



Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE-10

Manual de Orientaciones de Codificación

para el Capítulo XXI

“Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud”

Actualización Nº 1:

Grupo de Trabajo para Clasificaciones Estadísticas de Salud.

Santiago, mayo 2026

Integrantes:

Yeni Varas M., Depto. Análisis e Información para la Gestión, MINSAL

Daily Piedra Suárez, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, MINSAL.

Karina Cuevas Lang, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, MINSAL.

Camila Medina Silva, Departamento Modelos de Financiamiento, FONASA.

Bárbara Lagos Espinoza, Departamento Modelos de Financiamiento, FONASA.

Karina Mattioni Vieytes, Subdepartamento Fiscalización y Auditoría GRD, FONASA.

Carmina Valencia Saldías, Subdepartamento Fiscalización y Auditoría GRD, FONASA.

Mirza Aguilera Saavedra, Referente GRD Servicio de Salud Araucanía Sur.

Georgina Zepeda Mora, Jefa Unidad GRD Hospital Las Higueras, Talcahuano

Contenido

1. Prólogo.....	3
2. Introducción.....	4
3. Generalidades	5
4. Orientaciones para la correcta codificación en este capítulo.....	6
4.1. Utilización general de los códigos del Capítulo XXI:.....	6
4.2. Categorías presentes en el Capítulo XXI:	7
i. Z00–Z13 Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes.	7
ii. Z20–Z29 Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con enfermedades transmisibles	12
iii. Z30–Z39 Personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias relacionadas con la reproducción	19
iv. Z40–Z54 Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y cuidados de salud	26
v. Z55–Z65 Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales.	45
vi. Z70–Z76 Personas en contacto con servicios de salud por otras circunstancias	47
vii. Z80–Z99 Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con su historia familiar y personal, y algunas condiciones que influyen sobre su estado de salud	49
5. Bibliografía	59

1. Prólogo

Ante la necesidad de contar con documentación que sirva para aunar criterios de codificación, cuando la CIE-10 no otorga explícitamente orientaciones y/o códigos, se determinó conformar un grupo multidisciplinario con experiencia en materia de codificación, cuyos principales objetivos son establecer acuerdos nacionales que den cuenta de nuestra realidad epidemiológica en el ámbito de la hospitalización y actuar como entidad en la que se centralicen las dudas y se resuelvan las preguntas de los usuarios de la mencionada clasificación.

Para iniciar las actividades de este grupo, se consensuó que uno de los capítulos que presenta dificultades al momento de utilizarlo, por las características de las circunstancias en las que deben utilizarse sus códigos, es el Capítulo XXI “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud”.

Este documento corresponde a una versión actualizada de la publicada en 2017, incorporando ejemplos adicionales y un mayor nivel de detalle en las categorías que así lo requieren, con el fin de facilitar la correcta aplicación de los criterios de codificación.

En la presente publicación, se entregan las orientaciones en el sentido de definir las categorías a utilizar como afección principal y afección secundaria.

Registro de actualizaciones del documento

Fecha	Modificación
Mayo 2026	Publicación de la Actualización N°1 del Manual de Orientaciones de Codificación para el Capítulo XXI CIE-10.
Junio 2026	Corrección de la orientación de codificación correspondiente a la categoría Z54.- Convalecencia.

Nota: La corrección de junio de 2026 reemplaza únicamente el texto correspondiente a la categoría **Z54.- Convalecencia**, manteniéndose sin cambios el resto del documento.

2. Introducción

El Capítulo XXI, “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud”, reúne las categorías **Z00–Z99**, cuyo propósito es respaldar la representación sistemática de condiciones y circunstancias relevantes para la atención de salud que no constituyen enfermedades, lesiones ni causas externas clasificables en los capítulos A00–Y89. La adecuada identificación y codificación de estos factores es fundamental para asegurar la **calidad, completitud y coherencia de la información clínica**, ya que permite contextualizar el motivo del contacto, caracterizar adecuadamente los procesos asistenciales y aportar datos esenciales para la gestión sanitaria, la vigilancia epidemiológica y la toma de decisiones basadas en evidencia. Las categorías Z abarcan tanto situaciones derivadas del contacto con los servicios de salud —incluyendo evaluaciones, procedimientos preventivos, intervenciones específicas o consultas no motivadas por una enfermedad— como condiciones sociales, personales o ambientales que influyen en el estado de salud. Su correcta incorporación en los registros clínicos contribuye a mejorar la precisión del perfil epidemiológico, fortalece la comparabilidad de los datos y garantiza el cumplimiento de los estándares nacionales e internacionales de codificación diagnóstica conforme a la CIE-10.

Este capítulo contiene los siguientes grupos:

Nota: Este capítulo no debe utilizarse para realizar comparaciones internacionales ni para la causa básica de defunción.

Z00–Z13 Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes

Z20–Z29 Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con enfermedades transmisibles

Z30–Z39 Personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias relacionadas con la reproducción

Z40–Z54 Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y cuidados de salud

Z55–Z65 Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales

Z70–Z76 Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias

Z80–Z99 Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con su historia familiar y personal, y algunas condiciones que influyen sobre su estado de salud

3. Generalidades

Para obtener una correcta y exacta codificación de los diagnósticos presentes en un episodio de hospitalización es de vital importancia utilizar todas las fuentes de información disponibles, a fin de complementar la información y generar mayor especificidad en los diagnósticos. Entre los registros relevantes se debe considerar están; ingreso, evoluciones clínicas, protocolos operatorios, protocolos de parto y otros informes como interconsultas, anatomía patológica, radiología y registros de enfermería y/o matronería.

Definiciones para utilizar en este capítulo:

Contacto: Se define como contacto cualquier persona o animal cuya asociación con un individuo o animal infectado, o con un ambiente contaminado, haya sido tal que puede haber habido la posibilidad de contraer el agente infectante¹. El contacto puede ser utilizado como diagnóstico principal para explicar un episodio de tamizaje, ejemplo Z20 Contacto con y exposición a enfermedades transmisibles, o, más frecuentemente como código secundario para identificar un potencial riesgo.

Estado: Representa una condición de enfermedad o secuela de una enfermedad antigua. Esto incluye algunas condiciones como la presencia de dispositivos protésicos o mecánicos como resultado de algún tratamiento pasado. Este código es informativo, ya que esta condición puede afectar la evolución de un tratamiento posterior y sus resultados. Es importante destacar la diferencia con "Historia de" debido a que el código de historia se refiere a que el paciente ya no tiene esa condición.

Exposición: Según González & García (2006), "la exposición médica abarca todos aquellos factores a los que un individuo está sometido y que pueden tener efectos directos o indirectos sobre su bienestar, siendo esencial para la identificación de riesgos y la implementación de medidas preventivas".²

Historia personal y familiar: La historia personal o familiar, representa la condición médica o riesgo clínico que ya no está presente y no requiere tratamiento, pero que tiene un potencial de recurrencia y, por tanto, necesita un seguimiento continuo.

¹Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunación (Honduras, OPS/OMS en compilación técnica)

² González, J., & García, M. (2006). Fundamentos de la Enfermería. Técnicas de Valoración (2nd ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Exámenes de pesquisa: Se utilizan para detectar la presencia de una enfermedad o un precursor de una enfermedad, lo que permite establecer conductas clínicas para aquellos que presentan un test positivo para la condición evaluada.

Observación: Según Bates (2009), "la observación médica es un componente crucial del examen clínico, ya que permite al profesional de la salud detectar signos tempranos de alteraciones en la salud que pueden no ser inmediatos en los resultados de las pruebas, pero que son esenciales para una correcta gestión del paciente".³

Cuidados posteriores: se utilizan cuando el tratamiento inicial de una enfermedad requiere continuidad de los cuidados durante la etapa de recuperación o como consecuencia de una enfermedad prolongada.

Seguimiento: Son utilizados para explicar el seguimiento posterior a un tratamiento de una enfermedad, condición o lesión finalizado. Esto implica que la condición ya fue tratada y ya no existe.

4. Orientaciones para la correcta codificación en este capítulo

4.1. Utilización general de los códigos del Capítulo XXI:

Las categorías Z00–Z99 son provistas para aquellos casos en que ciertas circunstancias que no son enfermedades, lesiones ni causas externas clasificables en las categorías A00–Y89, se registran como “diagnósticos” o “problemas”. Esto puede surgir principalmente de dos maneras:

- a. Cuando una persona que puede o no estar enferma en ese momento, entra en contacto con los servicios de salud para algún propósito específico, tal como recibir una atención o servicios limitados por una condición presente, donar un órgano o tejido, recibir una vacuna o abordar un problema que no es por sí mismo una enfermedad o lesión.
- b. Cuando existe alguna circunstancia o problema que influye en el estado de salud de una persona, pero no es en sí misma una enfermedad o lesión actual. Estos factores pueden descubrirse en encuestas en la población, cuando la persona puede o no estar enferma, o registrarse como un factor adicional a ser tomado en cuenta cuando la persona reciba atención por alguna enfermedad o lesión.

³ Bates, B. (2009). Bates' Guide to Physical Examination and History Taking (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

4.2. Categorías presentes en el Capítulo XXI:

i. Z00–Z13 Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes

Tabla 1: Categorías asignadas como diagnóstico principal o secundario (Z00–Z13)

Categoría	Descripción	Diagnóstico Principal	Diagnóstico Secundario
Z00.-	Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado	X Sólo cuando esté asociado a ruralidad	No aplica
Z01.-	Otros exámenes especiales e investigaciones en personas sin quejas o sin diagnóstico informado	X Sólo cuando esté asociado a ruralidad	No aplica
Z02.-	Exámenes y contactos para fines administrativos	No aplica	
Z03.-	Observación y evaluación médica por sospecha de enfermedades y afecciones	X	X
Z04.-	Examen y observación por otras razones	X	No aplica
Z08.-	Examen de seguimiento consecutivo al tratamiento por tumor maligno	X	No aplica
Z09.-	Examen de seguimiento consecutivo a tratamiento por otras afecciones diferentes a tumores malignos	X	No aplica
Z10.-	Control general de salud de rutina de subpoblaciones definidas	No aplica	
Z11.-	Examen de pesquisa especial para enfermedades infecciosas y parasitarias	X	No aplica
Z12.-	Examen de pesquisa especial para tumores	X	No aplica
Z13.-	Examen de pesquisa especial para otras enfermedades y trastornos	X	No aplica

Z00.- Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado

Z01.- Otros exámenes especiales e investigaciones en personas sin quejas o sin diagnóstico informado

La utilización de ambas categorías de códigos corresponde a situaciones las cuales, en su mayoría representan atenciones ambulatorias, en casos excepcionales podrán ser utilizados en hospitalización y como diagnóstico principal cuando esté asociado a ruralidad u otro factor que motive que este tipo de atención se realiza mediante hospitalización.

Ejemplo 1:

Paciente de 30 años, sexo femenino que se hospitaliza para realizar estudio completo de potencial donante de riñón y posterior ingreso a programa de trasplante cruzado. En antecedentes se destaca que vive en zona de ruralidad extrema, por lo que se decide ingreso para realizar el proceso de estudio.

Diagnóstico principal:

Z00.5 Examen de donante potencial de órgano o tejido.

Diagnóstico secundario:

Z59.8 Otros problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas.

Observación:

- *Paciente sano sin quejas o sin diagnóstico informado que entra en contacto con los servicios de salud con la única finalidad de realizarse estudio para ser potencialmente donante de órgano.*
- *De existir alguna comorbilidad del paciente, que no requiera de tratamiento u hospitalización, se codificará como diagnóstico secundario.*

Z03.- Observación y evaluación médica por sospecha de enfermedades y afecciones

Se utiliza en observaciones y evaluaciones, por sospecha de **una** afección en personas que presentan un síntoma o evidencia de una condición anormal que requiere estudio, pero que después del examen y observación se descarta y **no necesitan tratamiento o atención médica ulterior**. Si la afección sospechada se descarta, durante la hospitalización se utilizarán estos códigos como diagnóstico principal teniendo en cuenta además las orientaciones del Capítulo XVIII, cuando el síntoma corresponda a una sospecha de varias afecciones que no se logran confirmar o persiste el síntoma, requiriendo atención médica o seguimiento ulterior.

No se utiliza en personas con temor a estar enfermas, a quienes no se les realiza un diagnóstico (Z71.1).

Ejemplo 2:

Paciente masculino de 45 años, ingresa al servicio de urgencias por dolor torácico súbito. Se realizan exámenes complementarios: electrocardiograma, enzimas cardíacas seriadas y radiografía de tórax. Durante la hospitalización se mantiene en observación para descartar infarto agudo de miocardio. Tras 24 horas de monitorización y estudios, los resultados son negativos para evento coronario u otra patología cardíaca. Diagnóstico de egreso IAM descartado.

El paciente es dado de alta sin requerir tratamiento ni atención médica posterior.

Diagnóstico principal:

Z03.4 Observación por sospecha de infarto de miocardio

Observación:

- *Se utiliza el código Z03.4 porque hubo sospecha clínica inicial de enfermedad (IAM), el paciente fue admitido para observación y estudios diagnósticos y, finalmente, la sospecha no se confirmó y no se indicó tratamiento específico, siendo dado de alta sin otra afección diagnosticada. Este código debe usarse cuando la hospitalización u observación tiene por objetivo descartar una enfermedad sospechada que, tras la evaluación, no se confirma.*

Ejemplo 3:

Paciente femenina de 68 años ingresa por colelitiasis para colecistectomía laparoscópica programada. El día del alta, inicia cuadro de cefalea intensa, sensación nauseosa y sudoración que ceden a las pocas horas. Se suspende el alta ante la sospecha de cuadro de ACV y es dejada en observación para estudio. Es evaluada por neurólogo con TAC de cerebro cuyo resultado es normal. Se descarta ACV y es dada de alta a domicilio.

Diagnóstico principal:

K80.2 Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis

Diagnósticos secundarios:

Z03.5 Observación por sospecha de otras enfermedades cardiovasculares

Observación:

- *Se puede asignar un código de observación como diagnóstico secundario, cuando el diagnóstico principal no se relaciona con la afección por la cual se tiene al paciente en observación y que tras dicha observación queda descartada.*

Z04.- Examen y observación por otras razones: Se utiliza en observaciones y evaluaciones, por situaciones específicas asociadas a exámenes y atenciones realizadas en contexto médico-legal, esta categoría debe ser utilizada solamente como diagnóstico principal.

Ejemplo 4:

Paciente masculino de 32 años, hospitalizado tras accidente de tránsito por dolor abdominal leve. Se indica observación y estudios (TAC, exámenes seriados) para descartar lesiones internas. Durante 48 horas permanece estable, con resultados normales, y es dado de alta sin complicaciones.

Diagnóstico principal:

Z04.1 Examen y observación consecutivos a accidente de transporte.

Observación:

- *Se utiliza como diagnóstico principal porque la causa del ingreso fue la observación hospitalaria para descartar lesiones, sin confirmarse patología durante la hospitalización.*

Z08.-Examen de seguimiento consecutivo al tratamiento por tumor maligno: Se utiliza como diagnóstico principal, en caso de atención por **examen de seguimiento** consecutivo al tratamiento por **tumor maligno** y vigilancia médica después del tratamiento. Los exámenes que se realizan después de un tratamiento médico o quirúrgico de un tumor maligno tienen por objetivo revelar si el tratamiento ha sido eficaz o exitoso. Implican que la afección ha sido completamente tratada y no existe actualmente.

Ejemplo 5:

Paciente femenino de 48 años, con antecedente de resección quirúrgica de osteosarcoma de vértebra lumbar y tratamiento con quimioterapia completado hace 10 meses. Se hospitaliza para seguimiento y control imagenológico (TAC y RMN), exámenes de laboratorio y evaluación clínica multidisciplinaria. No se identifican signos de recidiva tumoral ni de enfermedad metastásica.

Diagnóstico principal:

Z08.0 Examen de seguimiento consecutivo a cirugía por tumor maligno

Diagnósticos secundarios:

C41.2 Tumor maligno de la columna vertebral

M9180/3 Osteosarcoma SAI (*Válido solo para GRD*)

Observaciones:

- *Se utiliza el código Z08.0 como diagnóstico principal, dado que el motivo de la*

hospitalización corresponde al seguimiento médico mediante exámenes, posterior a una resección quirúrgica y tratamiento de un tumor maligno, por lo que este código es adecuado para representar el seguimiento clínico tras un tratamiento oncológico completo.

- *Aun cuando no existen evidencias de recidiva o metástasis, se codificará el tumor maligno y su morfología como diagnóstico secundario, por encontrarse dentro de los 5 años de postratamiento (Válido solo para GRD).*
- *Si se encontrara una recaída de una afección en una visita de seguimiento, entonces el código de la afección será la neoplasia, no debiéndose asignar el código de seguimiento.*

Z09.-Examen de seguimiento consecutivo a tratamiento por otras afecciones diferentes a tumores malignos: Contrario a lo indicado para la categoría Z08.-, esta categoría corresponde a contacto para examen de seguimiento consecutivo a tratamiento por **otras afecciones diferentes a tumores malignos**, y también se utiliza como diagnóstico principal.

Ejemplo 6:

Ingresar paciente de forma programada para control endoscópico posterior a tratamiento por úlcera esofágica tratada con inyectoterapia, actualmente sin molestias ni disfagia. Sin otros antecedentes mórbidos.

Diagnóstico principal:

Z09.8 Examen de seguimiento consecutivo a otro tratamiento por otras afecciones

Diagnósticos secundarios:

Z87.1 Historia personal de enfermedades del sistema digestivo

Observaciones:

- *Paciente presenta una patología resuelta sin sintomatología actual, ingresa para realizarse examen de control endoscópico.*

Z11.-Examen de pesquisa especial para enfermedades infecciosas y parasitarias

Z12.-Examen de pesquisa especial para tumores

Z13.- Examen de pesquisa especial para otras enfermedades y trastornos

Estas categorías se utilizan para admisiones de pacientes sanos que tienen condiciones, factores de riesgo o historia familiar de desarrollar ciertas afecciones para lo cual, se realizan pesquisas específicas, por ejemplo, examen de pesquisa especial para diabetes mellitus, enfermedades virales, tumor de la próstata, etc. Si la enfermedad es diagnosticada en el episodio, deberá codificarse dicha afección.

Ejemplo 7:

Paciente de 65 años, de sexo masculino, con antecedentes mórbidos de hipertensión arterial y diabetes mellitus, ambas con buen control, antecedente familiar de cáncer de colon. Ingresa por molestias digestivas inespecíficas que han aumentado en el último tiempo, dada la distancia geográfica y aislamiento de la residencia del usuario, se decide hospitalizar para la realización de exámenes para descartar neoplasia digestiva. Usuario evoluciona estable es dado de alta al hogar con indicaciones.

Diagnóstico principal:

Z12.1 Examen de pesquisa especial para tumor del intestino

Diagnósticos secundarios:

E11.9 Diabetes mellitus no insulino dependiente, sin mención de complicación

I10.X Hipertensión esencial (primaria)

Z80.0 Historia familiar de tumor maligno de órganos digestivos

Observaciones:

- El diagnóstico principal corresponde al Z12.1, dado que es el motivo de admisión del usuario.
- Como diagnósticos secundarios se registran las comorbilidades que tiene el usuario.
- Adicionalmente, dado que se está estudiando una posible neoplasia digestiva, se incorpora el antecedente de historia familiar de tumor de órganos digestivos.

ii. Z20–Z29 Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con enfermedades transmisibles

Tabla 2: Categorías asignadas como Diagnóstico principal o secundario (Z20–Z29)

Categoría	Descripción	Diagnóstico Principal	Diagnóstico secundario
Z20.-	Contacto con y exposición a enfermedades transmisibles	X	X
Z21	Estado de infección asintomática por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	No aplica	X
Z22.-	Portador de agente de enfermedad infecciosa	No aplica	X

Z23.-	Necesidad de inmunización contra enfermedad bacteriana única	No aplica	X
Z24.-	Necesidad de inmunización contra ciertas enfermedades virales	No aplica	X
Z25.-	Necesidad de inmunización contra otras enfermedades virales únicas	No aplica	X
Z26.-	Necesidad de inmunización contra otras enfermedades infecciosas únicas	No aplica	X
Z27.-	Necesidad de inmunización contra combinaciones de enfermedades infecciosas	No aplica	
Z28.-	Inmunización no realizada	No aplica	
Z29.-	Necesidad de otras medidas profilácticas	X	X

Categorías:

Z20.- Contacto con y exposición a enfermedades transmisibles: Se utiliza para personas **en contacto con y exposición a enfermedades transmisibles**, por ejemplo exposición a tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, etc. Serán utilizados como diagnóstico principal cuando el usuario sea hospitalizado para evaluar el contacto o exposición al agente transmisible y como diagnóstico secundario, en casos de pacientes que estando hospitalizado tenga algún contacto con agentes transmisibles y que ameriten estudio u observación.

Ejemplo: Principales casos de hospitalización en alarma pública como han sido las sospechas de COVID y viruela del mono inicialmente.

Ejemplo 8:

Paciente masculino de 42 años, con antecedente de VIH en TARV, es hospitalizado luego de haber estado en estrecho contacto con un familiar diagnosticado de tuberculosis pulmonar activa. El paciente no presenta signos ni síntomas de la enfermedad. Durante su hospitalización, se realizan estudios microbiológicos (examen de esputo), se inicia quimioprofilaxis con isoniacida y se mantiene vigilancia estrecha. Evoluciona favorablemente y es dado de alta con indicación de continuar control ambulatorio.

Diagnóstico principal:

Z20.1 Contacto con y exposición a tuberculosis

Diagnósticos secundarios:

B24.X Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación.

Observaciones:

- *Se utiliza el Z20.1 como diagnóstico principal porque el motivo de la hospitalización fue la evaluación y manejo preventivo por contacto estrecho con un caso confirmado de tuberculosis, sin que se evidenciara enfermedad activa durante la estadía. Este código representa con precisión la razón de ingreso hospitalario, orientada a la observación y profilaxis, no al tratamiento de una condición diagnosticada.*
- *Códigos de tres caracteres como B24 se adiciona la X que representa el cuarto carácter para efecto de longitud de caracteres en la base de datos.*

Ejemplo: Diagnóstico secundario casos de hospitalización en los cuales se tenga algún contacto con algún agente transmisible durante el período de hospitalización.

Ejemplo 9:

Paciente de 30 años que ingresa con dolor abdominal en flanco derecho, fiebre y Blumberg +, se diagnostica apendicitis aguda, realizándose apendicectomía, se hospitaliza y durante el episodio de hospitalización, presenta contacto con paciente quirúrgico asintomático, que durante el proceso de atención se diagnosticó con tuberculosis respiratoria activa, por lo que se deja con precauciones de vía aérea.

Diagnóstico principal:

K35.8 Apendicitis aguda, no especificada.

Diagnósticos secundarios:

Z20.1 Contacto con exposición a tuberculosis.

Z29.0 Aislamiento.

Observaciones:

- *Se utiliza código Z20.1 como diagnóstico secundario, en el caso de un paciente que se encuentre hospitalizado por cualquier otra causa, y que dentro del episodio de hospitalización presenta un contacto incidental con un paciente que presenta una enfermedad transmisible en este caso por vía aérea.*
- *En el caso de aislamiento este código debe ser utilizado para circunstancias especiales, como la admisión para proteger al individuo de su entorno o para aislamiento después del contacto con enfermedades infecciosas, por tanto, no debe ser utilizado cuando este corresponde a la conducta clínica habitual.*

Z21.- Estado de infección asintomática por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]: Utilizados en pacientes con estado de infección asintomática, portador sano y presunto portador, que no ha desarrollado la enfermedad, se exceptúan de esta categoría, enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana, VIH, la enfermedad VIH que complica el embarazo, el parto y el puerperio donde corresponde asignar O98.7.

Ejemplo 10:

Paciente de 42 años, sexo masculino, que ingresa por cuadro de dolor epigástrico intenso, náuseas y vómitos, con evolución de 48 horas. Refiere antecedentes de gastritis crónica tratada con omeprazol de forma regular. Al examen físico: dolor a la palpación epigástrica, sin signos de peritonitis.

Se realiza endoscopia digestiva alta que muestra una úlcera gástrica activa de cuerpo gástrico con signos de sangrado reciente. Antecedente relevante consignado en la ficha clínica, en seguimiento por infectología, con tratamiento antirretroviral en curso, carga viral indetectable y CD4 > 500. Sin enfermedades oportunistas.

Diagnóstico principal:

K25.4 Úlcera gástrica crónica o no especificada, con hemorragia

Diagnóstico secundario:

Z21.X Estado de infección asintomática por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]

Observaciones:

- *El diagnóstico principal corresponde a la úlcera gástrica que es la patología que motiva la atención y el consumo de recursos.*
- *Respecto del VIH, en este caso el usuario es portador de VIH, el cual se mantiene con parámetros controlados bajo tratamiento antirretroviral, y no presenta enfermedades oportunistas, por lo que corresponde el uso del Z21.X.*
- *Códigos de tres caracteres como Z21 se adiciona la X que representa el cuarto carácter para efecto de longitud de caracteres en la base de datos.*

Z22.- Portador de agente de enfermedad infecciosa: este código debe ser utilizado como secundario en los casos de pacientes con estado de infección asintomática, portador sano y presunto portador, de enfermedades virales, bacterianas, fúngicas o protozoarias.

Ejemplo 11:

Paciente mujer de 32 años, ingresa a hospitalización para resolución quirúrgica de colelitiasis con colecistitis aguda. Durante el estudio preoperatorio se constata que es portadora crónica de virus de la hepatitis B, condición conocida y sin manifestaciones clínicas activas. Se realiza la colecistectomía sin complicaciones.

Diagnóstico principal:

K80.1 Cálculo de la vesícula biliar con otra colecistitis

Diagnóstico secundario:

Z22.5 Portador del virus de la hepatitis B

Observaciones:

- *La paciente presenta una patología aguda tratada que corresponde al diagnóstico principal.*
- *Al mismo tiempo, es portadora asintomática de una enfermedad infecciosa viral (hepatitis B), situación que debe ser consignada como diagnóstico secundario, ya que puede tener impacto en el manejo clínico, medidas de bioseguridad y precauciones del equipo de salud.*
- *Este código debe usarse como secundario cuando el paciente es portador conocido, presunto portador o se identifica laboratorio positivo sin signos clínicos de enfermedad activa.*

Ejemplo 12:

Nulípara, embarazo de 37 semanas y portadora de Estreptococo grupo B. Acude a urgencia por contracciones uterinas de baja intensidad y pérdida de líquido amniótico claro de baja cuantía. Al examen obstétrico se evidencian membranas íntegras, lo que infiere ruptura sólo de polo inferior. Al monitoreo fetal las contracciones uterinas corresponden a contracciones de Braxton Hicks. Es dada de alta a las 24 horas tras no evidenciarse inicio de trabajo de parto ni nueva pérdida de líquido amniótico.

Diagnóstico principal:

O47.1 Falso trabajo de parto a las 37 y más semanas completas de gestación

Diagnóstico secundario:

Z22.3 Portador de agentes de otras enfermedades bacterianas especificadas

Observaciones:

- *El estado de portador indica que una persona alberga los microorganismos específicos de una enfermedad sin manifestar síntomas y que es capaz de transmitir la infección.*
- *En las mujeres es frecuente el estado de portadora de estreptococo del grupo B (*Streptococcus agalactiae*), en especial en vagina y recto. Se puede producir una transmisión fetal intraparto de la madre colonizada ocasionando una sepsis neonatal severa. Para evitar esta transmisión debe administrarse profilaxis antibiótica en el momento del parto a las mujeres portadoras.*
- *El término "polo inferior" indica que la rotura de las membranas ocurrió en la parte más baja del saco amniótico, cerca del cuello uterino, pero no constituye en sí una ruptura total de membranas para calificarla como una ruptura prematura de membranas.*
- *Las contracciones de Braxton Hicks son contracciones esporádicas del músculo uterino. También se las denomina "prodrómicas" o de "falso parto". Están presentes en todos los embarazos y la mayoría de las mujeres las perciben en el tercer trimestre. Contribuyen a tonificar el músculo uterino como preparación para el parto. Si bien no provocan la dilatación del cuello uterino, pueden contribuir a su ablandamiento.*

Las siguientes categorías son de uso exclusivo para ambulatorio, no se debe utilizar en el ámbito de la hospitalización:

- **Z23.- Necesidad de inmunización contra enfermedad bacteriana única**
- **Z24.- Necesidad de inmunización contra ciertas enfermedades virales**
- **Z25.- Necesidad de inmunización contra otras enfermedades virales únicas**
- **Z26.- Necesidad de inmunización contra otras enfermedades infecciosas únicas**
- **Z27.- Necesidad de inmunización contra combinaciones de enfermedades infecciosas**
- **Z28.- Inmunización no realizada**

Z29.- Necesidad de otras medidas profilácticas: Estas categorías pueden ser utilizadas como diagnóstico principal cuando la admisión sea para realizar aislamiento, administración de inmunoglobulina, etc. y como secundario cuando exista alguna circunstancia que adicional al plan terapéutico del usuario, requiera administración de inmunoterapia, quimioterapia u otras medidas profilácticas.

Excluye: cirugía profiláctica (Z40.-) desensibilización a alérgenos (Z51.6).

Ejemplo 13:

Paciente masculino de 58 años con diagnóstico de melanoma maligno de cuero cabelludo estadio IIA, tratado previamente con resección quirúrgica, quimioterapia y radioterapia hace 2 años y actualmente en remisión. Ingresa programado para administración de inmunoglobulinas como parte de tratamiento adyuvante, para evitar recidiva de la enfermedad.

Diagnóstico principal:

Z29.1 Inmunoterapia profiláctica

Diagnósticos secundarios:

C43.4 Melanoma maligno del cuero cabelludo y del cuello

M8720/3 Melanoma maligno SAI (Válido solo para GRD)

Z92.6 Historia personal de quimioterapia para enfermedad neoplásica

Z92.3 Historia personal de irradiación

Observación:

- *Se codifica como diagnóstico secundario el melanoma maligno del cuero cabelludo ya que pese a haber sido tratado, el diagnóstico sigue presente por encontrarse dentro de los 5 años de postratamiento.*

Ejemplo 14:

Paciente masculino de 58 años, hospitalizado en el servicio de cirugía general por colecistitis aguda litiásica. Es sometido a colecistectomía laparoscópica sin complicaciones. Durante la hospitalización se notifica que hace dos días fue contacto de una persona con meningitis meningocócica, por lo que recibe profilaxis antibiótica y aislamiento. Evoluciona favorablemente y es dado de alta al tercer día.

Diagnóstico principal:

K80.0 Litiasis de la vesícula biliar con colecistitis aguda

Diagnósticos secundarios:

Z29.8 Otras medidas profilácticas especificadas

Z29.0 Aislamiento.

Observaciones:

- *En este caso el diagnóstico principal es la colecistitis aguda dado que ese fue el motivo de admisión y la causante de tratamiento primario.*
- *Dado el antecedente de contacto con enfermedad infecciosa potencialmente grave, se documentan las medidas de profilaxis adoptadas Z29.8 para la administración del fármaco correspondiente y así, prevenir el desarrollo de la enfermedad y Z29.0 para el aislamiento.*

iii. Z30–Z39 Personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias relacionadas con la reproducción

Tabla 3: Categorías asignadas como diagnóstico principal o secundario (Z30–Z39) para hospitalización

Categoría	Descripción	Diagnóstico Principal	Diagnóstico Secundario
Z30.-	Atención para la anticoncepción	X	X
Z31.-	Atención para la procreación	X	X
Z32.-	Examen y prueba del embarazo	No aplica	
Z33	Estado de embarazo, incidental	No aplica	X
Z34.-	Supervisión de embarazo normal	X	No aplica
Z35.-	Supervisión de embarazo de alto riesgo	X	X
Z36.-	Pesquisas prenatales	No aplica	
Z37.-	Producto del parto	No aplica	X
Z38.-	Nacidos vivos según lugar de nacimiento	No aplica	X
Z39.-	Examen y atención del postparto	X	No aplica

Los códigos del capítulo XXI asociados al embarazo, se utilizan en aquellas circunstancias donde no existan problemas o complicaciones, que estén incluidas en los códigos del capítulo Embarazo, Parto y Puerperio (O00-O99). Pueden ser utilizados códigos adicionales o de otros capítulos para especificar otras circunstancias existentes.

Categorías:

Z30.- Atención para la anticoncepción: esta categoría puede ser utilizada en contactos por atención para anticoncepción, como consejería, supervisión y procedimientos. Estos códigos serán asignados como diagnóstico principal, cuando la admisión es para la realización de procedimientos realizados con la anticoncepción, y como secundarios cuando existan circunstancias que además del tratamiento o conducta clínica del usuario, se requiera la realización de atenciones asociadas a esta categoría.

Ejemplo 15:

Múltipara de 4, cicatriz de cesárea anterior (CCA), con antecedente de hipertensión arterial, ingresa a hospitalización por paridad cumplida. Se realiza esterilización quirúrgica tipo Pomeroy.

Diagnóstico principal:

Z30.2 Esterilización

Diagnóstico secundario:

I10.X Hipertensión esencial (primaria)

Observaciones:

- Se utiliza Z30.2 Esterilización como diagnóstico principal debido a que la paciente ingresa exclusivamente para esterilización quirúrgica.
- Códigos de tres caracteres como I10 se adiciona la X que representa el cuarto carácter para efecto de longitud de caracteres en la base de datos.

Ejemplo 16:

Paciente de 43 años en control con Ginecología, con diagnóstico de mioma submucoso sintomático que requiere resolución quirúrgica. Presenta paridad cumplida (G3P3A0) por lo que adicionalmente se realiza esterilización. Ingresa para pabellón programado. Cuenta con exámenes preoperatorios cuyos resultados están en rango normal.

Diagnóstico principal:

D25.0 Leiomioma submucoso del útero

Diagnósticos secundarios:

M8890/0 Leiomioma SAI (Válido solo para GRD)

Z30.2 Esterilización

Observación:

- El motivo de hospitalización es la intervención asociada al diagnóstico de mioma submucoso por la que el diagnóstico de Esterilización (Z30.2) queda como secundario.

Z31.- Atención para la procreación: esta categoría se utiliza en los contactos relacionados con la **atención para la procreación**, como asesoramientos, procedimientos y exámenes. Estos códigos serán asignados como diagnóstico principal, cuando la admisión es para la realización de procedimientos relacionados con la procreación y como secundarios cuando existan circunstancias que además del tratamiento o conducta clínica del usuario, se requiera de la realización de atenciones asociadas a esta categoría.

Excluye complicaciones asociadas con la fertilización artificial (N98.-).

Ejemplo 17:

Paciente de 36 años, acude a la Unidad de Medicina Reproductiva del hospital para procedimiento programado de aspiración de ovocitos, en el marco de un tratamiento de fertilización in vitro (FIV), por infertilidad de causa desconocida y habiendo ya completado satisfactoriamente el esquema de estimulación ovárica.

Se realiza procedimiento bajo sedación, sin complicaciones. Se deja indicación de reposo y controles post procedimiento.

Diagnóstico principal:

Z31.2 Fecundación in vitro.

Diagnósticos secundarios:

N97.9 Infertilidad femenina, no especificada.

Observación:

- *En este caso la admisión se realiza para la aspiración de ovocitos para la fertilización in vitro, por este motivo se asigna el diagnóstico Z31.2 como principal.*

Ejemplo 18:

Ingresa paciente de 35 años, para resección de mioma submucoso de 8,0 cms sintomático con dolor, metrorragia abundante con anemia secundaria, adicionalmente desea embarazarse, pero se sometió a operación de Pomeroy hace 3 años, por lo que además de la resección del mioma, se realiza recanalización tubárica. Evoluciona estable en el postoperatorio y es dada de alta al tercer día.

Diagnóstico principal:

D25.0 Leiomioma submucoso del útero

Diagnósticos secundarios:

Z31.0 Tuboplastia o vasoplastia posterior a esterilización

D50.0 Anemia por deficiencia de hierro secundaria a pérdida de sangre (crónica)

Observaciones:

- *En este caso se asigna como diagnóstico principal el mioma uterino por ser el motivo de admisión.*
- *El diagnóstico Z31.0 se consigna como secundario para documentar el antecedente de*

esterilización quirúrgica previa que será revertida en este episodio.

- *Se documenta la anemia secundaria a pérdida de sangre por metrorragia.*

Z33.X.- Estado de embarazo, incidental: Se utiliza como **código secundario (complementario)** para **consignar estado de embarazo**, incidental (embarazo SAI) cuando el embarazo no está complicado y no es la razón de la visita o episodio hospitalario. En caso contrario, es necesario un código del capítulo obstétrico.

Ejemplo 19:

Paciente de 34 años, embarazada de 24 semanas, sufre mordedura de perro en cara, abdomen y pierna derecha. Es derivada desde APS por mala evolución y signos de infección. Se realiza aseo quirúrgico, curaciones y antibioticoterapia endovenosa, además de administración de vacunas antirrábica y antitetánica. Solicita alta voluntaria, en buen estado general, sin molestias ni dolor.

Diagnóstico principal:

T01.9 Heridas múltiples, no especificadas

Diagnósticos secundarios:

W54.9 Mordedura o ataque de perro, lugar no especificado

Z33.X Estado de embarazo, incidental

Observaciones:

- *Se utiliza Z33.X como diagnóstico secundario para indicar que la paciente cursa con embarazo, condición que no guarda relación con el motivo de hospitalización, pero que resulta clínicamente relevante durante la atención.*
- *Códigos de tres caracteres como Z33 se adiciona la X que representa el cuarto carácter para efecto de longitud de caracteres en la base de datos.*
- *De forma adicional e independiente del caso expuesto, se recuerda que los códigos relacionados con el capítulo XIX Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, corresponden a una de las exclusiones mencionadas en el capítulo XV de embarazo parto y puerperio.*

Z34.- Supervisión de embarazo normal

Ejemplo 20:

Paciente de 28 años, embarazada de 32 semanas, durante el control refiere molestias inespecíficas, edema de extremidades, sensación de mareo, náuseas y dolor epigástrico. Dada la

ruralidad, se ingresa para estudio y evaluación, se realizan exámenes y monitoreo fetal no encontrándose patología. Se da de alta, en buen estado general, sin molestias ni dolor con diagnóstico de embarazo normal de 32 semanas.

Diagnóstico principal:

Z34.0 Supervisión de primer embarazo normal

Observación:

- *Se asigna como diagnóstico principal el código Z34.0 dado que la usuaria es ingresada debido a la lejanía de su domicilio para evaluación de posibles afecciones en el embarazo, luego de la cual no se diagnostica patología obstétrica y no obstétrica.*

Z35.- Supervisión de embarazo de alto riesgo

Esta categoría se utiliza en los contactos por **supervisión de embarazo normal** (Z34) y de **alto riesgo** (Z35) en casos con historia de esterilidad, historia de aborto, gran multiparidad, primigesta añosa o muy joven, etc. Debe ser utilizado como diagnóstico principal cuando la admisión sea por este concepto y no exista patología obstétrica asociada, como diagnóstico secundario pueden ser utilizados para mencionar riesgo obstétrico, debidamente registrado por el clínico.

Ejemplo 21:

Paciente de 13 años que ingresa a hospitalización para control y evaluación de embarazo de 25 semanas, que, dada la condición de primigesta precoz, se considera de alto riesgo. Adicionalmente, la gestante presenta un entorno social adverso y problemas de red de apoyo.

Diagnóstico principal:

Z35.6 Supervisión de primigesta muy joven.

Diagnóstico secundario:

Z35.7 Supervisión de embarazo de alto riesgo debido a problemas sociales.

Observaciones:

- *En este caso el código Z35.6 se utiliza para identificar la existencia de una condición de riesgo durante el embarazo clasificados en esta categoría, que es condicionante de la admisión en un establecimiento hospitalario.*
- *Adicionalmente se documenta que la gestante presenta condición de riesgo social.*

Ejemplo 22:

Paciente de 14 años, cursando embarazo de 27 semanas, es ingresada al Servicio de Alto Riesgo Obstétrico para realización de monitoreo de presión y fetal, exámenes y adecuación de tratamiento farmacológico por una hipertensión gestacional diagnosticada hace dos semanas.

Durante la estadía es evaluada por equipo de psicología infantil y trabajadora social, se documenta en ficha clínica, que la paciente es una primigesta menor de edad con malas condiciones habitacionales, lo cual representa un riesgo obstétrico adicional.

Diagnóstico principal:

O13.X Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa

Diagnósticos secundarios:

Z35.6 Supervisión de primigesta muy joven

Z35.7 Supervisión de embarazo de alto riesgo debido a problemas sociales.

Observaciones

- *El ingreso está motivado por una patología obstétrica activa (hipertensión gestacional), la cual debe codificarse como diagnóstico principal. Sin embargo, dado que en el registro clínico se documenta explícitamente un riesgo obstétrico adicional (edad materna menor de 18 años, primigesta joven y situaciones sociales de riesgo), corresponde complementar la codificación con Z35.- como diagnóstico secundario. Lo anterior permite reflejar en el registro clínico-epidemiológico la presencia de condiciones que agravan o modifican el manejo del embarazo, aunque no constituyen por sí mismas una patología obstétrica.*
- *Códigos de tres caracteres como O13 se adiciona la X que representa el cuarto carácter para efecto de longitud de caracteres en la base de datos.*

Z37.- Producto del parto: Esta categoría se utiliza como **código adicional para identificar el resultado del parto** (condición al nacer y número de recién nacido) según lo registrado en la historia clínica de la madre, ejemplo: Z37.0-Nacido vivo, único; Z37.1-Nacido muerto, único; Z37.2-Gemelos, ambos nacidos vivos; Z37.3-Gemelos, un nacido vivo y un nacido muerto, etc. Precisar que este código también puede ser utilizado en partos extrahospitalarios .

Ejemplo 23:

Paciente de 27 años, primigesta, ingresa a maternidad en trabajo de parto y evoluciona con parto vaginal espontáneo. Nace un recién nacido único, vivo, con Apgar adecuado y sin complicaciones

inmediatas. La madre permanece hospitalizada para manejo postparto y egresa junto a su recién nacido, en buenas condiciones generales.

Diagnóstico principal:

O80.0 Parto único espontáneo sin complicación

Diagnóstico secundario:

Z37.0 Producto único, nacido vivo

Observaciones:

- *El código Z37.- no se utiliza como diagnóstico principal, sino como código adicional secundario en la historia clínica materna, para consignar el resultado del parto. Refleja de manera estandarizada el desenlace obstétrico (número de productos y condición vital al nacimiento) y es de importancia epidemiológica y estadística, ya que permite cuantificar los nacimientos vivos y muertos, así como los partos múltiples.*

Z38.- Nacidos vivos según lugar de nacimiento: Esta categoría *aplica exclusivamente en la historia de la madre*, se utiliza como **código adicional para identificar los nacidos vivos según lugar de nacimiento** por ejemplo Z38.0-Producto único, nacido en hospital, Z38.1-Producto único, nacido fuera de hospital, etc. **Se sugiere solo utilizar en partos extrahospitalarios, considerando que la mayoría de los partos ocurren de manera intrahospitalaria.**

Ejemplo 24:

Paciente de 21 años, cursando embarazo de 38+2 semanas. Acude al Servicio de Urgencias luego de haber tenido un parto de vértice espontáneo con alumbramiento incompleto en domicilio, sin asistencia médica. Es ingresada para revisión instrumental y cuidados del puerperio. Recién nacido único, sin complicaciones aparentes.

Diagnóstico principal:

O73.0 Retención de la placenta sin hemorragia

Diagnósticos secundarios:

Z38.1 Producto único, nacido fuera de hospital

Observación:

- *Debido a que la paciente ingresa con retención de placenta y este es el motivo principal de atención al ser una afección aguda, debe asignarse como diagnóstico principal. Como diagnóstico secundario se asignará Z38.1 que especifica el lugar de nacimiento del producto*

del parto.

Z39.- Examen y atención del postparto: los códigos de esta categoría se utilizan como **diagnóstico principal y algunos en particular como secundarios (complementarios)**, según indica la tabla, el código Z39.0 Atención y examen inmediatamente después del parto, puede ser utilizado como diagnóstico principal para aquellos casos de parto extrahospitalario en los cuales solo se realiza atención post parto de rutina.

Estos códigos no deben ser utilizados para identificar atenciones de rutina como supervisión de lactancia en pacientes puérperas.

Ejemplo 25:

Paciente de 34 años, con embarazo de 39 semanas, ingresa a maternidad posterior a parto fuera del establecimiento. Alumbramiento extrahospitalario. Durante el primer día de puerperio, se efectúan exámenes de control sin hallazgos. Evoluciona favorablemente y se indica alta.

Diagnóstico principal:

Z39.0 Atención y examen inmediatamente después del parto

Diagnósticos secundarios:

Z38.1 Producto único, nacido fuera de hospital

Observación:

- Se utiliza Z39.0 como diagnóstico principal porque el motivo de la hospitalización fue la atención postparto inmediata de una mujer que tuvo un parto extrahospitalario, sin complicaciones ni hallazgos patológicos. Este código refleja con precisión la razón del ingreso, orientada al control y observación del puerperio inmediato de la usuaria.

iv. Z40–Z54 Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y cuidados de salud

Tabla 4: Categorías asignadas como diagnóstico principal o secundario (Z40-Z54)

Categoría	Descripción	Diagnóstico Principal	Diagnóstico Secundario
Z40.-	Cirugía Profiláctica	X	X
Z41.-	Procedimientos para otros propósitos que no sean los de mejorar el estado de salud	X	X
Z42.-	Cuidados posteriores a la cirugía plástica	X	X

Z43.-	Atención de orificios artificiales	X	X
Z44.-	Prueba y ajuste de dispositivos protésicos externos	X	X
Z45.-	Asistencia y ajuste de dispositivos implantados	X	X
Z46.-	Prueba y ajuste de otros dispositivos	X	X
Z47.-	Otros cuidados posteriores a la ortopedia	X	X
Z48.-	Otros cuidados posteriores a la cirugía	X	X
Z49.-	Cuidados relativos al procedimiento de diálisis	X	X
Z50.-	Atención por el uso de procedimientos de rehabilitación	X	X
Z51.-	Otra atención médica	X	No aplica
Z52.-	Donante de órganos y tejidos	X	X
Z53.-	Persona en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos no realizados	No aplica	X
Z54.-	Convalecencia	X	No aplica

Este grupo de categorías tiene como finalidad indicar la razón de la atención. Pueden ser utilizados en pacientes que ya han sido tratados por alguna enfermedad o traumatismo, pero que aún continúan bajo seguimiento o cuidados profilácticos, convalecencia o atención para afianzar el tratamiento, tratar los estados residuales y asegurar que no haya recidiva de la afección o bien prevenir la ocurrencia.

Cuidados posteriores: Estos códigos contemplan condiciones en las que el tratamiento de la enfermedad o lesión se ha completado, sin embargo, el paciente necesita cuidados continuos durante su proceso de curación.

Un código de estas características no debe ser empleado si el tratamiento está dirigido a una enfermedad aguda o a una lesión actual, en estos casos debe ser empleado el código que corresponde a la patología cursada.

Las excepciones a la regla que siempre serán diagnósticos principales son los siguientes códigos:

Z49.0.-Cuidados preparatorios para diálisis

Z51.0.-Sesión de radioterapia

Z51.1.-Sesión de quimioterapia por tumor

Z51.2.-Otra quimioterapia

Los códigos de cuidados posteriores se asignarán como diagnóstico principal cuando justifiquen la causa de hospitalización. Por otra parte, un código de cuidado posterior puede ser diagnóstico secundario en algunos tipos de cuidados posteriores que son realizados adicionalmente a la causa de ingreso, como, por ejemplo, Z43.0 Atención de traqueostomía durante un episodio para tratamiento de otra afección.

Otras categorías de cuidados posteriores incluyen adecuación, pruebas y ajuste, atención de aperturas artificiales. Ciertas categorías de códigos de cuidados posteriores necesitan un

diagnóstico secundario para describir la afección resuelta o la secuela, en cambio; para otras es intrínseco al código.

Z40.- Cirugía Profiláctica: Incluye cirugías profilácticas en el contexto de tumores malignos, por ejemplo, mastectomías profilácticas en mujeres con alto riesgo de cáncer de mama.

La categoría Z40.- debe utilizarse como diagnóstico principal cuando la atención está motivada exclusivamente por una cirugía preventiva, sin presencia de enfermedad activa en ese momento. Por ejemplo:

- Z40.0 – Mastectomía profiláctica en paciente con mutación BRCA sin cáncer de mama actual.
- Z40.8 – Salpingectomía profiláctica por antecedentes familiares de cáncer ginecológico.

Ejemplo 26:

Ingresar paciente de forma programada, quien presenta antecedentes familiares de cáncer de mama, para cirugía profiláctica de mama bilateral. Estudio imagenológico y pruebas genéticas realizados de forma ambulatoria. No presenta antecedentes mórbidos ni alergias conocidas.

Diagnóstico principal:

Z40.0 Cirugía profiláctica por factores de riesgo relacionados con tumores malignos

Diagnósticos secundarios:

Z80.3 Historia familiar de tumor maligno de mama

Observación:

- *Paciente sin patologías, se realiza cirugía profiláctica debido a antecedentes oncológicos familiares, por lo que Z40.0 corresponde al diagnóstico principal y se complementa con Z80.3 que evidencia los antecedentes familiares.*

Ejemplo 27:

Paciente femenina de 45 años, diagnosticada con carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda (CSI), receptor hormonal positivo, sin metástasis a distancia. Con antecedentes familiares de primer grado con cáncer de mama y ovario. Portadora confirmada de mutación BRCA1.

Se indica mastectomía izquierda con linfadenectomía axilar como tratamiento principal. En la misma intervención, y tras evaluación de comité oncológico y consejería genética, se realiza también mastectomía contralateral profiláctica.

Diagnóstico principal:

C50.2 Tumor maligno del cuadrante superior interno de la mama

Diagnósticos secundarios:

Z40.0 Mastectomía profiláctica

Z80.3 Antecedentes familiares de neoplasias malignas de mama

Observación:

- *Z40.- puede usarse como diagnóstico secundario cuando la cirugía profiláctica se realiza en el contexto de otra patología activa o motivo clínico principal, y la profilaxis es complementaria al manejo clínico.*

Z41.- Procedimientos para otros propósitos que no sean los de mejorar el estado de salud: en esta categoría se incluye la cirugía plástica y otros procedimientos relacionados (la mayoría de estos son ambulatorios).

Ejemplo 28:

Paciente de 29 años con antecedente de depresión en tratamiento, ingresa de forma electiva para liposucción, postoperatorio sin incidentes es dada de alta al tercer día con indicación de alivio del dolor y reposo.

Diagnóstico principal:

Z41.1 Otras cirugías plásticas por razones estéticas

Diagnósticos secundarios:

F32.9 Episodio depresivo, no especificado

Observación:

- *La usuaria asiste de forma programada para realización de cirugía estética (liposucción) por lo cual se asigna como diagnóstico principal el código Z41.1.*

Ejemplo 29:

Paciente femenino de 27 años, hospitalizada en el servicio de Cirugía General por dolor agudo en fosa ilíaca derecha. Se confirma apendicitis no complicada y se realiza apendicectomía laparoscópica durante su estadía hospitalaria. Durante el ingreso, la paciente solicita realización

de una perforación de orejas. Evoluciona favorablemente y es dada de alta con indicación de control ambulatorio.

Diagnóstico principal:

K35.8 Otras apendicitis agudas, y las no especificadas

Diagnósticos secundarios:

Z41.3 Perforación de oreja

Observación:

- *Se asigna como diagnóstico secundario el código Z41.3 para documentar la realización de un procedimiento no terapéutico adicional al motivo de admisión.*

Z42.- Cuidados posteriores a cirugía plástica: Incluye cirugía plástica y reconstructiva consecutiva a cicatrización de herida u operación reparación de tejido cicatrizado.

En esta categoría se incluyen los siguientes códigos:

Z42.1.- Cuidados posteriores a la Cirugía de Mama: Este código debe ser seleccionado únicamente como diagnóstico principal en caso de que el paciente sea ingresado para reconstrucción mamaria, posterior a una mastectomía en un episodio previo. Si la cirugía es realizada en etapas, lo que implicaría múltiples ingresos, este código debe ser asignado como diagnóstico principal en cada evento, además deberá ser complementado como diagnóstico secundario con los códigos de cáncer de mama si es aplicable o el código de historia personal de cáncer de mama (dependiendo si el paciente está o no recibiendo tratamiento para el cáncer de mama). Recambio de expansor por tiempo o plásticas posteriores.

No se debe asignar este código cuando la paciente es ingresada para revisión de una cirugía o por una complicación quirúrgica, en este caso se debe codificar la afección que necesita la revisión quirúrgica.

Ejemplo 30:

Paciente de 52 años con historia personal de cáncer de mama remitido hace 7 años, que ingresa a hospitalización para realizar recambio de expansor mamario en el contexto de la preparación de una reconstrucción mamaria futura.

Diagnóstico principal:

Z42.1 Cuidados posteriores a la cirugía plástica de mama.

Diagnósticos secundarios:

Z85.3 Historia personal de tumor maligno de mama

Observación:

- *En este caso se asigna el diagnóstico Z42.1 como diagnóstico principal dado que la usuaria ingresa para un recambio de expansor en el contexto de una reconstrucción mamaria.*

Ejemplo 31:

Paciente de 52 años, es hospitalizada por enrojecimiento, dolor e induración en mama derecha, a 15 días posterior a cirugía reconstructiva bilateral por mastectomía radical (colgajo tipo TRAM). Mama izquierda evoluciona sin complicaciones ni signos de infección, se retira drenaje y se realizan sesiones de drenaje linfático.

Se confirma diagnóstico de infección en el sitio operatorio, sin compromiso sistémico. Se indica antibioticoterapia endovenosa y curaciones.

Diagnóstico principal:

T81.4 Infección consecutiva a procedimiento, no clasificada en otra parte

Diagnósticos secundarios:

Y83.4 Otra cirugía reconstructiva

Z42.1 Cuidados posteriores a cirugía plástica de la mama

Observación:

- *El motivo de consulta corresponde a una complicación infecciosa del sitio quirúrgico y constituye el diagnóstico principal. Sin embargo, dicha complicación ocurre en el contexto de un postoperatorio de cirugía plástica reconstructiva, y esto modifica el enfoque clínico y terapéutico, por lo que se justifica codificar Z42.1 – Cuidados posteriores a cirugía plástica de la mama como diagnóstico secundario. Este código permite registrar que el cuadro actual se da en un contexto específico de seguimiento postquirúrgico, lo cual es clínicamente relevante.*

Z43.- Atención de orificios artificiales: debe ser utilizado cuando la admisión es para ajustes de rutina como cierre, limpieza, pasaje de sondas o bujías, reформación, remoción de catéteres de estos orificios artificiales y **no se debe** utilizar en el episodio de la cirugía primaria o en atenciones relacionadas con complicaciones.

Ejemplo 32:

Paciente de sexo masculino de 68 años, con antecedente de colostomía definitiva por cáncer de colon (adenocarcinoma) tratado previamente con cirugía y quimioterapia hace 6 meses en control. Ingresa para revisión y limpieza del estoma, colonoscopia de revisión, cambio de dispositivo y educación sobre cuidados locales. No presenta complicaciones en las atenciones realizadas, sin signos de infección, necrosis o estenosis del estoma.

Diagnóstico principal:

Z43.3 Atención de colostomía

Diagnósticos secundarios:

C18.9 Tumor maligno del colon, parte no especificada

M8140/3 Adenocarcinoma SAI (Válido solo para GRD)

Observación:

- *El código Z43.3 se utiliza porque la razón principal de la admisión fue la atención rutinaria de un orificio artificial (colostomía), sin complicaciones. No corresponde codificar con diagnósticos quirúrgicos del cáncer ni de la cirugía inicial, ya que no se trata de una recidiva, complicación ni nuevo episodio operatorio. Este código debe usarse como principal cuando el motivo de hospitalización es la atención, cierre, recambio, limpieza, revisión o educación de un orificio artificial en ausencia de complicaciones, pero no debe ser usado en el episodio quirúrgico primario (ej. cirugía de confección de la colostomía) ni cuando el paciente presenta complicaciones relacionadas con el estoma.*

Ejemplo 33:

Paciente masculino de 58 años, con antecedente de traqueostomía permanente por carcinoma laríngeo operado, ingresa por infección respiratoria baja con aumento de secreciones traqueales y fiebre. Durante la hospitalización se realiza aspiración bronquial, cultivo y tratamiento antibiótico. Además, se efectúa cambio y limpieza de cánula de traqueostomía.

Diagnóstico principal:

J22.X Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores

Diagnósticos secundarios:

Z43.0 Atención de traqueostomía

Observaciones:

- *Dado que la hospitalización ocurre para el tratamiento de la infección respiratoria baja, ésta corresponderá al diagnóstico principal.*
- *Códigos de tres caracteres como J22 se adiciona la X que representa el cuarto carácter para efecto de longitud de caracteres en la base de datos.*
- *Se codificará como diagnóstico secundario el ajuste de la traqueostomía, que consta de su cambio y limpieza, sin mediar complicaciones para su sustitución.*

Z44-Z46.- Prueba y ajuste de dispositivo externo - Asistencia y ajuste de dispositivos implantados y pruebas - ajuste de otros dispositivos: Estos códigos deben ser usados como diagnóstico principal cuando el paciente ingresa sólo para la realización de estos procedimientos.

Ejemplo 34:

Paciente de 69 años, sexo masculino, ingresa por agotamiento de desfibrilador automático implantable (DAI) que requiere reemplazo, paciente vive en extrema ruralidad, motivo por el cual se decide hospitalizar para evaluación post procedimiento. Se realiza recambio del generador de marcapaso DAI sin incidentes, sin evidencia de mal funcionamiento ni complicaciones. Es dado de alta en buenas condiciones.

Diagnóstico principal:

Z45.0 Asistencia y ajuste de marcapaso cardíaco

Diagnósticos secundarios:

Z59.8 Otros problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas

Observación:

- *Se utiliza Z45.0 como diagnóstico principal porque el motivo de la hospitalización fue la evaluación y recambio programado del generador del marcapaso/DAI, sin que existiera falla*

del dispositivo ni otra condición cardíaca activa. Este código describe con exactitud la atención y ajuste de un dispositivo implantado, que constituye la razón principal del ingreso hospitalario.

Ejemplo 35:

Paciente masculino de 8 años con diabetes mellitus tipo 1 portador de bomba de insulina, acude a servicio de urgencia por sintomatología respiratoria diagnosticándose neumonía. Durante su hospitalización se evalúa perfil glicémico cuyos resultados motivan la realización de ajustes en la programación de bomba de insulina.

Diagnóstico principal:

J18.9 Neumonía, no especificada

Diagnósticos secundarios:

E10.9 Diabetes mellitus tipo 1, sin mención de complicación.

Z45.1 Asistencia y ajuste de bomba de infusión

Observación:

- *El motivo principal de atención durante la hospitalización es la neumonía, por lo que se asigna como diagnóstico principal. Durante la atención se evalúa perfil glicémico que motiva ajuste de bomba de insulina, asignándose como diagnóstico secundario Z45.1.*

Z47.- Otros cuidados posteriores ortopédicos: Estos códigos se usan posteriores a las admisiones para los cuidados ortopédicos, cuando la fractura ya ha sido tratada definitivamente, se incluye el cambio y eliminación de yeso, eliminación de fijadores externos e internos y cualquier otro cuidado posterior.

Excluye: complicación de dispositivo, implante e injerto ortopédico interno (T84.-) cuidados relacionados con procedimientos de rehabilitación (Z50. -) examen de seguimiento posterior a tratamiento de fractura (Z09.4).

Ejemplo 36:

Paciente joven de 14 años ingresa de forma programada para intervención ambulatoria de retiro de clavo Kirchner implantado en dedo pulgar debido a fractura. Después de tres meses de evolución posterior a cirugía, el control radiográfico evidenció presencia de callo óseo y correcta consolidación, con lo que se indica remoción del elemento. No presenta antecedentes mórbidos.

Diagnóstico principal:

Z47.0 Cuidados posteriores a la extracción de placa u otro dispositivo de fijación interna en fractura.

Observación:

- *Paciente con patología traumática resuelta y tratada que ingresa exclusivamente a realizar retiro del elemento de osteosíntesis.*

Ejemplo 37:

Paciente masculino de 28 años, operado hace 8 meses por fractura diafisaria de tibia derecha, tratada mediante fijación interna con placa y tornillos. La fractura ha consolidado correctamente, sin complicaciones durante el proceso.

Paciente ingresa para artroscopia de rodilla, por ruptura espontánea de ligamento cruzado anterior antigua, la cual se realiza sin incidentes. Adicionalmente, refiere molestias inespecíficas en la zona donde se encuentra el material de osteosíntesis al realizar deporte, no se evidencian complicaciones, por lo que se decide retiro de material de osteosíntesis.

Diagnóstico principal:

M23.61 Otra ruptura espontánea del (los) ligamento(s) de la rodilla. Ligamento cruzado anterior o asta anterior del menisco interno. *(Quinto carácter válido solo para GRD)*

Diagnósticos secundarios:

Z47.0 Cuidados posteriores para extracción de material ortopédico interno

Observaciones:

- *El motivo de atención actual se relaciona con la realización de una cirugía electiva en el contexto de una ruptura espontánea de ligamento cruzado anterior, que constituye el diagnóstico principal.*
- *Adicionalmente se decide la extracción de material de osteosíntesis, por lo que corresponde complementar la codificación con Z47.0 – Cuidados posteriores para extracción de material ortopédico interno, como diagnóstico secundario, para reflejar el contexto clínico ortopédico de fondo.*
- *El quinto carácter se utiliza solo para registro en GRD*

Z48.- Otros cuidados posteriores a cirugías: Estos cuidados incluyen vendajes aplicados en heridas que resultan de un procedimiento quirúrgico incluyéndose la incisión, escisión y drenaje, así como también el desbridamiento de la herida, el resto de los vendajes se considerarán no quirúrgicos. Estos códigos de cuidados de vendajes pueden ser utilizados tanto como diagnósticos principales como secundarios.

Ejemplo 38:

El paciente de 96 años acude a centro de especialidades, para retiro de suturas quirúrgicas post hernioplastia inguinal de forma programada, pero durante la evaluación se identifica enrojecimiento leve alrededor de la herida, secreción serosa escasa, dolor localizado a la palpación y refirió fiebre la noche anterior. Por precaución, se decide hospitalizar para observación y manejo local.

La herida quirúrgica se observa con suturas, eritema leve, secreción serosa clara, sin mal olor, sin dehiscencia. Exámenes de laboratorio y cultivos no muestran signos de infección, se retiran suturas y se da de alta al segundo día.

Diagnóstico principal:

Z48.0 Atención de los apósitos y suturas

Observación:

- *Se asigna el diagnóstico Z48.0 como principal debido a que el usuario es ingresado para evaluación de herida operatoria, se realizan exámenes que no muestran infección, por lo que se retiran suturas y se da el alta.*

Ejemplo 39:

Paciente femenina de 68 años, hospitalizada por insuficiencia cardíaca descompensada, con disnea progresiva y edema de extremidades inferiores. Se inicia tratamiento con diuréticos y manejo médico, con evolución favorable.

Como antecedente reciente, la paciente presenta implante de marcapasos realizado hace 2 semanas, por lo que durante la hospitalización se efectúa retiro de suturas y curación de herida operatoria la cual no evidencia complicaciones. Es dada de alta en buenas condiciones.

Diagnóstico principal:

I50.9 Insuficiencia cardíaca, no especificada

Diagnóstico secundario:

Z48.0 Atención de los apósitos y suturas

Observación:

- *Como antecedente reciente, la paciente presenta implante de marcapasos realizado hace 2 semanas, por lo que durante la hospitalización se efectúa evaluación de herida operatoria y retiro de suturas, sin evidenciar complicaciones, por lo cual se complementa la codificación con el código Z48.0.*

Z49.- Cuidados relativos al procedimiento de diálisis: En esta categoría se asignará como diagnóstico principal el ingreso del paciente para la preparación (fístula arteriovenosa) y tratamiento con diálisis.

Ejemplo 40:

Paciente de 45 años con insuficiencia renal etapa 5, ingresa a hospitalización para creación de fístula arteriovenosa, la que se realiza exitosamente.

Diagnóstico principal:

Z49.0 Cuidados preparatorios para diálisis.

Diagnóstico secundario:

N18.5 Insuficiencia renal crónica etapa 5.

Observación:

- *Se destaca que el paciente ingresa para confección de fístula arteriovenosa, por lo que se asigna como diagnóstico principal el código Z49.0 y como secundario la enfermedad renal crónica.*

Ejemplo 41:

Paciente masculino de 62 años con antecedente de enfermedad renal crónica estadio 5 con inicio reciente de hemodiálisis crónica trisemanal mediante catéter tunelizado yugular derecho.

Se hospitaliza por fiebre, malestar general y eritema en la zona de inserción del catéter. Al examen físico se evidencia induración, secreción purulenta y signos de celulitis local. Se toma hemocultivo y se inicia tratamiento antibiótico empírico.

Se retira el catéter y se programa nuevo acceso.

Diagnóstico principal:

T82.7 Infección y reacción inflamatoria debidas a otros dispositivos vasculares implantados (infección de catéter de hemodiálisis)

Diagnósticos secundarios:

Y84.8 Otros procedimientos médicos

Z99.2 Dependencia de diálisis renal

N18.5 Enfermedad renal crónica, estadio 5

Observación:

- *En este caso, la causa de ingreso es una complicación infecciosa activa del catéter (T82.7), lo cual se codifica como diagnóstico principal. Sin embargo, dado que la infección ocurre en el contexto de un paciente en hemodiálisis crónica, corresponde codificar Z99.2 como diagnóstico secundario para indicar que la atención se relaciona con un procedimiento de diálisis en curso. Esta categoría aporta información clínica relevante para el contexto y continuidad del tratamiento. El código N18.5 se incluye también como diagnóstico secundario, ya que justifica la necesidad del tratamiento dialítico.*

Z50.-Atención por el uso de procedimientos de rehabilitación: Esta categoría se asignará como diagnóstico principal cuando el paciente **ingrese para recibir terapia de rehabilitación** con el fin de mejorar la secuela de la enfermedad, además se debe agregar el código de secuela correspondiente. Nunca se debe codificar la enfermedad o lesión que originó la discapacidad si ya no se encuentra presente.

Ejemplo 42:

Adulto mayor de 76 años, con antecedente de accidente cerebrovascular isquémico ocurrido hace 6 meses. El paciente presenta hemiparesia izquierda como secuela y requiere varias semanas de tratamiento especializado, se decide que su atención se realice de forma hospitalizada ya que vive sólo por desavenencias familiares.

Ingresa al establecimiento para programa intensivo de kinesioterapia y terapia ocupacional, orientado a mejorar la movilidad y autonomía funcional.

Diagnóstico principal:

Z50.8 Atención por otros procedimientos especificados de rehabilitación

Diagnósticos secundarios:

I69.3 Secuelas de infarto cerebral (especificando tipo según antecedentes)

Z63.9 Problema no especificado relacionado con el grupo primario de apoyo

Observación:

- *El motivo principal de hospitalización es la rehabilitación funcional, por lo que corresponde Z50.8 como diagnóstico principal. La enfermedad aguda original (infarto cerebral) ya no está presente, por lo que no debe codificarse como activo, consignando la secuela correspondiente I69.3, ya que explica la discapacidad que motiva la terapia.*

Ejemplo 43:

Paciente femenina de 72 años, hospitalizada para tratamiento antibiótico por vía endovenosa por una pielonefritis aguda grave debida a *Klebsiella pneumoniae*. Presenta antecedente de fractura intertrocanterica de fémur derecho tratada con sustitución hace 15 días, motivo por el cual requiere continuidad de la rehabilitación motora postoperatoria.

Diagnóstico principal:

N10.X Nefritis tubulointersticial aguda

Diagnósticos secundarios:

B96.1 *Klebsiella pneumoniae* [*K. pneumoniae*] como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos

Z50.1 Otras terapias físicas

Observaciones:

- *Considerando que la paciente requiere mantener su terapia de rehabilitación tras su cirugía de sustitución de cadera, sin embargo, ingresa y es tratada por una infección renal, se codificará su fisioterapia como diagnóstico secundario.*
- *Códigos de tres caracteres como N10 se adiciona la X que representa el cuarto carácter para efecto de longitud de caracteres en la base de datos.*
- *No se codificará la fractura de fémur ni la cirugía ya que ocurren en un episodio anterior.*

Z51.- Otra atención médica: Estos códigos serán siempre diagnóstico principal cuando el paciente ingrese exclusivamente a recibir estos tratamientos, debiéndose añadir además como secundario el código de diagnóstico a tratar del paciente.

Z51.0.-Sesión de radioterapia. (Se debe complementar con código del tumor relacionado)

Z51.1.-Sesión de quimioterapia por tumor. (Se debe complementar con código del tumor relacionado)

Z51.2.-Otra quimioterapia.

En caso de que el motivo de la admisión sea determinar el grado o la extensión de la neoplasia maligna y se realice para estos efectos algún procedimiento como toracocentesis o paracentesis u otros, la neoplasia maligna será asignada como código principal, incluso si se ha administrado quimioterapia o radioterapia.

Ejemplo 44:

Paciente de 52 años, sexo masculino, con antecedente de cáncer testicular (seminoma puro) operado hace un año, ingresa para su último ciclo de quimioterapia. Sin efectos adversos evidentes, se estima en condiciones de alta.

Diagnóstico principal:

Z51.1 Sesión de quimioterapia por tumor

Diagnósticos secundarios:

C62.9 Tumor maligno del testículo, no especificado

M9061/3 Seminoma SAI (C62.-) (Válido solo para GRD)

Observación:

- *Se utiliza Z51.1 como diagnóstico principal porque el motivo de la hospitalización fue la administración programada de quimioterapia antineoplásica, sin presencia de complicaciones ni actividad tumoral que justificara otro diagnóstico principal. Este código refleja de manera precisa la razón del ingreso, orientada al tratamiento oncológico de un tumor previamente diagnosticado.*

Z52.- Donantes de órganos y tejidos: Estos códigos deben ser utilizados como diagnóstico principal cuando el motivo del ingreso sea la donación de algún órgano, tejido y componente sanguíneo y como secundario en donantes cadáver.

Nota: En GRD no se debe codificar los procedimientos de la extracción de órganos en donante cadáver.

Ejemplo 45:

Paciente masculino de 48 años, hospitalizado de forma programada con el objetivo de realizar donación renal izquierda a su hijo, diagnosticado con enfermedad renal crónica terminal. El donante ha sido evaluado por el equipo de trasplante y autorizado como candidato apto para la intervención. Presenta antecedente de hipertensión arterial en tratamiento farmacológico, con adecuado control y sin compromiso de la función renal ni otras condiciones que contraindiquen el procedimiento.

Diagnóstico principal:

Z52.4 Donante de riñón

Diagnósticos secundarios:

I10.X Hipertensión esencial (primaria)

Observaciones:

- *El código Z52.4 debe ser asignado como diagnóstico principal cuando el motivo de hospitalización corresponde a la extracción de un riñón con fines de donación en paciente vivo. En este contexto, puede registrarse como diagnóstico secundario cualquier condición clínica que forme parte del contexto médico del donante, siempre que esté documentada, como es el caso de antecedentes personales relevantes.*
- *Códigos de tres caracteres como I10 se adiciona la X que representa el cuarto carácter para efecto de longitud de caracteres en la base de datos.*

Ejemplo 46:

Paciente de 60 años, con antecedentes de HTA, ingresa a servicio de urgencia por cefalea hemicraneana, asociada a hemiparesia, y compromiso de conciencia. Se realizan exámenes de sangre y TAC de cerebro. Es evaluada por neurólogo de turno, quien diagnostica infarto cerebral debido a trombosis de arterias cerebrales. Se intuba a la paciente y se mantiene con VMI. Sin embargo, presenta mal pronóstico vital y funcional. El equipo de neurología establece que se encuentra fuera de alcance terapéutico, se certifica muerte cerebral. Se informa a familiares, los que manifiestan voluntad de la paciente de ser donante. Se realiza procuramiento de hígado y riñón.

Diagnóstico principal:

I63.3 Infarto cerebral debido a trombosis de arterias cerebrales

Diagnósticos secundarios:

Z52.4 Donante de riñón

Z52.6 Donante de hígado

I10.X Hipertensión esencial (primaria)

Observaciones:

- *Paciente cuya patología da motivo a la hospitalización es un ACV, el que corresponde al diagnóstico principal. Y que por las condiciones y evolución fue donante de dos órganos con lo que se adicionan como diagnóstico secundario Z52.4 y Z52.6 para representar dicha donación.*
- *Códigos de tres caracteres como I10 se adiciona la X que representa el cuarto carácter para efecto de longitud de caracteres en la base de datos.*

Z53.- Persona en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos no realizados: En caso de no realización de la atención o procedimiento, que en principio dio lugar al contacto, se debe consignar en primer lugar como diagnóstico principal de la morbilidad o condición del paciente y luego el código de diagnóstico de procedimiento no realizado según corresponda. Se debe utilizar siempre como secundario.

Ejemplo 47:

Paciente masculino de 72 años con diagnóstico de colelitiasis y antecedentes de hipertensión arterial. Acude de forma programada para colecistectomía laparoscópica, pero durante la evaluación preanestésica, se detecta que no ha suspendido la aspirina. Se suspende la cirugía por uso de aspirina y se da de alta con indicaciones.

Diagnóstico principal:

K80.2 Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis

Diagnósticos secundarios:

I10.X Hipertensión esencial (primaria)

Z53.0 Procedimiento no realizado por contraindicación

Observaciones:

- *El motivo inicial de ingreso era la realización de un procedimiento programado (colecistectomía laparoscópica), sin embargo, el procedimiento no se efectuó debido al consumo de aspirina lo que, contraindica la cirugía. Por lo tanto, se debe codificar en este caso, como diagnóstico principal, la colelitiasis, dado que esta patología motiva la razón de la hospitalización.*
- *La categoría Z53 nunca debe ser código principal.*
- *Códigos de tres caracteres como I10 se adiciona la X que representa el cuarto carácter para efecto de longitud de caracteres en la base de datos.*

Ejemplo 48:

Paciente femenino de 61 años con diagnóstico de túnel carpiano y antecedentes de hipertensión arterial crónica y dislipidemia. Acude de forma programada para resolución quirúrgica de su patología, pero durante la evaluación preanestésica, se detecta presión arterial elevada: 205/110 mmHg y dolor precordial y malestar general. Se suspende el procedimiento por criterio médico, y se mantiene hospitalizada para evaluación, descartándose el infarto, se ajusta el tratamiento antihipertensivo y se da de alta al quinto día.

Diagnóstico principal:

I10.X Hipertensión esencial (primaria)

Diagnósticos secundarios:

G56.0 Síndrome de Túnel Carpiano

Z53.8 Procedimientos específicos no realizados por otras razones

Observaciones:

- *El motivo inicial de ingreso era la realización de un procedimiento programado (liberación de túnel carpiano), sin embargo, el procedimiento no se efectuó debido a una condición médica activa (hipertensión descompensada y dolor precordial). Por lo tanto, basado en la definición de afección principal para morbilidad de acuerdo con el volumen 2 de la CIE-10, “La afección que se utiliza en el análisis de la morbilidad por causa única es la principal afección que se trató o investigó durante el episodio de atención de la salud. La afección principal se define como la afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se*

considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afección principal” en este caso se debe codificar como diagnóstico principal, la hipertensión arterial, dado que fue esta la patología que motiva la razón de la hospitalización y del tratamiento del usuario, y utilizar Z53.8 como diagnóstico secundario para dejar constancia de la no realización del procedimiento previsto.

- *Códigos de tres caracteres como I10 se adiciona la X que representa el cuarto carácter para efecto de longitud de caracteres en la base de datos.*
- *El código Z53.- nunca debe ser código principal.*

Z54.- Convalecencia: Estos códigos se utilizarán solo como diagnóstico principal cuando un paciente ha sido tratado y resuelto médica o quirúrgicamente en un recinto hospitalario y posteriormente sea trasladado para realizar su periodo de convalecencia en otro establecimiento hospitalario. Lo mismo ocurre con la realización de procedimientos complejos que requirieran convalecencia. En caso de que la patología no se encuentre resuelta o exista alguna complicación o reagudización durante su período de convalecencia, esta deberá ser registrada como diagnóstico principal. A su vez el diagnóstico que motivó la convalecencia no debe ser codificado como secundario.

Ejemplo 49:

Paciente de 71 años hipertenso, es derivado desde hospital base, luego de haber sido tratado por una pancreatitis biliar en la cual se realizó ERCP y colecistectomía laparoscópica a hospital de mediana complejidad para terminar tratamiento antibiótico. Es dado de alta en buenas condiciones con indicaciones al hogar.

Diagnóstico principal:

Z54.0 Convalecencia consecutiva a cirugía

Diagnóstico secundario:

I10.X Hipertensión esencial (primaria)

Observaciones:

- *Se asigna como diagnóstico principal la convalecencia, dado que el usuario ingresa solo para término de tratamiento antibiótico, no existiendo reagudizaciones ni complicaciones durante la estancia hospitalaria.*
- *Códigos de tres caracteres como I10 se adiciona la X que representa el cuarto carácter para efecto de longitud de caracteres en la base de datos.*

v. Z55–Z65 Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales.

Tabla 5: Categorías asignadas como diagnóstico principal o secundario (Z55-Z65)

Categoría	Descripción	Diagnóstico Principal	Diagnóstico Secundario
Z55.-	Problemas relacionados con la educación y la alfabetización	No aplica	X
Z56.-	Problemas relacionados con el empleo y desempleo	No aplica	X
Z57.-	Exposición a factores de riesgo ocupacional	No aplica	X
Z58.-	Problemas relacionados con el ambiente físico	No aplica	X
Z59.-	Problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas	No aplica	X
Z60.-	Problemas relacionados con el ambiente social	X	X
Z61.-	Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez	No aplica	X
Z62.-	Otros problemas relacionados con la crianza del niño	No aplica	X
Z63.-	Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares	No aplica	X
Z64.-	Problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales	X	X
Z65.-	Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales	X	X

Los códigos comprendidos en estos rangos indican ciertos problemas como: falta de alojamiento, problemas económicos, inadaptación social, circunstancias legales y exposición a factores ambientales, los que pueden afectar al cuidado del paciente e impedir el cumplimiento de su tratamiento en forma satisfactoria.

Estos códigos pueden ser utilizados como diagnóstico secundario, cuando el equipo clínico o social han registrado circunstancias que afectan la conducta terapéutica, prolongan la estancia hospitalaria o proporcionan información que complementan los diagnósticos presentes.

Ejemplo 50:

Lactante de 2 meses que, desde su nacimiento, permanece hospitalizada debido a la espera de hogar familiar temporal o familia de acogida, padres con antecedentes de policonsumo y abandono de la menor.

Diagnóstico principal:

Z60.1 Problemas relacionados con situación familiar atípica.

Diagnóstico secundario:

Z60.8 Otros problemas relacionados con el ambiente social.

Observación:

- *Este código debe ser usado solo cuando el paciente se mantiene hospitalizado en espera de adopción, debido a la condición familiar o del entorno social, sin posibilidad de acceso de cuidados de familia temporal o de algún otro familiar que pueda hacerse cargo del cuidado.*

Ejemplo 51:

Paciente de 20 años, cursando embarazo de 14 semanas, hospitalizada para exámenes generales y evaluación por salud mental, por síntomas de ansiedad leve y estrés emocional por embarazo no planificado ni deseado. Se diagnostica trastorno de ansiedad generalizado, sin criterio de patología psiquiátrica mayor. Se indica seguimiento por equipo de salud mental perinatal.

Diagnóstico principal:

O99.3 Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo, el parto y el puerperio

Diagnóstico secundario:

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

Z64.0 Problemas relacionados con embarazo no deseado

Observación:

- *El motivo de atención es una condición clínica activa (trastorno ansioso), por lo tanto, ese debe ser el diagnóstico principal. Sin embargo, durante la evaluación se identifican circunstancias psicosociales relevantes que impactan en el estado emocional de la paciente, en este caso, ambivalencia frente al embarazo no planificado. El uso de Z64.0 como diagnóstico secundario permite reflejar el contexto emocional y social que influye en la situación clínica de la usuaria, tal como lo establece la categoría Z64.*

Ejemplo 52:

Paciente masculino de 10 años, ingresa al servicio de pediatría por crisis de asma moderada, recibe tratamiento broncodilatador y control clínico favorable. Durante la evaluación social, se identifica que el menor se encuentra bajo medida de protección judicial (amparo) y reside en un centro dependiente del SENAME, por antecedentes de negligencia familiar.

Diagnóstico principal:

J46.X Estado asmático

Diagnóstico secundario:

Z65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales

Observación:

- Se codificará Z65.3 como diagnóstico secundario ya que el paciente ingresa y es tratado por su crisis asmática la cual constituye el diagnóstico principal.

vi. Z70–Z76 Personas en contacto con servicios de salud por otras circunstancias

Tabla 6: Categorías asignadas como diagnóstico principal o secundario (Z70-Z76)

Categoría	Descripción	Diagnóstico Principal	Diagnóstico Secundario
Z70.-	Consulta relacionada con actitud, conducta u orientación sexual	No aplica	X
Z71.-	Personas en contacto con los servicios de salud por otras consultas y consejos médicos, no clasificados en otra parte	No aplica	X
Z72.-	Problemas relacionados con el estilo de vida	No aplica	X
Z73.-	Problemas relacionados con dificultades con el modo de vida	No aplica	X
Z74.-	Problemas relacionados con dependencia del prestador de servicios	No aplica	X
Z75.-	Problemas relacionados con facilidades de atención médica u otros servicios de salud	X	X
Z76.0	Consulta para repetición de receta	No aplica	

Z76.1-Z76.9	Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias.	X	X
-------------	---	---	---

Observación: el último ítem (Z76.1-Z76.9) que incluye el Z76.3 persona sana que acompaña al enfermo. Esto podría presentarse asociado a ruralidad, especialmente en hospitales familiares y comunitarios, así como en los de mediana complejidad. Ejemplo: madres que acompañan a menores, cuidador y/o familiar que acompaña a pacientes con algún grado de dependencia.

Estos códigos pueden ser utilizados como diagnóstico secundario, cuando el equipo clínico o social han registrado circunstancias que afectan la conducta terapéutica, prolongan la estancia hospitalaria o proporcionan información que complementan los diagnósticos presentes.

Ejemplo 53:

Recién nacido de término de 0 días de vida, sin patologías. Ingresa al servicio de neonatología por causa materna (madre ingresada a unidad de cuidados intensivos por HELLP). El paciente permanece hospitalizado durante 3 días, sin presentar complicaciones y luego es llevado junto a su madre en puerperio.

Diagnóstico principal:

Z76.2 Consulta para atención y supervisión de la salud de otros niños o lactantes sanos

Observación:

- Debido a que el recién nacido no presenta patologías y su ingreso al servicio de Neonatología, corresponde a una circunstancia relacionada con enfermedad materna se asigna como diagnóstico principal Z76.2.

Ejemplo 54:

Paciente de 72 años, se encuentra hospitalizado con diagnóstico de neumonía lobar y presenta comorbilidades de diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca, con mala adherencia al tratamiento. Además, relata consumo de OH y refiere que no cuenta con redes de apoyo, por lo que es evaluado por trabajadora social, la que constata abandono. Se realizan gestiones para traslado a residencia de cuidado del adulto mayor. Actualmente se encuentra a la espera de traslado a ELEAM.

Diagnóstico principal:

J18.1 Neumonía lobar, no especificada

Diagnósticos secundarios:

I50.9 Insuficiencia cardíaca, no especificada

I10.X Hipertensión arterial

E11.9 Diabetes mellitus tipo 2 sin complicaciones

Z91.1 Historia personal de incumplimiento del régimen o tratamiento médico

Z72.1 Problemas relacionados con el uso del alcohol

Z75.1 Problemas relacionados con personas esperando admisión en una institución apropiada en otro lugar.

Observaciones:

- *Paciente hospitalizado por neumonía lobar correspondiente al diagnóstico principal. Al presentar abandono y no contar con redes de apoyo se gestiona traslado a ELEAM (Z75.1)*
- *Códigos de tres caracteres como I10 se adiciona la X que representa el cuarto carácter para efecto de longitud de caracteres en la base de datos.*

vii. Z80–Z99 Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con su historia familiar y personal, y algunas condiciones que influyen sobre su estado de salud

Tabla 7: Categorías asignadas como diagnóstico principal o secundario (Z80-Z92)

Categoría	Descripción	Diagnóstico Principal	Diagnóstico Secundario
Z80.-	Historia familiar de tumor maligno	No aplica	X
Z81.-	Historia familiar de trastornos mentales y del comportamiento	No aplica	X
Z82.-	Historia familiar de ciertas discapacidades y enfermedades crónicas incapacitantes	No aplica	X
Z83.-	Historia familiar de otros trastornos específicos	No aplica	X
Z84.-	Historia familiar de otras afecciones	No aplica	X
Z85.-	Historia personal de tumor maligno	No aplica	X
Z86.-	Historia personal de algunas otras enfermedades	No aplica	X
Z87.-	Historia personal de otras enfermedades y afecciones	No aplica	X

Z88.-	Historia personal de alergia a drogas, medicamentos y sustancias biológicas	No aplica	X
Z89.-	Ausencia adquirida de miembros	No aplica	X
Z90.-	Ausencia adquirida de órganos, no clasificados en otra parte	No aplica	X
Z91.-	Historia personal de factores de riesgo, no clasificados en otra parte	No aplica	X
Z92.-	Historia personal de tratamiento médico	No aplica	X

Historia familiar: Estos códigos se utilizan cuando un paciente tiene uno o más miembros del grupo familiar afectados por una determinada enfermedad, que es un potencial factor de riesgo para el paciente y requieren de atenciones, pesquisas específicas o modificación de la conducta clínica. Los antecedentes familiares nunca se codifican como diagnóstico principal y se deben omitir cuando estos antecedentes no impactan en las decisiones clínicas o de tamizaje durante la hospitalización.

Las categorías de historia familiar incluyen desde el Z80-Z84:

Z80.-Historia familiar de tumor maligno.

Z81.-Historia familiar de trastornos mentales y del comportamiento.

Z82.-Historia familiar de ciertas discapacidades y enfermedades crónicas incapacitantes: osteoporosis, enfermedades reumáticas, asma, isquemia cardíaca o cerebral, enfermedad psiquiátrica.

Z83.-Historia familiar de otros trastornos específicos: Diabetes y trastornos endocrinos, anemia, pólipos colónicos, enfermedades renales.

Z84.-Historia familiar de otras afecciones.

Ejemplo 55:

Paciente masculino de 49 años, ingresa a urgencias por hematemesis y melena de 24 horas de evolución, asociadas a epigastralgia persistente. Se hospitaliza para estudio y se realiza endoscopia digestiva alta, que revela úlcera gástrica sangrante Forrest IIA. Se realiza terapia endoscópica exitosa.

En la anamnesis dirigida, el paciente refiere antecedentes familiares de cáncer gástrico en su madre, por lo que se decide tomar biopsias de la lesión para estudio histológico ante el riesgo familiar documentado.

Diagnóstico principal:

K25.0 – Úlcera gástrica aguda con hemorragia

Diagnóstico secundario:

Z80.0 – Historia familiar de neoplasia maligna del aparato digestivo.

Observaciones:

- *El paciente fue hospitalizado por un evento agudo (hemorragia digestiva alta por úlcera gástrica sangrante), lo que constituye el diagnóstico principal (K25.0). Sin embargo, los antecedentes familiares de cáncer gástrico influyen en la conducta médica durante la hospitalización (biopsia de úlcera, seguimiento endoscópico, alerta oncológica). Por tanto, corresponde registrar Z80.0 como diagnóstico secundario, ya que es clínicamente relevante para el manejo intrahospitalario y debe quedar reflejado en el resumen de egreso.*
- *Los antecedentes familiares nunca se codifican como diagnóstico principal y se deben omitir cuando estos antecedentes no impactan en las decisiones clínicas o de tamizaje durante la hospitalización.*

Historia personal: Los códigos hacen referencia a una afección pasada del paciente que no existe actualmente y por la que no recibe ningún tratamiento, pero que puede tener la posibilidad de recurrir y por tanto puede requerir de atenciones, pesquisas específicas o modificar la conducta clínica. Siempre debe utilizarse como diagnóstico secundario.

Estos códigos se deben omitir cuando estos antecedentes no impactan en las decisiones clínicas o de tamizaje durante la hospitalización.

Las categorías de historia personal Z85-Z88:

Z85.-Historia personal de tumor maligno: Cuando una neoplasia ha sido extirpada o erradicada y no queda evidencia de la misma, posterior al tratamiento de la terapia contra ella en su lugar de origen primario, se deben utilizar los códigos de esta categoría como diagnóstico secundario.

En el caso de ser detectada una metástasis en otro sitio, durante el mismo episodio de hospitalización, se debe codificar la neoplasia maligna secundaria de dicho sitio como diagnóstico principal y el código de historia personal pasa a ser codificado como diagnóstico secundario.

Excepción: Puede utilizarse como diagnóstico principal asociado a ruralidad. Ejemplo: para realizar un tamizaje por historia familiar de tumor maligno de mama.

Ejemplo 56:

Paciente de 48 años ingresa por dolor en fosa ilíaca derecha, tiene historia de cáncer cervicouterino tratado hace 6 años sin recidivas, por este antecedente se toma TAC de abdomen y pelvis que no muestra recidiva tumoral, pero sí apendicitis aguda, se realiza apendicectomía laparoscópica y se da de alta al segundo día.

Diagnóstico principal:

K35.9 Apendicitis aguda, no especificada

Diagnóstico secundario:

Z85.4 Historia personal de tumor maligno de órganos genitales

Observaciones:

- *El diagnóstico principal corresponde a la apendicitis aguda dado que fue el causante de la admisión y tratamiento.*
- *Se documenta la historia personal de cáncer cervicouterino, dado que dicho antecedente motivó la realización de exámenes específicos durante la estadía.*

Z86.-Historia personal de algunas otras enfermedades: Específicamente en el caso de Z86.1 *Historia de enfermedades infecciosas y parasitarias*, este código se utiliza para todas las historias de infecciones contenidas en el Capítulo I “Ciertas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias”, a excepción de “Secuelas de enfermedades infecciosas y parasitarias”.

Ejemplo 57:

Paciente masculino de 60 años, ingresado por neumonía lobar derecha. Presenta antecedente de tuberculosis pulmonar tratada y resuelta hace 10 años, relevante para la vigilancia clínica. Evoluciona favorablemente con antibióticos endovenosos y es dado de alta en buenas condiciones.

Diagnóstico principal:

J18.1 Neumonía lobar, no especificada

Diagnóstico secundario:

Z86.1 Historia personal de enfermedades infecciosas y parasitarias

Observación:

- *Se utiliza Z86.1 como diagnóstico secundario para consignar el antecedente personal de tuberculosis pulmonar tratada y resuelta, relevante para la evaluación y seguimiento clínico del paciente durante la hospitalización actual. Este código complementa la información clínica sin representar una condición activa.*

Z87.-Historia personal de otras enfermedades y afecciones: Estos códigos indican que un paciente tuvo una afección en el pasado y está resuelta, pero que podría tener influencia en el futuro. La excepción la encontramos por ejemplo en *Z87.7-Historia personal de malformaciones congénitas deformidades y anomalías cromosómicas*, la que se considera una condición de por vida.

Ejemplo 58:

Paciente de 60 años con antecedentes de enfermedad aterosclerótica del corazón que se hospitaliza para realizar triple puente aortocoronario, dentro de sus antecedentes se encuentra un traumatismo torácico complejo que requirió múltiples intervenciones reconstructivas, lo que genera dificultad durante la cirugía aumentando el tiempo quirúrgico.

Diagnóstico principal:

I25.1 Enfermedad aterosclerótica del corazón.

Diagnóstico secundario:

Z87.8 Historia personal de otras afecciones especificadas

Observación:

- *El código Z87.8, debe ser utilizado como diagnóstico secundario cuando el paciente presentó una afección que está resuelta pero que pudiera generar alguna complicación en el futuro, en este caso las cirugías previas generaron dificultades durante la intervención extendiendo el tiempo quirúrgico.*

Z88.-Historia personal de alergia a drogas y sustancias biológicas: Estos códigos se usan para indicar que el paciente tiene historia de reacción alérgica o dio positivo a alguna prueba.

Ejemplo 59:

Paciente masculino de 67 años, ingresa al hospital por fiebre alta, tos productiva, disnea y astenia de 4 días de evolución. Se hospitaliza con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad mediante radiografía de tórax y criterios clínicos. Durante la anamnesis se documenta que el paciente tiene historia de alergia grave a penicilina (reacción tipo anafiláctica) desde los 30 años. El equipo médico decide utilizar un esquema alternativo antibiótico.

El paciente evoluciona favorablemente y se egresa tras 5 días con control ambulatorio.

Diagnóstico principal:

J18.9 Neumonía no especificada

Diagnóstico secundario:

Z88.0 Historia personal de alergia a penicilina

Observaciones:

- *En este caso el diagnóstico principal es la neumonía, la cual se codifica con el código J18.9, la neumonía adquirida en la comunidad no debe ser asumida como bacteriana o asociada a otros gérmenes si no está debidamente documentada.*
- *Se documenta el historial de alergia a penicilina dado que este modifica el tratamiento antibiótico.*

Z89.- Ausencia adquirida de miembros: Estos códigos se usan para indicar que el paciente tiene historia de ausencia adquirida de miembros.

Incluye: Pérdida (postoperatoria) (postraumática) de miembro

Excluye: Ausencia congénita de miembros (Q71–Q73), deformidades adquiridas de miembros (M20–M21)

Ejemplo 60:

Paciente masculino de 62 años ingresa al hospital con antecedente de amputación transtibial derecha debido a angiopatía periférica secundaria a diabetes mellitus tipo 2 (realizada hace 1 año), dada la ruralidad del paciente, se decide hospitalizar para adaptación de prótesis transtibial. No presenta complicaciones agudas de la amputación ni infección activa.

Diagnóstico principal:

Z46.7 Prueba y ajuste de dispositivo ortopédico

Diagnósticos secundarios:

E11.5 Diabetes mellitus tipo 2 con complicaciones circulatorias periféricas

*I79.2 Angiopatía periférica en enfermedades clasificadas en otra parte

Z89.5 Ausencia adquirida de pierna a nivel bajo de la rodilla

Z59.8 Otros problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas

Observaciones:

- *Se selecciona Z46.- como diagnóstico principal porque la causa de la hospitalización actual es la atención de un paciente con pérdida adquirida de miembro.*

- *Se complementa con los problemas de ruralidad que motivan la hospitalización.*

Z90.- Ausencia adquirida de órganos, no clasificada en otra parte: Estos códigos se usan para indicar que el paciente tiene historia de ausencia adquirida de órganos.

Incluye: Pérdida postoperatoria o postraumática de alguna parte del cuerpo, NCOP

Excluye: Ausencia congénita—ver Índice alfabético ausencia postoperatoria de:

- bazo (D73.0)
- glándulas endocrinas (E89. –)

Ejemplo 61:

Paciente masculino de 68 años que consulta en servicio de urgencia por fiebre, tos productiva y dificultad respiratoria. Ingresa con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad por *Streptococcus pneumoniae*, exámenes destaca déficit de vitamina B, en su historial clínico destaca gastrectomía en manga (cirugía bariátrica) hace 10 años.

Diagnóstico principal:

J13.X Neumonía debida a *Streptococcus pneumoniae*

Diagnóstico secundario:

E53.9 Deficiencia de vitamina B, no especificada

Z90.3 Ausencia adquirida de parte del estómago.

Observaciones:

- *Los códigos de esta categoría no deben utilizarse cuando la ausencia, ocurra en el episodio hospitalario actual.*
- *Códigos de tres caracteres como J13 se adiciona la X que representa el cuarto carácter para efecto de longitud de caracteres en la base de datos.*

Z91.- Historia personal de factores de riesgo no clasificados en otra parte: En esta categoría se incluyen diversos factores que pueden generar riesgos durante el proceso de atención.

Excluye: exposición a la contaminación y otros problemas relacionados con el ambiente físico (Z58.–) exposición ocupacional a factores de riesgo (Z57. –) historia personal de abuso de sustancias psicoactivas (Z86.4)

Ejemplo 62:

Paciente de 30 años, sexo femenino, con historia de intento suicida hace 6 meses, ingresa al establecimiento por ingesta voluntaria de la dosis habitual de amitriptilina con fines autolíticos, posterior a discusión con su pareja. Presenta somnolencia, taquicardia sinusal leve y diaforesis,

por lo que se hospitaliza en UTI para monitorización. Evoluciona estable, sin ideación suicida, y se da de alta con tutor.

Diagnóstico principal:

T43.0 Antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos

Diagnósticos secundarios:

X61.0 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte

Z91.5 Historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente

Observación:

- *Se utiliza Z91.5 como diagnóstico secundario para registrar el antecedente personal de intento suicida previo, relevante para la valoración del riesgo y el contexto clínico del episodio actual.*

Z92.- Historia personal de tratamiento médico:

En esta categoría se incluye la historia asociada a tratamientos que ha tenido el usuario. En esta categoría destaca el siguiente código:

Z92.4 Historia personal de cirugía mayor, no clasificada en otra parte

Excluye: estado (de):

- abertura artificial (Z93. –)
- órgano o tejido trasplantado (Z94. –)
- postquirúrgico (Z98. –)

Presencia de implantes y prótesis funcionales (Z95–Z96)

El código Z92.4 se debe utilizar para especificar situaciones en las cuales la historia de cirugía mayor se relaciona con: el motivo de ingreso, generación de riesgo clínico, condicionante de la atención o prolongación de la estancia. Destacar que, esta cirugía no debe ser realizada en el episodio actual.

Ejemplo 63:

Paciente masculino de 48 años ingresa por disnea progresiva y edema de extremidades inferiores. Luego de realizarse los exámenes pertinentes, se diagnostica insuficiencia cardíaca congestiva.

Como antecedente, el paciente se sometió a corrección quirúrgica de Tetralogía de Fallot en la infancia.

Diagnóstico principal:

I50.0 Insuficiencia cardíaca congestiva

Diagnóstico secundario:

Z92.4 Historia personal de cirugía mayor, no clasificada en otra parte

Observación:

- En este caso, si bien la cirugía a la que se refiere el código Z92.4 fue realizada en la infancia, se relaciona directamente con el sistema afectado en el ingreso actual, además de constituir un antecedente relevante para el historial clínico del paciente.

Tabla 8: Categorías asignadas como diagnóstico principal o secundario (Z93-Z99)

Categoría	Descripción	Diagnóstico Principal	Diagnóstico Secundario
Z93.-	Aberturas artificiales	No aplica	X
Z94.-	Órganos y tejidos trasplantados	No aplica	X
Z95.-	Presencia de implantes e injertos cardiovasculares	No aplica	X
Z96.-	Presencia de otros implantes funcionales	No aplica	X
Z97.-	Presencia de otros dispositivos	No aplica	X
Z98.-	Otros estados postquirúrgicos	No aplica	X
Z99.-	Dependencia de máquinas y dispositivos capacitantes, no clasificada en otra parte	No aplica	X

Los códigos ubicados en Z93-Z97: Indican el estado de abertura artificial, tejido u órgano trasplantado, presencia de algún tipo de implante ya sea cardiovascular, otro implante funcional u otro dispositivo. Se utilizan como códigos secundarios para aportar información relevante en caso de ser necesario frente a un episodio de hospitalización.

Ejemplo 64:

Paciente de 67 años, con antecedentes de HTA, ERC tipo II, portador de gastrostomía por desnutrición severa, actualmente consulta en servicio de urgencia por tos, cefalea, disnea y malestar general, se realiza TAC de tórax, exámenes de rutina que muestran neumonía debida a adenovirus, requiere administración de oxígeno, por lo que se hospitaliza.

Diagnóstico principal:

J12.0 Neumonía debida a adenovirus

Diagnósticos secundarios:

I10.X Hipertensión esencial (primaria)

N18.2 Enfermedad renal crónica, estadio 2

E43.X Desnutrición proteicocalórica severa, no especificada

Z93.1 Gastrostomía

Observaciones:

- *Paciente hospitalizado por neumonía debida a adenovirus para manejo de esta patología lo cual constituye el diagnóstico principal.*
- *Adicionalmente el usuario tiene una desnutrición calórico-proteica severa que requirió con anterioridad de la instalación de gastrostomía por lo que este antecedente es relevante para la conducta clínica del usuario y se codifica como secundario.*
- *Códigos de tres caracteres como E43 se adiciona la X que representa el cuarto carácter para efecto de longitud de caracteres en la base de datos.*

5. Bibliografía

- 1.- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE-10 Edición 2018 OPS/OMS
- 2.- Manual de Codificación CIE-10 ES- Diagnósticos - Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social – España 2018.
- 3.- Taller sobre planificación, administración y evaluación Glosario, Organización Panamericana De La Salud, Oficina sanitaria panamericana, Oficina Regional de la salud, Organización Mundial de la Salud.