CIE-10

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud

Décima Revisión

Volumen 2

Manual de instrucciones

Publicación Científica No. 554

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Edición original en inglés:
International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems,10th Revision
©Ginebra, OMS, 1993

Volumen 1	Introducción Centros Colaboradores de la OMS para la Clasificación de Enfermedades Informe de la Conferencia Internacional para la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades Lista de categorías de tres caracteres Lista tabular de inclusiones y subcategorías de cuatro caracteres Morfología de los tumores [neoplasias] Listas especiales de tabulación para la mortalidad y la morbilidad Definiciones Reglamento
Volumen 2	Manual de instrucciones
Volumen 3	Índice alfabético

La traducción al español fue realizada por el Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades, Centro Colaborador de la OMS para la Clasificación de Enfermedades en Español. La revisión técnica fue hecha por el Programa de Análisis de la Situación de Salud, de la OPS. La revisión editorial y la publicación estuvieron a cargo del Servicio Editorial, Programa de Publicaciones de la OPS. La traducción de las actualizaciones 1996-2011 fue realizada por el Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México (CEMECE).

Catalogación por la Biblioteca de la OPS

Organización Panamericana de la Salud
Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. — 10a. revisión. Washington, D.C. : OPS, © 1995
3 v. — (Publicación Científica ; 554)

Contenido: v. 1. Lista de categorías — v. 2. Manual de instrucciones — v. 3. Índice alfabético

ISBN 92 75 31554 X

I. Título II. (Serie)
1. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES 2. OPS
NLM WB15

Edición de 2013

©Organización Panamericana de la Salud, 1995

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Las solicitudes para reproducir o traducir sus publicaciones, íntegramente o en parte, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Contenido

1. Introducción 1

2. Descripción de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud 3

2.1 Propósito y aplicabilidad 3

2.2 El concepto de una "familia" de clasificaciones de enfermedades y problemas relacionados con la salud 4

2.2.1 Clasificaciones relacionadas con el diagnóstico 7

2.2.2 Clasificaciones no diagnósticas 10

2.2.3 Apoyo de información para la atención primaria de salud 12

2.2.4 Nomenclatura Internacional de Enfermedades 14

2.2.5 El papel de la OMS 14

2.3 Principios generales de clasificación de enfermedades 15

2.4 La estructura básica y los principios de clasificación de la CIE 16

2.4.1 Volúmenes 17

2.4.2 Capítulos 18

2.4.3 Grupos de categorías 18

2.4.4 Categorías de tres caracteres 19

2.4.5 Subcategorías de cuatro caracteres 19

2.4.6 Subdivisiones suplementarias para uso a nivel de quinto carácter o subsecuentes 20

2.4.7 Uso de los códigos "U" 20

3. Cómo utilizar la CIE 21

3.1 Cómo utilizar el Volumen 1 21

3.1.1 Introducción 21

3.1.2 Uso de la lista tabular de inclusiones y subcategorías de cuatro caracteres 21

3.1.3 Dos códigos para algunas afecciones 23

3.1.4 Convenciones utilizadas en la lista tabular 26

3.1.5 Categorías con características comunes 29

3.2 Cómo utilizar el Volumen 3 30

3.2.1 Organización del Índice alfabético 30

3.2.2 Estructura 31

3.2.3 Códigos 31

3.2.4 Convenciones utilizadas en el Índice alfabético 31

3.3 Orientaciones básicas para la codificación 32

4. Reglas y orientaciones para la codificación de la mortalidad y de la morbilidad 35

4.1 Mortalidad: orientaciones para la certificación y reglas de codificación 35

4.1.1 Causas de defunción 35

4.1.2 Causa básica de la defunción 36

4.1.3 Modelo internacional de certificado médico de causa de defunción 36

4.1.4 Procedimientos para la selección de la causa básica de defunción para la tabulación de la mortalidad 38

4.1.5 Reglas de selección de la causa antecedente originaria 39

4.1.6 Algunas consideraciones sobre las reglas de selección 43

4.1.7 Ejemplos del Principio General y de las reglas de selección 45

4.1.8 Modificación de la causa seleccionada 56

4.1.9 Las reglas de modificación 56

4.1.10 Ejemplos de las reglas de modificación 58

4.1.11 Notas para usar en la codificación de la causa básica de la defunción 67

4.1.12 Resumen de asociaciones según los códigos 90

4.2 Notas para la interpretación de los diagnósticos de causas de muerte 98

4.2.1 Presunción de causa intercurrente 98

4.2.2 Secuencias rechazadas y aceptadas para la selección de la causa básica de muerte en las estadísticas de mortalidad 99

4.2.3 Efecto de la duración en la clasificación 106

4.2.4 Secuelas 106

4.2.5 Consistencia entre el sexo del paciente y el diagnóstico 108

4.2.6 Complicaciones de la atención médica y quirúrgica 108

4.2.7 Tumores [neoplasias] malignos 111

4.2.8 Participación de múltiples tipos de sustancias psicoactivas 140

4.2.9 Fiebre reumática con compromiso cardíaco 141

4.2.10 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas 141

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

4.2.11 Naturaleza de la lesión 142
4.2.12 Envenenamiento por drogas, medicamentos y sustancias biológicas 144
4.2.13 Causas externas 149
4.2.14 Expresiones que indican diagnóstico dudoso 149
4.2.15 Virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] 152
4.2.16 Muerte debida a causas maternas (obstétricas) 153

4.3 Mortalidad perinatal: orientaciones para la certificación y reglas de codificación 154
4.3.1 Certificación de muertes perinatales 154
4.3.2 Certificación de las causas de muerte 156
4.3.3 Tabulación de la mortalidad perinatal por causa 158
4.3.4 Codificación de las causas de muerte perinatal 159
4.3.5 Reglas de codificación 159

4.4 Morbilidad: orientaciones para el registro y reglas de codificación 162
4.4.1 Orientaciones para el registro de la información diagnóstica para el análisis de la morbilidad por afección única 163
4.4.2 Orientaciones para la codificación de la "afección principal" y "otras afecciones" 165
4.4.3 Reglas para reselección cuando la "afección principal" se registra incorrectamente 172
4.4.4 Notas específicas por capítulo 179

5. Presentación estadística 192
5.1 Introducción 192
5.2 Fuente de los datos 192
5.3 Nivel de detalle por causa en las tabulaciones 192
5.4 Listas especiales recomendadas para la tabulación de la mortalidad 193
5.4.1 Listas condensadas 193
5.4.2 Listas seleccionadas 194
5.4.3 Uso de prefijos para identificar las listas de mortalidad 194
5.4.4 Listas elaboradas localmente 194

5.5 Lista especial de tabulación para la morbilidad 195
5.5.1 Descripción 195
5.5.2 Modificación de la lista especial de tabulación para la morbilidad de acuerdo con las necesidades nacionales 195

5.6 Recomendaciones en relación con los cuadros estadísticos para comparación internacional 196
5.6.1 Cuadros estadísticos 196
5.6.2 Tabulación de causas de defunción 197

5.7 Estándares y recomendaciones relacionados con los informes sobre mortalidad fetal, perinatal, neonatal e infantil 197
5.7.1 Definiciones 197
5.7.2 Criterios para notificar la información 197
5.7.3 Estadísticas para comparación internacional 200
5.7.4 Presentación de causas de mortalidad perinatal 202

5.8 Estándares y requerimientos para los informes relacionados con la mortalidad materna 203
5.8.1 Definiciones 203
5.8.2 Información internacional 204
5.8.3 Publicación de las tasas de mortalidad materna 204
5.8.4 Denominadores para la mortalidad materna 205

5.9 Proporción de muertes clasificadas en causas mal definidas 206
5.10 Morbilidad 206
5.11 Precauciones cuando las listas de tabulación incluyen subtotales 206
5.12 Problemas de las poblaciones pequeñas 207
5.13 "Celdas vacías" y celdas con frecuencias bajas 207
5.14 Recomendaciones 208

6. Historia del desarrollo de la CIE 211
6.1 Origen 211
6.2 Adopción de la Lista Internacional de Causas de Defunción 213
6.3 La Quinta Conferencia de Revisión Decenal 215
6.4 Las primeras clasificaciones de enfermedades para estadísticas de morbilidad 216

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

6.5 Comité de los Estados Unidos para las Causas Conjuntas de Defunción 218

6.6 Sexta Revisión de las Listas Internacionales 219

6.7 La Séptima y Octava Revisiones 221

6.8 La Novena Revisión 222

6.9 Preparaciones para la Décima Revisión 223

7. Apéndices 225

7.1 Lista de afecciones improbables de provocar la muerte 225

7.2 Lista de afecciones que pueden causar diabetes 233

7.3 Lista de afecciones que pueden ser consideradas como consecuencia directa de procedimientos médicos 236

7.4 Lista de afecciones que afectan el proceso de tragar 240

7.5 Clasificación de prioridad de los códigos de naturaleza de la lesión de la CIE-10 243

Referencias 253

Índice

Esta actualización de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, incluye todas las modificaciones aprobadas hasta 2011. Se estima que en el futuro se podrían hacer algunas modificaciones adicionales. Dado que las impresiones en papel son caras, se recomienda que los usuarios de la Clasificación consulten la página web de la OMS: http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/index.html para obtener información sobre nuevas actualizaciones.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

1. Introducción

Este volumen de la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) contiene las orientaciones para el registro y la codificación de la información, junto con mucho material nuevo sobre los aspectos prácticos para utilizar dicha clasificación y un resumen sobre su historia. Este material se presenta en un volumen separado para facilitar su manejo cuando es necesario referirse al mismo tiempo a la Clasificación (Volumen 1) y a las instrucciones para su empleo. Las instrucciones para el uso del Índice alfabético se presentan en forma detallada en la introducción del Volumen 3.

Este manual ofrece una descripción básica de la CIE, junto con instrucciones prácticas para los codificadores de mortalidad y morbilidad, así como orientaciones para la presentación e interpretación de los datos. No es su propósito proporcionar un adiestramiento intensivo acerca del uso de la CIE. El material aquí incluido necesita ser ampliado en cursos formales de instrucción que permitan una práctica extensa con muestras de registros y la discusión de problemas.

Si los problemas que surgen con el uso de la CIE no pueden ser resueltos localmente o con la ayuda de las oficinas nacionales de estadística, se aconseja solicitar la ayuda de los Centros Colaboradores de la OMS para la Familia de Clasificaciones Internacionales. Existen dos Centros de Referencia en español, el primero es el Centro Venezolano para la Clasificación de Enfermedades (CEVECE), el otro es el Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México (CEMECE) (ver Volumen 1).

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

2. Descripción de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud

2.1 Propósito y aplicabilidad

Una clasificación de enfermedades puede definirse como un sistema de categorías a las cuales se asignan entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos. El propósito de la CIE es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, y en diferentes épocas. La CIE se utiliza para convertir los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información.

En la práctica, la CIE se ha convertido en una clasificación diagnóstica estándar internacional para todos los propósitos epidemiológicos generales y muchos otros de administración de salud. Esto incluye el análisis de la situación general de salud de grupos de población y el seguimiento de la incidencia y prevalencia de enfermedades y otros problemas de salud en relación con otras variables, tales como las características y circunstancias de los individuos afectados. La CIE no se propone ni es adecuada para indizar entidades clínicas individuales. Existen también ciertas limitaciones en cuanto el uso de la CIE en estudios de aspectos financieros, tales como asignación de recursos o facturación por servicios de salud.

La CIE puede utilizarse para clasificar enfermedades y otros problemas de salud consignados en muchos tipos de registros vitales y de salud. Originalmente su uso se limitó a clasificar las causas de mortalidad tal como se mencionan en los registros de defunción. Más tarde, su campo se extendió para incluir diagnósticos de morbilidad. Es importante destacar que, aunque la CIE se diseñó primariamente para clasificar enfermedades y traumatismos con un diagnóstico formal, no se puede categorizar de esta manera cada problema o razón para entrar en contacto con los servicios de salud. En consecuencia, la CIE ofrece alternativas adicionales para una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, quejas y circunstancias de tipo social que pueden ocupar el lugar del diagnóstico en los registros de salud (ver Volumen 1, Capítulos XVIII y XXI). Por lo tanto, la Clasificación puede utilizarse para clasificar información registrada bajo denominaciones tales como "diagnósticos", "razones para la admisión", "afecciones tratadas" y "motivo de la consulta", las que aparecen en una amplia

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

variedad de registros, a partir de los cuales se derivan muchas estadísticas y otras informaciones sobre la situación de salud.

2.2 El concepto de una "familia" de clasificaciones de enfermedades y problemas relacionados con la salud

Aunque la CIE es apropiada para muchas aplicaciones diferentes, no atiende todas las necesidades de sus diversos usuarios. No proporciona suficientes datos útiles para algunas especialidades y a veces se requiere información sobre distintos atributos de las afecciones clasificadas. La CIE tampoco es útil para describir el funcionamiento y la discapacidad como aspectos de la salud y no incluye un conjunto total de las intervenciones de salud o de los motivos para el contacto con los proveedores de servicios de salud.

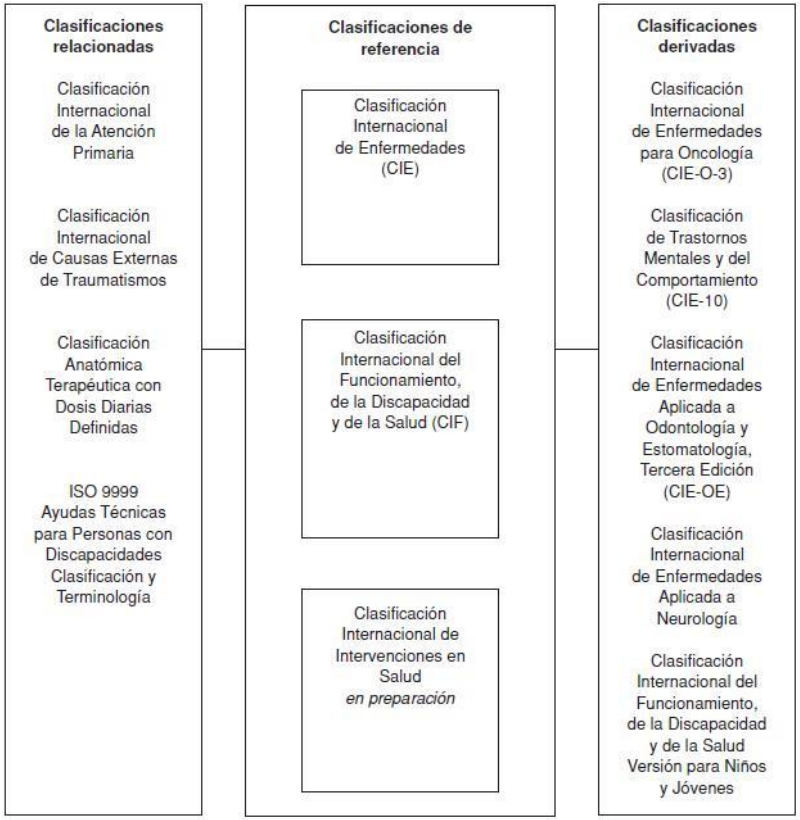
Los cimientos establecidos por la Conferencia Internacional para la CIE-10 en 1989 han proporcionado la base para el desarrollo de una "familia" de clasificaciones de salud (véase el Volumen 1, Informe de la Conferencia Internacional para la Décima Revisión, sección 6). Durante los años recientes, mediante el uso de la CIE y el desarrollo de clasificaciones relacionadas de salud de la OMS el concepto de una "familia" se desarrolló aún más. Actualmente la "familia" designa un juego de productos integrados de clasificación que comparten características similares y que pueden usarse singular o conjuntamente para suministrar información sobre diferentes aspectos de la salud y el sistema de atención de salud. Por ejemplo la CIE como una clasificación de referencia se usa principalmente para captar información sobre mortalidad y morbilidad. Los aspectos adicionales de los dominios de salud, del funcionamiento y de la discapacidad se han clasificado conjuntamente en la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF). En general, la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS procura proporcionar un marco conceptual de las dimensiones de información que se relacionan con la salud y la gestión sanitaria. Así se establece un idioma común para mejorar la comunicación y la comparación de datos a través de las disciplinas de atención de salud de países, de los servicios y del tiempo. La Organización Mundial de la Salud y la Red de OMS-FCI (WHO-FIC Network) se esfuerzan por establecer la familia de clasificaciones con base en criterios científicos y taxonómicos válidos, culturalmente apropiada e internacionalmente aplicable, y que enfoque los aspectos multidisciplinarios de la salud para satisfacer las necesidades de sus diferentes usuarios.

La Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (FCI-OMS) intenta servir de marco de las normas internacionales para proporcionar los elementos fundamentales de los sistemas de información sanitaria.

La Figura 1 representa los tipos de clasificaciones en la OMS-FCI.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Figura 1. Representación Esquemática de la OMS-FCI



Clasificaciones de referencia

Estas son las clasificaciones que abarcan los parámetros principales del sistema de salud, como la muerte, la enfermedad, el funcionamiento, las discapacidades, la salud y las intervenciones de salud. Las clasificaciones de referencia de la OMS son un producto de acuerdos internacionales. Han logrado aceptación amplia y convenio oficial para su uso y se aprueban y se recomiendan como directrices para la notificación internacional sobre la salud. Pueden usarse como modelos para el desarrollo o la revisión de otras clasificaciones tanto con respecto a la estructura como al carácter y la definición de las clases.

Actualmente hay dos clasificaciones de referencia en la OMS-FCI: la CIE como una clasificación de referencia para captar la información sobre la mortalidad y la morbilidad y la CIF para captar la información sobre diversos dominios del funcionamiento humano y la discapacidad. La OMS ha estado explorando la posibilidad de reemplazar la anterior *Clasificación Internacional de Procedimientos en Medicina* (véase 2.2.2 Clasificaciones no diagnósticas) por una nueva Clasificación Internacional de Intervenciones en Salud (CIIS). Este proceso se llevará a cabo sobre varias etapas de consulta, pruebas sobre el terreno y la aprobación por los cuerpos directivos de la OMS.

Clasificaciones derivadas

Las clasificaciones derivadas están basadas en las clasificaciones de referencia. Las clasificaciones derivadas son el resultado ya sea de la adición de detalles a la estructura y las categorías de una clasificación de referencia dada, o del reordenamiento o la adición de elementos de una o varias clasificaciones de referencia. Las clasificaciones derivadas con frecuencia son adaptadas para ser utilizadas tanto a nivel nacional como internacional.

Dentro de la OMS-FCI las clasificaciones derivadas incluyen adaptaciones basadas en especialidades de la CIF y la CIE, como la *Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología* (CIE-O-3), la *Application of the International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology*, 3rd Edition (ICD-DA) [Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicada a Odontología y Estomatología, 3ª Edición, (CIE-OE)], la *Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico de la CIE-10*, y la *Application of the International Classification of Diseases to Neurology* (ICD-10-NA) [Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicada a Neurología] (véase 2.2.1 Clasificaciones relacionadas con el diagnóstico).

Clasificaciones relacionadas

Las clasificaciones relacionadas son aquellas que se refieren parcialmente a las clasificaciones de referencia, o que se asocian con la clasificación de referencia solamente a niveles específicos de la estructura. Los procedimientos para mantener, actualizar y revisar las clasificaciones estadísticas de la familia promueven la resolución de los problemas de la correspondencia parcial entre las clasificaciones relacionadas y ofrecen oportunidades para un aumento en la armonía con el transcurso del tiempo. Dentro de la OMS-FCI las clasificaciones relacionadas incluyen: La *International Classification of Primary Care* (ICPC-2) [Clasificación Internacional de la Atención Primaria, la *International Classification of External Causes of Injury* (ICECI) [Clasificación Internacional de Causas Externas de Traumatismos], *Technical aids for persons with disabilities — classification and terminology* (ISO9999) [Ayudas técnicas para las personas con discapacidades — clasificación y terminología (ISO9999)] y la *Anatomical Therapeutic Chemical*

Classification with Defined Daily Doses (ATC/DDD) [Clasificación Anatómica Terapéutica (ATC) con Dosis Diarias Definidas (DDD)].

2.2.1 Clasificaciones relacionadas con el diagnóstico

Listas especiales de tabulación

Las listas especiales de tabulación se derivan directamente de la estructura básica de la clasificación, para utilizar en la presentación de datos y para facilitar el análisis del estado de salud y sus tendencias en los diferentes niveles: internacional, nacional y subnacional. Las listas especiales de tabulación recomendadas para comparaciones y publicaciones internacionales se incluyen en el Volumen 1. Hay cinco listas de ese tipo, cuatro para mortalidad y una para morbilidad (para detalles adicionales, ver las secciones 5.4 y 5.5).

Adaptaciones basadas en especialidades

Las adaptaciones basadas en especialidades contienen conjuntamente en un volumen único y compacto los capítulos, secciones o categorías de la CIE pertinentes a una especialidad en particular. Las subcategorías de cuatro caracteres de la CIE se retienen, pero a menudo se da mayor detalle por medio de subdivisiones de quinto y a veces de sexto carácter, y tienen un índice alfabético de términos relevantes. Otras adaptaciones pueden contener un glosario de definiciones de las categorías y subcategorías dentro de la especialidad.

A menudo las adaptaciones han sido preparadas por grupos internacionales de especialistas, pero en otros casos grupos de especialistas de un país han publicado adaptaciones que después han sido usadas en otros países. La lista siguiente incluye algunas de las principales adaptaciones basadas en especialidades existentes en la actualidad.

Oncología

La segunda edición de *International Classification of Diseases for Oncology* [Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, CIE-O] (ICD-O), publicada por la OMS en 1990, tiene como propósito su utilización en registros de cáncer y en los departamentos o servicios de anatomía patológica, así como en otros departamentos especializados en cáncer (*1*). La CIE-O es una clasificación de doble eje para codificar tanto por topografía como por morfología. El código topográfico utiliza, para la mayoría de los tumores, las mismas categorías de tres y cuatro caracteres utilizadas en la CIE-10 para los tumores malignos (categorías C00-C80). La CIE-O permite así una especificidad del sitio de las neoplasias no malignas mayor que la que posibilita la CIE-10.

El código morfológico para neoplasias es idéntico al que aparece en *Systematized Nomenclature in Medicine* [Nomenclatura sistematizada de medicina] (SNOMED) (*2*), la cual se deriva de la edición de 1968 del *Manual of Tumor Nomenclature and Coding* [Manual de Nomenclatura y Código de Tumores] (MOTNAC) (*3*) y de *Systematized Nomenclature of Pathology* [Nomenclatura Sistematizada de Patología] (SNOP) (*4*). El código de morfología tiene cinco caracteres; los primeros cuatro identifican el tipo histológico, y el quinto, el comportamiento de la neoplasia (maligna, in situ, benigna, etc.). El código morfológico de la CIE-O también aparece en el Volumen 1 de la CIE-10 y en las principales entradas en el Volumen 3 (Índice alfabético). Existen tablas para la conversión de los códigos de la tercera edición de la CIE-O a la CIE-10.

Dermatología

En 1978, la Asociación Británica de Dermatólogos publicó el *International Coding Index for Dermatology* (Índice internacional de códigos para dermatología), compatible con la Novena Revisión de la CIE. La mencionada Asociación también publicó una adaptación de la CIE-10 para dermatología, bajo los auspicios de la Liga Internacional de Sociedades de Dermatología.

Odontología y estomatología

La tercera edición de *Application of the International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology* [Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicada a Odontología y Estomatología, CIE-OE] (ICD-DA), basada en la CIE-10, ya fue publicada en inglés por la OMS. Esta clasificación está diseñada para ofrecer conjuntamente las categorías de la CIE relacionadas con enfermedades o afecciones que ocurren en, tienen manifestaciones en, o tienen asociaciones con la cavidad oral y estructuras adyacentes. La misma provee mayor detalle que la CIE-10, por medio de un quinto carácter, pero el sistema numérico está organizado de tal manera que la relación entre un código de la CIE-OE y el código de la CIE de la cual se deriva es inmediatamente obvia y los datos derivados de la CIE-OE pueden ser incorporados rápidamente en las categorías de la CIE.

Neurología

En 1997 la OMS publicó una adaptación para neurología de la CIE-10, la cual mantiene la clasificación y el sistema de códigos de la CIE-10, pero adicionalmente está subdividida a nivel del quinto carácter y aún más para permitir la clasificación de las enfermedades neurológicas con mayor precisión.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Reumatología y ortopedia

La Liga Internacional contra el Reumatismo trabaja en una revisión de *Application of the International Classification of Diseases to Rheumatology and Orthopaedics* [Aplicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades en Reumatología y Ortopedia, CIE-RO] (ICD-R&O), que incluye la *International Classification of Musculoskeletal Disorders* [Clasificación Internacional de Trastornos Musculoesqueléticos, CITME] (ICMSD), para hacerla compatible con la CIE-10. La CIE-RO provee especificación detallada de las afecciones con el uso de caracteres adicionales, los cuales permiten un mayor detalle mientras retienen la compatibilidad con la CIE-10. La CITME está diseñada para clarificar y estandarizar el uso de términos y contiene un glosario de descriptores genéricos para grupos de afecciones o trastornos, tales como las poliartropatías inflamatorias.

Pediatría

Bajo los auspicios de la Asociación Internacional de Pediatría, la Asociación Británica de Pediatría trabaja en una aplicación de la CIE-10 en pediatría, la cual usará un quinto carácter para proveer mayor especificidad. Esta adaptación sigue la tradición de publicaciones similares preparadas por la Asociación Británica de Pediatría para la Octava y Novena Revisiones de la CIE.

Trastornos mentales

La Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico de la CIE-10, publicada en 1992, provee para cada categoría del Capítulo V de la CIE-10 (Trastornos mentales y del comportamiento) una descripción general con orientaciones concernientes al diagnóstico, así como comentarios sobre el diagnóstico diferencial y una lista de sinónimos y de términos de exclusión (*5*). Cuando se requiere mayor detalle, se ofrecen orientaciones para asignar subdivisiones adicionales a nivel de quinto y sexto caracteres. Un volumen adicional relacionado con el Capítulo V, *Diagnostic criteria for research* [Criterios diagnósticos para la investigación] se publicó en 1993.

También se ha desarrollado una versión de la clasificación de trastornos mentales para uso en la atención primaria de salud y otra versión que utiliza un reordenamiento en forma de un sistema multiaxial de las categorías para trastornos mentales en la niñez, que permita al mismo tiempo un conocimiento del estado clínico, de los factores ambientales relevantes y del grado de incapacidad ligado a la enfermedad.

2.2.2 Clasificaciones no diagnósticas

Procedimientos en medicina

La *Clasificación Internacional de Procedimientos en Medicina* (CIPM) fue publicada en dos volúmenes por la OMS en 1978 (*6*). En ella se incluyen procedimientos de apoyo al diagnóstico médico, prevención, terapia, radiología, medicamentos y procedimientos quirúrgicos y de laboratorio. Esta clasificación ha sido adoptada por algunos países, mientras otros la han utilizado como una base para elaborar sus propias clasificaciones nacionales de operaciones quirúrgicas.

Los Directores de los Centros Colaboradores de la OMS para la Clasificación de Enfermedades reconocieron que el proceso de consultas que se debería haber realizado antes de la publicación de esta clasificación fue inapropiado en un campo tan amplio y de avance tan rápido. Por lo tanto, recomendaron que no se hiciera una revisión de la CIPM junto con la Décima Revisión de la CIE.

En 1987 el Comité de Expertos en la Clasificación Internacional de Enfermedades solicitó a la OMS que considerara la puesta al día de por lo menos una guía sobre los procedimientos quirúrgicos (Capítulo 5) de la CIPM para la Décima Revisión. En respuesta a esta solicitud, y en vista de las necesidades expresadas por varios países, la Secretaría preparó una lista de tabulación para procedimientos.

En su reunión de 1989, los Directores de los Centros Colaboradores acordaron que dicha lista podría servir como guía para la publicación de las estadísticas nacionales sobre procedimientos quirúrgicos y también facilitar comparaciones entre los países. La lista podría usarse igualmente como una base para preparar clasificaciones nacionales de procedimientos quirúrgicos que fuesen comparables.

El trabajo en la lista continuará, pero cualquier publicación será posterior a la edición de la CIE-10. Mientras tanto, se están explorando otras posibilidades en esta materia. Algunas de esas posibilidades tienen características comunes, tales como áreas fijas para ciertos ítems (órgano, técnica, vía de acceso, etc.), la posibilidad de ser actualizadas automáticamente y la flexibilidad de poder ser utilizadas para más de un propósito.

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)

La *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF) fue publicada por la OMS en los seis idiomas oficiales de la OMS en 2001, después de su aval oficial por la 54.ª Asamblea Mundial de la Salud el 22 de mayo de 2001. Posteriormente se ha traducido a más de 25 idiomas.

MATERIAL DE CLASIFICACIÓN

La CIF clasifica la salud y los estados relacionados con la salud en dos partes. Parte 1 clasifica el funcionamiento y la discapacidad. Parte 2 comprende los factores contextuales ambientales y personales. El funcionamiento y la discapacidad en la Parte 1 se describen desde las perspectivas del cuerpo, el individuo y la sociedad, formuladas en dos componentes (1) funciones y estructuras corporales y (2) actividades y participación. Como el funcionamiento y la discapacidad de una persona se enmarcan en un determinado contexto, la CIF también incluye una lista de factores ambientales.

La CIF ha reemplazado la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (CIDDM). En consecuencia, los términos y definiciones de la vieja CIDDM se han reemplazado con los siguientes términos y definiciones de la nueva CIF:

Funcionamiento: es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción de un individuo (con una "condición de salud") y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

Discapacidad: es un término genérico, que incluye deficiencias en las funciones corporales y en las estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una "condición de salud") y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

Funciones corporales: son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).

Estructuras corporales: son las partes anatómicas del cuerpo como los órganos, las extremidades y sus componentes.

Deficiencias: son problemas en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación o pérdida significativa.

Actividad: es la realización de una tarea o acción por una persona.

Limitaciones en la actividad: son las dificultades que una persona puede tener en la realización de las actividades.

Participación: es la implicación de la persona en una situación vital.

Restricciones en la participación: son los problemas que una persona puede experimentar al implicarse en situaciones vitales

Factores ambientales: constituyen el ambiente físico, social y de actitud en el cual las personas viven y conducen sus vidas.

La CIF usa un sistema alfanumérico en el cual las letras *b*, *s*, *d* y *e* se usan para denotar las Funciones Corporales, las Estructuras Corporales, las Actividades y Participación, y los Factores Ambientales. Estas letras están seguidas de un código numérico que comienza con el número del capítulo (un dígito), seguido del segundo nivel (dos dígitos), y el tercer y cuarto niveles (un dígito cada uno). Las categorías de la CIF "se anidan" para que las categorías más amplias se definan para incluir subcategorías más detalladas. Cualquier individuo puede tener una variedad de códigos a cada nivel. Estos pueden ser independientes o interrelacionados.

Los códigos de la CIF solo están completos con la presencia de un calificador, que denota una magnitud del nivel de salud (por ejemplo, gravedad del problema). Los calificadores se codifican como uno, dos o más números después de un punto (o separador). El uso de cualquier código debe ir acompañado de al menos un calificador. Sin calificadores, los códigos no tienen ningún significado inherente. El primer calificador para Funciones y Estructuras Corporales, los calificadores de desempeño y de capacidad para Actividades y Participación y el primer calificador para los Factores Ambientales todos describen el grado de los problemas en el componente respectivo.

La CIF pone luz a las nociones sobre la 'salud' y la 'discapacidad'. Reconoce que cada ser humano puede experimentar un decremento en la salud y de ese modo presentar alguna discapacidad. Esto no es algo que sucede sólo a una minoría de personas. La CIF por lo tanto 'incorpora' la experiencia de la discapacidad y la reconoce como una experiencia humana universal. Al cambiar el enfoque, centrándolo en el impacto y no en la causa, permite comparar los estados de salud mediante un mismo método de medición, es decir una regla de medición de la salud y la discapacidad. Además la CIF tiene en cuenta los aspectos sociales de la discapacidad y no ve la discapacidad sólo como una disfunción 'médica' o 'biológica'. Al incluir Factores Contextuales, en los cuales se enumeran factores ambientales, la CIF permite el registro de la repercusión del ambiente sobre el funcionamiento de la persona.

La CIF es el marco de la OMS para medir la salud y la discapacidad a niveles tanto individuales como de población. Mientras la Clasificación Internacional de Enfermedades clasifica las enfermedades y las causas de muerte, la CIF clasifica los dominios de salud. La CIE y la CIF constituyen los dos elementos fundamentales principales de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS. Juntas, proporcionan herramientas excepcionalmente amplias y exactas para captar la imagen total de la salud.

2.2.3 Apoyo de información para la atención primaria de salud

Uno de los desafíos de la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000 es proveer información de apoyo para la atención primaria de salud. En países que tienen información incompleta o de baja calidad, se necesita una variedad de enfoques para adaptar, suplementar o reemplazar el uso convencional de la CIE.

Desde el final de la década de 1970, varios países han experimentado con la recolección de información por personal no médico (lego). La notificación por personal no médico ("lay reporting") ha sido subsecuentemente extendida a un concepto amplio denominado "métodos no convencionales". En diferentes países estos métodos, que cubren una variedad de enfoques, han evolucionado como medios de obtener información acerca del estado de salud de la población donde los métodos convencionales (censos, encuestas, estadísticas vitales y estadísticas de morbilidad) han resultado inadecuados.

Uno de tales enfoques, denominado "información basada en la comunidad", implica la participación de la comunidad en la definición, recolección y utilización de la información relacionada con la salud. El grado de participación de la comunidad va desde el trabajo de recolección de los datos solamente hasta el diseño, el análisis y la utilización de la información. La experiencia obtenida en algunos países ha demostrado que este enfoque es más que un marco teórico. La Conferencia Internacional para la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ver Volumen 1) destacó en su informe los siguientes conceptos:

> Se dio cuenta a la Conferencia de la experiencia de varios países en la generación y aplicación de información de salud basada en la comunidad que comprendía problemas y necesidades de salud, factores de riesgo relacionados y recursos. Esto apoyaba el concepto de crear métodos no convencionales en la comunidad como una manera de colmar las lagunas de información en los países y de fortalecer sus sistemas de información. Se subrayó que, lo mismo para los países en desarrollo que para los desarrollados, dichos métodos o sistemas deben crearse localmente y que, a causa de factores como los patrones de morbilidad y las variaciones de idioma y culturales, no debe intentarse su transferencia a otras zonas o países.

Dados los resultados alentadores de este enfoque en muchos países, la Conferencia acordó que la OMS debería continuar orientando el desarrollo de esquemas locales y apoyando los progresos de esta metodología.

2.2.4 Nomenclatura Internacional de Enfermedades

En 1970, el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) comenzó la preparación de una Nomenclatura Internacional de Enfermedades (NIE) con la colaboración de sus organizaciones miembros, y entre 1972 y 1974 publicó cinco volúmenes de nomenclatura provisional. Sin embargo,

pronto quedó claro que la recopilación de tal nomenclatura, para que fuera realmente internacional, necesitaría una consulta mucho más amplia de la que era posible a través de los miembros del CIOMS solamente. En 1975, la NIE pasó a ser un proyecto conjunto entre el CIOMS y la OMS, orientado por un Comité Técnico Directivo integrado por representantes de ambas organizaciones.

El principal objetivo de la NIE es proveer para cada entidad mórbida un nombre único recomendado. El principal criterio para la selección de este nombre es que debe ser específico (aplicable a una sola enfermedad), no ambiguo, autodescriptivo tanto como fuera posible, tan simple como fuera posible y, siempre que se pueda, basado en la causa. Sin embargo, muchos nombres muy utilizados no satisfacen totalmente este criterio y son retenidos como sinónimos, siempre que no sean inapropiados, desorientadores o contrarios a las recomendaciones de las organizaciones internacionales especializadas. Se han evitado los términos de tipo epónimo, ya que ellos no son autodescriptivos; sin embargo, muchos de esos nombres son de uso tan amplio (por ejemplo: enfermedad de Hodgkin, enfermedad de Parkinson y enfermedad de Addison) que deben ser mantenidos.

Cada enfermedad o síndrome para el cual se recomienda un nombre se define en forma tan clara y breve como sea posible. Después de cada definición aparece una lista de sinónimos. Estas listas completas se complementan, si es necesario, con explicaciones acerca del porqué algunos sinónimos se han rechazado o porqué un sinónimo sugerido no es un sinónimo verdadero.

La intención de la NIE es ser un complemento de la CIE. Las diferencias entre una nomenclatura y una clasificación se discuten en la página 12. Tanto como ha sido posible, la terminología de la NIE ha sido utilizada con preferencia dentro de la CIE.

Los volúmenes de la NIE publicados hasta 1992 (*8*) son: *Enfermedades infecciosas* (enfermedades bacterianas) (1985), micosis (1982), enfermedades virales (1983), enfermedades parasitarias (1987); *Enfermedades de las vías respiratorias inferiores* (1979), *Enfermedades del aparato digestivo* (1990); *Enfermedades cardíacas y vasculares* (1989); *Trastornos metabólicos nutricionales y endocrinos* (1991); *Enfermedades del riñón, del tracto urinario inferior y del aparato genital masculino* (1992), y *Enfermedades del aparato genital femenino* (1992).

2.2.5 El papel de la OMS

La mayor parte de las clasificaciones descritas anteriormente son el producto de una colaboración muy estrecha entre organizaciones no gubernamentales, otros organismos y las divisiones y unidades de la OMS, con la unidad responsable por la CIE, que desempeña el papel de coordinadora y proveedora de orientación y asesoría.

MATERIAL DE CIRCULACIÓN

La OMS promueve el desarrollo de adaptaciones que extienden tanto la utilidad de la CIE como la comparabilidad de las estadísticas de salud. El papel de la OMS en el desarrollo de nuevas clasificaciones, adaptaciones y glosarios, es el de proveer un liderazgo cooperativo y el de actuar como una entidad que da orientación técnica y apoyo donde sea necesario. Los interesados en preparar adaptaciones de la CIE 10 o la CIF deben consultar con la OMS tan pronto se tengan claros los objetivos de la adaptación. De esta manera se evitarán duplicaciones innecesarias, mediante un enfoque coordinado para el desarrollo de los varios componentes de la familia de clasificaciones.

2.3 Principios generales de clasificación de enfermedades

Tal como lo señaló William Farr en 1856 (*9*):

> Una clasificación es un método de generalización, por lo tanto, diferentes clasificaciones pueden utilizarse con ventaja, según el usuario. Así, el médico, el patólogo o el jurista, cada uno con su propio punto de vista, puede legítimamente clasificar las enfermedades y las causas de defunción de una manera que, a juicio suyo, facilite sus investigaciones y permita obtener resultados generales.

Una clasificación estadística de enfermedades debe estar conformada por un número limitado de categorías mutuamente excluyentes, capaces de abarcar todo el rango de condiciones morbosas. Las categorías deben ser estructuradas de tal forma que permitan facilitar el estudio estadístico del fenómeno de la enfermedad. Una enfermedad específica que es de particular importancia en salud pública, o que se presenta frecuentemente, debe tener su propia categoría. Otras categorías pueden ser asignadas a grupos de afecciones distintas pero relacionadas. Cada enfermedad o entidad mórbida debe tener un lugar bien definido en las listas de categorías. Consecuentemente, a lo largo de la clasificación debe haber categorías residuales para otras afecciones y para una miscelánea de afecciones que no pueden ser ubicadas en las categorías más específicas. Las categorías residuales deben ser tan pocas como sea posible.

Este elemento de agrupación es lo que distingue una clasificación estadística de una nomenclatura, la cual debe tener un nombre específico para cada entidad mórbida conocida. Sin embargo, los conceptos de clasificación y de nomenclatura están estrechamente relacionados, porque una nomenclatura a menudo está organizada sistemáticamente.

Una clasificación estadística puede permitir diferentes niveles de detalle si tiene una estructura jerárquica con subdivisiones. Una clasificación estadística de enfermedades debe servir tanto para identificar enfermedades específicas como para permitir la presentación de datos en forma estadística para grupos más amplios, de manera que permita que la información obtenida sea útil y comprensible.

Los mismos principios generales pueden aplicarse a la clasificación de otros problemas de salud y motivos para entrar en contacto con los servicios de salud, los cuales también se incorporaron a la CIE.

La CIE fue desarrollada como una clasificación mucho más práctica que puramente teórica, en la cual existen compromisos entre clasificaciones basadas en etiología, sitios anatómicos, circunstancias del inicio de la enfermedad, etc. Asimismo, se hicieron ajustes para lograr la variedad de aplicaciones estadísticas a las que se destina la CIE, tales como mortalidad, morbilidad, seguridad social y otros tipos de estadísticas y encuestas de salud.

2.4 La estructura básica y los principios de clasificación de la CIE

La CIE es un sistema de clasificación de eje variable. Su estructura se ha desarrollado a partir de la propuesta de William Farr en la época en que comenzaron las discusiones internacionales sobre la estructura de una clasificación. Su esquema fue que, para todos los propósitos prácticos y epidemiológicos, los datos estadísticos relativos a las enfermedades debieran agruparse de la manera siguiente:

- enfermedades epidémicas
- enfermedades constitucionales o generales
- enfermedades localizadas ordenadas por sitios
- enfermedades del desarrollo
- traumatismos

Este patrón puede ser identificado en los capítulos de la CIE-10. El esquema ha resistido la prueba del tiempo y, aunque de alguna manera arbitrario, todavía es considerado como una estructura más útil para propósitos epidemiológicos generales que cualquiera de las alternativas que se han probado.

Los dos primeros y los dos últimos de los grupos listados anteriormente comprenden "grupos especiales", los cuales ofrecen un conjunto de afecciones que podrían ser organizadas inconvenientemente para estudio epidemiológico si estuvieran diseminadas, por ejemplo, en una clasificación organizada primariamente por sitio anatómico. El grupo restante, "enfermedades localizadas ordenadas por sitio", incluye los capítulos de la CIE para cada uno de los sistemas del cuerpo.

La diferencia entre los capítulos de "grupos especiales" y los dedicados a los "sistemas del cuerpo" tiene implicaciones prácticas para codificarlos, para entender la estructura de la clasificación y para interpretar las estadísticas basadas en la misma. Debe recordarse que, en general, las afecciones se clasifican primariamente en uno de los capítulos de los "grupos especiales". Cuando hay

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

alguna duda en relación con el lugar donde debe ubicarse una afección, los capítulos de grupos especiales deben tener prioridad.

La CIE básica es una lista de categorías de tres caracteres, cada una de las cuales puede ser adicionalmente dividida en hasta diez subcategorías de cuatro caracteres. En lugar del sistema de codificación puramente numérico de las revisiones previas, la Décima Revisión utiliza un código alfanumérico con una letra en la primera posición y un número en la segunda, tercera y cuarta posiciones. El cuarto carácter sigue a un punto decimal. Los códigos posibles, por lo tanto, van de A00.0 a Z99.9. Los códigos "U" se utilizan en casos especiales (ver 2.4.7).

2.4.1 Volúmenes

La CIE-10 comprende tres volúmenes: el Volumen 1 contiene las clasificaciones principales, el Volumen 2 provee orientación a los usuarios de la CIE y el Volumen 3 es el Índice alfabético de la clasificación.

La mayor parte del Volumen 1 está dedicada a la clasificación principal, compuesta de la lista de categorías de tres caracteres y la lista tabular de inclusiones y subcategorías de cuatro caracteres. El "núcleo" de la clasificación —la lista de categorías de tres caracteres— es el nivel obligatorio para notificar al banco de datos de la OMS y para la comparación general internacional. Este núcleo de la clasificación también presenta los títulos de los capítulos y de los bloques o grupos. La lista tabular, que da el detalle completo hasta nivel del cuarto carácter, está dividida en 22 capítulos.

El volumen 1 también contiene:

- *Morfología de los tumores [neoplasias*]. La clasificación morfológica de los tumores puede utilizarse, si se desea, como un código adicional para clasificar el tipo morfológico de los tumores, los cuales, con unas pocas excepciones, están clasificados en el Capítulo II solamente de acuerdo con el comportamiento y el sitio (topografía). Los códigos morfológicos son los mismos que se utilizan en la adaptación especial de la CIE para oncología (CIE-O) (*1*).

- *Listas especiales de tabulación*. Debido a que la lista de categorías de cuatro caracteres de la CIE, e incluso la lista de categorías de tres caracteres, es demasiado larga para ser presentada en cada cuadro estadístico, la mayoría de las estadísticas de rutina utiliza una lista de tabulación que destaca algunas enfermedades en particular, y agrupa otras. Las cuatro listas para la tabulación de la mortalidad son una parte integral de la CIE. Las listas 1 y 2 son para la mortalidad general, y las listas 3 y 4 para la mortalidad infantil y en la niñez (edades de 0 a 4 años). Existe también una lista especial de tabulación para la morbilidad. En la parte 5 de este volumen se dan orientaciones para el uso apropiado de los varios niveles de la clasificación y de las listas de tabulación.

- *Definiciones.* Las definiciones que se presentan en el Volumen 1 han sido adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud y se incluyen para facilitar la comparabilidad internacional de los datos.

- *Reglamentos de nomenclatura*. Los reglamentos adoptados por la Asamblea Mundial de la Salud establecen las responsabilidades formales de los Estados Miembros de la OMS en relación con la clasificación de enfermedades y causas de muerte, y la recopilación y publicación de estadísticas. Estos se presentan en el Volumen 1.

2.4.2 Capítulos

La clasificación está dividida en 22 capítulos. El primer carácter del código de la CIE es una letra, y cada letra se asocia con un capítulo en particular, con excepción de la letra D, que se utiliza en el Capítulo II, Tumores [neoplasias] y Capítulo III, Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad, y la letra H, que se utiliza en el Capítulo VII, Enfermedades del ojo y sus anexos, y en el Capítulo VIII, Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides. Cuatro capítulos (Capítulos I, II, XIX y XX) utilizan más de una letra en la primera posición de sus códigos.

Cada capítulo contiene suficientes categorías de tres caracteres para cubrir sus necesidades; no se han usado todos los códigos posibles, de manera de dar espacio para una futura revisión y expansión.

Los capítulos I al XVII se relacionan con enfermedades y otras entidades morbosas, y el Capítulo XIX con traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas. Los capítulos restantes completan el rango de materias incluidas actualmente en la información diagnóstica. El Capítulo XVIII cubre los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte. El Capítulo XX, Causas externas de morbilidad y de mortalidad, tradicionalmente se utilizaba para clasificar causas de traumatismos y envenenamientos, pero desde la Novena Revisión también ha permitido registrar la causa externa de enfermedades y otras entidades morbosas. El Capítulo XXI, Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, se utiliza para clasificar la información que explica las razones por las cuales contacta los servicios de salud una persona que no está enferma, o las circunstancias en las cuales el paciente recibe atención médica en un momento particular, o que influyen de alguna manera en la atención de una persona. Ver 2.4.7 para la descripción del Capítulo XXII.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

2.4.3 Grupos de categorías

Los capítulos están divididos en bloques o grupos homogéneos de categorías de tres caracteres. En el Capítulo I, el título de los grupos refleja dos ejes de clasificación: modo de transmisión y grupos amplios de organismos infecciosos. En el Capítulo II, el primer eje es el comportamiento del tumor; dentro del comportamiento, el eje es primordialmente por sitio, aunque unas pocas categorías de tres caracteres se utilizan para tipos morfológicos importantes (por ejemplo: leucemias, linfomas, melanomas, mesoteliomas, sarcoma de Kaposi). El rango de categorías se da entre paréntesis después del título de cada grupo.

2.4.4 Categorías de tres caracteres

Dentro de cada grupo, algunas de las categorías de tres caracteres corresponden a afecciones únicas, seleccionadas debido a su frecuencia, gravedad o vulnerabilidad a las acciones de salud pública, mientras que otras corresponden a enfermedades con alguna característica común. Se provee generalmente espacio para "otras" afecciones o condiciones que deben ser clasificadas y contienen enfermedades diferentes pero poco frecuentes, así como afecciones "no especificadas".

2.4.5 Subcategorías de cuatro caracteres

Aunque no sea obligatorio para la notificación a nivel internacional, la mayoría de las categorías de tres caracteres están subdivididas por medio de un carácter numérico después de un punto decimal, lo que permite hasta diez subcategorías. Cuando una categoría de tres caracteres no está subdividida, puede utilizarse la letra "X" para llenar la cuarta posición, de tal manera que los códigos tengan una longitud estándar cuando lo requieran los sistemas de procesamiento de datos.

Las subcategorías de cuatro caracteres se utilizan de la manera que sea más apropiada, identificando, por ejemplo, sitios o variedades diferentes si la categoría de tres caracteres es para una sola enfermedad, o enfermedades individuales si la categoría de tres caracteres es para un grupo de afecciones.

El cuarto carácter .8 generalmente se utiliza para "otras" afecciones pertenecientes a la categoría de tres caracteres, y .9 se usa mayormente para darle el mismo significado que a la categoría de tres dígitos sin añadir ninguna información adicional.

Cuando las mismas subdivisiones de cuatro caracteres se aplican a un rango de categorías de tres caracteres, se listan solamente una vez al comienzo del rango.

Una nota al comienzo de cada una de las categorías relevantes indica dónde se pueden encontrar los detalles. Por ejemplo, las categorías O03-O06, para diferentes tipos de aborto, tienen cuartos caracteres comunes relacionados con las complicaciones asociadas (ver Volumen 1).

2.4.6 Subdivisiones suplementarias para uso a nivel de quinto carácter o subsecuentes

Los niveles de quinto carácter y subsecuentes usualmente son subclasificaciones a lo largo de un eje diferente del de cuarto carácter. Tales subdivisiones se encuentran en:

Capítulo XIII—	subdivisiones por sitio anatómico
Capítulo XIX—	subdivisiones para indicar fracturas abiertas o cerradas, traumatismos intracraneales, intratorácicos e intraabdominales con o sin herida abierta
Capítulo XX—	subdivisiones para indicar el tipo de actividad que se realizaba en el momento del suceso

2.4.7 Uso de los códigos "U"

Los códigos U00-U49 son para ser utilizados en la asignación provisional de nuevas enfermedades de etiología incierta. Los códigos U50-U99 pueden utilizarse en la investigación, por ejemplo, cuando se someta a prueba una clasificación alternativa para un proyecto especial.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

3. Cómo utilizar la CIE

Esta sección contiene información práctica que todos los usuarios deben conocer para utilizar la clasificación de la mejor manera posible. El conocimiento y la comprensión del propósito y la estructura de la CIE son vitales para estadísticos y analistas de la información de salud, así como para los codificadores. El uso preciso y consistente de la CIE depende de la aplicación correcta de sus tres volúmenes.

3.1 Cómo utilizar el Volumen 1

3.1.1 Introducción

El Volumen 1 de la CIE contiene la clasificación propiamente dicha. En él se presentan los códigos de tres caracteres, llamados categorías, y los códigos de cuatro caracteres, llamados subcategorías. En las categorías y subcategorías se asignan los diagnósticos, facilitando su ordenamiento y conteo para propósitos estadísticos. Al mismo tiempo, este volumen provee a quienes utilizan estadísticas una definición del contenido de las categorías, subcategorías e ítems de las listas de tabulación utilizadas para elaborar cuadros estadísticos.

Aunque para un codificador es teóricamente posible obtener el código correcto usando solamente el Volumen 1, este método consume más tiempo y puede originar errores en la asignación. Es por tal razón que se publica el Índice alfabético, contenido en el Volumen 3, como una guía para la clasificación. La Introducción del Índice provee información importante acerca de su relación con el Volumen 1.

La mayoría de los usos estadísticos rutinarios de la CIE implica la selección de una afección única a partir de un certificado o un registro en el cual se han señalado más de una. Las reglas para esta selección en relación con la mortalidad y la morbilidad se presentan en la Sección 4 de este Volumen.

En la Sección 2.4 se presenta una descripción detallada de la lista tabular.

3.1.2 Uso de la lista tabular de inclusiones y subcategorías de cuatro caracteres

Términos de inclusión

Dentro de las rúbricas[1] de tres y cuatro caracteres, generalmente están listados otros términos diagnósticos. Estos se conocen como "términos de

[1]En el contexto de la CIE, el término "rúbrica" se usa para indicar tanto una categoría de tres caracteres como una subcategoría de cuatro caracteres.

inclusión" y se añaden debajo del título, como ejemplo de la información diagnóstica que debe clasificarse en aquella rúbrica. Tales términos pueden referirse a afecciones diferentes o ser sinónimos. No constituyen una subclasificación de la rúbrica.

Los términos de inclusión son listados principalmente como una guía del contenido de las rúbricas. Muchos de los ítems listados se relacionan con términos importantes o comunes que pertenecen a la rúbrica. Otros son afecciones o sitios anatómicos limítrofes, incluidos para distinguir los límites entre una subcategoría y otra. Las listas de términos de inclusión de ninguna manera son exhaustivas, ya que hay nombres alternativos de entidades diagnósticas listados en el Índice alfabético, al cual siempre se debe acudir antes de codificar una determinada información diagnóstica.

A veces es necesario leer los términos de inclusión junto con los títulos. Esto generalmente ocurre cuando los términos de inclusión son listas de sitios anatómicos o de productos farmacéuticos, donde las palabras apropiadas del título (por ejemplo: "tumor maligno de . . .", "traumatismo en . . .", "envenenamiento por . . .") necesitan ser comprendidas.

En las notas denominadas "Incluye", que siguen inmediatamente al título de un capítulo, grupo o categoría, se encuentran las descripciones diagnósticas generales comunes a un grupo de categorías o a todas las subcategorías de una categoría de tres caracteres.

Términos de exclusión

Algunas rúbricas contienen listas de afecciones precedidas por la palabra "Excluye". Estos son términos que, aunque el título de las rúbricas podría sugerir que pudieran clasificarse en ellas, en realidad se clasifican en otra parte. Un ejemplo de esto es la categoría A46 Erisipela, de la cual se excluye la erisipela postparto o puerperal. Al lado de cada término excluido se señala entre paréntesis la categoría o subcategoría a la cual se asigna ese término.

Cuando las exclusiones se refieren a un rango de categorías o a todas las subcategorías dentro de una categoría de tres caracteres, la nota de "exclusión" aparece inmediatamente debajo del título correspondiente a ese capítulo, grupo o categoría.

Descripciones de glosarios

Además de los términos de inclusión y exclusión, el Capítulo V, Trastornos mentales y del comportamiento, contiene un glosario para describir el contenido de las rúbricas. Este recurso se utiliza porque la terminología de los trastornos mentales varía mucho, particularmente entre países diferentes, y un mismo

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

nombre se puede utilizar para describir afecciones muy diferentes. El glosario no debe ser utilizado por los codificadores. En otras partes de la CIE aparecen tipos similares de definiciones, por ejemplo, en los Capítulos XX y XXI para clarificar el contenido de una rúbrica.

3.1.3 Dos códigos para algunas afecciones

El sistema de "daga y asterisco" (o "cruz y asterisco")

La CIE-9 introdujo un sistema, que continuó en la CIE-10, en el cual hay dos códigos para aquellos diagnósticos que contienen información sobre una enfermedad básica generalizada y sobre la manifestación de esa enfermedad en un órgano o en una localización en particular que por sí misma es un problema clínico.

El código primario corresponde a la enfermedad básica y está señalado por una "daga" (o cruz) (†); el código adicional para la manifestación o localización se marca con un asterisco (*). Esta convención se adoptó porque la codificación única de la enfermedad básica a menudo era insatisfactoria para elaborar estadísticas relacionadas con especialidades en particular, donde se deseaba clasificar la afección en el capítulo correspondiente a la manifestación, cuando esta era la razón para la atención médica.

Aunque el sistema de daga y asterisco permite clasificaciones alternativas para la presentación de estadísticas, es un principio de la CIE que el código de daga es el código primario y debe ser utilizado siempre. El código de asterisco nunca debe utilizarse aisladamente en el proceso de codificación. Sin embargo, para la codificación de la morbilidad, la instrucción anterior puede ser revertida cuando la manifestación de la enfermedad es el principal motivo de atención (y el código de asterisco será el código primario).Las estadísticas basadas en los códigos de daga satisfacen los requerimientos de clasificación tradicional para presentar la información de mortalidad y de otros aspectos de la atención médica.

Los códigos de asterisco aparecen como categorías de tres caracteres. Existen categorías separadas para las mismas afecciones que ocurren cuando una enfermedad en particular no se especifica como la causa básica. Por ejemplo, las categorías G20 y G21 se utilizan para formas de parkinsonismo que no son manifestaciones de otras enfermedades señaladas en otra parte, mientras que la categoría G22* se utiliza para "parkinsonismo en enfermedades clasificadas en otra parte". En las categorías de asterisco se señala al lado el código de daga correspondiente. Por ejemplo, en el caso de "parkinsonismo sifilítico", que se codifica en G22*, se indica al lado el código de daga A52.1†.

Algunos códigos de daga aparecen en categorías de daga especiales. Sin embargo, lo más frecuente es que el código de daga usado para diagnósticos de elementos dobles (daga y asterisco) y los códigos no marcados (de afecciones de elemento único) puedan derivarse de la misma categoría o subcategoría.

Las áreas de la clasificación en las cuales funciona el sistema de daga y asterisco son limitadas; existen 83 categorías especiales de asterisco en toda la clasificación, que están listadas al comienzo de los capítulos a los cuales pertenecen.

Las rúbricas donde aparece un término marcado por una daga pueden tener una de las tres modalidades siguientes:

(i) Si la daga y el asterisco alternativo aparecen juntos en el encabezamiento de la rúbrica, todos los términos de esa rúbrica pueden ser codificados con doble código y todos tienen el mismo código alternativo; por ejemplo:

A17.0 † **Meningitis tuberculosa (G01*)**
Leptomeningitis tuberculosa
Tuberculosis de meninges (cerebral) (espinal)

(ii) Si la daga aparece en el encabezamiento de la rúbrica pero allí no aparece el asterisco alternativo, todos los términos clasificables en esa rúbrica pueden ser objeto de clasificación doble pero con diferentes códigos alternativos (los cuales se listan para cada uno de ellos); por ejemplo:

A17.8 † **Otras tuberculosis del sistema nervioso**
Absceso cerebral (G07*)
Meningoencefalitis (G05.0*)
Mielitis (G05.0*)
Polineuropatía (G63.0*)
} tuberculoso(a)
Tuberculoma del encéfalo (G07*)
Tuberculosis de la médula espinal (G07*)

(iii) Si no aparecen ni la daga ni el asterisco alternativo en el título, la rúbrica en sí no está sujeta a la clasificación doble, pero algunos de sus términos de inclusión pueden estarlo; si así fuera, estos términos estarán señalados con la daga y sus códigos alternativos; por ejemplo:

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

A54.8 Otras infecciones gonocócicas:

…

- Lesiones de piel
- Neumonía † (J17.0*)
- Peritonitis † (K67.1*)
- Sepsis

} gonocócica(s)

Otras codificaciones dobles opcionales

Existen algunas situaciones, diferentes de las que aparecen en el sistema de daga y asterisco, que permiten doble código de la CIE para describir en forma completa una afección en particular. La nota en la lista tabular, "utilice código adicional, si desea . . .", identifica muchas de estas situaciones. Los códigos adicionales pueden ser utilizados solamente en tabulaciones especiales.

Tales casos son los siguientes:

(i) En infecciones locales, clasificables en los capítulos destinados a los "sistemas del cuerpo", se pueden agregar códigos del Capítulo I para identificar el organismo infectante, cuando esta información no aparece en el título de la rúbrica. La clasificación provee un grupo de categorías (B95-B98) para este propósito, al final del Capítulo I.

(ii) En tumores con actividad funcional, al código del Capítulo II se puede agregar el código apropiado del Capítulo IV, para indicar el tipo de actividad funcional.

(iii) En tumores, el código morfológico que se encuentra en el apartado *Morfología de los tumores [neoplasias]* del Volumen 1, aunque no es parte del cuerpo principal de la CIE, puede añadirse al código del Capítulo II para indicar el tipo morfológico del tumor.

(iv) En afecciones clasificables en F00 a F09 (Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos), en el Capítulo V, se puede agregar un código de otro capítulo para identificar la causa, por ejemplo: la enfermedad básica, traumatismo u otra lesión del cerebro.

(v) Cuando una afección es ocasionada por un agente tóxico, se puede agregar un código del Capítulo XX para identificar tal agente.

(vi) En traumatismos, envenenamientos y otros efectos adversos, cuando se pueden utilizar dos códigos, uno del Capítulo XIX que describe la naturaleza de la lesión y otro del Capítulo XX donde se describe la causa de la lesión, la decisión sobre cuál de los dos códigos debe ser considerado como adicional depende del propósito para el cual se recogió la información (ver la introducción al Capítulo XX del Volumen 1).

3.1.4 Convenciones utilizadas en la lista tabular

Cuando se señalan los términos de inclusión y de exclusión, la CIE utiliza algunas convenciones especiales relacionadas con el uso de paréntesis, corchetes, dos puntos, llaves, abreviatura "SAI", la frase "no clasificado(a) en otra parte" (NCOP), y la palabra "y" en los títulos. Estas deben ser entendidas de manera muy clara por los codificadores o por cualquier otra persona que desee interpretar las estadísticas basadas en la CIE.

Paréntesis ( )

Los paréntesis se utilizan en el Volumen 1 en cuatro situaciones importantes:

(a) Para encerrar palabras complementarias, que pueden hallarse a continuación de un término diagnóstico sin afectar el código que corresponde a las palabras que están fuera de los paréntesis. Por ejemplo, en I10, donde el término de inclusión, Hipertensión (arterial) (benigna) (esencial) (maligna) (primaria) (sistémica), significa que el código I10 es para el término "Hipertensión", bien sea que aparezca solo o seguido por cualquiera de las palabras o combinación de las palabras que aparecen entre paréntesis.

(b) Para encerrar el código al cual se refiere el término de exclusión. Por ejemplo,

H01.0 Blefaritis
Excluye: blefaroconjuntivitis (H10.5)

(c) En el caso de los títulos de los grupos para señalar las categorías que contiene cada uno de ellos.

(d) El último de los usos de los paréntesis fue incorporado a partir de la Novena Revisión y se relaciona con el sistema de daga y asterisco. El paréntesis se utiliza para encerrar el código de daga en una categoría de asterisco o el asterisco después de una categoría de daga.

Corchetes [ ]

Los corchetes se utilizan:

(a) Para encerrar sinónimos, palabras alternativas o frases explicativas; por ejemplo,

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

A30 Lepra [enfermedad de Hansen]

(b) Para referirse a notas previas; por ejemplo,
C00.8 Lesión de sitios contiguos del labio
[Ver nota 5, al inicio de este capítulo]

(c) Para referirse a un conjunto de subdivisiones de cuarto carácter, previamente establecido, común a un grupo de categorías; por ejemplo,
K27 Úlcera péptica, de sitio no especificado
[Para el cuarto carácter ver las subdivisiones antes de K25]

Dos puntos :

Los dos puntos se utilizan para listar términos de inclusión y exclusión si las palabras que los preceden no son términos completos que permitan asignar una rúbrica. Esos términos requieren una o más palabras que lo modifican o califican, indentadas debajo de ellos, antes de ser asignados a esas rúbricas. Por ejemplo, en la categoría K36, "Otros tipos de apendicitis", el diagnóstico "apendicitis" debe ser clasificado en esa rúbrica solamente si está calificado por las palabras "crónica" o "recurrente".

Llave }

La llave se utiliza para listar términos de inclusión y exclusión que indican que las palabras que preceden o siguen a esa llave no son términos completos. Cualquiera de los términos que aparecen antes de la llave deben ser calificados por uno o más de los términos que lo siguen. Por ejemplo:

O71.6 Traumatismo obstétrico de los ligamentos y articulaciones de la pelvis
Avulsión del cartílago de la sínfisis del pubis
Diástasis de la sínfisis (del pubis)
Lesión traumática del cóccix
} obstétrica

"SAI"

Las letras SAI son una abreviatura de las palabras latinas sine alter indicatio, que significan "sin otra indicación", lo cual implica "no especificado" o "no calificado".

Algunas veces un término no especificado está, sin embargo, clasificado en una rúbrica que existe para afecciones de tipo más específico. Esto se hace porque, en terminología médica, la forma más común de una afección a menudo se

conoce con el nombre de la afección propiamente tal y solamente se especifican los tipos menos comunes. Por ejemplo, "estenosis mitral", se utiliza comúnmente para indicar "estenosis mitral reumática". Estas presunciones deben tomarse en cuenta para evitar una clasificación incorrecta. La inspección minuciosa de los términos de inclusión revelará dónde se ha hecho una presunción de causas; los codificadores deben ser cuidadosos para no codificar un término como "no especificado" a menos que sea claro que no hay información disponible que permita una asignación más específica en otra parte. Igualmente, cuando se interpretan estadísticas basadas en la CIE, algunas afecciones asignadas a una categoría aparentemente especificada, no fueron realmente tan especificadas en el registro que fue codificado. Cuando se comparan tendencias en el tiempo y se interpretan las estadísticas, es importante tener en cuenta que las presunciones pueden cambiar de una revisión de la CIE a otra. Por ejemplo, antes de la Octava Revisión, un aneurisma no especificado de la aorta se presumía que era debido a sífilis.

"No clasificado en otra parte"

Las palabras "no clasificado(a) en otra parte" (que pueden ser abreviadas con las letras NCOP), cuando se utilizan en el título de una categoría de tres caracteres, sirven como una advertencia de que algunas variantes especificadas de la afección listada pueden aparecer en otras partes de la clasificación. Por ejemplo:

J16 Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos, no clasificados en otra parte

Esta categoría incluye J16.0, Neumonía debida a clamidias, y J16.8, Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos especificados. Muchas otras categorías se presentan en el Capítulo X (por ejemplo, J09-J15) y en otros capítulos (por ejemplo, P23.- Neumonía congénita) para neumonías debidas a organismos infecciosos especificados. J18 Neumonía, organismo no especificado, sirve para ubicar neumonías para las cuales el agente infeccioso no ha sido establecido.

"Y" en los títulos

"Y" en los títulos significa "y/o". Por ejemplo, en la rúbrica A18.0, Tuberculosis de huesos y articulaciones, deben clasificarse los casos de "tuberculosis de los huesos", "tuberculosis de las articulaciones" y "tuberculosis de los huesos y articulaciones".

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Punto y guión .–

En algunos casos, el cuarto carácter del código de una subcategoría está reemplazado por un guión, por ejemplo:

G03 Meningitis debida a otras causas y a las no especificadas
Excluye: meningoencefalitis (G04.-)

Esto indica al codificador que existe un cuarto carácter y debe ser buscado en la categoría apropiada. Esta convención se usa tanto en la Lista tabular como en el Índice alfabético.

3.1.5 Categorías con características comunes

Para el control de calidad es útil introducir controles programados dentro del sistema de computación. Los siguientes grupos de categorías se proveen como una base para tales controles de la consistencia interna, y están agrupados de acuerdo con la característica especial que las une.

Categorías de asterisco

Las siguientes categorías de asterisco no deben utilizarse solas; siempre deben usarse en adición al código de daga:

D63*, D77*, E35*, E90*, F00*, F02*, G01*, G02*, G05*, G07*, G13*, G22*, G26*, G32*, G46*, G53*, G55*, G59*, G63*, G73*, G94*, G99*, H03*, H06*, H13*, H19*, H22*, H28*, H32*, H36*, H42*, H45*, H48*, H58*, H62*, H67*, H75*, H82*, H94*, I32*, I39*, I41*, I43*, I52*, I68*, I79*, I98*, J17*, J91*, J99*, K23*, K67*, K77*, K87*, K93*, L14*, L45*, L54*, L62*, L86*, L99*, M01*, M03*, M07*, M09*, M14*, M36*, M49*, M63*, M68*, M73*, M82*, M90*, N08*, N16*, N22*, N29*, N33*, N37*, N51*, N74*, N77*, P75*.

Categorías limitadas a un sexo

Las siguientes categorías sólo son aplicables al sexo masculino:

B26.0, C60-C63, D07.4-D07.6, D17.6, D29.-, D40.-, E29.-, E89.5, F52.4, I86.1, L29.1, N40-N51, Q53-Q55, R86, S31.2-S31.3, Z12.5.

Las siguientes categorías sólo son aplicables al sexo femenino:

A34, B37.3, C51-C58, C79.6, D06.-, D07.0-D07.3, D25-D28, D39.-, E28.-, E89.4, F52.5, F53.-, I86.3, L29.2, L70.5, M80.0-M80.1, M81.0-M81.1, M83.0, N70-N98, N99.2-N99.3, O00-O99, P54.6, Q50-Q52, R87, S31.4, S37.4-S37.6, T19.2-T19.3, T83.3, Y76.-, Z01.4, Z12.4, Z30.1, Z30.3, Z30.5, Z31.1, Z31.2, Z32-Z37, Z39.-, Z43.7, Z87.5, Z97.5.

En la sección 4.2.5 se dan orientaciones para el manejo de inconsistencias entre afecciones y sexo.

Categorías para secuelas

Las siguientes categorías se proveen para secuelas de afecciones que ya no están en fase activa:
B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89.

En las secciones 4.2.4 y 4.4.2 se encuentran las orientaciones para codificar las secuelas tanto en el caso de la mortalidad como de la morbilidad.

Trastornos postprocedimiento

Las siguientes categorías no pueden utilizarse para codificar la causa básica de muerte. En la sección 4.4.2, Codificación de afecciones postoperatorias y de complicaciones, se encuentran las orientaciones para su uso en la morbilidad.

E89.-, G97.-, H59.-, H95.-, I97.-, J95.-, K91.-, M96.-, N99.-.

3.2 Cómo utilizar el Volumen 3

La introducción al Volumen 3, Índice alfabético de la CIE-10, ofrece las instrucciones acerca de cómo utilizarlo. Estas instrucciones deben ser estudiadas cuidadosamente antes de comenzar a codificar. A continuación se ofrece una breve descripción de la estructura y utilización del índice.

3.2.1 Organización del Índice alfabético

El Volumen 3 se divide en tres secciones de la manera siguiente:

- La Sección I contiene todos los términos clasificables en los Capítulos I a XIX y en el Capítulo XXI, excepto medicamentos y otros productos químicos.

- La Sección II es el índice de las causas externas de morbilidad y mortalidad, y contiene todos los términos clasificables en el Capítulo XX, excepto medicamentos y otros productos químicos.

- La Sección III contiene la Tabla de medicamentos y productos químicos, que incluye los códigos para el envenenamiento y los efectos adversos de los medicamentos y productos químicos clasificables en el Capítulo

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

XIX, y los códigos del Capítulo XX que indican si el envenenamiento fue accidental, deliberado (autoinfligido) o indeterminado, o un efecto adverso de una sustancia apropiada administrada correctamente.

3.2.2 Estructura

El Índice contiene "términos principales" ubicados a la izquierda de la columna, y debajo de estos términos se indican otras palabras (modificadoras o calificadoras) indentadas en diferentes niveles. En la Sección I, estos modificadores o calificadores generalmente son variedades, lugares o circunstancias que afectan la codificación; en la Sección II, ellos indican diferentes tipos de accidentes o sucesos, vehículos involucrados, etc. Los modificadores que no afectan la codificación aparecen entre paréntesis al lado del término.

3.2.3 Códigos

Los códigos que siguen después de los términos principales se refieren a las categorías y subcategorías en las cuales deben clasificarse los términos. Si el código tiene solamente tres caracteres, puede presumirse que la categoría no ha sido subdividida. Cuando la categoría tiene subdivisiones, el código señalado en el Índice proporcionará el cuarto carácter en la mayoría de los casos. Un guión en la cuarta posición (por ejemplo: O03.-) significa que la categoría ha sido subdividida y que el cuarto carácter puede encontrarse en la lista tabular del Volumen 1. Si el sistema de daga y asterisco es aplicable al término, aparecen ambos códigos.

3.2.4 Convenciones utilizadas en el Índice alfabético

Paréntesis

Los paréntesis se utilizan en el Índice de la misma manera que en el Volumen 1, es decir para encerrar palabras complementarias que no modifican la codificación.

"NCOP"

La abreviatura NCOP (no clasificado en otra parte) indica que existen variantes especificadas de la afección mencionada que están clasificadas en otra parte, y que, cuando sea apropiado, se debe buscar en el Índice un término más preciso.

Referencias cruzadas

Las referencias cruzadas se utilizan para evitar duplicación innecesaria de términos en el Índice. Con la palabra "ver" se orienta al codificador a referirse a otro término; "ver también" dirige al codificador a buscar en otra parte del Índice

si el término que está codificando contiene otra información que no se encuentra debajo del término al cual se agrega "ver también".

3.3 Orientaciones básicas para la codificación

El Índice alfabético contiene muchos términos que no están incluidos en el Volumen 1, y la codificación exige que se consulte tanto el Índice como la Lista tabular antes de asignar el código correspondiente.

Antes de intentar codificar, es necesario que los codificadores conozcan los principios de la clasificación y de la codificación y hayan hecho ejercicios prácticos en forma exhaustiva.

A continuación se presenta una guía sencilla para ayudar al usuario ocasional de la CIE.

1. Identifique el tipo de información que va a codificar y busque en la sección apropiada del Índice alfabético. (Si la información corresponde a una enfermedad o traumatismo u otra afección clasificable en los Capítulos I-XIX o XXI-XXII, consulte la Sección I del Índice. Si la información es la causa de un traumatismo u otro evento clasificable en el Capítulo XX, consulte la Sección II.)

2. Localice el término principal. Para las enfermedades y traumatismos, por lo general este es un nombre para el estado patológico. Sin embargo, algunas afecciones expresadas en forma de adjetivos o epónimos se incluyen en el Índice como términos principales.

3. Lea y oriéntese por las notas que aparecen debajo del término principal.

4. Lea todos los términos encerrados entre paréntesis después del término principal (estos términos no afectan la selección del código). Lea también todos los términos indentados debajo del término principal (estos términos pueden afectar la selección del código), hasta que todas las palabras contenidas en la expresión diagnóstica hayan sido tomadas en cuenta.

5. Siga cuidadosamente cualquier referencia cruzada ("ver" y "ver también") que se encuentre en el Índice.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

6. Diríjase luego a la Lista tabular del Volumen 1 para verificar si el código seleccionado es realmente el que corresponde. Observe que cuando un código de tres caracteres aparece en el Índice seguido por un guión en la cuarta posición, eso significa que hay un cuarto carácter que debe ser buscado en el Volumen 1. Otras subdivisiones que pueden usarse (en posiciones de quinto o sexto carácter) no están en el Índice y, si se utilizan, deben buscarse en el Volumen 1.

7. Oriéntese por todos los términos de inclusión o exclusión que estén debajo del código seleccionado o en el título del capítulo, del grupo o de la categoría.

8. Asigne el código.

En la Sección 4 de este volumen se dan orientaciones específicas para seleccionar la causa o afección que se codifica y para codificar la causa seleccionada.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

4. Reglas y orientaciones para la codificación de la mortalidad y de la morbilidad

Esta sección contiene las reglas y orientaciones adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud en relación con la selección de una causa o afección única para la tabulación rutinaria de los certificados de defunción y de los registros de morbilidad. En ella se dan también instrucciones y orientaciones para aplicar esas reglas y para codificar la afección seleccionada para la tabulación.

4.1 Mortalidad: orientaciones para la certificación y reglas de codificación

Las estadísticas de mortalidad son una de las principales fuentes de información sobre la salud, y en muchos países constituyen el tipo de dato de salud más confiable.

4.1.1 Causas de defunción

En 1967, la 20ª Asamblea Mundial de la Salud definió las causas de defunción a ser registradas en el certificado médico de causa de defunción como "todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte o contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjo dichas lesiones". El propósito de esta definición era asegurar que se registrara toda la información pertinente y que el certificador no seleccionara algunas afecciones para registrarlas y rechazara otras. La definición no incluye síntomas ni modos de morir, tales como paro cardíaco o insuficiencia respiratoria, cuando son el resultado final de un proceso de enfermedad.

Cuando en el certificado se menciona sólo una causa de defunción, esta causa es la seleccionada para la tabulación. Cuando se informa más de una causa, se debe hacer una selección de acuerdo con las reglas que se dan en la sección 4.1.5. Dichas reglas se basan en el concepto de selección de la "causa básica" de la defunción.

4.1.2 Causa básica de la defunción

En la Conferencia para la Sexta Revisión de la CIE se acordó que la causa de muerte para tabulación primaria se denominara causa básica de la defunción.

Desde el punto de vista de la prevención de la muerte, es necesario romper la cadena de sucesos o realizar la curación en algún momento de la evolución de la enfermedad. El objetivo más efectivo de los programas de salud pública es prevenir la causa que da origen a todos los demás trastornos o afecciones que conducen a la muerte.

Por esta razón, la causa básica de la defunción ha sido definida como "(a) la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o (b) las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal".

4.1.3 Modelo internacional de certificado médico de causa de defunción

El principio antes mencionado puede aplicarse uniformemente mediante la utilización del modelo para la certificación médica de la causa de muerte (certificado de defunción) recomendado por la Asamblea Mundial de la Salud. La responsabilidad del médico que firma el certificado de defunción es indicar la afección morbosa que condujo directamente a la muerte y establecer las condiciones antecedentes o sucesos que dieron origen a dicha afección.

El modelo de certificado médico que se presenta aquí está diseñado para facilitar la selección de la causa básica de defunción cuando se registran dos o más causas.

En la Parte I del certificado se anotan las enfermedades relacionadas con la cadena de acontecimientos que condujeron directamente a la muerte, y en la Parte II se indican otras entidades morbosas que hubieran contribuido, pero no relacionadas con la causa directa de la muerte.

El médico u otro certificador calificado deberá usar su juicio clínico al completar el certificado médico de causa de defunción. Los sistemas automatizados no deberán incluir listas u otros recordatorios que guíen al certificador ya que éstos forzosamente limitan el alcance de los diagnósticos y por lo tanto tienen un efecto adverso en la exactitud y utilidad del informe.

En 1990 la 43ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó una recomendación que dice que, cuando sea necesario, los países pueden agregar una línea adicional (d), en la Parte I del certificado. Sin embargo, los países que consideren innecesaria esa cuarta línea o que tengan impedimentos legales u otras razones

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

para no modificar el modelo vigente, pueden continuar usando un certificado con sólo tres líneas en la Parte I.

La afección registrada en la última línea escrita en la Parte I del certificado, por lo general es la causa básica de defunción utilizada para la tabulación. Sin embargo, los procedimientos descritos en las secciones 4.1.4 y 4.1.5 pueden resultar en la selección de otra afección como causa básica de la defunción. Para diferenciar estas dos posibilidades, la expresión *causa antecedente originaria* se utilizará para referirse a la afección ubicada en la última línea utilizada de la Parte I del certificado, y la expresión *causa básica de defunción* (o de muerte) será utilizada para identificar la causa seleccionada para la tabulación.

MODELO INTERNACIONAL DE CERTIFICADO MÉDICO DE CAUSA DE DEFUNCIÓN

Causa de defunción		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
I		
Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente*	(a).....	.....
	debido a (o como consecuencia de)	
Causas antecedentes	(b)	.....
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	debido a (o como consecuencia de)	
	(c).....	.....
	debido a (o como consecuencia de)	
	(d).....	.....
II		
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	.....	.....
	.....	.....
**No quiere decirse con esto la manera o modo de morir, por ejemplo: debilidad cardíaca, astenia, etc. Significa propiamente la enfermedad, traumatismo o complicación que causó la muerte.*		

Si hay un solo componente en la cadena de acontecimientos que condujo a la muerte, un término único en la línea I(a) es suficiente. Si hay más de un componente, la causa directa se anota en (a) y la *causa antecedente originaria* se escribe por último, anotándose cualquier causa intermedia (interviniente) en la línea (b) o en las líneas (b) y (c). El siguiente es un ejemplo de un certificado con cuatro componentes en la cadena de acontecimientos que condujeron a la muerte:

a) Embolia pulmonar
b) Fractura patológica
c) Carcinoma secundario del fémur
d) Carcinoma de la mama

En la Parte II del certificado se anota cualquier otro estado patológico importante que contribuyó a la muerte, pero que no estuvo relacionado con la enfermedad que condujo directamente a ella.

Después de las palabras "debido a (o como consecuencia de)", que aparecen en el certificado, deben incluirse no sólo la causa o proceso patológico directo, sino también las causas indirectas, por ejemplo, cuando la causa antecedente ha predispuesto hacia la causa directa por lesión de tejidos o deficiencia de la función, aun después de un intervalo largo.

Anotar en el certificado el intervalo aproximado (minutos, horas, días, semanas, meses o años) entre el comienzo de cada afección y la fecha de la muerte ayuda al médico a establecer correctamente la cadena de acontecimientos que condujeron a la muerte y facilita después al codificador la selección del código apropiado.

En 1990, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una recomendación que establece que los países deberían considerar la inclusión, en los certificados de defunción, de preguntas acerca de si en el momento de la muerte existía embarazo o si había existido embarazo en el período de un año antes de la muerte.

4.1.4 Procedimientos para la selección de la causa básica de defunción para la tabulación de la mortalidad

Cuando en el certificado se anota solamente una causa de defunción (en la Parte I o en la Parte II), esta causa es la que se utiliza para la tabulación por aplicación de la regla de causa única.

Cuando se registra más de una causa de defunción, el primer paso para seleccionar la causa básica es determinar la causa antecedente originaria que se menciona en la línea inferior utilizada en el certificado de defunción, por la aplicación del Principio General o de las reglas de selección 1, 2 y 3 (ver Sección 4.1.5).

En algunas circunstancias la CIE permite que la causa originaria sea reemplazada por una categoría más exacta para expresar la causa básica en la tabulación. Por ejemplo, hay algunas categorías para la combinación de afecciones, o puede haber razones epidemiológicas más importantes para dar preferencia a otras afecciones señaladas en el certificado.

El próximo paso es, así, establecer si hay necesidad de aplicar una o más de las reglas de modificación A a D (ver sección 4.1.9), que se refieren a las situaciones mencionadas. El código resultante que se usará en las tabulaciones es el de la causa básica.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Cuando la causa antecedente originaria es un traumatismo u otro efecto de las causas externas clasificadas en el Capítulo XIX, las circunstancias que dieron origen a esa afección deben seleccionarse como la causa básica para la tabulación y codificarse en V01-Y89. El código correspondiente al traumatismo o efecto de la causa externa puede utilizarse como un código adicional.

4.1.5 Reglas de selección de la causa antecedente originaria

Secuencia

El término "secuencia" se refiere a dos o más afecciones o acontecimientos anotados en líneas sucesivas de la Parte I del certificado, en la cual cada afección o acontecimiento es una causa aceptable de la registrada en la línea superior a ella.

Ejemplo 1: I (a) Hemorragia de várices esofágicas
(b) Hipertensión portal
(c) Cirrosis hepática
(d) Hepatitis B

Si hay más de una causa de muerte en una línea del certificado, es posible tener más de una secuencia informada. En el ejemplo que sigue a continuación aparecen cuatro secuencias.

Ejemplo 2: I (a) Coma
(b) Infarto del miocardio y accidente cerebrovascular
(c) Aterosclerosis, Hipertensión
(d)

Las secuencias son:

- Coma (debido a) infarto del miocardio (debido a) aterosclerosis;
- Coma (debido a) accidente cerebrovascular (debido a) aterosclerosis;
- Coma (debido a) infarto del miocardio (debido a) hipertensión;
- Coma (debido a) accidente cerebrovascular (debido a) hipertensión

Si el certificado de defunción tiene más de una secuencia es importante identificar la causa que origina la primera secuencia informada. De otra manera, las reglas de selección y modificación no se pueden aplicar adecuadamente y la causa básica no será seleccionada de manera correcta.

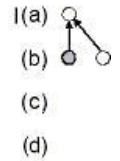
Para identificar la causa que origina la primera secuencia informada empiece con la causa directa de la muerte (la afección mencionada primero en la línea más alta de la Parte I, generalmente la línea (a). Verifique si la primera afección

anotada en la siguiente línea (b) de la Parte I puede dar lugar a la causa directa. Si no es así y hubiera una segunda afección en esa línea, revise si ésta puede dar lugar a la causa directa de la muerte. Continúe así hasta encontrar una afección que de origen a la causa directa de la muerte. A esta afección se le denominará “causa originaria provisional”. Si no se encuentra alguna afección que pueda dar origen a la causa directa de la muerte, entonces no hay una secuencia que termine en la causa directa de la defunción.

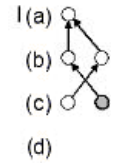
Si se identificó una causa originaria provisional en la línea (b), pero existen otras afecciones reportadas en líneas inferiores de la Parte I, repita el procedimiento para la siguiente línea (c). Ahora inicie con la causa originaria provisional identificada en el paso previo. Revise si la primera afección anotada en esa línea puede dar origen a la causa originaria provisional. Si no es así, revise si la segunda afección anotada en esa línea puede dar origen a la causa originaria provisional. Continúe así hasta que se encuentre la afección que de lugar a la causa originaria provisional. Ésta será la nueva causa originaria provisional.

Si hubiera otras afecciones reportadas en la Parte I, línea (d), repita el procedimiento hasta que una causa originaria provisional pueda ser identificada. Cuando ya no se encuentre otra afección que pueda dar origen a la causa provisional, la última identificada es la causa originaria provisional y es también la causa que da origen a la primera secuencia mencionada.

Los siguientes ejemplos ilustran las secuencias. La causa que inicia la secuencia que se menciona primero se muestra en color gris con círculo negro.

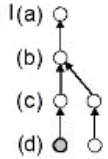


Las dos afecciones informadas en (b) dan origen a la causa directa. Acorde al procedimiento se elige la primera informada en (b) como la causa originaria provisional. Al no haber informadas otras afecciones en las líneas inferiores, se considera entonces que la secuencia inicia en la primera afección registrada en b).

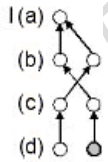


MATERIAL DE CAPACITACIÓN

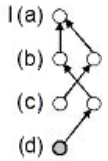
Las dos afecciones informadas en (b) dan origen a la causa directa. Acorde al procedimiento se elige la primera informada en (b) como la causa originaria provisional. Se continúa la secuencia con las afecciones registradas en (c). De éstas, la segunda registrada es la que dio origen a la primera informada en (b). Al no haber más afecciones informadas en la línea inferior, se considera entonces que la secuencia inicia en la segunda afección registrada en (c).



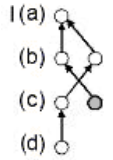
La causa directa es originada por la única afección registrada en (b), siendo ésta la causa originaria provisional. Posteriormente, las dos afecciones registradas en (c) dan origen a la informada en (b); acorde al procedimiento, se elige la primera informada en (c) como causa originaria provisional. Se continúa con la línea inferior y se encuentra que la primera afección registrada en (d) dio origen a la primera afección registrada en (c). Se considera entonces que la secuencia inicia en la primera afección registrada en (d).



Las dos afecciones informadas en (b) dan origen a la causa directa. Acorde al procedimiento se elige la primera informada en (b) como la causa originaria provisional. Se continúa la secuencia con las afecciones registradas en (c). De éstas, la segunda informada es la que dio origen a la primera informada en (b), siendo por tanto la causa originaria provisional. Se continúa con la línea inferior y se encuentra que la segunda afección registrada en (d) dio origen a la segunda afección registrada en (c). Se considera entonces que la secuencia inicia en la segunda afección registrada en (d).



Las dos afecciones informadas en (b) dan origen a la causa directa. Acorde al procedimiento se elige la primera informada en (b) como la causa originaria provisional. Se continúa la secuencia con las afecciones registradas en (c). De éstas, la segunda informada es la que dio origen a la primera informada en (b), siendo por tanto la causa originaria provisional. Se continúa con la línea inferior y se encuentra que la afección registrada en (d) dio origen a la segunda afección registrada en (c). Se considera entonces que la secuencia inicia en la afección registrada en (d).



Las dos afecciones informadas en (b) dan origen a la causa directa. Acorde al procedimiento se elige la primera informada en (b) como la causa originaria provisional. Se continúa la secuencia con las afecciones registradas en (c). De éstas, la segunda informada es la que dio origen a la primera informada en (b), siendo por tanto la causa originaria provisional. Aunque en el inciso d) hay una causa informada, ésta no dio origen a la segunda afección registrada en (c). Se considera entonces que la secuencia inicia en la segunda afección registrada en (c).

Principio General

El Principio General establece que cuando en el certificado se registra más de una afección, se debe seleccionar la afección informada sola en la última línea de la Parte I, únicamente si se considera que dicha afección pudiera haber dado lugar a todas las informadas arriba de ella.

Reglas de selección

Regla 1. Si el Principio General no es aplicable y hay una secuencia informada que termina en la afección que se menciona primero en el certificado, seleccione la causa que origina dicha secuencia. Si hay más de una secuencia informada que termina en la afección que se menciona primero, seleccione la causa que origina la secuencia mencionada primero.

Regla 2. Si no hay una secuencia informada que termine en la afección mencionada en primer lugar en el certificado, seleccione esta afección que aparece primero.

MATERIAL DE APLICACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Regla 3. Si la afección seleccionada por el Principio General o por las reglas 1 ó 2 es obviamente una consecuencia directa de otra afección informada, ya sea en la Parte I o en la Parte II, seleccione esta afección primaria.

4.1.6 Algunas consideraciones sobre las reglas de selección

En un certificado llenado en forma adecuada, la causa básica habrá sido colocada sola en la última línea usada de la Parte I, y las afecciones, si las hubiera, que se originaron como consecuencia de esa causa inicial, habrán sido informadas arriba de ella, una afección en cada línea, en secuencia, con orden causal ascendente.

Ejemplo 3:
I (a) Uremia
(b) Hidronefrosis
(c) Retención de orina
(d) Hipertrofia de próstata

Ejemplo 4:
I (a) Bronconeumonía
(b) Bronquitis crónica
(c)
(d)
II Miocarditis crónica

Por consiguiente, el Principio General se aplicará en un certificado llenado en forma adecuada. Sin embargo, el hecho de que el certificado no haya sido llenado de manera completamente satisfactoria no impide la aplicación del Principio General cuando se considere que la afección colocada sola en la última línea usada en la Parte I haya dado origen a todas las afecciones informadas encima de ella, aun cuando las afecciones que figuren en las líneas superiores no hayan sido colocadas en un orden de secuencia causal.

Ejemplo 5:

I	(a) Metástasis generalizada	5 semanas
	(b) Bronconeumonía	3 días
	(c) Cáncer del pulmón	11 meses
	(d)	

El Principio General no se aplica cuando se ha informado más de una afección en la última línea usada de la Parte I, o bien cuando se ha informado una sola afección y ésta no pueda haber dado origen a todas las que aparecen en las líneas superiores. Al final de las explicaciones sobre las reglas se dan orientaciones para la interpretación de lo que se considera aceptabilidad de diferentes secuencias, pero debe tenerse en mente que lo escrito por el médico certificante indica una opinión informada acerca de los estados patológicos que

condujeron a la muerte y de la relación existente entre ellos, por lo cual tal opinión no debería ser descartada a la ligera.

Cuando no se puede aplicar el Principio General deberá solicitarse al médico certificante la aclaración del certificado, siempre que sea posible, puesto que las reglas de selección son un tanto arbitrarias y no siempre pueden llevar a una selección satisfactoria de la causa básica. Sin embargo, cuando no se pueda obtener esta aclaratoria ulterior, deben aplicarse las reglas de selección. La Regla 1 sólo es aplicable si hay una secuencia informada que termina en la afección que se informa primero en el certificado. Si no existe tal secuencia, se aplica la Regla 2 y se selecciona la afección mencionada en primer lugar.

La afección seleccionada por las reglas anteriores puede, sin embargo, ser una consecuencia obvia de otra que no ha sido informada en una correcta relación de causalidad con la seleccionada, por ejemplo, que figure en la Parte II o que esté mencionada junto con otras en la misma línea de la Parte I. En este caso, es aplicable la Regla 3 y se selecciona la afección primaria originaria. Sin embargo, esta Regla se aplica sólo cuando no existe duda acerca de la relación de causalidad entre las dos afecciones; en estos casos no es suficiente pensar que si el médico hubiera mencionado tal relación causal, esta habría sido aceptada.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

4.1.7 Ejemplos del Principio General y de las reglas de selección

Principio General

Cuando en el certificado se registra más de una afección, seleccione la afección informada sola en la última línea de la Parte I únicamente si considera que dicha afección pudiera haber dado lugar a todas las informadas arriba de ella.

Ejemplo 6: I (a) Absceso del pulmón
(b) Neumonía lobar
(c)
(d)

Seleccione la neumonía lobar (J18.1).

Ejemplo 7: I (a) Insuficiencia hepática
(b) Obstrucción de vías biliares
(c) Carcinoma de la cabeza del páncreas
(d)

Seleccione el carcinoma de la cabeza del páncreas (C25.0).

Ejemplo 8: I (a) Hemorragia cerebral
(b) Hipertensión
(c) Pielonefritis crónica
(d)

Seleccione la pielonefritis crónica (N11.9).

Ejemplo 9: I (a) Choque traumático
(b) Fractura múltiple
(c) Peatón golpeado por camión (accidente de tránsito)
(d)

Seleccione peatón golpeado por camión (V04.1).

Regla 1

Si el Principio General no es aplicable y hay una secuencia informada que termina en la afección que se menciona primero en el certificado, seleccione la causa que origina dicha secuencia. Si hay más de una secuencia informada que termina en la afección que se menciona primero, seleccione la causa que origina la secuencia mencionada primero.

Ejemplo 10: I (a) Bronconeumonía
(b) Infarto cerebral y enfermedad cardíaca hipertensiva
(c)
(d)

Seleccione el infarto cerebral (I63.9). Hay dos secuencias informadas que terminan en la afección mencionada primero en el certificado: bronconeumonía debida a infarto cerebral y bronconeumonía debida a enfermedad cardíaca hipertensiva. Se selecciona la causa que origina la secuencia mencionada primero.

Ejemplo 11: I (a) Várices esofágicas e insuficiencia cardíaca congestiva
(b) Enfermedad reumática crónica del corazón y cirrosis del
(c) hígado
(d)

Seleccione la cirrosis hepática (K74.6). La secuencia informada que termina en la afección registrada primero en el certificado es várices esofágicas debidas a cirrosis hepática.

Ejemplo 12: I (a) Infarto agudo del miocardio
(b) Enfermedad aterosclerótica del corazón
(c) Influenza
(d)

Seleccione la enfermedad aterosclerótica del corazón. La secuencia informada que termina en la afección mencionada primero en el certificado es infarto agudo del miocardio debido a enfermedad aterosclerótica del corazón. Pero también se aplica la Regla de Modificación C (ver Ejemplo 46).

Ejemplo 13: I (a) Pericarditis
(b) Uremia y neumonía
(c)
(d)

Seleccione la uremia. Hay dos secuencias informadas que terminan en la afección mencionada primero en el certificado: pericarditis debida a uremia y pericarditis debida a neumonía. Se selecciona la causa que origina la primera secuencia. Pero también se aplica la Regla de Modificación D (ver Ejemplo 63).

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Ejemplo 14: I (a) Infarto cerebral y neumonía hipostática
(b) Hipertensión y diabetes
(c) Aterosclerosis
(d)

Seleccione la aterosclerosis. Hay dos secuencias informadas que terminan en la afección mencionada primero en el certificado: infarto cerebral debido a hipertensión debida a aterosclerosis e infarto cerebral debido a diabetes. Se selecciona la causa que origina la secuencia informada primero. Pero también se aplica la Regla de Modificación C (ver Ejemplo 47).

Regla 2

Si no hay una secuencia informada que termine en la afección mencionada en primer lugar en el certificado, seleccione esta afección que aparece primero.

Ejemplo 15: I (a) Anemia perniciosa y gangrena del pie
(b) Aterosclerosis
(c)
(d)

Seleccione la anemia perniciosa (D51.0). No hay una secuencia informada que termine en la enfermedad mencionada en primer lugar en el certificado.

Ejemplo 16: I (a) Enfermedad reumática y aterosclerótica del corazón
(b)
(c)
(d)

Seleccione la enfermedad reumática del corazón (I09.9). No hay secuencia informada. Las dos afecciones están mencionadas en una misma línea.

Ejemplo 17: I (a) Enfermedad fibroquística del páncreas
(b) Bronquitis y bronquiectasia
(c)
(d)

Seleccione la enfermedad fibroquística del páncreas (E84.9). No hay secuencia informada.

Ejemplo 18: I (a) Senilidad y neumonía hipostática
(b) Artritis reumatoide
(c)
(d)

Seleccione la senilidad. Hay una secuencia informada: neumonía hipostática debida a artritis reumatoide, pero ella no termina en la afección que aparece primero en el certificado. Pero también se aplica la Regla de Modificación A (ver Ejemplo 32).

Ejemplo 19: I (a) Bursitis y colitis ulcerativa
(b)
(c)
(d)

Seleccione la bursitis. No hay secuencia informada. Pero también se aplica la Regla de Modificación B.

Ejemplo 20: I (a) Nefritis aguda, escarlatina
(b)
(c)
(d)

Seleccione la nefritis aguda. No hay secuencia informada. Pero también se aplica la Regla 3 (ver Ejemplo 27).

Regla 3

Si la afección seleccionada por el Principio General o por las Reglas 1 ó 2 es obviamente una consecuencia directa de otra afección informada, ya sea en la Parte I o en la Parte II, seleccione esta afección primaria.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Consecuencia directa presumida de otra afección

El sarcoma de Kaposi, el tumor de Burkitt y cualquier otro tumor maligno de los tejidos linfático, hematopoyético y relacionados, clasificables en C46.- o C81-C96, deben ser considerados como una consecuencia directa de la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) cuando ésta aparece anotada en el certificado. No se debe aceptar esta suposición en el caso de otros tipos de tumores malignos.

Cualquier enfermedad infecciosa distinta a las listadas en la sección 4.2.2 A (a), debe ser considerada como una consecuencia de la enfermedad por VIH cuando ésta se menciona conjuntamente.

Enterocolitis debida a *Clostridium difficile* debe ser considerada como una consecuencia obvia de antibioticoterapia.

Ciertas afecciones deben ser consideradas como consecuencia directa de un procedimiento médico, si el procedimiento se llevó a cabo dentro de las cuatro semanas antes de la muerte. Una lista de tales complicaciones puede ser encontrada en el Apéndice 7.3.

La acidosis (E87.2); Otros trastornos metabólicos especificados (E88.8); Otras mononeuropatías (G58.-); Polineuropatía, no especificada (G62.9); Otros trastornos del sistema nervioso periférico (G64); Amiotrofia no especificada de otra manera en otros trastornos primarios de los músculos (G71.8), Trastorno del sistema nervioso autónomo, no especificado (G90.9); Iridociclitis, no especificada (H20.9); Catarata, no especificada (H26.9); Coriorretinitis, no especificada (H30.9); Oclusión vascular de la retina (H34); Retinopatías del fondo y cambios vasculares retinianos (H35.0); Otra retinopatía proliferativa (H35.2); Hemorragia retiniana (H35.6); Trastorno de la retina, no especificado (H35.9); Aterosclerosis de las arterias de las extremidades (I70.2); Enfermedad vascular periférica, no especificada (I73.9); Necrobiosis lipoidica, no clasificada en otra parte (L92.1); Úlcera de miembro inferior, no clasificada en otra parte (L97); Artritis, no especificada (M13.9); Neuralgia y neuritis, no especificada (M79.2); Trastorno del hueso, no especificado (M89.9); Síndrome nefrótico (N03-N05); Enfermedad renal crónica (N18.-); Insuficiencia renal no especificada (N19); Riñón contraído, no especificado (N26); Trastorno del riñón y del uréter, no especificado (N28.9); Proteinuria persistente, no especificada (N39.1); Gangrena, no clasificada en otra parte (R02); Coma, no especificado (R40.2); y Otros hallazgos anormales especificados en la química sanguínea (R79.8) por acetonemia, azotemia, y afecciones relacionadas, deben ser consideradas como una consecuencia obvia de Diabetes mellitus (E10-E14).

La insuficiencia cardíaca (I50.-) y la enfermedad cardíaca no especificada (I51.9) deben ser consideradas como una consecuencia obvia de otras afecciones cardíacas.

Las várices esofágicas (I85.-) deben ser consideradas como una consecuencia obvia de enfermedades del hígado clasificables en B18.-, K70.-, K73.-, K74.- y K76.-.

El edema pulmonar (J81) debe ser considerado como una consecuencia obvia de enfermedad cardíaca (incluso enfermedad cardíaca pulmonar); de afecciones que afectan el parénquima pulmonar, tales como infecciones, aspiración e inhalación, síndrome de dificultad respiratoria, altitud elevada, y toxinas circulantes; de afecciones que causan sobrecarga de líquidos, tales como la insuficiencia renal e hipoalbuminemia; y de anomalías congénitas que afectan la circulación pulmonar, como la estenosis congénita de las venas pulmonares.

La neumonía lobar, no especificada (J18.1) debe ser considerada como una consecuencia obvia del síndrome de dependencia debido al uso de alcohol (F10.2). Cualquier neumonía en J12-J18 debe ser considerada como una consecuencia obvia de afecciones que perjudican el sistema inmunitario. Neumonías en J15.0-J15.6, J15.8-J15.9, J16.8, J18.0 y J18.2-J18.9 deben ser consideradas como una consecuencia obvia de enfermedades consuntivas (tales como tumores malignos y desnutrición) y de enfermedades que producen parálisis (tales como hemorragia cerebral o trombosis cerebral) así como de afecciones respiratorias graves, enfermedades transmisibles y traumatismos graves. Neumonías en J15.0-J15.6, J15.8-J15.9, J16.8, J18.0 y J18.2-J18.9, J69.0 y J69.8 también deben ser consideradas como una consecuencia obvia de enfermedades que afectan el proceso de tragar (ver Apéndice 7.4). Las neumonías en J18.- (excepto la neumonía lobar) reportadas con inmovilidad o movilidad reducida deben ser codificadas en J18.2.

Otras afecciones secundarias comunes (tales como embolia pulmonar, úlcera de decúbito, y cistitis) deben ser consideradas como una consecuencia obvia de enfermedades consuntivas (tales como tumores malignos y desnutrición) y de enfermedades que producen parálisis (tales como hemorragia cerebral o trombosis cerebral), así como de enfermedades transmisibles y traumatismos graves. No obstante, tales afecciones secundarias no deben ser consideradas como una consecuencia obvia de afecciones respiratorias.

Las afecciones siguientes deben ser consideradas como consecuencia obvia de las afecciones incluidas en la lista de "enfermedades consuntivas y enfermedades que causan parálisis". Las afecciones marcadas con una "T" (Tal vez) deben ser consideradas como consecuencia obvia sólo si reúnen los requisitos mencionados en la última columna (condicionante).

Código(s)	Descripción	Condicional	Condicionante
E86	Depleción del volumen		
G81-G83	Hemiplejía, paraplejía y cuadriplejía y otros síndromes paralíticos		
I26.0-I26.9	Embolia pulmonar		

I74.2-I74.4	Embolia y trombosis de arterias de los miembros		
I80.1-I80.3	Flebitis y tromboflebitis de los miembros inferiores		
I80.9	Flebitis y tromboflebitis de sitio no especificado		
I82.9	Embolia y trombosis de vena no especificada		
K55.0	Trastorno vascular agudo de los intestinos	T	La afección en K55.0 debe ser especificada como una embolia
K56.4	Otras obstrucciones del intestino		
K59.0	Constipación		
L89	Úlcera de decúbito y por área de presión		
N10-N12	Nefritis tubulointersticial	T	Enfermedades que causan parálisis o inhabilidad de controlar la vejiga
N17, N19	Insuficiencia renal, aguda o no especificada		
N28.0	Isquemia e infarto del riñón	T	La afección en N28.0 debe ser especificada como una embolia de la arteria renal
N30.0-N30.2	Cistitis aguda, intersticial y otra cistitis crónica	T	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
N30.9	Cistitis, no especificada	T	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
N31	Disfunción neuromuscular de la vejiga, no clasificada en otra parte		
N34.0-N34.2	Absceso uretral y Uretritis	T	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
N35.1-N35.9	Estenosis uretral (no traumática)	T	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
N39.0	Infección de las vías urinarias, de sitio no especificado	T	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga

Enfermedades descritas o calificadas como "embólicas" pueden suponerse como una consecuencia directa de trombosis venosa, flebitis o tromboflebitis, enfermedad valvular del corazón, parto o cualquier operación. No obstante, debe existir una ruta clara desde el lugar donde el trombo se formó y el lugar de

la embolia. Los trombos que se forman en el lado izquierdo del corazón (por ejemplo en las válvulas mitral o aórtica), o que se deben a fibrilaciones atriales, pueden causar embolias a las arterias de la circulación corporal. De igual manera, los trombos que se forman alrededor de las válvulas cardíacas del lado derecho del corazón (válvulas tricúspide y pulmonar) pueden dar origen a embolias en las arterias pulmonares. Además, los trombos que se forman en el lado izquierdo del corazón podrían pasar al lado derecho si existe un defecto del tabique cardíaco.

La embolia arterial en la circulación sistémica debe ser considerada como una consecuencia obvia de fibrilación auricular. Cuando la embolia pulmonar es informada como debida a fibrilación auricular, la secuencia debe ser aceptada. Sin embargo, la embolia pulmonar no debe ser considerada como consecuencia obvia de fibrilación auricular.

La demencia no especificada (F03) y la enfermedad de Alzheimer (G30.-) deben ser consideradas como una consecuencia obvia del síndrome de Down (Q90.-).

La demencia, sin mención de una enfermedad especificada, debe considerarse como una consecuencia de afecciones que típicamente incluyen daños cerebrales irreversibles. No obstante, cuando se da una causa especificada, únicamente una afección que puede resultar en un daño cerebral irreversible debe aceptarse como causa de la demencia, aún si el daño cerebral irreversible no es una característica típica de la afección.

Cualquier enfermedad descrita como secundaria puede suponerse como una consecuencia directa de la causa primaria más probable entre las anotadas en el certificado.

La anemia secundaria o no especificada, la desnutrición, el marasmo o la caquexia pueden suponerse como una consecuencia de cualquier tumor maligno, enfermedad paralítica, o enfermedad que limita la habilidad de cuidarse a sí mismo, incluso demencia y enfermedades degenerativas del sistema nervioso.

Cualquier pielonefritis puede ser considerada como una consecuencia de la obstrucción urinaria debida a hiperplasia de la próstata o estenosis ureteral.

El síndrome nefrítico puede ser considerado como una consecuencia de cualquier afección estreptocócica (escarlatina, faringitis o angina estreptocócica, etc.). La insuficiencia renal aguda puede suponerse como una consecuencia obvia de una infección de las vías urinarias, siempre que no haya indicación que la insuficiencia renal estuvo presente previo a la infección de las vías urinarias.

La deshidratación debe ser considerada como una consecuencia obvia de cualquier enfermedad infecciosa intestinal.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

La atelectasia primaria del recién nacido (P28.0) debe ser considerada una consecuencia obvia de malformaciones congénitas del riñón (Q60, Q61.0-Q61.1, Q61.3-Q61.9) y de malformaciones congénitas del uréter (Q62.1, Q62.3, Q62.4), ruptura prematura de membranas (P01.1) y de oligohidramnios (P01.2).

La ruptura prematura de membranas y el oligohidramnios que afectan al feto y al recién nacido (P01.1-P01.2) deben ser consideradas como consecuencia directa de malformaciones congénitas del riñón (Q60, Q61.0-Q61.1, Q61.3- Q61.9) y de malformaciones congénitas del uréter (Q62.1, Q62.3, Q62.4).

Una operación en un órgano determinado debe ser considerada como una consecuencia directa de cualquier afección quirúrgica (tal como tumor maligno o traumatismo) de ese mismo órgano, informada en cualquier parte del certificado.

La hemorragia debe ser considerada como una consecuencia obvia de envenenamiento o sobredosis por anticoagulante. No obstante, la hemorragia no debe ser considerada como una consecuencia obvia de terapia con anticoagulantes sin mención de envenenamiento o sobredosis. La hemorragia gástrica debe ser considerada como una consecuencia obvia de tratamiento con esteroides, aspirina y medicamentos antiinflamatorios no esteroideos. (AINEs).

El retraso mental debe ser considerado como una consecuencia obvia de afecciones perinatales en P00-P04 (Feto y recién nacido afectado por factores maternos y complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y el parto), P05 (Retardo en el crecimiento fetal y desnutrición fetal), P07 (Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte), P10 (Hemorragia y laceración intracraneal debidas a traumatismo del nacimiento), P11.0 (Edema cerebral debido a traumatismo del nacimiento), P11.1 (Otras lesiones especificadas del encéfalo, debidas a traumatismo del nacimiento), P11.2 (Lesión no especificada del encéfalo, debida a traumatismo del nacimiento), P11.9 (Traumatismo del nacimiento en el sistema nervioso central, no especificado), P15.9 (Traumatismo no especificado, durante el nacimiento), P20 (Hipoxia intrauterina), P21 (Asfixia del nacimiento), P35 (Enfermedades virales congénitas), P37 (Otras enfermedades infecciosas y parasitarias congénitas), P52 (Hemorragia intracraneal no traumática del feto y del recién nacido), P57 (Kernicterus), P90 (Convulsiones del recién nacido) y P91 (Otras alteraciones cerebrales del recién nacido).

Ejemplo 21: I (a) Sarcoma de Kaposi
(b)
(c)
(d)
II SIDA

Seleccione la enfermedad por VIH resultante en sarcoma de Kaposi (B21.0).

Ejemplo 22: I (a) Cáncer del ovario
(b)
(c)
(d)
II Enfermedad por VIH

Seleccione el tumor maligno del ovario (C56).

Ejemplo 23: I (a) Tuberculosis
(b)
(c)
(d)
II Enfermedad por VIH

Seleccione la enfermedad por VIH resultante en infección micobacteriana (B20.0).

Ejemplo 24: I (a) Toxoplasmosis cerebral y herpes zoster
(b)
(c)
(d)
II Linfoma de Burkitt, enfermedad por VIH

Seleccione la enfermedad por VIH como causa de enfermedades múltiples clasificadas en otra parte (B22.7). La toxoplasmosis cerebral, seleccionada por la Regla 2, puede ser considerada como una consecuencia directa de la enfermedad por VIH.

Ejemplo 25: I (a) Bronconeumonía
(b)
(c)
(d)
II Anemia secundaria y leucemia linfática crónica

Seleccione la leucemia linfática crónica (C91.1). La bronconeumonía, seleccionada por el Principio General y la anemia secundaria pueden ser consideradas como consecuencias directas de la leucemia linfática crónica.

Ejemplo 26: I (a) Hemorragia cerebral
(b) Hipertensión
(c) Pielonefritis crónica y obstrucción prostática
(d)

Seleccione la obstrucción prostática (N40). La pielonefritis crónica, seleccionada por la Regla 1, puede ser considerada como una consecuencia directa de la obstrucción prostática.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Ejemplo 27: I (a) Nefritis aguda, escarlatina
(b)
(c)
(d)

Seleccione la escarlatina (A38). La nefritis aguda, seleccionada por la Regla 2 (ver Ejemplo 20), puede ser considerada como una consecuencia directa de la escarlatina.

Ejemplo 28: I (a) Nefrectomía
(b)
(c)
(d)
II Tumor de células claras del riñón

Seleccione el tumor de células claras del riñón (C64). No hay duda de que la nefrectomía fue efectuada por el tumor maligno del riñón.

Ejemplo 29: I (a) Anemia aguda
(b) Hematemesis
(c) Sangramiento de várices esofágicas
(d) Hipertensión portal
II Cirrosis del hígado

Seleccione la cirrosis del hígado (K74.6). La hipertensión portal, seleccionada por el Principio General, puede ser considerada como una consecuencia directa de la cirrosis hepática.

Ejemplo 30: I (a) Neumonía hipostática, hemorragia
(b) cerebral y cáncer de la mama
(c)
(d)

Seleccione la hemorragia cerebral (I61.9). La neumonía hipostática, seleccionada por la Regla 2, puede ser considerada como una consecuencia directa de cualquiera de las dos afecciones informadas; se selecciona la mencionada en primer lugar.

Ejemplo 31: I (a) Infarto pulmonar
(b)
(c)
(d)
II Neumonectomía izquierda por carcinoma del pulmón, hace tres semanas

Seleccione el carcinoma del pulmón (C34.9).

4.1.8 Modificación de la causa seleccionada

La causa de muerte seleccionada puede no ser la afección más útil e informativa para la tabulación. Por ejemplo, si se hubiera seleccionado la senilidad o alguna afección generalizada como la hipertensión o la aterosclerosis, habría sido preferible la selección de una manifestación u otra afección consecuencia de la edad. Por tal razón, en algunas ocasiones puede ser necesario modificar la selección para ajustarse a los requerimientos de la clasificación, bien sea utilizando un código único para dos o más causas informadas conjuntamente o dando preferencia a una causa en particular cuando se informa con algunas otras afecciones.

Las reglas de modificación que siguen a continuación tienen por objeto mejorar la utilidad y precisión de la información sobre mortalidad y deben aplicarse después de la selección de la causa antecedente originaria. Los procesos interrelacionados de selección y modificación se han separado con fines didácticos.

Algunas reglas de modificación pueden requerir que se vuelvan a aplicar las reglas de selección, lo que no será difícil para los codificadores con experiencia. Pero es importante recordar que hay que realizar todo el proceso de selección, modificación y, si fuera necesario, reselección. Después de aplicar las reglas de modificación, hay que aplicar de nuevo la Regla 3 de selección.

4.1.9 Las reglas de modificación

Regla A. Senilidad y otras afecciones mal definidas

Cuando la causa seleccionada es mal definida y se informa en el certificado una afección clasificable en otra parte, reseleccione la causa de defunción como si la afección mal definida no hubiera sido informada, excepto cuando esa afección modifique la codificación. Las siguientes afecciones se consideran mal definidas: I46.1 (Muerte cardíaca súbita, así descrita); I46.9 (Paro cardíaco, no especificado); I95.9 (Hipotensión, no especificada); I99 (Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio); J96.0 (Insuficiencia respiratoria aguda); J96.9 (Insuficiencia respiratoria, no especificada); P28.5 (Insuficiencia respiratoria del recién nacido); R00-R94, R96-R99 (Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte). Tome nota de que la categoría R95 (Síndrome de la muerte súbita infantil) constituye una excepción a lo que se indica en esta regla.

Si las otras afecciones registradas en el certificado son mal definidas o triviales, la causa de muerte no debe ser reseleccionada. Esto es, la Regla A no se aplica.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Regla B. Afecciones triviales

(A) Cuando la causa seleccionada es una afección trivial que por sí misma es improbable que provoque la muerte (ver Apéndice 7.1), y en el certificado se informa una afección más grave (cualquier afección excepto una afección mal definida u otra afección trivial), rehaga la selección de la causa básica como si la afección trivial no hubiese sido mencionada.

(B) Si la muerte ocurre como resultado de una reacción adversa al tratamiento de la afección trivial, seleccione la reacción adversa.

(C) Cuando una afección trivial se informa como causando cualquier otra afección (en una secuencia aceptable), la afección trivial no se descarta.

Regla C. Asociación

Cuando en virtud de una disposición de la Clasificación o de las Notas para uso en la codificación de la causa básica de muerte, la causa seleccionada está asociada con una o varias de las otras afecciones que figuran en el certificado, codifique la combinación.

Cuando la disposición de asociación se refiere solamente a la combinación de una afección especificada como debida a otra, se codifica la combinación sólo cuando en el certificado aparece explícitamente la relación causal correcta o cuando esta pueda inferirse luego de aplicar las reglas de selección.

Cuando se presente un conflicto de asociaciones, asocie con la afección a la cual se hubiera asignado la muerte si la causa básica inicialmente seleccionada no hubiera sido informada. Haga después todas las asociaciones que sean aplicables.

Los códigos de la combinación que expresen una variedad más específica de la afección seleccionada, que la causa antecedente originaria deben ser usados cuando esto sea posible. Sin embargo, cuando el código de la combinación pertenece a una categoría de tres caracteres, diferente a la del código de la categoría de la causa antecedente originaria, el código de la combinación debe identificar claramente la causa antecedente originaria. Todo el detalle posible debe ser retenido en la codificación de las causas múltiples.

Regla D. Especificidad

Cuando la causa seleccionada describe una afección en términos generales, y además figura en el certificado un término que proporciona información más precisa acerca de la localización o de la naturaleza de dicha afección, prefiera el término más informativo. A menudo, esta regla se aplicará cuando el término general pueda ser considerado como un adjetivo que califica al término más preciso.

4.1.10 Ejemplos de las reglas de modificación

Regla A. Senilidad y otras afecciones mal definidas

Cuando la causa seleccionada es mal definida y se informa en el certificado una afección clasificable en otra parte, reseleccione la causa de defunción como si la afección mal definida no hubiera sido informada, excepto cuando esa afección modifique la codificación. Las siguientes afecciones se consideran mal definidas: I46.1 (Muerte cardíaca súbita, así descrita); I46.9 (Paro cardíaco, no especificado); I95.9 (Hipotensión, no especificada); I99 (Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio); J96.0 (Insuficiencia respiratoria aguda); J96.9 (Insuficiencia respiratoria, no especificada); P28.5 (Insuficiencia respiratoria del recién nacido); R00-R94, R96-R99 (Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte). Tome nota que la categoría R95 (Síndrome de la muerte súbita infantil) constituye una excepción a lo que se indica en esta regla.

Si las otras afecciones registradas en el certificado son mal definidas o triviales, la causa de muerte no debe ser reseleccionada. Esto es, la Regla A no se aplica.

Ejemplo 32: I (a) Senilidad y neumonía hipostática
(b) Artritis reumatoide
(c)
(d)

Codifique la artritis reumatoide (M06.9). Se ignora la senilidad, seleccionada por la Regla 2 (ver Ejemplo 18), y se aplica el Principio General.

Ejemplo 33: I (a) Anemia
(b) Esplenomegalia
(c)
(d)

Codifique la anemia esplenomegálica (D64.8). Se ignora la esplenomegalia, seleccionada por el Principio General, pero modifica la codificación.

Ejemplo 34: I (a) Degeneración miocárdica y
(b) enfisema
(c) Senilidad
(d)

Codifique la degeneración miocárdica (I51.5). Se ignora la senilidad, seleccionada por el Principio General, y se aplica la Regla 2.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Ejemplo 35: I (a) Tos y hematemesis
(b)
(c)
(d)

Codifique la hematemesis (K92.0). Se ignora la tos, seleccionada por la Regla 2.

Ejemplo 36: I (a) Neumonía terminal
(b) Gangrena diseminada e infarto
(c) cerebrovascular
(d)

Codifique el infarto cerebrovascular (I63.9). Se ignora la gangrena, seleccionada por la Regla 1, y se aplica el Principio General.

Regla B. Afecciones triviales

(A) Cuando la causa seleccionada es una afección trivial que por sí misma es improbable que provoque la muerte (ver Apéndice 7.1), y en el certificado se informa una afección más grave (cualquier afección excepto una afección mal definida u otra afección trivial), rehaga la selección de la causa básica como si la afección trivial no hubiese sido mencionada.

Ejemplo 37: I (a) Caries dental
(b)
(c)
(d)
II Diabetes

Codifique la diabetes (E14.9). Se ignora la caries dental, seleccionada por el Principio General.

Ejemplo 38: I (a) Uña encarnada e insuficiencia renal aguda
(b)
(c)
(d)

Codifique la insuficiencia renal aguda (N17.9). Se ignora la uña encarnada, seleccionada por Regla 2.

(B) Si la muerte ocurre como resultado de una reacción adversa al tratamiento de la afección trivial, seleccione la reacción adversa.

Ejemplo 39: I (a) Hemorragia intraoperatoria
(b) Amigdalectomía
(c) Hipertrofia de las amígdalas
(d)

Codifique la hemorragia durante el acto operatorio (Y60.0). Codifique la reacción adversa a tratamiento de la hipertrofia de las amígdalas, seleccionada por el Principio General.

(C) Cuando una afección trivial se informa como causando cualquier otra afección (en una secuencia aceptable), la afección trivial no se descarta.

Ejemplo 40: I (a) Septicemia
(b) Impétigo
(c)
(d)

Codifique el impétigo (L01.0). La afección trivial seleccionada por el Principio General no se descarta pues se informa como la causa de otra afección.

Ejemplo 41: I (a) Insuficiencia respiratoria
(b) Infección de las vías respiratorias superiores
(c)
(d)

Codifique la infección de las vías respiratorias superiores (J06.9). La afección trivial seleccionada por el Principio General no se descarta pues se informa como la causa de otra afección.

Regla C. Asociación

Cuando en virtud de una disposición de la Clasificación o de las Notas para uso en la codificación de la causa básica de muerte, la causa seleccionada está asociada con una o varias de las otras afecciones que figuran en el certificado, codifique la combinación.

Cuando la disposición de asociación se refiere solamente a la combinación de una afección especificada como debida a otra, se codifica la combinación sólo cuando en el certificado aparece explícitamente la

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

relación causal correcta o cuando esta pueda inferirse luego de aplicar las reglas de selección.

Cuando se presente un conflicto de asociaciones, asocie con la afección a la cual se hubiera asignado la muerte si la causa básica inicialmente seleccionada no hubiera sido informada. Haga después todas las asociaciones que sean aplicables.

Los códigos de la combinación que expresen una variedad más específica de la afección seleccionada, que la causa antecedente originaria deben ser usados cuando esto sea posible. Sin embargo, cuando el código de la combinación pertenece a una categoría de tres caracteres, diferente a la del código de la categoría de la causa antecedente originaria, el código de la combinación debe identificar claramente la causa antecedente originaria. Todo el detalle posible debe ser retenido en la codificación de las causas múltiples.

Ejemplo 42: I (a) Cardiomiopatía alcohólica
(b) Alcoholismo
(c)
(d)

Codifique en cardiomiopatía alcohólica (I42.6)

Ejemplo 43: I (a) Obstrucción intestinal
(b) Hernia femoral
(c)
(d)

Codifique la hernia femoral con obstrucción (K41.3)

Ejemplo 44: I (a) Ataque epiléptico
(b) Alcoholismo crónico
(c)
(d)

Codifique el alcoholismo crónico (F10.2). Los síndromes epilépticos especiales se codifican en G40.5, pero ese código de combinación no identifica la causa antecedente originaria.

Ejemplo 45: I (a) Bloqueo de rama derecha y enfermedad de Chagas
(b)
(c)
(d)

Codifique la enfermedad de Chagas con repercusión cardíaca

(B57.2). El bloqueo de rama derecha, seleccionado por la Regla 2, se asocia con la enfermedad de Chagas.

Ejemplo 46: I (a) Infarto agudo del miocardio
(b) Enfermedad aterosclerótica del corazón
(c) Influenza
(d)

Codifique el infarto agudo del miocardio (I21.9). La enfermedad aterosclerótica del corazón, seleccionada por la Regla 1 (ver Ejemplo 12), se asocia con el infarto agudo del miocardio.

Ejemplo 47: I (a) Infarto cerebral y neumonía hipostática
(b) Hipertensión y diabetes
(c) Aterosclerosis
(d)

Codifique el infarto cerebral (I63.9). La aterosclerosis, seleccionada por la Regla 1 (ver Ejemplo 14), se asocia con la hipertensión, que a su vez se asocia con el infarto cerebral.

Ejemplo 48: I (a) Dilatación cardíaca y esclerosis renal
(b) Hipertensión
(c)
(d)

Codifique la enfermedad cardiorrenal hipertensiva (I13.9). Hay asociación de las tres afecciones.

Ejemplo 49: I (a) Accidente cerebrovascular
(b) Aterosclerosis y enfermedad hipertensiva
(c) del corazón
(d)

Codifique la enfermedad hipertensiva del corazón (I11.9). La aterosclerosis, seleccionada por la Regla 1, se asocia con la enfermedad hipertensiva del corazón, ya que ésta habría sido seleccionada por el Principio General si la aterosclerosis no hubiera sido informada.

Ejemplo 50: I (a) Accidente cerebrovascular y enfermedad hipertensiva
(b) del corazón
(c) Aterosclerosis
(d)

Codifique el accidente cerebrovascular (I64). La

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

aterosclerosis, seleccionada por el Principio General, se asocia con accidente cerebrovascular, puesto que esta afección hubiera sido seleccionada por la Regla 2 si la aterosclerosis no hubiera sido informada.

Ejemplo 51: I (a) Policitemia secundaria
(b) Enfisema pulmonar
(c) Bronquitis crónica
(d)

Codifique la bronquitis crónica obstructiva (J44.8). La bronquitis crónica, seleccionada por el Principio General, se asocia con el enfisema.

Ejemplo 52: I (a) Dilatación cardíaca
(b) Hipertensión
(c)
(d)
II Atrofia de los riñones

Codifique la enfermedad hipertensiva del corazón y del riñón (I13.9). Hay asociación de las tres afecciones.

Ejemplo 53: I (a) Bronconeumonía (aspiración)
(b) Convulsiones
(c) Meningitis tuberculosa
(d)
II Tuberculosis pulmonar

Codifique la tuberculosis pulmonar (A16.2). La meningitis tuberculosa, seleccionada por el Principio General, no debe utilizarse cuando hay mención de tuberculosis pulmonar.

Ejemplo 54: I (a) Fractura occipital
(b) Caída debida a convulsiones epilépticas
(c)
(d)

Codifique las convulsiones epilépticas (G40.9). La caída, seleccionada por la Regla 1, se asocia con las convulsiones epilépticas.

Ejemplo 55: I (a) Paro cardíaco
(b)
(c)
(d)
II Enfermedad de Chagas

Codifique la enfermedad de Chagas con daño del corazón (B57.2). El paro cardíaco, seleccionado por el Principio General, se asocia con la enfermedad de Chagas.

Ejemplo 56: I (a) Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*
(b) Enfermedad por VIH
(c)
(d)

Codifique en B20.6. La enfermedad por VIH, seleccionada por el Principio General, se asocia con neumonía por *Pneumocystis jirovecii.*

Ejemplo 57: I (a) Insuficiencia respiratoria
(b) Enfermedad por VIH
(c)
(d)

Codifique en B24. La insuficiencia respiratoria es una afección mal definida y no se asocia con ninguna de las subcategorías en B20-B23.

Regla D. Especificidad

Cuando la causa seleccionada describe una afección en términos generales, y además figura en el certificado un término que proporciona información más precisa acerca de la localización o de la naturaleza de dicha afección, prefiera el término más informativo. A menudo, esta regla se aplicará cuando el término general pueda ser considerado como un adjetivo que califica al término más preciso.

Ejemplo 58: I (a) Infarto cerebral
(b) Accidente cerebrovascular
(c)
(d)

Codifique el infarto cerebral (I63.9), porque es más específico.

Ejemplo 59: I (a) Enfermedad reumática del corazón, estenosis mitral
(b)
(c)
(d)

Codifique la estenosis mitral reumática (I05.0).

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Ejemplo 60: I (a) Meningitis
(b) Tuberculosis
(c)
(d)

Codifique la meningitis tuberculosa (A17.0). Las afecciones están informadas con una relación causal correcta.

Ejemplo 61: I (a) Hipertensión grave del embarazo
(b)
(c)
(d)
II Convulsiones eclámpticas

Codifique la eclampsia del embarazo (O15.0).

Ejemplo 62: I (a) Aneurisma de la aorta
(b) Sífilis
(c)
(d)

Codifique el aneurisma sifilítico de la aorta (A52.0). Las afecciones están informadas con una relación causal correcta.

Ejemplo 63: I (a) Pericarditis
(b) Uremia y neumonía
(c)
(d)

Codifique la pericarditis urémica (N18.5). La uremia, seleccionada por la Regla 1 (ver Ejemplo 13), modifica la pericarditis.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Aplicación de la Regla 3 después de las reglas de modificación

Después de la aplicación de las reglas de modificación, debe revisarse si se aplica nuevamente la Regla 3. Sin embargo, la Regla 3 no debe ser aplicada si la causa de muerte seleccionada por la aplicación de las reglas de modificación es reportada correctamente como debida a otra afección, excepto cuando esa otra causa sea mal definida o trivial.

Ejemplo 64: I (a) Septicemia
(b) Embolia arterial
(c) Insuficiencia circulatoria
(d)
II Tumor maligno del colon

Codifique el tumor maligno del colon (C18.9). La insuficiencia circulatoria, seleccionada por el Principio General, se ignora (se aplica la Regla A Senilidad y otras afecciones mal definidas) y la embolia arterial es seleccionada como la causa antecedente originaria. La embolia arterial puede ser considerada como una consecuencia directa del tumor maligno del colon (una enfermedad consuntiva). Se aplica la Regla 3 y el tumor maligno del colon (C18.9) se selecciona como causa básica de defunción.

Ejemplo 65: I (a) Septicemia
(b) Embolia arterial
(c) Arterioesclerosis generalizada
(d)
II Tumor maligno del colon

Codifique la embolia arterial (I74.9). La arterioesclerosis generalizada, seleccionada por el Principio General, se asocia con la embolia arterial (Regla C). Aunque la embolia arterial puede ser considerada como una consecuencia directa del tumor maligno del colon (una enfermedad consuntiva) se le reporta en este certificado, como debida a la arterioesclerosis generalizada. Por tanto, la Regla 3 no aplica.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

4.1.11 Notas para usar en la codificación de la causa básica de la defunción

Las notas siguientes indican con frecuencia que, si el código seleccionado provisionalmente, como se indica en la columna de la izquierda, está presente con una de las afecciones listadas debajo del mismo, el código que se debe usar es el que se muestra en negritas. Hay dos tipos de combinación:

"con mención de" significa que la otra afección puede aparecer en cualquier parte (I o II) del certificado;

"cuando se menciona como la causa antecedente originaria de" significa que la otra afección debe aparecer en una relación causal correcta o es mencionada como "debida a" la causa antecedente originaria.

A00-B99 Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Excepto en el caso de la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] (B20-B24), *cuando se menciona como la causa antecedente originaria de* un tumor maligno, codifique en **C00-C97.**

A15.- Tuberculosis respiratoria, confirmada bacteriológica e histológicamente

A16.- Tuberculosis respiratoria, no confirmada bacteriológica o histólogicamente

con mención de:

J60-J64 (Neumoconiosis), codifique en **J65**

A17.- Tuberculosis del sistema nervioso

A18.- Tuberculosis de otros órganos

con mención de:

A15 o A16 (Tuberculosis respiratoria), codifique en **A15, A16,** a menos que haya sido mencionada como la causa antecedente originaria y con una duración especificada que exceda a la de las afecciones clasificadas en A15.- o A16.-.

A39.2 Meningococemia aguda
A39.3 Meningococemia crónica
A39.4 Meningococemia, no especificada

con mención de:

A39.0 (Meningitis meningocócica), codifique en **A39.0**
A39.1 (Síndrome de Waterhouse-Friderichsen) codifique en **A39.1**

A40.- Sepsis estreptocócica
A41.- Otras sepsis
A46 Erisipela

Codifique en estas enfermedades cuando sean consecuencia de un traumatismo superficial (cualquier afección mencionada en S00, S10, S20, S30, S40, S50, S60, S70, S80, S90, T00, T09.0, T11.0), o quemaduras de primer grado. Cuando ocurren después de traumatismos más graves, codifique la causa externa de la lesión.

A51.- Sífilis precoz

con mención de:

A52.- (Sífilis tardía), codifique en **A52.-**

B16 Hepatitis aguda tipo B
B17 Otras hepatitis virales agudas

cuando se menciona como la causa antecedente originaria de:

K72.1 (Insuficiencia hepática crónica), codifique en **B18.-**
K74.0-K74.2, K74.4-K74.6 (Fibrosis y cirrosis del hígado), codifique en **B18.-**

B20-B24 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]

La manera o modo de morir, afecciones mal definidas y triviales informadas como complicaciones de infección por el VIH no deben ser asociadas a las categorías B20-B23, a menos que exista una entrada explícita a tal efecto en el Volumen 3.

Las afecciones clasificables con dos o más subcategorías de la misma categoría deben codificarse con la subcategoría .7 de la categoría apropiada (B20 o B21). Si se desea, se pueden utilizar códigos adicionales del grupo B20-B24 para especificar individualmente cada afección.

B22.7 Enfermedad por VIH, resultante en enfermedades múltiples clasificadas en otra parte

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Esta subcategoría se debe utilizar cuando se mencionan en el certificado dos o más afecciones codificables en las categorías B20-B22. Si se desea, se pueden utilizar categorías adicionales del grupo B20-B24 para codificar cada una de las afecciones listadas.

B95-B98 Bacterias, virus y otros agentes infecciosos

Estos códigos no se deben utilizar para codificar la causa básica de muerte.

C77-C79 Tumores malignos secundarios

No deben ser usados para codificar la causa básica de muerte. Si el sitio primario del tumor maligno no es conocido o indicado, codifique en Tumor maligno de sitio no especificado (**C80.-**)

C97 Tumores malignos (primarios) de sitios múltiples independientes

Este código no se debe utilizar para codificar la causa básica de muerte. Cuando los tumores malignos de sitios múltiples independientes son reportados en el certificado de defunción, seleccione la causa básica aplicando las reglas de selección y de modificación en la manera normal. Ver también la sección 4.2.7 Tumores malignos.

D50-D89 Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad

cuando se menciona como la causa antecedente originaria de:

B20-B24 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] y donde el certificado indica que la enfermedad VIH es resultado de una transfusión sanguínea administrada como tratamiento de la afección originaria, codifique en **B20-B24**

E10-E14 Diabetes mellitus

con mención de:

E87.2 (Acidosis), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.1**
E88.8 (Otros trastornos especificados del metabolismo), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.1**
G58.- (Otras mononeuropatías), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.4**
G62.9 (Polineuropatía, no especificada), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.4**

G64 (Otros trastornos del sistema nervioso periférico), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.4**
G71.8 (Otros trastornos primarios de los músculos), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.4**
G90.9 (Trastorno del sistema nervioso autónomo, no especificado), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.4**
H20.9 (Iridociclitis, no especificada), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.3**
H26.9 (Catarata, no especificada), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.3**
H30.9 (Inflamación coriorretiniana, no especificada), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.3**
H34.- (Oclusión vascular de la retina), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.3**
H35.0 (Retinopatías del fondo y cambios vasculares retinianos), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.3**
H35.2 (Otras retinopatías proliferativas), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.3**
H35.6 (Hemorragia retiniana), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.3**
H35.9 (Trastorno de la retina, no especificado), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.3**
I70.2 (Aterosclerosis de las arterias de los miembros), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.5**
I73.9 (Enfermedad vascular periférica, no especificada), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.5**
L92.1 (Necrobiosis lipoidica, no clasificada en otra parte), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.6**
L97 (Úlcera de miembro inferior, no clasificada en otra parte) codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.5**
M13.9 (Artritis, no especificada), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.6**
M79.2 (Neuralgia y neuritis, no especificadas), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.4**
N03-N05 (Síndrome nefrótico), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.2**
N18.- (Enfermedad renal crónica), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.2**
N19 (Insuficiencia renal, no especificada), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.2**
N26 (Riñón contraído, no especificado), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.2**
N28.9 (Trastorno del riñón y del uréter, no especificado), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.2**
N39.1 (Proteinuria persistente, no especificada), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.2**

MATERIAL DE ADAPTACIÓN
MATERIAL DE ADAPTACIÓN

R02 (Gangrena, no clasificada en otra parte), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.5**
R40.2 (Coma, no especificado), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.0**
R79.8 (Otros hallazgos anormales especificados en la química sanguínea), si es acetonemia, azotemia y afecciones relacionadas, codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.1**

Cualquier afección de las arriba mencionadas en combinación, codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.7**

cuando se menciona como la causa antecedente originaria de:

E15 (Coma hipoglicémico no diabético, sólo para coma hipoglicémico SAI), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.0**
G70.9 (Trastorno neuromuscular, no especificado), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.4**
G98 (Otros trastornos del sistema nervioso, no clasificados en otra parte; excepto Artropatía de Charcot, no sifilítica), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.4**
G98 (Otros trastornos del sistema nervioso, no clasificados en otra parte; si es Artropatía de Charcot, no sifilítica), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.6**
H49.9 (Estrabismo paralítico, no especificado), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.3**
H54.- (Ceguera y deficiencia visual), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.3**
I99 (Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio), si es angiopatía, codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.5**
K31.8 (Otras enfermedades especificadas del estómago y del duodeno; sólo si es gastroparesis), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.4**
L30.9 (Dermatitis, no especificada), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.6**
L98.4 (Úlcera crónica de la piel, no clasificada en otra parte), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.5**
M89.9 (Trastorno del hueso, no especificado), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.6**
N39.0 (Infección de vías urinarias, de sitio no especificado), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.6**

Cualquier afección de las arriba mencionadas en combinación, codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.7**

E86 Depleción del volumen (deshidratación)

con mención de:

A00-A09 (Enfermedades infecciosas intestinales), codifique en **A00-A09**

E89.- Trastornos endocrinos y metabólicos consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte

Estos códigos no se deben utilizar para codificar la causa básica de muerte. Ver 4.2.6 Complicaciones de la atención médica y quirúrgica.

F03-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluso los sintomáticos

Estos códigos no se deben utilizar si la afección orgánica básica está mencionada en el certificado.

F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas

Cuarto carácter .2 (Síndrome de dependencia)

con mención de:

Estado de abstinencia con delirio (.4), codifique en **F10-F19** con el cuarto carácter **.4**
Síndrome amnésico (.6), codifique en **F10-F19** con el cuarto carácter **.6**
Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío (.7), codifique en **F10-F19** con el cuarto carácter **.7**

Cuarto carácter .5 (Trastorno psicótico)

con mención de:

Síndrome de dependencia (.2), codifique en **F10-F19** con el cuarto carácter **.2**

F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas

con mención de:

X40-X49 Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas, codifique en **X40-X49**
X60-X69 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a sustancias nocivas, codifique en **X60-X69**
X85-X90 Agresión con sustancias nocivas, codifique en **X85-X90**

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Y10-Y19 Envenenamiento de intención no determinada por, y exposición a drogas, productos químicos y sustancias nocivas, codifique en **Y10-Y19**

Cuarto carácter .0 (Intoxicación aguda), Estos códigos no se deben utilizar para codificar la causa básica de muerte. Use según sea adecuado, los códigos **X40-X49, X60-X69, X85-X90 o Y10-Y19**

F10.- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol

con mención de:

E24.4 (Síndrome de seudo-Cushing inducido por alcohol), codifique en **E24.4**
G31.2 (Degeneración del sistema nervioso debida al alcohol), codifique en **G31.2**
G62.1 (Polineuropatía alcohólica), codifique en **G62.1**
G72.1 (Miopatía alcohólica), codifique en **G72.1**
I42.6 (Cardiomiopatía alcohólica), codifique en **I42.6**
K29.2 (Gastritis alcohólica), codifique en **K29.2**
K70.- (Enfermedad alcohólica del hígado), codifique en **K70.-**
K72.- (Insuficiencia hepática, no clasificada en otra parte), codifique en **K70.4**
K73.- (Hepatitis crónica, no clasificada en otra parte), codifique en **K70.1**
K74.0 (Fibrosis hepática), codifique en **K70.2**
K74.1 (Esclerosis hepática), codifique en **K70.2**
K74.2 (Fibrosis hepática con esclerosis hepática), codifique en **K70.2**
K74.6 (Otras cirrosis del hígado y las no especificadas), codifique en **K70.3**
K75.9 (Enfermedad inflamatoria del hígado, no especificada), codifique en **K70.1**
K76.0 (Degeneración grasa del hígado, no clasificada en otra parte), codifique en **K70.0**
K76.9 (Enfermedad del hígado, no especificada), codifique en **K70.9**
K85.2 (Pancreatitis aguda inducida por alcohol), codifique en **K85.2**
K86.0 (Pancreatitis crónica inducida por el alcohol), codifique en **K86.0**
O35.4 (Atención materna por (presunta) lesión fetal debida al alcohol), codifique en **O35.4**

F10.0 Intoxicación aguda debida a uso de alcohol

con mención de:

F10.2 (Síndrome de dependencia debido a uso de alcohol), codifique en **F10.2**

F17.- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco

No se debe utilizar si se menciona la afección física resultante.

F70-F79 Retraso mental

No se debe utilizar si se menciona la afección física resultante.

F80.- Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje
F81.- Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares

No deben ser usados si la afección física subyacente es conocida.

G25.5 Otras coreas

con mención de:

I00-I02 (Fiebre reumática aguda), codifique en **I02.-**
I05-I09 (Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas), codifique en **I02.-**

G81.- Hemiplejía
G82.- Paraplejía y cuadriplejía
G83.- Otros síndromes paralíticos

Estos códigos no se deben utilizar si se conoce la causa de la parálisis.

G97.- Trastornos del sistema nervioso consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte

Estos códigos no se deben utilizar para codificar la causa básica de muerte. Ver 4.2.6 Complicaciones de la atención médica y quirúrgica.

H54.- Ceguera y deficiencia visual (binocular o monocular)

Estos códigos no se deben utilizar si la afección antecedente ha sido mencionada.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

H59.- Trastornos del ojo y sus anexos, consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte

Estos códigos no se deben utilizar para codificar la causa básica de muerte. Ver 4.2.6 Complicaciones de la atención médica y quirúrgica.

H90.- Hipoacusia conductiva y neurosensorial
H91.- Otras hipoacusias

Estos códigos no se deben utilizar si se menciona la causa antecedente.

H95.- Trastornos del oído y de la apófisis mastoides consecutivas a procedimientos, no clasificados en otra parte

Estos códigos no se deben utilizar para codificar la causa básica de muerte. Ver 4.2.6 Complicaciones de la atención médica y quirúrgica.

I05.8 Otras enfermedades de la válvula mitral
I05.9 Enfermedad valvular mitral, no especificada

cuando no se especifica la causa, *con mención de:*
I34.- (Trastornos no reumáticos de la válvula mitral), codifique en **I34.-**

I08 Enfermedades valvulares múltiples

Esta categoría no debe ser usada para enfermedades valvulares múltiples de origen no reumático. Cuando las enfermedades valvulares múltiples de origen no reumático se informan en el mismo certificado de defunción, la causa básica debe ser seleccionada aplicando el Principio General o las Reglas 1, 2 ó 3 en la manera normal.

I09.1 Enfermedades reumáticas del endocardio, válvula no especificada
I09.9 Enfermedad reumática del corazón, no especificada

con mención de:

I05-I08 (Enfermedad reumática crónica del corazón), codifique en **I05-I08**

I10 Hipertensión esencial (primaria)

con mención de:

I11.- (Enfermedad cardíaca hipertensiva), codifique en **I11.-**
I12.- (Enfermedad renal hipertensiva), codifique en **I12.-**
I13.- (Enfermedad cardiorrenal hipertensiva), codifique en **I13.-**
I20-I25 (Enfermedades isquémicas del corazón), codifique en **I20-I25**
I50.- (Insuficiencia cardíaca), codifique en **I11.0**
I51.4- I51.9 (Complicaciones y descripciones mal definidas de enfermedad cardíaca), codifique en **I11.-**
I60-I69 (Enfermedades cerebrovasculares), codifique en **I60-I69**
N00.- (Síndrome nefrítico agudo), codifique en **N00.-**
N01.- (Síndrome nefrítico rápidamente progresivo), codifique en **N01.-**
N03.- (Síndrome nefrítico crónico), codifique en **N03.-**
N04.- (Síndrome nefrótico), codifique en **N04.-**
N05.- (Síndrome nefrítico no especificado), codifique en **N05.-**
N18.- (Enfermedad renal crónica), codifique en **I12.-**
N19 (Insuficiencia renal no especificada), codifique en **I12.-**
N26 (Riñón contraído, no especificado), codifique en **I12.-**

cuando se menciona como la causa antecedente originaria de:

H35.0 (Retinopatías del fondo y cambios vasculares retinianos), codifique en **H35.0**
I05-I09 (Afecciones clasificables en I05-I09 pero no especificadas como reumáticas), codifique en **I34-I38**
I34-I38 (Trastornos valvulares no reumáticos), codifique en **I34-I38**

I11.- Enfermedad cardíaca hipertensiva

con mención de:

I12.- (Enfermedad renal hipertensiva), codifique en **I13.-**
I13.- (Enfermedad cardiorrenal hipertensiva), codifique en **I13.-**
I20-I25 (Enfermedades isquémicas del corazón), codifique en **I20-I25**
N18.- (Enfermedad renal crónica), codifique en **I13.-**
N19 (Insuficiencia renal no especificada), codifique en **I13.-**
N26 (Riñón contraído, no especificado), codifique en **I13.-**

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

I12.- Enfermedad renal hipertensiva

con mención de:

I11.- (Enfermedad cardíaca hipertensiva), codifique en **I13.-**
I13.- (Enfermedad cardiorrenal hipertensiva), codifique en **I13.-**
I20-I25 (Enfermedades isquémicas del corazón), codifique en **I20-I25**
I50.- (Insuficiencia cardíaca), codifique en **I13.0**
I51.4- (Complicaciones y descripciones mal definidas
I51.9 de enfermedad cardíaca), codifique en **I13.-**

I13.- Enfermedad cardiorrenal hipertensiva

con mención de:

I20-I25 (Enfermedades isquémicas del corazón), codifique en **I20-I25**

I15.0 Hipertensión renovascular

Este código no se debe usar si la afección antecedente es conocida o se puede inferir mediante la aplicación de la Regla 3. Si la afección antecedente no es conocida o no se puede inferir, codifique en **I15.0**

I15.1 Hipertensión secundaria a otros trastornos renales

Este código no se debe usar si la afección antecedente es conocida o se puede inferir mediante la aplicación de la Regla 3. Si la afección antecedente no es conocida o no se puede inferir, codifique en **N28.9**

I15.2 Hipertensión secundaria a trastornos endocrinos

Este código no se debe usar si la afección antecedente es conocida o se puede inferir mediante la aplicación de la Regla 3. Si la afección antecedente no es conocida o no se puede inferir, codifique en **E34.9**

I15.8 Otros tipos de hipertensión secundaria

Este código no se debe usar si la afección antecedente es conocida o se puede inferir mediante la aplicación de la Regla 3. Si la afección antecedente no es conocida o no se puede inferir, codifique en **I15.8**

I15.9 Hipertensión secundaria, no especificada

Este código no se debe usar si la afección antecedente es conocida o se puede inferir mediante la aplicación de la Regla 3. Si la afección antecedente no es conocida o no se puede inferir, codifique en **I15.9**

I20.- Angina de pecho
I24.- Otras enfermedades isquémicas agudas del corazón
I25.- Enfermedad isquémica crónica del corazón

con mención de:

I21.- (Infarto agudo del miocardio), codifique en **I21.-**
I22.- (Infarto subsecuente del miocardio), codifique en **I22.-**

I21.- Infarto agudo del miocardio

con mención de:

I22.- (Infarto subsecuente del miocardio), codifique en **I22.-**

I23.- Ciertas complicaciones presentes posteriores al infarto agudo del miocardio

Estos códigos no se deben utilizar para codificar la causa básica de muerte. Use, según sea adecuado, los códigos **I21.-** o **I22.-**

I24.0 Trombosis coronaria que no resulta en infarto del miocardio

Esta categoría no se debe utilizar para codificar la causa básica de muerte. En la codificación de la mortalidad se presume que el paciente sufrió el infarto del miocardio y se utilizan los códigos **I21.-** o **I22.-,** según sea apropiado.

I25.2 Infarto antiguo del miocardio

Esta subcategoría no se debe utilizar para codificar la causa básica de muerte.

Si la causa no está informada, codifique como “Otras formas de enfermedad isquémica crónica del corazón” (**I25.8**)

I27.9 Enfermedad pulmonar del corazón, no especificada

con mención de:

M41.- (Escoliosis), codifique en **I27.1**

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

I44.- Bloqueo atrioventricular y de rama izquierda del haz
I45.- Otros trastornos de la conducción
I46.- Paro cardíaco
I47.- Taquicardia paroxística
I48.- Fibrilación y aleteo auricular
I49.- Otras arritmias cardíacas
I50.- Insuficiencia cardíaca
I51.4 – I51.9 Complicaciones y descripciones mal definidas de las enfermedades cardíacas

con mención de:

B57.- (Enfermedad de Chagas), codifique en **B57.-**
I20-I25 (Enfermedades isquémicas del corazón), codifique en **I20-I25**

I50.- Insuficiencia cardíaca
I51.9 Enfermedad cardíaca, no especificada

con mención de:

I10 (Hipertensión esencial (primaria)), codifique en **I11.0**
I11.- (Enfermedad cardíaca hipertensiva), codifique en **I11.0**
I12.0 (Enfermedad renal hipertensiva con insuficiencia renal, codifique en **I13.2**
I12.9 (Enfermedad renal hipertensiva sin insuficiencia renal, codifique en **I13.0**
I13.0 (Enfermedad cardiorrenal hipertensiva con insuficiencia cardíaca (congestiva), codifique en **I13.0**
I13.1 (Enfermedad cardiorrenal hipertensiva con insuficiencia renal), codifique en **I13.2**
I13.2 (Enfermedad cardiorrenal hipertensiva con insuficiencia cardíaca (congestiva), codifique en **I13.2**
I13.9 (Enfermedad cardiorrenal hipertensiva con insuficiencia renal, no especificada), codifique en **I13.0**
M41.- (Escoliosis), codifique en **I27.1**

I50.9 Insuficiencia cardíaca, no especificada
I51.9 Enfermedad cardíaca, no especificada

con mención de:

J81 (Edema pulmonar), codifique en **I50.1**

I60-I69 Enfermedades cerebrovasculares

cuando se menciona como la causa antecedente originaria de afecciones en:

F01-F03 (Trastornos mentales orgánicos), codifique en **F01.-**

I65.- Oclusión y estenosis de las arterias precerebrales sin ocasionar infarto cerebral
I66.- Oclusión y estenosis de las arterias cerebrales sin ocasionar infarto cerebral

Estas categorías no se deben utilizar para codificar la causa básica de muerte. En la codificación de la mortalidad se presume que el paciente sufrió el infarto cerebral y se utiliza el código **I63.-**

I67.2 Aterosclerosis cerebral

con mención de:

I60-I64 (Hemorragia cerebral, infarto cerebral y accidente cerebrovascular) codifique en **I60-I64**

I65-I66 (Oclusión y estenosis de las arterias precerebrales y cerebrales) codifique en **I63.-**

cuando se menciona como la causa antecedente originaria de afecciones en:

F03 (Demencia, no especificada), codifique en **F01.-**
G20 (Enfermedad de Parkinson), codifique en **G21.4**
G21.9 (Parkinsonismo secundario, no especificado), codifique en **G21.4**

I70.- Aterosclerosis

con mención de:

I10-I13 (Enfermedades hipertensivas), codifique en **I10-I13**
I20-I25 (Enfermedades isquémicas del corazón), codifique en **I20-I25**
I50.- (Insuficiencia cardíaca), codifique en **I50.-**
I51.4 (Miocarditis, no especificada), codifique en **I51.4**
I51.5 (Degeneración miocárdica), codifique en **I51.5**
I51.6 (Enfermedad cardiovascular, no especificada), codifique en **I51.6**
I51.8 (Otras enfermedades cardíacas mal definidas), codifique en **I51.8**
I60-I69 (Enfermedades cerebrovasculares), codifique en **I60-I69**

cuando se menciona como la causa antecedente originaria de:
I05-I09 (Afecciones clasificables en I05-I09, pero no especificadas como reumáticas), codifique en **I34-I38**

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

I34-I38 (Trastornos valvulares no reumáticos), codifique en **I34-I38**
I51.9 (Enfermedad cardíaca, no especificada), codifique en **I25.1**
I71-I78 (Otras enfermedades de arterias, arteriolas y capilares), codifique en **I71-I78**
K55.- (Trastornos vasculares de los intestinos), codifique en **K55.-**
N03 (Nefritis crónica), codifique en **I12.-**
N26 (Riñón contraído, no especificado), codifique en **I12.-**

I70.9 Aterosclerosis generalizada y la no especificada

con mención de:

R02 (Gangrena, no clasificada en otra parte), codifique en **I70.2**

cuando se menciona como la causa antecedente originaria de:

F01.- (Demencia vascular), codifique en **F01.-**
F03 (Demencia, no especificada), codifique en **F01.-**
G20 (Enfermedad de Parkinson), codifique en **G21.4**
G21.9 (Parkinsonismo secundario, no especificado), codifique en **G21.4**

I97.- Trastornos del sistema circulatorio consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte

Estas categorías no se deben utilizar para codificar la causa básica de muerte. Ver 4.2.6 Complicaciones de la atención médica y quirúrgica.

J00 Rinofaringitis aguda [resfriado común]
J06.- Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados

cuando se menciona como la causa antecedente originaria de:

G03.8 (Meningitis debidas a otras causas especificadas), codifique en **G03.8**
G06.0 (Absceso y granuloma intracraneal), codifique en **G06.0**
H65-H66 (Otitis media), codifique en **H65-H66**
H70.- (Mastoiditis y afecciones relacionadas), codifique en **H70.-**
J09-J18 (Influenza [gripe] y neumonía), codifique en **J09-J18**
J20-J21 (Bronquitis y bronquiolitis), codifique en **J20-J21**

J40-J42 (Bronquitis crónica y la no especificada), codifique en **J40-J42**
J44.- (Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas), codifique en **J44.-**
N00.- (Síndrome nefrítico agudo), codifique en **N00.-**

J18.- Neumonía, organismo no especificado

con mención de:

R26.3 (Inmovilidad), codifique en **J18.2**

J20.- Bronquitis aguda

con mención de:

J41.- (Bronquitis crónica simple y mucopurulenta), codifique en **J41.-**
J42 (Bronquitis crónica no especificada), codifique en **J42**
J44.- (Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas), codifique en **J44.-**

J40 Bronquitis, no especificada como aguda o crónica
J41.- Bronquitis crónica simple y mucopurulenta
J42 Bronquitis crónica no especificada

con mención de:

J43.- (Enfisema) codifique en **J44.-**
J44.- (Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas) codifique en **J44.-**

cuando se menciona como la causa antecedente originaria de:

J45.- (Asma), codifique en **J44.-** (pero ver también nota en J45.-, J46, más adelante)

J43.- Enfisema

con mención de:

J40 (Bronquitis, no especificada como aguda o crónica), codifique en **J44.-**
J41.- (Bronquitis crónica simple y mucopurulenta), codifique en **J44.-**
J42 (Bronquitis crónica no especificada) codifique en **J44.-**

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

J44.8-
J44.9 Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y las no especificadas

con mención de:

J12-J18 (Neumonía), codifique en **J44.0**
J20-J22 (Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores), codifique en **J44.0**

J45.-
J46 Asma
Estado asmático

Cuando el asma y la bronquitis (aguda)(crónica) u otra enfermedad pulmonar obstructiva crónica son informadas conjuntamente en el certificado médico de defunción, la causa básica se debe seleccionar mediante la aplicación del Principio General o de las Reglas 1, 2 ó 3 de la manera habitual. Ninguno de los términos debe utilizarse como un adjetivo modificador del otro.

J60-J64 Neumoconiosis

con mención de:

A15-A16 (Tuberculosis respiratoria), codifique en **J65**

J81 Edema pulmonar

con mención de:

I50.9 (Insuficiencia cardíaca, no especificada), codifique en **I50.1**
I51.9 (Enfermedad cardíaca, no especificada), codifique en **I50.1**

J95.- Trastornos del sistema respiratorio consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte

Estas categorías no se deben utilizar para codificar la causa básica de muerte. Ver 4.2.6 Complicaciones de la atención médica y quirúrgica.

K71.- Enfermedad tóxica del hígado

con mención de:

T51.- (Efecto tóxico del alcohol), codifique en **K70.-**

K72.- Insuficiencia hepática, no clasificada en otra parte

con mención de:

F10.- (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol), codifique en **K70.4**
T51.- (Efecto tóxico del alcohol), codifique en **K70.4**

K73.- Hepatitis crónica, no clasificada en otra parte

con mención de:

F10.- (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol), codifique en **K70.1**
T51.- (Efecto tóxico del alcohol), codifique en **K70.1**

K74.0 Fibrosis hepática

con mención de:

F10.- (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol), codifique en **K70.2**
T51.- (Efecto tóxico del alcohol), codifique en **K70.2**

K74.1 Esclerosis hepática

con mención de:

F10.- (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol), codifique en **K70.2**
T51.- (Efecto tóxico del alcohol), codifique en **K70.2**

K74.2 Fibrosis hepática con esclerosis hepática

con mención de:

F10.- (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol), codifique en **K70.2**
T51.- (Efecto tóxico del alcohol), codifique en **K70.2**

K74.6 Otras cirrosis del hígado y las no especificadas

con mención de:

F10.- (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol), codifique en **K70.3**
T51.- (Efecto tóxico del alcohol), codifique en **K70.3**

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

K75.9 Enfermedad inflamatoria del hígado

con mención de:

F10.- (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol), codifique en **K70.1**
T51.- (Efecto tóxico del alcohol), codifique en **K70.1**

K76.0 Degeneración grasa del hígado, no clasificada en otra parte

con mención de:

F10.- (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol), codifique en **K70.0**
T51.- (Efecto tóxico del alcohol), codifique en **K70.0**

K76.9 Degeneración grasa del hígado, no clasificada en otra parte

con mención de:

F10.- (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol), codifique en **K70.9**
T51.- (Efecto tóxico del alcohol), codifique en **K70.9**

K85.9 Pancreatitis aguda, no especificada

con mención de:

F10.- (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol), codifique en **K85.2**

K91.- Trastornos del sistema digestivo, consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte

Estas categorías no se deben utilizar para codificar la causa básica de muerte. Ver 4.2.6 Complicaciones de la atención médica y quirúrgica.

L89.- Úlcera de decúbito y por área de presión

cuando se menciona como la causa antecedente originaria de:

L89.- (Úlcera de decúbito y por área de presión) de una etapa más avanzada, codifique con el cuarto carácter para la etapa más avanzada

M41.- Escoliosis

con mención de:

I27.9 (Enfermedad pulmonar del corazón, no especificada), codifique en **I27.1**
I50.- (Insuficiencia cardíaca), codifique en **I27.1**
I51.9 (Enfermedad cardíaca, no especificada), codifique en **I27.1**

M96.- Trastornos osteomusculares consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte

Estas categorías no se deben utilizar para codificar la causa básica de muerte. Ver 4.2.6 Complicaciones de la atención médica y quirúrgica.

N00.- Síndrome nefrítico agudo

cuando se menciona como la causa antecedente originaria de:

N03.- (Síndrome nefrítico crónico), codifique en **N03.-**

N18.- Enfermedad renal crónica

cuando se menciona como la causa antecedente originaria de:

N18.- (Enfermedad renal crónica) de una etapa más avanzada, codifique con el cuarto carácter para la etapa más avanzada.

N18.- Enfermedad renal crónica
N19 Insuficiencia renal no especificada
N26 Riñón contraído, no especificado

con mención de:

I10 (Hipertensión esencial (primaria)), codifique en **I12.-**
I11.- (Enfermedad cardíaca hipertensiva), codifique en **I13.-**
I12.- (Enfermedad renal hipertensiva), codifique en **I12.-**

N46 Esterilidad en el varón
N97.- Infertilidad femenina

Estas categorías no se deben utilizar para codificar la causa básica de muerte si se conoce la afección causal.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

N99.- Trastornos del sistema genitourinario consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte

Estas categorías no se deben utilizar para codificar la causa básica de muerte. Ver 4.2.6 Complicaciones de la atención médica y quirúrgica.

O08.- Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar

Estas categorías no se deben utilizar para codificar la causa básica de muerte. Utilice las categorías O00-O07.

O30.- Embarazo múltiple

Estas categorías no se deben utilizar para codificar la causa básica de muerte, si se menciona una complicación más específica.

O32.- Atención materna por presentación anormal del feto, conocida o presunta

con mención de:

O33.- (Atención materna por desproporción conocida o presunta), codifique en **O33.-**

O33.9 Atención materna por desproporción de origen no especificado

con mención de:

O33.0-O33.3 (Desproporción debida a anormalidad de la pelvis materna), codifique en **O33.0-O33.3**

O64.- Trabajo de parto obstruido debido a mala posición y presentación anormal del feto

con mención de:

O65.- (Trabajo de parto obstruido debido a anormalidad de la pelvis materna), codifique en **O65.-**

O80-O84 Parto

Estas categorías no se deben utilizar para codificar la causa básica de muerte. Si no se informa otra causa de la mortalidad materna, codifique como “Complicación no especificada del trabajo de parto y del parto” (**O75.9**).

P07.- Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte

P08.- Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer

Estas categorías no se deben utilizar para codificar la causa básica si hay alguna otra causa de mortalidad perinatal informada. Eso no se aplica si la única otra causa de mortalidad perinatal informada es insuficiencia respiratoria del recién nacido (P28.5)

P70.3 – P72.0 Trastornos endocrinos y metabólicos transitorios específicos del feto y del recién nacido

Estas categorías no se deben usar para codificar la causa básica de muerte. Si no se informa otra causa perinatal, codifique como “Afección no especificada originada en el período perinatal” (**P96.9**)

P72.2 – P74 Trastornos endocrinos y metabólicos transitorios específicos del feto y del recién nacido

Estos códigos no se deben usar para codificar la causa básica de defunción. Si no se informa otra causa perinatal, codifique como “Afección no especificada originada en el período perinatal” (**P96.9**)

R57.2 Choque séptico

R65.0 Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica de origen infeccioso, sin falla orgánica

R65.1 Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica de origen infeccioso, con falla orgánica

No deben ser usadas para codificar la causa básica. Codifique en ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (**A00-B99**). Si no se informa la infección que las origina, codifique en sepsis no especificada (**A41.9**)

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

R69 Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas

Estas categorías no se deben utilizar para codificar la causa básica de muerte. Utilice las categorías R95-R99, según el caso.

S00-T98 Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas

Estas categorías no se deben utilizar para codificar la causa básica de muerte, excepto como un código adicional a las categorías **V01-Y89**.

Cuando un trastorno de la densidad ósea se informa en la misma línea o se menciona como la causa antecedente originaria de una fractura, la fractura debe ser considerada como patológica, codifique en **M80.-**

T79.- Algunas complicaciones precoces de traumatismos, no clasificadas en otra parte

Estas categorías no se deben utilizar si la naturaleza del traumatismo es conocida.

V01-X59 Accidentes

con mención de:

A35 (Tétanos), codifique en **A35**

resultantes de:

G40-G41 (Epilepsia), codifique en **G40-G41**

Y90-Y98 Factores suplementarios relacionados con causas de morbilidad y mortalidad clasificadas en otra parte

Estas categorías no se deben utilizar para codificar la causa básica de muerte.

Z00-Z99 Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud

Estas categorías no se deben utilizar para codificar la causa básica de muerte.

4.1.12 Resumen de asociaciones según los códigos

Cuando la causa básica seleccionada aparece en la primera columna de la Tabla 1 (Causa seleccionada), y una o más de las causas mencionadas en la segunda columna (Con mención de) aparece en cualquier parte del certificado, codifique tal como se indica en la cuarta columna (Código de la asociación).

Cuando el código de la causa seleccionada aparece en la primera columna y se menciona en el certificado como una causa de las afecciones cuyo código aparece en la tercera columna (Como causa de), codifique según se indica en la cuarta columna.

Tabla 1. Resumen de asociaciones según los códigos

Causa seleccionada	Con mención de:	Como causa de:	Código de la asociación
A00-B19 B25-B99		C00-C97	C00-C97
A15.-, A16.-	J60-J64		J65
A17.-, A18.-	A15.-, A16.-		A15.-, A16.-
A39.2-A39.4	A39.0, A39.1		A39.0, A39.1
A51.-	A52.-		A52.-
B16, B17		K72.1 K74.0-K74.2, K74.4-K74.6	B18.- B18.-
B20-B24			Ver 4.1.11
D50-D89		B20-B24	B20-B24
E10-E14	E87.2 E88.8 G58.- G62.9 G64 G71.8 G90.9 H20.9 H26.9 H30.9 H34.- H35.0 H35.2 H35.6 H35.9		E10-E14 (E1x.1) E10-E14(E1x.1) E10-E14 (E1x.4) E10-E14 (E1x.4) E10-E14 (E1x.4) E10-E14 (E1x.4) E10-E14 (E1x.4) E10-E14 (E1x.3) E10-E14 (E1x.3) E10-E14 (E1x.3) E10-E14 (E1x.3) E10-E14 (E1x.3) E10-E14 (E1x.3) E10-E14 (E1x.3) E10-E14 (E1x.3)

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Tabla 1. *(continuación)*

Causa seleccionada	Con mención de:	Como causa de:	Código de la Asociación
	I70.2		E10-E14 (E1x.5)
	I73.9		E10-E14 (E1x.5)
	L92.1		E10-E14 (E1x.6)
	L97		E10-E14 (E1x.5)
	M13.9		E10-E14 (E1x.6)
	M79.2		E10-E14 (E1x.4)
	N03- N05		E10-E14 (E1x.2)
	N18.-		E10-E14 (E1x.2)
	N19		E10-E14 (E1x.2)
	N26		E10-E14 (E1x.2)
	N28.9		E10-E14 (E1x.2)
	N39.1		E10-E14 (E1x.2)
	R02		E10-E14 (E1x.5)
	R40.2		E10-E14 (E1x.0)
	R79.8 (Sólo acetonemia, azotemia y afecciones relacionadas)		E10-E14 (E1x.1)
		E15	E10-E14 (E1x.0)
		G70.9	E10-E14 (E1x.4)
		G98 (excepto Artropatía de Charcot no sifilítica)	E10-E14 (E1x.4)
		G98 (si es Artropatía de Charcot no sifilítica)	E10-E14 (E1x.6)
		H49.9	E10-E14 (E1x.3)
		H54	E10-E14 (E1x.3)
		I99 (sólo angiopatia)	E10-E14 (E1x.5)
		K31.8 (sólo gastroparesis)	E10-E14 (E1x.4)
		L30.9	E10-E14 (E1x.6)
		L98.4	E10-E14 (E1x.5)
		M89.9	E10-E14 (E1x.6)
		N39.0	E10-E14 (E1x.6)
E86	A00-A09		A00-A09

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Tabla 1. *(continuación)*

Causa seleccionada	Con mención de:	Como causa de:	Código de la Asociación
F10-F19 (F1x.2)	F10-F19 (F1x.4)		F10-F19 (F1x.4)
	F10-F19 (F1x.6)		F10-F19 (F1x.6)
	F10-F19 (F1x.7)		F10-F19 (F1x.7)
F10-F19 (F1x.5)	F10-F19 (F1x.2)		F10-F19 (F1x.2)
F10-F19	X40-X49		X40-X49
	X60-X69		X60-X69
	X85-X90		X85-X90
	Y10-Y19		Y10-Y19
	F10-F19 (F1x.0)		X40-X49
			X60-X69
			X85-X90
			Y10-Y19
F10	E24.4		E24.4
	G31.2		G31.2
	G62.1		G62.1
	G72.1		G72.1
	I42.6		I42.6
	K29.2		K29.2
	K70.-		K70.-
	K72.-		K70.4
	K73.-		K70.1
	K74.0		K70.2
	K74.1		K70.2
	K74.2		K70.2
	K74.6		K70.3
	K75.9		K70.1
	K76.0		K70.0
	K76.9		K70.9
	K85.2		K85.2
	K86.0		K86.0
	O35.4		O35.4
G25.5	I00-I02		I02.-
	I05-I09		I02.-
K85.9	F10.-		K85.2
I05.8 I05.9 (de causa no especificada)	I34.-		I34.-

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Tabla 1. *(continuación)*

Causa seleccionada	Con mención de:	Como causa de:	Código de la asociación
I09.1 I09.9	I05-I08		I05-I08
I10	I11.- I12.- I13.- I20-I25 I50.- I51.4-I51.9 I60-I69 N00.- N01.- N03-N05 N18.- N19 N26	H35.0 I05-I09 (no especificada como reumática) I34-I38	I11.- I12.- I13.- I20-I25 I11.0 I11.- I60-I69 N00.- N01.- N03-N05 I12.- I12.- I12.- H35.0 I34-I38 I34-I38
I11.-	I12.- I13.- I20-I25 N18.- N19 N26		I13.- I13.- I20-I25 I13.- I13.- I13.-
I12.-	I11.- I13.- I20-I25 I50.- I51.4-I51.9		I13.- I13.- I20-I25 I13.0 I13.-
I13.-	I20-I25		I20-I25
I20.- I24.- I25.-	I21.- I22.-		I21.- I22.-
I21.-	I22.-		I22.-
I27.9	M41.-		I27.1
I44-I50 I51.4-I51.9	B57.- I20-I25		B57.- I20-I25

Tabla 1. *(continuación)*

Causa seleccionada	Con mención de:	Como causa de:	Código de la asociación
I50.- I51.9	I10 I11.- I12.0 I12.9 I13.0 I13.1 I13.2 I13.9 M41.-		I11.0 I11.0 I13.2 I13.0 I13.0 I13.2 I13.2 I13.0 I27.1
I50.9, I51.9	J81		I50.1
I60-I69		F01-F03	F01.-
I67.2	I60-I64 I65-I66	F03 G20 G21.9	I60-I64 I63.- F01.- G21.4 G21.4
I70.-	I10-I13 I20-I25 I50.- I51.4 I51.5 I51.6 I51.8 I60-I69	I05-I09 (no especificada como reumática) I34-I38 I51.9 I71-I78 K55.- N03.- N26	I10-I13 I20-I25 I50.- I51.4 I51.5 I51.6 I51.8 I60-I69 I34-I38 I34-I38 I25.1 I71-I78 K55.- I12.- I12.-
I70.9	R02	F01.- F03 G20 G21.9	I70.2 F01.- F01.- G21.4 G21.4

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Tabla 1. *(continuación)*

Causa seleccionada	Con mención de:	Como causa de:	Código de la asociación
J00 J06.-		G03.8 G06.0 H65-H66 H70.- J09-J18 J40-J42 J44.- N00.-	G03.8 G06.0 H65-H66 H70.- J09-J18 J40-J42 J44.- N00.-
J20.-	J41.- J42.- J44.-		J41.- J42.- J44.-
J40 J41.- J42	J43.- J44.-	J45	J44.- J44.- J44.-
J43.-	J40 J41.- J42		J44.- J44.- J44.-
J44.8-J44.9	J12-J18 J20-J22		J44.0 J44.0
J60-J64	A15.- A16.-		J65 J65
J81	I50.9 I51.9		I50.1 I50.1
K71.-	T51.-		K70.-
K72.-	F10.- T51.-		K70.4 K70.4
K73.-	F10.- T51.-		K70.1 K70.1
K74.0-.2	F10.- T51.-		K70.2 K70.2
K74.6	F10.- T51.-		K70.3 K70.3
K75.9	F10.- T51.-		K70.1 K70.1
K76.0	F10.- T51.-		K70.0 K70.0

Tabla 1. *(continuación)*

Causa seleccionada	Con mención de:	Como causa de:	Código de la asociación
K76.9	F10.- T51.-		K70.9 K70.9
K85.9	F10.-		K85.2
L89.-		L89.- (etapa más avanzada)	L89.- (etapa más avanzada)
M41.-	I27.9 I50.- I51.9		I27.1 I27.1 I27.1
N00.-		N03.-	N03.-
N18.-		N18.- (etapa más avanzada)	N18.- (etapa más avanzada)
N18.- N19.- N26	I10 I11.- I12.-		I12.- I13.- I12.-
O32.-	O33.-		O33.-
O33.9	O33.0-O33.3		O33.0-O33.3
O64.-	O65.-		O65.-
R57.2	A00-B99		A00-B99
R65.0-R65.1	A00-B99		A00-B99
V01-X59	A35		A35

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Tabla 2. Resumen de códigos que no se deben utilizar en la codificación de la causa de defunción[a]

Códigos que no se deben utilizar en la codificación de la causa básica (use el código entre paréntesis; si no se indica la CB, use R99)		Códigos que no se deben utilizar si la causa básica es conocida
B95-B98		F03-F09
C77-C79	(codifique en C80.-)	F70-F79
C97	(codifique en C00-C76, C81-C96)	F80.-
E89.-		F81.-
F10.0	(codifique en X45, X65, X85, o Y15)	G81.-
F11.0	(codifique en X42, X62, X85, o Y12)	G82.-
F12.0	(codifique en X42, X62, X85, o Y12)	G83.-
F13.0	(codifique en X41, X61, X85, o Y11)	H54.-
F14.0	(codifique en X42, X62, X85, o Y12)	H90-H91
F15.0	(codifique en X41, X61, X85, o Y11)	I15.0
		I15.1
		I15.2
F16.0	(codifique en X42, X62, X85, o Y12)	I15.8
F17.0	(codifique en X49, X69, X89, o Y19)	I15.9
F18.0	(codifique en X46, X66, X89, o Y16)	N46
F19.0	(codifique en X40-X49, X60-X69, X85-X90, o Y10-Y19)	N97.-
G97.-		O30.-
H59.-		P07.-
H95.-		P08.-
I15.1	(codifique en N28.9, si no es conocida)	T79.-
I15.2	(codifique en E34.9 si no es conocida)	
I23.-	(codifique en I21 o I22)	
I24.0	(codifique en I21 o I22)	
I25.2	(codifique en I25.8)	
I65.-	(codifique en I63)	
I66.-	(codifique en I63)	
I97.-		
J95.-		
K91.-		
M96.-		
N99.-		
O08.-	(codifique en O00-O07)	
O80-O84	(codifique en O75.9)	
P70.3-P72.0	(codifique en P96.9)	
P72.2-P74	(codifique en P96.9)	
R57.2	A41.9	
R65.0-R65.1	A41.9	
R69	(codifique en R95-R99)	
S00-T98	(codifique en V01-Y89)	
Y90-Y98		
Z00-Z99		

[a]Además de los códigos de asterisco (ver sección 3.1.3).

4.2 Notas para la interpretación de los diagnósticos de causas de muerte

Las reglas que se mencionaron anteriormente determinarán, por lo general, la causa básica de muerte que se usará para la tabulación de la mortalidad por causas primarias. Cada país necesitará ampliar esas reglas, según la calidad y la integridad de la certificación médica. La información que se da en esta sección ayudará a formular las instrucciones adicionales.

4.2.1 Presunción de causa intercurrente

Con frecuencia, en el certificado de defunción aparece una causa indicada como debida a otra, sin que la primera que se menciona sea una consecuencia directa de la segunda. Por ejemplo, puede aparecer hematemesis debida a cirrosis del hígado, en vez de ser notificada como el evento final de la secuencia: cirrosis del hígado ⟶ hipertensión portal ⟶ várices esofágicas rotas ⟶ hematemesis.

La presunción de que hay una causa intercurrente en la Parte I se autoriza con la finalidad de aceptar una secuencia tal como ha sido informada, pero no se debe utilizar para cambiar la codificación.

Ejemplo 1: I (a) Hemorragia cerebral
(b) Nefritis crónica
(c)
(d)

Codifique la nefritis crónica (N03.9). Es necesario presumir la hipertensión arterial como una afección intercurrente entre la hemorragia cerebral y la causa básica, nefritis crónica.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Ejemplo 2: I (a) Retardo mental
(b) Desprendimiento prematuro de la placenta
(c)
(d)

Codifique como desprendimiento prematuro de la placenta que afecta al feto o al recién nacido (P02.1). Es necesario presumir que hubo un traumatismo durante el parto, anoxia o hipoxia como una de las causas intercurrentes entre el retardo mental y el desprendimiento prematuro de la placenta, la causa básica.

4.2.2 Secuencias rechazadas y aceptadas para la selección de causa básica de muerte en las estadísticas de mortalidad

Esta sección enlista las secuencias de causas de muerte que deben ser rechazadas o aceptadas cuando se selecciona la causa básica de muerte. El propósito de estas listas es la de producir estadísticas de mortalidad lo más útiles posible[1]. Por lo tanto, si una secuencia está en la lista como "rechazada" o "aceptada" puede reflejar importancia para la salud pública, más que su aceptabilidad desde el punto de vista puramente médico. Las siguientes instrucciones se aplican siempre, aún cuando la relación entre las causas se considere médicamente correcta o no.

[1]La expresión “altamente improbable” fue utilizada previamente en la CIE para indicar relaciones causales que no podían ser aceptadas al aplicar las reglas de selección.

A. Secuencias rechazadas

Cuando se aplique el Principio General y las Reglas de Selección, las siguientes relaciones causales deben ser rechazadas:

(a) Enfermedades infecciosas

Las siguientes enfermedades infecciosas no deben ser aceptadas como debidas a cualquier otra enfermedad o afección, excepto cuando sean informadas como “debida a” la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], tumores malignos y trastornos que afectan el sistema inmunológico.

- fiebres tifoidea y paratifoidea, otras infecciones por *Salmonella*, shigelosis (A01-A03)
- tuberculosis (A15-A19)
- secuelas de tuberculosis (B90)

Las siguientes enfermedades infecciosas y parasitarias no deben ser aceptadas como debidas a cualquier otra enfermedad o afección (ni siquiera al VIH/SIDA, los tumores malignos o inmunosupresión):

- cólera (A00)
- botulismo (A05.1)
- peste, tularemia, carbunco[ántrax], brucelosis (A20-A23)
- leptospirosis (A27)
- tétanos, difteria, tos ferina, fiebre escarlatina, enfermedad meningocócica (A33-A39)
- infecciones debidas a *Chlamydia psittaci* (A70)
- rickettsiosis (A75-A79)
- poliomielitis aguda (A80)
- enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (A81.0)
- panencefalitis esclerosante subaguda (A81.1)
- rabia, encefalitis viral transmitida por mosquitos, encefalitis viral transmitida por garrapatas, otras encefalitis virales y encefalitis viral no especificada (A82-A86)
- fiebre del dengue hemorrágico y otras fiebres virales transmitidas por mosquitos (A91-A92)
- fiebre amarilla (A95)
- fiebres hemorrágicas de Junin y Machupo, fiebre de Lassa (A96.0-A96.2)
- otras fiebres virales hemorrágicas (A98)
- viruela, viruela de los monos, sarampión, rubéola (B03-B06)
- hepatitis aguda B y C (B16-B17.1)
- hepatitis crónica B y C (B18.0-B18.2)
- parotiditis infecciosa (B26)
- paludismo [malaria], leishmaniasis, tripanosomiasis africana, enfermedad de Chagas (B50-B57)
- secuelas de poliomielitis (B91)
- secuelas de lepra (B92)
- secuelas de tracoma (B94.0)
- secuelas de encefalitis viral (B94.1)
- secuelas de hepatitis viral (B94.2)
- otras enfermedades emergentes de notificación a la OMS (por ejemplo, el SRAG (U04), la influenza aviar (J09))

(b) Tumores malignos

Un tumor maligno no debe ser aceptado como debido a cualquier otra enfermedad, excepto la enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

(c) Hemofilia

La hemofilia (D66, D67, D68.0-D68.2) no debe ser aceptada como “debida a” cualquier otra enfermedad.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

(d) Diabetes

La diabetes mellitus insulinodependiente (E10) no debe ser aceptada como "debida a" cualquier otra enfermedad, excepto las enfermedades que producen destrucción autoinmune de células β.

La diabetes mellitus no insulinodependiente (E11) no debe ser aceptada como "debida a" cualquier otra enfermedad, excepto las enfermedades que producen resistencia a la insulina.

La diabetes mellitus asociada con desnutrición (E12) no debe ser aceptada como "debida a" cualquier otra enfermedad, excepto a la desnutrición y a la deficiencia nutricional no especificada.

Otra diabetes mellitus y la no especificada (E13-E14) no debe ser aceptada como "debida a" cualquier otra enfermedad, excepto las enfermedades que producen daño al páncreas.

Consulte el Apéndice 7.2 Lista de afecciones que pueden causar diabetes.

(e) Fiebre reumática

La fiebre reumática (I00-I02) o la enfermedad reumática del corazón (I05-I09) no debe ser aceptada como "debida a" cualquier otra enfermedad, excepto:
• fiebre escarlatina (A38)
• sepsis estreptocócica (A40.0)
• faringitis estreptocócica (J02.0)
• amigdalitis aguda (J03.-)

(f) Enfermedades hipertensivas

Las enfermedades hipertensivas no deben ser aceptadas como debidas a cualquier tumor, excepto:
• tumores endocrinos
• tumores renales
• tumores carcinoides

(g) Enfermedad isquémica crónica del corazón

Las enfermedades isquémicas crónicas del corazón (I20, I25) no deben ser aceptadas como debidas a cualquier tumor.

(h) Enfermedades cerebrovasculares

(1) enfermedades cerebrovasculares y enfermedades del sistema digestivo

Las enfermedades cerebrovasculares (I60-I69) no deben ser aceptadas como debido a una enfermedad del sistema digestivo (K00-K92), excepto la hemorragia cerebral (I61.-) debida a enfermedades del hígado (K70-K76).

(2) infarto cerebral y endocarditis

Las siguientes afecciones cerebrovasculares no deben ser aceptadas como debidas a endocarditis (I05-I08, I09.1, I33-I38):

• infarto cerebral debido a trombosis de arterias precerebrales (I63.0)
• infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arterias precerebrales (I63.2)
• infarto cerebral debido a trombosis de arterias cerebrales (I63.3)
• infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arterias cerebrales (I63.5)
• infarto cerebral debido a trombosis de venas cerebrales, no piógeno (I63.6)
• otros infartos cerebrales (I63.8)
• infarto cerebral no especificado (I63.9)
• accidente cerebrovascular, no especificado como hemorrágico o isquémico (I64)
• otras enfermedades cerebrovasculares (I67)
• secuelas de enfermedad cerebrovascular, no especificada como hemorrágica o isquémica (I69.4)
• secuelas de otras enfermedades cerebrovasculares no especificadas (I69.8)
• oclusión y estenosis de arterias precerebrales, sin ocasionar infarto cerebral (I65), excepto embolia
• oclusión y estenosis de las arterias cerebrales, sin ocasionar infarto cerebral (I66), excepto embolia
• secuela de infarto cerebral (I69.3), excepto embolia

(i) Afecciones descritas como ateroscleróticas [arterioescleróticas]

Cualquier afección descrita como aterosclerótica [arteriosclerótica] no debe ser aceptada como "debida a" cualquier tumor

(j) Influenza

La influenza (J09-J11) no debe ser aceptada como "debida a" cualquier otra enfermedad.

(k) Anomalías congénitas

Una anomalía congénita (Q00-Q99) no debe ser aceptada como "debida a" cualquier otra enfermedad del individuo, inclusive prematuridad, excepto:

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

• una anomalía congénita debe ser aceptada como “debida a” una anomalía cromosómica o síndrome de malformación congénita

• la hipoplasia pulmonar debe ser aceptada como “debida a” una anomalía congénita

(l) Conflicto de duración de las afecciones

Una afección declarada con fecha de inicio "X" no debe ser aceptada como “debida a” una afección con fecha de inicio "Y", cuando "X" sea anterior a "Y" (véase también el ejemplo 5 en la sección 4.1.6).

(m) Accidentes

Los accidentes (V01-X59) no deben ser aceptados como debidos a cualquier otra causa fuera de este capítulo, excepto:

• cualquier accidente (V01-X59) debe ser aceptado como debido a epilepsia (G40-G41)
• una caída (W00-W19) debe ser aceptada como “debida a” un trastorno de la densidad ósea (M80-M85)
• una caída (W00-W19) debe ser aceptada como “debida a” una fractura (patológica) causada por un trastorno de la densidad ósea
• la asfixia por aspiración de moco, sangre (W80) o vómito (W78) debe ser aceptada como resultado de una enfermedad
• la aspiración de comida (líquida o sólida) de cualquier tipo (W79) debe ser aceptada como “debida a” una enfermedad que afecta la capacidad de tragar (ver Apéndice 7.4)

(n) Suicidio

El suicidio (X60-X84) no debe ser aceptado como debido cualquier otra causa.

La lista anterior no contiene todas las secuencias que deben ser rechazadas, pero en otros casos debe seguirse el Principio General, a menos que se indique lo contrario.

B. Secuencias aceptadas

Cuando se aplique el Principio General y las Reglas de Selección, las siguientes relaciones causales deben ser aceptadas:

(a) Enfermedades infecciosas debidas a otras afecciones

Las enfermedades infecciosas distintas a las referidas en la sección 4.2.2 A. (a), deben ser aceptadas como debidas a otras afecciones.

(b) Enfermedades infecciosas debidas a VIH, tumores malignos y trastornos que afectan el sistema inmunológico

Las siguientes enfermedades infecciosas debe ser aceptadas como debidas a la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], los tumores malignos y los trastornos que afectan el sistema inmunológico:

• fiebres tifoidea y paratifoidea, otras infecciones por *Salmonella*, shigelosis (A01-A03)
• tuberculosis (A15-A19)
• secuelas de tuberculosis (B90)

(c) Tumores malignos y VIH

Un tumor maligno debe ser aceptado como debido a la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]

(d) Diabetes

La diabetes mellitus insulinodependiente (E10) debe ser aceptada como “debida a” enfermedades que producen destrucción autoinmune de células β.

La diabetes mellitus no insulinodependiente (E11) debe ser aceptada como “debida a” enfermedades que producen resistencia a la insulina.

La diabetes mellitus asociada con desnutrición (E12) debe ser aceptada como “debida a” desnutrición y a deficiencia nutricional no especificada.

Otra diabetes mellitus y la no especificada (E13-E14) debe ser aceptada como “debida a” enfermedades que producen daño al páncreas.

Consulte el Apéndice 7.2 Lista de afecciones que pueden causar diabetes.

(e) Fiebre reumática

La fiebre reumática (I00–I02) o la enfermedad reumática del corazón (I05–I09) debe ser aceptada como “debida a”:

• escarlatina (A38)
• sepsis estreptocócica (A40.–)
• angina de garganta (faringitis) estreptocócica (J02.0)
• amigdalitis aguda (J03.–);

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

(f) Enfermedades hipertensivas

Las enfermedades hipertensivas deben ser aceptadas como debidas a:

• tumores endocrinos
• tumores renales
• tumores carcinoides

(g) Enfermedades cerebrovasculares

• La hemorragia cerebral (I61.-) debe ser aceptada como debida a enfermedades del hígado (K70-K76)

Embolia que causa:

• oclusión y estenosis de arterias precerebrales (I65)
• oclusión y estenosis de arterias cerebrales (I66)
• secuelas de infarto cerebral (I69.3)

deben ser aceptadas como debidas a endocarditis (I05-I08, I09.1, I33-I38).

(h) Anomalías congénitas

• una anomalía congénita debe ser aceptada como “debida a” una anomalía cromosómica o síndrome de malformación congénita
• la hipoplasia pulmonar debe ser aceptada como “debida a” una anomalía congénita

(i) Accidentes

• cualquier accidente (V01-X59) debe ser aceptado como debido a epilepsia (G40-G41)
• una caída (W00-W19) debe ser aceptada como “debida a” un trastorno de la densidad ósea (M80-M85)
• una caída (W00-W19) debe ser aceptada como “debida a” una fractura (patológica) causada por un trastorno de la densidad ósea
• la asfixia por aspiración de moco, sangre (W80) o vómito (W78) debe ser aceptada como resultado de una enfermedad
• la aspiración de comida (líquida o sólida) de cualquier tipo (W79) debe ser aceptada como “debida a” una enfermedad que afecta la capacidad de tragar (ver Apéndice 7.4).

(j) Enfermedades circulatorias agudas o terminales

Las enfermedades circulatorias agudas o terminales informadas como debidas a tumor maligno, diabetes o asma deberán ser aceptadas como secuencias posibles cuando se mencionan en la Parte I del certificado. Las siguientes afecciones se consideran como enfermedades circulatorias agudas o terminales:

• infarto agudo del miocardio (I21–I22)
• otras enfermedades isquémicas agudas del corazón (I24.–)
• embolia pulmonar (I26.–)
• pericarditis aguda (I30.–)
• endocarditis aguda y subaguda (I33.–)
• miocarditis aguda (I40.–)
• bloqueo auriculoventricular y de rama izquierda del haz (I44.–)
• otros trastornos de la conducción (I45.–)
• paro cardíaco (I46.–)
• taquicardia paroxística (I47.–)
• fibrilación y aleteo auriculares (I48.–)
• otras arritmias cardíacas (I49.–)
• insuficiencia cardíaca (I50.–)
• otras enfermedades cardíacas mal definidas (I51.8)
• enfermedades cerebrovasculares en I60-I66, I67.6–I67.8 e I69

4.2.3 Efecto de la duración en la clasificación

Cuando se evalúa la secuencia informada de las causas y antecedentes directos, se debe considerar el intervalo entre la aparición de la enfermedad o afección y el momento de la muerte. Esto deberá aplicarse en la interpretación de las secuencias rechazadas y aceptadas (Sección 4.2.2).

Las categorías O95 (muerte obstétrica de causa no especificada), O96 (muerte materna por una causa obstétrica que ocurre después de 42 días pero antes de un año después del parto) y O97 (muerte por secuela de una causa obstétrica directa) clasifican las muertes obstétricas de acuerdo con el tiempo que ocurre entre la afección obstétrica y la muerte de la madre. La categoría O95 debe usarse cuando la mujer muere durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto o el puerperio, y la única información que se conoce es "muerte materna" u "obstétrica". Si la causa obstétrica se especifica, codifique en la categoría apropiada. La categoría O96 se utiliza para clasificar las muertes debidas a causas obstétricas directas o indirectas que ocurren después de 42 días pero menos de un año después de la terminación del embarazo. La categoría O97 se utiliza para clasificar las muertes por cualquier causa obstétrica (directa o indirecta) que ocurre un año o más después de la terminación del embarazo.

Las afecciones clasificadas como malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99), aunque no se especifiquen en el certificado, como congénitas, deben codificarse como tal si el intervalo entre la aparición y la muerte, y la edad del fallecido, indican que la afección existió desde el nacimiento.

La clasificación tiene categorías específicas para indicar algunas enfermedades y traumatismos como la causa de secuelas o de efectos tardíos. En muchos casos, estas secuelas incluyen afecciones presentes un año o más después de

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

la aparición de la enfermedad o del traumatismo (ver también 4.2.4 Secuelas, a continuación).

4.2.4 Secuelas

Algunas categorías (B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97 y Y85-Y89) se utilizan para codificar la causa básica de muerte cuando esta resultó de los efectos tardíos (residuales) de una enfermedad determinada o de un traumatismo, y no ocurrió durante la fase activa. Las afecciones informadas como secuelas o efectos tardíos de una enfermedad determinada o de un traumatismo deben clasificarse en la categoría apropiada de secuela, independientemente del intervalo entre la aparición de la enfermedad o traumatismo y la muerte. Para algunas afecciones, las muertes que ocurren un año o más después de la aparición de la enfermedad o traumatismo se presumen como debidas a secuela o efecto tardío de la afección, aun cuando no se mencione explícitamente como secuela. Para la interpretación del término "secuelas" se ofrece orientación bajo la mayoría de las categorías denominadas "Secuelas de . . ." en la lista tabular.

B90.- Secuelas de tuberculosis

Las secuelas incluyen afecciones especificadas como tales o como efectos tardíos de enfermedad tuberculosa anterior, y efectos residuales de tuberculosis especificada como detenida, curada, sanada, inactiva o antigua, a menos que haya evidencia de tuberculosis activa.

B94.0 Secuelas de tracoma

Las secuelas de tracoma incluyen efectos tardíos o residuales de esta enfermedad especificada como curada o inactiva, tales como ceguera, entropión cicatricial y cicatrices conjuntivales, a menos que haya evidencia de infección activa.

B94.1 Secuelas de encefalitis viral

Las secuelas incluyen afecciones especificadas como tales, o como efectos tardíos, y aquellas presentes un año o más después de la aparición de la afección causal.

B94.8 Secuelas de otras enfermedades infecciosas y parasitarias

Las secuelas incluyen afecciones especificadas como tales, o como efectos tardíos y residuales de estas enfermedades, que se describen como detenidas, curadas, sanadas, inactivas o antiguas, a menos que haya evidencia de enfermedad activa. Las secuelas también incluyen enfermedades crónicas informadas como debidas a, o afecciones residuales presentes un año o más después de la aparición de, afecciones clasificables en las categorías A00-B89.

E64.3 Secuelas de raquitismo

Las secuelas incluyen cualquier afección especificada como raquítica o como debida a raquitismo, y que está presente un año o más después de la aparición de la enfermedad, o que se señala específicamente como una secuela o efecto tardío de raquitismo.

G09 Secuelas de enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central

Esta categoría existe para codificar las secuelas de las afecciones clasificables en G00.-, G03-G04, G06.- y G08. Las secuelas de las enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central sujetas a clasificación doble (G01*, G02.-*, G05.-* y G07*) deben ser codificadas en las categorías existentes para clasificar las secuelas de la afección básica (por ejemplo, B90.0 secuelas de tuberculosis del sistema nervioso central). Si no hay categoría de secuelas para la afección básica, codifique la afección básica misma.

4.2.5 Consistencia entre el sexo del paciente y el diagnóstico

Algunas categorías están limitadas a un sexo (ver la sección 3.1.5). Si, después de la verificación, el sexo y la causa de muerte en el certificado no son consistentes, la muerte debe codificarse en "otras causas de mortalidad mal definidas o no especificadas" (R99).

4.2.6 Complicaciones de la atención médica y quirúrgica

A. Cirugías y otros procedimientos, sin mención de la causa.

Si una operación aparece en el certificado como la causa de muerte sin mención de la afección por la cual fue realizada, ni de los hallazgos de dicha operación, y el Índice alfabético no indica ningún código específico para la operación, codifique en la categoría residual para el órgano o lugar indicado por el nombre de la operación (por ejemplo, codifique "nefrectomía" en N28.9). Si la operación no indica un órgano o sitio específico, por ejemplo "laparotomía", codifique como "otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad" (R99), a menos que haya mención de un incidente terapéutico clasificable en O74, O75.4 o Y60-Y84 o una complicación postoperatoria.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Ejemplo 1: I (a) Embolia pulmonar
(b) Apendicectomía
(c)
(d)

Codifique la enfermedad del apéndice no especificada (K38.9)

Si hay mención de un incidente ocurrido durante el procedimiento, codifique en O74, O75.4 o Y60-Y69. Si hay mención de una reacción anormal del paciente, sin mención de incidente en el momento de efectuar el procedimiento, codifique en O74, O75.4 o Y83-Y84.

Ejemplo 2: I (a) Punción accidental de la aorta
(b) Laparotomía
(c)
(d)

Codifique la punción accidental durante la operación quirúrgica (Y60.0)

Codifique las complicaciones de cirugía obstétrica en la causa por la cual se efectuó la cirugía.

Ejemplo 3: I (a) Hemorragia postoperatoria
(b) Cesárea
(c) Trabajo de parto prolongado
(d)

Codifique trabajo de parto prolongado, no especificado (O63.9)

Si no se menciona el motivo por el cual se realizó la cirugía obstétrica, codifique en O75.4.

Ejemplo 4: I (a) Embolia de líquido amniótico
(b) Cesárea
(c)
(d)

Codifique en otras complicaciones de la cirugía obstétrica y de otros procedimientos obstétricos (O75.4)

Siempre que una complicación de un procedimiento no está indexada o no es un sinónimo de un término indexado o de inclusión, codifique las complicaciones tempranas y las complicaciones mecánicas en T80-T88. Codifique las

complicaciones tardías y las complicaciones funcionales en el capítulo correspondiente al sistema.

B. Dispositivos médicos asociados a incidentes adversos debidos a causas externas clasificadas en otra parte.

Si la muerte es causada por un incidente que involucra un dispositivo médico, pero el incidente se debe a una causa externa clasificada en otra parte y no a una avería o mal funcionamiento del dispositivo en sí, codifique la causa externa.

Ejemplo 1: I (a) Neumonía por aspiración
(b) Hemorragia de la tráquea
(c) Caída de la cama mientras estaba conectado al
(d) respirador
II Terapia respiratoria consecutiva a trasplante de hígado

Codifique la caída de la cama (W06). No hay mención de una avería o mal funcionamiento del respirador.

Ejemplo 2: I (a) Edema pulmonar
(b) Detención de bomba de circulación intra-aórtica
(c) Corte de energía eléctrica debida a huracán
(d) Infarto al miocardio reciente con insuficiencia mitral

Codifique como víctima de tormenta cataclísmica (X37). No hay indicación de mal funcionamiento de la bomba de circulación

Si la causa externa que origina el incidente no está especificada, codifique la exposición a factores no especificados que causan otras lesiones y las no especificadas (X59.9).

Ejemplo 3: I (a) Insuficiencia cardiaca y respiratoria
(b) Suspensión en la administración de droga inotrópica
(c) Eliminación accidental de la línea subclavia
(d)
II Cirugía por ruptura aguda de vesícula biliar

Codifique la exposición a factores no especificados que causan otras lesiones y no especificadas (X59.9), ya que la eliminación accidental no está específicamente clasificada.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

4.2.7 Tumores [neoplasias] malignos

4.2.7.1 Introducción

La codificación de los tumores malignos no es diferente de la codificación de otras afecciones. Las reglas de selección y de modificación se deben aplicar de la manera habitual en los certificados de defunción donde se registren tumores malignos, y como en toda la codificación de mortalidad, el codificador tiene que considerar toda la información proporcionada en el certificado de defunción para asignar los códigos de la CIE.

Para las neoplasias, es especialmente importante tener en cuenta la información sobre el comportamiento, la morfología y el sitio anatómico afectado. Cuando el comportamiento, la morfología y el sitio están bien descritos por el médico, el codificador no tendrá ninguna dificultad en encontrar el código correcto a través de la búsqueda del término apropiado en el volumen 3. Sin embargo, los términos registrados en el certificado de defunción no siempre son completos o suficientemente claros. Las siguientes instrucciones ayudarán a los codificadores para asignar códigos en tales casos. Así mismo, muestran que las reglas de selección y de modificación también se aplican a los certificados de defunción donde se mencionan tumores malignos como causas de muerte.

(a) El comportamiento del tumor, su morfología y el sitio anatómico afectado

Cuando se codifican los tumores, se debe tomar en cuenta su comportamiento, morfología y el sitio anatómico que afectan. El comportamiento del tumor indica la forma en que actúa en el cuerpo, es decir, de que manera evoluciona éste. La CIE agrupa a los tumores según su comportamiento, como se detalla a continuación:

C00-C97 Tumores malignos (invaden el tejido circundante o se diseminan desde su punto de origen y comienzan a crecer en otro sitio)

D00-D09 Tumores in situ (son tumores malignos que aún están confinados al tejido en el cual se originaron)

D10-D36 Tumores benignos (crecen en su lugar sin la posibilidad de propagarse)

D37-D48 Tumores de comportamiento incierto o desconocido (se ignora si son benignos o malignos)

La morfología describe el tipo y estructura de las células o los tejidos y el comportamiento de los tumores. La CIE provee la clasificación de grandes grupos morfológicos, incluyendo los siguientes:

Carcinomas, incluyendo el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma

Sarcomas y otros tumores de tejidos blandos, incluyendo mesotelioma

Tipos para sitios específicos que indican el lugar del tumor primario, como por ejemplo el hepatoma (C22.0)

Linfomas, incluyendo el linfoma de Hodgkin y el linfoma no Hodgkin

Leucemias

Otros grupos morfológicos especificados, tales como el melanoma maligno (C43.-)

Las categorías de la CIE identifican el sitio del tumor y también distinguen sus diferentes comportamientos. Las categorías son las siguientes:

C00-C75 Tumores malignos, establecidos o que se presume son primarios, de sitios especificados y en diferentes tipos de tejidos, excepto del tejido linfoide, hematopoyético, y tejidos relacionados.

C76 Tumor maligno de otros sitios y de sitios mal definidos.

C77-C79 Tumores malignos secundarios, establecidos o que se presume que se diseminaron desde otro sitio, sin importar el tipo morfológico del tumor

Nota: Las categorías (C77-C79) no se deben utilizar como causa básica de defunción.

C80 Tumor maligno de sitio no especificado.

C81-C96 Tumores malignos, establecidos o que se presume como primarios de los tejidos linfoide, hematopoyético y de tejidos relacionados.

C97 Tumores malignos (primarios) de sitios múltiples independientes.

(b) Uso del Índice Alfabético

En el Volumen 3 de la CIE, Índice Alfabético, el término principal "Tumor" proporciona notas de orientaciones, lista los sitios y presenta hasta cinco códigos para los tumores dependiendo de su comportamiento. Sin embargo, es importante buscar primero el tipo morfológico en el índice alfabético antes de

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

referirse a la lista de tumores por sitio. El término principal para el tipo morfológico establece el código a utilizar o dirige al codificador a la entrada correcta bajo el término principal "Tumor".

No todas las combinaciones de raíces en términos morfológicos compuestos se encuentran indexadas. Por ejemplo, el término “condrofibrosarcoma” no aparece en el índice alfabético, pero si se encuentra el término “fibrocondrosarcoma”. Puesto que los dos términos tienen las mismas raíces, aunque en un orden diferente, codifique “condrofibrosarcoma” de la misma forma que “fibrocondrosarcoma”.

A menos que estén específicamente indexados, codifique un término morfológico que termine en "osis" de la misma forma que el nombre del tumor al cual se ha añadido el sufijo "osis". Por ejemplo, codifique “neuroblastomatosis” de la misma manera que “neuroblastoma”. Sin embargo, no codifique “hemangiomatosis”, que está específicamente indexada a una categoría diferente, de la misma manera que “hemangioma”. La metástasis generalizada de un carcinoma a menudo se llama carcinomatosis. Vea las secciones 4.2.7.5 y 4.2.7.6 para obtener instrucciones más detalladas sobre la codificación de los tumores metastásicos.

Si un término inespecífico no calificado tal como carcinoma o sarcoma aparece junto con un término que describe un tipo histológico más específico del mismo grupo amplio, codifique en el sitio de la morfología más específica, asumiendo que el sitio no específico es metastásico.

(c) Las reglas de selección

Tome en cuenta que un tumor maligno no significa automáticamente que tenga prioridad sobre otras causas de muerte que se registren en un certificado de defunción. La causa básica de muerte debe asignarse a un tumor maligno sólo si las reglas de selección se aplican estrictamente, y eso conduce a la selección del tumor.

Ejemplo 1:
I (a) Cirrosis hepática
(b) Hepatitis viral
(c)
(d)
II Carcinoma hepatocelular

Codifique la hepatitis viral (B19.9). La hepatitis viral, seleccionada por el Principio General, no es una consecuencia directa obvia del carcinoma hepatocelular, el cual no debe ser seleccionado como causa básica de defunción.

Ejemplo 2:
I (a) Insuficiencia renal
(b) Nefropatía
(c) Diabetes mellitus
(d) Tumor maligno de la mama

Codifique la diabetes con complicaciones renales (E14.2). De acuerdo con las instrucciones establecidas en la sección 4.2.2 sobre afecciones que producen la diabetes, el tumor maligno de la mama se rechaza como causa de la diabetes. La diabetes es seleccionada como la básica de defunción, mediante la aplicación de la Regla 1.

4.2.7.2 Implicación de malignidad

La mención, en cualquier lugar del certificado, de que un tumor ha producido metástasis significa que ese tumor debe ser codificado como maligno, aún cuando el tumor sin hacer mención de las metástasis se clasifique de manera diferente.

Ejemplo 3:
I (a) Metástasis cerebral
(b) Tumor de pulmón
(c)
(d)

Codifique el tumor maligno del pulmón (C34.9). El tumor de pulmón se considera maligno, ya que ha producido metástasis en el cerebro. Se aplica el Principio General.

Ejemplo 4:
I (a) Metástasis que involucra la pared torácica
(b) Carcinoma in situ de la mama
(c)
(d)

Codifique el carcinoma maligno de la mama (C50.9). Puesto que el tumor de la mama se ha extendido a la pared torácica, ya no es in situ, y se le considera maligno. Se aplica el Principio General.

Esto también se aplica a otros tipos de tumores que no están indexados en el Capítulo II, por ejemplo, ciertos pólipos. Si éstos se registran como la causa de metástasis o de tumores secundarios, deben ser considerados como malignos y codificarse como tumores malignos.

Ejemplo 5:
I (a) Tumor maligno secundario del pulmón
(b) Pólipos del estómago
(c)
(d)

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Codifique como tumor maligno primario del estómago (C16.9), ya que se registra que el pólipo ha producido un tumor secundario se le considera como maligno. Se aplica el Principio General.

4.2.7.3 Sitio primario

Cuando un tumor maligno es considerado como la causa básica de muerte, lo más importante es determinar el sitio primario. Si el certificado de defunción es ambiguo en cuanto a la localización del sitio primario, se deben hacer todos los esfuerzos para obtener la aclaración de parte de quien realizó la certificación. Las siguientes instrucciones contenidas en las secciones 4.2.7.3 - 4.2.7.9, se debe aplicar sólo cuando no fue posible obtener la aclaración correspondiente.

A. Tumores malignos con sitio primario indicado

(a) Un tumor especificado como primario

Si un tumor maligno está especificado como primario, y otros tumores están mencionados pero no descritos como primarios, entonces éstos deben considerarse como secundarios. También se les debe considerar como una consecuencia obvia del tumor especificado como primario.

Ejemplo 6: I (a) Carcinoma de células transicionales de la vejiga
(b)
(c)
(d)
II Carcinoma de células transicionales primario del riñón

El carcinoma de células transicionales de la vejiga registrado en el inciso (a) de la parte I, seleccionado por el Principio General, no está especificado como primario. Pero en la parte II se encuentra descrito un tumor primario. Por lo tanto, se aplica la Regla 3, y el carcinoma de células transicionales de la vejiga se considera como una consecuencia obvia del Carcinoma de células transicionales primario del riñón reportado en la parte II. Codifique el tumor maligno primario del riñón (C64).

Esto no se aplica cuando los tumores tienen diferentes morfologías.

Ejemplo 7: I (a) Carcinoma de células transicionales de la vejiga
(b)
(c)
(d)
II Osteosarcoma primario de la rodilla

El carcinoma de células transicionales de la vejiga registrado en el inciso (a) de la parte I no está especificado como primario. Por Principio General se le selecciona como la causa antecedente originaria. El tumor maligno registrado en la parte II es de diferente morfología, Puesto que un carcinoma de células transicionales no es una consecuencia de un osteosarcoma, la Regla 3 no es aplicable. Codifique como causa básica, el carcinoma de células transicionales de la vejiga (C67.9).

Para instrucciones adicionales para certificados con más de un tumor especificado como primario, vea la Sección C.

(b) Otros tumores especificados como secundarios

Los tumores secundarios deben ser aceptados como debidos a otros tumores malignos. También los tumores malignos incluidos en la lista de sitios comunes de metástasis (ver la Tabla 3 de la Sección 4.2.7.5), deben ser aceptados como debidos a otros tumores malignos.

Ejemplo 8: I (a) Tumores secundarios del pulmón, pleura, cerebro e hígado
(b) Carcinoma de la mama
(c)
(d)

El carcinoma de la mama puede dar origen a tumores secundarios en el pulmón, pleura, cerebro e hígado. Aplicando el Principio General se selecciona el tumor maligno de la mama (C50.9) como la causa básica de muerte.

Un tumor maligno especificado como secundario, debe ser considerado como una consecuencia obvia de un tumor maligno indicado como primario.

Ejemplo 9: I (a) Carcinoma secundario del pulmón
(b)
(c)
(d)
II Carcinoma primario de riñón

Primero, utilizando el Principio General se selecciona el carcinoma secundario del pulmón como la causa antecedente originaria. Sin embargo, este tumor secundario es una consecuencia obvia del tumor maligno primario del riñón, por lo que se aplica la Regla 3 y se reselecciona el tumor maligno del riñón (C64), como la causa básica de muerte.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Además, si todos los sitios, excepto uno, son especificados como secundarios, considere este sitio no especificado como secundario, como el sitio primario. Consecuentemente, la Regla 3 es aplicable.

Ejemplo 10: I (a) Tumores secundarios de los ganglios linfáticos,
(b) vértebras y peritoneo
(c)
(d)
II Cáncer de próstata

Todos los sitios registrados en la parte I están especificados como secundarios. Hay un sitio registrado no especificado como secundario, en este caso en la parte II, el cáncer de próstata. Primero, aplicando la Regla 2 se selecciona el tumor secundario de ganglios linfáticos. Luego, aplicando la Regla 3 esa diseminación secundaria se considera una consecuencia obvia del cáncer de próstata registrado en la parte II. Seleccione el tumor maligno de próstata (C61) como la causa básica de muerte.

(c) Un tumor registrado como debido a una enfermedad que incrementa el riesgo de malignidad

Cuando en un certificado se registra un tumor maligno como debido a una afección que se considera que incrementa el riesgo de desarrollo de malignidad en ese sitio, codifique el tumor maligno como primario.

Esto aplica, aún cuando el sitio está incluido en la lista de sitios comunes de metástasis (ver la Tabla 3 de la sección 4.2.7.5).

Ejemplo 11: I (a) Cáncer del hígado y del pulmón
(b) Hepatitis crónica
(c)
(d)

Aplique la Regla 2 y codifique el tumor maligno del hígado, no especificado (C22.9), ya que la hepatitis crónica incrementa el riesgo de desarrollo de malignidad del tumor maligno primario del hígado.

Ejemplo 12: I (a) Cáncer del pulmón
(b) Cáncer del hígado
(c) Exposición prolongada al cloruro de vinilo
(d)

Aplique Regla 1 y codifique el tumor maligno del hígado, no especificado (C22.9), ya que el cloruro de vinilo incrementa el riesgo de desarrollo de malignidad del cáncer primario de hígado. Utilizando la sección 4.2.7.5, el cáncer del pulmón se considera como secundario.

Ejemplo 13: I (a) Cáncer de la pared torácica
(b) Cáncer del pulmón
(c) Tabaquismo crónico
(d)

Aplique Regla 1 y codifique el tumor maligno del pulmón, no especificado (C34.9). El tabaquismo incrementa el riesgo de desarrollo de cáncer primario del pulmón. Utilizando la sección 4.2.7.5, el cáncer de la pared torácica se considera como secundario.

Ejemplo 14: I (a) Mesotelioma de la pleura y ganglios linfáticos
(b) Inhalación prolongada de polvo de asbestos
(c)
(d)

Aplique Regla 2 y codifique el mesotelioma de la pleura (C45.0). La exposición prolongada a asbestos incrementa el riesgo de desarrollo de mesotelioma pleural, el cual se considera como primario. El tumor maligno de los ganglios linfáticos se considera como secundario (ver la sección 4.2.7.5 D).

Ejemplo 15: I (a) Tumor maligno del mediastino e hígado
(b) Inhalación prolongada de polvo de asbestos
(c)
(d)

Aplique Regla 2 y codifique el tumor maligno del mediastino (C38.3). La exposición prolongada a asbestos incrementa el riesgo de desarrollo de cáncer del mediastino y el tumor maligno de hígado se considera como secundario.

Para información adicional sobre afecciones que se considera que incrementan el riesgo de desarrollo de malignidad, favor de referirse a la página electrónica de la OMS, sección CIE-10, clasificación de la mortalidad.

(d) Morfología de sitio especificado

Note que el índice alfabético asigna algunas morfologías a un sitio primario especificado:

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Ejemplo 16: I (a) Metástasis generalizada
(b) Adenocarcinoma pseudomucinoso
(c)
(d)

Seleccione el adenocarcinoma pseudomucinoso utilizando el Principio General. Codifique el tumor maligno del ovario (C56), ya que el adenocarcinoma pseudomucinoso de sitio no especificado es asignado al ovario en el índice alfabético.

Si dos o más morfologías están registradas, codifique de acuerdo a lo indicado en la sección 4.2.7.3 C.

(e) El tiempo registrado no indica el sitio primario

En un certificado de defunción, el tiempo registrado para cada tumor no debe ser utilizado para establecer el sitio primario. Ya que el mismo paciente podría desarrollar varios tumores malignos primarios. Además la duración registrada puede referirse a la fecha del establecimiento del diagnóstico más que a la duración de la enfermedad.

Ejemplo 17: I (a) Tumor maligno de la garganta 8 meses
(b)
(c)
(d)
II Tumor maligno de la mama 12 años

Una afección seleccionada por el Principio General o por las Reglas 1 o 2 debería ser considerada como una consecuencia obvia de una afección registrada en cualquier lugar del certificado, únicamente si no hay duda sobre su relación. En este caso, las diferentes duraciones no necesariamente indican que el tumor maligno de la garganta es una metástasis del tumor maligno de la mama, ya que el paciente pudo haber desarrollado dos tumores malignos independientes. Consecuentemente la Regla 3 no aplica. Seleccione por Principio General, el tumor maligno de la garganta (C14.0).

Ejemplo 18: I (a) Tumor maligno del riñón (7 meses) y de próstata (5 años)
(b)
(c)
(d)

Como en el Ejemplo 17, las diferentes duraciones no necesariamente indican que el tumor más reciente sea una metástasis del tumor de mayor duración. La Regla 3 no aplica. Ambos tumores se consideran como primarios. Codifique el tumor maligno primario del riñón (C64), seleccionado por Regla 2.

B. Sitio primario desconocido

Si en el certificado se establece que el sitio primario es desconocido, codifique en la categoría para sitio no especificado del tipo morfológico involucrado. Por ejemplo, codifique adenocarcinoma en C80.0, fibrosarcoma en C49.9 y osteosarcoma en C41.9. Pase por alto cualquier otro sitio mencionado en el certificado.

Ejemplo 19: I (a) Carcinoma secundario del hígado
(b) Sitio primario desconocido
(c) ¿Estómago? ¿Colon?
(d)

El certificado establece que el sitio primario es desconocido. Se descartan los sitios (estómago y colon) mencionados en la línea I (c). Codifique en carcinoma sin especificación de sitio (C80.0).

Ejemplo 20: I (a) Metástasis generalizadas
(b) Melanoma
(c) Sitio primario desconocido
(d)

Codifique en melanoma maligno de sitio no especificado (C43.9).

Si no se indica el tipo morfológico, codifique como tumor maligno de sitio no especificado (C80.9).

Ejemplo 21: I (a) Metástasis del hígado
(b)
(c)
(d)

El certificado no especifica el sitio primario. Cuando sea posible deberá solicitarse la aclaración al médico certificante. Si esto no es posible, codifique como tumor maligno de sitio no especificado (C80.9).

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

C. Más de un tumor maligno primario

La presencia de más de un tumor maligno primario puede estar indicada de varias formas, por ejemplo:

- Mención de dos o más sitios anatómicos diferentes
- Dos o más tipos morfológicos distintos
- Por una combinación de un tipo morfológico que implica un sitio específico, más otro sitio

Cuando en un certificado de defunción se menciona más de un sitio primario, el certificante debe ser cuestionado para que especifique uno de los tumores malignos como la causa básica de defunción. Si no hay aclaración se deberán aplicar las reglas de selección de la forma usual.

(a) Dos o más sitios anatómicos diferentes

Un tumor maligno primario de un sitio no debe ser aceptado como debido a un tumor maligno primario de otro sitio.

Ejemplo 22: I (a) Cáncer de estómago
(b) Cáncer de mama
(c)
(d)

El estómago no se encuentra en la lista de sitios comunes de metástasis (ver la Sección 4.2.7.5 Tabla 3) y tanto el cáncer de estómago como el cáncer de mama son considerados como primarios. Sin embargo, no se acepta que un tumor maligno primario se deba a otro tumor maligno primario. Aplica la Regla 2, y se selecciona el cáncer de estómago (C16.9).

Ejemplo 23: I (a)) Cáncer de próstata
(b)
(c)
(d)
II Cáncer de estómago

Se mencionan dos diferentes tumores malignos primarios, cáncer de estómago y cáncer de próstata. Por Principio General se selecciona el cáncer de próstata (C61), que es mencionado en la Parte I.

Ejemplo 24: I (a) Cáncer
(b)
(c)
(d)
II Cáncer de próstata

Por Principio General se selecciona cáncer no especificado (C80.9). Posteriormente se aplica la Regla D de especificidad y se selecciona el término más específico, “Cáncer de próstata” (C61), registrado en la Parte II.

(b) Dos o más diferentes tipos morfológicos

Un tumor maligno de un tipo morfológico específico no debe ser aceptado como debido a un tumor con tipo morfológico diferente.

Ejemplo 25: I (a) Hipernefroma
(b) Carcinoma de células de avena
(c)
(d)

El hipernefroma y el carcinoma de células de avena son de diferente tipo morfológico. Por tanto, no se acepta que el hipernefroma sea debido al carcinoma de células de avena. Por Regla 2 se selecciona el hipernefroma (C64).

No se debe considerar el término “Cáncer” como un tipo morfológico específico. Usualmente se le utiliza como sinónimo de “tumor maligno”.

Ejemplo 26: I (a) Cáncer de hígado
(b) Melanoma maligno del colon
(c)
(d)

No considere el “cáncer de hígado” y el “melanoma maligno” como tipos morfológicos diferentes. Por Principio General se selecciona el melanoma maligno del colon y se codifica como tumor maligno del colon (C18.9). Considere el cáncer de hígado como secundario.

Sin embargo, un tumor maligno del tejido linfoide, hematopoyético o de tejidos relacionados (C81-C96) puede derivar en otro tipo de tumor en el tejido linfoide, hematopoyético o de tejidos relacionados. Por tanto si en el certificado se registra una secuencia de esos tumores, la secuencia debe aceptarse.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Ejemplo 27: I (a) Leucemia linfocítica aguda
(b) Linfoma no Hodgkin
(c)
(d)

Un linfoma no Hodgkin puede transformarse en una leucemia linfocítica aguda. La secuencia debe ser aceptada, y el linfoma no Hodgkin (C85.9) se selecciona por Principio General.

La exacerbación aguda de, o crisis blástica (aguda) en, la leucemia crónica es considerada como una consecuencia obvia de la forma crónica.

Ejemplo 28: I (a) Leucemia linfocítica aguda y crónica
(b)
(c)
(d)

La leucemia linfocítica aguda, mencionada en primer lugar en la línea (a), es seleccionada como la causa básica provisional por Regla 2. Sin embargo, es una consecuencia obvia de la leucemia linfocítica crónica. La Regla 3 también se aplica, y la leucemia linfocítica crónica (C91.1) es seleccionada como la causa básica de muerte.

(c) Morfología de un sitio específico reportada con otros sitios

Algunas morfologías son específicas para un sitio en particular o tipo de tejido (ver el índice alfabético). Un tumor maligno de un sitio en particular o tejido no debe ser aceptado como debido a una neoplasia de otro sitio o tipo de tejido. Aplique las reglas de selección de la forma habitual, si un tumor con morfología de un sitio específico es informado con un tumor maligno de otro sitio.

Ejemplo 29: I (a) Linfoma de Hodgkin
(b) Carcinoma de vejiga
(c)
(d)

Se mencionan dos tipos morfológicos que indican la presencia de dos tumores primarios diferentes, el linfoma de Hodgkin y el carcinoma de vejiga. Un tumor maligno primario no debe ser aceptado como debido a otra neoplasia. Por lo tanto, se aplica la Regla 2, y se selecciona el linfoma de Hodgkin no especificado (C81.9).

Ejemplo 30: I (a) Hepatoma
(b) Cáncer de mama
(c)
(d)

La morfología “hepatoma” indica un tumor maligno primario del hígado. Un tumor maligno primario del hígado no debe ser aceptado como debido a un cáncer de mama, ya que tanto el hepatoma y el cáncer de mama se consideran primarios. Codifique hepatoma (C22.0), usando la Regla 2.

4.2.7.4 Tumores malignos de sitios contiguos

En la introducción del capítulo II en el volumen 1 (Notas, Sección 5) se describe el contenido y el uso previsto para la subcategoría .8, tumores malignos de sitios contiguos. En la codificación de la mortalidad se debe utilizar el código para las neoplasias malignas de los sitios contiguos sólo si la lesión ha sido expresamente descrita como contigua, o si el término anatómico utilizado en el certificado de defunción indica un sitio contiguo. No use código para las lesiones contiguas si el tumor maligno se ha diseminado de una parte de un órgano o sistema orgánico a otra parte del mismo órgano o sistema orgánico.

Ejemplo 31: I (a) Lesión de sitios contiguos de las neoplasias malignas
(b) de la lengua y el suelo de la boca.
(c)
(d)

Codifique en C14.8, Lesión de sitios contiguos del labio, de la cavidad bucal y de la faringe. La neoplasia se describe como lesiones contiguas.

Ejemplo 32: I (a) Tumor maligno del colon rectosigmoideo
(b)
(c)
(d)

Codifique en C19, Tumor maligno de la unión rectosigmoidea. El término “rectosigmoideo” indica un sitio contiguo.

No es suficiente que en el certificado se enumeren los sitios “como si fueran” contiguos. En ese caso, seleccione la causa básica por aplicación de reglas de selección y modificación de la forma habitual.

MATERIAL DE CODIFICACIÓN

Ejemplo 33: I (a) Tumor maligno de colon y vesícula biliar
(b)
(c)
(d)

No hay ninguna referencia de que “colon y vesícula biliar” se refiera a un tumor de sitios contiguos. Por lo tanto, se consideran como dos sitios primarios independientes. Tumor maligno del colon (C18.9) se selecciona como causa básica de la muerte por aplicación de Regla 2, ya que es mencionado primero en el certificado.

4.2.7.5 Sitios comunes de metástasis

A. Lista de sitios comunes de metástasis

Aunque las células malignas pueden dar metástasis a cualquier parte del cuerpo, algunos sitios son más comúnmente afectados y deben tratarse de forma diferente. Estos sitios están listados en la Tabla 3.

……

Tabla 3. Sitios comunes de metástasis

Cerebro	Nódulos linfáticos (ver instrucción especial)
Diafragma	Peritoneo
Hígado	Pleura
Hueso	Pulmón (ver instrucción especial)
Mediastino	Retroperitoneo
Médula espinal	Sitios mal definidos (clasificables en C76)
Meninges	

B. Sitios comunes de metástasis: cómo utilizar la lista

(a) Un sitio común de metástasis reportado con otros sitios

Si varios sitios se informan en el certificado de defunción y el sitio primario no está indicado, considere las neoplasias de los sitios de la Tabla 3 como secundarias, y aquéllas que no estén en la Tabla 3 como primarias. A continuación, seleccione la causa básica aplicando las reglas de selección de la forma habitual.

Ejemplo 34: I (a) Cáncer de cerebro
(b) Cáncer de mama
(c)
(d)

El cáncer de mama no está en la Tabla 3 y, por tanto, se considera como primario. El del cerebro se encuentra en la Tabla 3 y se considera como secundario. Un cáncer secundario podría, por supuesto, ser debido a un primario. El cáncer de mama (C50.9) se selecciona como la causa básica por el Principio General.

Ejemplo 35: I (a) Cáncer peritoneal
(b)
(c)
(d)
II Cáncer de mama

En la Tabla 3 el cáncer del peritoneo se considera como secundario. En la Tabla 3 no se encuentra el de mama y se considera como primario. Aplique primero el Principio General, para seleccionar el cáncer peritoneal como causa básica preliminar. No obstante el cáncer peritoneal (secundario) es una consecuencia obvia del cáncer de mama (primario). Véase la sección 4.2.7.3 A (b). También aplica la Regla 3 y se selecciona el cáncer de mama (C50.9) como la causa básica de la muerte.

Ejemplo 36: I (a) Cáncer del hígado
(b) Cáncer de colon
(c) Cáncer de vejiga
(d)

En la Tabla 3 el hígado está considerado como secundario. Los cánceres de colón y de vejiga no están en la Tabla 3 y se asumen ambos como primarios. Sin embargo, un cáncer primario de colon no debe ser aceptado como debido a otro cáncer primario de vejiga. Además hay una secuencia aceptable en el certificado, es decir, el cáncer del hígado (secundario) debido a un cáncer de colon (primario). Use la Regla 1 para seleccionar el tumor maligno de colon (C18.9) como causa básica de muerte.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Nota:

1) Un tumor de un sitio incluido en la Tabla 3 se considera primario cuando es informado como debido a una afección que aumenta el riesgo de un cáncer de ese sitio o tejido, véase la Sección 4.2.7.3 A (c).

2) Cuando un tumor maligno de uno de los sitios listados en la Tabla 3 es el único tumor maligno mencionado en el certificado de defunción, y no está calificado como "metástasis", también se considera como primario

(b) Un sitio común de metástasis reportado con otros tipos morfológicos

Si un tumor de un sitio en la Tabla 3 se informa junto con una neoplasia de una morfología diferente, tenga en cuenta el tumor de la Tabla 3 como secundario, y los de una morfología diferente como primarios. A continuación, seleccione la causa básica con la aplicación de las reglas de selección de la forma habitual.

Ejemplo 37: I (a) Cáncer de hígado
(b) Adenocarcinoma de colon
(c) Melanoma maligno de la piel del muslo
(d)

En Tabla 3 el hígado se considera como secundario. Colon y piel no están en la Tabla 3 por tanto se consideran como primarios. Sin embargo, los tumores malignos de colon y piel son de diferente morfología. En consecuencia, el adenocarcinoma de colon no se acepta como debido a un melanoma maligno de la piel del muslo. El cáncer de hígado (secundario), puede ser debido a un adenocarcinoma de colon, por lo que es una secuencia que termina con el cáncer de hígado que se informó en la línea (a). Por aplicación de Regla 1 se selecciona el tumor maligno de colon como causa básica.

No considerar "el cáncer de hígado", como una morfología separada, ver la Sección 4.2.7.3 C (b)

(c) Todos los sitios reportados están en la lista de los sitios comunes de metástasis

Si todos los sitios están en la Tabla 3, todos ellos deben ser considerados como secundarios. Esto significa que no se reportó un tumor primario, y el caso debe ser codificado como tumor maligno de sitio no especificado (C80.9)

Ejemplo 38: I (a) Cáncer de cerebro, costillas, pleura, y peritoneo
(b)
(c)
(d)

Todos los sitios mencionados se encuentran en la Tabla3 y se consideran secundarios. Codifique el caso en tumor maligno de sitio no especificado (C80.9).

Tenga en cuenta las instrucciones especiales que se aplican a los casos donde el pulmón se informa con otros sitios que figuran en la Tabla 3. Ver sección 4.2.7.5 C.

C. Instrucción especial: pulmón

El pulmón presenta problemas especiales, ya que es un sitio común tanto para metástasis como para tumores malignos primarios. Se considera primario o secundario, en función de otras neoplasias informadas en el certificado.

(a) El pulmón considerado como el sitio primario

Si en el certificado se menciona únicamente el pulmón, se considera como primario.

Ejemplo 39: I (a) Cáncer pulmonar
(b)
(c)
(d)

El pulmón es el único sitio mencionado, por lo tanto, se considera primario. Aplica el Principio General y el cáncer del pulmón (C34.9) es seleccionado como causa básica de muerte.

Además, si todos los demás sitios se encuentran en la Tabla 3, el pulmón se considera primario.

Ejemplo 40: I (a) Cáncer del hígado
(b) Carcinoma del pulmón
(c)
(d)

El hígado se encuentra en la Tabla 3, y por ello el pulmón se considera como el sitio primario. Se aplica el Principio General y el carcinoma del pulmón (C34.9) se selecciona como causa básica de muerte.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Cuando se menciona un tumor maligno de bronquios o cáncer broncogénico, esta neoplasia también debe ser considerada como primaria.

Ejemplo 41: I (a) Carcinoma de bronquios
(b) Carcinoma de mama
(c)
(d)

En la Tabla 3 no se encuentran los bronquios ni la mama, por tanto se consideran primarios. Un tumor maligno primario no se acepta como debido a otro, y por lo tanto se aplica Regla 2. Se selecciona el tumor maligno de bronquios (C34.9) como la causa básica de muerte.

Nota:
Un tumor maligno del pulmón es considerado como primario cuando es mencionado como debido a una afección que aumenta el riesgo de cáncer pulmonar, ver sección 4.2.7.3 (c).

(b) El pulmón considerado como el sitio secundario (metastásico)

Si un tumor maligno de pulmón no especificado es reportado como debido a otro tumor maligno, el tumor del pulmón se considera secundario y se acepta la secuencia informada.

Ejemplo 42: I (a) Cáncer pulmonar
(b) Cáncer de estómago
(c)
(d)

Se selecciona el Cáncer de estómago por Principio General, ya que el cáncer de pulmón (secundario) es aceptado como debido al cáncer de estómago.

El pulmón debe ser considerado como secundario siempre que aparezca en la primera parte con otros sitios que no se mencionan en la Tabla 3.

Ejemplo 43: I (a) Carcinoma del pulmón y mama
(b)
(c)
(d)

El carcinoma de pulmón se considera secundario, ya que se reporta con cáncer de mama, que no está en la Tabla 3, Aplica la Regla 3, el carcinoma de pulmón secundario se considera una consecuencia obvia del carcinoma de mama. Codifique la neoplasia maligna de mama (C50.9).

Nota:
El tumor maligno de pulmón es considerado como primario cuando se reporta como debido a afecciones que incrementan el riesgo de cáncer pulmonar, ver sección 4.2.7.3 A (c),

Un tumor maligno de pulmón no especificado, no debe ser considerado como una consecuencia obvia de un tumor maligno declarado en otra parte del certificado de defunción.

Ejemplo 44: I (a) Cáncer pulmonar
(b)
(c)
(d)
II Cáncer de estómago

El cáncer pulmonar no está especificado como secundario o metastásico. Por tanto no se considera una consecuencia obvia del cáncer de estómago reportado en la Parte II, y la Regla 3 no aplica. Seleccione el cáncer pulmonar (C34.9) como causa básica de muerte, por Principio General.

D. Instrucción especial: Nódulos (Ganglios) linfáticos

El tumor maligno de los nódulos linfáticos no especificado como primario debe asumirse como secundario.

Ejemplo 45: I (a) Cáncer de los nódulos linfáticos cervicales
(b)
(c)
(d)

Codifique en tumor maligno de sitio no especificado (C80.9). El cáncer de los nódulos linfáticos cervicales se considera secundario a una neoplasia maligna primaria no especificada.

4.2.7.6 Cáncer metastásico

Nota:
La expresión “metástasis” es un problema principalmente en idioma Inglés. Otros países deberán traducir sólo lo que se necesita de la sección 4.2.7.6.

Los tumores malignos calificados como “metastásicos” son siempre malignos, sean primarios o secundarios.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Sin embargo, el adjetivo “metastásico” se utiliza a veces de dos maneras, algunas veces significa un tumor secundario desde un primario en otro lugar y a veces denota un primario que ha dado lugar a metástasis.

(a) Tumor maligno “metastásico de (del) (desde)”

Si un tumor maligno se describe como “metastásico de” un sitio especificado, ese sitio debe ser considerado como primario.

Ejemplo 46: I (a) Teratoma metastásico de ovario
(b)
(c)
(d)

La expresión “teratoma metastásico de ovario” implica que la neoplasia se origina en el ovario. Codifique tumor maligno del ovario (C56).

También aplica a los sitios de la lista de sitios comunes de metástasis.

Ejemplo 47: I (a) Mesotelioma metastásico del peritoneo
(b)
(c)
(d)

Un “mesotelioma metastásico del peritoneo” es primario en el peritoneo, aunque peritoneo es uno de los sitios listados en la Tabla 3. Codifique mesotelioma maligno del peritoneo (C45.1).

(b) Tumor maligno “metastásico a (al)”

Un tumor maligno descrito como “metastásico a” un sitio especificado debe ser interpretado como una neoplasia secundaria del sitio especificado, ya sea que el sitio se encuentre o no en la lista de los sitios comunes de metástasis. Codifique en tumor maligno de sitio primario no especificado (C80.9) si no se indica el sitio primario.

Ejemplo 48: I (a) Carcinoma metastásico al recto
(b)
(c)
(d)

La expresión “metastásico a” indica que el recto es un sitio secundario. Codifique en neoplasia maligna de sitio primario desconocido (C80.9) como causa básica de muerte, ya que no se indica el sitio primario.

Si la morfología reportada está clasificada en C40-C47, C49, C70-C72, codifique en la subcategoría “sitio no especificado” de ese tipo morfológico.

Ejemplo 49: I (a) Osteosarcoma metastásico al cerebro
(b)
(c)
(d)

La expresión “metastásico al cerebro”, indica que el cerebro es de sitio secundario. Sin embargo, el osteosarcoma está incluido en los tumores malignos de los huesos en el Índice Alfabético. Codifique tumor maligno de hueso, no especificado (C41.9), como causa básica de muerte.

(c) Tumor maligno metastásico del sitio A al B

Un tumor maligno descrito como metastásico del sitio A al sitio B debe ser interpretado como primario del sitio A y secundario al sitio B.

Ejemplo 50: I (a) Cáncer metastásico del hígado al cerebro
(b)
(c)
(d)
II Cáncer esofágico

La expresión “metastásico del hígado al cerebro”, indica que el tumor maligno originado en el hígado se extendió al cerebro. Al seleccionar la causa básica de muerte, codifique cáncer primario del hígado (C22.9). Como hay una indicación de que el hígado es el sitio primario, no aplican las instrucciones de la sección 4.2.7.5 B (a) sobre los sitios de la Tabla 3 reportados con otros sitios. El hígado es considerado el sitio primario, a pesar de que el cáncer esofágico también es mencionado.

(d) Tumor maligno “metastásico” en la lista de los sitios comunes de metástasis

Un tumor maligno “metastásico” es considerado secundario si el sitio está en la lista de los sitios comunes de metástasis.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Ejemplo 51: I (a) Obstrucción intestinal
(b) Cáncer metastásico del peritoneo
(c) Sarcoma de útero
(d)

El cáncer metastásico del peritoneo se considera secundario, ya que el peritoneo se encuentra en la Tabla 3. El sarcoma de útero (C55) se selecciona como causa básica por Principio General.

Use la Regla 3, si procede.

Ejemplo 52: I (a) Cáncer metastásico de pleura
(b)
(c)
(d)
II Cáncer de estómago

El cáncer de pleura se describe como metastásico y se considera secundario. El cáncer de estómago también se informa y se considera como primario (ver la sección 4.2.7.3 A (b)). En primer lugar, se aplica el Principio General para seleccionar el cáncer de pleura como causa básica provisional. Sin embargo, el cáncer de pleura (secundario) se considera una consecuencia obvia del cáncer de estómago (primario), de acuerdo con Regla 3. El cáncer de estómago (C16.9) es seleccionado como causa básica de muerte.

Un tumor de un sitio de la Tabla 3 se considera secundario, aunque no se mencione otra neoplasia en el certificado. Tenga en cuenta que un tumor maligno secundario no debe ser seleccionado como la causa básica de muerte. Si no hay ningún tumor primario informado, codifique el caso en tumor maligno de sitio especificado (C80.9).

Ejemplo 53: I (a) Cáncer metastásico en el cerebro
(b)
(c)
(d)

El cerebro es uno de los sitios incluidos en la Tabla 3, y el cáncer "metastásico" en el cerebro se considera secundario. No se reportó el tumor primario. Por tanto, codifique en tumor maligno de sitio primario no especificado (desconocido) (C80.9).

Nota:
Un tumor de un sitio listado en la Tabla 3 es considerado primario cuando éste reportado como debido a una afección que aumenta el riesgo de un cáncer de ese sitio o tejido, ver la sección 4.2.7.3 A (c).

(e) Tumor maligno "metastásico" que no se encuentra en la lista de sitios comunes de metástasis

Si un sitio que no está en la lista de los sitios comunes de metástasis es calificado como "metastásico" o "metastásico de", considérelo como primario y codifique como tumor maligno primario de ese sitio en particular.

Ejemplo 54: I (a) Cáncer metastásico de cuello uterino
(b)
(c)
(d)

El cuello uterino no se encuentra en la Tabla 3, y el cáncer "metastásico" de cuello uterino por tanto, es considerado como primario. Codifique como tumor maligno del cuello uterino (C53.9).

Aplique las reglas de selección de la manera usual.

Ejemplo 55: I (a) Adenoma metastásico de próstata
(b) Adenoma metastásico de colon
(c)
(d)

Ni la próstata, ni el colon se encuentran en la Tabla 3, y ambos tumores se consideran como primarios. Un tumor primario no debe ser aceptado como debido a otro. Se aplica la Regla 2, y se selecciona el tumor maligno de próstata (C61).

(f) Cáncer "metastásico" del pulmón

Si en el certificado se registra únicamente el tumor maligno "metastásico" del pulmón, codifique como tumor maligno primario del pulmón.

Ejemplo 56: I (a) Carcinoma metastásico del pulmón
(b)
(c)
(d)

Codifique como tumor maligno primario del pulmón (C34.9), ya que no se menciona ningún otro sitio.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

También debe considerarse un tumor “metastásico” del pulmón como primario, si los demás sitios registrados en el certificado se encuentran en la lista de sitios comunes de metástasis.

Ejemplo 57: I (a) Cáncer metastásico del pulmón
(b)
(c)
(d)
II Cáncer de pleura, hígado y cerebro

El “cáncer metastásico del pulmón” se considera como primario, ya que la pleura, el hígado y el cerebro se encuentran en la Tabla 3. Seleccione el tumor maligno del pulmón (C34.9).

Si los demás tumores registrados en el certificado no se encuentran en la lista de sitios comunes de metástasis, considere al tumor del pulmón como secundario.

Ejemplo 58: I (a) Cáncer metastásico del pulmón
(b)
(c)
(d)
II Cáncer de estómago

Puesto que se registró también cáncer de estómago, el “cáncer metastásico del pulmón” se considera como secundario. Primero, utilizando el Principio General se selecciona el cáncer (secundario) del pulmón. Posteriormente, por Regla 3, y considerando al cáncer (secundario) del pulmón como una consecuencia directa obvia del cáncer de estómago registrado en la Parte II, se selecciona el tumor maligno primario del estómago (C16.9) como la causa básica de defunción.

Nota:
Un tumor del pulmón se considera como primario cuando se registra como debido a una afección que incrementa el riesgo de adquirir cáncer pulmonar, véase la sección 4.2.7.3 A (c).

(g) Tumor “metastásico” de una morfología específica

Si el tipo morfológico es clasificable en C40-C47, C49, o C70-C72 y el sitio registrado en el certificado indica el mismo tipo de tejido, codifique en la subcategoría apropiada para el tipo morfológico.

Ejemplo 59: I (a) Osteosarcoma metastásico de fémur
(b)
(c)
(d)

Codifique como tumor maligno de los huesos largos del miembro inferior (C40.2).

Si el tipo morfológico es clasificable en C40-C47, C49, o C70-C72 y el sitio registrado en el certificado indica diferente tipo de tejido, codifique en el sitio especificado para el tipo morfológico.

Ejemplo 60: I (a) Rabdomiosarcoma metastásico
(b) de nódulos linfáticos del hilio
(c)
(d)

Codifique en el sitio especificado para rabdomiosarcoma (C49.9).

4.2.7.7 Sitios con prefijos o definiciones imprecisas

Los tumores de lugares con un prefijo tal como "peri," "para," "pre," "supra," "infra," etc. o descritos como en el "área" o "región" de un lugar determinado, a menos que tales términos sean señalados en el Índice, deben codificarse como sigue:

Para tumores malignos clasificables en las categorías:

C40, C41 (hueso y cartílago articular),
C43 (melanoma maligno de la piel),
C44 (otros tumores malignos de la piel),
C45 (mesotelioma),
C46 (sarcoma de Kaposi)
C47 (nervios periféricos y sistema nervioso autónomo),
C49 (tejido conjuntivo y tejidos blandos),
C70 (meninges),
C71 (encéfalo),
C72 (otras partes del sistema nervioso central),

codifique en la subcategoría apropiada de cada categoría

Ejemplo 61: I (a) Fibrosarcoma en la región del páncreas
(b)
(c)
(d)

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Codifique como tumor maligno del tejido conjuntivo y tejido blando del abdomen (C49.4).

Ejemplo 62: I (a) Angiomiosarcoma peridiafragmático
(b)
(c)
(d)

Codifique como tumor maligno del tejido conjuntivo y tejido blando del tórax (C49.3).

Para otros tipos morfológicos codifique en la subcategoría apropiada de C76 (tumor maligno de otros sitios y de sitios mal definidos).

Ejemplo 63: I (a) Carcinoma en el área del pulmón
(b)
(c)
(d)

Codifique como tumor maligno de otros sitios y de sitios mal definidos del tórax. (C76.1).

Ejemplo 64: I (a) Carcinoma paravertebral
(b)
(c)
(d)

Codifique como tumor maligno de otros sitios mal definidos (C76.7).

Ejemplo 65: I (a) Tumor maligno infradiafragmal
(b)
(c)
(d)

Codifique como tumor maligno del abdomen (C76.2).

4.2.7.8 Tumor maligno de sitio no especificado con otras afecciones registradas

Cuando en el certificado, no se especifica el sitio de un tumor maligno primario, no se debe suponer su localización a partir de otras afecciones registradas, tales como perforación, obstrucción, o hemorragia. Esas afecciones pueden aparecer

en sitios no relacionados con el tumor, por ejemplo una obstrucción intestinal puede ser causada por la diseminación de un tumor maligno del ovario.

Ejemplo 66: I (a) Obstrucción del intestino
(b) Carcinoma
(c)
(d)

Codifique como tumor maligno de sitio no especificado (C80.9).

Ejemplo 67: I (a) Insuficiencia respiratoria
(b) Obstrucción de la tráquea
(c) Tumor maligno
(d)

Codifique como tumor maligno de sitio no especificado (C80.9).

4.2.7.9 Enfermedades infecciosas y tumores malignos

(a) Infecciones debidas a tumores malignos

Debido al afecto de la quimioterapia en el sistema inmunitario, algunos pacientes de cáncer se vuelven sensibles a las enfermedades infecciosas y mueren de ellas. Por lo tanto, cualquier enfermedad infecciosa, distinta a las listadas en la sección 4.2.2 A (a) informada como "debida a" tumor maligno, es una secuencia aceptable.

Ejemplo 68: I (a) Infección por herpes zoster
(b) Leucemia linfocítica crónica
(c)
(d)

La leucemia linfocítica crónica puede causar la infección por herpes zoster. La secuencia es aceptada y se selecciona la leucemia linfocítica crónica (C91.1).

(b) Tumores malignos debidos a enfermedades infecciosas

Hay evidencia de estrecha relación etiológica entre algunas infecciones y ciertos tumores malignos, por ejemplo la infección por virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino o la hepatitis crónica C y el cáncer de hígado. Sin

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

embargo, el reporte de tales factores de riesgo en los certificados es incompleto. Para propósitos de estadísticas vitales y la salud pública es importante contabilizar todas las muertes debidas a un tipo particular de cáncer, sin considerar sus factores causales. Excepto la enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], ninguna enfermedad infecciosa o parasitaria puede ser aceptada como causante de un tumor maligno.

Ejemplo 69: I (a) Carcinoma hepatocelular
(b) Hepatitis por virus B
(c)
(d)

La hepatitis B incrementa el riesgo de cáncer de hígado. Sin embargo, se considera más importante registrar el número de muertes por cáncer de hígado y la relación causal no es aceptada. Por Regla 2 se selecciona el carcinoma hepatocelular (C22.0).

Ejemplo 70: I (a) Sarcoma de Kaposi
(b) Enfermedad por VIH
(c)
(d)

Se acepta que la enfermedad por VIH causa el tumor maligno. Primero, por Principio General se selecciona la enfermedad por VIH como causa antecedente originaria. Después por aplicación de la Regla C (Asociación) se codifica la enfermedad por VIH resultante en sarcoma de Kaposi (B21.0) como causa básica de defunción.

4.2.7.10 Tumores [neoplasias] malignos y enfermedades circulatorias

Las siguientes enfermedades circulatorias agudas o terminales deben ser aceptadas como debidas a tumores malignos, si están registradas en correcta relación causal en la Parte I del certificado.

I21-I22 Infarto agudo del miocardio
I24.- Otras enfermedades isquémicas agudas del corazón
I26.- Embolia pulmonar
I30.- Pericarditis aguda
I33.- Endocarditis aguda y subaguda
I40.- Miocarditis aguda
I44.- Bloqueo auriculoventricular y de rama izquierda del haz
I45.- Otros trastornos de la conducción
I46.- Paro cardíaco

I47.- Taquicardia paroxística
I48.- Fibrilación y aleteo auriculares
I49.- Otras arritmias cardíacas
I50.- Insuficiencia cardíaca
I51.8 Otras enfermedades cardíacas mal definidas
I60-I69 Enfermedades cerebrovasculares, excepto I67.0–I67.5, I67.9.

Las siguientes enfermedades circulatorias no pueden ser aceptadas como debidas a tumores malignos:

I00-I09 Fiebre reumática y enfermedad reumática del corazón
I10-I15 Enfermedad hipertensiva (excepto cuando se informe como debida a tumores endocrinos, tumores renales y tumores carcinoides)
I20.- Angina de pecho
I25.- Enfermedad isquémica crónica del corazón
I70.- Aterosclerosis

4.2.8 Participación de múltiples tipos de sustancias psicoactivas

Si una afección clasificable en F10-F19 o F55 se selecciona como causa antecedente originaria, y se registran en el certificado una o más de otras afecciones que también se clasifican en F10-F19 o F55, proceda de la siguiente manera:

i) Si una afección se especifica como la causa de la muerte, codifique esa afección.

ii) Cuando ninguna afección se especifica como la principal causa de muerte, se debe solicitar la aclaración al certificante.

iii) Cuando dicha aclaración no se puede obtener, seleccione la causa con base en el siguiente orden de prioridad:

1) Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos (F11).

2) Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína (F14).

3) Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína (F15).

4) Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de drogas sintéticas, clasificadas en F19.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

5) Abuso de antidepresivos y analgésicos no opiáceos, clasificados en F55.

6) Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides (F12), trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos (F13), trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos (F16), trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de tabaco (F17), trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles (F18), trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias distintas a las drogas sintéticas clasificadas en F19. El abuso de sustancias que no producen dependencia, distintas a los antidepresivos y los analgésicos no opiáceos clasificados en F55.

7) Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol (F10).

Si en el certificado de defunción se informa más de un trastorno mental y del comportamiento en el mismo grupo prioritario, codifique el que se menciona en primer lugar.

4.2.9 Fiebre reumática con compromiso cardíaco

Si no se menciona que el proceso reumático estaba activo al momento de la muerte, se puede suponer que había actividad si la afección cardíaca (excepto una afección terminal o la endocarditis bacteriana) que se especifica como reumática, o como debida a fiebre reumática, se describe como aguda o subaguda. En ausencia de una descripción de ese tipo, los términos "carditis", "endocarditis", "enfermedad cardíaca", "miocarditis" y "pancarditis" pueden aceptarse como agudos si el intervalo entre la aparición y la muerte es de menos de un año o, si ese intervalo no se menciona, la edad es de menos de 15 años. La "pericarditis" puede considerarse como aguda en cualquier edad.

4.2.10 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

Las siguientes afecciones pueden considerarse como congénitas cuando causen la muerte en las edades que se mencionan a continuación y no haya indicación de que fueron adquiridas después del nacimiento:

- Menor de 1 año: aneurisma, estenosis aórtica, atresia, atrofia del cerebro, quiste del cerebro, deformidad, desplazamiento de un órgano, ectopia, hipoplasia de un órgano, malformación, estenosis pulmonar, enfermedad valvular del corazón.

- Menor de 4 semanas: enfermedad cardíaca SAI, hidrocéfalo SAI.

Si el intervalo entre la aparición y la muerte indica que la afección existió desde el nacimiento, cualquier enfermedad debe ser considerada como congénita aunque no se especifique como tal en el certificado médico.

En certificados de defunción de neonatos o recién nacidos donde figura hipoplasia pulmonar con cualquier mención de inmadurez, prematuridad, gestación corta o bajo peso al nacer, codifique en inmaturidad pulmonar (P28.0) y no en Q33.6 (Hipoplasia pulmonar congénita).

4.2.11 Naturaleza de la lesión

Cuando la defunción es causada por una lesión o envenenamiento clasificables en el Capítulo XIX (S00-T98), codifique la causa externa de la lesión o envenenamiento (Capítulo XX, V01-Y89) como la causa básica de defunción.

Adicional al código de causa externa del Capítulo XX (V01-Y89), también puede añadirse el código de la lesión principal (S00-T98). Si más de una lesión es registrada en el certificado de defunción, aplique las siguientes instrucciones:

a) Cuando las lesiones registradas incluyen traumatismos superficiales y triviales (como los listados en el Apéndice 7.1 Lista de afecciones improbables de provocar la muerte) seleccione la lesión principal registrada en la Parte I o en la Parte II del certificado, como si el traumatismo superficial o trivial no hubiera sido informado.

Ejemplo 1: I (a) Contusión del brazo y fractura de cráneo
(b) Caída desde andamio
(c)
(d)

Seleccione como causa básica la caída del andamio (W12). Como lesión principal codifique la fractura de cráneo y de los huesos de la cara, parte no especificada (S02.9). Se ignora el traumatismo superficial de miembro inferior, nivel no especificado (T11.0).

b) Cuando se registren traumatismos graves (no superficiales y no triviales), tanto en la Parte I como en la Parte II, seleccione la lesión principal mencionada en la Parte I. Esto aplica aún cuando las lesiones mencionadas en la Parte II tengan una calificación más alta en la Clasificación de prioridad de los códigos de naturaleza de la lesión de la CIE-10 (ver Apéndice 7.5) que las lesiones mencionadas en la Parte I.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Ejemplo 2: I (a) Traumatismos múltiples intratorácicos
(b) Conductor de auto lesionado en colisión con autobús
(c)
(d)

II Traumatismo intracraneal

Seleccione como causa básica conductor de auto lesionado en colisión con vehículo de transporte pesado o autobús (V44.5). Como lesión principal codifique los traumatismos múltiples del tórax (S29.7). El traumatismo intracraneal, no especificado (S06.9), tiene una calificación más alta en la lista de prioridad que los traumatismos múltiples del tórax. Sin embargo, al ser mencionados en la Parte I, los traumatismos múltiples del tórax tienen precedencia sobre los registrados en la Parte II.

Cuando sólo se mencionan lesiones graves en la Parte II, estos se seleccionan como lesión principal.

c) Cuando más de una lesión grave es registrada en la Parte I del certificado, seleccione la lesión principal de acuerdo a la Clasificación de prioridad de los códigos de naturaleza de la lesión de la CIE-10 (ver Apéndice 7.5). Tome en cuenta que 1 es la calificación de prioridad más alta y 6 la más baja.

Ejemplo 3: I (a) Traumatismos múltiples intratorácicos y traumatismo intracraneal
(b) Conductor de auto lesionado en colisión con autobús
(c)
(d)

II

Seleccione como causa básica conductor de auto lesionado en colisión con vehículo de transporte pesado o autobús (V44.5). Como lesión principal codifique traumatismo intracraneal, no especificado (S06.9) que tiene mayor calificación de prioridad que los traumatismos múltiples del tórax (S29.7), ver Apéndice 7.5.

d) Cuando más de una lesión grave es registrada en la Parte I del certificado y tienen la misma calificación de prioridad, seleccione como lesión principal la mencionada primero. Sin embargo, prefiera una lesión especificada sobre una lesión clasificada en el rango de T00-T07 (traumatismos que involucran múltiples regiones corporales) que tenga la misma calificación de prioridad.

Ejemplo 4: I (a) Traumatismos múltiples con ruptura de la aorta
(b) Conductor de auto lesionado en colisión con autobús
(c)
(d)

II

Seleccione como causa básica conductor de auto lesionado en colisión con vehículo de transporte pesado o autobús (V44.5). Como lesión principal codifique la ruptura de la aorta. Los traumatismos múltiples (T07) y la ruptura de la aorta (S25.0) tienen la misma calificación de prioridad (ver Apéndice 7.5), pero la lesión más específica tiene precedencia sobre la lesión codificada en el rango T00-T07.

4.2.12 Envenenamiento por drogas, medicamentos y sustancias biológicas

Cuando están involucradas combinaciones de medicamentos que se clasifican de forma diferente, proceda de la manera siguiente:

A) Selección de la causa básica de muerte

i) Si uno de los componentes de la combinación se especifica como la sustancia más importante que provocó la muerte, codifique ese componente.

Ejemplo 1: I (a) Sobredosis accidental de heroína
(b)
(c)
(d)
II Presencia de diazepam y amitriptilina

Codifique en envenenamiento accidental por heroína (X42). Al anotar sólo la sobredosis de heroína en la Parte I y reportar las otras sustancias como contribuyentes en la parte II, el certificante ha identificado a la heroína como la sustancia más importante que provocó la muerte.

Ejemplo 2: I (a) Envenenamiento por anfetaminas
(b)
(c)
(d)
II Niveles tóxicos de heroína y flunitrazepam

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Codifique como envenenamiento accidental por anfetamina (X41). Al colocar el envenenamiento por anfetaminas como única afección en la Parte I, e informando las otras sustancias en la Parte II como causas contribuyentes, el médico certificador ha identificado a la anfetamina como la sustancia más importante que provocó la muerte.

Ejemplo 3: I (a) Envenenamiento por alcohol
(b)
(c)
(d)
II Niveles tóxicos de heroína y flunitrazepam

Codifique como envenenamiento accidental por alcohol (X45). Al colocar el envenenamiento por alcohol como única afección en la Parte I, e informando las otras sustancias en la Parte II como causas contribuyentes, el médico certificador ha identificado al alcohol como la sustancia más importante que provocó la muerte.

Ejemplo 4: I (a) Envenenamiento por heroína
(b)
(c)
(d)
II Niveles tóxicos de alcohol y flunitrazepam

Codifique como envenenamiento accidental por heroína (X42). Al colocar el envenenamiento por heroína como única afección en la Parte I, e informando las otras sustancias en la Parte II como causas contribuyentes, el médico certificador ha identificado a la heroína como la sustancia más importante que provocó la muerte.

ii) Cuando ningún componente ha sido especificado como la sustancia más importante que provocó la muerte, deberá solicitarse al médico certificador la aclaración.

Ejemplo 5: I (a) Sobredosis accidental de heroína y anfetaminas
(b)
(c)
(d)

Codifique en envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y las no especificadas (X44). Ninguna de las drogas reportadas en la Parte I fue identificada como la sustancia más importante que provocó la muerte y no existe un código específico para la combinación de estas sustancias.

iii) Cuando no se pueda obtener esta aclaración, en las combinaciones de alcohol con una droga se debe codificar la droga. Para otras muertes debidas a múltiples drogas, codifique en la categoría apropiada para "Otros".

iv) Cuando en el certificado se registren afecciones clasificables en F10-F19 junto con una intoxicación, proceda de la siguiente manera:

(F10–F19) Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas con mención de:

X40-X49 Envenenamiento accidental por y exposición a sustancias nocivas, codifique en **X40–X49**

X60-X69 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por y exposición a sustancias nocivas, codifique en **X60-X69**

X85-X90 Agresión con sustancias nocivas, codifique en **X85-X90**

Y10-Y19 Envenenamiento de intención no determinada por, y exposición a drogas, productos químicos y sustancias nocivas, codifique en **Y10-Y19**

Cuarto carácter .0 (intoxicación aguda), codifique en **X40-X49**, **X60-X69**, **X85-X90** o **Y10-Y19**

Consulte la sección 4.2.8, cuando varias afecciones clasificables en F10-F19 son reportadas en el mismo certificado.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

B) Identificación de la droga más peligrosa para codificar la naturaleza de la lesión principal

A fin de proveer las estadísticas más útiles sobre muertes por múltiples drogas, además de la causa básica (externa), es de la máxima importancia que el código de la naturaleza de la lesión para la droga más peligrosa sea identificado (ver también sección 4.2.11 Naturaleza de la lesión). Para seleccionar el código de la principal naturaleza de la lesión, codifique la droga más peligrosa, aplicando las siguientes instrucciones.

Si uno de los componentes de la combinación es mencionado como responsable de la muerte, codifique ese componente como la naturaleza de la lesión principal. Si no se especifica ningún componente como la causa de la muerte, en las combinaciones de alcohol con una droga, codifique la droga. Cuando la clasificación provee una categoría específica para una combinación de drogas, por ejemplo, mezcla de antiepilépticos (T42.5), codifique en esa categoría. Si no se dispone de una categoría apropiada para la combinación, seleccione el código de la naturaleza de la lesión principal en el siguiente orden de prioridad:

1. Opiáceos (T40.0-T40.2)

   Combinaciones que incluyen opiáceos clasificables en más de una subcategoría de cuatro caracteres en T40.0-T40.2: codifique en T40.2.
2. Cocaína (T40.5)
3. Psicoestimulantes con abuso potencial (T43.6)

   Incluye: Anfetamina y derivados
4. Narcóticos sintéticos y otros narcóticos y los no especificados (T40.3-T40.4, T40.6)

   Combinaciones que incluyen narcóticos sintéticos clasificables en ambas subcategorías, T40.3 y T40.4: codifique en T40.4.

   Combinaciones que incluyen narcóticos sintéticos clasificables en ambas subcategorías, T40.3-T40.4 con otros narcóticos y los no especificados clasificable en T40.6: codifique en T40.6.
5. Antidepresivos (T43.0-T43.2)

   Combinaciones que incluyen antidepresivos clasificables en más de una subcategoría de cuatro caracteres en T43.0-T43.2: codifique en T43.2.
6. Analgésicos no narcóticos (T39.-)

   Combinaciones que incluyen analgésicos no narcóticos clasificables en más de una subcategoría de cuatro caracteres en T39.0-T39.4: codifique en T39.8.
7. Drogas y sustancias no listadas arriba

   Si el certificado de defunción menciona más de una de dichas drogas, codifique la mencionada primero.

En las combinaciones de medicamentos con alcohol se deben codificar los medicamentos.

Si se registra más de una droga del mismo grupo prioritario, codifique la primera mencionada.

Ejemplo 6: I (a) Sobredosis de heroína, cocaína, diazepam y amitriptilina
(b)
(c)
(d)

Causa básica de muerte: codifique en envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados (X44). Ninguna de las drogas reportadas en la Parte I ha sido identificada como la más importante que provocó la muerte y no existe un código específico para la combinación de estas sustancias.

Naturaleza de la lesión principal: codifique en envenenamiento por heroína (T40.1). En la lista de prioridad mencionada arriba, la heroína se encuentra en el grupo 1, la cocaína (T40.5) en el 2, el diazepam (T42.4) en el 7 y la amitriptilina (T43.0) en el 5.

Ejemplo 7: I (a) Envenenamiento accidental por alcohol, heroína y diazepam
(b)
(c)
(d)

Causa básica de muerte: codifique en envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados (X44). En los envenenamientos por combinación de alcohol y drogas la codificación final es hacia las drogas (ver Instrucción 4.2.12, A. iii). Ninguna de las drogas reportadas en la Parte I ha sido identificada como la sustancia más importante para provocar la muerte y no existe un código específico para la combinación de estas sustancias.

Naturaleza de la lesión principal: codifique en envenenamiento por heroína (T40.1). En la lista de prioridad mencionada arriba, la heroína (T40.1) se encuentra en el grupo 1 y el diazepam (T42.4) está en el 7.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

4.2.13 Causas externas

Los códigos para las causas externas (V01-Y89) deben utilizarse como los códigos de elección para la codificación de causa única y para las tabulaciones por causa básica, solamente cuando la afección morbosa es clasificable en el Capítulo XIX (Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas).

Cuando la afección es clasificable en los Capítulos I-XVIII, la afección mórbida misma debe ser codificada como la causa básica, y las categorías correspondientes a las causas externas pueden utilizarse, si se desea, como códigos suplementarios.

Cuando una secuencia de eventos externos es informada, se aplican el Principio General y las reglas de selección de la manera usual, y se selecciona el primer evento externo que afectó al fallecido.

Ejemplo 1: I (a) Asfixia
(b) Ahogamiento
(c) Conductor de un automóvil sale de la carretera cayendo
(d) en un río

Codifique en conductor de automóvil lesionado en accidente de tránsito sin colisión (V48.5)

Ejemplo 2: I (a) Hipotermia
(b) Exposición al frío
(c) Conductor de un automóvil, atrapado por 3 días en
(d) automóvil que rodó hacia abajo del terraplén de la carretera

Codifique en conductor de automóvil lesionado en accidente de tránsito sin colisión (V48.5).

4.2.14 Expresiones que indican diagnóstico dudoso

Las expresiones que indican alguna duda en relación con la precisión del diagnóstico, tales como "aparentemente", "presumiblemente", "posiblemente", etc., deben ser ignoradas, ya que los diagnósticos mencionados sin esas expresiones difieren sólo en el grado de seguridad de la certificación.

Cuando el médico certificante utilice el término “o” o una expresión equivalente que indique que la muerte fue debida a una causa o a otra, aplique las siguientes instrucciones:

1. Una afección referida como de un sitio o de otro.

a. Codifique en la categoría residual para el grupo o sistema anatómico en el cual se clasifican los sitios mencionados.

Ejemplo: I (a) Cáncer del riñón o de la vejiga
(b)
(c)
(d)

Codifique como tumor maligno de órgano urinario, no especificado (C68.9).

b. Si los sitios mencionados se encuentran en sistemas corporales distintos o si no existe una categoría residual para el grupo o sistema anatómico, codifique en la categoría residual para la enfermedad o afección especificada.

Ejemplo: I (a) Cáncer de la glándula suprarrenal o del riñón
(b)
(c)
(d)

Codifique como tumor maligno primario de sitio no especificado (C80.9), ya que la glándula suprarrenal y el riñón se encuentran en distintos sistemas anatómicos.

2. Un sitio o sistema, o una afección u otra.

a. Si las afecciones mencionadas se clasifican en diferentes subcategorías de cuatro caracteres de la misma categoría, codifique en la subcategoría correspondiente a “no especificado”.

Ejemplo: I (a) Enfermedad ateroesclerótica del corazón o aneurisma
(b) coronario
(c)
(d)

Codifique como enfermedad isquémica crónica del corazón, no especificada (I25.9).

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

b. Si las afecciones mencionadas se clasifican en categorías de tres caracteres distintas, y la CIE-10 provee un código de categoría residual para la enfermedad general, codifique en esa categoría residual.

Ejemplo: I (a) Infarto al miorcardio o aneurisma coronario
(b)
(c)
(d)

Codifique en la categoría residual para enfermedad isquémica crónica del corazón (I25.9).

c. Si las afecciones mencionadas se clasifican en categorías de tres caracteres distintas, pero la CIE-10 no provee un código de categoría residual para la enfermedad general, codifique en la categoría residual relacionada con la enfermedad para el sitio o sistema anatómico.

Ejemplo: I (a) Tuberculosis o cáncer del pulmón
(b)
(c)
(d)

Codifique como otros trastornos del pulmón (J98.4). Ambas afecciones involucran al pulmón.

Ejemplo: I (a) Ataque cardiovascular o ataque cardíaco
(b)
(c)
(d)

Codifique como otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio (I99). Ambas afecciones son del sistema circulatorio.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

3. Una afección u otra, un sitio u otro.

Cuando diferentes afecciones de sistemas corporales distintos se mencionan como “uno u otro”, codifique en otros síntomas y signos generales especificados (R68.8).

Ejemplo: I (a) Cólico de la vesícula biliar o trombosis coronaria
(b)
(c)
(d)

Codifique como otros síntomas y signos generales especificados (R68.8).

4. Una enfermedad o lesión.

Cuando la muerte se menciona como debida a una enfermedad o una lesión, codifique en otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad (R99).

Ejemplo: I (a) Oclusión coronaria o lesiones de guerra
(b)
(c)
(d)

Codifique como otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad (R99).

4.2.15 Virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]

Cuando una transfusión sanguínea es administrada como tratamiento de cualquier afección (por ejemplo: una afección hematológica) y un suministro de sangre infectada resulta en una infección por VIH, codifique la enfermedad por VIH como la causa básica y no la afección tratada.

Ejemplo 1: I (a) Sarcoma de Kaposi 1 año
(b) Enfermedad por VIH 3 años
(c) Transfusión sanguínea 5 años
(d) Hemofilia desde el nacimiento

Codifique en enfermedad por VIH resultante en sarcoma de Kaposi (B21.0)

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Ejemplo 2:

I	(a) Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*	6 meses
	(b) Enfermedad por VIH	5 años
	(c) Ruptura de bazo	7 años
	(d) Agresión - lucha con puños	7 años

Codifique en enfermedad por VIH resultante en neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (B20.6)

4.2.16 Muerte debida a causas maternas (obstétricas)

a)

La actualización que corresponde a este inciso está en revisión en el Grupo de Referencia de Mortalidad (MRG) de la Red de Centros Colaboradores (WHO-FIC Network). Tanto el CEMECE como otros Centros Colaboradores de la Región propusieron que fuera modificada antes de su difusión.

b) Note que cuando se calcula la Razón de Mortalidad Materna, ciertas causas que no se codifican en el Capítulo XV (códigos O) deben ser incluidas, de acuerdo con las especificaciones marcadas en la sección 4.2.16 a) para las causas obstétricas indirectas. Estas causas son listadas en la "Nota de Exclusión" al principio del Capítulo XV.

c) Hay casos de muertes debidas a causas obstétricas que no están incluidas en el cálculo de la Razón de Mortalidad Materna. Éstos son aquellos en los cuales la muerte ocurrió más de 42 días después del parto o aborto (ver definición de "Muerte materna" en la sección 5.8.1).

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

4.3 Mortalidad perinatal: orientaciones para la certificación y reglas de codificación

4.3.1 Certificación de muertes perinatales

Se recomienda que, donde sea posible, se adopte un certificado separado para registrar las causas de mortalidad perinatal en el que se informen dichas causas de la manera siguiente:

(a) Enfermedad o afección principal del feto o del recién nacido
(b) Otras enfermedades o afecciones del feto o del recién nacido
(c) Enfermedad o afección principal de la madre que afecta al feto o al recién nacido
(d) Otras enfermedades o afecciones de la madre que afectan al feto o al recién nacido
(e) Otras circunstancias de importancia

El modelo de certificado debe incluir datos de identificación con fechas y horas pertinentes, información sobre si el niño nació vivo o muerto y detalles de la autopsia.

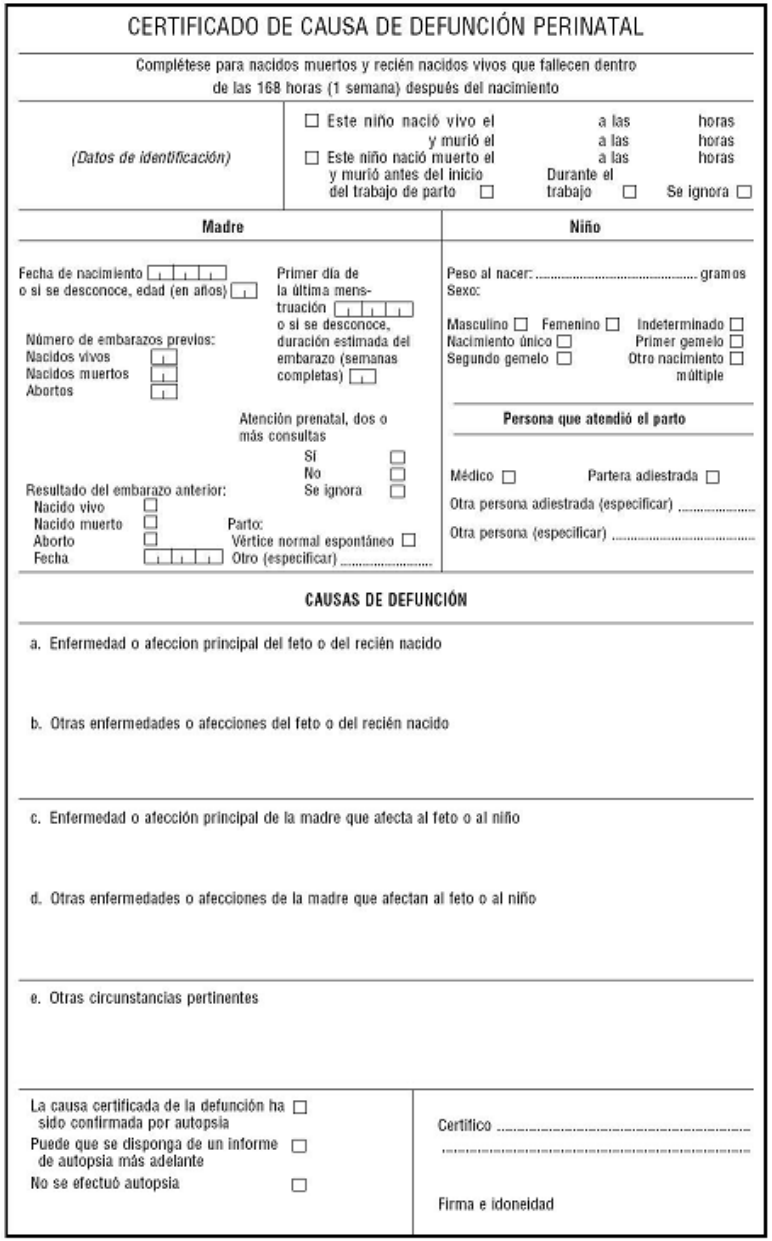
Se necesita obtener suficiente información, además de las causas de muerte, con datos adicionales acerca de la madre y del niño para poder hacer un análisis completo de la mortalidad perinatal. Esto es válido no solo para las muertes perinatales sino también para todos los nacidos vivos.

Madre:
Fecha de nacimiento
Número de embarazos previos: nacidos vivos/nacidos muertos/abortos Fecha y resultado del embarazo anterior: nacido vivo/nacido muerto/aborto Embarazo actual:

- primer día del último período menstrual (si se ignora, estimar la duración del embarazo en semanas completas)
- atención prenatal, dos o más consultas: sí/no/se ignora
- parto: normal espontáneo, presentación cefálica/otro tipo (especificar)

Niño:
Peso al nacer en gramos
Sexo: masculino/femenino/indeterminado
Nacimiento único/primer gemelo/segundo gemelo/otro nacimiento múltiple

MATERIAL DE CAPACITACIÓN



CERTIFICADO DE CAUSA DE DEFUNCIÓN PERINATAL

Complétese para nacidos muertos y recién nacidos vivos que fallecen dentro de las 168 horas (1 semana) después del nacimiento

(Datos de identificación)

☐ Este niño nació vivo el ____ a las ____ horas
y murió el ____ a las ____ horas
☐ Este niño nació muerto el ____ a las ____ horas
y murió antes del inicio del trabajo de parto ☐ Durante el trabajo ☐ Se ignora ☐

Madre

Fecha de nacimiento ☐☐☐☐
o si se desconoce, edad (en años) ☐☐

Primer día de la última menstruación ☐☐☐☐
o si se desconoce, duración estimada del embarazo (semanas completas) ☐☐

Número de embarazos previos:
Nacidos vivos ☐☐
Nacidos muertos ☐☐
Abortos ☐☐

Atención prenatal, dos o más consultas
Sí ☐
No ☐
Se ignora ☐

Resultado del embarazo anterior:
Nacido vivo ☐
Nacido muerto ☐
Aborto ☐
Fecha ☐☐☐☐

Parto:
Vértice normal espontáneo ☐
Otro (especificar) .....

Niño

Peso al nacer: ..... gramos
Sexo:
Masculino ☐ Femenino ☐ Indeterminado ☐
Nacimiento único ☐ Primer gemelo ☐
Segundo gemelo ☐ Otro nacimiento múltiple ☐

Persona que atendió el parto

Médico ☐ Partera adiestrada ☐
Otra persona adiestrada (especificar) .....
Otra persona (especificar) .....

CAUSAS DE DEFUNCIÓN

a. Enfermedad o afeccion principal del feto o del recién nacido

b. Otras enfermedades o afecciones del feto o del recién nacido

c. Enfermedad o afección principal de la madre que afecta al feto o al niño

d. Otras enfermedades o afecciones de la madre que afectan al feto o al niño

e. Otras circunstancias pertinentes

La causa certificada de la defunción ha sido confirmada por autopsia ☐
Puede que se disponga de un informe de autopsia más adelante ☐
No se efectuó autopsia ☐

Certifico .....
.....

Firma e idoneidad

Si nació muerto, cuándo ocurrió la muerte: antes del parto/durante el parto/se ignora

Otras variables que pueden aparecer en el certificado básico incluyen detalles acerca de la persona que atendió el parto, tales como: médico/partera adiestrada/ otra persona adiestrada (especificar)/otra persona (especificar).

El método por el cual se obtendrán los datos suplementarios variará de acuerdo con el sistema de registro civil de cada país. Cuando tales datos puedan recolectarse en el momento de registrar el nacido muerto o la muerte neonatal, se puede utilizar un modelo similar al del "Certificado de Causa de Defunción Perinatal" que se presenta en la sección 4.3.1. De lo contrario, es necesario realizar arreglos especiales (por ejemplo, mediante la conjunción de registros de nacimientos y muertes) para reunir los datos suplementarios y la causa de muerte.

En los lugares donde los requisitos del registro civil dificultan la introducción de un certificado de defunción común para los nacidos vivos y los nacidos muertos, se puede resolver el problema mediante la emisión de certificados separados para nacidos muertos y muertes neonatales tempranas, en los que se incorpore el formato recomendado para las causas de defunción.

4.3.2 Certificación de las causas de muerte

El certificado provee cinco partes para anotar las causas de muerte perinatal, identificadas con las letras (a), (b), (c), (d) y (e). En las partes (a) y (b) deben anotarse las enfermedades o afecciones del recién nacido o del feto. La enfermedad o afección más importante se anota en (a) y el resto, si existiera, en (b). Por "más importante" se entiende aquel estado patológico que en opinión del certificante hizo la mayor contribución a la muerte del recién nacido o feto. La manera de morir, por ejemplo insuficiencia cardíaca, asfixia o anoxia, no se debe anotar en la parte (a) a menos que sea la única afección del feto o del recién nacido que se conozca. Esto es igualmente válido para el caso de la prematuridad.

En las partes (c) y (d) el certificante debe anotar todas las enfermedades o afecciones de la madre que en su opinión tuvieron algún efecto adverso sobre el recién nacido o el feto. Aquí, de nuevo, la afección más importante debe anotarse en la parte (c) y las otras, si las hubiera, en la parte (d). La parte (e) se ha provisto para la anotación de cualquier otra circunstancia que el certificante considere que tiene alguna importancia en la muerte, pero que no puede ser descrita como una enfermedad o afección del recién nacido o de la madre. Un ejemplo de esto puede ser el parto sin la presencia de una persona que lo atienda.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Los casos que se describen a continuación ilustran la manera de registrar las causas de muerte perinatal:

Ejemplo 1: Una mujer, cuyos embarazos previos habían terminado en abortos espontáneos a las 12 y 18 semanas de embarazo, fue admitida a las 24 semanas de gestación por trabajo de parto prematuro, a continuación del cual hubo un parto espontáneo de un niño de 700 gramos, que murió en el transcurso del primer día de vida. El hallazgo principal de la autopsia fue "inmadurez pulmonar".

Causas de la muerte perinatal:
(a) Inmadurez pulmonar
(b) —
(c) Trabajo de parto prematuro, causa desconocida
(d) Abortos recurrentes
(e) —

Ejemplo 2: Una primigrávida de 26 años, con una historia de ciclos menstruales regulares, recibió atención prenatal rutinaria a partir de la décima semana del embarazo. Entre las 30 y 32 semanas, en un examen clínico se notó un retardo del crecimiento del feto, confirmado a las 34 semanas. No hubo una causa evidente de ese retardo, aparte de una bacteriuria asintomática. Se practicó una sección cesárea con un niño vivo como producto, con peso de 1600 gramos. La placenta pesó 300 gramos y tenía infartos. Se desarrolló un síndrome de dificultad respiratoria, con buena respuesta inicial al tratamiento, pero el niño murió repentinamente en el transcurso del tercer día. La auptosia reveló una extensa membrana hialina pulmonar y hemorragia intraventricular masiva.

Causas de la muerte perinatal:
(a) Hemorragia intraventricular
(b) Síndrome de dificultad respiratoria
Crecimiento fetal retardado
(c) Insuficiencia placentaria
(d) Bacteriuria del embarazo
Sección cesárea
(e) —

Ejemplo 3: Una diabética previamente diagnosticada, que fue mal controlada durante su primer embarazo, desarrolló a las 32 semanas una anemia megaloblástica. El trabajo de parto fue inducido a las 38 semanas. Se produjo un parto espontáneo de un niño que pesó 3200 gramos. El niño desarrolló una hipoglucemia y murió al segundo día. La autopsia reveló un conducto arterioso permeable.

Causas de la muerte perinatal:
(a) Conducto arterioso permeable
(b) Hipoglucemia
(c) Diabetes
(d) Anemia megaloblástica
(e) —

Ejemplo 4: Una mujer de 30 años de edad, que ya tenía un niño saludable de 4 años, tuvo un nuevo embarazo normal excepto por la aparición de un hidramnios. Una radiografía practicada a las 36 semanas sugirió la existencia de anencefalia. Se indujo el parto, del cual nació un niño muerto, anencefálico, que pesó 1500 gramos.

Causas de la muerte perinatal:
(a) Anencefalia
(b) —
(c) Hidramnios
(d) —
(e) —

4.3.3 Tabulación de la mortalidad perinatal por causa

Las estadísticas de mortalidad perinatal obtenidas de las informaciones registradas en el certificado que se muestra en la sección 4.3.1, darán un máximo beneficio cuando se haga un análisis por causas múltiples de todas las afecciones informadas. Cuando esto no se pueda realizar, el análisis de la afección o enfermedad principal del feto o recién nacido [parte (a)] y de la principal afección materna que afectó al feto o al recién nacido [parte (c)], en tabulación cruzada con grupos de esas afecciones, debe considerarse como el mínimo. Donde es necesario seleccionar solamente una afección (por ejemplo, cuando es necesario incorporar muertes neonatales precoces en tablas de mortalidad por causa única en todas las edades), se debe seleccionar la principal enfermedad o afección del feto o del recién nacido [parte (a)].

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

4.3.4 Codificación de las causas de muerte perinatal

Cada afección anotada en las partes (a), (b), (c) y (d) debe ser codificada separadamente. Las afecciones maternas que afectan al recién nacido o al feto, anotadas en las partes (c) y (d), deben ser codificadas en las categorías P00-P04, y estos códigos no deben ser utilizados para las partes (a) y (b). Las afecciones del feto o del recién nacido, anotadas en las partes (a) y (b), pueden ser codificadas en cualquier categoría, con excepción de P00-P04, pero lo más frecuente es que se codifiquen en las categorías P05-P96 (Afecciones perinatales), o Q00-Q99 (Anomalías congénitas). Se debe utilizar un solo código para las secciones (a) y (c), pero para las secciones (b) y (d) se deben utilizar tantos códigos como afecciones informadas.

La parte (e) se incluye para la revisión individual de cada muerte perinatal; por lo tanto, generalmente no necesitará ser codificada. Sin embargo, si se desea hacer un análisis estadístico de las circunstancias anotadas en la parte (e), pueden utilizarse algunas categorías adecuadas de los Capítulos XX y XXI; si no se consiguen categorías adecuadas en esos capítulos, los usuarios pueden diseñar su propio sistema de codificación para esta información.

4.3.5 Reglas de codificación

Las reglas de selección para la codificación de la mortalidad general no son aplicables al certificado de defunción perinatal. Puede suceder, sin embargo, que se reciban certificados de defunciones perinatales en los que las causas de muerte no se han anotado de acuerdo con las pautas dadas anteriormente. Tales certificados, si fuera posible, deberán ser enviados de nuevo al certificador para su corrección; si no lo fuera, se aplicarán las reglas siguientes:

Regla P1. Manera de morir o prematuridad anotadas en la parte (a)

Si en la parte (a) se anota insuficiencia cardíaca, asfixia o anoxia (cualquier afección en P20.-, P21.-) o prematuridad (cualquier afección en P07.-), y en la parte (a) o en la parte (b) se anotan otras afecciones del recién nacido o del feto, codifique la primera que se mencione de estas otras afecciones como si hubiera sido anotada sola en la parte (a), y codifique la afección realmente anotada en la parte (a) como si hubiera sido anotada en la parte (b).

Ejemplo 1:	Nacido vivo; muere a los 4 días	Codifique
	(a) Prematuridad	Q05.9
	(b) Espina bífida	P07.3
	(c) Insuficiencia placentaria	P02.2
	(d) —	

La prematuridad se codifica en (b) y la espina bífida en (a).

Ejemplo 2:	Nacido vivo; muere a los 50 minutos	Codifique
	(a) Asfixia grave al nacer	Q03.9
	Hidrocefalia	
	(b) —	P21.0
	(c) Trabajo de parto obstruido	P03.1
	(d) Preeclampsia grave	P00.0

La asfixia grave al nacer se codifica en (b) y la hidrocefalia en (a).

Regla P2. Dos o más afecciones anotadas en las partes (a) o (c)

Si el certificante anota dos o más afecciones en la parte (a) o en la parte (c), codifique la afección mencionada primero en cada una de estas partes como si hubiera sido escrita sola en la parte (a) o en la parte (c) y codifique las otras como si hubieran sido escritas en las partes (b) o (d).

Ejemplo 3:	Nacido muerto; muere antes del comienzo del trabajo de parto	Codifique
	(a) Desnutrición fetal grave	P05.0
	Peso bajo para la edad gestacional	
	Anoxia anteparto	
	(b) —	P20.9
	(c) Preeclampsia grave	P00.0
	Placenta previa	
	(d) —	P20.9

El peso bajo para la edad con desnutrición fetal se codifica en (a) y la anoxia anteparto en (b); la preeclampsia grave se codifica en (c) y la placenta previa en (d).

Ejemplo 4:	Nacido vivo; muere a los 2 días	Codifique
	(a) Hemorragia subdural traumática	P10.0
	Inhalación masiva de meconio	
	Anoxia intrauterina	
	(b) Hipoglucemia	P24.0
	Embarazo prolongado	P20.9
		P70.4
		P08.2
	(c) Parto con fórceps	P03.2
	(d) Preeclampsia grave	P00.0

La hemorragia subdural traumática se codifica en (a) y las otras afecciones anotadas en (a) se codifican en (b).

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Regla P3. No hay anotaciones en las partes (a) o (c)

Si no hay anotaciones en la parte (a) pero hay afecciones del recién nacido o del feto anotadas en la parte (b), codifique la primera que se mencione de estas afecciones como si hubiera sido anotada en la parte (a); si no hay nada escrito en la parte (a) ni en la parte (b), utilice para la parte (a) el código P95 (Muerte fetal de causa no especificada), en caso de nacidos muertos, o P96.9 (Afección no especificada, originada en el período perinatal), para las muertes neonatales precoces.

Igualmente, si no hay anotaciones en la parte (c) pero hay afecciones maternas escritas en la parte (d), codifique la primera que se mencione de estas afecciones como si hubiera sido anotada en la parte (c); si no hay anotaciones en las partes (c) o (d), utilice algún código artificial (por ejemplo xxx.x) en la parte (c) para indicar que no se mencionó ninguna afección materna.

Ejemplo 5:

Nacido vivo; muere a los 15 minutos	Codifique
(a) —	P10.4
(b) Desgarro tentorial Síndrome de dificultad respiratoria	P22.0
(c) —	xxx.x
(d) —	

El desgarro tentorial se codifica en (a); xxx.x se codifica en (c).

Ejemplo 6:

Nacido vivo; muere a los 2 días	Codifique
(a) —	P96.9
(b) —	
(c) —	P00.0
(d) Eclampsia (hipertensión esencial antigua)	

Causa perinatal no especificada se codifica en (a), (P96.9); la eclampsia se codifica en (c).

Regla P4. Afecciones descritas en la parte que no corresponde

Si una afección materna (es decir afecciones en P00-P04) es anotada en las partes (a) o (b), o si una afección del recién nacido o del feto es anotada en las partes (c) o (d), codifique las afecciones como si hubieran sido anotadas en la parte que les correspondía.
Si una afección clasificable como propia del recién nacido o del feto, o una afección de la madre es escrita equivocadamente en la parte (e), codifique como si fuera una afección fetal o materna adicional a las escritas en las partes (b) o (d) respectivamente.

Ejemplo 7:

Nacido muerto; muere después del comienzo del trabajo de parto	Codifique
(a) Hipoxia intrauterina grave	P20.9
(b) Presentación occipitoposterior persistente	
(c) —	P03.1
(d) —	P03.2
(e)	

La presentación occipitoposterior persistente se codifica en (c); el parto laborioso con fórceps se codifica en (d).

4.4 Morbilidad

Durante la vigencia de la Sexta Revisión de la CIE, la cual fue aprobada en 1948, se recibieron innumerables solicitudes de administradores de salud pública, directores de servicios de salud, autoridades de los sistemas de seguridad social e investigadores en diferentes disciplinas de la salud, para que hubiera una clasificación que fuera aplicable a la morbilidad. Desde entonces la CIE empezó a adaptarse a las necesidades de estudio de la morbilidad y, además de su uso tradicional para clasificar la mortalidad, su utilización en el campo de la morbilidad ha ido expandiéndose progresivamente a través de sucesivas revisiones de la CIE. Las estadísticas de morbilidad se utilizan cada vez más en la formulación de políticas y programas de salud, y su administración, seguimiento y evaluación, en epidemiología, en la identificación de poblaciones expuestas a riesgos específicos, y en la investigación clínica (incluyendo estudios sobre la incidencia de enfermedades en los diferentes grupos socioeconómicos).

La afección que se utiliza en el análisis de la morbilidad por causa única es la principal afección que se trató o investigó durante el episodio de atención de la salud. La afección principal se define como la afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afección principal.

Además de la afección principal, los registros deben, siempre que sea posible, contener separadamente otras afecciones o problemas que fueron atendidos durante el episodio de atención de la salud. Esas otras afecciones se definen como aquellas que coexistieron o se desarrollaron durante el episodio de atención y afectaron el tratamiento del paciente. Las afecciones que hayan afectado anteriormente al paciente pero que no inciden en el episodio actual no se deben registrar.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Cuando el análisis se limita a una afección única para cada episodio, se puede perder información. Por lo tanto, se recomienda, cuando sea posible, codificar y analizar afecciones múltiples para complementar la información de rutina. Esto podría hacerse de acuerdo con reglas locales, ya que no se han establecido reglas internacionales. Sin embargo, es conveniente investigar la experiencia que exista en otras partes, ya que puede ser útil en el desarrollo de métodos locales.

4.4.1 Orientaciones para el registro de la información diagnóstica para el análisis de la morbilidad por afección única

Lineamientos generales

La persona a cargo del tratamiento del paciente debe seleccionar la afección principal y todas las otras afecciones que se van registrar en cada episodio de atención de la salud. Esta información debe organizarse sistemáticamente mediante el uso de métodos estándares de registro. Un registro debidamente elaborado es esencial para dar buena atención al paciente y una fuente valiosa de datos epidemiológicos y otras estadísticas sobre la morbilidad y otros problemas de salud.

Especificidad y detalle

Cada término diagnóstico debe ser tan informativo como sea posible para que la afección se clasifique en la categoría más apropiada de la CIE. A continuación se presentan ejemplos de tales términos diagnósticos:

- carcinoma de células transicionales del trígono vesical
- apendicitis aguda con perforación
- catarata diabética, insulinodependiente
- pericarditis meningocócica
- atención prenatal por hipertensión en el embarazo
- diplopía por reacción alérgica debida a medicamento antihistamínico tomado correctamente según prescripción
- osteoartritis de la cadera debida a fractura antigua
- fractura del cuello del fémur debida a caída en el hogar
- quemaduras de tercer grado en la palma de la mano

Diagnósticos y síntomas imprecisos

Si no se han establecido diagnósticos definitivos al final del episodio de atención, debe registrarse la información que permita el mayor grado de especificidad y conocimiento sobre la afección que requirió cuidados o investigación. Esto debe hacerse registrando el síntoma, hallazgo anormal o problema, en vez de calificar un diagnóstico con términos tales como "posible", "dudoso", o "sospecha de", que haya sido considerado pero no establecido.

Contacto con servicios de salud por razones que no son enfermedades

Los episodios de atención o contacto con los servicios de salud no se limitan al tratamiento o investigación de episodios de enfermedad o traumatismo. Existen casos en los cuales una persona que no está enferma en el momento requiere o recibe atención limitada o algunos servicios; los detalles de las circunstancias de tal episodio deben registrarse como "la afección principal". Algunos ejemplos son los siguientes:

- seguimiento de afecciones previamente tratadas
- inmunización
- atención anticonceptiva, atención prenatal y postparto
- vigilancia de personas con riesgos debidos a historia personal o familiar
- exámenes a personas sanas, por ejemplo, para seguros o por razones ocupacionales
- solicitud de consejos sobre salud
- solicitud de consejos por persona con problemas sociales
- consultas de parte de una tercera persona

El Capítulo XXI (Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud) ofrece un amplio rango de categorías (Z00-Z99) para la clasificación de estas circunstancias; el análisis de ese capítulo da una indicación del detalle requerido para poder clasificarlas en la categoría más adecuada.

Afecciones múltiples

Cuando un episodio de atención de la salud corresponde a varias afecciones relacionadas (por ejemplo: traumatismos múltiples, secuelas múltiples de una enfermedad o lesión previa, afecciones múltiples que ocurren en la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), se debe seleccionar como la "afección principal" la que ha sido claramente la más grave y la que ha exigido mayores recursos; las otras deben registrarse como "otras afecciones". Cuando no haya una afección predominante, pueden registrarse como la "afección principal" términos como "fracturas múltiples", "traumatismos múltiples del cráneo", o "infecciones múltiples debidas al SIDA", seguidos de una lista de afecciones. Si hay varias afecciones de tipo múltiple y ninguna de ellas es predominante, debe registrarse solamente un término como "traumatismos múltiples" o "traumatismos múltiples por aplastamiento".

Afecciones debidas a causas externas

Cuando se registra una afección como traumatismo, envenenamiento u otro efecto de causas externas, es importante describir tanto la naturaleza de la afección como las circunstancias que la originaron. Por ejemplo: "fractura del cuello del fémur debida a una caída al resbalar en el pavimento grasoso"; "con-

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

tusión cerebral causada cuando el paciente perdió el control del automóvil, el cual chocó con un árbol"; "envenenamiento accidental —el paciente ingirió por error un desinfectante al confundirlo con una gaseosa", o "hipotermia grave —el paciente se cayó en su jardín en un día muy frío".

Tratamiento de las secuelas

Cuando un episodio de atención corresponde al tratamiento o investigación de una afección residual (secuela) de una enfermedad que ya no está presente o activa, la secuela y su origen deben describirse en forma completa, aclarándose simultáneamente que la enfermedad original ya no está presente. Por ejemplo: "desviación del tabique nasal —fractura de la nariz en la infancia", "contractura del tendón de Aquiles— efectos tardíos de lesión del tendón", o "esterilidad debida a obstrucción tubaria por tuberculosis antigua".

Cuando hay secuelas múltiples y el tratamiento o la investigación no se dirige predominantemente a una de ellas, una expresión tal como "secuelas de accidente cerebrovascular" o "secuelas de fracturas múltiples" es aceptable.

4.4.2 Orientaciones para la codificación de la "afección principal" y "otras afecciones"

Lineamientos generales

La "afección principal" y las "otras afecciones" importantes en un episodio de atención de la salud debe haberlas registrado la persona a cargo de la atención, y la codificación es por lo general directa; la afección principal mencionada debe aceptarse para la codificación y procesamiento, a menos que sea obvio que no se siguieron las orientaciones dadas anteriormente. En este último caso el registro cuestionado debe regresarse a su lugar de origen para aclaración. Si no se logra aclarar, se deben aplicar las Reglas MB1 a MB5 (sección 4.4.3), que pueden ayudar al codificador a tratar algunas de las causas más comunes de clasificación incorrecta en los registros. Las orientaciones que se dan a continuación las debe utilizar el codificador cuando no tenga claro qué código debe usar.

Se ha recomendado que se registren las "otras afecciones" en relación con un episodio de atención, aun en el caso de que el análisis sea por "causa única", ya que esta información puede ayudar a escoger el código de la CIE aplicable a la afección principal.

Códigos adicionales opcionales

En las orientaciones que se dan a continuación se indica a veces un código preferencial para la "afección principal", conjuntamente con un código adicional optativo para dar mayor información. El código preferencial indica la "afección principal" para los análisis por causa única y puede incluirse un código adicional para el análisis por causas múltiples.

Codificación de las afecciones en las cuales se aplica el sistema de daga y asterisco

Donde sea aplicable, se deben utilizar ambos códigos para la afección principal, ya que ellos indican dos formas diferentes de una misma afección.

Ejemplo 1: Afección principal: Neumonía por sarampión
Otras afecciones: —

Codifique sarampión complicado por neumonía (B05.2†) y neumonía en enfermedades virales clasificadas en otra parte (J17.1*).

Ejemplo 2: Afección principal: Pericarditis tuberculosa
Otras afecciones: —

Codifique tuberculosis de otros órganos especificados (A18.8†) y pericarditis en enfermedades bacterianas clasificadas en otra parte (I32.0*).

Ejemplo 3: Afección principal: Artritis por enfermedad de Lyme
Otras afecciones: —

Codifique enfermedad de Lyme (A69.2|) y artritis en la enfermedad de Lyme (M01.2*).

Codificación de sospecha de afecciones, síntomas, hallazgos anormales y situaciones en que no hay enfermedad

Si el período de atención de la salud se refiere a un paciente hospitalizado, el codificador debe utilizar con cautela las rúbricas de los Capítulos XVIII y XXI para codificar la afección principal. Si no se ha obtenido un diagnóstico más preciso al final de la hospitalización o si efectivamente no hubo una enfermedad o lesión realmente codificable, podrán utilizarse los códigos de los capítulos mencionados anteriormente (ver también las Reglas MB3 y MB5, sección 4.4.3). Las categorías de dichos capítulos pueden utilizarse normalmente para otros episodios de contacto con los servicios de salud.

Si, después de un episodio de atención de la salud, la afección principal aún se registra como "sospecha de", "dudosa", etc. y no hay información o clarificación adicional, el diagnóstico mencionado debe aceptarse como definitivo.

La categoría Z03.- (Evaluación y observación médicas por sospecha de enfermedades y afecciones) es una rúbrica que se utiliza en el caso de sospechas diagnósticas que pueden ser descartadas después de una investigación.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Ejemplo 4: Afección principal: Sospecha de colecistitis aguda
Otras afecciones: —

Codifique colecistitis aguda (K81.0) como "afección principal".

Ejemplo 5: Afección principal: Hospitalizada para investigación por sospecha de tumor maligno del cuello del útero — diagnóstico descartado
Otras afecciones: —

Codifique observación por sospecha de tumor maligno (Z03.1) como "afección principal".

Ejemplo 6: Afección principal: Infarto del miocardio, descartado
Otras afecciones: —

Codifique observación por sospecha de infarto del miocardio (Z03.4) como "afección principal".

Ejemplo 7: Afección principal: Epistaxis grave
Otras afecciones: —

Paciente hospitalizado por un día. No se registran investigaciones ni otros procedimientos.

Codifique como epistaxis (R04.0). Esto se considera aceptable ya que el paciente fue obviamente admitido solamente para atender la emergencia.

Codificación de causas múltiples

Cuando se mencionan varias condiciones en una categoría denominada "Múltiples. . ." y ninguna de ellas predomina, codifique con la categoría para "Múltiples . . ." como código preferencial. Opcionalmente se pueden utilizar códigos adicionales para cada una de las afecciones por separado.

Este tipo de codificación se aplica especialmente en el caso de las afecciones asociadas a la enfermedad por el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) (SIDA), los traumatismos y las secuelas.

Codificación de las categorías combinadas

La CIE contiene algunas categorías que permiten clasificar dos afecciones o una afección con un proceso secundario asociado, en un código único para la combinación. Tales categorías combinadas deben utilizarse como el código de la afección principal donde la información registrada lo permita. En el Índice

alfabético se indican las combinaciones con la indentación "con" que aparece debajo del término principal. Cuando se registra más de una afección como "afección principal", dichas afecciones pueden combinarse si se considera que un término es un adjetivo modificativo del otro.

Ejemplo 8: Afección principal: Insuficiencia renal
Otras afecciones: Enfermedad renal hipertensiva

Codifique "enfermedad renal hipertensiva con insuficiencia renal" (I12.0) como afección principal.

Ejemplo 9: Afección principal: Glaucoma secundario a inflamación del ojo
Otras afecciones: —

Codifique glaucoma secundario a inflamación del ojo (H40.4) como la "afección principal".

Ejemplo 10: Afección principal: Obstrucción intestinal
Otras afecciones: Hernia inguinal izquierda

Codifique como hernia inguinal unilateral o no especificada, con obstrucción, sin gangrena (K40.3).

Ejemplo 11: Afección principal: Catarata. Diabetes insulinodependiente
Otras afecciones: Hipertensión
Especialidad: Oftalmología

Codifique diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones oftálmicas (E10.3†) y catarata (H28.0*) como la afección principal.

Ejemplo 12: Afección principal: Diabetes mellitus no insulinodependiente
Otras afecciones: Hipertensión
Artritis reumatoide
Catarata
Especialidad: Medicina general

Codifique diabetes no insulinodependiente sin complicaciones (E11.9) como la "afección principal". Note que en este ejemplo la asociación de catarata con diabetes no se debe hacer porque los dos términos no se mencionan dentro de la "afección principal".

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Codificación de las causas externas de morbilidad

Para los traumatismos y otras afecciones debidas a causas externas, se deben codificar tanto la naturaleza de la lesión como las circunstancias de la causa externa. En este caso la "afección principal" debe ser la que describe la naturaleza de la lesión, que por lo general, pero no siempre, será clasificable en el Capítulo XIX. El código del Capítulo XX que indica la causa externa de la lesión se utilizará como un código opcional adicional.

Ejemplo 13: Afección principal: Fractura del cuello del fémur por caída debida a pavimento irregular
Otras afecciones: Contusiones en el codo y el brazo

Codifique fractura del cuello del fémur (S72.0) como "afección principal". Se puede codificar también la causa externa de la lesión, caída en el mismo nivel por deslizamiento, tropezón o traspié en una calle o carretera (W01.4), como un código opcional adicional.

Ejemplo 14: Afección principal: Hipotermia grave, el paciente se cayó en el jardín en un día muy frío
Otras afecciones: Senilidad

Codifique la hipotermia (T68) como la "afección principal"; puede usarse el código de la causa externa exposición a frío excesivo natural en el hogar (X31.0) como un código opcional adicional.

Ejemplo 15: Afección principal: Diplopía debida a reacción a un antihistamínico tomado según prescripción
Otras afecciones: —

Codifique la diplopía (H53.2) como la "afección principal". Puede utilizarse el código de la causa externa de la lesión para los efectos adversos de medicamentos antialérgicos y antieméticos en uso terapéutico (Y43.0) como un código opcional adicional.

Ejemplo 16: Afección principal: Hemoglobinuria debida a entrenamiento para un maratón (entrenamiento al aire libre en un campo deportivo)
Otras afecciones: —

Codifique hemoglobinuria debida a hemólisis por otras causas externas (D59.6) como la "afección principal". El código para la causa externa ejercicio excesivo y extenuante, con movimientos repetitivos en áreas atléticas y deportivas (X50.3) puede utilizarse como un código opcional adicional.

Codificación de las secuelas de algunas afecciones

La CIE contiene algunas categorías tituladas "Secuela de. . . ." (B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O94, T90-T98, Y85-Y89) que pueden utilizarse para codificar afecciones que ya no están presentes, pero cuyas secuelas son la causa de la afección por la cual se lleva a cabo un tratamiento o investigación. El código preferencial para la "afección principal" es, sin embargo, el de la naturaleza de la secuela, al cual puede añadirse el código de "Secuela de . . ." como un código opcional adicional.

Cuando varias secuelas diferentes y muy específicas están presentes y ninguna de ellas predomina en gravedad ni en la demanda de recursos para su tratamiento, se permite registrar la descripción "Secuelas de . . ." como la "afección principal", que debe codificarse en la categoría apropiada. Obsérvese que es suficiente que la afección causal sea descrita como "antigua", "vieja", "no presente actualmente", etc., o que la afección resultante sea descrita como "efecto tardío de . . ." o "secuela de . . ." para aplicar estos criterios a la codificación. No hay intervalo mínimo de tiempo establecido.

Ejemplo 17: Afección principal: Disfasia por infarto cerebral antiguo
Otras afecciones: —

Codifique la disfasia (R47.0) como la "afección principal". El código para secuela de infarto cerebral (I69.3) se puede utilizar como un código opcional adicional.

Ejemplo 18: Afección principal: Osteoartritis de la articulación de la cadera debida a fractura antigua por accidente de vehículo de motor, hace 10 años
Otras afecciones: —

Codifique otras coxartrosis postraumáticas (M16.5) como la "afección principal". Los códigos para secuela de fractura del fémur (T93.1) y secuela de accidente de vehículo de motor (Y85.0) pueden ser utilizados como códigos opcionales adicionales.

Ejemplo 19: Afección principal: Efectos tardíos de poliomielitis
Otras afecciones: —

Codifique la secuela de poliomielitis (B91) como la "afección principal", ya que no hay ninguna otra información disponible.

MATERIAL DE CIRCULACIÓN
MATERIAL DE CIRCULACIÓN

Codificación de las afecciones agudas y crónicas

Cuando se menciona la afección principal como aguda (o subaguda) y crónica al mismo tiempo, y la CIE ofrece códigos separados para cada una, pero no para la combinación, debe codificarse la afección aguda como la "afección principal" de preferencia.

Ejemplo 20: Afección principal: Colecistitis aguda y crónica
Otras afecciones: —

Codifique la colecistitis aguda (K81.0) como la "afección principal". Puede utilizarse el código para la colecistitis crónica (K81.1) como un código opcional adicional.

Ejemplo 21: Afección principal: Exacerbación aguda de bronquitis obstructiva crónica
Otras afecciones: —

Codifique enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda (J44.1) como la "afección principal". En este caso la CIE tiene un código apropiado para la combinación.

Codificación de afecciones postoperatorias y de complicaciones

El Capítulo XIX contiene categorías para algunas complicaciones relacionadas con los procedimientos quirúrgicos y de otros tipos (T80-T88), por ejemplo, infección de herida quirúrgica, complicaciones mecánicas de dispositivos implantados, choque, etc. La mayoría de los capítulos dedicados a sistemas corporales tienen también categorías que permiten codificar afecciones que ocurren como consecuencia de procedimientos o técnicas específicas, o como resultado de la extirpación de un órgano, por ejemplo, síndrome de linfedema postmastectomía, hipotiroidismo postirradiación. Algunas afecciones (por ejemplo: neumonía, embolia pulmonar) que pueden aparecer en el período posterior al procedimiento no se consideran entidades por separado y se codifican de la manera usual. En estos casos, se puede agregar un código adicional opcional entre Y83-Y84 para identificar la relación con el procedimiento.

Cuando se registran afecciones y complicaciones debidas a procedimientos como la afección principal, habrá que referirse cuidadosamente a los términos modificativos o calificativos del Índice alfabético para seleccionar el código correcto.

Ejemplo 22: Afección principal: Hipotiroidismo desde tiroidectomía hace 1 año
Otras afecciones: —
Especialidad: Medicina general

Codifique hipotiroidismo postquirúrgico (E89.0) como la "afección principal".

Ejemplo 23: Afección principal: Hemorragia excesiva por extracción dental
Otras afecciones: Dolor
Especialidad: Odontología

Codifique la hemorragia que resultó del procedimiento (T81.0) como la "afección principal".

Ejemplo 24: Afección principal: Psicosis postoperatoria después de cirugía plástica
Otras afecciones: —
Especialidad: Psiquiatría

Codifique la psicosis (F09) como la "afección principal" y agregue Y83.8 (otros procedimientos quirúrgicos especificados [como la causa de la reacción anormal del paciente]) para indicar la relación con el procedimiento.

4.4.3 Reglas para reselección cuando la "afección principal" se registra incorrectamente

La persona a cargo de la atención del paciente es la que indica en el registro cuál es la "afección principal" y lo normal es que esa indicación se acepte y que la codificación de ese registro se lleve a cabo de acuerdo con las orientaciones ofrecidas anteriormente y con las notas específicas para cada capítulo mencionadas en la sección 4.4.4. Sin embargo, algunas circunstancias o la disponibilidad de información adicional pueden indicar que no se siguieron los procedimientos correctos al registrar la afección. Si no es posible obtener una aclaración de la persona a cargo de la atención del paciente, pueden aplicarse las reglas siguientes para reseleccionar la "afección principal".

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Reglas para la reselección de la afección principal

Regla MB1: La afección menos importante se registra como "afección principal" y la más importante como "otra afección"

Cuando una afección de duración prolongada o de poca importancia, o un problema incidental se registra como la "afección principal" y se registra como "otra afección" una más importante o pertinente al tratamiento que se aplica al paciente o a la especialidad que lo atendió, seleccione esta última como "afección principal".

Regla MB2: Varias afecciones registradas como afección principal

Si varias afecciones que no pueden codificarse en forma combinada se registran en la parte destinada a la "afección principal", y otros detalles presentes en el registro indican que una de ellas es la "afección principal" por la cual se atendió al paciente, seleccione dicha afección. En caso contrario, seleccione la afección mencionada en primer lugar.

Regla MB3: La afección mencionada como "afección principal" es un síntoma de una afección diagnosticada y tratada

Si se registra un síntoma o signo (generalmente clasificable en el Capítulo XVIII), o un problema clasificable en el Capítulo XXI como la "afección principal", y este es obviamente un síntoma o signo de una afección diagnosticada y mencionada en otra parte, y fue por esta última que se dio atención al paciente, reseleccione la afección diagnosticada como la "afección principal".

Regla MB4: Especificidad

Cuando el diagnóstico registrado como "afección principal" describe una afección en términos generales, y en otra parte se registra un término que proporciona información más precisa sobre el sitio o naturaleza de la afección, reseleccione este último como la "afección principal".

Regla MB5: Diagnósticos principales alternativos

Cuando un síntoma o signo registrado como la "afección principal" contiene una indicación de que puede deberse a más de una afección, seleccione el síntoma como la "afección principal". Cuando se registran dos o más afecciones como opciones diagnósticas para la "afección principal", seleccione la mencionada en primer lugar.

Ejemplos de aplicación de las reglas para la reselección de la afección principal

Regla MB1: La afección menos importante se registra como "afección principal" y la más importante como "otra afección"

Cuando una afección de duración prolongada o de poca importancia, o un problema incidental se registra como la "afección principal" y se registra como "otra afección" una más importante o pertinente al tratamiento que se aplica al paciente o a la especialidad que lo atendió, seleccione esta última como "afección principal".

Ejemplo 1:

Afección principal:	Sinusitis aguda
Otras afecciones:	Carcinoma del endocérvix
	Hipertensión
	Paciente hospitalizada tres semanas
Procedimiento:	Histerectomía total
Especialidad:	Ginecología

Reseleccione carcinoma del endocérvix como la "afección principal" y codifique en C53.0.

Ejemplo 2:

Afección principal:	Artritis reumatoide
Otras afecciones:	Diabetes mellitus
	Hernia femoral estrangulada
	Arteriosclerosis generalizada
	Paciente hospitalizado dos semanas
Procedimiento:	Herniorrafia
Especialidad:	Cirugía

Reseleccione hernia femoral estrangulada como la "afección principal" y codifique en K41.3.

Ejemplo 3:

Afección principal:	Epilepsia
Otras afecciones:	Otomicosis
Especialidad:	Otorrinolaringología

Reseleccione otomicosis como la "afección principal" y codifique en B36.9l y H62.2*.

Ejemplo 4:

Afección principal:	Insuficiencia cardíaca congestiva
Otras afecciones:	Fractura del cuello del fémur por caída de la cama durante la hospitalización
	Paciente hospitalizado cuatro semanas
Procedimiento:	Reducción quirúrgica de la fractura
Especialidad:	Medicina interna por una semana y luego

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

transferido a cirugía traumatológica para tratamiento de la fractura.

Reseleccione la fractura del cuello del fémur como la "afección principal" y codifique en S72.0.

Ejemplo 5:

Afección principal:	Caries dental
Otras afecciones:	Estenosis mitral reumática
Procedimiento:	Extracciones dentales
Especialidad:	Odontología

Seleccione la caries dental como la "afección principal" y codifique en K02.9. La regla MB1 no se aplica. Aunque la caries dental puede considerarse como una afección de menor importancia y la estenosis mitral reumática como más importante, esta última no fue la afección tratada durante la atención.

Regla MB2: Varias afecciones registradas como afección principal

Si varias afecciones que no pueden codificarse en forma combinada se registran en la parte destinada a la "afección principal", y otros detalles presentes en el registro indican que una de ellas es la "afección principal" por la cual se atendió al paciente, seleccione dicha afección. En caso contrario, seleccione la afección mencionada en primer lugar.

Nota: Ver también en la sección 4.4.2, Codificación de categorías combinadas.

Ejemplo 6:

Afección principal:	Catarata Meningitis estafilocócica Enfermedad isquémica del corazón
Otras afecciones:	— Paciente hospitalizado por cinco semanas
Especialidad:	Neurología

Seleccione meningitis estafilocócica como la "afección principal". Codifique en G00.3.

Ejemplo 7:

Afección principal:	Bronquitis obstructiva crónica Hipertrofia de la próstata Psoriasis vulgar
Otras afecciones:	—
Especialidad:	Paciente de consulta externa atendido por el servicio de dermatología

Seleccione psoriasis vulgar como la "afección principal" y codifique en L40.0.

Ejemplo 8:

Afección principal:	Estenosis mitral Bronquitis aguda Artritis reumatoide
Otras afecciones:	—
Especialidad:	Medicina general No hay información sobre tratamiento

Seleccione estenosis mitral, la afección mencionada en primer lugar, como "afección principal" y codifique en I05.0.

Ejemplo 9:

Afección principal:	Gastritis crónica Metástasis en nódulos linfáticos axilares Carcinoma de la mama
Otras afecciones:	—
Procedimiento:	Mastectomía

Seleccione tumor maligno de la mama como la "afección principal" y codifique en C50.9.

Ejemplo 10:

Afección principal:	Ruptura prematura de las membranas Presentación podálica Anemia
Otras afecciones:	—
Procedimiento:	Parto espontáneo

Seleccione ruptura prematura de las membranas, primera afección mencionada, como la "afección principal" y codifique en O42.9.

Regla MB3: La afección mencionada como "afección principal" es un síntoma de una afección diagnosticada y tratada

Si se registra un síntoma o signo (generalmente clasificable en el Capítulo XVIII), o un problema clasificable en el Capítulo XXI como la "afección principal" y este es obviamente un síntoma o signo de una afección diagnosticada y mencionada en otra parte, y fue por esta última que se dio atención al paciente, reseleccione la afección diagnosticada como la "afección principal".

Ejemplo 11:

Afección principal:	Hematuria
Otras afecciones:	Venas varicosas en las piernas Papiloma de la pared posterior de la vejiga
Procedimiento:	Escisión del papiloma con diatermia

Reseleccione papiloma de la pared posterior de la vejiga como la "afección principal" y codifique en D41.4.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Ejemplo 12:
Afección principal: Coma
Otras afecciones: Enfermedad isquémica del corazón
Otosclerosis
Diabetes mellitus, insulinodependiente
Especialidad: Endocrinología
Tratamiento: Se estableció la dosis correcta de insulina

Reseleccione diabetes mellitus insulinodependiente como la "afección principal" y codifique en E10.0. La información existente indica que el coma se debió a diabetes mellitus, y que se toma en cuenta porque modifica el código.

Ejemplo 13:
Afección principal: Dolor abdominal
Otras afecciones: Apendicitis aguda
Procedimiento: Apendicectomía

Reseleccione apendicitis aguda como la "afección principal" y codifique en K35.9.

Ejemplo 14:
Afección principal: Convulsiones febriles
Otras afecciones: Anemia
No hay información sobre tratamiento

Se aceptan las convulsiones febriles como "afección principal" y se codifica en R56.0. La Regla MB3 no se aplica ya que la afección principal registrada no es un síntoma de una afección mencionada en otra parte.

Regla MB4: Especificidad

Cuando el diagnóstico registrado como "afección principal" describe una afección en términos generales y en otra parte se registra un término que proporciona información más precisa sobre el sitio o naturaleza de la afección, reseleccione este último como la "afección principal".

Ejemplo 15:
Afección principal: Accidente cerebrovascular
Otras afecciones: Diabetes mellitus
Hipertensión
Hemorragia cerebral

Reseleccione hemorragia cerebral como la "afección principal" y codifique en I61.9.

Ejemplo 16:
Afección principal: Enfermedad congénita del corazón
Otras afecciones: Defecto del tabique interventricular

Reseleccione defecto del tabique interventricular como la "afección principal" y codifique en Q21.0.

Ejemplo 17:
Afección principal: Enteritis
Otras afecciones: Enfermedad de Crohn del íleon

Reseleccione enfermedad de Crohn del íleon como la "afección principal" y codifique en K50.0.

Ejemplo 18:
Afección principal: Distocia
Otras afecciones: Feto hidrocefálico
Sufrimiento fetal
Procedimiento: Sección cesárea

Reseleccione obstrucción del trabajo de parto debida a otras anormalidades del feto, como la "afección principal" y codifique en O66.3.

Regla MB5: Diagnósticos principales alternativos

Cuando un síntoma o signo registrado como la "afección principal" contiene una indicación de que puede deberse a más de una afección, seleccione el síntoma como la "afección principal". Cuando se registran dos o más afecciones como opciones diagnósticas de la "afección principal", seleccione la mencionada en primer lugar.

Ejemplo 19:
Afección principal: Cefalea debida a estrés y tensión o a sinusitis aguda
Otras afecciones: —

Seleccione cefalea como la "afección principal" y codifique en R51.

Ejemplo 20:
Afección principal: Colecistitis aguda o pancreatitis aguda
Otras afecciones: —
Seleccione colecistitis como la "afección principal" y codifique en K81.0.

Ejemplo 21:
Afección principal: Gastroenteritis debida a infección o intoxicación alimentaria
Otras afecciones: —
Seleccione gastroenteritis infecciosa como la "afección principal" y codifique en A09.0.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

4.4.4 Notas específicas por capítulo

A continuación se ofrecen orientaciones para cada capítulo en particular, para que se utilicen en el caso de que surjan problemas en la selección de la "afección principal". A menos que las notas específicas del capítulo en particular indiquen lo contrario, deben aplicarse las instrucciones que se dieron anteriormente.

Capítulo I: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

B20-B24 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] (SIDA)

Un paciente que tiene su sistema inmunológico afectado debido a enfermedad por el VIH puede, en algunos casos, recibir tratamiento por más de una enfermedad durante un mismo episodio de atención, por ejemplo, por infecciones debidas a micobacterias y citomegalovirus. La CIE contiene categorías y subcategorías para la enfermedad por el VIH que resulta en varias otras enfermedades. Utilice el código de la subcategoría apropiada para la "afección principal" según lo haya indicado el médico tratante. Cuando la "afección principal" mencionada en el registro es la enfermedad por VIH resultante en varias otras enfermedades simultáneas, se debe codificar la subcategoría .7 de la categoría B20-B22 correspondiente. Las afecciones clasificables en dos o más subcategorías de una misma categoría deben codificarse con la subcategoría .7 de la categoría apropiada (por ejemplo: B20 o B21). Debe utilizarse la subcategoría B22.7 cuando están presentes afecciones clasificables en dos o más categorías del grupo B20-B22. Además se pueden utilizar códigos del grupo B20-B24 si se desea codificar individualmente cada una de las afecciones presentes en el caso.

En las raras circunstancias en las que la afección asociada es claramente anterior a la infección por VIH, no debe codificarse la combinación y deben aplicarse las reglas de selección de morbilidad.

Ejemplo 1: Afección principal: Enfermedad por VIH y sarcoma de Kaposi
Otras afecciones: —
Codifique sarcoma de Kaposi como resultado de enfermedad por VIH (B21.0).

Ejemplo 2: Afección principal: Toxoplasmosis y criptococosis en paciente con enfermedad por VIH
Otras afecciones: —
Codifique infecciones múltiples como resultado de enfermedad por VIH (B20.7). Si se desea, pueden utilizarse además los códigos B20.8 (enfermedad por VIH resultante en otras enfermedades infecciosas y parasitarias) y B20.5 (enfermedad por VIH resultante en otras micosis).

Ejemplo 3: Afección principal: Enfermedad por VIH con neumonía debida a *Pneumocystis jirovecii,* linfoma de Burkitt y candidiasis oral
Otras afecciones: —
Codifique enfermedades múltiples como resultado de enfermedad por VIH (B22.7). Si se desea, se pueden utilizar además los códigos B20.6 (enfermedad por VIH resultante en neumonía por *Pneumocystis jirovecii);* B21.1 (enfermedad por VIH resultante en linfoma de Burkitt) y B20.4 (enfermedad por VIH resultante en candidiasis).

Las subcategorías en B20-B23 son los únicos códigos de cuatro caracteres opcionales para los países que utilizan la versión de cuatro caracteres de la CIE-10. Donde no se desee utilizar estas subcategorías adicionales, pueden utilizarse los códigos apropiados de otras partes de la clasificación para identificar las afecciones que resultan de la enfermedad por VIH. En el Ejemplo 1 mencionado anteriormente, la "afección principal" sería codificada de la manera siguiente: B21 (tumor maligno como resultado de enfermedad por VIH) y C46.9 (sarcoma de Kaposi), como un código adicional. En el caso del Ejemplo 2, la "afección principal" sería codificada en B20 (enfermedades infecciosas y parasitarias como resultado de enfermedad por VIH). Además, podrían utilizarse los códigos B58.9 (toxoplasmosis, no especificada) y B45.9 (criptococosis, no especificada).

El uso de las subcategorías de cuatro caracteres correspondientes al grupo B20-B23, o de la codificación por causa múltiple para identificar las afecciones específicas, es una decisión que debe tomarse en el momento en que se vaya a comenzar la aplicación de la CIE-10.

B90-B94 Secuelas de enfermedades infecciosas y parasitarias

Estos códigos no deben utilizarse como códigos preferenciales para la "afección principal" si se registra la naturaleza de la afección residual. En estos casos se pueden utilizar los códigos del grupo B90-B94 como códigos adicionales opcionales. (Ver en la sección 4.4.2, Codificación de las secuelas de algunas afecciones.)

B95-B98 Bacterias, virus y otros agentes infecciosos

Estos códigos no deben utilizarse para codificar la "afección principal", ya que su uso está destinado, como códigos adicionales opcionales, a la identificación de los agentes infecciosos u organismos causantes de enfermedades clasificadas fuera del Capítulo I. Las infecciones de sitios no especificados debidas a estos agentes se clasifican dentro del Capítulo I.

MATERIAL DE DISTRIBUCIÓN
MATERIAL DE DISTRIBUCIÓN

Ejemplo 4: Afección principal: Cistitis aguda debida a *E. coli*
Otras afecciones: —
Codifique la cistitis aguda (N30.0) como la "afección principal". Puede utilizarse B96.2 *(E. coli* como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos) como un código opcional adicional.

Ejemplo 5: Afección principal: Infección bacteriana
Otras afecciones: —
Codifique infección bacteriana, no especificada (A49.9) como la "afección principal"; no utilice un código del grupo B95-B98.

Capítulo II: Tumores [neoplasias]

Cuando vaya a codificar los tumores, revise las notas introductorias del Capítulo II en el Volumen 1 y la introducción del Índice alfabético (Volumen 3) en lo que se refiere a la asignación de códigos y al uso de las descripciones morfológicas.

Un tumor, sea primario o metastásico, que se menciona como la causa primordial de la atención ofrecida al paciente en un episodio determinado, debe registrarse y codificarse como la "afección principal". Cuando se menciona como "afección principal" un tumor primario que fue extirpado en una ocasión anterior, codifique como "afección principal" el tumor de localización secundaria, la complicación actual, o una circunstancia codificable en el Capítulo XXI (ver en la sección 4.4.1, Contacto con servicios de salud por razones que no son enfermedades), que haya sido la razón primordial para el tratamiento o investigación que se llevó a cabo durante este episodio de atención. Además, puede utilizarse en forma opcional un código del Capítulo XXI referente a historia personal de tumor.

Ejemplo 6: Afección principal: Carcinoma prostático
Otras afecciones: Bronquitis crónica
Codifique el tumor maligno de la próstata (C61) como la afección principal.

Ejemplo 7: Afección principal: Carcinoma de la mama extirpado hace dos años
Otras afecciones: Carcinoma secundario del pulmón
Procedimiento: Broncoscopia con biopsia
Codifique tumor maligno secundario del pulmón (C78.0) como la "afección principal". Puede utilizarse la categoría Z85.3 (Historia personal de tumor maligno de la mama) como código adicional opcional.

Ejemplo 8: Afección principal: Extirpación previa de cáncer de la vejiga —admitido para examen de control con cistoscopia
Otras afecciones: —
Procedimiento: Cistoscopia
Codifique el examen de seguimiento de tumor maligno operado (Z08.0) como la "afección principal". La rúbrica Z85.5 (Historia personal de tumor maligno de las vías urinarias) puede utilizarse como código adicional opcional.

C79.9 Tumor maligno secundario de sitio no especificado

C79.9 sólo debe ser usado para codificar la “afección principal” cuando la afección es descrita como “carcinomatosis diseminada” o cáncer generalizado (u otros términos similares como los descritos en los términos de inclusión del código C79.9) y los sitios específicos no están documentados.

C80 Tumor maligno de sitios no especificados

C80.0 Tumor maligno, de sitio primario desconocido, así descrito

C80.9 Tumor maligno, de sitio primario no especificado

La categoría C80.- debe utilizarse para codificar la “afección principal” sólo cuando el médico que brinda la atención haya registrado claramente la neoplasia como de sitio primario desconocido o como un tumor maligno primario no especificado.

C97 Tumores malignos (primarios) de sitios múltiples independientes

El código C97 debe utilizarse cuando se mencionan como "afección principal" dos o más tumores malignos primarios independientes. Se pueden utilizar códigos adicionales para identificar individualmente cada tumor.

Ejemplo 9: Afección principal: Carcinomatosis
Otras afecciones: —
Codifique en tumor maligno secundario de sitio no especificado (C79.9). C80.9 (Tumor maligno, de sitio primario no especificado) puede ser usado como código adicional si el sitio primario no está especificado). Un código apropiado del Capítulo XXI debe ser usado para historia personal de tumor primario que ya no está presente.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Ejemplo 10: Afección principal: Mieloma múltiple y adenocarcinoma de la próstata
Otras afecciones: —
Codifique como tumores malignos (primarios) de sitios múltiples independientes (C97). Pueden utilizarse además los códigos C90.0 (Mieloma múltiple) y C61 (Tumor maligno de la próstata) como códigos adicionales opcionales.

Capítulo III: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad

Algunas afecciones clasificables en este capítulo pueden ser el resultado del uso de medicamentos o de otras causas externas. Se pueden utilizar códigos del Capítulo XX como códigos adicionales opcionales.

Ejemplo 11: Afección principal: Anemia por deficiencia de folato provocada por trimetoprima
Otras afecciones: —
Codifique la anemia por deficiencia de folato provocada por medicamento (D52.1) como la "afección principal". Se puede usar Y41.8 (Efectos adversos de otros antiinfecciosos y antiparasitarios sistémicos especificados durante su uso terapéutico), como código adicional opcional.

Capítulo IV: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Algunas afecciones clasificables en este capítulo pueden ser el resultado del uso de medicamentos o de otras causas externas. En estos casos se pueden utilizar códigos del Capítulo XX como códigos adicionales opcionales.

E10-E14 Diabetes mellitus

Cuando se codifica la "afección principal", la selección de una subcategoría apropiada de la lista que se aplica a todas estas categorías debe basarse en lo que indique como "afección principal" la persona a cargo de la atención del paciente. La subcategoría .7 debe utilizarse como código de la "afección principal" solo cuando se mencionan varias complicaciones de la diabetes como la "afección principal", sin preferencia por ninguna de ellas. Se pueden utilizar opcionalmente códigos individuales para cada complicación.

Ejemplo 12: Afección principal: Insuficiencia renal debida a glomerulonefrosis diabética
Otras afecciones: —
Codifique como diabetes mellitus no especificada, con complicaciones renales (E14.2† y N08.3*).

Ejemplo 13: Afección principal: Diabetes insulinodependiente con nefropatía, gangrena y catarata
Otras afecciones: —
Codifique la diabetes mellitus insulinodependiente con complicaciones múltiples (E10.7). Los códigos E10.2† y N08.3* (Diabetes insulinodependiente con nefropatía), E10.5 (Diabetes insulinodependiente con complicaciones circulatorias periféricas) y E10.3† y H28.0* (Diabetes insulinodependiente con catarata) pueden utilizarse opcionalmente para identificar cada complicación individualmente.

E34.0 Síndrome carcinoide

No debe utilizarse este código como "afección principal" preferencial si se registra un tumor carcinoide, a menos que la atención primordial que se dio al paciente estuviera dirigida predominantemente al síndrome endocrino mismo. Cuando se codifica como tumor, puede utilizarse E34.0 como código opcional adicional para identificar la actividad funcional.

E64.- Secuelas de la desnutrición y de otras deficiencias nutricionales

E68 Secuela de hiperalimentación

Estos códigos no se deben utilizar en forma preferencial para la "afección principal" si se registra la naturaleza de la afección residual. Cuando se codifique la afección residual puede utilizarse ya sea E64.- o E68 como código opcional adicional.

Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento

Las definiciones de las categorías y subcategorías de este capítulo se incluyen para ayudar a la persona a cargo de la atención a establecer el diagnóstico, y no deben ser utilizadas por los codificadores. El código de la "afección principal" debe asignarse en base al diagnóstico registrado aun cuando parezca haber un conflicto entre la forma en que se registró la afección y la definición. En algunas categorías hay posibilidades de utilizar códigos adicionales opcionales.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Capítulo VI: Enfermedades del sistema nervioso

Algunas afecciones clasificables en este capítulo pueden ser el resultado del uso de medicamentos o de otras causas externas. Se pueden utilizar algunas categorías del Capítulo XX como códigos adicionales opcionales.

G09 Secuelas de enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central

Esta categoría no debe utilizarse como código preferencial para la "afección principal" si la naturaleza de la afección residual está mencionada en el registro. Cuando se codifica la afección residual, la categoría G09 puede utilizarse como un código adicional opcional. Observe que las secuelas de las afecciones codificables en las categorías G01*, G02*, G05* y G07* no deben codificarse en G09, sino en las categorías para codificar las secuelas de la afección básica, por ejemplo, B90-B94. Si no hay categoría para la secuela de la afección básica, codifique la afección básica como tal.

Ejemplo 14: Afección principal: Sordera debida a meningitis tuberculosa
Otras afecciones: —
Especialidad: Clínica de audición y lenguaje
Codifique la pérdida de la audición, no especificada (H91.9) como la "afección principal". Puede utilizarse B90.0 (Secuela de tuberculosis del sistema nervioso central) como código adicional opcional.

Ejemplo 15: Afección principal: Epilepsia debida a absceso antiguo del cerebro
Otras afecciones: —
Especialidad: Neurología
Codifique epilepsia no especificada (G40.9) como la "afección principal". Puede utilizarse G09 (Secuela de las enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central) como código adicional opcional.

Ejemplo 16: Afección principal: Retardo mental leve posterior a encefalitis postinmunización
Otras afecciones: —
Especialidad: Psiquiatría
Codifique el retraso mental leve (F70.9) como la "afección principal". Puede utilizarse G09 (Secuelas de enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central) como código adicional opcional.

G81-G83 Síndromes paralíticos

Estas categorías no deben utilizarse como código preferencial para la "afección principal" si se registra una afección actual, a menos que el episodio de atención esté dirigido principalmente a la parálisis como tal. Cuando se codifique la causa, pueden utilizarse las categorías G81-G83 como códigos adicionales opcionales.

Ejemplo 17: Afección principal: Accidente cerebrovascular con hemiplejía
Otras afecciones: —
Especialidad: Neurología
Codifique el accidente cerebrovascular no especificado como hemorrágico o isquémico (I64) como la "afección principal". Se puede utilizar G81.9 (Hemiplejía, no especificada) como código adicional opcional.

Ejemplo 18: Afección principal: Infarto cerebral hace tres años
Otras afecciones: Parálisis de la pierna izquierda
Paciente en tratamiento con fisioterapia
Codifique la monoplejía de miembro inferior (G83.1) como la "afección principal". Se puede utilizar I69.3 (Secuelas de infarto cerebral) como código adicional opcional.

Capítulo VII: Enfermedades del ojo y sus anexos

H54.- Ceguera y deficiencia visual (binocular o monocular)

Esta categoría no se debe utilizar como código preferencial para la "afección principal" si se registra simultáneamente la causa, a menos que el episodio de atención se haya debido principalmente a la ceguera misma. Cuando se codifique la causa, puede utilizarse H54.- como código adicional opcional.

Capítulo VIII: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides

H90-H91 Pérdida de la audición

Estas categorías no se deben utilizar como códigos preferenciales para la "afección principal" si se registra simultáneamente la causa, a menos que el episodio de atención se hubiera debido principalmente a la pérdida de la audición misma. Cuando se codifique la causa, las categorías H90.- o H91.- pueden ser utilizadas como código adicional opcional.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Capítulo IX: Enfermedades del sistema circulatorio

115.- Hipertensión secundaria

Esta categoría no se debe utilizar como código preferencial para la "afección principal" si se registra simultáneamente la causa, a menos que el episodio de atención se hubiera debido principalmente a la hipertensión. Cuando se codifique la causa, se puede utilizar I15.- como código adicional opcional.

169.- Secuela de enfermedad cerebrovascular

Esta categoría no se debe utilizar como código preferencial para la "afección principal" si se registra simultáneamente la naturaleza de la afección residual. Cuando se codifique la afección residual, se puede utilizar I69.- como código adicional opcional.

Capítulo XV: Embarazo, parto y puerperio

O08.- Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar

Esta categoría no se debe utilizar para codificar la "afección principal", excepto cuando un nuevo episodio de atención tiene como único propósito el tratamiento de una complicación, por ejemplo, una complicación actual de un aborto previo. Esta categoría se puede utilizar como código adicional opcional a las categorías O00-O02 para identificar complicaciones asociadas, y a las categorías O03-O07 para ampliar los detalles de la complicación.

Observe que los términos de inclusión de las subcategorías de O08 deberán tenerse en cuenta cuando se asigne el cuarto carácter a las categorías O03-O07.

Ejemplo 19: Afección principal: Embarazo tubárico roto, con choque
Otras afecciones: —
Especialidad: Ginecología
Codifique embarazo tubárico roto (O00.1) como el diagnóstico principal. Se puede usar O08.3 (Choque consecutivo al aborto y al embarazo ectópico o molar) como categoría opcional adicional.

Ejemplo 20: Afección principal: Aborto incompleto con perforación del útero
Otras afecciones: —
Especialidad: Ginecología
Codifique aborto incompleto con otras complicaciones y las no

especificadas (O06.3) como la "afección principal". Codifique O08.6 (Lesión de órganos y tejidos pelvianos consecutiva al aborto o al embarazo ectópico o molar) si desea utilizar un código adicional.

Ejemplo 21: Afección principal: Coagulación intravascular diseminada subsiguiente a un aborto realizado hace dos días
Otras afecciones: —
Especialidad: Ginecología
Codifique como hemorragia tardía o excesiva consecutiva al aborto y al embarazo ectópico o molar (O08.1). No se requieren otros códigos porque el aborto fue realizado en un episodio de atención anterior.

O80-O84 Parto

El uso de estos códigos para describir la "afección principal" debe limitarse a los casos en los cuales la única información registrada es un parto o un método de parto. Las categorías O80-O84 pueden utilizarse como códigos adicionales opcionales para indicar el método o tipo de parto donde no se utiliza una clasificación de procedimientos con este propósito.

Ejemplo 22: Afección principal: Embarazo
Otras afecciones: —
Procedimiento: Parto con fórceps bajo
Codifique el parto con fórceps bajo (O81.0) como la "afección principal" ya que no hay ninguna otra información.

Ejemplo 23: Afección principal: Parto
Otras afecciones: Intento de trabajo fallido
Procedimiento: Sección cesárea
Codifique fracaso de la prueba de trabajo de parto, no especificado (O66.4) como la "afección principal". El parto por sección cesárea no especificada (O82.9) puede utilizarse como código opcional adicional.

Ejemplo 24: Afección principal: Parto gemelar
Otras afecciones: —
Procedimiento: Parto espontáneo
Codifique embarazo doble (O30.0) como la "afección principal". Se puede utilizar O84.0 (Parto múltiple, todos espontáneos) como código opcional adicional.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Ejemplo 25: Afección principal: Embarazo a término con parto de feto muerto, 2800 gr.
Otras afecciones: —
Procedimiento: Parto espontáneo
Codifique la atención materna por muerte intrauterina (O36.4) si no se puede determinar una causa específica de la muerte fetal.

O98-O99 Enfermedades maternas clasificables en otra parte, que complican el embarazo, el parto o el puerperio

Las subcategorías de O98-O99 deben utilizarse para codificar la "afección principal" en vez de los códigos que no pertenecen al Capítulo XV, cuando se indica en los registros que dichas afecciones complicaron o fueron agravadas por el embarazo o fueron la causa de la atención obstétrica. Se pueden utilizar los códigos pertinentes de otros capítulos para especificar las afecciones en particular.

Ejemplo 26: Afección principal: Toxoplasmosis
Otras afecciones: Embarazo
Especialidad: Clínica de embarazo de alto riesgo
Codifique enfermedades por protozoarios que complican el embarazo, el parto y el puerperio (O98.6) como la "afección principal". Puede utilizarse B58.9 (Toxoplasmosis, no especificada) como código adicional para identificar el organismo específico.

Capítulo XVIII: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

Las categorías de este Capítulo no deben utilizarse para codificar la "afección principal", a menos que el síntoma, signo o hallazgo anormal haya sido claramente la principal afección tratada o investigada durante el episodio de atención y, además, no haya estado relacionada con otras afecciones mencionadas en el registro del caso. Ver también la Regla MB3 (sección 4.4.3) y la introducción del Capítulo XVIII del Volumen 1, para información adicional.

Capítulo XIX: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas

Cuando se mencionen lesiones múltiples y ninguna de ellas se identifique como la "afección principal", codifique en una de las categorías y subcategorías que existen para lesiones múltiples:
- del mismo tipo en la misma región del cuerpo (generalmente cuarto carácter .7 de las categorías S00-S99);
- de diferentes tipos en la misma región corporal (generalmente el cuarto carácter .7 en la última categoría de cada grupo, como S09, S19, S29, etc.); y
- del mismo tipo en diferentes regiones corporales (T00-T05).

Tome nota de las excepciones siguientes:
- En el caso de lesiones internas registradas junto con lesiones superficiales y/o heridas abiertas solamente, codifique las lesiones internas como la "afección principal";
- En el caso de fracturas del cráneo y de los huesos faciales con lesión intracraneal asociada, codifique la lesión intracraneal como la "afección principal";
- En el caso de hemorragia intracraneal con otras lesiones limitadas a la cabeza, codifique la hemorragia intracraneal como la "afección principal"; y
- En el caso de fracturas con heridas abiertas en el mismo sitio solamente, codifique la fractura como la "afección principal".

Cuando se utilizan las categorías correspondientes a traumatismos múltiples se pueden utilizar adicionalmente y de manera opcional los códigos de cada lesión. En el caso de las excepciones mencionadas anteriormente, la lesión asociada a la afección principal puede identificarse con un código opcional adicional o con uno de los caracteres que existen para este propósito.

Ejemplo 27: Afección principal: Traumatismo de la vejiga y la uretra
Otras afecciones: —
Codifique la lesión de múltiples órganos pélvicos (S37.7) como la "afección principal". Los códigos S37.2 (Traumatismo de la vejiga) y S37.3 (Traumatismo de la uretra) pueden utilizarse como códigos adicionales opcionales.

Ejemplo 28: Afección principal: Herida abierta intracraneal con hemorragia del cerebelo
Otras afecciones: —
Codifique hemorragia traumática del cerebelo (S06.8) como la "afección principal". La herida abierta intracraneal puede ser identificada, si se desea, con el código adicional S01.9 (Herida abierta de la cabeza, parte no especificada) o por el agregado del quinto carácter .1 (con herida abierta intracraneal) al código S06.8 (S06.8.1).

MATERIAL DE PUBLICACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

T90-T98 Secuelas de traumatismos, de envenenamientos y de otras consecuencias de causas externas

Estos códigos no deben utilizarse como códigos preferenciales para la "afección principal" si se registra la naturaleza de las afecciones. Cuando se esté codificando la afección residual, los códigos T90-T98 pueden utilizarse como códigos adicionales opcionales.

Capítulo XX: Causas externas de morbilidad y mortalidad

Estas categorías no deben utilizarse para codificar la "afección principal", ya que son códigos opcionales adicionales para identificar la causa externa de las afecciones clasificadas en el Capítulo XIX. Pueden utilizarse también como códigos adicionales opcionales en el caso de afecciones clasificadas en cualquier otro capítulo que tienen una causa externa.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

5. Presentación estadística

***Nota*:** En países o zonas con problemas de calidad o cobertura de los datos, siempre deberá considerarse la opción de trabajar con estimaciones o proyecciones de indicadores, preferiblemente basadas en los datos registrados, a fin de garantizar la posibilidad de llevar a cabo comparaciones nacionales e internacionales. Las técnicas de estimación o proyección deben buscarse en la literatura especializada, ya que no constituyen el propósito de esta publicación.

5.1 Introducción

Esta sección presenta las regulaciones en relación con las estadísticas para comparación internacional, así como orientaciones para la presentación de cuadros estadísticos con los datos nacionales y locales.

Se recomienda que las personas encargadas del análisis de la información intervengan en el desarrollo de la metodología para el procesamiento de la información (incluyendo la codificación), no solo en lo que se refiere a los datos diagnósticos sino también con respecto a los otros datos estadísticos que se van a entrecruzar en la tabulación de la información.

5.2 Fuente de los datos

La certificación médica de la causa de la defunción le corresponde normalmente al médico tratante. El certificado médico de causa de defunción debe ser diseñado de acuerdo con las recomendaciones internacionales (ver sección 4.1.3). Los procedimientos administrativos deben garantizar la confidencialidad de los datos del certificado de defunción y de otros registros médicos.

En el caso de muertes certificadas por autoridades forenses o legales, las evidencias médicas suministradas al certificante deben mencionarse en el certificado, además de cualquier hallazgo de naturaleza legal.

5.3 Nivel de detalle por causa en las tabulaciones

Existen estándares para listar las causas de acuerdo con la CIE, así como recomendaciones formales con respecto a las listas para la tabulación, para que estas permitan llevar a cabo comparaciones internacionales (ver sección 5.6).

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

En otras tabulaciones, la estructura jerarquizada de la CIE permite una flexibilidad considerable para la elaboración de agrupaciones para análisis.

Los códigos de tres y cuatro caracteres de la CIE permiten dar un nivel de detalle considerable. Es por esta razón que a veces se utilizan para producir cuadros de referencia que abarcan una amplia gama de información, no necesariamente para ser publicada, sino, por ejemplo, para mantenerla en una oficina central, y así tener a la mano la información relacionada con diagnósticos específicos. Este nivel de detalle lo utilizan también especialistas interesados en el estudio profundo de un número limitado de diagnósticos. En estos casos, la clasificación puede aplicarse con mayor detalle mediante la utilización de quintos y hasta sextos caracteres, agregados a los caracteres suplementarios de algunas rúbricas de la CIE o a una de las adaptaciones por especialidad de la familia de clasificaciones de la CIE.

Aunque se ha hecho un gran esfuerzo para que los títulos de las subcategorías de la CIE a nivel de cuarto carácter expresen claramente su contenido cuando se usan independientemente, a veces es necesario leer su título conjuntamente con el título de la categoría de tres caracteres correspondiente. En estos casos, es necesario incluir las categorías de tres caracteres (y sus totales), o utilizar títulos especialmente adaptados para las subcategorías de cuatro caracteres, de tal forma que sean comprensibles cuando se usan solas. La CIE contiene más de 2.000 categorías de tres caracteres, que identifican todas las afecciones de posible interés en salud pública.

Existen también listas especiales de tabulación en el Volumen 1, para los casos en que la lista de categorías de tres caracteres resulta demasiado detallada. El diseño de estas listas permite la comparación internacional de enfermedades importantes y grupos de enfermedades, aun cuando distintos países usen agrupaciones diferentes.

5.4 Listas especiales recomendadas para la tabulación de la mortalidad

Las listas especiales de tabulación para la mortalidad se presentan en el Volumen 1.

5.4.1 Listas condensadas

Hay dos listas condensadas, la Lista 1 y la Lista 3, que contienen categorías para cada capítulo de la CIE y asimismo, para la mayoría de los capítulos, reúnen las categorías no individualizadas en grupos residuales con el título "Resto de . . .", los cuales complementan la cobertura del capítulo respectivo.

Estas listas condensan el total de categorías de tres caracteres en un número manejable de rúbricas para diversos propósitos de publicación.

5.4.2 Listas seleccionadas

Hay dos listas seleccionadas, la Lista 2 y la Lista 4, que contienen rúbricas de la mayoría de los capítulos de la CIE, de las afecciones y causas externas que son pertinentes para la observación y el análisis del estado de salud de la población y de los problemas relacionados con la mortalidad, tanto a nivel nacional como internacional. En estas listas no se dan totales por capítulo, excepto en algunos casos en los cuales se agregan grupos residuales que sí permiten obtener esos totales.

5.4.3 Uso de prefijos para identificar las listas de mortalidad

El uso de prefijos numéricos evita las confusiones que pudieran surgir entre una y otra lista de tabulación, que pueden tener números diferentes para la misma afección. (Con este recurso los números de las rúbricas de las listas de mortalidad pueden distinguirse de los códigos de cuatro caracteres de la CIE, ya que estos tienen una letra en la primera posición). Cuando se utiliza una lista adaptada a nivel nacional o subnacional, debe agregarse otro prefijo especial para identificar los números de las rúbricas de dicha lista.

5.4.4 Listas elaboradas localmente

Las cuatro listas especiales de tabulación permiten obtener una información adecuada para la mayoría de los países en lo que se refiere a las enfermedades y causas externas de defunción de mayor importancia. Tales listas facilitan también la comparación a lo largo del tiempo y la observación de los cambios en la frecuencia de algunas enfermedades, por ejemplo en las enfermedades infecciosas y enfermedades degenerativas, a medida que se realizan programas de salud específicos. Asimismo, las listas permiten hacer comparaciones regionales, nacionales e internacionales, e inclusive entre subgrupos de población.

Cuando no hay necesidad de llevar a cabo comparaciones internacionales, pueden diseñarse listas para uso local. Las rúbricas de la CIE pueden agruparse o seleccionarse de la manera más adecuada para la finalidad que se persigue con su uso. Estas listas especiales pueden necesitarse, por ejemplo, para hacer el seguimiento de los programas locales de salud, en lo que se refiere a la morbilidad y mortalidad.

Cuando se adapten las listas especiales de tabulación para uso a nivel nacional o para ser utilizadas en un proyecto nuevo o especial, es conveniente realizar

pruebas de campo, que pueden consistir en un simple recuento del número de casos que cae en cada categoría de tres caracteres, para así poder determinar qué afecciones pueden agruparse y cuáles necesitan subcategorías individuales. Donde se construya una lista para uso local, la clave para las categorías condensadas deberá contener los códigos de tres (o cuatro) caracteres de la clasificación principal.

5.5 Lista especial de tabulación para la morbilidad

5.5.1 Descripción

La lista de tabulación para la morbilidad contiene 298 rúbricas detalladas. Es una lista condensada en la que cada categoría aparece una sola vez y los totales para grupos de enfermedades y para cada capítulo de la CIE pueden obtenerse por la suma de rúbricas secuenciales.

El propósito de la lista de morbilidad es que sirva de base para la elaboración de listas nacionales y también para comparaciones entre países. Se pueden elaborar listas nacionales tanto por expansión como por condensación de la lista principal de la clasificación, según sea apropiado. La lista permite presentar datos sobre pacientes hospitalizados y, con adaptaciones adecuadas en las que se agreguen algunas rúbricas y se expandan otras, especialmente del Capítulo XVIII (Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte) y del Capítulo XXI (Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud), sirve también para presentar información de otras fuentes, tales como atención ambulatoria y encuestas e investigaciones sobre salud. Cuando se diseña una lista local de morbilidad, la clave para las categorías condensadas debe incluir las categorías de tres o cuatro caracteres de la clasificación principal.

La lista de morbilidad incluye los códigos de las categorías con asterisco, que se utilizan cuando se quiere incluir en el análisis el código de asterisco para clasificación doble. La lista se puede utilizar para la tabulación de los códigos tanto de daga como de asterisco y, por tal razón, es muy importante señalar en cada cuadro cuál de los dos tipos de códigos se utilizó para su elaboración.

5.5.2 Modificación de la lista especial de tabulación para la morbilidad de acuerdo con las necesidades nacionales

Si al examinar las categorías de tres caracteres de la CIE se considera necesario ampliar la lista, algunas rúbricas pueden subdividirse de acuerdo con el orden de la clasificación principal o incluso a nivel de cuarto carácter. Si la lista recomendada se considera muy detallada o si hace falta una lista más

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

corta, la selección de las rúbricas puede basarse en el interés nacional o local. Las listas pueden también acortarse combinando categorías de acuerdo con el perfil epidemiológico del país.

5.6 Recomendaciones en relación con los cuadros estadísticos para comparación internacional

5.6.1 Cuadros estadísticos

El grado de detalle de la clasificación cruzada de los datos por causa, sexo, edad y zona geográfica dependerá del propósito y alcance de las estadísticas y de los límites prácticos de su tabulación. Con el fin de promover la comparabilidad internacional se proponen métodos estándares para expresar varias características. Cuando se publiquen cuadros basados en otras clasificaciones (por ejemplo, para grupos de edad), estas deben poder reducirse a una de las agrupaciones recomendadas.

(a) Los análisis mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades deben estar en concordancia con:
- (i) la lista detallada de categorías de tres caracteres, con o sin las subcategorías de cuatro caracteres;
- (ii) una de las listas especiales de tabulación para la mortalidad,
- (iii) la lista especial de tabulación para la morbilidad.

(b) Clasificación por edad para propósitos generales:
- (i) menos de 1 año, de año en año hasta los 4 años, por grupos de 5 años desde los 5 hasta los 84 años, de 85 años y más;
- (ii) menos de 1 año, de 1 a 4 años, de 5 a 14 años, de 15 a 24 años, de 25 a 34 años, de 35 a 44 años, de 45 a 54 años, de 55 a 64 años, de 65 a 74 años, de 75 años y más;
- (iii) menos de 1 año, de 1 a 14 años, de 15 a 44 años, de 45 a 64 años, de 65 años y más.

(c) La clasificación geográfica, según corresponda, debe estar de acuerdo con:
- (i) cada división administrativa principal;
- (ii) cada ciudad o zona urbana de 1.000.000 de habitantes o más, o la ciudad más grande con una población de por lo menos 100.000 habitantes,
- (iii) un agregado nacional de las zonas urbanas con 100.000 habitantes o más,
- (iv) un agregado nacional de las zonas urbanas de menos de 100.000 habitantes;
- (v) un agregado nacional de las zonas rurales.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Nota 1. Las estadísticas relacionadas con el punto (c) deben incluir las definiciones de "urbano" y "rural" utilizadas.

Nota 2. En los países donde la certificación médica de la causa de defunción es incompleta o se limita solo a algunas zonas, los datos de defunciones no certificadas por médicos deben publicarse por separado.

5.6.2 Tabulación de causas de defunción

Las estadísticas de causas de defunción de una zona definida deben seguir la recomendación (a)(i) mencionada anteriormente y, si eso no fuera posible, deben ceñirse a la recomendación (a)(ii). Las muertes deben clasificarse preferiblemente por sexo y grupos de edad tal como se recomienda en (b)(i).

Las estadísticas de causas de defunción para las zonas mencionadas en la recomendación (c) deben cumplir con la recomendación (a)(ii) o, si eso no fuera posible, con la recomendación (a)(iii). Estas estadísticas preferiblemente deben tabularse por sexo y grupos de edad, según se establece en la recomendación (b)(ii).

5.7 Estándares y recomendaciones relacionados con los informes sobre mortalidad fetal, perinatal, neonatal e infantil

Las siguientes definiciones han sido adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud, tanto en relación con su comparabilidad internacional como con los requerimientos de los datos de los cuales se derivan. Las definiciones adoptadas por la Asamblea aparecen en el Volumen 1 y, por comodidad, se repiten a continuación.

5.7.1 Definiciones

Nacimiento vivo
Nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o dé cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo.

Defunción fetal (feto mortinato)
Defunción fetal es la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

Peso al nacer
Es la primera medida del peso del feto o recién nacido hecha después del nacimiento.

Para los nacidos vivos, el peso al nacer debe ser medido preferiblemente dentro de la primera hora de vida antes de que ocurra cualquier pérdida significativa de peso. A pesar de que las tablas estadísticas contienen los pesos al nacer en grupos de 500 g, los pesos no deben ser registrados en esos grupos. El peso debe registrarse según la precisión en la cual es medido.

Las definiciones de peso "bajo", "muy bajo", y "extremadamente bajo" del peso al nacer no constituyen categorías mutuamente excluyentes. Por debajo de los límites de las categorías se incluyen las otras y, en consecuencia, se superponen (por ejemplo, "bajo" incluye "muy bajo" y "extremadamente bajo", mientras que "muy bajo" incluye "extremadamente bajo").

Peso bajo al nacer
Menos de 2500 g (hasta 2499 g inclusive).

Peso muy bajo al nacer
Menos de 1500 g (hasta 1499 g inclusive).

Peso extremadamente bajo al nacer
Menos de 1000 g (hasta 999 g inclusive).

Edad gestacional
La duración de la gestación se mide a partir del primer día del último período menstrual normal. La edad gestacional se expresa en días o en semanas completas (por ejemplo los hechos que hayan ocurrido entre los 280 y 286 días completos después del comienzo del último período menstrual normal se consideran como ocurridos a las 40 semanas de gestación).

Frecuentemente la edad gestacional es una fuente de confusión, cuando los cálculos se basan en las fechas de la menstruación. Para los propósitos de calcular la edad gestacional a partir del primer día del último período de menstruación normal y la fecha del parto, debe tenerse presente que el primer día es el

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

día cero (0) y no el día uno (1); por lo tanto, los días 0 a 6 corresponden a la "semana cero completa", los días 7 a 13 a la "semana uno completa", y la 40ª semana de la gestación es sinónimo de "semana 39 completa". Cuando no se dispone de la fecha de la última menstruación normal, la edad gestacional debe basarse en la mejor estimación clínica. Para evitar confusiones, las tabulaciones deben indicar tanto las semanas como los días.

Pretérmino
Menos de 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación.

A término
De 37 a menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación.

Postérmino
42 semanas completas o más (294 días o más) de gestación.

Período perinatal
El período perinatal comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación (el tiempo cuando el peso al nacer es normalmente de 500 g) y termina siete días completos después del nacimiento.

Período neonatal
El período neonatal comienza en el nacimiento y termina 28 días completos después del nacimiento. Las muertes neonatales (las muertes entre los nacidos vivos durante los primeros 28 días completos de vida) pueden subdividirse en muertes neonatales precoces, que ocurren durante los siete primeros días de vida, y muertes neonatales tardías, que ocurren después del séptimo día pero antes de los 28 días completos de vida.

La edad para la defunción durante el primer día de vida (edad cero días) debe registrarse en minutos u horas completas de vida. Para el segundo día de vida (edad 1 día), el tercero (edad 2 días) y hasta el día 28 (27 días completos de vida), la edad debe registrarse en días.

5.7.2 Criterios para notificar la información

Los requerimientos legales para el registro de las muertes fetales y de los nacimientos vivos varían de un país a otro e incluso dentro de un mismo país. De ser posible, deben incluirse en las estadísticas todos los fetos y recién nacidos que pesen al menos 500 g al nacer, ya sean vivos o muertos. Cuando no puede obtenerse información sobre el peso al nacer deben utilizarse los criterios correspondientes para la edad gestacional (22 semanas completas) o la talla (25 cm de la coronilla al talón). Los criterios para decidir si un evento ha ocurrido dentro del período perinatal deben aplicarse según el orden siguiente: 1) peso al nacer, 2) edad gestacional, 3) talla (de la coronilla al talón). La

inclusión de los fetos y recién nacidos que pesan entre 500 g y 1000 g en las estadísticas nacionales es recomendable por su propio valor y también porque mejora la información de los registros de los casos que pesan 1000 g y más.

5.7.3 Estadísticas para comparación internacional

En las estadísticas para comparación internacional no se recomienda incluir el grupo de peso extremadamente bajo dado que altera la validez de las comparaciones. Los países deben ordenar los procedimientos de registro e información de una forma tal que permita que los sucesos y los criterios para su inclusión en las estadísticas se puedan identificar fácilmente. Los fetos menos maduros y los recién nacidos que no cumplan tales criterios (por ejemplo, los que pesan menos de 1000 g) deben excluirse de las estadísticas perinatales, a menos que haya razones legales o de otro tipo que justifiquen lo contrario, en cuyo caso se debe mencionar explícitamente su inclusión. Cuando el peso al nacer, la edad gestacional o la talla no se conocen, el evento debe incluirse en las estadísticas de mortalidad perinatal, en vez de excluirse de ellas. Los países deben también publicar estadísticas en las que tanto el numerador como el denominador de todas las tasas y razones se limiten a fetos y recién nacidos que pesen 1000 g o más (tasas y razones específicas por peso); cuando no haya la información sobre el peso al nacer deberá utilizarse la edad gestacional correspondiente (28 semanas completas) o la talla (35 cm de la coronilla al talón).

Cuando se presenten estadísticas de mortalidad fetal, perinatal, neonatal e infantil, el total de muertes debida a malformaciones debe identificarse, siempre que sea posible, para los nacimientos vivos y las muertes fetales; asimismo, debe relacionarse con el peso al nacer, en escalas de 500 g a 999 g y de 1000 g o más. Las muertes neonatales debidas a malformaciones deben subdividirse en muertes neonatales precoces y tardías. Esta información permite que las estadísticas perinatales y neonatales puedan presentarse con o sin las muertes debidas a malformaciones.

Tasas y Razones

Las tasas y razones que se publiquen deben especificar siempre el denominador, que puede estar constituido solamente por los nacimientos vivos o por el total de nacimientos (nacimientos vivos y muertes fetales). Es deseable que los países incluyan en sus publicaciones estadísticas todas las tasas y razones que se mencionan a continuación, o por lo menos, tantas como sus sistemas de información lo permitan.

Razón de muertes fetales

$$\frac{\text{Muertes fetales}}{\text{Nacimientos vivos}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad fetal

$$\frac{\text{Muertes fetales}}{\text{Total de nacimientos}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad fetal, específica por peso

$$\frac{\text{Muertes fetales con peso de 1000 g y más}}{\text{Total de nacimientos con peso de 1000 g y más}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad neonatal precoz

$$\frac{\text{Muertes neonatales precoces}}{\text{Nacimientos vivos}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad neonatal precoz, específica por peso

$$\frac{\text{Muertes neonatales precoces de niños con peso de 1000 g y más}}{\text{Nacimientos vivos con peso de 1000 g y más}} \times 1000$$

Razón de mortalidad perinatal

$$\frac{\text{Muertes fetales y muertes neonatales precoces}}{\text{Nacimientos vivos}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad perinatal

$$\frac{\text{Muertes fetales y neonatales precoces}}{\text{Total de nacimientos}} \times 1000$$

La tasa de mortalidad perinatal es el número de fetos muertos con peso de por lo menos 500 g (o, cuando el peso al nacer no puede obtenerse, con 22 semanas completas de gestación o una talla de 25 cm o más de la coronilla al talón) más el número de muertes neonatales precoces, por 1000 nacimientos totales. Debido a los diferentes numeradores de cada componente, la tasa resultante no necesariamente es igual a la suma de las tasas de mortalidad fetal y de mortalidad neonatal precoz.

Tasa de mortalidad perinatal, específica por peso

$$\frac{\text{Muertes fetales con peso de 1000 g y más + muertes neonatales precoces con peso al nacer de 1000 g y más}}{\text{Total de nacimientos con peso de 1000 g y más}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad neonatal

$$\frac{\text{Muertes neonatales}}{\text{Nacimientos vivos}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad neonatal, específica por peso

$$\frac{\text{Muertes neonatales de niños con peso al nacer de 1000 g y más}}{\text{Nacimientos vivos con peso de 1000 g y más}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad infantil

$$\frac{\text{Muertes de menores de un año}}{\text{Nacimientos vivos}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad infantil, específica por peso

$$\frac{\text{Muertes de menores de un año, peso al nacer de 1000 g y más}}{\text{Nacimientos vivos con peso de 1000 g y más}} \times 1000$$

5.7.4 Presentación de causas de mortalidad perinatal

Para las estadísticas de mortalidad perinatal derivadas del modelo de certificado recomendado para tal finalidad (ver sección 4.3.1), el mayor beneficio se obtendrá del análisis amplio por causas múltiples de todas las afecciones informadas. Cuando no se pueda hacer este tipo de análisis, se debe considerar como mínimo el análisis de la afección o enfermedad principal del feto o recién nacido (parte (a)) y de la afección principal de la madre que afecta al feto o al recién nacido (parte (c)), con tabulación cruzada de estas dos afecciones. Cuando es necesario seleccionar una sola afección (por ejemplo, cuando las muertes neonatales precoces deben ser incorporadas dentro de tablas estadísticas de mortalidad general basadas en causa única) se debe escoger la causa principal del feto o recién nacido, que aparece en la parte (a) del certificado.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Clasificación por edades para estadísticas especiales de mortalidad infantil

(i) Por día para la primera semana de vida (menos de 24 horas, 1, 2, 3, 4, 5, 6 días), de 7 a 13 días, 14 a 20 días, 21 a 27 días, 28 días y más hasta 2 meses no cumplidos (59 días), por mes, desde los 2 meses hasta 1 año no cumplido (11 meses y 29 días): 2, 3, 4 . . . 11 meses.

(ii) Menos de 24 horas, de 1 a 6 días, 7 a 27 días, 28 días hasta 3 meses no cumplidos, 3 a 5 meses, 6 meses a 1 año no cumplido (11 meses y 29 días).

(iii) Menos de 7 días, 7 a 27 días, 28 días a 1 año no cumplido (11 meses y 29 días).

Clasificación por edades de las muertes neonatales precoces

(i) Menos de 1 hora, 1 a 11 horas, 12 a 23 horas, 24 a 47 horas, 48 a 71 horas, 72 a 167 horas.

(ii) Menos de 1 hora, 1 a 23 horas, 24 a 167 horas.

Clasificación del peso al nacer para las estadísticas de mortalidad perinatal

Por intervalos de peso de 500 g, por ejemplo: de 1000 g a 1499 g, etc.

Clasificación de la edad gestacional para las estadísticas de mortalidad perinatal

Menos de 28 semanas (menos de 196 días), 28 a 31 semanas (196 a 223 días), 32 a 36 semanas (224 a 258 días), 37 a 41 semanas (259 a 293 días), 42 semanas y más (294 días y más).

5.8 Estándares y requerimientos para los informes relacionados con la mortalidad materna

5.8.1 Definiciones

Defunción materna
La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier

causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Defunción materna tardía
Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo.

Defunción que ocurre durante el embarazo, el parto o el puerperio
Una defunción que ocurre durante el embarazo, el parto o el puerperio, es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción (obstétrica y no obstétrica).

Las defunciones maternas pueden subdividirse en dos grupos:

Defunciones obstétricas directas: son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

Defunciones obstétricas indirectas: son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.
Para mejorar la calidad de la información sobre mortalidad materna y aportar otros métodos para recolectar datos sobre las muertes durante el embarazo o relacionadas con el mismo, así como para fomentar el registro de muertes por causas obstétricas que ocurren después de los 42 días de haber terminado el embarazo, la 43ª Asamblea Mundial de la Salud, en 1990, adoptó la recomendación de que los países consideren la inclusión de preguntas relacionadas con un embarazo actual o un embarazo en el año previo a la muerte en el certificado de defunción.

5.8.2 Información internacional

Para la notificación internacional de la mortalidad materna, en el cálculo de las varias tasas y razones sólo se deben incluir las muertes que ocurran antes del final del período de referencia de 42 días, aunque el registro de las muertes que ocurran después puede ser útil para el análisis nacional.

5.8.3 Publicación de las tasas de mortalidad materna

Las tasas de mortalidad materna publicadas deben siempre especificar el numerador (número de muertes maternas registradas), que puede ser:

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

- el número de muertes obstétricas directas registradas, o
- el número total de muertes obstétricas registradas (directas e indirectas).

Note que cuando se calculan las tasas (razones) de mortalidad materna los casos que no se codifican en el Capítulo XV (códigos O) deben ser incluidos. Éstos comprenden aquellas categorías presentadas en la “Nota de Exclusión” al inicio del Capítulo XV, tomando en cuenta que incluyen las especificaciones señaladas en la sección 4.2.16 a) para las causas obstétricas indirectas.

5.8.4 Denominadores para la mortalidad materna

El denominador para calcular la mortalidad materna debe especificarse ya sea como el número de nacimientos vivos o el número total de nacimientos (nacimientos vivos más muertes fetales). Cuando se tengan ambos denominadores se deben publicar los cálculos basados en cada uno de ellos.

Tasa y razones

Los resultados deben expresarse como una razón entre numerador y denominador, multiplicado por *k* (donde *k* puede ser 1.000, 10.000 ó 100.000, como se prefiera o se indique en el país). Las tasas y razones de la mortalidad materna pueden, por lo tanto, expresarse de la manera siguiente:

Tasa de mortalidad materna[1]

$$\frac{\text{Muertes maternas (directas e indirectas)}}{\text{Nacimientos vivos}} \times k$$

Razón de mortalidad obstétrica directa

$$\frac{\text{Muertes obstétricas directas}}{\text{Nacimientos vivos}} \times k$$

Razón de mortalidad obstétrica indirecta

$$\frac{\text{Muertes obstétricas indirectas}}{\text{Nacimientos vivos}} \times k$$

Razón de mortalidad que ocurre durante el embarazo, el parto o el puerperio [2]

$$\frac{\text{Muertes que ocurren durante el embarazo, el parto y el puerperio}}{\text{Nacimientos vivos}} \times k$$

[1] El uso del término "tasa", aunque inexacto en este contexto, se mantiene por razones de continuidad.
[2] El numerador incluye muertes maternas obstétricas directas e indirectas, más aquellas debidas a cualesquiera otras causas (no obstétricas).

5.9 Proporción de muertes clasificadas en causas mal definidas

La asignación de una elevada proporción de causas de muerte al Capítulo XVIII (Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte) indica la necesidad de revisar la calidad de la información tabulada y asignada a otros capítulos más específicos.

5.10 Morbilidad

Hay una amplia variedad de posibles fuentes de información sobre morbilidad. La información más apropiada para el análisis nacional o regional es aquella que permite realizar algunos cálculos sobre la incidencia de las enfermedades o, por lo menos, de las enfermedades que se atienden, por ejemplo, a nivel médico u hospitalario. Las orientaciones y definiciones formalmente aprobadas se han establecido más que todo para uso en los episodios de atención de la salud, y el registro de las causas de morbilidad, con la selección de una afección única, donde y cuando se considere apropiado utilizarlas. El análisis de otros tipos de datos requiere reglas locales.

Los problemas de las estadísticas de morbilidad comienzan con la definición misma de "morbilidad". Hay mucho campo para mejorar las estadísticas de morbilidad. Las comparaciones internacionales de este tipo de información están en la actualidad muy limitadas y solo se aplican con propósitos muy claramente definidos. La información nacional o regional sobre morbilidad tiene que ser interpretada en relación con sus fuentes y con un conocimiento exacto de la calidad de los datos, de las facilidades diagnósticas y de las características demográficas y socioeconómicas.

5.11 Precauciones cuando las listas de tabulación incluyen subtotales

Puede que no siempre quede claro a quienes procesan la información que algunas de las cifras que aparecen en las listas de tabulación son en realidad subtotales; ejemplos son las que aparecen en los títulos de los grupos y, en el caso de las listas de subcategorías de cuatro caracteres de la CIE-10, los títulos de las categorías de tres caracteres, así como las que aparecen en el título de los capítulos en las versiones condensadas de las listas para la tabulación de la mortalidad. Tales subtotales deben ignorarse cuando se calculan los totales, porque se corre el riesgo de contar algunas rúbricas más de una vez.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

5.12 Problemas de las poblaciones pequeñas

El tamaño de la población es uno de los factores que debe considerarse cuando el estado de salud de una comunidad se analiza en base a la información de morbilidad o mortalidad. En los países con escasa población, el total de casos de las listas resumidas será muy pequeño, y fluctuará aleatoriamente año tras año. Esto es especialmente cierto en los datos por grupos de sexo y de edad.

Estos problemas pueden reducirse si se toman una o más de las siguientes medidas:

- uso o presentación por grandes grupos de rúbricas de la CIE, como por capítulos;
- totalización de datos de un período más largo, por ejemplo, tomar los datos de los dos años precedentes y sumarlos a los del año actual, para producir un "promedio móvil";
- utilización de los más amplios grupos de edad recomendados en las secciones 5.6.1 y 5.7.4.

Lo que se indica para esas poblaciones pequeñas es también aplicable a las áreas locales y regionales de países con mayor población. Las investigaciones sobre problemas de salud en grupos pequeños de población tienen que considerar el tamaño de cada uno de los subgrupos en el tipo de análisis que se vaya a utilizar. Esta necesidad generalmente se reconoce en las encuestas mediante muestreo, pero frecuentemente se olvida cuando la investigación se realiza sobre problemas de salud de grupos especiales de la población de un país.

5.13 "Celdas vacías" y celdas con frecuencias bajas

Cualquiera que sea la lista de causas que se esté utilizando, puede que no haya habido casos en algunas celdas de los cuadros estadísticos. Cuando esto sea muy frecuente, debe considerarse la posibilidad de omitir tales rúbricas (o líneas) en la publicación de un cuadro estadístico o de las listas producidas por las computadoras. Cuando sólo ocurre un caso ocasional de una enfermedad en un país, una rúbrica o línea de ese tipo puede omitirse regularmente del cuadro, con una nota al pie que indique ya sea que no hubo casos, o cuando haya algún caso, para indicar en qué celda debió haberse asignado.

Cuando hay celdas con frecuencias muy bajas, especialmente para enfermedades inesperadas, se debe indicar que los casos son reales y no un

error de procesamiento o de codificación. Esto debe realizarse como parte del control de calidad de los datos.

5.14 Recomendaciones

1. Responsabilidad para la certificación médica de la causa de defunción (ver sección 5.2)

   La certificación médica de la causa de la defunción le corresponde normalmente al médico tratante. En el caso de muertes certificadas por autoridades forenses o legales, las evidencias médicas suministradas al certificador deben mencionarse en el certificado, además de cualquier hallazgo de naturaleza legal.

2. Modelo de certificación médica de la causa de defunción (ver secciones 5.2 y 4.1.3)

   El certificado médico de causas de defunción debe estar acorde con la recomendación internacional (ver sección 4.1.3).

   La obtención de las estadísticas de mortalidad perinatal debe ser consistente con las recomendaciones señaladas en la sección 4.3.1.

3. Confidencialidad de la información médica.

   Los procedimientos administrativos deben garantizar la confidencialidad de los datos del certificado de defunción y de otros registros médicos.

4. Selección de la causa para la tabulación de mortalidad (ver sección 4.1.1).

   Las causas de defunción a ser registradas en el certificado médico de causa de defunción son todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte o contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjo dichas lesiones. Cuando en el certificado se menciona sólo una causa de defunción, esta causa es la seleccionada para la tabulación. Cuando se informa más de una causa, se debe hacer una selección de acuerdo con las reglas y guías que se dan en la CIE.

MATERIAL DE CAPACITACION
MATERIAL DE CAPACITACION

5. Uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ver secciones 2.1, 2.2, y 3.3).

   El propósito de la CIE es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, y en diferentes épocas. La "parte central", es decir, el núcleo de la Clasificación Internacional de Enfermedades, está constituido por los códigos de tres caracteres, los cuales son el mínimo obligatorio que exige la OMS para formar la base de datos sobre mortalidad, y para hacer comparaciones internacionales. Las subcategorías de cuatro caracteres, aunque no son obligatorias para la información internacional, se recomiendan para varios propósitos y forman una parte integral de la CIE, al igual que las listas especiales de tabulación.

   Las estadísticas de mortalidad y morbilidad deben ser codificadas de acuerdo con la lista tabular de inclusiones y el índice alfabético. Las subcategorías de cuatro caracteres, cuando se publiquen, deberán ser las de la CIE. Cualquier adición o variación deberá indicarse en los cuadros estadísticos que se publiquen.

6. Estadísticas de mortalidad perinatal (ver secciones 5.7.2 y 5.7.3)

   Se recomienda que todos los fetos y niños que pesen al menos 500 g al nacimiento, vivos o muertos, sean incluidos en las estadísticas nacionales. Cuando la información del peso no está disponible, el criterio correspondiente para la edad gestacional (22 semanas completas) o la talla corporal (25 cm de la coronilla al talón) debe ser usado. Los criterios para decidir si un evento ha ocurrido dentro del período perinatal deben ser aplicados en el siguiente orden: (1) peso al nacer, (2) edad gestacional, (3) talla (de la coronilla al talón). La inclusión de fetos y recién nacidos que pesen entre 500 y 1000 g en las estadísticas nacionales es recomendable tanto por su valor inherente como porque mejora la cobertura de reporte de las muertes de 1000 g y más.

   En las estadísticas para comparación internacional, la inclusión de los productos con peso al nacer extremadamente bajo interrumpe la validez de las comparaciones y no es recomendable. Los países deben presentar también estadísticas en las cuales tanto el numerador como el denominador de todas las tasas y razones están restringidos a fetos y niños que pesen 1000 g o más (razones y tasas específicas por peso); donde la información del peso no esté disponible, se deberá usar la correspondiente a la edad gestacional (28 semanas completas) o la talla (35 cm de la coronilla al talón).

7. Estadísticas de mortalidad materna (ver secciones 5.8.2 y 5.8.3).

   Las razones (o tasas) de mortalidad materna publicadas deben siempre especificar el numerador, que puede ser el número de muertes maternas por causas obstétricas directas, o el número total de muertes maternas (obstétricas directas e indirectas). Para la notificación internacional de la mortalidad materna, en el cálculo de las varias tasas y razones sólo se deben incluir las muertes que ocurran antes del final del período de referencia de 42 días, aunque el registro de las muertes que ocurran después puede ser útil para el análisis nacional.

8. Cuadros estadísticos (ver secciones 5.6.1 y 5.7.4)

   El grado de detalle de la clasificación cruzada de los datos por causa, sexo, edad y zona geográfica dependerá del propósito y alcance de las estadísticas y de los límites prácticos de su tabulación. Con el fin de promover la comparabilidad internacional se proponen métodos estándares para expresar varias características, los que están descritos en las secciones 5.6.1 y 5.7.4.

9. Tabulación de causas de defunción (ver sección 5.6.2 y 5.6.4).

   Las estadísticas de causas de defunción de una zona definida deben seguir las recomendaciones de la sección 5.6.1. Las muertes deben clasificarse preferiblemente por sexo y grupos de edad tal como se recomienda en la sección 5.6.1. Para las estadísticas de mortalidad perinatal, el análisis por causa múltiple para todas las afecciones reportadas será de gran beneficio. Donde tales análisis son impracticables, el análisis de la causa principal o condición en el feto y el infante y de la principal afección materna que afecta al feto o al infante con tabulaciones cruzadas de estas dos condiciones debe ser registrada como un mínimo. Donde sea necesario seleccionar sólo una afección, la enfermedad o condición principal en el feto o infante debe ser seleccionada.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

6. Historia del desarrollo de la CIE[3]

6.1 Origen

Sir George H. Knibbs, el eminente estadístico australiano, concede el mérito del primer ensayo de clasificación sistemática de enfermedades a Francois Bossier de Lacroix (1706-1777), mejor conocido por el nombre de Sauvages (*10*). El extenso trabajo de Sauvages se publicó con el título de *Nosología Methodica*. Contemporáneo de Sauvages fue el gran metodólogo Linneo (1707-1778), una de cuyas obras fue titulada *Genera Morborum*. A comienzos del siglo XIX la clasificación más corriente de enfermedades era la de William Cullen (1710-1790), de Edimburgo, publicada en 1785 con el título de *Synopsis Nosologiae Methodicae*.

Pero el estudio estadístico de las enfermedades se había iniciado un siglo antes, con el tratado de John Graunt sobre las tablas de mortalidad de Londres. En un intento por calcular la proporción de niños nacidos vivos que fallecieron antes de llegar a la edad de seis años —entonces no se registraba la edad de los fallecidos— Graunt tomó todas las muertes que habían sido clasificadas bajo las rúbricas muguet, convulsiones, raquitismo, trastornos de la dentición y gusanos, prematuros, recién nacidos sin bautizar (*chrysomes*), lactantes, hígado grande y niños asfixiados (sofocados), y les sumó la mitad de las defunciones atribuidas a viruela, varicela, sarampión y parasitados por gusanos sin convulsiones. A pesar de que su clasificación era elemental e imperfecta, su cálculo de que un 36% de la mortalidad ocurría antes de los seis años parece haber sido correcto a la luz de conocimientos ulteriores. Si bien tres siglos han contribuido algo a la exactitud científica de la clasificación de enfermedades, muchos todavía dudan de la utilidad de las tentativas y los ensayos hechos para recopilar estadísticas de enfermedades o aun de causas de defunción, debido a las dificultades inherentes a la clasificación. A ellos se les podría citar la frase de Major Greenwood: "El purista científico que piense esperar hasta que las estadísticas médicas sean exactas desde el punto de vista nosológico no es más razonable que aquel campesino de Horacio que aguardaba a que el río acabara de fluir" (*11*).

Afortunadamente para el progreso de la medicina preventiva, la Oficina del Registro General de Inglaterra y Gales, desde su fundación en 1837, encontró en la persona de William Farr (1807-1883), su primer estadístico médico, un hombre que no solo aprovechó al máximo las imperfectas clasificaciones de enfermedades disponibles en ese tiempo, sino que se dedicó a mejorarlas y a

[3]La mayor parte del material presentado en las secciones 6.1-6.3 se reproduce de la Introducción de la Séptima Revisión de la CIE, que ofrece una excelente descripción del origen de la Clasificación.

lograr que su uso y aplicación fueran uniformes desde el punto de vista internacional.

Farr encontró que los servicios públicos de su época usaban la clasificación de Cullen, la cual no se había actualizado en el sentido de incluir los avances de la ciencia médica, y no la consideró satisfactoria para usarla con fines estadísticos. En consecuencia, en el primer Informe Anual del Registrador General (*12*), Farr describió los principios que deben regir una clasificación estadística de enfermedades, e insistió en la adopción urgente de una clasificación uniforme, en los siguientes términos:

> Las ventajas de una nomenclatura estadística uniforme, por imperfecta que sea, son tan obvias, que sorprende que no se le haya dado importancia a su aplicación en las Leyes de Mortalidad. Cada enfermedad tiene con frecuencia tres o cuatro términos y cada término ha sido aplicado a varias enfermedades diferentes; se han usado nombres vagos e inconvenientes y en vez de las enfermedades primarias se han registrado las complicaciones. La nomenclatura es tan importante para este dominio de investigación, como lo son los pesos y medidas en las ciencias físicas, y debe establecerse de inmediato.

Tanto la nomenclatura como la clasificación estadística fueron objeto de estudio y observaciones constantes por parte de Farr en sus "Cartas" anuales al Registrador General, y fueron publicadas en los Informes Anuales de este último. La utilidad de una clasificación uniforme de causas de defunción fue ampliamente reconocida por el primer Congreso Internacional de Estadística reunido en Bruselas en 1853, el cual encomendó a William Farr y a Marc d'Espine, de Ginebra, que prepararan una clasificación uniforme de causas de defunción aplicable a nivel internacional. En el siguiente Congreso, realizado en París en 1885, Farr y d'Espine presentaron dos listas separadas, basadas en principios totalmente diferentes. La clasificación de Farr estaba dividida en cinco grupos: enfermedades epidémicas, enfermedades constitucionales (generales), enfermedades localizadas clasificadas conforme al sitio anatómico, enfermedades del desarrollo, y enfermedades que son consecuencia directa de un traumatismo. D'Espine, por su parte, clasificó las enfermedades según su naturaleza (gotosa, herpética, hemática, etc.). El Congreso adoptó, como una solución conciliatoria, una lista de 139 rúbricas. En 1864 esta clasificación fue revisada en París, siguiendo el modelo de la de W. Farr, y fue objeto de otras revisiones en 1874, 1880 y 1886. Aunque esta clasificación nunca recibió aprobación universal, la disposición general, incluyendo el principio propuesto por Farr de clasificar las enfermedades según su localización anatómica, ha perdurado como la base de la Lista Internacional de Causas de Defunción.

6.2 Adopción de la Lista Internacional de Causas de Defunción

En una reunión celebrada en Viena en 1891, el Instituto Internacional de Estadística, sucesor del Congreso Internacional de Estadística, encargó a un comité dirigido por Jacques Bertillon (1851-1922), Jefe de los Servicios de Estadística de la Ciudad de París, la preparación de una clasificación de causas de defunción. Cabe señalar que Bertillon era nieto de Achille Guillard, distinguido botánico y estadístico que había presentado la resolución en la que se solicitaba que Farr y d'Espine prepararan una clasificación uniforme en el primer Congreso Internacional de Estadística en 1853. El informe de este comité fue presentado por Bertillon en la reunión del Instituto Internacional de Estadística celebrada en Chicago en 1893, donde se decidió adoptarlo. La clasificación preparada por Bertillon se basaba en la clasificación de causas de defunción utilizada por la ciudad de París, la cual, después de la revisión de 1885, representaba una síntesis de las clasificaciones inglesa, alemana y suiza, y se regía por el principio adoptado por Farr de hacer una distinción entre las enfermedades generales y las que se localizaban en un órgano o sitio anatómico específico. Según las instrucciones del Congreso de Viena, originadas en una sugerencia de L. Guillaume, Director de la Oficina Federal de Estadística de Suiza, Bertillon incluyó tres clasificaciones: la primera, una clasificación abreviada de 44 rúbricas, la segunda una clasificación de 99 rúbricas, y la tercera de 161 rúbricas.

La Clasificación de Causas de Defunción de Bertillon, como fue denominada al principio, recibió aprobación general y fue acogida por varios países y por numerosas ciudades. Encontró su primera aplicación en América del Norte por el Dr. Jesús E. Monjarás en las estadísticas de San Luis Potosí, México (*13*). En 1898, en una reunión celebrada en Ottawa, Canadá, la Asociación Estadounidense de Salud Pública (American Public Health Association, APHA) recomendó que los registros civiles de Canadá, México y los Estados Unidos adoptaran la clasificación de Bertillon y sugirió además que fuera revisada cada 10 años.

En una reunión que celebró en Cristianía el Instituto Internacional de Estadística, en 1899, Bertillon presentó un informe sobre los progresos de la clasificación, que incluía las recomendaciones de la APHA acerca de las revisiones decenales. El Instituto adoptó entonces una resolución redactada en los siguientes términos (*14*):

> El Instituto Internacional de Estadística, convencido de la necesidad de que los diferentes países usen nomenclaturas comparables entre sí:

> Toma nota con satisfacción de que el sistema de nomenclatura de causas de defunción que le fue presentado en 1893, ha sido adoptado por todas las oficinas de estadística de América del Norte y por algunas de América del Sur y de Europa;
> Insiste enérgicamente en que este sistema de nomenclatura sea adoptado en principio y sin revisión por todas las instituciones europeas de estadística;
>
> Aprueba, cuando menos en términos generales, el sistema de revisión decenal propuesto por la APHA en su sesión de Ottawa (1898);
>
> Insta a las oficinas de estadística que aún no lo hayan hecho a que se adhieran sin demora y que contribuyan de este modo a la comparabilidad de las nomenclaturas de causas de defunción.

En consecuencia, el Gobierno de Francia convocó en París, en agosto de 1900, la Primera Conferencia Internacional para la Revisión de la Lista de Bertillon o Lista Internacional de Causas de Defunción. Asistieron a la Conferencia delegados de 26 países, y el 21 de agosto de 1900 se adoptó una clasificación detallada de las causas de defunción, que comprendía 179 grupos, y una clasificación abreviada, de 35 grupos. Se reconoció la ventaja de las revisiones decenales, y se encargó al Gobierno de Francia que convocara la siguiente reunión en 1910. En realidad la reunión proyectada tuvo lugar en 1909. El Gobierno francés convocó también las conferencias de 1920, 1929 y 1938.

Bertillon continuó promoviendo el uso de la Lista Internacional de Causas de Defunción, y las revisiones de 1900, 1910 y 1920 se efectuaron bajo su dirección. En su cargo de Secretario General de la Conferencia Internacional remitió la revisión provisional de 1920 a más de 500 personas, solicitándoles sus opiniones. Su fallecimiento en 1922 privó a la Conferencia Internacional de su verdadero líder.

En la sesión que el Instituto Internacional de Estadística celebró en 1923, Michel Huber, el sucesor de Bertillon en Francia, reconoció esta falta de liderazgo y presentó una resolución pidiendo al Instituto que reafirmara la decisión de 1893 relativa a la clasificación internacional de las causas de defunción y que colaborara con otras organizaciones internacionales en la preparación de las revisiones subsiguientes. La Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones también había demostrado un activo interés en las estadísticas vitales y nombró una Comisión de Expertos Estadísticos para estudiar la clasificación de enfermedades y de causas de defunción, así como otros problemas en el campo de las estadísticas médicas. E. Roesle, Jefe del Servicio de Estadísticas Médicas de la Oficina de Sanidad de Alemania y miembro de la citada Comisión, preparó una monografía detallando la ampliación que sería necesaria en las rúbricas de la Lista Internacional de Causas de Defunción de 1920, en el caso de que se fuese a utilizar para tabular las estadísticas de morbilidad. Este minucioso estudio fue publicado por la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones en 1928 (*15*). Con objeto de coordinar la labor de ambos organismos, se acordó la creación de una "Comisión Mixta", compuesta en igual proporción

MATERIAL DE DISTRIBUCIÓN GRATUITA

por representantes del Instituto Internacional de Estadística y de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones; la Comisión preparó las propuestas para la Cuarta (1929) y la Quinta (1938) Revisiones de la Lista Internacional de Causas de Defunción.

6.3 La Quinta Conferencia de Revisión Decenal

La Quinta Conferencia Internacional para la Revisión de la Lista Internacional de Causas de Defunción, al igual que las conferencias precedentes, fue convocada por el Gobierno de Francia en París en octubre de 1938. La Conferencia aprobó tres listas: una lista detallada de 200 rúbricas, una lista intermedia de 87 rúbricas y una lista resumida de 44 rúbricas. Además, puso al día las listas con los progresos científicos, particularmente en el capítulo de las enfermedades infecciosas y parasitarias, y realizó cambios en los capítulos relativos a las afecciones puerperales y a los accidentes. La conferencia hizo un mínimo de cambios en el contenido, cantidad y aun en la numeración de los rubros. Se diseñó también una lista de causas de nacimientos muertos, que fue aprobada por la Conferencia.

En relación con la clasificación de enfermedades para estadísticas de morbilidad, la Conferencia reconoció la creciente necesidad de una lista de enfermedades para satisfacer los requerimientos estadísticos de organizaciones muy diferentes, tales como seguros de salud, hospitales, servicios médico-militares, administraciones sanitarias y entidades similares. En consecuencia, se adoptó la siguiente resolución (*16*):

2. Lista Internacional de Enfermedades

En vista de la importancia que tiene la recopilación de listas internacionales de enfermedades que se correspondan con la lista internacional de causas de muerte:

La Conferencia recomienda que el Comité conjunto nombrado por el Instituto Internacional de Estadísticas y la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones asuma, tal como en 1929, la preparación de listas internacionales de enfermedades, conjuntamente con expertos y representantes de las organizaciones especialmente competentes en la materia.

La Conferencia recomienda que mientras se esté en el proceso de recopilar las listas internacionales de enfermedades, las diversas listas nacionales en uso deberían, tanto como fuera posible, ajustarse a los mismos lineamientos de la Lista Internacional Detallada de Causas de Defunción (indicando los números de los capítulos, títulos y subtítulos de dicha Lista entre paréntesis).

La Conferencia recomendó además, que el Gobierno de los Estados Unidos continuara sus estudios sobre el tratamiento estadístico de las causas conjuntas de muerte en la siguiente resolución (*16*):

3. Certificado de defunción y selección de causas de muerte cuando se registra más de una causa (causas conjuntas)

La Conferencia,

Considerando que en 1929 el Gobierno de los Estados Unidos fue muy generoso al realizar el estudio de los medios para unificar los métodos de selección de la causa principal de muerte para ser tabulada en aquellos casos en que se mencionan dos o más causas en el certificado de defunción,

Considerando que los numerosos estudios realizados o en preparación en varios países revelan la importancia de este problema, el cual no ha sido aún resuelto,

Considerando que, de acuerdo con estos estudios, la comparabilidad internacional de las tasas de mortalidad de las diferentes enfermedades requiere no sólo la solución del problema de la selección de la causa principal de muerte, sino también la solución de varios otros problemas:

1) Especialmente agradece al Gobierno de los Estados Unidos por el trabajo que ha realizado o promovido en esta dirección;

2) Solicita del Gobierno de los Estados Unidos la continuación de sus investigaciones en los próximos 10 años, en cooperación con otros países y organizaciones sobre una base un poco más amplia, y

3) Sugiere que, para estas investigaciones futuras, el Gobierno de los Estados Unidos establezca un subcomité compuesto de representantes de los países y organizaciones que participen en las investigaciones realizadas en este respecto.

6.4 Las primeras clasificaciones de enfermedades para estadísticas de morbilidad

Hasta entonces, la clasificación de enfermedades había sido presentada casi exclusivamente en relación con estadísticas de causa de muerte. Farr, sin embargo, reconoció que era deseable "extender el mismo sistema de nomenclatura a las enfermedades que, aunque no sean mortales, causan discapacidades en la población, y que ahora figuran en los cuadros estadísticos de enfermedades de los ejércitos, navíos, hospitales, prisiones, manicomios, instituciones públicas de toda clase, y sociedades de enfermedades, así como en los censos de países como Irlanda, donde las enfermedades de toda la población son enumeradas" (*9*). En su Informe sobre la nomenclatura y clasificación estadística de enfermedades presentado al Segundo Congreso Internacional de Estadística, Farr incluyó en la lista general de enfermedades la mayoría de aquellas que afectan la salud, además de las enfermedades que causan la muerte. En el Cuarto Congreso Estadístico Internacional, celebrado

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

en Londres en 1860, Florence Nightingale insistió en que se adoptara la clasificación de enfermedades de Farr para la tabulación de la morbilidad hospitalaria en el artículo Propuestas para un plan uniforme de estadísticas hospitalarias.

En la Primera Conferencia Internacional para revisar la Clasificación de Causas de Defunción de Bertillon, que se llevó a cabo en París en 1900, se adoptó paralelamente una clasificación para las estadísticas de morbilidad. En la segunda conferencia, realizada en 1909, se adoptó también una lista paralela. Las categorías adicionales para enfermedades no mortales se formaron mediante la subdivisión de algunas rúbricas de la clasificación de causas de defunción en dos o tres grupos de enfermedades identificados cada uno por una letra. La traducción en inglés de la Segunda Revisión Decenal publicada por el Departamento de Comercio y Trabajo de los Estados Unidos en 1910, fue denominada *International Classification of Causes of Sickness and Death* (Clasificación Internacional de Causas de Enfermedad y Muerte). Las revisiones posteriores incorporaron algunos de los grupos dentro de la Lista Internacional Detallada de Causas de Defunción. La Cuarta Conferencia Internacional adoptó una clasificación de enfermedades que se diferenció de la Lista Internacional Detallada de Causas de Defunción solo por la adición de 12 subdivisiones. Estas clasificaciones internacionales de enfermedades fracasaron al no recibir aceptación general, ya que tuvieron solamente una expansión limitada de la lista básica de causas de defunción.

En ausencia de una clasificación uniforme de enfermedades que pudiera utilizarse satisfactoriamente para estadísticas de morbilidad, muchos países consideraron necesario preparar sus propias listas. El Consejo de Salud del Dominio del Canadá preparó un código estándar de morbilidad que se publicó en 1936. Las principales subdivisiones de esta lista representaban los 18 capítulos de la revisión de la Lista Internacional de Causas de Defunción de 1929 y estas estaban subdivididas a su vez en unas 380 categorías específicas de enfermedades. Durante la Quinta Conferencia Internacional de 1938, el delegado canadiense introdujo una modificación de esta lista para que fuera considerada como la base para una lista internacional de causas de enfermedades. Aunque no se tomó ninguna decisión en relación con esta propuesta, la Conferencia adoptó la resolución mencionada anteriormente (ver sección 6.3).

En 1944 se publicaron clasificaciones provisionales de enfermedades y traumatismos para la tabulación de las estadísticas de morbilidad tanto en los Estados Unidos como en el Reino Unido. Ambas clasificaciones eran más extensas que la lista canadiense, pero al igual que ella, siguieron el orden general de enfermedades de la Lista Internacional de Causas de Defunción. La clasificación británica fue preparada por el Comité de Estadísticas de Morbilidad Hospitalaria del Consejo de Investigación Médica creado en enero de 1942. Su título fue *A*

provisional classification of diseases and injuries for use in compiling morbidity statistics (Una clasificación provisional de enfermedades y traumatismos para la tabulación de estadísticas de morbilidad) (*17*) y se preparó con el propósito de ofrecer un esquema para la recolección y el registro estadístico de los pacientes admitidos en los hospitales del Reino Unido, mediante la utilización de una clasificación estándar de enfermedades y traumatismos, que fue utilizada en todo el país por organismos gubernamentales y otros usuarios.

Unos pocos años antes, en agosto de 1940, el Director General de Sanidad del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y el Director de la Oficina del Censo del mismo país, publicaron una lista de enfermedades y traumatismos para la tabulación de estadísticas de morbilidad (*18*). Esta lista fue elaborada por la División de Métodos de Salud Pública del Servicio de Salud Pública con la cooperación de un comité de consultores escogido por el Director General de Sanidad. En 1944 se publicó el *Manual for coding cause of illness according to a diagnosis code for tabulating morbidity statistics* (Manual para la codificación de las causas de enfermedad de acuerdo con los diagnósticos para tabulación de las estadísticas de morbilidad), que incluía los códigos diagnósticos, una lista tabular de inclusiones y un índice alfabético. Esta lista fue utilizada en varios hospitales, en un gran número de planes de seguro hospitalario voluntario y en programas de atención médica así como también en estudios especiales de otros organismos en los Estados Unidos.

6.5 Comité de los Estados Unidos para las Causas Conjuntas de Defunción

De acuerdo con la resolución de la Quinta Conferencia Internacional, el Secretario de Estado procedió en 1945 al nombramiento del Comité de los Estados Unidos para las Causas Conjuntas de Defunción, bajo la dirección de Lowell J. Reed, Profesor de Bioestadísticas en la Universidad de Johns Hopkins. Entre los miembros y consultores de este comité se incluyeron representantes de los gobiernos del Canadá y del Reino Unido y de la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones. El Comité reconoció la tendencia general del pensamiento en relación con las listas de estadísticas de morbilidad y mortalidad y decidió que, antes de discutir el asunto de las causas conjuntas, sería ventajoso considerar las clasificaciones desde el punto de vista de la morbilidad y mortalidad, ya que el problema de las causas conjuntas estaba relacionado con ambos tipos de estadísticas.

El Comité tomó también en cuenta la parte de la resolución sobre las listas internacionales de enfermedades de la última Conferencia Internacional que recomendaba que "las diversas listas nacionales deberían, tanto como fuera posible, ajustarse a los lineamientos de la Lista Internacional de Causas de

Defunción". También reconoció que la clasificación de enfermedades y traumatismos estaba estrechamente asociada con la clasificación de causas de defunción. La percepción de que tales listas eran fundamentalmente diferentes, surgía de la creencia equivocada de que la Lista Internacional era una clasificación de causas terminales, cuando en realidad estaba basada en la condición morbosa que iniciaba la cadena de eventos causantes de la muerte. El Comité consideró que, para utilizar plenamente tanto las estadísticas de morbilidad como las de mortalidad, las clasificaciones de enfermedades para ambos propósitos no solamente deberían ser comparables sino que dentro de lo posible deberían constituir una lista única.

Además, un número cada vez mayor de organizaciones estadísticas estaban utilizando registros médicos que incluían tanto la enfermedad como la muerte. Se consideró también que aún aquellas organizaciones que recopilaban solamente estadísticas de morbilidad debían codificar tanto los casos mortales como los no mortales. Una lista única, por lo tanto, facilitaría mucho el trabajo de codificación. Tal lista también serviría de base común para la comparación de las estadísticas de morbilidad y mortalidad.

En vista de lo expuesto se nombró un subcomité que preparó el borrador de una Propuesta de Clasificación Estadística de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. El Comité adoptó un borrador final después que fuera modificado en base a ensayos realizados por varias organizaciones en Canadá, Estados Unidos y el Reino Unido.

6.6 Sexta Revisión de las Listas Internacionales

La Conferencia Internacional de la Salud reunida en la ciudad de Nueva York en junio y julio de 1946 (*19*), encargó a una Comisión Interina de la Organización Mundial de la Salud la responsabilidad de:

> revisar los recursos existentes y asumir la responsabilidad del trabajo preparatorio que fuese necesario realizar en relación con:
>
> (i) la siguiente revisión decenal de las "Listas Internacionales de Causas de Defunción" (incluyendo las listas adoptadas mediante el Acuerdo Internacional de l934, en relación con las Estadísticas de Causas de Defunción); y
>
> (ii) el establecimiento de las Listas Internacionales de Causas de Morbilidad.

Para cumplir con esta responsabilidad, la Comisión Interina nombró un Comité de Expertos para la Preparación de la Sexta Revisión Decenal de las Listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción.

Este Comité, tomando en cuenta plenamente el conjunto de opiniones prevalecientes en relación con la clasificación de morbilidad y mortalidad, estudió y revisó la clasificación que había sido elaborada por el Comité de los Estados Unidos para las Causas Conjuntas de Defunción.
La clasificación resultante del estudio de la Comisión Interina fue sometida con el título de *Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción* a los gobiernos de los países que realizaban estudios de morbilidad y mortalidad, para que hicieran los comentarios y sugerencias que consideraran necesarios al respecto. Una vez recibidas las respuestas, el Comité de Expertos elaboró una versión revisada que incorporó las sugerencias que mejoraban la utilidad y la aceptabilidad de la clasificación y recopiló una lista de términos diagnósticos que debían aparecer debajo de cada título de la clasificación. Al mismo tiempo se nombró un subcomité para elaborar un índice alfabético de los términos diagnósticos asignados a las categorías apropiadas de la clasificación.

El Comité consideró también la estructura y usos de las listas especiales para la tabulación y publicación de las estadísticas de morbilidad y mortalidad y estudió otros problemas en relación con la comparabilidad internacional de las estadísticas de mortalidad, tales como el modelo del certificado médico y las reglas para la clasificación.

La Conferencia Internacional para la Sexta Revisión de las Listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción se reunió en París del 26 al 30 de abril de 1948, con el patrocinio del Gobierno de Francia, siguiendo los términos del convenio firmado al final de la Quinta Conferencia de Revisión en 1938. Su conducción estuvo a cargo de un secretariado integrado conjuntamente por las autoridades francesas competentes y la Organización Mundial de la Salud, la cual había realizado el trabajo preparatorio según los términos de un acuerdo entre los gobiernos representados en la Conferencia Internacional de la Salud de 1946 (*19*).

La Conferencia adoptó la clasificación elaborada por el Comité de Expertos de la Sexta Revisión de las Listas Internacionales (*20*); estudió también las otras propuestas del Comité en relación con la recopilación, tabulación y publicación de las estadísticas de morbilidad y mortalidad y aprobó el Modelo Internacional del Certificado Médico de Causa de Defunción. Aceptó asimismo la causa básica de defunción como la causa principal para las tabulaciones, así como las reglas de selección de la causa básica de defunción y las listas especiales para la tabulación de los datos de morbilidad y mortalidad. Recomendó también que la Asamblea Mundial de la Salud adoptara las regulaciones establecidas en el

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

artículo 21(b) de la Constitución de la OMS para orientar a los Estados Miembros en lo que se refiere a la recopilación de las estadísticas de morbilidad y mortalidad de acuerdo con la Clasificación Estadística Internacional.

En 1948 la Primera Asamblea Mundial de la Salud aprobó el informe de la Conferencia para la Sexta Revisión y adoptó el Reglamento No. 1 de la Organización Mundial de la Salud, elaborado con base en las recomendaciones de la misma Conferencia. De acuerdo con esa decisión se procedió a la edición del *Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción* (*21*). El Manual consistió en dos volúmenes. En el Volumen 1 se incluyeron la Clasificación Internacional con la Lista Tabular de Inclusiones que definía el contenido de las categorías, el modelo del certificado médico de causa de defunción, las reglas de selección y las listas especiales de tabulación. El Volumen 2 era el Índice alfabético para ubicar los términos diagnósticos en las categorías apropiadas.

La Conferencia para la Sexta Revisión Decenal constituyó el comienzo de una nueva era en las estadísticas vitales y de salud internacionales. Además de haber aprobado una lista completa para la codificación de la mortalidad y morbilidad y convenido en la aplicación de las reglas internacionales para la selección de la causa básica de defunción, la Conferencia recomendó la adopción de un amplio programa de cooperación internacional en el campo de las estadísticas vitales y de salud. Un punto importante de este programa fue la recomendación de que los gobiernos establecieran comités nacionales de estadísticas vitales y de salud para coordinar las actividades estadísticas en el país y servir de enlace entre las instituciones estadísticas nacionales y la Organización Mundial de la Salud. Se sugirió además que tales comités nacionales podrían por sí mismos o en cooperación con otros comités nacionales, estudiar problemas estadísticos de importancia para la salud pública e informar de sus resultados a la OMS.

6.7 La Séptima y Octava Revisiones

La Conferencia Internacional para la Séptima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades se reunió en París en febrero de 1955 bajo los auspicios de la OMS (*22*). De acuerdo con una recomendación del Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias de la OMS, esta revisión se limitó a efectuar cambios esenciales y a corregir los errores y las inconsistencias (*23*).

La Conferencia para la Octava Revisión, convocada por la OMS, se reunió en Ginebra del 6 al 12 de julio de 1965 (*24*). Esta revisión fue más radical que la Séptima, pero dejó inalteradas la estructura básica de la Clasificación y la filosofía general para clasificar las enfermedades, siempre que fuera posible, según su etiología y no una manifestación en particular.

Durante los años de vigencia de la Séptima y Octava Revisiones de la CIE, su utilización para la indización de las historias médicas en los hospitales aumentó rápidamente y algunos países prepararon adaptaciones nacionales con los detalles adicionales necesarios para la aplicación de la CIE en ese campo.

6.8 La Novena Revisión

La Conferencia Internacional para la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, convocada por la OMS, se reunió en Ginebra del 30 de septiembre al 6 de octubre de 1975 (*25*). En los debates previos a la Conferencia se llegó originalmente al acuerdo de que los cambios en relación con la Octava Revisión deberían ser muy pequeños, casi exclusivamente limitados a la actualización de la clasificación, más que todo por los elevados costos que se generan al adaptar los sistemas de procesamiento de datos cada vez que se revisa la clasificación. Sin embargo, en el lapso entre la Octava y la Novena Revisión había aumentado enormemente el interés por la CIE y se hacía necesario encontrar la manera de enfrentar esta situación, por una parte modificando la clasificación misma y por otra introduciendo posibilidades especiales de codificación. En este sentido, varias asociaciones de especialistas habían manifestado interés en la utilización de la CIE para sus propias estadísticas. Con ese fin solicitaron la introducción de modificaciones que permitieran una clasificación más completa para cada especialidad, ya que se consideraba que varias partes de la clasificación no estaban organizadas adecuadamente. Asimismo, hubo presión para aumentar el detalle y para permitir un uso más pertinente a la evaluación de la atención médica, clasificando las afecciones en los capítulos correspondientes a los sistemas orgánicos afectados en vez de clasificarlas por la causa básica de la enfermedad generalizada. Por otra parte, hubo también sugerencias en sentido contrario de algunos países y áreas donde una clasificación detallada y sofisticada era considerada innecesaria, ya que les bastaba con una clasificación simple, basada en la CIE, que les permitiera hacer el seguimiento de sus avances en cuanto a los servicios de salud y al control de las enfermedades.

Las propuestas finales presentadas y aceptadas por la Conferencia mantuvieron la estructura básica de la CIE, aunque con mucho detalle adicional en las subcategorías de cuatro caracteres y algunos casos con subcategorías opcionales de quinto carácter. Para el beneficio de los usuarios que no requerían tanto detalle se tuvo especial cuidado para que las categorías de tres caracteres fueran adecuadas.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Para favorecer a los usuarios que deseaban producir estadísticas e índices orientados a la atención médica, la Novena Revisión incluyó un método opcional para la clasificación de información diagnóstica, que permitía establecer cuándo un término determinado podía ser utilizado como enfermedad básica general y cuándo para identificar el órgano o sitio afectado. A este método se le dio el nombre de sistema de cruz y asterisco o daga y asterisco, el cual se mantuvo en la Décima Revisión. En la Novena Revisión se incluyeron otras innovaciones técnicas con el propósito de aumentar su flexibilidad y aplicabilidad en diversas situaciones.

La 29ª Asamblea Mundial de la Salud, con base en las recomendaciones de la Conferencia para la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, aprobó la publicación, a título de ensayo, de dos clasificaciones suplementarias: la de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías y la de Procedimientos en Medicina, ambas como suplementos, pero no partes integrantes de la CIE. La Conferencia formuló también recomendaciones sobre varios aspectos técnicos de la clasificación, ya que se hicieron algunos cambios en las reglas de selección de la mortalidad y se introdujeron por primera vez reglas para la selección de una causa única para la tabulación de la morbilidad; se enmendaron y ampliaron las definiciones y recomendaciones para las estadísticas de mortalidad perinatal y se recomendó un certificado de mortalidad perinatal; se estimuló a los países a profundizar el trabajo y el análisis de la codificación por causa múltiple, aunque no se recomendó ningún método formal en particular. Se produjo también una nueva lista básica de tabulación.

6.9 Preparaciones para la Décima Revisión

Incluso antes de la Conferencia para la Novena Revisión, la OMS había comenzado los preparativos para la Décima Revisión. Ya se había aceptado que la gran expansión en la utilización de la CIE obligaba a hacer un análisis cuidadoso de su estructura y a realizar un esfuerzo para diseñar una clasificación flexible y estable, que no necesitara cambios fundamentales por muchos años. En consecuencia, se solicitó a los Centros Colaboradores para la Clasificación de Enfermedades de la OMS (ver Volumen 1) que experimentaran con nuevos modelos de estructuras para la Décima Revisión.

Se vio también que el período de 10 años entre una y otra revisión era demasiado corto. El trabajo para la revisión tenía que comenzar antes de que la revisión vigente de la CIE se hubiera utilizado lo suficiente como para permitir su evaluación en profundidad, especialmente porque la necesidad de consultar a muchos países y organizaciones extiende mucho el proceso. Por esa razón el Director General de la OMS solicitó a los Estados Miembros y obtuvo su consentimiento para postergar hasta 1989 la Conferencia para la Novena Revisión, que originalmente se había programado para 1985. La postergación permitió

experimentar con diversos modelos de estructura de la CIE y evaluar la CIE-9 por medio de reuniones organizadas por algunas oficinas regionales de la OMS y de una encuesta realizada por la Sede.

A continuación se llevó a cabo un extenso programa de trabajo que culminó en la Décima Revisión de la CIE. Este proceso se describe en el Informe de la Conferencia Internacional para la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, reproducido en el Volumen 1.

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

7. Apéndices

Apéndice 7.1 Lista de afecciones improbables de provocar la muerte (ver sección 4.1.9, Regla B)

Código	Categoría o subcategoría
A31.1	Infección cutánea por micobacterias
A42.8	Otras formas de actinomicosis
A60.0	Infección de genitales y trayecto urogenital debida a virus del herpes [herpes simple]
A71.0 – A71.9	Tracoma
A74.0	Conjuntivitis por clamidias
B00.2	Gingivoestomatitis y faringoamigdalitis herpética
B00.5	Oculopatía herpética
B00.8	Panadizo herpético
B07	Verrugas víricas
B08.1	Molusco contagioso
B08.8	Enfermedad de boca-pie
B30.0 – B30.9	Conjuntivitis viral
B35.0 – B35.9	Dermatofitosis
B36.0 – B36.9	Otras micosis superficiales
B85.0 – B85.4	Pediculosis y phthiriasis
F45.0 – F45.9	Trastornos somatomorfos
F50.1, F50.3 – F50.9	Trastornos de la ingestión de alimentos
F51.0 – F51.9	Trastornos no orgánicos del sueño
F52.0 – F52.9	Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos
F60.0 – F60.9	Trastornos específicos de la personalidad
F61	Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad
F62.0 – F62.9	Cambios perdurables de la personalidad, no atribuibles a lesión o a enfermedad cerebral
F63.0 – F63.9	Trastornos de los hábitos y de los impulsos
F64.0 – F64.9	Trastornos de la identidad de género
F65.0 – F65.9	Trastornos de la preferencia sexual
F66.0 – F66.9	Trastornos psicológicos y del comportamiento asociados con el desarrollo y con la orientación sexuales
F68.0 – F68.9	Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
F69	Trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos, no especificado
F80-F89	Trastornos del desarrollo psicológico
F95.0 – F95.9	Trastornos por tics
F98.0 – F98.9	Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia
G43.0 – G43.2, G43.8 – G43.9	Migraña, excepto migraña complicada
G44.0 – G44.2	Otros síndromes de cefalea
G45.0 – G45.9	Ataques de isquemia cerebral transitoria y síndromes afines
G50.0 – G50.9	Trastornos del nervio trigémino
G51.0 – G51.9	Trastornos del nervio facial
G54.0 – G54.9	Trastornos de las raíces y de los plexos nerviosos
G56.0 – G56.9	Mononeuropatías del miembro superior
G57.0 – G57.9	Mononeuropatías del miembro inferior
G58.7	Mononeuritis múltiples
H00.0 – H00.1	Orzuelo y calacio
H01.0 – H01.9	Otras inflamaciones del párpado
H02.0 – H02.9	Otros trastornos de los párpados
H04.0 – H04.9	Trastornos del aparato lagrimal
H10.0 – H10.9	Conjuntivitis
H11.0 – H11.9	Otros trastornos de la conjuntiva
H15.0 – H15.9	Trastornos de la esclerótica
H16.0 – H16.9	Queratitis
H17.0 – H17.9	Opacidades y cicatrices corneales
H18.0 – H18.9	Otros trastornos de la córnea
H20.0 – H20.9	Iridociclitis
H21.0 – H21.9	Otros trastornos del iris y del cuerpo ciliar
H25.0 – H25.9	Catarata senil
H26.0 – H26.9	Otras cataratas
H27.0 – H27.9	Otros trastornos del cristalino
H30.0 – H30.9	Inflamación coriorretiniana
H31.0 – H31.9	Otros trastornos de la coroides
H33.0 – H33.5	Desprendimiento y desgarro de la retina
H34.0 – H34.9	Oclusión vascular de la retina
H35.0 – H35.9	Otros trastornos de la retina
H40.0 – H40.9	Glaucoma
H43.0 – H43.9	Trastornos del cuerpo vítreo
H46	Neuritis óptica
H47.0 – H47.7	Otros trastornos del nervio óptico [II par] y de las vías ópticas

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

H49.0 – H49.9	Estrabismo paralítico
H50.0 – H50.9	Otros estrabismos
H51.0 – H51.9	Otros trastornos de los movimientos binoculares
H52.0 – H52.7	Trastornos de la acomodación y de la refracción
H53.0 – H53.9	Alteraciones de la visión
H54.0 – H54.7	Ceguera y disminución de la agudeza visual
H55	Nistagmo y otros movimientos oculares irregulares
H57.0 – H57.9	Otros trastornos del ojo y de sus anexos
H60.0 – H60.9	Otitis externa
H61.0 – H61.9	Otros trastornos del oído externo
H80.0 – H80.9	Otosclerosis
H83.0 – H83.9	Otros trastornos del oído interno
H90.0 – H90.8	Hipoacusia conductiva y neurosensorial
H91.0 – H91.9	Otras hipoacusias
H92.0 – H92.2	Otalgia y secreción del oído
H93.0 – H93.9	Otros trastornos del oído, no clasificados en otra parte
J00	Rinofaringitis aguda [resfriado común]
J06.0 – J06.9	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados
J30.0 – J30.4	Rinitis alérgica y vasomotora
J33.0 – J33.9	Pólipo nasal
J34.2	Desviación del tabique nasal
J35.0 – J35.9	Enfermedades crónicas de las amígdalas y de las adenoides
K00.0 – K00.9	Trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes
K01.0 – K01.1	Dientes incluidos e impactados
K02.0 – K02.9	Caries dental
K03.0 – K03.9	Otras enfermedades de los tejidos duros de los dientes
K04.0 – K04.9	Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales
K05.0 – K05.6	Gingivitis y enfermedades periodontales
K06.0 – K06.9	Otros trastornos de la encía y de la zona edéntula
K07.0 – K07.9	Anomalías dentofaciales [incluso la maloclusión]
K08.0 – K08.9	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén

K09.0 – K09.9	Quistes de la región bucal, no clasificados en otra parte
K10.0 – K10.9	Otras enfermedades de los maxilares
K11.0 – K11.9	Enfermedades de las glándulas salivales
K14.0 – K14.9	Enfermedades de la lengua
L01.0 – L01.1	Impétigo
L03.0	Celulitis de los dedos de la mano y del pie
L04.0 – L04.9	Linfadenitis aguda
L05.0 – L05.9	Quiste pilonidal
L08.0 – L08.8	Otras infecciones locales de la piel y del tejido subcutáneo
L20.0 – L20.9	Dermatitis atópica
L21.0 – L21.9	Dermatitis seborreica
L22	Dermatitis del pañal
L23.0 – L23.9	Dermatitis alérgica de contacto
L24.0 – L24.9	Dermatitis de contacto por irritantes
L25.0 – L25.9	Dermatitis de contacto, forma no especificada
L28.0 – L28.2	Liquen simple crónico y prurigo
L29.0 – L29.9	Prurito
L30.0 – L30.9	Otras dermatitis
L41.0 – L41.9	Parapsoriasis
L42	Pitiriasis rosada
L43.0 – L43.9	Liquen plano
L44.0 – L44.9	Otros trastornos papuloescamosos
L55.0 – L55.1, L55.8 – L55.9	Quemadura solar, excepto quemadura solar de tercer grado
L56.0 – L56.9	Otros cambios agudos de la piel debidos a radiación ultravioleta
L57.0 – L57.9	Cambios de la piel debidos a exposición crónica a radiación no ionizante
L58.0 – L58.9	Radiodermatitis
L59.0 – L59.9	Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo relacionados con radiación
L60.0 – L60.9	Trastornos de las uñas
L63.0 – L63.9	Alopecia areata
L64.0 – L64.9	Alopecia andrógena
L65.0 – L65.9	Otra pérdida no cicatricial del pelo
L66.0 – L66.9	Alopecia cicatricial [pérdida cicatricial del pelo]
L67.0 – L67.9	Anormalidades del tallo y del color del pelo
L68.0 – L68.9	Hipertricosis
L70.0 – L70.9	Acné
L72.0 – L72.9	Quiste folicular de la piel y del tejido subcutáneo

MATERIAL DE DIFUSIÓN
MATERIAL DE DIFUSIÓN

L73.0 – L73.9	Otros trastornos foliculares
L74.0 – L74.9	Trastornos sudoríparos ecrinos
L75.0 – L75.9	Trastornos sudoríparos apocrinos
L80	Vitíligo
L81.0 – L81.9	Otros trastornos de la pigmentación
L83	Acantosis nigricans
L84	Callos y callosidades
L85.0 – L85.9	Otros tipos de engrosamiento epidérmico
L87.0 – L87.9	Trastornos de la eliminación transepidérmica
L90.0 – L90.9	Trastornos atróficos de la piel
L91.0 – L91.9	Trastornos hipertróficos de la piel
L92.0 – L92.9	Trastornos granulomatosos de la piel y del tejido subcutáneo
L94.0 – L94.9	Otros trastornos localizados del tejido conjuntivo
L98.0 – L98.3, L98.5 – L98.9	Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo, no clasificados en otra parte
M20.0 – M20.6	Deformidades adquiridas de los dedos de la mano y del pie
M21.0 – M21.9	Otras deformidades adquiridas de los miembros
M22.0 – M22.9	Trastornos de la rótula
M23.0 – M23.9	Trastorno interno de la rodilla
M24.0 – M24.9	Otros trastornos articulares específicos
M25.0 – M25.9	Otros trastornos articulares, no clasificados en otra parte
M35.3	Polimialgia reumática
M40.0 – M40.5	Cifosis y lordosis
M43.6	Tortícolis
M43.8 – M43.9	Otras dorsopatías deformantes
M48.0	Estenosis espinal
M53.0 – M53.9	Otras dorsopatías, no clasificadas en otra parte
M54.0 – M54.9	Dorsalgia
M60.0 – M60.9	Miositis
M65.0 – M65.9	Sinovitis y tenosinovitis
M66.0 – M66.5	Ruptura espontánea de la sinovia y del tendón
M67.0 – M67.9	Otros trastornos de la sinovia y del tendón
M70.0 – M70.9	Trastornos de los tejidos blandos relacionados con el uso, el uso excesivo y la presión
M71.0 – M71.9	Otras bursopatías
M75.0 – M75.9	Lesiones del hombro

MATERIAL DE PUBLICACIÓN

M76.0 – M76.9	Entesopatías del miembro inferior, excluido el pie
M77.0 – M77.9	Otras entesopatías
M79.0 – M79.9	Otros trastornos de los tejidos blandos, no clasificados en otra parte
M95.0 – M95.9	Otras deformidades adquiridas del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo
M99.0 – M99.9	Lesiones biomecánicas, no clasificadas en otra parte
N39.3	Incontinencia urinaria por tensión
N46	Esterilidad en el varón
N47	Prepucio redundante, fimosis y parafimosis
N60.0 – N60.9	Displasia mamaria benigna
N84.0 – N84.9	Pólipo del tracto genital femenino
N85.0 – N85.9	Otros trastornos no inflamatorios del útero, excepto el cuello
N86	Erosión y ectropión del cuello del útero
N87.0 – N87.9	Displasia del cuello uterino
N88.0 – N88.9	Otros trastornos no inflamatorios del cuello del útero
N89.0 – N89.9	Otros trastornos no inflamatorios de la vagina
N90.0 – N90.9	Otros trastornos no inflamatorios de la vulva y del perineo
N91.0 – N91.5	Menstruación ausente, escasa o rara
N92.0 – N92.6	Menstruación excesiva, frecuente e irregular
N93.0 – N93.9	Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales
N94.0 – N94.9	Dolor y otras afecciones relacionadas con los órganos genitales femeninos y con el ciclo menstrual
N96	Abortadora habitual
N97.0 – N97.9	Infertilidad femenina
Q10.0 – Q10.7	Malformaciones congénitas de los párpados, del aparato lagrimal y de la órbita
Q11.0 – Q11.3	Anoftalmía, microftalmía y macroftalmía
Q12.0 – Q12.9	Malformaciones congénitas del cristalino
Q13.0 – Q13.9	Malformaciones congénitas del segmento anterior del ojo
Q14.0 – Q14.9	Malformaciones congénitas del segmento posterior del ojo
Q15.0 – Q15.9	Otras malformaciones congénitas del ojo

MATERIAL DE PUBLICACIÓN

Q16.0 – Q16.9	Malformaciones congénitas del oído que causan alteración de la audición
Q17.0 – Q17.9	Otras malformaciones congénitas del oído
Q18.0 – Q18.9	Otras malformaciones congénitas de la cara y del cuello
Q38.1	Anquiloglosia
Q65.0 – Q65.9	Deformidades congénitas de la cadera
Q66.0 – Q66.9	Deformidades congénitas de los pies
Q67.0 – Q67.8	Deformidades osteomusculares congénitas de la cabeza, de la cara, de la columna vertebral y del tórax
Q68.0 – Q68.8	Otras deformidades osteomusculares congénitas
Q69.0 – Q69.9	Polidactilia
Q70.0 – Q70.9	Sindactilia
Q71.0 – Q71.9	Defectos por reducción del miembro superior
Q72.0 – Q72.9	Defectos por reducción del miembro inferior
Q73.0 – Q73.8	Defectos por reducción de miembro no especificado
Q74.0 – Q74.9	Otras anomalías congénitas del (de los) miembro(s)
Q80.0 – Q80.3, Q80.8 – Q80.9	Ictiosis congénita, excepto feto arlequín (Q80.4)
Q81.0	Epidermólisis bullosa simple
Q81.2 – Q81.9	Otras formas de epidermólisis bullosa, excepto epidermólisis bullosa letal (Q81.1)
Q82.0 – Q82.9	Otras malformaciones congénitas de la piel
Q83.0 – Q83.9	Malformaciones congénitas de la mama
Q84.0 – Q84.9	Otras malformaciones congénitas de las faneras
S00.0 – S00.9	Traumatismo superficial de la cabeza
S05.0, S05.1, S05.8	Traumatismo superficial (cualquier tipo) del ojo y de la órbita
S10.0 – S10.9	Traumatismo superficial del cuello
S20.0 – S20.8	Traumatismo superficial del tórax
S30.0 – S30.9	Traumatismo superficial del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis
S40.0 – S40.9	Traumatismo superficial del hombro y del brazo
S50.0 – S50.9	Traumatismo superficial del antebrazo y del codo

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

S60.0 – S60.9	Traumatismo superficial de la muñeca y de la mano
S70.0 – S70.9	Traumatismo superficial de la cadera y del muslo
S80.0 – S80.9	Traumatismo superficial de la pierna
S90.0 – S90.9	Traumatismo superficial del tobillo y del pie
T09.0	Traumatismo superficial del tronco, nivel no especificado
T11.0	Traumatismo superficial de miembro superior, nivel no especificado
T13.0	Traumatismo superficial de miembro inferior, nivel no especificado
T14.0	Traumatismo superficial de región no especificada del cuerpo
T20.1	Quemadura de la cabeza y del cuello, de primer grado
T21.1	Quemadura del tronco, de primer grado
T22.1	Quemadura del hombro y miembro superior, de primer grado, excepto de la muñeca y de la mano
T23.1	Quemadura de la muñeca y de la mano, de primer grado
T24.1	Quemadura de la cadera y miembro inferior, de primer grado, excepto tobillo y pie
T25.1	Quemadura del tobillo y del pie, de primer grado

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Apéndice 7.2 Lista de afecciones que pueden causar diabetes

Secuencias aceptables para la diabetes “debida a” otras enfermedades

Tipo de diabetes	Debida a
E10	B25.2 E40-E46 E63.9 E64.0 E64.9 M35.9 P35.0
E11	E24 E40-E46 E63.9 E64.0 E64.9 M35.9 O24.4 P35.0
E12	E40-E46 E63.9 E64.0 E64.9
E13	B25.2 B26.3 C25 C78.8 (sólo páncreas) D13.6-D13.7 D35.0 E05-E06 E22.0 E24 E80.0-E80.2 E83.1 E84 E89.1 F10.1-F10.2 G10 G11.1 G25.8 G71.1 K85 K86.0-K86.1
	K86.8-K86.9 M35.9 O24.4 P35.0 Q87.1 Q90 Q96 Q98 Q99.8 S36.2 T37.3 T37.5 T38.0-T38.1 T42.0 T46.5 T46.7 T50.2 Y41.3 Y41.5 Y42.0-Y42.1 Y46.2 Y52.5 Y52.7 Y54.3
E14	B25.2 B26.3 C25 C78.8 (sólo páncreas) D13.6-D13.7 D35.0 E05-E06 E22.0 E24 E40-E46 E63.9 E64.0 E64.9 E80.0-E80.2 E83.1 E84 E89.1 F10.1-F10.2 G10 G11.1

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

	G25.8
	G71.1
	K85
	K86.0-K86.1
	K86.8-K86.9
	M35.9
	O24.4
	P35.0
	Q87.1
	Q90
	Q96
	Q98
	Q99.8
	S36.2
	T37.3
	T37.5
	T38.0-T38.1
	T42.0
	T46.5
	T46.7
	T50.2
	Y41.3
	Y41.5
	Y42.0-Y42.1
	Y46.2
	Y52.5
	Y52.7
	Y54.3

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Apéndice 7.3 Lista de afecciones que pueden ser consideradas como consecuencia directa de procedimientos médicos

- Una afección de esta lista debe ser considerada como una consecuencia obvia de un procedimiento médico si el procedimiento se llevó a cabo dentro de las cuatro semanas antes de la muerte.
- Ninguna afección de la lista debe ser considerada como una consecuencia obvia de un procedimiento médico si hay evidencia de que la afección estuvo presente antes de que el procedimiento se llevara a cabo.
- Una afección marcada con "OCPR" (Otra Causa del Procedimiento es Requerida) debe ser considerada como una consecuencia obvia de un procedimiento solamente si se indica en el certificado la razón para practicar el procedimiento.
- Una afección marcada con “DEDP” (Duración Establecida, Desarrollada Después del Procedimiento) debe ser considerada una consecuencia obvia de un procedimiento médico solamente si hay una clara evidencia de que la afección se desarrolló después del procedimiento.
- Las adherencias deben ser consideradas una consecuencia obvia de un procedimiento en el mismo sitio o región, aún después de cuatro semanas. Si el procedimiento fue practicado más de un año antes de la muerte use los códigos para secuelas de la atención médica.

Infecciones

abscesos	OCPR
bacteremia	
fístula	OCPR, y para un procedimiento del mismo sitio o región solamente
gangrena gaseosa	
hemólisis por infección	
infección SAI	DEDP
infección en herida quirúrgica	
sepsis	
séptico	

Hemorragia, hemólisis

coagulación intravascular diseminada (CID)	
coagulopatía de consumo	
hemorragia gastrointestinal	OCPR

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

hemorragia intraabdominal	OCPR
hemorragia rectal	OCPR
hemorragia de herida quirúrgica	
hemorragia SAI	
hemorragia de sitio especificado	Para un procedimiento del mismo sitio o región solamente
hematemesis	OCPR
hematoma	OCPR
hemólisis	
hemotórax	OCPR
melena	OCPR

Complicaciones cardíacas

arritmia SAI	DEDP
asistolia	
bloqueo cardíaco	DEDP
falla/insuficiencia cardíaca	
fibrilación auricular	DEDP
fibrilación ventricular	
infarto (del miocardio)	
isquemia del miocardio (aguda)	
paro cardíaco	
ruptura del miocardio	

Complicaciones cerebrovasculares y otras complicaciones cerebrales

accidente vascular cerebral	DEDP
apoplejía	DEDP
daño cerebral (anóxico)	DEDP
edema cerebral	DEDP
embolia cerebral	DEDP
hemorragia cerebral/intracraneal	DEDP
infarto cerebral	DEDP
isquemia cerebral/cerebrovascular	DEDP
lesión cerebral/cerebrovascular	DEDP
meningitis	DEDP
trombosis cerebral	DEDP

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Otras complicaciones vasculares

embolia (arterial)	
embolia grasa/gaseosa	
embolia pulmonar	
embolia venosa	
falla/insuficiencia circulatoria	
hipotensión	
infarto (cualquier sitio)	
infarto pulmonar	
flebitis (cualquier sitio)	
flebotrombosis (cualquier sitio)	
oclusión (cualquier sitio)	
paro circulatorio	
tromboflebitis (cualquier sitio)	
trombosis arterial	
trombosis SAI (cualquier sitio)	
trombosis venosa	

Complicaciones respiratorias

alcalosis y acidosis respiratoria	
aspiración	
atelectasia	
bronquitis	DEDP
edema/hipostasis pulmonar	
edema laríngeo	OCPR
derrame pleural	
empiema	OCPR
fístula broncopleural o esofágica	OCPR
falla/insuficiencia pulmonar	
falla/insuficiencia respiratoria	
mediastinitis	
neumonía	
neumotórax	OCPR
obstrucción de vías respiratorias superiores	OCPR
paro respiratorio	
SDRA (síndrome de dificultad respiratoria del adulto)	

Complicaciones gastrointestinales

absceso intra-abdominal	OCPR
constipación	OCPR
dilatación gástrica	OCPR

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

embolia mesentérica	OCPR
falla (insuficiencia) hepática	DEDP
fístula biliar/ intestinal/rectovaginal	OCPR
íleo	OCPR
isquemia intestinal	OCPR
necrosis gastrointestinal	OCPR
obstrucción intestinal (mecánica)	OCPR
peritonitis	OCPR
trastorno circulatorio gastrointestinal	OCPR
úlcera gastrointestinal (estrés)	OCPR
volvulus	OCPR
Complicaciones renales y urinarias	
anuria	
estenosis uretral	OCPR
falla/insuficiencia renal	
fístula urinaria	OCPR
infección urinaria	
pielonefritis	DEDP
retención de orina	
uremia	
urosepsis	
Otras complicaciones	
adherencias	Para un procedimiento del mismo sitio o región solamente
choque anafiláctico	
choque SAI	
"complicación (es)" SAI	
convulsiones (epilépticas)	DEDP
crisis tirotóxica	DEDP
desplazamiento de prótesis	
falla orgánica (múltiple)	
gangrena	
insuficiencia (falla) de anastomosis	OCPR
necrosis grasa/herida	OCPR
síndrome compartamental	OCPR
úlcera de decúbito	

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Apéndice 7.4 Lista de afecciones que afectan el proceso de tragar

Código	Categoría o subcategoría
A05.1	Botulismo
A36.0	Difteria faríngea
A36.1	Difteria nasofaríngea
A36.2	Difteria laríngea
A54.5	Faringitis gonocócica
A56.4	Infección de faringe debida a clamidias
A80	Poliomielitis aguda
A82	Rabia
B00.2	Gingivoestomatitis y faringoamigdalitis herpética
B08.5	Faringitis vesicular enterovírica
B25	Enfermedad debida a virus citomegálico
B26	Parotiditis infecciosa
B27	Mononucleosis infecciosa
B57	Enfermedad de Chagas
B91	Secuelas de poliomielitis
C15	Tumor maligno del esófago
C32-C34	Tumor maligno de la laringe, traquea, bronquios y pulmón
C71	Tumor maligno del encéfalo
C76.0	Tumor maligno de la cabeza, cara y cuello
C81-C96	Tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de los tejidos relacionados
D10	Tumor benigno de la boca y de la faringe
D11	Tumor benigno de las glándulas salivales mayores
D13.0	Tumor benigno del esófago
D33.0-D33.2	Tumor benigno del encéfalo (supratentorial, infratentorial y parte no especificada)
D38.0-D38.1	Tumor de comportamiento incierto de laringe, de la tráquea de los bronquios y del pulmón
D43.0-D43.2	Tumor de comportamiento incierto o desconocido del encéfalo (supratentorial, infratentorial y parte no especificada)
D50.1	Disfagia sideropénica
E00-E07	Trastornos de la glándula tiroides
E10-E14	Diabetes mellitus
E83.0	Trastornos del metabolismo del cobre
E83.4	Trastornos del metabolismo del magnesio

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Código	Categoría o subcategoría
E85	Amiloidosis
F01	Demencia vascular
F03	Demencia, no especificada
F10.0	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol (intoxicación aguda)
G10	Enfermedad de Huntington
G12.2	Enfermedad de las neuronas motoras
G20	Enfermedad de Parkinson
G21	Parkinsonismo secundario
G30	Enfermedad de Alzheimer
G35	Esclerosis múltiple
G70.0	Miastenia gravis y otros trastornos neuromusculares
G71.0	Distrofia muscular
G71.1	Trastornos miotónicos
G80-G83	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos
I51.7	Cardiomegalia
I60-I69	Enfermedades cerebrovasculares
J02-J05	Faringitis aguda, amigdalitis aguda, laringitis y traqueitis agudas
J06	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados
J09	Influenza debida a ciertos virus de la influenza identificados
J10	Influenza debido a otro virus de la influenza identificado
J11	Influenza debida a virus no identificado
J30	Rinitis alérgica y vasomotora
J31	Rinitis, rinofaringitis y faringitis crónicas
J32	Sinusitis crónica
J35	Enfermedades crónicas de la amígdalas y de las adenoides
J36	Absceso periamigdalino
J37	Laringitis y laringotraqueítis crónicas
J39.0	Absceso retrofaringeo y parafaríngeo
J39.1	Otros abscesos de la faringe
J39.2	Otras enfermedades de la faringe
K00-K14	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares.
K20-K22	Esofagitis, enfermedad del reflujo gastroesofágico y otras enfermedades del esófago
K44	Hernia diafragmática

Código	Categoría o subcategoría
L10	Pénfigo
L51	Eritema multiforme
M02.3	Enfermedad de Reiter
M25.7	Osteofito
M30.3	Síndrome mucocutáneo linfonodular [Kawasaki]
M33	Dermatopoliomiositis
M34	Esclerosis sistémica
M35.0	Síndrome seco [Sjögren]
M35.2	Enfermedad de Behçet
M48.1	Hiperostosis anquilosante [Forestier]
M50	Trastornos de disco cervical
Q35-Q37	Fisura del paladar y labio leporino
Q38.7	Divertículo faríngeo
Q39	Malformaciones congénitas del esófago
Q40.1	Hernia hiatal congénita
Q79.0	Hernia diafragmática congénita
S10-S19	Traumatismos del cuello
S20-S29	Traumatismos del tórax
T17	Cuerpo extraño en las vías respiratorias
T18.1	Cuerpo extraño en el esófago
T27	Quemadura y corrosión de las vías respiratorias
T28.0	Quemadura de la boca y de la faringe
T28.1	Quemadura del esófago
T28.5	Corrosión de la boca y de la faringe
T28.6	Corrosión del esófago
T51.0	Efecto tóxico del etanol
T56.0	Efecto tóxico de plomo y sus compuestos
T58	Efecto tóxico del monóxido de carbono
T59	Efecto tóxico de otros gases, humos y vapores

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Apéndice 7.5 Clasificación de prioridad de los códigos de naturaleza de la lesión de la CIE-10

Código	Calificación
S00-S02.0	6
S02.1	4
S02.2-.8	6
S02.9	3
S03.0	5
S03.1-.2	6
S03.3	5
S03.4-S05.6	6
S05.7	5
S05.8-.S06.0	6
S06.1-.9	2
S07.0	5
S07.1	1
S07.8-.9	3
S08.0-.1	6
S08.8	5
S08.9	6
S09.0	5
S09.1-.8	6
S09.9	4
S10.0-.2	6
S11.7	5
S11.8	6
S11.9	3
S12.0-.7	3
S12.8	5
S12.9	3
S13.0	6
S13.1-.2	5
S13.3	3
S13.4	5
S13.6	6
S14.0	5
S14.1	3
S14.2-.5	6
S14.6	5
S15	1
S16	6

Código	Calificación
S17.0	5
S17.8	6
S17.9	3
S18	1
S19.7	3
S19.8	4
S19.9-S21	3
S22.0-.1	5
S22.2-.3	6
S22.4	5
S22.5	2
S22.8-.9	5
S23.0	6
S23.1-.2	5
S23.3-.5	6
S24	4
S25.0	1
S25.1	5
S25.2-.4	3
S25.5	5
S25.7	3
S25.8	2
S25.9	4
S26.0	3
S26.8-S27.6	2
S27.7	1
S27.8-.9	2
S28.0-.1	3
S29.0	6
S29.7	3
S29.8	6
S29.9	3
S30-S31.1	6
S31.2-.3	5
S31.4-S32.3	6
S32.4	5
S32.5	6
S32.7-.8	5
S33.0-.2	6
S33.3	5
S33.4-.6	6
S33.7	5
S34.0-.6	6

MATERIAL DE CAPACITACIÓN
MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Código	Calificación
S34.8	5
S35.0-.1	3
S35.2-.5	5
S35.7	3
S35.8-.9	5
S36	3
S37	5
S38.0	6
S38.1	5
S38.2-S39.0	6
S39.6	3
S39.7	4
S39.8	6
S39.9	4
S40-S41.7	6
S41.8	5
S42.0-.2	6
S42.3	5
S42.4	6
S42.7	5
S42.9	4
S43-S44.9	6
S45	3
S46	6
S47	5
S48	3
S49.7	5
S49.8-S51.9	6
S52	5
S53-S55.0	6
S55.1-.2	5
S55.7	4
S55.8-.9	1
S56-S58	6
S59.7	4
S59.8	6
S59.9	5
S60-S62.7	6
S62.8	5
S63-S65.0	6
S65.1	5
S65.2-.8	6
S65.9	5

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Código	Calificación
S66-S68.3	6
S68.4	5
S68.8	6
S68.9	1
S69	5
S70-S71	6
S72.0-.2	3
S72.3-.4	6
S72.7	3
S72.8	6
S72.9	3
S73-S74.1	6
S74.2-.7	5
S74.8-.9	6
S75.0-.1	5
S75.2	6
S75.7	5
S75.8	6
S75.9	5
S76	6
S77.0	5
S77.1-S78.1	6
S78.9-S79.9	5
S80-S81	6
S82	5
S83-S85.2	6
S85.3	4
S85.4-.5	6
S85.7	5
S85.8	6
S85.9	5
S86.0-.7	6
S86.8	5
S86.9-S87.0	6
S87.8	5
S88.0-.1	6
S88.9	4
S89.7-.9	5
S90-S95.0	6
S95.1	3
S95.2-S97.0	6
S97.1	5
S97.8-S98.4	6

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Código	Calificación
S99.7-.9	5
T00-T01.0	6
T01.1	5
T01.2-T01.6	6
T01.8	5
T01.9	6
T02	3
T03.0-.8	6
T03.9	5
T04.0	6
T04.1-.3	5
T04.4	6
T04.7	5
T04.8	4
T04.9	5
T05.0-.4	6
T05.5	3
T05.6-.9	6
T06.0	5
T06.1-.2	6
T06.3	2
T06.4	5
T06.5	3
T06.8	5
T07	1
T08	4
T09.0	6
T09.1	5
T09.2	6
T09.3	3
T09.4	2
T09.5	6
T09.6	1
T09.8-T11.1	5
T11.2	6
T11.3	5
T11.4	2
T11.5	6
T11.6	3
T11.8-.9	5
T12	3
T13.0-.3	6
T13.4	3

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Código	Calificación
T1.5-.6	6
T13.8	4
T13.9	5
T14.0	6
T14.1	5
T14.2	2
T14.3-.4	6
T14.5	5
T14.6	3
T14.7	2
T14.8-T15.8	6
T15.9	5
T16	6
T17.0-.1	5
T17.2-.4	2
T17.5	5
T17.8-.9	2
T18.0-.2	6
T18.3-.4	5
T18.5-T19.1	6
T19.2	5
T19.3-.8	6
T19.9	5
T20.0-.2	6
T20.3	5
T20.4-.6	6
T20.7	5
T21.0-.2	6
T21.3	5
T21.4-.6	6
T21.7	5
T22.0-.2	6
T22.3	5
T22.4-.6	6
T22.7	5
T23.0-.2	6
T23.3	5
T23.4-.6	6
T23.7	5
T24.0-.2	6
T24.3	5
T24.4-.6	6
T24.7	5

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Código	Calificación
T25.0-.2	6
T25.3	5
T25.4-.6	6
T25.7	5
T26.0-.2	6
T26.3	5
T26.4-.6	6
T26.7-T27.0	5
T27.1	3
T27.2-T28.3	5
T28.4-.6	6
T28.7	5
T28.8-.9	6
T29.0	4
T29.1-.2	6
T29.3	5
T29.4-.6	6
T29.7	5
T30.0	3
T30.1-.2	6
T30.3-.4	3
T30.5-.6	6
T30.7	3
T31.0-.2	5
T31.3-.4	4
T31.5-.6	3
T31.7-.9	2
T32.0-.2	5
T32.3-.4	4
T32.5-.6	3
T32.7-.9	2
T33	6
T34.0-.4	6
T34.5	5
T34.6-.9	6
T35.0-.1	4
T35.2-.5	6
T35.6	3
T35.7	5
T66	6
T67.0	3
T67.1-.3	6
T67.4	3

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Código	Calificación
T67.5-.6	6
T67.8	1
T67.9	5
T68	3
T69.0	1
T69.8	4
T69.9	2
T70.0	6
T70.1	4
T70.2	3
T70.3	5
T70.4-.8	6
T70.9	5
T71	1
T73.0	3
T73.1	5
T73.2	6
T73.3	5
T73.8-T74	6
T75.0	4
T75.1	2
T75.2-.3	6
T75.4	3
T75.8	6
T90.0-.4	6
T90.5	3
T90.8	6
T90.9	3
T91.0-.1	6
T91.2-.3	4
T91.4	3
T91.5-.8	6
T91.9	1
T92.0-.2	5
T92.3-.8	6
T92.9	3
T93.0	6
T93.1	5
T93.2-.3	6
T93.4	5
T93.5-.9	6
T94.0-.1	3
T95.0	6

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Código	Calificación
T95.1	5
T95.2-.3	6
T95.8-.9	3
T98.0-.1	1
T98.2	6

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

MATERIAL DE CAPACITACIÓN

Referencias

1. *International Classification of Diseases for Oncology* (ICD-0), segunda edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1990.
2. *Systematized Nomenclature of Medicine* (SNOMED). Chicago: College of American Pathologists; 1976.
3. *Manual of Tumor Nomenclature and Coding* (MOTNAC). New York: American Cancer Society; 1968.
4. *Systematized Nomenclature of Pathology* (SNOP). Chicago: College of American Pathologists; 1965.
5. *Clasificación Internacional de Trastornos Mentales y del Comportamiento* (CIE-10): Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1992.
6. *International Classification of Procedures in Medicine* (ICPM). Vols. 1 and 2. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978.
7. *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de Clasificación de las Consecuencias de la Enfermedad.* Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales; 1983.
8. *International Nomenclature of Diseases*. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y Organización Mundial de la Salud; para mayor detalle sobre los volúmenes individuales, vea el texto.
9. *Sixteenth Annual Report*. London: Registrar General of England and Wales; 1856, pág. 73.
10. Knibbs GH. The International Classification of Disease and Causes of Death and its Revision. *Medical Journal of Australia* 1929;1:2–12.
11. Greenwood M. *Medical Statistics from Graunt to Farr*. Cambridge: Cambridge University Press; 1948.
12. *First Annual Report*. London: Registrar General of England and Wales; 1839, pág. 99.
13. Bertillon J. Classification of the Causes of Death (abstract). En: *Transactions of the 15th International Congress on Hygiene Demography.* Washington; 1912.
14. *Bulletin of the Institute of International Statistics,* 1900;12:280.
15. Roesle E. *Essai d'une statistique comparative de la morbidité devant servir à établir les listes spéciales des causes de morbidité.* Ginebra: Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones; 1928. (Documento C.H. 730).
16. *Nomenclatures internationales de causes de décès*. (Lista Internacional de Causas de Defunción). The Hague: Internacional Statistical Institute; 1940.
17. Medical Research Council, Committee on Hospital Morbidity Statistics. *A Provisional Classification of Diseases and Injuries for Use in Compiling Morbidity Statistics.* London: Her Majesty's Stationery Office; 1944. (Special Report Series No. 248).
18. United States Public Health Service, Division of Public Health Methods. *Manual for Coding Causes of Illness According to a Diagnosis Code for Tabulating Morbidity Statistics.* Washington, D.C.: Government Publishing Office; 1944. (Miscellaneous Publication No. 32).
19. *Official Records of the World Health Organization* 1948;11:23.
20. *Official Records of the World Health Organization* 1948;2:110.
21. *Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. Sexta Revisión*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1949.
22. *Report of the International Conference for the Seventh Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1955. (Documento inédito WHO/HS/7 Rev. Conf./17 Rev. 1); disponible mediante solicitud a: Fortalecimiento de los Servicios de Epidemiología y Estadística, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
23. Tercer Informe del Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1953. (Serie de Informes Técnicos de la OMS, 53).
24. *Report of the International Conference for the Eighth Revision of the International Classification of Diseases*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1965. (Documento inédito WHO/ICD9/74.4); disponible mediante solicitud a: Fortalecimiento de los Servicios de Epidemiología y Estadística, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza).
25. *Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*, Volumen 1. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1978. (Publicación científica 353).

MATERIAL DE REVISIÓN
MATERIAL DE REVISIÓN