

CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

UNIDAD TÉCNICA DE LA CIE-9-MC PARA
EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Actualización de la CIE-9-MC 2008
Comentarios y Normativa de Codificación

Boletín número 28

Año XII

Febrero, 2008



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

Codificación Clínica con la CIE-9-MC

Unidad Técnica
de la CIE-9-MC para
el Sistema Nacional de Salud

Actualización de la
CIE-9-MC 2008

Comentarios y Normativa de Codificación

Coordinacion editorial:

Rogelio Cozar Ruiz

Realizado por:

Juan José Pirla Carvajal

Miembros permanentes del comité editorial:

Araceli Díaz Martínez, Ma Dolores del Pino Jiménez, Ana Rocas Fernández, Ma José Santos Terrón, M^a Coromoto Rodríguez del Rosario, Concepción García García, Carmen Vilchez Perdigón, Abel Fernández Sierra, Gemma Gelabert Colomé, Belén Beneitez Moralejo, Guillermo Rodríguez Martínez, Lorenzo Echeverría Echarri, Ana Vara Lorenzo, M^a Gala Gutiérrez Miras, L. Javier Lizarraga Dallo, M^a Isabel Mendiburu Pérez, Jorge Renau Tomás, Julio M. Astudillo Rodríguez, Carmen Salido Campos, Arturo Romero Gutiérrez, Isabel de la Riva Jiménez, Sara Pupato Ferrari

Miembros asesores del comité editorial:

Pedro Molina Coll, M^a Teresa de Pedro, Montserrat López Heredero, Jovita Printz, Soledad Sañudo García, M^a Luisa Tamayo Canillas, Román García de la Infanta, José del Río Mata, Pilar Rodríguez Manzano, Esther Vila Ribas, Elena Esteban Báez, José Alfonso Delgado, Irene Abad Pérez, José M^a Juanco Vázquez, Teresa Soler Ros, Javier Yetano Laguna, Margarita Lloria Bernacer, Agustín Rivero Cuadrado, M^a Mar Sendino García, Fernando Peña Ruiz, Eloísa Casado Fernández, , Eduard Guasp Sitjar, Vicent Alberola Cuñat, Paz Rodríguez Cundin, Fernando Rojo Roldán, M^a Antonia Várez Pastrana, Joan Ferrer Riera, Pilar Fabo Navarro, Pedro Solís Camino, María Raurich Segui, Petra A. Llul Caldentey, Adolfo Cestafe Martínez, Pilar Mori Vara, Jesús Trancoso Estrada

Secretaria:

Esther Grande López

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Secretaría General Técnica

Centro de Publicaciones

Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO para soporte en papel: 351-08-071-0

NIPO para soporte en línea: 351-08-070-5

Depósito Legal: M. 27.098-2008

Imprime: Closas Orcoyen, S.L

Índice

- 7 Unidad Técnica de la CIE-9-MC
- 9 Erratas detectadas en la 6ª edición de la CIE-9-MC
- 13 Erratas detectadas en el boletín nº 26 (Aparato Respiratorio)
- 15 Tema monográfico: Actualización de la CIE-9-MC 2008 (Comentarios y Normativa de Codificación)

Unidad Técnica de la CIE-9-MC

Como en ocasiones anteriores y siempre que se produce una actualización de los códigos de la CIE-9-MC, Juan José Pirla, Subdirector Médico del Hospital de Jerez, en su ya larga y fructífera colaboración con la Unidad Técnica de la CIE-9-MC, elabora un documento con comentarios a las modificaciones que se han realizado en esta 6ª edición en castellano de la CIE9MC, vigente a partir de enero de 2008.

En los últimos meses se han realizado dos cursos de codificación (uno avanzado en noviembre del año pasado y otro básico en enero de este año) en la Escuela Nacional de Sanidad y organizados por la Unidad Técnica de la CIE-9-MC. Los profesionales que ha asistido a estos cursos han expresado en reiteradas ocasiones la necesidad de contar con documentos de estas características, ya que contribuyen a la mejora en la asignación de los nuevos códigos, cuando existen dudas de codificación, motivo por el que agradecemos doblemente a Juan José Pirla su esfuerzo y colaboración, conscientes del enorme trabajo que conlleva no sólo su elaboración, sino la incorporación progresiva de las sugerencias que envían los miembros de la Unidad Técnica.

Por otra parte, se ha incorporado una sección con algunas de las erratas que ya se han detectado en la recién nacida 6ª edición de la CIE-9-MC, inevitables en obras de estas características; esperamos contar con la colaboración de cuantos usan la CIE-9-MC para mejorar día a día la calidad de la misma. Igualmente se incluyen algunos comentarios aclaratorios al boletín nº 26 (respiratorio), que nos ha enviado Mª Dolores del Pino.

Coincidiendo con la finalización de la revisión de este boletín, nos ha llegado la triste noticia del fallecimiento de nuestro compañero y amigo Javier Lizarraga Dallo, médico documentalista del Servicio de Análisis y Control Asistencial del Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea. Javier ha sido representante de la Comunidad Foral de Navarra en la Unidad Técnica de la CIE-9-MC y ha participado en el Comité Técnico del C. M. B. D. y diversos grupos de trabajo. Hemos contado con su valiosa colaboración en múltiples trabajos relacionados con la codificación clínica y asimismo formaba parte del grupo de profesores del programa de formación del Ministerio de Sanidad y Consumo para codificación clínica, que coordina la Unidad Técnica

de la CIE-9-MC. Desde el Instituto de Información Sanitaria y la Unidad Técnica de la CIE-9-MC queremos que estas líneas sirvan como homenaje a su persona y a su excelente trabajo de colaboración en la Unidad Técnica, donde era querido y respetado por méritos propios. Descanse en paz.

Rogelio Cózar Ruiz
Responsable de la Unidad Técnica
de la CIE-9-MC

Fe de erratas detectadas en la 6ª edición de la CIE-9-MC

1. En la página 17. Donde dice:

Adenoma

- bronquial (M8140/0) 235.7

Debe decir:

Adenoma

- bronquial (M8140/1) 235.7

2. En la página 25. Donde dice:

Admisión

- para

-- seguimiento

--- cirugía especificada NCOCV71.89

Debe decir:

Admisión

- para

-- seguimiento

--- cirugía especificada NCOCV67.0

3. En la página 36. Donde dice:

Anemia

- arregenerativa

-- congénita (crónica) 284.0

Debe decir:

Anemia

- arregenerativa 284.9

-- congénita 284.01

4. En la página 403. Donde dice:

Mielitis

- enfermedades víricas clasificadas bajo otros conceptos 232.02

Debe decir:

Mielitis

- enfermedades víricas clasificadas bajo otros conceptos 323.02

5. En la página 443. Donde dice:

Neumonía (encabezamiento)

Debe decir:

Neoplasia

6. En la página 501. donde dice:

Poliserositis

- recurrente 277.3

Debe decir:

Poliserositis

- recurrente 277.31

7. En la página 508. Donde dice:

Proliferación

- secundaria (M8000/0)

Debe decir:

Proliferación

- secundaria (M8000/6)

8. En la página 581. Donde dice:

Sobrepeso (*vease además* Obesidad) 278.00

Debe decir:

Sobrepeso (*véase ademas* Obesidad) 278.02

9. En la página 729. Donde dice:

Accidente

- que tiene lugar en

- - fábrica (edificio) (instalaciones) E849.7

Debe decir:

Accidente

- que tiene lugar en

- - fábrica (edificio) (instalaciones) E849.3

10. En la página 886. Donde dice:

282.69 Otras

Debe decir:

282.69 Otra enfermedad drepanocítica con crisis

11. En la página 1003. Donde dice:

La siguiente subclasificación de quinto dígito debe emplearse con la categoría 403:

0 con enfermedad crónica del riñón estadio I a estadio IV, o sin especificar.

Emplear un código adicional para identificar el estadio de la enfermedad crónica del riñón (581.1-581.4, 585.9)

Debe decir:

La siguiente subclasificación de quinto dígito debe emplearse con la categoría 403:

0 con enfermedad crónica del riñón estadio I a estadio IV, o sin especificar.

Emplear un código adicional para identificar el estadio de la enfermedad crónica del riñón (585.1-585.4, 585.9)

12. En la página 1052. Donde dice:

Neumonopatía

Debe decir:

Neumopatía

13. En la página 1239. Donde dice:

766.22 Recién nacido de gestación prolongada

Recién nacido con periodo de gestación de más de 40 semanas completas

Debe decir:

766.22 Recién nacido de gestación prolongada

Recién nacido con periodo de gestación de más de 42 semanas completas

14. En la página 1297. Donde dice:

850.12 Con pérdida de conocimiento de 31 a 59 minutos

Brazo NEOM

Debe decir:

850.12 Con pérdida de conocimiento de 31 a 59 minutos

15. En la página 1412. Donde dice:

GÉNÉTICA (V38-V84)

Debe decir:

GÉNÉTICA (V83-V84)

16. En la página 1413. Donde dice:

V 86.1 Receptores estrogénicos negativos [ER+]

Debe decir:

V 86.1 Receptores estrogénicos negativos [ER-]

17. En la página 1502. Donde dice:

Angioplastia

- balón (transluminal percutánea)

- - arteria coronaria (un solo vaso) 36.01

Debe decir:

Angioplastia

- balón (transluminal percutánea)
- - arteria coronaria (un solo vaso) 00.66

18. En la página 1582. Donde dice:

Inyección

- agente trombolítico
- - con angioplastia transluminal percutánea
- - coronaria 00.66
- - sitio especificado NCOC 39.50
- - vaso (s) no coronario (s) 39.50

Debe decir:

Inyección

- agente trombolítico
- - con angioplastia transluminal percutánea
- - - coronaria 00.66
- - - sitio especificado NCOC 39.50
- - - vaso (s) no coronario (s) 39.50
- - arteria intracoronaria directa 30.04

Erratas detectadas en el boletín nº 26 (Aparato respiratorio):

En la página 15, en el cuadro relativo a las Neumopatías Intersticiales, donde dice:

“Neumopatía intersticial postquimioterapia 516.9+E933.1”

Debe decir:

“Neumopatía intersticial postquimioterapia 516.8+E933.1”

y donde dice

“Neumopatía intersticial secundaria a amiodarona 516.9+E942.0”

debe decir:

“Neumopatía intersticial secundaria a amiodarona 516.8+E942.0”

Tema monográfico

Actualización de la

CIE-9-MC 2008

Comentarios y normativa de

codificación

El contenido de este boletín monográfico es un repaso de las modificaciones que se hacen en la 6ª edición en castellano de la CIE9MC, vigente a partir de enero de 2008 y que sustituye a la versión anterior que ha estado vigente desde enero de 2006 hasta diciembre de 2007.

Clasificación de enfermedades

Mielitis

Para poder diferenciar los tipos y causas de las mielitis se han creado códigos nuevos y otros han sido revisados.

La mielitis es una inflamación de la médula espinal. Puede haber varias presentaciones posibles y causas subyacentes. La mielitis transversa implica paraparesia o paroplejía debido a disfunción de la médula espinal. Algunas de las causas potenciales de mielitis incluyen procesos infecciosos, postinfecciosos, postvacunación o tóxicos.

Varios trastornos pueden producir una mielitis transversa aguda desmielinizante secundaria, incluyendo tumores, traumatismos, hernias de disco intervertebral, hemorragias, aneurisma disecante de aorta, arteritis y lupus eritematoso sistémico. Hay también una mielitis transversa idiopática que tiene patología desmielinizante.

Se incluyen los códigos:

- | | |
|--------|---|
| 052.2 | Mielitis postvaricela |
| 053.14 | Mielitis por herpes zoster |
| 054.74 | Mielitis por herpes simple |
| 323.01 | Encefalitis y encefalomiélitis en enfermedades virales clasificadas en otra parte |

- 323.02 Mielitis en enfermedades virales clasificadas en otra parte
- 323.41 Otra encefalitis, mielitis y encefalomiélitis en infecciones clasificadas en otra parte
- 323.42 Otra mielitis por infecciones clasificadas en otra parte
- 323.51 Encefalitis y encefalomiélitis tras procedimientos de inmunización
- 323.52 Mielitis tras procedimientos de inmunización
- 323.61 Encefalomiélitis aguda diseminada infecciosa (ADEM)
- 323.62 Otra encefalitis y encefalomiélitis postinfecciosa
- 323.63 Mielitis postinfecciosa
- 323.71 Encefalitis y encefalomiélitis tóxica
- 323.72 Mielitis tóxica
- 323.81 Otras causas de encefalitis y encefalomiélitis
- 323.82 Otras causas de mielitis
- 341.2 Mielitis aguda (transversa)
- 341.20 Mielitis aguda (transversa) NEOM
- 341.21 Mielitis aguda (transversa) en afecciones clasificadas en otra parte
- 341.22 Mielitis transversa idiopática

Neoplasias linfáticas y de tejidos hematopoyéticos

El código 238.7, Otras neoplasias linfáticas y de tejidos hematopoyéticos de evolución incierta se ha expandido para identificar por separado la trombocitemia de otros síndromes mielodisplásicos. Los trastornos mieloproliferativos y síndromes mielodisplásicos son reconocidos actualmente como neoplasias malignas hematológicas. Por motivos de consistencia en los datos, la CIE-9-MC mantendrá estas afecciones con las neoplasias de comportamiento indeterminado. Se han creado códigos específicos para proporcionar una mejor asignación.

La trombocitemia esencial es una enfermedad de células progenitoras que conduce a una sobreproducción de plaquetas (trombocitos), a veces acompañado de un aumento de glóbulos blancos. Si no se trata, la trombocitemia esencial (TE) puede amenazar la vida. En pacientes con TE la sangre puede coagular excesivamente o puede no coagular lo suficiente, llevando a complicaciones como accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, sangrado interno, equimosis espontánea, sangrado de membranas mucosas tales como nariz o encías, o menstruación abundante. Los pacientes pueden estar asintomáticos en el momento del diagnóstico y no necesitar tratamiento. Los que tienen síntomas pueden presentarse con trombosis de vasos pequeños o grandes o sangrado menor. Actualmente no hay tratamiento para

la trombocitemia esencial y la enfermedad puede progresar a formas más graves de trastornos mieloproliferativos tales como mielofibrosis o leucemia mieloide aguda. La trombocitemia esencial es conocida también como trombocitosis, trombocitemia idiopática o trombocitosis primaria.

Los síndromes mielodisplásicos (SMD) son un grupo de enfermedades de la sangre y médula ósea que afectan a la producción de células sanguíneas. Normalmente la médula ósea produce células progenitoras que se convierten en células sanguíneas maduras tales como glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. En los SMD muchas de estas células sanguíneas no están maduras. El número de células inmaduras (blastos) en la médula ósea, así como el número de tipos de células sanguíneas son indicadores importantes del tipo de SMD. Los síntomas de SMD pueden no manifestarse en los estadios tempranos de la enfermedad. En estadios más avanzados, los síntomas de los SMD incluyen fatiga, debilidad, infecciones y equimosis o sangrado excesivos. Algunos SMD pueden producirse tras radioterapia o quimioterapia.

Se incluyen los códigos:

238.71	Trombocitemia esencial
238.72	Síndrome mielodisplásico de bajo grado
238.73	Síndrome mielodisplásico de alto grado
238.74	Síndrome mielodisplásico con delección 5q
238.75	Síndrome mielodisplásico, no especificado
238.76	Mielofibrosis con metaplasia mieloide
238.79	Otro tejido linfático y hematopoyético

Síndrome de insensibilidad androgénica

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

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

tienen descendidos los testículos, y existe riesgo de desarrollar cáncer testicular. Los testículos deben ser extirpados quirúrgicamente.

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

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

Se incluye el código:

259.5 Síndrome de insensibilidad androgénica

Depleción de volumen, deshidratación e hipovolemia

La depleción de volumen se ha ampliado para identificar independientemente la depleción de volumen, la deshidratación y la hipovolemia. Los códigos nuevos proporcionarán la diferencia entre estas afecciones. Antes de este cambio, todas estas afecciones estaban clasificadas en el código 276.5, Disminución de volumen.

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

Se incluyen los códigos:

276.50 Disminución de volumen, no específica

276.51 Deshidratación

276.52 Hipovolemia

Amiloidosis

El código 277.3, Amiloidosis, se ha expandido, creándose códigos independientes para la amiloidosis no especificada de otra manera, Fiebre mediterránea familiar y otra amiloidosis. Los códigos nuevos proporcionarán una diferenciación entre estas afecciones.

La amiloidosis es un grupo de trastornos en los que proteínas insolubles (amiloide) se acumulan en varios tejidos y órganos, afectando la función de los mismos. Los principales órganos afectados incluyen corazón, riñón, tracto gastrointestinal, sistema nervioso y piel. La amiloidosis de la piel también se denomina amiloidosis cutánea. La causa de la amiloidosis primaria es desconocida pero está asociada con producción anormal de inmunoglobulinas por las células plasmáticas. La amiloidosis primaria es similar bioquímicamente a la amiloidosis asociada con trastornos malignos de células plasmáticas y mieloma múltiple. Los síntomas afectan lengua, intestinos, músculos esqueléticos y lisos, nervios, piel, ligamentos, corazón, hígado, bazo y riñones. La afección puede llevar a cardiomiopatía, fallo renal, síndrome del túnel carpiano, malabsorción, reflujo gastrointestinal y/o otras afecciones. La amiloidosis secundaria puede ser causada por infección, enfermedad inflamatoria o neoplasia maligna.

Se incluyen los códigos:

277.30	Amiloidosis, no especificada
277.31	Fiebre mediterránea familiar
277.39	Otra amiloidosis

Sobrepeso

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

El código de sobrepeso, se ha creado para clasificar pacientes que tiene dicho problema. Debe asignarse un código adicional para el índice de masa corporal (BMI) si se conoce.

Véase el artículo de los cambios en los códigos V en este ejemplar para tener más información de la codificación del BMI.

Se incluye el código:

278.02	Sobrepeso
--------	-----------

Anemia aplásica

El título de la categoría 284, Anemia aplásica, se ha modificado por “Anemia aplásica y otros síndromes por fallo de la médula ósea”. El código 284.0, Anemia aplásica constitucional, se ha expandido para diferenciar entre aplasia del glóbulos rojos y otras anemias aplásicas constitucionales. Adicionalmente se ha creado dos códigos nuevos para informar la pancitopenia y la mieloptisis

La anemia aplásica afecta a un grupo diverso de trastornos de la médula ósea. Pueden implicar no sólo anemia sino también pancitopenia. La pancitopenia es una deficiencia de los tres elementos celulares de la sangre que incluyen glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. La mieloptisis es una forma de fallo de la médula ósea que da como resultado la destrucción de los precursores de células en dicha médula ósea y su estroma, que nutre las células hasta su maduración y diferenciación.

Se incluyen los códigos:

284.01	Aplasia de glóbulos rojos constitucional
284.09	Otra anemia aplásica constitucional
284.1	Pancitopenia
284.2	Mieloptisis

Trombocitopenia

El código 287.3, Trombocitopenia primaria, ha sido expandido para identificar por separado los diferentes tipos de trombocitopenia primaria. Los nuevos códigos distinguen entre la trombocitopenia primaria no especificada, la púrpura trombocitopénica inmune, el síndrome de Evans, la púrpura trombocitopénica hereditaria y congénita y otra trombocitopenia primaria.

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

y membranas mucosas), y potencialmente a problemas de sangrado grave o incluso la muerte. Los tratamientos incluyen esteroides y esplenectomía.

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

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

Se incluyen los códigos:

287.30	Trombocitopenia primaria, no especificada
287.31	Púrpura trombocitopénica inmune
287.32	Síndrome de Evans
287.33	Púrpura trombocitopénica congénita y hereditaria
287.39	Otra trombocitopenia primaria

Enfermedades de los glóbulos blancos

Se han realizado varios cambios en la categoría 288, Enfermedades de los glóbulos blancos. Los códigos nuevos se han creado para diferentes tipos de neutropenia, síndromes hemofagocíticos y disminución o elevación del recuento de glóbulos blancos.

Los glóbulos blancos o leucocitos juegan un papel importante en el sistema inmune del organismo luchando contra la infección. Hay varios tipos diferentes de glóbulos blancos que incluyen los neutrófilos, linfocitos, monocitos, eosinófilos y basófilos. Muchas enfermedades pueden afectar la producción de glóbulos blancos.

Las enfermedades de los glóbulos blancos están clasificadas en principio basadas en si el recuento de los mismos está disminuido o elevado. Las enfermedades que puede disminuir la producción de glóbulos blancos incluyen toxicidad a fármacos, deficiencias vitamínicas, enfermedades de la sangre, infecciones y trastornos de la médula ósea.

Las enfermedades que pueden aumentar la producción de glóbulos blancos pueden afectar a todos los tipos de glóbulos blancos (leucocitosis), mientras que otras afectan a tipos específicos. La leucocitosis puede ser causada por infección, inflamación, reacción alérgica, neoplasia maligna, trastornos hereditarios u otras causas varias tales como medicación incluyendo fármacos como la cortisona, litio y antiinflamatorios.

Es importante anotar que estos códigos no deben asignarse basados únicamente en hallazgos de laboratorio. Debe confirmarse con el médico el significado de los resultados de laboratorio antes de asignar estos códigos.

Se incluyen los códigos:

288.00	Neutropenia, no especificada
288.01	Neutropenia congénita
288.02	Neutropenia cíclica
288.03	Neutropenia inducida por medicamento
288.04	Neutropenia debida a infección
288.09	Otra neutropenia
288.4	Síndromes hemofagocíticos
288.5	Disminución en el recuento de glóbulos blancos
288.50	Leucocitopenia, no especificada
288.51	Linfocitopenia
288.59	Otra disminución en el recuento de glóbulos blancos
288.6	Elevación en el recuento de glóbulos blancos
288.60	Leucocitosis, no especificada
288.61	Linfocitosis (sintomática)
288.62	Reacción leucemoide
288.63	Monocitosis (sintomática)
288.64	Plasmocitosis
288.65	Basofilia
288.69	Otro recuento elevado de glóbulos blancos

Otras enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos

Se han creado códigos nuevos para la esplenomegalia neutropénica y la mielofibrosis.

La mielofibrosis es una enfermedad rara de la médula ósea en la que se forma tejido colágeno fibroso cicatricial dentro de la cavidad medular. La mielofibrosis puede asociarse con otras afecciones que incluyen cáncer de mama, cáncer de próstata. Enfermedad de Hodgkin, linfoma no Hodgkin, leucemia mieloide aguda, leucemia linfocítica aguda, leucemia de células pilosas, mieloma múltiple, enfermedades mieloproliferativas, tuberculosis, enfermedad de Gaucher y enfermedad de Paget ósea. La mielofibrosis se denomina también mielofibrosis idiopática, metaplasia mieloide agnogénica, mielosclerosis crónica, mielosis megacariocítica aleucémica y leucoeritroblastosis.

Se incluyen los códigos:

289.53 Esplenomegalia neutropénica
289.83 Mielofibrosis

Trastornos del sueño y otras afecciones relacionadas

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

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

Los trastornos orgánicos del sueño van la nueva categoría 327.

Se incluyen los códigos:

291.82 Trastornos del sueño inducidos por alcohol
292.85 Trastornos del sueño inducidos por drogas
327 Trastornos orgánicos del sueño
327.0 Trastornos orgánicos en el inicio y mantenimiento del sueño [Insomnio orgánico]
327.00 Insomnio orgánico, no especificado
327.01 Insomnio debido a afección médica clasificada en otro sitio
327.02 Insomnio debido a trastorno mental
327.09 Otro insomnio orgánico
327.1 Trastornos orgánicos de somnolencia excesiva [Hipersomnia orgánica]
327.10 Hipersomnia orgánica, no especificada
327.11 Hipersomnia idiopática con episodios prolongados de sueño
327.12 Hipersomnia idiopática sin episodios prolongados de sueño
327.13 Hipersomnia recurrente

- 327.14 Hipersomnia debida a afección médica clasificada en otro sitio
- 327.15 Hipersomnia debida a trastorno mental
- 327.19 Otra hipersomnia orgánica
- 327.2 Apnea del sueño orgánica
- 327.20 Apnea del sueño orgánica NEOM
- 327.21 Apnea del sueño central primaria
- 327.22 Respiración periódica de grandes altitudes
- 327.23 Apnea del sueño obstructiva (adulto) (pediátrica)
- 327.24 Sueño idiopático asociado a hipoventilación alveolar no obstructiva
- 327.25 Síndrome de hipoventilación aveolar central congénita
- 327.26 Sueño asociado a hipoventilación/hipoxemia en patologías clasificadas bajo otro concepto
- 327.27 Apnea del sueño central en afecciones clasificadas en otro sitio
- 327.29 Otra apnea del sueño orgánica
- 327.3 Trastornos del ritmo circadiano del sueño
- 327.30 Trastorno del ritmo circadiano del sueño, no especificado
- 327.31 Trastorno del ritmo circadiano del sueño, tipo fase de sueño retrasada
- 327.32 Trastorno del ritmo circadiano del sueño, tipo fase de sueño adelantada
- 327.33 Trastorno del ritmo circadiano del sueño, tipo fase de sueño irregular
- 327.34 Trastorno del ritmo circadiano del sueño, tipo no sincronizado
- 327.35 Trastorno del ritmo circadiano del sueño, tipo desarreglo horario
- 327.36 Trastorno del ritmo circadiano del sueño, tipo asociado a cambios en turno de trabajo
- 327.37 Trastorno del ritmo circadiano del sueño, en afecciones clasificadas en otro sitio
- 327.39 Otro trastorno del ritmo circadiano del sueño
- 327.4 Parasomnia orgánica
- 327.40 Parasomnia orgánica, no especificada
- 327.41 Despertar confuso
- 327.42 Trastorno del comportamiento en sueño REM
- 327.43 Parálisis del sueño aislada recurrente
- 327.44 Parasomnia en afecciones clasificadas en otro sitio
- 327.49 Otra parasomnia orgánica
- 327.5 Trastorno orgánico de movimientos relacionados con el sueño

327.51	Trastornos de movimientos periódicos de miembros
327.52	Calambre de piernas relacionado con el sueño
327.53	Bruxismo relacionado con el sueño
327.59	Otro trastorno orgánico de movimientos relacionados con el sueño
327.8	Otros trastornos orgánicos del sueño

Disfunción cognitiva leve

Se han creado un código para identificar la disfunción cognitiva leve. Esta es una afección definida como una disminución de la memoria (o de otro campo cognitivo) que va más allá de lo que se considera normal para la edad, con una funcionalidad relativamente intacta de otros campos cognitivos. Los criterios estandarizados para el diagnóstico de la disfunción cognitiva leve incluyen los siguientes:

- Queja de falta de memoria, preferiblemente corroborada
- Memoria objetiva afectada por la edad
- Cognición general relativamente conservada para la edad
- Actividades de la vida diaria esencialmente intactas
- No demencia

Por definición, una persona con DCL tiene mayores problemas de memoria que los esperados para lo normal de su edad, pero no muestra otros síntomas de demencia, tales como afectación del juicio o razonamiento. Aunque algunos estudios informan que muchos casos progresan eventualmente hacia el Alzheimer, otros demuestran estas personas no siempre desarrollan demencia y pueden recuperar la función cognitiva normal. Como en la edad adulta, se presupone que una tercera parte experimentarán un declinar gradual de la función cognitiva. Investigaciones actuales han identificado posibles causas de disfunción cognitiva leve y potenciales tratamientos para la misma.

El termino “así declarada” fue añadido al título del código, para que esta afección no sea confundida con trastornos cognitivos, no especificados de otra manera (294.9), cambios cognitivos o de personalidad de otro tipo (310.1), o cualquier otra afección excluida del código 331.83. Tal como indica la nota, este código nuevo debe asignarse únicamente si el médico documenta específicamente la disfunción cognitiva leve.

Se incluye el código:

331.83	Disfunción cognitiva leve, así declarada
--------	--

Distonía y disquinesia

El título para el código 333.6 se ha cambiado de “distonía de torsión idiopática” a “distonía de torsión genética”. Se ha cambiado el código 333.7, Distonía de torsión sintomática, por Distonía de torsión adquirida. Adicionalmente, el código 333.7 se ha expandido para identificar independientemente la parálisis cerebral atetoide, la distonía aguda debida a medicamento y otra distonía de torsión adquirida. La subcategoría 333.8, Fragmentos de distonía de torsión, se ha ampliado para diferenciar la disquinesia subaguda debida a medicamento.

La distonía se refiere a un tono anormal del músculo. Puede causar movimientos involuntarios y contracciones musculares prolongadas que afectan al cuerpo entero o a áreas localizadas. Puede dar como resultado movimientos de rotación del cuerpo, temblores y posturas anormales. La distonía de torsión puede ser transmitida genéticamente o adquirida (tal como la parálisis cerebral atetoide, o debida a medicamento). La distonía de torsión genética ocurre cuando hay una mutación genética de una proteína que interrumpe la comunicación hacia las neuronas responsables del control del movimiento de los músculos.

La parálisis cerebral atetoide es un tipo de parálisis cerebral con movimientos lentos incontrolables que normalmente afecta músculos de piernas, manos y pies. En algunos casos, afecta también los músculos de la cara o garganta dando como resultado babeo, muecas o trastornos del habla.

La disquinesia se refiere a movimientos anormales. La disquinesia tardía es un síndrome neurológico con movimientos repetitivos, involuntarios o sin intención causados por uso crónico de ciertos fármacos neurolépticos. Incluye muecas, protrusión de lengua, relamidos y arrugamiento y movimientos rápidos de los ojos.

Los códigos 333.72, Distonía aguda debida a medicamentos y 333.85, Disquinesia subaguda debida a medicamentos, requieren la asignación de un código E adicional para identificar el fármaco.

Se incluyen los códigos:

- 333.71 Parálisis cerebral atetoide
- 333.72 Distonía aguda debida a medicamento
- 333.79 Otra distonía de torsión adquirida
- 333.85 Discinesia subaguda debida a fármacos

Síndrome de piernas inquietas

Se ha creado un código para el Síndrome de piernas inquietas, identificar independientemente esta afección y diferenciarla de los pacientes con otras afecciones indexadas en el 333.90, Otras enfermedades extrapiramidales y trastornos del movimiento anormales y las no especificadas, otra.

El síndrome de piernas inquietas (SPI) es un trastorno sensitivo-motor caracterizado por sensaciones desagradables en las piernas y deseo incontrollable de moverlas, cuando se está descansando, en un esfuerzo por aliviar estas sensaciones. Las sensaciones del SPI son a menudo descritas por la gente como un dolor quemante y progresivo asociado con el deseo de mover las piernas. No afecta la capacidad de dueño por lo que ocurre más frecuentemente de noche. Hasta el momento no se ha encontrado una etiología que cause el SPI aunque se han asociado algunas afecciones médicas con el mismo incluyendo neuropatías, radiculopatías, enfermedad renal terminal, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide y diabetes. Hay hallazgos recientes que muestran relación entre anemia, niveles bajos de ferritina sérica y SPI. Sin embargo esta correlación está siendo aún estudiada.

Las opciones de tratamiento varían desde las no farmacológicas (baños calientes, estiramientos musculares, masajes, ejercicio moderado) a farmacológicos (folatos, vitamina C y Vitamina B₁₂). La terapia con agonistas de dopamina así como Levo-Dopa se usa como tratamiento de primera línea para el SPI.

333.94 Síndrome de piernas inquietas

Códigos de dolor

Se ha creado una nueva categoría para el dolor para incluir el síndrome de dolor central, dolor crónico, dolor relacionado con neoplasia y síndrome de dolor crónico. Adicionalmente, se ha creado un nuevo código para el dolor generalizado.

Se incluyen los códigos:

338	Dolor, no clasificado en otro lugar
338.0	Síndrome de dolor central
338.1	Dolor agudo
338.11	Dolor agudo debido a traumatismo
338.12	Dolor postraumático agudo
333.18	Otro dolor postoperatorio agudo
333.19	Otro dolor agudo

338.2	Dolor crónico
338.21	Dolor crónico debido a traumatismo
338.22	Dolor crónico postoracotomía
333.28	Otro dolor postoperatorio crónico
338.29	Otro dolor crónico
338.3	Dolor (agudo)(crónico) relacionado con neoplasia
338.4	Síndrome de dolor crónico
780.9	Otros síntomas generales
780.96	Dolor generalizado

Retinopatía diabética y edema macular diabético

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

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

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

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

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

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

Se incluyen los códigos:

362.03	Retinopatía diabética no proliferativa NEOM
362.04	Retinopatía diabética no proliferativa leve
362.05	Retinopatía diabética no proliferativa moderada
362.06	Retinopatía diabética no proliferativa grave
362.07	Edema macular diabético

Hipoplasia del nervio óptico

Se ha creado un código nuevo para describir la hipoplasia del nervio óptico. La hipoplasia del nervio óptico es una anomalía congénita que puede afectar la vista. Se manifiesta con un nervio óptico pequeño, que parece un pequeño disco óptico en el examen oftalmológico y puede acompañarse de un anillo peripapilar (signo del doble anillo). La hipoplasia del nervio óptico puede ser unilateral o bilateral y la discapacidad visual puede ser leve o grave. Los niños con mala visión como resultado de esta afección deben tratarse de los defectos refractivos. Se necesita terapia oclusiva en algunos casos y es esencial optimizar las condiciones en casa y en la escuela para

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

que la discapacidad visual no impida el desarrollo o la educación. Esta afección se está diagnosticando más frecuentemente debido a los avances de la neuroimagen. Se puede demostrar la disminución del nervio óptico y del quiasma por RMN.

Se incluye el código:

377.43 Hipoplasia del nervio óptico

Inflamación (infección) de la ampolla de filtración postoperatoria

Se ha creado una nueva subcategoría para describir la inflamación (infección) de la ampolla de filtración tras intervención.

Tras algunos procedimientos oftalmológicos (ej. trabeculectomía por glaucoma) que crean una ampolla de filtración y que consiste en el tallado de una lámina en la superficie externa y superior del ojo, efectuándose por debajo de ésta una comunicación que permite el pasaje del líquido interno del ojo hacia sus capas externas, puede ocurrir una inflamación o infección de la misma. Ya que la ampolla tiene una pared extremadamente fina, las bacterias pueden penetrar fácilmente. Aunque la ampolla de filtración se relaciona con trabeculectomía, puede crearse quirúrgicamente para otros tipos de procedimientos quirúrgicos.

La inflamación de la ampolla de filtración está clasificada de acuerdo a estadios de gravedad. El estadio 1 se caracteriza por supuración de la ampolla con o sin inflamación leve del segmento anterior. El estadio 2 incluye supuración de la ampolla con inflamación moderada del segmento anterior. El estadio 3 incluye una reacción intensa de la cámara anterior, vitritis y dolor severo. El estadio 3 puede llevar a una endoftalmitis relacionada con la ampolla de filtración y pérdida aguda de visión.

Los antibióticos tópicos pueden resolver la infección en estadio 1. Se necesita medicación tópica y antibióticos orales para el estadio 2 y estos pacientes requieren ser evaluados frecuentemente. Se recomienda generalmente una inyección de antibiótico subconjuntival para pacientes que no mejoran en 24 ó 48 horas. Se necesitan repetidas inyecciones en el estadio 3. Tras la resolución de la infección se necesita una revisión quirúrgica de la ampolla. Los pacientes con ampollas delgadas avasculares o ampollas con escapes tienen un riesgo aumentado de infecciones de repetición.

Se incluyen los códigos:

379.6 Inflamación (infección) de la ampolla de posquirúrgica

- 379.60 Inflamación (infección) de la ampolla posquirúrgica no especificada
- 379.61 Inflamación (infección) de la ampolla posquirúrgica estadio 1
- 379.62 Inflamación (infección) de la ampolla posquirúrgica estadio 2
- 379.63 Inflamación (infección) de la ampolla posquirúrgica estadio 3

Pérdida de audición sensorineural

Los códigos de la categoría 389.1, Pérdida de audición sensorineural se han revisado para diferenciar mejor los códigos existentes y crear códigos nuevos para la pérdida de audición sensorineural asimétrica y unilateral.

La pérdida de audición sensorineural ocurre cuando hay un daño en el oído interno (cóclea) o en las vías nerviosas desde el oído interno (retrococlear) al cerebro. La pérdida de audición sensorineural se cuenta en cerca del 90% de todas las pérdidas de audición y se encuentra en aproximadamente el 23% de la población mayor de 65 años. Las causas posibles incluyen la pérdida de audición relacionada con la edad, traumatismo acústico (lesión en las células ciliares causada por un ruido fuerte), infecciones virales del oído interno, traumatismo al nacimiento, fármacos tóxicos al sistema auditivo, enfermedad de Menière, neuroma del acústico y tumor cerebral. Gran parte de las hipoacusias sensorineurales se tratan con prótesis auditivas.

Se incluyen los códigos:

- 389.15 Pérdida de audición sensorineural, unilateral
- 389.16 Pérdida de audición sensorineural, asimétrica

Enfermedad renal hipertensiva

Se han realizado cambios en las categorías 403, Enfermedad renal hipertensiva, y 404, Enfermedad cardíaca y renal hipertensiva, para converger con la terminología actual referente a la enfermedad renal crónica.

La categoría 403 se ha cambiado de “enfermedad renal hipertensiva” a “enfermedad de riñón crónica hipertensiva”. La categoría 404 se ha cambiado de “enfermedad cardíaca y renal hipertensiva” a “enfermedad cardíaca y de riñón crónica hipertensiva”. Todos los pacientes con enfermedad renal hipertensiva tienen a la vez hipertensión y algún estadio de enfermedad renal crónica (ERC).

Los títulos revisados de los quintos dígitos para la categoría 403 son:

- 0 con enfermedad crónica de riñón en estadio I a IV, o no especificado
- 1 con enfermedad crónica de riñón en estadio V o en estadio final de la enfermedad renal

Los títulos revisados de los quintos dígitos para la categoría 404 son:

- 0 sin insuficiencia cardíaca y enfermedad de riñón crónica en estadio I a IV, o no especificado
- 1 con insuficiencia cardíaca y enfermedad de riñón crónica en estadio I a IV, o no especificado
- 2 sin insuficiencia cardíaca y enfermedad de riñón crónica en estadio IV o estadio Terminal
- 3 con insuficiencia cardíaca y enfermedad de riñón crónica en estadio IV o estadio terminal

Adicionalmente debe usarse el código adecuado de la categoría 585, Enfermedad renal crónica, como diagnóstico secundario con las categorías 403 y 404 para identificar el estadio de enfermedad renal.

Infarto de miocardio con elevación ST y sin elevación ST

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

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

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

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

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

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

Síndrome de QT largo

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

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

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

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

Se incluye el código:

426.82 Síndrome QT largo

Síndrome de Takotsubo

Se ha creado un nuevo código para identificar independientemente el síndrome de Takotsubo. El síndrome de Takotsubo se ha reconocido recientemente como una nueva forma de disfunción ventricular izquierda vista en pacientes sin enfermedad cardíaca subyacente. El síndrome es normalmente precipitado por estrés emocional o psicológico con comienzo súbito de síntomas torácicos, cambios electrocardiográficos característicos de isquemia miocárdica, disfunción ventricular izquierda transitoria, elevación moderada de troponina y estenosis coronaria no significativa en el angiograma. El síndrome fue inicialmente descrito en Asia. Las siguientes afecciones se clasifican bajo el síndrome de Takotsubo: síndrome de Takotsubo, síndrome de corazón roto, disfunción ventricular izquierda tras estrés emocional súbito, cardiomiopatía inducida por estrés y síndrome de balonamiento apical ventricular izquierdo transitorio. Los pacientes que presentan síndrome de Takotsubo son normalmente monitorizados y tratados por fallo cardíaco izquierdo, obstrucción intraventricular y/o arritmia cardíaca, si se desarrollan. El síndrome de balonamiento apical, previamente indexado en el código 429.89, Otras enfermedades cardíacas mal definidas, se asigna ahora al 429.83.

Se incluye el código:

429.83 Síndrome de Takotsubo

Eritromelalgia

Se ha creado un código para la eritromelalgia, para identificarla independientemente.

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

y diabetes mellitus. El enfriamiento, elevar las extremidades y la aspirina pueden reducir los síntomas.

Se incluye el código:

443.82 Eritromelalgia

Mucositis

Se han creado códigos para las mucositis de diferentes lugares anatómicos.

Las membranas mucosas se disponen a lo largo de la boca, esófago, estómago, intestino delgado, colon y recto. Cuando las células mucosas son destruidas por tratamiento contra el cáncer tal como quimioterapia o radiación, la mucosa se desprende y es susceptible de laceraciones y atrofia general. En la mucositis oral o estomatitis se desarrollan llagas ulcerosas dolorosas, dando lugar a dificultad al comer, beber y tomar medicamentos por vía oral. En algunos casos la mucositis produce infecciones y hemorragias. Los síntomas son tratados con analgésicos y antibióticos.

Aunque la mucositis ocurre más frecuentemente en la boca y a lo largo del tracto digestivo, el tratamiento de cáncer de ovario y del carcinoma nasofaríngeo puede también producir mucositis vaginal y nasal.

Se incluyen los códigos:

478.11 Mucositis nasal (ulcerativa)
478.19 Otras enfermedades de la cavidad y senos nasales
528.00 Estomatitis y mucositis, no especificada
528.01 Mucositis (ulcerativa) debida a terapia antineoplásica
528.02 Mucositis (ulcerativa) debida a otros fármacos
528.09 Otra estomatitis y mucositis (ulcerativa)
538 Mucositis gastrointestinal (ulcerativa)
616.81 Mucositis (ulcerativa) de cérvix, vagina y vulva
616.89 Otra enfermedad inflamatoria de cérvix, vagina y vulva

Lesión pulmonar relacionada con transfusión

Se ha creado un código para identificar la lesión pulmonar aguda relacionada transfusión (LPART). La LPART es una reacción a la transfusión de sangre entera, concentrado de hematíes, plasma fresco congelado y plaquetas. Los síntomas incluyen disnea, cianosis, hipotensión, fiebre y edema pulmonar bilateral con función cardiaca normal que se desarrollan normalmente entre las 1 y 2 horas y están presentes de 4 a 6 horas tras la transfusión. Aunque la

gravidad de la LPART varía de leve a grave, la afección ha sido informada como la tercera causa más frecuente de reacciones fatales a la transfusión. El tratamiento está basado en oxigenoterapia y soporte hemodinámico. Cuando comienza pronto, el paciente puede recuperarse en 96 horas sin daños pulmonares residuales.

Se incluye el código:

518.7 Lesión pulmonar aguda postransfusional (TRALI)

Broncoespasmo

Se ha creado un código para el broncoespasmo agudo, e identificarlo en pacientes que no han sido diagnosticados de asma y no reúnen los criterios aceptados para la bronquitis.

El broncoespasmo es una contracción de los músculos de las paredes de los bronquiolos que causan restricción de la vía aérea. Cuando los mastocitos y los basófilos se exponen a un estímulo, la respuesta inflamatoria del organismo contrae los bronquiolos, causan una reducción de la vía aérea e incrementa la producción de moco que reduce el oxígeno disponible. Los alérgenos más frecuentes son el polvo, epitelio animal, polen, alimentos y medicamentos. Los síntomas clásicos son tos, opresión torácica y sibilancias. El broncoespasmo ocurre normalmente se presenta con asma y bronquitis aguda.

Una nota de exclusión en el 519.11 indica que el broncoespasmo con bronquitis aguda está codificado en el 466.0, el broncoespasmo con asma está codificado en el 493.00-493.22 y el broncoespasmo inducido por ejercicio está codificado en el 493.81.

Se incluyen los códigos:

519.11 Broncoespasmo agudo

519.19 Otras enfermedades de tráquea y bronquios

Ampliación de códigos dentales

Se han realizado cambios en los códigos dentales, incluidos 26 códigos nuevos. Los cambios incluyen códigos nuevos para dientes rotos, restauración defectuosa de dientes y patología perirradicular asociada a tratamiento endodóntico previo.

Se han creado igualmente códigos nuevos para identificar los estadios

de edentulismo parcial o completo (ausencia adquirida de dientes). Antes de este cambio, el edentulismo se informaba usando la categoría, 525.1, Pérdida de dientes por traumatismo, extracción o enfermedad periodontal. La subcategoría 525.1, clasifica el edentulismo basado en la causa de la pérdida de los dientes. La nueva subcategoría identifica el grado de pérdida de los mismos. Se asigna primero un código para el edentulismo completo (525.40-525.44) o parcial (525.50-525.54), seguido de un código para identificar la causa del edentulismo (525.10-525.19), si se conoce. Adicionalmente, hay una ampliación de los códigos de gingivitis y periodontitis

Se incluyen los códigos:

521.81	Diente fisurado
521.89	Otras enfermedades especificadas de los tejidos de los dientes
523.00	Gingivitis aguda, inducida por la placa bacteriana
523.01	Gingivitis aguda no inducida por la placa bacteriana
523.10	Gingivitis crónica, inducida por la placa bacteriana
523.11	Gingivitis crónica, no inducida por la placa bacteriana
523.30	Periodontitis agresiva, no especificada
523.31	Periodontitis agresiva, localizada
523.32	Periodontitis agresiva, generalizada
523.33	Periodontitis aguda
523.40	Periodontitis crónica, no especificada
523.41	Periodontitis crónica, localizada
523.42	Periodontitis crónica, generalizada
525.4	Edentulismo completo
525.40	Edentulismo completo, no especificado
525.41	Edentulismo completo, clase I
525.42	Edentulismo completo, clase II
525.43	Edentulismo completo, clase III
525.44	Edentulismo completo, clase IV
525.5	Edentulismo parcial
525.50	Edentulismo parcial, no especificado
525.51	Edentulismo parcial, clase I
525.52	Edentulismo parcial, clase II
525.53	Edentulismo parcial, clase III
525.54	Edentulismo parcial, clase IV
525.6	Restauración no satisfactoria de los dientes
525.60	Restauración no satisfactoria de los dientes no especificada
525.61	Márgenes de restauración abiertos
525.62	Sobremordida no reparable de material de restauración dental

- 525.63 Material restaurador dental fracturado sin pérdida del mismo
- 525.64 Material restaurador dental fracturado con pérdida del mismo
- 525.65 Entorno de restauración dental existente biológicamente incompatible con la salud oral
- 525.66 Alergia al material restaurador dental
- 525.67 Mala estética en restauración existente
- 525.69 Otra restauración no satisfactoria en dientes existentes
- 526.6 Patología perirradicular asociada con tratamiento endodóntico previo
- 526.61 Perforación del canal radicular
- 526.62 Sobrellenado endodóntico
- 526.63 Infrallenado endodóntico
- 562.69 Otra patología perirradicular asociada con tratamiento endodóntico previo

Peritonitis

Se han producido cambios en la categoría 567, denominada anteriormente Peritonitis, de tal manera que se incluye las infecciones retroperitoneales. El título de categoría revisado es Peritonitis e infecciones retroperitoneales. La subcategoría 567.2, Otras peritonitis supurativas, se ha ampliado con la creación de códigos para la peritonitis (aguda) generalizada, el absceso peritoneal, la peritonitis bacteriana espontánea y otra peritonitis supurativa.

La subcategoría 567.3, Infecciones retroperitoneales, se ha creado con nuevos códigos para el absceso del músculo psoas, otro absceso retroperitoneal y otras infecciones retroperitoneales.

La subcategoría 567.8, Otras peritonitis especificadas, se ha ampliado con la creación de los códigos para la coleperitonitis, la mesenteritis esclerosante y otras peritonitis especificadas.

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

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

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

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

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

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

Se incluyen los códigos:

567.21	Peritonitis (aguda) generalizada
567.22	Absceso peritoneal
567.23	Peritonitis bacteriana espontánea
567.29	Otras peritonitis supurativas
567.3	Infecciones retroperitoneales
567.31	Absceso del músculo psoas
567.38	Otros abscesos retroperitoneales
567.39	Otras infecciones retroperitoneales
567.81	Coleperitonitis
567.82	Mesenteritis esclerosante
567.89	Otras peritonitis especificadas

Enfermedad renal crónica

Se han realizado cambios en la clasificación CIE-9-MC para recoger una terminología más actual en relación a la enfermedad renal crónica (ERC) en lugar de los términos menos precisos tales como fallo renal crónico e insuficiencia renal crónica. El descriptor para el código 585, Fallo renal crónico, ha sido cambiado a Enfermedad renal crónica. El código 585 ha sido ampliado para recoger el estadio actual de la enfermedad renal crónica desarrollado por la National Kidney Foundation (NKF).

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

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

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

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

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

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

Se incluyen los códigos:

- 585.1 Nefropatía renal crónica, estadio I
- 585.2 Nefropatía renal crónica, estadio II (leve)
- 585.3 Nefropatía renal crónica, estadio III (moderado)
- 585.4 Nefropatía renal crónica, estadio IV (grave)

585.5	Nefropatía renal crónica, estadio V
585.6	Fase terminal de enfermedad renal
585.9	Nefropatía renal crónica, no especificada

Obstrucción urinaria

Se han creado códigos para la obstrucción urinaria, no especificada y la obstrucción urinaria, no clasificada en otros conceptos, para identificar independientemente la obstrucción urinaria no especificada de otra obstrucción urinaria. El código 599.69 es asignado ahora para indicar que el paciente tiene una obstrucción urinaria debida a una causa subyacente para la que no hay código de combinación.

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

Se incluyen los códigos:

599.60	Obstrucción urinaria, no especificada
599.69	Obstrucción urinaria, no clasificada bajo otro concepto

Hipertrofia de próstata y síntomas del tracto urinario inferior

Se han realizado cambios en las categorías 600.0, 600.2 y 600.9 de hiperplasia de próstata para incluir en los códigos la descripción “y otros síntomas del tracto urinario inferior”. Esto permite el uso de estos códigos cuando hay hiperplasia de próstata con síntomas del tracto urinario inferior tales como vaciado incompleto de vejiga, nicturia, esfuerzo al orinar, micción frecuente, dificultad para iniciar la micción, incontinencia urinaria, retención urinaria, necesidad de orinar y chorro miccional débil. Adicionalmente pueden informarse estos síntomas con códigos separados.

Torsión testicular

El código 608.2, Torsión testicular, se ha ampliado para crear códigos separados para distintas afecciones normalmente agrupadas juntas bajo dicho código. Los códigos nuevos incluyen la torsión testicular, no especificada, torsión extravaginal del cordón espermático, torsión intravaginal del cordón espermático, torsión de apéndice testicular y torsión de apéndice del epidídimo.

La torsión testicular es un retorcimiento de la estructura del cordón espermático, tanto en el canal inguinal como justo debajo del mismo. La torsión testicular da como resultado una urgencia quirúrgica ya que, si la sangre que nutre el testículo se detiene demasiado tiempo, se puede producir un daño permanente en el mismo. El síntoma típico de torsión testicular es un dolor intenso en el testículo afectado que se desarrolla rápidamente. El testículo pronto se vuelve sensible, hinchado e inflamado. Se realiza cirugía urgente para “desenrollar” el testículo y el cordón espermático. El testículo es luego suturado al tejido circundante y fijado en su posición para prevenir que se produzca una torsión de nuevo.

La torsión extravaginal se manifiesta en el período neonatal y más frecuentemente se produce en el período prenatal en el cordón espermático, proximal a la fijación de la túnica vaginalis. Este tipo de torsión comprende aproximadamente el 5% de todas las torsiones.

La torsión intravaginal ocurre dentro de la túnica vaginalis, normalmente en niños mayores. Este tipo de torsión comprende aproximadamente el 16% de los pacientes con torsión que se presentan en el servicio de urgencias con “escroto agudo”. La mayor incidencia se produce en adolescentes de 13 años y el testículo izquierdo es el más afectado.

La torsión de apéndice del epidídimo y la torsión del apéndice testicular son virtualmente afecciones benignas. Aunque los pacientes experimentan dolor con la torsión de ambos apéndices (también denominadas hidátides), deben distinguirse de la torsión testicular, una verdadera urgencia urológica.

Se incluyen los códigos:

608.20	Torsión de testículo, no especificado
608.21	Torsión extravaginal de cordón espermático
608.22	Torsión intravaginal de cordón espermático
608.23	Torsión de apéndice testicular
608.24	Torsión de apéndice de epidídimo

Prolapso del muñón cervical

Se ha creado un código nuevo para identificar únicamente el prolapso del muñón cervical. Esta afección está normalmente indexada en el código 618.81, Prolapso uterino sin mención de prolapso de pared vaginal. El Colegio Americano de Ginecología (ACOG) indicó que la clasificación actual para esta afección era incorrecta y solicitaba la creación de un código único. El útero no está ya presente con prolapso del muñón cervical.

Se incluye el código:

618.84 Prolapso del muñón cervical

Otra mutilación genital en la mujer

Se ha creado un código para el estado de otra mutilación genital femenina, identificando el estado de mutilación genital tipo IV y otros cortes de genitales femeninos.

Hay cuatro tipos básicos de mutilación genital femenina (MGF), también llamada circuncisión femenina:

- Estado tipo I que incluye daño o extirpación del clítoris
- Estado tipo II que incluye extirpación de clítoris y labios menores
- Estado tipo III que incluye la infibulación o la extirpación de clítoris, labios menores y corte de los labios mayores
- Las otras formas son indicadas como tipo IV. Esta incluye diversos tipos de prácticas, incluyendo el pinchado del clítoris con agujas, alargamiento de clítoris y/o labios menores, orificios en el tejido alrededor del orificio vaginal, así como introducción de sustancias corrosivas o hierbas dentro de la vagina para causar sangrado o con intención de cerrarla o estrecharla. El tipo IV es encontrado principalmente en grupos étnicos aislados así como en combinación con otros tipos.

Para informar de otros tipos de MGF debe usarse el código 629.29 junto con cualquier complicación asociada. El código de la MGF debe ser secuenciado secundario a la complicación. Sin embargo, este código puede usarse como diagnóstico principal si el contacto es inicialmente para la corrección del daño de la vulva.

Se incluye el código:

629.29 Otro estado de mutilación genital femenina

Abortadora habitual

Se ha creado un código para la abortadora habitual sin embarazo actual para las mujeres que tienen historia de abortos espontáneos durante el embarazo pero que actualmente no está embarazada. Antes de este cambio, estas pacientes eran codificadas bajo el 629.9, Trastornos no especificados de órganos genitales femeninos.

Se incluyen los códigos:

- 629.81 Abortadora habitual sin embarazo actual
- 629.89 Otros trastornos especificados de órganos genitales femeninos

Afecciones que complican el embarazo

Se ha creado la categoría 649 para describir algunas afecciones y estados de la madre que afectan el embarazo, nacimiento o puerperio. Este nuevo conjunto de códigos describe las siguientes afecciones: trastornos por uso del tabaco, obesidad, estado de cirugía bariátrica, defectos de coagulación, epilepsia, sangrado y discrepancia entre tiempo de gestación y tamaño uterino.

Se incluyen los códigos:

- 649 Otras afecciones o estados de la madre que complican el embarazo, parto o puerperio
- 649.0 Trastornos por tabaquismo que complican embarazo, parto o puerperio
[0-4]
- 649.1 Obesidad que complican embarazo, parto o puerperio
[0-4]
- 649.2 Estado de cirugía bariátrica que complica embarazo, parto o puerperio
[0-4]
- 649.3 Defectos de coagulación que complican embarazo, parto o puerperio
[0-4]
- 649.4 Epilepsia que complica embarazo, parto o puerperio
[0-4]
- 649.5 Manchado (hemorragia uterina escasa) que complica el embarazo
[0,1,3]
- 649.6 Discrepancia entre fecha y tamaño del útero
[0-4]

Gestación múltiple

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

Se incluye el código:

651.7 Gestación múltiple tras reducción fetal (selectiva)
[0,1,3]

Síndrome compartimental

Se han creado códigos para el síndrome compartimental traumático y no traumático de áreas específicas tales como brazo, abdomen, piernas y otros lugares.

El síndrome compartimental implica un aumento de la presión en un espacio tisular cerrado que hace disminuir el flujo sanguíneo a los músculos y células nerviosas. Puede causar daño muscular y nervioso, y llevar a la muerte de las células musculares y nerviosas. El síndrome compartimental ocurre más a menudo en las extremidades, pero se ha descrito en abdomen y otros lugares. Puede ser no traumático o producido por traumatismo. Algunas de las causas son la compresión externa por hinchazón de tejidos blandos (tal como edema o hematoma), quemaduras, congelación, inflamación o sangrado postquirúrgico, hemofilia y terapia anticoagulante. Un ejemplo de tipo no traumático es el síndrome compartimental de esfuerzo. Este tipo de síndrome compartimental está caracterizado por dolor e hinchazón que se disipa una vez que cesa el ejercicio. Si hay una elevación persistente de la presión intramuscular, es necesaria una fasciectomía para cortar desde la piel a la fascia que envuelve el compartimento de tal manera que se alivie la hinchazón y la presión. El síndrome compartimental generalmente produce dolor intenso. Los casos avanzados pueden tener sensibilidad disminuida y debilidad.

Se incluyen los códigos:

729.7 Síndrome compartimental no traumático
729.71 Síndrome compartimental no traumático de extremidad superior
729.72 Síndrome compartimental no traumático de extremidad inferior

729.73	Síndrome compartimental no traumático de abdomen
729.79	Síndrome compartimental no traumático de otros sitios
958.9	Síndrome compartimental traumático
958.90	Síndrome compartimental no especificado
958.91	Síndrome compartimental traumático de extremidad superior
958.92	Síndrome compartimental traumático de extremidad inferior
958.93	Síndrome compartimental traumático de abdomen
958.99	Síndrome compartimental traumático de otros sitios

Defecto óseo mayor

Se ha creado un código específico para el defecto óseo mayor. Los defectos óseos son el resultado de pérdida amplia de hueso, normalmente en el área de la articulación de la cadera. Las causas de esta pérdida de hueso incluyen osteolisis periprotésica en la sustitución de la articulación de la cadera, osteomielitis, osteonecrosis aséptica, neoplasia benigna o maligna, fractura patológica, osteoporosis, traumatismo o una combinación de estas afecciones. Por ejemplo, se puede crear un defecto o cavidad cuando la osteolisis produce el aflojamiento de la prótesis de cadera sobre el hueso que está debilitado por la osteoporosis. Aunque sea frecuente alguna pérdida ósea cuando ha sido sustituida una articulación, si se presenta un defecto óseo mayor el hueso no está lo suficientemente fuerte como para sujetar el implante sin una reparación estructural.

El tratamiento para los defectos óseos mayores de cadera y rodilla puede incluir artroplastia primaria o revisión de las mismas, a menudo junto con relleno del defecto con injerto óseo ya sea triturado o estructurado así como autólogo o alogénico, proporcionando un soporte mecánico adicional para el mismo injerto usando agujas, alambres, anillos acetabulares, cuñas metálicas, aumentos, tornillos, etc. Combinados, estos dispositivos proporcionan un soporte estructural adicional a los implantes de cadera y rodilla.

Se incluye el código:

731.3	Defecto óseo importante
-------	-------------------------

Definición de período perinatal

Se ha realizado un cambio en la nota de inclusión del Capítulo 15, Afecciones originadas en el período perinatal (760-779). La nota de inclusión se ha

revisado para definir el período perinatal como “desde antes del nacimiento hasta los primeros 28 días tras el nacimiento”.

Influencias nocivas que afectan al feto y neonato

Se han creado dos nuevos códigos para informar por separado los anticonvulsivantes y agentes antimetabólicos como sustancias que afectan al feto o al recién nacido por vía placentaria o a través de leche materna.

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

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

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

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

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

ausencia o defecto del oído, mandíbula pequeña y alteraciones renales. Las estatinas se han relacionado con espina bífida y otros defectos congénitos.

Se incluyen los códigos:

760.77 Anticonvulsivos
760.78 Antimetabolitos

Hipoxia, encefalopatía isquémica hipóxica, hipoxemia, síndrome de aspiración de meconio y otras afecciones relacionadas con recién nacidos

Se han hecho revisiones en la categoría 768, hipoxia intrauterina con asfixia al nacimiento, incluyendo la creación de un nuevo código (768.7) para la encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI). Adicionalmente, se han creado códigos nuevos para la parada respiratoria del recién nacido, hipoxemia del recién nacido, otra acidosis del recién nacido, otros trastornos endocrinos y metabólicos neonatales y parada cardiaca del recién nacido.

El enfoque centrado en el período intraparto y no en la gestación al completo ha llevado a conclusiones inadecuadas en la etiología de la lesión cerebral en el recién nacido. Las lesiones isquémicas pueden deberse a hipoxemia, hipercapnia y acidosis que pueden existir en el período perinatal, no relacionadas con el proceso del nacimiento. Sin embargo la nomenclatura asociada con lesión cerebral perinatal ha sido problemática debido a una terminología anticuada e imprecisa. Como ya son disponibles los datos acerca de la lesión cerebral perinatal, es obvio que la terminología antigua no puede ser aplicada más para identificar estas afecciones potencialmente devastadoras.

El código 770.1, Síndrome de aspiración de meconio, se ha ampliado para describir tanto los tipos de aspiración fetal como si hay o no síntomas respiratorios.

Adicionalmente se han creado códigos independientes para informar:

- Paso de meconio durante el parto
- Aspiración fetal y del recién nacido, no especificada
- Aspiración de líquido amniótico claro con o sin síntomas respiratorios
- Aspiración de sangre con o sin síntomas respiratorios. Otra aspiración de feto y neonato con o sin síntomas respiratorios
- Aspiración de contenido
- Manchado de meconio

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

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

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

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

El código 770.1, Síndrome de aspiración de meconio, ha sido usado para el manchado de meconio, aspiración de meconio y síndrome de aspiración de meconio, además de la aspiración de cualquier otra sustancia en el neonato. Este código se ha ampliado a nivel de quinto dígito y la nueva subcategoría resultante 770.1 es titulada ahora Aspiración fetal y neonatal. Esta subcategoría incluye códigos nuevos para la aspiración de meconio, líquido amniótico claro y sangre, indicando en cada uno de ellos si tienen o no síntomas respiratorios. La asignación de cualquiera de los códigos bajo la subcategoría 770.1 con síntomas respiratorios debe estar basada en la documentación de la historia clínica. Por defecto, al asignar cualquier código de la subcategoría 770.1, lo es sin síntomas respiratorios. El término *síndrome de aspiración de meconio* es sinónimo de aspiración de meconio con síntomas respiratorios.

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

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

Se incluyen los códigos:

- 763.84 Expulsión de meconio durante el parto
- 768.7 Encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI)
- 770.10 Aspiración fetal y neonatal, no especificada
- 770.11 Aspiración de meconio, sin síntomas respiratorios
- 770.12 Aspiración de meconio, con síntomas respiratorios
- 770.13 Aspiración de líquido amniótico claro, sin síntomas respiratorios
- 770.14 Aspiración de líquido amniótico claro, con síntomas respiratorios
- 770.15 Aspiración de sangre, sin síntomas respiratorios
- 770.16 Aspiración de sangre, con síntomas respiratorios
- 770.17 Otra aspiración fetal y neonatal, sin síntomas respiratorios
- 770.18 Otra aspiración fetal y neonatal, con síntomas respiratorios
- 770.85 Aspiración de contenido gástrico postnatal, sin síntomas respiratorios
- 770.86 Aspiración de contenido gástrico postnatal, con síntomas respiratorios
- 770.87 Parada respiratoria del recién nacido
- 770.88 Hipoxemia del recién nacido
- 775.81 Otra acidosis del recién nacido
- 775.89 Otros trastornos endocrinos y metabólicos neonatales
- 779.84 Líquido teñido de meconio
- 779.85 Parada cardíaca en el recién nacido

Ataque febril complejo

Se ha creado un código para la convulsión febril compleja e identificar el ataque febril complejo. Estos ataques pueden estar también referidos como ataques febriles atípicos o complicados. Un ataque febril está definido como una convulsión que está asociada con temperatura corporal elevada. Un ataque febril simple dura alrededor de 10 minutos y no repite en las siguientes 24 horas. Un ataque febril complejo es el que dura más de 15 minutos, se localiza en una parte del cuerpo o se repite dentro de las 24 horas. Los ataques febriles afectan a niños entre 6 meses y 5 años. Indican una infección del sistema nervioso tal como encefalitis, meningitis o absceso, pero muchos de estos ataques están desencadenados por infecciones respiratorias altas por virales, faringitis, otitis media y neumonía. Hay diferencias significativas de morbilidad entre un ataque febril simple y complejo. El riesgo de epilepsia a largo plazo puede variar desde el 6 u 8% hasta el 49% y se basa en el estado neurológico anormal o del desarrollo antes del primer ataque febril, historia familiar de ataques febriles y antecedentes de ataques febriles complejos.

Se incluye el código:

780.32 Convulsiones febriles complejas

Otro llanto Excesivo

Se ha modificado el código, 780.95, para identificar el llanto excesivo en el niño, adolescente o adulto. En enero de 2006, se creó un código para identificar el llanto excesivo en recién nacidos. Sin embargo, no había código para identificar llanto excesivo en pacientes distintos a recién nacidos. Hay veces en que un niño, adolescente o adulto puede presentarse en el hospital con llanto excesivo y no es capaz de expresar por qué está llorando. Al igual que en los niños, tras la evaluación muchas veces no se identifican problemas específicos. Este código se ha modificado para usarse cuando no se ha determinado otro problema médico.

Estado mental alterado

Se ha creado un código para identificar el estado mental alterado. El estado mental alterado puede estar descrito frecuentemente como un síntoma de varios tipos distintos de enfermedades. Algunas de las etiologías potencialmente subyacentes incluyen traumatismos, infecciones, neoplasias, alcohol y drogas, así como trastornos endocrinos, neurológicos psiquiátricos y renales.

El estado mental alterado debe basarse en informes de familia y cuidadores. Los cambios agudos desde la función mental basal son importantes, lo que requiere el conocimiento de dicha línea basal. El examen del estado mental incluye valoración de la orientación, afecto y humor, lenguaje, memoria, juicio y comprensión, así como contenidos anormales en los pensamientos y anomalías de la percepción. El nivel de conciencia debe valorarse también, existiendo códigos para los niveles alterados de conciencia en la subcategoría 780.0.

Se incluye el código:

780.97 Estado mental alterado

Goteo postnasal

Se ha ampliado el código 784.9, Otros síntomas que afectan cabeza y cuello, para crear un código único para el goteo postnasal y para otros síntomas que afectan cabeza y cuello.

El goteo postnasal es una producción excesiva de fluido o moco que corre por la parte posterior de la garganta. Puede ser producida por diferentes afecciones incluidas catarro, gripe, sinusitis y otros trastornos inflamatorios. Los signos y síntomas incluyen engrosamiento e irritación del epitelio de los senos, dando lugar a sangrado o pólipos. El goteo postnasal puede producir dolor de garganta o causar tos que normalmente empeora por la noche. El dolor de garganta puede resultar también del drenaje excesivo de moco.

Se incluyen los códigos:

784.91 Goteo postnasal

784.99 Otros síntomas que afectan cabeza y cuello

Síntomas de tracto urinario inferior

Se han creado códigos para la dificultad para el inicio de la micción y esfuerzo al orinar, para estos síntomas de agrandamiento de la próstata que no tenían códigos específicos previamente.

Se incluyen los códigos:

788.64 Dificultad para el inicio de la micción

788.65 Esfuerzo al orinar

Hallazgos anormales no específicos en examen radiológico

El código 739.9, Hallazgo anormal no especificado en examen radiológico y otro examen de estructura corporal, otro, se ha expandido para identificar únicamente situaciones donde una prueba de imagen puede ser no concluyente por exceso de grasa corporal. El exceso de grasa corporal reduce la capacidad de diagnosticar claramente a pacientes con tecnología de imagen tal como rayos X, TAC, ultrasonidos o resonancia magnética.

Se incluyen los códigos:

- 793.91 Prueba de imagen no concluyente por exceso de grasa corporal
- 793.99 Otros hallazgos anormales no específicos en exámenes radiológicos y otro examen de estructura corporal

Marcadores tumorales anormales

Se ha creado una nueva subcategoría para informar de los marcadores tumorales anormales. El antígeno específico prostático elevado (PSA) ya tiene un código independiente (790.9), pero el sitio era insuficiente en la subcategoría 790.9 para incluir otros marcadores tumorales.

Los marcadores tumorales son sustancias producidas por las células tumorales u otras células del cuerpo y pueden encontrarse en cantidades anormales en la sangre, orina o tejidos de algunos pacientes con cáncer. Los investigadores han identificado más de una docena de sustancias que son anormales en algunos tipos de cáncer. Los marcadores tumorales son usados en la detección, diagnóstico y tratamiento de algunos tipos de cáncer. Las medidas de dichos marcadores se usan en combinación con otras pruebas, tales como biopsia, para diagnosticar el cáncer.

El código de antígeno carcinoembriogénico [CEA] elevado, se usa para informar de la elevación de CEA. El CEA es un tipo de molécula proteica que se asocia típicamente con algunos tumores y con el desarrollo del feto. El CEA se detecta más frecuentemente en sangre, pero también se puede detectar en fluidos corporales y en biopsias de tejidos. El CEA se usa como marcador tumoral. Especialmente en cánceres del tracto gastrointestinal.. También se usa como marcador tumoral para cánceres de páncreas, estómago, mama, pulmón y ciertos tipos de cáncer de tiroides y ovario. Tanto las afecciones malignas como las benignas pueden elevar el nivel de CEA. Las afecciones benignas que pueden elevar el CEA incluyen el tabaquismo,

infecciones, enfermedad inflamatoria intestinal, pancreatitis, cirrosis hepática y algunos tumores benignos de los mismos órganos en los que se eleva el nivel de CEA.

El código de antígeno de cáncer 125 [CA125] elevado, debe usarse para informar de la elevación del marcador tumoral CA125. El CA125 es una proteína hecha por algunas células del cuerpo, dentro las que se incluyen las de las trompas, útero, cérvix y revestimiento de las cavidades abdominal y torácica (peritoneo y pleura). El CA125 se mide normalmente en muestra de sangre, pero también se puede hacer en fluido de la cavidad torácica o abdominal. Esta prueba se usa para cribaje de mujeres que tienen alto riesgo de cáncer de ovario. Se usa más frecuentemente para seguimiento de la respuesta al tratamiento y detectar la recurrencia del cáncer de ovario. Las afecciones benignas pueden elevar también el CA 125 incluyendo infecciones del revestimiento de abdomen y tórax (peritonitis y pleuritis), menstruación, embarazo, endometriosis, tumores benignos de ovario y enfermedad hepática.

Se incluyen los códigos:

795.8	Marcadores tumorales anormales
795.81	Antígeno carcinoembrionario [CEA] elevado
795.82	Antígeno de cáncer 125 [CA125] elevado
795.89	Otros marcadores tumorales anormales

Asfixia e hipoxemia

Se ha ampliado el código 799.0, Asfixia, para identificar por separado la asfixia y la hipoxemia. La asfixia es una afección grave de aporte deficiente de oxígeno al organismo. La hipoxemia es la deficiente oxigenación de la sangre. Los bajos niveles de oxígeno pueden presentarse sin asfixia. Los códigos nuevos se han creado para diferenciar estas dos afecciones.

Se incluyen los códigos:

799.01	Asfixia
799.02	Hipoxemia

Otros efectos adversos de fármacos y no especificados

Se ha expandido el código 995.2, Efectos adversos no especificados de fármacos y sustancias medicinales y biológicas, para proporcionar códigos para

diferenciar entre reacciones alérgicas y otros efectos adversos de fármacos. Si el paciente muestra síntomas o signos, se asignará el código de estas afecciones. Adicionalmente debe asignarse un código del E930 al E949 para indicar el fármaco o sustancia biológica responsable

Se incluyen los códigos:

- 995.20 Efecto adverso no especificado de fármaco y sustancia medicinal o biológica no especificados
- 995.21 Fenómeno de Arthus
- 995.22 Efecto adverso no especificado de la anestesia
- 995.23 Efecto adverso no especificado de insulina
- 995.27 Otra alergia a fármaco
- 995.29 Efecto adverso no especificado de otro fármaco y sustancia medicinal o biológica

SRIS, sepsis, sepsis grave y shock séptico

Se han realizado varias revisiones en la subcategoría 995.9, Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) a fin de facilitar el uso correcto de los códigos de sepsis grave para que se precise y complete los datos que puedan recogerse en esta grave afección.

La nota “codifique primero la infección sistémica subyacente” no se va a aplicar más en toda la categoría 995.9. Ahora sólo se aplica el código que se relaciona con un proceso infeccioso, específicamente los códigos 995.91 y 995.92. Por favor, fíjese que la secuenciación de la infección sistémica antes de la subcategoría 995.9 no ha cambiado.

Se ha añadido la nota “codifique primero la afección subyacente, tal como pancreatitis aguda o traumatismo” con los códigos 995.93 y 995.9 para el SRIS debido a procesos no infecciosos con o sin disfunción orgánica aguda.

También se han realizado cambios en los títulos para los códigos de la subcategoría 995.9 para explicar mejor el significado de los códigos y su pretendido uso. Por ejemplo, el título del código 995.91 se ha cambiado de “Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica debida a procesos infecciosos sin disfunción orgánica” por el de “Sepsis”. El título del código 995.92, “Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica debida a procesos infecciosos con disfunción orgánica” por el de “Sepsis grave”. Los códigos 995.93 y 995.94 se han revisado para reflejar si tiene o no “disfunción orgánica aguda”, en lugar de “disfunción orgánica”.

La nota de instrucción en el código 785.82, Shock séptico de codificar primero el SRIS debido a procesos no infecciosos con disfunción orgánica (995.94) se ha borrado. Siempre que sea posible desarrollar un shock séptico

debido a traumatismo, el desarrollo del shock séptico indica la presencia de sepsis grave. La nota equivalente en el código 995.94 para codificar el shock séptico también se ha borrado.

Complicaciones mecánicas de articulaciones protésicas

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

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

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

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

En Estados Unidos se realizan aproximadamente 123.000 sustituciones totales de cadera y 150.000 artroplastias totales de rodilla cada año y esta situación probablemente se incrementará con la edad de la población. Las complicaciones de la sustitución de articulación protésica pueden incluir infección, aflojamiento, dislocación, fractura periprotésica, desgaste y/o osteolisis. La frecuencia de osteolisis aumenta con el tiempo y los defectos óseos de la misma predisponen al paciente a la fractura. Las fracturas alrededor de la prótesis de reemplazo articular se denominan fracturas periprotésicas. Estas fracturas pueden ocurrir con traumatismos mínimos (especialmente con aflojamiento previo de la prótesis o con hueso osteoporótico). Eventualmente puede ocurrir desgaste de la superficie articular. Este problema pue-

de llevar a la formación de granuloma inflamatorio periprotésico, reabsorción ósea y aflojamiento del implante. Se piensa que el mecanismo biológico subyacente se debe a la actividad de los macrófagos, los cuales por ingestión de material extraño liberan factores (prostaglandinas e interleukinas) que estimulan la actividad osteoclástica. Cuando el desgaste de la superficie articular progresa hasta el punto en el que la prótesis se afloja o el paciente experimenta dolor, se necesita normalmente la revisión de la misma.

Se incluyen los códigos:

- 996.40 Complicación mecánica no especificada de dispositivo ortopédico interno, implante o injerto
- 996.41 Aflojamiento mecánico de articulación protésica
- 996.42 Luxación de prótesis articular
- 996.43 Fallo de implante de articulación protésica
- 996.44 Fractura periprotésica alrededor de articulación protésica
- 996.45 Osteolisis periprotésica
- 996.46 Desgaste de superficie de apoyo de prótesis articular
- 996.47 Otra complicación mecánica de implante articular protésico
- 49.49 Otra complicación mecánica de otro dispositivo ortopédico interno, implante e injerto

Puesta al día de Códigos V

1 de enero de 2008

Historia (de)

Se han añadido varios códigos nuevos a la sección de códigos de historia personal, categorías V12-V13. Estos incluyen la Historia personal de infecciones del sistema nervioso central, que comprende historia personal de encefalitis y meningitis, la Historia personal de neumonía (recurrente), la Historia personal de infecciones del tracto urinario, y la Historia personal de síndrome nefrótico. Si bien muchas de estas afecciones son infecciones, están incluidas dentro de las subcategorías de historia personal que corresponden a la clasificación de las afecciones en los capítulos de sistemas corporales, no en la subcategoría de historia personal de enfermedades infecciosas. Hay una nota de exclusión en la subcategoría V12.0, Historia personal de enfermedad infecciosa y parasitaria, que proporciona esta norma.

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

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

Se han creado igualmente códigos de historia familiar. Estos códigos indican que un paciente tiene un familiar que padece una afección. El paciente puede o no tener la afección pero la historia familiar muestra que

dicho paciente tiene un alto riesgo de desarrollar la misma. Los códigos nuevos se refieren a la Historia familiar de osteoporosis, la Historia familiar de pólipos de colon y la Historia familiar de portador de enfermedad genética

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

Se incluyen los códigos:

- V12.42 Historia personal de infecciones del sistema nervioso central
- V12.60 Historia personal de enfermedad no especificada del aparato respiratorio
- V12.61 Historia personal de neumonía (recurrente)
- V12.69 Historia personal de otras enfermedades del aparato respiratorio
- V13.02 Historia personal de infección (de vía) urinaria
- V13.03 Historia personal de síndrome nefrótico
- V15.88 Historia personal de caída
- V17.81 Historia familiar de osteoporosis
- V17.89 Historia familiar de otras enfermedades reumáticas
- V18.51 Historia familiar de pólipos colónicos
- V18.59 Historia familiar de otros trastornos digestivos
- V18.9 Portador de enfermedad genética

Asesoramiento/Obstetricia

El código V26.3, Asesoramiento y pruebas genéticas, se ha ampliado para crear códigos independientes para las pruebas y para el asesoramiento genéticos. Los códigos nuevos son para pruebas en la mujer para estado de portador de enfermedad genética, otra prueba genética en la mujer, asesoramiento genético, prueba en el hombre para estado de portador genético de enfermedad, contacto para prueba en el cónyuge de abortadora habitual y otra prueba genética en el hombre. Estos códigos están bajo la categoría V26, Asistencia procreativa. Su uso está limitado a mujeres a las que se han realizado pruebas y asesoramiento antes o durante el embarazo, o para hombres a los que se han realizado pruebas o asesoramiento antes o durante el embarazo de su pareja. Estos códigos nuevos pueden ponerse como diagnóstico principal o secundario. La categoría V28 se ha retitulado como

“Contacto para cribaje prenatal de la madre” para indicar que los códigos bajo esta categoría están limitados a la mujer.

Se incluyen los códigos:

- V26.31 Prueba de detección de portador de enfermedad genética realizada a mujer
- V26.32 Otras pruebas genéticas en la mujer
- V26.33 Consejo genético
- V26.34 Prueba de detección de portador de enfermedad genética realizada a hombre
- V26.35 Admisión para prueba de pareja masculina de abortadora habitual
- V26.39 Otras pruebas genéticas en el hombre

Estado

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

Se han creado dos códigos nuevos para el estado de cirugía bariátrica y estado de cirugía bariátrica que complica en embarazo, parto y puerperio. Los dos códigos están excluidos entre sí. El primero no se usa en historias obstétricas

Se han añadido dos códigos nuevos bajo la subcategoría V46.1, Dependencia de respirador [ventilador]. Son el contacto para retirada de respirador [ventilador], y complicaciones mecánicas de respirador [ventilador]. El fallo mecánico del respirador [ventilador] es incluido bajo el código V46.14.

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

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

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

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

El Índice de Masa Corporal menor de 19 en el adulto, normalmente se corresponde con pacientes con bajo peso. El Índice de Masa corporal entre 19 y 24 en el adulto, generalmente corresponde a un rango de peso normal. Los IMC bajo la categoría Índice de Masa Corporal entre 25 y 29 en adulto, generalmente se corresponde con sobrepeso. Los códigos bajo la subcategoría Índice de Masa Corporal entre 30-39, en adultos, normalmente corresponde a obesidad. El Índice de Masa Corporal de 40 o mayor, normalmente se corresponde a obesidad extrema. Sin embargo muchos factores junto con el IMC tales como masa muscular y edad se usan para determinar el estado de peso. Los codificadores no deben calcular el IMC. La asignación de IMC debe basarse en la documentación de la historia clínica, que deben encontrarse en las anotaciones del dietista. Por favor, fíjese que ésta es una excepción en las normas, que requieren que la asignación de código se base en la documentación del médico o de cualquier otro profesional de la salud que es el legalmente responsable de establecer el diagnóstico del paciente. Mientras el IMC sea informado en base a la documentación del dietista, los códigos de sobrepeso y obesidad deben basarse en la documentación del médico.

El índice de masa corporal pediátrico se ha añadido a la categoría V85, Índice de masa corporal (IMC). Estos códigos son códigos de estado, como ocurre en el IMC del adulto, pero se usan en pacientes de más de 21 años.

Se ha añadido la nueva categoría: estado de receptor de estrógeno. Se lista en la tabla de códigos adicionales únicamente. Estos códigos se usan conjuntamente con los códigos de cáncer de mama, 174.0-174.9, 175.0-175.9, para indicar el estado de receptor de estrógeno en los tumores malignos.

Se incluyen los códigos:

- V46.13 Admisión para deshabitamiento de respirador [ventilador]
- V46.14 Complicaciones mecánicas de respirador [ventilador]
- V49.84 Estado de encamado

V85	Índice de Masa Corporal [IMC]
V85.0	Índice de Masa Corporal menor de 19, adulto
V85.1	Índice de Masa Corporal entre 19-24, adulto
V85.2	Índice de Masa Corporal entre 25-29, adulto
V85.21	Índice de Masa Corporal entre 25.0-25.9, adulto
V85.22	Índice de Masa Corporal entre 26.0-26.9, adulto
V85.23	Índice de Masa Corporal entre 27.0-27.9, adulto
V85.24	Índice de Masa Corporal entre 28.0-28.9, adulto
V85.25	Índice de Masa Corporal entre 29.0-29.9, adulto
V85.3	Índice de Masa Corporal entre 30-39, adulto
V85.30	Índice de Masa Corporal entre 30.0-30.9, adulto
V85.31	Índice de Masa Corporal entre 31.0-31.9, adulto
V85.32	Índice de Masa Corporal entre 32.0-32.9, adulto
V85.33	Índice de Masa Corporal entre 33.0-33.9, adulto
V85.34	Índice de Masa Corporal entre 34.0-34.9, adulto
V85.35	Índice de Masa Corporal entre 35.0-35.9, adulto
V85.36	Índice de Masa Corporal entre 36.0-36.9, adulto
V85.37	Índice de Masa Corporal entre 37.0-37.9, adulto
V85.38	Índice de Masa Corporal entre 38.0-38.9, adulto
V85.39	Índice de Masa Corporal entre 39.0-39.9, adulto
V85.4	Índice de Masa Corporal mayor o igual de 40, adulto
V85.5	Índice de Masa Corporal, pediátrico
V85.51	Índice de Masa Corporal, pediátrico, menor al 5° percentil para su edad
V85.52	Índice de Masa Corporal, pediátrico, del 5° percentil a menos del 85° percentil para su edad
V85.53	Índice de Masa Corporal, pediátrico, del 85° percentil a menos del 95° percentil para su edad
V85.54	Índice de Masa Corporal, pediátrico, mayor o igual del 95° percentil para su edad
V86	Estado de los receptores estrogénicos
V86.0	Estado de los receptores estrogénicos positivos [ER+]
V86.1	Estado de los receptores estrogénicos negativos [ER-]

Cuidados posteriores

El código V58.1 ha sido ampliado y la nueva subcategoría ha sido redefinida. La subcategoría se titula ahora, Contacto para quimioterapia e inmunoterapia antineoplásica. Con este cambio de título, los códigos bajo la subcategoría V58.1 están restringido a contactos para terapia antineoplásica exclusivamente. Ambos códigos: Contacto para quimioterapia antineoplásica, y Con-

tacto para inmunoterapia antineoplásica, son únicamente aceptables como diagnóstico principal. Los códigos son sólo asignados si la quimioterapia e inmunoterapia antineoplásica son las causas específicas del contacto, seguido de los códigos secundarios para la neoplasia y cualquier afección tratada.

El código V58.3, Cuidado de vendajes y suturas quirúrgicas, se ha retitulado y ampliado. La nueva subcategoría es V58.3, Cuidado de apósitos y suturas, con los nuevos códigos: Contacto para cambio o retirada de vendaje de herida no quirúrgica, Contacto para cambio o retirada de vendaje quirúrgico, Contacto para retirada de sutura. El código por defecto para el cuidado de vendajes es el V58.30. Estos códigos nuevos identificarán mejor el tipo cuidados proporcionados de vendaje y sutura. Estos códigos son todavía válidos bajo la columna de principal o secundario.

El fin de asignar los códigos V58.30 y V58.31, los vendajes quirúrgicos incluyen aquellos vendajes que se aplican en heridas que son como resultado de un procedimiento quirúrgico que incluye incisión, escisión y drenaje, así como desbridamiento de la herida. Los vendajes no quirúrgicos incluyen aquellos vendajes que se aplican en heridas que no son resultado de un procedimiento.

Se incluyen los códigos:

- V58.11 Admisión para quimioterapia antineoplásica
- V58.12 Admisión para inmunoterapia antineoplásica
- V58.30 Admisión para cambio o retirada de apósito de herida no quirúrgica
- V58.31 Admisión para cambio o retirada de apósito de herida quirúrgica
- V58.32 Admisión para retirada de sutura

Donante

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

Se incluyen los códigos:

- V59.7 Donante de óvulo (ovocito) (huevo)
- V59.70 Donante de óvulo (ovocito) (huevo) no especificada
- V59.71 Donante de óvulo (ovocito) (huevo), menor de 35 años, receptora anónima

- V59.72 Donante de óvulo (ovocito) (huevo), menor de 35 años, receptora determinada
- V59.73 Donante de óvulo (ovocito) (huevo), de 35 años o más, receptora anónima
- V59.74 Donante de óvulo (ovocito) (huevo), de 35 años o más, receptora determinada

Exámenes rutinarios y administrativos

Se ha creado un código nuevo para Contactos para examen de la audición por no superar las pruebas tras un cribaje de audición. Este código puede usarse tanto como principal como secundario. Su uso está limitado a encuentros en los que está documentado específicamente que se hacen para pruebas de audición tras un cribaje donde no se superan las pruebas de audición de rutina

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

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

Se incluyen los códigos:

- V72.11 Admisión para reconocimiento de audición tras fracaso de screening auditivo
- V72.19 Otro examen de oído y audición
- V72.42 Examen o prueba de embarazo, resultado positivo
- V72.86 Admisión para determinación del grupo sanguíneo

Cribaje

Hay una nueva subcategoría para el cribaje genético, con dos nuevos códigos: Cribaje para estado de portador genético de una enfermedad, y Otro cribaje genético. Estos códigos complementan las categorías V83, Estado de portador genético, y V84, Susceptibilidad genética a enfermedad. Los códigos V82 son códigos de cribaje. Por tanto se usan para identificar contactos para pruebas genéticas en pacientes asintomáticos que quieren determinar si tienen alguna susceptibilidad genética a padecer una enfermedad o son portadores genéticos de la misma. Estos códigos no se usan en pacientes que tienen signos o síntomas que están siendo estudiados. Para estos casos deben ser codificados los signos o síntomas, no el código de cribaje. Estos códigos están permitidos en pacientes con historia familiar de enfermedad transmisible genéticamente

Se incluyen los códigos:

V82.7	Cribaje genético
V82.71	Cribaje de portador de enfermedad genética
V82.79	Otro cribaje genético

Miscelánea

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

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

Se ha creado un nuevo código para el Insomnio conductual en la infancia. El insomnio conductual en la infancia no se corresponde adecuadamente con otros códigos nuevos de insomnio en los que el niño es capaz de dormir, pero tiene dificultad de dormirse debido a temas de conducta. El tratamiento es dirigido tanto a la conducta de los padres como del niño.

Se incluyen los códigos:

V62.84	Ideas suicidas
V64.00	Vacunación no llevada a cabo, motivo no especificado

- V64.01 Vacunación no llevada a cabo, por enfermedad aguda
- V64.02 Vacunación no llevada a cabo, por enfermedad o afección crónica
- V64.03 Vacunación no llevada a cabo, por estado inmunitario comprometido
- V64.04 Vacunación no llevada a cabo, por alergia a la vacuna o a sus componentes
- V64.05 Vacunación no llevada a cabo, por negativa del cuidador
- V64.06 Vacunación no llevada a cabo, por negativa del paciente
- V64.07 Vacunación no llevada a cabo, por motivos religiosos
- V64.08 Vacunación no llevada a cabo, porque el paciente tuvo la enfermedad para la que va a ser vacunado
- V64.09 Vacunación no llevada a cabo, por otro motivo

- V69.5 Insomnio conductual de la infancia

Clasificación de procedimientos

Terapia de Infusión de anticuerpos inmunosupresores

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

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

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

Se incluye el código:

- 00.18 Terapia de infusión de anticuerpos inmunosupresores durante la fase de inducción en el trasplante de órgano sólido

Procedimientos sobre número de vasos y de endoprótesis vasculares

La subcategoría 00.4, Procedimientos vasculares accesorios, se ha creado para proporcionar información adicional acerca del número de vasos que han sido reparados. Se asignarán códigos nuevos para el Procedimiento en vaso único, el Procedimiento en dos vasos, el Procedimiento en tres vasos y para el Procedimiento en cuatro o más vasos, indicándose de esta manera el número específico de arterias coronarias, precerebrales, intracraneales, periféricas y otros vasos no coronarios reparados. Estos códigos deben usarse conjuntamente con códigos de tratamiento tales como angioplastia o

aterectomía, endarterectomía, inserción de endoprótesis vasculares o eliminación de obstrucción de arteria coronaria.

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

Se incluyen los códigos:

00.4	Procedimientos auxiliares del sistema vascular
00.40	Procedimiento de un solo vaso
00.41	Procedimiento de dos vasos
00.42	Procedimiento de tres vasos
00.43	Procedimiento de cuatro o más vasos
00.45	Inserción de un stent vascular
00.46	Inserción de dos stents vasculares
00.47	Inserción de tres stents vasculares
00.48	Inserción de cuatro o más stents vasculares

Procedimiento sobre bifurcación de vasos

Se ha creado un código para el Procedimiento sobre bifurcación de vaso e informar del tratamiento sobre vasos bifurcados, esto es, vasos que se bifurcan en dos direcciones. Este código se usa sólo una vez por episodio, independientemente del número de bifurcaciones de los vasos.

Nota: Este código se usa para identificar la presencia de una bifurcación de vaso. No describe una endoprótesis bifurcada específica. Se usa sólo una vez por episodio independientemente de número de bifurcaciones.

Se incluye el código:

00.44	Procedimiento sobre bifurcación vascular
-------	--

Monitorización hemodinámica intracardíaca

Se han creado códigos nuevos para la implantación o sustitución de sistema de monitorización hemodinámica intracardíaca. Los sistemas de monitorización hemodinámica intracardíaca tienen instalados componentes y son usados para captar y registrar continuamente mediciones fisiológicas cardia-

cas en pacientes con fallo cardiaco grave. El sistema de monitorización hemodinámica implantado necesita la inserción o implantación de los siguientes componentes esenciales: un electrodo dotado de un sensor de presión (00.56) y un dispositivo de monitorización (00.57). El sensor se introduce por vía intravenosa dentro de la cavidad cardiaca e insertado dentro del ventrículo derecho en el tracto de salida de flujo ventricular, a diferencia de los marcapasos o del electrodo del desfibrilador cardiaco implantable, que se implantan a veces en epicardio en la superficie externa del corazón. El dispositivo de monitorización, que se implanta en una bolsa subcutánea torácica, procesa y recoge los datos obtenidos por el sensor. Los datos recogidos son volcados periódicamente por telemetría para su análisis y toma de decisiones.

Se incluyen los códigos:

- 00.56 Inserción o sustitución de sensor de presión implantable (electrodo) para monitorización hemodinámica intracardíaca
- 00.57 Implantación o sustitución de dispositivo subcutáneo para monitorización hemodinámica intracardíaca

Angioplastia coronaria

Se ha creado un código para la Angioplastia coronaria transluminal percutánea [PTCA] o aterectomía coronaria, y así informar de la reparación de vasos coronarios mediante angioplastia percutánea. Además, los siguientes códigos se han borrado:

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

Ahora se necesitan varios códigos para informar de los procedimientos anteriormente clasificados como 36.01, 36.02 y 36.05 como sigue:

- Código 00.66 para la ACTP

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

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

Se incluye el código:

00.66 Angioplastia coronaria transluminal percutánea [ACTP] o aterectomía coronaria,

Revisión de los componentes de sustitución de cadera

Se ha creado una nueva subcategoría para definir Otros procedimientos de cadera, e identificar las revisiones de los componentes de sustitución de la misma:

- componente acetabular y femoral
- componente acetabular componente femoral
- copa acetabular interior y/o cabeza femoral

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

Tipos de procedimientos de revisión de sustitución de cadera

La complejidad de la revisión de los procedimientos de sustitución de cadera depende de diversos factores que incluyen la causa del fallo en la sustitución de la cadera, el tipo de implantes usados en la cirugía previa, la cantidad y calidad del hueso que queda, el estado general de salud y la anatomía del paciente. La revisión de la sustitución de cadera pueden incluir el recambio de cualquiera de los implantes, incluidos el componente femoral, el componente acetabular y la superficie de soporte (la cabeza femoral y la

copa acetabular interior). A veces el procedimiento puede incluir también reconstrucción mayor de huesos y tejidos blandos alrededor de la cadera. Todos estos procedimientos difieren significativamente en sus indicaciones clínicas, resultados y consumo de recursos. Los nuevos códigos de procedimiento para revisión de la sustitución de cadera proporcionarán mejores datos y análisis de los mismos.

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

Revisión combinada del componente femoral y acetabular (00.70)

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

Revisión del componente acetabular solamente (00.71)

La revisión del componente acetabular* incluye la retirada y recambio del componente acetabular completo, incluido la cubierta metálica y la superficie articular modular de polietileno, cerámica o metálica. Las indicaciones más frecuentes para la revisión del componente acetabular son el desgaste de la superficie articular modular, aflojamiento aséptico (frecuentemente asociado a osteolisis), malposición de los componentes (que dan lugar a dislocación recurrente) o infección.

La reconstrucción puede estar acompañada de la reimplantación de una prótesis hemisférica estándar, ligeramente agrandada pero similar al utilizado en la cirugía primaria, si el hueso que permanece es el adecuado. Si hay una gran destrucción de hueso debida a osteolisis o migración de los componentes, la reconstrucción puede ser mucho más compleja, necesitando gran cantidad de aloinjerto óseo (cadáver) u otros sustitutos óseos e implantes acetabulares especializados. Los tiempos de intervención y de recuperación son bastante prolongados y el resultado es menos predecible.

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

Revisión del componente femoral (00.72)

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

Cambio de la cabeza femoral modular y copa acetabular interior (00.73)

La revisión de la cabeza femoral y la copa acetabular interior implican la retirada y recambio de la cabeza femoral modular y de la copa acetabular interior. Es uno de los procedimientos de revisión de sustitución de cadera más frecuentes.

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

Se incluyen los códigos:

- 00.7 Otros procedimientos de cadera
- 70.70 Revisión de sustitución de cadera, componentes acetabular y femoral
- 00.71 Revisión de sustitución de cadera, componente acetabular
- 00.72 Revisión de sustitución de cadera, componente femoral
- 00.73 Revisión de sustitución de cadera, sólo alineador acetabular y/o cabeza femoral

Superficies articulares en los implantes de sustitución de cadera

Se ha creado códigos nuevos para identificar los diferentes tipos materiales de las superficies articular de los implantes protésicos de cadera tales como:

- superficie articular de metal a polietileno
- superficie articular de metal a metal y
- superficie articular de cerámica a cerámica

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

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

El procedimiento de artroplastia total de cadera (ATC) se realiza ahora en pacientes cada vez más jóvenes y activos. La ATC dura aproximadamente de 10 a 15 años antes de que se necesite reemplazarla. Las complicaciones pueden incluir (aunque no sólo están limitadas a éstas) aflojamiento de los componentes, fractura y desgaste de superficies. La producción de restos del desgaste en la superficie articular en prótesis tradicionales de polietileno se asocia a inflamación periprotésica, osteolisis, reabsorción ósea y aflojamiento del implante.

La limitación de la cantidad de restos y desgaste pueden aumentar la vida media del implante de cadera. Se están realizando esfuerzos en esta vía para crear nuevos materiales de superficies articulares que prolongarán la vida de estos implantes protésicos y proporcionarán un alto nivel de funcionalidad. Una nueva superficie de soporte, cerámica sobre cerámica, puede aumentar la vida de los implantes reduciendo la intensidad de la fricción y usando menos material biológicamente reactivo que las superficies de polietileno o de metal.

Metal en Polietileno

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

Metal en Metal

Los soportes de metal en metal tienen menor nivel de desgaste comparados con los de metal en polietileno. Aunque el resultado clínico inicial sea excelente, los efectos a largo plazo sobre acumulación de iones metálicos son desconocidos.

Cerámica en Cerámica

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

Se ha creado igualmente un código para la Superficie articular de sustitución de cadera, cerámica en polietileno, e informar sobre un nuevo tipo de superficie articular que se está usando. Tal como en los códigos de superficies articulares de prótesis de cadera previamente creados, este código debe asignarse como procedimiento adicional, si el tipo específico de superficie articular se conoce.

Los códigos 00.75, 00.76 y 00.77, pueden usarse con los procedimientos de sustitución de cadera (81.51 y 81.52) o en la revisión de sustitución de cadera (81.53, 00.70-00.73).

Se incluyen los códigos:

- 00.7 Otros procedimientos de cadera
- 00.74 Superficie de apoyo en sustitución de cadera, metal sobre polietileno
- 00.75 Superficie de apoyo en sustitución de cadera, metal sobre metal
- 00.76 Superficie de apoyo en sustitución de cadera, cerámica sobre cerámica
- 00.77 Superficie de apoyo en sustitución de cadera, cerámica sobre polietileno

Revisión de los componentes de sustitución de rodilla

Se ha creado una nueva subcategoría para Otros procedimientos de rodilla y cadera, y diferenciar los diferentes componentes protésicos en la revisión de la cirugía:

- Revisión de sustitución de rodilla, total (todos los componentes)
- Revisión de sustitución de rodilla, componente tibial
- Revisión de sustitución de rodilla, componente femoral
- Revisión de sustitución de rodilla, componente patelar
- Revisión de sustitución de rodilla, inserción tibial (superficie articular)

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

Tipos de procedimientos de revisión de sustitución de rodilla

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

Revisión de todos los componentes (Tibial, Femoral y Patelar) (00.80)

Este es el tipo más frecuente de procedimiento de revisión de sustitución de rodilla. La revisión de todos los componentes es más frecuente en la sustitución de rodilla que en la de cadera ya que los implantes de sustitución de rodilla no son compatibles entre distintos proveedores o tipos de prótesis. Se necesita a menudo una revisión completa de todos los componentes (incluso si sólo uno de los implantes está aflojado o roto) a fin de asegurar que los implantes son compatibles. La revisión total de rodilla implica a menudo abordajes quirúrgicos extensos, incluyendo osteotomía de la tibia para exponer adecuadamente la articulación de la rodilla y proporcionar acceso a los implantes. Frecuentemente se pierde una gran cantidad de hueso, que

requiere una reconstrucción con implantes especiales con tallo largo y aumento de metal o injertos óseos para rellenar los defectos óseos. La revisión total de rodilla puede necesitar la implantación de un sustituto de rodilla fuertemente sujeto o rodilla “de bisagra” a fin de asegurar la estabilidad de la articulación de la misma.

Revisión del componente Tibial (00.81)

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

Revisión del componente Femoral (00.82)

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

Revisión del componente Patelar (00.83)

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

Cambio aislado de la inserción tibial modular (00.84)

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

Se incluyen los códigos:

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

Recambio de superficie articular de cadera

Se han creado códigos nuevos para identificar independientemente las artroplastias de recambio de superficie articular de cadera. Tradicionalmente las artroplastias de sustitución de cadera incluyen la resección de la cabeza y la mayor parte del cuello del fémur y su reconstrucción con un tallo y una cabeza. El recambio de superficie articular, por el contrario, incluye la resección de la parte de la cabeza femoral desgastada y del acetábulo, manteniendo el cuello femoral y la mayor parte de la cabeza, con la colocación de unas superficies articulares nuevas. El recambio de superficie articular de cadera es la sustitución primaria en pacientes con enfermedad de cadera avanzada que no es probable que vivan más de lo que el dispositivo vaya a durar. Los factores que aumentan el riesgo de revisión incluyen los pacientes más jóvenes y/o con nivel de actividad mayor. El recambio de superficie articular de la cadera puede ser parcial o total. El recambio parcial incluye sólo la sustitución de la superficie articular de la cabeza femoral o de sólo el acetábulo. La sustitución de ambas superficies se considera un recambio de superficie articular de cadera total.

Se incluyen los códigos:

- 00.85 Recubrimiento total de cadera, acetábulo y cabeza femoral
- 00.86 Recubrimiento parcial de cadera, cabeza femoral
- 00.87 Recubrimiento parcial de cadera, acetábulo

Catéter de cavidad craneal y braquiterapia líquida

Se han creado los códigos de Inserción de catéter en cavidad craneal, Retirada de catéter de cavidad craneal e Infusión de radioisótopo líquido para

braquiterapia, para identificar la inserción y retirada de catéter intracraneal y la introducción de radioisótopos líquidos.

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

Se incluyen los códigos:

- 01.26 Inserción de catéteres en cavidad o tejido craneal
- 01.27 Retirada del catéteres en cavidad o tejido craneal
- 92.20 Infusión de radioisótopo líquido para braquiterapia

Catéter intracerebral

Se ha creado el código Colocación de catéter cerebral por los agujeros de trepanación, para la inserción de catéteres intracerebrales de forma estratégica para liberar medicación directamente en el cerebro. Aunque los antineoplásicos dirigidos se han desarrollado para los tumores cerebrales, su administración se ha obstaculizado por la barrera hematoencefálica, que protege del paso de moléculas grandes. Una técnica nueva denominada liberación aumentada por convección incluye la microinfusión de agentes terapéuticos a través de un catéter y directamente en el tejido cerebral diana.

Cuando el paciente está estable, aproximadamente después de dos semanas tras la craneotomía de la resección del tumor, el agente antineoplásico se administra a través de un catéter con una bomba de microinfusión durante más de 96 horas. Los catéteres son retirados y el paciente se da de alta una vez que la infusión se ha completado. Debido a la necesidad de que el agente antineoplásico se distribuya homogéneamente por todo el tejido

infiltrado por el tumor, los catéteres no pueden colocarse en la cavidad de resección previa. Este sistema de liberación ha sido usado también para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y la epilepsia.

Se incluye el código:

- 01.28 Colocación de catéter(es) intracerebral(es) por los agujeros de trepanación

Implantación de prótesis telescópica intraocular

Se ha creado un código nuevo para captar la implantación quirúrgica de prótesis telescópica intraocular. Este implante quirúrgico visual es un telescopio miniaturizado usado para tratar pacientes con disfunción visual moderada o grave debida a estadios terminales degeneración macular. La degeneración macular es la principal causa de ceguera en pacientes de 55 o más años.

El telescopio intraocular implantado funciona como un objetivo óptico de cuarzo con foco fijo compuesto de micro-ópticas de gran angular. El dispositivo se implanta en un ojo proporcionando visión central. El ojo no implantado puede continuar proporcionando la visión periférica para orientación y movilidad.

El procedimiento quirúrgico incluye la retirada del cristalino y el implante de la prótesis telescópica intraocular. La prótesis es cuidadosamente insertada a través de una incisión del limbo de 12 mm. Para acomodar las dimensiones de la prótesis se realiza una incisión de 7 mm en la cápsula.

Se incluyen los códigos:

- 13.9 Otras operaciones del cristalino
- 13.90 Operaciones del cristalino no clasificadas en otro sitio
- 13.91 Implante de prótesis telescópica intraocular

Procedimientos ablativos

Se han creado códigos nuevos para identificar independientemente la ablación tumoral de lesiones de pulmón, hígado y riñón.

La ablación tumoral es una alternativa a la extirpación quirúrgica de lesiones. Puede ser llevada a cabo usando calor extremo, congelación (crioablación), sustancias químicas, ultrasonidos concentrados, microondas y radiofrecuencia. Los códigos de procedimiento de la ICD-9-CM para la ablación no diferencian entre los distintos tipos fuentes de energía usados para la ablación tumoral. Por el contrario, la clasificación de la ablación se ordena

por el abordaje operativo usado, tal como abierto, percutáneo, laparoscópico o toracoscópico, otro abordaje y el no especificado. La ablación guiada por imagen mínimamente invasiva puede usarse para tratar enfermedades neoplásicas localizadas y también como adyuvante de la cirugía tradicional, quimioterapia y/o tratamiento radioterápico. Bajo visión radiológica (tomografía computerizada, ultrasonidos o fluoroscopia) se inserta una aguja-electrodo en el lugar del tumor y se aplica después una sonda directamente en la lesión para destruir el mismo.

Se incluyen los códigos:

- | | |
|-------|---|
| 32.23 | Ablación abierta de lesión o tejido pulmonar |
| 32.24 | Ablación percutánea de lesión o tejido pulmonar |
| 32.25 | Ablación toracoscópica de lesión o tejido pulmonar |
| 32.26 | Otra ablación de lesión o tejido pulmonar y no especificada |
| 50.23 | Ablación abierta de lesión o tejido hepático |
| 50.24 | Ablación percutánea de lesión o tejido hepático |
| 50.25 | Ablación laparoscópica de lesión o tejido hepático |
| 50.26 | Otra ablación de lesión o tejido hepático y no especificada |
| 55.32 | Ablación abierta de lesión o tejido renal |
| 55.33 | Ablación percutánea de lesión o tejido renal |
| 55.34 | Ablación laparoscópica de lesión o tejido renal |
| 55.35 | Otra ablación de lesión o tejido renal y no especificada |

Válvulas bronquiales

Se han creado códigos nuevos para capturar la inserción o sustitución endoscópica de válvulas bronquiales, la sustitución endoscópica de dispositivos o sustancias bronquiales y la inserción endoscópica de otros dispositivos o sustancias bronquiales.

Las válvulas bronquiales son un nuevo tratamiento usado en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Las válvulas bronquiales son situadas endoscópicamente. Estas se cierran durante la inspiración y se abren durante la espiración, ayudando a reducir la hiperinsuflación y el atrapamiento aéreo. Las válvulas son una alternativa menos invasiva que la cirugía de reducción de volumen pulmonar y/o trasplante pulmonar. Sólo un pequeño porcentaje de pacientes con enfisema y EPOC son candidatos a trasplante de pulmón o cirugía de reducción de volumen pulmonar.

Pueden colocarse varias válvulas durante una sola intervención en función de la extensión de la enfermedad. Se colocan una media de seis o siete

válvulas durante un procedimiento. Las válvulas bronquiales están diseñadas para una implantación permanente, pero puede ser necesario retirarlas en caso de cualquier problema o complicación tal como un desplazamiento o mal funcionamiento.

Se incluyen los códigos:

- 33.7 Inserción endoscópica, sustitución o retirada de dispositivo terapéutico o sustancia en bronquio o pulmón
- 33.71 Inserción o sustitución endoscópica de válvula bronquial
- 33.78 Retirada endoscópica de dispositivos o sustancias bronquiales
- 33.79 Inserción endoscópica de otros dispositivos o sustancias bronquiales

Revascularización transmiocárdica

Se han creado códigos nuevos para la revascularización transmiocárdica endoscópica y percutánea. La revascularización transmiocárdica (RTM) es un procedimiento que utiliza un láser para perforar agujeros a través del miocardio para restaurar la perfusión en áreas del corazón donde el flujo sanguíneo está disminuido por enfermedad o arterias ocluidas. Se usa para mejorar la angina grave o el dolor torácico en pacientes que no son candidatos adecuados para la angioplastia o la cirugía de derivación. Antes de este cambio, ambos abordajes percutáneo y toracoscópico para la RTM eran codificados en el 36.32, Otra revascularización transmiocárdica.

La técnica endoscópica completa requiere cuatro puertos de toracoscopia colocados bajo anestesia general con ventilación pulmonar independiente. La visualización se consigue a través del endoscopio usando un canal único para la visión toracoscópica (2-D) o un canal doble para la visión robótica (3-D). Los canales transmiocárdicos son creados en la pared libre del ventrículo izquierdo mediante láser. Puede usarse medios robóticos en los procedimientos de RTM. El uso de medios robóticos durante el procedimiento no se codifica por separado pues se considera parte integrante del procedimiento.

Se incluyen los códigos:

- 36.33 Revascularización transmiocárdica endoscópica
- 36.34 Revascularización transmiocárdica percutánea

Estimulación eléctrica programada no invasiva (NIPS)

Se ha creado un código nuevo para identificar la estimulación eléctrica programada no invasiva (NIPS). Antes de este momento, la NIPS era indexada en el código 37.26.

La NIPS es un tipo de estudio electrofisiológico que utiliza un dispositivo ya implantado, tal como un desfibrilador cardiaco implantable. Se induce la arritmia con un generador de pulsos por medio de señales telemétricas a fin de evaluar la adecuación del dispositivo y programarlo de manera óptima, o para evaluar la efectividad de un medicamento. Aunque no es invasiva ya que no se insertan catéteres en el corazón, se necesita la capacidad de interrumpir de manera urgente las arritmias que con amenaza de muerte que son inducidas y como tal debe realizarse en sala de hemodinámica o instalaciones con equipamiento similar.

Se incluye el código:

37.20 Estimulación eléctrica programada no invasiva (EEPNI)

Dispositivo de soporte cardíaco

Se ha creado un código para la Implantación de dispositivo de soporte cardíaco alrededor del corazón, e informar de la implantación de un dispositivo de soporte cardíaco (CSD). Otro término indexado para este dispositivo es CorCap.

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

Actualmente, el dispositivo se implanta mediante abordaje abierto. Se selecciona uno de los seis tamaños tras obtener la circunferencia exterior, la medida de la base al apex y las dimensiones del corazón al final de la diástole del ventrículo izquierdo. El CSD se coloca alrededor de los ventrículos con el extremo cerca del surco auriculoventricular y asegurado con puntos de sutura discontinua. Una buena práctica es realizar un pliegue en la costura anterior con el tejido sobrante usando una pinza especialmente diseñada. Las medidas del tamaño del ventrículo izquierdo al final de la diástole se toman por medio de ecocardiografía transesofágica y monitorización de presiones intracardíacas con catéter de Swan Ganz. El tejido sobrante es recortado y

se hace una sutura entre la pinza y el miocardio. Cuando se quita la pinza, esta sutura anterior se refuerza con puntos. Si no hay un exceso de tensión en las suturas, ni protrusión del corazón y no se impide el flujo sanguíneo, se irriga el área y el tejido circundante y se cierra el tórax. El procedimiento normalmente dura dos horas en realizarse con una estancia en la unidad de cuidados intensivos de dos a cuatro días. La media de hospitalización total es de siete a nueve días.

Se incluyen los códigos:

- 37.4 Reparación de corazón y pericardio
- 37.41 Implantación de dispositivo protésico de asistencia cardiaca alrededor del corazón
- 37.49 Otra reparación de corazón y pericardio

Implante endovascular en aorta torácica

Se ha creado un nuevo código para el Implante endovascular de injerto en aorta torácica, e informar sobre la reparación endovascular de la aorta torácica.

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

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

completa del segmento dañado, los catéteres y tubos se retiran y se cierra la incisión de acceso de la forma usual.

Se incluye el código:

39.73 Implantación endovascular de prótesis en aorta torácica

Eliminación de obstrucción endovascular

Se ha creado un código nuevo para identificar independientemente la Trombectomía mecánica endovascular de vasos cerebrales y precerebrales. La trombectomía mecánica endovascular es un procedimiento innovador para el tratamiento del ataque cerebral isquémico. El ataque cerebral isquémico ocurre en aproximadamente 80 al 90% de todos los ataques cerebrales y son causados por obstrucción/oclusión de trombos e émbolos en los vasos precerebrales y cerebrales. La trombectomía mecánica endovascular puede devolver la permeabilidad en las estructuras neurovasculares eliminando la oclusión y puede ser usada en pacientes no candidatos a la terapia trombolítica.

El tratamiento convencional incluye la infusión intravenosa de agentes trombolíticos anticoagulantes o trombolíticos, tales como activadores del plasminógeno tisular (tPA). Sin embargo, los medicamentos trombolíticos necesitan ser administrados dentro de las tres primeras horas tras el ataque cerebral para que sean útiles. Los pacientes que reciben infusión de tPA y no se recanalizan pueden beneficiarse de la trombectomía mecánica.

La trombectomía mecánica se refiere también a la retirada de émbolos en la isquemia cerebral (MERCİ® en su acrónimo en inglés). Incluye el uso de un recuperador, un microcatéter y un sistema de catéter-guía con balón para retirar coágulos de los vasos extra e intracraneales. Este procedimiento requiere una pequeña incisión a través de la cual se inserta un pequeño catéter flexible y guiado usando técnica de imagen avanzada para atrapar y retirar el émbolo/trombo del cerebro.

Se incluye el código:

39.74 Eliminación endovascular de obstrucción de vaso(s) de cabeza y cuello

Histerectomía

Se han creado nuevos códigos para diferenciar entre la histerectomía laparoscópica y otros tipos de histerectomía:

- Histerectomía abdominal total laparoscópica
- Otra histerectomía abdominal total y no especificada
- Histerectomía abdominal radical laparoscópica
- Histerectomía vaginal radical laparoscópica
- Otra histerectomía vaginal radical y no especificada

Las histerectomías están entre los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en los Estados Unidos. Están normalmente indicadas en el tratamiento del sangrado uterino anormal, prolapso uterino, dolor pélvico y afecciones cancerosas y precancerosas. El abordaje estandarizado para la histerectomía ha sido tanto el abdominal como el vaginal. Los avances recientes en la cirugía endoscópica han hecho del abordaje laparoscópico a la histerectomía una alternativa viable. Actualmente hay muchos procedimientos de histerectomía laparoscópica para escoger de acuerdo a la afección del paciente y sus necesidades.

Hay muchas inexactitudes en la terminología usada por los cirujanos cuando describen los procedimientos de histerectomía laparoscópica. Aunque el título sugiere que el útero es extirpado a través de los puertos abdominales, puede también referirse al caso de que la laparoscopia se use para realizar la extirpación vaginal del útero. Los diferentes tipos de histerectomías laparoscópicas se detallan más abajo.

Histerectomía abdominal total laparoscópica:

Este tipo de histerectomía implica la escisión por vía laparoscópica del útero completo con el cérvix. El procedimiento incluye una incisión en el ombligo por donde se introduce el laparoscopio. Después se hacen unas incisiones de media pulgada en el área abdominal inferior. El útero es liberado de sus ligamentos y de sus vasos laparoscópicamente. A continuación se hace una incisión vaginal por laparoscopia y se separa de la zona alta de la vagina. La incisión vaginal se cierra tras la retirada del útero. Los pacientes que han sido sometidos a este procedimiento refieren menos dolor postoperatorio y una recuperación más rápida que los pacientes a los que se ha realizado una histerectomía abdominal abierta tradicional.

Histerectomía abdominal radical laparoscópica:

La histerectomía radical laparoscópica incluye la escisión por vía laparoscópica de útero, cérvix, porción superior de vagina, ganglios y vasos linfáticos y tejido de la cavidad pélvica que rodea el cérvix. Este tipo de cirugía ampliada normalmente está recomendada para tratar algunos cánceres de útero o cérvix. Los estudios han mostrado que comparado con la laparotomía, el

abordaje laparoscópico se asocia con menor pérdida de sangre y estancia hospitalaria más corta.

La histerectomía radical laparoscópica modificada incluye la escisión del útero, la mitad medial de los ligamentos uterosacros y cardinales, así como una porción de la vagina superior. Los uréteres se exponen y se desplazan lateralmente hacia atrás sin disección del lecho ureteral.

Se incluyen los códigos:

68.4	Histerectomía abdominal total
68.41	Histerectomía abdominal total laparoscópica
68.49	Otra histerectomía abdominal total y no especificada
68.6	Histerectomía abdominal radical
68.61	Histerectomía abdominal radical laparoscópica
68.69	Otra histerectomía abdominal radical y no especificada
68.7	Histerectomía vaginal radical
68.71	Histerectomía vaginal radical laparoscópica [HRVL]
68.79	Otra histerectomía vaginal radical y no especificada

Fusión espinal de 360 grados

El código 81.61, Fusión espinal de 360 grados, abordaje por incisión única, ha sido borrado de los procedimientos de la CIE-9-MC. Desde la creación del código 81.61, efectivo el 1 de enero de 2006), ha habido una considerable confusión entre los codificadores acerca de su uso adecuado. Ya que el código 81.61 no ha sido usado de manera constante, los datos aportados no son fiables. Por lo tanto, las fusiones vertebrales de 360 grados son codificadas con los códigos adecuados de fusión espinal (81.06, 81.08, 81.36 y 81.38) dependiendo de tipo de fusión realizada.

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

o retroperitoneal. Se puede realizar también laparoscópicamente. Nunca se describe como fusión de dos porciones sino como fusión intersomática. Los códigos 81.06 y 81.36 incluyen la fusión intersomática lumbar anterior (ALIF). Los códigos 81.08 y 81.38 incluyen la fusión intersomática lumbar posterior (PLIF) y la fusión intersomática lumbar transforaminal (TLIF)*.

Arthroereisis de la articulación subtalar

Se ha creado un único código para identificar la arthroereisis de la articulación subtalar. Antes de esta fecha, el procedimiento se capturaba con el código 81.99, Otra operación de estructura articular.

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

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

Se incluye el código:

81.18 Arthroereisis de la articulación subastragaliva

* Tanto la ALIF como la PLIF pueden hacerse mediante injerto autólogo de hueso o mediante jaulas o “cages”.

Inserción/retirada de espaciador de cemento

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

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

Se incluyen los códigos:

- 84.56 Inserción de espaciador (de cemento)
- 84.57 Retirada de espaciador (de cemento)

Implantación de dispositivo de descompresión entre apófisis espinosas

Se ha creado un código nuevo para identificar solamente la implantación de dispositivo de descompresión entre apófisis espinosas. Este procedimiento es realizado para tratar la estenosis vertebral lumbar (LSS) sintomática. La estenosis vertebral lumbar comprende el estrechamiento del canal vertebral o del agujero intervertebral. La estenosis degenerativa es la forma más frecuente de LSS y es parte del proceso de envejecimiento natural. Los síntomas incluyen dolor, entumecimiento y hormigueo de las extremidades inferiores. La flexión y el sentarse alivian los síntomas, mientras que la extensión los exacerba.

La implantación de dispositivos de descompresión entre apófisis espinosas (IPD) es un procedimiento mínimamente invasivo. El IPD es colo-

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

Se incluye el código:

84.58 Implantación de dispositivo de descompresión entre apófisis espinosas

Aplicación de dispositivos fijadores externos

Se ha creado códigos complementarios para la aplicación de dispositivos fijadores externos. Antes de este cambio no era posible diferenciar entre los distintos tipos de dispositivos fijadores externos disponibles, tales como monoplanar, sistema en anillo o híbrido –usando sistemas tanto monoplanar como de anillo.

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

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

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

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

Se incluyen los códigos:

- 84.7 Códigos auxiliares para dispositivos fijadores externos
- 84.71 Aplicación de dispositivo fijador externo de sistema mono-planar
- 84.72 Aplicación de dispositivo fijador externo de sistema de anillo
- 84.73 Aplicación de dispositivo fijador externo de sistema híbrido

Generador de pulsos de neuroestimulador recargable

Se ha creado para identificar específicamente el generador de pulsos de neuroestimulador recargable de disposición simple o dual. Los códigos disponibles normalmente para generadores de pulsos de neuroestimulador no diferencian entre los tipos de generadores de neuroestimulación. Los códigos 86.94 y 86.95 se han revisado para excluir los generadores de pulsos recargables.

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

Se incluyen los códigos:

- 86.97 Inserción o sustitución de generador de pulso de neuroestimulador recargable de electrodo único
- 86.98 Inserción o sustitución de generador de pulso de neuroestimulador recargable de electrodo doble

Tabla de conversión de Códigos de Diagnósticos

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
005.81	1997	005.8
005.89	1997	005.8
007.4	1999	007.8
007.5	2002	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	1999	031.8
038.10-038.11	1999	038.1
038.19	1999	038.1
040.82	2004	040.89
041.00-041.03	1992	041.0
041.04	1992	041.0
041.04#	1999	041.04
041.05	1992	041.0
041.09	1992	041.0
041.10-041.19	1992	041.1
041.81-041.85	1997	041.8
041.86	1992	041.84
041.89	1992	041.8
042	1997	042-042.2, 042.9, 043.0-043.3, 043.9, 044.0, 044.9 (Códigos borrados)
042.0-042.9	1992	279.19

Título de código cambiado.

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
043.0-043.9	1992	279.19
044.0-044.9	1992	279.19
052.2	2008	052.7
052.14	2008	053.19
052.74	2008	054.79
066.4	2004	066.3
066.40-066.42, 066.49	2006	066.4
070.20-070.21	1992	070.2
070.22	1997	070.20
070.23	1997	070.21
070.30-070.31	1992	070.3
070.32	1997	070.30
070.33	1997	070.31
070.41-070.43	1992	070.4
070.44	1997	070.41
070.49	1992	070.4
070.51-070.53	1992	070.5
070.54	1997	070.51
070.59	1992	070.5
070.70	2006	070.51
070.71	2006	070.41
077.98-077.99	1997	077.9
078.10-078.11, 078.19	1997	078.1
078.88	1997	078.89
079.4	1997	079.8
079.50-079.53, 079.59	1997	079.8
079.6	1999	079.89
079.81	1997	079.89
079.82	2006	079.89
079.88-079.89	1997	079.8

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
079.98-079.99	1997	079.9
082.40-082.41, 082.49	2002	082.8
088.81	1992	088.8
088.82	1992	088.89
088.89	1992	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	1997	114.3
176.0-176.9	1992	173.0-173.9
203.00	1992	203.0
203.01	1992	V10.79
203.10	1992	203.1
203.11	1992	V10.79
203.80	1992	203.8
203.81	1992	V10.79
204.00	1992	204.0
204.01	1992	V10.61
204.10	1992	204.1
204.11	1992	V10.61
204.20	1992	204.2
204.21	1992	V10.61
204.80	1992	204.8
204.81	1992	V10.61
204.90	1992	204.9
204.91	1992	V10.61
205.00	1992	205.0
205.01	1992	V10.62
205.10	1992	205.1

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
205.11	1992	V10.62
205.20	1992	205.2
205.21	1992	V10.62
205.30	1992	205.3
205.31	1992	V10.62
205.80	1992	205.8
205.81	1992	V10.62
205.90	1992	205.9
205.91	1992	V10.62
206.00	1992	206.0
206.01	1992	V10.63
206.10	1992	206.1
206.11	1992	V10.63
206.20	1992	206.2
206.21	1992	V10.63
206.80	1992	206.8
206.81	1992	V10.63
206.90	1992	206.9
206.91	1992	V10.63
207.00	1992	207.0
207.01	1992	V10.69
207.10	1992	207.1
207.11	1992	V10.69
207.20	1992	207.2
207.21	1992	V10.69
207.80	1992	207.8
207.81	1992	V10.69
208.00	1992	208.0
208.01	1992	V10.60
208.10	1992	208.1
208.11	1992	V10.60
208.20	1992	208.2
208.21	1992	V10.60
208.80	1992	208.8

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
208.81	1992	V10.60
208.90	1992	208.9
208.91	1992	V10.60
237.70-237.72	1992	237.7
238.71-238.76	2008	238.7
238.79	2008	238.7
250.02	1997	250.90
250.03	1997	250.91
250.12	1997	250.10
250.13	1997	250.11
250.22	1997	250.20
250.23	1997	250.21
250.32	1997	250.30
250.33	1997	250.31
250.42	1997	250.40
250.43	1997	250.41
250.52	1997	250.50
250.53	1997	250.51
250.62	1997	250.60
250.63	1997	250.61
250.72	1997	250.70
250.73	1997	250.71
250.82	1997	250.80
250.83	1997	250.81
250.92	1997	250.90
250.93	1997	250.91
252.00-252.02, 252.08	2006	252.0
255.10-255.14	2006	255.1
256.31-256.39	2004	256.3

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
259.5	2008	257.8
273.4	2006	277.6
275.40-275.42	1999	275.4
275.49	1999	275.4
276.50-276.52	2008	276.5
277.02-277.03, 277.09	2004	277.00
277.30-277.31	2008	277.3
277.39	2008	277.3
277.7	2004	277.8
277.81-277.84, 277.89	2006	277.8
277.85	2006	277.89
277.86	2006	277.89
277.87	2006	277.89, 758.89
278.00-278.01	1997	278.0
278.02	2008	278.00
282.41-282.42, 282.49	2006	282.4
282.64	2006	282.63
282.68	2006	282.69
283.10-283.11, 283.19	1997	283.1
284.01	2008	284.0
284.09	2008	284.0
284.1	2008	284.8
284.2	2008	284.8, 285.8
285.21-285.22, 285.29	2002	285.8
287.30-287.33, 287.39	2008	287.3

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
288.00-288.04	2008	288.0
288.09	2008	288.0
288.4	2008	288.0
288.50-288.51	2008	288.0, 288.8
288.59	2008	288.0
288.60-288.65	2008	288.8
288.69	2008	288.8
289.52	2006	289.59
289.53	2008	288.0
289.81-82, 289.89	2006	298.8
289.83	2008	289.89
291.81	1999	291.8
291.82	2008	291.89
291.89	1999	291.8
292.85	2008	292.89
293.84	1999	293.89
294.10-294.11	2002	294.1
300.82	1999	300.81
305.1	1997	305.10, 305.11, 305.12, 305.13 (códigos borrados)
312.81-312.82, 312.89	1997	312.8
315.32	1999	315.39
320.81-320.89	1992	320.8
323.01-323.02	2008	323.0
323.41-323.42	2008	323.4
323.51-323.52	2008	323.5
323.61-323.63	2008	323.6
323.71-323.72	2008	323.7

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
323.81-323.82	2008	323.8
327.00	2008	780.51, 780.52
327.01	2008	780.51, 780.52
327.02	2008	307.41
327.09	2008	780.51, 780.52
327.10	2008	780.53, 780.54
327.11	2008	780.53, 780.54
327.12	2008	780.53, 780.54
327.13	2008	780.53, 780.54
327.14	2008	780.53, 780.54
327.15	2008	307.43
327.19	2008	780.53, 780.54
327.20	2008	780.57
327.21	2008	780.57
327.22	2008	780.57
327.23	2008	780.57
327.24	2008	780.57
327.25	2008	780.57
327.26	2008	780.57
327.27	2008	780.57
327.29	2008	780.51, 780.53, 780.57
327.30	2008	307.45
327.31	2008	307.45
327.32	2008	307.45
327.33	2008	307.45
327.34	2008	307.45
327.35	2008	307.45
327.36	2008	307.45
327.37	2008	307.45
327.39	2008	307.45
327.40	2008	780.59
327.41	2008	780.59
327.42	2008	780.59
327.43	2008	780.59
327.44	2008	780.59
327.49	2008	780.59

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
327.51	2008	780.58
327.52	2008	729.82
327.53	2008	306.8
327.59	2008	780.58
327.8	2008	780.50
331.11	2006	331.1
331.19	2006	331.1
331.82	2006	331.89
331.83	2008	310.1
333.71-333.72	2008	333.7
333.79	2008	333.7
333.85	2008	333.82
333.92-333.93	1997	333.99
333.94	2008	333.99
337.20-337.22, 337.29	1997	337.9
337.3	1999	337.9
338.0	2008	código de dolor por sitio o 348.8
338.11	2008	código de dolor por sitio
338.12	2008	código de dolor por sitio
338.18	2008	codifique dolor por sitio
338.19	2008	codifique dolor por sitio
338.21	2008	codifique dolor por sitio
338.22	2008	codifique dolor por sitio
338.28	2008	codifique dolor por sitio
338.29	2008	codifique dolor por sitio
338.3	2008	codifique dolor por sitio
338.4	2008	codifique dolor por sitio
341.20	2008	323.9
341.21	2008	323.8
341.22	2008	323.9
342.00-342.02	1997	342.0

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
342.10-342.12	1997	342.1
342.80-342.82	1997	342.9
342.90-342.92	1997	342.9
344.00-344.04, 344.09	1997	344.0
344.30-343.32	1997	344.3
344.40-344.42	1997	344.4
344.81, 344.89	1997	344.8
345.00-345.01	1992	345.0
345.10-345.11	1992	345.1
345.40-345.41	1992	345.4
345.50-345.51	1992	345.5
345.60-345.61	1992	345.6
345.70-345.71	1992	345.7
345.80-345.81	1992	345.8
345.90-342.91	1992	345.9
346.00-346.01	1992	346.0
346.10-346.11	1992	346.1
346.20-346.21	1992	346.2
346.80-346.81	1992	346.8
346.90-346.91	1992	346.9
347.00-347.01	2006	347
347.10-347.11	2006	347
348.30-348.31, 348.39	2006	348.3
355.71	1997	354.4
355.79	1997	355.7
357.81-357.82, 357.89	2004	357.8
358.00-358.01	2006	357.8
359.81, 359.89	2004	359.8

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
362.03-362.07	2008	362.02
365.83	2004	365.89
371.82	1992	371.89
372.81, 372.89	2002	372.8
374.87	1992	374.89
377.43	2008	377.49
379.60-379.63	2008	379.99
380.03	2006	733.99
389.15	2008	389.18
389.16	2008	389.18
403.00-403.01	1992	403.0
403.10-403.11	1992	403.1
403.90-403.91	1992	403.9
404.00-404.03	1992	404.0
404.10-404.13	1992	404.1
404.90-404.93	1992	404.9
410.00-410.02	1992	410.0
410.10-410.12	1992	410.1
410.20-410.22	1992	410.2
410.30-410.32	1992	410.3
410.40-410.42	1992	410.4
410.50-410.52	1992	410.5
410.60-410.62	1992	410.6
410.70-410.72	1992	410.7
410.80-410.82	1992	410.8
410.90-410.92	1992	410.9

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
411.81	1992	411.8
411.89	1992	411.8
414.00-414.01	1997	414.0
414.02-414.03	1997	996.03
414.04-414.05	1999	414.00
414.06	2004	414.00
414.07	2006	414.06
414.12	2004	414.11
415.11	1997	997.3 & 415.1
415.19	1997	415.1
426.82	2008	794.31
428.20-428.23	2004	428.0
428.30-428.33	2004	428.0
428.40-428.43	2004	428.0
429.71	1992	410.0-410.9
429.79	1992	410.0-410.9
429.83	2008	429.89
433.00-433.01	1997	433.0
433.10-433.11	1997	433.1
433.20-433.21	1997	433.2
433.30-433.31	1997	433.3
433.80-433.81	1997	433.8
433.90-433.91	1997	433.9
434.00-434.01	1997	434.0
434.10-434.11	1997	434.1
434.90-434.91	1997	434.9
435.3	1997	435.0 & 435.1
437.7	1992	780.9

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
438.0	1999	249.9 & 438
438.10	1999	784.5 & 438
438.11	1999	784.3 & 438
438.12	1999	784.5 & 438
438.19	1999	784.5 & 438
438.20	1999	342.90 & 438
438.21	1999	342.91 & 438
438.22	1999	342.92 & 438
438.30	1999	344.40 & 438
438.31	1999	344.41 & 438
438.32	1999	344.42 & 438
438.40	1999	344.30 & 438
438.41	1999	344.31 & 438
438.42	1999	344.32 & 438
438.50-438.52	1999	344.89 & 438
438.53	1999	438.50
438.6-438.7	2004	438.89
438.81	1999	784.69 & 438
438.82	1999	787.2 & 438
438.83-438.85	2004	438.89
438.89	1999	438
438.9	1999	438
440.20-440.22	1992	440.2
440.23	1997	440.20 & 707.1 o 707.8 o 707.9
440.24	1997	440.20 & 785.4
440.29	1997	440.20
440.30-440.32	1997	996.1
441.00-441.03	1997	441.0
441.6	1997	441.1 & 441.3
441.7	1997	441.2 & 441.4
443.21	2004	442.81
443.22	2004	442.2
443.23	2004	442.1

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
443.29	2004	442.89
443.82	2008	443.89
445.01-445.02	2004	440.29
445.81	2004	440.1
445.89	2004	440.8
446.20-446.21, 446.29	1992	446.2
451.82-451.84	1997	451.89
453.40-453.42	2006	453.8
454.8	2004	454.9
458.2	1997	997.9 & 458.9
458.21, 458.29	2006	458.2
458.8	1999	458.9
459.10-459.14, 459.19	2004	459.1
459.30-459.33, 459.39	2004	459.89
464.00-464.01	2004	464.0
464.50-464.51	2004	464.0
466.11	1999	466.1
466.19	1999	466.1
474.0#	1999	474.0
474.00-474.02	1999	474.0
477.1	2002	477.8
477.2	2006	477.8

Título de código cambiado.

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
478.11	2008	478.1
478.19	2008	478.1
480.3	2006	480.8
482.30-482.39	1992	482.3
482.40	1999	482.4
482.41	1999	482.4
482.49	1999	482.4
482.81-482.83	1992	482.8
482.84	1999	482.83
482.89	1992	482.8
483.0	1992	483
483.1	1999	078.88 & 484.8
483.8	1992	483
491.20-491.21	1992	491.2
491.22	2006	491.21
493.20	1992	493.90
493.21	1992	493.91
493.02	2002	493.00
493.12	2002	493.10
493.22	2002	493.20
493.81	2006	519.1
493.82	2006	493.90-493.91
493.92	2002	493.90
494.0-494.1	2002	494
512.1	1997	997.3
517.3	2006	282.62
518.6	1999	518.89
518.7	2008	997.3

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
518.81	1992	799.1
518.82-518.89	1992	518.8
518.83	1999	518.81
518.84	1999	518.81
519.00-519.02, 519.09	1999	519.0
519.11	2008	519.1
519.19	2008	519.1
521.00-521.09	2004	521.0
521.06	2006	521.09
521.07	2006	521.09
521.08	2006	521.09
521.10-521.15	2006	521.1
521.20-521.25	2006	521.2
521.30-521.35	2006	521.3
521.40-521.45	2006	521.4
521.81	2008	873.63, 873.73
521.89	2008	521.8
523.00-53.01	2008	523.0
523.10-523.11	2008	523.1
523.20-523.25	2006	523.2
523.30-523.33	2008	523.3
523.40-523.42	2008	523.4
524.00-524.09	1992	524.0
524.07	2006	524.09
524.10-524.19	1992	524.1
524.20-524.29	2006	524.2
524.30-524.37, 524.39	2006	524.3
524.50-524.57, 524.59	2006	524.5
524.60-524.69	1992	524.6
524.64	2006	524.69
524.70-524.79	1992	524.8
524.75-524.76	2006	524.79
524.81-524.82, 524.89	2006	524.8

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
525.10-525.19	2004	525.1
525.20-525.26	2006	525.2
525.40-525.44	2008	525.10
525.50-525.54	2008	525.10
525.60-525.67, 525.69	2008	525.8
526.61-526.63, 526.69	2008	526.8
528.00-528.02, 528.09	2008	528.0
528.71-528.72, 528.79	2006	528.7
530.10-530.11, 530.19	1997	530.1
530.12	2004	530.10
530.20-530.21	2006	530.2
530.81	1997	530.1
530.82-530.84, 530.89	1997	530.8
530.85	2006	530.2
530.86	2006	997.4
530.87	2006	997.4
530.89	1997	530.8
535.00-535.01	1992	535.0
535.10-535.11	1992	535.1
535.20-535.21	1992	535.2
535.30-535.31	1992	535.3
535.40-535.41	1992	535.4
535.50-535.51	1992	535.5
535.60-535.61	1992	535.6
536.3	1997	997.4
536.40-536.42, 536.49	1999	997.4
537.82	1992	537.89
537.83	1992	537.82
537.84	2004	531.00
538	2008	558.9

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
556.0-556.6	1997	556
556.8-556.9	1997	556
558.3	2002	558.9
562.02	1992	562.00
562.03	1992	562.01
562.12	1992	562.10
562.13	1992	562.11
564.00-564.09	2004	564.0
564.81	1999	564.8
564.89	1999	564.8
567.21-567.23, 567.29	2008	567.2
567.31	2008	728.89
567.38	2008	567.2
567.39	2008	567.9
567.81-567.82, 567.89	2008	567.8
569.60-569.61	1997	596.6
569.62	1999	569.69
569.69	1997	596.6
569.84	1992	557.1
569.85	1992	569.84
569.86	2004	569.82
574.60	1999	574.00 & 574.30
574.61	1999	574.01 & 574.31
574.70	1999	574.10 & 574.40
574.71	1999	574.11 & 574.41
574.80	1999	574.00 & 574.10 574.30 & 574.40
574.81	1999	574.01 & 574.11 574.31 & 574.41
574.90	1999	574.20 & 574.50

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
574.91	1999	574.21 & 574.51
575.10-575.11	1999	575.1
575.12	1999	575.0 & 575.1
585.1-585.6, 585.9	2008	585
588.81	2006	588.8
588.89	2006	588.8
593.70-593.73	1997	593.7
596.51-596.53	1992	596.5
596.54	1992	344.61
596.55-596.59	1992	596.5
599.60	2008	599.6
599.69	2008	599.6
599.81-599.89	1992	599.8
600.0-600.3, 600.9	2002	602.8
600.00-600.01	2006	600.0
600.10-600.11	2006	600.1
600.20-600.21	2006	600.2
600.90-600.91	2006	600.9
602.3	2004	602.8
607.85	2006	607.89
608.20-608.24	2008	608.2
608.82	2004	608.83
608.87	2004	608.89
616.81-616.89	2008	616.8
618.00-618.05, 618.09	2006	618.0

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
618.81-618.83	2006	618.1
618.84	2008	618.1
618.89	2006	618.8
621.30-621.33	2006	621.3
622.10-622.12	2006	622.1
629.20-629.23	2006	629.8
629.29	2008	629.20
629.81, 629.89	2008	629.9
633.00-633.01	2004	633.0
633.10-633.11	2004	633.1
633.20-633.21	2004	633.2
633.80-633.81	2004	633.8
633.90-633.91	2004	633.9
645.00-645.01, 645.03	1992	645.0-645.1, 645.3 ***
645.10-645.11, 645.13	2002	645.00-645.01, 645.03
645.20-645.21, 645.23	2002	645.00-645.01, 645.03
649.00-649.04	2008	648.40-648.44
649.10-649.14	2008	646.10-646.14
649.20-649.24	2008	V23.89
649.30	2008	641.30, 648.90, 666.30
649.31	2008	641.31, 648.91
649.32	2008	648.92, 666.32
649.33	2008	641.33, 648.93
649.34	2008	648.94, 666.34
649.40-649.44	2008	648.90-648.94
649.50-649.51	2008	641.90-641.91
649.53	2008	641.93
649.60-649.64	2008	646.80-646.84
651.30-651.31, 651.33	1992	651.00-651.01, 651.03
651.40-651.41, 651.43	1992	651.10-651.11, 651.13

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
651.50-651.51, 651.53	1992	651.20-651.21, 651.23
651.60-651.61, 651.63	1992	651.80-651.81, 651.83
651.70-651.71, 651.73	2008	651.8
654.20-654.21, 654.23	1992	654.2, 654.9
654.90-654.94	1992	654.2, 654.9
655.70-655.71	1999	655.8
655.73	1999	655.8
657.00, 657.01, 657.03	1992	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	1999	656.30-656.31, 656.33
665.10, 665.11	1992	665.10, 665.11, 665.12, 665.14
665.14 #		
670.00, 670.02, 670.04	1992	670.0, 670.1, 670.3
672.00, 672.01, 672.04	1992	672.0, 672.1, 672.3
674.50-674.54	2006	674.80, 674.82, 674.84
677	1997	Ninguna
686.00-686.01	1999	686.0
686.09	1999	686.0
690.10	1997	690
690.11	1997	691.8 & 704.8
690.12	1997	691.8
690.18	1997	690
690.8	1997	690

Este título para la subcategoría 665.1 ha sido cambiado, haciendo inválidas las subclasificaciones de quinto dígito 665.12 y 665.14.

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
692.72-692.74	1992	692.79
692.75	2002	692.79
692.76-692.77	2004	692.71
692.82-692.83	1992	692.89
692.84	2006	692.89
702.0-702.8	1992	702
702.11, 702.19	1997	702.1
704.02	1997	704.09
705.21-705.22	2006	780.8
707.00-707.07, 707.09	2006	707.0
707.10-707.15, 707.19	2002	707.1
709.00-709.01, 709.09	1997	709.0
710.5	1992	288.3, 729.1
718.70-718.79	2004	718.80-718.89
719.7	2006	719.70, 719.75-719.79 (Códigos borrados)
727.83	2002	727.89
728.86	1997	729.4
728.87	2006	728.9
728.88	2006	728.89
729.71-729.73, 729.79	2008	729.9
731.3	2008	733.9
733.10-733.16, 733.19	1997	733.1
733.93	2004	733.16
733.94	2004	733.19
733.95	2004	733.19

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
738.10-738.19	1992	738.1
747.60-747.64, 747.69	1997	747.6
747.82	1997	747.89
747.83	2004	747.89, 747.9
752.51-752.52	1999	752.5
752.61-752.63	1999	752.6
752.64-752.65	1999	752.8
752.69	1999	752.8
752.81, 752.89	2006	752.8
753.10-753.17, 753.19	1992	753.1
753.20-753.23	1999	753.2
753.29	1999	753.2
756.70-756.71	1999	756.7
756.79	1999	756.7
758.31-758.33, 758.39	2006	758.3
758.81	1999	758.8
758.89	1999	758.9
759.81-759.82	1992	759.8
759.83	1997	759.89
759.89	1992	759.8
760.75	1992	760.79
760.76	1997	760.79
760.77	2008	760.79
760.78	2008	760.79
763.81-763.83, 763.89	1999	763.8
763.84	2008	763.8
764.00-764.09	1992	764.0
764.10-764.19	1992	764.1

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
764.20-764.29	1992	764.2
764.90-764.99	1992	764.9
765.00-765.09	1992	765.0
765.10-765.19	1992	765.1
765.20-765.24	2004	765.00-765.09
765.25-765.29	2004	765.10-765.19
766.21-766.22	2006	766.2
767.11, 767.19	2006	767.1
768.7	2008	768.9
770.10-770.18	2008	770.1
770.81-770.84, 770.89	2004	770.8
770.85-770.86	2008	770.1
770.87	2008	770.89
770.88	2008	768.9
771.81-771.83, 771.89	2004	771.8
772.10-772.14	2004	772.1
775.81	2008	775.8
775.89	2008	775.8
779.7	2004	772.1
779.81-779.82	2004	779.8
779.83	2006	779.89
779.84	2008	Ninguno (suprimir código)
779.85	2008	779.89
779.89	2004	779.8
780.01-780.02	1992	780.0
780.03	1997	780.01
780.09	1992	780.0

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
780.31	1999	780.3
780.32	2008	780.39
780.39	1999	780.3
780.57	1992	780.51, 780.53
780.58	2006	780.59
780.71	1999	780.7
780.79	1999	780.7
780.91-780.92	2004	780.9
780.93	2006	780.99
780.94	2006	780.99
780.95	2006	780.99
780.96	2008	780.99
780.97	2008	780.99
780.99	2004	780.9
781.8	1997	781.9
781.91-781.92	2002	781.9
781.93	2004	723.5
781.94	2006	781.99
781.99	2002	781.9
783.21	2002	783.4
783.22	2002	783.4
783.40-783.43	2002	783.4
783.7	2002	783.4
784.91	2008	473.9
784.99	2008	784.9
785.52	2006	785.59
786.03	1999	786.09
786.04	1999	786.09
786.05	1999	786.09
786.06	1999	786.09
786.07	1999	786.09

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
787.01-787.03	1997	787.0
787.91	1997	558.9
787.99	1997	787.9
788.20-788.21, 788.29	1997	788.2
788.30-788.39	1992	788.3
788.38	2006	788.39
788.41-788.43	1997	788.4
788.61-788.62	1997	788.6
788.63	2006	788.69
788.64-788.65	2008	788.69
788.69	1997	788.6
789.00-789.07, 789.09	1997	789.0
789.30-789.37, 789.39	1997	789.3
789.40-789.47, 789.49	1997	789.4
789.60-789.67, 789.69	1997	789.6
790.01-790.09	2002	790.0
790.21-790.22, 790.29	2006	790.2
790.91	1997	790.9
790.92	1997	286.9
790.93	1997	790.9
790.94	1999	790.99
790.95	2006	790.99
790.99	1997	790.9
792.5	2002	792.9
793.80-793.81, 793.89	2004	793.8
793.91, 793.99	2008	793.9
795.00-795.02, 795.09	2004	795.0
795.03	2006	622.1
795.04	2006	622.1
795.05	2006	795.09
795.06	2008	795.04

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
795.08	2006	795.09
795.31, 795.39	2004	795.3
795.71	1997	795.8 (código borrado)
795.79	1997	795.7
795.8	1992	795.7
795.81-795.82	2008	796.9
795.89	2008	796.9
796.5	1999	796.9
796.6	2006	796.9
799.01-799.02	2008	799.0
799.81	2006	799.8
799.89	2006	799.8
813.45	2004	813.42
823.40-823.42	2004	823.80-823.82
840.7	2004	840.8
850.11-850.12	2006	850.1
864.05	1992	864.09
864.15	1992	864.19
909.5	1997	909.9
922.31-922.33	1999	922.3
925.1-925.2	1997	925
958.90-958.93, 958.99	2008	958.8
959.0#	1999	959.0
959.01	1999	854.00
959.09	1999	959.0

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
959.11-959.14, 959.19	2006	959.1
965.61	1999	965.6
965.69	1999	965.6
989.81-989.84	1997	989.8
989.89	1997	989.8
995.20-995.23	2008	995.2
995.27, 995.29	2008	995.2
995.50-995.55	1999	995.5
995.59	1999	995.5
995.60-995.69	1997	995.0
995.7	2002	Ninguno
995.80	1999	995.81
995.81#	1999	995.81
995.82-995.85	1999	995.81
995.86	1999	995.89
995.90	2004	038.0-038.9
995.91	2004	038.0-038.9
995.92	2004	038.0-038.9
995.93	2004	038.0-038.9
995.94	2004	038.0-038.9
996.04	1997	996.09
996.40-996.47, 996.49	2008	996.4
996.51-996.59	1992	996.5
996.55	1999	996.52
996.56	1999	996.59
996.57	2006	996.59
996.60-996.69	1992	996.6
996.68	1999	996.69
996.70-996.79	1992	996.7
996.80-996.84	1992	996.8
996.85	1992	996.89

Título de código cambiado.

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
996.86	1992	996.8
996.87	2002	996.89
996.89	1992	996.8
997.00-997.01	1997	997.0
997.02	1997	997.9 & 430-434, 436
997.09	1997	997.0
997.71	2004	997.4
997.72	2004	997.5
997.79	2004	997.2
997.91	1997	997.9
997.99	1997	997.9
998.11-998.12	1999	998.1
998.13	1999	998.89
998.31-998.32	2004	998.3
998.51	1999	998.5
998.59	1999	998.5
998.81-998.82	1997	998.8
998.83	1999	998.89
998.89	1997	998.8
V01.71, V01.79	2006	V01.7
V01.81, V01.89	2004	V01.8
V01.82	2006	V01.89
V01.83-V01.84	2006	V01.89
V02.51	1999	V02.5
V02.52	1999	V02.5
V02.59	1999	V02.5
V02.60-V02.62	1997	V02.6
V02.69	1999	V02.6
V03.81-V03.82, V03.89	1997	V03.8
V04.81-V04.82, V04.89	2006	V04.8

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
V05.3-V05.4	1997	V05.8
V06.5-V06.6	1997	V06.8
V07.31, V07.39	1997	V07.3
V07.4	1992	V07.8
V08	1997	044.9, 795.8 (Código borrado)
V09.0-V09.91	1997	Ninguna
V10.48	1999	V10.49
V10.53	2004	V10.59
V12.00-V12.03, V12.09	1997	V12.0
V12.40-V12.41	1999	V12.4
V12.42	2008	V12.49
V12.49	1999	V12.4
V12.50-V12.52, V12.59	1997	V12.5
V12.60-V12.61, V12.69	2008	V12.6
V12.70-V12.72, V12.79	1997	V12.7
V13.00-V13.01, V13.09	1997	V13.0
V13.02-V13.03	2008	V13.09
V13.21, V13.29	2004	V13.2
V13.61	1999	V13.6
V13.69	1999	V13.6
V15.01-V15.09	2002	V15.0
V15.41-V15.42	1999	V15.4
V15.49	1999	V15.4
V15.82	1997	305.13 (Código borrado)
V15.84-V15.86	1997	V15.89
V15.87	2006	V15.89
V15.88	2008	V15.49

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
V16.40-V16.43, V16.49	1999	V16.4
V16.51	1999	V16.5
V16.59	1999	V16.5
V17.81	2008	V17.8
V17.89	2008	V17.8
V18.51, V18.59	2008	V18.5
V18.61	1999	V18.6
V18.69	1999	V18.6
V18.9	2008	V19.8
V21.30-V21.35	2002	Ninguno
V23.41, V23.49	2004	V23.4
V23.7	1992	V23.8
V23.81	1999	V23.8
V23.82	1999	V23.8
V23.83	1999	V23.8
V23.84	1999	V23.8
V23.89	1999	V23.8
V25.03	2006	V25.01
V25.43	1992	V25.49
V25.5	1992	V25.8
V26.21-V26.22, V26.29	2002	V26.2
V26.31-V26.33	2008	V26.3
V26.34-V26.35	2008	V26.31
V26.39	2008	V26.32
V26.51	1999	Ninguno
V26.52	1999	Ninguno
V28.6	1999	V28.8
V29.0-V29.1	1992	V71.8

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
V29.2	1997	V29.8
V29.3	1999	V29.8
V29.8	1992	V71.8
V29.9	1992	V71.9
V30.00-V30.01	1992	V30.0
V31.00-V31.01	1992	V31.0
V32.00-V32.01	1992	V32.0
V33.00-V33.01	1992	V33.0
V34.00-V34.01	1992	V34.0
V35.00-V35.01	1992	V35.0
V36.00-V36.01	1992	V36.0
V37.00-V37.01	1992	V37.0
V39.00-V39.01	1992	V39.0
V42.81-V42.83	1999	V428
V42.84	2002	V42.89
V42.89	1999	V42.8
V43.21-V43.22	2006	V43.2
V43.60-V43.66, V43.69	1997	V43.6
V43.81-V43.82	1997	V43.8
V43.83	1999	V43.89
V43.89	1997	V43.8
V44.50-V44.52, V44.59	1999	V44.5
V45.00	1997	V45.89
V45.01	1997	V45.0
V45.02, V45.09	1997	V45.89
V45.51	1997	V45.5
V45.52, V45.59	1997	V45.89
V45.61	1999	V45.6
V45.69	1999	V45.6
V45.71	1999	611.8
V45.72	1999	569.89
V45.73	1999	593.89

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
V45.74	2002	593.89, 596.8
V45.75	2002	V45.89
V45.76	2002	518.89
V45.77	2002	602.8, 607.89, 608.89, 620.8, 621.8, 622.8
V45.78	2002	390.89
V45.79	2002	255.8, 289.59, 388.8, 569.49, 577.8, V45.89
V45.82	1997	V45.89
V45.83	1997	V45.89
V45.84	2004	Ninguno
V45.85	2006	V45.89
V45.86	2008	V45.89
V46.11-V46.12	2006	V46.1
V43.13	2008	V46.11
V43.14	2008	V46.11
V46.2	2004	V46.8
V49.60-V49.67	1997	V49.5
V49.70-V49.77	1997	V49.5
V49.81	2002	Ninguno
V49.82	2004	Ninguno
V49.84	2008	V49.89
V49.89	2002	V49.8
V50.41-V50.42, V50.49	1997	V50.8
V53.01-V53.02, V53.09	1999	V53.0
V53.31	1997	V53.3
V53.32, V53.39	1997	V53.9
V53.90-V53.91, V53.99	2006	V53.9
V54.01-V54.02, V54.09	2006	V54.0
V54.10-V54.17, V54.19	2004	V54.8
V54.20-V54.27, V54.29	2004	V54.8
V54.81, V54.89	2004	V54.8

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
V56.1	1997	V58.89
V56.1#	1999	V56.1
V56.2	1999	V56.1
V56.31-V56.32	2002	V56.8
V57.21-V57.22	1997	V57.2
V58.11	2008	V58.1
V58.12	2008	140-208, 230-239
V58.30-V58.32	2008	V58.3
V58.41	1997	V58.4
V58.42	2004	V58.49
V58.43	2004	V58.49
V58.44	2006	V58.71-V58.78
V58.49	1997	V58.4
V58.61	1997	V67.51
V58.62	1999	V58.69
V58.63-V58.65	2006	V58.69
V58.66-V58.67	2006	V58.69
V58.69	1997	V67.51
V58.71-V58.78	2004	V58.49
V58.81	1997	V58.8
V58.82	1997	V58.89
V58.83	2002	V58.89
V58.89	1997	V58.8
V59.01-V59.02, V59.09	1997	V59.0
V59.6	1997	V59.8
V59.70-V59.74	2008	V59.8
V61.10-V61.12	1999	V65.49
V61.22	1999	V61.21
V62.83	1999	V65.49
V62.84	2008	V62.89

Título de código cambiado.

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
V64.00-V64.05	2008	V64.0
V64.06	2008	V64.2
V64.07-V64.09	2008	V64.0
V64.4	1999	Ninguno
V64.41-V64.43	2006	V64.4
V65.11, V65.19	2006	V65.49
V65.40-V65.45	1997	V65.4
V65.46	2006	V65.49
V65.49	1997	V65.4
V66.7	1999	Ninguno
V67.00-V67.01, V67.09	2002	V67.0
V69.0-V69.3	1997	Ninguno
V69.4	2006	V69.8
V69.5	2008	V69.8
V69.8-V69.9	1997	Ninguno
V71.81	2002	V71.8
V71.82-V71.83	2004	V71.89
V71.89	2002	V71.8
V72.11, V72.19	2008	V72.1
V72.31-V72.32	2006	V72.3
V72.40-V72.41	2006	V72.4
V72.42	2008	V22.0-V22.1
V72.81-V72.85	1997	V72.8
V72.86	2008	V72.83
V73.88-V73.89	1997	V73.8
V73.98-V73.99	1997	V73.9
V76.10-V76.12	1999	V76.1
V76.19	1999	V76.1
V76.44	1999	V76.49

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
V76.45	1999	V76.49
V76.46-V76.47	2002	V76.49
V76.50-V76.52	2002	V76.49
V76.81-V76.89	2002	V76.8
V77.91-V77.99	2002	V77.9
V82.71	2008	V26.31
V82.79	2008	V26.32
V82.81-V82.89	2002	V82.8
V83.01-V83.02	2004	Ninguno
V83.81	2004	Ninguno
V83.89	2004	V19.8
V84.01-V84.04, V84.09	2006	Ninguno
V84.8	2006	Ninguno
V85.0	2008	Ninguno
V85.1	2008	Ninguno
V85.21-V85.25	2008	Ninguno
V85.30-V85.39	2008	Ninguno
V85.4	2008	Ninguno
V85.51-V85.54	2008	Ninguno
V86.0-V86.1	2008	Ninguno
E854.8	1997	E858.8
E869.4	1997	E869.8
E880.1	1997	E884.9
E884.3-E884.4	1997	E884.2
E884.5-E884.6	1997	E884.9
E885.0	2004	E885.9
E885.1-E885.4, E885.9	2002	E885

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
E888.0	2004	E920
E888.1	2004	E888
E888.8-E888.9	2004	E888
E906.5	1997	E906.3
E908.0-E908.4	1997	E908
E908.8-E908.9	1997	E908
E909.0-E909.4	1997	E909
E909.8-E909.9	1997	E909
E917.3	2004	E917.9
E917.4	2004	E917.9
E917.5	2004	E886.0
E917.6	2004	E917.1
E917.7-E917.8	2004	E888
E920.5	1997	E920.4
E922.4	1999	E917.9
E922.5	2004	E922.8
E924.2	1997	E924.0
E928.3	2002	E928.8
E928.4	2006	E928.8
E928.5	2006	E928.8
E955.6	1999	E955.9
E955.7	2004	E955.4
E967.2	1999	E967.0
E967.3	1999	Ninguno
E967.4-E967.8	1999	E967.1
E968.5	1997	E968.8

Códigos de Diagnósticos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 enero de	Asignación de código previa
E968.6	1999	E968.8
E968.7	2002	E968.8
E985.6	1999	E985.4
E985.7	2004	E985.4
E979.0-E979.9	2004	E960.0-E966, E968.0-E968.9
E999.0	2004	E999
E999.1	2004	E969

Tabla de conversión de Códigos de Procedimientos

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de enero de	Asignación de código previa
00.01	2004	99.99
00.02	2004	99.99
00.03	2004	99.99
00.09	2004	99.99
00.10	2004	99.25
00.11	2004	99.19
00.12	2004	93.98
00.13	2004	99.29
00.14	2004	99.21
00.15	2006	99.28
00.16	2006	Ninguno
00.17	2006	99.29
00.18	2008	99.29
00.21	2006	88.71
00.22	2006	88.73
00.23	2006	88.77
00.24	2006	88.72
00.25	2006	88.75
00.28	2006	88.79
00.29	2006	88.79
00.31	2006	Ninguno
00.32	2006	Ninguno
00.33	2006	Ninguno
00.34	2006	Ninguno
00.35	2006	Ninguno
00.39	2006	Ninguno
00.40	2008	Ninguno
00.41	2008	Ninguno
00.42	2008	Ninguno
00.43	2008	Ninguno
00.44	2008	Ninguno
00.45	2008	Ninguno
00.46	2008	Ninguno
00.47	2008	Ninguno

Códigos de Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de enero de	Asignación de código previa
00.48	2008	Ninguno
00.50	2004	37.80-37.87 y 37.70-37.74, 37.76
00.51	2004	37.94
00.52	2004	Ninguno
00.53	2004	37.80-37.87
00.54	2004	37.96
00.55	2004	39.90
00.56	2008	89.63
00.57	2008	37.79
00.61	2006	39.50
00.62	2006	39.50
00.63	2006	00.55, 39.90
00.64	2006	00.55, 39.90
00.65	2006	00.55, 39.90
00.66	2008	36.01 (borrado) 36.02 (borrado) 36.05 (borrado)
00.70	2008	81.53
00.71	2008	81.53
00.72	2008	81.53
00.73	2008	81.53
00.74	2008	Ninguno
00.75	2008	Ninguno
00.76	2008	Ninguno
00.77	2008	Ninguno
00.80	2008	81.55
00.81	2008	81.55
00.82	2008	81.55
00.83	2008	81.55
00.84	2008	81.55
00.85	2008	81.51
00.86	2008	81.52
00.87	2008	81.52
00.91	2006	Ninguno
00.92	2006	Ninguno
00.93	2006	Ninguno

Códigos de Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de enero de	Asignación de código previa
01.26	2008	Ninguno
01.27	2008	Ninguno
01.28	2008	01.26
02.96	1992	89.19
03.90	1992	03.99 (Inserción de catéter)
05.25	1997	39.7
11.75	1992	11.79
11.76	1992	11.62
13.90	2008	13.9 (código borrado)
13.91	2008	13.9 (código borrado)
27.64	2006	27.69
29.31	1992	83.02
29.32	1992	29.3
29.39	1992	29.3
31.45	1992	31.43-31.44
31.95	1992	31.75
32.01	1992	32.0
32.09	1992	32.0
32.22	1997	32.29, 32.9
32.23	2008	32.29
32.24	2008	32.29
32.25	2008	32.29
32.26	2008	32.29
32.28	1992	32.29
33.27	1992	33.22 + 33.27
33.28	1992	32.27

Códigos de Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de enero de	Asignación de código previa
33.29	1992	33.28, 33.29
33.50	1997	33.5
33.51	1997	33.5
33.52	1997	33.5
33.6	1992	33.5 + 37.5
33.71	2008	33.22, 96.05
33.78	2008	33.22, 96.05
33.79	2008	33.22, 96.05
34.05	1997	34.99
35.55	2008	35.53
35.84	1992	35.82
35.96	1992	35.03
36.00-36.03	1992	36.0
36.04	1992	39.97
36.05	1992	36.01, 36.02
36.05	1992	36.01*
36.06	1997	36.01, 36.02, 36.03, 36.05
36.07	2004	36.06
36.09	1992	36.0
36.09	1992	36.00 (Código borrado)
36.17	1999	36.19
36.31	1999	36.3
36.32	1999	36.3
36.33	2008	36.32
36.34	2008	36.32
36.39	1999	36.3
37.20	2008	37.26
37.26-37.27	1992	37.29
37.28	2004	88.72
37.34	1992	37.33

* Antes de enero de 1997 el contenido del código actual 36.05 era asignado al 36.0.

Códigos de Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de enero de	Asignación de código previa
37.35	1999	37.33
37.41	2008	37.99
37.49	2008	37.99
37.51	2006	37.5
37.52	2006	37.62
37.53	2006	37.63
37.54	2006	37.63
37.65	1997	37.62
37.66	1997	37.62
37.67	1999	37.4
37.68	2006	37.62
37.70	1992	37.70
(sólo electrodo)	(electrodo/dispositivo)	
37.71-37.72	1992	37.74
(sólo electrodos)	(electrodo/dispositivo)	
37.73	1992	37.73
(sólo electrodo)	(electrodo/dispositivo)	
37.74	1992	37.76
(sólo electrodo)	(electrodo/dispositivo)	
37.75	1992	37.89
(sólo electrodo)	(electrodo/dispositivo)	
37.76	1992	37.81
(sólo electrodo)	(electrodo/dispositivo)	
37.77	1992	37.83-37.84
(sólo electrodo)	(electrodo/dispositivo)	
37.78	1992	37.71-37.72
37.79	1992	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	1992	37.73-37.77
(sólo dispositivo)	(electrodo/dispositivo)	
37.81	1992	37.73-37.77
(sólo dispositivo)	(electrodo/dispositivo)	

Códigos de Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de enero de	Asignación de código previa
37.82 (sólo dispositivo)	1992 (electrodo/dispositivo)	37.73-37.77
37.83 (sólo dispositivo)	1992 (electrodo/dispositivo)	37.73-37.77
37.85-37.87	1992	37.85
37.89	1992	37.86 + 37.89
37.90	2006	37.99
37.94-37.98	1992	37.99
38.22	1992	38.29
38.44 (aorta abdominal solo)	1992	38.44 (toda la aorta)
38.45 (aorta torácica solo)	1992	38.44-38.45
38.95	1992	38.93
39.28	1992	39.29
39.50	1997	39.59
39.65	1992	39.61
39.66	1992	39.65
39.71	2002	39.52
39.72	2004	39.79
39.73	2008	39.79
39.74	2008	38.01, 38.02
39.79	2002	39.52
39.90	1999	39.50
41.00-41.03	1992	41.0
41.04	1997	99.79
41.05	1999	Ninguno
41.06	1999	Ninguno
41.07	2002	41.04
41.08	2002	41.05
41.09	2002	41.01
42.25	1992	42.24
42.33	1992	42.32, 42.39

Códigos de Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de enero de	Asignación de código previa
42.33	1992	42.91
43.11	1992	43.1
43.19	1992	43.1, 43.2
43.41	1992	43.41, 43.49
44.21	1992	44.2
44.22	1992	44.09
44.29	1992	44.2
44.32	2004	44.39
44.38	2006	44.39
44.43	1992	43.49, 45.32
44.44	1992	38.86
44.49	1992	43.0
44.67	2006	44.66
44.68	2006	44.69
44.93-44.94	1992	44.99
44.95	2006	44.69
44.96	2006	44.69
44.97	2006	44.99
44.98	2006	44.99
45.16	1992	45.14 (45.15 antes de 1992)
45.30	1992	45.31, 45.32
45.42	1992	45.41
45.43	1992	45.49
45.75	1992	48.66 (Código borrado, añadido Hartmann)
45.95	1992	45.93
46.13	1992	46.12 (Código borrado)
46.32	1992	46.39
46.85	1992	46.99
46.97	2002	46.99
47.01	1999	47.0

Códigos de Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de enero de	Asignación de código previa
47.09	1999	47.0
47.11	1999	47.1
47.19	1999	47.1
48.36	1997	45.42
49.31	1992	49.3
49.39	1992	49.3
49.75	2004	49.79
49.76	2004	49.79
50.23	2008	50.29
50.24	2008	50.29
50.25	2008	50.29
50.26	2008	50.29
51.10	1992	51.97
51.11	1992	51.11, 51.97
51.14	1992	51.12
51.15	1992	51.97
51.21	1999	51.22, 51.23
51.22	1992	51.21 (Código borrado)
51.23	1992	51.22
51.24	1999	51.22, 51.23
51.64	1992	51.69
51.84-51.88	1992	51.97
51.97	1992	52.91, 51.99 o 51.82
51.98	1992	51.99
52.13	1992	51.97, 52.91
52.14	1992	52.11
52.21	1992	52.2
52.22	1992	52.2
52.84	1999	99.29
52.85	1999	99.29
52.86	1999	99.29
52.93	1992	52.93 + 52.91
52.94	1992	52.09

Códigos de Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de enero de	Asignación de código previa
52.97	1992	52.91
52.98	1992	52.91
52.99	1992	52.93, 52.94, 52.99
54.24	1992	54.23
54.25	1997	54.98
54.51	1999	54.5
54.59	1999	54.5
55.03-55.04	1992	55.02
55.32	2008	55.39
55.33	2008	55.39
55.34	2008	55.39
55.35	2008	55.39
56.33-56.34	1992	56.33
56.35	1992	45.12
57.17-57.18	1992	57.21
57.22	1992	57.22, 57.82
58.31	1992	58.3
58.39	1992	58.3
59.03	1999	59.02
59.12	1999	59.11
59.72	1997	59.79
59.96	1992	59.95
60.21	1997	60.2
60.29	1997	60.2
60.95	1992	60.99
60.96	2002	60.29
60.97	2002	60.29
64.97	1992	64.95

Códigos de Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de enero de	Asignación de código previa
65.01	1999	65.0
65.09	1999	65.0
65.13	1999	65.12
65.14	1999	65.19
65.23	1999	65.22
65.25	1999	65.29
65.31	1999	65.3
65.39	1999	65.3
65.41	1999	65.4
65.49	1999	65.4
65.53	1999	65.51
65.54	1999	65.52
65.63	1999	65.61
65.64	1999	65.62
65.74	1999	65.71
65.75	1999	65.72
65.76	1999	65.73
65.81	1999	65.8
65.89	1999	65.8
66.01	1992	66.0
66.02	1992	66.73
67.51	2004	67.5
67.59	2004	67.5
68.15	1992	68.14
68.16	1992	68.13
68.23	1999	68.29
68.31	2006	68.3
68.39	2006	68.3
68.41	2008	68.4 (código borrado)
68.49	2008	68.4 (código borrado)
68.51	1999	68.5
68.59	1999	68.5
68.61	2008	68.6 (código borrado)
68.69	2008	68.6 (código borrado)

Códigos de Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de enero de	Asignación de código previa
68.71	2008	68.7 (código borrado)
68.79	2008	68.7 (código borrado)
68.9	1992	68.4
74.3	1992	69.11 (Código borrado)
75.37	1999	99.29
75.38	2004	75.34
77.56	1992	77.89, 78.49, 81.18
77.57	1992	77.89, 78.49, 81.18
77.58	1992	77.59, 81.18
78.10	1992	78.40
78.11	1992	78.41
78.12	1992	78.42
78.13	1992	78.43
78.14	1992	78.44
78.15	1992	78.45
78.16	1992	78.46
78.17	1992	78.47
78.18	1992	78.48
78.19	1992	78.49
78.20	1992	78.10, 78.20, 78.30
78.21	1992	78.11, 78.31
78.22	1992	78.12, 78.22, 78.32
78.23	1992	78.13, 78.23, 78.33
78.24	1992	78.14, 78.34
78.25	1992	78.15, 78.25, 78.35
78.27	1992	78.17, 78.27, 78.37
78.28	1992	78.18, 78.38
78.29	1992	78.11, 78.16, 78.19, 78.29, 78.39
78.39	1992	78.31
78.90*	1992	78.40
78.91*	1992	78.41
78.92*	1992	78.42

Códigos de Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de enero de	Asignación de código previa
78.93*	1992	78.43
78.94*	1992	78.44
78.95*	1992	78.45
78.96*	1992	78.46
78.97*	1992	78.47
78.98*	1992	78.48
78.99*	1992	78.49
80.50-80.59	1992	80.5
81.03	1992	81.02
81.04-81.05	1992	81.03, 81.04, 81.05
81.06-81.07	1992	81.06, 81.07
81.08	1992	81.06, 81.07, 81.08
81.09	1992	81.08
81.18	2008	81.99
81.30	2004	81.09
81.31	2004	81.09
81.32	2004	81.09
81.33	2004	81.09
81.34	2004	81.09
81.35	2004	81.09
81.36	2004	81.09
81.37	2004	81.09
81.38	2004	81.09
81.39	2004	81.09
81.40	1992	81.69
81.51	1992	81.51, 81.59
81.52	1992	81.61, 81.62, 81.63
81.53	1992	81.51, 81.59, 81.61, 81.62, 81.63, 81.64
81.54-81.55	1992	81.41
81.56	1992	81.48

* Los códigos 78.90-78.99 fueron retitulados como “Inserción de estimulador de crecimiento de hueso en enero de 1992; los contenidos previos de los códigos 78.90-78.99 se reasignaron a los códigos 78.40-78.49.

Códigos de Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de enero de	Asignación de código previa
81.57	1992	81.31, 81.39
81.59	1992	81.39
81.61*	2004	81.00-81.08, 81.30-81.39
81.62	2006	Ninguno
81.63	2006	Ninguno
81.64	2006	Ninguno
81.65	2006	78.49
81.66	2006	78.49
81.72	1992	81.79
81.73-81.74	1992	81.41
81.75	1992	81.87
81.79	1992	81.79, 81.87
81.80	1992	81.81
81.97	1992	81.59
84.51	2004	Ninguno
84.52	2004	Ninguno
84.53	2006	78.30, 78.32-78.35, 78.37-78.39
84.54	2006	78.30, 78.32-78.35, 78.37-78.39
84.55	2006	Ninguno
84.56	2008	Ninguno
84.57	2008	Ninguno
84.58	2008	Ninguno
84.59	2006	Ninguno
84.60	2006	80.51
84.61	2006	80.51
84.62	2006	80.51
84.63	2006	80.51
84.64	2006	80.51
84.65	2006	80.51
84.66	2006	80.51
84.67	2006	80.51

* El código 81.61 fue borrado con efectividad del 1 de enero de 2008.

Códigos de Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de enero de	Asignación de código previa
84.68	2006	80.51
84.69	2006	80.51
84.71	2008	Ninguno
84.72	2008	Ninguno
84.73	2008	Ninguno
85.95	1992	85.99
85.96	1992	85.99
86.06	1992	86.09
86.07	1992	86.09
86.27	1992	86.22-86.23
86.28	1992	86.22
86.67	1999	86.65
86.93	1992	86.89
86.94	2006	02.93, 03.93, 04.92
86.95	2006	02.93, 03.93, 04.92
86.96	2006	02.93, 03.93, 04.92
86.97	2008	86.94
86.98	2008	86.95
88.90	1992	88.39
88.91	1992	89.15
88.92	1992	89.39
88.93	1992	88.15
88.94	1992	89.39
88.95	1992	89.29
88.96	2004	88.91-88.97
88.97	1992	88.99
88.98	1992	88.90
88.99	1992	89.39
89.10	1992	89.15
89.17-89.18	1992	89.15
89.19	1992	89.15
89.49	2006	89.59
89.50	1992	89.54

Códigos de Procedimientos (continuación)

Asignación de código actual	Efectiva desde 1 de enero de	Asignación de código previa
89.60	2004	89.65
92.20	2008	92.28
92.3	1997	01.59, 04.07, 07.63, 07.68
92.30-92.33, 92.39	1999	92.3
93.90	1992	93.92
94.61-94.69	1992	94.25
96.29	1999	96.39
96.6	1992	96.35
96.70	1992	93.92 (Código borrado)
96.71	1992	93.92 (Código borrado)
96.72	1992	93.92 (Código borrado)
97.05	1992	51.97
97.44	2004	37.64
98.51-98.52	1992	59.96 (Código borrado)
98.59	1992	59.96 (Código borrado)
99.00	1997	99.02
99.10	1999	99.29
99.15	1992	99.29
99.20	1999	99.29
99.28	1997	99.25
99.71-99.79	1992	99.07
99.75	2002	99.29
99.76	2004	99.79
99.77	2004	Ninguno
99.78	2006	99.71
99.85	1992	93.35
99.86	1992	93.39
99.88	1992	99.83

INFORMACIÓN Y DUDAS SOBRE CODIFICACIÓN

Para cualquier información, duda o consulta dirigirse a:

Dirección de la Unidad Técnica de la CIE-9-MC.
Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el S.N.S.
Instituto de Información Sanitaria.
Ministerio de Sanidad y Consumo.

Pº del Prado, 18-20. 28014 MADRID
E-Mail: informacionsanitaria@msc.es

