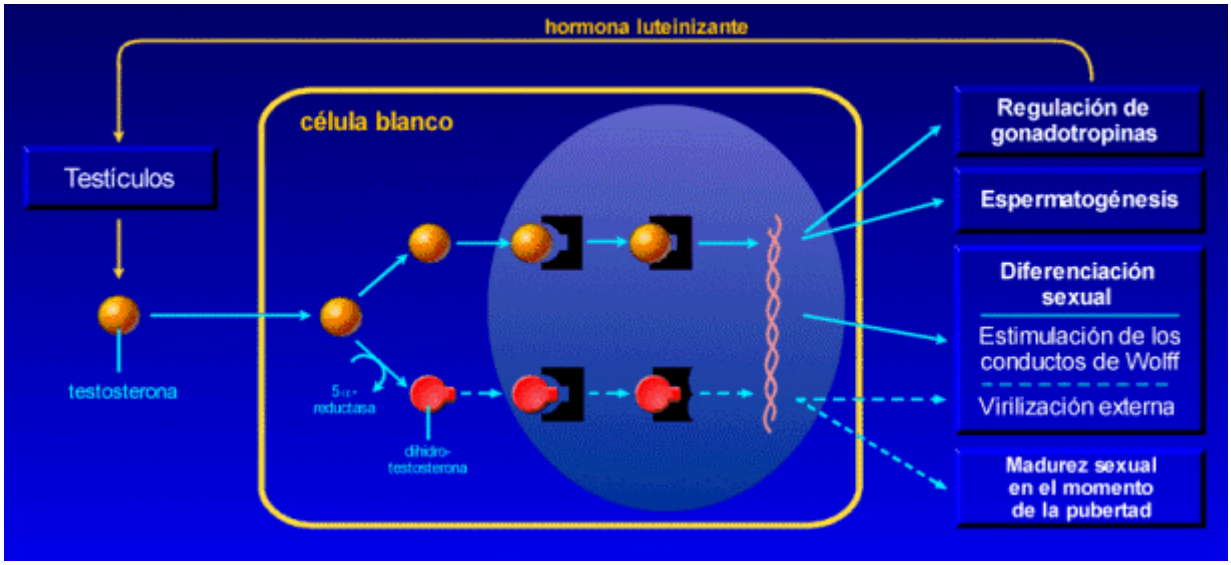


Ilustración esquemática del mecanismo general por el cual se cree que la testosterona y la dihidrotestosterona actúan para favorecer la virilización del varón. Las mutaciones que alteran la función de la 5a-reductasa o el receptor de andrógenos deterioran la virilización del embrión masculino y dan por resultado pseudohemafrodistismo masculino [NT]

257 Disfunción testicular

257.8 Otra disfunción testicular

Borrar ~~Síndrome de Goldberg-Maxwell~~
~~Pseudohermafroditismo masculino con feminización testicular~~
~~Feminización testicular~~

Añadir Excluye: síndrome de insensibilidad androgénica (259.5)

259 Otros trastornos endocrinos

Nuevo código **259.5 Síndrome de insensibilidad androgénica**
Insensibilidad androgénica parcial
Síndrome de Reifenstein

Depleción de volumen, Deshidratación e Hipovolemia

Vigente desde el 1 de octubre de 2005, la depleción de volumen se ha ampliado para identificar independientemente la depleción de volumen **(276.50)**, la deshidratación **(276.51)** y la hipovolemia **(276.52)**. Los códigos nuevos proporcionarán la diferencia entre estas afecciones. Antes d este cambio, todas estas afecciones estaban clasificadas en el código 276.5.

La depleción de volumen es definida como una reducción de volumen de líquido en las células, incluyendo tanto agua como sales y es similar, aunque se diferencia, de la deshidratación. La deshidratación es la pérdida de agua en el cuerpo sin pérdida de sal. La depleción de volumen puede referirse a la depleción de agua corporal total (deshidratación) o depleción de volumen sanguíneo (hipovolemia). El volumen de sangre puede ser mantenido a pesar de la deshidratación con fluido que es atraído de otros tejidos. La depleción de volumen puede existir con o sin deshidratación. La hipovolemmia es una disminución anormal de volumen de sangre o, estrictamente hablando, una disminución anormal del volumen de plasma sanguíneo. Puede ocurrir sin deshidratación cuando se produce el "tercer espacio" de fluidos (ej. con edema significativo o ascitis).

276 Trastornos de los fluidos, electrolitos y equilibrio ácido-base

276.5 Depleción de volumen

Borrar ~~Deshidratación~~
~~Depleción de volumen de plasma o líquido extracelular~~
~~Hipovolemia~~

Nuevo código **276.50 Depleción de volumen, no especifica**

Nuevo código **276.51 Deshidratación**

Nuevo código **276.52 Hipovolemia**
Depleción de volumen de plasma

Sobrepeso

De acuerdo a los datos del Centro Nacional para Estadísticas de Salud (NCHS), el 30 por ciento, o más de 6 millones de adultos de 20 o más años de edad, son obesos en Estados Unidos. Más de 9 millones, o el 16 por ciento de los niños y adolescentes entre 6 y 19 años tienen sobrepeso. El sobrepeso y la obesidad incrementan el riesgo de muchas enfermedades y afecciones de la salud.

Efectivo desde el 1 de octubre de 2005, el código **278.02, Sobrepeso**, se ha creado para clasificar pacientes que tiene dicho problema. Debe asignarse un código adicional para el índice de masa corporal (BMI) si se conoce.

Por favor, consulte el artículo de los cambios en los códigos V en este ejemplar para información adicional de la codificación del BMI.

Revisar	278		Sobrepeso, obesidad y otra hiperalimentación
Revisar		278.0	Sobrepeso y obesidad
Añadir			Use código adicional para identificar el Indice de Masa Corporal (BMI) si se conoce (V85.21-V85.4)
Nuevo código			**278.02 Sobrepeso**

Trombocitopenia

Efectivo el 1 de octubre de 2005, el código 287.3, Trombocitopenia primaria, ha sido expandido para identificar por separado los diferentes tipos de trombocitopenia primaria. Los nuevos códigos distinguen entre la trombocitopenia primaria no especificada **(287.30)**, la púrpura trombocitopénica inmune **(287.31)**, el síndrome de Evans **(287.32)**, la púrpura trombocitopénica hereditaria y congénita **(287.33)** y otra trombocitopenia primaria **(287.39)**.

Púrpura trombocitopénica inmune (PTI): La PTI es un trastorno de la sangre. Es reconocida como un trastorno autoinmune con desarrollo de anticuerpos a las propias plaquetas. Las plaquetas son pues destruidas por fagocitosis, lo que ocurre primariamente en el bazo. Algunos casos de PTI están causados por medicamentos, mientras que otros se asocian a infecciones, embarazo o trastornos inmunes como el lupus eritematoso. En la mitad de los casos, la causa es desconocida. Se usa también el término *púrpura trombocitopénica idiopática* y estaba en uso en la PTI antes de su reconocimiento como etiología inmune. La PTI puede ocurrir tanto en niños como en adultos. Si el comienzo es en niños es anormalmente seguida de una infección viral. Si el comienzo es en adultos normalmente es más gradual. El bajo recuento de plaquetas lleva a lesiones purpúreas (áreas de apariencia morada en piel y membranas mucosas), y potencialmente a problemas de sangrado grave o incluso la muerte. Los tratamientos incluyen esteroides y esplenectomía.

Púrpura trombocitopénica inmune [NT]

Síndrome de Evans: El síndrome de Evans consiste en anemia hemolítica con trombocitopenia, relacionado con un proceso autoinmune en glóbulos rojos y plaquetas.

Síndrome de Evans [NT]

Púrpura trombocitopénica hereditaria y congénita: Distintas enfermedades hereditarias raras producen bajos recuentos de plaquetas. La gravedad de la trombocitopenia varía con la afección y el tipo de paciente. Como ejemplos de trombocitopenias congénitas y hereditarias se incluyen el Síndrome de trombocitopenia con ausencia de radio y el síndrome de Wiskott-Aldrich, que se codifica en otro sitio

Síndrome de trombocitopenia con ausencia se radio [NT]

Síndrome de Wiskott-Aldrich [NT]

287 Púrpura y otras afecciones hemorrágicas

287.3 Trombocitopenia primaria

Borrar

~~Síndrome de Evans~~
~~Hipoplasia megacariocítica~~
~~Púrpura trombocitopénica congénita~~
~~hereditaria~~
~~primaria~~
~~Disgenesia de plaquetas en oleada~~

Nuevo código **287.30 Trombocitopenia primaria, no especificada**
Hipoplasia megacariocitítiga

Nuevo código **287.31 Púrpura trombocitopénica inmune**
Púrpura trombocitopénica idiopática
Disgenesia de plaquetas en oleada

Nuevo código **287.32 Síndrome de Evans**

Nuevo código **287.34 Púrpura trombocitopénica congénita y hereditaria**
Trombocitopenia congénita y hereditaria
Síndrome de trombocitopenia con ausencia de radio

Excluve: Síndrome de Wiskott-Aldrich (279.12)

Nuevo código **287.39 Otra trombocitopenia primaria**

Pregunta:
Un paciente fue ingresado y diagnosticado de púrpura trombocitopénica idiopática. ¿Cuál es el código de diagnóstico para esta afección?

Respuesta:
Asigne el código 287.31, Púrpura trombocitopénica inmune, para esta afección. La púrpura trombocitopénica idiopática está incluida en este código.

Introducción al Capítulo 5 – Trastornos mentales

Vigente desde el 1 de octubre de 2005, la introducción del Capítulo 5, Trastornos mentales, ha sido borrada. Esta introducción hace referencia al Glosario de trastornos mentales (Volumen 1, apéndice B) que fue suprimido el 1 de octubre de 2004.

Capítulo 5 – Trastornos Mentales (290-319)

Borrar lo siguiente:

~~En la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión (ICD-9-CM), el Capítulo V, correspondiente a "Trastornos Mentales", incluye un glosario que define los contenidos de cada categoría. La introducción al Capítulo V en la ICD9 indica que el glosario pretende que los psiquiatras puedan realizar el diagnóstico basados en la descripción proporcionada en lugar de los títulos de las categorías. Los codificadores no profesionales están instruidos para codificar cualquier diagnóstico que el médico registre.~~

~~El Capítulo 5, "Trastornos Mentales" en la ICD-9-CM usa el formato de la clasificación estándar con términos de inclusión y exclusión, omitiendo el glosario como parte del texto principal.~~

~~La sección de trastornos mentales de la ICD-9-CM se ha ampliado para incorporar trastornos psiquiátricos adicionales no listados en la ICD9. El glosario de la ICD9 no contiene dichos términos. Aparece ahora en el Apéndice B que contiene también descripciones y definiciones para los términos añadidos en la ICD-9-CM. Algunos de ellos fueron proporcionados por el Grupo de Trabajo de Nomenclatura y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana que está preparando el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-III), y otros por el Glosario Psiquiátrico.~~

~~La Asociación Psiquiátrica Americana ha proporcionado una ayuda inestimable en la modificación del Capítulo 5 de la ICD-9-CM para incorporar detalles útiles a los clínicos norteamericanos y dieron permiso para usar el material de las fuentes mencionadas anteriormente:~~

1. ~~Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Muerte, 9ª revisión, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 1975.~~
2. ~~Asociación Psiquiátrica Americana. Grupo de trabajo de Nomenclatura y Estadística. Presidente: Robert L. Spitzer, M.D.~~
3. ~~Glosario Psiquiátrico, Cuarta Edición, Asociación Psiquiátrica Americana, Washington, D.C., 1975.~~

Trastornos del sueño y otras afecciones relacionadas

Vigente desde el 1 de octubre de 2005, se ha realizado una extensa ampliación en los códigos de trastornos del sueño. Los códigos nuevos permiten la clasificación de la mayoría de los tipos de problemas del sueño, incluyendo insomnio, hipersomnia, trastornos del ritmo circadiano del sueño, apnea del sueño, Parasomnia y trastornos del movimiento relacionados con el sueño. Estos nuevos códigos están divididos entre el capítulo de trastornos mentales y el capítulo del sistema nervioso, basados en la etiología de las afecciones. Los códigos existentes sobre sueño en la subcategoría 780.5, Trastornos del sueño, permanecen como códigos por defecto, pero el índice proporciona un redireccionamiento de tal manera que se asigne el código basado en la terminología decumentada en la historia clínica.

Los códigos nuevos permitirán la clasificación de trastornos del sueño inducidos por alcohol (291.82) y drogas (292.85). Varios términos de inclusión nuevos se han añadido a los códigos de la categoría 307.4, Trastornos del sueño específicos de origen no orgánico, para ayudar en la selección del código en varios tipos de insomnio, tales como insomnio de adaptación, insomnio idiopático y síndrome de sueño insuficiente.

Se ha creado la categoría 327 para clasificar los trastornos del sueño orgánicos. Esta categoría diferencia entre distintos tipos de trastornos orgánicos, tales como

- sueño de inicio y de mantenimiento **(subcategoría 327.0)**
- somnolencia excesiva **(subcategoría 327.1)**
- apnea del sueño **(subcategoría 327.2)**
- trastornos del ritmo circadiano del sueño **(subcategoría 327.3)**
- parasomnia orgánica **(subcategoría 327.4)**
- trastornos del movimiento relacionados con el sueño **(subcategoría 327.5)**
- otros trastornos orgánicos del sueño **(código 327.8)**

291 Trastornos mentales inducidos por alcohol

291.8 Otros trastornos mentales especificados inducidos por alcohol

Nuevo código **291.82 Trastornos del sueño inducidos por alcohol**
Trastornos del ritmo circadiano del sueño inducidos por alcohol
Hipersomnia inducida por alcohol
Insomnio inducido por alcohol
Parasomnia inducida por alcohol

291.89 Otros

Borrar ~~Trastornos del sueño inducidos por alcohol~~

292 Trastornos mentales inducidos por drogas

292.8 Otros trastornos mentales especificados inducidos por drogas

Nuevo código **292.85 Trastornos del sueño inducidos por drogas**

Trastornos del ritmo circadiano del sueño inducidos por drogas
Hipersomnia inducida por drogas
Insomnio inducido por drogas
Parasomnia inducida por drogas

292.89 Otros

Borrar ~~Trastornos del sueño inducidos por drogas~~

307 Síntomas y síndromes especiales, no clasificados en otra parte

307.4 Trastornos específicos del sueño de origen no orgánico

Añadir Excluye: hipersomnia orgánica (327.10-327.19)
insomnio orgánico (327.00-327.09)

307.41 Trastorno transitorio de inicio o mantenimiento del sueño

Añadir Insomnio de adaptación

307.42 Trastorno persistente de inicio o mantenimiento del sueño

Añadir Insomnio idiopático
Añadir Insomnio paradójico
Añadir Insomnio primario
Añadir Insomnio psicofisiológico

307.44 Trastorno persistente de inicio o mantenimiento de la vigilia

Añadir Síndrome de sueño insuficiente
Añadir Hipersomnia primaria
Añadir Excluye: deprivación de sueño (V69.4)

Revisar 307.45 Trastorno del ritmo circadiano del sueño de origen no orgánico

Borrar Ritmo de sueño-vigilia irregular, de origen no orgánico
Borrar Síndrome de desarreglo horario
Borrar Cambio rápido de zona horaria
Borrar Horario de trabajo-sueño variable

Nueva categoría 307 Trastornos orgánicos del sueño

Nueva subcategoría 327.0 Trastornos orgánicos en el inicio y mantenimiento del sueño [Insomnio orgánico]

Excluve:
insomnio NEOM (780.52)
insomnio no debido a sustancia o afección fisiológica conocida (307.41-307.42)
insomnio con apnea del sueño NEOM (780.51)

Nuevo código 327.00 Insomnio orgánico, no especificado

Nuevo código 327.01 Insomnio debido a afección médica clasificada en otro sitio
Codifique primero la afección subyacente

Excluve:
Insomnio debido a trastorno mental (327.02)

Nuevo código 327.02 Insomnio debido a trastorno mental
Codifique primero la afección subyacente

Excluve:
insomnio inducido por alcohol (291.82)
insomnio inducido por drogas (292.85)

Nuevo código 327.09 Otro insomnio orgánico

Nueva subcategoría 327.1 Trastornos orgánicos de somnolencia excesiva [Hipersomnia orgánica]

Excluve:
hipersomnia NEOM (780.54)
hipersomnia no debida a sustancia o afección fisiológica conocida (307.43-307.44)
hipersomnia con apnea del sueño NEOM (780.53)

Nuevo código 327.10 Hipersomnia orgánica, no especificada

Nuevo código 327.11 Hipersomnia idiopática con sueño largo

Nuevo código 327.12 Hipersomnia idiopática sin sueño largo

Nuevo código 327.13 Hipersomnia recurrente
Síndrome de Kleine-Levin
Hipersomnia relacionada con la menstruación

Nuevo código 327.14 Hipersomnia debida a afección médica clasificada en otro sitio
Codifique primero la afección subyacente

Excluve:
hipersomnia debida a trastorno mental (327.15)

Nuevo código **327.15 Hipersomnia debida a trastorno mental**
Codifique primero la afección subyacente

Excluve:
hipersomnia inducida por alcohol (291.82)
hipersomnia inducida por drogas (291.85)

Nuevo código **327.19 Otra hipersomnia orgánica**

Nueva subcategoría **327.2 Apnea del sueño orgánica**

Excluve:
respiración de Cheyne-Stokes (786.04)
hipersomnia con apnea del sueño NEOM (780.53)
insomnio con apnea del sueño NEOM (780.51)
apnea del sueño en recién nacido

Nuevo código **327.20 Apnea del sueño orgánica**

Nuevo código **327.21 Apnea del sueño central primaria**

Nuevo código **327.22 Respiración periódica de alta altitud**

Nuevo código **327.23 Apnea del sueño obstructiva (adulto) (pediátrica)**

Nuevo código **327.24 Hipoventilación alveolar no obstructiva idiopática no relacionada con sueño**
Hipoxia relacionada con sueño

Nuevo código **327.25 Síndrome de hipoventilación aveolar central congénita**

Nuevo código **327.26 Apnea del sueño relacionada con hipoventilación/ hipoxemia en afecciones clasificadas en otro sitio**
Codifique primero la afección subyacente

Nuevo código **327.27 Apnea del sueño central en afecciones clasificadas en otro sitio**
Codifique primero la afección subyacente

Nuevo código **327.29 Otra apnea del sueño orgánica**

Nueva subcategoría **327.3 Trastornos del ritmo circadiano del sueño**
Trastorno orgánico del ciclo sueño-vigilia
Trastorno orgánico del horario sueño- vigilia

Excluve:
trastorno del ritmo circadiano del sueño inducido por alcohol (291.82)
trastorno del ritmo circadiano del sueño de origen no orgánico (307.45)
disrupción del ciclo sueño-vigilia de 24 horas NEOM (780.55)
trastorno del ritmo circadiano del sueño inducido por droga (292.85)

Nuevo código **327.30 Trastorno del ritmo circadiano del sueño, no especificado**

Nuevo código **327.31 Trastorno del ritmo circadiano del sueño, tipo fase de sueño retrasada**

Nuevo código **327.32 Trastorno del ritmo circadiano del sueño, tipo fase de sueño adelantada**

Nuevo código **327.33 Trastorno del ritmo circadiano del sueño, tipo fase de sueño irregular**

Nuevo código **327.34 Trastorno del ritmo circadiano del sueño, tipo libre**

Nuevo código **327.35 Trastorno del ritmo circadiano del sueño, tipo desarreglo horario**

Nuevo código **327.36 Trastorno del ritmo circadiano del sueño, tipo cambio de trabajo**

Nuevo código **327.37 Trastorno del ritmo circadiano del sueño, en afecciones clasificadas en otro sitio**
Codifique primero la afección subyacente

Nuevo código **327.39 Otro trastorno del ritmo circadiano del sueño**

Nueva subcategoría **327.4 Parasomnia orgánica**

Excluve:
parasomnia inducida por alcohol (291.82)
parasomnia inducida por droga (291.85)
parasomnia no debida a afecciones fisiológicas conocidas (307.47)

Nuevo código **327.40 Parasomnia orgánica, no especificada**

Nuevo código **327.41 Excitación confusional**

Nuevo código **327.42 Trastorno del comportamiento en sueño REM**

Nuevo código **327.43 Parálisis del sueño aislada recurrente**

Nuevo código **327.44 Parasomnia en afecciones clasificadas en otro sitio**
Codifique primero la afección subyacente

Nuevo código **327.49 Otra parasomnia orgánica**

Nueva subcategoría **327.5 Trastorno orgánico de movimientos relacionados con el sueño**

Excluve:
síndrome de piernas inquietas (333.99)
trastorno del movimiento relacionado con sueño NEOM (780.58)

Nuevo código **327.51 Trastornos de movimientos periódicos de miembros**
Trastorno del sueño con movimientos periódicos de miembros

Nuevo código **327.52 Calambre de piernas relacionado con el sueño**

Nuevo código **327.53 Bruxismo* relacionado con el sueño**

Nuevo código **327.59 Otro trastorno orgánico de movimientos relacionados con el sueño**

Nuevo código **327.8 Otros trastornos orgánicos del sueño**

780 Síntomas generales

780.5 Perturbaciones del sueño

Añadir

Excluve:
trastornos del ritmo circadiano del sueño (327.30-327.39)
hipersomnia orgánica (327.10-327.19)
insomnio orgánico (327.00-327.09)
apnea del sueño orgánica (327.20-327.29)
trastornos orgánico de movimientos relacionados con el sueño
parasomnias (327.40-327.49)

Revisar 780.51 Insomnio con apnea del sueño, no especificado
Revisar 780.52 ~~Otro~~ Insomnio, no especificado
Borrar ~~Insomnio NEOM~~
Revisar 780.53 Hipersonmia con apnea del sueño, no especificada
Revisar 780.54 ~~Otra~~ Hipersomnia, no especificda
Borrar ~~Hipersomnia NEOM~~
Revisar 780.55 Disrupción de 24 horas en el ciclo sueño-vigilia, no especificada
Borrar ~~Inversión del ritmo de sueño~~
Borrar ~~Ritmo de sueño-vigilia irregular NEOM~~
Borrar ~~Ritmo de sueño-vigilia no de 24 horas~~
Revisar 780.57 ~~Otra~~ Apnea del sueño ~~y~~ no especificada
Revisar 780.58 Trastornos de movimientos relacionados con el sueño, no especificados
Borrar ~~Trastornos de movimientos periódicos de miembros~~

* Bruxismo es el término que hace referencia a la acción incesante de rechinar y cerrar los dientes (NT)

Retinopatía diabética y edema macular diabético

Vigentes desde el 1 de octubre de 2005, se han creado códigos nuevos para identificar por separado los distintos estadíos de la retinopatía diabética no proliferativa y el edema macular diabético. Adicionalmente a estos códigos, se han borrado los términos de inclusión edema macular diabético y edema retiniano diabético que se estaban bajo el código 362.01. Se ha incluido el nuevo código 362.07, Edema macular diabético, que incluye el edema retiniano diabético. Una nota especial se ha puesto en el código 362.07 que indica que el código 362.07 no puede ser usado sin un código de retinopatía diabética. El edema macular diabético está sólo presente con retinopatía diabética.

Por favor tenga en cuenta que los códigos bajo la categoría 362.0, Retinopatía diabética, son códigos de manifestación y deben secuenciarse siguiendo la categoría 250 de diabetes.

La retinopatía diabética es una complicación de la diabetes (tipo I y II) que es causada por cambios microvasculares en la retina, normalmente desarrollados diez años tras el diagnóstico inicial. La glucemia incontrolada puede causar daños en los vasos sanguíneos de los ojos, lo que hace que se alarguen en la retina y formen depósitos (ramas frágiles en forma de brocha y tejidos cicatriciales) y progrese hacia una retinopatía diabética. Estos cambios vasculares pueden distorsionar las imágenes que la retina envía al cerebro y se denomina retinopatía diabética de fondo o no proliferativa.

Generalmente, la retinopatía diabética no proliferativa (RDNP) está caracterizada por anormalidades vasculares retinianas tales como microaneurismas, hemorragias intrarretinianas y manchas algodonosas-lanosas. Si la afección progresa, los vasos retinianos se cierran, dando lugar a una afección de la perfusión e isquemia retiniana. Gradualmente a medida que los cambios isquémicos aumentan en intensidad, se producen escapes vasculares de manera aguda y la enfermedad avanza de retinopatía diabética no proliferativa moderada a grave. La progresión hacia una retinopatía diabética proliferativa está directamente correlacionada con el grado de RDNP.

En un estadío avanzado, llamado retinopatía diabética proliferativa, crecen nuevos vasos sanguíneos por la superficie de la retina. Estos vasos pueden romperse y sangrar en el cuerpo vítreo, produciendo disfunción visual. La retinopatía diabética proliferativa es más grave que la no proliferativa y es la mayor causa de ceguera. Los tratamientos para la retinopatía diabética consisten en cirugía con láser para la proliferación de vasos nuevos y la vitrectomía para extraer las hemorragias del cuerpo vítreo.

El edema macular diabético (EMD) es el resultado de cambios microvasculares de la retina que ocurre en pacientes con diabetes. El adelgazamiento de la membrana basal y la reducción del número de pericitos (*) llevan a incrementar la permeabilidad, la incompetencia de la vascularización retiniana y el acúmulo de fluidos. La barrera retiniana comprometida da lugar a pérdida de componentes del plasma en la retina circundante, y como resultando el edema retiniano. La pérdida de visión puede ser reducida significativamente mediante láser.

(*)Los pericitos, también llamados células de Rouget, células periendoteliales o murales, son células de la adventicia localizada dentro de la membrana basales de las vénulas capilares y postcapilares. Se considera a los pericitios como unas células contráctiles que estabilizan las paredes vasculares y participan en la regulación del flujo sanguíneo en la microcirculación. Los pericitos influyen sobre la permeabilidad, proliferación, migración y maduración del endotelio vascular. [NT]

250 Diabetes mellitus

250.4 Diabetes mellitus con manifestaciones renales
Use código adicional para identificar la manifestación como:
Añadir enfermedad renal crónica (585.1-585.9)

250.5 Diabetes mellitus con manifestaciones oftálmicas
Use código adicional para identificar la manifestación como:
Añadir edema macular diabético (362.07)
Revisar edema retiniano diabético (362.07)
Revisar retinopatía diabética (362.01-362.07)

362 Otros trastornos retinianos

362.0 Retinopatía diabética

362.01 Retinopatía diabética de fondo
Borrar ~~Edema macular diabético~~
Borrar ~~Edema retiniano diabético~~

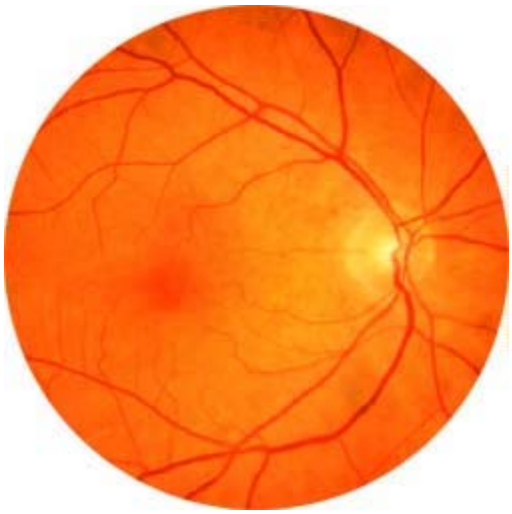
Nuevo código ***362.03 Retinopatía diabética no proliferativa NEOM***

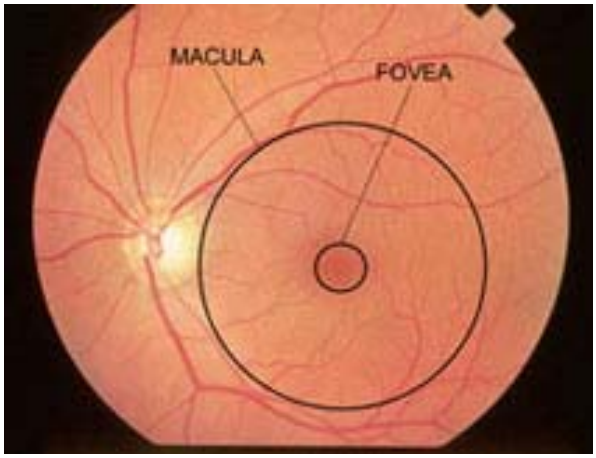
Nuevo código ***362.04 Retinopatía diabética proliferativa leve***

Nuevo código ***362.05 Retinopatía diabética proliferativa moderada***

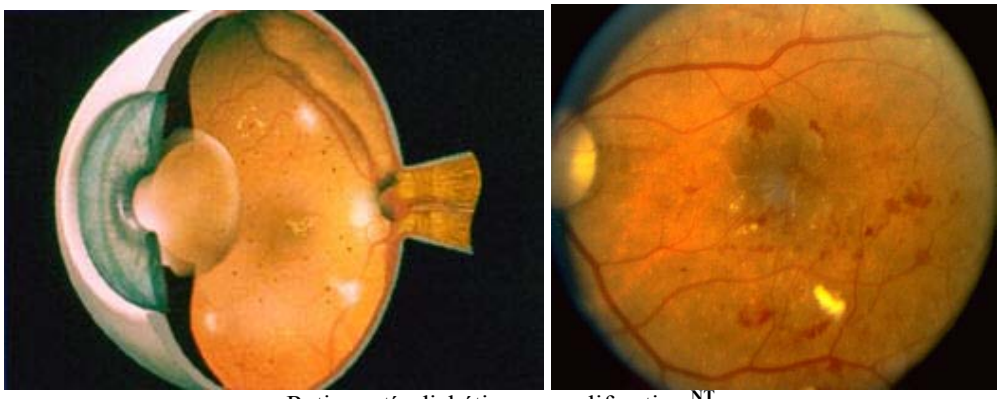
Nuevo código ***362.06 Retinopatía diabética proliferativa grave***

Nuevo código ***362.07 Edema macular diabético***
Edema retiniano diabético
Nota: El código 362.07 debe usarse con un código de retinopatía diabética (362.01-362.06)

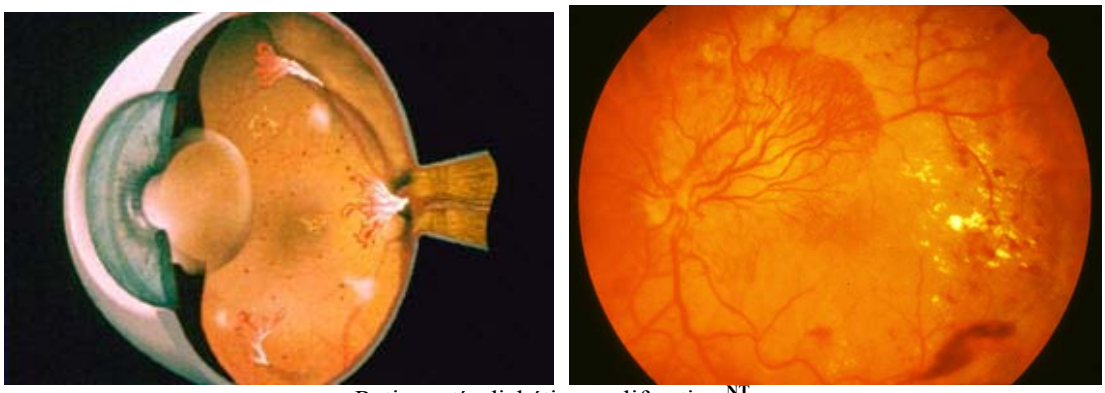




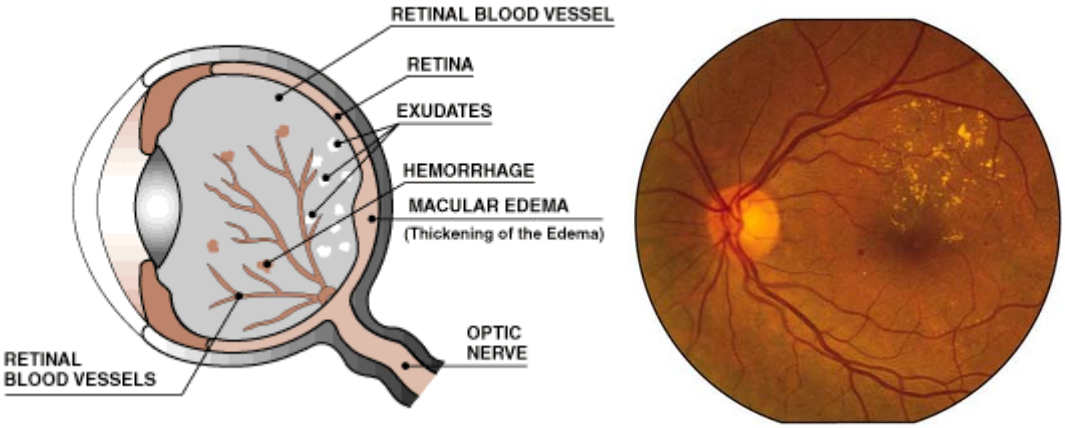
Retina normal [NT]



Retinopatía diabética no proliferativa NT



Retinopatía diabética proliferativa NT



Edema macular diabético [NT]

Pregunta:
Un hombre hispano de 57 años de edad se presenta en la clínica Medical Eye Service para una evaluación de la retina por retinopatía diabética. Indica que la visión fluctuaba solo por la mañana y tenía peor visión en el ojo derecho. Fue diagnosticado de diabetes mellitus tipo II 15 años antes y toma actualmente Glucophage (antidiabético oral a base de hidrocloruro de metformina [NT]). El paciente fue diagnosticado de retinopatía diabética no proliferativa grave, en ojo derecho más que en ojo izquierdo, y se le aconsejó la conveniencia de un tratamiento con láser lo más pronto posible. ¿Cómo debe ser codificado?

Respuesta:
Asigne el código 250.50, Diabetes con manifestaciones oftálmicas, tipo II o de tipo no especificado, no declarado como incontrolado, como diagnóstico principal para este episodio. El código 362.06, Retinopatía diabética no proliferativa grave, debe asignarse como diagnóstico adicional.

Enfermedad Renal Hipertensiva

Vigentes desde el 1 de octubre de 2005, se han realizado cambios en las categorías 403, Enfermedad renal hipertensiva, y 404, Enfermedad cardiaca y renal hipertensiva, para converger con la terminología actual referente a la enfermedad renal crónica. Los quintos dígitos de los códigos bajo la categoría 403 y 404 se han reescritos y han cambiado los títulos de las categorías para reflejar la nueva terminología de la categoría 585. La categoría 403 es titulada ahora como enfermedad renal hipertensiva y la categoría 404 se titula enfermedad cardiaca y renal hipertensiva.

Los títulos revisados de los quintos dígitos para la categoría 403 son:
0 sin enfermedad renal crónica
1 con enfermedad renal crónica

Los títulos revisados de los quintos dígitos para la categoría 404 son:
0 sin fallo cardiaco o enfermedad renal crónica
2 con enfermedad renal crónica
3 con fallo cardiaco y enfermedad renal crónica

Después de finalizar con los títulos, se determinó que, mientras que los códigos bajo la categoría 585 incluyen continuamente la ERC (Enfermedad Renal Crónica [NT]), sería necesario modificar de nuevo dichos títulos para los quintos dígitos en las categorías 403 y 404 para reflejar esto. Todos los pacientes con enfermedad renal hipertensiva tienen tanto hipertensión como algún estadío de ERC, por lo que los títulos de los códigos actuales para los quintos dígitos 0 de las categorías 403 y 404 son inválidos. La enfermedad renal crónica está siempre presente con la enfermedad renal hipertensiva y, por tanto, hasta que se hagan más modificaciones en estos códigos, los quintos dígitos que indican "con enfermedad renal crónica" deben usarse siempre. **Mientras que los nuevos títulos se hagan efectivos, sólo debe ser usado el quinto dígito 1 de la categoría 403. Para la categoría 404 sólo deberán usarse los quintos dígitos 2 y 3 en pacientes con ERC.**

Cuando se use cualquier código bajo la categoría 403 con quinto dígito 1 y cualquier código de la categoría 404 con quinto dígito 2 o 3, se debe usar un código secundario de la categoría 585 para identificar el estadío de ERC.

Revisar 403 Enfermedad ~~renal~~ de riñón hipertensiva

Añadir Use código adicional para identificar el estadío de enfermedad renal crónica (585.1-585.6), si se conoce

La siguiente clasificación de quinto dígito es para usarse con la categoría 403:

Revisar 0 ~~sin mención de fallo renal~~ sin enfermedad renal crónica
Revisar 1 ~~con fallo renal~~ con enfermedad renal crónica

Revisar 404 Enfermedad ~~renal~~ de riñón y cardiaca hipertensiva
Revisar Use código adicional para especificar el tipo de fallo cardiaco ~~(428.0, 428.20-428.23, 428.30-428.33, 428.40-428.43)~~ 428.0-428.43) si se conoce
Revisar Use código adicional para identificar el estadío de enfermedad renal crónica (858.1-858.6), si se conoce

La siguiente clasificación de quinto dígito es para usarse con la categoría 404
Revisar 0 ~~sin mención de fallo cardiaco o renal~~ sin enfermedad cradiaca o renal crónica
Revisar 2 ~~con fallo renal~~ con enfermedad renal crónica
Revisar 3 con fallo cardiaco y ~~fallo renal~~ con enfermedad renal crónica

Pregunta:
¿Cuál es el código correcto para un paciente con enfermedad renal hipertensiva con enfermedad renal crónica moderada?

Respuesta:
Asigne el código 403.91, Enfermedad renal hipertensiva con enfermedad renal crónica, como diagnóstico principal. Asigne el código 585.3, Enbfermedad renal crónica, estadío III (moderado) como diagnóstico secundario.

Infarto de Miocardio con elevación ST y sin elevación ST

Vigente desde el 1 de octubre de 2005, se han añadido términos de inclusión a la categoría 410, Infarto agudo de miocardio, para aclarar que estos códigos se aplican tanto al infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IMEST) como al infarto de miocardio sin elevación del segmento ST (IMSEST).

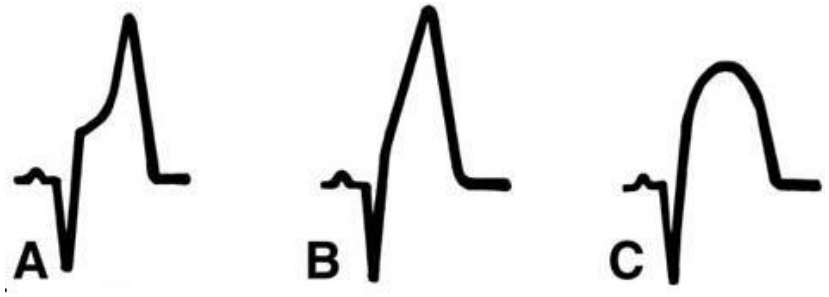
Los infartos de miocardio que muestran un cambio en el segmento ST del electrocardiograma (ECG) hacen referencia a los infartos de miocardio con elevación del segmento ST (IMEST), y generalmente implica un adelgazamiento completo del miocardio desde el epicardio al endocardio. Los infartos de miocardio que no muestran cambios en el segmento ST en el ECG hacen referencia a una carencia de la elevación del ST (IMSEST), y generalmente no implican el adelgazamiento de todo el miocardio.

Los códigos para el infarto de miocardio (IM) en la CIE-9-MC, bajo la categoría 410, identifican el lugar del IM. Los códigos 410.0-410.6 y 410.8, especifican lugares que equivalen al IMEST, con el lugar identificado por la localización de la elevación del ST en el ECG. El código 410.7, Infarto subendocárdico, que incluye el IM no transmural, piede usarse para el IMSEST. El código 410.9, Infarto agudo de miocardio, sitio no especificado, no indica el lugar o dónde está la elevación ST. La asignación del código puede basarse tanto en el lugar como si es un IMEST o un IMSEST.

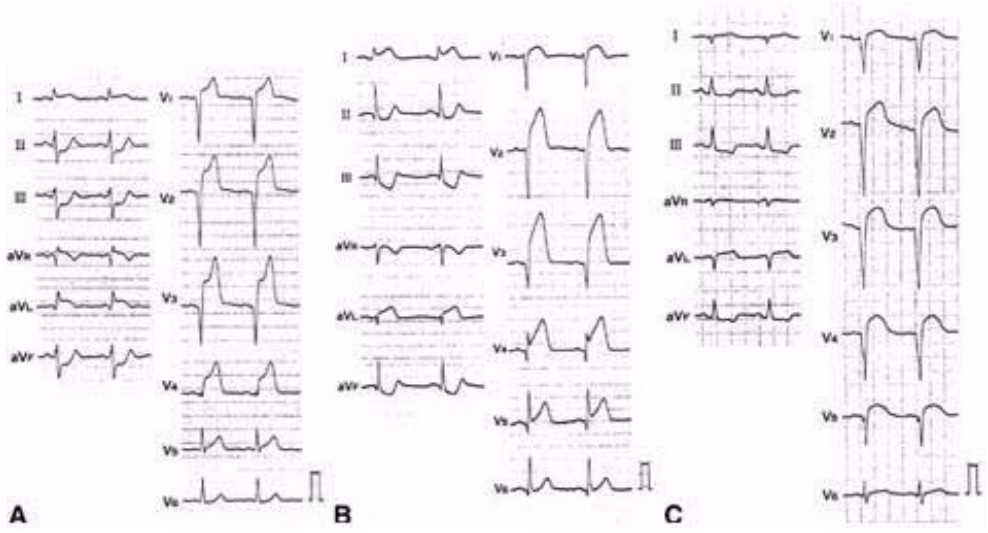
La subcategoría 410.9 es el término inespecífico por defecto en el infarto agudo de miocardio. Si solo se documenta un IMEST sin la localización, asigne el código inespecífico 410.9.

Si un IAM se documenta como no transmural pero se proporciona la localización, se codifica aún como IAM no transmural. Este puede ser el caso si la localización se determina por otros medios diferentes a ECG, tal como ecocardiograma. Si un IMSEST conlleva un IMEST, asigne el código de IMEST. Si un IMEST se convierte en IMSEST por acción de la terapia trombolítica , se codifica a pesar de todo como IMEST.

Por favor observe que estos códigos son sólo para infartos agudos de miocardio. Los codificadores no deben confundir esto con documentación de hallazgos anormales el segmento ST sin mención de un infarto agudo de miocardio. El infarto agudo de miocardio no es la única causa de elevación del segmento ST. En algunos casos, una elevación del segmento ST puede ser una variante normal. Otras afecciones que pueden causar elevación del segmento ST incluyen la pericarditis aguda, miocarditis aguda, hiperpotasemia, síndrome de Brugada, embolismo pulmonar, bloqueo de rama izquierda y angina de Prinzmetal.



Tipos de elevación ST en infarto agudo de miocardio [NT]



Tipos de elevación ST en infarto agudo de miocardio [NT]

410 Infarto agudo de miocardio

Añadir Infarto de miocardio con elevación ST y no elevación ST

410.0 De pared anterolateral

Añadir Infarto de miocardio con elevación ST de pared anterolateral

410.1 De otra pared anterior

Añadir Infarto de miocardio con elevación ST de otra pared anterior

410.2 De pared inferolateral

Añadir Infarto de miocardio con elevación ST de pared inferolateral

410.3 De pared inferoposterior

Añadir Infarto de miocardio con elevación ST de pared inferoposterior

410.4 De otra pared inferior

Añadir Infarto de miocardio con elevación ST de otra pared Inferior

410.5 De otra pared lateral

Añadir Infarto de miocardio con elevación ST de otra pared lateral

410.6 Infarto de pared posterior

Añadir Infarto de miocardio con elevación ST de pared posterior

410.7 Infarto subendocárdico

Añadir Infarto de miocardio sin elevación ST

410.8 Otros sitios especificados

Añadir Infarto de miocardio con elevación ST de otros sitios especificados

410.9 De sitio no especificado

Añadir Infarto de miocardio NEOM

Pregunta:
Una mujer de 69 años con historia de hipertensión y colesterolemia fue ingresada con dolor torácico grave. La paciente desarrolló dolores isquémicos recurrentes y fue llevada al laboratorio de hemodinámica. Se realizó un cateterismo o cardiaco izquierdo, angiografía coronaria, ventriculografía izquierda y colocación de endoprótesis en la segunda obtusa marginal. El diagnóstico postoperatorio fue infarto de miocardio sin elevación ST con enfermedad coronaria de dos vasos. ¿Cuáles son los códigos correctos para este ingreso?

Respuesta:
Asigne el código 410.71, Infarto agudo de miocardio, subendocárdico, episodio inicial de cuidado, para el infarto de miocardio sin elevación ST, como diagnóstico principal. Los códigos 414.01, Aterosclerosis coronaria, de coronaria nativa, 401.9, Hipertensión esencial, no especificada y 272.0, Hipercolesterolemia pura, deben asignarse como diagnósticos secundarios. Asigne los códigos 00.66, Angioplastia coronaria transluminal percutánea [PTCA o aterectomía coronaria, 00.40, Procedimiento de un solo vaso, 36.06, Inserción de endoprótesis no liberadora de fármaco en arteria coronaria, 00.45, Inserción de una endoprótesis vascular , 37.22, Cateterización cardiaca izquierda, 88.57, Arteriografía coronaria, otra y no especificada, y 88.53, Angiocardiografía de estructuras cardiacas izquierdas, para los procedimientos realizados.

Síndrome de QT largo

Se ha creado u n código nuevo, **462.82**, para identificar el síndrome de QT largo. El síndrome de QT largo (SQTL) es un trastorno del sistema eléctrico cardiaco caracterizado por una prolongación del intervalo QT del electrocardiograma (ECG). Está asociado a síncope recurrente y muerte súbita. Se han identificado un número de anomalías genéticas específicas como causa de síndrome QT largo, muchas de las cuales incluyen genes que controlan la repolarización del corazón por canales de iones. Frecuentemente afecta a niños y adultos jóvenes.

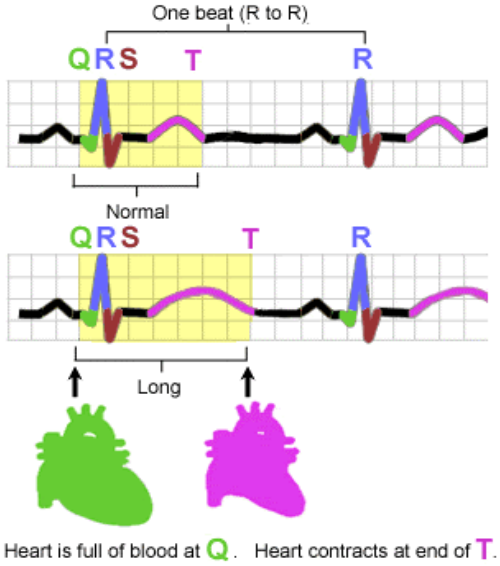
Otras formas de SQTL incluyen: síndrome de Jervell-Lange-Nielsen, que comprende sordera neural bilateral congénita, y síndrome de Romano-Ward que es la forma más frecuente de SQTL que no incluye sordera. Ambos síndromes han sido reindexados en el código 462.82.

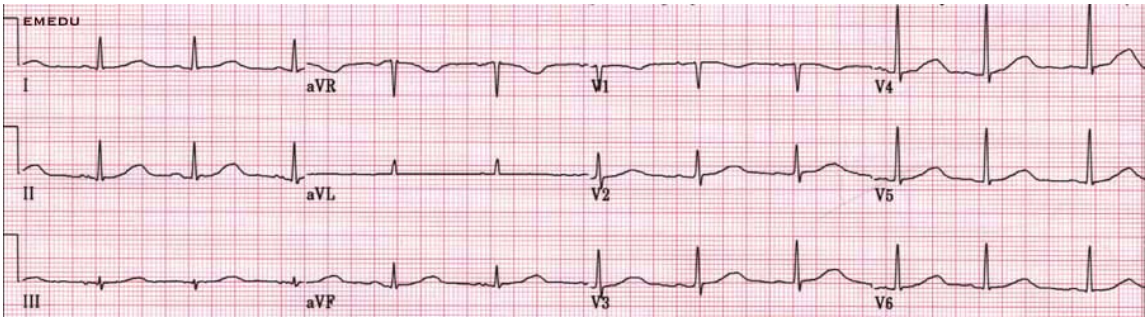
El tratamiento del síndrome de QT largo puede incluir monitorización y, potencialmente, colocación de desfibrilador-cardioversor implantable.

Hay que tener cuidado de no confundir el síndrome de QT largo (462.82) con un electrocardiograma en el que se halla un alargamiento del intervalo QT (794.31)

426 Trastornos de la conducción

Nuevo código **426.82 Síndrome QT largo**





Síndrome de QT largo [NT]

Eritromelalgia

Vigente desde el 1 de octubre de 2005, se ha creado el código 443.82, Eritromelagia, para identificar únicamente la eritromelalgia.

La eritromelalgia es un trastorno raro que se caracteriza por enrojecimiento severo, incremento de la temperatura de la piel y quemazón en las extremidades. Ocurre más frecuentemente en los pies, dedos de pie y manos, pero puede producirse en cara, orejas, rodillas y torso. Los síntomas varían de una persona a otra por lo que el comienzo puede ser gradual o espontáneo con episodios de encendimiento que duran minutos o varios días. La piel puede aparecer roja o morado intenso con síntomas de quemazón o dolor intenso. La eritromelalgia puede ser causada por anomalías vasomotoras que conducen a un flujo irregular de flujo sanguíneo a las extremidades, aunque la causa subyacente de la afección es desconocida. La eritromelalgia primaria sugiere una causa familiar. La eritromelagia secundaria puede producirse como resultado de trastornos mieloproliferativos, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, gota, hipertensión, insuficiencia venosa y diabetes mellitus. El enfriamiento, elevar las extremidades y la aspirina pueden reducir los síntomas.

Eritromelalgia [NT]

443 Otra enfermedad vascular periférica

443.8 Otra enfermedad vascular periférica especificada

Nuevo código **443.82 Eritromelalgia**

443.89 Otra

Borrar ~~Eritromelalgia~~

Pregunta:
Una mujer de 13 años con historia de episodios de dolor y enrojecimiento de pies es ingresada por aumento de la gravedad y frecuencia de su eritromelalgia. La paciente es incapaz de participar es actividades extraescolares a causa del dolor. ¿Cómo debería ser codificado este ingreso?

Respuesta:
Asigne el código 443.82, Eritromelalgia, como diagnóstico principal.

Edentulismo

Vigentes desde el 1 de octubre de 2005, se han creado códigos nuevos para identificar los estadíos de edentulismo parcial o completo (ausencia adquirida de dientes). Antes de este cambio, el edentulismo se informaba usando la categoría, 525.1, Pérdida de dientes por traumatismo, extracción o enfermedad periodontal. La subcategoría 525.1, clasifica el edentulismo basado en la causa de la pérdida de los dientes. La nueva subcategoría identifica el grado de pérdida de los mismos.

Se asigna primero un código para el edentulismo completo **(525.40-525.44)** o parcial **(525.50-525.54)**, seguido de un código para identificar la causa del edentulismo **(525.10-525.19)**, si se conoce.

Edentulismo de la arcada superior[NT]

Peritonitis

Vigente desde el 1 de octubre de 2005, se han producido cambios en la categoría 567, denominada anteriormente Peritonitis, de tal manera que se incluye las infecciones retroperitoneales. El título de categoría revisado es Peritonitis e infecciones retroperitoneales. La subcategoría 567.2, Otras peritonitis supurativas, se ha ampliado con la creación de los códigos **567.21, Peritonitis (aguda) generalizada, 567.22, Abesceso peritoneal, 567.23, Peritonitis bacteriana espontánea** y **567.29, Otra peritonitis supurativa**.

La subcategoría 567.3, Infecciones retroperitoneales, se ha creado con los nuevos códigos **567.31, Absceso del músculo psoas**, **567.38, Otro absceso retroperitoneal** y **567.39 Otras infecciones retroperitoneales.**

La subcategoría 567.8, Otras peritonitis especificadas, se ha ampliado con la creación de los códigos **567.81, Coleperitonitis**, **567.82, Mesenteritis esclerosante** y **567.89 Otras peritonitis especificadas.**

La peritonitis es una inflamación o infección del delgado tejido de revestimiento que envuelve los intestinos y los órganos abdominales. Se produce cuando un material irritante (ácido de una úlcera perforada) o una infección (un quiste ovárico roto) se introduce en el peritoneo. La peritonitis es una afección grave y puede ser fatal si no es tratada con rapidez. La peritonitis en un paciente hombre se asigna al código 567.21, y en una paciente mujer se asigna con el código 614.5.

La peritonitis espontánea bacteriana **(567.223)** ocurre normalmente como complicación de cirrosis alcohólica y ascitis. Los pacientes se pueden presentar con fiebre, otros signos de sepsis, descompensación de la función hepática y/o encefalopatía.

Otros tipos de peritonitis, incluida la generalizada, se produce como resultado de la infección de un proceso intraabdominal preexistente que se extiende de los órganos digestivos o intestino. La etiología incluye apéndice perforado, colon perforado, úlcera gástrica o derrame de bilis.

El absceso peritoneal (567.81) es una colección de líquido purulento que queda atrapado en un espacio limitado de la cavidad peritoneal. El absceso se puede desarrollar como complicación de una peritonitis generalizada, localización de una patología primaria tal como un absceso apendicular, o traumatismo externo. Un absceso retroperitoneal cae detrás de la cavidad abdominal. Un absceso del músculo psoas **(567.31)** ocurre cuando una infección espinal desciende por la fascia del mismo.

La coleperitonitis **(567.81)** está causada por un escape de bilis a la cavidad peritoneal. La mesenteritis esclerosante **(567.82)** es una enfermedad rara que incluye inflamación de la grasa mesentérica. Incluye necrosis grasa y fibrosis.

Hay términos adicionales incluidos e indexados en los códigos nuevos. Como siempre, es necesario repasar en índice cuidadosamente y luego confirmar el código en la lista tabular para asegurar que se asigna el código correcto.

Revisar 567 Peritonitis e infecciones retroperitoneales

567.2 Otras peritonitis supurativas

Borrar ~~Absceso (de):~~
~~abdominopélvico~~
~~mesentérico~~
~~epiplon~~
~~peritoneo~~
~~retrocecal~~
~~retroperitoneal~~
~~subdiafragmático~~
~~subhepático~~
~~subfrénico~~
~~Peritonitis (aguda):~~
~~generalizada~~
~~pélvica masculina~~
~~subfrénica~~
~~supurativa~~

Nuevo código **567.21 Peritonitis (aguda) generalizada**
Peritonitis pélvica masculina

Nuevo código **567.22 Absceso peritoneal**

Absceso (de):
abdominopélvico
mesentérico
epiplon
peritoneo
retrocecal
retroperitoneal
subdiafragmático
subhepático
subfrénico

Nuevo código **567.23 Peritonitis bacteriana espontánea**

Nuevo código **567.29 Otras peritonitis supurativas**

Peritonitis subfrénica

Nueva subcategoría **567.3 Infecciones retroperitoneales**

Nuevo código **567.31 Absceso del músculo psoas**

Nuevo código **567.38 Otros abscesos retroperitoneales**

Nuevo código **567.39 Otras infecciones retroperitoneales**

567.8 Otras peritonitis especificadas

Borrar

~~Peritonitis proliferativa crónica~~
~~Necrosis grasa de peritoneo~~
~~Saponificación mesentérica~~
~~Peritonitis debida a bilis~~
~~Peritonitis debida a orina~~

Nuevo código **567.81 Coleperitonitis**

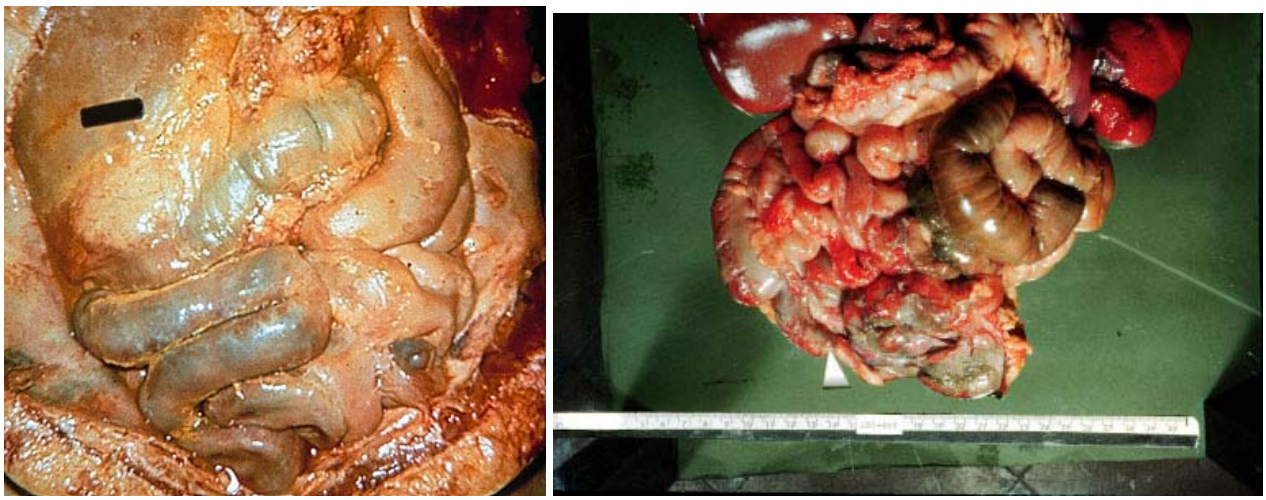
Peritonitis debida a bilis

Nuevo código **567.82 Mesenteritis esclerosante**

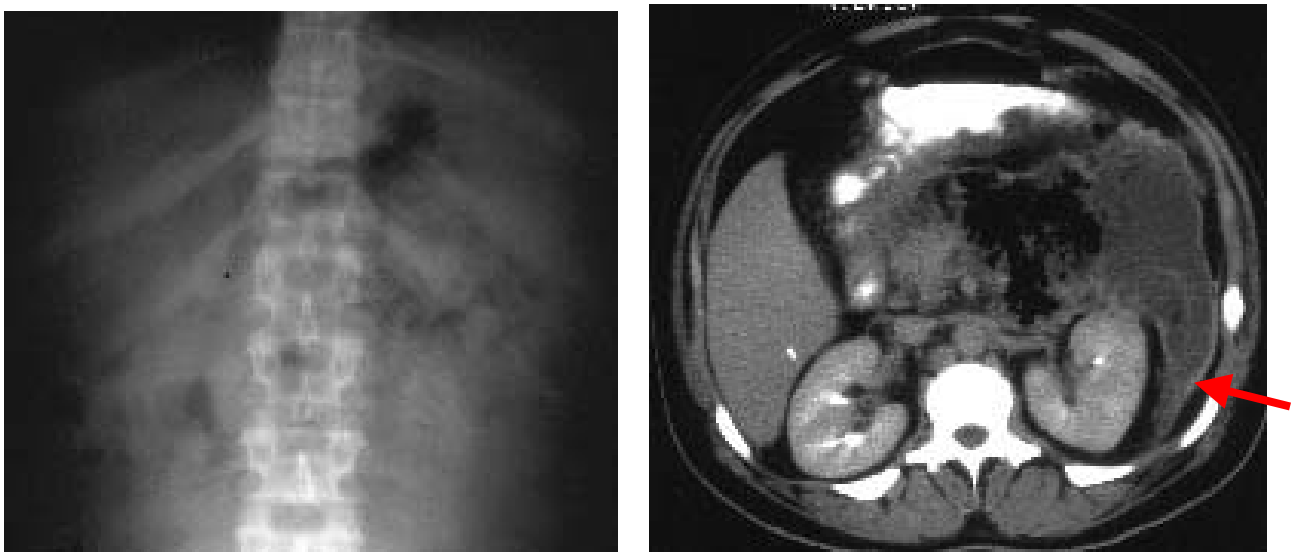
Necrosis grasa de peritoneo
Fibrosis mesentérica esclerosante (idiopática)
Lipodistrofia mesentérica
Paniculitis mesentérica
Mesenteritis retráctil

Nuevo código **567.89 Otras peritonitis especificadas**

Peritonitis proliferativa crónica
Saponificación mesentérica
Pertonitis debida a orina



Peritonitis generalizadas [NT]



Abscesos retroperitoneales [NT]

Pregunta:
Un paciente con dolor abdominal grave es ingresado con esclerosis mesentérica. ¿Cuál es el código para esta afección?

Respuesta:
Asigne el código 567.82, Esclerosis mesentérica.

Pregunta:
Un paciente con absceso retroperitoneal fue ingresado para drenaje del mismo. ¿Cuál es la asignación de códigos adecuada?

Respuesta:
Asigne el código 567.38, Otro absceso retroperitoneal, como diagnóstico principal. Asigne el 54.0, Incisión de pared abdominal, para el procedimiento.

Enfermedad Renal Crónica

Vigente desde el 1 de octubre de 2005, se han realizado cambios en la clasificación ICD-9-CM para recoger una terminoilogía más actual en relación a la enfermedad renal crónica (ERC) en lugar de los términos menos precisos tales como fallo renal crónico e insuficiencia renal crónica. El descriptor para el código 585, Fallo renal crónico, ha sido cambiado a Enfermedad renal crónica. El código 585 ha sido ampliado para recoger el estadío actual de la enfermedad renal crónica desarrollado por la National Kidney Foundation (NKF).

De acuerdo con la NFK, la enfermedad renal crónica se define de acuerdo a la presencia o ausencia de daño renal y el nivel de función renal. Los estadíos de enfermedad renal crónica se definen basados en el nivel de función renal usando la razón de filtrado glomerular (RFG).

La enfermedad renal crónica a menudo progresa lentamente en un período de años. Los resultados adversos de la ERC pueden prevenirse mediante detección y tratamiento precoces. Las medidas de laboratorio rutinarias pueden ayudar ala detección de estadíos tempranos de ERC.

El estadío final de la enfermedad es un fallo completo o casi completo de la función renal para excretar residuos, concentra la orina y regular los electrolitos. Se denomina también enfermedad renal terminal (ERT). Se necesita diálisis o trasplante renal para anular las complicaciones múltiples y graves o la muerte por acumulación de líquido y productos de desecho en el organismo.

La tabla de abajo muestra la clasificación de la National Kidney Foundation de la enfermedad renal crónica.

Estadío	**Descripción**	**RFG (ml/min/1.73m^2)**
I	Daño renal con RFG normal o elevado	$\geq$ 90
II	Daño renal con disminución leve de RFG	60-89
III	Disminución moderada de RFG	30-59
IV	Disminución grave de RFG	15-29
V	Fallo renal	<15 (o diálisis)

Esta información clínica acerca del estadiaje de la enfermedad renal crónica, como cualquier información clínica publicada en *Coding Clinic*, es proporcionada como material de apoyo para ayudar al codificador a entender los procesos patológicos. La información tiene la intención de proporcionar al codificador "claves" para identificar posibles lagunas en la documentación sobre la cual debe ser necesario preguntar al médico. No se intenta reemplazar la necesidad de documentación específica para basar a la asignación del código.

Revisar 585 ~~Fallo renal crónico~~ Enfermedad renal crónica (ERC)

Añadir Use código adicional para identificar el estado de trasplante renal, si es aplicable (V42.0)

Nuevo código **585.1 Enfermedad renal crónica, estadío I**

Nuevo código **585.2 Enfermedad renal crónica, estadío II (leve)**

Nuevo código **585.3 Enfermedad renal crónica, estadío III (moderado)**

Nuevo código **585.4 Enfermedad renal crónica, estadío IV (grave)**

Nuevo código **585.5 Enfermedad renal crónica, estadío V**

Nuevo código **585.6 Enfermedad renal terminal**

Nuevo código **585.9 Enfermedad renal crónica, no especificada**
Enfermedad renal crónica
Fallo renal crónico NEOM
Insuficiencia renal crónica

Pregunta:
Un paciente con enfermedad renal terminal es visto en una clínica de diálisis para tratamiento rutinario de diálisis. ¿Cómo debería ser codificado?

Respuesta:
Asigne el código V56.0, Diálisis extracorpórea, como diagnóstico principal. Asigne el código 585.6, Enfermedad renal terminal, como diagnóstico secundario.

Insuficiencia Renal

Vigente desde el 1 de octubre de 2005, la insuficiencia renal crónica está indexada en el código 585.9, Enfermedad renal crónica, no especificada, mientras que la insuficiencia renal aguda continúa indexada en el código 539.9, Trastornos no especificados de riñón y uréter. Antes de este cambio, tanto la insuficiencia renal aguda como la crónica estabena indexadas en el código 593.9.

Tras la finalización del adendum, se determinó que se añadirá una entrada específica en el índice el próximo año para la insuficiencia renal inespecífica. Mientras la nueva entrada en el índice se crea, asigne el código 593.9, Trastornos no especificados de riñón y uréter para la insuficiencia renal no especificada.

593 Otros trastornos de riñón y uréter

593.9 Trastornos no especificados del riñón y uréter

Añadir Enfermedad renal aguda

Revisar Insuficiencia renal aguda ~~(aguda)~~ ~~(crónica)~~

Revisar Enfermedad renal ~~(crónica)~~ NEOM

Añadir Excluye: insuficiencia renal crónica (585.9)
enfermedad renal:

Borrar ~~aguda (580.0-580.9)~~

Borrar ~~crónica (582.0-582.9)~~

Obstrucción Urinaria

Vigente desde el 1 de octubre de 2005, se han creado los códigos 599.60, Obstrucción urinaria, no especificada, y 599.69, Obstrucción urinaria, no clasificada en otros conceptos, para identificar independientemente la obstrucción urinaria no especificada de otra obstrucción urinaria. El código 599.69 es asignado ahora para indicar que el paciente tiene una obstrucción urinaria debida a una causa subyacente para la que no hay código de combinación.

La obstrucción urinaria es causada normalmente por fibrosis debida a infecciones o lesiones crónicas del tracto urinario, nefrolitiasis, estenosis uretral, tumores, neoplasias malignas o hiperplasia benigna de próstata. Los síntomas varían de acuerdo al tipo de obstrucción pero incluyen disminución de orina, incontinencia y dolor en el costado y espalda. Si se deja sin tratar, la obstrucción urinaria puede progresar a fallo renal. Los tratamientos más frecuentes son sondaje urinario, endoprótesis ureteral, tubo de nefrostomía, eliminación quirúrgica de cálculos y cirugía prostática.

599 Oros trastornos de uretra y tracto urinario

Revisar 599.6 Obstrucción urinaria~~, no especificada~~

Borrar ~~Uropatía obstructiva NEOM~~

Borrar ~~Obstrucción (de tracto) urinario NEOM~~

Añadir Excluye: obstrucción urinaria debida a hiperplasia de próstata (600.0-600.9 con quinto dígito 1)

Nuevo código **599.60 Obstrucción urinaria, no especificada**
Uropatía obstructiva NEOM
Obstrucción (de tracto) urinario NEOM

Nuevo código **599.69 Obstrucción urinaria, no clasificada bajo otro concepto**

Gestación Múltiple

Vigente desde el 1 de octubre de 2005, se ha creado un nuevo código, **651.7, Gestación múltiple tras reducción fetal (electiva)**, para identificar las mujeres que han sufrido una reducción fetal a lo largo de su embarazo actual. Estos embarazos son considerados de alto riesgo, por lo que la reducción fetal disminuye el riesgo a los fetos restantes. La reducción fetal puede realizarse cuando un feto se ha identificado con anomalías cromosómicas u otras complicaciones.

651 Gestación múltiple

Nuevo código **651.7 Gestación múltiple tras reducción fetal (electiva)**
[0,1,3] Reducción de múltiples fetos a feto único

Pregunta:
Una mujer es ingresada en el hospital y pare un niño único con vida. La mujer originariamente estaba embarazada de cuatro fetos. Sin embargo se sometió a reducción fetal electiva a un solo feto. ¿Cuál es el código de diagnóstico adecuado para este ingreso?

Respuesta:
Asigne el código 651.71, Gestación múltiple tras reducción fetal (electiva), parto, con o sin mención de afección anteparto, y el código V27.0, Nacido único con vida.

Definición de Período Perinatal

Vigente desde el 1 de octubre de 2005, se ha realizado un cambio en la nota de inclusión del Capítulo 15, Afecciones originadas en el período perinatal (760-779). La nota de inclusión se ha revisado para definir el período perinatal como "desde antes del nacimiento hasta los primeros 28 días tras el nacimiento".

Influencias Nocivas que afectan al Feto y Neonato

Vigente desde el 1 de octubre de 2005, se han creado dos nuevos códigos para informar por separado los anticonvulsivantes **(760.77)** y agentes antimetabólicos **(760.78)** como sustancias que afectan al feto o al recién nacido por vía placentaria o a través de lecha materna.

Han sido reconocidas varias sustancias que afectan al desarrollo fetal cuan do la madre es expuesta a las mimas durante el embarazo. A requerimiento de la American College of Medical Genetics, la subcategoría 760.7 se ha ampliado para seguir la pista de los anticonvulsivantes y agentes antimetabólicos.

Aunque es relativamente raro, aproximadamente 1% al 3% de los defectos en el nacimiento están relacionados con medicación tomada por la madre en el embarazo. El efecto teratogénico de la medicación varía dependiendo de los períodos críticos del desarrollo fetal. Cada órgano tiene un período crítico diferente. La U.S. Food and Drug Administration (FDA) proporciona el sistema usado más ampliamente para valorar los efectos teratogénicos de las medicinas.

Aproximadamente 12.000 mujeres estadounidenses quedan embarazadas anuelmante mientras están tomando medicación anticonvulsivante. Un estudio retrospectivo publicado por el *New England Journal of Medicine* muestra que los defectos en el nacimiento se presentan más frecuentemente en niños expuestos a medicamentos anticonvulsivantes. El 20% de los niños expuestos a un medicamento y el 28% de los expuestos a dos medicamentos tienen defectos en el nacimiento.

Las mujeres pueden seguir usando anticonvulsivantes durante el embarazo ya que los ataques epilépticos pueden dañar al feto. La epilepsia mayor está asociada con anoxia fetal. Además, las caídas durante un ataque epiléptico pueden lesionar tanto a la madre como al feto.

Los agentes antometabólicos tienen distintos grados de efectos teratogénicos. Estos agentes incluyen el Metotrexate (usado para el tratamiento del cáncer, enfermedades reumáticas, psoriasis y otras afecciones), ácido retinoico (el ingrediente activo del Accutane, un medicamento que se usa para tratar el acné) y estatinas (medicamentos para nivelar el colesterol). El Metotrexate ha sido relacionado con defectos craneofaciales, anencefalia, hidrocefalia y defectos de miembros tras su uso en altas dosis para quimioterapia. El ácido retinoico es teratogénico en humanos a muy bajas dosis. La exposición al ácido retinoico durante el embarazo puede dar lugar a malformaciones del feto tales como aplasia tímica, disfunciones psicológicas, ausencia o defecto del oído, mandíbula pequeña y alteraciones renales. Las estatinas se han relacionado con espina bífida y otros defectos congénitos.

760 Feto o recién nacido afectado por circunstancias maternas que pueden no estar relacionadas con el embarazo actual

760.7 Influencias nocivas que afectan al feto o neonato por vía placentaria o leche materna

760.74 Antiinfecciosos

Añadir Antifúngicos

Nuevo código **760.77 Anticonvulsivantes**

Carbamacepina
Fenobarbital
Fenitoína
Acido valproico

Nuevo código **760.78 Agentes antimetabólicos**

Metotrexate
Acido retinoico
Estatinas

Pregunta:
El paciente es un recién nacido de 10 días con hidrocefalia congénita. Se conocía que la madre había sido sometida a un ciclo de quimioterapia con Metotrexate a altas dosis en el momento del embarazo. La documentación médica sostiene una hidrocefalia debida a quimioterapia con Metotrexate. ¿Cómo debería codificarse?

Respuesta:
Asigne el código 743.3, Hidrocefalia congénita, como diagnóstico principal. Asigne el código 760.78, Influencias nocivas que afectan al feto o neonato por vía placentaria o leche materna, agentes antimetabólicos, como diagnósticos adicionales.

Aspiración de Meconio y Aspiración Fetal

Vigente desde el 1 de octubre de 2005, el código 770.1, Síndrome de aspiración de meconio, se ha ampliado para describir tanto los tipos de aspiración fetal como si hay o no síntomas respiratorios (770.11, 770.12).

Adicionalmente se han creado códigos independientes para informar:

- Paso de meconio durante el parto **(763.84)**
- Aspiración fetal y del recién nacido, no especificada **(770.10)**
- Aspiración de líquido amniótico claro con o sin síntomas respiratorios **(770.13, 770.14)**
- Aspiración de sangre con o sin síntomas respiratorios **(770.15, 770.16)**
- Otra aspiración de feto y neonato con o sin síntomas respiratorios **(770.17, 770.18)**
- Aspiración de contenido gástrico postnatal con o sin síntomas respiratorios **(770.85, 770.86)**
- Manchado de meconio **(779.84)**

Antes de estos cambios, la clasificación sólo proporcionaba el código 770.1, Síndrome de aspiración de meconio.

El meconio es un líquido verde oscuro que con tiene moco, bilis y células epiteliales y se encuentra normalmente en el intestino del feto a término. En algunas ocasiones el meconio pasa al útero permaneciendo en el líquido amniótico. Esta tinción puede variar de ligera a muy fuerte. El paso de meconio antes del nacimiento puede ser indicador de sufrimiento fetal. Es más frecuente verlo en niños con edad gestacional corta, postmaduros, con complicaciones del cordón y/o factores que comprometen la circulación placentaria. Algunos componentes del meconio (sales biliares y enzimas), si se inhlalan, causan irritación en el pulmón.

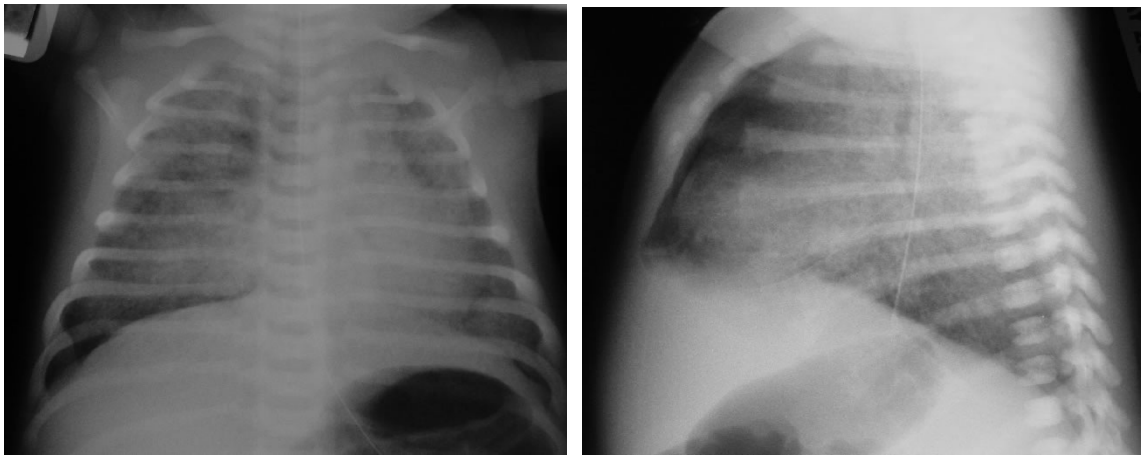
La aspiración significa que el recién nacido ha inhalado una mezcla de meconio y líquido amniótico, ya sea en el útero o durante el parto. Si el meconio es inhalado y pasa a los pulmones, el niño puede desarrollar un síndrome de aspiración de meconio (SAM) y otras complicaciones graves, incluyendo distress respiratorio, obstrucción de la vía aérea, pérdida del surfactante pulmonar y neumonitis química. El SAM es la causa más importante de distress respiratorio neonatal y puede ser fatal.

El síndrome de aspiración de meconio ocurre en aproximadamente un 5% de los partos complicados con líquido manchado de meconio. El manchado de meconio complica aproximadamente el 15% de los partos vivos. Si hay manchado de meconio no significa siempre que el niño presentará distress. Los niños maduros paridos a la 40 semana de gestación pueden tener manchado de meconio, aunque no tengan distress. El niño prematuro raramente tiene paso de meconio, ya que el sistema nervioso que controla el intestino no está bien desarrollado. A veces el manchado se refiere como "meconio antiguo" lo que quiere decir que el fluido está ligeramente descolorido. Esto es normalmente indicativo en neonatos más maduros. La intubación y aspiración endotraqueal de niños con manchado de meconio en el nacimiento se ha propugnado como prevención del síndrome de aspiración de meconio.

El código 770.1, Síndrome de aspiración de meconio, ha sido usado para el manchado de meconio, aspiración de meconio y síndrome de aspiración de meconio, además de la aspiración de cualquier otra sustancia en el neonato. Este código se ha ampliado a nivel de quinto dígito y la nueva subcategoría resultante 770.1 es titulada ahora Aspiración fetal y neonatal. Esta subcategoría incluye códigos nuevos para la aspiración de meconio, líquido amniótico claro y sangre, indicando en cada uno de ellos si tienen o síntomas respiratorios. La asignación de cualquiera de los códigos bajo la subcategoría 770.1 con síntomas respiratorios debe estar basada en la documentación de la historia clínica. Por defecto, al asignar cualquier código de la subcategoría 770.1, lo es sin síntomas respiratorios. El término *síndrome de aspiración de meconio* es sinónimo de aspiración de meconio con síntomas respiratorios.

La hipertensión pulmonar secundaria es una complicación grave de cualquier síndrome de aspiración. Sólo ocurre en casos donde la aspiración da como resultado síntomas respiratorios significativos. Si es aplicable, debe ponerse el código 416.8, Hipertensión pulmonar secundaria, cuando se asigne cualquier código de aspiración con síntomas respiratorios.

A diferencia de los códigos bajo la subcategoría 770.1, en os que la aspiración ocurre antes o durante el nacimiento, la aspiración de contenido gástrico ocurre durante el parto. Se han creado los códigos nuevos 770.85, Aspiración de contenido gástrico postnatal sin síntomas respiratorios y 770.86, Aspiración de contenido gástrico postnatal con síntomas respiratorios, para este tipo de aspiración.Si la documentación de la historia clínica sólo indica que ha pasado meconio en el recién nacido durante el parto, asigne el código 763.84, Paso de meconio durante el parto. Si el manchado de meconio está documentado sin in formación sobre aspiración, asigne el código 779.84, Manchado de meconio. Debe preguntarse al médico si hay alguna duda sobre la asignación del código más adecuado.



Síndrome de aspiración de meconio [NT]

763 Feto y neonato afectado por otras complicaciones del parto

763.8 Otras complicaciones específicas del parto que afectan al feto y neonato

Nuevo código **763.84 Paso de meconio durante el parto**

Excluve: aspiración de meconio (770.11, 770.12)
manchado de meconio (779.84)

770 Otras afecciones respiratorias del feto y neonato

Revisar 770.1 ~~Síndrome de~~ Aspiración fetal y neonatal ~~de meconio~~

Borrar ~~Aspiración de contenidos del canal del parto NEOM~~
~~Aspiracón de meconio por debajo de las cuerdas vocales~~
~~Neumonitis:~~
~~aspiración fetal~~
~~meconio~~

Añadir Excluve: aspiración de contenido gástrico postnatal (770.85-770.86)
paso de meconio durante el parto (763.84)

Añadir manchado de meconio (779.84)

Nuevo código **770.10 Aspiración fetal y neonatal, no especificada**

Nuevo código **770.11 Aspiración fetal y neonatal, sin síntomas respiratorios**

Aspiración de meconio NEOM

Nuevo código **770.12 Aspiración fetal y neonatal, con síntomas respiratorios**

Neumonía por aspiración de meconio
Neumonitis por aspiración de meconio
Síndrome de aspiración de meconio NEOM

Use código adicional, si es aplicable, para identificar cualquier hipertensión pulmonar secundaria (416.8)

Nuevo código **770.13 Aspiración de líquido amniótico claro, sin síntomas respiratorios**

Aspiración de líquido amniótico NEOM

Nuevo código **770.14 Aspiración de líquido amniótico claro, con síntomas respiratorios**

Aspiración de líquido amniótico claro con neumonía
Aspiración de líquido amniótico claro con neumonitis

Use código adicional, si es aplicable, para identificar cualquier hipertensión pulmonar secundaria (416.8)

Nuevo código **770.15 Aspiración de sangre, sin síntomas respiratorios**

Aspiración de sangre NEOM

Nuevo código **770.16 Aspiración de sangre, con síntomas respiratorios**

Aspiración de sangre con neumonía
Aspiración de sangre con neumonitis

Use código adicional, si es aplicable, para identificar cualquier hipertensión pulmonar secundaria (416.8)

Nuevo código **770.17 Otra aspiración fetal y neonatal, sin síntomas respiratorios**

Nuevo código **770.18 Otra aspiración fetal y neonatal, con síntomas respiratorios**

Otra neumonía por aspiración
Otra neumonitis por aspiración

Use código adicional, si es aplicable, para identificar cualquier hipertensión pulmonar secundaria (416.8)

770.8 Otros problemas respiratorios tras el nacimiento

Nuevo código **770.85 Aspiración de contenido gástrico postnatal, sin síntomas respiratorios**

Aspiración de contenido gástrico postnatal NEOM

Nuevo código **770.86 Aspiración de contenido gástrico postnatal, con síntomas respiratorios**

Aspiración de contenido gástrico postnatal con neumonía
Aspiración de contenido gástrico postnatal con neumonitis

Use código adicional, si es aplicable, para identificar cualquier hipertensión pulmonar secundaria (416.8)

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

779.8 Otras afecciones especificadas originadas en período perinatal

Nuevo código **779.84 Manchado de meconio**

Excluye: aspiración de meconio (770.11, 770.12)
paso de meconio durante el parto (763.84)

Pregunta:
Un recién nacido parido por cesárea presenta líquido teñido de meconio espeso. El niño fue intubado y se realizó aspirado intratraqueal. Sin embargo, no desarrolló síndrome de aspiración de meconio. ¿Cómo se codifica el manchado de meconio?

Respuesta:
Asigne el código V30.01, Niño único, nacido vivo en hospital, parido mediante cesárea, como diagnóstico principal (Esta norma sobre diagnóstico principal se aplica en EEUU [NT]). Asigne el código 779.84, Manchado de meconio, por el líquido manchado de meconio espeso, como diagnóstico secundario (en nuestro caso sería el diagnóstico principal [NT]). Asigne el código 96.04, Inserción de tubo endotraqueal, para la aspiración endotraqueal y la intubación.

Otro Llanto Excesivo

Vigente desde el 1 de octubre de 2005, se ha creado un nuevo código, **780.95**, para identificar el llanto excesivo en el niño, adolescente o adulto.

En octubre de 2002, se creó un código para identificar el llanto excesivo en niños. Sin embargo, no había código para identificar llanto excesivo en pacientes distintos a niños. Hay veces en que un niño, adolescente o adulto puede presentarse en el hospital con llanto excesivo y no es capaz de expresar por qué está llorando. Al igual que en los niños, tras la evaluación muchas veces no se identifican problemas específicos. Este código se ha creado para usarse como motivo de visita cuando no se ha determinado otro problema médico.

780.9 Otros síntomas generales

780.92 Llanto excesivo en el recién nacido (bebé)

Añadir — Excluve: llanto excesivo en niño, adolescente o adulto (780.95)

Nuevo código — **780.95 Otro llanto excesivo**

Excluve: llanto excesivo en recién nacido (bebé) (780.95)

Pregunta:
Un niño de seis años de edad con parálisis cerebral es visto en la unidad de urgencias por episodios de llanto de etiología desconocida. No se encontró causa del llanto. Se ha creado un nuevo código para el llanto excesivo (780.92). Sin embargo, este código específicamente indica "llanto excesivo en recién nacido (bebé)". ¿Cuál es el código de diagnóstico adecuado para el llanto excesivo en un niño que no es un recién nacido?

Respuesta:
Asigne el código 780.95, Otro llanto excesivo, como principal. Asigne el código 343.9, Parálisis cerebral infantil, no especificada, como diagnóstico secundario.

Asfixia e Hipoxemia

Vigente desde el 1 de octubre de 2005, se ha ampliado el código 799.0, Asfixia, para identificar por separado la asfixia **(799.01)** y la hipoxemia **(799.02)**.

La asfixia es una afección grave de aporte deficiente de oxígeno al organismo. La hipoxemia es la deficiente oxigenación de la sangre. Los bajos niveles de oxígeno pueden presentarse sin asfixia. Los códigos nuevos se han creado para diferenciar estas dos afecciones.

Tenga en cuenta que la asfixia y la hipoxemia debidas a hipercapnia deben codificarse en el 786.09, Síntomas relacionados con el aparato respiratorio y otros síntomas torácicos, Otros.

	799	Otras causas de morbilidad y mortalidad mal definidas o desconocidas
Revisar	799.0	Asfixia e hipoxemia
Revisar	Excluve:	asfixia e hipoxemia (debida a):
Añadir		hipercapnia (786.09)
Nuevo código		**799.01 Asfixia**
Nuevo código		**705.22 Hipoxemia**

Complicaciones Mecánicas de Articulaciones Protésicas

Efectivo desde el 1 de octubre de 2005, el código 996.4, Complicaciones mecánicas de implante de dispositivo protésico e injerto interno, se ha ampliado para describir específicamente los tipos de complicaciones mecánicas de articulaciones protésicas. Estos códigos nuevos proporcionan un alto nivel de detalle cuando se codifican complicaciones asociadas con articulaciones protésicas.

Aunque estos códigos se incluyen dentro de la sección de complicaciones de la ICD-9-CM, su uso no siempre indica un mal cuidado médico o un dispositivo deficiente. Todos los dispositivos se desgastan con el tiempo. Estos códigos nuevos se usan sin tener en cuenta el tiempo de la articulación protésica.

Una fractura de una articulación protésica debida a traumatismo debe codificarse con un código de fractura traumática con el código V adecuado de la subcategoría V43.6, Articulación reemplazada por otros medios, para indicar el estado de prótesis articular. Una fractura patológica de una articulación protésica debida a una afección subyacente, tal como osteoporosis o neoplasia, debe codificarse como fractura patológica, igualmente con el código V43.6 adecuado.

Las infecciones asociadas a articulaciones protésicas continuarán siendo codificadas en el 996.66, Reacción infecciosa e inflamatoria debida a prótesis articular interna. Otras complicaciones como dolor seguirán siendo codificadas en el 996.77, Otras complicaciones debidas a prótesis articular interna.

En Estados Unidos se realizan aproximadamente 123.000 sustituciones totales de cadera y 150.000 artroplastias totales de rodilla cada año y esta situación probablemente se incrementará con la edad de la población. Las complicaciones de la sustitución de articulación protésica pueden incluir infección, aflojamiento, dislocación, fractura periprotésica, desgaste y/o osteolisis. La frecuencia de osteolisis aumenta con el tiempo y los defectos óseos de la misma predisponen al paciente a la fractura. Las fracturas alrededor de la prótesis de reemplazo articular se denominan fracturas periprotésicas. Estas fracturas pueden ocurrir con traumatismos mínimos (especialmente con aflojamiento previo de la prótesis o con hueso osteoporótico). Eventualmente puede ocurrir desgaste de la superficie articular. Este problema puede llevar a la formación de granuloma inflamatorio periprotésico, reabsorción ósea y aflojamiento del implante. Se piensa que el mecanismo biológico subyacente se debe a la actividad de los macrófagos, los cuales por ingestión de material extraño liberan factores (prostaglandinas e interleukinas) que estimulan la actividad osteoclástica. Cuando el desgaste de la superficie articular progresa hasta el punto en el que la prótesis se afloja o el paciente experimenta dolor, se necesita normalmente la revisión de la misma.

996 Complicaciones propias de ciertos procedimientos específicos

996.4 Complicaciones mecánicas de dispositivo ortopédico interno, implante o injerto

Añadir Use código adicional para identificar la articulación protésica con complicación mecánica (V43.60-V43.69)

Nuevo código **996.40 Complicación mecánica no especificada de dispositivo ortopédico interno, implante o injerto**

Nuevo código **996.41 Aflojamiento mecánico de articulación protésica**
Aflojamiento aséptico

Nuevo código **996.42 Dislocación de articulación protésica**
Inestabilidad de articulación protésica
Subluxación de articulación protésica

Nuevo código **996.43 Fallo de implante de articulación protésica**
Rotura (fractura) de articulación protésica

Nuevo código **996.44 Fractura periprotésica alrededor de articulación protésica**

Nuevo código **996.45 Osteolisis periprotésica**

Nuevo código **996.46 Desgaste de superficie articular de articulación protésica**

Nuevo código **996.47 Otra complicación mecánica de implante articular protésico**
Complicación mecánica de articulación protésica NEOM

Nuevo código **996.49 Otra complicación mecánica de otro dispositivo ortopédico interno, implante e injerto**

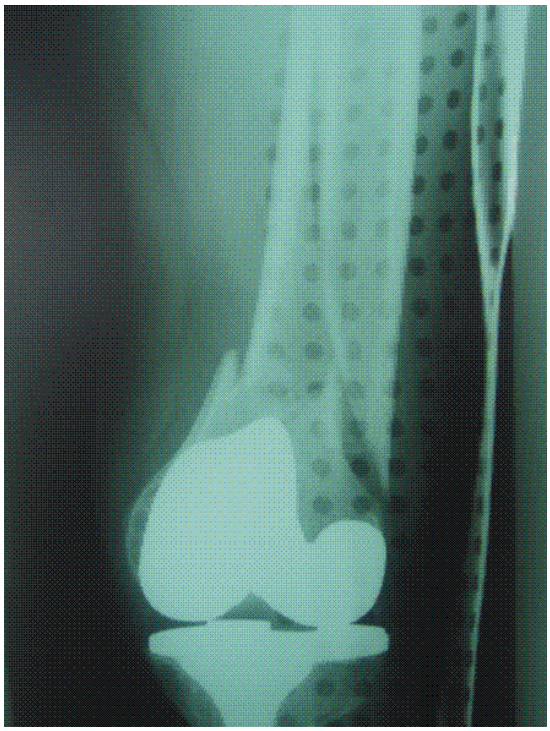
Excluve: complicación mecánica de implante articular protésico (996.41-996.47)

996.6 Infección y reacción inflamatoria debida a dispositivo protésico interno, implante o injerto

996.66 Debida a prótesis articular interna

Añadir Use código adicional para identificar la articulación protésica infectada (V43.60-V43.69)

Aflojamiento aséptico de prótesis de cadera NT



Fractura periprotésica de rodilla NT

Pregunta:
Un hombre de 41 años de edad con estado de sustitución total de cadera es ingresado con fractura periprotésica de articulación protésica sufrida tras una mínima actividad. El paciente fue tratado sin intervención y trasladado a una unidad de rehabilitación para terapia física y ocupacional. ¿Cuál es el código adecuado para el ingreso hospitalario por fractura periprotésica de prótesis de cadera?

Respuesta:
Asigne el código 996.44, Fractura periprotésica alrededor de articulación protésica, como diagnóstico principal. Codifique el V43.64, Organo o tejido sustituido por otro medio, cadera, como diagnóstico secundario para identificar la articulación afectada.

Puesta al día de Códigos V 1 de Octubre de 2005 (FY06)

Hay muchos cambios importantes en los códigos V con el apéndice de este año. Los dos más significativos son la expansión del código V58.1, Quimioterapia, para incluir la inmunoterapia y los nuevos códigos para el Indice de Masa Corporal, categoría V85.

La información proporcionada en este artículo y los cambios en la Tabla de Códigos V se incorporarán en la próxima versión de la "Guía oficial para Codificación e Información de la ICD-9-CM".

Las subcategorías V49.6, Estado de amputación de miembro superior, y V49.7, Estado de amputación de miembro inferior, han sido movidas desde la columna de "sólo diagnóstico secundario" a "diagnóstico principal o secundario". Los códigos de las subcategorías V49.6 y V49.7 pueden ser usados ahora como diagnóstico principal para ingresos tales como trasferencia de dedos de pie a mano, u otros contactos para tratamiento dirigido al miembro amputado que no comprenda colocación de dispositivos protésicos. Debería usarse como códigos secundarios de estado de amputación para amputados que tienen contacto para colocación y ajuste de dispositivos protésicos. Debería usarse como diagnóstico principal un código de la categoría V52, Colocación y ajuste de dispositivo protésico e implante, seguido del código de estado de amputación. Cuando un contacto es por complicaciones del muñón de amputación (996.7), se deben añadir códigos del V49.6 y V49.7 como diagnósticos secundarios para identificar el lugar de la amputación. En este caso el código de estado proporciona información adicional que no está incluida en el código de la complicación. Los códigos V49.6 y V49.7 son diferentes de la ausencia congénita de miembros y deformidades adquiridas, tales como la deformidad en valgo. Son para usarse exclusivamente en estado de amputaciones adquiridas debidas a traumatismo o amputación quirúrgica por enfermedad.

La categoría V72, Investigaciones y exámenes especiales, con la excepción de los códigos V72.5 y V72.6, se han movido desde la columna de "diagnóstico principal" a la de "principal o secundario" en la Tabla de Códigos V. Este cambio permitirá usar los códigos V72 en cualquier contacto. El código V48.89 ha sido también sacado de la lista de los "inespecíficos" ya que puede haber contactos en los que sea el único código aplicable. La nueva categoría V85 ha sido añadida a la tabla.

La subcategoría V58.6, Uso de medicación (actual) durante largo tiempo, fue incorrectamente incluida en dos columnas de la tabla de códigos V. Ha sido borrada de la columna "diagnóstico principal o secundario". Los códigos de la subcategoría V58.6 son siempre diagnósticos secundarios.

Historia (de)

Se han añadido un número de códigos nuevos a la sección de códigos de historia personal, categorías V12-V13. Estos incluyen el V12.42, Historia personal de infecciones del sistema nervioso central, que comprende historia personal de encefalitis y meningitis, V12.61, Historia personal de neumonía (recurrente), V13.02, Historia personal de infecciones del tracto urinario, y V13.03, Historia personal de síndrome nefrótico. Si bien muchas de estas afecciones son infecciones, están incluidas dentro de las subcategorías de historia personal que corresponden a la clasificación de las afecciones en los capítulos de sistemas corporales, no en la subcategoría de historia personal de enfermedades infecciosas. Hay una nota de

exclusión en la subcategoría V12.0, Historia personal de enfermedad infecciosa y parasitaria, que proporciona esta norma.

Estos códigos, al igual que los códigos de historia personal, indica que un paciente tuvo una afección en el pasado y que está totalmente resuelta, pero que puede tener influencia en un futuro cuidado de salud. Todos los códigos nuevos de historia personal pueden ser usados como diagnóstico principal o como secundario tal como se indica en la tabla de códigos V.

El nuevo código V15.88, Historia de caída, se ha creado para pacientes que se han caído en el pasado, y puede ser más susceptible de caerse en el futuro. Por tanto incluye el concepto de una persona que tiene un riesgo de caer. La finalidad de este código es capturar dicho dato en personas que han sufrido una caída por tropiezo o resbalón (con o sin lesión conocida) y que, a causa de edad o enfermedad, puede caerse de nuevo. A estas personas se considera que tienen un riesgo de caída. Como las caídas pueden ser causa de lesiones graves, la prevención de las mismas es importante. El código fue creado para ayudar a los geriatras y a los terapeutas físicos y ocupacionales a clasificar los problemas por lo que se evalúan a los pacientes. Aunque en el motivo de creación del código no se incluye su uso en pacientes que se caen repetidamente por afecciones como enfermedad de Parkinson y otras afecciones que causan inestabilidad, niños (al iniciar a andar) que naturalmente se caen mucho, o individuos sanos que se caen practicando deporte u otras actividades, este código puede ser usado en aquellos casos donde la historia de caída es registrada en la historia clínica, y por tanto el interés clínico sobre riesgo de caer está presente.

El código V15.88 ha sido añadido a la tabla de códigos V bajo la lista de diagnóstico principal o secundario ya que el riesgo de caer puede ser la causa del contacto. Esto es una excepción sobre la mayoría de códigos de la categoría V15. Aunque es un código de "historia de" funciona como un código de "estado de".

Se han creado dos nuevos códigos de historia familiar. Estos códigos indican que un paciente tiene un familiar que padece una afección. El paciente puede o no tener la afección pero la historia familiar muestra que dicho paciente tiene un alto riesgo de desarrollar la misma. Los dos códigos nuevos son V17.81, Historia familiar de osteoporosis, y V18.9, Historia familiar de portador de enfermedad genética.

El código V18.9 es diferente de otros códigos de historia familiar. Indica que un miembro de la familia del paciente es o ha sido portador de una afección. El uso de este código indica que el paciente tiene un mayor riesgo de contraer la enfermedad, o de ser potencial portador de la misma. Todos los códigos de historia familiar se permiten como diagnóstico principal o secundario.

Asesoramiento/Obstetricia

El código V23.6, Asesoramiento y pruebas genéticas, se ha ampliado para crear códigos independientes para las pruebas y para el asesoramiento genéticos. Los códigos nuevos son V26.33, Pruebas para estadio de portador de enfermedad genética, V26.32, Otras prueba genética, y V26.33, Asesoramiento genético. Estos códigos están bajo la categoría V26, Asistencia procreativa. Su uso está limitado a mujeres a laso secundario que se han realizado pruebas y asesoramiento antes o durante el embarazo, o para hombres a los que se han realizado pruebas o asesoramiento antes o durante el embarazo de su pareja. Estos códigos nuevos pueden ponerse como diagnóstico principal o secundario. Para contactos para pruebas genéticas no asociadas a asistencia procreativa, asigne el código V72.85.

Se han añadido numerosos términos de inclusión nuevos bajo la categoría V61, Otras circunstancias familiares, y V62, Otras circunstancias psicológicas. Los términos de inclusión indican circunstancias adicionales para los que se aplica el código.

Se ha creado un nuevo código V62.84, Ideas suicidas, para pacientes que no han intentado el suicidio y que no se consideran que tengan riesgo de suicidio, pero han indicado que han pensado en el mismo. Este código es secundario solamente. Puede usarse con otro código de salud mental si es apropiado.

Estado

La inclusión de términos *estado de hemodiálisis* y *estado de diálisis peritoneal* se han añadido bajo el código V45.1, Estado de diálisis renal, para indicar que el código debe ser usado pata identificar el estado de cualquiera de los tipos de diálisis.

Se han añadido nos código nuevos bajo la subcategoría V46.1, Dependencia de respirador [ventilador]. Son los códigos V46.13, Contacto para retirada de respirador [ventilador], y V46.14, Complicaciones mecánicas de respirador [ventilador]. El fallo mecánico del respirador [ventilador] en incluido bajo el código V46.14.

El código V46.13 se usa en pacientes ingresados únicamente para retirarles el respirador. Indica que el paciente es dependiente de respirador. Sin embargo no es necesario usar el código V46.11, Estado de dependencia de respirador. Indica igualmente que el paciente tiene un fallo respiratorio crónico. Debe usarse el código 518.83, Fallo respiratorio crónico, con el V46.13. El 518.81, Fallo respiratorio agudo, no debe usarse con el código V46.13.

El código V46.14 se usa en ingresos de pacientes con dependencia de respirador y cuyo ventilador tiene fallo de funcionamiento. Este código nuevo fue añadido bajo la subcategoría V46.1, en vez de bajo otros códigos de complicaciones mecánicas debido a la dependencia de ventilador de los pacientes. Aunque este código se ha añadido en la Tabla de Códigos V en la columna de principal o secundario, es más probable que sea un código de motivo de ingreso.

Se ha creado un nuevo código, V49.84, Estado de confinamiento en cama. Este código de estado es para describir pacientes no ambulatorios. Proporciona información importante que ayuda en la decisión sobre los cuidados al paciente. En circunstancias limitadas, tales como justificación de servicios de ambulancia, se puede usar como diagnóstico principal. En general debe ser usado como código de estado.

Se ha añadido una nueva categoría de estado en los códigos V, V85, Indice de Masa Corporal (IMC). Estos códigos pueden usarse con los códigos de la subcategoría 278.0, Sobrepeso y obesidad, así como con los códigos 783.21, Pérdida de peso, y 783.22, Bajo peso, cuando estas afecciones están documentadas en la historia clínica. Pueden usarse también con el código V65.3, Vigilancia y asesoramiento dietético. Las notas de instrucción en el tabular instruye a los codificadores a añadir los códigos de IMC si son necesarios.

El código V85.0, Indice de Masa Corporal menor de 19 en el adulto, normalmente se corresponde con pacientes con bajo peso. El código V85.1, Indice de Masa corporal entre 19 y 24 en el adulto, generalmente corresponde a un rango de peso normal. Los IMC bajo la categoría V85.2, Indice de Masa Corporal entre 25 y 29 en adulto, generalmente se corresponde con sobrepeso. Los códigos bajo la subcategoría V85.3, Indice de Masa Corporal entre 30-39, en adultos, normalmente corresponde a obesidad. El código V85.4, Indice de

Masa Corporal de 40 o mayor, normalmente se corresponde a obesidad extrema. Sin embargo muchos factores junto con el IMC tales como masa muscular y edad se usan para determinar el estado de peso. Los codificadores no deben calcular el IMC. La asignación de IMC debe basarse en la documentación de la historia clínica, que deben encontrase en las anotaciones del dietista. Por favor fíjese que esto es una excepción en las normas que requieren que la asignación de código se base en la documentación del médico de cualquier profesional de la salud que es legalmente responsable de establecer el diagnóstico del paciente. Mientras el IMC sea informado en base a la documentación del dietista, los códigos de sobrepeso y obesidad deben basarse en la documentación del proveedor (el proveedor es la entidad que presta el servicio de salud [NT]).

Cuidados posteriores

El código V58.1ha sido ampliado y la nueva subcategoría ha sido redefinida. La subcategoría V58.1 se titula ahora Contacto para quimioterapia e inmunoterapia antineoplásica. Con este cambio de título, los códigos bajo la subcategoría V58.1 están restringido a contactos para terapia antineoplásica exclusivamente. Ambos códigos V58.11, Contacto para quimioterapia antineoplásica, y el código V58.12, Contacto para inmunoterapia antineoplásica, son únicamente aceptables como diagnóstico principal,. Los códigos son sólo asignados si la quimioterapia e inmunoterapia antineoplásica son las causas específicas del contacto, seguido de los códigos secundarios para la neoplasia y cualquier afección tratada.

Tal como instruye la Tabla de Códigos V, para pacientes que reciben radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia durante el mismo contacto, los tres códigos pueden usarse juntos en cualquier orden.

Exámenes rutinarios y administrativos

Se ha añadido un código nuevo a la subcategoría V72.4, Examen o prueba de embarazo. El código V72.42, Examen o prueba de embarazo, resultado positivo, debe ser usado ahora cuando una mujer tiene positiva la prueba de embarazo durante un contacto en el que ha venido para dicha prueba. Dado que la prueba de embarazo no es un componente estándar del examen ginecológico rutinario, el código V72.42 debe usarse como código adicional con el código V72.31, Examen ginecológico rutinario, u otros códigos de contactos para otros exámenes de salud. Puede usarse también como diagnóstico principal si la causa del contacto es específicamente la prueba de embarazo. Esta instrucción de secuenciación es también aplicable para los códigos V72.40, Examen o prueba de embarazo, no confirmada, o V72.41, Examen o prueba de embarazo, resultado negativo.

Se ha creado un nuevo código V72.86, Contacto para tipaje de sangre. Este código puede usarse como diagnóstico principal si la causa del contacto es estrictamente el tipaje de sangre o puede usarse como diagnóstico secundario para cualquier contacto cuando se realiza tipaje de sangre.

Donante

Se ha añadido la nueva subcategoría V59.7 para donante de huevo (ovocito) (óvulo) a la categoría de donante. Se han creado códigos nuevos basados en la edad de la paciente y el estado del donante de óvulo, anónimo o conocido. Estos códigos, como todos los códigos de donante, pueden ser principales o secundarios.

Miscelánea

El código V64.0, Vacunación no realizada por contraindicación, se ha ampliado y redefinido. La nueva subcategoría es denominada V64.0, Vacunación no realizada. Este cambio de título tiene en cuenta los códigos secundarios para explicar la causa de no haberse realizado la vacunación. Todos los códigos bajo el V64.0 son secundarios. Los códigos nuevos son:

V64.00 Vacunación no realizada, causa desconocida
V64.01 Vacunación no realizada por enfermedad aguda
V64.02 Vacunación no realizada por afección o enfermedad crónica
V64.03 Vacunación no realizada por estado inmune comprometido
V64.04 Vacunación no realizada por alergia a la vacuna o a sus componentes
V64.05 Vacunación no realizada por negativa del que presta cuidados
V65.06 Vacunación no realizada por negativa del paciente
V65.07 Vacunación no realizada por motivos religiosos
V65.08 Vacunación no realizada porque el paciente tuvo una enfermedad contra la que ha sido vacunado
V65.09 Vacunación no realizada por otro motivo

Se ha creado un nuevo código, V69.5, para el insomnio conductual en la infancia. Es un código acompañante de los códigos de trastornos del sueño en el capítulo de sistema nervioso y salud mental que forman parte de la addenda del 1 de octubre de 2005. El insomnio conductual en la infancia no se corresponde adecuadamente con otros códigos nuevos de insomnio en los que el niño es capaz de dormir, pero tiene dificultad de dormirse debido a temas de conducta. El tratamiento es dirigido tanto a la conducta de los padres como del niño. Este código nuevo puede ser principal o secundario.

Tabla de códigos V

La tabla de códigos V actualizada no estaba disponible en el momento en que este número de *Coding Clinic* fue a prensa. La tabla será incluida en la versión revisada de la Guía Oficial de Codificación e Información. Las normas revisadas serán colgadas de la página web del NCHS **(http://www.cdc.gov/nchs/icd9.htm#RTF)** y en la página web de la Oficina central para ICD-9-CM de la AHA **(www.ahacentralofice.org)** tan pronto como esté disponible (se espera que para mediados de noviembre). Adicionalmente, las normas revisadas serán publicadas en el ejemplar de *Coding Clinic,* Primer Trimestre de 2006.

VOLÚMEN 3
CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTOS NUEVOS/REVISADOS

Terapia de Infusión de Anticuerpos Inmunosupresores

Efectivo desde el 1 de octubre de 2005, se ha creado un nuevo código para identificar la infusión de anticuerpos inmunosupresores. Los tratamientos con anticuerpos inmunosupresores modulan la inmunidad y previenen la actividad inmunológica contra antígenos externos presentes en los órganos trasplantados. La inmunosupresión se usa en trasplantes de órganos sólidos para prevenir el rechazo en la fase de inducción, así como en la fase de mantenimiento, y pueden usarse para revertir un episodio de rechazo en curso. La fase de inducción se produce antes, durante o inmediatamente después del trasplante quirúrgico.

El tratamiento con anticuerpos inmunosupresores normalmente comienza en el momento del trasplante. Dicho tratamiento se administra por vía venosa central o periférica. Al contrario de la terapia de mantenimiento, que requiere dosis estables durante un largo período de tiempo, la terapia de inducción se administra en un corto tratamiento durante la estancia inicial del hospital.

Normalmente, hay dos tipos de tratamiento usados durante la fase de inducción del trasplante para prevenir el rechazo renal; terapia mediante anticuerpos monoclonales y terapia con anticuerpos policlonales.

Nuevo código **00.18** **Terapia de infusión de anticuerpos inmunosupresores durante la fase de inducción en el trasplante de órgano sólido**
terapia con anticuerpos monoclonales
terapia con anticuerpos policlonales

Angioplastia Coronaria

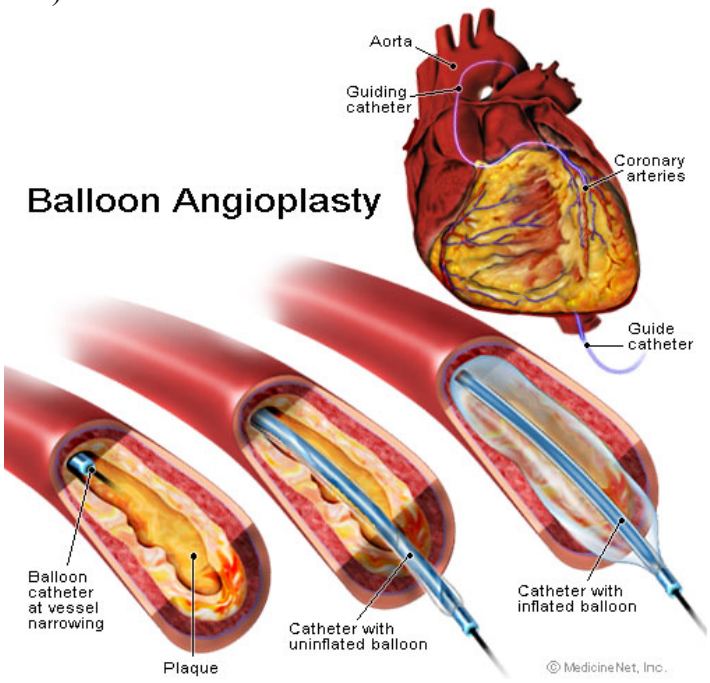
Efectivo desde el 1 de octubre de 2005, el código **00.66, Angioplastia coronaria transluminal percutánea [PTCA] o aterectomía coronaria**, se ha creado para informar de la reparación de vasos coronarios mediantes angioplastia percutánea. Además, los siguientes códigos se han borrado:

- 36.01, Angioplastia coronaria transluminal percutánea de una sólo vaso [PTCA] o aterectomía coronaria sin mención de agente trombolítico
- 36.02, Angioplastia coronaria transluminal percutánea de una sólo vaso [PTCA] o aterectomía coronaria con mención de agente trombolítico
- 36.05 Angioplastia coronaria transluminal percutánea de varios vasos [PTCA] o aterectomía coronaria realizada en la misma intervención con o sin mención de agente trombolítico

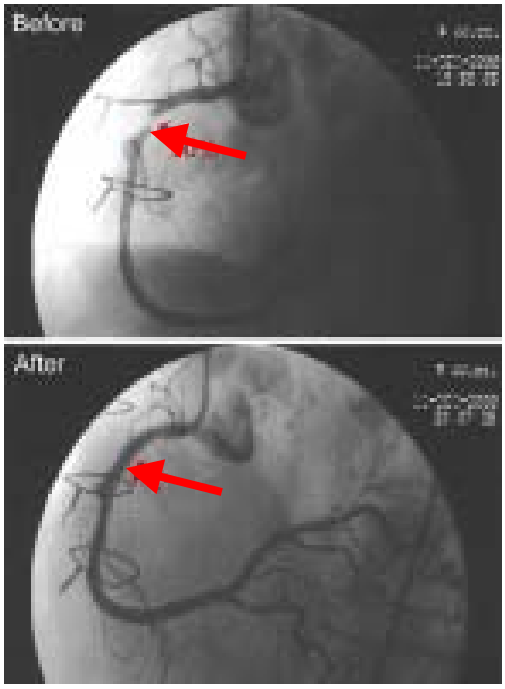
Ahora se necesitan varios códigos para informar de los procedimientos anteriormente clasificados como36.01, 36.02 y 36.05 como sigue:

- Código 00.66 para la PTCA
- Código 99.10, Inyección o infusión de agente trombolítico, o 36.04, Infusión de trombolítico coronario intraarterial
- Código adecuado del 00.40 al 00.43 para especificar el número de vasos tratados

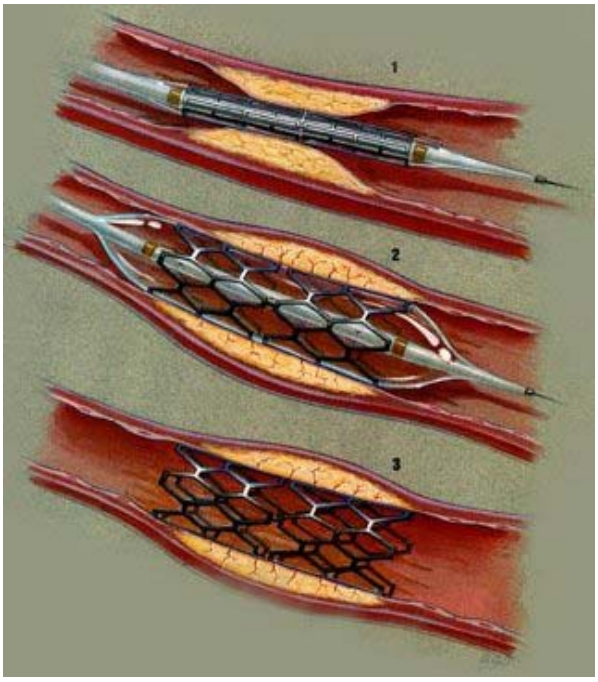
Las inserciones de endoprótesis realizadas al mismo tiempo que la PTCA deben codificarse por separado. Los códigos deben asignarse identificando el tipo de endoprótesis insertadas (liberadoras o no de fármaco). Además, informe del número de endoprótesis vasculares insertadas (00.45-00.48).



Angioplastia coronaria transluminal percutánea [NT]



Coronariografía antes y después de PTCA [NT]



Inserción de endoprótesis coronaria [NT]

00.6 Procedimientos de vasos sanguíneos

Borrar término de exclusión

~~Excluye~~

~~angioplastia o aterectomía de otros vasos no coronarios (39.50)~~
~~inserción de endoprótesis coronaria(s) (36.06-36.07)~~
~~inserción de endoprótesis liberadoras de fármaco de vasos periféricos (00.55)~~
~~inserción de endoprótesis no liberadoras de fármaco de vasos periféricos (39.90)~~

Nuevo código

00.66 Angioplastia coronaria transluminal percutánea [PTCA] o aterectomía coronaria

Angioplastia con balón de arteria coronaria
Aterectomía coronaria
Angioplastia coronaria percutánea NEOM
PTCA NEOM
Codifique también cualquier:
inyección o infusión de agente trombolítico (99.10)
inserción de endoprótesis de arteria coronaria (36.06-36.07)
infusión de trombolítico coronario intraarterial (36.04)
número de endoprótesis vasculares insertadas (00.45-00.48)
número de vasos tratados (00.40-00.43)

Pregunta:
Un paciente varón de 55 años de edad es sometido a angioplastia coronaria percutánea de dos vasos e infusión de agente trombolítico. ¿Cómo debería codificarse?

Respuesta:
Asigne el código 00.66, Angioplastia coronaria transluminal percutánea [PTCA] o aterectomía coronaria, 00.41, Procedimiento sobre dos vasos, y 99.10 Inyección o infusión de agente trombolítico para los procedimientos realizados.

Procedimientos sobre Número de Vasos y de Endoprótesis Vasculares

La subcategoría 00.4, Procedimientos vasculares accesorios, fue creada para proporcionar información adicional acerca del número de vasos que ha sido reparados. Se asignarán los códigos **00.40, Procedimiento en vaso único, 00.41, Procedimiento en dos vasos, 00.42, Procedimiento en tres vasos y 00.43, Procedimiento en cuatro o más vasos**, para indicar el número específico de arterias coronarias, precerebrales, intracraneales, periféricas y otros vasos no coronarios reparados. Estos códigos deben usarse conjuntamente con códigos de tratamiento tales como angioplastia o aterectomía, endarterectomía, inserción de endoprótesis vasculares o eliminación de obstrucción de arteria coronaria.

Además del número de vasos reparados, se ha creado los códigos 00.45, Inserción de una endoprótesis vascular, 00.46, Inserción de dos endoprótesis vasculares, 00.47, Inserción de tres endoprótesis vasculares y 00.48, Inserción de cuatro o más endoprótesis vasculares, para informar del número de inserciones de endoprótesis vasculares. Estos códigos deben usarse junto con códigos específicos del tipo de endoprótesis (liberadoras o no liberadoras de fármaco) así como del tipo de vaso donde se ha insertado (ej. coronario, periférico, etc.)

Nueva subcategoría 00.4 Procedimientos accesorios del sistema vascular

Nota: Estos códigos pueden aplicarse tanto a vasos coronarios como periféricos. Se usan conjuntamente con otros códigos de procedimientos terapéuticos para proporcionar información adicional acerca del número de vasos sobre los que se ha realizado un procedimiento y/o el número de endoprótesis insertadas. Si es correcto, codifique tanto el número de vasos intervenidos (00.40-00.43) como el número de endoprótesis insertadas (00.45-00.48).

Codifique también cualquier:
angioplastia o aterectomía (00.61-00.62, 00.66-39.50)
endarterectomía (38.10-38.18)
inserción de endoprótesis vascular(es) (00.55, 00.63-00.65, 36.06-36.07, 39.90)
otra eliminación de obstrucción de arteria coronaria (36.09)

Nuevo código **00.40 Procedimiento de un solo vaso**
Número de vasos no especificado

Excluve: derivación (aorto)coronaria (36.10-36.19)
imagen intravascular de vaso sanguíneo (00.21-00.29)

Nuevo código **00.41 Procedimiento de dos vasos**

Excluve: derivación (aorto)coronaria (36.10-36.19)
imagen intravascular de vaso sanguíneo (00.21-00.29)

Nuevo código **00.42 Procedimiento de tres vasos**

Excluve: derivación (aorto)coronaria (36.10-36.19)
imagen intravascular de vaso sanguíneo (00.21-00.29)

Nuevo código **00.43 Procedimiento de cuatro o más vasos**

Excluve: derivación (aorto)coronaria (36.10-36.19)
imagen intravascular de vaso sanguíneo (00.21-00.29)

Nuevo código **00.45 Inserción de endoprótesis vascular**
Número de endoprótesis no especificado

Nuevo código **00.46 Inserción de dos endoprótesis vasculares**

Nuevo código **00.47 Inserción de tres endoprótesis vasculares**

Nuevo código **00.48 Inserción de cuatro o más endoprótesis vasculares**

Pregunta:
Un paciente con síndrome coronario agudo fue ingresado para ana angioplastia coronaria percutánea con inserción de endoprótesis recubiertas de fármaco. Una fue insertada en la descendente anterior izquierda y otras en la primera diagonal. ¿Cuáles son las asignaciones e códigos?

Respuesta:
Asigne el código 411.1, Síndrome coronario intermedio, como diagnóstico principal para el síndrome coronario agudo. Asigne el código 00.66, Angioplastia coronaria transluminal percutánea [PTCA] o aterectomía coronaria, para el procedimiento principal. Adicionalmente, asigne los códigos 36.07, Inserción de endoprótesis coronaria(s) liberadora(s) de fármaco, 00.41, Procedimiento en dos vasos y 00.46, Inserción de dos endoprótesis vasculares, como procedimientos secundarios.

Pregunta:
Un paciente fue sometido a una angioplastia coronaria percutánea con inserción de dos endoprótesis liberadoras de fármaco. No hay más información disponible acerca del número de vasos tratados. ¿Cómo debería codificarse?

Respuesta:
Asigne el código 00.66, Angioplastia coronaria transluminal percutánea [PTCA] o aterectomía coronaria, para el procedimiento principal. Adicionalmente, asigne los códigos 36.07, Inserción de endoprótesis coronaria(s) liberadora(s) de fármaco, 00.40, Procedimiento en un vaso y 00.46, Inserción de dos endoprótesis vasculares, como procedimientos secundarios. El código 00.40, se usa por defecto si el número de vasos tratados no está especificado. No presuponga que fueron tratados dos vasos basado en que se insertaron dos endoprótesis.

Revisión de los Componentes de Sustitución de Cadera

Efectivo desde el 1 de octubre de 2005, se ha creado una nueva subcategoría **00.7, Otros procedimientos de cadera**, para identificar las revisiones de los componentes de sustitución de la cadera:

- componente acetabular y femoral **(00.70)**
- componente acetabular **(00.71)**
- componente femoral **(00.72)**
- copa acetabular interior y/o cabeza femoral

Si los componentes específicos reemplazados no están documentados, asigne el código 81.53, Revisión de sustitución de cadera, no especificado de otra manera. Cualquier retirada de cemento o espaciador de articulación realizado en un solo tiempo debe tener asignado el código 84.57, Retirada de espaciador (cemento). Además debe asignarse un código para el tipo de superficie articular (00.74-00.76) si se conoce.

Tipos de procedimientos de revisión de sustitución de cadera

La complejidad de la revisión de los procedimientos de sustitución de cadera depende de diversos factores que incluyen la causa del fallo en la sustitución de la cadera, el tipo de implantes usados en la cirugía previa, la cantidad y calidad del hueso que queda, el estado general de salud y la anatomía del paciente. La revisión de la sustitución de cadera pueden incluir el recambio de cualquiera de los implantes, incluidos el componente femoral, el componente acetabular y la superficie de soporte (la cabeza femoral y la copa acetabular interior). A veces el procedimiento puede incluir también reconstrucción mayor de huesos y tejidos blandos alrededor de la cadera. Todos estos procedimientos difieren significativamente en sus indicaciones clínicas, resultados y consumo de recursos. Los nuevos códigos de procedimiento para revisión de la sustitución de cadera proporcionarán mejores datos y análisis de los mismos.

Los distintos tipos de procedimientos para revisión de la sustitución de cadera se detallan abajo.

Revisión combinada del componente femoral y acetabular (00.70)

Cuando tanto el componente acetabular como el femoral fallan puede ser necesaria la revisión de ambos. Este tipo de cirugía está asociada con el mayor nivel de complicaciones y es la que consume mayor trabajo y recursos de intensivos de todas las revisiones de componentes de sustitución de cadera. Implica normalmente una exposición quirúrgica extensa, revisión especializada de los implantes de cadera y técnicas especiales de reconstrucción de defectos óseos extensos. Los resultados tras la revisión de ambos componentes son los que menos pueden predecirse de todo los procedimientos de revisión de sustitución de cadera.

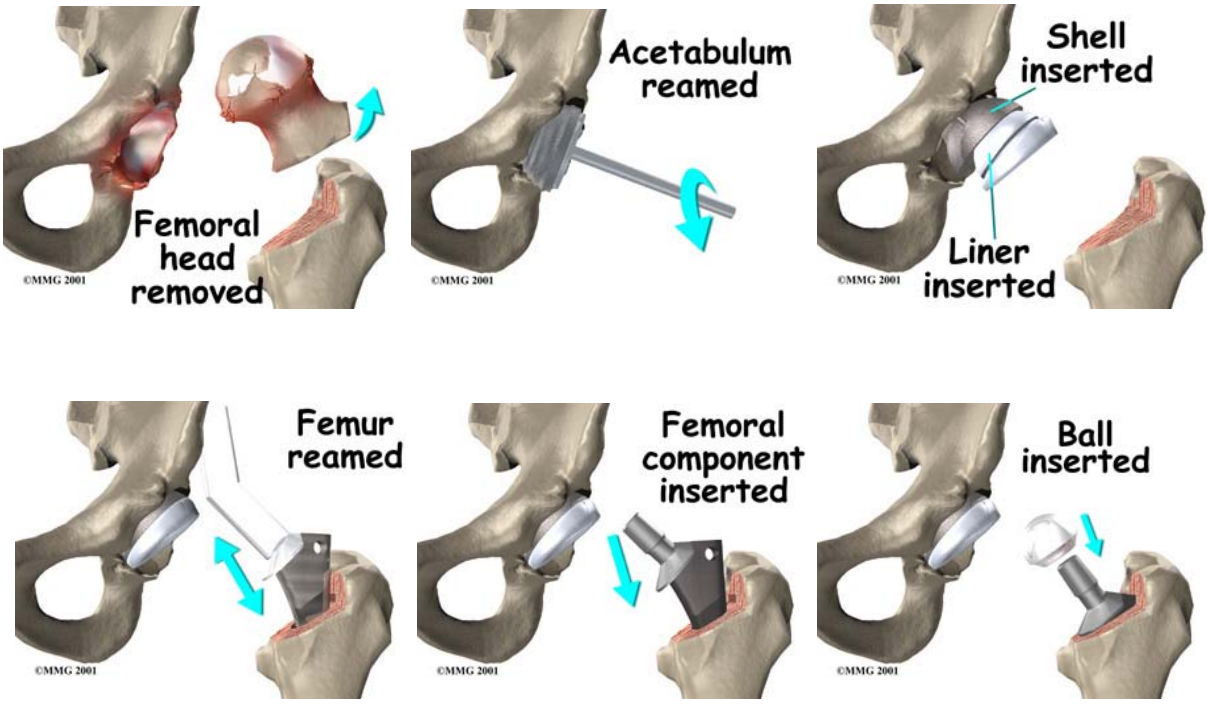
Revisión del componente acetabular solamente (00.71)

La revisión del componente acetabular* incluye la retirada y recambio del componente acetabular completo, incluido la cubierta metálica y la superficie articular modular de polietileno, cerámica o metálica. Las indicaciones más frecuentes para la revisión del componente acetabular son el desgaste de la superficie articular modular, aflojamiento aséptico (frecuentemente asociado a osteolisis), malposición de los componentes (que dan lugar a dislocación recurrente) o infección. La reconstrucción puede estar acompañada de la reimplantación de una prótesis hemisférica estándar, ligeramente agrandada pero similar al utilizado en la cirugía primaria, si el hueso que permanece es el adecuado. Si hay una gran destrucción de hueso debida a osteolisis o migración de los componentes, la reconstrucción puede ser mucho más compleja, necesitando gran cantidad de aloinjerto óseo (cadáver) u otros sustitutos óseos e implantes acetabulares especializados. El tiempo de intervención y de recuperación son bastante prolongados y el resultado es menos predecible.

* El componente acetabular lo forman generalmente dos partes: la cubierta exterior que va fijada al hueso en la zona acetabular y es de tipo metálico (denominada en inglés "shell") y la copa interior que hace de cavidad glenoidea y puede ser de polietileno, material cerámico o metálico (denominada en inglés "liner"). Ambas piezas van encajadas una dentro de la otra formando el nuevo acetábulo protésico [NT]

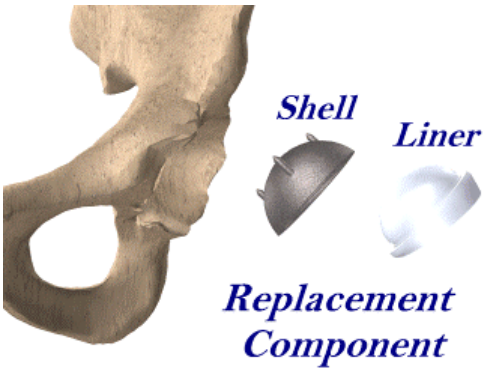
Revisión del componente femoral (00.72)
La revisión del componente femoral incluye la retirada y recambio del componente femoral. Las indicaciones más frecuentes para la revisión únicamente del componente femoral incluyen el aflojamiento aséptico (frecuentemente asociada a osteolisis), malposición de los componentes (que dan lugar a dislocación recurrente), infección o fractura periprotésica. La retirada del implante y del cemento que la rodea necesita a menudo técnicas especiales, incluyendo osteotomía (corte) del fémur para lograr el acceso al implante y al cemento, así como el uso de sondas de ultrasonido y/o instrumentos especializados para retirar el cemento residual. Dependiendo de la cantidad de hueso perdido y de la calidad y cantidad de hueso que permanece, se necesita una revisión especializada del implante con o sin aloinjerto óseo. El tiempo de recuperación tiende a ser más largo que la revisión del componente acetabular debido a que se necesita en muchos casos evitar que soporte peso para conseguir que el hueso cure sobre la prótesis.

Cambio de la cabeza femoral modular y copa acetabular interior (00.73)
La revisión de la cabeza femoral y la copa acetabular interior implican la retirada y recambio de la cabeza femoral modular y de la copa acetabular interior. Es uno de los procedimientos de revisión de sustitución de cadera más frecuentes. Las indicaciones más frecuentes son el desgaste de la superficie articular de polietileno o la dislocación recurrente de la cadera protésica. La revisión del componente acetabular y/o femoral completos se necesitan cuando el desgaste de las superficies articular se asocian a pérdida de hueso periprotésica (ej. osteolisis) y aflojamiento aséptico de la prótesis. Sin embargo, en casos donde los componentes femoral y acetabular están bien fijados, correctamente posicionados y cualquier defecto óseo potencial es fácilmente accesible, la cabeza femoral modular y la copa acetabular interior peden ser sustituidas sin remover los otros componentes. Esto lleva acortar significativamente el tiempo de recuperación del paciente frente a los procedimientos que necesitan revisión de los componentes femorales o acetabulares.



Fases de colocación de los distintos componentes de una prótesis de cadera [NT]

Prótesis de cadera completa y vista radiológica del resultado NT



Componente acetabular NT

Componente femoral NT

Nueva subcategoría 00.7 Otros procedimientos de cadera

Nuevo código 00.70 Revisión de sustitución de cadera, componentes acetabular y femoral

Revisión total de cadera

Codifique también cualquier:

retirada de espaciador (cemento) (articulación) (84.57)

tipo de superficie articular, si se conoce (00.74-00.76)

Excluye:

revisión de sustitución de cadera, sólo componente acetabular (00.71)

revisión de sustitución de cadera, sólo componente femoral (00.72)

revisión de sustitución de cadera, no especificado de otra manera (81.53)

revisión con sustitución de copa acetabular interior y/o cabeza femoral (00.73)

Nuevo código **00.71** **Revisión de sustitución de cadera, componente acetabular**

Parcial, sólo componente acetabular
Aquél con:
recambio de cubierta y copa interior
recambio de cabeza femoral
Codifique también cualquier:
tipo de superficie articular, si se conoce (00.74-00.76)

Excluve:
revisión de sustitución de cadera, componente acetabular y femoral (00.70)
revisión de sustitución de cadera, componente femoral (00.72)
revisión de sustitución de cadera, no especificado de otra manera (81.53)
revisión con sustitución de copa interior acetabular y/o cabeza femoral (00.73)

Nuevo código **00.72** **Revisión de sustitución de cadera, componente femoral**

Parcial, sólo componente acetabular
Aquél con:
recambio de copa interior
recambio de tallo y cabeza femoral
Codifique también cualquier:
tipo de superficie articular, si se conoce (00.74-00.76)

Excluve:
revisión de sustitución de cadera, sólo componente acetabular (00.71)
revisión de sustitución de cadera, componente acetabular y femoral (00.70)
revisión de sustitución de cadera, no especificado de otra manera (81.53)
revisión con sustitución de copa interior acetabular y/o cabeza femoral (00.73)

Nuevo código **00.73** **Revisión de sustitución de cadera, sólo copa interior acetabular y/o cabeza femoral**

Codifique también cualquier:
tipo de superficie articular, si se conoce (00.74-00.76)

81.51 Sustitución total de cadera

Añadir nota de codificar también

Codifique también cualquier tipo de superficie de soporte, si se conoce (00.74-00.76)

Revise título de código	81.53	Revisión de sustitución de rodilla, no especificado de otra manera
Borrar término de inclusión		~~Parcial~~
Borrar término de inclusión		~~Total~~
Añadir término de inclusión		Revisión de sustitución de cadera, no especificada como sustitución de componente (acetabular, femoral o ambos)
Añadir nota de codificar también		Codifique también cualquier:
Añadir nota de codificar también		retirada de espaciador (cemento)(articulación) 84.57
Añadir nota de codificar también		tipo de superficie articular, si se conoce (00.74-00.76)
Añadir término de exclusión	Excluye:	revisión de sustitución de cadera, componentes especificados (00.70-00.73)

Superficies Articulares en los Implantes de Sustitución de Cadera

Efectivo desde el 1 de octubre de 2004, se ha creado un código para identificar los diferentes tipos materiales de las superficies articular de los implantes protésicos de cadera tales como:

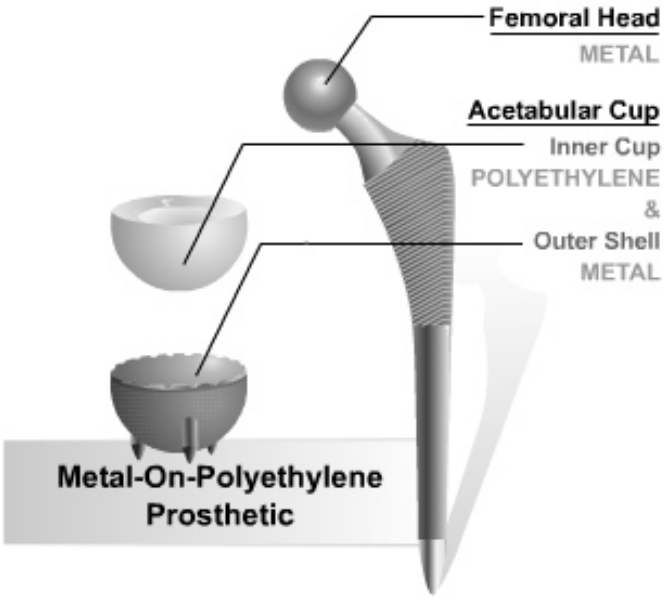
- superficie articular de metal a polietileno **(00.74)**
- superficie articular de metal a metal **(00.75)** y
- superficie articular de cerámica a cerámica **(00.76)**

Los códigos 00.74, 00.75 y 00.76 deben asignarse como procedimientos adicionales, si el tipo específico de superficie articular es conocido. Estos códigos pueden usarse para procedimientos de sustitución de cadera (81.51 y 81.52) o procedimientos de revisión de sustitución de cadera (81.53, 00.70-00.73). Antes de la creación de estos códigos, la información acerca del tipo de superficie articular usado en la sustitución de cadera o de las revisiones no era registrada. Estos códigos nuevos proporcionarán más datos acerca de los resultados.

El código específico de la superficie articular sólo debería asignarse cuando la información está disponible en la historia clínica en cualquier documentación del proveedor en la pegatina del fabricante. Estos códigos no deben usarse si la información no está disponible.

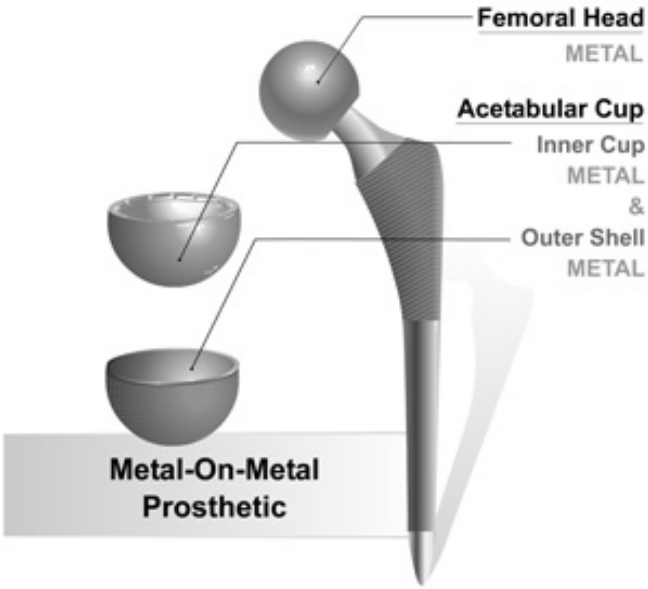
El procedimiento de artroplastia total de cadera (ATC) se realiza ahora en pacientes cada vez más jóvenes y activos. La ATC dura aproximadamente de 10 a 15 años antes de que se necesite reemplazarla. Las complicaciones pueden incluir (aunque no sólo están limitadas a éstas) aflojamiento de los componentes, fractura y desgaste de superficies. La producción de restos del desgaste en la superficie articular en prótesis tradicionales de polietileno se asocia a inflamación periprotésica, osteolisis, reabsorción ósea y aflojamiento del implante.
La limitación de la cantidad de restos y desgaste pueden aumentar la vida media del implante de cadera. Se están realizando esfuerzos en esta vía para crear nuevos materiales de superficies articulares que prolongarán la vida de estos implantes protésicos y proporcionarán un alto nivel de funcionalidad. Una nueva superficie de soporte, cerámica sobre cerámica, puede aumentar la vida de los implantes reduciendo la intensidad de la fricción y usando menos material biológicamente reactivo que las superficies de polietileno o de metal.

Metal en Polietileno (00.74)
Los soportes de metal en polietileno, con mejoras para evitar el desgaste, se han desarrollado a fin de abordar los problemas de dicho desgaste en la superficie articular y los restos producidos por la osteolisis. El material de polietileno entrelazado ha demostrado una reducción en el nivel de desgaste superior al 90% sobre el polietileno convencional. Las prótesis de polietileno entrelazado con resistencia aumentada al desgaste se están usando clínicamente. Sin embargo los resultados a largo plazo son aún desconocidos.



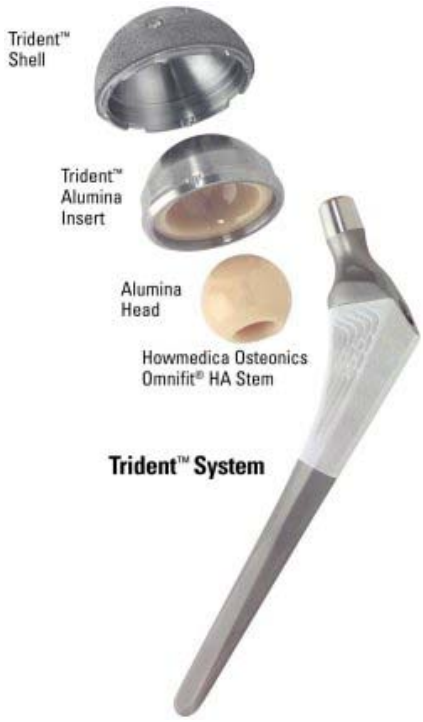
Prótesis de cadera de metal en polietileno [NT]

Metal en Metal (00.75)
Los soportes de metal en metal tienen menor nivel de desgaste comparados con los de metal en polietileno. Aunque el resultado clínico inicial sea excelente, los efectos a largo plazo sobre acumulación de iones metálicos es desconocido.



Prótesis de cadera de metal en metal [NT]

Cerámica en Cerámica (00.76)
Los soportes de cerámica en cerámica proporcionan varios avances sobre las superficies articular tradicionales. La cerámica de alúmina es muy dura y resistente al rayado, ofrece excelente resistencia al desgaste, es más hidrofílica que el polietileno o el metal y proporciona mejor lubricación. Las restos de partículas de alúmina son menos reactivos biológicamente y no libera iones metálicos.



Prótesis de cerámica en cerámica [NT]

Nueva subcategoría 00.7 Otros procedimientos de cadera

Nuevo código 00.74 Superficie articular de sustitución de cadera, metal en polietileno

Nuevo código 00.75 Superficie articular de sustitución de cadera, metal en metal

Nuevo código 00.76 Superficie articular de sustitución de cadera, cerámica en cerámica

Pregunta:
La paciente es una mujer de 70 años que fue sometida previamente a una artroplastia total de cadera 15 años antes. El componente acetabular se ha aflojado y se ha vuelto doloroso. Fue ingresada para revisión de la sustitución de cadera. El cirujano quitó y sustituyó el componente acetabular usando una superficie articular de cerámica en cerámica. ¿Cómo debe codificarse?

Respuesta:
Asigne el código 996.41, Aflojamiento mecánico de prótesis articular, para el aflojamiento del componente acetabular. Asigne el código 43.64, Organo o tejido reemplazado por otro medio, articulación, cadera, para identificar la articulación protésica asociada c la complicación mecánica. Asigne el código 00.71, Revisión de sustitución de cadera, componente acetabular, para la revisión del componente acetabular de la prótesis de cadera. El código 00.76, Superficie articular de sustitución de cadera, cerámica en cerámica, debe asignarse como procedimiento adicional para identificar el tipo específico de superficie articular.

Pregunta:
Un paciente de 70 años de edad tiene una historia de revisión de cirugía de cadera, que fue complicada con drenaje recurrente de la herida e infección. Desde hace siete años, el paciente tenía una artroplastia total de cadera. Cinco años antes tuvo una revisión de la artroplastia que posteriormente se infectó y se extrajo seis meses tras la revisión. Actualmente, a causa de la infección, el paciente ha sido ingresado para reconstrucción/revisión de la cadera izquierda con inserción de una prótesis. Al paciente se le realizó una artroplastia total de cadera, con aloinjerto del acetábulo, revisión de las inserciones acetabulares, reconstrucción de la pelvis con copa de tres rebordes y cableado de la diáfisis femoral. ¿Cuáles son los códigos apropiados para este caso?

Copa acetabular de tres rebordes NT

Cableado de diáfisis femoral NT

Respuesta:
Asigne el código 996.66, Infección y reacción inflamatoria debida prótesis articular interna, como diagnóstico principal. Asigne el código 00.70, Revisión de sustitución de cadera, componentes acetabular y femoral, para los procedimientos realizados. Cada una de las partes integrantes de la revisión está incluida en el código 00.70.

Revisión de los Componentes de Sustitución de Rodilla

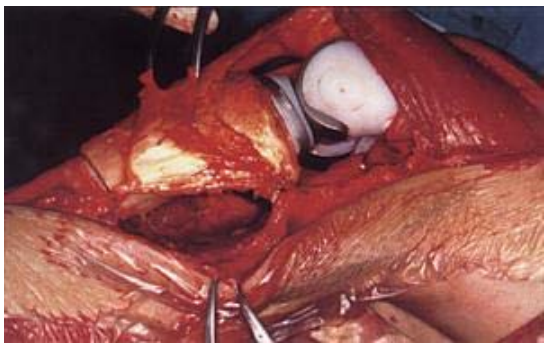
Efectivo desde el 1 de octubre de 2005, se ha creado una nueva subcategoría **00.8, Otros procedimientos de rodilla**, ha sido creada para diferenciar los diferentes componentes protésicos en la revisión de cirugía de rodilla:

- **00.80 Revisión de sustitución de rodilla, total (todos los componentes)**
- **00.81 Revisión de sustitución de rodilla, componente tibial**
- **00.82 Revisión de sustitución de rodilla, componente femoral**
- **00.83 Revisión de sustitución de rodilla, componente patelar**
- **00.84 Revisión de sustitución de rodilla, inserción tibial (superficie articular)**

Los códigos 00.80, 00.81, 00.82, 00.83 y 00.84, deben usarse para informar los componentes específicos remplazados en la cirugía de revisión de sustitución de rodilla. Si el componente específico no está documentado, asigne el código 81.55, Revisión de sustitución de rodilla, no especificada de otra manera. Antes de la creación de estos códigos la información sobre el tipo de componente usado en la revisión de la sustitución de rodilla no se recogía. Estos códigos nuevos proporcionarán estadísticas más exactas acerca de la evolución de los pacientes. A cualquier retirada de cemento o espaciador de articulación realizada en el mismo tiempo operatorio debe asignarse el código 84.57, Retirada de espaciador (cemento).

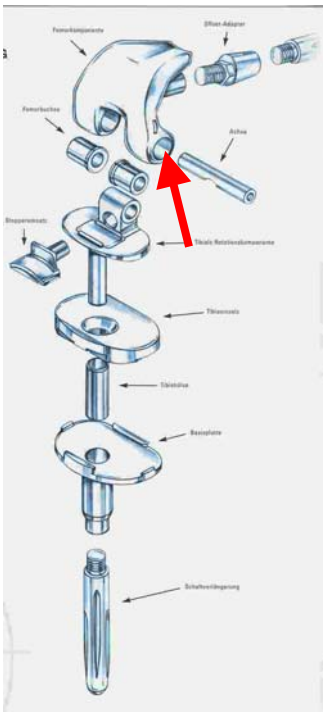
Tipos de procedimientos de revisión de sustitución de rodilla
La revisión de la sustitución de la rodilla puede incluir el reemplazo de cualquiera de los componentes de la prótesis de rodilla, incluidos los componentes tibial, femoral, patelar o inserción tibial. Los diferentes tipos de procedimientos de revisión rodilla se detallan abajo.

Revisión de todos los componentes (Tibial, Femoral y Patelar) (00.80)
Este es el tipo más frecuente de procedimiento de revisión de sustitución de rodilla. La revisión de todos los componentes es más frecuente en la sustitución de rodilla que en la de cadera ya que los implantes de sustitución de rodilla no son compatibles entre distintos proveedores o tipos de prótesis. Se necesita a menudo una revisión completa de todos los componentes (incluso si sólo uno de los implantes está aflojado o roto) a gin de asegurar que los implantes son compatibles. La revisión total de rodilla implica a menudo abordajes quirúrgicos extensos, incluyendo osteotomía de la tibia para exponer adecuadamente la articulación de la rodilla y proporcionar acceso a los implantes. Frecuentemente se pierde una gran cantidad de hueso, que requiere una reconstrucción con implantes especiales con tallo largo y aumento de metal o injertos óseos para rellenar los defectos óseos. La revisión total de rodilla puede necesitar la implantación de un sustituto de rodilla fuertemente sujeto o rodilla "de bisagra" a fin de asegurar la estabilidad de la articulación de la misma.



Implantación de prótesis de rodilla-bisagra [NT]

Prótesis de tallo largo NT



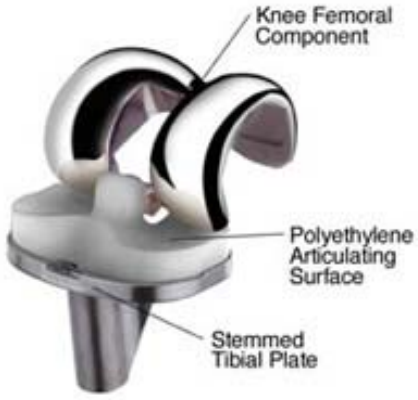
Modelo de prótesis de rodilla-bisagra NT

Revisión del componente Tibial (00.81)
La revisión del componente tibial incluye la retirada y cambio del componente tibial completo, incluido tanto el plato tibial metálico como la superficie modular de polietileno. Las indicaciones más frecuentes son el desgaste de la superficie articular, el aflojamiento aséptico (frecuentemente asociado con osteolisis) o pérdida de hueso o la infección. Se requieren implantes especiales, aumento de metal o injertos óseos dependiendo de la cantidad de hueso perdido y la integridad de los ligamentos que rodean la rodilla.

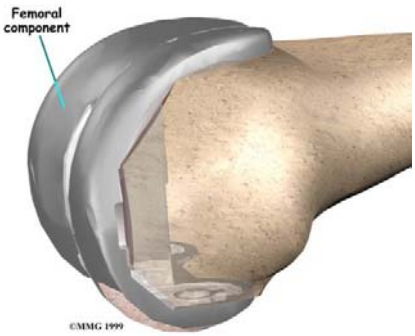
Revisión del componente Femoral (00.82)
La revisión del componente femoral incluye la retirada o cambio del implante metálico que cubre el extremo distal del fémur. Las indicaciones más frecuentes son el aflojamiento aséptico con o sin osteolisis/pérdida de hueso asociada, o infección. La pérdida amplia de hueso a menudo implica implantes especializados con tallos que se extienden dentro del canal femoral y/o uso de aumentos de metal o injerto óseo para rellenar los defectos óseos.

Revisión del componente Patelar (00.83)
La revisión del componente patelar incluye la retirada y cambio del componente patelar con respaldo de polietileno. Los primeros implantes patelares estaban asociados a una alta proporción de fallos debido a la fractura de la superficie articular de polietileno que era relativamente fina. Las complicaciones relacionadas con la articulación patelo-femoral son una de las indicaciones más frecuentes en la cirugía de revisión de sustitución de rodilla. Otra indicación frecuente para la revisión del componente patelar incluye la desviación de la rótula en el surco femoral que lleva a desgaste y rotura del implante, fractura de la rótula con o sin aflojamiento del implante patelar, rotura del cuadriceps o tendón rotuliano e infección.

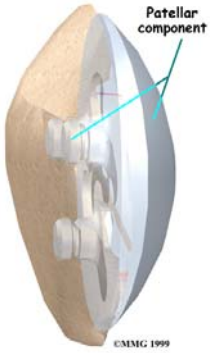
Cambio aislado de la inserción tibial modular (00.84)
La revisión de la inserción tibial modular incluye la retirada y cambio de la superficie articular tibial modular (espaciador articular [NT]). Esto incluye reemplazar la superficie articular de polietileno sin retirar los implantes tibial, femoral o patelar. Las indicaciones más frecuentes para este procedimiento incluyen el desgaste de la superficie de polietileno o la inestabilidad (aflojamiento) de la articulación de la rodilla protésica.



Prótesis de rodilla [NT]



Componente Femoral [NT]



Componente Patelar [NT]

Componente Tibial y espaciador [NT]

X-ray of a total knee replacement

Imágenes radiológicas de Prótesis de Rodilla [NT]

Nueva subcategoría 00.8 Otros procedimientos de rodilla

Nota: Informe de más de dos componentes usando 00.81-00.83 para describir la revisión de la sustitución de rodilla, Si los tres componentes han sido revisados, informe el 00.80.

Nuevo código **00.80 Revisión de sustitución de rodilla, total (todos los componentes)**

Sustitución de los componentes femoral, tibial y patelar (todos los componentes)

Codifique también cualquier:

Retirada de espaciador (cemento)(articulación) (84.57)

Excluye: revisión de uno o dos componentes (tibial, femoral o patelar) (00.81-00.84)

Nuevo código **00.81 Revisión de sustitución de rodilla, componente tibial**

Sustitución del plato tibial e inserción tibial (superficie articular)

Excluye: revisión sustitución de rodilla total (00.80)

Nuevo código **00.82 Revisión de sustitución de rodilla, componente femoral**

Aquél con sustitución de inserción tibial (superficie articular)

Excluye: revisión sustitución de rodilla total (00.80)

Nuevo código **00.83 Revisión de sustitución de rodilla, componente patelar**

Excluye: revisión sustitución de rodilla total (00.80)

Nuevo código **00.84 Revisión de sustitución de rodilla, inserción tibial (superficie articular)**

Sustitución de la inserción tibial (superficie articular)

Excluye: aquél con sustitución de componente tibial (plato tibial e inserción tibial) (00.81)

Revisión de título de código 81.55 Revisión de sustitución de rodilla, no especificado de otra manera

Añadir nota de codifique además Codifique además cualquier retirada de espaciador (cemento) (84.57)

Añadir término de exclusión Excluye: revisión de componentes de sustitución de rodilla especificados (00.80-00.84)

Pregunta:
Una paciente con artritis degenerativa de la rodilla acudió a revisión de su prótesis de sustitución de rodilla previamente implantada. Durante el procedimiento solo los componentes tibial y femoral fueron sustituidos. ¿Cuales son los códigos de procedimiento para la revisión de los componentes femoral y tibial?

Respuesta:
Asigne el código 00.81, Revisión de sustitución de rodilla, componente tibial, y 00.82, Revisión de sustitución de rodilla, componente femoral, para el procedimiento realizado.

Catéter de Cavidad Craneal y Braquiterapia líquida

Efectivo desde el 1 de octubre de 2005, se han creado los códigos **01.26, Inserción de catéter en cavidad craneal**, **01.27, Retirada de catéter de cavidad craneal** y **92.20, Infusión de radioisótopo líquido para braquiterapia**, para identificar la inserción y retirada de catéter intracraneal y la introducción de radioisótopos líquidos.

El sistema de terapia por radiación (RTS) GliaSite® es usado para liberar radioisótopos líquidos de braquiterapia directamente en los tumores malignos cerebrales dentro de la cavidad creada por la extirpación del tumor. El catéter balón es implantado temporalmente dentro de la cavidad en el mismo acto operatorio de la resección del tumor. El paciente normalmente es dado de alta tras la cirugía inicial y reingresado aproximadamente de tres días a tres semanas más tarde para recibir el tratamiento de braquiterapia líquida. Durante el tratamiento, el balón en el extremo distal del catéter es inflado con una forma líquida de iodo-125 también conocida como Iotrex™. Iotrex™ es una fuente radiactiva simple líquida no encapsulada. El Iotrex™ permanece en el balón por un período de tres a siete días irradiando el área que rodea la cavidad del tumor. La infusión del radioisótopo líquido dentro del balón permite una liberación precisa de alta dosis de radiación. La radiación gamma emitida por Iotrex™ trata el tumor con un daño mínimo del tejido cerebral sano. Una vez que la dosis prescrita de radiación es administrada, el Iotrex™ es extraído del catéter balón y el dispositivo del catéter también se extrae.

Nuevo código **01.26 Inserción de catéter en cavidad craneal**
Codifique también cualquier procedimiento simultáneo (ej. resección (01.59))

Nuevo código **01.27 Retirada del catéter en cavidad craneal**

Nuevo código **01.26 Inserción de catéter en cavidad craneal**

Nuevo código **92.20 Infusión de radioisótopo líquido para braquiterapia**
Radioisótopo I-125
Braquiterapia intracavitaria

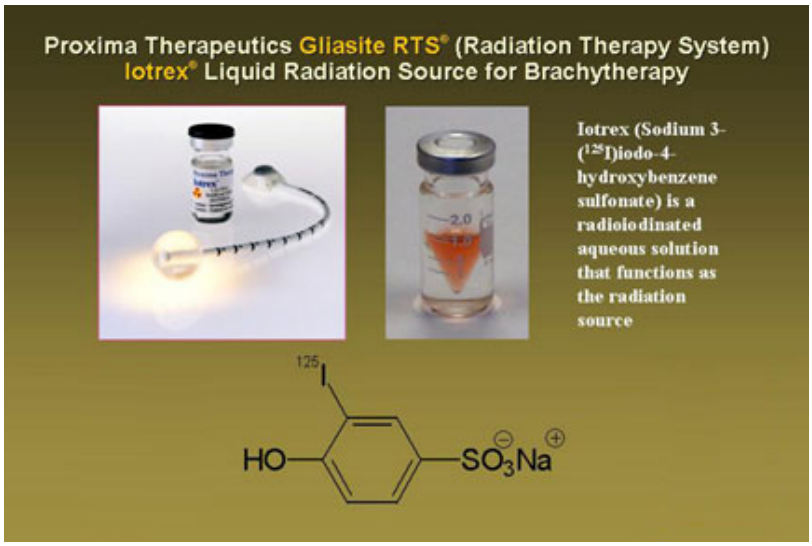
Incluve: extracción de radioisótopo

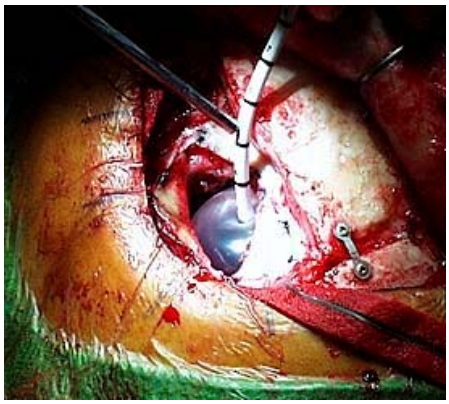
92.27 Implantación o inserción de elemento radiactivo

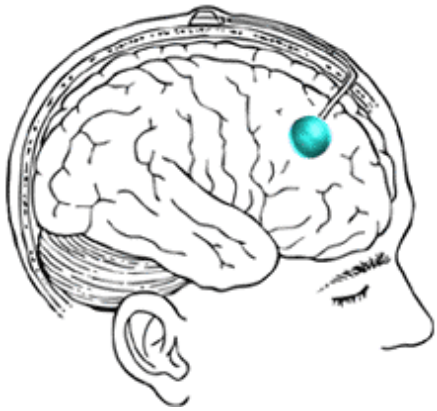
Añadir término de exclusión | Excluve: | infusión de radioisótopo líquido para Braquiterapia (92.20)

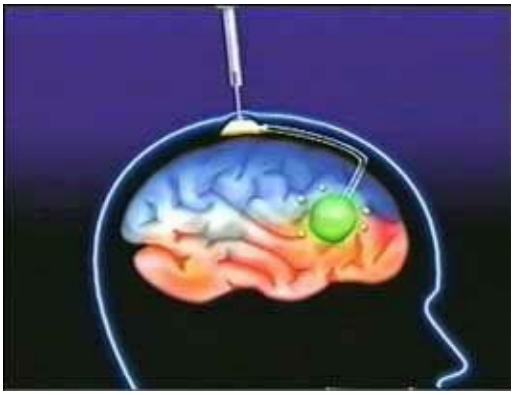
92.28 Inyección o instilación de radioisótopos

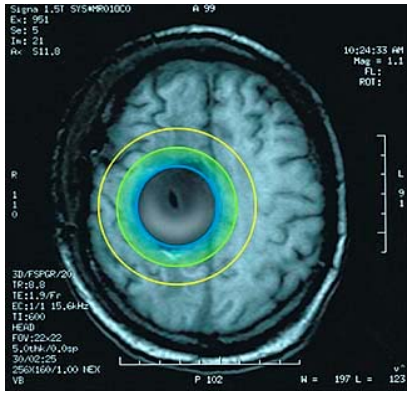
Añadir término de exclusión | Excluve: | infusión de radioisótopo líquido para Braquiterapia (92.20)











Inserción del catéter balón GliaSite® NT
http://www.gliasite.com/index_glia.asp

Pregunta:
La paciente fue diagnosticada de glioblastoma maligno frontal del cerebro. Fue sometida a resección quirúrgica del tumor con inserción de catéter GliaSite en la cavidad creada por la extirpación del tumor. La paciente es dada de alta a su domicilio y tres semanas más tarde acude al hospital para infusión de braquiterapia líquida mediante catéter craneal. Tras la terapia, el catéter es retirado y la paciente es dada de alta. ¿Cuál es la asignación de códigos adecuados?

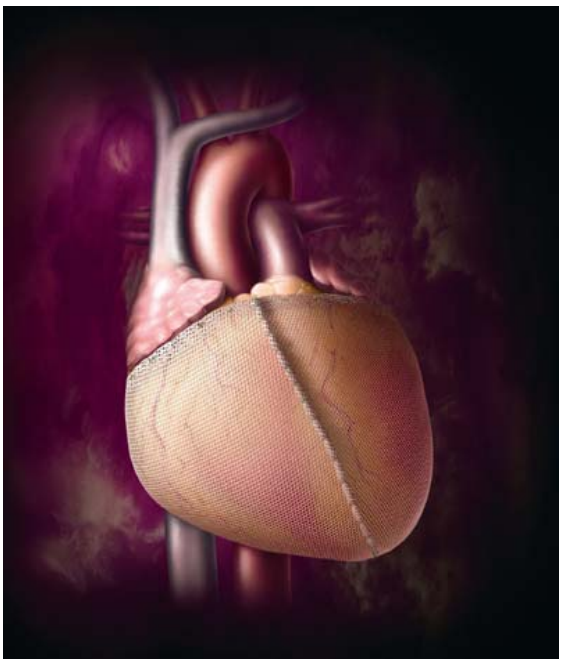
Respuesta:
Asigne el código 191.1, Neoplasia maligna de cerebro, Lóbulo frontal, como diagnóstico principal tanto para el primer como el segundo ingreso. Para el primer ingreso asigne el código 01.59, Otra escisión o destrucción de lesión de tejido cerebral, para la escisión del tumor cerebral y el código 01.26, Inserción de catéter en cavidad craneal, para la inserción del catéter intracraneal. Asigne el código 92.20, Infusión de radioisótopo de braquiterapia líquida, para la liberación del radioisótopo de braquiterapia líquida y el código 01.27, Retirada de catéter de la cavidad craneal, para el segundo ingreso.

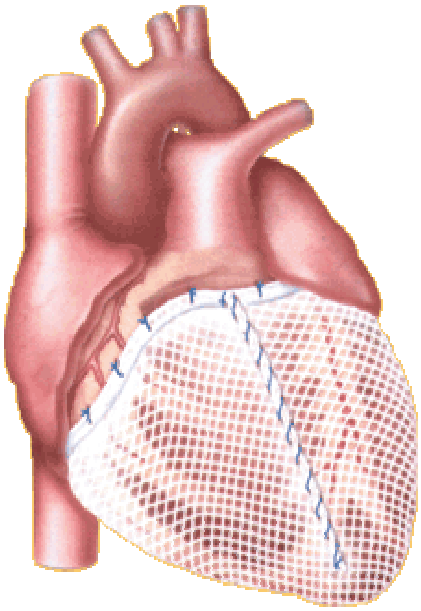
Dispositivo de Soporte Cardíaco

Efectivo desde el 1 de octubre de 2005, se ha creado el código **37.41, Implantación de dispositivo de soporte cardíaco alrededor del corazón**, para informar la implantación de un dispositivo de soporte cardíaco (CSD). Otro término indexado para este dispositivo es CorCap.

El CSD es una malla tejida que se envuelve alrededor del ventrículo. Este implante permanente reduce el estrés contra las paredes del corazón que ocurre con fallo cardíaco. También alivia la dilatación del músculo cardíaco, previniendo una progresión posterior de la enfermedad y alterando el progreso del fallo cardíaco. El CSD ha conseguido dirigir el mecanismo fisiopatológico del estrés cardiaco mientras que los tratamientos farmacológicos controlan los síntomas de la enfermedad.

Actualmente, el dispositivo se implanta mediante abordaje abierto. Se selecciona uno de los seis tamaños tras obtener la circunferencia exterior, la medida de la base al apex y las dimensiones del corazón al final de la diástole del ventrículo izquierdo. El CSD se coloca alrededor de los ventrículos con el extremo cerca del surco auriculoventricular y asegurado con puntos de sutura discontinua. Una buena práctica es realizar un pliegue en la costura anterior con el tejido sobrante usando una pinza especialmente diseñada. Las medidas del tamaño del ventrículo izquierdo al final de la diástole se toman por medio de ecocardiografía transesofágica y monitorización de presiones intracardíacas con catéter de Swan Ganz. El tejido sobrante es recortado y se hace una sutura entre la pinza y el miocardio. Cuando se quita la pinza, esta sutura anterior se refuerza con puntos. Si no hay un exceso de tensión en las suturas, ni protusión del corazón y no se impide el flujo sanguíneo, se irriga el área y el tejido circundante y se cierra el tórax. El procedimiento normalmente dura dos horas en realizarse con una estancia en la unidad de cuidados intensivos de dos a cuatro días. La media de hospitalización total es de siete a nueve días.





Dispositivo de soporte cardíaco CorCap [NT]

Nueva subcategoría 37.4 Reparación de corazón y pericardio

Nuevo código 37.41 Implantación de dispositivo de soporte cardiaco protésico alrrededor del corazón

Dispositivo de soporte caríaco (CSD)
Dispositivo de soporte epicárdico
Dispositivo de tejido (textil) (malla)
Dispositivo de soporte ventricular en la superficie del corazón

Codifique también cualquier:
derivación cardiopulmonar [circulación extracorpórea][máquina corazón-pulmón] si se ha realizado (39.61)
reparación de válvula mitral (35.02, 35.12)
sustitución de válvula mitral (35.23-35.24)
ecocardiografía transesofágica (88.72)

Excluve: sistemas de asistencia circulatoria (37.61-37.68)

Pregunta:
Un paciente con dilatación ventricular izquierda debida a fallo cardíaco congestivo sistólico crónico es ingresado para inserción de dispositivo de soporte cardíaco. ¿Cómo debe ser codificado este ingreso?

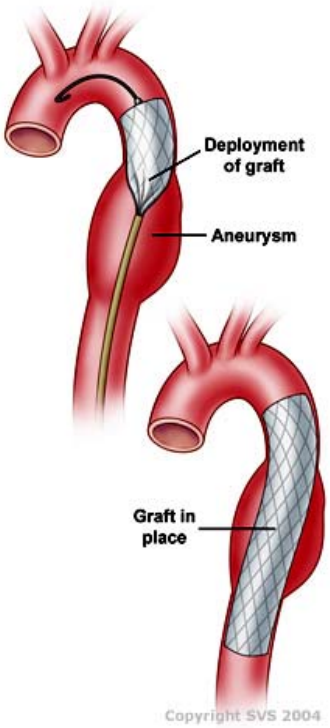
Respuesta:
Asigne el código 428.22, Fallo cardíaco sistólico, Crónico, como diagnóstico principal. Asigne el código 428.0, Fallo cardíaco congestivo, no especificado, como diagnóstico secundario. Asigne el código 37.41, Implantación de dispositivo de soporte cardíaco alrededor del corazón, para el procedimiento.

Implante Endovascular en Aorta Torácica

Efectivo desde el 1 de octubre de 2005,se ha creado un nuevo código **39.73, Implante endovascular de injerto en aorta torácica**, para informar la reparación endovascular de la aorta torácica.

La reparación convencional de los aneurismas de la aorta torácica descendente tradicionalmente incluye toracotomía e interposición de injerto. Este tipo de cirugía conlleva un importante riesgo en pacientes añosos y en aquellos con intervenciones previas, obesidad, insuficiencia respiratoria y otras comorbilidades. La reparación con endoprótesis vascular es un tratamiento alternativo mínimamente invasivo para pacientes con defectos aórticos torácicos ya sean causados por aneurisma o traumatismo como por complicaciones de una cirugía previa. La endoprótesis es un conducto construido de un material protésico ultrafino con una endoprótesis metálica autoexpandible. La función de la endoprótesis es revestir internamente la porción dañada de la aorta torácica, excluyéndola de la circulación sanguínea.

La colocación de prótesis endovascular se lleva a cabo a través de una pequeña incisión, generalmente en la pierna o ingle, proporcionado un acceso a la arteria femoral o ilíaca. Usando imagen guiada, técnica basada en el cateterismo, la endoprótesis es llevada a través de sistema vascular periférico y la aorta abdominal y se posiciona en la sección dañada de la aorta torácica. Tras su despliegue, se usa técnica de imagen para confirmar la posición correcta en la aorta. Se usa luego un balón para asegurar adecuadamente la fijación del dispositivo en la pared aórtica. En algunos casos, debe desplegarse un dispositivo adicional para asegurar la cobertura completa del segmento a tratar y/o adaptarse la anatomía irregular. Tras la exclusión completa del segmento dañado, los catéteres y tubos se retiran y se cierra la incisión de acceso de la forma usual.



Inserción de implante endovascular aórtico [NT]

Nuevo código **39.73 Implantación endovascular de prótesis en aorta torácica**

Endoprótesis
Prótesis endovascular
Reparación endovascular de defecto en aorta torácica con injerto(s) o dispositivo(s)
Endoprótesis o dispositivo(s)
Aquél para reparación de neurisma, disección o lesión

Excluve: fenestración de aneurisma disecante de aorta torácica (39.54)

39.79 Otra reparación endovascular (de aneurisma) de otros vasos

Añadir término de exclusión

Excluve: implantación endovascular de injerto en aorta torácica (39.73)

Fusión Espinal de 360 grados

Efectivo desde el 1 de octubre de 2005, el **código 81.61, Fusión espinal de 360 grados, abordaje por incisión única**, ha sido borrado de los procedimientos de la ICD-9-CM. Desde la creación del código 81.61, efectivo desde el 1 de octubre de 2002 (en España desde el 1 de enero de 2004 [NT]), ha habido una considerable confusión entre los codificadores acerca de su uso adecuado. Ya que el código 81.61 no ha sido usado de manera constante, los datos aportados no son fiables. Por lo tanto, las fusiones vertebrales de 360 grados son codificadas con los códigos adecuados de fusión espinal (81.06, 81.08, 81.36 y 81.38) dependiendo de tipo de fusión realizada.

Cuando se codifican procedimientos de fusión espinal, el codificador debe repasar cuidadosamente la documentación y determinar si es una fusión o una refusión. Adicionalmente, debe determinar si el procedimiento es una fusión intersomática lumbar anterior (ALIF), una fusión intersomática lumbar posterior (PLIF) o una fusión intersomática lumbar transforaminal (TLIF). La PLIF incluye una fusión de las porciones anterior y media de la columna mediante abordaje posterior. La TLIF incluye una fusión intersomática lateral transversa por abordaje posterior. Se han añadido nuevos términos de inclusión a los códigos 81.06, 81.08, 81.36 y 81.38 para ayudar al codificador. La ALIF es una fusión intersomática en las porciones anterior y media de la columna mediante una incisión anterior ya sea transperitoneal o retroperitoneal. Se puede realizar también laparoscópicamente. Nunca se describe como fusión de dos porciones sino como fusión intersomática. Los códigos 81.06 y 81.36 incluyen la fusión intersomática lumbar anterior (ALIF). Los códigos 81.08 y 81.38 incluyen la fusión intersomática lumbar posterior (PLIF) y la fusión intersomática lumbar transforaminal (TLIF).

Tanto la ALIF como la PLIF puede hacerse mediante injerto autólogo de hueso o mediante jaulas o "cages" (ver traducción de *Coding Clinic* 4º trimestre de 2002, páginas 85 y 86) [NT]

81.0 Fusión espinal

Borrar codifique también ~~Codifique también cualquier fusión espinal de 360 grados con incisión única (81.61)~~

81.06 Fusión lumbar y lumbosacra, técnica anterior

Añadir término inclusión Fusión intersomática lumbar anterior (ALIF)

81.08 Fusión lumbar y lumbosacra, técnica posterior

Añadir término inclusión Fusión intersomática lumbar posterior (PLIF)

Añadir término inclusión Fusión intersomática lumbar transforaminal (TLIF)

Borrar 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)~~

81.3 Refusión espinal

Borrar codifique también ~~Codifique también cualquier fusión espinal de 360 grados con incisión única (81.61)~~

81.36 Refusión lumbar y lumbosacra, técnica anterior

Añadir término inclusión Fusión intersomática lumbar anterior (ALIF)

81.08 Refusión lumbar y lumbosacra, técnica posterior

Añadir término inclusión Fusión intersomática lumbar posterior (PLIF)

Añadir término inclusión Fusión intersomática lumbar transforaminal (TLIF)

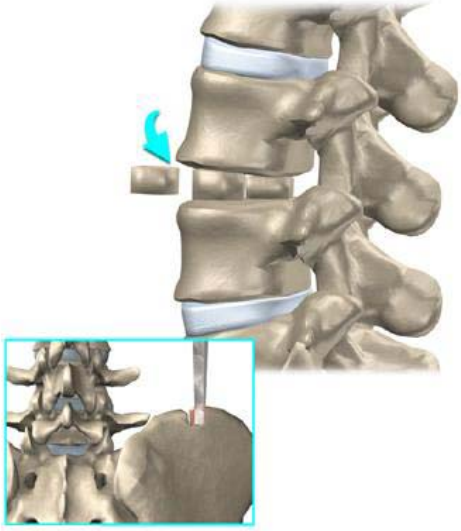
Borrar código ~~81.61 Fusión espinal de 360 grados, abordaje único~~
~~Aquél con una incisión única pero con fusión o refusión anterior y posterior~~
~~Codifique también la refusión espinal (81.30-81.39)~~
~~Codifique también la fusión espinal (81.00-81.08)~~

Pregunta:

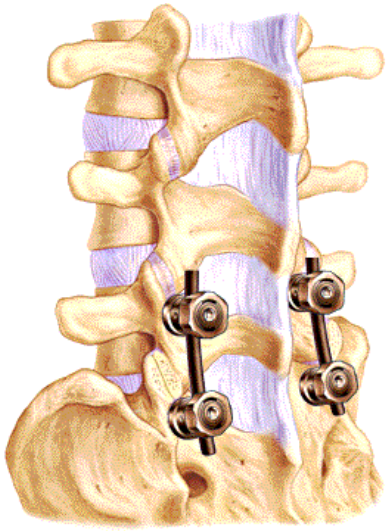
Un paciente fue sometido a una fusión intersomática lumbar posterior L5-S1 (PLIF) con una jaula intersomática lumbar posterior, fusión posterolateral y estabilización de L5-S1 con barra y tornillos de pedículo. ¿Cómo debe codificarse este procedimiento?

Respuesta:

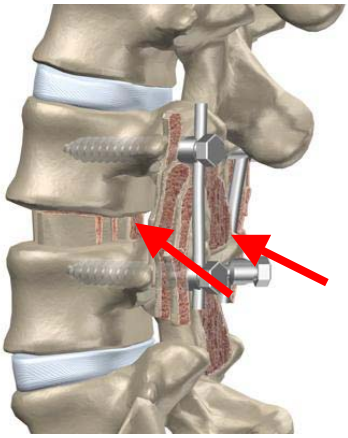
Asigne el código 81.08, Fusión lumbar y lumbosacra, técnica posterior, para la fusión intersomática lumbar posterior y fusiones espinales posterolaterales. Asigne también los códigos 84.51, Inserción de dispositivo de fusión espinal intersomático para la estabilización con jaula intersomática y el código 91.62, Fusión o refusión espinal de 2-3 vértebras. No se necesita código adicional para la estabilización con barra y tornillo de pedículo ya que la instrumentación está incluida en los códigos de fusión.

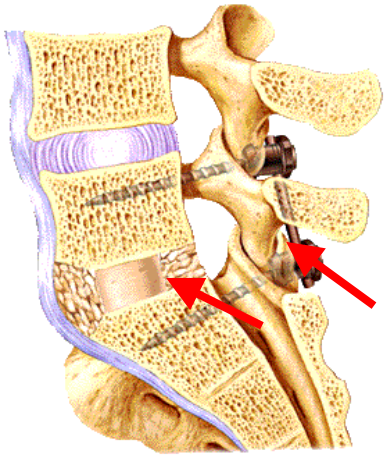


Fusión espinal vía anterior ALIF NT

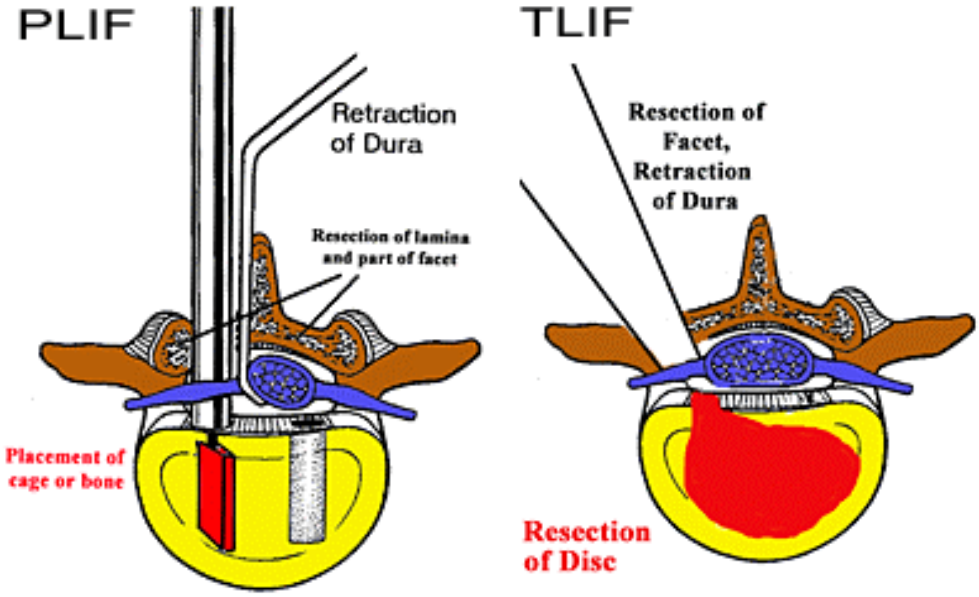


Fusión espinal vía posterior PLIF NT





Fusión espinal vía posterior PLIF NT

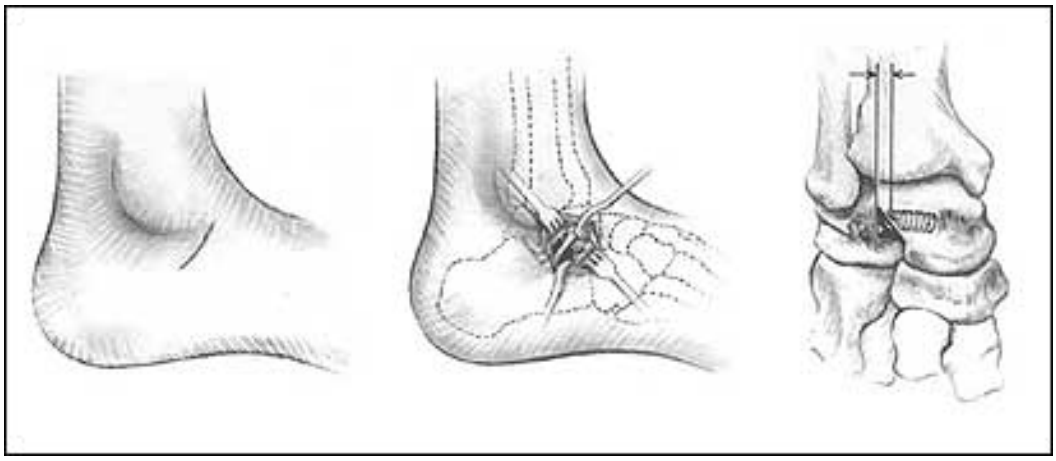


Artroereisis de la Articulación Subtalar

Efectivo desde el 1 de octubre de 2005, se ha creado un único código (81.18) para identificar la artroereisis de la articulación subtalar. Antes de esta fecha, el procedimiento se capturaba con el código 81.99, Otra operación de estructura articular.

La artroereisis es la limitación del movimiento articular exógeno una sin completa artrodesis. Limita el movimiento excesivo en el eje de la articulación afectada. Limita el movimiento en valgo excesivo en la articulación subtalar y contiene el alcance de movimiento en varo. La artrodesis, por el contrario, impide todo movimiento sobre el eje de la articulación creando una fusión quirúrgica de la misma. Hay varias técnicas quirúrgicas de artroereisis de la articulación subtalar en el tratamiento del pie plano flexible, que es la deformidad más frecuente. Algunos cirujanos usan injertos óseos para limitar la pronación excesiva de la articulación subtalar, mientras que otros usan diversos dispositivos endoprotésicos, tales como la clavija de artroereisis subtalar, las esferas de silicona de Silastic o el implante de artroereisis subtalar de Maxwell Brancheau (MBA).

El implante subtalar MBA es una "ortesis interna" diseñada para la corrección del pie valgo pediátrico y la deformidad por disfunción del tibial posterior del adulto. El implante es un dispositivo de titanio insertado en el seno del tarso. Intenta restablecer el arco bloqueando el desplazamiento anterior y posterior del astrágalo y previniendo al pie de la pronación. Haciendo eso, proporciona un movimiento normal de la articulación subtalar. El tejido crece normalmente alrededor del implante y ayuda a sostenerlo en su lugar.



Implante subtalar MBA (Maxwell-Brancheau Arthroereisis) [NT]

Revisar título 81.1 Artrodesis y artroereisis de pie y tobillo

81.13 Fusión subtalar

Excluve: artroereisis (81.18)

Nuevo código **81.18 Artroereisis de la articulación subtalar**

Inserción/Retirada de Espaciador de Cemento

Efectivo desde el 1 de octubre de 2005, se han creado códigos nuevos para identificar la inserción **(84.56)** y retirada **(84.57)** de espaciador de cemento. Antes de este cambio la inserción de espaciador de cemento estaba indexada en un código de artrotomía. La retirada de espaciador de cemento estaba anteriormente incluida en el código de revisión y no se asignaba un código adicional para la retirada del mismo. Sin embargo, el cirujano puede decidir quitar un dispositivo protésico articular existente y sustituirlo por otro nuevo. Esto debería codificarse como una revisión total y no se necesitaría insertar un espaciador. El cirujano puede retirar un dispositivo protésico articular, debido a una infección extensa, y no recolocar inmediatamente la prótesis. Para mantener el espacio mientras que se resuelve la infección debe colocarse un espaciador de cemento. Dicho espaciador se retiraría y se haría la intervención de sustitución con una prótesis articular en otro episodio de cuidado.

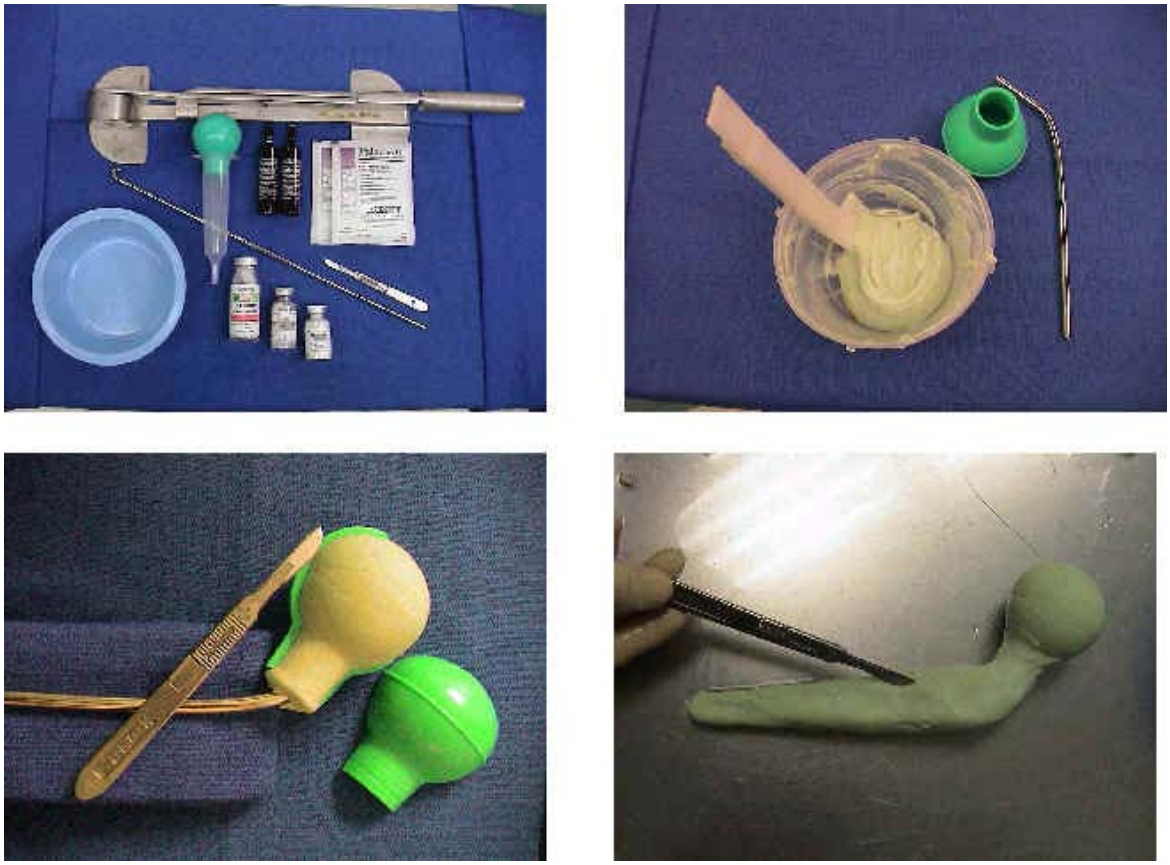
Un espaciador de cemento y una prótesis de sustitución de articulación no pueden insertarse durante el mismo episodio operatorio. Debe realizarse mediante un procedimiento en dos tiempos. El primer tiempo es para retirar la prótesis articular e insertar el espaciador de cemento. El segundo ingreso incluiría la retirada del cemento con la inserción de la nueva prótesis articular. El cirujano puede considerar ambos tiempos como revisión de procedimiento.

Nuevo código **84.56 Inserción de espaciador (de cemento)**
Inserción de espaciador articular

Nuevo código **84.57 Retirada de espaciador (de cemento)**
Retirada de espaciador articular

Pregunta:
¿Cuál es la asignación de código de procedimiento correcto para un paciente ingresado para una revisión de sustitución de cadera con retirada de espaciador de cemento? Encontramos al revisar los códigos una pequeña confusión. La categoría 81.05, Sustitución de articulación de extremidad inferior, tiene una nota de inclusión que incluye la retirada de espaciador de cemento. Sin embargo al repasar el código 81.53, Revisión de sustitución de cadera, indica codificar también la retirada de espaciador (cemento)(articular).

Respuesta:
Asigne el código 81.53, Revisión de sustitución de cadera, no especificada de otra manera, y el código 84.57, Retirada de espaciador (cemento). La discrepancia en las notas de instrucción deberán remitirse a una futura reunión del Comité de Coordinación y Mantenimiento de la ICD9CM.



Fases de modelaje de un espaciador de cemento [NT]

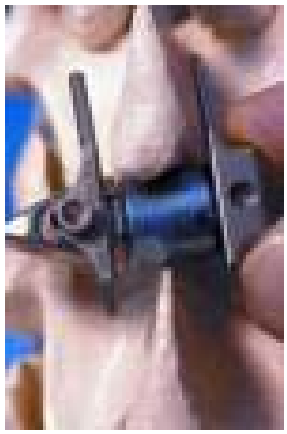
Implantación de Dispositivo de Descompresión entre Apófisis Espinosas

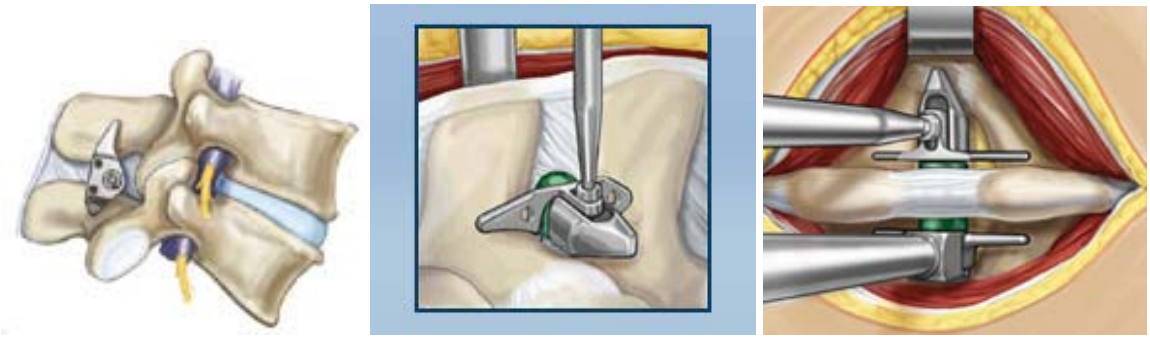
Efectivo desde el 1 de octubre de 2005, se ha creado un código nuevo para identificar solamente la implantación de dispositivo de descompresión entre apófisis espinosas **(84.58).**

Este procedimiento es realizado para tratar la estenosis vertebral lumbar (LSS) sintomática. La estenosis vertebral lumbar comprende el estrechamiento del canal vertebral o del agujero intervertebral. La estenosis degenerativa es la forma más frecuente de LSS y es parte del proceso de envejecimiento natural. Los síntomas incluyen dolor, entumecimiento y hormigueo de las extremidades inferiores. La flexión y el sentarse alivian los síntomas, mientras que la extensión los exacerba.

La implantación de dispositivos de descompresión entre apófisis espinosas (IPD) es un procedimiento mínimamente invasivo. El IPD es colocado entre las apófisis espinosas al nivel de la estenosis para limitar la extensión en dichos niveles. El IPD se implanta bajo anestesia local con ligera sedación intravenosa. Se realiza una incisión en la línea media para exponer las apófisis espinosas en el nivel de disco adecuado. Se dilata el ligamento interespinoso y se inserta el IPD asegurándolo sin accesorios al hueso y los ligamentos. El IPD está realizado con aleación de titanio de alta resistencia. El concepto que está detrás del IPD es distraer el segmento vertebral afectado y mantenerlo en una posición ligeramente flexionada para aliviar los síntomas de la estenosis vertebral lumbar. Adicionalmente, permite al paciente restablecer una postura normal en lugar de flexionar toda la columna.

En el momento de la publicación, este procedimiento estaba sometido a ensayos clínicos en doce (12) lugares en los Estados Unidos. El visto bueno de la FDA (Food and Drug Administration, agencia federal para control de medicamentos y comida **NT**) se prevee para finales de 2006.





Inserción de dispositivos de descompresión entre apófisis espinosas **NT**

Nuevo código **84.58 Implantación de dispositivo de descompresión entre apófisis espinosas**

Excluve: fusión vertebral (81.00-81.08, 81.30-81.39)

Aplicación de Dispositivos Fijadores Externos

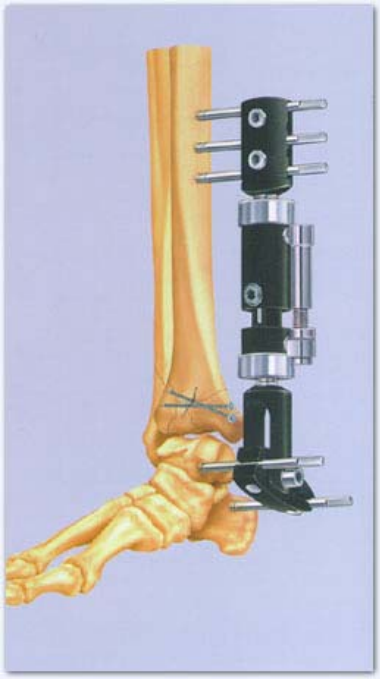
Efectivo desde el 1 de octubre de 2005, se ha creado códigos complementarios para la aplicación de dispositivos fijadores externos. Antes de este cambio no era posible diferenciar entre los distintos tipos de dispositivos fijadores externos disponibles, tales como monoplanar **(84.71)**, sistema en anillo **(84.72)** o híbrido –usando sistemas tanto monoplanar como de anillo **(84.73)**. Por favor consulte las figuras para ver ejemplos de sistema monoplanar, sistema de anillo o sistema híbrido.

Debe codificarse tanto el procedimiento primario realizado, tal como la reducción de una fractura o luxación (79.00-79.89), como los códigos adicionales de la aplicación de dispositivos fijadores externos (78.10-78.19) para indicar el lugar (ej. húmero, fémur, etc.)

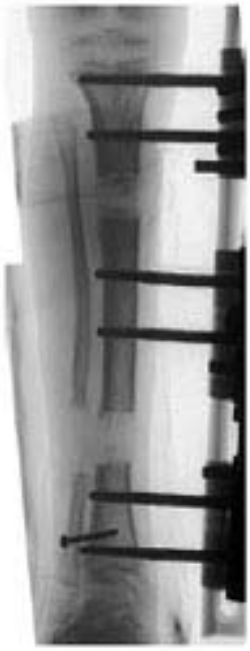
La fijación externa es una estructura usada para proporcionar un medio estable de curación para asegurar los fragmentos de hueso. Los fijadores externos se aplican para funcionar de tres maneras:

- Neutralización - Manteniendo la longitud del miembro, neutralizando la carga
- Compresión - Comprimiendo los fragmentos de hueso juntos para aumentar la estabilidad y facilitar la curación
- Distracción – Tira y separa la fractura o la osteotomía de tal manera que el hueso puede regenerarse y alargar el miembro.

La fijación externa es usada para tratar fracturas y no uniones. Se usa también para corregir deformidades óseas.



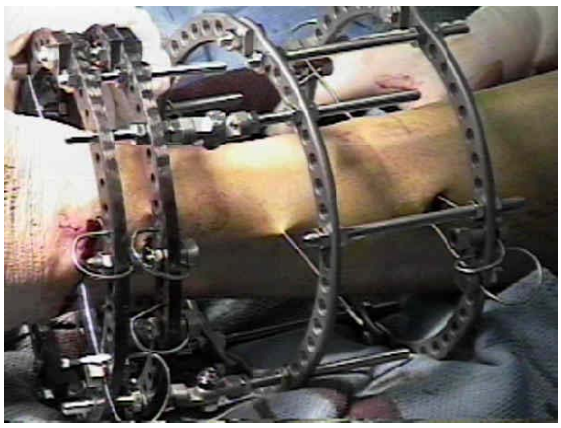
Fijadores externos monoplanares [NT]



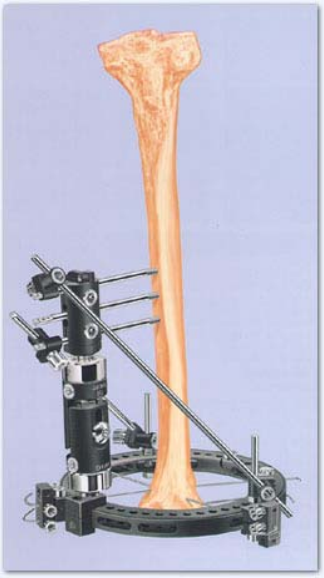
Tratamiento de un acortamiento de miembro mediante fijador monoplanar NT

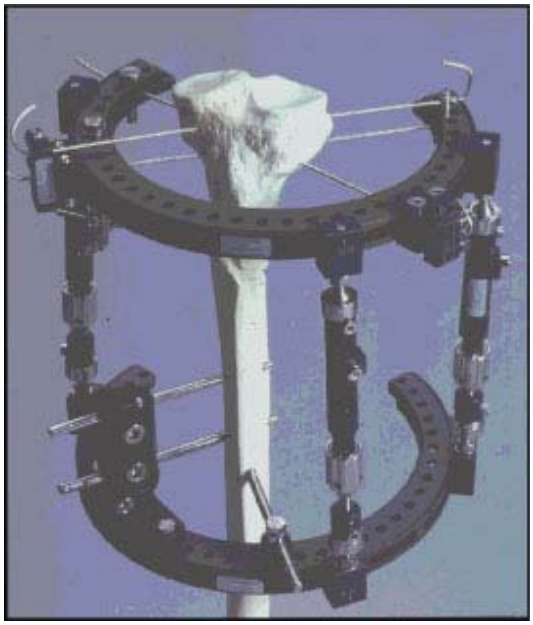
Fijadores externos en anillo tipo Ilizarov NT

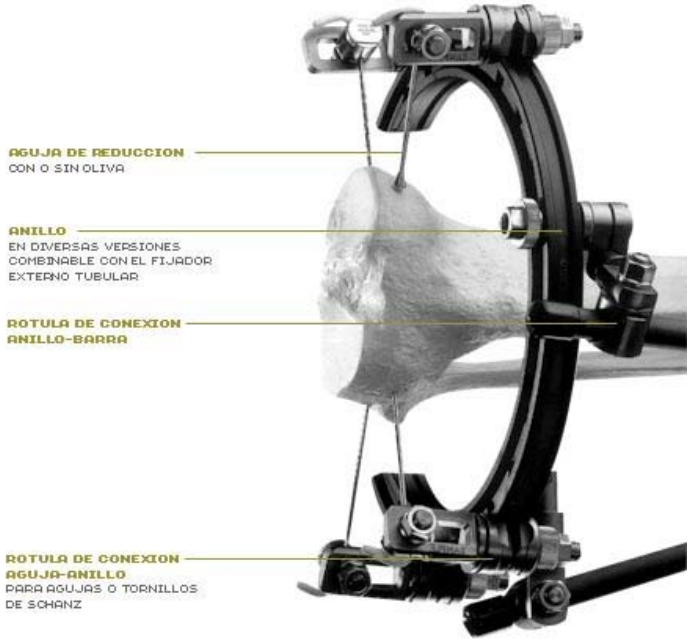
Fijador externo en anillo tipo Sheffield NT



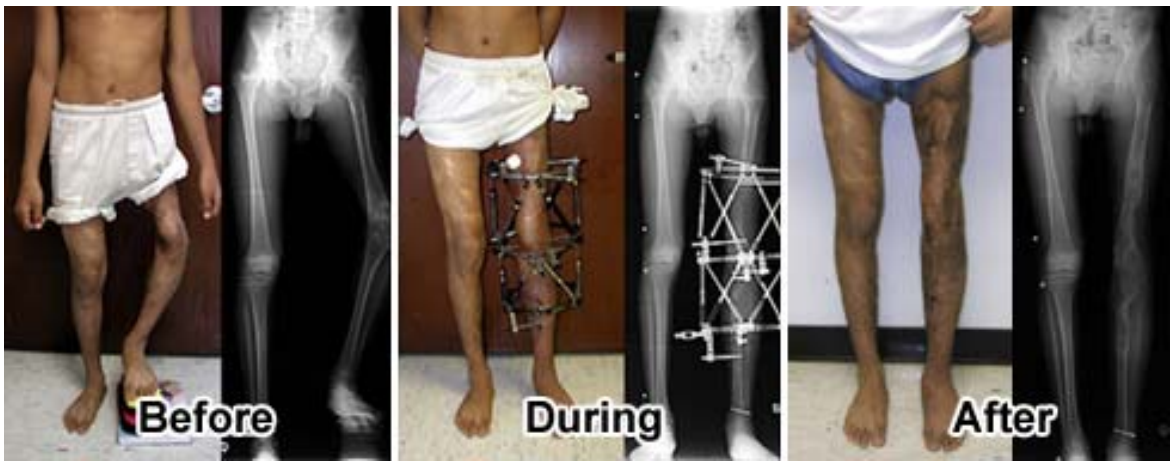
Tratamiento de fracturas mediante fijadores de anillo [NT]







Fijadores externos híbridos [NT]



Combinación de fijadores en el tratamiento de una deformidad compleja [NT]

Revisar título 78.1 Aplicación de dispositivo fijador ~~fijación~~ externo

Revisar inclusión ~~Mini~~Fijador con inserción de aguja/alambre/tornillos en el hueso

Añadir codifique Codifique también cualquier tipo de dispositivo fijador externo, si se conoce (84.71-84.73)

79 Reducción de fractura y luxación

Revisar codifique Codifique también cualquier:
aplicación de dispositivo fijador ~~fijación~~ externo (78.10-78.19)

Añadir codificar Codifique también cualquier tipo de dispositivo fijador externo, si se conoce (84.71-84.73)

Nueva Subcategoría 84.7 Códigos adjuntos para dispositivos fijadores externos

Codifique también cualquier procedimiento primario realizado:
aplicación de dispositivo fijador externo (78.10, 78.12-78.13, 78.15, 78.17-78.19)
reducción de fractura y luxación (79.00-79.99)

Nuevo código 84.71 Aplicación de dispositivo fijador externo de sistema monoplanar

Excluve: otro dispositivo o sistema híbrido (84.73)
dispositivo o sistema de anillo (84.72)

Nuevo código 84.72 Aplicación de dispositivo fijador externo de sistema de anillo

tipo Ilizarov
tipo Sheffield

Excluve: dispositivo o sistema monoplanar (84.71)
otro dispositivo o sistema híbrido (84.73)

Nuevo código **84.73** **Aplicación de dispositivo fijador externo de sistema de anillo**
Sistema híbrido usando dispositivos de anillo y monoplanar

Excluve: dispositivo o sistema monoplanar cuando se usa solo (84.71)
dispositivo o sistema de anillo cuando se usa solo (84.72)

Pregunta:
Un paciente se fractura la diáfisis del húmero izquierdo y necesita una reducción cerrada de la misma. Se aplica un dispositivo fijador externo monoplanar. ¿Cómo debe codificarse?

Respuesta:
Asigne el código 812.21, Fractura de húmero, diáfisis de húmero, cerrada para el diagnóstico. Asigne los códigos 79.01, Reducción cerrada de fractura sin fijación interna, 78.12, Aplicación de dispositivo fijador externo, húmero, y 84.71, Aplicación de dispositivo fijador externo, sistema monoplanar, para el procedimiento realizado.

Generador de Pulsos de Neuroestimulador Recargable

Efectivo desde el 1 de octubre de 2005, se ha creado para identificar específicamente el generador de pulsos de neuroestimulador recargable de disposición simple o dual **(86.97-86.98)**. Los códigos disponibles normalmente para generadores de pulsos de neuroestimulador no diferencian entre los tipos de generadores de neuroestimulación. Los códigos 86394 y 86.95 se han revisado para excluir los generadores de pulsos recargables.

Los neuroestimuladores actuales tienen un generador de pulsos equipado con una batería que se descarga a lo largo del tiempo y eventualmente necesita sustitución. Esto obliga a los pacientes a someterse a cirugías repetidas para reemplazar los generadores de pulsos. Para proporcionar un descanso y reducir la necesidad de operaciones repetidas se han desarrollado generadores de pulsos recargables. A pesar de que eventualmente también alcanzan un final, la capacidad de recargar la batería proporciona un alto rendimiento durante mucho más tiempo prolongándose a más de ocho o nueve años. Los sistemas recargables amplían el número de electrodos disponibles en un sistema implantado. El número incrementado de electrodos proporciona una extensa cobertura y da al médico una gran flexibilidad en la programación. Este aumento de la flexibilidad permite al médico reprogramar qué electrodos son activados a fin de compensar la migración de los electrodos. Esto reduce el número de veces que el médico tiene que realizar un procedimiento de revisión.

Es prematuro que el generador de pulsos recargable se convierta en el nuevo estándar en neuroestimulación para el 20 a 25% de pacientes que necesitan alta energía para tratar el dolor crónico.

Nuevo código **86.97 Inserción o sustitución de generador de pulso de neuroestimulador recargable de disposición sencilla**

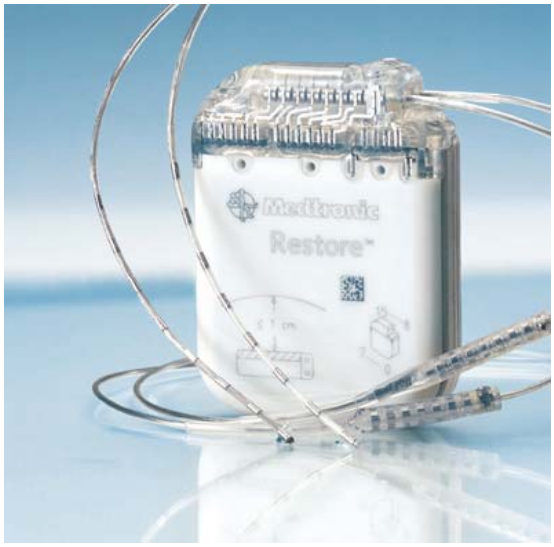
Generador de pulso recargable (disposición sencilla, canal único) para neuroestimulador intracraneal, espinal y periférico

Codifique además cualquier implantación de aguja (02.93, 03.93, 04.92)

Nuevo código **86.98 Inserción o sustitución de generador de pulso de neuroestimulador recargable de disposición doble**

Generador de pulso recargable (disposición doble, canal doble) para neuroestimulador intracraneal, espinal y periférico

Codifique además cualquier implantación de aguja (02.93, 03.93, 04.92)



Neuroestimuladores recargables con la unidad de programación y los electrodos[NT]

Consejos para codificación con ICD-9-CM de contactos para cuidados tras Huracán*

* Este capítulo se incluyó en *Coding Clinic* a raíz de los desastrosos efectos de huracanes sufridos en USA en 2005 especialmente el Katrina y el Rita en agosto y septiembre respectivamente [NT]

Introducción

Este documento tiene como propósito el ser usado como guía para ayudar a los profesionales de la codificación cuando codifican contactos para cuidados de salud en aquellas personas afectadas por un huracán. Esta nota de codificación ha sido aprobada por las cuatro Partes Cooperantes (Asociación Americana para Gestión de la Información sobre Salud, Asociación Americana de Hospitales, Centros para los Servicios Medicare y Medicaid y Centro Nacional para Estadísticas de Salud).

Uso de códigos E

Debe asignarse un código de causa externa (código E) para identificar la causa de la lesión(es) ocurridas como resultado del huracán. El uso de códigos E es suplementario a la aplicación de los códigos de diagnósticos de la ICD-9-CM. Los códigos E no deben ser nuca registrados como diagnóstico principal (listado en primer lugar en régimen ambulatorio). El código de lesión apropiado debe secuenciarse antes que cualquier código E.

El uso de códigos E está limitado a lesiones, efectos adversos y envenenamientos. No debería ser asignado en contactos para tratamiento de afecciones médicas de victimas de huracán cuando no estén implicados en lesiones, efectos adversos o envenenamientos. Los códigos E deberán asignarse para **cada** contacto de cuidado y tratamiento de lesiones. **Fíjese que esta nota es una excepción de la *Guía Oficial de la ICD-9-CM para Codificación e Información* y se aplica solamente para contactos de cuidados de salud resultantes de un huracán.** Los códigos E deben asignarse en todas las situaciones de cuidados. Con el fin de capturar los datos de ICD-9-CM completos y exactos en período posterior al huracán, una situación de cuidado de salud debe considerarse como cualquier localización donde de proporcionan cuidados médicos por profesionales con licencia de cuidados de salud.

Secuenciación de códigos E

Los sucesos catastróficos, como los huracanes, tiene prioridad frente a todos los códigos E excepto el abuso de niños y adultos y el terrorismo y debe ser secuenciado antes de otros códigos E. Asigne tantos códigos E como sean necesarios para explicar completamente cada causa. Por ejemplo, si ocurre una lesión como consecuencia del derrumbe de un edificio durante un huracán, deben asignarse códigos E tanto para el huracán como para el derrumbe del edificio con el código E del huracán secuenciado como primer código E.

Para lesiones sufridas como resultado directo de huracán, asigne el código adecuado para las lesiones, seguidas del código E908.0, Huracán, y cualquier otro código E aplicable. El código E 908.0 debe asignarse cuando la lesión es sufrida como resultado de inundación producida por rotura de dique. El código E909.3, Colapso de presa o estructura hecha por el hombre, no debe asignarse cuando la causa es un huracán. El código E909.3 está limitado a colapsos de estructuras hechas por el hombre debido a movimientos de la superficie terrestre, y los maremotos causados por la acción de una tormenta están excluidos de la categoría E909.

Otros temas con códigos E

Para lesiones que no son resultado directo de un huracán, tal como una evacuación en la que ocurre una lesión como resultado de accidente de vehículo a motor o un oficial de policía que resulta lesionado mientras intenta evitar un saqueo, signe el código E adecuado para describir la causa de la lesión, pero no asigne el código E908.0. Si no está claro si la lesión fue resultado directo del huracán, suponga que la lesión es debida al mismo y asigne el código E908.0, así como cualquier otra código E aplicable.

Adicionalmente al código E908.0, otros posibles códigos E aplicables incluyen:

- E900.0 Calor excesivo debido a condiciones atmosféricas
- E904.0 Abandono o desatención de niño y personas necesitadas de ayuda
- E904.1 Falta de comida
- E904.2 Falta de agua
- E906.0 Mordedura de perro

Uso de códigos V

Pueden asignarse códigos V de manera correcta para explicar mejor las causas de la demanda de cuidados de salud, incluidos los traslados entre servicios sanitarios. La *Guía Oficial de la ICD-9-CM para Codificación e Información* indica qué códigos pueden ser asignados sólo como diagnóstico principal, sólo como secundario y como principal o secundario (dependiendo de las circunstancias. Los posibles códigos V aplicables incluyen:

- V20.1 Otro bebé o niño sano que recibe cuidados
- V46.12 Contacto por dependencia de respirador durante corte de electricidad
- V60.0 Pérdida de vivienda
- V60.1 Vivienda inadecuada
- V60.2 Recursos materiales inadecuados
- V62.89 Otro estrés psicológico o físico NCOC
- V63.2 Persona que espera ingreso en instalación adecuada en otros sitio
- V63.8 Otra causa especificada de indisponibilidad de servicios médicos

Los códigos E y V listados arriba no son una lista completa. Pueden aplicarse otros códigos en un contacto basado en la documentación. Asigne tantos códigos como sea necesario para explicar completamente cada contacto para cuidado de salud. Dado que la información de la historia del paciente puede ser muy limitada, use cualquier documentación disponible para asignar los códigos E y V adecuados.

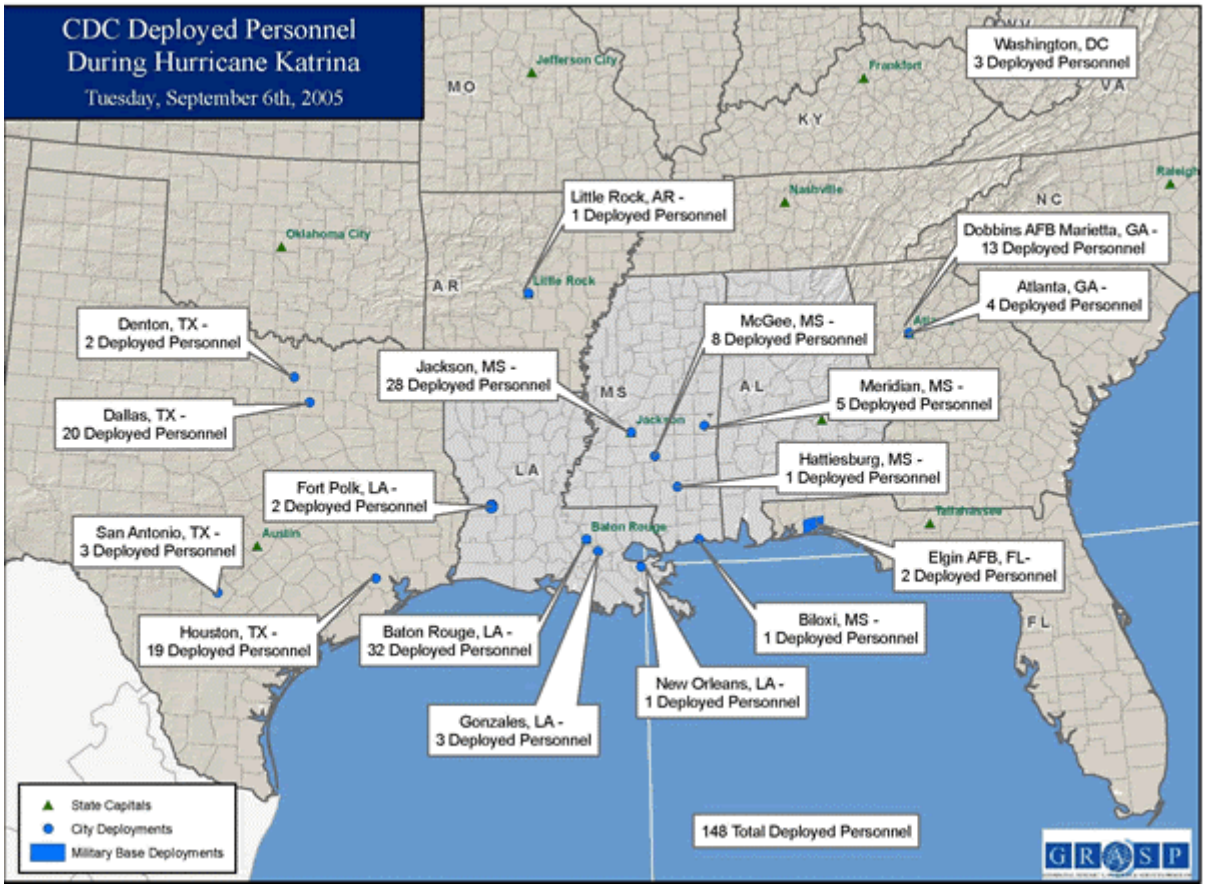
Vea la *Guía Oficial de la ICD-9-CM para Codificación e Información* para orientarse acerca del uso de los códigos diagnósticos de la ICD-9-CM, incluyendo los códigos E y V. Este documento puede ser consultado en la siguiente página:
http://www.cdc.gov/nchs/data/icd9/icdguide.pdf

Los CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades) tiene información exhaustiva específica sobre los problemas de los huracanes en la salud y la prevención de los mismos en la siguiente página [NT]

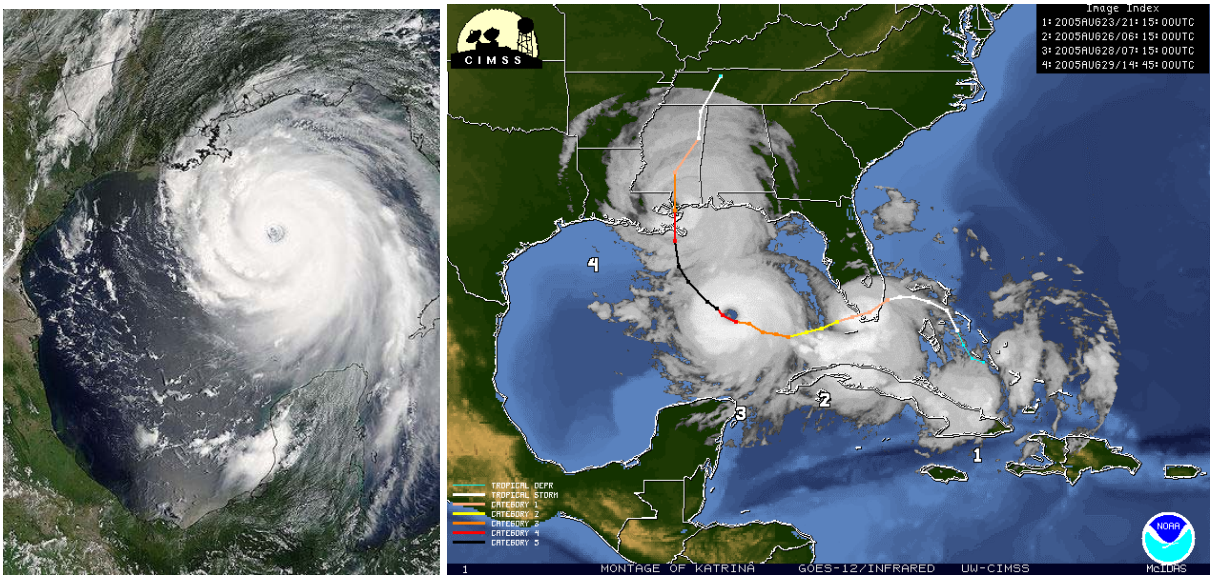
http://www.bt.cdc.gov/disasters/hurricanes/espanol/

La morbimortalidad producida por el huracán Katrina se presenta en la siguiente página [NT]

http://www.cdc.gov/od/katrina/09-06-05.htm



Despliegue de personal de los CDC durante el huracán Katrina [NT]



Imágenes de satélite del huracán Katrina [NT]

Imágenes del huracán Katrina en los estados de Louisiana, Mississipi y Alabama [NT]

El presente documento es una traducción de la publicación *Coding Clinic for* **ICD-9-CM**, editada por la AHA (American Hospital Association) y por tanto sujeta al copyright de la misma, junto con las imágenes, esquemas y explicaciones que se incluyen para una mejor comprensión de los textos y que no vienen en la publicación original y añadidos como "notas del traductor [NT]".

La elaboración de este documento se hace de manera totalmente gratuita y exclusivamente para uso particular y dirigida a personas concretas para su formación personal. La copia de este documento para otros usos no personales no cumple la finalidad del traductor, por lo que éste no se hace responsable de los mismos.