



MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

DIRECCIÓN GENERAL DE  
SALUD PÚBLICA, CALIDAD  
E INNOVACION

Subdirección General de Información  
Sanitaria e Innovación

# CIE-10-ES Diagnósticos

Traducción de la normativa oficial americana para ICD-10-CM  
correspondiente al año fiscal 2016

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad  
Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación

## **NORMATIVA PARA LA CODIFICACIÓN CON CIE-10-ES**

Con esta guía, Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) y el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS), dos organizaciones pertenecientes al Departamento Salud y Servicios Humanos (DHHS) del Gobierno Federal de los EE.UU., ofrecen las directrices para la codificación y elaboración de informes utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión, Modificación Clínica (CIE-10-ES).

Estas normas deben utilizarse como documento adjunto a la versión oficial de CIE-10-ES, publicada en el portal web del NCHS<sup>1</sup>. CIE-10-ES es una clasificación de morbilidad editada por los Estados Unidos para la clasificación de diagnósticos y motivos de contacto en todas las modalidades de asistencia sanitaria. Está basada en la CIE10, la clasificación estadística de enfermedades publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Este documento ha sido aprobado por las cuatro organizaciones que constituyen las Partes Cooperantes de CIE-10-MC: la Asociación Americana de Hospitales (AHA), la Asociación Americana de Gestión de Información Sanitaria (AHIMA), el CMS y el NCHS.

Esta normativa contiene un conjunto de reglas desarrolladas para explicar y complementar las propias convenciones e instrucciones oficiales de CIE-10-ES.

Esta normativa se basa en las instrucciones de codificación y secuenciación presentes en el Índice Alfabético y Lista Tabular de la propia CIE-10-ES, pero proporciona además, directrices adicionales. Las instrucciones y convenciones de la clasificación tienen prioridad sobre las normas.

Es esencial un esfuerzo conjunto entre clínicos y codificadores para lograr una documentación, codificación y recuperación de la información completa y precisa.

Estas normas han sido desarrolladas para ayudar tanto al clínico como al codificador en la identificación de los diagnósticos y procedimientos que deben ser informados.

Nunca se insistirá demasiado en la importancia de una documentación consistente y completa en la historia clínica. Se debe revisar la historia Clínica completa para determinar el motivo específico de contacto y las afecciones tratadas, sin esa documentación no es posible lograr una codificación precisa.

El término 'contacto' se utiliza para todos los ámbitos, incluyendo los ingresos hospitalarios. El término 'clínico' en el contexto de esta normativa, se utiliza para designar tanto al médico como a cualquier otro profesional sanitario suficientemente cualificado y con capacidad legal para establecer el diagnóstico del paciente.

<sup>2</sup>Esta guía (este manual), se organiza en secciones. La Sección I contiene la estructura y las convenciones de la clasificación, así como las normas generales que le afectan. Además incluye normas específicas para cada capítulo, en el orden secuencial de la clasificación. La Sección II incluye las normas para la selección del diagnóstico principal en contactos no ambulatorios. La Sección III detalla las normas para el registro de diagnósticos adicionales en contactos no ambulatorios. La Sección IV es para codificación y registro de diagnósticos de pacientes ambulatorios. Es necesario leer detenidamente todas las secciones de esta normativa para entender por completo todas las reglas e instrucciones necesarias para codificar correctamente.

---

<sup>1</sup> Este documento es traducción del original ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting publicado por el NCHS, <http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd10cm.htm>

<sup>2</sup> Los cambios realizados con respecto al documento de 2015, aparecen señalados en rojo.

## **Índice**

Sección I.	Convenciones, normas generales de codificación y normas específicas de	
capítulo	.....	<b>13</b>
A.	Convenciones de CIE-10-ES .....	<b>13</b>
1.	El índice alfabético y la lista tabular .....	13
2.	Formato y estructura .....	13
3.	Códigos para la elaboración de registros .....	13
4.	Carácter de marcador de posición.....	14
5.	7º Carácter.....	14
6.	Abreviaturas .....	14
7.	Puntuación .....	14
8.	Uso de la “Y” .....	15
9.	Códigos 'Otros y no especificados' .....	15
10.	Notas 'Incluye' .....	15
11.	Términos de Inclusión .....	15
12.	Notas 'Excluye' .....	16
13.	Convenciones sobre etiología/manifestación (notas de tipo 'codifique primero', 'utilice código adicional' y 'en enfermedades clasificadas bajo otro concepto') .	16
14.	'Y' .....	17
15.	'Con' .....	17
16.	'Véase' y 'Véase además' .....	17
17.	Nota 'Codificar además' .....	18
18.	Códigos por defecto .....	18
B.	Instrucciones generales de codificación.....	18
1.	Localización de un código en CIE-10-ES.....	18
2.	Nivel de detalle en la codificación.....	18
3.	Código o códigos de A00.0 a T88.9, Z00-Z99.8.....	18
4.	Signos y síntomas .....	19
5.	Afecciones que forman parte integral de un proceso patológico.....	19
6.	Afecciones que no son parte integral de un proceso patológico .....	19
7.	Codificación múltiple para una única afección .....	19
8.	Afecciones agudas y crónicas .....	20
9.	Código de combinación.....	20
10.	Secuelas (Efectos tardíos) .....	20
11.	Afección inminente o amenaza .....	21
12.	Registro del mismo diagnóstico más de una vez .....	21

13. Lateralidad.....	21
14. Documentación del IMC y de los estadios de las úlceras crónicas y por presión.	21
15. Síndromes.....	21
16. Documentación de las Complicaciones de Cuidados.....	22
17. Diagnóstico “límite” .....	22
<b>C. Normas específicas de codificación por capítulos .....</b>	<b>23</b>
1. Capítulo 1: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99).....	23
a. Infecciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) .....	23
1) Codifique solo los casos confirmados.....	23
2) Selección y secuenciación de los códigos de VIH .....	23
b. Agentes infecciosos como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos.....	25
c. Infecciones resistentes a antibióticos .....	25
d. Sepsis, sepsis grave y shock séptico.....	25
1) Codificación de la sepsis y la sepsis grave .....	25
2) Shock séptico .....	26
3) Secuenciación de la sepsis grave .....	27
4) Sepsis y sepsis grave junto con una infección localizada .....	27
5) Sepsis debida a infección posterior a procedimiento .....	27
6) Sepsis y sepsis grave asociadas a un proceso no infeccioso .....	28
7) Sepsis y shock séptico que complican aborto, embarazo, parto y puerperio .....	29
8) Sepsis del recién nacido .....	29
e. Staphylococcus Aureus Meticilin Resistente (SAMR).....	29
1) Selección y secuencia de códigos SAMR .....	29
2. Capítulo 2: Neoplasias (C00-D49) .....	30
a. Tratamiento dirigido a la neoplasia .....	31
b. Tratamiento dirigido a la metástasis .....	31
c. Codificación y secuencia de códigos para complicaciones.....	31
1) Anemia asociada a neoplasias malignas.....	31
2) Anemia asociada con quimioterapia, inmunoterapia y radioterapia .....	32
3) Tratamiento de la deshidratación debida a neoplasias malignas .....	32
4) Tratamiento de una complicación resultante de un procedimiento quirúrgico .....	32
d. Neoplasia maligna primaria previamente extirpada .....	32
e. Admisión y contacto que implica quimioterapia, inmunoterapia y radioterapia .	32
1) Episodio asistencial en el que se realiza la extirpación de la neoplasia .....	32
2) Contacto exclusivamente para la administración de quimioterapia, inmunoterapia y radioterapia .....	33

3)	Contacto para radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia que desarrolla complicaciones .....	33
f.	Contacto para determinar la extensión de una neoplasia maligna.....	33
g.	Síntomas, signos y hallazgos anormales asociados a neoplasias que figuran en el Capítulo 18 .....	33
h.	Contacto para control o manejo del dolor .....	33
i.	Neoplasia maligna en dos o más sitios no contiguos .....	33
j.	Neoplasia maligna diseminada, no especificada.....	34
k.	Neoplasia maligna no especificada localización.....	34
l.	Secuenciación de códigos en neoplasias .....	34
1)	Contacto para tratamiento de tumores malignos primarios.....	34
2)	Contacto para tratamiento de neoplasias malignas secundarias.....	34
3)	Neoplasia maligna en paciente embarazada .....	34
4)	Contacto por complicación asociada a una neoplasia .....	34
5)	Complicación de procedimiento quirúrgico para tratamiento de una neoplasia .....	35
6)	Fractura patológica debida a neoplasia.....	35
m.	Neoplasia maligna actual frente a historia personal de neoplasia maligna .....	35
n.	Leucemia, Mieloma múltiple y Neoplasias malignas de células plasmáticas en remisión, versus historia personal .....	35
o.	Cuidados posteriores después de cirugía por neoplasia.....	36
p.	Cuidados de seguimiento para tratamiento completado de neoplasia .....	36
q.	Extracción profiláctica de órgano para prevención de neoplasia maligna.....	36
r.	Neoplasia maligna asociada con órgano trasplantado .....	36
3.	Capítulo 3: Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico (D50-D89) .....	36
4.	Capítulo 4: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E89) ...	36
a.	Diabetes mellitus .....	36
1)	Tipo de diabetes .....	36
2)	Tipo de diabetes mellitus no documentado .....	36
3)	Diabetes mellitus y uso de insulina .....	37
4)	Diabetes mellitus en el embarazo y diabetes gestacional .....	37
5)	Complicaciones debidas a mal funcionamiento de bomba de insulina .....	37
6)	Diabetes mellitus secundaria .....	37
5.	Capítulo 5: Trastornos mentales y de comportamiento (F01-F99) .....	38
a.	Trastornos dolorosos relacionados con factores psicológicos.....	38
b.	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas .....	39
1)	En Remisión .....	39
2)	Uso, Abuso y Dependencia de sustancias psicoactivas .....	39

3)	Uso de Sustancia Psicoactiva.....	39
6.	<b>Capítulo 6: Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)</b> .....	39
a.	<b>Lado dominante/no dominante</b> .....	39
b.	<b>Dolor - Categoría G89</b> .....	40
1)	Información general sobre codificación .....	40
2)	Dolor debido a dispositivos, implantes e injertos.....	41
3)	Dolor posoperatorio .....	41
4)	Dolor crónico .....	42
5)	Dolor relacionado con neoplasia .....	42
6)	Síndrome de dolor crónico .....	42
7.	<b>Capítulo 7: Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)</b> .....	43
a.	<b>Glaucoma</b> .....	43
1)	Asignación de los códigos de Glaucoma .....	43
2)	Glaucoma bilateral del mismo tipo y mismo estadio.....	43
3)	Glaucoma bilateral de diferentes tipos o estadios .....	43
4)	Paciente ingresado con un glaucoma con un estadio que evoluciona a otro durante el ingreso.....	43
5)	Glaucoma con estadio indeterminado .....	43
8.	<b>Capítulo 8: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)</b> .....	44
9.	<b>Capítulo 9: Enfermedades del aparato circulatorio (I00-I99)</b> .....	44
a.	<b>Hipertensión</b> .....	44
1)	Hipertensión con enfermedad cardiaca .....	44
2)	Enfermedad Renal Crónica Hipertensiva .....	44
3)	Enfermedad cardiaca y renal crónica hipertensiva .....	44
4)	Enfermedad cerebrovascular hipertensiva.....	45
5)	Retinopatía hipertensiva.....	45
6)	Hipertensión secundaria .....	45
7)	Hipertensión transitoria.....	45
8)	Hipertensión controlada .....	45
9)	Hipertensión no controlada .....	45
b.	<b>Enfermedad coronaria aterosclerótica y angina de pecho</b> .....	46
c.	<b>Accidente cerebrovascular intraoperatorio y posprocedimiento</b> .....	46
d.	<b>Secuelas de enfermedad cerebrovascular</b> .....	46
1)	Categoría I69 Secuelas de enfermedad cerebrovascular .....	46
2)	Códigos de la categoría I69 junto con códigos I60-I67 .....	47
3)	Códigos de la categoría I69 junto con códigos Z86.73 Historia personal de ataque isquémico transitorio (AIT) e infarto cerebral sin déficits residuales .....	47
e.	<b>Infarto agudo de miocardio (IAM)</b> .....	47
1)	Infarto de miocardio con elevación de ST (IMCEST) e infarto de miocardio sin elevación del ST (IMSEST) .....	47

2)	Infarto agudo de miocardio, no especificado .....	48
3)	IAM documentado como no transmural o subendocárdico pero con localización especificada .....	48
4)	Infarto agudo de miocardio subsiguiente .....	48
<b>10.</b>	<b>Capítulo 10: Enfermedades del aparato respiratorio (J00-J99)</b> .....	<b>48</b>
a.	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC] y Asma.....	48
1)	Exacerbación aguda de bronquitis crónica obstructiva y asma.....	48
b.	Insuficiencia respiratoria aguda .....	48
1)	Insuficiencia respiratoria aguda como diagnóstico principal .....	48
2)	Insuficiencia respiratoria aguda como diagnóstico secundario .....	49
3)	Secuencia de códigos de insuficiencia respiratoria aguda y otra afección aguda .....	49
c.	Gripe debida a ciertos virus de la gripe identificados .....	49
d.	Neumonía asociada a Respirador .....	49
1)	Documentación de la Neumonía asociada a Respirador .....	50
2)	Neumonía asociada al respirador desarrollada con posterioridad al ingreso .....	50
<b>11.</b>	<b>Capítulo 11. Enfermedades del Aparato Digestivo (K00-K95)</b> .....	<b>50</b>
<b>12.</b>	<b>Capítulo 12: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)</b> .....	<b>50</b>
a.	Códigos para estadios de las úlceras por presión.....	50
1)	Estadios de las úlceras por presión.....	50
2)	Úlceras por presión no estadificables.....	50
3)	Estadio documentado de úlceras por presión .....	51
4)	Pacientes ingresados con úlceras por presión documentadas como cicatrizadas .....	51
5)	Pacientes ingresados con úlceras por presión documentadas como en fase de cicatrización	51
6)	Paciente admitido con úlcera por presión que evoluciona a un estadio diferente durante el ingreso .....	51
<b>13.</b>	<b>Capítulo 13: Enfermedades del Aparato Musculoesquelético y del tejido conectivo (M00-M99)</b> .....	<b>51</b>
a.	Localización y lateralidad .....	51
1)	Hueso versus articulación .....	52
b.	Afecciones musculoesqueléticas traumáticas agudas versus crónicas o recidivantes.....	52
c.	Codificación de las fracturas patológicas.....	52
d.	Osteoporosis .....	52
1)	Osteoporosis sin fractura patológica.....	53
2)	Osteoporosis con fractura patológica actual .....	53
<b>14.</b>	<b>Capítulo 14: Enfermedades del Aparato Genitourinario (N00-N99)</b> .....	<b>53</b>
a.	Enfermedad renal crónica .....	53
1)	Estadios de la enfermedad renal crónica (ERC) .....	53
2)	Enfermedad renal crónica y estado de trasplante de riñón .....	53

3)	Enfermedad renal crónica con otras afecciones .....	54
<b>15.</b>	<b>Capítulo 15: Embarazo, parto y puerperio (O00-O9A) .....</b>	<b>54</b>
<b>a)</b>	<b>Normas generales para los casos obstétricos.....</b>	<b>54</b>
1)	Códigos del capítulo 15 y secuenciación.....	54
2)	Códigos del Capítulo 15 utilizados solamente en la historia de la madre .....	54
3)	Carácter final para el trimestre .....	54
4)	Selección de trimestre para hospitalizaciones que incluyen más de un trimestre .....	55
5)	Trimestre no especificado .....	55
6)	7º carácter para identificar el feto .....	55
<b>b.</b>	<b>Selección de diagnóstico obstétrico principal .....</b>	<b>55</b>
1)	Consulta ambulatoria prenatal rutinaria .....	55
2)	Visitas prenatales ambulatorias para pacientes de alto riesgo .....	55
3)	Episodios sin parto.....	56
4)	Episodios con parto.....	56
5)	Resultado del parto.....	56
<b>c.</b>	<b>Afecciones pre-existentes frente a afecciones debidas al embarazo.....</b>	<b>56</b>
<b>d.</b>	<b>Hipertensión preexistente en el embarazo .....</b>	<b>56</b>
<b>e.</b>	<b>Afecciones fetales que influyen en el tratamiento de la madre.....</b>	<b>56</b>
1)	Códigos de las categorías O35 y O36.....	57
2)	Cirugía 'intraútero'.....	57
<b>f.</b>	<b>Infección por VIH en embarazo, parto y puerperio.....</b>	<b>57</b>
<b>g.</b>	<b>Diabetes mellitus en el embarazo.....</b>	<b>57</b>
<b>h.</b>	<b>Uso prolongado de insulina.....</b>	<b>57</b>
<b>i.</b>	<b>Diabetes gestacional (inducida por embarazo).....</b>	<b>57</b>
<b>j.</b>	<b>Sepsis y shock séptico que complican aborto, embarazo, parto y puerperio ....</b>	<b>58</b>
<b>k.</b>	<b>Sepsis puerperal.....</b>	<b>58</b>
<b>l.</b>	<b>Consumo de alcohol y tabaco durante embarazo, parto y puerperio.....</b>	<b>58</b>
1)	Consumo de alcohol durante embarazo, parto y puerperio .....	58
2)	Consumo de tabaco durante embarazo, parto y puerperio .....	58
<b>m.</b>	<b>Intoxicación, efectos tóxicos, efectos adversos e infradosificación en una paciente embarazada .....</b>	<b>59</b>
<b>n.</b>	<b>Parto normal, Código O80 .....</b>	<b>59</b>
1)	Contacto para parto a término sin complicaciones .....	59
2)	Parto sin complicaciones, con complicación anteparto resuelta .....	59
3)	Resultado del parto para O80 .....	59
<b>o.</b>	<b>Períodos de periparto y posparto .....</b>	<b>59</b>
1)	Periodos periparto y posparto .....	59
2)	Complicación posparto .....	60



3)	Complicaciones relacionadas con el embarazo .....	60
4)	Admisión para cuidados postparto rutinarios tras un parto extrahospitalario .....	60
5)	Miocardopatía asociada al embarazo.....	60
p.	<b>Código O94 - Secuelas de complicaciones de embarazo, parto y puerperio.....</b>	<b>60</b>
1)	Código O94 .....	60
2)	Después del periodo inicial del posparto .....	60
3)	Secuenciación del código O94 .....	60
q.	<b>Terminación de embarazo y aborto espontáneo .....</b>	<b>60</b>
1)	Aborto con feto nacido vivo .....	60
2)	Retención de productos de la concepción después de un aborto .....	61
r.	<b>Abuso en paciente embarazada .....</b>	<b>61</b>
16.	<b>Capítulo 16: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96).....</b>	<b>61</b>
a.	<b>Normas generales sobre periodo perinatal .....</b>	<b>61</b>
1)	Uso de códigos del Capítulo 16 .....	61
2)	Diagnóstico principal en el registro de nacimiento.....	61
3)	Uso de códigos de otros capítulos con códigos del capítulo 16.....	62
4)	Utilización de códigos del Capítulo 16 después del periodo perinatal .....	62
5)	Proceso asociado al nacimiento o afecciones adquiridas en la comunidad .....	62
6)	Codifique todas las afecciones clínicamente significativas .....	62
b.	<b>Observación y evaluación del recién nacido por sospecha de enfermedades no encontradas .....</b>	<b>62</b>
c.	<b>Codificación de diagnósticos perinatales adicionales .....</b>	<b>63</b>
1)	Asignación de códigos para afecciones que requieren tratamiento .....	63
2)	Códigos para afecciones que tienen implicaciones en futuros cuidados sanitarios.....	63
d.	<b>Prematuridad y retraso del crecimiento fetal .....</b>	<b>63</b>
e.	<b>Estados de bajo peso al nacer e inmadurez.....</b>	<b>63</b>
f.	<b>Sepsis bacteriana del recién nacido .....</b>	<b>63</b>
g.	<b>Mortinato .....</b>	<b>64</b>
17.	<b>Capítulo 17: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99) .....</b>	<b>64</b>
18.	<b>Capítulo 18: Síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto (R00-R99).....</b>	<b>64</b>
a.	<b>Utilización de los códigos de síntomas .....</b>	<b>65</b>
b.	<b>Uso de un código de síntoma junto con un código de diagnóstico definitivo ...</b>	<b>65</b>
c.	<b>Códigos de combinación que incluyen síntomas.....</b>	<b>65</b>
d.	<b>Caídas repetidas.....</b>	<b>65</b>
e.	<b>Escala de coma de Glasgow .....</b>	<b>65</b>
f.	<b>Cuadriplejía funcional.....</b>	<b>66</b>

g.	SRIS [SIRS] debido a proceso no infeccioso .....	66
h.	Muerte NEOM.....	66
19.	<b>Capítulo 19: Lesiones traumáticas, envenenamientos, y otras consecuencias de causas externas (S00-T88)</b> .....	67
a.	Utilización del 7º Carácter en el Capítulo 19 .....	67
b.	Codificación de las lesiones .....	68
1)	Lesiones superficiales .....	68
2)	Lesión principal junto a lesiones en nervios y vasos sanguíneos .....	68
c.	Codificación de fracturas traumáticas .....	68
1)	Contacto inicial vs. contactos sucesivos en fracturas.....	68
2)	Secuencia de códigos en fracturas múltiples .....	69
d.	Codificación de quemaduras y erosiones .....	69
1)	Secuencia de códigos para quemaduras y afecciones relacionadas .....	70
2)	Quemaduras de la misma localización .....	70
3)	Quemaduras que no cicatrizan.....	70
4)	Quemaduras infectadas .....	70
5)	Asigne códigos separados para cada localización de las quemaduras .....	70
6)	Quemaduras y corrosiones clasificadas por extensión de la superficie corporal afectada .	70
7)	Contactos para tratamiento de secuelas de quemaduras.....	71
8)	Secuelas con un código de efecto tardío y quemadura actual .....	71
9)	Uso de un código de causa externa con quemaduras y corrosiones .....	71
e.	Efectos adversos, envenenamiento, infradosificación y efectos tóxicos .....	71
1)	No codifique directamente desde la tabla de fármacos y productos químicos .....	71
2)	Utilice tantos códigos como sea necesario para describir el caso .....	72
3)	Un mismo código describe al agente causal .....	72
4)	Si hay dos o más drogas, medicamentos o sustancias biológicas.....	72
5)	La aparición de toxicidad de medicamentos se clasifica en CIE-10-MC de la siguiente manera: .....	72
f.	Abuso, abandono y otros malos tratos del niño y del adulto .....	73
g.	Complicaciones de cuidados .....	74
1)	Normativa general para las Complicaciones de Cuidados .....	74
2)	Dolor debido a dispositivos médicos.....	74
3)	Complicaciones de trasplante .....	74
4)	Códigos de complicación que incluye la causa externa.....	75
5)	Códigos de complicaciones de cuidados dentro de los capítulos sistemas corporales .....	75
20.	<b>Capítulo 20: Causas externas de morbilidad (V01-Y99)</b> .....	76
a.	Normas generales para codificación de causas externas.....	76
1)	Se utilizan con cualquier código comprendido entre A00.0-T88.9, Z00-Z99 .....	76
2)	Uso de códigos de causa externa para duración del tratamiento .....	76

3)	Utilice todo el rango de códigos de causa externa .....	77
4)	Asigne tantos códigos de causa externa como sean necesarios.....	77
5)	Selección del código de causa externa apropiado .....	77
6)	Un código de causa externa nunca puede ser diagnóstico principal .....	77
7)	Códigos de combinación de causa externa .....	77
8)	No se necesita código de causa externa en determinadas circunstancias.....	77
b.	Normas sobre lugar del acontecimiento.....	77
c.	Código de actividad .....	78
d.	Lugar de acontecimiento, actividad, y códigos de estado utilizados junto con otros códigos de causa externa.....	78
e.	Formulario de registro con número limitado de códigos de causa externa.....	78
f.	Normas de codificación para causas externas múltiples .....	78
g.	Normas sobre maltrato de niños y adultos .....	79
h.	Norma para intencionalidad desconocida o indeterminada .....	79
1)	Utilización de intención no determinada .....	79
i.	Normativa sobre las secuelas (efectos tardíos) de causa externa.....	79
1)	Códigos de secuelas de causa externa.....	79
2)	Código de secuela de causa externa junto con una lesión actual relacionada .....	80
3)	Uso de códigos de secuela de causa externa para consultas sucesivas .....	80
j.	Normas para terrorismo .....	80
1)	Causa de lesión identificada como terrorismo .....	80
2)	Causa de una lesión cuando se sospecha que es resultado de terrorismo .....	80
3)	Código Y38.9 Terrorismo, efectos secundarios.....	80
k.	Estado de causa externa.....	80
21.	Capítulo 21: Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (Z00-Z99) .....	81
a.	Uso de códigos Z en cualquier ámbito asistencial sanitario .....	81
b.	Códigos Z como indicación de un motivo de contacto.....	81
c.	Categorías de códigos Z .....	81
1)	Contacto / Exposición .....	81
2)	Inoculaciones y vacunaciones .....	82
3)	Estado (de).....	82
4)	Historia (de).....	85
5)	Cribado [screening].....	86
6)	Observación.....	86
7)	Cuidados posteriores .....	87
8)	Seguimiento.....	89
9)	Donantes .....	89
10)	Asesoramiento.....	89

11)	Contactos para servicios Obstétricos y Reproductivos .....	90
12)	Recién nacidos y lactantes .....	91
13)	Reconocimientos médicos rutinarios y administrativos .....	91
14)	Códigos Z misceláneos .....	92
15)	Códigos Z inespecíficos.....	93
16)	Códigos Z que sólo pueden ser diagnósticos principal.....	93
<b>Sección II. Selección del diagnóstico principal.....</b>		<b>94</b>
A.	Códigos para síntomas, signos y afecciones mal definidas .....	95
B.	Dos o más afecciones interrelacionadas, y las dos pueden cumplir los criterios de definición de diagnóstico principal .....	95
C.	Dos o más diagnósticos que cumplen por igual la definición de diagnóstico principal .....	95
D.	Dos o más diagnósticos diferenciales o contrastados.....	95
E.	Síntoma(s), seguido(s) por diagnósticos diferenciales o contrastados .....	95
F.	Plan original de tratamiento no realizado .....	95
G.	Complicaciones de cirugía y otros cuidados médicos .....	95
H.	Diagnóstico incierto .....	96
I.	Admisión desde la Unidad de Observación.....	96
1.	Admisión después de observación médica .....	96
2.	Admisión después de observación posoperatoria.....	96
J.	Admisión desde Cirugía Ambulatoria .....	96
<b>Sección III. Registro de diagnósticos secundarios .....</b>		<b>97</b>
A.	Afecciones preexistentes .....	97
B.	Hallazgos anormales .....	98
C.	Diagnóstico incierto .....	98
<b>Sección IV. Normas sobre codificación y declaración de diagnósticos para el ámbito ambulatorio .....</b>		<b>98</b>
A.	Selección del primer diagnóstico.....	99
1.	Cirugía sin ingreso .....	99
2.	Estancia en Observación .....	99
B.	Códigos desde A00.0 hasta T88.9, Z00-Z99 .....	99
C.	Registro exacto de códigos de diagnóstico CIE-10-ES .....	99
D.	Códigos que describen síntomas y signos .....	100
E.	Contactos por circunstancias distintas de enfermedad o lesión .....	100
F.	Nivel de detalle en la codificación .....	100
1.	Códigos CIE-10-ES con 3, 4 o 5 caracteres .....	100
2.	Uso de la totalidad de caracteres requeridos para un código .....	100

<b>G.</b>	<b>Código CIE-10-ES para diagnóstico, afección, problema u otro motivo de contacto o visita .....</b>	<b>100</b>
<b>H.</b>	<b>Diagnóstico incierto .....</b>	<b>100</b>
<b>I.</b>	<b>Enfermedades crónicas .....</b>	<b>101</b>
<b>J.</b>	<b>Codifique todas las afecciones documentadas que coexistan.....</b>	<b>101</b>
<b>K.</b>	<b>Contacto únicamente para pruebas diagnósticas.....</b>	<b>101</b>
<b>L.</b>	<b>Pacientes que sólo reciben atención terapéutica .....</b>	<b>101</b>
<b>M.</b>	<b>Pacientes que sólo se realizan estudio preoperatorio .....</b>	<b>102</b>
<b>N.</b>	<b>Cirugía ambulatoria .....</b>	<b>102</b>
<b>O.</b>	<b>Consulta ambulatoria prenatal rutinaria .....</b>	<b>102</b>
<b>P.</b>	<b>Contactos para reconocimientos médicos generales con resultados anormales ...</b>	<b>102</b>
<b>Q.</b>	<b>Contactos para cribado rutinario de salud .....</b>	<b>102</b>
	<b>Normativa CIE 10 ES.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
	<b>Apéndice 1. POA.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## **Sección I. Convenciones, normas generales de codificación y normas específicas de capítulo**

Las convenciones, normas generales y normas específicas de capítulo son aplicables a todos los entornos asistenciales a menos que se indique lo contrario. Las convenciones e instrucciones de la clasificación tienen prioridad sobre las normas.

### **A. Convenciones de CIE-10-ES**

Las convenciones para CIE-10-ES son unas reglas generales que rigen el uso de la clasificación, y son independientes de la normativa.

Estas convenciones están incorporadas en el índice alfabético y en la lista tabular como notas de instrucción.

#### **1. El índice alfabético y la lista tabular**

La clasificación se encuentra dividida en:

- Índice Alfabético, una lista alfabética de términos y sus códigos correspondientes. Se compone de las siguientes partes: Índice de Enfermedades y Lesiones, Índice de Causas Externas, Tabla de Neoplasias y Tabla de Fármacos y Sustancias químicas.
- Lista Tabular, una lista sistemática de códigos distribuidos por capítulos según el sistema corporal o el tipo de afección.<sup>3</sup>

#### **2. Formato y estructura**

La Lista Tabular de CIE-10-ES contiene categorías, subcategorías y códigos cuyos caracteres pueden ser letras o números. Todas las categorías constan de 3 caracteres. Si una categoría no tiene subdivisiones, equivale a un código final. Las subcategorías pueden tener cuatro o cinco caracteres. Los códigos pueden tener 3, 4, 5, 6 o 7 caracteres. Cada subdivisión de una categoría da lugar a una subcategoría. El nivel final de una subdivisión es el código. Todos los códigos de la lista tabular en la versión oficial de CIE-10-ES están en negrita. Los códigos que tienen siete caracteres son códigos finales, no subcategorías. Un código que conste de 7º carácter, se considera inválido sin la presencia del mismo.

CIE-10-ES utiliza un formato con sangrado para facilitar la búsqueda.

#### **3. Códigos para la elaboración de registros**

Para la elaboración de los registros, solo se consideran como válidos los códigos finales, siendo obligatorio registrar el 7º carácter siempre que sea aplicable.

---

<sup>3</sup> Véase Sección I.C2. Normas generales

Véase Sección I.C.19. Efectos adversos, envenenamiento, infradosificación y efectos tóxicos

#### 4. Carácter de marcador de posición

CIE-10-ES utiliza una “X” como un carácter de reserva de espacio. La “X” se utiliza como marcador de posición en ciertos códigos, con el fin de permitir una futura expansión. Se pueden encontrar ejemplos de ello en los códigos de intoxicación, efectos adversos e infradosificación de las categorías T36-T50. Siempre que exista un carácter de espacio reservado, se debe consignar la “X” para que el código se considere válido.

#### 5. 7º Carácter

Algunas categorías de CIE-10-ES tienen la posibilidad de utilizar un 7º carácter. Este séptimo carácter es de uso obligatorio para todos los códigos de dicha categoría en los que sea aplicable, y para los que se especifiquen en las notas de la lista tabular. Cuando sea preciso utilizar un séptimo dígito y el código no tenga desarrollados todos los caracteres previos, se utilizará la “X” para ocupar el espacio vacío, por tanto el séptimo carácter debe ocupar siempre la séptima posición en el campo de datos.

#### 6. Abreviaturas

##### a. Abreviaturas del Índice Alfabético y la Lista Tabular

**NCOC** 'No Clasificable bajo Otro Concepto'

Esta abreviatura en el índice significa 'otro tipo especificado'. Cuando la clasificación no dispone de un código específico para una afección determinada, el índice dirige al codificador a un código de la lista tabular del tipo 'otros especificados'.

**NEOM** 'No Especificado de Otro Modo'. Esta abreviatura es el equivalente de 'no especificado'.

##### b. Abreviaturas de la Lista Tabular

**NCOC** 'No Clasificable bajo Otro Concepto'

Esta abreviatura en la Lista Tabular representa 'otro tipo especificado'. Cuando no hay un código específico para una afección determinada, la Lista Tabular incluye una entrada NCOC bajo el código para identificarlo como 'otros especificados'.

**NEOM** 'No Especificado de Otro Modo' Esta abreviatura es el equivalente de 'no especificado'.

#### 7. Puntuación

[ ] En la Lista Tabular se utilizan corchetes para incluir sinónimos, palabras alternativas o frases explicativas. En el Índice Alfabético se utilizan corchetes para identificar códigos de manifestación.

( ) Los paréntesis se utilizan tanto en el Índice Alfabético como en la Lista Tabular para incluir palabras complementarias que pueden estar presentes o ausentes en la expresión que describe una enfermedad o procedimiento sin afectar al código asignado. Los términos entre paréntesis que se indican a continuación del término principal se denominan modificadores no esenciales. Si se da la

circunstancia en la que un modificador no esencial y un modificador esencial son mutuamente excluyentes, siempre tiene prioridad el modificador esencial. Por ejemplo, en el caso de una enteritis aguda y crónica, el índice alfabético, proporciona con el término principal “enteritis”, un modificador no esencial para "aguda" y un modificador esencial para "crónica". Como el modificador esencial siempre tiene prioridad, deberá seleccionarse el código que se relaciona junto al modificador "crónica".

: Los dos puntos se utilizan en la Lista Tabular después de un término que necesita uno o más modificadores para poderse asignar a una categoría determinada.

## **8. Uso de la “Y”**

Vea Sección I.A.14. Uso de la palabra “Y”.

## **9. Códigos 'Otros y no especificados'**

### **a. Códigos 'Otros'**

Los códigos en cuyo literal figura la palabra 'otros' o bien 'otros especificados' deben utilizarse en aquellos casos en los que aunque la historia clínica proporciona una información detallada, no existe un código específico. Las entradas del Índice Alfabético que incluye la abreviatura NCOC designan códigos del tipo 'otros' en la lista tabular. Estas entradas del índice alfabético, representan entidades nosológicas concretas para las que no existe un código específico, razón por la que se incluyen en códigos de tipo "otros".

### **b. Códigos 'No especificado'**

Los códigos que contienen la expresión 'no especificado' (generalmente con un cuarto dígito 9 o un quinto dígito 0 para los códigos de diagnóstico) han de utilizarse cuando la información de la historia clínica sea insuficiente para asignar un código más específico. Para aquellas categorías que no dispongan de códigos del tipo 'no especificado', los códigos 'otros especificados' pueden incluir ambas circunstancias.

Vea Sección I.B.18. Uso de códigos de signos/síntomas/inespecíficos

## **10. Notas 'Incluye'**

Estas notas aparecen inmediatamente debajo del literal de los códigos de tres caracteres para definir mejor o proporcionar ejemplos del contenido de la categoría.

## **11. Términos de Inclusión**

Son listas de términos ubicadas debajo de algunos códigos. Pueden ser sinónimos del enunciado del código y representan una lista de diversas afecciones a las que se asigna dicho código. La lista de términos incluidos no es necesariamente exhaustiva.

Otros términos adicionales, que solo aparecen en el índice alfabético también pueden estar incluidos en el código.



## 12. Notas 'Excluye'

CIE-10-MC tiene dos tipos de notas 'Excluye'.

Cada una de ellas tienen una definición y un uso diferente pero ambas son similares en la manera de indicar que los códigos excluidos en cada una de las notas son independientes entre sí.

### a. Excluye1

Las notas tipo Excluye1 son notas de exclusión pura.

Significa ¡NO CODIFICAR AQUI! Las notas de tipo 'Excluye1' indican que el código excluido nunca debe utilizarse junto al código afectado por dicha nota de exclusión. Una instrucción del tipo 'Excluye1' se utiliza cuando dos afecciones no pueden darse a la vez, tal como ocurre con una forma congénita y una forma adquirida de la misma enfermedad.

### b. Excluye2

Las notas de tipo 'Excluye2' significan 'no incluido aquí'. Una instrucción "Excluye2" indica que la afección excluida, no forma parte de la entidad representada por el código, pero cabe la posibilidad de que un paciente pueda presentar ambas afecciones al mismo tiempo. Cuando existe una nota 'Excluye2', es posible utilizar juntos ambos códigos, el que contiene la nota y el excluido, si las circunstancias así lo requieren.

## 13. Convenciones sobre etiología/manifestación (notas de tipo 'codifique primero', 'utilice código adicional' y 'en enfermedades clasificadas bajo otro concepto')

Ciertas afecciones pueden presentar tanto una etiología subyacente como manifestaciones de múltiples aparatos o sistemas debidas a dicha etiología subyacente.

Para la codificación de tales afecciones, existe una convención en CIE-10-MC que exige que la afección subyacente sea secuenciada en primer lugar, seguida de la manifestación. Siempre que se produzca esta combinación, aparecerá una nota del tipo 'utilicé código adicional' asociada al código de la etiología, y una nota del tipo 'codifique primero' junto al código de manifestación. Estas notas de instrucción indican la secuencia adecuada de códigos, etiología seguida de manifestación.

En la mayoría de los casos los códigos de manifestación tendrán en el literal del código la expresión 'en enfermedades clasificadas en otra lugar'. Los códigos que llevan este título se rigen por las convenciones de etiología/manifestación descritas en el párrafo anterior. Los códigos de tipo 'en enfermedades clasificadas en otra lugar' no pueden utilizarse como diagnóstico principal. Deben utilizarse junto con un código de la afección subyacente y se deben secuenciar después de dicha afección subyacente. Un ejemplo de esto se puede ver en la categoría **F02 Demencia en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto**. Existen códigos de manifestación que no incluyen en su literal la expresión 'en enfermedades clasificadas en otra lugar'. En estos casos, los códigos de etiología llevan una nota del tipo "utilice código adicional" y los códigos de manifestación

cuentan con una nota de tipo “codifique primero”, debiéndose además aplicar la normativa de secuenciación de códigos.

Además de las notas de la lista tabular, estas afecciones tienen también una estructura específica en las entradas del Índice Alfabético. En el Índice Alfabético, ambas afecciones se listan juntas, con el código de etiología colocado en primer lugar y seguido de los códigos de manifestación incluidos entre corchetes. Un código entre corchetes siempre se asigna como secundario.

Un ejemplo de la convención etiología/manifestación es la demencia en la enfermedad de Parkinson. En el Índice Alfabético, el código G20 se coloca primero, seguido del código F02.80 o bien F02.81, ambos entre corchetes. El código **G20 Enfermedad de Parkinson**, representa la patología subyacente y siempre debe estar secuenciada antes que los códigos F02.80 y F02.81 que representan las manifestaciones de la demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar, con o sin alteración del comportamiento.

Las notas 'codifique primero' y 'utilice código adicional' también se utilizan como reglas de secuencia en la clasificación, para ciertos códigos que no forman parte de una combinación etiología/manifestación.<sup>4</sup>

#### 'Y'

La palabra “y”, cuando aparece en un literal, puede interpretarse bien como 'y' o bien como “o”. Por ejemplo, tanto los casos descritos como “tuberculosis ósea” como los de, “tuberculosis articular” o tuberculosis ósea y articular” se clasifican bajo la subcategoría **A18.0 Tuberculosis de huesos y articulaciones**.

#### 14. 'Con'

El término "con" debe ser interpretado como "asociada con" o "debida a", cuando aparece en el índice alfabético en un término principal o en una nota de instrucción de la lista tabular.

La palabra 'con' en el Índice Alfabético se ordena inmediatamente después del término principal, y no en el orden alfabético que le correspondería.

#### 15. 'Véase' y 'Véase además'

La instrucción 'Véase' que sigue a un término principal en el Índice Alfabético indica que es necesario dirigirse a otro término, siendo obligatorio la consulta de dicho término principal para localizar el código correcto.

La instrucción 'véase además' después de un término principal en el Índice Alfabético indica que existe otro término principal que también puede ser consultado y que puede proporcionar entradas adicionales que sean de utilidad. No es necesario seguir la instrucción 'véase además' cuando el término principal original proporciona el código que necesitamos.

---

<sup>4</sup> Véase Sección I.B.7. Codificación múltiple para una sola afección

## **16. Nota 'Codificar además'**

La nota 'codificar además' nos indica que se pueden necesitar dos códigos para describir completamente una afección, pero no proporciona directrices sobre la secuencia de los mismos.

## **17. Códigos por defecto**

Al código que proporciona el Índice Alfabético a continuación de un término principal, se le denomina código por defecto. El código por defecto representa aquella afección que se asocia con mayor frecuencia al término principal, o bien es el código inespecífico para la misma. Si se documenta una afección en la historia clínica (por ejemplo, apendicitis) sin ninguna información adicional tal como aguda o crónica, se debe asignar el código que figura por defecto.

## **B. Instrucciones generales de codificación**

### **1. Localización de un código en CIE-10-ES**

Para seleccionar con la clasificación un diagnóstico o un motivo de consulta documentados en una historia clínica, localice en primer lugar el término principal en el Índice Alfabético y a continuación, verifique el código proporcionado en la Lista Tabular. Lea y cumpla las notas de instrucción que aparezcan tanto en el Índice alfabético como en la Lista Tabular.

Es esencial utilizar tanto el Índice Alfabético como la Lista Tabular para localizar y asignar un código. El índice no siempre proporciona el código completo. La selección del código completo, incluyendo lateralidad y cualquier séptimo carácter que sea de aplicación, sólo se puede hacer con la lista tabular. Un guion al final de una entrada de índice indica que se requieren caracteres adicionales. Incluso si no existe guion en la entrada de índice, es necesario consultar la lista tabular para verificar que no se requiere séptimo carácter.

### **2. Nivel de detalle en la codificación**

Los códigos de diagnóstico se deben utilizar y registrar con el máximo número de caracteres disponibles.

Los códigos de diagnóstico de CIE-10-ES están compuestos por 3, 4, 5, 6 o 7 caracteres. Los códigos de 3 caracteres incluidos en CIE-10-ES se corresponden con el título de las categorías, estas a su vez pueden subdividirse mediante el uso de cuartos, quintos o sextos caracteres, que proporcionan detalle adicional.

Sólo se debe utilizar un código de tres caracteres si no tiene subdivisiones. Un código no es válido si no se ha expresado con el número máximo de caracteres requerido, incluyendo el séptimo carácter, si procede.

### **3. Código o códigos de A00.0 a T88.9, Z00-Z99.8**

Se debe utilizar el código o códigos apropiados (s) entre A00.0 y T88.9, o entre Z00 a Z99.8 para identificar diagnósticos, síntomas, afecciones, problemas, quejas u otros motivos de contacto.

#### **4. Signos y síntomas**

Los códigos que describen síntomas y signos, son aceptables a efectos de registro cuando no se ha realizado (confirmado) un diagnóstico definitivo por el clínico. El capítulo 18 de CIE-10-ES Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otro lugar (códigos R00.0-R99), contiene muchos códigos de síntomas pero no todos los existentes.

Vea Sección I.B.18. **Uso de códigos de signos/síntomas/inespecíficos**

#### **5. Afecciones que forman parte integral de un proceso patológico**

Los signos y síntomas que se asocian habitualmente con un proceso patológico no deben asignarse como códigos adicionales, a no ser que la clasificación indique lo contrario.

#### **6. Afecciones que no son parte integral de un proceso patológico**

Los signos y síntomas que no se asocian de forma habitual con un determinado proceso patológico, deberán codificarse cuando se hallen presentes.

#### **7. Codificación múltiple para una única afección**

Además de la convención de etiología/manifestación, que requiere utilizar dos códigos para describir completamente una afección que afecta a múltiples sistemas corporales, existen determinadas afecciones que también requieren más de un código. En la lista tabular, las notas de tipo 'utilice código adicional', se asocian a códigos que aunque no pertenecen a los de etiología/manifestación, resultan útiles como códigos secundarios para describir completamente la afección. La normativa de secuenciación de códigos es la misma que en los casos de etiología/manifestación y la expresión 'utilice código adicional' indica que debe añadirse un código secundario.

Por ejemplo, para las infecciones bacterianas que no están incluidas en el capítulo 1, puede ser necesario un código secundario de la categoría B95 **Streptococcus, Staphylococcus y Enterococos como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto**, o B96 **Otros agentes bacterianos como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto**, con el fin de identificar el agente causal de la infección.

Las notas de tipo 'utilice código adicional' se encuentran normalmente asociadas a los códigos de enfermedades infecciosas, para indicar la necesidad de añadir el código del microorganismo como diagnóstico secundario.

Las notas de tipo 'codifique primero' también se encuentran asociadas a ciertos códigos que no son códigos de manifestación propiamente dichos pero que pueden deberse a una afección subyacente. Cuando exista una nota del tipo 'codifique primero' y esté presente una afección subyacente, esta deberá secuenciarse en primer lugar.

Las notas del tipo 'codifique primero cualquier afección causal, si procede' indican que ese código puede asignarse como diagnóstico principal cuando la afección causal es desconocida o no es aplicable. Si se conoce una afección causal, se debe secuenciar el código de dicha afección en primer lugar o como diagnóstico principal.

Se pueden necesitar códigos múltiples para describir secuelas, complicaciones y afecciones obstétricas, con el fin de describir de forma más completa una afección. (Véanse las directrices específicas de estas afecciones para obtener instrucciones adicionales).

#### **8. Afecciones agudas y crónicas**

Si una misma afección se describe a la vez como aguda (subaguda) y como crónica, y existen subentradas diferentes en el índice alfabético con el mismo nivel de sangrado, se deben asignar los dos códigos secuenciando primero el código de la afección aguda (subaguda).

#### **9. Código de combinación**

Un código de combinación es un código único que se usa para clasificar:

- Dos diagnósticos, o
- Un diagnóstico con un proceso secundario asociado (manifestación), o
- Un diagnóstico con una complicación asociada

Los códigos de combinación se identifican consultando los modificadores esenciales del índice alfabético y leyendo las notas de inclusión y exclusión de la lista tabular.

Asigne un código de combinación solamente cuando dicho código identifique completamente las afecciones que estén presentes en el diagnóstico o cuando el índice alfabético así lo indique. Cuando la clasificación proporciona un código de combinación que identifica claramente todos los elementos documentados en el diagnóstico, no se debe utilizar codificación múltiple. Si el código de combinación carece de la especificidad necesaria para describir la manifestación o la complicación, se debe utilizar un código adicional como diagnóstico secundario.

#### **10. Secuelas (Efectos tardíos)**

Una secuela es la afección residual producida después de que haya terminado la fase aguda de una enfermedad o lesión. No hay límite de tiempo para poder utilizar un código de secuela. El efecto residual puede ser evidente en una etapa precoz, como ocurre en un infarto cerebral, o puede aparecer meses o años más tarde, tal como sucede en los que se asocian a una lesión traumática previa. Ejemplos de secuela son: una cicatriz como resultado de una quemadura, un tabique desviado debido a una fractura previa y la infertilidad debida a una oclusión tubárica por una antigua tuberculosis.

En general, la codificación de las secuelas requiere dos códigos con la siguiente secuencia: la afección o naturaleza de la secuela que se asigna en primer lugar y el código de efecto tardío que se secuencia a continuación.

Como excepción a la norma anterior están aquellos casos en los que el código de la secuela viene identificado en la lista tabular como un código de manifestación de otra enfermedad, o bien cuando el código de la secuela ha sido expandido a nivel de cuarto, quinto o sexto carácter para incluir en él las manifestaciones. El

código de la fase aguda de una enfermedad o lesión que dio lugar a la secuela nunca se utiliza junto con el código de efecto tardío.<sup>5</sup>

#### **11. Afección inminente o amenaza**

Codifique cualquier afección que en el momento del alta se describa como 'inminente' o como 'amenaza de', tal como se indica a continuación:

- Si se produjo, codifíquela como diagnóstico confirmado.
- Si no se ha producido, consulte el índice alfabético para determinar si dicha afección tiene un término modificador para las expresiones 'inminente' o 'amenaza de' y consulte también las entradas de los términos principales de 'Inminente' y 'Amenaza'.
- Si hay modificadores esenciales, utilice el código que se asigna.
- Si no hay modificadores, codifique la afección o afecciones subyacentes que existan y no la afección descrita como inminente o amenaza.

#### **12. Registro del mismo diagnóstico más de una vez**

Cada código diagnóstico individual de CIE-10-ES sólo se puede registrar una vez en cada contacto. Esto se aplica tanto a las afecciones bilaterales cuando no existen códigos diferenciados que identifiquen la lateralidad, como a dos afecciones diferentes que se clasifiquen bajo el mismo código diagnóstico de CIE-10-ES.

#### **13. Lateralidad**

Algunos códigos de CIE-10-ES proporcionan la lateralidad, especificando cuando la afección es derecha, izquierda o bilateral. Si la afección es bilateral y no existe un código de bilateralidad, se debe asignar un código para cada uno de los lados izquierdo y derecho. Si el lado no está identificado en la Historia Clínica, asigne el código de lado no especificado.

#### **14. Documentación del IMC y de los estadios de las úlceras crónicas y por presión**

"La asignación de los códigos de índice de masa corporal (IMC), profundidad de úlceras crónicas no debidas a la presión y los estadios en las úlceras por presión, puede basarse en la documentación de la historia aportada por otros profesionales distintos al médico responsable (por ejemplo, dietistas que con frecuencia documentan el IMC y enfermeras que con frecuencia documentan los estadios de las úlceras por presión). Sin embargo, el diagnóstico asociado (tal como sobrepeso, obesidad o úlcera por presión) debe ser documentado por el clínico que atiende al paciente. Si hay documentación contradictoria en la historia clínica, sea del mismo o de diferentes clínicos, se debe consultar al facultativo responsable de la atención del paciente, para clarificar la situación.

Los códigos de IMC sólo deben registrarse como diagnósticos secundarios.

#### **15. Síndromes**

---

<sup>5</sup> Véase Sección I.C.9. Secuelas de enfermedad cerebrovascular

Véase Sección I.C.15. Secuelas de complicaciones de embarazo, parto y puerperio

Véase Sección I.C.19. Utilización del 7º carácter en el capítulo 19

Siga las instrucciones del Índice Alfabético para codificar síndromes. Cuando el Índice Alfabético no proporcione instrucciones, se deben asignar códigos para cada una de las manifestaciones documentadas. También pueden asignarse códigos adicionales para manifestaciones que no forman parte integral de la enfermedad, en aquellos casos en los que la afección no tiene un código exclusivo para ella.

#### **16. Documentación de las Complicaciones de Cuidados**

La asignación de códigos se basa en la relación establecida en la documentación clínica entre la complicación y los cuidados o el procedimiento recibidos. La norma afecta a cualquier complicación de la atención, independientemente del capítulo en el que se encuentre clasificado el código. Es importante señalar que no todas las afecciones que se producen durante o después de la atención médica o de la cirugía se clasifican como complicaciones. Debe haber siempre una relación de causa-efecto entre el cuidado prestado, y existir una indicación en la documentación de que se trata de una complicación. Se debe consultar al clínico si la complicación no está claramente documentada.

#### **17. Diagnóstico "límite"**

Si el clínico documenta un diagnóstico como "límite" en el momento del alta, el diagnóstico se codifica como confirmado, a menos que la clasificación proporciona una entrada específica (por ejemplo, pre-diabetes). Si una afección límite, tiene una entrada específica en el Índice de CIE10CM, debe ser codificada como tal. Dado que las afecciones límite no son diagnósticos inciertos, no hay distinción para su codificación en los distintos ámbitos de la atención (pacientes hospitalizados versus pacientes ambulatorios). Cuando la documentación no sea clara respecto a una afección límite, los codificadores deben consultar para obtener aclaraciones.

#### **18. Uso de códigos de signos/síntomas/inespecíficos**

**El empleo de códigos de signos y síntomas o códigos inespecíficos, está permitido e incluso puede ser necesario.** Aunque siempre que la documentación lo permita, deben seleccionarse códigos de diagnóstico específicos, hay casos en los que puede ser necesario utilizar códigos de signos, síntomas o códigos inespecíficos, para reflejar con precisión un episodio.

Si no se ha establecido un diagnóstico definitivo al final episodio, es adecuado utilizar códigos de signos y / o síntomas, en lugar de un diagnóstico definitivo. Cuando no se dispone de suficiente información clínica o no existe un código más específico para una afección o problema determinado, se puede utilizar un código "no especificado" (por ejemplo, se ha establecido un diagnóstico de neumonía, pero no se ha tipificado específicamente).

Los códigos inespecíficos deben ser utilizados cuando reflejen con mayor precisión lo que se conoce del paciente en un episodio concreto. Sería inapropiado seleccionar un código más específico si no está debidamente documentado o que se determine la

realización de pruebas diagnósticas innecesarias con el fin de determinar un código más específico.

## **C. Normas específicas de codificación por capítulos**

Además de las normas generales de codificación, existen normas específicas para determinados diagnósticos y/o afecciones de la clasificación. A menos que se indique lo contrario, estas normas son de aplicación en todos ámbitos asistenciales. (Consulte la Sección II para revisar las normas de selección del diagnóstico principal).

### **1. Capítulo 1: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)**

#### **a. Infecciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)**

##### **1) Codifique solo los casos confirmados**

Codifique sólo los casos confirmados de infección/enfermedad por VIH.

Esta es una excepción a la norma general de codificación en pacientes hospitalizados.

En este contexto, 'confirmación' no significa la presencia de documentación con una serología positiva ni de un cultivo de VIH. La afirmación diagnóstica por parte del clínico de que el paciente es VIH positivo, o de que tiene una enfermedad relacionada con el VIH, son suficientes.

##### **2) Selección y secuenciación de los códigos de VIH**

###### **(a) Paciente atendido por una afección relacionada con el VIH**

Si un paciente ingresa por una afección relacionada con el VIH, el diagnóstico principal deberá ser **B20 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]**, seguido de los códigos de las demás afecciones que se relacionen con el VIH documentadas.

###### **(b) Paciente con enfermedad VIH ingresado por una enfermedad no relacionada**

Si un paciente con enfermedad VIH ingresa por una afección no relacionada (por ejemplo una lesión traumática), el código de dicha afección deberá ser el diagnóstico principal. A continuación se secuenciará el código de la enfermedad VIH (B20), seguido de los códigos de las afecciones relacionadas con el VIH documentadas.

###### **(c) Paciente que se diagnostica por primera vez**

Para decidir la secuencia de códigos, es irrelevante si el paciente ha sido diagnosticado por primera vez o ha tenido ingresos o contactos previos por afecciones asociadas al VIH.

###### **(d) Virus de inmunodeficiencia humana asintomático**

El código **Z21 Estado de infección asintomática por virus de inmunodeficiencia humana [VIH]** debe utilizarse en pacientes que no



tienen síntomas documentados pero constan como 'VIH positivo', 'VIH conocido', 'prueba de VIH positiva' o términos similares. No utilice este código si se utiliza el término 'SIDA' o si el paciente es tratado por cualquier enfermedad relacionada con el VIH o se describe que tenga cualquiera de las afecciones resultantes de su estado de positividad VIH; en tales casos, utilice el código B20.

(e) **Pacientes con serología no concluyente para VIH**

En pacientes con serología no concluyente para VIH y sin diagnóstico definitivo ni manifestaciones de la enfermedad, se asignará el código **R75 Pruebas de laboratorio no concluyentes de virus de inmunodeficiencia humana [VIH]**.

(f) **Enfermedad relacionada con el VIH previamente diagnosticada**

Los pacientes con un diagnóstico previo conocido de cualquier enfermedad relacionada con el VIH deben codificarse con el código B20. Una vez que un paciente ha desarrollado una enfermedad relacionada con el VIH, siempre se le asignará el código B20 en cada contacto posterior. En pacientes previamente diagnosticados de alguna enfermedad relacionada con VIH (B20) nunca deben asignarse códigos R75 ni Z21.

(g) **Infección por VIH en embarazo, parto y puerperio**

Durante el embarazo, el parto o el puerperio, en pacientes ingresadas o que precisen asistencia sanitaria a causa de una enfermedad relacionada con el VIH, el diagnóstico principal será el código **O98.7 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica el embarazo, parto y puerperio**, seguido del código B20 y de los códigos de las enfermedades relacionadas con el VIH. Los códigos del capítulo 15 siempre tienen prioridad en la secuenciación.

En las pacientes con estado de infección asintomática por VIH que ingresan (o que acuden para recibir atención sanitaria) durante embarazo, parto o puerperio, se deben asignar los códigos O98.7 y Z21.

(h) **Contactos para prueba del VIH**

Si un paciente está siendo visto para determinar su estado respecto al VIH, use el código **Z11.4 Contacto para cribado del virus de inmunodeficiencia humana [VIH]**. Utilice códigos adicionales para cualquier conducta de riesgo asociada.

Si un paciente con signos o síntomas acude a consulta para pruebas de VIH, codifique los signos y síntomas. Se puede utilizar un código adicional de asesoramiento **Z71.7 Asesoramiento por virus de inmunodeficiencia humana [VIH]** si durante el contacto asistencial para la realización de la prueba se ha realizado asesoramiento.

Cuando un paciente vuelve para recibir información sobre los resultados de una prueba de VIH y el resultado de la prueba es negativo, utilice el

código **Z71.7 Asesoramiento por virus de inmunodeficiencia humana [VIH]**.

Si los resultados son positivos, consulte las normas anteriores y asigne los códigos según corresponda.

**b. Agentes infecciosos como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos**

Ciertas infecciones están clasificadas en capítulos distintos al Capítulo 1 y el código no especifica el organismo causal de la infección. En estos casos, es necesario utilizar un código adicional del Capítulo 1 para identificar el organismo.

Los códigos de las categorías **B95 Estreptococos, Estafilococos y Enterococos como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto, B96 Otros agentes bacterianos como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto, o B97 Agentes virales como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto** se utilizan para identificar los microorganismos causales.

En los códigos de infección, se encontrara una nota de instrucción advirtiendo que es necesario un código adicional para identificar el microorganismo.

**c. Infecciones resistentes a antibióticos**

Muchas infecciones bacterianas son resistentes a los antibióticos actuales. Es necesario identificar toda infección documentada como resistente a antibióticos. Asigne un código de la categoría **Z16 Resistencia a fármacos antimicrobianos**, seguido del código del agente infeccioso sólo si éste no está identificado en el literal de la resistencia a los medicamentos.

**d. Sepsis, sepsis grave y shock séptico**

**1) Codificación de la sepsis y la sepsis grave**

**(a) Sepsis**

Para el diagnóstico de sepsis, asigne el código adecuado para la infección sistémica subyacente. Si el tipo de infección u organismo causal no se especifica, asigne el código **A41.9 Sepsis, no especificada**.

No se debe asignar ningún código de la **subcategoría R65.2 Sepsis grave**, a menos que esté documentada la sepsis grave o esté asociada una disfunción orgánica aguda.

**(i) Hemocultivos negativos o dudosos y sepsis.**

La existencia de hemocultivos negativos o no concluyentes no permite excluir un diagnóstico de sepsis en pacientes que presentan características clínicas de dicha afección; sin embargo, se debe consultar al clínico.

(ii) Urosepsis

El término urosepsis es inespecífico. No debe considerarse sinónimo de sepsis. No tiene ningún código predeterminado en el Índice Alfabético. Si un clínico utiliza este término, debe ser consultado.

(iii) Sepsis con disfunción orgánica

Si un paciente presenta sepsis y asociada una disfunción orgánica aguda o disfunción multiorgánica (DOM), se deberán seguir las instrucciones para codificación de la sepsis grave.

(iv) Disfunción orgánica aguda que no está claramente asociada con la sepsis.

Si un paciente tiene sepsis y disfunción orgánica aguda, pero la documentación médica indica que la disfunción orgánica aguda está relacionada con otra afección distinta a la sepsis, no asigne un código de la subcategoría **R65.2 Sepsis grave**. Para poder asignar el código de sepsis grave, debe existir una disfunción orgánica aguda asociada a la sepsis. Si la documentación no es clara acerca de si una disfunción orgánica aguda está relacionada con la sepsis o bien con otra afección médica, consulte con el clínico.

**(b) Sepsis grave**

La codificación de la sepsis grave requiere un mínimo de dos códigos, en primer lugar un código para la infección sistémica subyacente, seguido de un código de la subcategoría **R65.2 Sepsis grave**. Si no está documentado organismo causal, asigne el código **A41.9 Sepsis, no especificada**, para la infección. También se necesitan códigos adicionales para la disfunción orgánica aguda asociada.

Dada la naturaleza compleja de la sepsis grave, en algunos casos puede ser necesario consultar al clínico antes de asignar los códigos.

**2) Shock séptico**

(a) El shock séptico habitualmente se refiere a un fallo circulatorio asociada con sepsis grave y por tanto, representa un tipo de disfunción orgánica aguda.

Para todos los casos de shock séptico, el código de la infección sistémica debe ser secuenciado en primer lugar, seguido por el código **R65.21 Sepsis grave con shock séptico** o del código **T81.12 Shock séptico después de un procedimiento**. Deben también asignarse códigos adicionales para las disfunciones orgánicas agudas. Tal como se indica en las instrucciones de secuenciación de la Lista Tabular, el código para el shock séptico no se puede asignar como diagnóstico principal.

### **3) Secuenciación de la sepsis grave**

Si la sepsis grave está presente al ingreso, y cumple con la definición del diagnóstico principal, debe asignarse como diagnóstico principal la infección sistémica subyacente seguida por el código apropiado de la subcategoría R65.2, según sea necesario de acuerdo a las reglas de secuenciación de la Lista Tabular. No se puede asignar un código de la subcategoría R65.2 como diagnóstico principal.

Cuando la sepsis grave se desarrolla durante un ingreso (no estaba presente en el momento de la admisión), deben asignarse como diagnósticos secundarios la infección sistémica subyacente y el código apropiado de la subcategoría R65.2.

La sepsis grave puede estar presente al ingreso, pero el diagnóstico puede no estar confirmado hasta que pasa cierto tiempo después.

Si la documentación no aclara si la sepsis grave estaba presente al ingreso, se debe consultar al clínico.

### **4) Sepsis y sepsis grave junto con una infección localizada**

Si el motivo de ingreso es tanto una sepsis/sepsis grave como una infección localizada, tal como neumonía o celulitis, se debe asignar el código de la infección sistémica subyacente en primer lugar y un código para la infección localizada como diagnóstico secundario. Si el paciente tiene una sepsis grave, se debe asignar un código de la subcategoría R65.2 como diagnóstico secundario. Si el paciente ingresa con una infección localizada, tal como una neumonía, y la sepsis/sepsis grave no se desarrollan hasta después del ingreso, la infección localizada se debe asignar en primer lugar, seguida de los códigos apropiados para la sepsis/sepsis grave.

### **5) Sepsis debida a infección posterior a procedimiento**

#### **(a) Documentación de la relación causal**

Al igual que con todas las complicaciones posteriores a procedimientos, la asignación de códigos se basa en la documentación de la historia clínica y de la relación que se establezca entre la infección y el procedimiento.

#### **(b) Sepsis debida a infección posprocedimiento**

En estos casos, se debe registrar en primer lugar el código de infección pos procedimiento (por ejemplo, **T80.2 Infecciones después de infusión, transfusión e inyección terapéutica**, **T81.4 Infección después de un procedimiento**, **T88.0 Infección después de inmunización**, o **O86.0 Infección de herida quirúrgica obstétrica**), seguidos por el código específico de la infección. Si un paciente presenta una sepsis grave, se debe asignar además el código apropiado de la subcategoría R65.2 junto con los códigos adicionales de cualquier disfunción orgánica aguda.

**(c) Infección y shock séptico posprocedimiento**

En los casos en que se haya producido una infección después de un procedimiento que haya dado como resultado una sepsis grave y un shock séptico, el código de la complicación, (por ejemplo **T81.4 infección después de un procedimiento**, o **O86.0 infección de herida quirúrgica obstétrica**) debe ser codificado en primer lugar seguido por el código **R65.20 Sepsis grave sin shock séptico**. Debe consignarse también el código que identifique la infección sistémica.

**Si una infección posoperatoria, acaba desarrollando un shock séptico, debe codificarse primero el código de la complicación, (por ejemplo T81.4 infección después de un procedimiento, o O86.0 infección de herida quirúrgica obstétrica), seguido del código T81.12-, Shock séptico después de un procedimiento. Debe también consignarse el código apropiado para identificar la infección sistémica.**

**6) Sepsis y sepsis grave asociadas a un proceso no infeccioso**

En algunos casos, un proceso no infeccioso, tal como un traumatismo, puede dar lugar a una infección que puede producir como resultado una sepsis o una sepsis grave. Si se documenta la asociación de una sepsis /sepsis grave con una afección no infecciosa, tal como una quemadura o una lesión grave, y esta última afección cumple con la definición de diagnóstico principal, se deberá secuenciar en primer lugar el código de la afección no infecciosa, seguido del código de la infección resultante. Si está presente una sepsis grave, se deberá asignar también un código de la subcategoría **R65.2** junto con los códigos de cualquier disfunción o disfunciones orgánicas asociadas. No es necesario asignar en estos casos un código de la subcategoría **R65.1 Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) de origen no infeccioso**.

Si la infección cumple los criterios de diagnóstico principal, deberá secuenciarse antes que la afección no infecciosa. Cuando tanto la afección no infecciosa asociada, como la infección cumplen con los criterios de diagnóstico principal, cualquiera de ellas puede asignarse como diagnóstico principal.

Sólo se debe asignar un código de categoría **R65**, Síntomas y signos asociados específicamente con inflamación e infección sistémica. Por lo tanto, cuando una afección no infecciosa da lugar a una infección de la que resulta una sepsis grave, se debe asignar el código apropiado de la subcategoría **R65.2 Sepsis grave**. No se debe asignar además ningún código de la subcategoría **R65.1 Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) de origen no infeccioso**.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Véase Sección I.C.18. SIRS debido a procesos no-infecciosos

**7) Sepsis y shock séptico que complican aborto, embarazo, parto y puerperio**

Véase Sección I.C.15. Sepsis y shock séptico que complican aborto, embarazo, parto y puerperio.

**8) Sepsis del recién nacido**

Véase Sección I.C.16. Sepsis del recién nacido

**e. Staphylococcus Aureus Resistente a Metilina (SAMR)**

**1) Selección y secuencia de códigos SAMR**

**(a) Códigos de combinación para la infección por SAMR**

Cuando un paciente es diagnosticado de una infección debida a Staphylococcus aureus resistente a metilina (SAMR), y dicha afección infecciosa tiene un código de combinación que incluye el organismo causal (por ejemplo, sepsis, neumonía) debe asignarse el código de combinación apropiado para dicha afección (por ejemplo, código **A41.02 Sepsis, debida a Staphylococcus aureus resistente a metilina** o código **J15.212 Neumonía por Staphylococcus aureus resistente a metilina**). No asigne el código **B95.62 Infección por Staphylococcus aureus resistente a metilina como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto**, como un código adicional ya que el código de combinación incluye el tipo de infección y el organismo. Tampoco debe asignarse como un diagnóstico adicional un código de la subcategoría **Z16.11 Resistencia a penicilinas**.<sup>7</sup>

**(b) Otros códigos de infección por SAMR**

Cuando está documentada una infección actual (por ejemplo, infección de herida, absceso de sutura, infección del tracto urinario), debido a SAMR, y la infección no tiene un código de combinación que incluya el organismo causal, es necesario asignar un código apropiado que identifique la afección, junto con el código **B95.62 Infección por Staphylococcus aureus resistente a metilina como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto**, para la infección por SAMR. No asigne un código de la subcategoría **Z16.11 Resistencia a penicilinas**.

**(c) Estafilococo aureus sensible a metilina (SASM) y colonización por Estafilococo aureus resistente a metilina**

Al estado general de colonización o portador de SASM o SARS se le llama estado de colonización o estado de portador mientras que si se refiere un único individuo se dice que está colonizado o que es portador. La colonización significa que el SASM o el SARM está

---

<sup>7</sup> Vea la Sección C.1. para obtener instrucciones sobre la codificación y la secuencia de la sepsis y la sepsis grave

presente en el organismo sin causar necesariamente una enfermedad. Una prueba positiva de la colonización de SARM puede ser documentado por el clínico como "SARM positivo" o "SARM frotis nasal positivo".

Asigne el código **Z22.322 Portador o sospecha de portador de Staphylococcus aureus resistente a Meticilina**, para los pacientes documentados como colonizados por SAMR. Asigne el código **Z22.321 Portador o sospecha de portador de Staphylococcus aureus sensible a Meticilina** para el paciente que tiene documentada la colonización por SARM. La colonización no es necesariamente indicativa de un proceso de la enfermedad ni de ser la causa de una afección específica que un paciente puede tener, a menos que estén documentadas como tales por el clínico.

#### **(d) Colonización e infección por SAMR**

Si en un paciente se documenta que durante un ingreso presenta tanto una colonización como una infección por SAMR, junto al código que identifique la infección por SAMR debe reseñarse el código de **Z22.322 Portador o sospecha de portador de Staphylococcus aureus resistente a Meticilina**.

## **2. Capítulo 2: Neoplasias (C00-D49)**

### **Normas generales**

El Capítulo 2 de CIE-10-ES incluye los códigos para la mayoría de neoplasias benignas y para la totalidad de las malignas.

Algunos tumores benignos, se pueden encontrar en los capítulos específicos de sistemas corporales.

Para codificar correctamente una neoplasia se necesita determinar a partir de la historia clínica si la neoplasia es benigna, in situ, maligna o de comportamiento histológico incierto.

Si se trata de una neoplasia maligna, también será necesario determinar cualquier localización secundaria (metastásica).

### **Neoplasias malignas primarias con límites solapados**

Cuando un tumor maligno primario se solapa con dos o más lugares contiguos (uno junto al otro), las distintas localizaciones se clasifican en subcategorías o códigos con .8 ("lesiones solapadas"), a menos que la combinación esté específicamente indexada en otra parte. Para los tumores múltiples de un mismo sitio que no son contiguos, tales como tumores en diferentes cuadrantes de la misma mama, se deben asignar códigos para cada uno de las localizaciones.

## Neoplasia maligna de tejido ectópico

Las neoplasias malignas de tejidos ectópicos se codificarán en la estructura afectada, por ejemplo, la neoplasia maligna del páncreas ectópico que afecta a estómago, se codifica como neoplasia de páncreas, no especificada (C25.9).

En primer lugar se debe consultar la tabla de neoplasias en el índice alfabético. Sin embargo, si el término histológico está documentado, dicho término se deberá buscar en primer lugar antes de acudir a la tabla de neoplasias, con el fin de determinar qué columna de la tabla es la adecuada.

Por ejemplo, si la documentación indica 'adenoma', busque dicho término en el índice alfabético para revisar los términos modificadores y la nota de instrucción 'véase además neoplasia, por sitio, benigna'.

La tabla proporciona el código adecuado según el tipo de neoplasia y su localización.

Es importante seleccionar la columna correcta de la tabla, es decir la que corresponde al comportamiento de neoplasia.

A continuación se debe consultar la lista tabular para verificar que se ha seleccionado el código correcto y que no existe otro código más específico.<sup>8</sup>

### a. Tratamiento dirigido a la neoplasia

Si el tratamiento está dirigido a la neoplasia, la neoplasia se considera diagnóstico principal.

La única excepción a esta norma es para los casos en los que el ingreso/contacto del paciente solamente tiene por objetivo la administración de quimioterapia, inmunoterapia o radioterapia; en tales casos, asigne el código Z51.-- correspondiente como diagnóstico principal, y el diagnóstico o problema por el cual se realiza la asistencia como diagnóstico secundario.

### b. Tratamiento dirigido a la metástasis

Cuando un paciente ingresa por un tumor primario con metástasis y el tratamiento se dirige solamente a tratar la localización secundaria, dicha metástasis se considera diagnóstico principal, aunque el tumor maligno primario siga estando presente.

### c. Codificación y secuencia de códigos para complicaciones

La codificación y la secuencia de códigos para las complicaciones asociadas con neoplasias o con su tratamiento están sujetas a la siguiente normativa:

#### 1) Anemia asociada a neoplasias malignas

Cuando el contacto se realiza para tratamiento de una anemia asociada a una neoplasia, y el tratamiento se dirige solo al control de la anemia, se secuenciará en primer lugar el código correspondiente a la neoplasia, seguido por el código que corresponda a dicha anemia por ejemplo **D63.0 Anemia en enfermedad neoplásica.**

---

<sup>8</sup> Véase la Sección I.C.21. Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios, para obtener más información sobre los códigos de susceptibilidad genética a cáncer (Z15.0)



## **2) Anemia asociada con quimioterapia, inmunoterapia y radioterapia**

Cuando el contacto se realiza para el tratamiento de una anemia asociada a los efectos adversos de quimioterapia, inmunoterapia o radioterapia, y el tratamiento se dirige exclusivamente a la anemia, se secuenciará en primer lugar el código de la anemia, seguido de los códigos apropiados para la neoplasia y el efecto adverso (**T45.1X5 Efecto adverso de fármacos antineoplásicos e inmunosupresores**).

Cuando el contacto se realiza para el tratamiento de la anemia asociada con efectos adversos de la radioterapia, el código de la anemia debe ser secuenciado en primer lugar, seguido por el código correspondiente de la neoplasia y del código **Y84.2 Procedimiento radiológico y de radioterapia como causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de evento adverso en el momento del procedimiento**.

## **3) Tratamiento de la deshidratación debida a neoplasias malignas**

Cuando el contacto se realiza para control de una deshidratación debida a la neoplasia y el tratamiento solo se dirige a la deshidratación (rehidratación intravenosa), la deshidratación se secuencia en primer lugar, seguida del código de la neoplasia maligna.

## **4) Tratamiento de una complicación resultante de un procedimiento quirúrgico**

Cuando el contacto se realiza para el tratamiento de una complicación resultante de un procedimiento quirúrgico, se registra en primer lugar la complicación.

### **d. Neoplasia maligna primaria previamente extirpada**

Cuando un tumor maligno primario ha sido extirpado o erradicado de su localización y no hay evidencia de que exista dicha neoplasia ni hay tratamiento dirigido a dicha localización, se debe utilizar un código de categoría **Z85 Historia personal de neoplasia maligna**, para indicar la localización previa de la neoplasia.

Cualquier mención de extensión, invasión o metástasis a otra localización se codifica como neoplasia maligna secundaria a dicha localización.

Una metástasis puede secuenciarse como diagnóstico principal, seguida de códigos de la categoría **Z85**, utilizados como secundarios.

### **e. Admisión y contacto que implica quimioterapia, inmunoterapia y radioterapia**

#### **1) Episodio asistencial en el que se realiza la extirpación de la neoplasia**

Cuando un episodio asistencial incluye la extirpación quirúrgica de una neoplasia, de localización primaria o secundaria, seguida de la administración de quimioterapia o radioterapia durante el mismo episodio, el código de la neoplasia se asignará en primer lugar.

**2) Contacto exclusivamente para la administración de quimioterapia, inmunoterapia y radioterapia**

Si el contacto de un paciente sólo tiene como finalidad la administración de quimioterapia, inmunoterapia o radioterapia, se deben asignar los códigos **Z51.0 Contacto para radioterapia antineoplásica**, o bien **Z51.11 Contacto para quimioterapia antineoplásica**, o bien **Z51.12 Contacto para inmunoterapia antineoplásica**, como diagnóstico principal.

Si un paciente recibe más de uno de estos tratamientos durante el mismo ingreso se asignarán todos los códigos que corresponda, pudiéndose secuenciar cualquiera de ellos en primer lugar.

Se debe asignar como diagnóstico secundario el de la neoplasia maligna para la que se administra el tratamiento.

**3) Contacto para radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia que desarrolla complicaciones**

Cuando un paciente ingresa para radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia y desarrolla complicaciones tales como náuseas y vómitos incontrolados o deshidratación, el diagnóstico principal será **Z51.0 Contacto para radioterapia antineoplásica**, o **Z51.11 Contacto para quimioterapia antineoplásica**, o **Z51.12 Contacto para inmunoterapia antineoplásica**, seguido de los códigos de las complicaciones.

**f. Contacto para determinar la extensión de una neoplasia maligna**

Cuando el motivo de un contacto es determinar la extensión de una neoplasia, o realizar un procedimiento como paracentesis o toracocentesis, la neoplasia primaria o la localización metastásica, se asignarán como diagnóstico principal, aunque se administre quimioterapia o radioterapia.

**g. Síntomas, signos y hallazgos anormales asociados a neoplasias que figuran en el Capítulo 18**

Los síntomas, signos y afecciones mal definidas que se enumeran en el capítulo 18 y son característicos de, o se asocian con una neoplasia primaria o secundaria, no pueden remplazar como diagnóstico principal a la neoplasia, independientemente del número de ingresos o contactos que se realicen para su tratamiento y cuidados.<sup>9</sup>

**h. Contacto para control o manejo del dolor<sup>10</sup>**

**i. Neoplasia maligna en dos o más sitios no contiguos**

Un paciente puede tener más de un tumor maligno en el mismo órgano. Estos tumores pueden representar neoplasias primarias diferentes o enfermedad metastásica, dependiendo de la localización. Si la documentación no está clara, se debe consultar al clínico para determinar el estado de cada uno de los tumores y poder asignar los códigos correctos.

---

<sup>9</sup> Véase Sección I.C.21. Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios sanitarios, contacto para extracción profiláctica de órgano

<sup>10</sup> Véase la Sección I.C.6. para obtener información sobre la codificación de ingresos/contactos para control y manejo del dolor

**j. Neoplasia maligna diseminada, no especificada**

El código **C80.0 Neoplasia maligna diseminada, no especificada**, sólo se debe utilizar en aquellos casos en los que el paciente tiene una enfermedad metastásica avanzada y no se especifican localizaciones primarias y secundarias conocidas.

No se debe utilizar, para sustituir la asignación de los códigos de localización primaria y de cada una de las localizaciones secundarias conocidas.

**k. Neoplasia maligna de localización no especificada**

El código **C80.1 Neoplasia maligna (primaria), no especificada**, es equivalente a 'Cáncer, no especificado'. Este código sólo debe utilizarse cuando no se puede determinar la localización primaria de una neoplasia maligna. Este código rara vez se debe utilizar en el ámbito hospitalario.

**l. Secuenciación de códigos en neoplasias**

**1) Contacto para tratamiento de tumores malignos primarios**

Si el motivo de contacto es el tratamiento de una neoplasia maligna primaria, asigne el código de la neoplasia maligna como diagnóstico principal. La localización primaria debe secuenciarse en primer lugar seguida de cualquier localización metastásica.

**2) Contacto para tratamiento de neoplasias malignas secundarias**

Si el contacto es debido a una neoplasia primaria con metástasis y el tratamiento se dirige únicamente hacia a las localizaciones metastásicas, la localización metastásica se asigna como diagnóstico principal y la neoplasia primaria se especificará como código adicional.

**3) Neoplasia maligna en paciente embarazada**

Cuando una mujer embarazada tiene una neoplasia maligna, se debe secuenciar en primer lugar, un código de la subcategoría **O9A.1 Neoplasia maligna que complica el embarazo, parto y puerperio**, seguido del código correspondiente al Capítulo 2 para indicar el tipo de neoplasia.

**4) Contacto por complicación asociada a una neoplasia**

Cuando el motivo del contacto es el tratamiento de una complicación asociada a la neoplasia, tal como una deshidratación, y el tratamiento solamente se dirige a la complicación, se codifica la complicación en primer lugar, seguida de los códigos apropiados para la neoplasia.

La excepción a esta norma es la anemia. Cuando el motivo del contacto se produce para el tratamiento de una anemia asociada a la neoplasia, y el tratamiento solamente se dirige a la anemia, se secuenciará en primer lugar el código correspondiente a la neoplasia maligna seguido del código **D63.0 Anemia en enfermedad neoplásica**.

#### **5) Complicación de procedimiento quirúrgico para tratamiento de una neoplasia**

Cuando motivo del contacto es el tratamiento de una complicación derivada de un procedimiento quirúrgico que se realizó para tratamiento de una neoplasia, la complicación deberá secuenciarse en primer lugar. Consulte la normativa de codificación de neoplasia maligna actual versus la de historia personal, para determinar si también debe asignarse el código de la neoplasia.

#### **6) Fractura patológica debida a neoplasia**

Cuando el motivo del contacto es el tratamiento de una fractura patológica debida a una neoplasia, se debe secuenciar en primer lugar un código de la subcategoría **M84.5 Fractura patológica en enfermedad neoplásica**, seguido del código que identifique la neoplasia.

Si el objetivo, es realizar el tratamiento de una neoplasia con una fractura patológica asociada, el código de la neoplasia se debe secuenciar primero, seguido de un código de la subcategoría M84.5 para la fractura patológica.

#### **m. Neoplasia maligna actual frente a historia personal de neoplasia maligna**

Cuando ya se ha extirpado una neoplasia primaria pero hay un tratamiento posterior, tal como intervenciones quirúrgicas, radioterapia o quimioterapia adicionales que se dirige a la misma localización, se deberá utilizar el código de la neoplasia primaria hasta que el tratamiento se haya completado.

Cuando se ha extirpado previamente o se ha erradicado de su localización una neoplasia maligna primaria, no hay tratamiento ulterior dirigido a dicha localización, y no hay evidencia de que exista neoplasia maligna primaria, se deberá utilizar un código de la categoría **Z85 Historia personal de neoplasia maligna**, para indicar la localización inicial de la neoplasia.<sup>11</sup>

#### **n. Leucemia, Mieloma múltiple y Neoplasias malignas de células plasmáticas en remisión, versus historia personal**

Las categorías de leucemia, y la categoría **C90 Mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas**, tienen códigos para describir si la leucemia ha alcanzado o no la remisión. También existen los códigos **Z85.6 Historia personal de leucemia**, y **Z85.79 Historia personal de otras neoplasias malignas de tejidos linfáticos, hematopoyéticos y tejidos relacionados**.

Si la documentación no aclara acerca si la leucemia ha alcanzado la remisión, se debe consultar al clínico.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Véase Sección I.C.21. Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios sanitarios, historia (de)

<sup>12</sup> Véase Sección I.C.21. Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios sanitarios, historia (de)

- o. Cuidados posteriores después de cirugía por neoplasia**  
*Véase Sección I.C.21. Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios sanitarios, cuidados posteriores.*
- p. Cuidados de seguimiento para tratamiento completado de neoplasia**  
*Véase Sección I.C.21. Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios sanitarios, seguimiento.*
- q. Extracción profiláctica de órgano para prevención de neoplasia maligna**  
*Véase Sección I.C.21, Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con servicios sanitarios, extirpación profiláctica de órganos.*
  
- r. Neoplasia maligna asociada con órgano trasplantado**  
Una neoplasia maligna de órgano trasplantado debe codificarse como una complicación del trasplante. Asigne en primer lugar el código apropiado de la categoría **T86. Complicaciones de órganos y tejidos trasplantados**, seguido del código **C80.2 Neoplasia maligna asociada a órgano trasplantado**. Use un código adicional para especificar el tipo de neoplasia maligna.

### **3. Capítulo 3: Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad (D50-D89)**

Reservado para futura ampliación de las directrices.

### **4. Capítulo 4: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E89)**

#### **a. Diabetes mellitus**

Los códigos de diabetes mellitus son códigos de combinación que incluyen el tipo de DM, el aparato o sistema orgánico afectado así como las complicaciones que afectan a dicho aparato o sistema corporal.

Se deben utilizar tantos códigos de una misma categoría como sean necesarios para describir todas las complicaciones de la enfermedad.

La secuencia de códigos deberá basarse en el motivo específico del contacto.

Asigne tantos códigos de las categorías E08-E13 como sean necesarios para identificar todas las afecciones asociadas que presente el paciente.

#### **1) Tipo de diabetes**

La edad de un paciente no es el único factor determinante, aunque la mayoría de los diabéticos tipo I desarrollan la enfermedad antes de llegar a la pubertad. Por esta razón, la diabetes mellitus tipo I también se conoce como diabetes juvenil.

#### **2) Tipo de diabetes mellitus no documentado**

Si el tipo de diabetes mellitus no está documentado en la historia clínica, el valor por defecto es **E11. Diabetes mellitus tipo 2**.

### **3) Diabetes mellitus y uso de insulina**

Si la documentación de la historia clínica no indica el tipo de diabetes pero especifica que el paciente utiliza insulina, debe utilizarse el código **E11 Diabetes mellitus tipo 2**; para los pacientes con diabetes mellitus tipo II que usan insulina de forma rutinaria, se debe utilizar el código **Z79.4 Uso (actual) prolongado de insulina**, para indicar que el paciente utiliza insulina. No se debe asignar el código Z79.4 si la insulina se administra temporalmente para tener controlada la glucemia de un paciente con diabetes tipo II durante un contacto.

### **4) Diabetes mellitus en el embarazo y diabetes gestacional**

Véase Sección I.C.15. Diabetes mellitus en el embarazo.

Véase Sección I.C.15. Diabetes gestacional (inducida por embarazo).

### **5) Complicaciones debidas a mal funcionamiento de bomba de insulina**

#### **(a) Infradosificación de insulina debido a fallo de la bomba de insulina**

En caso de infradosificación de insulina debida a un fallo de la bomba de insulina se debe asignar un código de la subcategoría **T85.6 Fallo mecánico de otras prótesis, implantes e injertos internos y externos especificados**, seguido del código **T38.3x6 Infradosificación de insulina e hipoglucemiantes orales [antidiabéticos orales]**. Se deben asignar también códigos adicionales para el tipo de diabetes mellitus y las posibles complicaciones asociadas por infradosificación.

#### **(b) Sobredosis de insulina debida a fallo de la bomba de insulina**

Para un contacto motivado por un mal funcionamiento de la bomba de insulina que tiene como resultado una sobredosis de insulina, debe secuenciarse en primer lugar el código **T85.6 Fallo mecánico de otras prótesis, implantes e injertos internos y externos especificados**, seguido del código **T38.3x1 Envenenamiento por insulina y fármacos hipoglucemiantes [antidiabéticos] orales, accidental (no intencionado)**.

### **6) Diabetes mellitus secundaria**

Los códigos existentes bajo la categoría **E08 Diabetes mellitus debida a afección subyacente**, y **E09 Diabetes mellitus inducida por fármaco o sustancia química**, y **E13 Otro tipo de diabetes mellitus especificada**, identifican las complicaciones y las manifestaciones asociadas a la diabetes mellitus secundaria.

La diabetes secundaria siempre está causada por otra afección o circunstancia (por ejemplo, fibrosis quística, neoplasias malignas de páncreas, pancreatocoma, efectos adversos de fármacos o envenenamientos).

(a) **Diabetes mellitus secundaria y uso de insulina**

En los pacientes que utilizan insulina de modo rutinario, se debe asignar también el código **Z79.4 Uso (actual) prolongado de insulina**. El código Z79.4 no deberá asignarse si la insulina se administra temporalmente para controlar la glucemia de un paciente durante un contacto.

(b) **Asignación y secuencia de códigos para diabetes secundaria y sus causas**

La secuencia de los códigos de diabetes secundaria en relación a los códigos para la causa de la diabetes, se basa en las instrucciones de la lista tabular para las categorías E08 y E09.

Por ejemplo, para la categoría **E08 Diabetes mellitus debida a afección subyacente**, codifique primero la enfermedad subyacente; para la categoría **E09 Diabetes mellitus inducida por fármaco o sustancia química**, codifique primero el fármaco o el producto químico (T36-T65).

(i) **Diabetes mellitus secundaria debido a pancreatectomía**

Para la diabetes mellitus pospancreatectomía (falta de insulina debida a extirpación quirúrgica de todo o de parte del páncreas), asigne el código **E89.1 Hipoinsulinemia posprocedimiento**. Asigne un código de la categoría E13 Otro tipo de diabetes especificadas y un código de la subcategoría **Z90.41 Ausencia adquirida de páncreas** como códigos adicionales.

(ii) **Diabetes secundaria debida a fármacos**

La diabetes secundaria puede estar causada por un efecto adverso de medicamentos correctamente administrados, una intoxicación o un efecto tardío de una intoxicación.<sup>13</sup>

## 5. Capítulo 5: Trastornos mentales del comportamiento y del desarrollo neurológico (F01-F99)

**a. Trastornos dolorosos relacionados con factores psicológicos**

Para el dolor de origen exclusivamente psicológico, asigne el código F45.41. Como se indica en la nota Excluye 1 de la categoría G89, un código de la categoría G89 no debe ser asignado junto al código F45.41.

El código **F45.42 Trastorno doloroso relacionado con factores psicológicos**, debe utilizarse con un código de la categoría **G89 Dolor, no clasificado bajo otro concepto**, si existe documentación de componente psicológico en un paciente con dolor agudo o crónico.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Véase la sección I.C.19.e sobre codificación de efectos adversos e intoxicaciones, y la sección I.C.20 sobre declaración de códigos de causa externa

<sup>14</sup> Véase Sección I.C.6. Dolor

## **b. Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas**

### **1) En Remisión**

La utilización de códigos "en remisión" de las categorías F10-F19, trastornos mentales y del comportamiento debidas al consumo de sustancias psicoactivas (categorías F10-F19 con .21) requiere un juicio clínico por parte del facultativo. Estos códigos sólo se asignan cuando existe suficiente documentación clínica (como se define en la normativa de codificación).

### **2) Uso, Abuso y Dependencia de sustancias psicoactivas**

Cuando la documentación clínica acredita el uso, el abuso y la dependencia de una misma sustancia (por ejemplo, alcohol, cannabis, opiáceos, etc.), para identificar el patrón de uso, solo se debe asignar un código basado en la siguiente jerarquía:

- Si uso y abuso están documentados a la vez, asigne solo el código de abuso.
- Si están documentados a la vez abuso y dependencia, asigne solo el código de la dependencia.
- Si uso, abuso y dependencia, están documentados, asigne solo el código de la dependencia.
- Si uso y dependencia, están documentados, asigne solo el código de la dependencia.

### **3) Uso de Sustancia Psicoactiva**

Los códigos para el uso de sustancias psicoactivas, (F10.9, F11.9, F12.9, F13.9, F14.9 F15.9 y F16.9) sólo se asignarán en base a la documentación clínica y cuando cumpla con los criterios de selección de diagnósticos. Estos códigos se deben utilizar sólo cuando el consumo de las sustancias psicoactivas esté asociado a un trastorno mental o del comportamiento, y esa relación esté documentada por el clínico.

## **6. Capítulo 6: Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (G00-G99)**

### **a. Lado dominante/no dominante**

Los códigos de la categoría **G81 Hemiplejia y hemiparesia**, y las subcategorías **G83.1 Monoplejia de extremidad inferior**, **G83.2 Monoplejia de extremidad superior**, y **G83.3 Monoplejia, no especificada**, identifican si está afectado el lado dominante o el no dominante.

Si el lado afectado está documentado pero no se especifica como dominante o no dominante y la clasificación no proporciona un código por defecto, realice la selección del código en base a los siguientes criterios:

- En pacientes ambidiestros, el valor por defecto será el dominante.
- Si está afectado el lado izquierdo, por defecto se considera como no dominante



- Si está afectado el lado derecho, por defecto se considera como dominante.

## **b. Dolor - Categoría G89**

### **1) Información general sobre codificación**

Los códigos de la categoría **G89 Dolor, no clasificado bajo otro concepto**, se pueden utilizar en combinación con códigos de otras categorías y capítulos para detallar mejor el dolor agudo o crónico y el dolor relacionado con neoplasias, salvo que contravenga alguna de las siguientes normas.

Si el dolor no se especifica como agudo, como crónico, postoracotomía o posprocedimiento, ni relacionado con una neoplasia, no se deben asignar códigos de la categoría G89.

No debe asignarse un código de la categoría G89 si el diagnóstico subyacente (definitivo) ya se conoce, a no ser que el motivo de contacto sea el control o tratamiento del dolor y no el tratamiento de la enfermedad subyacente.

Cuando se produce un contacto para realizar un procedimiento dirigido a tratar la enfermedad subyacente (por ejemplo, fusión espinal, cifoplastia), se deberá asignar el código de la enfermedad subyacente (por ejemplo, fractura vertebral, estenosis espinal) como diagnóstico principal. No se debe asignar ningún código de la categoría G89.

#### **(a) Códigos de la categoría G89 como diagnóstico principal**

Los códigos de la categoría G89 son aceptados como diagnóstico principal:

- Cuando la razón del contacto es el control o tratamiento del dolor (por ejemplo, un paciente con un disco intervertebral desplazado, con un pinzamiento de un nervio o con dolor de espalda severo que acude para una inyección de corticoides en el conducto vertebral). La causa subyacente del dolor debe ser codificada como diagnóstico adicional, si se conoce.
- Cuando un paciente ingresa para la colocación de un neuroestimulador a fin de controlar el dolor, se debe asignar el código apropiado de dolor como diagnóstico principal. Cuando el contacto se produce para realizar un procedimiento dirigido a tratar la enfermedad subyacente pero durante el mismo episodio se realiza la implantación de un neuroestimulador para controlar el dolor, se debe asignar el código de la enfermedad subyacente como diagnóstico principal y el código apropiado del dolor como diagnóstico secundario.

(b) **Uso de códigos de la categoría G89 junto con códigos específicos de localización del dolor**

(i) **Asignación de códigos de la categoría G89 y códigos de dolor de localización especificada**

Los códigos de la categoría G89 se pueden utilizar en combinación con los códigos que identifican el lugar del dolor (incluyendo los códigos del capítulo 18) si el código de la categoría G89 proporciona información adicional. Por ejemplo, si el código describe la localización del dolor, pero no describe completamente si el dolor es agudo o crónico, se deben asignar ambos códigos.

(ii) **Secuenciación de códigos de la categoría G89 junto con códigos de dolor de localización especificada**

La secuenciación de códigos de la categoría G89 con los códigos de dolor de localizaciones especificadas (incluyendo códigos del capítulo 18), depende de las circunstancias del contacto/admisión, como se indica a continuación:

- Si el contacto es para control o tratamiento del dolor, se debe asignar el código de la categoría G89 seguido del código que identifica la localización específica del dolor (por ejemplo, al contacto para el manejo de un dolor agudo en el cuello debido a un traumatismo se le asigna el código **G89.11 Dolor agudo debido a traumatismo**, seguido del código **M54.2 Cervicalgia**, para identificar la localización del dolor).
- Si el contacto es por un motivo distinto al control o el tratamiento del dolor, y el clínico no ha establecido (confirmado) un diagnóstico definitivo relacionado, se debe asignar en primer lugar el código para la localización específica del dolor, seguido del código apropiado de la categoría G89.

**2) Dolor debido a dispositivos, implantes e injertos**

Véase Sección I.C.19. Dolor debido a dispositivos médicos

**3) Dolor posoperatorio**

Se debe utilizar la documentación del clínico como guía para la codificación del dolor posoperatorio, así como las normas de la *Sección III. Notificación de diagnósticos adicionales* y *Sección IV. Codificación y notificación de diagnósticos en el ámbito ambulatorio*.

Para el dolor postoracotomía y el dolor postoperatorio no especificado como agudo ni crónico, el código asignado por defecto es el de la forma aguda.

El dolor posoperatorio habitual o esperado que se produce inmediatamente después de una cirugía, no debe codificarse.

(a) **Dolor posoperatorio no asociado con complicaciones posoperatorias específicas**

Un dolor posoperatorio no asociado a una complicación posoperatoria específica se debe codificar con el código adecuado de dolor posoperatorio de la categoría G89.

(b) **Dolor postoperatorio asociado a complicaciones postoperatorias específicas**

El dolor postoperatorio asociado con una complicación posoperatoria específica (tal como el dolor por suturas metálicas) se debe codificar con los códigos apropiados del **Capítulo 19 Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas**.

Si es necesario, utilice códigos adicionales de la categoría G89 para identificar el dolor agudo o crónico (G89.18 o G89.28).

**4) Dolor crónico**

El dolor crónico se clasifica en la subcategoría G89.2. No hay límite de tiempo para definir un dolor como crónico. Se debe utilizar la documentación del clínico como guía para la utilización de estos códigos.

**5) Dolor relacionado con neoplasia**

El código G89.3 se asigna al dolor que se documenta como relacionado, asociado o debido a cáncer, neoplasias malignas primarias o secundarias o tumores.

Este código se asigna independientemente de si el dolor es agudo o crónico. Este código puede asignarse como diagnóstico principal cuando la razón declarada para el contacto se documenta como control/tratamiento del dolor. La neoplasia subyacente debe codificarse como diagnóstico secundario.

Cuando el motivo del contacto es el tratamiento de la neoplasia y también se documenta el dolor asociado a la misma, se debe utilizar el código G89.3 como diagnóstico adicional. No es necesario asignar código adicional para la localización del dolor.<sup>15</sup>

**6) Síndrome de dolor crónico**

El síndrome de dolor central (G89.0) y el síndrome de dolor crónico (G89.4) son diferentes del término 'dolor crónico' y, por lo tanto, dichos códigos sólo deben utilizarse cuando el clínico ha documentado específicamente estas afecciones.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Consulte la sección I.C.2 para obtener instrucciones sobre la secuencia de códigos de neoplasias en todos los demás motivos declarados de admisión/contacto (excepto para control/tratamiento del dolor)

<sup>16</sup> Véase Sección I.C.5. Trastornos dolorosos relacionados con factores psicológicos

## 7. Capítulo 7: Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)

### a. Glaucoma

#### 1) Asignación de los códigos de Glaucoma

Asigne todos los códigos que sean necesarios de la **Categoría H40 Glaucoma**, para identificar completamente el tipo de glaucoma, el estadio y el ojo afectado.

#### 2) Glaucoma bilateral del mismo tipo y mismo estadio

Cuando un paciente tiene un glaucoma bilateral y se documenta en ambos ojos el mismo tipo de glaucoma y el mismo estadio y existe un código de glaucoma bilateral, registre solo el código del tipo de glaucoma bilateral con el séptimo carácter para indicar el estadio.

Cuando un paciente tiene documentado un glaucoma bilateral del mismo tipo y estadio en ambos ojos pero la clasificación no proporciona un código de glaucoma bilateral (p. e. subcategorías H40.10, H40.11 y H40.20) registre solo un código que identifique el tipo de glaucoma con el séptimo carácter adecuado para el estadio.

#### 3) Glaucoma bilateral de diferentes tipos o estadios

Cuando un paciente tiene documentado un glaucoma bilateral y cada ojo tiene un tipo o estadio de glaucoma distinto y la clasificación diferencia lateralidad, asigne el código apropiado para cada ojo en vez de un código de glaucoma bilateral.

Cuando un paciente tiene glaucoma bilateral y está documentado en cada ojo un tipo distinto pero la clasificación no distingue lateralidad (p. e. subcategorías H40.10, H40.11 y H40.20), asigne un código para cada tipo de glaucoma con el séptimo carácter adecuado para el estadio.

Cuando un paciente tiene un glaucoma bilateral y en cada ojo se ha documentado el mismo tipo pero diferente estadio y la clasificación no distingue lateralidad (p. e. subcategorías H40.10, H40.11 y H40.20), asigne para cada ojo un código que describa el tipo de glaucoma con el séptimo carácter apropiado al estadio del glaucoma específico para cada ojo.

#### 4) Paciente ingresado con un glaucoma con un estadio que evoluciona a otro durante el ingreso

Si ingresa un paciente con glaucoma y durante el ingreso el estadio de su enfermedad avanza, asigne el código del mayor estadio documentado.

#### 5) Glaucoma con estadio indeterminado

La asignación del séptimo carácter "4" para estadios indeterminados debe basarse en la documentación clínica. El séptimo carácter "4" se utiliza para los glaucomas en los cuales el estadio no puede ser determinado clínicamente. Este séptimo carácter no debe confundirse con el carácter "0" inespecífico, que es asignado cuando la documentación no proporciona información referente al estadio del glaucoma.

## 8. Capítulo 8: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)

Reservado para una futura expansión de la normativa.

## 9. Capítulo 9: Enfermedades del aparato circulatorio (I00-I99)

### a. Hipertensión

#### 1) Hipertensión con enfermedad cardíaca

Las enfermedades cardíacas clasificadas bajo I50 o I51.4-I51.9, se asignan a un código de la categoría **I11 Enfermedad cardíaca hipertensiva**, cuando se establece una relación de causalidad (debida a hipertensión) o cuando se puede considerar implícita (hipertensiva).

Utilice un código adicional de la categoría **I50 Insuficiencia cardíaca**, para identificar el tipo de insuficiencia cardíaca en los pacientes que presenten dicho problema.

Las mismas enfermedades del corazón (I50, I51.4-I51.9) con hipertensión, pero sin relación causa/efecto establecida, se codifican por separado. La secuencia de códigos depende de las circunstancias del contacto.

#### 2) Enfermedad Renal Crónica Hipertensiva

Se deben asignar códigos de la categoría **I12 Enfermedad renal crónica hipertensiva**, cuando están presentes la hipertensión y una enfermedad clasificable en la categoría **N18 Enfermedad renal crónica (ERC)**. A diferencia de lo que ocurre con la enfermedad cardíaca hipertensiva, CIE-10-ES presupone que existe relación causa/efecto y clasifica la enfermedad renal crónica con hipertensión como una enfermedad renal hipertensiva crónica.

Se debe utilizar el código apropiado de la categoría N18 como código secundario junto a un código de la categoría I12 para identificar el estadio de la enfermedad renal crónica.<sup>17</sup>

Si un paciente tiene enfermedad renal crónica hipertensiva e insuficiencia renal aguda, se necesita código adicional para la insuficiencia renal aguda.

#### 3) Enfermedad cardíaca y renal crónica hipertensiva

Se deben asignar códigos de combinación de la categoría **I13 Enfermedad cardíaca y renal crónica hipertensiva**, cuando se declaran en el diagnóstico tanto la enfermedad renal hipertensiva como la cardiopatía hipertensiva. Se debe asumir que existe relación entre la hipertensión y la enfermedad renal crónica, aunque no esté especificada dicha relación en la documentación. Si existe insuficiencia cardíaca, se debe asignar un código adicional de la categoría I50 para identificar el tipo de insuficiencia cardíaca. Se debe utilizar el código apropiado de la categoría **N18 Enfermedad renal crónica (ERC)**

---

<sup>17</sup> Véase Sección I.C.14. Enfermedad renal crónica

como código secundario junto a un código de la categoría I13 para identificar el estadio de la enfermedad renal crónica.

Los códigos de la categoría **I13 Enfermedad cardíaca y renal crónica hipertensiva** son códigos de combinación que incluyen hipertensión, cardiopatía y enfermedad renal crónica. La nota 'Incluye' de la categoría I13 especifica que las acepciones incluidas en I11 e I12 quedan incluidas de forma conjunta bajo I13. Si un paciente presenta hipertensión, enfermedad cardíaca y enfermedad renal crónica, se debe usar un código de la categoría I13 y no los códigos individuales de hipertensión, enfermedad cardíaca y enfermedad renal crónica.

Para los pacientes con insuficiencia renal aguda y enfermedad renal crónica, se requiere un código adicional para la insuficiencia renal aguda.

#### **4) Enfermedad cerebrovascular hipertensiva**

En la enfermedad cerebrovascular hipertensiva, asigne en primer lugar un código de las categorías I60-I69, seguido del código apropiado de hipertensión.

#### **5) Retinopatía hipertensiva**

La subcategoría **H35.0 Retinopatía de fondo y cambios vasculares retinianos**, debe utilizarse con un código I10-I15 Enfermedades Hipertensivas, que incluye la hipertensión sistémica. La secuencia de códigos está determinada por el motivo de contacto.

#### **6) Hipertensión secundaria**

La hipertensión secundaria se debe a una afección subyacente.

Se necesitan dos códigos: uno para identificar la etiología subyacente y otro de la categoría I15 para identificar la hipertensión. La secuencia de códigos viene determinada por el motivo de ingreso o contacto.

#### **7) Hipertensión transitoria**

Se debe asignar el código **R03.0 Medida de presión arterial elevada, sin diagnóstico de hipertensión**, a menos que el paciente tenga un diagnóstico establecido de la hipertensión. Se debe asignar un código de la categoría **O13 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa**, o bien un código de la categoría **O14 Preeclampsia**, en la hipertensión transitoria del embarazo.

#### **8) Hipertensión controlada**

Esta expresión diagnóstica suele referirse a los casos en que existe una hipertensión bajo control por el tratamiento. Se debe asignar el código correspondiente de las categorías I10-I15.

#### **9) Hipertensión no controlada**

El término "hipertensión no controlada" puede referirse a una hipertensión no tratada o bien a una hipertensión que no responde al régimen

terapéutico actual. En cualquiera de los casos, asigne el código correspondiente de las categorías I10-I15”.

**b. Enfermedad coronaria aterosclerótica y angina de pecho**

ICD-10-CM tiene códigos de combinación para la cardiopatía aterosclerótica con angina de pecho. Las subcategorías de estos códigos son **I25.11 Enfermedad cardiaca aterosclerótica de arteria coronaria nativa con angina de pecho**, e **I25.7 Aterosclerosis de injerto(s) de derivación de arteria coronaria y de arteria coronaria de corazón trasplantado, con angina de pecho**.

Cuando se utilice uno de estos códigos de combinación, no es necesario utilizar código adicional para la angina de pecho. Se puede asumir que existe una relación causal en un paciente que presenta tanto aterosclerosis como angina de pecho, salvo que la documentación indique que la angina se debe a un motivo distinto.

Si un paciente con arteriopatía coronaria ingresa a causa de un infarto agudo de miocardio (IAM), el IAM debe secuenciarse delante de la arteriopatía coronaria.<sup>18</sup>

**c. Accidente cerebrovascular intraoperatorio y posprocedimiento**

La documentación de la historia clínica debería especificar claramente la relación causa-efecto entre la intervención médica y el accidente cerebrovascular, a efectos de asignar los códigos de los accidentes cerebrovasculares intraoperatorios o posprocedimiento.

La asignación de códigos correcta depende de si se trata de infarto o hemorragia o de si apareció en la fase intraoperatoria o en el postoperatorio. Si se trata de una hemorragia cerebral, la asignación del código depende del tipo de procedimiento realizado.

**d. Secuelas de enfermedad cerebrovascular**

**1) Categoría I69 Secuelas de enfermedad cerebrovascular**

La categoría I69 se utiliza para indicar afecciones clasificables bajo las categorías I60-I67 como causa de secuelas (déficits neurológicos) que en sí mismos se clasifican bajo otros apartados. Estos 'efectos tardíos' incluyen los déficits neurológicos que persisten tras la fase inicial de afecciones clasificables bajo las categorías I60-I67. Los déficits neurológicos causados por enfermedad cerebrovascular pueden estar presentes desde el inicio, o aparecer en cualquier momento después del comienzo de la afección clasificable bajo las categorías I60-I67. Los códigos de categoría **I69, Secuelas de enfermedad cerebrovascular**, que especifican hemiplejía, hemiparesia y monoplejía permiten identificar si es el lado dominante o no dominante afectado. Si la documentación, indica el lado afectado pero no aclara si es dominante o no dominante, y la clasificación no proporciona un

---

<sup>18</sup> Véase Sección I.C.9. Infarto agudo de miocardio (IAM)

código por defecto, la selección de código se realizará teniendo en cuenta lo siguiente:

En pacientes ambidiestros, el lado afectado se considera por defecto como dominante.

Si el lado afectado es el izquierdo, se considera no dominante por defecto.

Si el lado afectado es el derecho, se considera dominante por defecto.

## **2) Códigos de la categoría I69 junto con códigos I60-I67**

Se pueden asignar códigos de la categoría I69 para una historia clínica que contenga códigos del I60 al I67, si el paciente presenta un accidente cerebrovascular (ACV) actual y al mismo tiempo déficits debidos a un ACV antiguo.

## **3) Códigos de la categoría I69 junto con códigos Z86.73 Historia personal de ataque isquémico transitorio (AIT) e infarto cerebral sin déficits residuales**

Si el paciente no presenta déficits neurológicos, no se deben asignar códigos de la categoría I69.<sup>19</sup>

### **e. Infarto agudo de miocardio (IAM)**

#### **1) Infarto de miocardio con elevación de ST (IMCEST) e infarto de miocardio sin elevación del ST (IMSEST)**

Los códigos CIE-10-ES para el infarto agudo de miocardio (IAM) identifican localizaciones, tales como pared anterolateral o pared posterior verdadera. Las subcategorías I21.0-I21.2 y el código I21.3 se utilizan para el infarto de miocardio con elevación del ST (IMCEST). El código **I21.4 Infarto agudo de miocardio sin elevación del ST (IAMSEST) (IMSEST) (NSTEMI)** se utiliza tanto para el infarto de miocardio sin elevación del ST (IMSEST) como para los IM no transmurales.

Si un IMSEST evoluciona a IMCEST, asigne el código adecuado de IMCEST. Si un IMCEST debido a la terapia trombolítica evoluciona a un INSEST, debe seguir codificándose como IMCEST.

Los contactos por infarto de miocardio que se producen durante un periodo igual o menor a las cuatro primeras semanas, incluidos traslados a otras unidades de agudos o posagudos, y en los que el paciente requiere cuidados continuados para el infarto, deben seguir registrándose con los códigos de la categoría I21. Para contactos posteriores al período de 4 semanas en los que el paciente aún está recibiendo atención continua relacionada con el infarto de miocardio, debe asignarse un código apropiado de cuidados posteriores, en lugar de un código de categoría de **I21**. Para infartos de miocardio antiguos o cicatrizados que ya no requieren más cuidados, se asigna el código **I25.2 infarto de miocardio antiguo**.

---

<sup>19</sup> Véase Sección I.C.21.4 Historia de, para la utilización de códigos de historia personal



## **2) Infarto agudo de miocardio, no especificado**

El código **I21.3 Infarto agudo de miocardio con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) de localización no especificada**, es el valor predeterminado para el término infarto agudo de miocardio sin especificar. Si sólo se ha documentado el término IMCEST o IAM transmural sin dar su localización, debe asignar el código I21.3.

## **3) IAM documentado como no transmural o subendocárdico pero con localización especificada**

Si un IAM se documenta como no transmural o subendocárdico, pero se indica la localización, se debe codificar como IAM subendocárdico.<sup>20</sup>

## **4) Infarto agudo de miocardio subsiguiente**

Los códigos de la categoría **I22 Infarto agudo de miocardio subsiguiente con elevación de ST (IAMCEST) (IMEST) (STEMI) y sin elevación de ST (IAMSEST) (IMNEST) (NSTEMI)**, se deben utilizar cuando un paciente que ha sufrido un IAM tiene un nuevo infarto dentro del período de cuatro semanas desde el IAM inicial. Los códigos de la categoría I22 deben usarse junto con a códigos de la categoría I21. La secuencia de los códigos I22 e I21 depende de las circunstancias del contacto asistencial.

# **10. Capítulo 10: Enfermedades del aparato respiratorio (J00-J99)**

## **a. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC] y Asma**

### **1) Exacerbación aguda de bronquitis crónica obstructiva y asma**

Los códigos de las categorías J44 y J45 permiten distinguir entre los casos no complicados y los que presentan exacerbación aguda. Una exacerbación aguda es un empeoramiento o una descompensación de una afección crónica.

Una exacerbación aguda no equivale a infección sobreañadida sobre una afección crónica, aunque una exacerbación puede estar desencadenada por una infección.

## **b. Insuficiencia respiratoria aguda**

### **1) Insuficiencia respiratoria aguda como diagnóstico principal**

Un código de la subcategoría **J96.0 insuficiencia respiratoria aguda**, o subcategoría **J96.2 insuficiencia respiratoria aguda y crónica**, puede ser asignado como diagnóstico principal cuando se determina que es la afección responsable de ocasionar el ingreso en el hospital, y la selección se apoya en el índice alfabético y lista tabular. Sin embargo, tienen preferencia las normas de codificación específicas de capítulos (como obstetricia,

---

<sup>20</sup> Véase la sección I.C.21.3 para consultar información sobre la forma de codificar el estado posterior a la administración de tPA en un centro diferente dentro de las últimas 24 horas

envenenamientos, VIH, recién nacidos) que contienen directrices sobre secuencia de códigos.

### **2) Insuficiencia respiratoria aguda como diagnóstico secundario**

La insuficiencia respiratoria puede ser diagnóstico secundario si aparece después del ingreso o bien si está presente al ingreso pero no cumple los criterios de definición de diagnóstico principal.

### **3) Secuencia de códigos de insuficiencia respiratoria aguda y otra afección aguda**

Cuando un paciente ingresa con insuficiencia respiratoria y otra afección aguda (por ejemplo, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, neumonía por aspiración), el diagnóstico principal no será el mismo en todas las situaciones. Esta norma se aplica independientemente de que la otra afección aguda sea respiratoria o no respiratoria. La selección del diagnóstico principal dependerá de las circunstancias del ingreso. Si tanto la insuficiencia respiratoria como la otra afección son igualmente responsables de ocasionar el ingreso en el hospital y no existen reglas específicas de capítulo para la secuencia de códigos, se puede aplicar la norma relativa a dos o más diagnósticos que cumplen por igual la definición de diagnóstico principal (sección II, C.).

Si la documentación no es clara en cuanto a si un fracaso respiratorio agudo y otra afección son igualmente responsables de ocasionar el ingreso, consulte al clínico para qué lo aclare.

### **c. Gripe debida a ciertos virus de la gripe identificados**

Codifique sólo los casos confirmados de gripe debida a ciertos virus de la gripe identificados (categoría J09) y debida a otros virus de la gripe identificados (categoría J10). Esto es una excepción a la norma sobre pacientes ingresados de la Sección II, H. (Diagnóstico Incierto). En este contexto, 'confirmación' no requiere la documentación de pruebas de laboratorio positivas específicas para gripe aviar, ni para otra nueva gripe A, ni para otros virus de la gripe identificados. Sin embargo, la codificación debe fundamentarse en que el clínico haya expresado en su diagnóstico que el paciente tiene gripe aviar o bien otra nueva gripe A de la categoría J09, o bien que tiene otra cepa particular de gripe identificada como H1N1 y H3N2, o no identificada como nueva o variante, de la categoría J10.

Si el clínico ha escrito "sospecha", "posible" o "probable" gripe aviar, nueva gripe u otra gripe identificada, no debe asignarse ningún código de la categoría J09 ni de la J10, se debe asignar un código apropiado de la categoría **J11 Gripe debida a virus de la gripe no identificado**.

### **d. Neumonía asociada a Respirador**

### 1) Documentación de la Neumonía asociada a Respirador

Al igual que con las demás complicaciones por procedimiento o posteriores a procedimiento, la asignación de los códigos debe realizarse basándose en la relación causa/efecto establecida en la documentación clínica.

El código **J95.851 Neumonía asociada a ventilación mecánica**, debe ser asignado solamente cuando el clínico ha documentado una neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV). Se debe asignar además un código adicional para identificar el organismo (por ejemplo, *Pseudomonas aeruginosa*, el código B96.5). No asigne un código adicional de las categorías J12-J18 para identificar el tipo de neumonía.

El código J95.851 no debe ser asignado en los casos en los que un paciente tiene neumonía y está conectado a un respirador mecánico, pero el clínico no haya especificado que la neumonía esté asociada al respirador. Si la documentación no es clara con respecto a si la neumonía que presenta un paciente puede ser atribuible a la ventilación mecánica, debe consultar al facultativo.

### 2) Neumonía asociada al respirador desarrollada con posterioridad al ingreso

Un paciente puede ser ingresado con un tipo de neumonía determinada (por ejemplo, **J13, Neumonía por *Streptococcus pneumoniae***) y posteriormente, desarrollar una neumonía asociada a respirador. En este caso, el diagnóstico principal sería el código apropiado de las categorías J12-J18 para la neumonía diagnosticada en el momento de la admisión. El **código J95.851, Neumonía asociada a ventilación mecánica**, se asignará como un diagnóstico adicional siempre que el clínico lo haya documentado.

## 11. Capítulo 11. Enfermedades del Sistema Digestivo (K00-K95)

Reservado para una futura expansión de la normativa.

## 12. Capítulo 12: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)

### a. Códigos para estadios de las úlceras por presión

#### 1) Estadios de las úlceras por presión

Los códigos de la categoría **L89 Úlcera por presión** son códigos de combinación que identifican la localización y el estadio de la úlcera por presión.

CIE-10-ES clasifica los estadios de las úlceras por presión en base a la severidad, e incluye los estadios 1-4, el estadio 'no especificado' y los casos 'no estadificable'.

Se deben asignar tantos códigos de la categoría L89 como sean necesarios para identificar todas las úlceras por presión que presente el paciente.

#### 2) Úlceras por presión no estadificables

La asignación de código de las úlceras por presión no estadificables (L89.XX0) debe basarse en la documentación clínica. Estos códigos se utilizan para las úlceras por presión cuyo estadio no puede ser determinado clínicamente (por ejemplo, si la úlcera está cubierta por escara o ha sido tratado con un injerto de piel o muscular) y las úlceras han sido documentadas como con lesión de los tejidos profundos, y no como debidas a un traumatismo. Este código no se debe confundir con los correspondientes a estadio no especificado (L89.XX9). Cuando no hay documentación sobre el estadio de la úlcera por presión, asigne el código apropiado para estadio no especificado (L89.XX9).

### **3) Estadio documentado de úlceras por presión**

La asignación de códigos para el estadio de la úlcera por presión debe basarse en la documentación clínica referente al estadio o en las instrucciones que se encuentran con los términos del Índice Alfabético.

### **4) Pacientes ingresados con úlceras por presión documentadas como cicatrizadas**

Si la documentación indica que la úlcera por presión está totalmente curada, no se debe asignar código.

### **5) Pacientes ingresados con úlceras por presión documentadas como en fase de cicatrización**

Las úlceras por presión descritas como en fase de cicatrización deben clasificarse mediante el código adecuado de estadio de la úlcera. Si la documentación no aporta información sobre el estadio de la úlcera por presión en cicatrización, asigne el código apropiado de estadio sin especificar.

Si la documentación no aclara si el paciente tiene una úlcera por presión actual (nueva) o si está siendo tratado por una úlcera por presión en fase de cicatrización, consulte con el profesional sanitario.

### **6) Paciente admitido con úlcera por presión que evoluciona a un estadio diferente durante el ingreso**

Si un paciente ingresa con una úlcera por presión en un determinado estadio y avanza a un estadio superior, asigne el código del estadio más alto que se haya documentado para dicha localización.

## **13. Capítulo 13: Enfermedades del sistema musculo esquelético y del tejido conectivo (M00-M99)**

### **a. Localización y lateralidad**

La mayoría de los códigos del capítulo 13 tienen designación de localizaciones y lateralidad. La localización se refiere bien al hueso o a la articulación o músculo afectados. Para ciertas afecciones en las que suele estar afectado más de un hueso, articulación o músculo, como en el caso de la artrosis, disponemos de un código de 'localizaciones múltiples'. En las categorías que no disponen de código

de localización múltiple, cuando está afectado más de hueso, articulación o músculo, se deberán utilizar todos los códigos necesarios para indicar las diferentes localizaciones afectadas.

### **1) Hueso versus articulación**

En determinadas afecciones, el hueso puede estar afectado en su extremo superior o inferior, (por ejemplo, **M87 Osteonecrosis** y osteoporosis M80-M81).

Aunque la porción de hueso afectada puede estar en la articulación, la designación de la localización será el hueso, no la articulación.

### **b. Afecciones musculoesqueléticas traumáticas agudas versus crónicas o recidivantes**

Muchas enfermedades del sistema osteomuscular son consecuencia de una lesión o traumatismo previos, o son afecciones recidivantes. Las afecciones de huesos, articulaciones o músculos que aparecen como consecuencia de una lesión curada se suelen encontrar en el capítulo 13 al igual que las afecciones recidivantes de huesos, articulaciones o músculos. Cualquier lesión actual aguda debe a codificarse con un código apropiado de lesión del capítulo 19. Las afecciones crónicas o recidivantes se deben codificar en general mediante un código del capítulo 13. Si es difícil determinar con la documentación de la historia clínica cuál es el código que describe mejor una determinada afección, se debe consultar al clínico.

### **c. Codificación de las fracturas patológicas**

El séptimo carácter "A", debe utilizarse siempre que el paciente esté recibiendo tratamiento activo para la fractura. Ejemplos de tratamiento activo son: tratamiento quirúrgico, atención en Urgencias, **evaluación y continuación de tratamiento por el mismo o por un nuevo médico.**

**Cuando un paciente con fractura patológica sea atendido por un nuevo facultativo o por otro especialista diferente, la asignación del séptimo carácter debe basarse en el hecho de si el paciente está aún recibiendo tratamiento activo y no en si un clínico lo ve por vez primera.**

El séptimo carácter "D", se debe utilizar en contactos que se producen después de que el paciente haya completado el tratamiento activo. Los otros séptimos caracteres, que se enumeran debajo de cada subcategoría en la lista tabular, se deben utilizar en contactos sucesivos para el tratamiento de problemas asociados con la consolidación, tales como la unión defectuosa, no unión y otras secuelas. El cuidado de las complicaciones de tratamiento quirúrgico para reparar una fractura, tanto en la fase de curación como de recuperación, debe ser codificada con códigos de complicación apropiados.<sup>21</sup>

### **d. Osteoporosis**

La osteoporosis es una enfermedad sistémica, lo que significa que todos los huesos del esqueleto están afectados. Por tanto, la localización no es un

---

<sup>21</sup> Véase Sección I.C.19. Codificación de las fracturas traumáticas

componente de los códigos de la categoría M81 - Osteoporosis, sin fractura patológica actual. Los códigos de localización bajo la categoría M80.- Osteoporosis con fractura patológica actual, identifican la localización de la fractura, no la de la osteoporosis.

### **1) Osteoporosis sin fractura patológica**

La categoría M81 Osteoporosis, sin fractura patológica actual, se debe utilizar en pacientes con osteoporosis que actualmente no presentan una fractura patológica debida a la osteoporosis, aunque hayan tenido una fractura en el pasado. Para los pacientes con antecedentes de fracturas por osteoporosis, el código de estado Z87.31 - Historia personal de fractura consolidada) no traumáticas, debe seguir al código M81.

### **2) Osteoporosis con fractura patológica actual**

La categoría **M80 Osteoporosis con fractura patológica actual**, está creada para pacientes que tienen una fractura patológica actual en el momento de un contacto. Los códigos de la categoría M80 identifican la localización de la fractura. Se debe utilizar un código de la categoría M80, y no un código de fractura traumática, para cualquier paciente con osteoporosis conocida que sufre una fractura, incluso si el paciente tuvo una pequeña caída o un traumatismo menor, si dicha caída o traumatismo no sería causa suficiente para producir habitualmente una rotura en un hueso sano.

## **14. Capítulo 14: Enfermedades del aparato genitourinario (N00-N99)**

### **a. Enfermedad renal crónica**

#### **1) Estadios de la enfermedad renal crónica (ERC)**

CIE-10-ES clasifica la ERC según la gravedad. La gravedad de la ERC se califica en estadios del I al V.

- estadio II, código N18.2, equivale a ERC leve
- estadio III, código N18.3, equivale a ERC moderada
- estadio IV, código N18.4, equivale a ERC grave
- El código N18.6 Enfermedad renal en estadio terminal , se asigna cuando el clínico ha documentado una enfermedad renal terminal (ERT)

Cuando está documentada una Enfermedad Renal Crónica Terminal, se asigna solamente el código N18.6.

#### **2) Enfermedad renal crónica y estado de trasplante de riñón**

Los pacientes en los que se ha realizado trasplante renal pueden presentar aún alguna forma de enfermedad renal crónica (ERC) debido a que el trasplante puede no haber restablecido totalmente la función renal. Por tanto, la presencia de ERC no constituye por sí sola una complicación del trasplante. Se debe asignar el código adecuado de la categoría N18 para especificar el estadio de ERC y el código Z94.0 Estado de trasplante renal. Si se encuentra documentada una complicación del trasplante, como fracaso o rechazo u otras consulte la sección I.C.19. Enfermedad renal crónica y

complicaciones del trasplante renal, para la asignación correcta de códigos. Si la documentación no es clara en cuanto a si el paciente tiene una complicación del trasplante, se debe consultar al clínico.

### **3) Enfermedad renal crónica con otras afecciones**

Los pacientes con enfermedad renal crónica también pueden sufrir de otras afecciones graves, siendo las más habituales la diabetes mellitus y la hipertensión. La secuencia del código de ERC con respecto a los códigos de otras afecciones asociadas se basa en las convenciones de la lista tabular.<sup>22</sup>

## **15. Capítulo 15: Embarazo, parto y puerperio (O00-O9A)**

### **a) Normas generales para los casos obstétricos**

#### **1) Códigos del capítulo 15 y secuenciación**

Los códigos del capítulo 15 tienen prioridad en la secuenciación sobre los códigos de otros capítulos. Se pueden utilizar códigos adicionales de otros capítulos en combinación con códigos del capítulo 15 para especificar mejor cada afección. Si el clínico documenta que el embarazo tiene carácter incidental respecto al contacto, se debe utilizar el código **Z33.1 Estado de embarazo incidental**, en lugar de cualquiera de los códigos del capítulo 15. Es responsabilidad del clínico determinar que la afección que se trata no está afectando al embarazo.

#### **2) Códigos del Capítulo 15 utilizados solamente en la historia de la madre**

Los códigos del capítulo 15 solamente se deben utilizar en la historia de la madre, nunca en la historia del recién nacido.

#### **3) Carácter final para el trimestre**

La mayoría de los códigos en el capítulo 15 tiene un carácter final para identificar el trimestre del embarazo. Los intervalos temporales para los trimestres se indican al principio del capítulo. Cuando el trimestre no es componente de un código es debido a que la afección siempre aparece durante un trimestre específico, o porque la edad gestacional no es aplicable.

Algunos códigos solo tienen caracteres para determinados trimestres, porque la afección no se produce en todos ellos, aunque puede aparecer en más de uno.

La asignación del dígito de trimestre se realizará con la documentación clínica, teniendo en cuenta el trimestre en que se produce el contacto actual. Esto se aplica a la asignación de trimestre para afecciones preexistentes, así como para las que se desarrollan o se deben al embarazo. Se revisará el número de semanas de gestación en la documentación clínica para identificar el trimestre adecuado al asignar el código.

---

<sup>22</sup> Ver I.C.9. *Enfermedad renal crónica hipertensiva*

Ver I.C.19. *Enfermedad renal crónica y complicaciones del trasplante renal*

En ingresos en los que se produzca el parto, siempre que exista la posibilidad de utilizar códigos para describir la complicación obstétrica que incluyan en su literal 'durante el parto', se debe asignar dicho código.

#### **4) Selección de trimestre para hospitalizaciones que incluyen más de un trimestre**

Cuando una paciente sea ingresada en el hospital por complicaciones del embarazo en un determinado trimestre y deba permanecer en el hospital en otro trimestre posterior, para asignar el dígito del trimestre, se tomará como base el trimestre en que se desarrolló la complicación, y no en el que se produce el alta. Si la afección se desarrolló antes del actual contacto o bien representa un problema preexistente, se debe asignar el carácter de trimestre de acuerdo al trimestre en que se produjo el contacto.

#### **5) Trimestre no especificado**

Las categorías que incluyen códigos de trimestre tienen un código para 'trimestre no especificado'. Rara vez se utilizará este código, salvo cuando la documentación de la historia clínica sea insuficiente para determinar el trimestre y no es posible obtener una aclaración.

#### **6) 7º carácter para identificar el feto**

Para identificar qué feto está afectado por la afección que se esté codificando, debe asignarse, con determinadas categorías un séptimo carácter (O31, O32, O33.3 - O33.6, O35, O36, O40, O41, O60.1, O60.2, O64, y o69).

Asignación de 7º carácter 0

- Para gestaciones únicas.
- Cuando la documentación en la historia es insuficiente para determinar el número de fetos afectados y no es posible obtener más información.
- Cuando clínicamente no es posible determinar el número de fetos afectados.

### **b. Selección de diagnóstico obstétrico principal**

#### **1) Consulta ambulatoria prenatal rutinaria**

En las consultas ambulatorias prenatales rutinarias, cuando no existen complicaciones, se debe utilizar como diagnóstico principal un código de la categoría **Z34 Contacto para supervisión de un embarazo normal**. Estos códigos no se deben utilizar en combinación con códigos del capítulo 15.

#### **2) Visitas prenatales ambulatorias para pacientes de alto riesgo**

Para las consultas ambulatorias prenatales rutinarias en pacientes con embarazo de alto riesgo, se debe secuenciar como primer diagnóstico un código de la categoría **O09 Supervisión de embarazo de alto riesgo**.

Se pueden utilizar códigos secundarios del capítulo 15 en combinación con dichos códigos, si procede.



### 3) Episodios sin parto

En los episodios en los que no se produce el parto, el diagnóstico principal deberá corresponder a la complicación principal del embarazo que justificó el contacto. En caso de que exista tratamiento o vigilancia de más de una complicación, cualquiera de ellas puede secuenciarse en primer lugar.

### 4) Episodios con parto

En los episodios en los que se produce el parto, el diagnóstico principal deberá corresponder a la circunstancia o complicación más importante. En casos de cesárea, la selección del diagnóstico principal debe realizarse en función de la afección que, después del estudio, se estableció como responsable del ingreso de la paciente. Si la paciente fue ingresada con una afección que dio lugar a la cesárea, dicha afección debe considerarse diagnóstico principal. Si el motivo de ingreso no está relacionado con la afección que dio lugar a la cesárea, se debe seleccionar como diagnóstico principal la afección que motivó de ingreso.

### 5) Resultado del parto

Se debe incluir un código de la categoría **Z37 Resultado del parto**, en toda historia clínica materna cuando haya existido parto. Estos códigos no deben utilizarse en registros posteriores ni en las historias de los recién nacidos.

#### c. Afecciones pre-existentes frente a afecciones debidas al embarazo

Algunas categorías del capítulo 15 distinguen entre las afecciones de la madre que existían antes del embarazo (preexistentes) y las que son resultado directo del embarazo. Al asignar códigos del capítulo 15, es importante asegurarse de si la afección ya existía antes o se ha desarrollado durante la gestación o como resultado del embarazo.

Las categorías que no distinguen entre afecciones preexistentes y las relacionadas con el embarazo pueden utilizarse en cualquiera de las dos circunstancias. Es aceptable utilizar códigos específicos del puerperio junto con códigos de complicaciones del embarazo y el parto, si durante el episodio del parto se produce una complicación postparto.

#### d. Hipertensión preexistente en el embarazo

La categoría **O10 Hipertensión preexistente que complica el embarazo, parto y puerperio**, incluye códigos para la cardiopatía hipertensiva y la enfermedad renal crónica hipertensiva. Cuando se asigna un código de la categoría O10 que incluye cardiopatía hipertensiva o enfermedad renal crónica hipertensiva, es necesario añadir un código secundario de la categoría adecuada de hipertensión para especificar el tipo de insuficiencia cardíaca o de enfermedad renal crónica.<sup>23</sup>

#### e. Afecciones fetales que influyen en el tratamiento de la madre

---

<sup>23</sup> Véase Sección I.C.9. Hipertensión

## 1) Códigos de las categorías O35 y O36

Los códigos de las categorías **O35 Atención materna por anomalía y daño fetal conocida o sospechada**, y **O36 Atención materna por otros problemas fetales**, solamente se asignan cuando la afección fetal es realmente la responsable de que se haya modificado el tratamiento de la madre, por ejemplo, por necesitar estudio diagnóstico, observación adicional, cuidados especiales o interrupción del embarazo. El hecho de que exista una afección fetal no justifica el que se asigne un código de estas categorías en la historia clínica de la madre.

## 2) Cirugía 'intraútero'

En los casos en que se realiza cirugía sobre el feto, se debe asignar un código diagnóstico de la categoría **O35 Atención materna por anomalía y daño fetal conocida o sospechada** para identificar la afección fetal. Asignar el código de procedimiento adecuado para el procedimiento realizado.

No se debe utilizar en la historia clínica de la madre ningún código del capítulo **16 Códigos perinatales**, para identificar afecciones del feto. La cirugía realizada intraútero sobre un feto se debe a codificar también como un contacto obstétrico.

### f. Infección por VIH en embarazo, parto y puerperio

Durante el embarazo, el parto o el puerperio, una paciente que ingresa debido a una enfermedad relacionada con el VIH debe tener asignado un diagnóstico principal de la subcategoría **O98.7 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica el embarazo, parto y puerperio**, seguido de los códigos de las enfermedades relacionadas con el VIH.

En las pacientes con estado de infección asintomática por VIH ingresadas durante embarazo parto o puerperio, se debe asignar el código correspondiente de la subcategoría **O98.7** junto con el código **Z21 Estado de infección asintomática por virus de inmunodeficiencia humana [VIH]**.

### g. Diabetes mellitus en el embarazo

La diabetes mellitus es un factor importante de complicación en el embarazo. En las mujeres embarazadas que son diabéticas se debe asignar en primer lugar un código de la categoría **O24 Diabetes mellitus en el embarazo, parto y puerperio**, seguido de los códigos correspondientes a la diabetes (E08-E13) del capítulo cuatro.

### h. Uso prolongado de insulina

También se debe asignar el código **Z79.4 Uso (actual) prolongado de insulina**, si la diabetes mellitus está siendo tratada con insulina.

### i. Diabetes gestacional (inducida por embarazo)

La diabetes gestacional (inducida por embarazo) puede aparecer durante el segundo y el tercer trimestre de gestación en mujeres que no eran diabéticas antes del embarazo. La diabetes gestacional puede causar complicaciones en el embarazo similares a las de una diabetes mellitus preexistente. También pone a la

mujer en situación de mayor riesgo de desarrollar diabetes después del embarazo.

Los códigos para diabetes gestacional se encuentran en la subcategoría **O24.4 Diabetes mellitus gestacional**. No se debe utilizar ningún otro código de la categoría **O24 Diabetes mellitus en el embarazo, parto y puerperio**, junto con un código de la subcategoría O24.4.

Los códigos de la subcategoría O24.4 incluyen las formas 'controlada con dieta' y 'controlada con insulina'. Si una paciente con diabetes gestacional se trata con ambas, sólo se necesita el código de diabetes controlada con insulina. El código **Z79.4 Uso (actual) prolongado de insulina**, no se debe asignar junto con los códigos de la subcategoría O24.4.

A una tolerancia anormal a la glucosa durante el embarazo se le asigna un código de la subcategoría **O99.81 Glucemia anormal que complica el embarazo, parto y puerperio**.

**j. Sepsis y shock séptico que complican aborto, embarazo, parto y puerperio**

Cuando se utiliza un código del capítulo 15 para codificar la sepsis que complica aborto, embarazo, parto y puerperio, se debe asignar un código para el tipo específico de infección, como diagnóstico adicional. Si existe una sepsis grave, se debe asignar como diagnóstico adicional un código de la subcategoría R65.2 - Sepsis grave, y también los códigos para la disfunción orgánica asociada, como diagnósticos adicionales.

**k. Sepsis puerperal**

Se debe asignar el código **O85 Sepsis puerperal**, junto a un código secundario para identificar el organismo causal (por ejemplo, para una infección bacteriana, se debe asignar un código de las categorías B95-B96 - Infecciones bacterianas en enfermedades clasificadas en otro lugar). No se deben asignar para la sepsis puerperal códigos de la categoría **A40 Sepsis estreptocócica**, ni de la **A41 Otras sepsis**. Si procede, utilice códigos adicionales para identificar la sepsis grave (R65.2) y cualquier disfunción orgánica aguda asociada.

**l. Consumo de alcohol y tabaco durante embarazo, parto y puerperio**

**1) Consumo de alcohol durante embarazo, parto y puerperio**

Se deben asignar códigos de la subcategoría **O99.31 Consumo de alcohol que complica el embarazo, parto y puerperio**, para aquellos casos en los que la madre consume alcohol durante el embarazo o el posparto.

Se debe asignar también un código secundario de la categoría **F10 Trastornos relacionados con alcohol** para identificar las manifestaciones del consumo de alcohol.

**2) Consumo de tabaco durante embarazo, parto y puerperio**

Se deben asignar códigos de la subcategoría **O99.33 Hábito de fumar (tabaco) que complica el embarazo, parto y puerperio**, en todos los casos

en los que la madre consume cualquier tipo de producto del tabaco durante el embarazo o el posparto. Se debe asignar además un código secundario de la categoría **F17 Dependencia de nicotina**, ~~o el código **Z72.0 Tabaquismo** para identificar el tipo de dependencia a la nicotina.~~

**m. Intoxicación, efectos tóxicos, efectos adversos e infradosificación en una paciente embarazada**

Los códigos de la subcategoría **O9A.2 Lesión, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas que complican el embarazo, parto y puerperio**, se deben secuenciar en primer lugar seguidos del código adecuado de lesión, envenenamiento, efecto tóxico, efecto adverso o infradosificación. A continuación, los códigos adicionales que especifiquen la afección que se ha producido.<sup>24</sup>

**n. Parto normal, Código O80**

**1) Contacto para parto a término sin complicaciones**

Se debe asignar el código O80 cuando una mujer es ingresada por un embarazo normal a término y el resultado del parto es un recién nacido único sano sin ninguna complicación anteparto, en el parto ni el posparto. El código O80 es siempre diagnóstico principal. No se debe utilizar si se necesita cualquier otro código del capítulo 15 para describir una complicación del episodio del parto. Se pueden utilizar códigos adicionales de otros capítulos junto con el código O80 si no están relacionados con el embarazo o no lo complican de ninguna forma.

**2) Parto sin complicaciones, con complicación anteparto resuelta**

Se puede utilizar el código O80 si la paciente tuvo una complicación en algún momento del embarazo pero dicha complicación no está presente en el momento de ingresar para el parto.

**3) Resultado del parto para O80**

El único código de resultado del parto apropiado para utilizar con el código O80 es el **Z37.0 Nacido vivo único**.

**o. Períodos de periparto y posparto**

**1) Periodos periparto y posparto**

El periodo posparto comienza inmediatamente después del parto y continúa durante las siguientes seis semanas. El periodo periparto se define como el que abarca el último mes del embarazo hasta cinco meses después del parto.

---

<sup>24</sup> Véase Sección I.C.19. Efectos adversos, envenenamiento, infradosificación y efectos tóxicos

## **2) Complicación posparto**

Una complicación posparto es una complicación que ocurre en el plazo de seis semanas.

## **3) Complicaciones relacionadas con el embarazo después de las seis semanas**

Los códigos del capítulo 15 también se pueden utilizar para describir complicaciones relacionadas con el embarazo después del periodo periparto o posparto si el clínico considera que dicha afección está relacionada con el embarazo.

## **4) Admisión para cuidados posparto rutinarios tras un parto extrahospitalario**

Cuando el parto ocurre fuera del hospital y la madre ingresa para cuidados rutinarios del posparto sin que se observen complicaciones, se debe asignar como diagnóstico principal el **código Z39.0 Contacto para atención y reconocimiento médico de la madre inmediatamente después del parto.**

## **5) Miocardiopatía asociada al embarazo**

El código **O90.3 Miocardiopatía periparto**, es en el sentido de que puede diagnosticarse en el tercer trimestre del embarazo y continuar la progresión de la enfermedad, meses después del parto. Por esta razón, se conoce como miocardiopatía periparto. El código O90.3 solamente debe utilizarse cuando la miocardiopatía se desarrolla como resultado del embarazo en una mujer que no tenía cardiopatía previa.

## **p. Código O94 - Secuelas de complicaciones de embarazo, parto y puerperio**

### **1) Código O94**

El código **O94 - Secuelas de complicaciones del embarazo parto y puerperio**, se debe utilizar en aquellos casos en que a partir de una complicación inicial de un embarazo se desarrolla una secuela que requiere cuidados o tratamiento en una fecha posterior.

### **2) Después del periodo inicial del posparto**

Este código puede ser utilizado en cualquier momento después del período inicial posparto.

### **3) Secuenciación del código O94**

Este código, como ocurre con todos los códigos de secuela, se debe secuenciar detrás del código que describa la secuela de la complicación.

## **q. Terminación de embarazo y aborto espontáneo**

### **1) Aborto con feto nacido vivo**

Cuando un intento de interrupción del embarazo da como resultado un feto vivo, se debe asignar el código **Z33.2 Contacto para interrupción voluntaria del embarazo** y un código de la categoría **Z37 Resultado del parto.**

## 2) Retención de productos de la concepción después de un aborto

A los contactos posteriores debidos a la retención de productos de la concepción después de un aborto espontáneo o una interrupción voluntaria del embarazo se les asigna el código correspondiente de la categoría **O03 Aborto espontáneo**, **007.4 Intento fallido de interrupción del embarazo sin complicaciones** y el código **Z33.2 Contacto para interrupción voluntaria del embarazo**. Esta indicación es apropiada incluso cuando la paciente fue dada de alta previamente con un diagnóstico final de aborto completo.

## 3) Complicaciones como causa de aborto

Pueden utilizarse códigos del capítulo 15 como códigos adicionales para identificar complicaciones del embarazo documentadas junto con códigos de las categorías O07 y O08.

### r. Abuso en paciente embarazada

Los códigos de las subcategorías **O9A.3 Maltrato físico que complica el embarazo, parto y puerperio**, **O9A.4 Maltrato sexual que complica el embarazo, parto y puerperio**, y **O9A.5 Maltrato psicológico que complica el embarazo, parto y puerperio**, se deben secuenciar en primer lugar seguidos de los códigos apropiados (si procede) que identifiquen cualquier lesión asociada actual debida al maltrato físico o al abuso sexual, y al autor del maltrato.<sup>25</sup>

## 16. Capítulo 16: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96)

A efectos de codificación y declaración, el periodo perinatal se define como el que dura desde antes del nacimiento hasta el día 28 después del nacimiento. Las siguientes normas son de aplicación a efectos de registro.

### a. Normas generales sobre periodo perinatal

#### 1) Uso de códigos del Capítulo 16

Los códigos en este capítulo nunca se deben utilizar en registros de la madre.

Los códigos del capítulo 15, de obstetricia, no están permitidos en la historia del recién nacido. Los códigos del capítulo 16 se pueden utilizar a lo largo de toda la vida del paciente si la afección todavía está presente.

#### 2) Diagnóstico principal en el registro de nacimiento

Cuando codifique el episodio del nacimiento en la historia de un recién nacido, asigne un código de la categoría **Z38 Nacido vivo según el lugar de nacimiento y el tipo de parto**, de acuerdo al lugar de nacimiento y al tipo de parto, como diagnóstico principal. Los códigos de la categoría Z38 se asignan una sola vez, al recién nacido en el momento del nacimiento. Si un recién

---

<sup>25</sup> *Vea la sección I.C.19.f. Abuso en adultos y niños, abandono y otros malos tratos*

nacido es trasladado a otra institución, no debe utilizarse un código de la categoría Z38 en el hospital receptor.

Los códigos de la categoría Z38 sólo se utiliza en el registro del recién nacido, no en el registro de la madre.

### **3) Uso de códigos de otros capítulos con códigos del capítulo 16**

Se pueden utilizar códigos de otros capítulos junto con los códigos del capítulo 16, si estos proporcionan detalles mayor especificidad. Se pueden asignar códigos de signos y síntomas cuando no se ha establecido un diagnóstico definitivo. Si el motivo de contacto es una afección perinatal, el código del capítulo 16 se debe secuenciar en primer lugar.

### **4) Utilización de códigos del Capítulo 16 después del periodo perinatal**

Si una afección se origina en el periodo perinatal y continúa a lo largo de la vida del paciente, se debe seguir utilizando el código perinatal independientemente de la edad del paciente.

### **5) Proceso asociado al nacimiento o afecciones adquiridas en la comunidad**

Si un recién nacido tiene una afección que puede ser debida tanto al proceso del nacimiento como haber sido adquirida en la comunidad y la documentación no indica cuál de estas dos opciones es la adecuada, el valor por defecto que se debe asignar es 'debido al proceso de nacimiento' utilizándose un código del capítulo 16. Si la afección es adquirida en la comunidad, no se debe asignar un código del capítulo 16.

### **6) Codifique todas las afecciones clínicamente significativas**

Se deben codificar todas las afecciones clínicamente significativas apreciados en la exploración rutinaria del recién nacido. Una afección es clínicamente significativa si requiere cualquiera de las siguientes condiciones:

- evaluación clínica
- medidas terapéuticas
- procedimientos de diagnóstico
- mayor duración de la estancia hospitalaria
- incremento de los cuidados y/o la monitorización de enfermería
- tiene implicaciones para necesidades futuras de asistencia sanitaria

**Nota:** las normas del período perinatal citadas más arriba coinciden con las normas generales de codificación de 'diagnósticos adicionales', excepto en lo que concierne a la instrucción final sobre implicaciones para futuras necesidades de asistencia sanitaria. Deben codificarse aquellas afecciones que el facultativo haya especificado como que tienen implicaciones en futuras necesidades de atención sanitaria.

## **b. Observación y evaluación del recién nacido por sospecha de enfermedades no encontradas**

Reservado para futuras expansiones.

## **c. Codificación de diagnósticos perinatales adicionales**

### **1) Asignación de códigos para afecciones que requieren tratamiento**

Se deben asignar códigos a las afecciones que requieren tratamiento o pruebas adicionales, prolongan la estancia, o requieren utilización de recursos.

### **2) Códigos para afecciones que tienen implicaciones en futuros cuidados sanitarios**

Se asignarán códigos para las afecciones en las que el clínico especifique que tienen implicaciones para futuras necesidades de asistencia sanitaria.

## **d. Prematuridad y retraso del crecimiento fetal**

Los clínicos utilizan diferentes criterios para determinar la prematuridad. No se debe asignar un código para la prematuridad a menos que ésta se encuentre documentada.

La asignación de códigos en las categorías **P05 Trastornos del recién nacido en relación con el crecimiento intraútero retardado y la malnutrición fetal**, y **P07 Trastornos del recién nacido en relación con baja edad gestacional y bajo peso al nacimiento, no clasificados bajo otro concepto**, deberá basarse en el peso registrado al nacer y la edad gestacional estimada. No se deben asignar códigos de la categoría P05 junto con códigos de la categoría P07.

Cuando se dispone de datos tanto sobre el peso al nacer como sobre la edad gestacional, se deben asignar dos códigos de la categoría P07, colocando en primer lugar el código de peso al nacer y a continuación el código de edad gestacional.

## **e. Estados de bajo peso al nacer e inmadurez**

Los códigos de la categoría **P07 Trastornos del recién nacido en relación con baja edad gestacional y bajo peso al nacimiento, no clasificados bajo otro concepto**, se utilizan como códigos de estado personal en niños o adultos que fueron prematuros o que tuvieron bajo peso cuando fueron recién nacidos, y ello afecta al estado de salud actual del paciente.<sup>26</sup>

## **f. Sepsis bacteriana del recién nacido**

La categoría **P36 Sepsis bacteriana del recién nacido**, incluye la sepsis congénita. Si se documenta una sepsis en un neonato sin indicar si se debe a un proceso congénito o uno adquirido en la comunidad, por defecto se considerará congénito y por tanto se debe asignar un código de la categoría P36. Si el código P36 incluye el organismo causal, no se debe asignar ningún código adicional de la categoría **B95 Streptococcus, Staphylococcus y Enterococos como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto**, ni de la **B96 Otros agentes bacterianos como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto**. Si el

---

<sup>26</sup> *Vea la sección IC21. Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios, estado*



código P36 no especifica el organismo causal, se debe asignar un código adicional de la categoría B96. Si procede, utilice códigos adicionales para identificar la sepsis grave (R65.2X) y cualquier disfunción orgánica aguda asociada.

**g. Mortinato**

El código **P95 Muerte fetal**, sólo se debe utilizar en centros que mantienen historias clínicas separadas para fetos nacidos muertos. No se debe utilizar ningún otro código con P95. El código P95 no se debe utilizar en la historia de la madre.

## **17. Capítulo 17: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)**

Se deben asignar los códigos apropiados de las **categorías Q00-Q99 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas**, cuando se documente una malformación, deformidad o anomalía cromosómica. Una malformación, deformidad, o anomalía cromosómica puede ser tanto diagnóstico principal como secundario.

Si una malformación, deformidad, o anomalía cromosómica no tiene un código específico, asigne códigos adicionales para reseñar las manifestaciones presentes. Si por el contrario el código permite identificar de modo específico la malformación, deformidad, o anomalía cromosómica, las manifestaciones inherentes a la anomalía no se deben codificar por separado.

Se deben asignar códigos adicionales para las manifestaciones que no forman parte inherente.

Los códigos del capítulo 17 pueden utilizarse durante toda la vida del paciente. Si se ha corregido una malformación o deformidad congénita, se debe utilizar un código de historia personal para identificar la historia de malformación o deformidad. Aunque estén presentes al nacer, las malformaciones/deformidades/anomalías cromosómicas pueden no identificarse hasta etapas posteriores de la vida. Siempre que esta afección sea diagnosticada por el médico, es correcto asignar un código incluido en el grupo Q00-Q99.

## **18. Capítulo 18: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otro lugar (R00-R99)**

El capítulo 18 incluye síntomas, signos, resultados anormales de procedimientos de investigación clínica o de otro tipo, y afecciones mal definidas las cuales no se incluyen en ningún diagnóstico clasificable bajo otro concepto. Los signos y síntomas que apuntan a un diagnóstico específico tienen asignadas categorías en otros capítulos de la clasificación.

**a. Utilización de los códigos de síntomas**

Los códigos que describen síntomas y signos son aceptables en los registros de informes cuando no se ha establecido un diagnóstico definitivo relacionado (confirmado) por parte del clínico.

**b. Uso de un código de síntoma junto con un código de diagnóstico definitivo**

Se pueden registrar códigos de signos y síntomas junto a códigos de diagnósticos relacionados cuando dichos signos o síntomas no se asocien de forma sistemática con el diagnóstico, como ocurre en ocasiones con los síndromes complejos. En esos casos el código del diagnóstico definitivo se secuenciará delante de los códigos de síntomas.

Los signos y síntomas que se asocian habitualmente con un determinado proceso patológico no deben asignarse como códigos adicionales, a no ser que la clasificación indique lo contrario.

**c. Códigos de combinación que incluyen síntomas**

CIE-10-ES contiene una serie de códigos de combinación que identifican tanto el diagnóstico definitivo como los síntomas comunes de dicho diagnóstico.

Cuando se utilice uno de estos códigos de combinación, no se debe asignar código adicional para el síntoma.

**d. Caídas repetidas**

El código **R29.6 Caídas repetidas**, es para utilizar en contactos en los cuales el paciente se ha caído recientemente y se está investigando la causa de la caída.

El código **Z91.81 Historia personal de caída**, se utiliza cuando un paciente se ha caído anteriormente y presenta un riesgo de futuras caídas. Cuando proceda, se pueden asignar conjuntamente ambos códigos R29.6 y Z91.81.

**e. Escala de coma de Glasgow**

Los códigos de la escala de coma de Glasgow (R40.2X) se pueden utilizar en combinación con códigos de lesiones cerebrales traumáticas, enfermedad cerebrovascular aguda o de secuelas de enfermedad cerebrovascular. Estos códigos se utilizan principalmente en registros de traumatismos, pero se pueden utilizar en otros contextos donde se recoja esta información. Los códigos de la escala del coma se deben colocar después de los códigos de diagnóstico.

Se precisa un código de cada subcategoría, para completar la escala. El séptimo carácter indica cuándo se registró la puntuación. El séptimo carácter debe ser el mismo para los tres códigos.

Como mínimo, se debe registrar la puntuación inicial que se documente a la admisión en el centro. Puede tratarse de una puntuación realizada por el profesional sanitario de emergencias o por el servicio de urgencias. Si se desea, un centro puede optar por capturar múltiples puntuaciones de la escala de coma.

Asigne el código **R40.24- Escala de coma de Glasgow, puntuación total**, sólo cuando no esté documentada en el expediente médico la puntuación individual y sí que esté registrada la puntuación total.

**f. Cuadriplejia funcional**

La Cuadriplejia funcional (código R53.2) es la incapacidad para utilizar las propias extremidades o para caminar debido a una debilidad extrema. Este trastorno no está asociado con déficit ni lesión neurológica, y por tanto el código R53.2 no debe utilizarse en casos de cuadriplejia neurológica. Sólo se debe asignar si se documenta de forma específica la cuadriplejia funcional en la historia clínica.

**g. SRIS [SIRS] debido a proceso no infeccioso**

El síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) puede desarrollarse como resultado de ciertos procesos patológicos no infecciosos, tales como traumatismos, neoplasias malignas o pancreatitis. Cuando se documenta un SIRS junto con una afección no infecciosa y no hay constancia de una infección subsecuente, se debe asignar el código de la afección subyacente, como por ejemplo lesión traumática, seguido del código **R65.10 Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) de origen no infeccioso sin disfunción orgánica aguda**, o del código **R65.11 Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) de origen no infeccioso con disfunción orgánica aguda**. Si se documenta una disfunción orgánica aguda asociada, se deben asignar además los códigos apropiados para cada tipo específico de disfunción orgánica. Si está documentada una disfunción orgánica aguda, pero no se puede determinar si dicha disfunción está asociada con un SRIS o se debe a otra causa (por ejemplo, cuando es debida directamente un traumatismo), se debe consultar con el clínico.

**h. Muerte NEOM**

El código **R99 Causas de mortalidad mal definidas y desconocidas**, solamente debe utilizarse en circunstancias muy concretas cuando un paciente que ya ha fallecido es traído al servicio de urgencias o a otro centro de asistencia sanitaria y se declara que ingresa cadáver. Esto no representa un motivo de alta por fallecimiento.

## 19. Capítulo 19: Lesiones traumáticas, envenenamientos, y otras consecuencias de causas externas (S00-T88)

### a. Utilización del 7º Carácter en el Capítulo 19

La mayoría de las categorías del capítulo 19 tienen extensiones de 7º carácter que son obligatorias para aquellos códigos en los que son aplicables. La mayoría de las categorías de este capítulo tienen tres valores para el 7º carácter (con excepción de las fracturas): A contacto inicial, D contacto sucesivo y S secuelas. Las categorías de fracturas traumáticas tienen otros valores adicionales para el 7º carácter.

**Cuando un paciente con deba ser atendido por un nuevo facultativo o por otro especialista diferente, durante el transcurso del tratamiento de una lesión, la asignación del séptimo carácter debe basarse en el hecho de si el paciente está recibiendo un tratamiento activo y no en si un clínico lo ve por vez primera.**

**En los códigos de complicación, el tratamiento activo se refiere al tratamiento de la afección descrita en el código a pesar de que pueda estar relacionado con un problema desencadenado con anterioridad. Por ejemplo el código T84.50XA, Infección y reacción inflamatoria por (debida a) prótesis interna de articulación no especificada, encuentro inicial, se utiliza cuando el tratamiento actual está dirigido a la infección, aunque el tratamiento por la afección que ha precisado el dispositivo protésico, injerto o implante se haya realizado en un episodio anterior.**

- 7º carácter "A", contacto inicial, se utiliza mientras el paciente está recibiendo tratamiento activo por su afección. Ejemplos de tratamiento activo son: tratamiento quirúrgico, atención en Urgencias, evaluación y **continuación de tratamiento por el mismo o por diferente médico.**
- 7º carácter "D", contacto sucesivo, se emplea para los contactos que se producen después de que el paciente haya recibido el tratamiento activo de su afección y ahora esté recibiendo los cuidados habituales para su dolencia en las fases de curación o recuperación. Son ejemplos de estos cuidados: cambio o retirada de escayola, **Rx. para evaluar la consolidación de una fractura**, retirada de dispositivos de fijación externo o interno, ajuste de la medicación, otros cuidados posteriores y visitas de seguimiento después del tratamiento de la lesión o afección. No deben utilizarse códigos Z de cuidados posteriores, para describir cuidados posteriores de afecciones tales como lesiones o envenenamientos, cuando el 7º carácter identifica el contacto sucesivo. En esos casos debe asignarse el código de la lesión aguda con el 7º carácter 'D' (contactos sucesivos).
- El 7º carácter 'S' secuela, se aplica a complicaciones o afecciones que aparecen como resultado directo de una lesión, como es el caso de la formación de una cicatriz tras una quemadura. Cuando se utiliza un 7º carácter 'S', es necesario utilizar tanto el código que describa la secuela propiamente dicha como el de la lesión que la originó. La 'S' sólo se añade en el código de la lesión, no en la secuela. El código con el 7º carácter 'S'

identifica la lesión responsable de la secuela. La afección específica de secuela (por ejemplo, cicatriz) se secuencia en primer lugar, seguido del código de lesión.

## **b. Codificación de las lesiones**

Cuando codifique lesiones, asigne códigos separados para identificar cada lesión a menos que exista un código de combinación específico. El código **T07 Traumatismos múltiples no especificados**, no debe asignarse en pacientes de hospitalización a menos que no se disponga de información más específica. Los códigos de lesiones traumáticas (S00-T14.9) no se deben utilizar para heridas quirúrgicas normales, en fase de cicatrización, ni para identificar complicaciones de heridas quirúrgicas.

Se secuencia en primer lugar el código de la lesión más grave, que estará determinada por el criterio clínico y por el lugar al que se dirige el tratamiento principal.

### **1) Lesiones superficiales**

No se codifican las lesiones superficiales como abrasiones o contusiones cuando se asocian a lesiones más graves de la misma localización.

### **2) Lesión principal junto a lesiones en nervios y vasos sanguíneos**

Cuando una lesión principal produce daños menores en nervios o en vasos periféricos, la lesión principal se secuencia en primer lugar, asignando códigos adicionales para las lesiones de nervios y de médula espinal (como los de la categoría S04) y/o las lesiones de vasos sanguíneos (como los de la categoría S15). Si la lesión principal es en vasos sanguíneos o nervios, dicha lesión debe secuenciarse en primer lugar.

## **c. Codificación de fracturas traumáticas**

En la codificación de las fracturas se deben seguir los principios de codificación múltiple de las lesiones. Las fracturas de lugares especificados se codifican de forma individual por localización, conforme al contenido de las categorías S02, S12, S22, S32, S42, S49, S52, S59, S62, S72, S79, S82, S89, S92 y al nivel de detalle aportado por el contenido de historia clínica.

Una fractura no especificada como abierta ni como cerrada debe ser codificada como cerrada. Una fractura en la que no se indica si es desplazada o sin desplazar debe codificarse como desplazada.

Son directrices más específicas las siguientes:

### **1) Contacto inicial vs. contactos sucesivos en fracturas**

Las fracturas traumáticas se codifican utilizando la extensión adecuada de séptimo carácter para el contacto inicial (A, B, C) mientras el paciente esté recibiendo tratamiento activo para la misma. Ejemplos de tratamiento activo son: tratamiento quirúrgico, atención en Urgencias, evaluación y continuación de tratamiento por el mismo o por diferente médico. El

séptimo carácter apropiado de contacto inicial, también debe ser asignado a pacientes que solicitan un tratamiento diferido de la fractura o mal unión.

Las fracturas se codifican utilizando la extensión apropiada de séptimo carácter para contactos sucesivos cuando el paciente ya ha completado el tratamiento activo de la fractura y está recibiendo cuidados habituales para dicha fractura en la fase de consolidación o recuperación. Son ejemplos de cuidados posteriores para fracturas: cambio o retirada de escayola, Rx. para evaluar la consolidación de una fractura, retirada de dispositivos de fijación externos o internos, ajuste de la medicación y consultas de seguimiento después del tratamiento de la fractura.

Los cuidados de complicaciones de un tratamiento quirúrgico para tratamiento de una fractura, durante la fase de curación o recuperación, debe ser codificada con códigos de complicación apropiados.

Los cuidados dirigidos a complicaciones de las fracturas, tales como la pseudoartrosis o la no unión, deben registrarse con las extensiones apropiadas de séptimo carácter para cuidados posteriores para No Unión (K, M, N) o cuidados posteriores para Pseudoartrosis (P, Q, R).

**Unión defectuosa/Fracaso de consolidación: Debe asignarse el 7º carácter correspondiente a encuentro inicial, en aquellos pacientes que han retrasado el tratamiento preliminar de la fractura y acuden por una unión defectuosa y retraso o fracaso en la consolidación.**

Se debe utilizar un código de la categoría M80 y no un código de fractura traumática, para cualquier paciente con osteoporosis conocida que sufra una fractura, incluso cuando el paciente haya sufrido una caída o un traumatismo menor, si dicha caída o traumatismo no justificaría habitualmente la rotura de un hueso normal y sano.<sup>27</sup>

Los códigos Z de cuidados posteriores no deben utilizarse en la codificación de las lesiones ni de fracturas traumáticas. Para estos cuidados posteriores, asigne el código de lesión o fractura aguda con el 7º carácter apropiado.

## **2) Secuencia de códigos en fracturas múltiples**

Las fracturas múltiples se codifican siguiendo la secuencia adecuada en función a la gravedad de cada fractura.

### **d. Codificación de quemaduras y erosiones**

CIE-10-ES distingue entre quemaduras y corrosiones. Los códigos de quemadura se aplican a las quemaduras térmicas, que proceden de una fuente de calor, por ejemplo un incendio o un aparato caliente con excepción de las quemaduras solares. Los códigos de quemadura también se aplican a quemaduras debidas a electricidad y radiación. Las corrosiones son quemaduras por productos químicos. Las normas son las mismas para quemaduras y corrosiones.

---

<sup>27</sup> Ver Sección I.C. 13. Osteoporosis

Las quemaduras agudas (T20-T25) se clasifican por su profundidad, su extensión y por el agente causal (código X). Por su profundidad, las quemaduras se clasifican como de primer grado (eritema), segundo grado (ampollas o flictenas), y tercer grado (afectación de todo el espesor). Las quemaduras de los ojos y de los órganos internos (T26-T28) se clasifican por su localización, pero no por grados.

### **1) Secuencia de códigos para quemaduras y afecciones relacionadas**

Cuando existe más de una quemadura, se debe colocar en primer lugar el código que refleja el grado más alto de quemadura.

- a. Cuando el motivo de la admisión o contacto es el tratamiento de quemaduras externas múltiples, secuencie en primer lugar el código que refleja la quemadura del grado más alto.
- b. Cuando un paciente tiene tanto quemaduras internas como externas, las circunstancias del ingreso determinan la selección de diagnóstico principal.
- c. Cuando un paciente ingresa por lesiones debidas a quemadura y otras afecciones relacionadas como la inhalación de humo y/o fracaso respiratorio, las circunstancias del ingreso determinan la selección del diagnóstico principal.

### **2) Quemaduras de la misma localización**

Las quemaduras de una misma localización (nivel de categoría de tres caracteres, T20-T28) pero de grados diferentes se deben clasificar bajo la subcategoría que identifique la zona con el grado más alto de las registradas en el diagnóstico.

### **3) Quemaduras que no cicatrizan**

Las quemaduras que no curan se codifican como quemaduras agudas. La necrosis de la piel afectada por una quemadura se debe codificar como una quemadura no cicatrizada.

### **4) Quemaduras infectadas**

Para cualquier localización de quemadura infectada que esté documentada, utilice un código adicional para la infección.

### **5) Asigne códigos separados para cada localización de las quemaduras**

Cuando se codifiquen quemaduras, asigne códigos separados para cada localización de dichas lesiones. La categoría **T30 Quemadura y corrosión, región corporal no especificada**, es extremadamente impreciso y rara vez se debería utilizar.

### **6) Quemaduras y corrosiones clasificadas por extensión de la superficie corporal afectada**

Se deben asignar códigos de la categoría **T31 Quemaduras clasificadas según extensión de superficie corporal afectada**, o de la categoría **T32**

**Corrosiones clasificadas según extensión de superficie corporal afectada**, cuando no se especifica la localización de la quemadura o cuando hay necesidad de datos adicionales. Es recomendable utilizar la categoría T31 como codificación adicional cuando sea necesario, proporcionar datos para la evaluación de la mortalidad por quemaduras, de acuerdo a las necesidades de las unidades de quemados. También es recomendable utilizar la categoría T31 como diagnóstico adicional a efectos de registro cuando se menciona una quemadura de tercer grado que afecta a un 20% o más de la superficie corporal. Las categorías T31 y T32 se basan en la 'regla de los nueves' para estimar la superficie corporal afectada: se asigna un 9% a cabeza y cuello, un 9% a cada miembro superior, un 18% a cada miembro inferior, un 18% al tronco anterior, un 18% al tronco posterior y un 1% a genitales. Los clínicos pueden modificar esas asignaciones de porcentajes allí donde sea necesario para adaptarlas a lactantes y niños que tienen la cabeza proporcionalmente mayor que los adultos, y a pacientes que tengan nalgas, muslos o abdomen voluminosos que estén afectados por quemaduras.

#### **7) Contactos para tratamiento de secuelas de quemaduras**

Los contactos para tratamiento de secuelas de quemaduras o corrosiones (es decir, cicatrices o contracturas articulares) se deben clasificar con un código de quemadura o corrosión con séptimo carácter 'S' de secuela.

#### **8) Secuelas con un código de efecto tardío y quemadura actual**

Cuando proceda, se pueden asignar juntos tanto códigos de quemadura o corrosión actual con séptimo carácter 'A' o 'D' y códigos de quemadura o corrosión con el 7º carácter 'S' en el mismo registro (Si coexisten al mismo tiempo una quemadura actual y secuelas de una quemadura antigua). Las quemaduras y las corrosiones no cicatrizan a la misma velocidad y puede persistir una herida en fase de cicatrización junto con secuelas de una quemadura o corrosión ya curada.

#### **9) Uso de un código de causa externa con quemaduras y corrosiones**

Se debe utilizar un código de causa externa en las quemaduras y las corrosiones para identificar la fuente y la intencionalidad de la quemadura, así como el lugar donde se produjo.

#### **e. Efectos adversos, envenenamiento, infradosificación y efectos tóxicos**

Los códigos de las categorías T36-T65 son códigos de combinación que incluyen tanto las sustancias ingeridas, como la intención. No se necesita código adicional de causa externa para los códigos de envenenamiento, efectos tóxicos, efectos adversos e infradosificación.

#### **1) No codifique directamente desde la tabla de fármacos y productos químicos**

No codifique directamente desde la tabla de fármacos, siempre se debe consultar de nuevo la Lista Tabular.



**2) Utilice tantos códigos como sea necesario para describir el caso**

Utilice tantos códigos como sean necesarios para describir por completo todas las drogas, medicamentos o sustancias biológicas.

**3) Un mismo código describe al agente causal**

Si un mismo código describiera el agente causal de más de una reacción adversa, envenenamiento, efecto tóxico o infradosificación, asigne el código solamente una vez.

**4) Si hay dos o más drogas, medicamentos o sustancias biológicas**

Si se declaran dos o más fármacos, medicamentos o sustancias biológicas, codifique cada una de ellas de forma individualizada a menos que un código de combinación se encuentre incluido en la Tabla de Fármacos y Productos Químicos.

**5) La aparición de toxicidad de medicamentos se clasifica en CIE-10-MC de la siguiente manera:**

**(a) Efecto adverso**

Al codificar el efecto adverso de un fármaco que ha sido correctamente prescrito y administrado adecuadamente, asigne el código apropiado que describa la afección seguido del código del fármaco que produjo el efecto adverso (T36-T50). El valor "5" en el quinto o el sexto carácter de los códigos de fármacos y sustancias (por ejemplo T36.OX5-) identifica que se trata de un efecto adverso. Ejemplos de afecciones debidas a efectos adversos son: taquicardia, delirio, hemorragia gastrointestinal, vómitos, hipopotasemia, hepatitis, insuficiencia renal o fracaso respiratorio.

**(b) Envenenamiento**

Cuando codifique un envenenamiento o una reacción por el uso inadecuado de una medicación (por ejemplo, sobre dosificación, sustancia equivocada administrada o tomada por error, vía de administración equivocada) se debe asignar el código apropiado de las categorías T36-T50. Los códigos de envenenamiento tienen asociado un componente de intencionalidad en su 5º o 6º carácter: accidental, autolisis intencionada, agresión y sin determinar. Utilice código(s) adicional(es) para todas las manifestaciones de los envenenamientos.

Sí existe también un diagnóstico de abuso o dependencia de la sustancia, dicho abuso o dependencia se codifica como diagnóstico adicional.

Los ejemplos de envenenamiento incluyen:

- (i) Error en la prescripción del fármaco: errores cometidos bien en la prescripción o en la administración del fármaco por el clínico, la enfermera, el paciente u otra persona.

- (ii) Sobredosis de un medicamento tomado intencionadamente. Si se ha tomado o administrado intencionadamente una sobredosis de un medicamento y ello da lugar a intoxicación por el fármaco, se calificaría como envenenamiento.
- (iii) Medicamentos no prescritos que se toman con otros medicamentos correctamente prescritos y adecuadamente administrados: si un fármaco o agente medicamentoso no prescrito se ha tomado en combinación con un fármaco correctamente prescrito y adecuadamente administrado, cualquier toxicidad farmacológica u otra reacción derivada de la interacción entre ambos fármacos deberá ser clasificada como envenenamiento.
- (iv) Interacción entre fármacos y alcohol: cuando aparece una reacción debida a la interacción entre drogas y alcohol, se debe clasificar como envenenamiento.<sup>28</sup>.

(c) **Infradosificación**

El término infradosificación significa tomar menos cantidad de medicación de la prescrita por un clínico o de la indicada en las instrucciones del prospecto. Para codificar la infra dosificación, se debe asignar un código de las categorías T36-T50 (con quinto o sexto carácter '6').

Los códigos para infradosificación nunca deben asignarse como diagnóstico principal. Si un paciente tiene una recaída o una exacerbación de la afección clínica para la que se ha prescrito el fármaco a causa de una reducción de la dosis, se debe codificar dicha afección.

Los códigos de incumplimiento terapéutico (Z91.12-, Z91.13-) o las complicaciones de cuidados (Y63.8-Y63.9) se deben utilizar junto con un código de infradosificación para indicar la intencionalidad, si se conoce.

(d) **Efectos tóxicos**

Cuando se ingiere una sustancia nociva o ésta entra en contacto con una persona, se clasifica como un efecto tóxico. Los códigos de efectos tóxicos se encuentran en las categorías T51-T65.

Los códigos de efectos tóxicos tienen asociada una intencionalidad: accidental, autolisis intencionada, agresión y sin determinar.

**f. Abuso, abandono y otros malos tratos del niño y del adulto**

Se debe secuenciar en primer lugar el código adecuado de las categorías **T74 Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos, confirmado** o **T76 Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos, sospecha** seguido de cualquier otro código de trastorno mental o lesión acompañantes.

---

<sup>28</sup> Véase la sección I.C.4. si la intoxicación es resultado de un mal funcionamiento de la bomba de insulina

Si la documentación de la historia clínica establece maltrato o abandono, se codifican como hechos confirmados. Se codifica como sospecha si se documenta como sospecha.

En los casos de abuso o abandono confirmado se debe añadir un código de causa externa de la sección de agresiones (X92-Y08) para identificar la causa de cualquier tipo de lesiones físicas. Se debe añadir un código de autor (Y07) cuando se sabe que persona ha perpetrado los abusos. En los casos de sospecha de maltrato o abandono, no se debe registrar causa externa ni código del autor de la acción.

Si durante un contacto se descarta un caso sospechoso de abuso, abandono o malos tratos, se deben utilizar los códigos **Z04.71 Contacto para reconocimiento médico y observación después de presuntos malos tratos físicos en el adulto**, o **Z04.72 Contacto para reconocimiento médico y observación después de presuntos malos tratos físicos en niño**. No deben utilizarse códigos de la categoría T76.

"Si se descarta un caso sospechoso de presunta violación o abuso sexual se asignará el código **Z04.41 Contacto para reconocimiento médico y observación después de presunta violación en adulto** o el código de **Z04.42 Contacto para reconocimiento médico y observación después de presunta violación infantil**. No deben utilizarse códigos de la categoría T76".<sup>29</sup>

## **g. Complicaciones de cuidados**

### **1) Normativa general para las Complicaciones de Cuidados**

#### **(a) Documentación de complicaciones de cuidados**

Vea la sección I.B.16. para obtener información sobre la documentación de las complicaciones de cuidados.

### **2) Dolor debido a dispositivos médicos**

El dolor que se asocia a dispositivos, implantes o injertos que se colocan en un campo quirúrgico (por ejemplo, dolor por prótesis de cadera) se asigna al código adecuado del capítulo **19 Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas**. Se encuentran códigos específicos para dolor debido a dispositivos médicos en la sección de los códigos T de CIE-10-ES. Se deben utilizar códigos adicionales de la categoría G89 para identificar el dolor agudo o crónico debido a la presencia de dispositivo, implante o injerto (G89.18 o G89.28).

### **3) Complicaciones de trasplante**

#### **(a) Complicaciones de trasplantes distintos al trasplante renal**

---

<sup>29</sup> *Vea la sección I.C.15. Abuso en una paciente embarazada*

Los códigos de la categoría **T86 Complicaciones de órganos y tejidos trasplantados**, se pueden utilizar tanto para las complicaciones como para el rechazo de órganos trasplantados. Solamente se debe asignar un código de complicación de trasplante cuando la complicación afecta a la función del órgano trasplantado. Se necesitan dos códigos para describir completamente una complicación de trasplante: el código apropiado de la categoría T86 y un código secundario que identifique la complicación.

Las afecciones preexistentes o que se desarrollan después del trasplante no se codifican como complicaciones a menos que afecten a la función del órgano trasplantado.<sup>30</sup>

#### **(b) Complicaciones de trasplante renal**

Los pacientes que han sido sometidos a trasplante de riñón pueden tener aún alguna forma de enfermedad renal crónica (ERC) debido a que el trasplante de riñón puede no restaurar completamente la función renal. Se debe asignar el código T86.1- en las complicaciones documentadas de trasplante renal, como el fracaso de trasplante, el rechazo y otras complicaciones asociadas. El código T86.1- no se debe asignar en pacientes con trasplante renal que tienen enfermedad renal crónica (ERC) a menos que se documente una complicación de dicho trasplante, como el fracaso o el rechazo. Si la documentación no es clara en cuanto a si el paciente tiene una complicación del trasplante, consulte al clínico.

Para aquellas afecciones, excepto la ERC, que afectan a la función del riñón trasplantado, se debe asignar un código de la subcategoría **T86.1 Complicaciones de trasplante de riñón** y un código secundario que identifique la complicación.

Para el caso de pacientes con ERC después de un trasplante renal, pero que no tienen ninguna complicación como fracaso o rechazo, véase la sección *I.C.14. Enfermedad renal crónica y estado de trasplante de riñón*.

#### **4) Códigos de complicación que incluye la causa externa**

Como ocurre con otros códigos T, algunos códigos de complicaciones de cuidados tienen la causa externa implícita en el código. El código incluye la naturaleza de la complicación así como el tipo de procedimiento que la causó. No se necesita ningún código de causa externa para indicar el tipo de procedimiento para dichos códigos.

#### **5) Códigos de complicaciones de cuidados dentro de los capítulos sistemas corporales**

Los códigos de complicación intraoperatoria y post procedimiento se pueden encontrar en los capítulos de los sistemas corporales

---

<sup>30</sup> Véase *I.C.21.c.3* para consultar normas sobre estado de retirada de órgano trasplantado; véase *I.C.2.r* para consultar normas sobre neoplasia maligna asociada con órgano trasplantado

correspondientes con códigos específicos para los órganos y estructuras de dicho sistema.

Estos códigos deben secuenciarse en primer lugar, seguidos de uno o varios códigos para indicar la complicación específica, si procede.

## **20. Capítulo 20: Causas externas de morbilidad (V00-Y99)**

Los códigos de causas externas de morbilidad nunca deben ser secuenciados como diagnóstico principal.

Las presentes normas se proporcionan para el registro de los códigos de causas externas de morbilidad a fin de que exista una estandarización en el proceso. Estos códigos son diagnósticos secundarios que pueden utilizarse en cualquier ámbito asistencial.

Los códigos de causa externa se crearon para proporcionar datos útiles en la investigación y en la evaluación de estrategias de prevención de lesiones. Estos códigos capturan cómo se produjo la lesión o el problema de salud (la causa), la intencionalidad (no intencionada o accidental, o intencionada, como en el caso de suicidio o agresión), el lugar en que ocurrió el acontecimiento y la actividad que el paciente realizaba en el momento de dicho acontecimiento, así como su situación personal (por ejemplo, civil, militar).

### **a. Normas generales para codificación de causas externas**

#### **1) Se utilizan con cualquier código comprendido entre A00.0-T88.9, Z00-Z99**

Se puede utilizar un código de causa externa junto con cualquier código comprendido entre A00.0-T88.9, Z00-Z99, para clasificar un problema de salud debido a una causa externa.

Aunque son aplicables sobre todo a las lesiones, también son válidos para utilizar con problemas tales como infecciones o enfermedades debidas a fuentes externas, y a otras afecciones de salud tales como un ataque cardíaco que se produce durante una actividad física extrema.

#### **2) Uso de códigos de causa externa para duración del tratamiento**

Se debe asignar el código de causa externa junto con el séptimo carácter apropiado (contacto inicial, contacto sucesivo o secuela) para cada contacto en que se esté tratando la lesión o afección.

La mayoría de las categorías del capítulo 20 precisan utilizar 7º carácter para que los códigos sean válidos. Muchas de estas categorías solo tienen tres valores de 7º carácter: A, encuentro inicial, D, cuidados sucesivos y S, secuela. Siempre que el paciente sea visto para el tratamiento de una lesión o afección, la asignación del séptimo carácter de causa externa debe coincidir con el séptimo carácter asignado en dicho episodio, al código de la afección o lesión asociada.

### **3) Utilice todo el rango de códigos de causa externa**

Se debe utilizar la totalidad del rango de códigos de causa externa para describir de forma completa la causa, la intencionalidad, el lugar del acontecimiento y, si procede, la actividad que el paciente realizaba en el momento del acontecimiento y estado, para todas las lesiones y también para las demás afecciones de salud debidas a una causa externa.

### **4) Asigne tantos códigos de causa externa como sean necesarios**

Se deben asignar tantos códigos de causa externa como sean necesarios para explicar completamente cada una de las causas. Si sólo se puede registrar un código de causa externa, se debe asignar el código que esté más relacionado con el diagnóstico principal.

### **5) Selección del código de causa externa apropiado**

La selección del código adecuado de causa externa se realiza siguiendo el índice de causas externas y también con las notas de inclusión y exclusión de la lista tabular.

### **6) Un código de causa externa nunca puede ser diagnóstico principal**

Un código de causa externa nunca puede ser diagnóstico principal (primario).

### **7) Códigos de combinación de causa externa**

Algunos de los códigos de causa externa son códigos de combinación que identifican los sucesos consecutivos que dan lugar a una lesión, por ejemplo una caída que tiene como resultado golpearse contra un objeto. La lesión puede deberse a uno de los eventos o ambos. Los códigos de combinación de causa externa deben corresponderse con la secuencia de los acontecimientos, con independencia de cuál de las causas produjo las lesiones más graves.

### **8) No se necesita código de causa externa en determinadas circunstancias**

Si la causa externa y la intencionalidad ya están incluidas en un código de otro capítulo (por ejemplo **T36.0X1 Envenenamiento por penicilinas, accidental (no intencionado)**), no es necesario utilizar un código del capítulo 20 de causas externas.

## **b. Normas sobre lugar del acontecimiento**

Los códigos de la categoría **Y92 Lugar del acontecimiento de la causa externa**, son códigos secundarios que se utilizan a continuación de los otros códigos de causa externa para identificar la localización del paciente en el momento de producirse la lesión o afección.

**Generalmente, en contactos iniciales para tratamiento, solo se asigna un único lugar de acontecimiento. Sin embargo en casos inusuales como que una nueva lesión se produzca durante la hospitalización, se puede añadir un nuevo código de lugar de acontecimiento. La categoría Y92 no requiere 7º carácter.**

No se debe utilizar el código de lugar de acontecimiento Y92.9 si no hay información sobre dicho lugar o no es aplicable.

**c. Código de actividad**

Se debe asignar un código de la categoría **Y93 Código de actividad**, para describir la actividad del paciente en el momento producirse la lesión o problema de salud.

Los códigos de actividad se utilizan solamente una vez, y se asocian al contacto inicial para tratamiento. Sólo deberá registrarse un código de la categoría Y93 en cada episodio.

Los códigos de actividad deben utilizarse junto con códigos de lugar de acontecimiento, Y92.

Los códigos de actividad no son aplicables a intoxicaciones, efectos adversos, complicaciones ni secuelas.

No utilice el código **Y93.9 Actividad, no especificada**, si no se indica la actividad.

Es apropiado utilizar un código de la categoría Y93 con los códigos de causa y de intención, si la identificación de la actividad proporciona información adicional sobre el suceso.

**d. Lugar de acontecimiento, actividad, y códigos de estado utilizados junto con otros códigos de causa externa**

Cuando proceda, se secuenciarán los códigos de lugar de acontecimiento, actividad y estado, a continuación de los códigos principales de causa externa. Solamente debe constar un código de lugar de acontecimiento, un código de actividad y un código de estado de causa externa en un mismo episodio. **Sin embargo en casos inusuales como que una nueva lesión se produzca durante la hospitalización, se puede añadir un nuevo código de lugar de acontecimiento.**

**e. Formulario de registro con número limitado de códigos de causa externa**

Si el registro tiene limitado el número de códigos de causa externa que pueden ser informados, debe utilizarse prioritariamente el código de causa externa que identifique la causa/intencionalidad que esté más relacionado con el diagnóstico principal.

Si el registro permite la captura de más códigos de causa externa, pero no la totalidad de los mismos, deben informarse primero todos los códigos que identifiquen la causa/intencionalidad de las demás afecciones (incluyendo las relacionadas con complicaciones). A continuación se registrarán los códigos que identifiquen lugar, actividad o estado.

**f. Normas de codificación para causas externas múltiples**

Se necesita más de un código de causa externa para describir completamente la causa de una enfermedad, lesión o envenenamiento. La asignación de códigos de causa externa debe realizarse con la siguiente prioridad:

Si dos o más eventos causan lesiones independientes, se debe asignar un código de causa externa para cada causa. La selección del código de causa externa que

debe aparecer en primer lugar se realizará de acuerdo al siguiente orden de prioridades:

En primer lugar los códigos de causa externa para malos tratos en niños y adultos (tienen prioridad sobre todos los demás códigos de causa externa)<sup>31</sup>.

A continuación:

- Códigos de causa externa de terrorismo.
- Códigos de causa externa de acontecimientos cataclísmicos o catástrofes.
- Códigos de causa externa de accidentes de transporte.

Los códigos de actividad y situación personal se asignan a continuación de los códigos de causa externa que se identifican la causa (intencionalidad).

El código de causa externa a registrar en primer lugar deberá corresponder con la causa de la lesión más grave debida a agresión, accidente o autolesión, siguiendo el orden jerárquico que se ha descrito anteriormente.

#### **g. Normas sobre maltrato de niños y adultos**

Los abusos, el abandono y los malos tratos en adultos y niños se clasifican como agresiones. Cualquier código de agresión se puede utilizar para indicar la causa externa de una lesión producida por abusos confirmados.

En los casos confirmados de abusos, abandono o malos tratos, cuando se conoce al autor, el código de agresión debe ir acompañado de un código de la categoría **Y07 Autor de agresión, maltrato y abandono**.<sup>32</sup>

#### **h. Norma para intencionalidad desconocida o indeterminada**

Si la intencionalidad de la causa de la lesión (accidente, autolesión, agresión) no se conoce o no está especificada, se codificará como accidental.

Todas las categorías de accidentes de transporte asumen la intencionalidad como accidental.

##### **1) Utilización de intención no determinada**

Los códigos de causa externa para acontecimientos de intencionalidad indeterminada solamente deben utilizarse si la documentación de la historia clínica específica que no puede determinarse la intencionalidad.

#### **i. Normativa sobre las secuelas (efectos tardíos) de causa externa**

##### **1) Códigos de secuelas de causa externa**

Las secuelas se registran utilizando el código de causa externa con el séptimo carácter 'S' de secuela. Estos códigos deberían ser utilizados siempre que se registra un efecto tardío o secuela como resultado de una lesión previa.

---

<sup>31</sup> Véase la sección I.C.19, Normas sobre maltrato infantil y de adultos

<sup>32</sup> Véase sección I.C.19. Abusos, abandono y otros tipos de malos tratos en adultos y niños



## **2) Código de secuela de causa externa junto con una lesión actual relacionada**

Nunca se debe utilizar un código de secuela de causa externa junto con un código relacionado con una lesión actual.

## **3) Uso de códigos de secuela de causa externa para consultas sucesivas**

Utilice un código de secuela de causa externa para los contactos sucesivos cuando se está tratando un efecto tardío de la lesión inicial.

No utilice un código de secuela de causa externa para los contactos sucesivos de cuidados de seguimiento de la lesión (por ejemplo, los contactos para valoración de la cicatrización o los destinados a recibir terapia de rehabilitación) si no está documentado el efecto tardío de la lesión.

## **j. Normas para terrorismo**

### **1) Causa de lesión identificada como terrorismo**

Cuando la causa de una lesión, es identificada como terrorismo, el código de causa externa que debe ser secuenciado en primer lugar debe pertenecer a la categoría **Y38 Terrorismo**. La definición de terrorismo, se encuentra en una nota de inclusión al principio de la categoría Y38. Se debe utilizar un código adicional para el lugar de acontecimiento (Y92.-). Se puede asignar más de un código Y38 si la lesión es resultado de más de un dispositivo terrorista.

### **2) Causa de una lesión cuando se sospecha que es resultado de terrorismo**

Cuando se sospecha que la causa de una lesión es resultado de un acto terrorista no se debe asignar ningún código de la categoría Y38. Los casos de sospecha deben ser clasificados como agresión.

### **3) Código Y38.9 Terrorismo, efectos secundarios**

Se debe asignar el código **Y38.9 Terrorismo, efectos secundarios**, para las afecciones que aparecen como consecuencia del acto terrorista. Este código no deberá asignarse a afecciones que sean debidas al acto terrorista inicial.

Es válido asignar el código Y38.9 con otro código de la categoría Y38, si existe una lesión debida al acto terrorista inicial y otra que es el resultado posterior de dicho acto terrorista.

## **k. Estado de causa externa**

Se debe asignar un código de la categoría **Y99 Estado de causa externa**, siempre que se asigne cualquier otro código de causa externa a un contacto, incluyendo un código de actividad, excepto para los eventos que se describen más adelante. Se debe asignar un código de la categoría **Y99 Estado de causa externa**, para indicar la situación laboral de la persona afectada en el momento en que ocurrió el acontecimiento. El código de estado de causa externa indica si el evento aconteció durante actividades militares, si una persona civil estaba trabajando, o si un individuo (incluyendo estudiantes o voluntarios) estaba involucrado en una actividad no laboral en el momento del evento causal.

Se debe asignar un código de la categoría **Y99 Estado de causa externa**, si procede, junto con otros códigos de causa externa tales como accidentes de transporte y caídas. Los códigos de estado de causa externa no son aplicables a envenenamientos, efectos adversos, complicaciones o efectos tardíos.

No se debe asignar ningún código de la categoría Y99, si en ese contacto no son aplicables otros códigos de causa externa (causa, actividad).

El código de estado de causa externa, se utiliza sólo una vez, en el encuentro inicial para el tratamiento. Sólo debe ser registrado en la historia clínica un código de la categoría Y99.

No se debe asignar el código **Y99.9 Estado de causa externa no especificado**, si no está documentado dicho estado o situación.

## **21. Capítulo 21: Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (Z00-Z99)**

Nota: las normas específicas del capítulo proporcionan información adicional sobre el uso de los códigos Z para contactos específicos.

### **a. Uso de códigos Z en cualquier ámbito asistencial sanitario**

Los códigos Z se pueden utilizar en cualquier ámbito asistencial. Los códigos Z pueden secuenciarse bien en primer lugar (como diagnóstico principal en hospitalización) o bien como códigos secundarios, dependiendo de las circunstancias del contacto. Ciertos códigos Z sólo pueden utilizarse como diagnóstico principal.

### **b. Códigos Z como indicación de un motivo de contacto**

Los códigos Z no son códigos de procedimiento. Un código Z se debe acompañar del correspondiente código de procedimiento para describirlo.

### **c. Categorías de códigos Z**

#### **1) Contacto / Exposición**

La categoría Z20 indica contacto y (sospecha de) exposición a enfermedades transmisibles. Estos códigos son para pacientes que no muestran ningún signo o síntoma de una enfermedad, pero se sospecha que han estado expuestos a ella a través del contacto personal cercano con una persona infectada, o se encuentran en un área donde la enfermedad es epidémica.

La categoría **Z77 Otro contacto con y (sospecha de) exposición peligrosa para la salud**, indica un contacto (o sospecha) de exposición a riesgos potenciales para la salud.

Los códigos de contacto/exposición se pueden utilizar como diagnósticos principales para justificar un contacto para realizar pruebas o, más frecuentemente, como códigos secundarios para identificar un riesgo potencial.

## 2) Inoculaciones y vacunaciones

El código Z23 se aplica a contactos para inoculaciones y vacunaciones. Indica que un paciente está siendo visto para recibir una inoculación profiláctica contra una enfermedad. Se utilizarán códigos de procedimientos para identificar la administración de la inyección y el tipo de vacunaciones administradas. El código Z23 se puede utilizar como código secundario si la inoculación se realiza como parte rutinaria de medidas de atención sanitaria preventiva, tal como una consulta de salud en un lactante.

## 3) Estado (de)

Los códigos de estado, indican que un paciente es portador de una enfermedad o bien que presenta las secuelas o efectos residuales de una enfermedad o afección previa. Esto incluye aspectos tales como la presencia de prótesis o dispositivos mecánicos debida a tratamientos anteriores. Los códigos de estado son informativos, porque dicho estado puede afectar el curso de un tratamiento y sus resultados. Un código de estado es diferente de un código de historia previa. El código de historia previa indica que el paciente ya no tiene la afección.

No se deben utilizar códigos de estado con códigos diagnósticos de otros capítulos, cuando estos incluyen la información que proporciona el código de estado. Por ejemplo, el código **Z94.1 Estado de trasplante de corazón**, no debe utilizarse junto con un código de la subcategoría **T86.2 Complicaciones de trasplante de corazón**. El código de complicación indica que el paciente tiene un trasplante cardiaco y el de estado no proporciona información adicional.

Para contactos cuyo objetivo es la retirada progresiva de un respirador mecánico, asigne un código de la subcategoría **J96.1 Insuficiencia respiratoria crónica**, seguido del código **Z99.11 Estado de dependencia de respirador [ventilador]**.

Las categorías de Estatus de los códigos Z son:

**Z14** Portador genético: el estado de portador genético indica que una persona porta un gen asociado con una enfermedad específica, que puede transmitirse a los descendientes, que a su vez pueden desarrollar la enfermedad.

La persona no tiene la enfermedad y no presenta riesgo de desarrollarla.

**Z15** Susceptibilidad genética a enfermedad: el término 'susceptibilidad genética' indica que una persona tiene un gen que aumenta el riesgo de que dicha persona desarrolle la enfermedad.

No se deben utilizar códigos de la categoría Z15 como diagnósticos principales. Si el paciente presenta la enfermedad a la que es susceptible, y esa enfermedad es el motivo del contacto, se debe secuenciar en primer lugar la enfermedad actual.

Si el paciente está siendo visto en seguimiento después de haber completado el tratamiento para esta afección, y ésta ya no existe,

se debe secuenciar en primer lugar el código de seguimiento, seguido de la historia personal y los códigos de susceptibilidad genética que correspondan. Si el propósito del contacto es un asesoramiento genético asociado a planificación familiar, se debe utilizar el código **Z31.5 Contacto para asesoramiento genético** como diagnóstico principal, seguido de un código de la categoría Z15. Se deben asignar códigos adicionales para cualquier tipo de historia familiar o personal, siempre que proceda.

- Z16 Resistencia a fármacos antimicrobianos  
Este código indica que el paciente tiene una infección que es resistente al tratamiento farmacológico. Secuencie primero el código de infección.
- Z17 Estado de receptores de estrógenos.
- Z18 Fragmentos de cuerpo extraño retenidos.
- Z21 Infección asintomática por VIH.  
Este código indica que el paciente ha dado positivo en la prueba de VIH, pero que no ha manifestado signos ni síntomas de la enfermedad.
- Z22 Portador de enfermedad infecciosa.  
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.
- Z28.3 Estado de infra-inmunización.
- Z33.1 Estado de embarazo, incidental.  
Este es un código secundario que se utiliza solamente cuando el motivo de contacto no complica en modo alguno el embarazo. De lo contrario, es necesario un código del capítulo obstétrico.
- Z66 No reanimar.  
Este código debe ser utilizado cuando en la HC del paciente se encuentre documentado el Estado de no reanimación, durante el ingreso.
- Z67 Grupo sanguíneo
- Z68 Índice de masa corporal (IMC).
- Z74.01 Estado de encamado.
- Z76.82 Estado de espera para trasplante de órgano.
- Z78 Otro estado de salud especificado.  
El Código **Z78.1 Estado de restricción física**, se puede utilizar cuando esté documentado por el clínico que a un paciente se le han puesto restricciones durante el episodio actual. Se debe tener en cuenta que este código no debe ser registrado cuando el clínico documenta que un paciente es inmovilizado temporalmente mientras se realiza un procedimiento.
- Z79 Tratamiento farmacológico (actual) de larga duración.  
Los códigos de esta categoría indican que el paciente utiliza de forma continua un fármaco prescrito (incluyendo tratamientos tales como la toma de aspirina) para el tratamiento prolongado de una afección o para uso profiláctico. No se debe utilizar en

pacientes que presentan adicción a fármacos. Esta subcategoría no se debe utilizar para medicaciones de desintoxicación o programas de mantenimiento destinados a evitar síndrome de abstinencia en pacientes con dependencia a drogas (por ejemplo, mantenimiento con metadona para la dependencia de opiáceos). Asigne, por el contrario, el código apropiado para la dependencia de drogas.

Se debe asignar un código de la categoría Z79 si un paciente está recibiendo medicación durante un periodo prolongado como medida profiláctica (como es el caso de la prevención de una trombosis venosa profunda) o como tratamiento para una enfermedad crónica (como la artritis) o para una enfermedad que requiere una pauta de tratamiento prolongada (como el cáncer). No se debe asignar ningún código de la categoría Z79 para una medicación que se administra por un breve período de tiempo para tratar una lesión o enfermedad aguda (como es el caso de una pauta con antibióticos para tratar una bronquitis aguda).

Z88 Estado de alergia a fármacos, medicamentos y sustancias biológicas.

Excepto: **Z88.9 Estado de alergia a fármacos, medicamentos y sustancias biológicas no especificadas.**

Z89 Ausencia adquirida de miembro.

Z90 Ausencia adquirida de órganos, no clasificados bajo otro concepto.

Z91.0 - Estado de alergia, no debida a fármacos y medicamentos o a sustancias biológicas.

Z92.82 Estado de posadministración de tPA (rtPA) en un centro sanitario distinto en las últimas 24 horas previas a la admisión en el centro sanitario actual.

Se debe asignar el código Z92.82 como diagnóstico secundario, cuando se ingresa a un paciente trasladado desde otro centro y la documentación indica que se le había administrado activador de plasminógeno tisular (tPA) en las últimas 24 horas previas a la admisión en el centro actual.

Esta norma se aplica incluso en los casos en que el paciente todavía está recibiendo tPA en el momento de ingresar en el centro actual.

Se debe asignar en primer lugar el código correspondiente a la enfermedad para la cual se administró el tPA (tal como enfermedad cerebrovascular o infarto del miocardio).

El código Z92.82 sólo es aplicable en la historia clínica del centro receptor del traslado y no en la historia del centro de origen.

Z93 Estado de estoma artificial.

Z94 Estado de órgano y tejido trasplantado.

Z95 Presencia de implantes e injertos cardiovasculares.

Z96 Presencia de otros implantes funcionales.

Z97 Presencia de otros dispositivos.

- Z98 Otros estados posprocedimiento.  
Se debe asignar el código Z98.85 - Estado de extracción de órgano trasplantado, para indicar que se ha extirpado previamente un órgano trasplantado.  
Este código no debe asignarse en el mismo contacto en que se extirpa el órgano trasplantado.  
Para dicho contacto, se debe asignar el código de la complicación que hace necesaria la eliminación del órgano trasplantado.<sup>33</sup>
- Z99 Dependencia a máquinas y dispositivos de apoyo, no clasificados bajo otro concepto.
- Nota:** las categorías Z89-Z90 y Z93-Z99 sólo deben utilizarse si no hay complicaciones ni mal funcionamiento del órgano o tejido sustituido, de la zona amputada ni de la máquina de la cual depende el paciente.

#### 4) Historia (de)

Hay dos tipos de códigos Z de historia previa, los de historia personal y los de familiar. Los códigos de historia personal identifican una afección médica previa que ya no existe y para la que no está recibiendo ningún tratamiento, pero que tiene posibilidad de recidiva y por tanto puede requerir una vigilancia continuada.

Los códigos de historia familiar se utilizan cuando un paciente tiene miembros de la familia que han sufrido una enfermedad específica y ello hace que el paciente presente un mayor riesgo de contraer también la enfermedad.

Los códigos de historia personal se pueden utilizar en combinación con códigos de seguimiento, y los códigos de historia familiar pueden utilizarse en combinación con códigos de cribado, para explicar la necesidad de realizar una prueba o un procedimiento. Los códigos de historia previa son válidos en cualquier historia clínica independientemente del motivo de la consulta. Una historia de enfermedad, aunque ya no esté presente, es una información importante que puede modificar el tipo de tratamiento prescrito.

Las categorías de códigos Z de historia son:

- Z80 Historia familiar de neoplasia maligna primaria.  
Z81 Historia familiar de trastornos mentales y del comportamiento.  
Z82 Historia familiar de ciertas discapacidades y enfermedades crónicas (que conducen a discapacidad).  
Z83 Historia familiar de otros trastornos especificados.  
Z84 Historia familiar de otras afecciones.  
Z85 Historia personal de neoplasia maligna.  
Z86 Historia personal de otras enfermedades.  
Z87 Historia personal de otras enfermedades y afecciones.  
Z91.4 - Historia personal de trauma psicológico, no clasificado bajo otro concepto.

---

<sup>33</sup> Ver sección I.C.19.g.3. para obtener información sobre codificación de complicaciones de trasplante de órganos

- Z91.5 Historia personal de autolesión.
- Z91.8 - Otros factores específicos de riesgo personal, no clasificados bajo otro concepto.  
Excepción:  
Z91.83, Vagabundeo en enfermedades clasificadas bajo otro concepto.
- Z92 Historia personal de tratamiento médico.  
Excepto: **Z92.0 Historia personal de anticoncepción.**  
Excepto: **Z92.82 Estado de posadministración de tPA (rtPA) en un centro sanitario distinto en las últimas 24 horas previas a la admisión en el centro sanitario actual.**

### 5) Cribado [screening]

Un cribado es la realización de pruebas que detectan enfermedades o antecedentes de una enfermedad en individuos aparentemente sanos, con el fin de proporcionar un diagnóstico y tratamiento precoz en aquellos que den resultado positivo para la enfermedad (por ejemplo, mamografía).

La realización de pruebas a una persona determinada para descartar o confirmar un diagnóstico de sospecha debido a la presencia de algún signo o síntoma es un estudio diagnóstico y no un cribado. En estos casos, el signo o síntoma se utilizan para explicar el motivo de la prueba.

Un código de cribado puede ser diagnóstico principal si el motivo del contacto es, específicamente para la prueba de detección. También se puede utilizar como código adicional cuando el cribado se realiza durante una consulta ambulatoria por otros problemas de salud. No se necesita código de cribado si dicho procedimiento es inherente al reconocimiento médico rutinario, como en el caso de un frotis de Papanicolaou que se realiza durante una exploración ginecológica rutinaria.

Si se detecta una afección durante el cribado, se puede asignar el código de dicha afección como diagnóstico adicional.

El código Z indica que se ha programado un reconocimiento médico para cribado. Se necesita un código de procedimiento para confirmar que se realizó efectivamente dicho cribado.

Códigos/categorías Z para cribado (screening):

- Z11 Contacto para cribado de enfermedades infecciosas y parasitarias.
- Z12 Contacto para cribado de neoplasias malignas.
- Z13 Contacto para cribado de otras enfermedades y trastornos.  
Excepto: **Z13.9 Contacto para cribado, no especificado.**
- Z36 Contacto para cribado prenatal de la madre.

### 6) Observación

Hay dos categorías de códigos Z de observación. Se utilizan en circunstancias muy limitadas, cuando una persona está en observación por sospecha de una enfermedad que finalmente se descarta. Los códigos de observación no se deben utilizar cuando está presente una lesión o enfermedad, o bien signos o síntomas relacionados con la afección sospechada. En tales casos, se utiliza el

código de diagnóstico/síntoma junto con el código de causa externa correspondiente.

Los códigos de observación se deben utilizar solamente como diagnóstico principal. Se pueden utilizar códigos adicionales junto al código de observación, pero solamente si no están relacionados con la afección sospechada y que ha justificado la observación.

Los códigos de la subcategoría **Z03.7 Contacto por sospecha de afecciones maternas y fetales que se descartan**, pueden utilizarse bien como diagnóstico principal o bien como diagnóstico adicional según los casos. Se deben utilizar bajo circunstancias muy limitadas en la historia clínica de la madre cuando el contacto se debe a una sospecha de afección materna o fetal que se descarta durante dicho contacto (por ejemplo, cuando se sospecha una enfermedad materna o fetal debido a un resultado anormal de alguna prueba). Estos códigos no se deben utilizar cuando la afección está confirmada. En esos casos, se debe codificar dicha afección. Además, estos códigos no deben utilizarse si está presente una enfermedad o bien cualquier signo o síntoma relacionado con la afección o problema sospechados.

Se pueden utilizar códigos adicionales junto al código de la subcategoría Z03.7, pero solamente cuando no están relacionados con la afección sospechada y que está siendo evaluada.

Los códigos de la subcategoría Z03.7 no pueden ser utilizados para encuentros de cribaje prenatal de la madre.<sup>34</sup>

Para los contactos por una afección fetal sospechada en los que se los resultados finales de las pruebas no son concluyentes, se debe asignar el código apropiado de las categorías O35, O36, O40 o O41.

Los códigos Z de las categorías para observación son: **Z03 Contacto para observación médica de enfermedades y afecciones sospechadas que se descartan**, y **Z04 Contacto para reconocimiento médico y observación por otras razones**.

Excepto: **Z04.9 Contacto para reconocimiento médico y observación por razón no especificada**.

## **7) Cuidados posteriores**

Los códigos de cuidados posteriores incluyen aquellas situaciones en las que ya se ha realizado el tratamiento inicial de una enfermedad pero el paciente requiere cuidados continuados durante la fase de curación o recuperación, o para las consecuencias de dicha enfermedad a largo plazo. Los códigos Z de cuidados posteriores no deben utilizarse si el tratamiento se dirige a una enfermedad actual y aguda. En estos casos se debe utilizar el código del diagnóstico. Son excepciones a esta norma el código **Z51.0 Contacto para radioterapia antineoplásica** y códigos de la subcategoría **Z51.1 Contacto para quimioterapia e inmunoterapia antineoplásica**. Estos códigos se deben secuenciar en primer lugar, seguidos del código de diagnóstico cuando el

---

<sup>34</sup> *Vea la sección I.C.21.c.5, Cribaje*



contacto del paciente tiene como única finalidad que reciba radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia para el tratamiento de una neoplasia. Si el motivo del contacto es recibir más de un tipo de tratamiento antineoplásico, se pueden asignar juntos un código Z51.0 y un código de la subcategoría Z51.1, en cuyo caso uno de dichos códigos se registraría como diagnóstico secundario.

Los códigos Z de cuidados posteriores tampoco deben utilizarse para cuidados posteriores de lesiones. Para los cuidados posteriores de una lesión, asigne el código de la lesión aguda con el 7º carácter 'D' (contactos sucesivos).

Los códigos de cuidados posteriores se suelen secuenciar en primer lugar para explicar el motivo específico del contacto. Se puede utilizar un código de cuidados posteriores como código secundario, cuando además del indicado en el motivo de admisión, se proporciona otro tipo de cuidado posterior que no se puede registrar con un código de diagnóstico. Un ejemplo sería el cierre de una colostomía durante un contacto para tratar otra afección.

Los códigos de cuidado posterior deben utilizarse junto con otros códigos (de cuidado posterior o códigos de diagnóstico) para proporcionar un mayor detalle sobre las características específicas de una consulta o contacto, a no ser que la clasificación indique lo contrario. En caso de que un paciente reciba múltiples tipos de tratamiento antineoplásico durante el mismo contacto, se pueden utilizar juntos en un mismo registro los códigos **Z51.0 Contacto para radioterapia antineoplásica**, y códigos de la subcategoría **Z51.1 Contacto para quimioterapia e inmunoterapia antineoplásica**. La secuenciación de códigos múltiples de cuidados posteriores depende de las circunstancias del contacto.

Ciertas categorías de códigos Z de cuidados posteriores necesitan un código de diagnóstico secundario para describir la afección ya resuelta o sus secuelas. En otros casos, la afección está incluida en el literal del código.

Son términos adicionales incluidos en la categoría de códigos Z de cuidados posteriores 'adaptación y ajuste' y 'cuidados de aperturas artificiales'.

Los códigos Z de estado, se pueden utilizar con los códigos Z de cuidados posteriores para indicar la naturaleza de dichos cuidados. Por ejemplo, el código **Z95.1 Presencia de injerto de derivación aortocoronaria**, se puede utilizar junto con el código **Z48.812 Contacto para cuidados posquirúrgicos de cirugía en el sistema circulatorio**, para indicar el tipo de cirugía para el que se realizan los cuidados posteriores. No se debe utilizar un código de estado, cuando el código de cuidados posteriores ya indica el tipo de estado posterior, como sería el caso si utilizásemos **Z43.0 Contacto para cuidados de traqueostomía**, junto con **Z93.0 Estado de traqueostomía**.

Códigos/categorías Z para cuidados posteriores:

- Z42 Contacto para cirugía plástica y reconstructiva después de procedimiento médico o reparación de lesión.
- Z43 Contacto para cuidados de estomas artificiales.
- Z44 Contacto para colocación y ajuste de dispositivos protésicos externos.
- Z45 Contacto para ajuste y mantenimiento de dispositivo implantado.

Z46	Contacto para colocación y ajuste de otros dispositivos.
Z47	Cuidados ortopédicos posteriores.
Z48	Contacto para otros cuidados posprocedimiento.
Z49	Contacto para los cuidados que implica la diálisis renal.
Z51	Contacto para otros cuidados posteriores.

## 8) Seguimiento

Los códigos de seguimiento se utilizan para explicar una observación continuada después de completar el tratamiento de una enfermedad, afección o lesión. Implican que la afección se ha tratado completamente y ya no existe. No deben confundirse con los códigos de cuidados posteriores ni con los códigos de lesión con séptimo carácter 'D' que indican cuidados continuados para una afección que está en fase de curación o para sus secuelas. Los códigos de seguimiento pueden utilizarse junto con códigos de historia previa para ofrecer un panorama completo de la afección ya curada y su tratamiento. El código de seguimiento se registra en primer lugar, seguido del código de historia previa.

Se puede utilizar un código de seguimiento para explicar múltiples consultas. Cuando se produzca una reactivación de la afección durante una consulta de seguimiento, se debe asignar el código diagnóstico de la afección en vez del código de seguimiento.

Categorías de códigos Z para seguimiento:

Z08	Contacto para reconocimiento médico de seguimiento después de finalizar un tratamiento de neoplasia maligna.
Z09	Contacto para reconocimiento médico de seguimiento después de finalizar tratamiento de afecciones distintas de neoplasia.
Z39	Contacto para reconocimiento médico y atención materna posparto.

## 9) Donantes

Los códigos de la categoría **Z52 Donantes de órganos y tejidos**, se utilizan para individuos vivos que realizan donación de sangre u otros tejidos orgánicos. Estos códigos son sólo para individuos que donan a otros, no para auto-donaciones. No se utilizan para identificar las donaciones de cadáver.

## 10) Asesoramiento

Los códigos Z de asesoramiento se utilizan cuando un paciente o un miembro de la familia reciben asistencia una vez superada una enfermedad o lesión, o bien cuando se necesita apoyo para hacer frente a problemas familiares o sociales. No se utilizan junto a un código de diagnóstico, cuando parte de esos cuidados de asesoramiento se consideran incluidos en el tratamiento estándar.

Códigos/categorías Z para asesoramiento:

Z30.0 -	Contacto para asesoramiento y consejos generales sobre anticoncepción.
Z31.5	Contacto para asesoramiento genético.

- Z31.6 - Contacto para asesoramiento y consejos generales sobre procreación.
- Z32.2 Contacto para instrucciones en el parto.
- Z32.3 Contacto para instrucciones en el cuidado de los hijos.
- Z69 Contacto con los servicios de salud mental para la víctima y el autor de malos tratos.
- Z70 Asesoramiento en relación a la actitud, comportamiento y orientación sexual.
- Z71 Personas que entran en contacto con los servicios de salud para otros tipos de asesoramiento y consejo médicos, no clasificados bajo otro concepto.
- Z76.81 Visita pediátrica preparto de futuro(s) padre(s).

### **11) Contactos para servicios Obstétricos y Reproductivos**

*Véase Sección I.C.15. Embarazo, el parto y el puerperio, para consultar normas sobre el uso de estos códigos.*

Los códigos Z para embarazo se utilizan en aquellas circunstancias en las que no existe ninguno de los problemas ni complicaciones incluidos en los códigos del capítulo de obstetricia (una visita prenatal de rutina o los cuidados posparto).

Los códigos de categoría **Z34 Contacto para supervisión de un embarazo normal**, siempre deben aparecer en primer lugar y no se puede utilizar con ningún otro código del capítulo obstétrico. Los códigos de la categoría **Z3A Semanas de gestación**, deben ser asignados para proporcionar información adicional sobre el embarazo. Para determinar las semanas de gestación en pacientes hospitalizadas durante más de una semana, debe utilizarse la fecha de ingreso.

El resultado del parto, categoría Z37, debe incluirse en todos los registros de la madre para los episodios de parto. Siempre es un código secundario.

Los códigos de la categoría Z37 no deben utilizarse en la historia clínica del recién nacido.

Los códigos Z para planificación familiar (anticoncepción) o para asistencia y asesoramiento procreativos deben incluirse en una historia obstétrica bien durante el embarazo o durante la etapa postparto, si procede.

Códigos o categorías Z para servicios obstétricos y reproductivos:

- Z30 Contacto para atención anticonceptiva.
- Z31 Contacto para atención procreativa.
- Z32.2 Contacto para instrucciones en el parto.
- Z32.3 Contacto para instrucciones en el cuidado de los hijos.
- Z33 Estado de embarazo.
- Z34 Contacto para supervisión de embarazo normal.
- Z36 Contacto para cribado prenatal de la madre.
- Z3A Semanas de gestación.
- Z37 Resultado del parto.
- Z39 Contacto para reconocimiento médico y atención materna posparto.

Z76.81 Visita pediátrica preparto de futuro(s) padre(s).

## 12) Recién nacidos y lactantes<sup>35</sup>

Códigos o categorías Z para el recién nacido:

- Z76.1 Contacto para supervisión y cuidado de salud de niño expósito.
- Z00.1- Contacto para reconocimiento de salud del recién nacido, lactante y niño.
- Z38 Nacido vivo según el lugar de nacimiento y el tipo de parto.

## 13) Reconocimientos médicos rutinarios y administrativos

Los códigos Z facilitan la descripción de los contactos para exploraciones de rutina, tales como una revisión médica general o reconocimientos para fines administrativos, como es el caso de un reconocimiento médico antes de incorporarse a un empleo. No se deben usar estos códigos si la exploración se realiza para diagnosticar una afección que se sospecha o para establecer un tratamiento. En tales casos, se utiliza el código de diagnóstico. Durante una exploración rutinaria, cuando se descubre un diagnóstico o una afección, se debe codificar como diagnóstico adicional. Las afecciones preexistentes y enfermedades crónicas, así como los códigos de historia previa pueden incluirse también como diagnósticos adicionales siempre que la exploración responda a una finalidad administrativa y no esté enfocada en ninguna afección específica.

Algunos de los códigos para reconocimientos rutinarios de salud permiten distinguir entre los casos 'con' y 'sin' hallazgos anormales. La asignación de códigos depende de la información que se conozca en el momento en que se codifica el contacto. Por ejemplo, si no se encontraron hallazgos anormales durante la exploración, y el contacto se codifica antes de que estén disponibles los resultados de las pruebas, es aceptable asignar el código que corresponde a 'sin hallazgos anormales'. Cuando se asigna un código del tipo 'con hallazgos anormales', se deben asignar códigos adicionales para identificar los hallazgos anormales específicos.

Los códigos Z de estudios preoperatorios y de pruebas de laboratorio realizadas antes de un procedimiento, solamente deben utilizarse en aquellos casos en los que un paciente ha de pasar una serie de filtros para realizarse un procedimiento o intervención quirúrgica pero no se administra tratamiento.

Los códigos / categorías Z para reconocimientos médicos rutinarios y administrativos:

- Z00 Contacto para reconocimiento médico general sin síntomas, un diagnóstico de sospecha o declarado.
- Z01 Contacto para otro reconocimiento médico especial sin síntoma, ni diagnóstico de sospecha o declarado.
- Z02 Contacto para reconocimiento médico con fines administrativos.

---

<sup>35</sup> Véase la Sección I.C.16. - Normas sobre recién nacidos (periodo perinatal) para consultar instrucciones adicionales sobre el uso de dichos códigos

Excepto: **Z02.9 Contacto para reconocimientos médicos con fines administrativos, no especificado.**

Z32.0- Contacto para prueba de embarazo.

#### 14) Códigos Z misceláneos

Los códigos Z misceláneos permiten capturar cierto número de contactos asistenciales que no se pueden agrupar en ninguna de las demás categorías.

Algunos de estos códigos identifican el motivo del contacto; otros están destinados a utilizarse como códigos adicionales que proporcionan información adicional sobre las circunstancias que pueden afectar a los cuidados o al tratamiento de un paciente.

**Extirpación profiláctica de órganos:** para determinados contactos en los que de forma específica se realiza la extirpación profiláctica de un órgano (como la escisión profiláctica de mamas por susceptibilidad genética al cáncer o por historia familiar de cáncer), el código principal deberá ser un código de la categoría **Z40 Contacto para cirugía profiláctica**, seguido de los códigos que correspondan para identificar el factor de riesgo asociado (tal como la susceptibilidad genética o la historia familiar).

Si el paciente tiene un tumor maligno en cierta localización y se le realiza una extirpación profiláctica en otra localización para prevenir, una nueva neoplasia maligna primaria o la aparición de enfermedad metastásica, se debe asignar un código de neoplasia maligna además del código de la subcategoría **Z40.0 Contacto para cirugía profiláctica por factores de riesgo relacionados con neoplasias malignas**. No se debe asignar el código Z40.0 si al paciente se le realiza la extirpación de un órgano para el tratamiento de una neoplasia, como ocurre en el caso de la extirpación de los testículos para el tratamiento de un cáncer de próstata.

Códigos/categorías Z misceláneos:

Z28 Vacunación no realizada y estado de déficit de vacunación.

Excepto: **Z28.3 Estado de déficit de vacunación.**

Z40 Contacto para cirugía profiláctica.

Z41 Contacto para procedimiento con fines distintos a remediar un estado de salud.

Excepto: **Z41.9 Contacto para procedimiento con fines distintos a remediar el estado de salud, no especificado.**

Z53 Personas que entran en contacto con los servicios de salud para procedimientos y tratamiento específico, no realizados.

Z55 Problemas relacionados con educación y alfabetización.

Z56 Problemas relacionados con empleo y desempleo.

Z57 Exposición ocupacional a factores de riesgo.

Z59 Problemas relacionados con vivienda y las circunstancias económicas.

Z60 Problemas relacionados con el entorno social.

Z62 Problemas relacionados con la crianza.

Z63 Otros problemas relacionados con grupo de apoyo primario, incluyendo circunstancias familiares.

Z64	Problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales.
Z65	Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales.
Z72	Problemas relacionados con el estilo de vida.
Z73	Problemas relacionados con dificultad en el control de la vida.
Z74	Problemas relacionados con el proveedor de cuidados a persona dependiente. Excepto: <b>Z74.01 Situación de confinamiento en cama.</b>
Z75	Problemas relacionados con las instalaciones médicas y otros servicios de salud.
Z76.0	Contacto para prescripción repetida.
Z76.3	Persona sana que acompaña a persona enferma.
Z76.4	Otros usuarios de servicios sanitarios.
Z76.5	Persona que finge enfermedad [simulación consciente]
Z91.1-	Falta de cumplimiento del paciente al tratamiento y régimen médico.
Z91.83	Vagabundeo en enfermedades clasificadas bajo otro concepto.
Z91.89	Otros factores específicos de riesgo personal, no clasificados bajo otro concepto.

### 15) Códigos Z inespecíficos

Ciertos códigos Z son tan inespecíficos, o potencialmente redundantes con otros códigos de la clasificación, que puede haber escasa justificación para utilizarlos en el ámbito de hospitalización. Su uso en el ámbito ambulatorio debe limitarse a aquellos casos en que no hay más documentación que permita una codificación más precisa. Por otro lado, se debe utilizar cualquier signo o síntoma, o cualquier otro motivo de consulta que pueda ser codificado.

Códigos/categorías Z inespecíficos:

Z02.9	Contacto para reconocimientos médicos administrativos, no especificado.
Z04.9	Contacto para reconocimiento médico y observación por razón no especificada.
Z13.9	Contacto para cribado, no especificado.
Z41.9	Contacto para procedimiento con fines distintos a remediar el estado de salud, no especificado.
Z52.9	Donante de órgano o tejido no especificado.
Z86.59	Historia personal de otros trastornos mentales y del comportamiento
Z88.9	Estado de alergia a fármacos, medicamentos y sustancias biológicas no especificadas.
Z92.0	Historia personal de anticoncepción.

### 16) Códigos Z que sólo pueden ser diagnósticos principal

Los códigos / categorías Z que se enumeran a continuación solamente se pueden registrar como diagnósticos principales, excepto cuando existen

múltiples contactos en el mismo día y se combinan los historiales clínicos de dichos contactos.

- Z00 Contacto para reconocimiento médico general sin síntomas, ni diagnóstico de sospecha o declarado. Excepto: **Z00.6 Contacto para reconocimiento de comparación normal y control en programa de investigación clínica.**
- Z01 Contacto para reconocimiento médico especial sin síntomas, ni diagnóstico de sospecha o declarado.
- Z03 Contacto para observación médica de enfermedades y afecciones sospechadas que se descartan.
- Z04 Contacto para reconocimiento médico y observación por otras razones.
- Z31.81 Contacto por infertilidad en una paciente mujer, por factor masculino.
- Z31.82 Contacto por estado de incompatibilidad Rh.
- Z31.83 Contacto para ciclo de fertilidad de reproducción asistida.
- Z31.84 Contacto para procedimiento de preservación de la fertilidad.
- Z33.2 Contacto para interrupción voluntaria del embarazo.
- Z34 Contacto para supervisión de un embarazo normal.
- Z38 Nacido vivo según el lugar de nacimiento y el tipo de parto.
- Z39 Contacto para reconocimiento médico y atención materna posparto.
- Z42 Contacto para cirugía plástica y reconstructiva después de un procedimiento médico o reparación de lesión.
- Z51.0 Contacto para radioterapia antineoplásica.
- Z51.1- Contacto para quimioterapia e inmunoterapia antineoplásica.
- Z52 Donantes de órganos y tejidos.  
Excepto: **Z52.9 Donante de órgano o tejido no especificado.**
- Z76.1 Contacto para supervisión y cuidado de salud de niño expósito.
- Z76.2 Contacto para supervisión y cuidado de salud de otro tipo de lactante y niño sano.
- Z99.12 Contacto por dependencia de respirador [ventilador] durante falta de electricidad.

## **Sección II. Selección del diagnóstico principal**

Las circunstancias de la admisión en pacientes hospitalizados siempre rigen la selección del diagnóstico principal.

El diagnóstico principal se define como 'la afección que, tras el estudio, queda establecida como principal responsable de ocasionar el ingreso del paciente en el hospital para recibir cuidados'.

Las definiciones del conjunto mínimo básico de datos se utilizan en los hospitales para informar los campos de datos de forma estandarizada en pacientes ingresados.

A la hora de establecer el diagnóstico principal, las convenciones de la Lista Tabular y del Índice Alfabético de CIE-10-ES, tienen prioridad sobre esta normativa oficial de codificación.<sup>36</sup>

Nunca estará de más resaltar la importancia de una documentación consistente y completa en la historia clínica. Sin esta documentación, es una tarea difícil si no imposible, aplicar cualquier norma de codificación.

**A. Códigos para síntomas, signos y afecciones mal definidas**

Los códigos para síntomas, signos y afecciones mal definidas del capítulo 18 no se deben utilizar como diagnóstico principal cuando se haya establecido un diagnóstico definitivo relacionado.

**B. Dos o más afecciones interrelacionadas, y las dos pueden cumplir los criterios de definición de diagnóstico principal**

Cuando existen dos o más afecciones interrelacionadas (tales como enfermedades del mismo capítulo de CIE-10-ES o manifestaciones que se asocian de forma característica a cierta enfermedad) que podrían cumplir con los criterios de definición de diagnóstico principal, cualquiera de dichas afecciones se puede registrar en primer lugar, a menos que las circunstancias de la admisión, el tratamiento administrado, la lista tabular o el índice alfabético indique lo contrario.

**C. Dos o más diagnósticos que cumplen por igual la definición de diagnóstico principal**

En el caso infrecuente en que dos o más diagnósticos cumplan por igual los criterios de definición de diagnóstico principal y cuando el índice alfabético, la lista tabular o bien la normativa de codificación no proporcionen la secuencia de códigos, cualquiera de los diagnósticos puede secuenciarse en primer lugar.

**D. Dos o más diagnósticos diferenciales o contrastados**

En los casos raros en que dos o más diagnósticos (A y B) a contrastar se documenten como 'A o B' o bien 'A versus B' (o con terminología similar), se codificarán como si los diagnósticos estuviesen confirmados y los códigos se registran en una secuencia acorde con las circunstancias de la admisión. Si no se puede aplicar ningún otro criterio en cuanto a qué diagnóstico debe ser principal, cualquiera de los diagnósticos puede registrarse en primer lugar.

**E. Síntoma(s), seguido(s) por diagnósticos diferenciales o contrastados**

**NORMATIVA ELIMINADA EN OCTUBRE DE 2014**

**F. Plan original de tratamiento no realizado**

Se debe secuenciar como diagnóstico principal la afección que ocasionó el ingreso en el hospital, aún en los casos en los que no se haya realizado el tratamiento debido a circunstancias no previstas.

**G. Complicaciones de cirugía y otros cuidados médicos**

---

<sup>36</sup> Véase la sección I.A., convenciones de CIE-10-MC



Cuando el ingreso se realiza para el tratamiento de una complicación resultante de un procedimiento quirúrgico o atención médica, el código de la complicación se secuencia como diagnóstico principal.

Si la complicación se clasifica dentro del grupo T80-T88 y el código carece de la especificidad necesaria para describir la complicación, se debe asignar un código adicional para la complicación específica.

#### **H. Diagnóstico incierto**

Si el diagnóstico documentado en el momento del alta se califica como 'probable', 'sospecha', 'cuestionable', 'posible', o 'todavía no se descarta' u otros términos similares que indican incertidumbre, se debe codificar la afección como si existiera o estuviera confirmada. La base para estas directrices son el estudio diagnóstico, la realización de pruebas complementarias, la observación y el enfoque terapéutico inicial que más se correspondan con el diagnóstico establecido.

**Nota:** Esta norma sólo es aplicable para ingresos de hospitalización de agudos, de corta y de larga estancia y hospitales psiquiátricos.

#### **I. Admisión desde la Unidad de Observación**

##### **1. Admisión después de observación médica**

Cuando un paciente ingresa en una unidad de observación por una afección médica que o bien empeora o bien no mejora, y a continuación ingresa en hospitalización del mismo centro por la misma afección médica, el diagnóstico principal será la afección médica que dio lugar al ingreso en el hospital.

##### **2. Admisión después de observación posoperatoria**

Cuando un paciente ingresa en una unidad de observación para monitorizar una afección (o complicación) que se desarrolla tras una intervención quirúrgica ambulatoria, y a continuación ingresa en hospitalización del mismo hospital, los hospitales deben aplicar la definición de diagnóstico principal del Uniform Hospital Discharge Data Set (UHDDS) como 'la afección que, tras el estudio, se estableció como principal responsable de ocasionar el ingreso del paciente en el hospital para cuidados'.

#### **J. Admisión desde Cirugía Ambulatoria**

Cuando un paciente se somete a cirugía en el departamento de cirugía ambulatoria del hospital y a continuación ingresa para continuar cuidados en hospitalización en el mismo hospital, se deberán aplicar las siguientes normas para seleccionar el diagnóstico principal del episodio de ingreso:

- Si el motivo del ingreso en hospitalización es una complicación, asigne dicha complicación como diagnóstico principal.
- Si no se documenta ninguna complicación ni otra afección como motivo del ingreso, asigne el motivo de la cirugía ambulatoria como diagnóstico principal.
- Si el motivo de ingreso es otra afección no relacionada con la cirugía, se debe registrar dicha afección no relacionada como diagnóstico principal.

## **K. Admisiones/contactos para rehabilitación**

Cuando el propósito de un ingreso o contacto sanitario es la rehabilitación, debe secuenciarse primero el código que identifica la causa por la que se está prestando el servicio. Por ejemplo, en un ingreso para rehabilitación de una hemiplejía dominante de lado derecho después de un infarto cerebrovascular, el código apropiado como diagnóstico principal es el **I69.351 Hemiplejía y hemiparesia tras infarto cerebral con afectación de lado derecho dominante**.

Si la afección inicial por la que un paciente recibió tratamiento ya no está presente, utilice el código adecuado de cuidados posteriores. Por ejemplo, si un paciente con artrosis grave de cadera, se sometió a una sustitución de cadera y el ingreso es para la rehabilitación, deberá secuenciarse en primer lugar el código **Z47.1, Cuidados posteriores después de cirugía de sustitución de articular**.

Vea la Sección IC21.c.7, factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios, cuidado posterior.

## **Sección III. Registro de diagnósticos secundarios**

### **NORMAS GENERALES PARA OTROS DIAGNÓSTICOS (DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS)**

A efectos de registro, la definición de 'otros diagnósticos' se formula como afecciones adicionales que afectan a la atención al paciente por requerir:

- evaluación clínica;
- medidas terapéuticas;
- procedimientos de diagnóstico;
- mayor duración de la estancia hospitalaria;
- incremento de los cuidados y/o la monitorización de enfermería.

Se definen como diagnósticos secundarios: Todas las afecciones que coexisten en el momento del ingreso, que se desarrollan posteriormente o que afectan al tratamiento recibido y/o la duración de la estancia.

Los diagnósticos que se relacionan con un episodio anterior y que no tienen relación con la estancia hospitalaria actual deben quedar excluidos'. Estas definiciones se aplican a pacientes hospitalizados en centros de agudos, de corta estancia, de larga estancia y en hospitales psiquiátricos.

Las siguientes normas se deben aplicar al designar 'diagnósticos secundarios' cuando ni el índice alfabético ni la lista tabular de CIE-10-ES proporcionan indicaciones.

La enumeración de diagnósticos en la historia clínica es responsabilidad del clínico responsable.

### **A. Afecciones preexistentes**

Si en el informe de alta, el clínico añade un diagnóstico en el juicio diagnóstico final de un episodio de alta, este deberá ser codificado tal como especifica la norma general. Algunos clínicos incluyen entre las expresiones diagnósticas afecciones resueltas o diagnósticos y estados posteriores a procedimientos de ingresos previos

que no tienen nada que ver con el episodio actual. Tales afecciones no se deben registrar y sólo se codifican si las normas internas del hospital lo exigen.

Sin embargo, se pueden utilizar códigos de historia (categorías Z80-Z87) como diagnósticos secundarios si dicho historial personal o familiar tiene impacto en los cuidados actuales o influye en el tratamiento.

#### **B. Hallazgos anormales**

Los hallazgos anormales (laboratorio, radiología, anatomía patológica y otros resultados de pruebas diagnósticas) no se codifican ni se registran a menos que el clínico indique que son clínicamente significativos. Si los hallazgos se encuentran fuera del rango normal y el clínico responsable ha pedido otras pruebas para evaluar la afección o ha prescrito tratamiento, procede preguntar al clínico si se debe añadir el hallazgo anormal.

Esto difiere de la práctica de codificación en entornos ambulatorios cuando se codifican contactos para realizar pruebas diagnósticas que han sido interpretadas por un clínico.

#### **C. Diagnóstico incierto**

Si el diagnóstico documentado en el momento del alta se califica como 'probable', 'sospecha', 'cuestionable', 'posible', o 'todavía no se descarta' u otros términos similares que indican incertidumbre, se debe codificar la afección como si existiera o estuviera confirmada. La base para estas directrices son el estudio diagnóstico, la realización de pruebas complementarias, la observación y el enfoque terapéutico inicial que más se correspondan con el diagnóstico establecido.

**Nota:** Esta norma sólo es aplicable para ingresos de hospitalización de agudos, de corta y de larga estancia y hospitales psiquiátricos.

### **Sección IV. Normas sobre codificación y declaración de diagnósticos para el ámbito ambulatorio**

Se puede encontrar información sobre el uso de ciertas abreviaturas, signos de puntuación, símbolos y otras convenciones utilizadas en la Lista Tabular (códigos y títulos) de CIE-10-ES en la sección del IA de las presentes normas, dentro del apartado 'Convenciones utilizadas en la Lista Tabular'. La Sección I.B. contiene la normativa general que se aplica a la totalidad de la clasificación. La Sección I.C. contiene la normativa específica de cada capítulo conforme están secuenciados en la clasificación.

La información sobre el procedimiento correcto a utilizar en la búsqueda de un código se describe también en la sección I.

Los términos 'contacto' y 'consulta' se utilizan con frecuencia de forma indiscriminada para describir los contactos en servicios ambulatorios y, por tanto, aparecen juntos en las presentes normas sin que exista diferencia entre uno u otro.

Aunque las convenciones y la normativa general son de uso en todos los entornos asistenciales, las normas de codificación y registro de diagnósticos ambulatorios, pueden diferir en determinados casos, de las que se aplican en diagnósticos de hospitalización, Hay que tener en cuenta lo siguiente:

La definición de diagnóstico principal solamente se aplica en pacientes hospitalizados en centros de agudos, de corta estancia, de larga estancia y hospitales psiquiátricos.

Las reglas de codificación para diagnósticos no concluyentes (probable, sospecha, a descartar, etc.) fueron desarrolladas para registros de hospitalización y no se aplican en pacientes ambulatorios.

#### **A. Selección del primer diagnóstico**

En el entorno ambulatorio, se utiliza el término primer diagnóstico en lugar del término 'diagnóstico principal'.

Cuando tratamos de determinar el diagnóstico a registrar en primer lugar, las convenciones de codificación de CIE-10-ES, así como las normas generales y las normas específicas de enfermedades tienen prioridad sobre las normas de codificación ambulatoria.

Con frecuencia, no existen diagnósticos establecidos en el momento del contacto o consulta iniciales. Pueden ser necesarias dos o más visitas antes de que el diagnóstico se confirme.

La regla más importante consiste en comenzar la búsqueda del código correcto a asignar por medio del índice alfabético. Nunca se debe comenzar inicialmente la búsqueda en la lista tabular, ya que esto dará lugar a errores de codificación.

##### **1. Cirugía sin ingreso**

Cuando un paciente se presenta para cirugía ambulatoria (cirugía sin ingreso), codifique el motivo de la intervención como diagnóstico principal (motivo del contacto), incluso en los casos en que la cirugía no llega a realizarse debido a una contraindicación.

##### **2. Estancia en Observación**

Cuando un paciente ingresa para observación por una afección médica, asigne un código para dicha afección como primer diagnóstico.

Cuando un paciente se presenta para cirugía ambulatoria y desarrolla complicaciones que requieren ingreso en observación, codifique el motivo de la intervención como primer diagnóstico (motivo del contacto), seguido de los códigos de las complicaciones como diagnósticos secundarios.

#### **B. Códigos desde A00.0 hasta T88.9, Z00-Z99**

Se debe asignar el código que corresponda entre A00.0 y T88.9, y entre Z00 y Z99 para identificar diagnósticos, síntomas, afecciones, problemas, quejas, o cualquier otra razón para el contacto/visita.

#### **C. Registro exacto de códigos de diagnóstico CIE-10-ES**

Para un registro exacto de los códigos de diagnóstico de CIE-10-ES, la documentación deberá describir el estado del paciente utilizando terminología que incluya diagnósticos específicos así como síntomas, problemas o motivos de contacto.

Existen códigos CIE-10-ES para describir todos ellos.

#### **D. Códigos que describen síntomas y signos**

Los códigos que describen síntomas y signos, pero no diagnósticos, son aceptables a efectos de registro cuando no se ha establecido un diagnóstico (confirmado) por parte de los clínicos. El capítulo 18 de CIE-10-ES Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados bajo otro concepto (códigos R00-R99) contiene muchos códigos de los síntomas, pero no todos.

#### **E. Contactos por circunstancias distintas de enfermedad o lesión**

CIE-10-ES proporciona códigos para clasificar contactos por circunstancias que no son enfermedades o lesiones. Los códigos de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (Z00-Z99) se ofrecen para afrontar situaciones distintas de enfermedades o lesiones que se registran como diagnósticos o problemas.<sup>37</sup>

#### **F. Nivel de detalle en la codificación**

##### **1. Códigos CIE-10-ES con 3, 4 o 5 caracteres**

CIE-10-ES se compone de códigos con 3, 4, 5, 6 o 7 dígitos. En CIE-10-ES se incluyen códigos de tres dígitos como encabezamientos de categorías de códigos que pueden subdividirse mediante el uso de cuarto, quinto, sexto o séptimo dígitos, destinados a aportar mayor especificidad.

##### **2. Uso de la totalidad de caracteres requeridos para un código**

Sólo se debe utilizar un código de tres dígitos si no tiene subdivisiones. Un código no es válido si no presenta la totalidad de los caracteres requeridos, incluyendo la extensión de séptimo carácter, si procede.

#### **G. Código CIE-10-ES para diagnóstico, afección, problema u otro motivo de contacto o visita**

Registre en primer lugar el código CIE-10-ES para el diagnóstico, afección, problema o cualquier otro motivo de contacto o visita que aparezca en la historia clínica como responsable principal la atención realizada. Registre los códigos secundarios que describan cualquier afección que coexista.

En algunos casos, el diagnóstico que se registra en primer lugar puede ser un síntoma, como ocurre cuando no se ha establecido ningún diagnóstico (confirmado) por parte del médico.

#### **H. Diagnóstico incierto**

No codifique los diagnósticos que se documenten como 'probable', 'sospecha', 'cuestionable', 'a descartar', o como 'diagnóstico provisional' u otros términos similares que indiquen incertidumbre. En lugar de eso, codifique las afecciones con el mayor grado de certeza para el contacto o visita, tales como síntomas, signos, resultados anormales de pruebas u otro motivo de consulta.

---

<sup>37</sup> Véase Sección I.C.21. Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios sanitarios

Esta norma difiere de la práctica habitual en codificación de hospitales de corta estancia, de agudos, de larga estancia y psiquiátricos.

**I. Enfermedades crónicas**

Las enfermedades crónicas tratadas de forma continuada se pueden codificar y registrar tantas veces como el paciente reciba tratamiento y cuidados para dichas afecciones.

**J. Codifique todas las afecciones documentadas que coexistan**

Codifique todas las afecciones documentadas que coexistan en el momento del contacto o visita y que requieran tratamiento, cuidados o manejo asistencial, o bien influyan sobre los mismos. No codifique las afecciones que hayan sido previamente tratadas y que ya no existan. Sin embargo, pueden utilizarse códigos de historia (categorías Z80-Z87) como diagnósticos secundarios si la afección que figura en la historia personal o familiar tiene algún impacto en los cuidados actuales o influye en el tratamiento.

**K. Contacto únicamente para pruebas diagnósticas**

Para los pacientes que requieran atención diagnóstica durante un contacto o visita, registre como primer diagnóstico, la afección, el problema o cualquier otra razón que aparezca en la historia clínica como responsable principal de los servicios ambulatorios prestados durante dicho contacto o visita. Los códigos para otros diagnósticos (por ejemplo, enfermedades crónicas) se pueden registrar como diagnósticos secundarios.

Para contactos cuya finalidad es la realización de pruebas rutinarias de laboratorio o radiología en ausencia de cualquier signo, síntoma o diagnóstico asociado, asigne el código **Z01.89 Contacto para otros reconocimientos médicos especial especificado**.

Si durante un contacto en el que se realiza la evaluación de un signo, un síntoma o un diagnóstico determinado, se efectúan además pruebas rutinarias se deben asignar ambos códigos, el código Z de pruebas rutinarias y el que describa el motivo por el que se lleva a cabo la evaluación específica.

Para los contactos ambulatorios cuya finalidad es recibir los resultados de pruebas diagnósticas, en las cuales está disponible el informe final, codifique los diagnósticos confirmados o definitivos que estén documentados en dichos informes. No codifique signos ni síntomas relacionados como diagnósticos adicionales.

Esta norma difiere de la práctica habitual en codificación de hospitalización con respecto a los hallazgos anormales en los resultados de pruebas.

**L. Pacientes que sólo reciben atención terapéutica**

Para los pacientes que reciben atención terapéutica en un único contacto o visita, secuencie en primer lugar el diagnóstico, afección, problema o cualquier otro motivo de contacto o visita que aparezca en la historia clínica como responsable principal de la asistencia ambulatoria proporcionada. Los códigos para los restantes diagnósticos (por ejemplo, afecciones crónicas) pueden registrarse como diagnósticos secundarios.

La única excepción a esta regla es cuando el motivo principal de la admisión o contacto es para tratamiento de quimioterapia o radioterapia. En este caso se secuencia en primer lugar el código Z correspondiente al tratamiento que se vaya a proporcionar, y el diagnóstico o problema que da lugar a la prestación se registra como diagnóstico secundario.

**M. Pacientes que sólo se realizan estudio preoperatorio**

Para los pacientes que únicamente consultan para recibir la evaluación preoperatoria previa a un procedimiento, asigne en primer lugar un código de la subcategoría **Z01.81 Contacto para reconocimiento médico antes de un procedimiento**. Para describir la indicación de la cirugía como diagnóstico secundario asigne un código de la afección. Codificar además cualquier hallazgo relacionado con la evaluación preoperatoria.

**N. Cirugía ambulatoria**

Para la cirugía ambulatoria, se debe codificar el diagnóstico por el cual se realizó la cirugía. Si el diagnóstico posoperatorio es diferente del diagnóstico preoperatorio, en el momento que quede confirmado, seleccione para codificar el diagnóstico posoperatorio, puesto que es él más definitivo.

**O. Consulta ambulatoria prenatal rutinaria**

Véase Sección I.C.15. Consultas ambulatorias prenatales de rutina.

**P. Contactos para reconocimientos médicos generales con resultados anormales**

Las subcategorías de contactos para reconocimientos médicos generales, Z00.0, proporcionan códigos para contactos con y sin hallazgos anormales. Si un reconocimiento médico general da como resultado un hallazgo anormal, se debe asignar como diagnóstico principal el código del reconocimiento con hallazgo anormal. Se debe utilizar también un código secundario para dicho hallazgo anormal.

**Q. Contactos para cribado rutinario de salud**

Véase Sección I.C.21. Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios sanitarios, Cribado.

# Apéndice 1



# Presente al Ingreso

## Introducción

Estas directrices deben ser utilizadas como complemento a las Normativa Oficial para la Codificación y Elaboración de Informes con CIE-10-MC, para facilitar la asignación de los marcadores POA "Presente al ingreso" (Present On Admission) para cada código de diagnóstico y causa externa lesión que deban ser registrados en los registros correspondientes.

Estas directrices no pretenden sustituir a ninguna de las que contiene el documento de la Normativa Oficial para la Codificación y Elaboración de Informes con CIE-10-MC. Estas directrices tampoco tienen por objeto indicar cuándo una afección debe o no ser codificada, sino más bien, como debe aplicarse el marcador POA en el conjunto final de los códigos diagnósticos asignados de conformidad con las Secciones I, II, y III de las guías de codificación. Posteriormente a la asignación de los códigos CIE-10-ES, debe entonces ser asignado el marcador POA a esas afecciones que se han codificado.

Como se señala en la Introducción de la Normativa Oficial para la Codificación y Elaboración de Informes con CIE-10-MC, es esencial un esfuerzo conjunto entre el clínico y el codificador para lograr una documentación y asignación de códigos completa y precisa. No debe dejarse de insistir en la importancia de una documentación coherente y completa en la historia clínica. Para comprobar si una enfermedad está presente o no en el momento del ingreso, puede consultarse en la historia clínica la documentación de cualquier profesional (clínico) involucrado en el cuidado y tratamiento del paciente. En el contexto de la normativa oficial, el término "clínico" se refiere al médico o a cualquier otro profesional sanitario suficientemente cualificado y con capacidad legal para establecer el diagnóstico del paciente.

Estas directrices no sustituyen el juicio clínico del profesional en cuanto a determinar si una afección estaba o no, presente en el momento del ingreso. El clínico debe ser consultado para determinar la vinculación de signos / síntomas, con respecto al momento en el que se producen los hallazgos y el resultado de las pruebas.

## Requisitos Generales para la Información

Presente al ingreso se define como presente en el momento en el que se produce la orden de ingreso. Las afecciones que se desarrollan durante un contacto ambulatorio, incluyendo servicios de urgencias, observación, o cirugía ambulatoria, son considerados como presentes al ingreso.

El Indicador POA se asigna al diagnóstico principal y diagnósticos secundarios (tal como se define en la Sección II de las Directrices Oficiales para codificación y elaboración de informes) y también a los códigos de causa externa.

Los temas relacionados con, documentación inconsistente, escasa, contradictoria o confusa deben ser resueltos por el clínico.

Si basándose en la normativa oficial de codificación y en las definiciones del CMBD, una afección no debe codificarse o informarse, el indicador POA tampoco deberá ser asignado.

### **Opciones de Indicador POA**

**S** - Sí

**N** - No

**D** - Desconocido

**I** - Indeterminado

**E** - Exento - (Exento de informar POA)

### **Definiciones de Indicador POA**

**S** = Presente en el momento del ingreso hospitalario

**N** = No presente en el momento del ingreso hospitalario

**D** = Documentación insuficiente para determinar si la afección está presente o no al ingreso

**I** = No puede determinarse clínicamente, si la afección estaba o no presente al ingreso

### **Plazos para Identificar y Documentar el POA**

No hay plazo establecido para que el clínico, identifique o documente una determinada afección como presente al ingreso. En algunas situaciones, el clínico no puede realizar un diagnóstico definitivo, aún con posterioridad al ingreso (incluso el paciente puede no haber informado sobre una determinada afección). En algunos casos pueden pasar varios días antes de poder establecer un diagnóstico definitivo. Esto no significa que la afección no estuviera presente en el momento de la admisión. La constatación de si una afección estaba o no presente en el momento del ingreso se basará en las directrices POA que se indican en este documento, o en el juicio clínico del facultativo.

Si en el momento de la asignación del código, la documentación no es clara en cuanto a si una afección estaba presente o no en el ingreso, debe consultarse al clínico para aclararlo.

### **Asignación del indicador POA**

- La afección está en la lista de "exentos de información"

Deje el campo "POA" en blanco si la afección está en la lista de códigos de CIE-10-ES para los que este campo no es aplicable. Este es el único caso en que puede utilizarse el campo en blanco.

- POA Explícitamente documentado

Asigne S para cualquier afección que el clínico documente explícitamente como presente al ingreso.

Asigne N para cualquier afección que el clínico documente explícitamente como no presentes en el momento de la admisión.

- Afecciones diagnosticadas antes del ingreso hospitalario

Asigne "S" para las afecciones que se diagnosticaron antes de la admisión (ejemplo: hipertensión, diabetes mellitus, asma).

- Afecciones diagnosticadas durante el ingreso pero claramente presentes antes del ingreso.

Asigne "S" para las enfermedades diagnosticadas durante el ingreso pero que estaban presentes aunque sin diagnosticar antes de producirse la admisión.

Los diagnósticos confirmados posteriormente tras la admisión se consideran presentes al ingreso, si en el momento de la admisión que se documentan como sospechados, posibles, a descartar, diagnóstico diferencial, o son la causa subyacente de un síntoma que está presente en el momento de la admisión.

- Afección desarrollada durante el Contacto ambulatorio antes de la admisión hospitalaria

Asigne "S" para cualquier afección desarrollada durante un contacto ambulatorio previo a una orden escrita de ingreso hospitalario.

- La documentación no especifica si la afección estaba presente al ingreso

Asigne "D" cuando la documentación de la historia clínica no aclara si la afección estaba o no presente al ingreso. "D" no debe asignarse de manera rutinaria y debe utilizarse sólo en circunstancias muy limitadas. Los codificadores deben consultar al facultativo responsable cuando la documentación no sea suficientemente clara.

- La documentación indica que no se puede determinar si la afección estaba o no presente al ingreso

Asigne "I" cuando la documentación de la historia indica que no puede determinarse clínicamente si la afección estaba o no presente al ingreso.

- Afección crónica con exacerbación aguda durante el ingreso

Cuando un único código identifica a la vez la enfermedad crónica y la exacerbación aguda, consulte la normativa POA, correspondiente a códigos de combinación.

Si un único código identifica solamente la afección crónica y no la exacerbación aguda (por ejemplo, la exacerbación aguda de la leucemia crónica), asigne "S".

- Afecciones documentada como posible, probable, sospecha, o descartar en el momento del alta

Si el diagnóstico final contiene un diagnóstico posible, probable, sospechado o descartar y dicho diagnóstico se basa en signos, síntomas o hallazgos clínicos sospechosos en el momento de la admisión hospitalaria, asigne "S".

Si el diagnóstico final contiene un diagnóstico posible, probable, sospechado o descartar y dicho diagnóstico se basa en signos, síntomas o hallazgos clínicos que no estaban presentes al ingreso, asigne "N".

- Afecciones documentadas como inminentes o amenazas en el momento del alta

Si el diagnóstico final contiene un diagnóstico de inminente o amenaza, y este diagnóstico se basa en síntomas o hallazgos clínicos que estaban presentes al ingreso, asigne "S".

Si el diagnóstico final contiene un diagnóstico de inminente o amenaza y este diagnóstico se basa en síntomas o hallazgos clínicos que no estaban presentes al ingreso, asigne "N".

- Enfermedades agudas y crónicas

Asigne "S" para afecciones agudas que están presentes al ingreso y "N" para afecciones agudas que no están presentes en el momento de la admisión.

Asigne "S" para las enfermedades crónicas, aunque la enfermedad no se pueda diagnosticar hasta después del ingreso.

Si un código único identifica a la vez una afección aguda y crónica, vea las directrices POA para códigos de combinación.

- Códigos de combinación

Asigne "N" si alguna parte del código de combinación no estaba presente en el momento del ingreso (por ejemplo, en una EPOC con exacerbación aguda si la exacerbación no estaba presente en el momento de ingresar; una úlcera gástrica sangrante en la que la hemorragia no se inicia hasta después de la admisión; paciente con asma que desarrolla un estado asmático después de la admisión).

Asigne "S" si todas las partes del código de combinación estuvieron presentes en la admisión.

Si el diagnóstico final incluye diagnósticos comparativos o contrastantes, y ambos estaban presentes, sospechados, en el momento del ingreso, asigne "S".

En los códigos de infección, que incluyan el microorganismo causal, asigne "S" si la infección (o signos de la infección) estaba presente al ingreso, a pesar de que los resultados de los cultivos no se conocieran hasta después de la admisión (por ejemplo, en un paciente ingresado con neumonía si el clínico documenta la pseudomona, como el organismo causal unos días más tarde).

- Un mismo código de diagnóstico para dos o más afecciones

Cuando el mismo código de diagnóstico se aplica a dos o más afecciones durante el mismo contacto (por ejemplo, dos afecciones distintas clasificadas con el mismo código de diagnóstico CIE-10-ES):

Asigne "S" si todas las afecciones representadas por dicho código CIE-10-ES estaban presentes al ingreso (por ejemplo, sin especificar bilateral relacionados con la edad cataratas).

Asigne "N" si alguna de las afecciones clasificadas en el código CIE-10-ES no estaba presente en la admisión (por ejemplo, hemorragia traumática secundaria y recurrente y seroma se asignan a un único código T79.2, pero sólo una de las afecciones están presentes al ingreso).

- Afecciones obstétricas

Si una paciente da o no a luz durante la hospitalización actual, no afecta a la asignación del indicador POA. El factor determinante para la asignación POA es si la complicación del embarazo o afección obstétrica descrita por el código estaba presente o no en el momento del ingreso.

Si la complicación del embarazo o afección obstétrica estaba presente en al ingreso (por ejemplo, una paciente ingresado con trabajo de parto prematuro), asigne "S".

Si la complicación del embarazo o afección obstétrica no estaba presente al ingreso (por ejemplo, laceración, 2<sup>o</sup> grado durante el parto, hemorragia postparto durante la hospitalización actual, o sufrimiento fetal desarrollado después del ingreso), asigne "N".

Si el código obstétrico incluye más de un diagnóstico y de alguno de esos diagnósticos identificados no estaban presentes al ingreso asigne "N". (Por ejemplo, Categoría O11, hipertensión preexistente con pre-eclampsia).

- Afecciones perinatales

Los recién nacidos no se consideran ingresados hasta después del nacimiento. Por lo tanto, cualquier afección presente al nacer o que se desarrolló en el útero se considera presente al ingreso y se debe asignar "S". Esto incluye afecciones que se producen durante el parto (por ejemplo, lesión durante el parto, la aspiración de meconio, la exposición a estreptococos B en el canal vaginal).

- Afecciones congénitas y anomalías

Asigne "S" para las afecciones y anomalías congénitas excepto las incluidas en las categorías Q00-Q99, anomalías congénitas, que están en la lista de exentos. Las afecciones congénitas se consideran siempre presentes al ingreso.

- Causa externa de códigos de lesiones

Asigne "S" para cualquier código de causa externa de morbilidad que se haya producido antes de la admisión hospitalaria (por ejemplo, un paciente que se cayó de la cama en su casa, o un paciente que se cae de la cama en la sala de urgencias antes de la orden de ingreso).

Asigne "N" para cualquier código de causa externa de morbilidad que se haya producido durante la hospitalización del paciente (por ejemplo, un paciente que se cae de la cama durante la estancia hospitalaria, o cuando un paciente experimenta una reacción adversa a un medicamento que se administra después de ingresar).

## **CATEGORÍAS Y CÓDIGOS EXENTOS SER IDENTIFICADOS COMO DIAGNÓSTICOS PRESENTES AL INGRESO**

Nota: estas categorías de códigos están exentas de marcarse como "Diagnóstico presente al ingreso" debido a que representan circunstancias relativas al contactos de salud o factores que influyen en el estado de salud que o bien no representan una enfermedad actual o lesión o bien que siempre están presentes al ingreso.

B90-B94, Secuelas de enfermedades infecciosas y parasitarias

E64, Secuelas de malnutrición y otras carencias nutricionales

I25.2, Infarto de miocardio antiguo

I69, Secuelas de enfermedad cerebrovascular

O09, Supervisión de embarazo de alto riesgo

O66.5, Intento de utilización de ventosa y fórceps

O80, Admisión para el parto a término sin complicaciones

O94, Secuelas de complicaciones de embarazo, parto y puerperio

P00, Recién nacido (con sospecha de estar) afectado por patologías maternas que pueden no estar relacionadas con el embarazo actual

Q00 - Q99, Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

S00-T88.9, Lesiones, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas

V00-V09, Peatón lesionado en accidente de transporte Excepto V00.81, Accidente en silla de ruedas (eléctrica)

V00.83, Accidente con patinete motorizado

V10-V19, Ciclista lesionado en accidente de transporte

V20-V29, Motociclista lesionado en accidente de transporte

V30-V39, Ocupante del vehículo motorizado de tres ruedas lesionado en accidente de transporte

V40-V49, Ocupante de coche lesionado en accidente de transporte

V50-V59, Ocupante de camioneta o furgoneta lesionado en accidente de transporte

V60-V69, Ocupante del vehículo de transporte pesado lesionado en accidente de transporte

V70-V79, Ocupante de autobús lesionado en accidente de transporte

V80-V89, Otros accidentes de transporte terrestre

V90-V94, Accidentes de transporte acuático

V95-V97, Accidentes de transporte aéreo y espacial

V98-V99, Otros tipos de accidentes de transporte y los no especificados

W09: Caída sobre o desde equipo o patio de recreo

W14, Caída desde un árbol

W15, Caída desde un acantilado

W17.0, Caída en pozo

W17.1, Caída en desagüe o alcantarilla pluvial

W18.01 Golpe contra equipamiento de deporte con caída posterior

W21, Golpe, a o golpeado por equipo deportivo

W30, Contacto con maquinaria agrícola  
W31, Contacto con otras máquinas y las no especificadas  
W32-W34, Disparo accidental y mal funcionamiento de arma de fuego  
W35-W40, Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas  
W52, Aplastado, empujado o pisado por multitud o estampida humana  
W56, Contacto con animales marinos no venenosos  
W58, Contacto con cocodrilo o caimán  
W61 Contacto con aves (domésticas) (salvaje)  
W62, Contacto con los anfibios y no venenosos  
W89, Exposición a luz visible y ultravioleta hecha por el hombre  
X02, Exposición a fuego controlado en un edificio o estructura  
X03, Exposición a fuego controlado no en un edificio o estructura  
X04, Exposición a ignición de material altamente inflamable  
X52, Estancia prolongada en ambiente sin gravedad  
X71, Lesiones autoinfligidas intencionadamente por ahogamiento e inmersión  
X71.0, Lesiones autoinfligidas intencionadamente por ahogamiento e inmersión estando en bañera  
X72, Lesiones autoinfligidas intencionadamente por disparo de arma de fuego  
X73, Lesiones autoinfligidas intencionadamente por disparo de rifle, escopeta y arma de fuego larga  
X74, Lesiones autoinfligidas intencionadamente por disparo de arma de fuego larga y pistola no especificada  
X75, Lesiones autoinfligidas intencionadamente por material explosivo  
X76, Lesiones autoinfligidas intencionadamente por humo, fuego y llamas  
X77, Lesiones autoinfligidas intencionadamente por vapor de agua, vapores calientes y objetos calientes  
X81, Lesiones autoinfligidas intencionadamente al saltar o tenderse delante de objeto en movimiento  
X82, Lesiones autoinfligidas intencionadamente por accidente de vehículo motorizado  
X83, Lesiones autoinfligidas intencionadamente por otros medios especificados  
Y03, Agresión por colisión de vehículo motorizado  
Y07, Autor de agresión, maltrato y abandono  
**Y08.8, Agresión por golpe con equipo deportivo**  
Y21, Ahogamiento e inmersión, intención no determinada  
Y22, Disparo de arma de fuego, intención no determinada  
Y23, Disparo de rifle, escopeta y armas de fuego largas, intención no determinada  
Y24, Disparo de otras armas de fuego y las no especificadas, intención no determinada  
Y30, Caída, salto o empujón desde un lugar alto, intención no determinada  
Y32, Accidente de vehículo motorizado, intención no determinada  
Y35, Intervención legal  
Y36, Operaciones de guerra

Y37, Operaciones militares  
Y38, Terrorismo  
Y92, Lugar del acontecimiento de la causa externa  
Y93, Código de actividad  
Y99, Estado de causa externa  
Z00, Contacto para reconocimiento médico general sin síntomas, ni diagnóstico de sospecha o declarado  
Z01, Contacto para reconocimiento médico especial sin síntomas, ni diagnóstico de sospecha o declarado  
Z02, Contacto para reconocimiento médico con fines administrativos  
Z03, Contacto para observación médica de enfermedades y afecciones sospechadas que se descartan  
Z08, Contacto para reconocimiento médico de seguimiento después de finalizar un tratamiento de neoplasia maligna  
Z09, Contacto para reconocimiento médico de seguimiento después de finalizar tratamiento de afecciones distintas de neoplasia maligna  
Z11, Contacto para cribado de enfermedades infecciosas y parasitarias  
Z11.8, Contacto para cribado de otras enfermedades infecciosas y parasitarias  
Z12, Contacto para cribado de neoplasias malignas  
Z13, Contacto para cribado de otras enfermedades y trastornos  
Z13.4, Contacto para cribado de ciertos trastornos del desarrollo en la infancia  
Z13.5, Contacto para cribado de trastornos de los ojos y oídos  
Z13.6, Contacto para cribado de trastornos cardiovasculares  
Z13.83, Contacto para cribado de trastorno respiratorio NCOC  
Z13.89, Contacto para cribado de otro trastorno  
**Z13.89, Contacto para cribado de otros trastornos//REPETIDO Y MAL LITERAL**  
Z14, Portador genético  
Z15, Susceptibilidad genética a enfermedad  
Z17, Estado del receptor de estrógeno  
Z18 Fragmentos de cuerpo extraño retenidos  
Z22, Portador de enfermedad infecciosa  
Z23, Contacto para vacunación  
Z28, Vacunación no realizada y estado de déficit de vacunación  
Z28.3, Estado de déficit de vacunación  
Z30, Contacto para atención anticonceptiva  
Z31, Contacto para atención procreativa  
Z34, Contacto para la supervisión de un embarazo normal  
Z36, Contacto para cribado prenatal de la madre  
Z37, Resultado del parto  
Z38, Nacido vivo según el lugar de nacimiento y el tipo de parto  
Z39, Contacto reconocimiento médico y atención materna posparto



Z41, Contacto para procedimientos con fines distintos a remediar un estado de salud  
Z42, Contacto para cirugía plástica y reconstructiva después de un procedimiento médico o reparación de lesión  
Z43, Contacto para cuidados de estomas artificiales  
Z44, Contacto para colocación y ajuste de dispositivos protésicos externos  
Z45, Contacto para ajuste y mantenimiento de dispositivo implantado  
Z46, Contacto para colocación y ajuste de otros dispositivos  
Z47.8, Contacto para otros cuidados ortopédicos posteriores  
Z49, Contacto para los cuidados que implica la diálisis renal  
Z51, Contacto para otros cuidados posteriores  
Z51.5, Contacto para cuidados paliativos  
Z51.8, Contacto para otros cuidados posteriores especificados  
Z52, Donantes de órganos y tejidos  
Z59, Problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas  
Z63, Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario, incluyendo circunstancias familiares  
Z65, Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales  
Z65.8, Otros problemas especificados relacionados con circunstancias psicosociales  
Z67. Grupo sanguíneo  
Z68, Índice de masa corporal (IMC)  
Z72, Problemas relacionados con el estilo de vida  
Z74.01, Situación de confinamiento en cama  
Z76, Personas que entran en contacto con los servicios de salud en otras circunstancias  
Z77.110-Z77.128, Contaminación ambiental y riesgos en el entorno físico  
Z78, Otro estado de salud especificado  
Z79, Tratamiento farmacológico prolongado (actual)  
Z80, Historia familiar de neoplasia maligna primaria  
Z81, Historia familiar de trastornos mentales y del comportamiento  
Z82, Historia familiar de ciertas discapacidades y enfermedades crónicas (que conducen a discapacidad)  
Z83, Historia familiar de otros trastornos especificados  
Z84, Historia familiar de otras afecciones  
Z85, Historia personal de neoplasia maligna  
Z86, Historia personal de otras enfermedades  
Z87, Historia personal de otras enfermedades y afecciones  
Z87.828, Historia personal de otras lesiones físicas y traumatismos (curados)  
Z87.891, Historia personal de dependencia a nicotina  
Z88, Estado de alergia a fármacos, medicamentos y sustancias biológicas  
Z89, Ausencia adquirida de miembro  
Z90.710, Ausencia adquirida de ambos, de cuello uterino y de útero  
Z91.0, Estado de alergia no debida a fármacos, medicamentos o a sustancias biológicas

Z91.4, Historia personal de trauma psicológico no clasificado bajo otro concepto  
Z91.5, Historia personal de autolesión  
Z91.8, Otras factores específicos de riesgo personal, no clasificados bajo otro concepto  
Z92, Historia personal de tratamiento médico  
Z93, Estado de estoma artificial  
Z94, Estado de órgano y tejido trasplantado  
Z95, Presencia de implantes e injertos cardiovasculares  
Z97, Presencia de otros dispositivos  
Z98, Otros estados posprocedimientos  
Z99, Dependencia a máquinas y dispositivos de apoyo, no clasificados bajo otro concepto