

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

**Volumen 30
Número 4**

**Cuarto Trimestre
2013**

Los códigos nuevos contenidos en este ejemplar son vigentes a partir de las altas de 1 de octubre de 2013. Cualquier otro consejo o asignación de código contenido en este ejemplar será efectivo con las altas desde el 21 de octubre de 2013 (sólo en USA ^{NT})

En este número

Tabla de conversión de los nuevos códigos de ICD-9-CM
Paralización del conjunto de códigos
Códigos de Procedimiento de la ICD-9-CM nuevos/revisados
Pregunte al Editor: ICD-9-CM
Noticias de corrección
Pregunte al Editor: ICD-10-CM

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

El National Center for Health Statistics (NCHS) y los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) 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 CMS. 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
038.12	2008	038.11 & V09.0
038.19	1997	038.1
040.41	2007	771.89
040.42	2007	872.10-872.12, 872.71-872.79, 872.9 873.1, 873.50-59 873.70-873.79, 873.9 874.10-12, 874.3, 874.5, 874.9 875.1, 876.1, 877.1, 878.1, 878.3, 878.5, 878.7, 878.9, 879.1, 879.3, 879.5, 879.7, 879.9 888.10-888.19, 881.10-881.19, 822.1, 883.1, 884.1, 885.1, 886.1, 887.1, 887.3, 887.5, 887.7, 890.1, 891.1, 892.1, 893.1, 894.1
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
041.12	2008	041.11 & V09.0
041.41-041.43, 041.49	2011	041.4
041.81-041.85	1995	041.8
041.86	1992	041.84
041.89	1992	041.8

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
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
046.11, 046.19	2008	046.1
046.71-046.72, 046.7	2008	046.8
051.01-051.02	2008	051.0
052.2	2006	052.7
052.14	2006	053.19
052.74	2006	054.79
058.10-058.12	2007	057.8
058.21, 058.29	2007	054.3
058.81-054.82, 058.89	2007	054.9
059.00	2008	046.8
059.01	2008	057.8
059.09	2008	046.8
059.10-059.12, 059.19	2008	046.8
059.20-059.22	2008	078.89
059.8-059.9	2008	057.8
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
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

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
070.71	2004	070.41
077.98-077.99	1993	077.9
078.10-078.11, 078.19	1993	078.1
078.12	2008	078.19
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
079.83	2007	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
173.00-173.02, 173.09	2011	173.0
173.10-173.12, 173.19	2011	173.1
173.20-173.22, 173.29	2011	173.2
173.30-173.32, 173.39	2011	173.3
173.40-173.42, 173.49	2011	173.4
173.50-173.52, 173.59	2011	173.5
173.60-173.62, 173.69	2011	173.6
173.70-173.72, 173.79	2011	173.7
173.80-173.82, 173.89	2011	173.8
173.90-173.92, 173.99	2011	173.9
176.0-176.9	1991	173.0-173.9
199.2	2008	996.80-996.87, 996.89

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
200.30-200.38	2007	202.80-202.88
200.40-200.48	2007	202.80-202.88
200.50-200.58	2007	202.80-202.88
200.60-200.68	2007	200.00-200.08
200.70-200.78	2007	200.00-200.08
200.70-200.78	2007	200.00-200.08
202.70-202.78	2007	202.10-202.18
203.00	1991	203.0
203.01	1991	V10.79
203.10	1991	203.1
203.11	1991	V10.79
203.12	2008	203.10
203.80	1991	203.8
203.81	1991	V10.79
203.82	2008	203.80
204.00	1991	204.0
204.01	1991	V10.61
204.02	2008	204.00
204.10	1991	204.1
204.11	1991	V10.61
204.12	2008	204.10
204.20	1991	204.2
204.21	1991	V10.61
204.22	2008	204.20
204.80	1991	204.8
204.81	1991	V10.61
204.82	2008	204.80
204.90	1991	204.9
204.91	1991	V10.61
204.92	2008	204.90
205.00	1991	205.0
205.01	1991	V10.62
205.02	2008	205.00
205.10	1991	205.1
205.11	1991	V10.62
205.12	2008	207.10
205.20	1991	205.2
205.21	1991	V10.62
205.22	2008	205.20
205.30	1991	205.3

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
205.31	1991	V10.62
205.32	2008	205.30
205.80	1991	205.8
205.81	1991	V10.62
205.82	2008	205.80
205.90	1991	205.9
205.91	1991	V10.62
205.92	2008	205.90
206.00	1991	206.0
206.01	1991	V10.63
206.02	2008	260.00
206.10	1991	206.1
206.11	1991	V10.63
206.12	2008	206.10
206.20	1991	206.2
206.21	1991	V10.63
206.22	2008	206.20
206.80	1991	206.8
206.81	1991	V10.63
206.82	2008	206.80
206.90	1991	206.9
206.91	1991	V10.63
206.92	2008	206.90
207.00	1991	207.0
207.01	1991	V10.69
207.02	2008	207.00
207.10	1991	207.1
207.11	1991	V10.69
207.12	2008	207.10
207.20	1991	207.2
207.21	1991	V10.69
207.22	2008	207.20
207.80	1991	207.8
207.81	1991	V10.69
207.82	2008	207.80
208.00	1991	208.0
208.01	1991	V10.60
208.02	2008	208.00
208.10	1991	208.1
208.11	1991	V10.60
208.12	2008	208.10
208.20	1991	208.2

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
208.21	1991	V10.60
208.22	2008	208.20
208.80	1991	208.8
208.81	1991	V10.60
208.82	2008	208.80
208.90	1991	208.9
208.91	1991	V10.60
208.92	2008	208.90
209.00	2008	152.9
209.01	2008	152.0
209.02	2008	152.1
209.03	2008	152.2
209.10	2008	153.9
209.11	2008	153.5
209.12	2008	153.4
209.13	2008	153.6
209.14	2008	153.1
209.15	2008	153.2
209.16	2008	153.3
209.17	2008	154.1
209.20	2008	199.1
209.21	2008	162.2-162.9
209.22	2008	164.0
209.23	2008	151.0-151.9
209.24	2008	189.0-189.1
209.25-209.27, 209.29	2008	199.1
209.30	2008	199.0-199.1
209.31	2009	173.0-173.3
209.32	2009	173.4
209.33	2009	173.6
209.34	2009	173.7
209.35	2009	173.5
209.36	2009	173.8, 187.7
209.40-209.43	2008	211.2
209.50-209.56	2008	211.3
209.57	2008	211.4
209.60	2008	199.0
209.61	2008	212.3
209.62	2008	212.6
209.63	2008	211.1
209.64	2008	223.0-223.1
209.65-209.67, 209.69	2008	229.8
209.70	2009	199.1
209.71	2009	196.0-196.9

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
209.72	2009	197.7
209.73	2009	198.5
209.74	2009	197.6
209.75	2009	199.0
209.79	2009	199.0
233.30-233.32, 233.9	2007	233.3
237.70-237.72	1990	237.7
237.73, 273.79	2010	237.70
238.71-238.76	2006	238.7
238.77	2008	996.80-996.89
238.79	2006	238.7
239.81, 239.89	2009	239.8
249.00	2008	250.00, 251.8
249.01	2008	250.02, 251.8
249.10	2008	250.10, 251.8
249.11	2008	250.12, 251.8
249.20	2008	250.20, 251.8
249.21	2008	250.22, 251.8
249.30	2008	250.30, 251.8
249.31	2008	250.32, 251.8
249.40	2008	250.40, 251.8
249.41	2008	250.42, 251.8
249.50	2008	250.50, 251.8
249.51	2008	250.52, 251.8
249.60	2008	250.60, 251.8
249.61	2008	250.62, 251.8
249.70	2008	250.70, 251.8
249.71	2008	250.72, 251.8
249.80	2008	250.80, 251.8
249.81	2008	250.82, 251.8
249.90	2008	250.90, 251.8
249.91	2008	250.92, 251.8
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

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
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
255.41-255.42	2007	255.4
256.31-256.39	2001	256.3
258.01	2007	258.0
258.02	2007	258.0, 193
258.03	2007	258.0
259.5	2005	257.8
259.50-259.52	2008	259.5
273.4	2004	277.6
274.00-274.03	2009	274.0 (omitido por error ^{NT})
275.01-275.03, 275.09	2010	275.0
275.40-275.42	1997	275.4
275.49	1997	275.4
275.5	2008	275.41 Cambio de la tabla 2008
276.50-276.52	2005	276.5
276.61, 276.69	2010	276.6
277.02-277.03, 277.09	2002	277.00
277.30-277.31	2006	277.3
277.39	2006	277.3
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
277.88	2009	584.8

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
278.00-278.01	1995	278.0
278.02	2005	278.00
278.03	2010	278.8
279.41, 379.49	2009	279.4
279.50-279.53	2008	996.80-996.89
282.40	2011	282.49
282.41-282.42	2003	282.4
282.43-282.47	2011	282.49
282.49	2003	282.4
282.64	2003	282.63
282.68	2003	282.69
283.10-283.11, 283.19	1993	283.1
284.01	2006	284.0
284.09	2006	284.0
284.11-284.12	2011	284.1, 284.89
284.19	2011	284.1
284.1	2006	284.8
284.2	2006	284.8, 285.8
284.81, 284.9	2007	284.8
285.21-285.22, 285.29	2000	285.8
285.3	2009	284.89
286.52-286.53, 286.59	2011	286.5
287.30-287.33, 287.39	2005	287.3
287.41, 287.49	2010	287.4
288.00-288.04	2006	288.0
288.09	2006	288.0
288.4	2006	288.0
288.50-288.51	2006	288.0, 288.8
288.59	2006	288.0
288.60-288.65	2006	288.8
288.66	2007	288.69
288.69	2006	288.8
289.52	2003	289.59
289.53	2006	288.0
289.81-82, 289.89	2003	298.8

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
289.83	2006	289.89
289.84	2008	287.4
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
294.20-294.21	2011	294.8
300.82	1996	300.81
305.1	1994	305.10, 305.11, 305.12, 305.13 (códigos borrados)
310.81, 310.89	2011	310.8
312.81-312.82, 312.89	1994	312.8
315.32	1996	315.39
315.34	2007	315.31, 315.39
315.35	2010	307.0
320.81-320.89	1992	320.8
323.01-323.02	2006	323.0
323.41-323.42	2006	323.4
323.51-323.52	2006	323.5
323.61-323.63	2006	323.6
323.71-323.72	2006	323.7
323.81-323.82	2006	323.8
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
327.10-327.14	2005	780.53, 780.54
327.15	2005	307.43
327.19	2005	780.53, 780.54
327.20-327.27	2005	780.57
327.29	2005	780.51, 780.53, 780.57
327.30-327.37, 327.39	2005	307.45
327.40-327.44, 327.49	2005	780.59

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
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
331.5	2007	331.3
331.6	2011	331.89
331.82	2003	331.89
331.83	2006	310.1
333.71-333.72	2006	333.7
333.79	2006	333.7
333.85	2006	333.82
333.92-333.93	1994	333.99
333.94	2006	333.99
337.00-337.01, 337.09	2008	337.0
337.20-337.22, 337.29	1993	337.9
337.3	1998	337.9
338.0	2006	código de dolor por sitio o 348.8
338.11	2006	código de dolor por sitio
338.12	2006	código de dolor por sitio
338.18	2006	codifique dolor por sitio
338.19	2006	codifique dolor por sitio
338.21	2006	codifique dolor por sitio
338.22	2006	codifique dolor por sitio
338.28	2006	codifique dolor por sitio
338.29	2006	codifique dolor por sitio
338.3-338.4	2006	codifique dolor por sitio
339.00-339.02	2008	346.20-346.21
339.03-339.04	2008	346.90-346.91
339.05, 339.09	2008	784.0
339.10-339.12	2008	307.81
339.20-339.22	2008	784.0
339.3	2008	784.0
339.41	2008	346.90-346.91
339.42-339.44	2008	784.0
339.81-339.85, 339.89	2008	784.0

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
341.20	2006	323.9
341.21	2006	323.8
341.22	2006	323.9
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
344.30-344.32	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
346.02-346.03	2008	346.01
346.10-346.11	1992	346.1
346.12-346.13	2008	346.11
346.20-346.21	1992	346.2
346.22-346.23	2008	346.21
346.30-346.33	2008	346.80-346.81
346.40-346.43	2008	625.4
346.50-346.53	2008	346.00-346.01
346.60-346.63	2008	346.00-346.01
346.70-346.73	2008	346.90-346.91
346.80-346.81	1992	346.8
346.82	2008	346.80
346.83	2008	346.81
346.90-346.91	1992	346.9
346.92	2008	346.90
346.93	2008	346.91
347.00-347.01	2004	347
347.10-347.11	2004	347
348.30-348.31, 348.39	2003	348.3

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
348.81	2009	348.8
348.82	2011	348.89
348.89	2009	348.8
349.31, 349.39	2008	998.2
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
358.30-358.31, 358.39	2011	358.1
359.21-359.24	2007	359.2
359.29	2007	359.2
359.71, 359.79	2009	359.89
359.81, 359.89	2002	359.8
362.03-362.07	2005	362.02
362.20, 362.22-362.27	2008	362.21
364.81, 364.89	2007	364.8
364.82	2008	364.89
365.05	2011	365.01
365.06	2011	365.00
365.70-365.74	2011	365.10-365.13, 365.20, 365.23, 365.31, 365.52, 365.62-365.63, 365.65
365.83	2002	365.89
371.82	1992	371.89
372.06	2009	372.01
372.34	2008	372.51
372.81, 372.89	2000	372.8
374.87	1990	374.89
377.43	2006	377.49
379.27	2011	379.29
379.60-379.63	2006	379.99
380.03	2004	733.99

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
388.45	2007	315.32
389.05-389.06	2007	389.0
389.13	2007	389.12
389.15	2006	389.18
389.16	2006	389.18
389.17	2007	389.11
389.20-389.22	2007	389.2
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
414.2	2007	414.00-414.07
414.3	2008	414.00-414.07
414.4	2011	414.00-414.07
415.11	1995	997.3 & 415.1
415.12	2007	415.19
415.13	2011	415.19, 444.0

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
415.19	1995	415.1
416.2	2009	415.19
423.3	2007	423.9
425.11	2011	425.1
425.18	2011	425.4
426.82	2005	794.31
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
429.83	2006	429.89
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
438.13-438.14	2009	438.19
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

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
438.32	1997	344.42 & 438
438.40	1997	344.30 & 438
438.41	1997	344.31 & 438
438.42	1997	344.32 & 438
438.50-438.52	1997	344.89 & 438
438.53	1998	438.50
438.6-438.7	2002	438.89
438.81	1997	784.69 & 438
438.82	1997	787.2 & 438
438.83-438.85	2002	438.89
438.89	1997	438
438.9	1997	438
440.20-440.22	1992	440.2
440.23	1993	440.20 & 707.1 ó 707.8 ó 707.9
440.24	1993	440.20 & 785.4
440.29	1993	440.20
440.30-440.32	1994	996.1
440.4	2007	440.20-440.29, 440.30-440.32
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
444.01-444.09	2011	444.0
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
447.70-447.73	2010	441.9
449	2007	038.0-038.9
451.82-451.84	1993	451.89
453.40-453.42#	2004	453.8 Títulos cambiados a agudos solamente

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
453.50-453.52	2009	453.40-453.42
453.6	2009	453.8
453.71-453.77, 453.79	2009	453.8
453.81-453.87, 453.89	2009	453.8# Títulos expandidos y cambiados a agudos solamente
454.8	2002	454.9
458.2	1995	997.9 & 458.9
458.21, 458.29	2003	458.2
458.8	1997	458.9
459.10-459.14, 459.19	2002	459.1
459.30-459.33, 459.39	2002	459.89
464.00-464.01	2001	464.0
464.50-464.51	2001	464.0
466.11	1996	466.1
466.19	1996	466.1
474.0#	1997	474.0
474.00-474.02	1997	474.0
477.1	2000	477.8
477.2	2004	477.8
478.11	2006	478.1
478.19	2006	478.1
480.3	2003	480.8
482.30-482.39	1992	482.3
482.40	1998	482.4
482.41	1998	482.4
482.42	2008	482.41 & V09.0
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

Título de código cambiado

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
483.1	1996	078.88 & 484.8
483.8	1992	483
488	2007	487.0-487.8
488.01-488.02, 488.09	2010	488.0
488.1	2009	487.0-487.8
488.11-488.12, 488.19	2010	488.1
488.81	2011	487.0
488.82	2011	487.1
488.89	2011	487.8
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
508.2	2011	987.9
511.81	2008	197.2
511.89	2008	511.8
512.1	1994	997.3
512.2	2011	512.8
512.81	2011	512.8
516.30	2011	516.8
516.31	2011	515, 516.3
516.32	2011	515, 516.8
516.33	2011	515, 516.3
516.34	2011	515
516.35-516.37	2011	516.8
516.4	2011	238.1
516.5	2011	277.89, 202.5
516.61-516.63	2011	770.7, 516.8
516.64	2011	770.7
516.69	2011	770.7, 516.8

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
517.3	2003	282.62
518.51	2011	518.5, 518.81
518.52	2011	518.5
518.53	2011	518.5, 518.84
518.6	1997	518.89
518.7	2006	997.3
518.81	1987	799.1
518.82-518.89	1987	518.8
518.83	1998	518.81
518.84	1998	518.81
519.00-519.02, 519.09	1998	519.0
519.11	2006	519.1
519.19	2006	519.1
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
521.81	2006	873.63, 873.73
521.89	2006	521.8
523.00-53.01	2006	523.0
523.10-523.11	2006	523.1
523.20-523.25	2004	523.2
523.30-523.33	2006	523.3
523.40-523.42	2006	523.4
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

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
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
525.60-525.67, 525.69	2006	525.8
525.71-525.73, 525.79	2007	525.8
526.61-526.63, 526.69	2006	526.8
528.00-528.02, 528.09	2006	528.0
528.71-528.72, 528.79	2004	528.7
530.10-530.11, 530.19	1993	530.1
530.12	2001	530.10
530.13	2008	530.19
530.20-530.21	2003	530.2
530.81	1993	530.1
530.82-530.84, 530.89	1993	530.8
530.85	2003	530.2
530.86	2004	997.4
530.87	2004	997.4
530.89	1993	530.8
535.00-535.01	1991	535.0
535.10-535.11	1991	535.1
535.20-535.21	1991	535.2
535.30-535.31	1991	535.3
535.40-535.41	1991	535.4
535.50-535.51	1991	535.5
535.60-535.61	1991	535.6
535.70	2008	535.40
535.71	2008	535.41
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
538	2006	558.9
539.01, 539.09	2011	997.4
539.81, 539.89	2011	997.4

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
556.0-556.6	1994	556
556.8-556.9	1994	556
558.3	2000	558.9
558.41-558.42	2008	558.9
560.32	2010	560.39
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	728.89
567.38	2005	567.2
567.39	2005	567.9
567.81-567.82, 567.89	2005	567.8
569.43	2007	565.0
569.44	2008	569.49
569.60-569.61	1995	596.6
569.62	1998	569.69
569.69	1995	596.6
569.71	2009	997.4 & 558.9
569.79	2009	569.89
569.84	1990	557.1
569.85	1991	569.84
569.86	2002	569.82
569.87	2009	569.89
571.42	2008	571.49
573.5	2011	572.8, 573.8
574.60	1996	574.00 & 574.30
574.61	1996	574.01 & 574.31
574.70	1996	574.10 & 574.40
574.71	1996	574.11 & 574.41
574.80	1996	574.00 & 574.10

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
574.81	1996	574.30 & 574.40 574.01 & 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
596.81	2011	997.5
596.82	2011	996.39
596.83	2011	997.5
596.89	2011	596.8
599.60	2005	599.6
599.69	2005	599.6
599.70-599.72	2008	599.8
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
608.20-608.24	2006	608.2
608.82	2001	608.83
608.87	2001	608.89
611.81	2008	611.8
611.82	2008	757.6

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
611.83, 611.89	2008	611.8
612.0-612.1	2008	611.8
616.81-616.89	2006	616.8
618.00-618.05, 618.09	2004	618.0
618.81-618.83	2004	618.1
618.84	2006	618.1
618.89	2004	618.8
621.30-621.33	2004	621.3
621.34	2009	621.30
622.10-622.12	2004	622.1
624.01-624.03, 624.09	2007	624.0
625.70	2008	625.8
625.71	2008	616.10
625.79	2008	625.8
629.20-629.23	2004	629.8
629.29	2006	629.20
629.31-629.32	2011	996.76
629.81, 629.89	2006	629.9
629.89	2006	629.8 (nota de corrección)
631.0, 631.8	2011	631
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
649.00-649.04	2006	648.40-648.44
649.10-649.14	2006	646.10-646.14
649.20-649.24	2006	V23.89
649.30	2006	641.30, 648.90, 666.30
649.31	2006	641.31, 648.91
649.32	2006	648.92, 666.32

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
649.33	2006	641.33, 648.93
649.34	2006	648.94, 666.34
649.40-649.44	2006	648.90-648.94
649.50-649.51	2006	641.90-641.91
649.53	2006	641.93
649.60-649.64	2006	646.80-646.84
649.70-649.71, 649.73	2008	654.50-654.51, 654.53, 654.60-654.61, 654.63
649.81-649.82	2011	654.2
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
664.60	2007	664.20
664.61	2007	664.21
664.64	2007	664.24
665.10, 665.11	1992	665.10, 665.11, 665.12, 665.14 Nota: el 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 ***
670.00, 670.02, 670.04	2009	670.00, 670.02, 670.04# [Títulos de código modificados, ahora son códigos inespecíficos]

*** Modificado el 2 de octubre de 2004

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
670.10, 670.12, 670.14	2009	670.00, 670.02, 670.04
670.20, 670.22, 670.24	2009	670.00, 670.02, 670.04
670.30, 670.32, 670.34	2009	670.00, 670.02, 670.04
670.80, 670.82, 670.84	2009	671.20, 671.22, 671.24, 671.40, 671.42, 671.44, 671.50, 671.52, 671.54
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
678.00-678.01, 678.03	2008	656.80-656.81, 656.83
678.10-678.11, 678.13	2008	653.7
679.00-679.04	2008	656.00-656.01, 656.03, 656.80-656.81, 656.83,
679.10-679.14	2008	653.00-656.01, 656.03
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
695.10-695.15, 695.19	2008	695.1
695.50-695.59	2008	695.1
702.0-702.8	1991	702
702.11, 702.19	1994	702.1
704.02	1993	704.09
704.41-704.42	2011	704.8
705.21-705.22	2004	780.8

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
707.00-707.07, 707.09	2004	707.0
707.10-707.15, 707.19	2000	707.1
707.20-707.25	2008	707.00-707.07, 707.09
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)
724.03	2010	724.02
726.13	2011	726.19
727.83	2000	727.89
728.86	1995	729.4
728.87	2003	728.9
728.88	2003	728.89
729.71-729.73, 729.79	2006	729.9
729.90-729.92, 729.99	2008	729.9
731.3	2006	733.9
733.10-733.16, 733.19	1993	733.1
733.45	2007	733.49
733.93	2001	733.16
733.94	2001	733.19
733.95	2001	733.19
733.96-733.98	2008	733.95
738.10-738.19	1992	738.1
747.31-747.32, 747.39	2011	747.3
747.60-747.64, 747.69	1993	747.6
747.82	1993	747.89
747.83	2002	747.89, 747.9
752.31-752.34	2010	752.3
752.35	2010	752.2
752.36, 752.39	2010	752.3
752.43-752.47	2010	752.49

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
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
756.72-756.73	2009	756.79
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
760.61-760.64	2008	760.6
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
767.11, 767.19	2003	767.1
768.7	2006	768.9

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
768.70-768.73	2009	768.7
770.10-770.18	2005	770.1
770.81-770.84, 770.89	2002	770.8
770.85-770.86	2005	770.1
770.87	2006	770.89
770.88	2006	768.9
771.81-771.83, 771.89	2002	771.8
772.10-772.14	2001	772.1
775.81	2006	775.8
775.89	2006	775.8
777.50-777.53	2008	777.5
779.31-779.33	2009	779.3
779.34	2009	783.41
779.7	2001	772.1
779.81-779.82	2002	779.8
779.83	2003	779.89
779.84	2005	Ninguno (suprimir código)
779.85	2006	779.89
779.89	2002	779.8
780.01-780.02	1992	780.0
780.03	1993	780.01
780.09	1992	780.0
780.31	1997	780.3
780.32	2006	780.39
780.33	2010	780.39
780.39	1997	780.3
780.57	1992	780.51, 780.53
780.58	2004	780.59
780.60-780.61	2008	780.6
780.62	2008	998.89, 998.59
780.63	2008	999.9
780.64	2008	780.99
780.65	2008	780.99
780.66	2010	780.62
780.71	1998	780.7
780.72	2008	344.00
780.79	1998	780.7
780.91-780.92	2002	780.9
780.93	2003	780.99

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
780.94	2003	780.99
780.95	2005	780.99
780.96	2006	780.99
780.97	2006	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
784.42-784.44	2009	784.49
784.51, 784.59	2009	784.5
784.91	2006	473.9
784.92	2010	526.9
784.99	2006	784.9
785.52	2003	785.59
786.03	1998	786.09
786.04	1998	786.09
786.05	1998	786.09
786.06	1998	786.09
786.07	1998	786.09
786.30-786.31, 786.39	2010	786.3
787.01-787.03	1994	787.0
787.04	2009	787.01, 787.03
787.20-787.24, 787.29	2007	787.2
787.60-787.63	2010	787.6
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
788.64-788.65	2006	788.69
788.69	1993	788.6

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
788.91	2008	788.39
788.99	2008	788.9
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
789.51	2007	197.6
789.59	2007	789.5
789.60-789.67, 789.69	1994	789.6
789.7	2009	789.00-789.07, 789.09
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
793.11	2011	518.89, 793.1
793.19	2011	518.3, 793.1
793.80-793.81, 793.89	2001	793.8
793.82	2009	793.89
793.91, 793.99	2006	793.9
795.00-795.02, 795.09	2002	795.0
795.03	2004	622.1
795.04	2004	622.1
795.05	2004	795.09
795.06	2006	795.04
795.07	2008	795.09
795.08	2004	795.09
795.10-795.16	2008	795.1# (Las afecciones del 795.1, se codifican ahora en el 796.9)
795.18-795.19	2008	795.1# (Las afecciones del 795.1, se codifican ahora en el 796.9)
795.31, 795.39	2002	795.3
795.51	2011	795.5
795.52	2011	795.5, 795.79

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
795.71	1994	795.8 (código borrado)
795.79	1994	795.7
795.8	1986	795.7
795.81-795.82	2006	796.9
795.89	2006	796.9
796.5	1997	796.9
796.6	2004	796.9
796.70-796.79	2008	795.1# (Las afecciones del 795.1, se codifican ahora en el 796.9)
799.01-799.02	2005	799.0
799.21-799.23	2009	799.2
799.24	2009	301.3
799.25	2009	799.89
799.29	2009	799.2
799.51	2010	314.00
799.52	2010	307.9
799.53	2010	781.8
799.54-799.55	2010	307.9
799.59	2010	310.1, 294.9, 799.89
799.81	2003	799.8
799.82	2009	799.89
799.89	2003	799.8
808.44	2011	808.49
808.54	2011	808.59
813.45	2002	813.42
813.46	2009	813.43
813.47	2009	813.44
823.40-823.42	2002	823.80-823.82
832.2	2009	832.00-832.05, 832.09 [corrección de código 1 Oct. 2010]
840.7	2001	840.8
850.11-850.12	2003	850.1

Título del código cambiado

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
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
958.90-958.93, 958.99	2006	958.8
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
969.00-969.05, 969.09	2009	969.0
969.70-969.73, 969.79	2009	969.7
970.81, 970.89	2010	970.8
989.81-989.84	1995	989.8
989.89	1995	989.8
995.20-995.23	2006	995.2
995.24	2009	995.29
995.27, 995.29	2006	995.2
995.50-995.55	1996	995.5
995.59	1996	995.5
995.60-995.69	1993	995.0
995.7	2000	Ninguno
995.80	1996	995.81
995.81#	1996	995.81
995.82-995.85	1996	995.81
995.86	1998	995.89
995.90-995.94	2002	038.0-038.9
996.04	1994	996.09
996.40-996.47, 996.49	2005	996.4

Título del código cambiado

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
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
996.88	2011	996.85, 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
997.31	2008	997.3
997.32	2011	997.39
997.39	2008	997.3
997.41, 997.49	2011	997.4
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
998.00-998.02, 998.09	2011	998.0
998.11-998.12	1996	998.1
998.13	1996	998.89
998.30	2008	998.32
998.33	2008	998.32
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
999.31	2007	999.3, 999.60-999.69
999.32-999.33	2011	999.31
999.34	2011	999.39
999.39	2007	999.3

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
999.41	2011	999.89
999.42, 999.49	2011	999.4
999.51	2011	999.89
999.52, 999.59	2011	999.5
999.60-999.63, 999.69	2010	999.6
999.70-999.74	2010	999.7
999.75-999.79	2010	999.89
999.80	2010	999.9
999.81-999.82	2008	999.9
999.83-999.85	2010	999.9
999.89	2008	999.8
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
V02.53-V02.54	2008	V02.59
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
V07.51-V07.52, V07.59	2008	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
V10.90-V10.91	2009	V10.9
V11.4	2010	V11.8

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
V12.00-V12.03, V12.09	1994	V12.0
V12.04	2008	V12.09
V12.21, V12.29	2011	V12.2
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
V12.53-V12.54	2007	V12.59
V12.55	2011	V12.51
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	2002	V13.2
V13.22	2007	V13.29
V13.23-V13.24	2010	V13.29
V13.29	2002	V13.2
V13.51-V13.52, V13.59	2008	V13.5
V13.61	1998	V13.6
V13.62-V13.68	2010	V13.69
V13.69	1998	V13.6
V13.81	2011	V14.0-V14.9, V15.01-V15.09
V13.89	2011	V13.8
V15.01-V15.09	2000	V15.0
V15.21-V15.22, V15.29	2008	V15.2
V15.41-V15.42	1996	V15.4
V15.49	1996	V15.4
V15.51	2008	V15.5
V15.52	2009	V15.59
V15.53	2010	V15.59
V15.59	2008	V15.5
V15.80	2009	V15.89
V15.82	1994	305.13 (Código borrado)
V15.83	2009	V15.89
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
V16.52	2007	V16.59
V16.59	1998	V16.5

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
V17.41, V17.49	2007	V17.4
V17.81	2005	V17.8
V17.89	2005	V17.8
V18.11, V18.19	2007	V25.09
V18.51, V18.59	2006	V18.5
V18.61	1998	V18.6
V18.69	1998	V18.6
V18.9	2005	V19.8
V19.11, V19.19	2011	V19.1
V20.31-V20.32	2009	V20.2
V21.30-V21.35	2000	Ninguno
V23.41, V23.49	2002	V23.4
V23.42	2011	V23.49
V23.7	1989	V23.8
V23.81-V23.84, V23.89	1998	V23.8
V23.85-V23.86	2008	V23.89
V23.87	2011	V23.89
V25.03	2003	V25.01
V25.04	2007	V25.09
V25.11	2010	V25.1
V25.12-V25.13	2010	V25.42
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
V26.34-V26.35	2006	V26.31
V26.39	2006	V26.32
V26.41	2006	V26.4
V26.42	2009	V26.49
V26.49	2007	V26.4
V26.51-V26.52	1998	Ninguno
V26.81	2007	V26.8
V26.82	2009	V26.89
V26.89	2007	V26.8
V28.6	1997	V28.8
V28.81-V28.82, V28.89	2008	V28.8

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
V29.0-V29.1	1992	V71.8
V29.2	1994	V29.8
V29.3	1998	V29.8
V29.8	1992	V71.8
V29.9	1992	V71.9
V30.00-V30.01	1989	V30.0
V31.00-V31.01	1989	V31.0
V32.00-V32.01	1989	V32.0
V33.00-V33.01	1989	V33.0
V34.00-V34.01	1989	V34.0
V35.00-V35.01	1989	V35.0
V36.00-V36.01	1989	V36.0
V37.00-V37.01	1989	V37.0
V39.00-V39.01	1989	V39.0
V40.31	2011	294.11
V40.39	2011	V40.3
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
V45.11	2008	V45.1
V45.12	2008	V15.81
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

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
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
V45.86	2006	V45.89
V45.87-V45.88	2008	V45.89
V46.11-V46.12	2004	V46.1
V43.13	2005	V46.11
V43.14	2005	V46.11
V46.2	2002	V46.8
V46.3	2008	V46.9
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
V49.85	2007	369.00-369.9 con 389.00-389.9
V49.86	2010	Ninguno
V49.87	2010	Ninguno
V49.89	2000	V49.8
V50.41-V50.42, V50.49	1994	V50.8
V51.0, V51.8	2008	V51
V53.01-V53.02, V53.09	1997	V53.0
V53.31	1994	V53.3
V53.32, V53.39	1994	V53.9
V53.50	2009	V53.5
V53.51	2009	V59.99
V53.59	2009	V53.5
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	2002	V54.8

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
V54.82	2011	V54.89
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
V58.30-V58.32	2006	V58.3
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
V58.68	2011	V58.69
V58.69	1995	V67.51
V58.71-V58.78	2002	V58.49
V58.81	1994	V58.8
V58.82	1995	V58.89
V58.83	2000	V58.89
V58.89	1994	V58.8
V59.01-V59.02, V59.09	1995	V59.0
V59.6	1995	V59.8
V59.70-V59.74	2005	V59.8
V60.81, V60.89	2009	V60.8
V61.01-V61.06	2008	V61.0
V61.07-V61.8	2009	V61.09
V61.09	2008	V61.0
V61.10-V61.12	1996	V65.49
V61.22	1996	V61.21
V61.23-V61.25	2009	V61.29
V61.42	2009	V61.49
V62.21-V62.22, V62.29	2008	V62.2

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
V62.83	1996	V65.49
V62.84	2005	V62.89
V62.85	2010	Ninguno
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
V68.1, V68.09	2007	V68.0
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
V72.11	2006	V72.1
V72.12	2007	V72.19
V72.19	2006	V72.1
V72.31-V72.32	2004	V72.3
V72.40-V72.41	2004	V72.4
V72.42	2005	V22.0-V22.1
V72.60-V72.63, V72.69	2009	V72.6
V72.81-V72.85	1993	V72.8
V72.86	2005	V72.83
V73.81	2007	V73.89
V73.88-V73.89	1993	V73.8
V73.98-V73.99	1993	V73.9
V76.10-V76.12	1997	V76.1

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
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
V80.01, V80.09	2009	V80.0
V82.71	2006	V26.31
V82.79	2006	V26.32
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
V84.81, V84.89	2007	V84.8
V85.0	2005	Ninguno
V85.1	2005	Ninguno
V85.21-V85.25	2005	Ninguno
V85.30-V85.39	2005	Ninguno
V85.4	2005	Ninguno
V85.41-V85.45	2010	V85.4
V85.51-V85.54	2006	Ninguno
V86.0-V86.1	2006	Ninguno
V87.01	2008	V15.89
V87.02	2011	V87.09
V87.09	2008	V15.89
V87.11-V87.12, V87.19	2008	V15.89
V87.2	2008	V15.89
V87.31	2008	V15.89
V87.32	2009	V87.39
V87.39	2008	V15.89
V87.41-V87.42	2008	V15.89
V87.43-V87.46	2009	V87.49
V87.49	2008	V15.89
V88.01-V88.03	2008	V45.77

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
V88.11-V88.12	2010	V45.79
V88.21	2011	736.39
V88.22	2011	736.6
V88.29	2011	736.89
V89.01	2008	658.00-658.01, 658.03,
V89.02	2008	657.00-657.01, 657.03,
V89.03	2008	655.00-655.01, 655.03,
		655.10-655.11, 655.13,
		655.20-655.21, 655.23
V89.04	2008	656.50-656.51, 656.53,
		656.60-656.61, 656.63
V89.05	2008	654.50-654.51, 654.53,
		654.60-654.61, 654.63,
		644.10-644.11, 644.13
V89.09	2008	655.80-655.81, 656.83,
		656.90-656.91, 656.93
V90.01, V90.09	2010	V15.59
V90.10-V90.12	2010	V15.59
V90.2	2010	V15.59
V90.31-V90.33, V90.39	2010	V15.59
V90.81, V90.83, V90.89	2010	V15.59
V90.9	2010	V15.59
V91.00-V91.03, V91.09	2010	Ninguno
V91.10-V91.12, V91.19	2010	Ninguno
V91.20-V91.22, V91.99	2010	Ninguno
V91.90-V91.92, V91.99	2010	Ninguno
E000.0-E000.1	2009	Ninguno
E000.2	2010	E000.8
E000.8-E000.9	2009	Ninguno
E001.0-E001.1	2009	Ninguno
E002.0-E002.9	2009	Ninguno
E003.0-E003.3, E003.9	2009	Ninguno
E004.0-E004.4, E004.9	2009	Ninguno
E005.0-E005.4, E005.9	2009	Ninguno
E006.0-E006.6, E006.9	2009	Ninguno
E007.0-E007.9	2009	Ninguno
E008.0-E008.4, E008.9	2009	Ninguno
E009.0-E009.5, E009.9	2009	Ninguno
E010.0-E010.3, E010.9	2009	Ninguno
E011.0-E011.1, E011.9	2009	Ninguno
E012.0-E012.2, E012.9	2009	Ninguno

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
E013.0-E013.5	2009	Ninguno
E014.0-E014.1, E014.9	2009	Ninguno
E015.0-E015.2, E015.9	2009	Ninguno
E016.0-E016.2, E016.9	2009	Ninguno
E017.0-E017.9	2009	Ninguno
E018.0-E018.3	2009	Ninguno
E019.0-E019.2, E019.9	2009	Ninguno
E029.0-E029.2, E029.9	2009	Ninguno
E030	2009	Ninguno
E830.7	2009	E830.0-E830.3
E831.7	2009	E831.0-E831.3
E832.7	2009	E832.0-E832.3
E833.7	2009	E833.0-E833.3
E834.7	2009	E834.0-E834.3
E835.7	2009	E835.0-E835.3
E836.7	2009	E836.0-E836.3
E837.7	2009	E837.0-E837.3
E838.7	2009	E838.0-E838.3
E854.8	1995	E858.8
E869.4	1994	E869.8
E876.6-E876.7	2009	E876.5
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

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
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
E927.0-E927.4	2008	E927
E927.8-E927.9	2008	E927
E928.3	2000	E928.8
E928.4	2003	E928.8
E928.5	2003	E928.8
E928.6	2007	E928.8
E928.7	2009	E928.8
E933.6-E933.7	2007	E933.8
E955.6	1997	E955.9
E955.7	2002	E955.4
E967.2	1996	E967.0
E967.3	1996	Ninguno
E967.4-E967.8	1996	E967.1
E968.5	1995	E968.8
E968.6	1997	E968.8
E968.7	2000	E968.8
E985.6	1997	E985.4
E985.7	2002	E985.4
E979.0-E979.9	2002	E960.0-E966, E968.0-E968.9
E990.1-E990.3	2009	E990.8
E991.4-E991.8	2009	E991.9
E992.0-E992.3	2009	E992
E992.8-E992.9	2009	E992
E993.0-E993.9	2009	E993

Códigos Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
E994.0-E994.3	2009	E994
E994.8-E994.9	2009	E994
E995.0-E995.4	2009	E995
E995.8-E995.9	2009	E995
E996.0-E996.3	2009	E996
E996.8-E996.9	2009	E996
E997.3	2009	E997.9
E998.0-E998.1	2009	E998
E998.8-E998.9	2009	E998
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
00.19	2007	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
00.44	2006	Ninguno
00.45	2005	Ninguno
00.46	2005	Ninguno
00.47	2005	Ninguno
00.48	2005	Ninguno
00.49	2008	39.97
00.50	2002	37.80-37.87 y 37.70-37.74, 37.76
00.51	2002	37.94

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
00.52	2002	Ninguno
00.53	2002	37.80-37.87
00.54	2002	37.96
00.55	2002	39.90
00.56	2006	89.63
00.57	2006	37.79
00.58	2008	89.61
00.59	2008	89.69
00.60	2010	00.55
00.61	2004	39.50
00.62	2004	39.50
00.63	2004	00.55, 39.90
00.64	2004	00.55, 39.90
00.65	2004	00.55, 39.90
00.66	2005	36.01 (Código borrado) 36.02 (Código borrado) 36.05 (Código borrado)
00.67	2008	89.61
00.68	2008	89.61
00.69	2008	89.62
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
00.77	2006	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
00.85	2006	81.51
00.86	2006	81.52
00.87	2006	81.52
00.91	2004	Ninguno
00.92	2004	Ninguno
00.93	2004	Ninguno
00.94	2007	Ninguno

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
00.95	2012	99.29
00.96	2013	99.06
01.10	2007	01.18
01.16	2007	01.18
01.17	2007	01.18
01.20	2010	86.95
01.26	2005	Ninguno
01.27	2005	Ninguno
01.28	2006	01.26
01.29	2010	86.05
02.21	2011	02.2 (código borrado)
02.22	2011	02.2 (código borrado)
02.96	1992	89.19
03.90	1987	03.99 (Inserción de catéter)
05.25	1995	39.7
07.83	2007	07.81
07.84	2007	07.82
07.95	2007	07.92
07.98	2007	07.89
11.75	1989	11.79
11.76	1989	11.62
13.90	2006	13.9 (Código borrado)
13.91	2006	13.9 (Código borrado)
14.81	2013	14.73-14.74
14.82	2013	97.31
14.83	2013	14.9
17.11	2008	53.03
17.12	2008	53.04
17.13	2008	53.05
17.21	2008	53.14
17.22	2008	53.15
17.23	2008	53.16
17.24	2008	53.17
17.31	2008	45.71
17.32	2008	45.72

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
17.33	2008	45.73
17.34	2008	45.74
17.35	2008	45.75
17.36	2008	45.76
17.37	2008	45.79
17.41	2008	Ninguno
17.42	2008	Ninguno
17.43	2008	Ninguno
17.44	2008	Ninguno
17.45	2008	Ninguno
17.49	2008	Ninguno
17.51	2009	Ninguno
17.52	2009	Ninguno
17.53	2011	00.61
17.54	2011	00.62
17.55	2011	00.66
17.56	2011	39.50
17.61	2009	01.59
17.62	2009	01.59, 06.31
17.63	2009	50.29
17.69	2009	32.29, 60.61, 85.20
17.70	2009	99.25
17.71	2010	88.59
17.81	2011	Ninguno
20.96-20.98	1986	20.95
22.12	1988	22.11
26.12	1988	26.11
27.64	2004	27.69
29.31	1991	83.02
29.32	1991	29.3
29.39	1991	29.3
31.45	1988	31.43-31.44
31.95	1989	31.75
32.01	1989	32.0
32.09	1989	32.0
32.20	2007	32.29

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
32.22	1995	32.29, 32.9
32.23	2006	32.29
32.24	2006	32.29
32.25	2006	32.29
32.26	2006	32.29
32.27	2010	32.26
32.28	1989	32.29
32.30	2007	32.3 (Código borrado)
32.39	2007	32.3 (Código borrado)
32.41	2007	32.4 (Código borrado)
32.49	2007	32.4 (Código borrado)
32.50	2007	32.5 (Código borrado)
32.59	2007	32.5 (Código borrado)
33.20	2007	33.28
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
33.71	2006	33.22, 96.05
33.72	2008	33.22
33.73	2009	33.71
33.78	2006	33.22, 96.05
33.79	2006	33.22, 96.05
34.05	1994	34.99
34.06	2007	34.04
34.20	2007	34.24
34.52	2007	34.51
35.05	2011	35.21
35.06	2011	35.21
35.07	2011	35.25
35.08	2011	35.25
35.09	2011	35.20
35.55	2006	35.53
35.84	1988	35.82
35.96	1986	35.03
35.97	2010	35.96
36.00-36.03	1986	36.0
36.04	1986	39.97

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
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
36.17	1996	36.19
36.31	1998	36.3
36.32	1998	36.32
36.33	2006	36.32
36.34	2006	36.32
36.39	1998	36.3
37.20	2006	37.26
37.26-37.27	1988	37.29
37.28	2001	88.72
37.34	1988	37.33
37.35	1997	37.33
37.36	2008	37.33
37.37	2010	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
37.55	2008	37.64
37.60	2008	37.65
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

* 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
37.78	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
38.23	2008	00.21-00.29
38.24	2009	00.24, 38.23
38.25	2009	00.21-00.23, 00.25, 38.23
38.26	2011	00.56, 00.57
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
38.97	2010	38.93, 89.52
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
39.74	2006	38.01, 38.02
39.75	2009	39.72
39.76	2009	39.72
39.77	2011	39.79
39.78	2011	39.71
39.79	2000	39.52
39.81	2010	39.8 (Código borrado)
39.82	2010	04.92
39.83	2010	86.96
39.84	2010	04.92
39.85	2010	86.09
39.86	2010	04.92

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
39.87	2010	04.93
39.88	2010	86.05
39.89	2010	39.8 (Código borrado)
39.90	1996	39.50
41.00-41.03	1988	41.0
41.04	1994	99.79
41.05	1997	Ninguno
41.06	1997	Ninguno
41.07	2000	41.04
41.08	2000	41.05
41.09	2000	41.01
42.25	1988	42.24
42.33	1989	42.32, 42.39
42.33	1990	42.91
43.11	1989	43.1
43.19	1989	43.1, 43.2
43.41	1989	43.41, 43.49
43.82	2011	43.89
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)
45.81	2008	45.8 (Código borrado)

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
45.82	2008	45.8 (Código borrado)
45.83	2008	45.8 (Código borrado)
45.95	1987	45.93
46.13	1992	46.12 (Código borrado)
46.32	1989	46.39
46.85	1989	46.99
46.86	2009	46.85
46.87	2009	46.85
46.97	2000	46.99
47.01	1996	47.0
47.09	1996	47.0
47.11	1996	47.1
47.19	1996	47.1
48.36	1995	45.42
48.40	2008	48.49
48.42	2008	48.49
48.43	2008	48.49
48.50	2008	48.5 (Código borrado)
48.52	2008	48.5 (Código borrado)
48.59	2008	48.5 (Código borrado)
49.31	1989	49.3
49.39	1989	49.3
49.75	2002	49.79
49.76	2002	49.79
50.13	2007	50.11
50.14	2007	50.19
50.23	2006	50.29
50.24	2006	50.29
50.25	2006	50.29
50.25	2006	50.29
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

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
52.13	1989	51.97, 52.91
52.14	1989	52.11
52.21	1989	52.2
52.22	1989	52.2
52.84	1996	99.29
52.85	1996	99.29
52.86	1996	99.29
52.93	1989	52.93 + 52.91
52.94	1989	52.09
52.97	1989	52.91
52.98	1989	52.91
52.99	1989	52.93, 52.94, 52.99
53.42	2008	53.41
53.43	2008	53.49
53.62	2008	53.61
53.63	2008	53.69
53.71	2008	53.7 (Código borrado)
53.72	2008	53.7 (Código borrado)
53.75	2008	53.7 (Código borrado)
53.83	2008	53.80
53.84	2008	53.80
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
55.32	2006	55.39
55.33	2006	55.39
55.34	2006	55.39
55.35	2006	55.39
56.33-56.34	1987	56.33
56.35	1987	45.12
57.17-57.18	1989	57.21
57.22	1989	57.22, 57.82
58.31	1990	58.3
58.39	1990	58.3
59.03	1996	59.02
59.12	1996	59.11

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
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
68.16	1987	68.13
68.23	1996	68.29
68.24	2011	39.79
68.25	2011	99.29
68.31	2003	68.3
68.39	2003	68.3
68.41	2006	68.4 (Código borrado)
68.49	2006	68.4 (Código borrado)
68.51	1996	68.5

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
68.59	1996	68.5
68.61	2006	68.6 (Código borrado)
68.69	2006	68.6 (Código borrado)
68.71	2006	68.7 (Código borrado)
68.79	2006	68.7 (Código borrado)
68.9	1992	68.4
70.53	2007	70.50
70.54	2007	70.51
70.55	2007	70.52
70.63	2007	70.61
70.64	2007	70.62
70.78	2007	70.77
70.93	2007	70.92
70.94	2007	Ninguno
70.95	2007	Ninguno
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

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
78.91*	1987	78.41
78.92*	1987	78.42
78.93*	1987	78.43
78.94*	1987	78.44
78.95*	1987	78.45
78.96*	1987	78.46
78.97*	1987	78.47
78.98*	1987	78.48
78.99*	1987	78.49
80.50-80.59	1986	80.5
80.53	2008	03.99
80.54	2008	03.99
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
81.30-81.34	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
81.64	2003	Ninguno
81.65	2004	78.49

* 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
81.66	2004	78.49
81.72	1989	81.79
81.73-81.74	1989	81.41
81.62	2003	Ninguno
81.63	2003	Ninguno
81.75	1989	81.87
81.79	1989	81.79, 81.87
81.80	1989	81.81
81.88	2010	81.80
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
84.80	2007	84.58 (Código borrado)
84.81	2007	78.59
84.82	2007	84.59
84.83	2007	78.59
84.84	2007	84.59
84.85	2007	78.59
84.94	2010	78.51
85.55	2010	85.99
85.70	2008	85.7 (Código borrado)
85.71	2008	85.7 (Código borrado)

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
85.72	2008	85.7 (Código borrado)
85.73	2008	85.7 (Código borrado)
85.74	2008	85.7 (Código borrado)
85.75	2008	85.7 (Código borrado)
85.76	2008	85.7 (Código borrado)
85.79	2008	85.7 (Código borrado)
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
86.87	2010	86.89
86.90	2010	86.83
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
86.97	2005	86.94
86.98	2005	86.95
88.59	2007	88.90
88.90	1986	88.39
88.91	1986	89.15
88.92	1986	89.39
88.93	1986	88.15
88.94	1986	89.39
88.95	1986	89.29
88.96	2002	88.91-88.97
88.97	1989	88.99
88.98	1989	88.90
88.99	1986	89.39
89.10	1989	89.15
89.17-89.18	1988	89.15
89.19	1989	89.15
89.49	2004	89.59
89.50	1991	89.54
89.60	2002	89.65
92.3	1995	01.59, 04.07, 07.63, 07.68
92.30-92.33, 92.39	1998	92.3
92.41	2007	92.25

Códigos Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de octubre de	Asignación de código previa
93.90	1988	93.92
94.61-94.69	1989	94.25
96.29	1998	96.39
96.6	1986	96.35
96.70	1991	93.92 (Código borrado)
96.71	1991	93.92 (Código borrado)
96.72	1991	93.92 (Código borrado)
97.05	1989	51.97
97.44	2001	37.64
98.51-98.52	1989	59.96 (Código borrado)
98.59	1989	59.96 (Código borrado)
99.00	1995	99.02
99.10	1998	99.29
99.15	1986	99.29
99.20	1998	99.29
99.28	1994	99.25
99.71-99.79*	1988	99.07
99.75	2000	99.29
99.76	2002	99.79
99.77	2002	Ninguno
99.78	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”

Paralización el conjunto de códigos

Debido a la paralización parcial del conjunto de códigos en preparación para la implantación de la ICD-10-CM/PCS, no hay códigos de diagnóstico nuevos o revisados en la ICD-9-CM, o cambios en la Guía Oficial para Codificación e Información para el año fiscal 2014 (1 de octubre de 2013 al 30 de septiembre de 2014 ^{NT}).

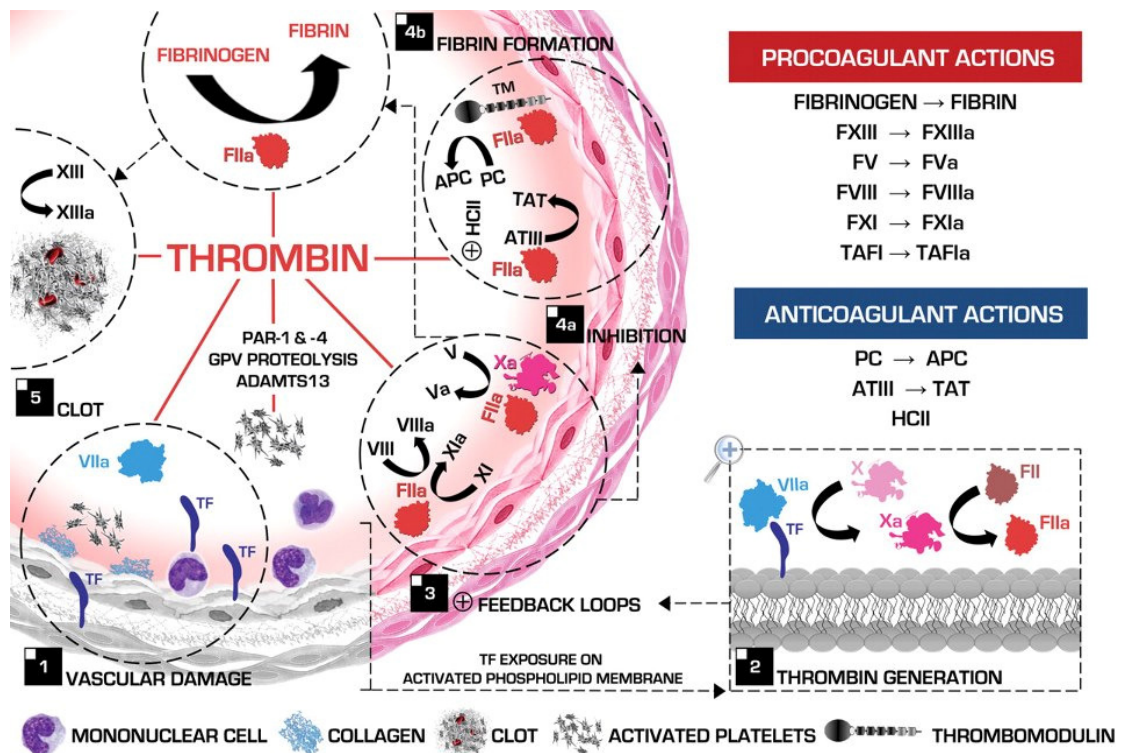
VOLÚMEN 3 CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTOS NUEVOS/REVISADOS

Inyección de 4F-PCC

Efectivo desde el 1 de octubre de 2013, se ha creado el código **00.96, Infusión de concentrado de 4 factores del complejo de la Protrombina**, para la administración de este nuevo fármaco de factores de coagulación de la sangre. Kcentra™ (denominado Beriplex™ fuera de USA NT) es el primer fármaco de concentrado de 4 factores del complejo de la protrombina (4F-PCC) aprobado por la Administración para Comida y Fármacos (FDA) para la el tratamiento de reversión urgente de la deficiencia adquirida de factores de coagulación inducidos por antagonistas de la vitamina K (ej. Warfarina) en adultos con sangrando agudo grave. El medicamento contiene los factores de la coagulación de la sangre II, VII, IX y X, y Proteína C y S.



Kcentra y Beriplex® NT



La Warfarina es un anticoagulante usado para prevenir la formación o el crecimiento de coágulos en sangre o vasos sanguíneos. Las indicaciones del uso de Warfarina son fibrilación auricular, trombosis venosa profunda, trombosis pulmonar y de válvulas cardíacas mecánicas. La Warfarina aumenta significativamente el riesgo de sangrado debido al desarrollo de deficiencia de factores de coagulación. De acuerdo con el fabricante, la infusión de 4F-PCC proporciona una resolución rápida y beneficiosa de la deficiencia de factores de coagulación del paciente.

Nuevo código

00.96 Infusión de concentrado de 4 factores del complejo de la Protrombina

Infusión de concentrado de 4F-PCC

Excluye:

transfusión de factores de coagulación (99.06)
transfusión de complejo del Factor IX (99.06)

99.06 Transfusión de factores de coagulación

Añadir término de exclusión

Excluye:

infusión de 4 factores de Concentrado del Complejo de la Protrombina (00.96)

Pregunta:

Una mujer de 55 años fue ingresada con ampollas hemorrágicas en los muslos. Había notado también que tenía hemoptisis y sangre en heces. Le había sido prescrita Coumadin (Warfarina sódica^{NT}) debido a una historia reciente de embolismo pulmonar. Fue admitida en el hospital para tratamiento ingresado y se administró infusión de 4F-PCC que fue bien tolerado. La paciente fue dada de alta con el diagnóstico de necrosis gangrenosa de la piel inducida por Warfarina, hemoptisis y sangre en heces. ¿Cómo debería codificarse este caso?

Respuesta:

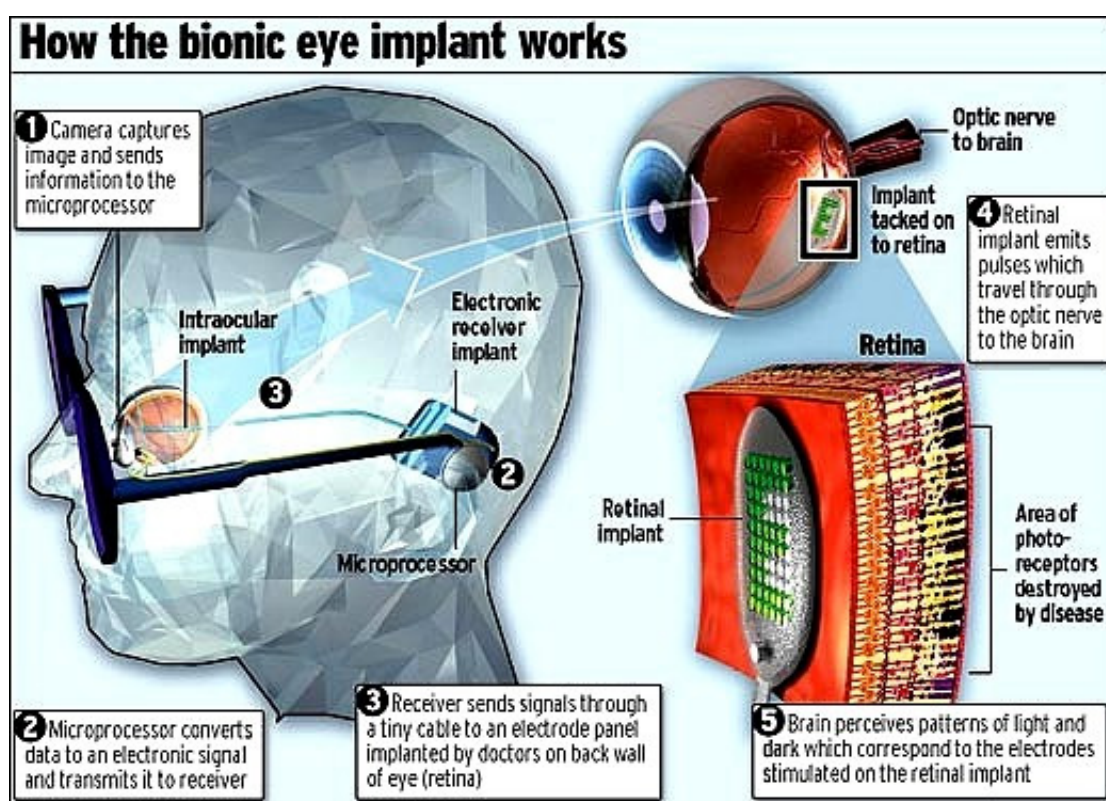
Asigne el código 785.4, Gangrena, como diagnóstico principal. Los códigos 786.30, Hemoptisis, no especificada, 578.1, Sangre en heces, y V12.55, Historia personal de enfermedad del aparato circulatorio, Embolismo pulmonar, deben asignarse como diagnósticos secundarios. Asigne el código E934.2, Drogas, medicamentos y sustancias biológicas que causan efectos adversos en su uso terapéutico, Anticoagulantes, para describir la causa externa. Adicionalmente, asigne el código 00.96, Infusión de concentrado de 4 factores del complejo de la protrombina, para la infusión de 4F-PCC.

No es correcto un código de la categoría 286, Defectos de la coagulación, para pacientes en terapia anticoagulante. Diríjase a Coding Clinic, Tercer Trimestre de 2004, página 7, Quinto número de 1993, página 16 y Tercer Trimestre de 1992, página 15, para una discusión adicional.

Prótesis visual epirretiniana

Efectivo desde el 1 de octubre de 2013, se han creado tres procedimientos nuevos para la implantación (14.81), retirada (14.82) y revisión o sustitución (14.83) de una prótesis visual epirretiniana. La prótesis visual epirretiniana es un implante que se usa para restaurar parcialmente la visión proporcionando estimulación eléctrica de la retina para inducir una percepción visual en pacientes con retinitis pigmentaria de grave a profunda.

Una videocámara en miniatura alojada en las gafas del paciente captura la imagen de video. El video es enviado a un pequeño ordenador llevado por el paciente que procesa el video y lo transforma en instrucciones que son enviadas de vuelta a las gafas mediante un cable. Estas instrucciones son transmitidas inalámbricamente a una antena en el implante retiniano. Las señales son luego enviadas al conjunto de electrodos, que emite pequeños pulsos de electricidad. Estos pulsos puentean los fotorreceptores dañados y estimula las células restantes de la retina que transmite información visual a través del nervio óptico al cerebro., creando la percepción de patrones de luz. Los pacientes aprenden a interpretar estos patrones visuales con su implante retiniano.



Prótesis visual preretiniana NT

El implante retiniano consiste en:

- Una bobina receptora para recibir información y potencia de los componentes externos
- Componentes electrónicos para llevar la estimulación de los electrodos. La bobina receptora y la electrónica están protegidas fuera del ojo usando una banda escleral estándar y suturas
- Un conjunto de electrodos protegidos en la superficie de la retina dentro del ojo mediante una tachuela retiniana.

Los códigos nuevos se han creado, tal como se aprecia abajo, para la implantación, retirada y revisión o sustitución de la prótesis visual epirretiniana.

Nueva subcategoría **14.8 Implantación de prótesis visual epirretiniana**

Nuevo código **14.81 Implantación de prótesis visual epirretiniana**

Nota: Incluye la retirada de lente si la hay, abombamiento escleral, vitrectomía, escisión de membrana escleral e injerto epicárdico

Excluye: implantación de prótesis telescópica intraocular (13.91)
otras operaciones de retina, coroides y cámara posterior (14.9)
sustitución de prótesis visual epirretiniana (14.83)

Nuevo código **14.82 Retirada de prótesis visual epirretiniana**

Nota: Incluye peritomía límbica de 360 grados y vitrectomía si se realiza, y extracción del dispositivo

Excluye: retirada de prótesis ocular (97.31)

Nuevo código **14.83 Revisión o sustitución de prótesis visual epirretiniana**

Nota: Incluye sustitución de la tachuela, recolocación de Dispositivo y sustitución de injerto pericárdico, si es necesario

Excluye: implantación de prótesis visual epirretiniana (14.81)

Pregunte al Editor

ICD-9-CM

Pregunta:

El paciente tuvo una exposición de los electrodos del estimulador de la columna dorsal por una pequeña dehiscencia de herida. El médico realizó un desbridamiento de la herida con limpieza agresiva de la misma y del estimulador seguido de un cerrado en varios planos. Durante el procedimiento se retiró el estimulador. Sin embargo estaba aún conectado a sus electrodos. La herida fue irrigada abundantemente con Bacitracina. Los electrodos y la batería se limpiaron, se irrigó la herida y el estimulador se colocó dentro de la herida. El estado de los electrodos se probó y no cambió, con impedancias buenas. El bolsillo se modificó ligeramente de tal manera que el estimulador pudiera alojarse un poco más profundo. ¿Cómo es codificado este procedimiento en ICD-9-CM?

Respuesta:

Asigne el código 86.09, Otra incisión de piel y tejido subcutáneo, para el desbridamiento de la herida con limpieza y cierre en varias capas. Este código incluye la reapertura del bolsillo subcutáneo para la revisión sin sustitución.

Pregunta:

¿Qué código o códigos deben asignarse en un diagnóstico de trastorno convulsivo postraumático cuando no hay documentación de epilepsia en la historia clínica y dicho trastorno convulsivo se documenta como un efecto tardío de un antiguo traumatismo? El paciente no está en la fase aguda de la lesión traumática inicial de la cabeza

Respuesta:

Asigne el código 345.90, Epilepsia, no especificada, sin mención de epilepsia intratable, para el trastorno convulsivo postraumático. Asigne el código 907.0, Efecto tardío de lesión intracraneal sin mención de fractura de cráneo, como diagnóstico adicional para identificar el efecto tardío de la lesión cerebral.

La ICD-9-CM clasifica “trastorno” convulsivo en el código 345.90, mientras que las “convulsiones” postraumáticas son clasificadas en el código 780.33, Convulsiones postraumáticas.

Pregunta:

El paciente ha sido diagnosticado de heterocigosidad de la metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR) y polimorfismo PAI-1. El clínico documenta “es prescrita aspirina para la mutación MTHFR”. Tras el estudio del sujeto, no está claro si la heterocigosidad es lo mismo que la deficiencia de MTHFR.

¿Se asigna el código 270.4 para la heterocigosidad de MTHFR?. Por otra parte, ¿cuál es el código para el polimorfismo PAI-1?

Respuesta:

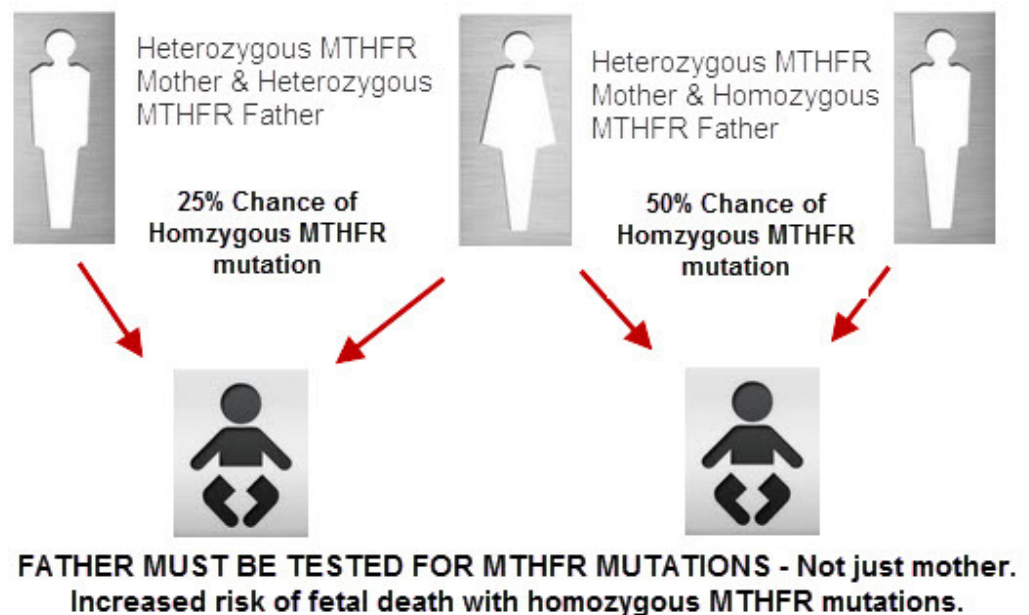
No, la heterocigosidad^(*) de MTHFR no es lo mismo que la deficiencia de MTHFR, pero sin embargo indica una copia normal o anormal del gen de la MTHFR. Pregunte al clínico para determinar si el paciente tiene deficiencia o heterocigosidad de MTHFR. Si confirma la heterocigosidad, asigne el código V84.89, Susceptibilidad genética de otra enfermedad. Si el clínico documenta una heterocigosidad compuesta (presencia de dos tipos diferentes de mutación), o deficiencia homocigótica de MTHFR (con dos del mismo tipo de mutación en ambas copias del gen de la MTHFR), asigne el código 270.4, Trastornos del metabolismo de aminoácidos sulfurados.

(*) La heterocigosidad es el estado en el que los alelos del mismo locus en los cromosomas homólogos son diferentes. Un alelo o aleloide es cada una de las formas alternativas que puede tener un mismo gen que se diferencian en su secuencia y que se puede manifestar en modificaciones concretas de la función de ese gen. ^{NT}

La afección puede encontrarse en el Índice Alfabético de la ICD-9-CM bajo:

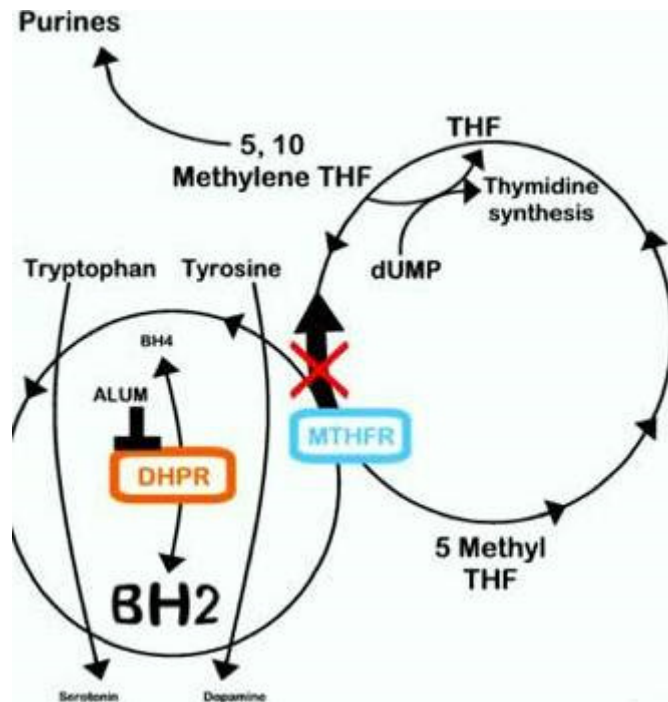
Deficiencia

metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR) 270.4



Mutaciones de la MTHFR según combinaciones genéticas ^{NT}

Asigne el código 286.3, Deficiencia congénita de otros factores de coagulación para el polimorfismo del inhibidor de la activador del plaminógeno tipo I (PAI_1). Este es un polimorfismo de delección corriente de da como resultado una secuencia de 4G y en menor frecuencia de 5G en la región promotora del gen. El trastorno se asocia con un pequeño aumento en el riesgo de tromboembolismo venoso y puede estar asociado con resultados adversos en el embarazo.



Detalle de defecto metabólico de la MTHFR ^{NT}

La deficiencia de MTHFR probablemente incrementa el riesgo de aborto y ataque cardíaco. Pueden prescribirse aspirina o terapia anticoagulante para contrarrestar el riesgo de coágulos sanguíneos. Heterocigótico significa que una persona tiene una copia de la mutación y homocigótico que tiene dos copias de la misma. La heterocigosidad compuesta significa en general que hay presentes dos tipos distintos de mutaciones y ello puede tener efectos similares que siendo homocigótico para un gen recesivo.

Pregunta:

Una mujer de 79 años con neoplasias demostradas por biopsia en el ápice de ambos pulmones se presenta para cirugía asistida por ordenador con colocación de marcadores de referencia, apuntando a la masa pulmonar apical derecha. Esto se hizo en la preparación para radiocirugía robótica estereotáctica guiada por imagen Cyberknife®, programada para un día después. ¿Cuál es el procedimiento de la ICD.9-CM para la colocación de marcadores de referencia guiado por tomografía computarizada en una neoplasia maligna de pulmón?

Respuesta:

Asigne el código 33.93, Punción de pulmón, para la colocación de marcadores de posición en el pulmón, y el código 00.31, Cirugía asistida por ordenador con TAC, para la guía computarizada. En esta cirugía, los marcadores de posición se colocan cerca del tumor y permanecen en el lugar mientras se realiza la radioterapia. La guía computarizada se usa para ayudar a dirigir los marcadores al lugar adecuado.



Standard Soft Tissue Marker



Cybermark Marker



Align Marker



Coupled Marker



Suture-type Marker



Bone Marker

Distintos tipos de marcadores de oro ^{NT}



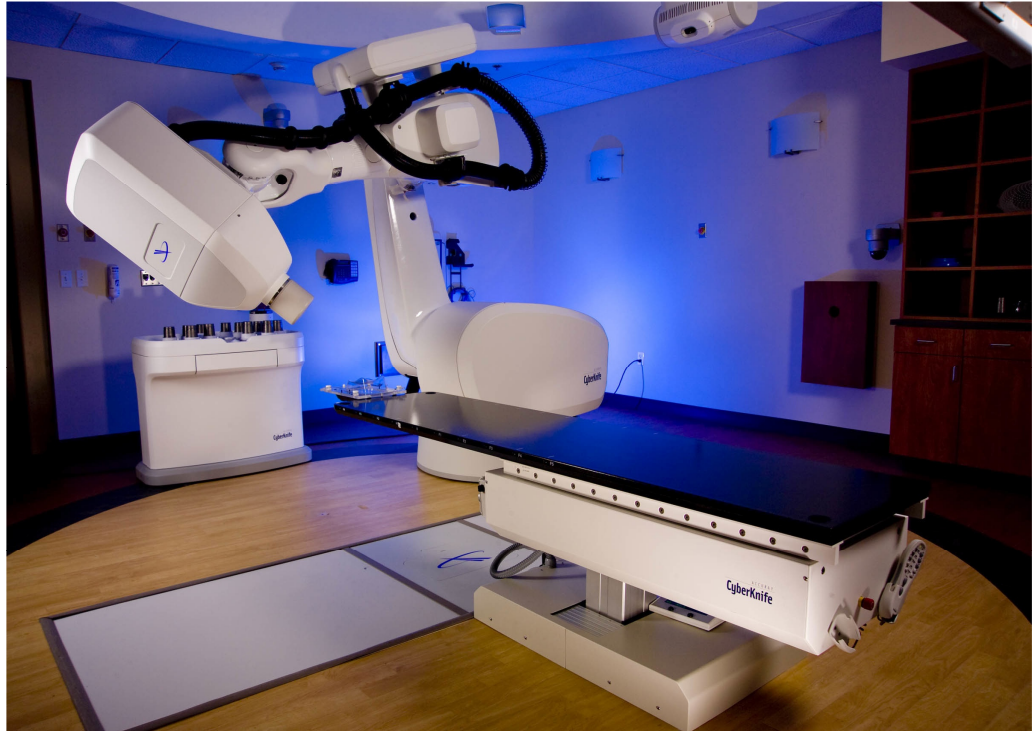
Los marcadores se implantan mediante un trócar ^{NT}



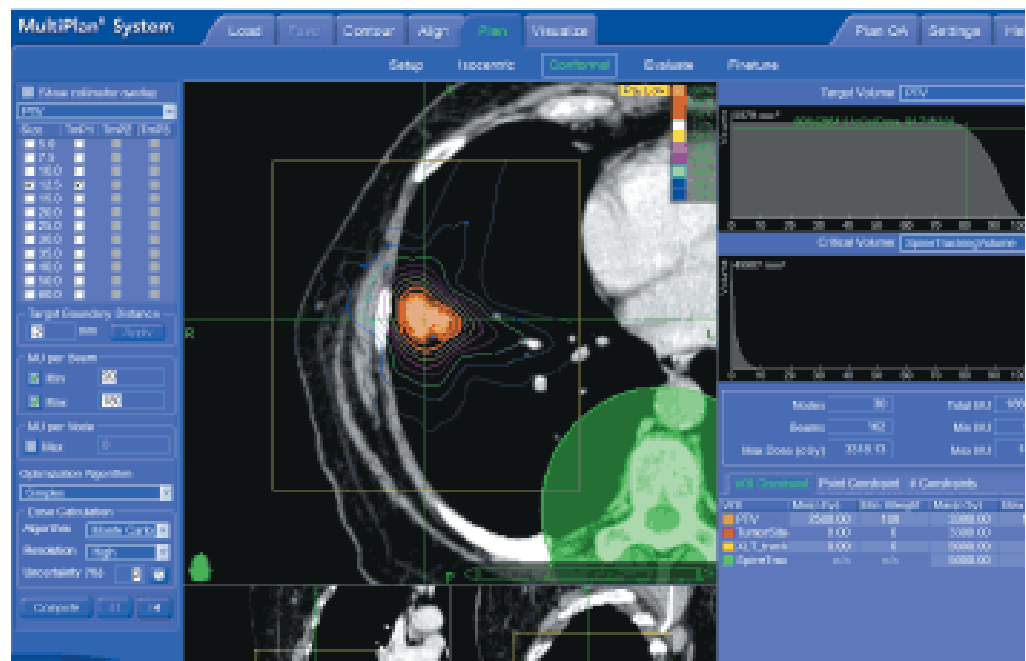
Tamaño de los marcadores ^{NT}

Pregunta:

El paciente en el procedimiento anterior se presenta para la verificación de la configuración proyectada y el inicio de la primera de un total de cinco etapas de tratamientos de radiocirugía robótica estereotáxica del tumor de pulmón derecho, usando asistencia computerizada. ¿Cuál es el código de la ICD-9-MC correcto para la para radiocirugía robótica estereotáctica guiada por imagen Cyberknife®



Sistema de radiocirugía Cyberknife® NT



A lung cancer treatment plan for the CyberKnife Robotic Radiosurgery System. Image courtesy of Accuray Incorporated, Sunnyvale, California.

Plan de tratamiento de ca de pulmón con Cyberknife® NT

Respuesta:

Asigne los códigos 92.31, Radiocirugía con una sola fuente de fotones, 00.39, Otra cirugía asistida por ordenador, y 17.49, Otro procedimiento asistido robóticamente y no especificado, para los procedimientos realizados.

La radiocirugía robótica estereotáctica guiada por imagen Cyberknife® proporciona a los médicos un tratamiento de los tumores malignos, asegurando la señalización de la localización exacta. Debido al avance de las capacidades de imagen y robótica, el sistema puede atacar tumores que son difíciles de tratar y prevenir la exposición de los lugares libres de cáncer a la radiación.

Pregunta:

La paciente es una mujer de 70 años que se presenta en urgencias por cambio de su estado mental. Mientras estaba en allí tuvo convulsiones tónico-clónicas que fueron presenciadas por el personal. No tenía historia previa de convulsiones y se ingresó para posterior evaluación y tratamiento. En el informe de alta el clínico anota “Al ingreso el paciente tuvo cambios del estado mental, que fueron resueltos posteriormente. Por consiguiente hemos determinado que tiene una encefalopatía secundaria a un estado postictal”. Debería considerarse la encefalopatía inherente a la convulsión o puede ir informada separadamente?

Respuesta:

Asigne el código 780.39, Otras convulsiones, como diagnóstico principal. La encefalopatía debida a estadio postictal no se codifica separadamente ya que es una parte integral de la afección. La actividad convulsiva puede seguirse de un período de función disminuida en regiones controladas por los focos de las convulsiones y del cerebro de alrededor. El estado postictal es un déficit transitorio que ocurre entre el final de una convulsión epiléptica y el retorno del paciente a su estado normal. Este período de funcionamiento disminuido en el período postictal normalmente dura menos de 48 horas.

Pregunta:

Un paciente con prolapso rectal de espesor total, así como estreñimiento crónico se presenta para colectomía sigmoide electiva laparoscópica/robótica y rectopexia. Durante la parte de rectopexia de la cirugía se observó que la aguja se desprendió del portaagujas al intentar sacarla. Se hicieron intentos no satisfactorios para localizar la aguja. Se realizó una placa de abdomen intraoperatoria pero no ayudó a encontrar la aguja. Se extendió la incisión para utilizar un abordaje manual asistido laparoscópicamente para localizar la aguja, lo que fue infructuoso. El cirujano decidió convertirlo en laparotomía abierta y se recuperó la aguja. Indicó la aguja desprendida durante la sutura laparoscópica como una complicación. ¿Es correcto asignar el código 998.4, Cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento, para la aguja desprendida? Si no, ¿cuál o cuáles son los códigos adecuados?

Respuesta:

Asigne el código 998.89, Otras complicaciones especificadas de procedimientos, no clasificadas en otro sitio, ya que el clínico anotó la aguja desprendida como complicación del procedimiento. No asigne el código 998.4, ya que la aguja fue recuperada antes de la finalización de la intervención. En este caso, el código 996.59, Complicación mecánica de otro dispositivo protésico, implante e injerto especificado, Debido a otro implante o dispositivo NCOC, no es adecuado ya que la aguja no es un dispositivo protésico, implante o injerto.

Pregunta:

Un hombre de 70 años fue ingresado para un segundo tiempo de un procedimiento de intervención coronaria secundaria a un infarto agudo de miocardio sin elevación de ST en el primer día se sometió a una angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) de la arteria coronaria derecha (ACD) con colocación de tres stent liberadores de fármaco. El segundo día, durante el mismo ingreso, se llevó a cabo una ACTP de la descendente anterior izquierda (DAI) y colocación de dos stent liberadores de fármaco. ¿Puede codificarse el 00.48, Inserción de cuatro o más stent vasculares, para registrar el número total de inserciones de stent vasculares, o debería asignarse el código 00.47 y el 00.46 para identificar por separado cada episodio operatorio?

Respuesta:

El número de stent debe ser identificado por separado para cada episodio de la intervención. Para el primer episodio, asigne los códigos 00.66, Angioplastia coronaria transluminal percutánea [ACTP], 36.07, Inserción de stent liberador de fármaco de arteria coronaria, 00.40, Procedimiento de un vaso, y 00.47, Inserción de tres stent vasculares.

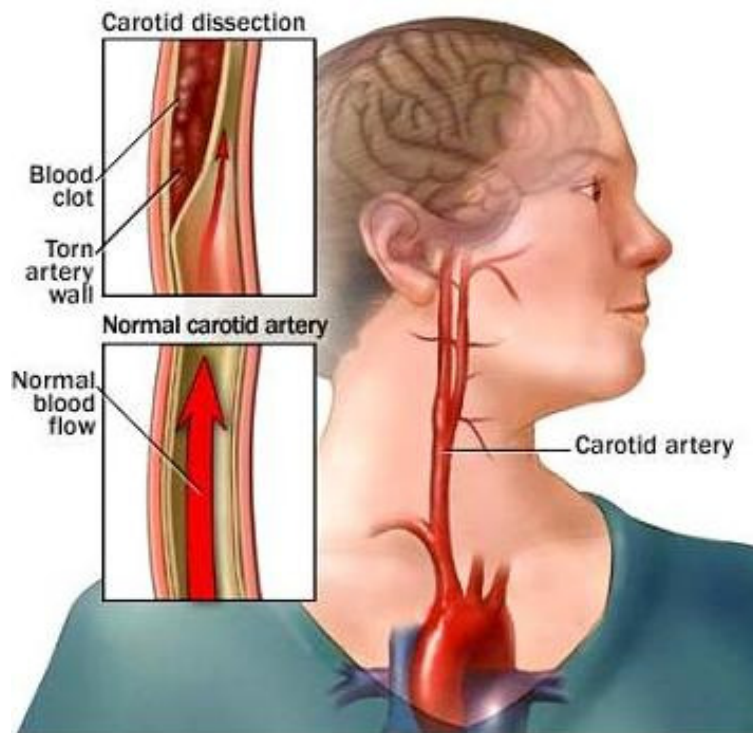
Para el segundo episodio operatorio, asigne 00.66, 00.66, Angioplastia coronaria transluminal percutánea [ACTP], 36.07, Inserción de stent liberador de fármaco de arteria coronaria, 00.40, Procedimiento de un vaso y 00.46, Inserción de dos stent vasculares.

Pregunta:

Una mujer de 49 años sufre dolor de cuello tras una colisión con otro jugador de fútbol. El diagnóstico del clínico en el momento del alta es disección de la arteria carótida interna derecha aparentemente secundaria a traumatismo. ¿Cuál es la codificación correcta para la disección traumática de la arteria carótida?

Respuesta:

Asigne el código 900.00, Lesión de vaso sanguíneo de cabeza y cuello, arteria carótida, no especificada, y el código 443.21, Disección de arteria carótida, para la disección traumática de la arteria carótida. Asigne también el código E917.0, Cocar o ser golpeado accidentalmente por objetos o personas, en deporte sin caída posterior, E000.8, Otro estado de causa externa, y E007.3, Actividades relacionadas con otros deportes y atletismo realizadas en equipo o en grupo, béisbol (incluye fútbol^{NT}) para describir la causa externa de la lesión y la actividad.



Dissección de carótida interna ^{NT}

Pregunta:

El paciente era un conductor sobrio implicado en un accidente con vehículo a motor, que sufrió una lesión traumática e aorta. El clínico documenta disección de aorta torácica descendente con falso aneurisma. ¿Cual es el código correcto para la disección traumática de aorta torácica descendente?

Respuesta:

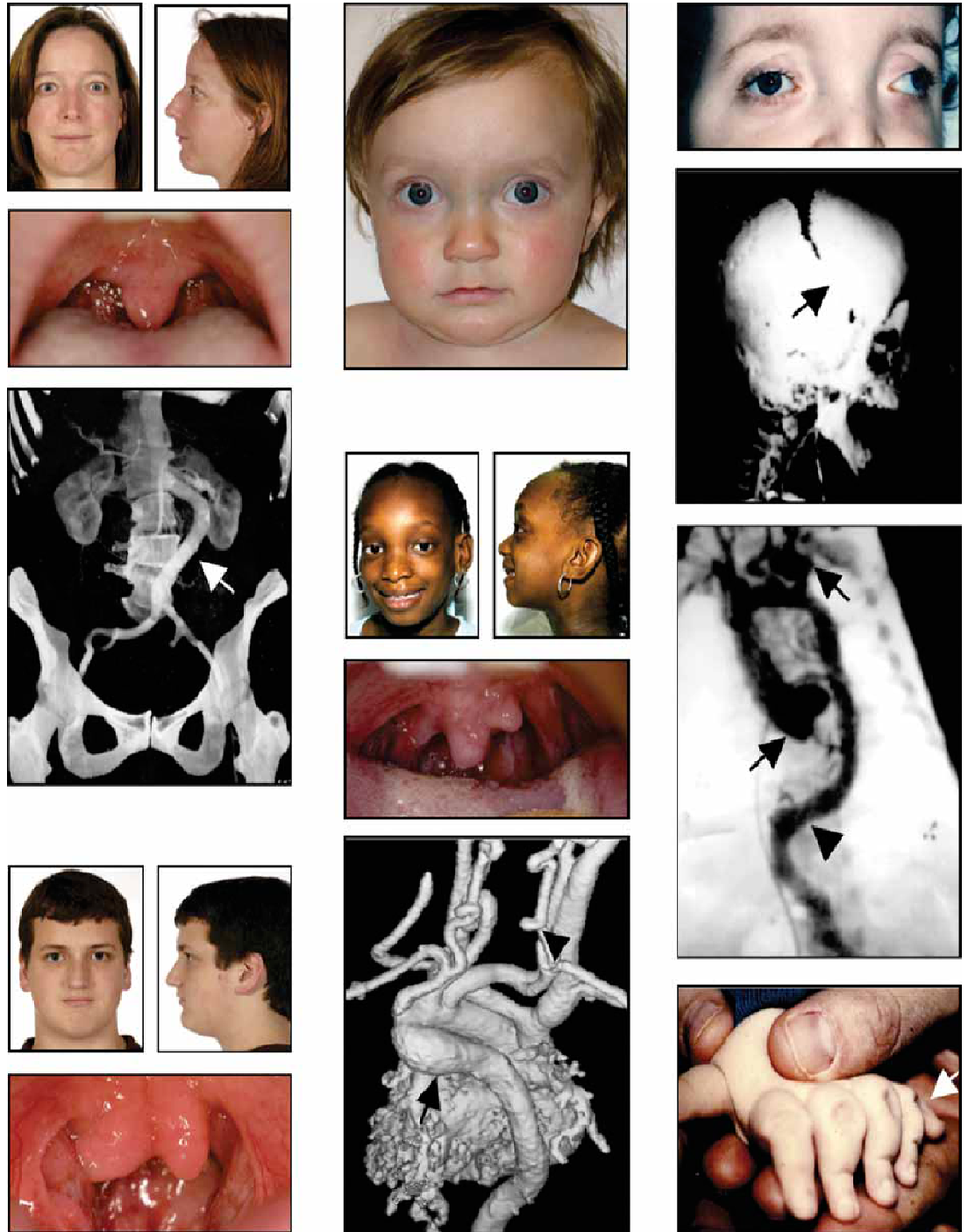
Asigne el código 901.0, Lesión de los vasos del tórax, Aorta torácica, y el código 441.01, Aneurisma y disección aórtica, torácica, para la disección traumática de aorta torácica descendente. Asigne también los códigos E819.0, Accidente de tráfico con vehículo a motor de naturaleza no especificada, conductor de vehículo a motor diferente a motocicleta, y E849.5, Calle y autopista, para describir la causa externa y el lugar de ocurrencia.

Pregunta:

Un paciente con síndrome de Loeys-Dietz (SLD) fue ingresado para reparación de aneurisma cerebral. ¿Cuál es la asignación de código para el síndrome de Loeys-Dietz y cuál es el diagnóstico principal, el aneurisma o el síndrome?

Respuesta:

Secuencie el código 759.89, Otra anomalía especificada, otra, como diagnóstico principal. Debe asignarse el código 437.7, Aneurisma cerebral, no roto, como diagnóstico secundario. El aneurisma cerebral es una manifestación del SLD. Puesto que la ICD-9-CM no proporciona un único código para el síndrome, asigne también códigos para cualquier manifestación presente. Sin embargo cuando la clasificación proporciona un código específico para un síndrome, la manifestación que es una parte inherente al mismo no se codifica por separado.



Características del síndrome de Loeys-Dietz ^{NT}

El SLD es un trastorno del tejido conectivo hereditario. Las características comunes del SLD incluyen: tortuosidad arterial, hipertelorismo, úvula partida o de base ancha y aneurismas. Los aneurismas afectan típicamente a la raíz aórtica, pero pueden producirse en otras arterias del organismo. El SLD se puede manifestar de varias maneras, por lo que no hay dos individuos con idénticas características. Aunque el rango de defectos físicos (leve a grave) varía entre los afectados, el riesgo de disección aneurismática permanece igual a pesar de la gravedad de las anomalías físicas.

Pregunta:

El paciente fue sometido a colocación de banda gástrica ajustable con plicatura de la curvatura mayor del estómago laparoscópica. Es una nueva técnica quirúrgica que combina banda gástrica con plicatura de la curvatura mayor. ¿Sería correcto asignar dos códigos por separado para describirla banda gástrica y la plicatura del estómago?

Respuesta:

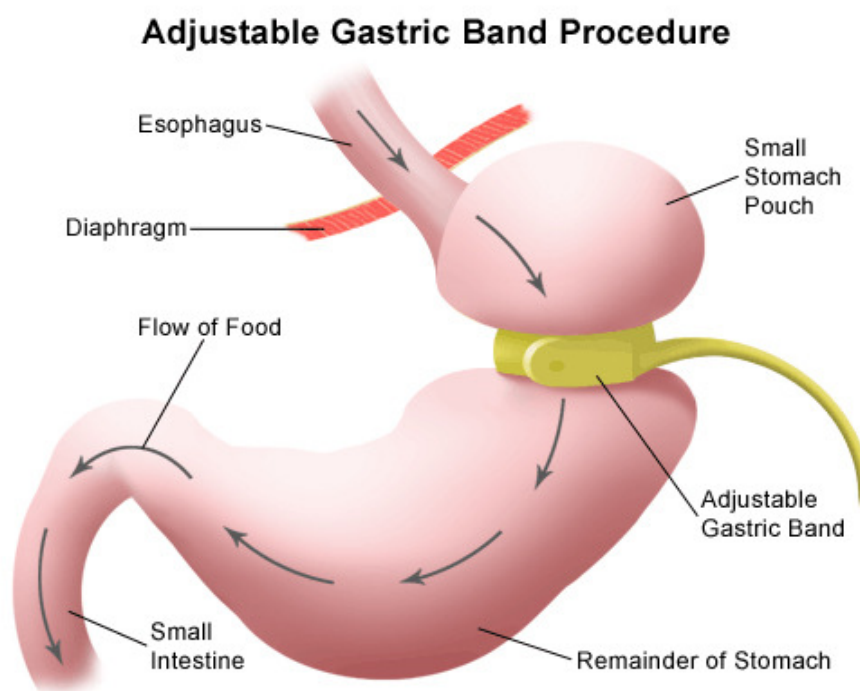
Asigne el código 44.95, Procedimiento restrictivo laparoscópico, y el código 44.68, Gastroplastia laparoscópica para la colocación laparoscópica de banda gástrica ajustable realizada junto con plicatura de la curvatura mayor. Ambos códigos son necesarios para describir completamente el procedimiento. Por favor consulte el Índice de procedimientos como sigue:

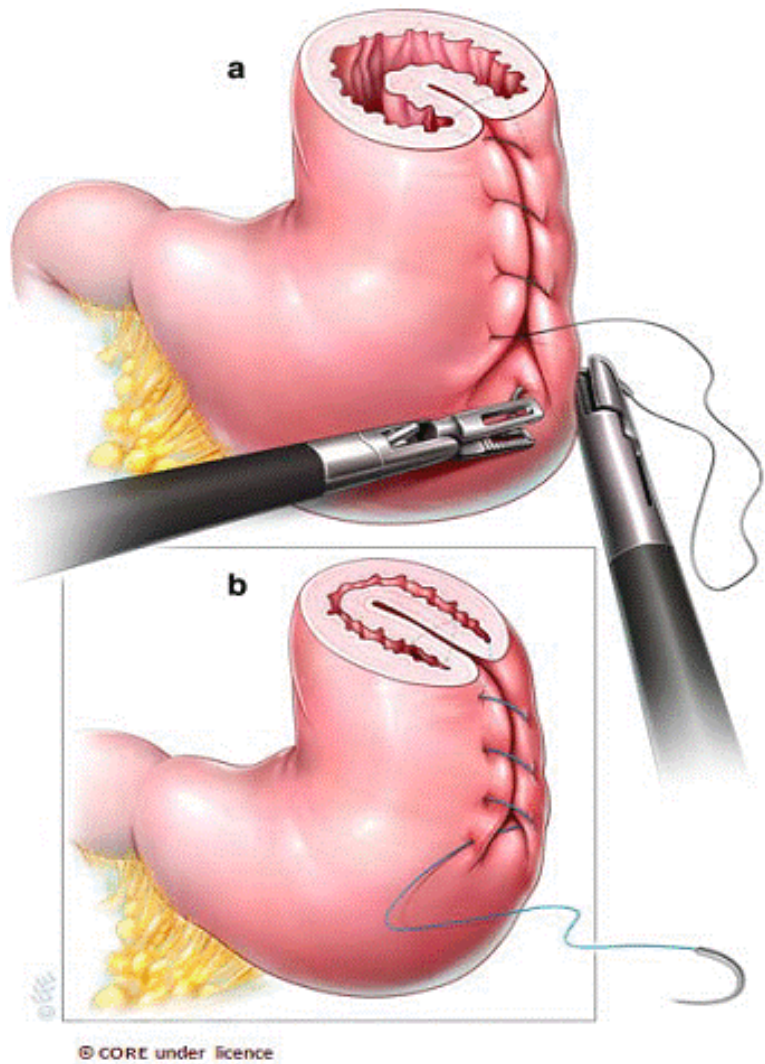
Inserción

banda (ajustable) gástrica, laparoscópica

Plicatura

estómago
laparoscópica 44.68





Plicatura laparoscópica de la curvatura mayor del estómago^{NT}

Pregunta:

Necesitamos una aclaración acerca de la asignación adecuada de código para “expulsión de meconio durante el parto” (763.84) y “líquido teñido de meconio” (779.84). El *Coding Clinic* del Cuarto Trimestre de 2005 indica “Si la documentación de la historia clínica solo indica que el neonato expulsa meconio durante el parto asigne el código 763.84, Expulsión de meconio durante el parto. Si se documenta el líquido teñido de meconio sin indicar aspiración, asigne el código 779.84, Líquido teñido de meconio, sin indicación de aspiración”.

En este caso, el clínico documenta “Evidencia de expulsión de meconio antes del parto”. No se hizo laringoscopia porque el neonato estaba vigoroso en el nacimiento. Observamos de cerca el estado respiratorio durante la hospitalización”. ¿Cómo debería codificarse la expulsión de meconio antes del parto?.

Respuesta:

La ICD-9-CM no proporciona un código diferente para diferenciar entre expulsión de meconio que se produce antes o durante el parto. Asigne el código 763.84, Expulsión de meconio durante el parto, para el neonato. La afección se considera clínicamente significativa ya que ha sido vigilada y evaluada.

Pregunta:

En este caso, el neonato tenía líquido teñido de meconio. El clínico documentó “Las complicaciones del parto incluyeron: el pediatría fue avisado al parto debido a líquido teñido de meconio. En el momento del parto el neonato estaba vigoroso y llorando. No se realizó laringoscopia directa. Se tenía previsto el programa de resucitación neonatal de rutina pero no fue necesario”. ¿Debe codificarse el líquido teñido de meconio en este caso si la afección no fue tratada?

Respuesta:

Asigne el código 779.84, Líquido teñido de meconio, para el neonato. La afección es clínicamente significativa. Cuando hay tinción de meconio en el nacimiento, el niño debe ser vigilado de cerca para cualquier signo de sufrimiento fetal.

Pregunta:

El clínico documentó: “Las complicaciones del parto incluyeron: el niño estaba vigoroso con meconio terminal”. Por riesgo de distrés respiratorio 2/2 se vigiló de cerca el estado respiratorio”. ¿Cómo debería codificarse el “meconio terminal”?

Respuesta:

Asigne el código 763.84, Expulsión de meconio durante el parto, para el meconio terminal en el nacimiento. La expulsión de meconio durante el parto es clínicamente significativa. Estos niños se vigilan puesto que la afección puede afectar negativamente al recién nacido.

Pregunta:

Un paciente se sometió a una reparación de hernia ventral con malla Alloderm® y separación de los componentes de la pared abdominal. En la intervención el saco herniario fue resecaado, se movilizó el músculo recto y se separó de la vaina posterior, se colocó una malla dérmica acelular por debajo del músculo recto y se volvió a aproximar la fascia del recto anterior. ¿Cuáles son los códigos de procedimientos correctos para esta intervención?

Respuesta:

Asigne el código 53.69, Otra reparación y reparación abierta de otra hernia de pared abdominal anterior con injerto o prótesis, y 54.72, Otra reparación de pared abdominal, para los procedimientos realizados. Esta no es una reparación de hernia típica. La hernia fue reparada mediante separación de componentes con malla y matriz acelular dérmica para reforzar y fortalecer la reparación.

Pregunta:

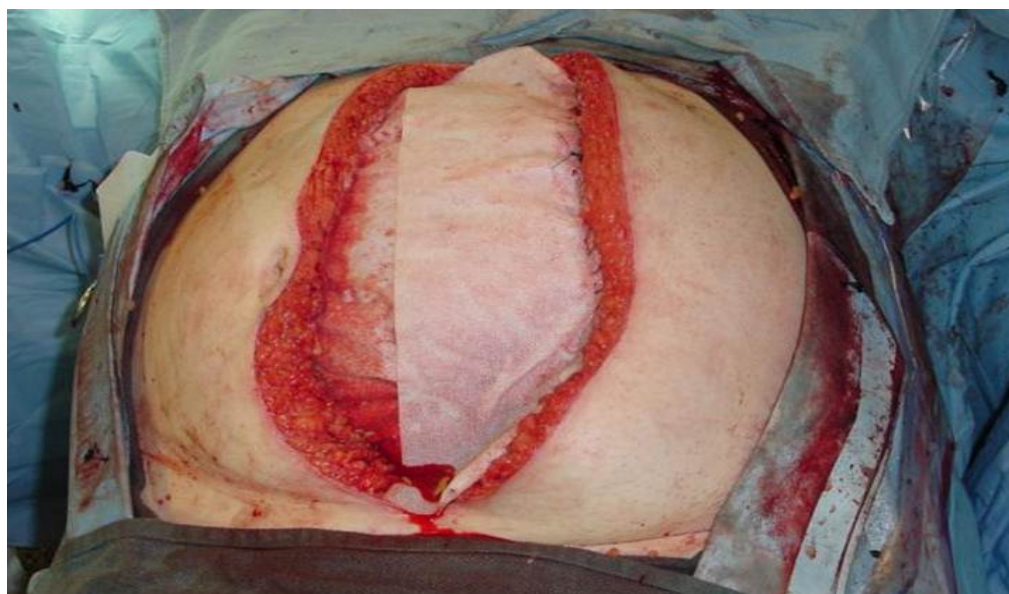
Un paciente de 64 años se presenta en shock séptico con vísceras abdominales isquémicas y perforadas. Se sometió a laparotomía y el abdomen se dejó abierto con un VAC (Vacuum Assisted Closure^{NT}) en la herida. Se le hizo luego un desbridamiento escisional del tejido necrótico de la fascia y se colocó un parche de Wittman. Si se usa un parche de Wittman durante un procedimiento, ¿cómo debe codificarse con la ICD-9-CM?



VAC colocado en la herida abdominal ^{NT}

Respuesta:

El parche de Wittman es un dispositivo de cierre temporal. Puesto que no hay un único código para describir este dispositivo de cierre, se asigna un código para el procedimiento actual realizado. Asigne el código 83.44, Otra fasciectomía, para el desbridamiento escisional de la fascia.



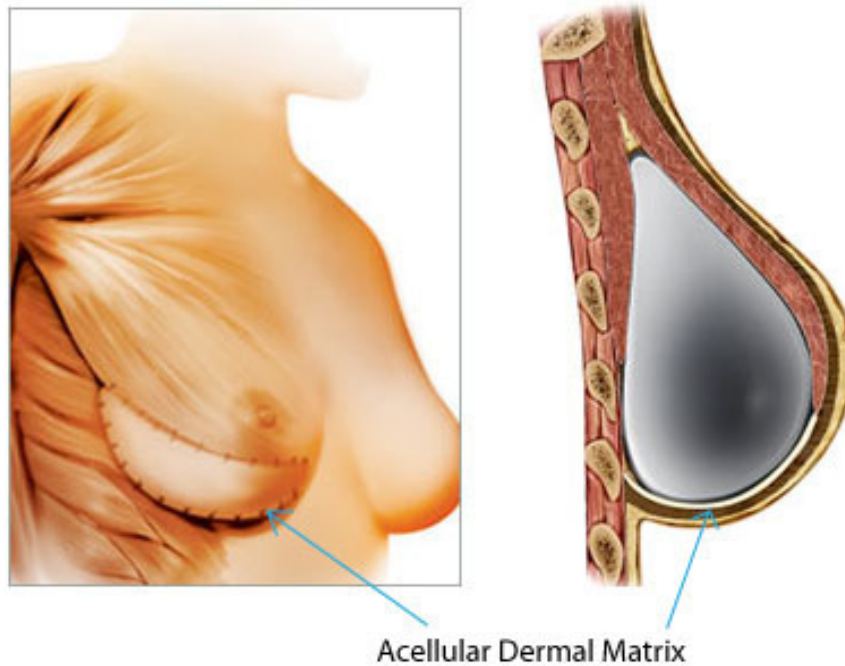
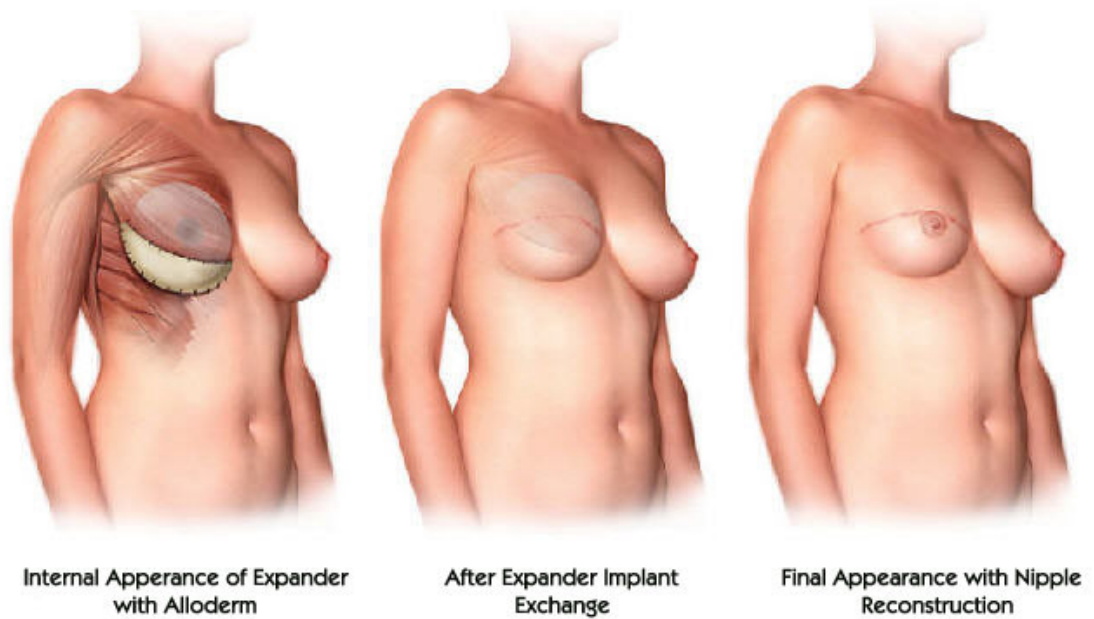
Parche de Wittman en abdomen ^{NT}

Más información de la técnica en:
http://www.starsurgical.com/wp_technique.html

Pregunta:

La paciente es una mujer de 57 años que había sido intervenida previamente de mastectomía simple debido a cáncer de mama. Se presenta ahora para inserción de expansor de tejido en la mama izquierda. El expansor de tejido se insertó en un bolsillo que fue creado usando una matriz dérmica acelular. ¿Cómo debe codificarse la colocación de expansor de tejido mamario usando matriz dérmica acelular?

Expander AlloDerm and Implant Reconstruction



Colocación e expansor con matriz dérmica acelular ^{NT}

Respuesta:

Asigne solo el código 85.95, Inserción de expansor de tejido ara la cirugía realizada. El uso de materiales tal como la matriz dérmica acelular para ayudar en la colocación del expansor de tejido para la reconstrucción de mama no se codifica por separado. La ICD-9-CM no proporciona un código específico para describir el uso de suministros o materiales adicionales (ej. AlloDerm®, Flex-HD®, DermaMatrix®, etc.)



Pregunta:

En la ICD-9-CM el xenoinjerto se codifica como 86.65, Heteroinjerto de piel. La nota de exclusión n el código 86.65 y el *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 2002, p.23 (página 23 de la versión traducida ^{NT}) aclaran que el código 93.57, Aplicación de otro apósito de herida, se asigna cuando se usa un xenoinjerto como apósito de herida. El *Coding Clinic*, Tercer Trimestre de 2012, p.15 (página 14-16 de la versión traducida ^{NT}) le indica asignar el código 93.57 para la aplicación de polvo Matrix.

En nuestro Centro vemos casos donde el cirujano aplica polvo Matrix antes de fijar un injerto. Nos dijeron que el xenoinjerto MatriStem® no es un apósito de herida y necesitamos una aclaración. Por ejemplo, un paciente de 79 años con úlcera sacra por presión en estadio IV no curada fue sometido a desbridamiento escisional seguido de implante de xenoinjerto MatriStem®. El procedimiento describe la implantación de polvo en la base de la herida para colocación de la fijación del injerto. ¿Cuál es la asignación correcta de código para el xenoinjerto MatriStem® utilizando polvo?



MatriStem®^{NT}

Respuesta:

Asigne el código 93.57, Aplicación de otro apósito de herida, para la aplicación del polvo MatriStem®. Este material se usa para ayudar en la curación y cierre de la herida, pero no es un injerto, prótesis o malla. Aunque puede documentarse como “implantación”, este tipo de material no se codifica como injerto ya que la aplicación de MatriStem® (polvo) no se lo mismo que la colocación de un injerto.

Pregunta:

Un paciente con herida no curada en la pierna izquierda es sometido a desbridamiento escisional hasta tejido sangrante sano. Se inyectó AmnioMatrix® en el tejido subcutáneo dentro de la herida así como en el área periférica y se colocó un apósito. ¿Cuál es el código correcto para la colocación de aloinjerto AmnioMatrix® en la pierna izquierda?

Respuesta:

Asigne el código 93.57, Aplicación de otro apósito de herida, para la inyección de AmnioMatrix® en la herida de la pierna izquierda. El AmnioMatrix® es un nuevo apósito biológico preparado con tejido amniótico y administrado mediante inyección o aplicado tópicamente en la superficie de la herida para estimular tejido sano. Durante el procedimiento de inyección se prepara el lugar, se esteriliza y se aplica un anestésico local. Entonces se inyecta el AmnioMatrix® en la herida. Puede usarse seguimiento mediante ultrasonidos. Para heridas más superficiales puede aplicarse tópicamente como apósito de herida antiinflamatorio y antimicrobiano.

Pregunta:

¿Cuál es el código correcto de la ICD-9-CM para la celulitis periorbitaria o preseptal?

Respuesta:

Asigne el código 682.0, Otra celulitis y absceso, Cara, para la celulitis periorbitaria/preseptal. No es un absceso de la órbita sino una celulitis facial.



Celulitis periorbitaria ^{NT}

Pregunta:

Estamos asignando el código 997.1 cuando se documenta una fibrilación auricular postoperatoria ya que el código está indexado específicamente bajo “fibrilación”, “postoperatoria”. Sin embargo, un cirujano de nuestro Centro indica que las arritmias tras injerto de bypass de arteria coronaria o procedimiento de sustitución de válvula no debe considerarse una complicación. ¿Cómo debe informarse una fibrilación auricular postoperatoria cuando la afección no está documentada como complicación?

Respuesta:

Asigne el código 997.1, Complicación cardiaca, para la fibrilación auricular postoperatoria. Esta asignación de código está específicamente indexada bajo “fibrilación”, “postoperatoria”. El código 427.31, Fibrilación auricular debe informarse como diagnóstico adicional para especificar la complicación.

Pregunta:

Un paciente fue trasladado a nuestro Centro debido a un accidente cerebrovascular. Antes del traslado se le administró activador del plasminógeno tisular (tPA) en el hospital de procedencia (Hospital A). Se nos ha indicado que la administración de tPA no debe informarse en el Centro que receptiona (Hospital B). Sin embargo la infusión de tPA está todavía realizándose durante el transporte así como cuando el paciente llega a nuestro Centro. ¿Es correcto asignar el procedimiento 99.10 cuando el tPA no comienza en nuestro Centro?

Respuesta:

No, no es correcto asignar el código de procedimiento 99.10, Inyección o infusión de agente trombolítico, para el hospital de recibe (Hospital B). No es una nueva infusión, sino una continuación de la misma.

Asigne el código de diagnóstico V45.88, Estado post-administración de tPA (rtPA) en un Centro diferente dentro de las últimas 24 horas antes del ingreso en el Centro actual, en el Hospital B para describir esta situación.

Pregunta:

¿Cuál es el código de procedimiento de la ICD-9-CM correcto para la colocación de cuatro dispositivos retractores permanentes transprostáticos usando el Sistema UroLift®?. El dispositivo se usa para tratar la hiperplasia benigna localizada de próstata con obstrucción urinaria y síntomas de tracto urinario inferior.

Respuesta:

Asigne el código 58.6, Dilatación de uretra, para la colocación transuretral de dispositivos de tracción permanente transprostáticos usando el Sistema UroLift®. Por favor vea la página 123 de este ejemplar (páginas 109-110 de esta versión traducida NT) para una mayor información cerca del Sistema UroLift®.

Pregunta:

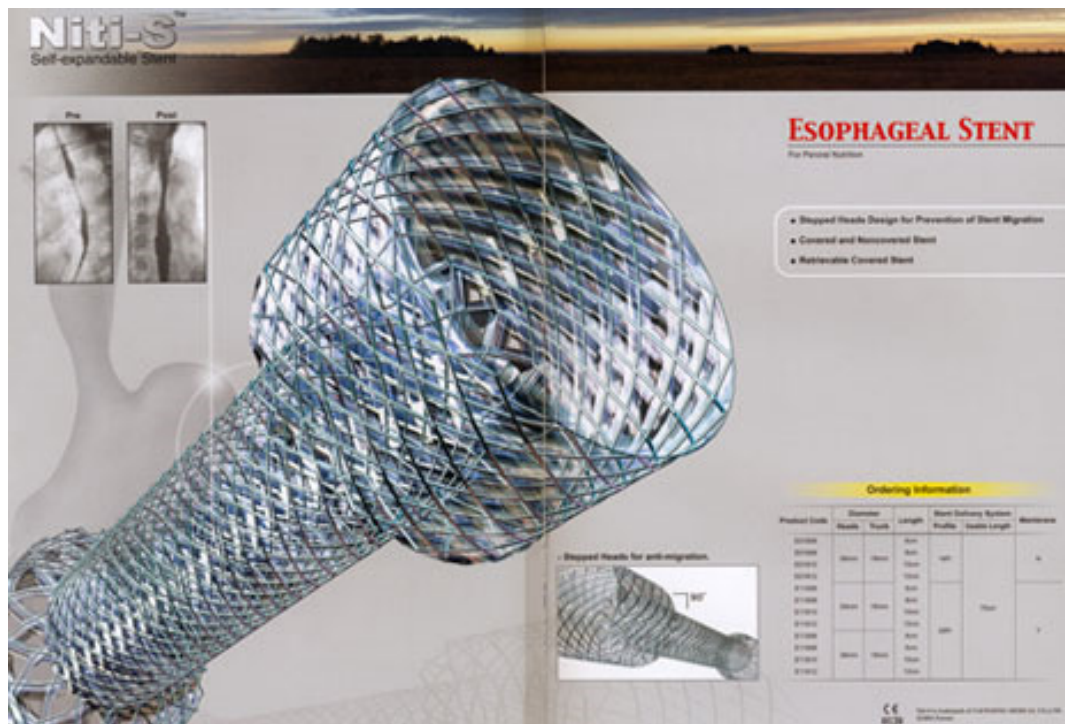
La paciente es una mujer de 81 años con una marcada artritis degenerativa de la rodilla derecha, que fue sometida a sustitución total de rodilla con revisión del componente femoral derecho durante el mismo episodio operatorio. Inicialmente el cirujano llevó al cabo la sustitución total de rodilla, pero no estaba contento con los resultados y revisó el componente femoral durante la misma intervención. En a ICD-9-CM ¿debería codificarse usando el procedimiento 81.54 solo o con ambos procedimientos 81.54 y 00.82?

Respuesta:

Codifique la intervención como una sustitución total de rodilla. Asigne solo el código 81.54, Sustitución total de rodilla. El cirujano implantó una prótesis total de rodilla y descubrió que el componente femoral no estaba correctamente alineado. Luego retiró y revisó el componente y lo reimplantó de nuevo en el paciente. No asigne un código para la revisión de la sustitución de rodilla, ya que era la sustitución inicial.

Pregunta:

Un paciente de 62 años con estenosis esofágica benigna acepta al tratamiento con una endoprótesis recuperable. Fue sometida a colocación de la endoprótesis esofágica asistida por endoscopia. ¿Cuál es el código correcto de la ICD-9-CM para la inserción de una endoprótesis recuperable en el esófago?



Endoprótesis esofágica ^{NT}

Respuesta:

Basado en la intervención realizada, asigne el código 48.25, Reparación de estenosis esofágica, para la colocación de endoprótesis esofágica asistida por endoscopia.

Pregunta:

El paciente sufrió una fractura de estiloides de la muñeca izquierda y se le puso un yeso en espiga en el brazo en un episodio previo en el servicio de urgencias. Ahora se presenta en el servicio de urgencias aquejado de dolor en la muñeca izquierda. El médico de urgencias documenta “dolor de muñeca izquierda y escayola de brazo apretada” como impresión clínica. La escayola fue abierta en dos y se aplicó un vendaje Ace sobre la misma (Ace es la marca de un tipo de vendaje elástico ^{NT}). ¿Debería codificarse la fractura aguda o un código V de cuidado posterior para este episodio?

Respuesta:

Asigne el código V53.7, Colocación y ajuste de otro dispositivo, Dispositivo ortopédico, ya que este es un ajuste de la escayola, no un cuidado posterior rutinario. El paciente se presenta en el servicio de urgencias aquejado de dolor en la muñeca debido a la escayola apretada. El foco del cuidado está en el ajuste de la escayola, no el tratamiento de la fractura.

Pregunta:

Una mujer es vista la su examen físico anual. El clínico documenta una historia de fibrilación auricular, actualmente en tratamiento crónico anticoagulante con Coumadin (warfarina sódica^{NT}). ¿Cómo se codifica este juicio diagnóstico?

Respuesta:

Asigne el código V70.0, Examen médico general de rutina en un centro sanitario, como diagnóstico principal ya que es el motivo del contacto. Desafortunadamente, “historia” la como se utiliza en la documentación médica puede ser un término impreciso que puede tener diferentes significados. Por tanto, pregunte al clínico para aclarar si el paciente tiene una historia pasada de fibrilación auricular que se ha resuelto o si la fibrilación auricular es una afección crónica actual. Asigne el código 423.31, Fibrilación auricular, y el código V58.61, Uso prolongado (actual) de anticoagulantes, si el clínico aclara la fibrilación auricular crónica actual en anticoagulación prolongada con Coumadin. Asigne el código V12.59, Historia personal de otras enfermedades, Enfermedades del aparato circulatorio, si el médico aclara un pasado de historia de fibrilación auricular prolongado con Coumadin

Pregunta:

¿Cuál es la asignación de código correcta con la ICD-9-CM cuando una cardiomiopatía dilatada e isquémica están ambas documentadas por el clínico en la historia clínica?

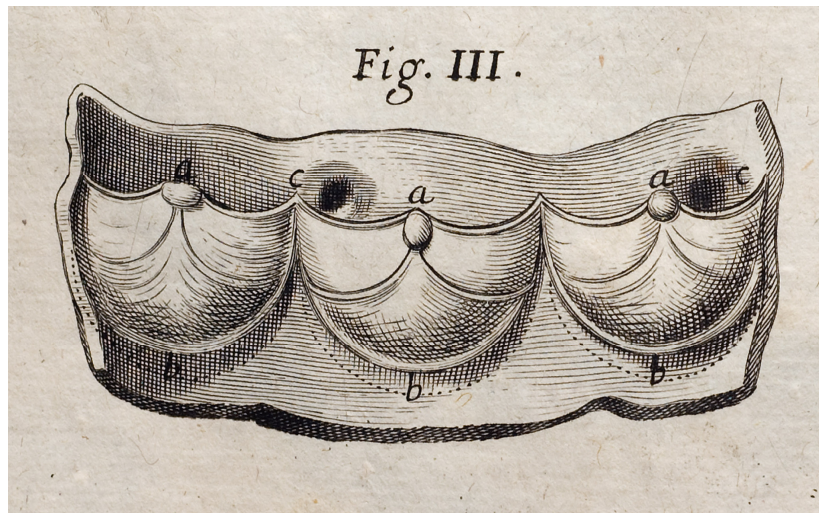
Respuesta:

Asigne el código 414.8, Otras formas específicas de enfermedad cardiaca isquémica crónica, para la cardiomiopatía dilatada e isquémica. La causa subyacente es la cardiomiopatía isquémica.

Pregunta:

Un hombre de 64 años fue diagnosticado de aneurisma del seno de Valsalva (*) con insuficiencia aórtica. Se sometió a sustitución de la raíz aórtica con sustitución de la aorta torácica (ascendente). La documentación del clínico indica reemplazo de la raíz aorta con válvula-tubo de St. Jude Medical®, reimplantación de arterias coronarias y anastomosis distal sobre 1 a 1.5cm de la base de la innominada (tronco braquiocefálico^{NT}). Fue desconectado del bypass cardiopulmonar y devuelto a la unidad de cuidados intensivos.

(*) El seno de Valsalva, seno aórtico o sinus aortæ se refiere a cada uno de los tres pequeños divertículos que se encuentran en el inicio de la aorta ascendente, de cada uno de los cuales nace una de las sigmoideas de la válvula aórtica. Es lugar frecuente de origen de aneurismas. En dos de estos senos se originan las arterias coronarias.



- a. senos de Valsalva
- b. valvas semilunares de la válvula aórtica
- c. orificios de las arterias coronarias

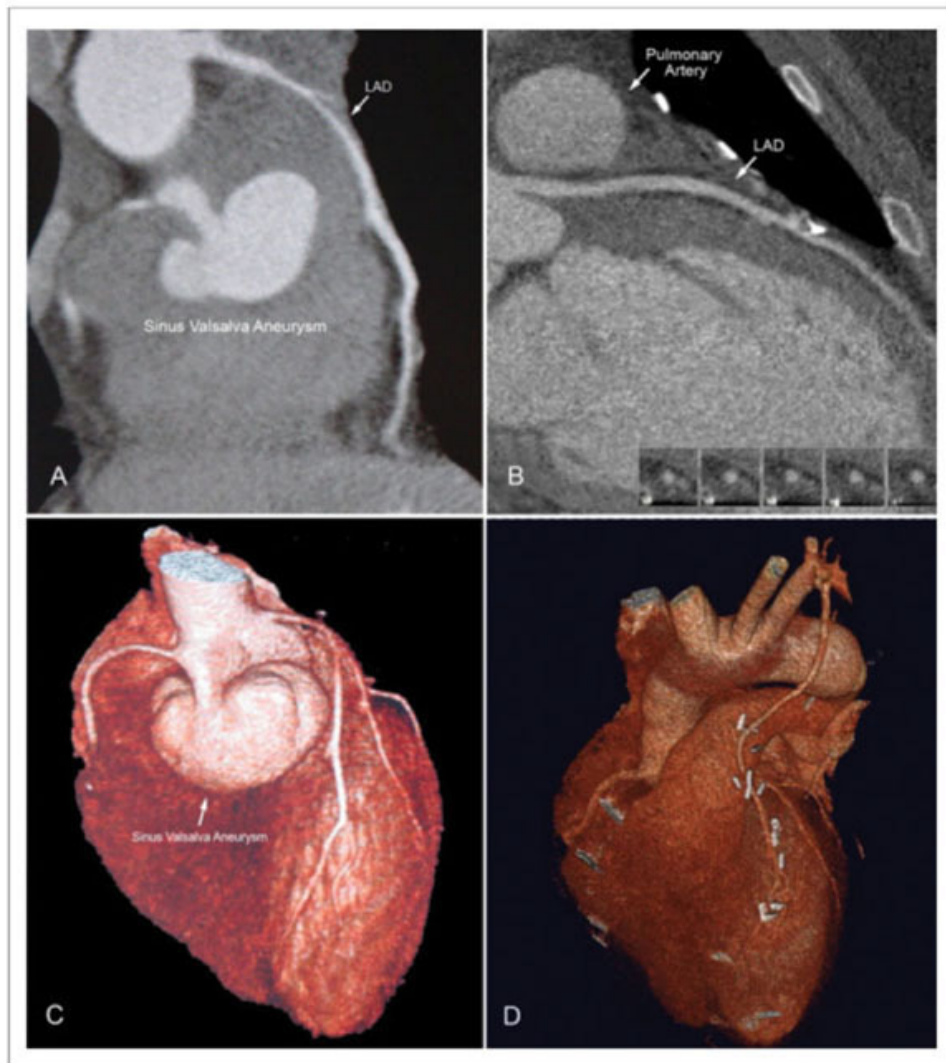


Figure 1- Multi-slice spiral CT; A - Pre-operative volume rendering image of a large sinus of Valsalva aneurysm associated with circumferential thrombus (70mmx40mm) causing extrinsic compression of the proximal portion of the LAD; B - Post-operative image of the LAD without the SVA compression. C - Sagittal projection showing the right SVA and the compression of the LAD; D - Post-operative image of the coronary bypass without the SVA.

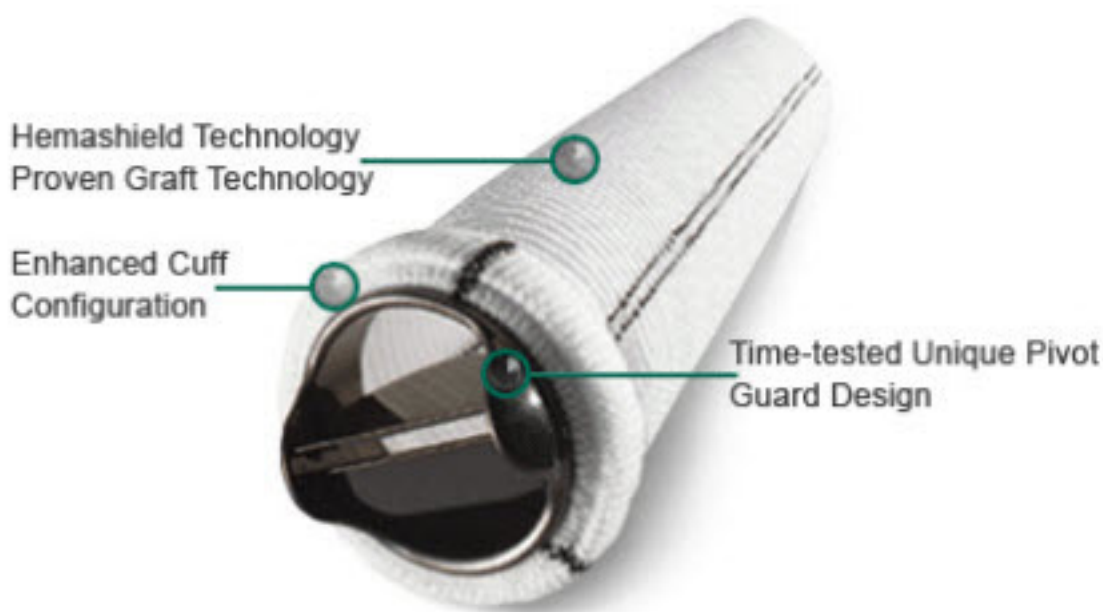
Imágenes preoperatorias (A y C) y postoperatorias (B y D) de Aneurisma del seno de Valsalva^{NT}

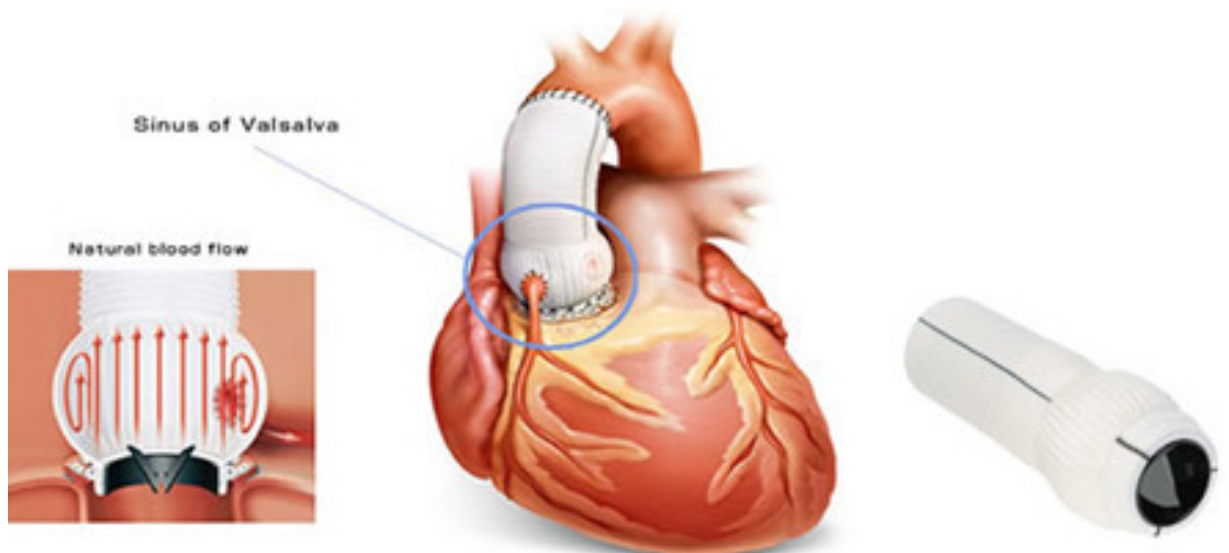
Hemos revisado el *Coding Clinic*, Primer Trimestre de 1996, p.11, y asignado el código 35.22, Sustitución abierta y otra sustitución de válvula aórtica, para la sustitución de válvula aórtica. Sin embargo nuestro cirujano indica que este procedimiento es más amplio que una simple sustitución valvular, puesto que se reimplanta las salidas de las coronarias y se anastomosan a la aorta. Por favor aclare cuales son los códigos correctos de procedimiento para esta intervención.

Respuesta:

Asigne el código 35.22, Sustitución abierta y otra sustitución de válvula aórtica, para la sustitución de válvula aórtica. Asigne también los códigos 38.45, Resección de vaso con sustitución, vaso torácico, y 39.61, Circulación extracorpórea auxiliar para cirugía a corazón abierto, para el bypass cardiopulmonar.

En este caso la raíz de la aorta se ha sustituido con un tubo con válvula. El tubo compuesto de injerto y válvula para la raíz aórtica es una técnica quirúrgica para tratamiento de afecciones que afectan la válvula aórtica, los senos de Valsalva y la aorta torácica (ascendente). La cirugía comprende la sustitución de la válvula aórtica, senos y una cantidad variable de aorta torácica (ascendente), dependiendo de la patología. Normalmente el procedimiento consta de cuatro pasos: implantación de válvula, movilización de los orígenes de las arterias coronarias nativas, reimplantación anastomótica o conexión e dichos orígenes de las coronarias y anastomosis del final del tubo a la aorta. El procedimiento es clínicamente más complejo que una sustitución de válvula aórtica y se realiza en distintas indicaciones.





Prótesis de válvula y tubo aórtico de St. Jude Medical®^{NT}

Pregunta:

Un hombre de 55 años es sometido a colonoscopia de cribado y se encontró un pólipo grande. Debido a su tamaño y a la incapacidad del gastroenterólogo de visualizar la base del pólipo, fue extirpado parcialmente. La anatomía patológica confirmó un adenoma tubulovelloso y el clínico recomendó una colonoscopia de revisión en tres meses. ¿Cómo debe codificarse este episodio?

Respuesta:

Asigne el código V, Cribaje especial para neoplasias malignas, colon, como diagnóstico principal para la colonoscopia de cribaje. Asigne el código 211.3, Neoplasia benigna de colon, como diagnóstico adicional.

Siempre que se realiza un examen de cribaje, el código del cribaje es diagnóstico principal. El hecho de que la prueba es un examen de cribaje permanece, a pesar de que los hallazgos o de cualquier procedimiento que se haya realizado como resultado de los hallazgos.

Pregunta:

El paciente anterior vuelve a la sala de gastroenterología para repetir la colonoscopia ya que no pudo extirparse el pólipo entero durante el episodio inicial. Se llevó a cabo una polipectomía en la que se extirpó el pólipo completo. El clínico recomienda una colonoscopia de seguimiento en tres años. ¿Cómo se codifica este episodio?

Respuesta:

Asigne el código 211.3, Neoplasia benigna de colon, como diagnóstico principal. El motivo de este episodio es la extirpación del pólipo restante.

Pregunta:

Un paciente, en estado post-resección de pólipos de colon cinco años antes, se presenta en la sala de gastroenterología para colonoscopia e revisión. La colonoscopia es totalmente normal y el clínico le recomienda colonoscopia de revisión en diez años. ¿Cuál es el código correcto?

Respuesta:

Asigne el código V76.51, Cribaje especial para neoplasias malignas, colon, como diagnóstico principal. Codifique el V12.72, Historia personal de otras enfermedades, enfermedades del aparato digestivo, colon, pólipo, como diagnóstico secundario. Una colonoscopia de revisión es todavía un cribaje y los pacientes son vistos para una neoplasia maligna. Sin embargo se considera un examen de cribaje de alto riesgo debido a la historia de pólipos previos.

Pregunta:

Un paciente tiene un estado posterior a polipectomía de colon. Dada la naturaleza sospechosa del pólipo y la potencial transformación maligna, el paciente fue visto para un examen de seguimiento seis meses después de la escisión del pólipo. La colonoscopia es negativa para cualquier recurrencia de pólipos. ¿Cuál es la asignación correcta de código para este episodio?

Respuesta:

Asigne el código V67.09, Examen de seguimiento tras cirugía. Debe asignarse el código V12.72, Historia personal de otras enfermedades, enfermedades del aparato digestivo, colon, pólipo, como diagnóstico secundario.

Noticias de Corrección

Infecciones locales y sistémicas debidas a catéter venoso central

El *Coding Clinic*, Cuarto Trimestre de 2011, páginas 153-155 (páginas 146 de la versión traducida ^{NT}) contiene un error tipográfico. En el párrafo introductorio, los códigos 999.32 y 999.33 están intercambiados. El código 999.32 identifica una infección sistémica, mientras que el 999.33 identifica una infección local debida a catéter venoso central

Hematoma no traumático

El *Coding Clinic*, Cuarto Trimestre de 2008, páginas 134-136, 155 (páginas 134 de la versión traducida ^{NT}) indica que una de las causas de hematoma no traumático incluye el traumatismo. Esto es un error. La afección no es causada por traumatismo.