

CIE-11

Clasificación Internacional de Enfermedades
para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad

Undécima revisión

Guía de Referencia
(versión 14 de noviembre 2019)

Table of Contents

0.0.1 Acrónimos.....	9
1 Parte 1 – Una Introducción a la CIE-11.....	14
1.1 Clasificación Internacional de Enfermedades.....	15
1.1.1 Usos previstos (propósito).....	16
1.1.2 Clasificación	16
1.1.3 La CIE en el contexto de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la Organización Mundial de la Salud (FCI-OMS).....	17
1.1.4 FCI-OMS: Clasificaciones de Referencia.....	19
1.1.5 Uso de la CIE en los sistemas de información de salud	22
1.1.6 Enlaces con otras clasificaciones y terminologías.....	24
1.2 Estructura y taxonomía del sistema de clasificación de la CIE.....	26
1.2.1 Taxonomía	27
1.2.2 Estructura de los capítulos.....	28
1.2.3 Etapas principales de la revisión.....	28
1.2.4 Características generales de la CIE-11	29
1.2.5 Componente fundamental y listas tabulares de la CIE-11	31
1.2.6 Entidades de la CIE independientes del idioma.....	32
1.3 Principales usos de la CIE: mortalidad	32
1.3.1 Qué se codifica: causas de muerte	33
1.4 Principales usos de la CIE: morbilidad	33
1.4.1 Qué se codifica: afecciones del paciente	33
1.5 Medicina tradicional.....	34
1.6 Mantenimiento de la CIE	34
1.6.1 Introducción al proceso de actualización de la CIE-11.....	34
1.6.2 Modificaciones nacionales para la codificación de la morbilidad.....	35
Parte 2 - Uso de la CIE-11.....	37
2.1 Versión impresa y electrónica de la CIE	38
2.2 Directrices básicas de codificación y presentación de informes	38
2.3 Lista tabular, listas especiales de tabulación, calificadores y modificadores	38
2.4 Índice.....	38
2.5 Guía de referencia	39
2.6 Herramientas en línea	39
2.7 Codificación paso a paso - el término clínico.....	39
2.8 Convenciones de la CIE-11.....	40
2.8.1 Inclusiones	40
2.8.2 Exclusiones.....	40
2.8.3 “NCOP” y “SAI”	41
2.8.4 ‘Ciertas’ o ‘Algunas’	42

2.8.5 Categorías residuales – ‘Otros’ y ‘Sin especificación’ (No especificados).....	42
2.8.6 Uso de "Y" y "O".....	43
2.8.7 “Debido a” y “Asociado con”	43
2.8.8 Ortografía, paréntesis, gramática y otras convenciones	43
2.8.9 Características generales	43
2.9 Códigos de base	45
2.10 Códigos de extensión.....	45
2.11 Precoordinación y poscoordinación.....	47
2.11.1. Agregación de detalles – codificación de poscoordinación y de combinación con múltiples códigos de base y códigos de extensión.....	48
2.11.2 Combinación de códigos de base y códigos de extensión, y cómo ordenarlos en una combinación de códigos compleja.....	49
2.11.3 Momento en que se estableció el diagnóstico: "Presente en la admisión" frente a "Desarrollado después de la admisión"	52
2.12 Funcionamiento en la CIE y uso conjunto con la CIF	54
2.13 Informes electrónicos	54
2.14 Componente fundamental y listas tabulares.....	55
2.15 Mantenimiento y aplicación de la CIE.....	56
2.16 Principales usos de la CIE: Mortalidad	56
2.17 Estadísticas de mortalidad	57
2.17.1 Qué se tabula: causa básica de defunción.....	57
2.17.2 Fuente de datos: formulario internacional del certificado médico de causas de defunción ..	58
2.17.3 Uso ordinario y casos especiales	59
2.18 Conceptos básicos	61
2.18.1 Causa directa de la muerte	61
2.18.2 Relación causal y secuencia	62
2.18.3 Punto de inicio	63
2.18.4 Duración.....	64
2.18.5 Primera secuencia informada	64
2.18.6 Causa básica de defunción (CBD)	69
2.18.7 Prioridad de la causa básica	69
2.18.8 Modificación	70
2.19 Instrucciones de codificación para la mortalidad	71
2.19.1 Orientaciones para la codificación de la causa básica y de causas múltiples.....	71
2.19.2 Selección de la causa básica de defunción	71
2.19.3 Identificación del punto de partida (Pasos SP1 a SP8).....	74
2.19.4 Paso SP1 – Causa única en el certificado	74
2.19.5 Paso SP2: Primera afección en la única línea utilizada	74
2.19.6 Paso SP3: La primera afección en la línea más baja utilizada causa todas las anotadas por encima de ella.....	75
2.19.7 Paso SP4 - Punto de inicio de la primera secuencia mencionada.....	76
2.19.8 Paso SP5 - Causa directa de la muerte cuando no hay secuencia	77
2.19.9 Paso SP6 - Causa obvia	77
2.19.10 Paso SP7 - Afecciones mal definidas	79
2.19.11 Paso SP8 - Afecciones que es improbable que causen la muerte.....	80

2.20 Verificación de las modificaciones del punto de inicio (Pasos M1 a M4)	82
2.20.1 Paso M1 - Instrucciones especiales	82
2.20.2 Paso M2 - Especificidad	84
2.20.3 Paso M3 - Volver a comprobar los pasos SP6, M1 y M2.....	86
2.20.4 Paso M4 - Instrucciones sobre procedimientos médicos, traumatismos principales, intoxicaciones y muertes maternas.....	87
2.21 Instrucciones especiales para seleccionar la causa básica de defunción	88
2.21.1 Instrucciones especiales sobre secuencias aceptadas y rechazadas (Pasos SP3 y SP4)	88
2.21.2 Instrucciones especiales sobre causa obvia (Paso SP6)	94
2.21.3 Instrucciones especiales sobre asociaciones y otras disposiciones (Paso M1).....	104
2.21.4 Instrucciones especiales sobre cirugía y otros procedimientos médicos (Paso M4).....	110
2.21.5 Instrucciones especiales sobre traumatismos principales en muertes por causas externas (Paso M4).....	113
2.21.6 Instrucciones especiales sobre intoxicación por fármacos, medicamentos y sustancias biológicas (Paso M4).....	115
2.21.7 Instrucciones especiales sobre mortalidad materna (Paso M4).....	120
2.22 Instrucciones de codificación para la mortalidad: codificación de causas múltiples y otras instrucciones específicas	122
2.22.1 Diagnóstico incierto	123
2.22.2 Efecto de los términos de conexión.....	126
2.23.3 Duración.....	129
2.22.4 Instrucciones de "Codifique también" en caso de uso en mortalidad.....	129
2.22.5 Neoplasias malignas	130
2.22.6 Secuelas	153
2.22.8 Instrucciones específicas sobre otras categorías de la CIE	155
2.23 Anexos para la codificación de la mortalidad.....	161
2.23.1 Modelo internacional de certificado médico de causas de defunción	161
2.23.2 Detalles adicionales sugeridos para las muertes perinatales	163
2.23.3 Diagrama de flujo para la codificación de mortalidad	164
2.23.4 Causas del VIH.....	165
2.23.5 Lista de afecciones que pueden causar diabetes	169
2.23.6 Lista de afecciones a considerar como consecuencias directas de la cirugía y otros procedimientos médicos invasivos	173
2.23.7 Lista de afecciones que deben considerarse consecuencias directas de otros procedimientos médicos invasivos	177
2.23.8 Lista de afecciones mal definidas	181
2.23.9 Lista de afecciones que probablemente no causen la muerte	182
Utilice esta tabla en el paso SP8. Las afecciones de esta tabla es improbable que causen la muerte	182
2.23.10 Clasificación de prioridad de los códigos de naturaleza del traumatismo	188
2.23.11 Lista de categorías limitadas a (o que es más probable que ocurran en) personas de sexo femenino.....	210
2.23.12 Lista de categorías limitadas a (o que es más probable que ocurran en) personas de sexo masculino.....	215
2.23.13 Lista de condiciones de salud relevantes para la rehabilitación para las cuales se dispone de un conjunto de propiedades funcionales adaptadas.....	218
2.24 Principales usos de la CIE: Morbilidad	221

2.24.1 Información que se codifica: afecciones del paciente	221
2.24.2 Orientaciones para el registro y codificación de la morbilidad por el profesional de la salud	222
2.24.3 Orientaciones para la selección de la "afección principal" y las "otras afecciones" para propósitos de codificación.....	226
2.24.4 Codificación usando la poscoordinación en la morbilidad	230
2.24.5 Codificación a partir de "relaciones causales" registradas por el profesional de la salud....	231
2.24.6 Codificación de sospecha de afecciones o de síntomas, hallazgos anormales y de situaciones donde no hay enfermedad	232
2.24.7 Codificación usando combinación de categorías.....	233
2.24.8 Codificación usando causas externas de morbilidad	233
2.24.9 Codificación de afecciones agudas y crónicas registradas como afección principal	235
2.24.10 Codificación de lesiones o daños derivados de la atención quirúrgica o médica.....	235
2.24.11 Codificación de eventos adversos y circunstancias en la atención a la salud que no causan lesiones o daños reales.....	235
2.24.12 Codificación de afecciones crónicas consecutivas a procedimientos.....	235
2.24.13 Codificación de 'Antecedentes de' y 'Antecedentes familiares de'	236
2.24.14 Codificación de una afección "descartada"	236
2.24.15 Codificación de afecciones registradas como secuelas (efectos tardíos)	237
2.24.16 Normas e instrucciones de codificación para eventos de traumatismos	238
2.14.17 Modelo conceptual de calidad y seguridad del paciente	245
2.24.18 Notas específicas por capítulo	258
2.25 Lista de tabulación de morbilidad	268
2.25.1 Clasificación de la morbilidad en la atención clínica.....	269
2.25.2 Morbilidad para fines epidemiológicos	269
2.25.3 Morbilidad para la calidad y seguridad del paciente	269
2.26 Morbilidad con propósitos de investigación	273
2.26.1 Morbilidad en atención primaria	273
2.26.2 Agrupaciones de casuística hospitalaria (<i>casemix</i>)	274
2.26.3 Afecciones de la medicina tradicional - Módulo 1 (MT1)	275
2.26.4 Uso en medicina tradicional	276
2.26.5 Instrucciones de codificación para las afecciones de medicina tradicional - Módulo 1 (MT1)	277
2.27 Recomendaciones estadísticas generales	278
2.27.1 Calidad de los datos	278
2.27.2 Especificidad frente a códigos mal definidos.....	279
2.27.3 Problemas de una población pequeña	279
2.27.4 'Celdas vacías' y celdas con frecuencias bajas.....	280
2.27.5 Precauciones necesarias cuando las listas de tabulación incluyen subtotales.....	280
2.27.6 Aspectos éticos	280
2.27.7 Evitación de daños potenciales	281
2.27.8 Seguridad de la privacidad – Confidencialidad	282
2.28 Recomendaciones en relación con las tablas estadísticas para comparación internacional	282
2.28.1 Listas especiales de tabulación recomendadas	282
2.28.2 Informes internacionales de morbilidad.....	284
2.28.3 Presentación de tablas estadísticas	285

2.28.4 Estándares y requisitos para la información de la mortalidad en el período perinatal y períodos relacionados	287
2.28.5 Estándares y requisitos de información relacionados con la mortalidad materna	291
2.29 Mantenimiento y aplicación de la CIE.....	293
2.29.1 Propuestas y mecanismos de revisión y flujo de trabajo.....	293
2.29.2 Plataforma de actualización	294
2.29.3 Lanzamientos oficiales	294
2.30 Reglas de mortalidad – Base de conocimientos	295
2.31 Herramientas automatizadas de codificación para la mortalidad	295
3 Parte 3 – Novedades en la CIE-11	297
3.1 Nuevas convenciones y terminología de la CIE-11.....	298
3.1.1 Descripción breve	300
3.1.2 Información adicional	301
3.1.3 Estructura del código	301
3.2 Estructura de los Capítulos de la CIE-11.....	302
3.2.1 Capítulo 01 - Algunas enfermedades infecciosas o parasitarias.....	302
3.2.2 Capítulo 02 - Neoplasias	304
3.2.3 Capítulo 03 - Enfermedades de la sangre o de los órganos hematopoyéticos	305
3.2.4 Capítulo 04 - Enfermedades del sistema inmunitario.....	306
3.2.5 Capítulo 05 - Enfermedades endocrinas, nutricionales o metabólicas.....	307
3.2.6 Capítulo 06 - Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo	308
3.2.7 Capítulo 07 - Trastornos del sueño y la vigilia	313
3.2.8 Capítulo 08 - Enfermedades del sistema nervioso	313
3.2.9 Capítulo 09 - Enfermedades del sistema visual	315
3.2.10 Capítulo 10 - Enfermedades del oído o de la apófisis mastoides	315
3.2.11 Capítulo 11 - Enfermedades del sistema circulatorio	315
3.2.12 Capítulo 12 - Enfermedades del sistema respiratorio	317
3.2.13 Capítulo 13 - Enfermedades del sistema digestivo	318
3.2.14 Capítulo 14 - Enfermedades de la piel	320
3.2.15 Capítulo 15 - Enfermedades del sistema músculo esquelético o tejido conectivo.....	321
3.2.16 Capítulo 16 - Enfermedades del sistema genitourinario	321
3.2.17 Capítulo 17 - Condiciones relacionadas con la salud sexual	323
3.2.18 Capítulo 18 - Embarazo, parto o puerperio	323
3.2.19 - Capítulo 19 Algunas afecciones que se originan en el período perinatal.....	324
3.2.20 Capítulo 20 - Anomalías del desarrollo	324
3.2.21 Capítulo 21 - Síntomas, signos o hallazgos clínicos, no clasificados en otra parte	326
3.2.22 Capítulo 22 - Traumatismos, envenenamiento o ciertas otras consecuencias de causas externas	326
3.2.23 Capítulo 23 - Causas externas de morbilidad o mortalidad.....	328
3.2.24 Capítulo 24 - Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud.....	333
3.2.25 Capítulo 25 - Códigos para propósitos especiales	333
3.2.26 Capítulo 26 – Capítulo suplementario de condiciones de la medicina tradicional.....	333
3.2.27 Sección X - Códigos de extensión.....	336
3.3 Varias entidades “padre”	337

3.4 El modelo de contenido	337
3.5 Entidades de la CIE independientes del lenguaje	341
3.6 Innovación en la codificación de la mortalidad en la CIE-11.....	341
3.7 Innovación en la codificación de la morbilidad en la CIE-11.....	345
"Presente al ingreso"	345
3.8 Funcionamiento en la CIE y uso conjunto con la CIF	345
3.9 Revisión de los pasos principales	347
3.10 Características generales de LA CIE-11	347
3.11 Condiciones de la medicina tradicional - Módulo 1 (MT1)	347
3.12 Preparativos para la undécima revisión.....	348
3.13 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11.....	349
3.13.1 Capítulo 01 - Diferencias entre la CIE – 10 y la CIE–11 en el Capítulo 01	349
3.13.2 Diferencias entre la CIE – 10 y la CIE–11 en el Capítulo 02.....	350
3.13.3 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 03	351
3.13.4 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE- 11 en el Capítulo 04	351
3.13.5 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 05	352
3.13.6 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 06	353
3.13.7 El Capítulo 07 es una nueva adición a la CIE-11 y no constaba en ediciones anteriores.....	354
3.13.8 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 08	355
3.13.9 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE 11 en el Capítulo 09	357
3.13.10 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 10	358
3.13.11 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 11	358
3.13.12 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE- 11 en el Capítulo 12	360
3.13.13 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE 11 en el Capítulo 13	361
3.13.14 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 14	362
3.13.15 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 15	362
3.13.16 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 16	363
3.13.17 El Capítulo 17 es una nueva adición a la CIE-11 y no constaba en las ediciones anteriores	365
3.13.18 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 18	365
3.13.19 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 19	366
3.13.20 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 20	367
3.13.21 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 21	368
3.13.22 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE- 11 en el Capítulo 22	370
3.13.23 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 23	371
3.13.24 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 24	372
3.13.25 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 25	373
3.14 Anexo A: Actualización y mantenimiento de la CIE-11.....	374
A1. Estructura y taxonomía del sistema de clasificación de la CIE	374
A.2 Estructura de los capítulos de la CIE.....	375
A3. Principios rectores del proceso de revisión.....	376
A.4 Principios rectores para la clasificación de conceptos especiales	377
A.5 Mejoría de la guía para el usuario	378
A.6 Antecedentes.....	379

A.7 Ciclo de actualización	380
A.8 Integridad de la propuesta	383
A.9 Cronograma de la propuesta.....	384
A.10 Flujo de trabajo de las propuestas	385
A.11 Cambios que no se pueden hacer durante el proceso de actualización normal:.....	386
3.14.1 Aplicabilidad y propiedad intelectual	387
3.15 Anexo: Historia del desarrollo de la CIE	388
3.15.1 Origen	388
3.15.2 Adopción de la Lista Internacional de Causas de Muerte.....	390
3.15.3 Quinta Conferencia de Revisión Decenal.....	391
3.15.4 Primeras clasificaciones de enfermedades para estadísticas de morbilidad.....	393
3.15.5 Comité de los Estados Unidos para las Causas Conjuntas de Muerte	394
3.15.6 Sexta Revisión de las Listas Internacionales	395
3.15.7 Séptima y Octava Revisiones	397
3.15.8 Novena Revisión	397
3.15.9 Décima Revisión.....	398
3.15.10 Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS	400
3.15.11 Actualización de la CIE entre revisiones	402
3.15.12 Preparativos para la Undécima Revisión	402
3.15.13 Bibliografía sobre la historia de la CIE	402

Cómo utilizar esta Guía de Referencia

Esta Guía de referencia para la CIE-11 se divide en tres partes. Si bien cada parte contiene información valiosa para la comprensión y uso de la CIE-11, cada una se ha elaborado para que sea útil para la finalidad principal para la que usted quiera emplear la Guía.

Si desea obtener una **comprensión amplia y general de la CIE-11**, con poca o ninguna experiencia previa con la CIE, le sugerimos que comience con la **Parte 1**.

Si desea **comprender cómo se crean los códigos** y los detalles de la organización que subyace en la CIE-11, le sugerimos que comience con la **Parte 2**.

Si ya está familiarizado con la CIE, sobre todo después de haber usado la CIE-10, le sugerimos que comience con la **Parte 3** para ver **qué hay nuevo (y qué no ha cambiado) en la CIE-11**.

(Nota a la versión al español: algunos conceptos relacionados con la mortalidad materna y perinatal no son definitivos, aún están en discusión.)

0.0.1 Acrónimos

Acrónimo	Descripción
ATC/DDD	Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química y Dosis Diaria Definida
CIAP	Clasificación Internacional de Atención Primaria
CICET	Clasificación Internacional de Causas Externas de Traumatismos
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud
CIE-O	Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología
CIF	Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.
CIIS	Clasificación Internacional de Intervenciones en Salud
CIPE	Clasificación Internacional de la Práctica de Enfermería
DEDP	Indicación de duración establecida, desarrollada después del procedimiento
DSM- 5	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (quinta edición)
EAPBR	Establecimientos para la Atención Primaria de Recursos Limitados
EMM	Estadística de Mortalidad y Morbilidad
FCI-OMS	Organización Mundial de la Salud - Familia de Clasificaciones Internacionales
GCT	Grupo consultivo temático
GRD	Grupos Relacionados por el Diagnóstico
INN	Denominación común internacional (de medicamentos o drogas)
ISO 9999	Productos de apoyo para personas con discapacidad

LIMor	Lista Inicial de Mortalidad
MO	Medicina occidental
MT	Medicina tradicional
NCOP	en una categoría de la CIE, indica No clasificado en otra parte
OCPR	Otra Causa del Procedimiento es Requerida
RAM	Resistencia a los antimicrobianos
SAI	en una categoría de la CIE, indica No especificado de otra manera “sin alter indicatio”
SNOMED CT	Nomenclatura Estandarizada de Términos Clínicos de Medicina
URI	Identificador uniforme de recursos, denominado identificador único en este documento
WHODAS	Escala de Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud
WONCA	Organización Mundial de Colegios Nacionales, Academias y Asociaciones Académicas de Medicina General / Médicos Familiares

0.0.2 Glosario

Término	Descripción
Autopsia verbal	Método utilizado para determinar la causa de una muerte basada en una entrevista con familiares cercanos u otros cuidadores.
Casuística hospitalaria (casemix)	Un sistema que agrupa a los pacientes con el empleo de la información sobre el paciente, los diagnósticos y la complejidad de los procedimientos y las necesidades. Utilizado para la asignación de recursos.
Causa básica de defunción	La enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que llevaron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión mortal.
Causa directa de la muerte (codificación)	La primera afección ingresada en la primera línea usada de la parte 1 del certificado de defunción.
Clasificación	Un conjunto exhaustivo de categorías mutuamente excluyentes para agregar datos a un nivel prescripto de especialización para un propósito específico.
Clasificación de referencia	Clasificaciones que cubren los parámetros principales del sistema de salud - enfermedad (CIE), discapacidad, funcionamiento y salud (CIF) e intervenciones de salud (CIIS).
Clasificación derivada	Clasificaciones, a menudo adaptadas para uso a nivel nacional o internacional, o para uso en una especialidad, basadas en clasificaciones de referencia.
Codificación dual	El proceso se utiliza en las situaciones en las que los términos clínicos se codifican en dos sistemas o versiones de clasificación diferentes para fines de comparación, transición, mapeo, agrupación de <i>casemix</i> o comprensión de las implicaciones del cambio de un sistema a otro.
Codificación integrada	La codificación integrada en el contexto del uso de la medicina tradicional de la CIE-11 significa el uso completo de todos los capítulos (elección de códigos de los capítulos de Medicina Occidental y Medicina Tradicional (MT1)) para la clasificación de los términos clínicos.
Código de base	Los códigos de base son códigos que se pueden usar solos. Se encuentran en la lista tabular de la CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. Los códigos de base pueden ser entidades o agrupaciones de especial interés o afecciones clínicas que siempre deben describirse como una sola categoría. El diseño de los códigos de base garantiza que en los casos de uso que requieren solo un código por caso, se recopile un mínimo de información significativa.

Código de extensión	Los códigos de extensión son listas de información adicional que pueden agregarse a un código de base cuando los usuarios y los entornos están interesados en informar de más detalles. Los códigos de extensión no son mutuamente excluyentes. No constituyen una clasificación y no se pueden usar nunca sin un código de base. Los códigos de extensión no pueden aparecer nunca en la primera posición en un grupo.
Combinación	Una combinación está formada por entidades poscoordinadas que se agrupan con el empleo de una barra inclinada (/) o un símbolo (&).
Componente fundamental	Un gran conjunto de términos y relaciones entre ellos, que describen la salud y los dominios relacionados con la salud. El contenido de la base de datos subyacente contiene toda la información necesaria para generar versiones impresas de la lista tabular y el índice alfabético, así como la información adicional que se necesita para generar linealizaciones de especialidad de la CIE-11 y modificaciones específicas del país. La mención de un término o entidad en el fundamento tiene tan solo una finalidad ontológica y de indexación. La mención de un término o entidad en el fundamento no implica ninguna aprobación o aval de un determinado trastorno
Discapacidad	En la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, los problemas en la función o estructura del cuerpo, como una desviación o pérdida significativa.
Duración (codificación)	El período de tiempo entre el inicio de la enfermedad y el momento del ingreso para asistencia o de la muerte.
Entidad padre primaria	Una entidad de nivel superior que abarca toda la gama o alcance de otra entidad.
Entidades padre secundarias	La capacidad de conectar una entidad específica con la clasificación de más de una entidad padre.
Estructuras corporales	Las partes anatómicas del cuerpo, como los órganos, las extremidades y sus componentes.
Factores medioambientales	El entorno físico, social y de actitud en el que las personas viven y desarrollan su vida.
Funciones corporales	Las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluidas las funciones psicológicas).
Limitaciones de la actividad	El nivel de funcionamiento que un individuo puede tener en la ejecución de actividades.
Modelo de contenido	Un marco estructurado que captura el conocimiento que subyace en la definición de una entidad.

Poscoordinación	La poscoordinación hace referencia al uso de múltiples códigos (es decir, códigos de base y/o códigos de extensión) juntos para describir completamente un concepto (o diagnóstico) clínico documentado.
Precoordinación	Los códigos de base pueden contener toda la información pertinente sobre un concepto clínico en una forma pre-combinada.
Punto de inicio (codificación)	Normalmente, la afección o el evento informado que inició la secuencia de relaciones causales aceptables que acaban en la causa terminal de la muerte; o cuando se rellena correctamente un certificado de defunción, la afección que se reporta en la línea más baja utilizada en la Parte 1 del certificado de defunción.
Regla de modificación	Al codificar la mortalidad en los certificados de defunción, el procedimiento mediante el cual un código de la CIE para el punto de inicio (ver más arriba) se reemplaza por otro código, debido a instrucciones especiales.
Relación causal (codificación)	Una relación que existe si una afección es causada por otra afección (por ejemplo, en el mismo certificado de defunción o en una situación de codificación de morbilidad en la que una afección o factor causa otra afección).
Secuencia (codificación)	En el contexto de la codificación de la mortalidad, una cadena o serie de eventos médicos en los que cada paso es una complicación del paso anterior o causada por este.

1 Parte 1 – Una Introducción a la CIE-11

1.1 Clasificación Internacional de Enfermedades

La Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) es una herramienta para registrar, notificar y agrupar afecciones y factores que influyen en la salud. Contiene categorías para enfermedades, afecciones y trastornos relacionados con la salud y causas externas de enfermedad o muerte. **El propósito de la CIE es permitir el registro, análisis, interpretación y comparación sistemáticos de los datos de mortalidad y morbilidad recopilados en diferentes países o regiones geográficas y en diferentes momentos.** La CIE se usa para traducir diagnósticos de enfermedades y otros problemas de salud en códigos alfanuméricos, lo cual permite el almacenamiento, la recuperación y el análisis de los datos. La CIE se ha convertido en la clasificación internacional estándar de diagnósticos para todos los fines epidemiológicos generales y muchos propósitos de gestión de la salud. Entre ellos se encuentran el análisis de situaciones de salud general de grupos poblacionales; el monitoreo de la incidencia y la prevalencia de enfermedades; y el examen de otros problemas de salud en relación con otras variables, como las características y circunstancias de las personas afectadas. La CIE también es adecuada para estudios de aspectos financieros de un sistema de salud, como la facturación o la asignación de recursos.

La CIE ha evolucionado en los últimos 150 años de una Lista internacional de causas de muerte a un sistema de clasificación integral para el uso en mortalidad, morbilidad, casuística hospitalaria (*casemix*), medición de calidad y seguridad del paciente. Puede utilizarse en atención primaria, atención secundaria e investigación. La CIE se utiliza para asignar la mayoría de los recursos de salud mundiales. Entre los usuarios de la CIE se encuentran médicos, enfermeras, otros proveedores de atención médica, investigadores, profesionales de la administración de la información de salud, codificadores, profesionales de la tecnología de información de salud, analistas, responsables de políticas, aseguradoras, organizaciones de pacientes y muchos más.

La CIE se usa en varios escenarios a diferentes niveles que van desde un conjunto definido de 100 códigos hasta más de 10.000. Por lo tanto, incluye un marco de información que contiene un conjunto totalmente especificado de conceptos de salud y sus características y relaciones, a partir de los cuales pueden seleccionarse los conjuntos de códigos apropiados. La CIE-11 garantiza la coherencia con los casos de uso tradicionales de versiones anteriores de la CIE, porque se ha creado teniendo en cuenta las revisiones anteriores. Los análisis de datos anteriores basados en versiones anteriores de la CIE pueden vincularse a los análisis de datos basados en la CIE-11.

Se espera que todos los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) utilicen la versión más reciente de la CIE para informar sobre las defunciones y las enfermedades (de acuerdo con un reglamento internacional, el "Reglamento de la Nomenclatura de la OMS", adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en 1967). La CIE - 10 se ha traducido a 43 idiomas y la CIE-11 se está

traduciendo actualmente a 17 idiomas, incluidos los seis idiomas oficiales de la OMS (inglés, francés, español, ruso, chino, árabe). La mayoría de los países utilizan este sistema para notificar los datos de mortalidad, un indicador principal del estado de salud.

La CIE está diseñada principalmente para la clasificación de enfermedades y traumatismos. Sin embargo, no todos los problemas o razones para entrar en contacto con los servicios de salud se pueden clasificar de esta manera. En consecuencia, la CIE incluye una amplia variedad de signos, síntomas, resultados clínicos anormales, quejas y factores sociales que corresponden al contenido de los registros relacionados con la salud y los certificados de defunción (consulte las secciones sobre morbilidad y mortalidad). Por lo tanto, la CIE se puede utilizar para clasificar los datos registrados bajo denominaciones como 'Causa de la muerte', 'Diagnósticos', 'Motivos de ingreso', 'Afecciones o trastornos tratados' y 'Motivos de consulta', que aparecen en una amplia variedad de registros de salud y documentos de los que se derivan las estadísticas.

1.1.1 Usos previstos (propósito)

La CIE se ha diseñado para satisfacer las necesidades de una amplia gama de usos concretos: mortalidad, morbilidad, epidemiología, casuística (*casemix*), calidad y seguridad del paciente, atención primaria. La información detallada sobre los diferentes usos concretos puede consultarse en otras secciones de la guía relativas al uso en la mortalidad y los diferentes usos en la morbilidad. Puede surgir una situación en la que se prevea que la CIE-11 pueda usarse para un propósito para el cual no se ha diseñado. En este tipo de situaciones, es posible que las categorías utilizadas en la CIE-11 y sus características adicionales no permitan abordar este nuevo uso específico. En tales casos, se recomienda consultar a la OMS para asegurarse de que la información recopilada sea apropiada para el nuevo uso pretendido.

1.1.2 Clasificación

Una clasificación es "un conjunto exhaustivo de categorías mutuamente excluyentes para agregar datos a un nivel preestablecido de especialización para un propósito específico" (ISO 17115). La clasificación implica el establecimiento de categorías de conceptos pertinentes para fines de registro o análisis sistemáticos. La clasificación en categorías se basa en una o varias reglas lógicas. Los fines de una clasificación de salud son diversos. Por ejemplo, se puede utilizar en el análisis de la causa de muerte (mortalidad), la morbilidad o el funcionamiento humano. Se tiende a agrupar los conceptos de frecuencia baja, pero los conceptos raros (muy infrecuentes) pueden clasificarse individualmente. La codificación es el proceso de asignación de un código de la clasificación que corresponda a un concepto clínico para un uso específico. Deben incorporarse reglas de codificación en la clasificación para lograr la coherencia de la codificación y la comparabilidad de los datos codificados en distintos momentos y lugares. Las clasificaciones son

complementarias a las terminologías, ya que están diseñadas para ser utilizadas para codificar la información de manera estandarizada con fines estadísticos.

1.1.3 La CIE en el contexto de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la Organización Mundial de la Salud (FCI-OMS)

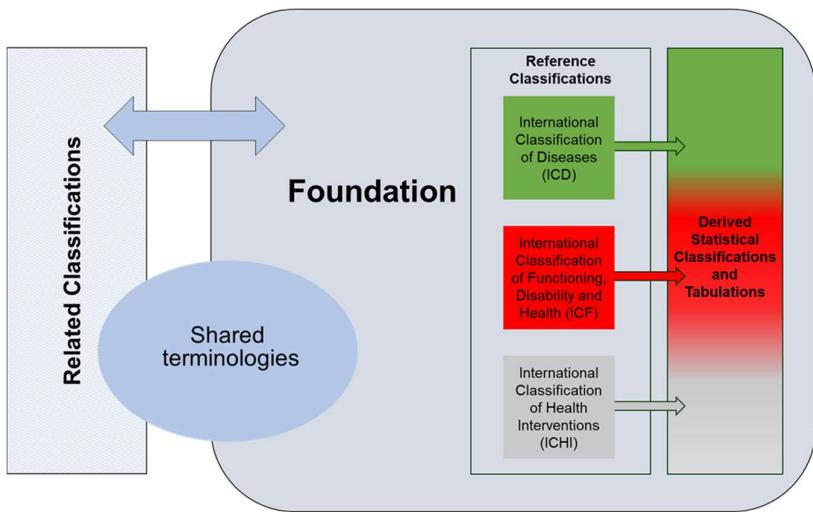
La Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (FCI-OMS) comprende las clasificaciones que han sido aprobadas por la OMS para describir diversos aspectos de la salud y el sistema de salud de manera uniforme.

La FCI-OMS proporciona elementos constitutivos estandarizados para los sistemas de información de salud y consta de tres grandes grupos: Clasificaciones de Referencia, Clasificaciones Derivadas y Clasificaciones Relacionadas.

Las clasificaciones de Referencia y Derivadas se basan en el Componente fundamental, que es un gran conjunto de términos y relaciones entre ellos, que describen la salud y los dominios relacionados con la salud.

Los términos y entidades relacionados con las enfermedades y los problemas relacionados con la salud se incluyen de forma organizada en la CIE, los relacionados con el funcionamiento en la CIF y los relacionados con las intervenciones en la CIIS (Clasificación Internacional de Intervenciones de Salud). Los términos del Componente fundamental se pueden usar en más de una clasificación de referencia.

Las Clasificaciones y Tabulaciones Estadísticas Derivadas ("clasificaciones derivadas") se basan en términos que pueden provenir de una o más de las clasificaciones de referencia. Dentro de la familia FCI-OMS, las clasificaciones relacionadas se consideran complementarias de las clasificaciones de referencia y derivadas. Las clasificaciones relacionadas tienen sus propios conjuntos de términos, pero también pueden compartir términos como parte de la Familia FIC-OMS. Por ejemplo, la Clasificación Internacional de Prácticas de Enfermería (CIPE), una clasificación relacionada que forma parte de la Familia, se basa en términos del Componente fundamental de la misma manera que lo hacen las clasificaciones de referencia y derivadas. La CIPE también usa términos específicos de la práctica de enfermería que no se encuentran en el Componente fundamental, pero que podrían incluirse en el futuro.



Clasificaciones Relacionadas, Clasificaciones de Referencia, Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), Clasificación Internacional de Intervenciones en Salud (CIIS), Terminologías Compartidas, Componente fundamental, Clasificaciones y Tabulaciones Estadísticas Derivadas, Familia FCI-OMS.

Figura 1: Relaciones entre la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS y las clasificaciones relacionadas, el Componente fundamental y las terminologías compartidas

El propósito de la FCI-OMS es ayudar al desarrollo de sistemas estadísticos confiables a nivel local, nacional e internacional, con el objetivo de mejorar el estado de salud y la atención médica. La información relacionada con la salud puede requerir a veces una información adicional a la incluida en la CIE. Un grupo o "familia" de clasificaciones relevantes para la salud cubre estas necesidades, tanto mediante la clasificación de dominios diferentes a los de la CIE como aportando una información más detallada para usos específicos, por ejemplo el registro de cáncer. La FCI-OMS establece un conjunto de productos de clasificación integrados que comparten características similares y se pueden utilizar de forma individual o conjunta para proporcionar información sobre diferentes aspectos de la salud y los sistemas de atención médica. Por ejemplo, la CIE, como clasificación de referencia, se utiliza principalmente para captar la mortalidad y la morbilidad. El funcionamiento se clasifica en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y las intervenciones de salud en la Clasificación Internacional de Intervenciones de Salud (CIIS).

En general, el objetivo de la FCI-OMS es proporcionar un marco conceptual de dimensiones de información relacionadas con la salud y la gestión de la salud. De esta manera, proporciona un lenguaje común que mejora la comunicación y permite las comparaciones de datos dentro de cada país y entre distintos países, disciplinas de la atención de la salud, los servicios y períodos de tiempo. La OMS y la Red de la FCI-OMS (incluidos los Centros Colaboradores, las Organizaciones No Gubernamentales y expertos seleccionados) se esfuerzan por construir una familia

de clasificaciones basada en principios científicos y taxonómicos sólidos, asegurando que sea culturalmente apropiada y aplicable internacionalmente, y que esté actualizada y satisfaga las necesidades de sus diferentes usuarios al centrarse en los aspectos multidimensionales de la salud.

1.1.4 FCI-OMS: Clasificaciones de Referencia

Las clasificaciones de referencia cubren los principales parámetros del sistema de salud, como la muerte y la enfermedad (CIE), la discapacidad, el funcionamiento y la salud (CIF) y las intervenciones de salud (CIIS). Las clasificaciones de referencia de la FCI-OMS son producto de acuerdos internacionales. Han logrado una amplia aceptación y un acuerdo oficial para su uso, y han sido aprobadas y recomendadas como patrones de referencia para la presentación de informes internacionales sobre salud. Pueden usarse como modelos para el desarrollo o la modificación de otras clasificaciones. Las tres clasificaciones de referencia son:

1. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE)
2. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)
3. Clasificación Internacional de Intervenciones de Salud (CIIS)

1.1.4.1 Discapacidad y funcionamiento - CIF

La CIF es el marco de referencia de la OMS para medir la salud y el funcionamiento / discapacidad tanto a nivel individual como a nivel poblacional. Mientras que la CIE clasifica las enfermedades y las causas de muerte, la CIF clasifica la salud y los dominios de salud. La CIE y la CIF juntas proporcionan un marco de referencia para captar una imagen completa de la salud.

La CIF clasifica la salud y los estados relacionados con la salud en dos partes. La primera parte trata sobre el funcionamiento y la discapacidad, descritos desde las perspectivas del cuerpo, el individuo y la sociedad. Consta de dos componentes: a) Funciones y estructuras corporales y b) Actividades y participación. La segunda parte cubre los factores contextuales y tiene dos componentes: Factores ambientales y Factores personales, ya que el funcionamiento de un individuo ocurre en un contexto. Se está trabajando en la elaboración de una clasificación de los factores personales para incluirlos en los factores contextuales.

Funcionamiento es un término genérico utilizado para designar las funciones corporales (por ejemplo, la memoria), las estructuras corporales (por ejemplo, el lóbulo occipital) y las áreas de actividades y participación (por ejemplo, caminar, realizar un trabajo remunerado). Denota los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (en relación con la salud del individuo) y los factores contextuales de ese individuo (factores ambientales y personales).

Discapacidad es un término general utilizado como paraguas bajo el que se agrupan las deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción entre un individuo

(con un determinado estado de salud) y los factores contextuales de ese individuo (factores ambientales y personales). Las discapacidades se conciben como un espectro continuo y, por lo tanto, la CIF y los códigos que contiene no proporcionan una clasificación binaria internacional de discapacidad / no discapacidad. Los niveles de discapacidad se pueden utilizar de forma descriptiva en entornos clínicos para describir un caso. Los responsables de tomar decisiones sobre políticas y programas pueden aplicar la CIF y especificar sus propios valores de referencia para el nivel de discapacidad como criterios de elegibilidad que sean pertinentes para propósitos específicos.

La CIF incluye las otras definiciones de interés:

- Las *funciones corporales* son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluidas las funciones mentales).
- Las *estructuras corporales* son las partes anatómicas del cuerpo como los órganos, las extremidades y sus componentes.
- Las *deficiencias* son problemas en la función o estructura del cuerpo, como una desviación o pérdida significativas.
- La *actividad* es la ejecución de una tarea o acción por parte de un individuo.
- Las *limitaciones de actividad* son dificultades que una persona puede tener para ejecutar actividades.
- La *participación* consiste en involucrarse en una situación de vida.
- Las *restricciones en la participación* son problemas que una persona puede experimentar para involucrarse en situaciones de la vida.
- Los *factores ambientales* conforman el entorno físico, social y de actitud en el que las personas viven y desarrollan su vida.

La CIF incluye códigos para las Funciones del cuerpo (b), Estructuras del cuerpo (s), Actividades y participación (d) y Factores ambientales (e).

Los códigos de la CIF solo están completos si se les agrega un calificador, el cual denota el nivel de salud (es decir, la gravedad del problema, que va de "ningún problema" a "problema total"). Sin calificadores, los códigos no tienen un significado inherente. La CIF reconoce que cada ser humano puede experimentar una disminución de la salud y, por lo tanto, experimentar alguna discapacidad. Las discapacidades pueden ser transitorias y pueden ser breves (como quedarse en casa sin trabajar por unos días con gripe); también pueden ser crónicas o permanentes y su gravedad puede fluctuar a lo largo del tiempo.

En el modelo de la CIF de Funcionamiento y Discapacidad se incluyen factores personales, pero no se han clasificado en la CIF debido a las grandes diferencias sociales y culturales asociadas a ellos. La clasificación taxonómica no se ha aplicado en mayor medida a causa de las dificultades que comporta el establecimiento de su aplicabilidad transcultural, las limitaciones de recursos y consideraciones éticas.

1.1.4.2 Intervenciones de salud – CIIS

La Clasificación Internacional de Intervenciones de Salud (CIIS), incluye intervenciones en todos los sectores funcionales del sistema de salud, que abarcan cuidados intensivos, atención primaria, rehabilitación, asistencia para el funcionamiento, prevención, salud pública y servicios auxiliares. Se han incluido las intervenciones aplicadas por todo tipo de proveedores. La importancia de describir y clasificar las intervenciones de salud se ha apreciado desde hace mucho tiempo. La OMS publicó una Clasificación Internacional de Procedimientos en Medicina (CIPM) en 1978, pero no se actualizó. La CIIS es mucho más amplia que la CIPM previa porque incluye toda la gama de intervenciones de salud. El desarrollo de la CIIS comenzó en 2007, como un esfuerzo conjunto de la Red de la FCI-OMS y la OMS. Se ha completado ya su estructura general y se publicó una versión alfa en el 2012 y una versión beta en el 2015. En la actualidad se está llevando a cabo una revisión internacional y el trabajo de campo. Se prevé disponer de la versión final para el 2020.

Cuadro 1: Definiciones y términos usados en la elaboración de la CIIS.

Ejes	Inclusiones	Ejemplos
El Eje de Destinatario contiene las entidades para las que se lleva a cabo la acción.	Anatomía, Función humana, Persona o usuario, Grupo o población.	Estómago, actividades de la vida diaria
El Eje de Acción se define como una actuación que realiza un prestador para un destinatario durante una intervención de atención médica.	Prueba diagnóstica, Tratamiento, Gestión, Información, Asistencia, Prevención.	Biopsia, vacunación
El Eje de Medios contiene las entidades que describen los procesos y métodos por los cuales se lleva a cabo la acción.	Abordaje: proceso mediante el cual se accede Abierto, al destinatario de la acción. Técnica usada como parte de la acción Método que describe cómo se lleva a cabo la acción	endoscópico Radiación, resonancia magnética Aplicación de la norma o ley, medio de traslado.

El contenido de los ejes se ha restringido a atributos que son comunes a muchas intervenciones. En particular:

- Los dispositivos no se han incluido como un eje porque la mayoría de las intervenciones no comportan el uso de un dispositivo y los dispositivos cambian rápidamente; sin embargo, pueden incluirse como códigos de extensión

- Los medicamentos u otras sustancias administradas a través de una intervención se clasifican en otra parte (por ejemplo, CIE, Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química con Dosis Diarias Definidas (ATC / DDD), INN).

El sistema de codificación comprende una estructura de categorías de siete caracteres para los tres ejes:

- Tres letras para el Destinatario.
- Dos letras para la Acción.
- Dos letras para los Medios.

Los códigos de la CIIS consisten en combinaciones de siete letras de los tres ejes. Para cada intervención incluida en la CIIS, se identifica la combinación apropiada de siete letras. No todas las combinaciones posibles de los tres ejes representan un dominio válido de la CIIS.

1.1.4.3 FCI-OMS: Clasificaciones derivadas

Las clasificaciones derivadas a menudo se adaptan para su uso a nivel nacional o internacional o para ser utilizadas en una especialidad en particular. Se basan en las clasificaciones de referencia (es decir, CIE, CIF, CIIS). Las clasificaciones derivadas se pueden elaborar:

- adoptando la estructura y las clases de la clasificación de referencia
- proporcionando una información adicional que va más allá de la proporcionada por la clasificación de referencia
- mediante la reorganización o agregación de elementos de una o varias clasificaciones de referencia.

La CIE-11 tiene linealizaciones especializadas que derivan de la base común. Entre ellas se encuentra una versión para dermatología, una para atención primaria y otra para salud mental. Es posible que en el futuro haya otras.

1.1.4.4 Clasificaciones relacionadas

Las clasificaciones relacionadas se incluyen en FCI-OMS para describir aspectos importantes de la salud o del sistema de salud no abordados por las clasificaciones de referencia o derivadas. Las clasificaciones relacionadas son las siguientes:

- Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP)
- Clasificación Internacional de Causas Externas de Traumatismos (CICET)
- Ayudas técnicas para personas con discapacidad (ISO9999)
- La Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química con Dosis Diarias Definidas (ATC / DDD)
- Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE)

1.1.5 Uso de la CIE en los sistemas de información de salud

Los sistemas de información de salud incluyen una gama de diferentes componentes para la recopilación, análisis y uso de los datos de salud. Las fuentes de información podrían ser, por ejemplo, las basadas en la población, las basadas en establecimientos de salud o las centradas en enfermedades concretas. Las principales fuentes de información de salud basadas en la población son los datos del censo, los sistemas de registro vital y las encuestas de hogares.

Las fuentes de datos relacionadas con las instalaciones de salud incluyen la vigilancia de la salud pública, los datos de servicios de salud (que pueden denominarse sistemas de información de gestión de salud o sistemas de información sistemática de salud) y los datos de monitoreo de sistemas de salud (por ejemplo, recursos humanos, infraestructura de salud, financiamiento).

Las cuentas nacionales de salud están diseñadas para proporcionar una imagen completa de la financiación de la salud. La codificación permite el registro de información de salud de una manera independiente del idioma. La estandarización de la codificación permite la comparación de datos dentro del país o a nivel internacional. Por ejemplo, los datos codificados con la CIE se pueden comparar en diferentes sectores del sistema de salud, si se aplican las mismas reglas de codificación.

Los sistemas de información de salud se basan cada vez más en informes y codificación digitales (electrónicos). La CIE-11 está diseñada para ser utilizada en tales entornos. En muchos lugares, la recopilación de información se basa en informes en papel de la forma analógica tradicional. La CIE-11 se puede presentar también en una versión impresa para su uso en sistemas basados en papel.

1.1.5.1 Uso de la CIE-11 en un entorno digital y en servicios de Internet

La CIE-11 se usa para codificar diagnósticos, en registros de salud electrónicos o con certificados de defunción electrónicos, o en otros registros de datos digitales. Hay herramientas especiales, como la Herramienta de codificación de la CIE-11, que facilitan la búsqueda de códigos específicos de la CIE-11 para cualquiera de las varias dimensiones que definen una entidad o categoría de la CIE-11. Se puede agregar una información adicional usando varios códigos para una afección. Mantener el identificador único específico de la entidad codificada en la CIE-11 permite que la misma información se reutilice en diferentes traducciones. La OMS ha desarrollado servicios de la CIE a través de Internet (<https://icd.who.int/icdapi>); diseñados para permitir una interacción operativa de máquina a máquina.

1.1.5.2 Uso de la CIE-11 en un contexto analógico basado en papel

En caso necesario, la CIE-11 puede utilizarse mediante una versión impresa analógica. La información se presenta en documentos en papel y luego se codifica manualmente con la CIE-11. Cabe señalar que el registro en papel requiere la transcripción manual de la información a los sistemas electrónicos y que debe contemplarse el paso a informes electrónicos tan pronto como sea posible en la cadena de información. El registro en papel puede causar problemas de legibilidad y puntualidad en la disponibilidad de los datos codificados. La CIE-11 admite muchas formas de codificación asistida por computadora, incluidas las que sancionan combinaciones de códigos y otras posibles verificaciones de

plausibilidad. El objetivo a largo plazo para todos los usuarios debe ser la codificación con el empleo de la CIE-11 en un entorno electrónico.

En la versión impresa, la información se divide en 3 volúmenes, la lista tabular, la guía de referencia y el índice. Los tres son necesarios para usar la CIE correctamente.

1.1.5.3 Versión electrónica

En la versión de la CIE con navegador, la mayor parte de la información está interconectada y es visible en el contexto pertinente. La OMS proporciona esta versión para navegar por la CIE-11 en múltiples idiomas (a los que se accede mediante enlaces desde <https://icd.who.int>). Esta herramienta permite al usuario recuperar conceptos mediante la búsqueda de términos, anatomía o cualquier otro elemento del modelo de contenido. Con el navegador, los usuarios también pueden contribuir a la actualización y mejora continua de la CIE con comentarios y sugerencias. Dicha aportación se revisa para considerar su inclusión con una periodicidad anual.

También se puede acceder a la CIE-11 utilizando servicios de Internet con un software específico para el usuario. La guía de TI para la CIE proporciona más detalles sobre los requisitos de compatibilidad: <https://icd.who.int/icdapi>. Tanto los servicios de Internet como el navegador en línea permiten el acceso y la búsqueda en todas las listas tabulares de la CIE, para consultar estadísticas de mortalidad y morbilidad, para atención primaria o para linealizaciones por especialidad respecto a ciertos dominios específicos.

1.1.6 Enlaces con otras clasificaciones y terminologías

Las entidades o categorías codificadas con la CIE se pueden usar junto con otras clasificaciones y terminologías de interés para la salud, para documentar completamente un episodio de atención de salud o un caso con fines de investigación.

1.1.6.1 Uso integrado con terminologías

La clasificación implica agrupar la información según unas reglas lógicas. La terminología permite el reporte de información con cualquier nivel de detalle deseado: por ejemplo, partes del cuerpo, resultados clínicos anormales u otros elementos que constituyen una enfermedad. Solo se puede informar sobre los elementos definidos en una terminología (es decir, las terminologías no tienen un mecanismo para reportar nueva información que no se haya agregado previamente a la terminología). Por el contrario, una clasificación tiene clases residuales ("otras especificadas" y "no especificadas") que garantizan que todos los casos siempre puedan clasificarse. En una terminología, de manera similar a lo que ocurre en una clasificación moderna, una enfermedad puede definirse, por ejemplo, estableciendo vínculos entre sus elementos, como la anatomía o los signos clínicos. Las terminologías retienen la información sin enfatizar ningún aspecto de la información registrada.

En cambio, las clasificaciones permiten la identificación de "partes de interés" del contenido, por ejemplo, para fines de salud pública. El acuerdo internacional sobre estas partes de interés garantiza que la información agregada sea comparable internacionalmente. El uso estandarizado de la lógica de agregación de una clasificación y el uso estandarizado de la información detallada de una terminología tienen un mismo objetivo: la comparabilidad. En ambos casos, son necesarios procesos de acuerdos internacionales transparentes, con una integración del índice y las listas tabulares hacia los que ha avanzado la CIE con su propio componente de terminología.

Las terminologías y las clasificaciones deben considerarse complementarias. Otras terminologías adicionales incluidas en la CIE-11 son la de CIE-O, DCI (INN) CICET, dispositivos médicos, anatomía y agentes infecciosos. Las externas, como MedDRA o SNOMED, se vincularían a la CIE a través del componente fundamental y el modelo del contenido.

1.1.6.2 Funcionamiento en la CIE y uso conjunto con la CIF

Históricamente, la CIE ha usado ciertos conceptos de discapacidad como enfermedades o trastornos comunes, como los de ceguera, sordera, retraso mental, dificultad de aprendizaje o paraplejia; así como ciertos conceptos de discapacidad para otros propósitos, como la "discapacidad como secuela de una lesión" y la "limitación de actividades por discapacidad". La CIF se desarrolló después de la publicación de la CIE-10.

En la CIE-11, se han creado vínculos con la CIF mediante la alineación de los conceptos de enfermedad y funcionamiento, y facilitando el uso conjunto.

La alineación conceptual entre la CIE-11 y la CIF ha tenido lugar en varios ámbitos. Los signos y síntomas de la CIE están alineados con las funciones corporales de la CIF, y los "factores que influyen en el estado de salud" de la CIE son coherentes con los factores contextuales de la CIF. Además, las categorías de la CIF-11 relativas al deterioro visual del Capítulo de Oftalmología están alineadas con la correspondiente taxonomía y las definiciones de la CIF respecto a las funciones visuales.

En la CIE-11 se ha incluido un apartado opcional de funcionamiento para permitir la clasificación y medición de las repercusiones que tienen las afecciones de salud en lo relativo al funcionamiento.

El apartado de funcionamiento de la CIE-11 proporciona dos opciones para la evaluación y documentación de las repercusiones:

- uso de un instrumento de evaluación genérico basado en la CIF (es decir, la Escala de Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS) 2.0) y la Encuesta Modelo de Discapacidad (MDS) para generar una puntuación de funcionamiento global y para dominios específicos. Para obtener esas puntuaciones, la WHODAS 2.0 (como otras escalas de evaluación clínica) debe usarse de forma completa (es decir, la batería entera de preguntas). Se presentan instrucciones más detalladas sobre el uso de la WHODAS 2.0 en el Manual de la WHODAS.

- uso de una lista breve de categorías de funcionamiento basada en el Anexo 9 de la CIF. Estas categorías deben usarse con un cualificador genérico de 5 puntos que indica la gravedad para el reporte del funcionamiento en los sistemas de información de salud.

En conjunto, el vínculo entre la CIE-11 y la CIF puede facilitar los siguientes casos de uso:

- evaluación en la práctica médica general (por ejemplo, evaluación de la aptitud para el trabajo)
- evaluación para la asignación de beneficios sociales (por ejemplo, discapacidad, pensión)
- fines de pago o reembolso
- evaluación de necesidades (por ejemplo, para rehabilitación, asistencia ocupacional, atención a largo plazo).
- evaluación de resultados de las intervenciones

Siempre que se desee y sea necesario el reporte del *funcionamiento*, debe usarse la CIF.

1.2 Estructura y taxonomía del sistema de clasificación de la CIE

La estructura de capítulos y bloques de la CIE ha evolucionado en 11 iteraciones de la clasificación a lo largo de 100 años. La elaboración de la CIE sigue un conjunto de reglas que aseguran la integridad funcional y estructural de la clasificación. La evolución de la CIE establece un cuidadoso equilibrio entre la necesidad de categorías que se correspondan con el conocimiento actual y el mantenimiento de la comparabilidad estadística entre distintos lugares y períodos de aplicación.

La estructura de capítulos de la CIE refleja aspectos importantes de las enfermedades. Los capítulos no pretenden delimitar áreas del conocimiento experto médico o dominios de especialidades. El enlace con cualquier especialidad o con esquemas de reembolso es secundario. La CIE tiene categorías para enfermedades, trastornos, síndromes, signos, síntomas, resultados clínicos anormales, traumatismos, causas externas de morbilidad y mortalidad, factores que influyen en el estado de salud, razones para el contacto con el sistema de salud y medicina tradicional. La CIE-11 complementa estos datos permitiendo captar informaciones adicionales, como las de anatomía, sustancias, medicamentos, dispositivos médicos, agentes infecciosos y lugar de la lesión. La CIE-11 incluye también un conjunto de reglas y explicaciones para su uso y los metadatos necesarios. Se incluyen asimismo los formatos de reporte.

El uso más generalizado de la CIE a lo largo de los años y geográficamente es el de su empleo en las estadísticas de causas de muerte (mortalidad). La CIE también se utiliza para clasificar la documentación clínica, para proporcionar información estandarizada, independiente del idioma, para su uso respecto a la morbilidad, como en la asignación de recursos, la casuística hospitalaria (*casemix*), la seguridad del paciente y la calidad de la atención, así como en la atención primaria y la

investigación. La CIE y sus definiciones se utilizan también como un marco de referencia en la legislación.

1.2.1 Taxonomía

Una clasificación estadística de enfermedades debe limitarse a un número limitado de categorías mutuamente excluyentes que permitan abarcar la gama completa de afecciones mórbidas. Las categorías se eligen para facilitar el estudio estadístico de los fenómenos de la enfermedad. Toda enfermedad o afección mórbida debe tener un lugar bien definido en la lista de categorías. En consecuencia, a lo largo de la clasificación, habrá categorías residuales para otras afecciones diversas que no tengan su propia categoría individual específica o que no se puedan asignar a categorías más específicas. Sin embargo, el URI de la CIE-11 permitirá conservar esta información para un futuro análisis. Para determinar si una entidad tiene las características necesarias para pasar a ser una categoría individual específica, se utilizan los siguientes parámetros:

- Evidencia epidemiológica: análisis de frecuencia de los datos de mortalidad y morbilidad codificados
- Evidencia clínica: evidencia de la enfermedad proporcionada por las especialidades médicas.
- Granularidad: detalle mínimo notificado y útil para la mortalidad (datos de mortalidad) o en atención primaria
- Continuidad: preservación del nivel de detalle preexistente en la CIE
- Parquedad: necesidad de limitar el número de categorías para los informes obligatorios internacionales

Una clasificación estadística puede permitir diferentes niveles de detalle si tiene una estructura jerárquica y subdivisiones. Una clasificación estadística de enfermedades debe conservar la capacidad tanto de identificar entidades de enfermedades específicas como de permitir la presentación estadística de datos para grupos más amplios, y permitir la obtención de una información útil y comprensible. Los mismos principios generales se aplican a la clasificación de otros problemas de salud y de las razones para el contacto con los servicios de atención de la salud, que también están incorporadas en la CIE. La CIE se ha desarrollado como una clasificación práctica, y no puramente teórica, en la que hay una serie de compromisos entre la clasificación basada en la etiología, la localización anatómica, las circunstancias de inicio u otros criterios.

La CIE-11 se basa en gran medida en el método de combinar varios códigos para describir una afección clínica con el nivel de detalle deseado. Su estructura electrónica permite la asignación de identificadores específicos a cualquier afección enumerada, independientemente de que la afección se agrupe en una clase estadística o represente una clase propia. Los dos enfoques juntos permiten la opción de mantener una codificación sencilla con un grado de detalle diagnóstico limitado; y, como alternativa, permiten agregar detalles cuando los informes de diagnóstico requieran un alto grado de exhaustividad y sofisticación.

1.2.2 Estructura de los capítulos

La CIE es una clasificación de eje variable. La estructura se ha desarrollado a partir de la propuesta por William Farr al inicio de los debates internacionales sobre la estructura de clasificación: enfermedades epidémicas, enfermedades constitucionales o generales, enfermedades locales organizadas según la localización, enfermedades del desarrollo y traumatismos.

Estos grupos se mantienen en los capítulos de la CIE-11. La estructura ha superado la prueba del tiempo y, aunque en algunos aspectos es arbitraria, se continúa considerando más útil para fines epidemiológicos generales que cualquiera de las alternativas probadas. La conservación de esta estructura reconoce la necesidad de estabilidad al tiempo que permite la incorporación de secciones adicionales.

Los grupos especiales reúnen afecciones cuya organización podría no resultar cómoda para el estudio epidemiológico si estuvieran dispersas, por ejemplo, en una clasificación organizada principalmente según la localización anatómica. Estas afecciones dan lugar a los capítulos de "grupos especiales":

Capítulo	Nombre
1	Algunas enfermedades infecciosas o parasitarias.
2	Neoplasias
3	Enfermedades de la sangre o de los órganos hematopoyéticos
4	Enfermedades del sistema inmunitario
18	Embarazo, parto o puerperio
19	Algunas afecciones que se originan en el período perinatal
20	Anomalías del desarrollo prenatal
22	Traumatismos, intoxicaciones u otras consecuencias de causas externas

La distinción entre los capítulos de "grupos especiales" y los capítulos de "sistemas corporales" tiene implicaciones prácticas para comprender la estructura de la clasificación, para la codificación y para interpretar las estadísticas basadas en ella. Debe recordarse que, en general, las afecciones se clasifican principalmente en uno de los capítulos de los "grupos especiales".

Cuando existe alguna duda sobre la ubicación de una afección, debe darse prioridad a los capítulos de "grupos especiales". Este principio se aplica en las notas de "excluido" al principio de cada capítulo de la CIE. Por ejemplo, la displasia cervical de grado 1 está codificada en el Capítulo 2 "Neoplasias" y no en el Capítulo 16 "Enfermedades del aparato genitourinario" porque la distinción entre displasia y neoplasia y el manejo clínico están sujetos a una serie de criterios recomendados que pueden cambiar a lo largo del tiempo.

1.2.3 Etapas principales de la revisión

La revisión de la CIE-11 ha tenido lugar en varias fases. En primer lugar, se compiló una lista de los problemas que se conocían en el uso de la CIE-10 y que no se

pudieron resolver en su estructura de clasificación y se formularon las posibles soluciones.

En segundo lugar, se recibieron aportaciones de muchos grupos científicos en las áreas temáticas clave con un enfoque basado en las perspectivas clínicas.

Finalmente, se realizó una corrección centralizada, cuyo objetivo fue ajustar los desequilibrios del contenido generado por múltiples grupos de expertos que actuaron independientemente en la fase anterior de la revisión, y garantizar que la estructura general fuera coherente y práctica para los usuarios de las estadísticas de mortalidad y morbilidad. La versión final también recibió aportes de las pruebas de campo, los comentarios de los Estados Miembros, y la presentación y el procesamiento continuo de las propuestas.

1.2.4 Características generales de la CIE-11

La principal innovación estructural de la CIE-11 es que se basa en un Componente fundamental del cual se derivan las listas tabulares (como la clasificación para las estadísticas de morbilidad y mortalidad).

1.2.4.1 Estructura del código

Los códigos de la CIE-11 son alfanuméricos y van de 1A00.00 a ZZ9Z.ZZ. Se denominan códigos de base. Los códigos que comienzan por 'X' indican un código de extensión (ver Códigos de extensión). La inclusión de un número forzado en la posición del tercer carácter evita la escritura de "palabras indeseables". Las letras "O" e "I" se omiten para evitar confusiones con los números "0" y "1". Los capítulos se indican mediante el primer carácter. Por ejemplo, 1A00 es un código incluido en el Capítulo 1, y BA00 es un código incluido en el Capítulo 11. Se describe a continuación la estructura de los códigos de base.

- Hay siempre una letra en la segunda posición para diferenciar los códigos de la CIE-11 de los códigos de la CIE-10.
- El primer carácter del código corresponde siempre al número del capítulo. Puede ser un número o una letra.

ED1E.EE

- E corresponde a un "número base 34" (0-9 y A-Z; excluyendo O, I);
- D corresponde al "número base 24" (A-Z; excluyendo O, I); y
- 1 corresponde a los "enteros de base 10" (0-9)
- La primera E comienza con "1" y se asigna para el capítulo (es decir, 1 es para el primer capítulo, 2: capítulo 2, ... A es para el capítulo 10, etc.)

La letra terminal Y está reservada para la categoría residual "otra especificada" y la letra terminal "Z" está reservada para la categoría residual "sin especificación".

Para los capítulos que tienen más de 240 bloques, "F" ("otro especificado") y "G" ("sin especificación") también se usan para indicar categorías residuales (debido a las limitaciones del espacio de codificación).

1.2.4.2 Identificadores uniformes de recursos

Todas las entidades tienen un Identificador uniforme de recursos (URI) que consiste en una serie de caracteres que identifican de manera individual y especifica una entidad concreta de la CIE-11. Cada entidad tiene un lugar específico en la jerarquía de grupos y categorías.

1.2.4.3 Códigos de bloque

Las entidades de nivel superior de la CIE-11 (denominadas "bloques") pueden usarse para informes de estadísticas agregadas. Sin embargo, los bloques no tienen códigos de categorías, ya que se supone que no deben usarse en la codificación. Los bloques tienen su propio URI (por ejemplo, el URI para las Neoplasias es [02 Neoplasias]). Los bloques pueden designarse también por sus identificadores de bloque. La estructura del código de los identificadores de bloque tiene una longitud de 11 caracteres (por ejemplo, BlockL1-1A0").

1.2.4.4 Códigos de base

Los códigos de la lista tabular de la CIE-11 que pueden usarse solos. Los códigos de base pueden ser entidades o agrupaciones de gran interés en cualquiera de los casos de uso, o bien afecciones clínicas que deben describirse siempre como una única categoría. Los códigos de base se han diseñado para garantizar que en los casos de uso que requieren tan solo un código por caso, se recoja una información apropiada útil.

1.2.4.5 Códigos de extensión

Los códigos de extensión constan de grupos de códigos, p. ej. anatomía, agente, histopatología y otros aspectos que pueden usarse para agregar detalles a un código de base. Los códigos de extensión no se deben usar solos, sino que se deben agregar a un código de base. No todos los códigos de extensión se pueden utilizar con cada código de base. Véase la Sección 1.2.4.5.

1.2.4.6 Poscoordinación

La poscoordinación es una nueva característica notable de la CIE-11 que aporta la capacidad de vincular conceptos diagnósticos básicos (es decir, conceptos de código de base+código de base) cuando se deseé, y / o de agregar conceptos clínicos captados en códigos de extensión a conceptos primarios de código de base principal. Los conceptos diagnósticos vinculados se denominan combinaciones. Debe resaltarse que la capacidad de poscoordinación inherente a la CIE-11 es uno de los cambios importantes respecto a la CIE-10. Una combinación describe un concepto clínico tal como lo describe el profesional de la salud.

1.2.4.7 Otras características generales

- Las categorías de la CIE-11 tienen **descripciones breves** y también descripciones largas designadas como "información adicional". La

descripción breve consta de un máximo de 100 palabras sobre la entidad e indica cosas que siempre son ciertas acerca de una enfermedad o afección y que son necesarias para comprender el alcance de la rúbrica. Aparece en la lista tabular de la clasificación. La "información adicional" larga es la descripción completa, sin limitación de extensión.

- Las **listas de tabulación especiales** continúan existiendo en la CIE-11, pero hay tres listas adicionales: la Lista Inicial de Mortalidad (LIMor), la lista para autopsias verbales y la lista de enfermedades infecciosas por agentes. Las linealizaciones de especialidad permiten la presentación del contenido desde la perspectiva de una especialidad, como la dermatología o la neurología, mediante la creación de subconjuntos y a través de la precoordinación de más información, si se desea.

1.2.5 Componente fundamental y listas tabulares de la CIE-11

El Componente fundamental es un conjunto multidimensional de todas las entidades de la CIE. Se trata de una base de datos subyacente que contiene toda la información necesaria para generar versiones impresas de la lista tabular y el índice alfabético, así como información adicional que es necesaria para generar las linealizaciones de especialidad de la CIE-11 y las modificaciones específicas para cada país. Las entidades pueden ser enfermedades, trastornos, traumatismos, causas externas, signos y síntomas. Algunas entidades pueden ser muy amplias, por ejemplo, "traumatismo en el brazo", mientras que otras son más detalladas, por ejemplo, "laceración de la piel del pulgar". El Componente fundamental tiene también la información necesaria para usar las entidades en la elaboración de una lista tabular. El Componente fundamental incluye información sobre dónde y cómo una determinada entidad está representada en una lista tabular, si pasa a ser un grupo, una categoría con un código de base o si se menciona como un término de indexación en una categoría específica.

Se pueden construir varias listas tabulares diferentes a partir del Componente fundamental. Sobre la base del mismo Componente fundamental, se puede crear un conjunto de listas tabulares que se base en la misma estructura de árbol jerárquico y produzca listas tabulares congruentes. El Componente fundamental incluye instrucciones sobre cómo combinar ciertos códigos en una lista tabular para lograr una codificación más detallada. Estas reglas ayudan a los codificadores y a los sistemas informáticos a visualizar las combinaciones de códigos permitidas cuando utilizan una lista tabular.

En una lista tabular, las entidades del Componente fundamental pasan a ser categorías. Las categorías son mutuamente excluyentes y en su conjunto son exhaustivas y están vinculadas a un solo árbol jerárquico (es decir, solo tienen una entidad padre). La información relacionada con una entidad que se ha convertido en una categoría y tiene varias entidades padre continúa estando disponible en el Componente fundamental. Esta información se puede usar para visualizar esa categoría en más de un lugar en la lista tabular, por ejemplo, mostrándolas en letra negra en su lugar para la tabulación de referencia y en letra gris en cualquier otro lugar para la navegación o para tabulaciones alternativas. La CIE-11 tiene múltiples listas tabulares congruentes con diferentes niveles de detalle.

1.2.5.1 Precoordinación y poscoordinación en la CIE-11

Una afección de salud se puede describir hasta cualquier nivel de detalle, aplicando más de un código, o mediante "poscoordinación" (es decir, combinando):

- dos o más códigos de base (por ejemplo, código1 / código2)
- códigos de base con uno o varios códigos de extensión. (por ejemplo, código de base y código de extensión1 y código de extensión2)

De esta manera, la clasificación puede abordar una gran cantidad de conceptos clínicos con un número limitado de categorías.

Los códigos de base contienen toda la información pertinente en una forma pre-combinada. Esto se conoce como "precoordinación". Cuando se describen detalles adicionales correspondientes a una afección combinando múltiples códigos, esto se conoce como "poscoordinación". La combinación de códigos se denomina combinación. Véase [xx](#precoordinación y poscoordinación).

1.2.5.2 Múltiples entidades padre

Una entidad puede clasificarse correctamente en dos lugares diferentes, por ejemplo, según la localización o según la etiología. Para una enfermedad como el cáncer de esófago, esto significaría que podría clasificarse en los cánceres (neoplasias malignas) o en las enfermedades del sistema digestivo. De la misma manera, las enfermedades isquémicas cerebrales podrían clasificarse en el sistema vascular o en el sistema nervioso. La decisión respecto al lugar en el que se encuentra una afección depende del acuerdo internacional y de los antecedentes previos de clasificación.

1.2.6 Entidades de la CIE independientes del idioma

Las entidades de la CIE-11 son independientes del idioma. El mantenimiento de la CIE-11 a nivel internacional se realiza en inglés, pero el modelo de contenido de la CIE-11 es independiente del idioma y permite la vinculación de cualquier lengua deseada a los elementos de su Componente fundamental. De esta manera, una base de traducción internacional facilita las traducciones o la navegación multilingüe.

1.3 Principales usos de la CIE: mortalidad

Las estadísticas de mortalidad se utilizan ampliamente para la investigación médica, la vigilancia de salud pública, la evaluación de las intervenciones de salud y la planificación y seguimiento de la atención médica. Las reglas adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud con respecto a la elección de una sola causa o afección, basándose en los certificados de defunción, para tabular las estadísticas ordinarias de mortalidad, se presentan para estandarizar la extracción de datos de mortalidad. La aplicación de la CIE para la mortalidad requiere de la creación de una infraestructura para notificar y almacenar información, el diseño de flujos de información, un control de calidad y retroalimentación, y la capacitación de los usuarios de la clasificación que trabajan en la captura o el procesamiento y la difusión de los datos.

1.3.1 Qué se codifica: causas de muerte

La descripción de una única causa de muerte y los métodos elegidos para captar más información sobre las causas de muerte que se reportan también en un certificado de defunción permiten la identificación de tendencias de salud en una determinada población.

Las intervenciones de salud pública eficaces evitan los daños o la muerte al interrumpir la cadena de eventos que conducen a la producción de un daño. Con este fin, se ha definido la causa básica de defunción como "(a) la enfermedad o lesión que ha iniciado la cadena de eventos mórbidos que conducen directamente a la muerte o (b) las circunstancias del accidente o la violencia que ha producido la lesión mortal", y se utiliza para la tabulación ordinaria de la causa en las estadísticas de mortalidad.

1.4 Principales usos de la CIE: morbilidad

Los datos de morbilidad se utilizan para informes estadísticos, principalmente a nivel nacional o local. Si bien algunos de estos informes estadísticos se llevan a cabo en un contexto de investigación académica, comúnmente se realizan en entornos destinados a informar al sistema de salud y a las agencias de salud pública que toman las decisiones. Los datos codificados con la CIE también forman la base de diferentes sistemas de casuística (*casemix*), como diferentes variedades de grupos relacionados con el diagnóstico (GRD). Los datos de morbilidad codificados también se pueden usar para informar diversas guías clínicas aportando la información del Componente fundamental sobre la morbilidad.

1.4.1 Qué se codifica: afecciones del paciente

La definición de la afección principal consiste en la descripción de un episodio de atención de salud hospitalaria. El profesional de la salud debe registrar e identificar como afección principal aquella que se determine que es la razón del ingreso, según lo establecido al final del episodio de atención de salud.

El profesional de la salud responsable del tratamiento del paciente también es responsable de documentar las afecciones de salud del paciente. Esta información debe organizarse sistemáticamente utilizando métodos de registro estándares. Un registro debidamente completado es esencial para el buen manejo del paciente. También es un requisito previo esencial para la creación de un registro codificado válido de diagnósticos de los pacientes, derivado de un proceso de codificación a partir de información escrita que describa el estado médico de un paciente. Cuando se dispone de un registro escrito sólido de las afecciones del paciente, la codificación satisfactoria de esta información con la CIE y las clasificaciones asociadas proporciona una fuente valiosa de datos epidemiológicos y otros datos estadísticos sobre la morbilidad y otros problemas de atención médica. La persona que transforma la información sobre la afección declarada en códigos (el "codificador") puede ser el profesional de la salud o un codificador clínico (que no es responsable del tratamiento del paciente). En esta última situación, que es frecuente entre los países miembros, la labor del codificador depende de que haya una documentación clínica suficiente de las afecciones del paciente en la historia

clínica registrada por los profesionales de la salud. Nunca se resaltará lo suficiente la importancia de la documentación clínica por parte de los médicos como punto de partida para la codificación de los datos de salud, y esto es algo que debe destacarse como una cuestión de trascendencia clave en los países e internacionalmente. Ello tiene implicaciones respecto a la formación sobre la información de salud y la documentación clínica en los programas de formación de los profesionales de la salud.

1.5 Medicina tradicional

La medicina tradicional (MT) es parte integrante de los servicios de salud prestados en muchos países. La estandarización internacional con la inclusión de la medicina tradicional dentro de la CIE permite medir, contar, comparar, formular preguntas y supervisar a lo largo del tiempo. Aunque algunos países han tenido sistemas nacionales de clasificación de la medicina tradicional durante muchos años, la información de dichos sistemas no se ha estandarizado o no está disponible a nivel mundial.

Se recomienda utilizar la codificación de los casos con el capítulo de la CIE-11 sobre trastornos y patrones de la medicina tradicional (MT1) junto con los conceptos de la medicina occidental de los capítulos 1-25 de la CIE.

Al igual que otros capítulos de la CIE, el capítulo MT1 no se ha diseñado para evaluar la práctica de la MT ni la eficacia de ninguna intervención de MT. Sin embargo, como herramienta para clasificar, diagnosticar, contar, comunicar y comparar las afecciones de la MT, ayudará en la investigación y evaluación destinadas a valorar la seguridad y la eficacia de la MT.

1.6 Mantenimiento de la CIE

El proceso de mantenimiento de la CIE permite la adaptación continua de la CIE siguiendo la evolución de los conocimientos sobre las enfermedades, los tratamientos y la prevención. También garantiza que se produzcan mejoras y aclaraciones como consecuencia del uso cotidiano de la CIE y las solicitudes de los Estados Miembros. Un mecanismo de propuesta y examen en la plataforma en línea hace que el proceso sea transparente. Los flujos de trabajo aseguran que los cambios propuestos se consideren tanto desde una perspectiva médica y científica como desde el punto de vista de su valor y lugar en un tipo de uso concreto.

1.6.1 Introducción al proceso de actualización de la CIE-11

Se elaboran anualmente nuevas versiones oficiales de la clasificación de la CIE-11 para su uso internacional en mortalidad y morbilidad (esto se denomina “navegador azul”). En cambio, el Componente fundamental de la CIE-11 se está actualizando continuamente. Se ha establecido un proceso estandarizado para garantizar que las actualizaciones propuestas se recopilen y dirijan a las personas adecuadas y sean examinadas y debidamente consideradas antes de su aplicación.

La actualización se realiza a diferentes niveles con diferentes frecuencias. Las actualizaciones que afectan a los códigos de cuatro y cinco caracteres se publicarán

cada cinco años. Las actualizaciones a un nivel más detallado se publican con más frecuencia. Las adiciones al índice se hacen de forma continua. Las reglas de mortalidad y morbilidad que tienen una repercusión importante en los resultados estadísticos se actualizarán en ciclos prolongados de 10 años.

Cualquier usuario de la clasificación puede enviar una propuesta de actualización a la CIE. Estas actualizaciones pueden referirse a una o varias entidades de la CIE. Pueden abordar la posición de las entidades en una lista tabular, en el Componente fundamental y en cualquier elemento del modelo de contenido. La plataforma de mantenimiento de la CIE-11 (que se denomina “navegador naranja”) se utiliza para las propuestas y comentarios. Cualquier aportación a la CIE-11 y sus componentes requiere que se haga referencia a las fuentes, una información detallada sobre la evidencia científica y el permiso del propietario de los posibles materiales con derechos de autor (si procede).

Véase una información más detallada en **3.14 Anexo A: Actualización y mantenimiento de la CIE-11**.

1.6.2 Modificaciones nacionales para la codificación de la morbilidad

El uso de la CIE en el contexto específico del sistema de atención médica de un país puede requerir una información detallada que no forme parte actualmente de la CIE-11, por ejemplo, debido al contexto específico o a los requisitos del sistema de reembolso. Dichos cambios estarán sujetos al mismo proceso internacional que todos los demás cambios de la CIE, y luego pasarán a formar parte del Componente fundamental y, finalmente, de la EMM, a poder ser antes de su aplicación en el país solicitante.

Puede surgir una situación en la que un gobierno nacional o un organismo nacional relacionado soliciten una modificación para aplicarla de inmediato. En tales circunstancias excepcionales, se debe evitar que entre en conflicto con el Componente fundamental actual, y los cambios pertinentes estarán sujetos a mecanismos especiales del proceso de actualización internacional. Todos los países que prevean introducir modificaciones nacionales deben establecer los arreglos contractuales pertinentes con la OMS. Esto incluye regulaciones sobre la distribución dentro y fuera del respectivo país y los recursos necesarios para que la OMS agregue estos cambios al componente fundamental.

Para desarrollar una modificación nacional de la CIE-11 se deben cumplir las reglas siguientes:

1. A poder ser, las modificaciones serán acordadas por los organismos de mantenimiento de la CIE-11 antes de que se apliquen a nivel nacional.
2. Las modificaciones no deben tener ninguna repercusión en las estadísticas de morbilidad y mortalidad y no deben entrar en conflicto con el Componente fundamental.
3. Todas las modificaciones nacionales estarán sujetas a la consideración de si ya existen detalles adicionales adecuados en el Componente fundamental.

4. Si se realiza un cambio en la versión internacional de la CIE-11, las respectivas modificaciones nacionales deben incorporar el cambio lo antes posible.

Ejemplo

La “Diabetes tipo 1” en la versión de la CIE-11 de la OMS se clasifica como 5A10. En una modificación nacional, puede ser necesario agregar detalles adicionales a los códigos de la CIE-11. Por ejemplo, podría agregarse la “Diabetes tipo 1, no controlada” como subcategoría de la 5A10, con la designación de 5A10.1. Diabetes tipo 1, no controlada. Sin embargo, cuando el mecanismo de poscoordinación proporciona el grado de detalle necesario, es posible que no sea necesaria la adición de una nueva subcategoría.

Parte 2 - Uso de la CIE-11

2.1 Versión impresa y electrónica de la CIE

La CIE proporciona un estándar para informar, codificar, seleccionar y tabular afecciones para diferentes casos de uso. Proporciona orientación sobre cómo encontrar el código correcto de una afección informada o documentada.

En la versión electrónica de la CIE, la mayoría de la información está interconectada y es visible en el contexto relevante. El contenido de la Guía de referencia es el único documento adicional requerido cuando se codifica con la CIE-11.

En la versión impresa, la información se divide en 3 volúmenes, la lista tabular, la guía de referencia y el índice. Los tres son necesarios para usar la CIE correctamente.

2.2 Directrices básicas de codificación y presentación de informes

La codificación es la asignación de uno o más códigos para representar el significado de una afección con la mayor cantidad de detalles que se requiera. Antes de intentar codificar, el codificador debe familiarizarse con los principios de clasificación y codificación. En algunos casos, usar un código proporcionará suficiente detalle. En otros casos, puede ser necesario usar varios códigos juntos para expresar el nivel de detalle requerido para el caso de uso, el entorno o la normatividad. Para la codificación, los usuarios pueden usar una versión impresa de la CIE, una versión en línea o software local.

2.3 Lista tabular, listas especiales de tabulación, calificadores y modificadores

La lista tabular es una lista alfanumérica de enfermedades y grupos de enfermedades, notas de inclusión y exclusión y algunas reglas de codificación. Los capítulos 1 a 25 de la CIE contienen aproximadamente 15 000 entidades a nivel de cuatro, cinco o seis caracteres.

Además, hay una sección sobre códigos de extensión y otra sobre medicina tradicional. Al final de la lista tabular se presentan las listas de tabulación especiales. Estas no están diseñadas para la codificación, sino solo para la presentación de informes.

2.4 Índice

El índice alfabético es una lista de aproximadamente 120 000 términos clínicos (incluidos sinónimos o frases). El Índice se utiliza para encontrar los códigos relevantes o combinaciones de códigos de la CIE para los términos clínicos. La mención de un término en el índice se hace tan solo con fines de codificación. El hecho de que un término se mencione en el índice no implica ninguna aprobación o aval de una afección concreta.

2.5 Guía de referencia

La Guía de referencia contiene una introducción al contexto, los componentes y el propósito de la CIE. Describe los diversos componentes de la CIE-11, proporciona pautas para la certificación, el registro, las reglas para la codificación de la mortalidad (es decir, las causas de muerte) y la codificación de la morbilidad (por ejemplo, las estadísticas hospitalarias) y las listas para la tabulación de los datos estadísticos.

2.6 Herramientas en línea

La OMS proporciona el navegador de la CIE-11 para la CIE en múltiples idiomas (enlazado desde <https://icd.who.int>). Esta herramienta permite al usuario recuperar conceptos mediante la búsqueda de términos, anatomía o cualquier otro elemento del modelo que se encuentra en el contenido de la CIE-11 (véase Componente fundamental). Con este navegador, los usuarios también pueden contribuir a la actualización y mejora continua de la CIE con comentarios, sugerencias y soluciones. Dicha aportación se revisa anualmente para considerar las inclusiones.

También se puede acceder a la CIE-11 utilizando servicios de la web con software específico para el usuario. La guía de TI para la CIE proporciona más detalles sobre los requisitos de compatibilidad. Tanto los servicios de la web como el navegador en línea permiten el acceso a todas las listas tabulares de la CIE, para estadísticas de mortalidad y morbilidad, atención primaria o para una linealización de especialidad para ciertos dominios especializados.

2.7 Codificación paso a paso - el término clínico

La siguiente tabla compara los pasos de codificación en papel y en un entorno electrónico. El componente esencial de la codificación es encontrar una coincidencia con el término clínico informado; es necesario tener un buen diccionario en el idioma de trabajo y verificar el código resultante con reglas adicionales. En un entorno electrónico, un mecanismo de revisión puede verificar el cumplimiento de las reglas de codificación.

Electrónica	Papel
1. Ingrese el diagnóstico o la frase en la herramienta de codificación	1. Busque el término principal en el Índice alfabético y los términos secundarios aplicables.
2. Seleccione el término coincidente o el más cercano a lo que está buscando, de entre las opciones mostradas	2. Seleccione el término apropiado, o el más cercano a lo que está buscando, de entre las opciones enumeradas
3. Verifique el resultado en la vista del navegador de la lista	3. Verifique el resultado en la lista tabular (Volumen 1) para ver las

tabular para las exclusiones, inclusiones y notas proporcionadas en el nivel de esa categoría, sus niveles de combinación y en el nivel de capítulo.

exclusiones, inclusiones y notas proporcionadas en el nivel de esa categoría, sus niveles de combinación y en el nivel de capítulo.

El navegador en línea de la OMS y la herramienta de codificación están disponibles en <https://icd.who.int>.

2.8 Convenciones de la CIE-11

La CIE-11 tiene formas estandarizadas de presentar su contenido. Las convenciones describen el contenido textual y también se aplican a la estructura de codificación.

2.8.1 Inclusiones

Dentro de las categorías codificadas hay típicamente otros términos diagnósticos opcionales. Estos se conocen como "términos de inclusión" y se dan, además del título, como ejemplos de los diagnósticos establecidos que se clasificarán en esa categoría. Pueden referirse a afecciones diferentes o ser sinónimos. No son una subclasificación de la categoría.

Los términos de inclusión se enumeran principalmente como una guía para el contenido de la categoría, además de la definición. Muchos de los elementos enumerados se relacionan con términos importantes o comunes que pertenecen a la categoría. Otros son afecciones limítrofes o sitios enumerados para distinguir el límite entre una subcategoría y otra. Las listas de términos de inclusión no son de ninguna manera exhaustivas.

Los nombres alternativos de las entidades de diagnóstico (sinónimos) se incluyen y se muestran en la herramienta de codificación electrónica y en el Índice alfabético.

A veces es necesario leer los términos de inclusión junto con los títulos. Esto ocurre generalmente cuando los términos de inclusión describen listas de sitios o productos farmacéuticos, donde deben entenderse las palabras del título (por ejemplo, "neoplasia maligna de ...", "lesión de ...", "efectos tóxicos de ..."). Las descripciones generales de diagnósticos comunes a un rango de categorías, o a todas las subcategorías en una categoría de cuatro caracteres, se encuentran en el encabezado de las notas "Inclusiones", inmediatamente después del título de un capítulo, grupo o categoría.

2.8.2 Exclusiones

Ciertas categorías contienen listas de condiciones precedidas por la palabra "Exclusiones". Estos son términos que se clasifican en otros lugares. Un ejemplo de esto es *5A60 hiperfunción de la glándula hipofisaria* la cual excluye el síndrome de Cushing.

Las exclusiones sirven como referencia cruzada en la CIE y ayudan a delimitar los límites de una categoría.

Las exclusiones generales para un rango de categorías o para todas las subcategorías se encuentran en las notas con el encabezado "Excluye", inmediatamente después del título de un capítulo, grupo o categoría.

Los casos de múltiples entidades padres en la CIE-11 muestran categorías en el contexto de las entidades hermanas que se ubican en otra parte de la clasificación. Esto también es una indicación de una exclusión y significa que "hay una entidad hermana codificada en otro lugar". En la versión impresa y en la versión del codificador, esto se indica con la etiqueta de "codificado en otro lugar".

2.8.2.1 Instrucciones "Codifique también" y "Use código adicional, si lo desea"

Las instrucciones "codifique también" informan al usuario sobre la información etiológica adicional requerida que debe ser codificada en una combinación con ciertas categorías porque esa información adicional es relevante para la tabulación primaria. La declaración "codifique también" marca las categorías que deben usarse junto con el(es) segundo(s) código(s) indicado(s). Sin embargo, en algunos casos la etiología puede ser desconocida aunque la afección requiera de por sí tratamiento. En tales circunstancias, puede indicarse el código solo.

Por ejemplo, la categoría de catarata diabética indica "codifique también" el tipo de diabetes. Esto significa que, junto con el código para 'catarata diabética', debe asignarse el código del tipo de diabetes. Se registran siempre los dos códigos de base, para el tipo de diabetes y para la catarata diabética en una combinación.

La instrucción de "Use código adicional, si lo desea" informa al usuario sobre los detalles adicionales opcionales que se pueden codificar.

2.8.3 "NCOP" y "SAI"

2.8.3.1 "NCOP"

La indicación "no clasificada en otra parte", cuando se usa en un título de categoría, sirve como advertencia de que ciertas variantes específicas de las afecciones enumeradas pueden aparecer en otras partes de la clasificación. Por ejemplo, [NF09] Efectos adversos, no clasificados en otra parte. Los códigos a los que se agrega la descripción de NCOP solamente deben usarse si no hay una de las demás opciones disponibles en la clasificación que sea apropiada.

2.8.3.2 "SAI"

Las letras SAI son una abreviatura de "*sin alter indicatio*" o "no especificado de otra manera", lo que implica que la documentación que se utiliza para la clasificación no proporciona otros detalles más allá del término presentado. Ello implica "no especificado", "no está completamente especificado" o "no está calificado". A veces, un término no calificado se clasifica en una rúbrica para un tipo más específico de la condición. Esto se debe a que, en la terminología médica, la forma más común de

una afección a menudo se conoce por el nombre genérico de la afección en sí misma y solo se califican los tipos menos comunes. Por ejemplo, "faringitis" se usa comúnmente para referirse a "faringitis aguda". Estas suposiciones incorporadas deben tenerse en cuenta para evitar una clasificación incorrecta.

Una inspección cuidadosa de los términos de inclusión revelará dónde se debe tener en cuenta una asunción de causalidad. Los codificadores deben tener cuidado de no codificar un término como no calificado a menos que sea bastante claro que no hay información disponible que permita una asignación más específica en otro lugar. Del mismo modo, al interpretar estadísticas basadas en la CIE, algunas condiciones asignadas a una categoría aparentemente especificada no se habrán especificado en el registro codificado. Al comparar tendencias a lo largo del tiempo e interpretar estadísticas, es importante tener en cuenta que las suposiciones pueden cambiar de una revisión de la CIE a otra. Por ejemplo, antes de la octava revisión, se suponía que un aneurisma aórtico no calificado se debía a sifilis (este ya no es el caso desde la introducción de la CIE-10). En la CIE-11, en la mayoría de los casos, la terminología de "SAI" apunta a categorías no especificadas, de modo que el futuro análisis de datos pueda tener en cuenta las suposiciones causales con independencia del significado lingüístico.

Términos adicionales permitidos en la codificación con la CIE:

- Ciertos
- Otros
- Sin especificar
- Y
- O
- Debido a
- Con
- Causado por
- Atribuido a
- Secundario a
- Asociado con

2.8.4 'Ciertas' o 'Algunas'

El término "ciertas" o "algunas" informa de que algunas entidades que podrían agruparse en una ubicación específica en la clasificación se agrupan en otro lugar fuera del capítulo o bloque actual. Por ejemplo, *8B22 Algunas enfermedades cerebrovasculares especificadas* significa que tan solo se codifican aquí algunas enfermedades cerebrovasculares especificadas, mientras que otros tipos de enfermedad cerebrovascular se encuentran en otro lugar de la clasificación.

2.8.5 Categorías residuales – 'Otros' y 'Sin especificación' (No especificados)

La codificación con la CIE-11 siempre debe completarse para incluir el nivel de detalle más específico posible con el uso de un código o códigos múltiples como se describió anteriormente. Sin embargo, existen circunstancias en las que eso no es

posible y por esa razón la CIE-11 incluye categorías tituladas "otras" y "no especificadas" ("sin especificación"). En algunos casos, la información necesaria para seleccionar una categoría específica puede no estar disponible en la documentación de origen. Cuando este es el caso, se selecciona la categoría residual "sin especificar". A la inversa, hay casos en que la información en la documentación de origen es muy específica, pero la lista tabular no incluye una categoría específica. En este caso, los usuarios identifican la coincidencia con la categoría más cercana y codifican en la categoría residual denominada "otros".

2.8.6 Uso de "Y" y "O"

La letra 'y' y la letra 'o' en la CIE-11 se usan en su significado en lógica formal. Un término que incluye una declaración del tipo "A y B" significa que ambos, A y B, tienen que estar presentes para poder usar esa categoría. Un término que incluye una declaración del tipo "A o B" significa que la categoría puede usarse si está presente A o B.

2.8.7 "Debido a" y "Asociado con"

"Debido a" es el término preferido para las categorías donde se mencionan dos condiciones y existe una secuencia causal entre ellas. Otros términos, como "causado por" o "atribuido a" son sinónimos permitidos. La frase "secundaria a" es equivalente y también puede incluirse como sinónimo. "Asociado con" es el término preferido para las categorías donde se mencionan dos condiciones y no hay una secuencia causal implícita.

2.8.8 Ortografía, paréntesis, gramática y otras convenciones

La ortografía y la gramática de la CIE-11 siguen las reglas británicas con excepciones y enmiendas que se ajustan a las reglas de ortografía de la OMS. Se enumeran a continuación las convenciones detalladas. El índice alfabético utiliza las siguientes convenciones:

- Los términos se enumeran en su forma singular. Por ejemplo, "Lesión superficial del cuero cabelludo" en lugar de "Lesiones superficiales del cuero cabelludo"
- No se usan apóstrofes con epónimos. Por ejemplo: 'Linfoma de Hodgkin' (en lugar de '*Hodgkin's linfoma*')
- Las entidades se describen utilizando lenguaje natural. Por ejemplo: "infarto de miocardio" (en lugar de "infarto, miocardio").
- Las abreviaturas se usan con letras mayúsculas y luego el título completo en su totalidad. Por ejemplo: 'IM - infarto de miocardio'.
- Los paréntesis se utilizan en la lista tabular para incluir el código al que se refiere el término de exclusión. Por ejemplo: 9A01.3 *Blefaritis infecciosa* Exclusiones: blefaroconjuntivitis (9A60.4)

2.8.9 Características generales

La principal innovación estructural de la CIE-11 es que se basa en un Componente fundamental del cual se derivan las listas tabulares (como la clasificación para las estadísticas de morbilidad y mortalidad). Véase “Componente fundamental”.

Cuadro 1: Terminología de la CIE-11

Término de la CIE-11	Explicación
Componente fundamental	Es el contenido de la base de datos subyacente que incluye toda la información necesaria para generar versiones impresas de la lista tabular y el índice alfabético, así como la información adicional que se necesita para generar linealizaciones de especialidad de la CIE-11 y modificaciones específicas del país.
Código de base	Los códigos de base son códigos que se pueden usar solos. Se encuentran en la lista tabular de la CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. Los códigos de base pueden ser entidades o agrupaciones de especial interés o afecciones clínicas que siempre deben describirse como una sola categoría. El diseño de los códigos de base garantiza que en los casos de uso que requieren solo un código por caso, se recopile un mínimo de información significativa.
Código de extensión	Los códigos de extensión son listas de información adicional que pueden agregarse a un código de base cuando los usuarios y los entornos están interesados en informar de más detalles. Los códigos de extensión no son mutuamente excluyentes. No constituyen una clasificación y no se pueden usar nunca sin un código de base. Los códigos de extensión no pueden aparecer nunca en la primera posición en un grupo.
Precoordinación	Los códigos de base pueden contener toda la información pertinente sobre un concepto clínico en una forma pre-combinada. Esto se conoce como "precoordinación".
	Ejemplo: <i>BD50.40 Aneurisma aórtico abdominal con perforación</i>
	Ejemplo: <i>CA40.04 Neumonía por Mycoplasma pneumoniae</i>
Poscoordinación	El uso de múltiples códigos (es decir, códigos de base y/o códigos de extensión) juntos, para describir completamente un concepto clínico documentado.
Combinación	Una combinación está formada por entidades poscoordinadas que se agrupan con el empleo de una barra inclinada (/) o un símbolo (&).

Término de la CIE-11	Explicación
	<p>Ejemplo: Diagnóstico: Úlcera duodenal con hemorragia aguda, Combinación: DA63.Z/ME24.90 Afección - <i>DA63 Úlcera duodenal</i>, sin especificación Tiene manifestación (usar un código adicional, si se desea) - <i>ME24.90 Sangrado gastrointestinal agudo no clasificado en otra parte</i></p>
Entidades padre primarias y secundarias	<p>La jerarquía de la CIE-11 se define de la misma forma que en versiones anteriores de la CIE. La posibilidad de conectar enfermedades y conceptos específicos incluidos en la clasificación con otro código de base se introdujo para permitir realizar extractos específicos de la lista tabular para especialidades médicas o para usos específicos.</p>
	<p>Ejemplo: En el capítulo de neoplasias malignas se encuentra un código para una neoplasia maligna de la piel. La entidad padre primaria para ese código es un código o un grupo de este capítulo. Sin embargo, un médico que trata solo enfermedades de la piel puede querer ver únicamente los códigos de la clasificación que sean relevantes para su propósito clínico específico. Por lo tanto, se definió una entidad padre secundaria en el capítulo de la piel que solo mostrará el código en este capítulo si se selecciona el extracto específico del código para este uso específico.</p>

2.9 Códigos de base

Los códigos de base de la CIE-11 son códigos en una lista tabular particular que se pueden usar solos. Los códigos de base pueden ser entidades o agrupaciones de alta relevancia, o entidades clínicas que siempre deben describirse como una entidad. El diseño de los códigos de base garantiza que en los casos de uso que requieren solo un código por caso se recopile un mínimo de información significativa.

Los códigos de base de la CIE-11 están organizados en 26 capítulos que siguen el patrón tradicional de la CIE, relacionados con la etiología, el sistema orgánico relevante, la condición de embarazo, el estado perinatal, las causas externas y los factores que influyen en el estado de salud.

2.10 Códigos de extensión

Los códigos de extensión se presentan para su empleo como códigos complementarios o adicionales cuando se desea identificar un mayor detalle en

entidades clasificadas en otro lugar. La inclusión de los nuevos códigos de extensión en la CIE-11 brinda la posibilidad de codificar una información de calificación y está vinculada con los códigos de base. Los códigos de extensión fueron diseñados para estandarizar la forma en que se agrega la información adicional a los códigos de base, y la adopción de la codificación multidimensional resulta en una cantidad sustancialmente reducida de códigos de base.

Los códigos de extensión no son mutuamente excluyentes. No constituyen una clasificación y no pueden usarse nunca sin un código de base. Los códigos de extensión no pueden aparecer nunca en la primera posición de una combinación. Uno o varios códigos de extensión pueden vincularse al codificar una afección específica.

Hay dos tipos principales de códigos de extensión:

- Los códigos de extensión de tipo 1 permiten al usuario agregar detalles a un código de base, por lo que respecta a severidad, temporalidad, anatomía, histopatología de la afección u otras dimensiones como las de sustancias o dispositivos médicos. Por ejemplo, si la declaración diagnóstica indica “prolapso de disco cervical C5-C6”, puede agregarse el código de extensión de anatomía *XA1X49 Disco o espacio intervertebral cervical C5-C6* al código de base *FA80.1 Discopatía cervical degenerativa con prolapso de disco* con objeto de captar la información detallada de lo contenido en la declaración diagnóstica.
- Los códigos de extensión tipo 2 representan descriptores de códigos de diagnósticos que indican cómo debe usarse o interpretarse el diagnóstico. El significado del código se refiere a la misma condición, pero el uso del código de extensión descriptor de diagnóstico tipo 2 modifica su interpretación. Por ejemplo, para la notificación de eventos adversos, es importante codificar cronología del diagnóstico como *XY6M Presente en la admisión*, *XY69 Desarrollado después de la admisión* o *XY85 Cronometraje incierto de inicio relativo a la admisión*.

Descripción general de los códigos de extensión tipo 1

- Valor de escala de severidad
- Temporalidad (curso o evolución de la afección)
- Etiología
- Valor de escala de topología
- Detalle anatómico específico
- Histopatología
- Dimensiones de los traumatismos.
- Dimensiones de causas externas.
- Conciencia
- Sustancias y medicamentos
- Dispositivos médicos

Descripción general de los códigos de extensión tipo 2 - Descriptores de los códigos de diagnóstico

- Tipos de diagnóstico de alta (egreso)
- Momento en que se determinó el diagnóstico
- Momento del diagnóstico respecto del procedimiento quirúrgico

- Método de confirmación del diagnóstico
- Certeza del diagnóstico
- Momento en que se determinó el diagnóstico obstétrico
- Capacidad o contexto

2.11 Precoordinación y poscoordinación

Algunos códigos de base contienen toda la información relevante respecto a un concepto clínico de una forma precombinada. Esto se denomina "precoordinación".

Una afección de salud se puede describir hasta cualquier nivel de detalle, aplicando más de un código, es decir mediante una "poscoordinación" (es decir, combinando códigos):

- dos o más códigos de base (por ejemplo, código1/código2)
- códigos de base con uno o varios códigos de extensión (es decir, código de base y código de extensión1 y código de extensión2)

Un grupo de códigos que han sido objeto de una poscoordinación se denomina "combinación". Los símbolos (/) o (&) se emplean para indicar la vinculación entre los códigos poscoordinados. De esta manera, la clasificación puede abordar una gran cantidad de conceptos clínicos con un número limitado de categorías.

Ejemplo

Precoordinación de conceptos en un solo código. Afección: *2C25.2 Carcinoma de células escamosas del bronquio o del pulmón*. En la precoordinación, se combinan la localización y la anatomía patológica en un solo código de base precoordinado.

Ejemplo

Poscoordinación de conceptos combinados a través de la codificación combinada: la infección del tracto urinario debida a *Escherichia coli* productora de beta-lactamasa de espectro extendido se expresa a través de una combinación de dos códigos de base vinculados o combinados. Afección: *GC08.0 Infección urinaria por Escherichia coli, localización no especificada, asociada con (use código adicional, si lo desea): MG50.27 Escherichia coli productora de betalactamasas de espectro extendido*. Código combinado: [GC08.0/MG50.27]

Eje de poscoordinación	Descripción
"Tiene una afección causante" (etología)- Este campo indica la afección causante que siempre debe ser codificada. La afección causante puede ser equivalente al	Es obligatorio codificar la afección básica para la tabulación primaria cuando esta es conocida. "La afección causante" se agrega a las categorías causadas por una enfermedad básica. Por ejemplo, la retinopatía tiene como

Eje de poscoordinación	Descripción
"Tiene una afección causante" (etología)- Este campo indica la afección causante que siempre debe ser codificada. La afección causante puede ser equivalente al	Es obligatorio codificar la afección básica para la tabulación primaria cuando esta es conocida. "La afección causante" se agrega a las categorías causadas por una enfermedad básica. Por ejemplo, la retinopatía tiene como

código de "daga" en la CIE-10. Esta opción se encuentra en entidades que son típicamente causadas por una gama de afecciones diferentes y se designa como de poscoordinación obligatoria en la Herramienta de codificación.

"Tiene manifestación"- Indica al usuario que debe codificar cualquier manifestación existente. Las manifestaciones se pueden comparar con los códigos de "asterisco" de la CIE-10. Esta opción se encuentra en las entidades que pueden desarrollar manifestaciones.

'Asociado con' - Cuando las afecciones se capturan juntas para obtener una imagen completa, pero no constituyen necesariamente un escenario de causa y efecto.

"afección causante" la diabetes. La afección causante debe considerarse necesaria en casi todas las situaciones, y debe ser usada para afecciones que son manifestaciones.

Es opcional codificar las manifestaciones de una enfermedad. Por ejemplo, la diabetes "tiene manifestaciones" como la retinopatía. Esta codificación se debe considerar "permitida" en casi todas las situaciones. Las manifestaciones enumeradas suelen ser una muestra de las que resultan frecuentemente en esa afección.

Este campo se usa cuando se requieren múltiples códigos para describir completamente una afección. Por ejemplo, "Asociado con" se utiliza para vincular los códigos de resistencia antimicrobiana a los códigos para la infección. Esta codificación puede ser "Permitida" o "Requerida" dependiendo de la situación.

Casos especiales de poscoordinación:

1. Los códigos de causa externa se "permiten" para identificar la causa de una lesión y se "asocian con" los traumatismos.
2. El código de causa externa para identificar un medicamento específico se "permite" con las entidades que comienzan con o incluyen la frase "Inducida por el medicamento".
3. Los códigos de causa externa para el modo y el mecanismo del daño asociado a la atención de salud se "asocian con" los códigos del daño.

2.11.1. Agregación de detalles – codificación de poscoordinación y de combinación con múltiples códigos de base y códigos de extensión

Debe codificarse la información acerca de la etiología y la manifestación de la afección de interés. En algunos casos, la categoría de la CIE corresponde a ambos (es decir, precoordinación), mientras que en otros es preciso utilizar más de un código de base (o código de extensión) para expresar la información detallada pertinente. Esto requiere una poscoordinación.

Por ejemplo. Úlcera duodenal aguda con hemorragia

Código de base: DA63 Úlcera duodenal, sin especificación, Tiene manifestación (use el código adicional, si lo desea): ME24.90 Sangrado gastrointestinal agudo, no clasificado en otra parte, Código combinado: DA63/ME24.90

Sin embargo, la poscoordinación nunca debe usarse para reproducir el significado de una afección que ya es un concepto precoordinado. Debe usarse en código de precoordinación.

Por ejemplo. Bronquiolitis aguda por virus sincitial respiratorio (VRS)

Codifique: CA41.0 Bronquiolitis aguda por virus respiratorio sincitial, Explicación: Como la bronquiolitis por virus respiratorio sincitial es un concepto precoordinado en la CIE-11, es incorrecto/está prohibido repetir el significado de la declaración de diagnóstico utilizando un código de base y un código de extensión (es decir, no se debe codificar: CA41.Z Bronquiolitis aguda, sin especificación & *XN275 virus sincitial respiratorio humano*).

Por ejemplo. Fractura, diáfisis de cúbito.

Codifique: NC32.2 Fractura de la diáfisis del cúbito Explicación: Dado que la fractura de la diáfisis del cúbito es un concepto precoordinado en la CIE-11, es incorrecto/está prohibido repetir el significado del diagnóstico establecido utilizando un código de principal y un código de extensión (es decir, no se debe codificar: NC32 Fractura del antebrazo, sin especificación & *XA8U33 diáfisis del cúbito*).

Puede haber casos menos obvios en la CIE. En un entorno electrónico, las reglas de codificación ayudarán a evitar este tipo de error. Para propósitos de informes, cualquier código correlacionado se vincula mediante una barra (/) entre los códigos de base y un signo (&) se usa para separar los códigos de base de los códigos de extensión.

2.11.2 Combinación de códigos de base y códigos de extensión, y cómo ordenarlos en una combinación de códigos compleja

Los códigos de base de otras partes de la CIE y los códigos de extensión se pueden vincular entre sí para describir un concepto clínico en detalle. Deben agruparse en la transmisión y evaluación de los datos para no perder la información transmitida por el conjunto de códigos. Tal conjunto de códigos se denomina combinación. La codificación combinada requiere el uso de una sintaxis específica para indicar qué códigos van juntos cuando se usa la poscoordinación. Esta sintaxis tiene que cumplir con las siguientes reglas:

1. Si solo se codifica un código de base, no es necesario llevar a cabo el procedimiento de combinación.

Por ejemplo. Condición: infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST
BA41.0 Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST

2. Cuando se lleva a cabo la poscoordinación para formar una combinación, los códigos de base siempre se colocan antes de los códigos de extensión. (Note, sin embargo, el escenario de combinación complejo que se muestra en el Ejemplo 5 a continuación, donde la unión de múltiples códigos de referencia y códigos de extensión vinculados se combina en una sola combinación compleja).
3. Si un código de base es poscoordinado con uno o más códigos de extensión, la sintaxis de combinación utilizada es el signo (&).

Ejemplo 1: infarto agudo de miocardio de la pared anterior, con elevación del segmento ST, DAI (arteria coronaria descendente anterior izquierda)

Afección (código) - Infarto agudo de miocardio con elevación del ST *BA41.0 Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST*

Especificación anatómica – *XA7RE3 Pared anterior del corazón*

Especificación anatómica – *XA7NQ7 Arteria coronaria descendente anterior izquierda, Código combinado:* BA41.0&XA7RE3&XA7NQ7

Ejemplo 2: Pielonefritis aguda del lado izquierdo, por E. coli. Código de la afección – *GB51 Pielonefritis aguda*

Lateralidad – *XK8G izquierda, Agente infeccioso – XN6P4 Escherichia coli Código combinado:* GB51&XK8G&XN6P4

4. Si dos códigos de base son poscoordinados para proporcionar detalles adicionales, es importante seguir el orden (dentro de una combinación) de acuerdo con el caso de uso (por ejemplo, mortalidad o morbilidad). El primer código de base se separará del segundo código de base con una barra (/).

Si solo se puede conservar un código para el análisis de los datos de mortalidad (causa básica de defunción) y prevención en la salud pública, se debe otorgar prioridad de orden al código que mejor describe la etiología de una afección. Si solo se puede conservar un código para el análisis de los datos de morbilidad, se debe dar prioridad a la afección principal (motivo de ingreso establecido después del estudio, al final del episodio de atención médica).

Ejemplo 3: Ordenamiento de códigos de mortalidad (causa básica de defunción) dentro de una combinación.

Paciente que falleció a causa de un coma diabético. El paciente tenía diabetes mellitus tipo 2. Afección (causa terminal de la muerte): *5A23 Coma diabético*
 Afección (causa básica de la defunción): *5A11 Diabetes mellitus de tipo 2,*
Ordenamiento de los códigos combinados de mortalidad: 5A11/5A23

Ejemplo 4: Ordenamiento de códigos de morbilidad (afección principal) dentro de una combinación (si solo se puede capturar un código durante el análisis de datos)

Paciente ingresado en un hospital en coma diabético. El paciente tenía diabetes mellitus tipo 2.

Afección principal: 5A23 *Coma diabético* Otra afección: 5A11 *Diabetes mellitus de tipo 2* **Ordenamiento de los códigos combinados en morbilidad: 5A23/5A11**

5. Si un código de base es poscoordinado con códigos de extensión y se codifica también otro código de base con algunos otros códigos de extensión dentro de una combinación, la sintaxis específica debe diseñarse para hacer una distinción clara entre qué códigos de extensión presentes en la combinación corresponden a qué códigos de base. Se debe seguir la siguiente sintaxis: Se indica el primer código de base, seguido de un signo "&" seguido de uno o más códigos de extensión, cada uno de ellos separados por signos "&". Luego, una barra inclinada "/" separa esta primera sección de la combinación del siguiente código de base seguido de "&" y los códigos de extensión para este código de base específico, cada uno nuevamente separado por "&".

Ejemplo 5: código de base & código de extensión / código de base & código de extensión & código de extensión

Afección Hernia inguinal izquierda con obstrucción aguda (código) – DD51 *Hernia inguinal*

Lateralidad – XK8G *Izquierda*

Asociada con (use código adicional, si lo desea) – ME24.2 *Obstrucción del tubo digestivo*

Evolución - XT5R *Aguda*. **Código combinado:**
DD51&XT5R&XK8G/ME24.2&XT5R

La poscoordinación solo debe usarse para combinar códigos para describir y caracterizar completamente un diagnóstico clínico documentado. Si la documentación describe dos conceptos clínicos distintos que están representados por códigos de base distintos, no se deben informar juntos en una combinación poscoordinada.

Ejemplo 6: Peatón con traumatismo por una caída

Concusión y fractura abierta de la diáfisis del cúbito izquierdo, debidas a caída en una acera irregular:

Afección 1 (codificación) – NA07.0 *Conmoción*

Tiene una afección causante (codifique también) – PA60 *Caída no intencional desde el mismo nivel o desde menos de 1 metro*

Objeto o ser vivo involucrado en causar lesiones: XE1DA *Superficie irregular, no clasificada en otra parte*

Lugar de ocurrencia – XE53A *Acera*

Código combinado – NA07.0/PA60&XE1DA&XE53

Afección 2 (codificación) – NC32.2 *Fractura de la diáfisis del cúbito*

Lateralidad – XK8G *Izquierda*

Fractura abierta o cerrada – XJ7YM *Fractura expuesta*

Asociado con: *PA60 Caída no intencional desde el mismo nivel o desde menos de 1 metro*

Objetos de seres vivos involucrados en causar lesiones: *XE1DA Superficie desigual, no clasificada en otra parte*

Lugar de ocurrencia – *XE53A Acera*

Código combinado: NC32.2& XK8G & XJ7YM / PA60&XE1DA&XE53A

Las combinaciones permitidas de códigos de base y códigos de extensión se describen mediante reglas que están integradas en el Componente fundamental de la CIE-11. Evitarán combinaciones imposibles y la creación de combinaciones que ya existen en forma de conceptos precoordinados en la lista tabular.

2.11.3 Momento en que se estableció el diagnóstico: "Presente en la admisión" frente a "Desarrollado después de la admisión"

Entre los nuevos descriptores de códigos de diagnóstico de tipo 2 se encuentra el conjunto especialmente importante de códigos de extensión que permite diferenciar los diagnósticos presentes en la admisión de los diagnósticos surgidos después de la admisión, es decir, durante el periodo de hospitalización.

Esta última distinción es particularmente importante, ya que permite la identificación específica de varios diagnósticos hospitalarios que pueden representar eventos adversos asociados con la atención médica. La mayoría de los conceptos codificados en un registro de hospital son afecciones que están presentes en el momento de la admisión. Teniendo esto en cuenta, será de especial interés colocar una marca en un diagnóstico que ha aparecido después del ingreso.

Ejemplo 1:

Paciente con diabetes tipo 1 de larga evolución, fue ingresado en el hospital por un infarto de miocardio. Afección principal: infarto de miocardio. Otra afección: diabetes mellitus, tipo 1. En este caso, ambas afecciones están presentes en el momento del ingreso, pero una de ellas (infarto de miocardio) no necesita ser codificada como "presente en el momento de la admisión" porque es la afección principal, designada en este ejemplo como "la afección que es la razón de ingreso, establecida al final del episodio de atención médica". La codificación apropiada de este escenario incluye, por lo tanto, una combinación de dos entidades codificadas combinadas, y cada una de las cuales implica un código de base vinculado a un código de extensión asociado, por ejemplo:

- "Código de base para infarto de miocardio" & "Código de extensión de tipo de diagnóstico de alta para la razón de la afección principal; BA41&XY0Y
- "Código de base para diabetes mellitus tipo 1" & "Código de extensión de momento del diagnóstico para estar presente en el momento de la admisión"; 5A10&XY6M

Tenga en cuenta que para ambas entidades codificadas en el ejemplo anterior, se utiliza un signo (&). En el primer grupo, el código de base para el infarto del miocardio está vinculado a un código de extensión del tipo de diagnóstico para la afección principal. En el segundo grupo, el código de base para la diabetes mellitus tipo 1 está vinculado a un código de extensión del momento del diagnóstico por estar presente en el momento de la admisión.

Ejemplo 2:

Paciente con diabetes tipo 1 de larga evolución, ingresado en el hospital por dolor torácico. Después de la evaluación se diagnosticó infarto del miocardio. El paciente desarrolla una trombosis venosa profunda en la extremidad inferior derecha como complicación de la atención intrahospitalaria. Afección principal: infarto de miocardio. Otras afecciones: diabetes mellitus, tipo 1; Trombosis venosa profunda (que surge después de su ingreso en el hospital)

En este ejemplo, un código de extensión del momento del diagnóstico se vincula mediante la codificación combinada, para expresar que se "desarrolló después de la admisión", al código de base de "trombosis venosa profunda". Los dos primeros conceptos diagnósticos se codifican exactamente según el ejemplo anterior, es decir,

- "Código de base para infarto agudo de miocardio"&"Código de extensión como tipo de diagnóstico de alta para la afección principal"; BA41&XY0Y
- "Código de base para diabetes mellitus tipo 1"&"Código de extensión para momento del diagnóstico presente en la admisión"; 5A10&XY6M
- "Código de base para trombosis venosa profunda"&"Código de extensión del momento del diagnóstico para el desarrollo después de la admisión"; BD71.4&XK9K&XY69

Nuevamente, cada una de las tres entidades de la Codificación combinada usa un símbolo "&" porque el segundo código de la combinación (y también el tercer código) es un código de extensión.

2.12 Funcionamiento en la CIE y uso conjunto con la CIF

La CIE-11 se ha creado tanto para compartir conceptos como para ser usada conjuntamente con el CIF. Esta asociación puede ayudar con las siguientes tareas:

- evaluación en la práctica médica general (por ejemplo, evaluación de la aptitud para el trabajo)
- evaluación para la asignación de beneficios sociales (por ejemplo, discapacidad, pensión)
- fines de pago o reembolso
- evaluación de necesidades (por ejemplo, para rehabilitación, asistencia ocupacional, atención a largo plazo).
- evaluación de resultados de las intervenciones

Los signos y síntomas en la CIE están alineados con las funciones corporales indicadas en la CIF, y los "factores que influyen en el estado de salud" de la CIE se alinean con los factores contextuales de la CIF. Los elementos de la Sección V de la CIE son un subconjunto de las entidades contenidas en la CIF.

La sección de funcionamiento que está incorporada a la CIE sirve para generar una calificación de resumen del funcionamiento basada en la evaluación de la persona. El conjunto de elementos funcionales en la CIE-11 permite utilizar la Escala de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHODAS) y la Encuesta de Discapacidad del Modelo (MDS, módulo 4000, Funcionamiento) para generar la calificación de resumen. El conjunto también se puede utilizar para la evaluación. Cuando se requieren más detalles para la evaluación, se debe utilizar la CIF completa. El funcionamiento en los ítems individuales se evalúa utilizando el cuestionario combinado del Anexo (WHODAS 36 + MDS). El conjunto se complementa con elementos de la sección 9 de la CIF, el conjunto básico genérico. La gravedad se reporta utilizando un calificador de escala negativa idéntico al utilizado en la CIF:

Código	Descriptor	Rango de medición estimado
x.0	NO hay problema	0-4 %
x.1	Problema LEVE	5-24%
x.2	Problema MODERADO	25-49
x.3	Problema SEVERO	50-95%
x.4	Problema COMPLETO	95-100%
x.8	No especificado	
x.9	No aplicable	

2.13 Informes electrónicos

La documentación electrónica seguirá el principio de recopilación de información sin pérdidas en la fuente. Las mejores prácticas de notificación incluyen:

1. Un campo de texto que capte el término clínico o la causa de muerte con la redacción exacta reportada por el proveedor de salud y
2. Un campo de datos que retenga el identificador (URI) de la entidad elegida de la CIE-11 (índice, título de código u otro elemento) que corresponda a la coincidencia más exacta con ese texto
3. Un campo de datos para el código pertinente de la CIE-11.

De esta manera, la calidad de la codificación se puede verificar en cualquier momento. Además, las condiciones específicas se pueden identificar y analizar, independientemente de que se vinculen a un código individual de la CIE o se agrupen en un código con otras afecciones.

2.14 Componente fundamental y listas tabulares

El Componente fundamental es un conjunto multidimensional de todas las entidades de la CIE. Las entidades pueden ser enfermedades, trastornos, traumatismos, causas externas, signos y síntomas. Algunas entidades pueden ser muy amplias, por ejemplo, "traumatismo en el brazo", mientras que otras son más detalladas, por ejemplo, "laceración de la piel del pulgar". El Componente fundamental tiene también la información necesaria para usar las entidades en la elaboración de una lista tabular. El Componente fundamental incluye información sobre dónde y cómo una determinada entidad está representada en una lista tabular, si pasa a ser un grupo, una categoría con un código de base o si se menciona como un término de indexación en una categoría específica.

Se pueden construir varias listas tabulares diferentes a partir del Componente fundamental. Sobre la base del mismo Componente fundamental, se puede crear un conjunto de listas tabulares que se base en la misma estructura de árbol jerárquico y produzca listas tabulares congruentes. El Componente fundamental incluye instrucciones sobre cómo combinar ciertos códigos en una lista tabular para lograr una codificación más detallada. Estas reglas ayudan a los codificadores y a los sistemas informáticos a visualizar las combinaciones de códigos permitidas cuando utilizan una lista tabular.

Listas tabulares básicas para uso internacional:

- Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad (EMM)
- Establecimientos de atención primaria en entornos de bajos recursos (EAPBR)
- Autopsia verbal (AV)
- Lista Inicial de Mortalidad (LIMor)

El nombre completo de dicha lista tabular siempre incluirá a la "CIE-11", por ejemplo CIE-11 EMM.

En una lista tabular, las entidades del Componente fundamental se convierten en categorías. Las categorías son mutuamente excluyentes y conjuntamente exhaustivas y están vinculadas a un árbol jerárquico único (solo tienen una entidad

padre). La información relacionada con una entidad que se ha convertido en una categoría y tiene varias entidades padres continúa estando disponible en el Componente fundamental. Esta información se puede usar para visualizar esa categoría en más de un lugar en la lista tabular, por ejemplo, mostrándolos en negro en su lugar para tabulación de referencia y en gris en cualquier otro lugar para navegar o para tabulaciones alternativas. La CIE-11 tiene múltiples listas tabulares congruentes con diferentes niveles de detalle.

El Componente fundamental es la fuente de datos para la producción y el mantenimiento de listas tabulares, el índice y la Guía de referencia. También incluye contenido adicional (véase "modelo de contenido") que va más allá del uso tradicional de una clasificación impresa en papel. Dependiendo de la configuración dentro de un país, se puede decidir utilizar el Componente fundamental completo o centrarse en las partes que son esenciales para la producción y el mantenimiento del Índice y la Lista tabular.

El Componente Fundamental sirve para alinear las diferentes listas tabulares en cuanto a su contenido y para definir las categorías. Como tal, permite el uso estandarizado de la CIE-11, independientemente del ámbito en el que se utiliza. El Componente fundamental incluye, por ejemplo, enlaces a otras clasificaciones o terminologías que se pueden ampliar en el futuro. Solo si es relevante para un país, se usa esta información, o subconjuntos de ella, en la aplicación de la CIE-11. Obsérvese que la mención de un término o entidad en el componente fundamental tiene tan solo fines ontológicos. La mención de un término o entidad en el componente fundamental no implica aprobación ni aval alguno de una afección concreta.

2.15 Mantenimiento y aplicación de la CIE

El proceso de mantenimiento de la CIE permite su adaptación continua siguiendo la evolución en el conocimiento de las enfermedades, los tratamientos y la prevención. Un mecanismo de propuesta y revisión en una plataforma en línea hace que el proceso sea transparente. Los flujos de trabajo aseguran que los cambios propuestos se consideren tanto desde una perspectiva médica y científica como desde el punto de vista de su valor y lugar para un uso específico. Como resultado, el Componente fundamental y las listas tabulares relacionadas se publicarán en versiones actualizadas. (Véase **3.14. Anexo A: Actualización y mantenimiento de la CIE-11**)

2.16 Principales usos de la CIE: Mortalidad

Esta sección se refiere a las reglas y pautas adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud con respecto a la selección de una sola causa o afección para la tabulación de rutina de los certificados de defunción. También se proporcionan pautas para la aplicación de las reglas y para la codificación de la afección seleccionada para la tabulación. La implementación de la CIE para la mortalidad requiere la creación de una infraestructura para reportar y almacenar información, diseñar flujos de información, control de calidad y comentarios, y capacitación para los usuarios de la clasificación que trabajan con el ingreso o salida de datos.

Tras la información introductoria de esta sección y de la sección **2.17**, en la sección **2.18** se explican los conceptos básicos utilizados en la codificación de la mortalidad. Las secciones **2.19-2.22**, complementadas por los Anexos de la sección **2.23**, orientan sobre cómo codificar e identificar la causa básica de defunción, y en la sección **2.28** se explican las definiciones utilizadas en la tabulación estadística y el reporte internacional de mortalidad.

2.17 Estadísticas de mortalidad

Las estadísticas de mortalidad se utilizan ampliamente para la investigación médica, el monitoreo de la salud pública, la evaluación de las intervenciones de salud, la asignación de recursos sanitarios y la planificación, así como para el seguimiento de la atención médica. El análisis de los datos de mortalidad generalmente comporta comparaciones de conjuntos de datos, por ejemplo, los que corresponden a diferentes regiones geográficas o diferentes momentos en el tiempo. A menos que los datos hayan sido producidos por los mismos métodos y de acuerdo con los mismos estándares, tales comparaciones producirán resultados erróneos.

Para estandarizar la producción de datos de mortalidad, la OMS emite instrucciones internacionales sobre recolección de datos, codificación, clasificación y presentación estadística de las causas de muerte. Es de suma importancia que la producción de datos de mortalidad siga los procedimientos detallados a continuación, ya que cualquier desviación de las instrucciones internacionales perjudicará la comparabilidad internacional. La definición de una única causa básica de defunción y los enfoques elegidos para captar más información sobre las causas de muerte declaradas también en un certificado permiten la identificación de tendencias en salud para una población determinada. Las siguientes secciones contienen información sobre la codificación de las causas de muerte para las estadísticas de mortalidad. Se explican los conceptos básicos, cómo codificar las afecciones declaradas en los certificados de defunción y cómo seleccionar y tabular la causa básica de defunción.

El objetivo de estas instrucciones es optimizar las estadísticas de mortalidad desde el punto de vista de la salud pública. Algunas de las instrucciones pueden parecer incorrectas o cuestionables desde una perspectiva puramente médica. Pero no deberían dejarse de lado, ya que pueden estar motivadas por principios epidemiológicos y de salud pública bien fundamentados. Si se encuentra un error aparente, debe informarse a la OMS a través del mecanismo de propuesta en línea. La OMS explicará las razones o tomará medidas para corregir el error a nivel internacional. Los países no deben corregir individualmente lo que se supone que es un error, ya que los cambios a nivel nacional conducirán a datos que son menos comparables con los datos de otros países y, por lo tanto, menos útiles para el análisis.

2.17.1 Qué se tabula: causa básica de defunción

Las intervenciones de salud pública eficaces evitan los daños o la muerte al interrumpir la cadena de eventos que conducen a la producción de un daño. Con este fin, se ha definido la causa básica de defunción como “(a) la enfermedad o

lesión que ha iniciado la cadena de eventos mórbidos que conducen directamente a la muerte o (b) las circunstancias del accidente o la violencia que ha producido la lesión mortal”, y se utiliza para la tabulación ordinaria de la causa en las estadísticas de mortalidad. Consulte las Secciones **2.19.2** y **1.4** para obtener instrucciones de codificación específicas para identificar la causa básica de defunción.

2.17.2 Fuente de datos: formulario internacional del certificado médico de causas de defunción

Las instrucciones internacionales de codificación de la mortalidad presuponen que los datos se hayan recopilado con un certificado de defunción conforme al formulario internacional del certificado médico de causas de defunción según lo recomendado por la OMS (consulte la Figura 1). En la Sección A, el apartado de datos médicos del formulario internacional se divide en dos partes: la Parte 1 es para las enfermedades relacionadas con la cadena de eventos que conducen directamente a la muerte, y la Parte 2 es para otras afecciones importantes que contribuyeron a la muerte. El resto de información adicional del formulario también se usa para identificar la causa básica de defunción para la tabulación.

Con el fin de alinear la manera en que se recopila esta información a nivel internacional, se debe seguir el formulario lo más detalladamente posible. De lo contrario, las causas de muerte no se podrán codificar y seleccionar de acuerdo con la norma internacional y los datos no serán comparables internacionalmente. Por ejemplo, algunas instrucciones de codificación se aplican a las afecciones reportadas como causadas por otras afecciones, y en tales casos es importante tener una distinción clara entre las causas reportadas en la Parte 1 y en la Parte 2 del certificado. Además, la información reportada en otra parte del certificado, como la forma de muerte o si el embarazo contribuyó a la muerte, es esencial al asignar códigos de causa múltiple a las afecciones anotadas en el certificado y al seleccionar una causa básica para la tabulación.

Es responsabilidad del médico u otro certificador autorizado firmar el certificado de defunción indicando qué afecciones patológicas condujeron directamente a la muerte e indicar cualquier condición preexistente que origine esta causa. El certificador debe usar su juicio clínico para completar el certificado médico de la causa de defunción. Los sistemas automatizados no deben incluir listas u otras indicaciones para guiar al certificador, ya que necesariamente limitan el rango de diagnósticos y, por lo tanto, tienen un efecto adverso en la precisión y utilidad del informe.

Figura 1: Formulario internacional del certificado médico de causas de defunción

Certificado de defunción internacional

Datos administrativos (Se puede especificar más en cada país)																	
Sexo	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Desconocido														
Fecha del nacimiento	D	D	M	M	A	A	A	A	Fecha de la defunción	D	D	M	M	A	A	A	A
Sección A Causas de defunción: Parte 1 y Parte 2																	
1 Añote la enfermedad o condición que condujo directamente a la muerte en la línea a Informe la cadena de eventos en el orden "debido a" (si aplica) Añote la causa básica de defunción de la línea más baja utilizada.	Causas de la defunción								Tiempo desde el inicio hasta la muerte.								
	a	Debida a															
	b	Debida a															
	c	Debida a															
	d	Debida a															
2 Otras condiciones importantes que contribuyen a la muerte (los tiempos pueden incluirse entre paréntesis después de cada afección)																	
Sección B: Otra información médica																	
¿Se practicó alguna cirugía en las últimas 4 semanas?										<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se ignora					
Si la respuesta es Sí, especifique la fecha de la cirugía										D	D	M	M	A	A	A	A
Si la respuesta es Sí, especifique el motivo de la cirugía (enfermedad o afección)																	
¿Se solicitó una autopsia?										<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se ignora					
Si la respuesta es Sí ¿fueron los hallazgos utilizados en la certificación?										<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se ignora					
Manera de morir																	
<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> No pudo ser determinada															
<input type="checkbox"/> Accidente	<input type="checkbox"/> Intervención legal	<input type="checkbox"/> Pendiente de investigación															
<input type="checkbox"/> Lesión autoinfligida	<input type="checkbox"/> Guerra	<input type="checkbox"/> Se ignora															
Si es causa externa o envenenamiento.										Fecha de la lesión							
Describa cómo se produjo la causa externa (si se trata de una intoxicación, especifíquela sustancia)										D	D	M	M	A	A	A	A
Lugar de ocurrencia de la causa externa.																	
<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Institución residencial	<input type="checkbox"/> Escuela, otra institución, área administrativa pública	<input type="checkbox"/> Área de deportes y atletismo														
<input type="checkbox"/> Calle y carretera	<input type="checkbox"/> Área de comercio y servicios	<input type="checkbox"/> Área industrial y de construcción	<input type="checkbox"/> Granja														
<input type="checkbox"/> Otro lugar (especifique)										<input type="checkbox"/> Se ignora							
Muerte fetal o infantil																	
Embarazo múltiple	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se ignora														
Muerte fetal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se ignora														
Si fallece dentro de las 24 h especifique el número de horas sobrevividas										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peso al nacer (gramos)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Número de semanas completas de embarazo										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edad de la madre (años)		<input type="checkbox"/>			
Para las mujeres, ¿estaba embarazada la fallecida?																	
<input type="checkbox"/> En el momento de la muerte	<input type="checkbox"/> Dentro de los 42 días antes de la muerte																
<input type="checkbox"/> Entre 43 días hasta 1 año antes de la muerte.	<input type="checkbox"/> Se ignora																
¿El embarazo contribuyó a la muerte?										<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se ignora					

Formulario internacional del certificado médico de causas de defunción

2.17.3 Uso ordinario y casos especiales

2.17.3.1 Causa de defunción ordinaria

En los sistemas de notificación de causas de defunción ordinarios, cada muerte individual está certificada por un médico calificado que realiza un examen post mortem exacto, recopila el historial de sus familiares y tiene acceso a toda la información médica preexistente sobre el difunto. La certificación médica de la causa de la muerte suele ser responsabilidad del médico encargado del tratamiento y debe cumplir con las recomendaciones internacionales. Los

procedimientos administrativos deben garantizar la confidencialidad de los datos de los certificados de defunción u otros registros médicos.

En el caso de muertes certificadas por médicos forenses u otras autoridades legales, la evidencia médica suministrada al certificador debe indicarse en el certificado además de cualquier hallazgo legal.

El informe de causa de muerte ordinario generalmente está incluido en el proceso de certificación de la muerte. Los certificados de defunción son un requisito legal para el entierro y la herencia.

2.17.3.2 Autopsia verbal

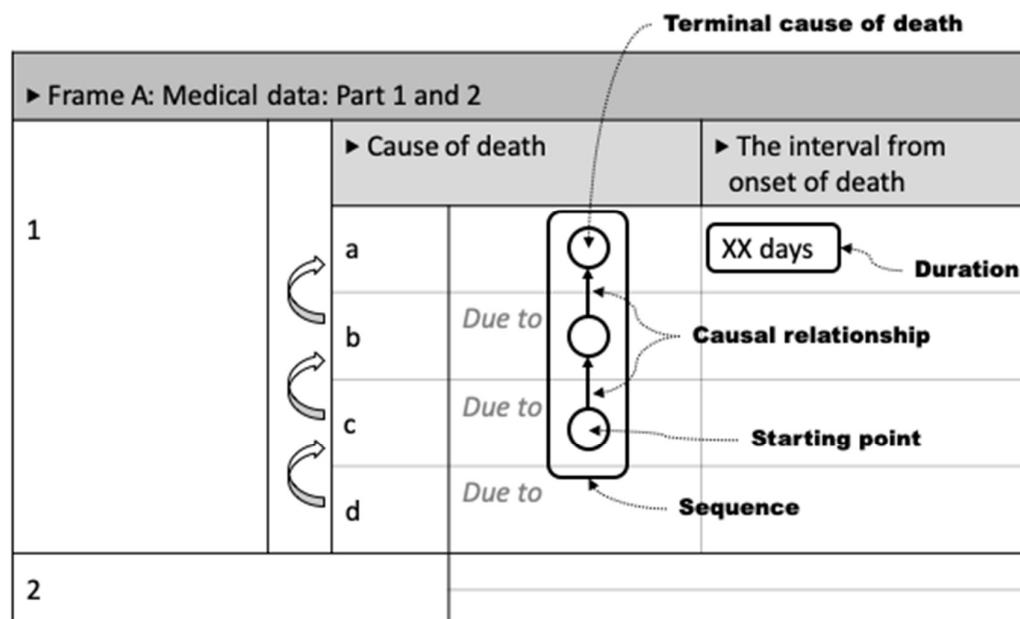
La autopsia verbal (AV) es un método que se utiliza para determinar la causa de una muerte basándose en una entrevista con familiares cercanos u otros cuidadores. Esto se hace utilizando un cuestionario estandarizado que obtiene información sobre signos, síntomas, historial médico y circunstancias anteriores a la muerte. La causa de la muerte, o la secuencia de las causas que llevaron a la muerte, se asignan en función de los datos recopilados mediante el cuestionario y otra información disponible. Las reglas y pautas, los algoritmos o los programas de computadora pueden ayudar a evaluar la información para determinar la causa de la muerte.

El objetivo principal de la AV es describir las causas de muerte a nivel de comunidad o población en áreas donde los sistemas de registro civil y certificación de fallecimientos son débiles y donde la mayoría de las personas mueren en sus hogares sin haber tenido contacto con el sistema de salud. Un instrumento de AV estándar comprende un cuestionario de AV, un sistema de clasificación de causas de muerte o mortalidad, y criterios de diagnóstico (algoritmos de expertos o derivados de datos) para las causas de muerte.

El proceso de la AV consiste en entrevistas, registro de datos e identificación de la causa de muerte en los informes. En cualquier paso, hay factores que pueden influir en las fracciones de mortalidad por causas específicas estimadas a lo largo del proceso. Además de la investigación, la AV es un método viable para la identificación de causas de muerte en entornos donde ningún médico puede evaluar al fallecido.

2.18 Conceptos básicos

Los codificadores de mortalidad deben estar familiarizados con los conceptos básicos introducidos en esta sección.



Panel A: datos médicos: parte 1 y 2 – Causa directa de la muerte – Causa de la muerte – Intervalo tras el inicio de la muerte – XX días – Duración – Debido a – Relación causal – Punto de inicio - Secuencia

Conceptos básicos

Figura 1. Referencias a las partes de la Certificación de Defunción Internacional para codificadores.

2.18.1 Causa directa de la muerte

La enfermedad o afección anotada en primer lugar en la primera línea utilizada de la Parte 1 del certificado de defunción, es la causa directa de la muerte, también conocida como causa terminal o inmediata de la muerte.

Ejemplo 1

- 1 (a) Infarto de miocardio
Debido a
- (b) Aterosclerosis coronaria
Debido a
- (c) Aterosclerosis coronaria

Debido a

(d)

2

El infarto de miocardio es la causa directa de muerte, ya que fue anotada en primer lugar en la primera línea utilizada del certificado.

Ejemplo

2

- 1 (a) Infarto de miocardio y edema pulmonar

Debido a

- (b) Aterosclerosis coronaria

Debido a

- (c)

Debido a

- (d)

2

El infarto de miocardio es la causa directa de muerte, ya que fue anotada en primer lugar en la primera línea utilizada del certificado.

2.18.2 Relación causal y secuencia

Existe una relación causal si una afección mencionada en el certificado puede ser causada por otra afección también mencionada en el certificado. El término "secuencia" se refiere a una cadena o serie de eventos médicos en los que cada paso es una complicación de, o es causado por, el paso anterior. Puede existir una relación causal entre dos afecciones cualesquiera independientemente de dónde se informó cada afección. En un certificado de defunción correctamente llenado, una secuencia es un conjunto de afecciones que se informan línea tras línea con una relación causal entre cada elemento. Se proporcionan cuatro líneas en la parte 1 del certificado para anotar la secuencia de eventos que han conducido a la muerte. Quien rellena el certificado solamente utilizará el número de líneas que sean necesarias para describir la secuencia.

El hecho de que una relación causal sea considerada aceptable o no para la mortalidad depende no solo en una evaluación médica sino también en consideraciones epidemiológicas y de salud pública. Por lo tanto, una relación médica acceptable podría aparecer como inaceptable en las instrucciones de codificación porque un paso más adelante en la secuencia sea más importante desde el punto de vista de la salud pública.

Además, se debe aceptar una secuencia informada que parezca improbable si existe la posibilidad de que una o más de las causas que intervienen puedan explicar la relación causal, aun en el caso de que no se hayan notificado. Sin embargo, estas supuestas causas intermedias no deben ser codificadas, ya que constituyen una suposición y no una afección informada.

Para decidir si una relación causal declarada es aceptable, aplique siempre las instrucciones en la Sección 2.21.1 Instrucciones especiales sobre secuencias

aceptadas y rechazadas (pasos SP3 y SP4). Las relaciones declaradas que no se enumeran en la Sección 2.21.1 deben aceptarse en la medida de lo posible, ya que no se debe descartar la opinión del certificador acerca de las causas que llevan a la muerte.

Ejemplo 1

- 1 (a) Infarto del miocardio
debido a
- (b) Trombosis coronaria
debido a
- (c) Aterosclerosis coronaria
debido a
- (d)

2

La causa directa de la muerte es el infarto del miocardio. Es causado por la trombosis coronaria, que, a su vez, es causada por la aterosclerosis coronaria. Por lo tanto, la secuencia es: infarto del miocardio debido a trombosis coronaria debido a aterosclerosis coronaria.

Ejemplo

2

- 1 (a) Hemorragia extensa
debida a
- (b) Amputación traumática de pierna
derecha
debida a
- (c) Atropellamiento por un autobús
debido a
- (d)

2

La causa directa de la muerte es la hemorragia. Es una complicación de la amputación traumática de la pierna derecha que, a su vez, es causada por el accidente del autobús. En consecuencia, la secuencia es: hemorragia extensa debida a una amputación traumática de la pierna derecha debida al atropello de un autobús.

2.18.3 Punto de inicio

El punto de inicio es la afección o evento que inició la secuencia de relaciones causales aceptables que terminan en la causa directa de la muerte. En un certificado correctamente llenado, la afección reportada primero en la línea más baja utilizada en la Parte 1 es el punto de inicio de la secuencia. Las instrucciones sobre cómo identificar el punto de inicio se proporcionan en la Sección 2.19.3 Búsqueda del punto de inicio (Pasos SP1 a SP8).

Si el certificado no se llenó correctamente, es posible que el punto de inicio se indique en otro lugar y se dan también instrucciones para identificar el punto de

inicio en estos casos de manera estandarizada. Por lo tanto, es importante aplicar las instrucciones de la Sección 2.19.3 de una manera sistemática.

La afección que se considera provisionalmente como el punto de inicio al aplicar las instrucciones paso a paso se conoce como un "punto de inicio provisional (PIT)" y puede cambiar varias veces a medida que se aplican las instrucciones al certificado.

Ejemplo

1

- 1 (a) Infarto de miocardio y edema pulmonar
debido a
- (b) Aterosclerosis coronaria
debido a
- (c)
debido a
- (d)

2

El punto de inicio es la aterosclerosis coronaria, ya que condujo al infarto de miocardio.

Ejemplo 2

- 1
- (a) Neumonía
debida a
 - (b) Fractura de cadera
debida a
 - (c) Tropiezo con alfombra
debido a
 - (d)

2

El tropiezo con una alfombra es el punto de partida, ya que comenzó la secuencia de eventos que llevaron a la muerte.

2.18.4 Duración

En los certificados de defunción, cada afección informada también debe incluir información sobre la duración. La duración es el intervalo de tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad o afección hasta el momento de la muerte. Tenga en cuenta que no siempre es igual al tiempo transcurrido hasta el diagnóstico de la afección, que puede ser simultáneo o posterior a la aparición de los síntomas.

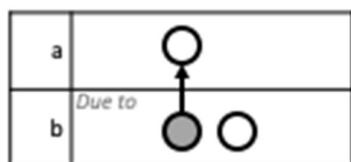
2.18.5 Primera secuencia informada

Un certificado de defunción puede contener varias secuencias de relaciones causales aceptables que terminen en la causa directa de la muerte. Las

instrucciones de codificación permiten identificar el punto de inicio de la secuencia mencionada en primer lugar en la Parte 1 (consulte también el paso SP4).

Las figuras que se muestran a continuación ilustran ejemplos de certificados donde cada afección reportada se muestra mediante un círculo. El punto de inicio de la primera secuencia mencionada está sombreado en gris, y la relación causal de la primera secuencia indicada se indica con una flecha.

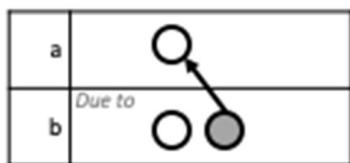
Para identificar la primera secuencia mencionada, comience con la causa directa de la muerte (la afección ingresada primero en la primera línea utilizada de la Parte 1). Verifique si las afecciones en la siguiente línea en la Parte 1 pueden dar origen a la causa directa de la muerte. Si se informan varias afecciones en la misma línea, verifique de izquierda a derecha hasta que encuentre una afección que pueda provocar la causa directa de la muerte. La primera afección que puede dar origen a la causa directa de la muerte es el punto de inicio provisional. Si no hay afecciones reportadas en las líneas inferiores, la secuencia entre este punto de inicio provisional y la causa directa de la muerte es la secuencia mencionada en primer lugar.



Debido a

Primera secuencia informada A

Figura 1. Primera secuencia informada A



Debido a

Primera secuencia informada B

Figura 2. Primera secuencia informada B

Si ninguna afección en la siguiente línea puede provocar la causa directa de la muerte, no hay una secuencia que termine con la causa directa de la muerte. La causa directa de la muerte es el punto de partida provisional. También se dan instrucciones específicas cuando no se encuentra una secuencia (consulte el Paso SP5).

a	
b	<i>Due to</i> 

Debido a

Primera secuencia informada C

Figura 3. Primera secuencia informada C

Si hay afecciones reportadas en las líneas inferiores en la Parte 1, repita el procedimiento para la siguiente línea. Comience con el punto de partida provisional que identificó en el paso anterior. Verifique las afecciones en la siguiente línea inferior en la Parte 1, de izquierda a derecha, para determinar si pueden causar el punto de partida provisional. Continúe hasta que haya encontrado una afección que pudiera ser el punto de inicio provisional. Este es el nuevo punto de inicio provisional.

a	
b	<i>Due to</i> 
c	<i>Due to</i> 

Debido a

Primera secuencia informada D

Figura 4. Primera secuencia informada D

a	
b	<i>Due to</i> 
c	<i>Due to</i> 

Debido a

Primera secuencia informada E

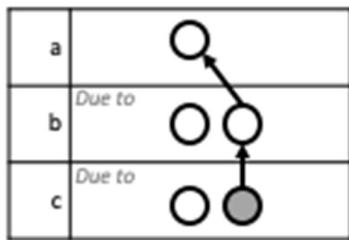
Figura 5. Primera secuencia informada E



Debido a

Primera secuencia informada F

Figura 6. Primera secuencia informada F



Debido a

Primera secuencia informada G

Figura 7. Primera secuencia informada G

Si todavía hay afecciones reportadas en las líneas inferiores en la Parte 1, repita el procedimiento mientras se pueda identificar un nuevo punto de inicio tentativo. Cuando no se puede encontrar una afección que pueda causar el punto de inicio tentativo, el último punto de inicio tentativo identificado también es el punto de inicio de la secuencia mencionada en primer lugar.

Ejemplo 1

- 1 (a) Neumonía
debida a
- (b) Fractura de cadera e insuficiencia cardíaca
debida a
- (c) Tropiezo con la alfombra, aterosclerosis coronaria
debido a
- (d)

La neumonía puede deberse a una fractura de cadera y, por lo tanto, la fractura de cadera es el punto de inicio tentativo. La fractura de cadera puede deberse a un tropiezo, que es el nuevo punto de inicio tentativo. Como no hay causas reportadas debajo de la línea 1 (c), el tropiezo con la alfombra es el punto de inicio de la secuencia mencionada en primer lugar.

Ejemplo

2

- 1 (a) Neumonía
debida a
- (b) Insuficiencia cardíaca y fractura de cadera
debida a
- (c) Aterosclerosis coronaria y tropiezo en la alfombra
debido a
- (d)

2

La neumonía puede deberse a insuficiencia cardíaca y, por lo tanto, la insuficiencia cardíaca es el punto de inicio tentativo. La insuficiencia cardíaca puede deberse a la aterosclerosis coronaria, que es el nuevo punto de inicio tentativo. Como no hay causas informadas debajo de la línea 1 (c), la aterosclerosis coronaria es el punto de partida de la primera secuencia mencionada.

Ejemplo

3

- 1 (a) Neumonía
debida a
- (b) Fractura de cadera e insuficiencia cardíaca
debida a
- (c) Aterosclerosis coronaria y tropiezo con la alfombra
debido a
- (d)

2

La neumonía puede deberse a una fractura de cadera y, por lo tanto, la fractura de cadera es el punto de inicio tentativo. Sin embargo, la fractura de cadera no puede deberse a aterosclerosis coronaria, pero la fractura de cadera puede deberse a un tropiezo, que es el nuevo punto de inicio tentativo. Como no hay causas reportadas debajo de la línea 1 (c), el tropiezo con la alfombra es el punto de inicio de la secuencia mencionada en primer lugar.

2.18.6 Causa básica de defunción (CBD)

La causa básica de defunción (CBD), como se define en la Sección 2.17.1, es la afección elegida para la tabulación de estadísticas de mortalidad por una sola causa.

Una afección que se considera provisionalmente como causa básica de defunción al aplicar las instrucciones paso a paso, se conoce como una "causa básica de defunción provisional (CBP)" y puede cambiar varias veces a medida que las instrucciones se aplican al certificado.

Ejemplo 1

- 1 (a) Infarto de miocardio
debido a
- (b) Atherosclerosis coronaria
debido a
- (c) Atherosclerosis generalizada
debida a
- (d)

2

La atherosclerosis generalizada inició la secuencia de eventos que llevaron a la muerte, por lo que es el punto de partida. Hay instrucciones especiales de modificación relacionadas con la atherosclerosis y la enfermedad coronaria en el CIE, y, en el siguiente paso, se selecciona la atherosclerosis coronaria como la causa básica de defunción provisional. Pero hay instrucciones adicionales sobre la atherosclerosis coronaria y el infarto del miocardio, y en el paso final, el infarto del miocardio se selecciona como la causa básica provisional, y es la causa básica de defunción en este caso.

2.18.7 Prioridad de la causa básica

Algunas instrucciones de codificación de mortalidad (por ejemplo, los Pasos SP6, M1) se refieren a la "prioridad de la causa básica". Es un concepto para establecer un orden de prioridad dando precedencia a la afección básica, cuando los requisitos específicos en cada instrucción se aplican a varias afecciones indicadas en el certificado.

Para identificar la causa básica prioritaria, comience desde la primera afección informada en la línea más baja utilizada de la Parte 1. Si hay varias afecciones informadas, busque desde la línea más baja utilizada, y la siguiente línea de arriba, y de izquierda a derecha para cada línea. Si no puede encontrar la causa básica de prioridad en la Parte 1, busque en la Parte 2, nuevamente de izquierda a derecha.

a		(5)	(6)		
b	<i>Due to</i>	(3)	(4)		
c	<i>Due to</i>	(1)	(2)		
2		(7)	(8)		

Prioridad de la causa básica

2.18.8 Modificación

Las instrucciones especiales de codificación sobre secuencias específicas y categorías de la CIE, pueden tener el efecto de que se seleccione una afección distinta a la del punto de inicio como la causa básica de defunción, para su uso en las estadísticas. En tales casos, el código para la causa básica a menudo expresa una combinación del punto de inicio con otra afección informada, o una complicación o consecuencia del punto de inicio que es de particular importancia para la salud pública. El procedimiento por el cual el código de la CIE para el punto de inicio se reemplaza por otro código se llama modificación. Las instrucciones sobre cómo aplicar estas instrucciones especiales para identificar la causa básica de defunción se encuentran en la Sección 2.20 'Verificación de las modificaciones del punto de inicio (Pasos M1 a M4)'.

Ejemplo 1

- 1 (a) Enfermedad cardíaca
debida a
 - (b) Aterosclerosis generalizada
debida a
 - (c)
debido a
 - (d)
- 2

La aterosclerosis generalizada inició la secuencia de eventos que llevaron a la muerte, por lo que es el punto de inicio. Sin embargo, de acuerdo con una instrucción especial sobre aterosclerosis generalizada, la aterosclerosis generalizada que conduce a una enfermedad cardíaca se codifica como enfermedad cardíaca aterosclerótica en las estadísticas de mortalidad. Debido a esta modificación, la enfermedad cardíaca aterosclerótica es la causa básica de defunción.

2.19 Instrucciones de codificación para la mortalidad

Al codificar las causas de muerte, primero se asignan los códigos de la CIE a todas las afecciones mencionadas en el certificado de defunción. Muchas instrucciones de codificación se basan en códigos específicos de la CIE, y para determinar si alguna de las instrucciones se aplica o no, se deben codificar todas las afecciones del certificado. Otras afecciones informadas en el mismo pueden afectar la codificación de cualquier afección. Se denomina codificación de causas múltiples a la asignación de códigos a todas las afecciones notificadas y la aplicación de cualquier efecto que un código tenga sobre otro.

2.19.1 Orientaciones para la codificación de la causa básica y de causas múltiples

Para iniciar la codificación, consulte las orientaciones básicas para la codificación que se proporcionan en las Secciones 2.2 a 2.11.1. Cuando se informen múltiples causas, consulte la Sección 2.23 Anexos de codificación para la mortalidad. La codificación de las causas múltiples permite un análisis en profundidad de las causas de muerte, por ejemplo, de complicaciones graves pero evitables de ciertas causas básicas, y las repercusiones de las afecciones coexistentes en el resultado de un proceso de enfermedad. Por lo tanto, en la codificación de mortalidad, se deben registrar tanto la causa básica como las causas múltiples. Además, la codificación completa de las causas múltiples es esencial para una correcta aplicación de las instrucciones de la CIE para la selección y modificación de la causa básica de defunción.

Una vez que se hayan asignado los códigos de la CIE a cada enfermedad o afección en el certificado, se aplicarán las instrucciones para seleccionar la causa básica de defunción.

Pueden consultarse otras instrucciones adicionales para la codificación de causas múltiples en la Sección 2.22 Instrucciones de codificación para la mortalidad: codificación de causas múltiples y otras instrucciones específicas.

2.19.2 Selección de la causa básica de defunción

Para la mayoría de los certificados de defunción, la selección de la causa básica de defunción es un procedimiento sencillo. Sin embargo, hay muchos casos en los que la causa básica no es obvia. Para garantizar que los casos simples y complejos estén codificados de acuerdo con las reglas de mortalidad de la CIE, es importante seguir las instrucciones de codificación, paso a paso, cuidadosamente. De lo contrario, las estadísticas de mortalidad resultantes no serán comparables internacionalmente, lo que reduce gravemente el valor de los datos para fines de salud pública.

Seleccionar la causa básica de defunción implica dos procedimientos separados. El primer procedimiento es identificar el punto de inicio (pasos SP1 a SP8, descritos a continuación). El siguiente es modificar el punto de inicio si se aplica alguna de las modificaciones, con objeto de reflejar la información adicional proporcionada en el certificado de defunción (pasos M1 a M4, a continuación). Véanse en las Secciones

2.20 y 2.21 las instrucciones específicas. Además, en el Anexo de mortalidad 2.23.3 se incluye un diagrama de flujo para ilustrar las instrucciones de codificación para la selección de la causa básica de defunción. Está pensado como un complemento para ayudar a los codificadores a seguir las instrucciones de codificación.

Es importante señalar que el propósito de los procedimientos de selección es producir estadísticas de mortalidad lo más útiles posibles. Por lo tanto, las siguientes instrucciones pueden reflejar la importancia de algunas afecciones para la salud pública en lugar de lo que es correcto desde un punto de vista puramente médico. Las siguientes instrucciones siempre se aplican, tanto si se consideran médicalemente correctas como si no.

En los ejemplos de codificación que siguen, no se incluye la declaración "debido a" entre las líneas de la Parte 1. Pero es importante tener en cuenta que todo lo reportado en una línea superior en la Parte 1 se debe a lo que se informa en la línea que se encuentra a continuación.

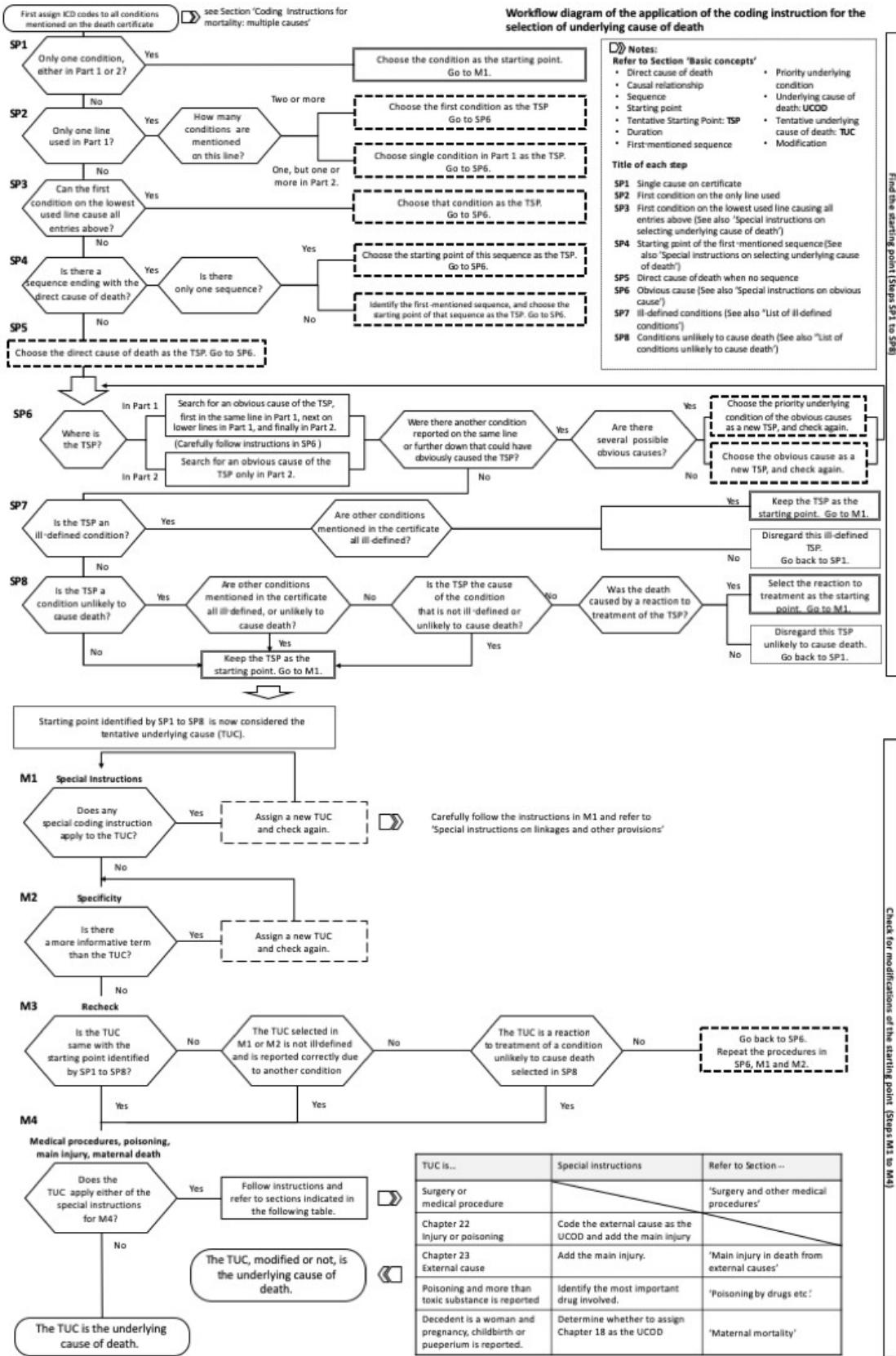


Diagrama de flujo

Figura 1: Diagrama de flujo de los pasos SP1 a SP8 y de los pasos M1 a M4.

2.19.3 Identificación del punto de partida (Pasos SP1 a SP8)

Para identificar el punto de partida, siga los ocho pasos especificados en esta sección. Los pasos se denominan SP1 a SP8 (regla de punto de inicio 1 a regla de punto de inicio 8). Cada paso contiene una regla de selección. En cada paso, hay una descripción de la regla de selección y una instrucción sobre qué hacer a continuación.

2.19.4 Paso SP1 – Causa única en el certificado

Si solo se informa una afección en el certificado, ya sea en la Parte 1 o en la Parte 2, este es el punto de inicio. Luego, vaya a la Sección 2.20 Verificación de las modificaciones del punto de inicio (Pasos M1 a M4).

Si hay dos afecciones o más en el certificado, vaya al Paso SP2.

2.19.5 Paso SP2: Primera afección en la única línea utilizada

Si el certificador ha usado solo una línea en la Parte 1 y:

- ha reportado solo una afección en esta línea, pero ha reportado una o más afecciones en la Parte 2, entonces la afección única en la Parte 1 es el punto de inicio tentativo. A continuación, vaya al paso SP6.
- ha informado dos o más afecciones en esta línea, entonces la primera afección es el punto de inicio tentativo. Esto se aplica independientemente de si se notifican o no una o más afecciones en la Parte 2. Luego, vaya al Paso SP6.

Si el certificador ha utilizado más de una línea en la Parte 1, vaya al Paso SP3.

Ejemplo 1

- 1 (a) Infarto de miocardio y diabetes mellitus
(b)
(c)
(d)
- 2

El infarto de miocardio se menciona primero en el certificado y es el punto de inicio tentativo. Luego, vaya al Paso SP6, para verificar si se aplican más reglas de selección y modificación.

Ejemplo 2

- 1 (a) Infarto de miocardio
(b)
(c)
(d)
- 2 Diabetes mellitus

El infarto de miocardio se menciona primero en el certificado y es el punto de inicio tentativo. Después, vaya al Paso SP6, para verificar si se aplican más reglas de selección y modificación.

2.19.6 Paso SP3: La primera afección en la línea más baja utilizada causa todas las anotadas por encima de ella

Si hay afecciones reportadas en más de una línea en la Parte 1, verifique si cada una de las afecciones reportadas en la(s) línea(s) por encima de la línea más baja utilizada en la Parte 1 pueden ser causadas por la primera afección en la línea más baja.

- En caso afirmativo, esta afección es el punto de inicio tentativo. A continuación, vaya al paso SP6.
- Si no es así, vaya al Paso SP4.

Para evaluar la relación causal, consulte la Sección 2.18.2 Relación causal y secuencia, y la Sección 2.21.1 Instrucciones especiales sobre secuencias aceptadas y rechazadas (Pasos SP3 y SP4).

Ejemplo 1

- 1 (a) Bronconeumonía
- (b) Hemiplejía
- (c) Infarto cerebral
- (d)

2

Tanto la bronconeumonía como la hemiplejía pueden ser causadas por un infarto cerebral. Esto significa que el infarto cerebral es el punto de inicio tentativo.

Ejemplo 2

- 1 (a) Metástasis hepáticas 2 meses
- (b) Bronconeumonía 4 días
- (c) Cáncer de estómago 6 meses
- (d)

2

Tanto las metástasis hepáticas como la bronconeumonía pueden ser causadas por el cáncer de estómago. Esto significa que el cáncer de estómago es el punto de inicio tentativo, aunque la bronconeumonía no pueda causar metástasis hepáticas y la bronconeumonía tenga una duración más corta que las metástasis hepáticas.

Ejemplo 3

- 1 (a) Metástasis hepáticas
- (b) Bronconeumonía
- (c) Cáncer de estómago e infarto cerebral

(d)

2

Tanto las metástasis hepáticas como la bronconeumonía pueden ser causadas por el cáncer de estómago, que es la primera afección mencionada en la línea más baja utilizada en la Parte 1. Esto significa que el cáncer de estómago es el punto de inicio tentativo.

Ejemplo

4

- 1 (a) Metástasis hepáticas
- (b) Bronconeumonía y cáncer de estómago
- (c)
- (d)

2

Las metástasis hepáticas no pueden deberse a una bronconeumonía. Esto significa que no se puede identificar un punto de inicio tentativo en el Paso SP3. Por lo tanto, vaya al paso SP4.

2.19.7 Paso SP4 - Punto de inicio de la primera secuencia mencionada

La primera secuencia mencionada se encuentra siempre en la Parte 1 (consulte la Sección 2.18.5).

- Si en la Parte 1 se indican una o más secuencias que terminan con la causa directa de la muerte, identifique la primera secuencia mencionada (consulte la Sección 2.18.5). El punto de inicio de esta secuencia es el punto de inicio tentativo. A continuación, vaya al paso SP6.

Si no hay una secuencia que termine con la causa directa de la muerte, en la Parte 1 vaya al Paso SP5.

Para evaluar la relación causal, consulte la Sección 2.18.2 Relación causal y secuencia, y la Sección 2.21.1 Instrucciones especiales sobre secuencias aceptadas y rechazadas (Pasos SP3 y SP4).

Ejemplo

1

- 1 (a) Metástasis hepáticas
- (b) Bronconeumonía y cáncer de estómago
- (c)
- (d)

2

La bronconeumonía no puede causar metástasis hepáticas (el Paso SP3 no se aplica), pero las metástasis hepáticas pueden deberse a cáncer de estómago. Esta es la primera

secuencia mencionada que termina con la causa directa de la muerte, por lo que el cáncer de estómago es el punto de inicio tentativo.

Ejemplo

2

- 1 (a) Bronconeumonía
- (b) Infarto cerebral y metástasis hepáticas
- (c) Aterosclerosis y cáncer de estómago
- (d)

2

La aterosclerosis no puede causar las metástasis hepáticas (el Paso SP3 no se aplica). Hay tres secuencias aceptables en el certificado: (1) bronconeumonía causada por infarto cerebral, a su vez causado por aterosclerosis; (2) bronconeumonía causada por el infarto cerebral, a su vez causado por cáncer de estómago; y (3) bronconeumonía causada por las metástasis hepáticas, a su vez causadas por cáncer de estómago. La primera secuencia mencionada es la bronconeumonía causada por el infarto cerebral, a su vez causado por la aterosclerosis. En consecuencia, la aterosclerosis es el punto de inicio tentativo.

2.19.8 Paso SP5 - Causa directa de la muerte cuando no hay secuencia

Si en la Parte 1 no se indica ninguna secuencia que termine con la causa directa de la muerte, entonces la causa directa de la muerte es también el punto de inicio tentativo. A continuación, vaya al paso SP6.

Ejemplo 1

- 1 (a) Metástasis hepáticas
- (b) Infarto cerebral
- (c) Aterosclerosis
- (d)

2 Cáncer de estómago

La aterosclerosis no puede causar metástasis hepáticas (el paso SP3 no se aplica). El infarto cerebral no puede causar metástasis hepáticas (el Paso SP4 no se aplica). En la Parte 1 no se indica ninguna secuencia que termine con la causa directa de la muerte, por lo que la causa directa de la muerte, es decir, las metástasis hepáticas, son el punto de inicio tentativo.

2.19.9 Paso SP6 - Causa obvia

Si el punto de inicio tentativo seleccionado en los Pasos SP1 a SP5 fue causado obviamente por otra afección anotada en el certificado, seleccione esa causa obvia como el nuevo punto de inicio tentativo. Las afecciones que se considera que tienen una relación causal "obvia" se especifican en la Sección 2.21.2 Instrucciones

especiales sobre causa obvia (Paso SP6). Para identificar en qué parte del certificado debe buscar, aplique las siguientes reglas:

- Si el punto de inicio tentativo está en la Parte 1, la causa obvia debe estar en la misma línea o en una línea inferior en la Parte 1 o bien en la Parte 2. No busque causas obvias en las líneas situadas por encima del punto de inicio tentativo.
- Si el punto de inicio tentativo está en la Parte 2, la causa obvia también debe estar en la Parte 2. No busque causas obvias en la Parte 1.

A continuación, vuelva a aplicar el Paso SP6 al nuevo punto de inicio tentativo. Continúe buscando un nuevo punto de inicio tentativo hasta que encuentre un punto de inicio tentativo que no sea obviamente causado por una afección reportada en la misma línea o más abajo en el certificado. Luego vaya al paso SP7.

Si no hay ninguna afección reportada en el certificado que obviamente haya causado el punto de inicio tentativo seleccionado en los Pasos SP1 a SP5, vaya al Paso SP7.

La palabra "obviamente" es importante, y no debe haber ninguna duda sobre la relación entre las afecciones. No es suficiente que la secuencia hubiera sido aceptada si el punto de inicio tentativo hubiera sido reportado como debido a la otra afección. Consulte siempre la Sección 2.21.2.

No aplique el Paso SP6 si el punto de inicio tentativo tiene una duración más larga que la causa obvia.

Si se reporta más de una causa obvia del punto de inicio tentativo, seleccione la afección básica que tenga prioridad (consulte la Sección 2.18.7).

Ejemplo 1

- 1 (a) Sepsis
(b) Peritonitis
(c)
(d)
- 2 Apendicitis perforada

La sepsis puede ser causada por peritonitis, y la peritonitis es el punto de inicio tentativo (Paso SP3). Pero, la apendicitis perforada es una causa obvia de peritonitis, y la apendicitis perforada es el nuevo punto de inicio tentativo.

Ejemplo 2

- 1 (a) Metástasis hepáticas
(b) Infarto cerebral
(c)
(d)
- 2 Cáncer de estómago

El infarto cerebral no puede causar metástasis hepáticas, y las metástasis hepáticas son el punto de inicio tentativo (Paso SP5). El cáncer de estómago es una causa obvia de metástasis en el hígado, y el cáncer de estómago es el nuevo punto de inicio tentativo.

Ejemplo 3

- 1 (a) Sepsis
 - (b) Peritonitis, embolia mesentérica
 - (c)
 - (d)
- 2

La sepsis puede ser causada por la peritonitis, y la peritonitis es el punto de inicio tentativo (Paso SP3). La embolia mesentérica es una causa obvia de peritonitis, y la embolia mesentérica es el nuevo punto de inicio tentativo.

Ejemplo 4

- 1 (a) Sepsis
 - (b) Peritonitis
 - (c)
 - (d)
- 2 Embolia mesentérica, apendicitis perforada

La sepsis puede ser causada por peritonitis, y la peritonitis es el punto de inicio tentativo (Paso SP3). A continuación, tanto la embolia mesentérica como la apendicitis perforada son causas obvias de peritonitis. Como la embolia mesentérica se menciona primero y es la causa básica que tiene prioridad es el nuevo punto de inicio tentativo.

Ejemplo 5

- 1 (a) Sepsis
 - (b) Peritonitis
 - (c)
- 2 Necrosis del intestino, infarto mesentérico.

La sepsis puede ser causada por la peritonitis, y la peritonitis es el punto de inicio tentativo (Paso SP3). La necrosis del intestino es una causa obvia de peritonitis, por lo que la necrosis del intestino es el nuevo punto de inicio tentativo. A continuación, el infarto mesentérico es una causa obvia de la necrosis del intestino, y el infarto mesentérico es el punto de inicio final.

2.19.10 Paso SP7 - Afecciones mal definidas

Si el punto de inicio tentativo seleccionado en los Pasos SP1 a SP6 se encuentra en la Lista de afecciones mal definidas (consulte el Anexo de mortalidad Sección 2.23.8), y:

- Si hay al menos una afección que no es mal definida, entonces ignore la afección mal definida. Vaya al Paso SP1 y seleccione otro punto de inicio, como si la afección mal definida no se hubiera mencionado en el certificado.

- Si todas las demás afecciones informadas en el certificado son mal definidas, vaya al Paso M1.

Si el punto de inicio tentativo no es mal definido, vaya al Paso SP8.

Tenga en cuenta que las siguientes afecciones no se consideran mal definidas:

- Choque séptico
- Síndrome de muerte súbita infantil

Ejemplo 1

- 1 (a) Insuficiencia respiratoria
- (b)
- (c)
- (d)

2 Embolia mesentérica

La insuficiencia respiratoria es la única afección mencionada en la Parte 1 y es el punto de inicio tentativo de acuerdo con el paso SP2. La insuficiencia respiratoria se encuentra en la tabla de afecciones mal definidas, y existe una afección que no es mal definida, la embolia mesentérica, por lo que se ignora la insuficiencia respiratoria y reinicia el procedimiento de selección. La embolia mesentérica es el nuevo punto de inicio según el Paso SP1.

2.19.11 Paso SP8 - Afecciones que es improbable que causen la muerte

Si el punto de inicio tentativo seleccionado en los Pasos SP1 a SP7 se encuentra en la tabla de Lista de afecciones que es improbable que causen la muerte (consulte el Anexo de mortalidad [xx Lista de afecciones que es improbable que causen la muerte]), y:

- Si todas las demás afecciones informadas en el certificado también es improbable que causen la muerte o son afecciones mal definidas, entonces mantenga esta afección que no es improbable que cause la muerte como el punto de inicio. A continuación vaya al Paso M1.
- Si esta afección fue la causa de otra afección que "no es improbable que cause la muerte" y que sea mal definida, entonces mantenga esta afección que es improbable que cause la muerte como punto de inicio. Luego, vaya al paso M1.
- Si la muerte fue causada por una reacción al tratamiento de la afección que es improbable que cause la muerte, seleccione la reacción al tratamiento como punto de inicio. A continuación, vaya al paso M1
- Si no se da ninguna de estas tres cosas, y hay al menos una afección que "no es improbable que cause la muerte" y que no es "mal definida", entonces ignore la afección que es improbable que cause la muerte. Vaya al Paso SP1 y seleccione otro punto de inicio, como si la afección que es improbable que cause la muerte no hubiera sido informada en el certificado.

Si el punto de inicio tentativo no aparece en la "Lista de afecciones que es improbable que causen la muerte ", mantenga esa afección como punto de inicio y vaya al Paso M1.

Si el certificado menciona más de un tratamiento para la afección que es improbable que cause la muerte, seleccione el primer tratamiento mencionado.

Ejemplo 1

- 1 (a) Pérdida de audición
- (b)
- (c)
- (d)

2 Cardiopatía isquémica

La pérdida de audición es el punto de inicio tentativo (Paso SP2), pero la pérdida de audición se encuentra en la "Lista de afecciones que es improbable que causen la muerte". Hay otra afección en el certificado, la cardiopatía isquémica, que no se encuentra en la "Lista de afecciones que es improbable que causen la muerte". Ignore la pérdida de audición y reinicie el procedimiento de selección desde el Paso SP1. La cardiopatía isquémica es el nuevo punto de inicio (Paso SP1).

Ejemplo 2

- 1 (a) Insuficiencia hepática
- (b) Consumo excesivo de paracetamol
- (c) Cefalea de tipo migraña
- (d)

2

El dolor de cabeza tipo migraña es el punto de inicio tentativo (Paso SP3), pero se encuentra en la "Lista de afecciones que es improbable que causen la muerte". La afección se trató con paracetamol y hubo una reacción al tratamiento, es decir, una insuficiencia hepática. Seleccione la reacción al tratamiento, es decir, la insuficiencia hepática, como punto de inicio.

Ejemplo 3

- 1 (a) Sepsis
- (b) Absceso submandibular
- (c) Caries
- (d)

2

La caries es el punto de inicio tentativo (Paso SP3), pero se encuentra en la "Lista de afecciones que es improbable que causen la muerte". En este caso, la caries causó un absceso submandibular, una afección que no es improbable que cause la muerte y que no es mal definida. Por ello, mantenga la caries como el punto de partida.

Ejemplo 4

- 1 (a) Dolor de cabeza
- (b) Caries

(c)

(d)

2 Cardiopatía isquémica

La caries es el punto de inicio tentativo (Paso SP3), pero se encuentra en la "Lista de afecciones que es improbable que causen la muerte". En este caso, la caries causó dolor de cabeza, una afección que se encuentra en la lista de afecciones mal definidas. Haga caso omiso tanto de la caries (Paso SP8) como del dolor de cabeza (Paso SP7) y reinicie el procedimiento de selección a partir del Paso SP1. La cardiopatía isquémica es el nuevo punto de inicio (Paso SP1).

2.20 Verificación de las modificaciones del punto de inicio (Pasos M1 a M4)

El punto de inicio que se identificó utilizando los Pasos SP1 a SP8 ahora se considera la causa básica provisional. Puede haber instrucciones de codificación especiales sobre esta causa básica provisional, u otras razones para modificar la causa básica provisional. Verifique si la causa básica provisional debe modificarse aplicando las reglas de modificación descritas en los pasos M1 a M3 (Regla de modificación 1 a Regla de modificación 3). Cada paso contiene una regla de modificación. En cada paso, hay una descripción de la regla de modificación y de lo que se debe hacer a continuación. También hay viñetas con instrucciones y explicaciones más detalladas.

2.20.1 Paso M1 - Instrucciones especiales

Si a la causa básica provisional (CBP) seleccionada en los Pasos SP1 a SP8 se le aplica una instrucción especial enumerada en la Sección 2.21.3 Instrucciones especiales sobre asociación y otras disposiciones (Paso M1), asigne una nueva causa provisional según la instrucción.

Luego, vuelva a aplicar el Paso M1 a la nueva causa básica provisional. Repita hasta que haya encontrado una causa básica provisional que no se vea afectada por ninguna otra instrucción de codificación especial. A continuación, vaya al paso M2.

Si a la causa básica provisional no se le aplican las instrucciones de la Sección 2.21.3, vaya al Paso M2.

Si se aplica más de una instrucción de la Sección 2.21.3 a la causa básica provisional, seleccione la instrucción relacionada con la afección básica con prioridad (consulte la Sección 2.18.7).

Tenga en cuenta que hay dos tipos de combinaciones de códigos, "con mención de" y "cuando se informa como la causa de". Consulte una información más detallada en la Sección 2.21.3.

A veces, la clasificación en sí misma indica un código para una combinación de la causa básica provisional con otra causa mencionada en el certificado. Use el código de la combinación a menos que una instrucción sobre codificación de la mortalidad de la Sección 2.21.3 indique lo contrario.

Ejemplos de 'con mención de':

Ejemplo 1

- 1 (a) Infarto de miocardio
- (b) Cardiopatía isquémica
- (c)
- (d)

2

La cardiopatía isquémica es el punto de inicio tentativo (Paso SP3). Existe una instrucción especial sobre la cardiopatía isquémica notificada con mención de infarto de miocardio y, según esta instrucción, el infarto de miocardio es la nueva causa básica provisional.

Ejemplo 2

- 1 (a) Cardiopatía isquémica
- (b) Aterosclerosis
- (c)
- (d)

2 Infarto cerebral

La aterosclerosis es el punto de inicio tentativo (Paso SP3). Hay una instrucción especial sobre "aterosclerosis reportada con mención de cardiopatía isquémica" y otra sobre "aterosclerosis reportada con mención de infarto cerebral". La cardiopatía isquémica es la causa básica prioritaria, por lo tanto, aplique la instrucción sobre "aterosclerosis informada con cardiopatía isquémica" y seleccione la cardiopatía isquémica como la nueva causa básica.

Ejemplo 3

- 1 (a) Infarto cerebrovascular
- (b) Aterosclerosis
- (c) Hipertensión
- (d)

2 Infarto del miocardio

La hipertensión es el punto de inicio tentativo (Paso SP3). Hay instrucciones especiales sobre la "hipertensión reportada con mención de infarto cerebrovascular" y con infarto de miocardio. El infarto cerebrovascular es la causa básica prioritaria, por lo tanto, aplique la instrucción sobre "hipertensión reportada con mención de infarto cerebrovascular" y seleccione el infarto cerebrovascular como nueva causa básica provisional.

Ejemplo 4

- 1 (a) Cardiopatía isquémica
- (b) Aterosclerosis
- (c)
- (d)

2 Infarto del miocardio

La aterosclerosis es el punto de inicio tentativo (Paso SP3). Hay una instrucción especial sobre "aterosclerosis reportada con mención de cardiopatía isquémica" y otra sobre "aterosclerosis reportada con mención de infarto del miocardio". La cardiopatía isquémica es la causa básica prioritaria, por lo tanto, aplique la instrucción sobre "aterosclerosis reportada con mención de cardiopatía isquémica" y seleccione la cardiopatía isquémica como nuevo punto de inicio. A continuación, hay una instrucción especial sobre "cardiopatía isquémica con mención de infarto de miocardio". Aplique esta instrucción y seleccione el infarto de miocardio como nueva causa básica provisional.

* Ejemplos de "cuando se informa como la causa de":

Ejemplo 5

- 1 (a) Demencia
- (b) Atherosclerosis
- (c)
- (d)

2

La aterosclerosis es el punto de inicio tentativo (Paso SP3). Hay una instrucción especial sobre "la aterosclerosis informada como la causa de la demencia". Aplique esta instrucción y seleccione la demencia aterosclerótica como nueva causa básica provisional.

Ejemplo 6

- 1 (a) Atherosclerosis
- (b)
- (c)
- (d)

2 Demencia

La aterosclerosis es el punto de inicio tentativo (Paso SP2). Aunque hay una instrucción especial sobre "la demencia reportada como causada por la aterosclerosis", esta instrucción no se aplica aquí porque la demencia se informa en la Parte 1(b) y no como causada por la aterosclerosis. En este caso, la aterosclerosis sigue siendo el punto de inicio tentativo.

2.20.2 Paso M2 - Especificidad

Si la causa básica provisional describe una afección en términos generales y en el certificado se incluye un término que proporciona información más precisa sobre la localización o la naturaleza de esta afección, asigne este término más informativo como nueva causa básica provisional.

Luego, vuelva a aplicar el Paso M2 a la nueva causa básica provisional. Repita hasta que haya encontrado una causa básica provisional que no se pueda especificar más.

Si no hay ningún término que especifique más la causa básica provisional, vaya al Paso M3.

La descripción más específica debe referirse a la misma afección que la causa básica provisional. No descarte una afección generalizada como la aterosclerosis porque en el certificado se reporte una afección más específica pero no relacionada (véase también el Ejemplo 2).

Si hay varias otras expresiones que proporcionan información más precisa sobre la causa básica provisional, seleccione la causa básica que tenga prioridad (consulte la Sección 2.18.7).

Tenga en cuenta que la nueva causa básica provisional a veces se especifica aún más con el término general (véase el Ejemplo 3).

Ejemplo 1

- 1 (a) Accidente cerebrovascular
 - (b) Aterosclerosis
 - (c)
 - (d)
- 2 Embolia arterial en el tronco encefálico

La aterosclerosis es el punto de inicio tentativo (Paso SP3). Hay una instrucción especial sobre "aterosclerosis informada con accidente cerebrovascular"; aplique esta instrucción y seleccione el accidente cerebrovascular como el nuevo punto de inicio de acuerdo al Paso M1. El tipo de accidente cerebrovascular se describe más precisamente en la Parte 2 como una embolia arterial en el tronco encefálico. Esta es la nueva causa básica provisional.

Ejemplo 2

- 1 (a) Accidente cerebrovascular
 - (b) Aterosclerosis
 - (c)
 - (d)
- 2 Cáncer de células en grano de avena originado en el lóbulo superior derecho

La aterosclerosis es el punto de inicio tentativo (Paso SP3). Hay una instrucción especial sobre "aterosclerosis informada con accidente cerebrovascular"; aplique esta instrucción y seleccione el accidente cerebrovascular como nueva causa básica provisional de acuerdo con el Paso M1. No hay una descripción más específica del tipo de accidente cerebrovascular en el certificado, por lo que el accidente cerebrovascular sigue siendo la causa básica provisional.

Ejemplo 3

- 1 (a) Meningitis
- (b) Tuberculosis
- (c)
- (d)

2

La tuberculosis es el punto de inicio tentativo (Paso SP3). La manifestación se describe como meningitis y los dos términos se combinan en meningitis tuberculosa, que es la causa básica provisional.

2.20.3 Paso M3 - Volver a comprobar los pasos SP6, M1 y M2

Si, en este punto, la causa básica provisional no es la misma que el punto de inicio que seleccionó en los Pasos SP1 a SP8, regrese al Paso SP6. Repita los procedimientos descritos en los pasos SP6, M1 y M2.

Si la causa básica provisional es la misma que el punto de inicio que seleccionó en los Pasos SP1 a SP8, vaya al Paso M4.

- No regrese al Paso SP6 si la causa seleccionada en el Paso M1 o M2 se reporta correctamente como debida a otra afección, excepto cuando esta afección esté mal definida.
- Además, no regrese al Paso SP6 si la causa básica provisional es una reacción al tratamiento de una afección que es improbable que cause la muerte, como se seleccionó en el Paso SP8.

Ejemplo 1

- 1 (a) Sepsis
(b) Enfermedad arterial, embolia arterial de la pierna izquierda
(c)
(d)

2 Cáncer del colon

La enfermedad arterial es el punto de inicio tentativo (Paso SP3). La embolia arterial de la pierna izquierda, informada como segunda afección en la línea 1 (b), es un tipo específico de enfermedad arterial. Por lo tanto, seleccione la embolia arterial de la pierna izquierda como la causa básica provisional en el Paso M2. Vuelva a aplicar el Paso SP6, porque el punto de inicio tentativo no es el mismo que el seleccionado en los Pasos SP1 a SP8. El cáncer de colon es una causa obvia de la embolia arterial, por lo que el cáncer de colon es el nuevo punto de inicio. No se aplican más modificaciones.

Codifique el cáncer de colon (neoplasia maligna de colon, no especificada) como causa básica de la defunción.

Ejemplo 2

- 1 (a) Sepsis
(b) Enfermedad arterial, embolia arterial de la pierna izquierda
(c) Aterosclerosis
(d)

2 Cáncer del colon

La aterosclerosis es el punto de inicio tentativo (Paso SP3). Existe una instrucción especial sobre "aterosclerosis informada como la causa de la enfermedad arterial" y, según esta instrucción, la enfermedad arterial es el nuevo punto de inicio según el Paso

M1. La embolia arterial de la pierna izquierda, informada como segunda afección en la línea 1 (b), es una descripción más específica del tipo de enfermedad arterial y se selecciona como el punto de inicio tentativo en el Paso M2. No vuelva a aplicar el Paso SP6, ya que la embolia arterial de la pierna izquierda se debe a la aterosclerosis y esta es una relación causal correcta. No se aplican más modificaciones. Codifique "embolia arterial de la pierna izquierda, embolia y trombosis de las arterias de las extremidades inferiores" como causa básica de defunción.

2.20.4 Paso M4 - Instrucciones sobre procedimientos médicos, traumatismos principales, intoxicaciones y muertes maternas

Finalmente, aplique las siguientes instrucciones a la causa básica provisional seleccionada mediante la aplicación de los Pasos SP1 a SP8 y los Pasos M1 a M3.

Si la causa básica provisional es:

- Una intervención quirúrgica, otro tipo de procedimiento médico o una complicación posprocedimiento, aplique las instrucciones de la Sección 2.21.4 Instrucciones especiales sobre cirugía y otros procedimientos médicos (Paso M4).
- En el Capítulo 22, Traumatismos, intoxicaciones u otras consecuencias de causas externas, primero codifique la causa externa del traumatismo o la intoxicación como causa básica de defunción. Y agregue el traumatismo principal a la codificación combinada siguiendo las instrucciones de la Sección 2.21.5 Instrucciones especiales sobre el traumatismo principal en muertes por causas externas (Paso M4).
- En el Capítulo 23, Causas externas de morbilidad o mortalidad, agregue también el traumatismo principal al grupo siguiendo las instrucciones de la Sección 2.21.5 Instrucciones especiales sobre el traumatismo principal en muertes por causas externas (Paso M4).
- Intoxicación, use un código adicional del Capítulo X, si es aplicable, para identificar el nombre específico de la droga o sustancia tóxica reportada. Si se reporta más de una droga o sustancia tóxica en el certificado, aplique las instrucciones de la Sección 2.21.6 Instrucciones especiales sobre intoxicación por fármacos, medicamentos y sustancias biológicas (Paso M4), para identificar la droga, medicamento o sustancia con mayor probabilidad de haber causado la muerte.

Si la persona fallecida es una mujer, y en el certificado se informa sobre el embarazo, el parto o el puerperio, determine si debe codificar la causa básica provisional en el Capítulo 18, Embarazo, parto o puerperio, de acuerdo con las instrucciones de la Sección 2.21.7 Instrucciones especiales sobre la mortalidad materna (Paso M4).

Al crear un Código combinado en el Paso M4, coloque siempre el código de la causa básica de defunción al principio de la combinación.

Después de proporcionar el Paso M4, la causa básica provisional, modificada o no, pasa a ser la causa básica de defunción.

Si no es de aplicación el Paso M4, la causa básica provisional pasa ser la causa básica de defunción.

Tenga en cuenta que pueden ser de aplicación otras restricciones, por ejemplo, que la causa esté limitada a uno de los sexos (consulte también la Sección 2.22.7) o un intervalo de edades específico, o que la causa de la muerte sea improbable, teniendo en cuenta el entorno geográfico. Por lo tanto, verifique siempre si tales restricciones son aplicables a la causa básica que seleccionó.

2.21 Instrucciones especiales para seleccionar la causa básica de defunción

Las secciones siguientes deben tomarse en cuenta durante la aplicación de cada instrucción de la Sección 2.19.3 (Pasos SP1 a SP8) y la Sección 2.20 (Pasos M1 a M4).

2.21.1 Instrucciones especiales sobre secuencias aceptadas y rechazadas (Pasos SP3 y SP4)

Esta sección enumera las secuencias de causas de muerte que deben aceptarse o rechazarse al seleccionar la causa básica de defunción. Como se describe en la Sección 2.18.2 Relación causal y secuencia, estas instrucciones se establecen con el objetivo de producir las estadísticas de mortalidad más útiles. Los países, individualmente, no deben corregir lo que se considere que es un error, ya que los cambios a nivel nacional conducirán a datos menos comparables con los datos de otros países y, por lo tanto, menos útiles para el análisis.

En la medida de lo posible, una relación causal reportada debe ser aceptada si no aparece como rechazada en esta sección, ya que la opinión del certificador sobre las causas que conducen a la muerte no debe ser ignorada a la ligera.

Al aplicar los pasos SP3 y SP4, rechace las relaciones enumeradas en esta sección. Las excepciones se indican con "aceptar" en la tabla que sigue a cada instrucción.

Obsérvese que debe tenerse en cuenta toda la información sobre la relación causal proporcionada en el certificado. Esto es de aplicación también si la información aparece en el lugar "incorrecto" del certificado. Por ejemplo, si la secuencia en la Parte 1 comienza con una enfermedad "A", y la información en otra parte del certificado indica que la enfermedad "A" se debió a una enfermedad "B", entonces considere "B" como punto de inicio tentativo.

2.21.1.1 Conflicto en la duración

No acepte una afección con una duración declarada como debida a una afección de una duración más corta.

Afección consecuente

Una afección con una duración declarada

Afección causal

No acepte una afección de una duración más corta

2.21.1.2 Enfermedades infecciosas debidas a otras afecciones

No acepte las siguientes enfermedades infecciosas y parasitarias debidas a ninguna otra causa, **ni siquiera** a la enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), las neoplasias malignas o las afecciones que alteran el sistema inmunitario:

- Córara [1A00]
- Botulismo [1A11]
- Lepra [1B20]
- Fiebre escarlatina [1B50]
- Leptospirosis [1B91]
- Peste [1B93]
- Tularemia [1B94]
- Brucellosis [1B95]
- Carbunco [1B97]
- Fiebre de las trincheras [1C11.1]
- Tos ferina [1C12]
- Tétanos [1C13]
- Tétanos obstétrico [1C14]
- Tétanos neonatal [1C15]
- Difteria [1C17]
- Enfermedad meningocócica [1C1C]
- Infecciones por Chlamydia psittaci [1C22]
- Tracoma, sin especificación [1C23.Z]
- Rickettsiosis, sin especificación [1C3Z]
- Infecciones virales del sistema nervioso central [1C80-1C8Z]
- Dengue [1D20-1D2Z]
- Fiebre amarilla [1D47]
- Enfermedad por el virus del chikungunya [1D40]
- Fiebre o'nyong-nyong [1D42]
- Fiebre del valle del Rift [1D44]
- Infección por el virus del Nilo Occidental [1D46]
- Enfermedad por el virus de Zika [1D48]
- Fiebre hemorrágica de Crimea y el Congo [1D49]
- Fiebre hemorrágica de Omsk [1D4A]
- Enfermedad de la selva de Kyasanur [1D4B]
- Fiebre hemorrágica de Alkhurma [1D4C]
- Fiebre viral transmitida por artrópodos, sin especificación [1D40-1D4Z]
- Enfermedad del Ébola [1D60.0]
- Enfermedad de Marburgo [1D60.1]
- Fiebre hemorrágica argentina [1D61.0]
- Fiebre hemorrágica boliviana [1D61.1]
- Fiebre de Lassa [1D61.2]
- Fiebre hemorrágica con síndrome renal [1D62.0]
- Síndrome respiratorio agudo grave [1D65]
- Parotiditis [1D80]

- Fiebre hemorrágica viral, no clasificada en otra parte [1D86]
 - Gripe por virus de la gripe pandémica o zoonótica identificada [1E31]
 - Hepatitis B aguda [1E50.1]
 - Hepatitis C aguda [1E50.2]
 - Hepatitis B crónica [1E51.0]
 - Hepatitis C crónica [1E51.1]
 - Hepatitis D crónica [1E51.2]
 - Viruela [1E70]
 - Viruela de los simios [1E71]
 - Rubéola [1F02]
 - Sarampión [1F03]
 - Paludismo [1F40-1F4Z]
 - Tripanosomiasis africana [1F51]
 - Enfermedad de Chagas [1F53]
 - Leishmaniosis [1F54]
 - Panencefalitis esclerosante subaguda [8A45.01]
 - Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob genética [8E02.0]
- | **Afección consecuente | Afección causal | |—|—|** | Córara, etc. enumeradas antes
| **No acepte** otras causas |

No acepte las siguientes enfermedades infecciosas debidas a otras causas, **excepto** la enfermedad del VIH, las neoplasias malignas y las afecciones que deterioran el sistema inmunitario:

- Shigelosis [1A02]
- Fiebre tifoidea [1A07]
- Fiebre paratifoidea [1A08]
- Otras infecciones por Salmonella [1A09]
- Tuberculosis [1B10-1B1Z]

| **Afección consecuente | Afección causal | |—|—|** | Shigelosis | **Acepte** Enfermedad del VIH, neoplasias malignas y afecciones que deterioran el sistema inmunitario | Fiebre tifoidea | | **No acepte** otras causas | Fiebre paratifoidea | Otras infecciones por Salmonella | Tuberculosis

No acepte la enfermedad por el VIH [1C60-1C62] como debida a otras afecciones, **excepto**:

- afecciones que requieren transfusión de sangre, como hemofilia, anemia y traumatismos graves
- procedimientos invasivos, como la cirugía
- abuso de drogas

Se presentan ejemplos de estas afecciones en el Anexo de mortalidad 2.23.4 Causas de VIH. Obsérvese que la lista del Anexo de mortalidad 2.23.4 no es completa y debe considerarse indicativa. | **Afección consecuente | Afección causal | |—|—|** | VIH | **Acepte** | ||- afecciones que requieren transfusión de sangre, como hemofilia, anemia y traumatismos graves ||- procedimientos invasivos, como la cirugía ||- abuso de drogas ||(véanse ejemplos en el Anexo de mortalidad 2.23.4.) || **No acepte** otras causas

Se acepta que las enfermedades infecciosas no enumeradas anteriormente son causadas por otras afecciones.

Afección consecuente	Afección causal
enfermedades infecciosas no enumeradas arriba	Acepte otras causas

2.21.1.3 Neoplasias malignas debidas a otras afecciones

No acepte una neoplasia maligna debida a ninguna otra causa, excepto las siguientes neoplasias malignas debidas a la enfermedad por VIH [1C60-1C62]:

- Neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoides [2A60.5], especificada como primaria en el cerebro
- Linfoma folicular [2A80], especificado como primario en el cerebro
- Linfomas difusos de linfocitos B grandes [2A81], especificados como inmunoblásticos
- Linfoma de células del manto [2A85.5], especificado como primario en el cerebro
- Linfoma de Burkitt incluida la leucemia de Burkitt [2A85.6]
- Linfoma de linfocitos B, características mixtas [2A86], especificado como primario en el cerebro
- Neoplasias de células B maduras, sin especificación [2A8Z], especificadas como primarias en el cerebro
- Neoplasias de linfocitos NK o de linfocitos T maduros [2A90-2B2Z], especificadas como primarias en el cerebro
- Linfoma de Hodgkin [2B30], especificado como primario en el cerebro
- Sarcoma de Kaposi, localización primaria [2B57]
- Neoplasias malignas de la orofaringe [2B6A]
- Neoplasias malignas del ano o del conducto anal [2C00]
- Neoplasias malignas de la vulva [2C70]
- Neoplasias malignas de la vagina [2C71]
- Neoplasias malignas del cuello uterino [2C77], especificadas como invasoras
- Neoplasias malignas del pene [2C81]

| **Afección consecuente** | **Afección causal** | | — | — | Neoplasia maligna de orofaringe, etc. enumeradas arriba | **Acepte** enfermedades por el VIH | | **No acepte** otras causas | Neoplasias malignas no enumeradas arriba | **No acepte** otras causas

2.21.1.4 Hemofilia debida a otras afecciones

No acepte la hemofilia como debida a ninguna otra causa.

Afección consecuente	Afección causal
Hemofilia	No acepte otras causas

2.21.1.5 Diabetes debida a otras afecciones

No acepte que la diabetes mellitus tipo 1 sea debida a cualquier otra causa, excepto las afecciones que causan la destrucción autoinmunitaria de las células beta.

No acepte que la diabetes mellitus tipo 2 sea debida a cualquier otra causa, excepto las afecciones que causan resistencia a la insulina.

No acepte que "Otra diabetes mellitus y la no especificada" sean debidas a ninguna otra causa, excepto las afecciones que causan daño al páncreas.

Véase en el Anexo de mortalidad 2.23.5 una lista de las afecciones que pueden causar diabetes.

Afección consecuente	Condición causal
Diabetes mellitus tipo 1	Acepte las afecciones que causan la destrucción autoinmunitaria de las células beta No acepte otras causas
Diabetes mellitus tipo 2	Acepte las afecciones que causan resistencia a la insulina No acepte otras causas
Otra diabetes mellitus y la no especificada	Acepte las afecciones que causan daño al páncreas No acepte otras causas

2.21.1.6 Fiebre reumática por otras afecciones

No acepte que la Fiebre reumática aguda [1B40-1B42] y las Enfermedades de las válvulas cardíacas [BB60-BC0Z] con quinto carácter (.0) reumáticas, y las BC20 *Endocarditis reumáticas crónicas no clasificadas en otro lugar* debidas a otras causas y las BC20 *Endocarditis reumáticas crónicas no clasificadas en otro lugar*, excepto:

- Fiebre escarlata [1B50]
- Faringitis estreptocócica [1B51]
- Amigdalitis estreptocócica [CA03.0]

Afección consecuente	Afección causal
Fiebre reumática aguda	Acepte
Valvulopatías cardíacas reumáticas	- Fiebre escarlata
Cardiopatía reumática crónica SIA	- Faringitis estreptocócica - Amigdalitis estreptocócica No acepte otras causas

2.21.1.7 Hipertensión debida a otras afecciones

No acepte las afecciones hipertensivas como consecuencia de una neoplasia, excepto:

- neoplasias endocrinas

- neoplasias renales

- tumores carcinoides

Afección consecuente

Afecciones hipertensivas

Afección causal

Acepte

- neoplasias endocrinas
- neoplasias renales
- tumores carcinoides

No acepte otras neoplasias.

2.21.1.8 Ciertas cardiopatías isquémicas debidas a otras afecciones

No acepte que la Angina de pecho [BA40] y la cardiopatía isquémica crónica [BA50 - BA5Z] sean debidas a una neoplasia.

Afección consecuente

Angina de pecho

Cardiopatía isquémica crónica

Afección causal

Acepte otras causas

No acepte las neoplasias

2.21.1.9 Aterosclerosis por otras afecciones

No acepte que una afección aterosclerótica sea debida a una neoplasia.

Afección consecuente

Afección aterosclerótica

Afección causal

Acepte otras causas

No acepte las neoplasias

2.21.1.10 Anomalías congénitas debidas a otras afecciones

No acepte que una anomalía congénita sea debida a ninguna otra causa, incluida la prematuridad, excepto:

- anomalía congénita debida a una anomalía cromosómica o un síndrome de malformación congénita
- hipoplasia pulmonar debida a una anomalía congénita.

Afección consecuente

Una anomalía congénita

Afección causal

Acepte anomalías cromosómicas, síndrome de malformación congénita

No acepte otras causas, incluida la inmadurez

Hipoplasia pulmonar

Acepte una anomalía congénita

No acepte otras causas, incluso inmadurez

2.21.1.11 Causa de morbilidad o mortalidad no intencionada debida a otras afecciones

No acepte que una causa de morbilidad o mortalidad no intencionada sea debida a causas codificadas en otros capítulos, excepto:

- Caída o fractura debidas a “Algunos trastornos especificados de la densidad o estructura ósea” o a “Trastornos por disminución de la masa ósea”
- Caídas debidas a una fractura (patológica) causada por “Algunos trastornos especificados de la densidad o estructura ósea” o a “Trastornos por disminución de la masa ósea”
- Asfixia y aspiración debida a otras causas

Afección conseciente	Afección causal
Causas de morbilidad o mortalidad no intencionadas [PA00-PB6Z] no enumeradas a continuación	No acepte causas de otros capítulos
Caída [PA60-PA6Z]	Acepte [Algunos trastornos especificados de la densidad o estructura ósea (FB80)] o [Trastornos por disminución de la masa ósea (FB83)] Acepte una fractura (patológica) causada por [Algunos trastornos especificados de la densidad o estructura ósea (FB80)] o [Trastornos por disminución de la masa ósea (FB83)] No acepte otras causas de otros capítulos
Causa de morbilidad o mortalidad no intencionada sin especificación [PB6Z], especificada como fractura	Acepte [Algunos trastornos especificados de la densidad o estructura ósea (FB80)] o [Trastornos por disminución de la masa ósea (FB83)] No acepte otras causas de otros capítulos
Amenaza no intencional a la respiración [PB00-PB0Z], especificada como asfixia o aspiración	Acepte otras causas

2.12.1.12 Suicidio debido a otra afección

No acepte el suicidio [PA80 - PD3Z] como consecuencia de ninguna otra causa

Afección conseciente	Afección causal
Suicidio	No acepte otras causas

2.21.2 Instrucciones especiales sobre causa obvia (Paso SP6)

Esta sección enumera las afecciones que deben considerarse una causa obvia de las afecciones seleccionadas como punto de inicio tentativo en los Pasos SP1 a SP5.

2.21.2.1 Complicaciones del VIH

Consideré la enfermedad por el VIH [1C60-1C62] y la *[MA14.0] Prueba de laboratorio positiva al VIH* como una causa obvia de las siguientes enfermedades infecciosas:

- Criptosporidiosis [1A32]
- Cistoisosporiasis [1A33]
- Infecciones por micobacterias no tuberculosas [1B21]
- Algunos otros trastornos especificados de la piel atribuibles a infección bacteriana [EA5Y]
- Leucoencefalopatía progresiva multifocal [8A45.02]
- Infección mucocutánea por herpes simplex [1F00.0], diseminada [1F00.3], otras [1F00.Y], o sin especificación [1F00.Z], especificada como úlceras crónicas, bronquitis, neumonía o esofagitis
- Enfermedad citomegaloviral [1D82], excepto hepatitis por citomegalovirus [1D82.0], y excepto para hígado, bazo, ganglios linfáticos
- Candidosis del aparato gastrointestinal [1F23.2], especificada como del esófago
- Candidosis pulmonar [1F23.31]
- Coccidioidomicosis [1F25]
- Histoplasmosis [1F2A]
- Criptococosis [1F27]
- Neumonía por Pneumocystis [CA40.20]

Consideré la enfermedad por el VIH [1C60-1C62]) pero no la Prueba de laboratorio positiva al VIH [MA14.0], como una causa obvia de enfermedades infecciosas (Capítulo 1) no enumeradas anteriormente, excepto las que se enumeran en la Sección 2.21.1.2 Enfermedades infecciosas debidas a otras afecciones.

Tenga en cuenta que tanto la enfermedad por el VIH [1C60-1C62] como la Prueba de laboratorio positiva al VIH [MA14.0] no se consideran una causa obvia de las siguientes neoplasias malignas:

Consideré tanto la enfermedad por VIH [1C60-1C62] Prueba de laboratorio positiva al VIH [MA14.0] como la causa obvia de las siguientes neoplasias malignas:

- Linfoma folicular [2A80], especificado como primario en el cerebro
- Linfomas difusos de linfocitos B grandes [2A81], especificados como inmunoblásticos
- Linfoma de células del manto [2A85.5], especificado como primario en el cerebro
- Linfoma de Burkitt, incluida la leucemia de Burkitt [2A85.6]

- Linfoma de linfocitos B, características mixtas [2A86], especificado como primario en el cerebro
 - Neoplasias de linfocitos B maduros, sin especificación [2A8Z], especificadas como primarias en el cerebro
 - Linfoma de Hodgkin [2B30], especificado como primario en el cerebro
 - Sarcoma de Kaposi, localización primaria [2B57]
 - Neoplasias malignas del cuello uterino [2C77], especificadas como invasoras
- Considerere la enfermedad por el VIH [1C60-1C62] como una causa obvia de la deficiencia inmunitaria.

Considerere la enfermedad por el VIH [1C60-1C62] como una causa obvia de neumonía [CA40].

Considerere la enfermedad por el VIH [1C60-1C62] como una causa obvia de caquexia, sin especificación [MG20.Z].

2.21.2.2 Enterocolitis debida a Clostridium difficile

Considerere la enterocolitis por Clostridium difficile [1A04] como una consecuencia obvia de Fármacos, medicamentos o sustancias biológicas asociadas con lesión o daño en su uso terapéutico [PL00] especificadas como terapia con antibióticos.

2.21.2.3 Sepsis

Considerere las siguientes como causas obvias de la sepsis [1G40-1G41]:

- afecciones que deterioran el sistema inmunitario.
- enfermedades consuntivas (como neoplasias malignas y desnutrición)
- enfermedades que causan parálisis (como hemorragia y trombosis cerebrales)
- afecciones respiratorias graves
- traumatismos graves (grado 1-4 según la lista de prioridades de traumatismos del Anexo de mortalidad (2.23.10).

2.21.2.4 Complicaciones de la diabetes

Considerere la diabetes mellitus [5A10 - 5A14] como una causa obvia de las siguientes afecciones:

- Acidosis [5C73]
- Polineuropatía, sin especificación [8C0Z]
- Algunas mononeuropatías especificadas [8C12]
- Otras miopatías primarias especificadas [8C7Y], especificadas como amiotrofia pero sin especificación de etiología
- Trastornos del sistema nervioso autónomo, sin especificación [8D8Z]
- Uveítis anterior, sin especificación [9A96.Z]
- Catarata, sin especificación [9B10.Z]
- Inflamación coriorretiniana [9B65.2]
- Oclusión vascular retiniana [9B74]
- Retinopatía de fondo y cambios vasculares retinianos [9B78.1]

- Otras retinopatías proliferativas [9B78.2]
- Hemorragia retiniana [9B78.5]
- Trastornos de la retina, sin especificación [9B7Z]
- Aterosclerosis de la extremidad inferior [BD40.0]
- Enfermedad oclusiva arterial crónica, sin especificación [BD4Z]
- Necrobiosis lipoidea [EE80.1]
- Úlcera de piel de naturaleza incierta [ME60.2], especificada como del miembro inferior
- Artropatías inflamatorias, sin especificación [FA2Z]
- Dolor neuropático crónico, sin especificación [MG30.5Z]
- Síndrome nefrítico [GB40]
- Síndrome nefrótico [GB41]
- Proteinuria o albuminuria persistente [GB42]
- Enfermedad renal crónica [GB61]
- Insuficiencia renal, sin especificación [GB6Z]
- Riñón contraído y liso [MF54.0]
- Enfermedades del sistema urinario, sin especificación [GC2Z], especificadas como afecciones renales
- Gangrena [MC85]
- Coma [MB20.1]
- Otros resultados anormales especificados en los análisis bioquímicos de la sangre [MA18.Y] especificadas como acetonemia, azotemia, y afecciones relacionadas

2.21.2.5 Deshidratación

Considere cualquier enfermedad infecciosa intestinal como una causa obvia de la disminución de volumen [5C70]

2.21.2.6 Demencia

Considere las afecciones que por lo general comportan un daño cerebral irreversible como causas obvias de demencia si no se indica ninguna otra causa de demencia.

Considere la trisomía 21 (síndrome de Down) [LD40.0] como una causa obvia de Demencia debida a la enfermedad de Alzheimer [6D80] o de causa desconocida o sin especificación [6D8Z], o de la Enfermedad de Alzheimer [8A20].

2.21.2.7 Trastornos del desarrollo intelectual

Considere las siguientes afecciones como una causa obvia de trastornos del desarrollo intelectual [6A00]:

- Hidrocefalia ex vacuo (posthemorrágica) [8D64.2], especificada como neonatal
- Feto o recién nacido afectado por factores maternos o por complicaciones del embarazo, el trabajo de parto o el período expulsivo [KA00-KA0Z]

- Trastornos del recién nacido debidos a retraso del crecimiento o desnutrición fetal [KA20]
- Trastornos del recién nacido relacionados con gestación corta o con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte [KA21]
- Hemorragia o laceración intracraneal por lesión traumática durante el nacimiento [KA40.0]
- Edema cerebral por lesión traumática durante el nacimiento [KA40.1]
- Lesión traumática del sistema nervioso central durante el nacimiento, sin especificación [KA40.Z]
- Lesión traumática durante el nacimiento, sin especificación [KA4Z]
- Otras infecciones bacterianas del feto o del recién nacido [KA61]
- Infección viral en el feto o recién nacido [KA62]
- Infección fúngica del feto o del recién nacido [KA63]
- Parasitos fetal o neonatal [KA64]
- Otras infecciones especificadas del feto o del recién nacido [KA6Y]
- Infecciones del feto o del recién nacido sin especificación [KA6Z]
- Hipoxia intrauterina [KB20]
- Asfixia del nacimiento [KB21]
- Hemorragia intracraneal no traumática del feto o del recién nacido [KA82]
- Kernicterus neonatal [KA86]
- Isquemia cerebral neonatal [KB00]
- Quistes periventriculares del recién nacido [KB01]
- Leucomalacia cerebral neonatal [KB02]
- Encefalopatía neonatal [KB03]
- Encefalopatía hipóxico-isquémica en el recién nacido [KB04]
- Hidrocefalia neonatal [KB05]
- Convulsiones neonatales [KB06]

2.21.2.8 Insuficiencia cardíaca y enfermedad cardíaca no especificada

Considere otras afecciones cardíacas como una causa obvia de enfermedades del miocardio o cámaras cardíacas sin especificación [BC4Z], e insuficiencia cardíaca [BD10-BD1Z].

2.21.2.9 Embolia

Considere la trombosis venosa, la flebitis o tromboflebitis, cardiopatía valvular, el parto o cualquier otra operación como una causa obvia de enfermedades descritas como "embólicas". Sin embargo, debe haber una ruta clara entre el lugar donde se formó el trombo y el lugar de la embolia.

2.21.2.10 Varices esofágicas

Considere las siguientes enfermedades hepáticas como una causa obvia de varices esofágicas [DA26.0]:

- Hepatitis viral crónica [1E51]
- Hepatopatía grasa no alcohólica [DB92]
- Fibrosis hepática o cirrosis [DB93]

- Hepatopatía alcohólica [DB94]
- Colangitis biliar primaria [DB96.1]
- Hepatitis crónica, no clasificada en otra parte [DB97.2]
- Infarto de hígado [DB98.0]
- Púrpura hepática [DB98.1]
- Enfermedad venooclusiva hepática [DB98.6]
- Hipertensión portal [DB98.7]
- Congestión pasiva de hígado [DB98.8]
- Síndrome hepatorenal [DB99.2]
- Otras enfermedades del hígado [DB99.Y]
- Enfermedades del hígado, sin especificación [DB9Z].

2.21.2.11 Neumonía

Considera las siguientes afecciones como causas obvias de Neumonía [CA40] o Neumonitis por sólidos y líquidos [CA71], excepto aquellas debidas a aceites o esencias [CA71.1]:

- afecciones que deterioran el sistema inmunitario
- enfermedades consuntivas (como neoplasias malignas y desnutrición)
- enfermedades que causan parálisis (como hemorragia y trombosis cerebrales)
- afecciones respiratorias graves
- afecciones que afectan el proceso de traguar.

Otras enfermedades que limitan la capacidad de cuidarse a sí mismo, incluidas la demencia y las enfermedades degenerativas del sistema nervioso, la intoxicación y los traumatismos graves (grado 1– 4 según la lista de prioridades de traumatismos en el Anexo de mortalidad (2.23.10).

2.21.2.12 Edema pulmonar

Considera las siguientes afecciones como causas obvias de Edema pulmonar [CB01]:

- enfermedad cardíaca (incluida la enfermedad cardíaca pulmonar)
- afecciones que dañan el parénquima pulmonar, tales como:
 - infecciones pulmonares
 - aspiración e inhalación
 - síndrome de dificultad respiratoria
 - altitud elevada
 - toxinas circulantes
- afecciones que causan una sobrecarga de líquidos, tales como:
 - insuficiencia renal
 - hipoalbuminemia
- Anomalías congénitas que afectan la circulación pulmonar, como:
 - Estenosis congénita de las venas pulmonares

2.21.2.13 Síndrome nefrítico

Consideré cualquier infección estreptocócica (fiebre escarlatina, dolor de garganta por estreptococo, etc.) como la causa obvia del Síndrome nefrítico [GB40] o Síndrome nefrótico [GB41].

2.21.2.14 Pielonefritis

Consideré cualquier obstrucción urinaria causada por afecciones como la hiperplasia de la próstata o la estenosis ureteral como la causa obvia de las siguientes enfermedades renales tubulointersticiales:

- Nefritis túbulo-intersticial aguda [GB50]
- Pielonefritis aguda [GB51]
- Nefritis tubulointersticial, no especificada como aguda o crónica [GB54]
- Otra nefritis túbulo-intersticial crónica especificada [GB55.Y]
- Nefritis túbulo-intersticial crónica, sin especificación [GB55.Z]

2.21.2.15 Insuficiencia renal aguda

Consideré una infección del tracto urinario como una causa obvia de Insuficiencia renal aguda [GB60], siempre que no haya indicios de que la insuficiencia renal estuviera presente antes de que se desarrollara la infección del tracto urinario.

2.21.2.16 Atelectasia primaria del recién nacido

Consideré las siguientes afecciones renales congénitas y el Feto o recién nacido afectado por ruptura prematura de membranas [KA01.1] o por oligohidramnios [KA01.2] como causas obvias de Atelectasia primaria en el recién nacido [KB2B]:

- Enfermedad tubulointersticial autosómica dominante [GB82]
- Otra nefropatía quística o displásica especificada [GB8Y]
- Nefropatía quística o displásica, sin especificación [GB8Z]
- Atresia o estenosis de uréter [LB31.8]
- Agenesia de uréter [LB31.9]
- Otras anomalías estructurales especificadas del desarrollo de las vías urinarias [LB31.Y]
- Síndrome de Meckel-Gruber [LD2F.13]

2.21.2.17 Rotura prematura de membranas y oligohidramnios

Consideré las siguientes afecciones renales congénitas como causas obvias de Feto o recién nacido afectado por ruptura prematura de membranas [KA01.1] o por oligohidramnios [KA01.2]:

- Enfermedad tubulointersticial autosómica dominante [GB82]
- Otra enfermedad renal quística o displásica especificada [GB8Y]
- Enfermedad renal quística o displásica, no especificada [GB8Z]
- Atresia o estenosis del uréter [LB31.8]

- Agenesia del uréter [LB31.9]
- Otras anomalías estructurales especificadas del desarrollo prenatal de las vías urinarias [LB31.Y]
- Síndrome de Meckel-Gruber [LD2F.13]

2.21.2.18 Hemorragia

Considere el envenenamiento o la sobredosis con anticoagulantes como una causa obvia de hemorragia. Sin embargo, no considere la terapia anticoagulante, sin mencionar intoxicación o la sobredosis, como una causa obvia de hemorragia. Además, considere el tratamiento con corticoides, ácido acetilsalicílico y medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE) como causas obvias de hemorragia gástrica. Considere la hemorragia gastrointestinal como la causa obvia de anemia secundaria o no especificada.

2.21.2.19 Aspiración e inhalación

Considere las afecciones enumeradas en la Sección 2.21.2.11, Neumonía, como causas obvias de aspiración e inhalación.

2.21.2.20 Cirugía y otros procedimientos médicos invasivos

Considere la cirugía u otros procedimientos médicos invasivos, realizados en las cuatro semanas anteriores a la muerte, como una causa obvia de afecciones que se consideran complicaciones posteriores a procedimiento comunes. Esto también se aplica si la intervención quirúrgica o el procedimiento se informan en un espacio distinto del certificado y no en la Parte 1 o la Parte 2.

Se presenta una lista de tales afecciones, con instrucciones específicas en el Anexo de mortalidad (2.23.6 "Lista de afecciones que se consideran consecuencias directas de la cirugía y otros procedimientos médicos invasivos". Si en el certificado se reporta una afección que puede tratarse mediante cirugía u otros procedimientos médicos invasivos y en el certificado también se reporta una intervención quirúrgica o el procedimiento en el mismo sitio, entonces dé por hecho que esta condición fue la causa de la cirugía o el procedimiento.

2.21.2.21 Afecciones secundarias comunes

Considere lo siguiente como la causa obvia de las afecciones secundarias comunes que se enumeran en la tabla posterior:

- enfermedades consuntivas (como neoplasias malignas y desnutrición)
- enfermedades que causan parálisis (como hemorragia cerebral o trombosis)
- otra enfermedad que limita la capacidad de autocuidado, incluida la demencia y las enfermedades degenerativas del sistema nervioso.
- lesiones graves (grado 1- 4 según la lista de prioridades de lesiones en el Anexo de mortalidad (2.23.10)

Sin embargo, no considere las afecciones respiratorias como la causa obvia de estas afecciones secundarias.

Las afecciones en las categorías marcadas con una "M" (inicial del término inglés "maybe", que significa quizás) deben ser consideradas una consecuencia obvia de afecciones consuntivas y paralizantes tan solo si cumplen con el requisito previo para la asignación de código que se indica en la columna final de la tabla.

Afecciones secundarias comunes

Consecuencia	Quizás	Calificador
[3A00.0] Anemia ferropénica adquirida posthemorrágica		
[3A9Z] Anemias u otros trastornos de los eritrocitos, sin especificación		
[5B51] Consunción en lactantes, niños o adolescentes		
[5B52] Desnutrición aguda en lactantes, niños o adolescentes		
[5B71] Deficiencia de proteínas		
[5B7Z] Desnutrición, sin especificación		
[5C70] Disminución del volumen		
[8B40] Síndrome de la cola de caballo		
[8E45] Síndrome de enclaustramiento		
[BB00] Tromboembolismo pulmonar		
[BD30.0] Oclusión arterial aguda de la extremidad superior		
[BD30.2] Oclusión arterial aguda de la extremidad inferior		
[BD71.4] Trombosis venosa profunda de la extremidad inferior		
[BD71.Y] Otras trombosis venosas profundas especificadas		
[BD72] Tromboembolia venosa		
[DA91.31] Enterolito del intestino delgado		
[DB30.3] Impactación del intestino grueso		
[DD30.2] Oclusión venosa mesentérica aguda		
[EH90] Úlcera por presión		
[GB50] Nefritis tubulointersticial aguda	M	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
[GB51] Pielonefritis aguda	M	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
[GB55.Y] Otra nefritis tubulointersticial crónica especificada	M	Enfermedades que causan parálisis o

[GB55.Z] Nefritis tubulointersticial crónica, sin especificación	M	incapacidad para controlar la vejiga Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
[GB54] Nefritis tubulointersticial, no especificada como aguda o crónica	M	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
[GB60-GB6Z] Insuficiencia renal	M	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
[GB90.3] Isquemia o infarto de riñón	M	La afección en GB90.3 debe ser especificada como una embolia de la arteria renal
[GC00.1] Cistitis infecciosa	M	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
[GC00.3] Cistitis intersticial	M	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
[GC00.Z] Cistitis, sin especificación	M	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
[GC01.4] Disfunción neuromuscular de la vejiga urinaria, no clasificada en otra parte		
[GC02.0] Absceso uretral	M	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
[GC02.1] Uretritis inespecífica	M	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
[GC02.Y] Otra uretritis o síndrome uretral especificados	M	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
[GC03] Estenosis uretral	M	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para

[GC08] Infección urinaria, localización no especificada	M	controlar la vejiga; Excluye estenosis uretral postraumática Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
[MB50-MB5Z] Síntomas paralíticos		
[ME05.0] Estreñimiento		
[MG20.Z] Caquexia, sin especificación		

2.21.3 Instrucciones especiales sobre asociaciones y otras disposiciones (Paso M1)

Use la lista de esta sección en el Paso M1.

La causa básica provisional se indica en la columna de la izquierda. Si se aplican las condiciones especificadas en la columna de la derecha, utilice el código en negrita como nueva causa básica provisional. Hay dos tipos de combinación:

“Con mención de” significa que la otra afección puede aparecer en cualquier parte del certificado; “Cuando se menciona como causa de” significa que la otra afección debe aparecer en una relación causal correcta o debe indicarse que se debe a la causa básica provisional.

Para algunas afecciones, hay requisitos adicionales, por ejemplo, que se ha usado un término específico para la causa básica provisional o para la afección que puede cambiar el código de la causa básica.

La Causa básica provisional (CBP) es:

Capítulo 1 Algunas enfermedades infecciosas o parasitarias.

Cuando se menciona como causa de:

[2A00-2A0Z Neoplasias del cerebro o del sistema nervioso central]

[2A20-2B3Z Neoplasias de tejidos hematopoyéticos o linfáticos]

[2B50-2E2Z] Neoplasias malignas, excepto de los tejidos linfáticos o hematopoyéticos, del sistema nervioso central o de los tejidos relacionados]

Codifique en: [2A00-2A0Z], [2A20-2B3Z] o [2B50-2E2Z]

Excepción: enfermedad por el VIH

Codifique en: [1C60 Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana asociada a la tuberculosis], [1C61 Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana asociada al paludismo] o [1C62 Infección por el virus de la

	inmunodeficiencia humana sin mención de la tuberculosis o el paludismo], con 5º carácter 3 enfermedad por el VIH en estadio clínico 4 (sida)
La CBP es:	
[1A33 Cistoisosporiasis]	
[1D82 Enfermedad citomegaloviral]	con mención de:
[1B21 Infecciones por micobacterias no tuberculosas]	[1C60-1C62.Z Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana]
[1B2Y Otras enfermedades micobacterianas especificadas]	
[1B2Z Enfermedades micobacterianas, sin especificación]	
[1F00 Infecciones por herpes simple], excepto 1F00.Z	Codifique en:
[1F23.2 Candidosis del tracto gastrointestinal]	[1C60-1C62.Z Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana]
[1F23.31 Candidosis pulmonar]	
[1F25 Coccidioidomicosis]	
[1F27 Criptococcosis]	Si se desea, se puede usar la poscoordinación para especificar la afección individual asociada reportada.
[1F2A Histoplasmosis]	
[1F2G Neumocistosis]	
[1F57 Toxoplasmosis]	
[8C70.40 Distrofia muscular de cinturas dominante]	
[2A60.5 Neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoides]	
[2A80 Linfoma folicular]	
[2A81 Linfomas difusos de linfocitos B grandes]	
[2A85 Otras neoplasias o linfomas de células B maduras especificadas]	
[2A85.6 Linfoma de Burkitt incluida la leucemia de Burkitt]	
[2A86 Linfoma de linfocitos B, características mixtas]	
[2A90-2B2Z Neoplasias de linfocitos NK o de linfocitos T maduros, excepto [2B03]]	
[2B30 Linfoma de Hodgkin]	
[2B33 Neoplasias hematopoyéticas malignas sin otra especificación]	

[2B57 Sarcoma de Kaposi, localización primaria]

[2C77 Neoplasias malignas del cuello uterino]

[8A45.02 Leucoencefalopatía progresiva multifocal]

[8E47 Encefalopatía, no clasificada en otra parte]

[CA40.20 Neumonía por Pneumocystis]

[MG20.Z Caquexia, sin especificación]

La CBP es:

[1A61 Sífilis temprana]

con mención de:

[1A62 Sífilis tardía]

Codifique en: [1A62]

La CBP es:

[1B10-1B1Z Tuberculosis]

con mención de:

[1C60-1C62.Z Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana]

[MA14.0 Evidencia de laboratorio del virus de la inmunodeficiencia humana]

Codifique en:

[1C60 Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana asociado a la tuberculosis]

La CBP es:

[1B11 Tuberculosis del sistema nervioso]

con mención de:

[1B12 Tuberculosis de otros sistemas y órganos]

[1B10 Tuberculosis del aparato respiratorio]

Codifique en: [1B10] a menos que se informe como la causa de ello y con una duración específica superior a la de la afección en 1B10

La CBP es:

[1C1C.2 Meningococemia]

con mención de:

[1C1C.0 Meningitis meningocócica]

Codifique en: [1C1C.0]

con mención de:

[1C1C.1 Síndrome de Waterhouse- Friderichsen]

Codifique en: [1C1C.1]

La CBP es:

[1E50 Hepatitis viral aguda] [1E50.0
Hepatitis A aguda]

cuando se menciona como la causa de:

[DB93 Fibrosis o cirrosis hepática]
[DB99.8 Insuficiencia hepática crónica]

Codifique en:

[1E51 Hepatitis viral crónica]

La CBP es:

[1C60-1C62.Z Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana]

Nota:

Las formas de muerte, las afecciones mal definidas y las afecciones que es improbable que causen la muerte no deben vincularse a categorías de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana [1C60-1C62.Z] a menos que la herramienta de codificación le lleve a ello. Cuando hay afecciones clasificables en dos o más categorías, codifique en el estadio más severo. Si lo desea, se puede usar la poscoordinación para especificar la afección individual asociada reportada.

La CBP es:

Capítulo 3 Enfermedades de la sangre o de los órganos hematopoyéticos

[4A00-4A0Z Inmunodeficiencias primarias]

[4A20 Inmunodeficiencias adquiridas]

[4B00-4B0Z Trastornos del sistema inmunitario con implicación de los linajes de leucocitos]

[4B20-4B2Y Algunos trastornos con afectación del sistema inmunitario]

cuando se menciona como la causa de:

[1C60-1C62.Z Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana], y donde el certificado indique que la infección por el VIH es el resultado de una transfusión de sangre que se administró para el tratamiento de la enfermedad de origen.

Codifique en: [1C60-1C62.Z Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana]

La CBP es:

[5C70 Disminución de volumen]

Con mención de:

[1A00-1A40.Z Gastroenteritis o colitis de origen infeccioso]

Codifique en: [1A00-1A40.Z]

La CBP es: [8B00-8B2Z Enfermedades cerebrovasculares]	cuando se mencionan como la causa de: [6D81 Demencia debida a una enfermedad cerebrovascular] [6D8Z Demencia, causa desconocida o sin especificación] Codifique en: [6D81]
---	---

La CBP es: [BA40 Angina de pecho] [BA4Z Cardiopatía isquémica aguda, sin especificación] [BA50-BA5Z Cardiopatía isquémica crónica] [BA6Z Cardiopatías isquémicas, sin especificación]	Con mención de: [BA41 Infarto agudo de miocardio] [BA42 Infarto de miocardio subsecuente] Codifique en: [BA41]
--	---

2.21.3.1 Códigos que no deben usarse como causa básica de defunción

La CBP es: [2D43 Neoplasias malignas de localizaciones primarias independientes, múltiples]	No debe usarse como causa básica de defunción. Cuando se informan neoplasias malignas múltiples pero independientes en el certificado de defunción, seleccione la causa básica aplicando las reglas de selección y modificación de la manera normal. Véase también la Sección 2.22.5 Neoplasias malignas.
---	---

La CBP es: [2D50-2E2Z Metástasis de neoplasia maligna] [MG20.0 Caquexia maligna]	No debe usarse como causa básica de defunción. Codifique en: [2D40-2D4Z Neoplasias malignas de localización primaria mal definida o no especificada], si la localización primaria de la neoplasia maligna no se conoce o no se indica.
---	---

La CBP es: [5D40-5D46 Trastornos metabólicos o endocrinos tras un procedimiento] [8E60-8E66 Trastornos del sistema nervioso tras un procedimiento]	No debe usarse como causa básica de defunción. Véase la Sección 2.20.4 Paso M4: Instrucciones sobre procedimientos médicos, traumatismos principales, intoxicaciones y muertes maternas.
---	--

[9D20-9D25 Trastornos de los ojos o de los anexos oculares tras un procedimiento]
[AB90-AB93 Trastornos del oído o de la apófisis mastoides tras un procedimiento]
[BE10-BE1F.Z Trastornos del aparato circulatorio tras un procedimiento]
[CB60-CB64 Trastornos del aparato respiratorio tras un procedimiento]
[DE10-DE12.Y Trastornos del aparato digestivo tras un procedimiento]
[FC01 Trastornos del sistema osteomuscular tras un procedimiento invasor]
[GC70-GC7B Trastornos del aparato genitourinario tras un procedimiento]

La CBP es:

[BA42 Infarto de miocardio subsecuente]
[BA60 Algunas complicaciones actuales después de un infarto agudo de miocardio]

No debe usarse como causa básica de defunción.

Codifique en: [BA41 Infarto agudo de miocardio]

La CBP es:

[BA43 Trombosis coronaria que no conduce a infarto del miocardio]

No debe usarse como causa básica de defunción. Para la mortalidad, se asume que ha habido un infarto de miocardio.

Codifique en: [BA41 Infarto agudo de miocardio]

La CBP es:

[MA15.Y Otros resultados microbiológicos en la sangre, los órganos hematopoyéticos o el sistema inmunitario]

No debe usarse como causa básica de defunción.

Codifique en:

La enfermedad infecciosa causante del Capítulo 1 Algunas enfermedades infecciosas o parasitarias, o en [1G40 Sepsis sin choque séptico] o en [1G41 Sepsis con choque séptico].

La CBP es:

Códigos de extensión (Códigos X)	No debe usarse como causa básica de defunción. Codifique en [MH14]
----------------------------------	---

2.21.3.2 Códigos que no deben utilizarse si la causa básica es conocida

La CBP es:

[6D70-6E0Z Trastornos neurocognitivos]

No debe usarse como causa básica de defunción si la afección física básica es conocida.

Codifique en: la afección física básica. La clasificación indica afecciones básicas comunes para cada categoría bajo la instrucción "Tiene una afección causante (codifique también)".

2.21.4 Instrucciones especiales sobre cirugía y otros procedimientos médicos (Paso M4)

2.21.4.1 Motivo de la intervención quirúrgica o procedimiento reportado

Si la causa básica provisional seleccionada al aplicar los Pasos SP1 a SP8 y M1 a M3 es una intervención quirúrgica u otro procedimiento médico y el certificado indica la razón por la cual se realizó la operación o el procedimiento, seleccione la razón de la operación o procedimiento como nueva causa básica provisional de la muerte. A continuación, aplique nuevamente las instrucciones de los Pasos SP7 y M1 a M4.

2.21.4.2 Motivo de la intervención quirúrgica o procedimiento no reportado, complicación reportada

Si no se indica la razón de la intervención quirúrgica o el procedimiento y se reporta una complicación, proceda como se describe a continuación.

- La intervención quirúrgica indica un órgano específico: Primero, si el tipo de cirugía o procedimiento indica un órgano o sitio específico, utilice el código para la categoría residual del órgano o sitio operado como nueva causa básica provisional de muerte. A continuación, vuelva a aplicar las instrucciones en los Pasos SP7 y M1 a M4.
- Si lo anterior no procede, entonces use el código apropiado de:
 - [JB0C] Complicaciones de la anestesia durante el trabajo de parto o el parto
 - [JB0D.3] Otras complicaciones de la intervención quirúrgica o procedimientos obstétricos
 - [PK80-PK8Z] Cirugía u otros procedimientos médicos asociados con lesión o daño en el diagnóstico o uso terapéutico
 - [PL11] Modo de lesión o daño asociado con cirugía u otro procedimiento médico

Cuando sean de aplicación tanto [PK80-PK8Z] como [PL11], codifique primero el modo de lesión o daño [PL11] y agregue a la combinación el tipo de cirugía o

procedimiento [PK80] Procedimiento médico o quirúrgico asociado con lesión o daño en su uso terapéutico.

2.21.4.3 Motivo de la intervención quirúrgica o el procedimiento no reportado, complicación no reportada

Si no se indica la razón de la intervención quirúrgica o el procedimiento y no se informa de ninguna complicación, proceda como se describe a continuación:

- a) La intervención quirúrgica indica un órgano específico: si el tipo de cirugía o procedimiento indica un órgano o sitio específico, utilice el código de la categoría residual para el órgano o sitio operado como el nuevo punto de inicio. A continuación, vuelva a aplicar las instrucciones en los Pasos SP7 y M1 a M4.
- b) Por último, si no es de aplicación lo anterior, codifique [MH14 Otras causas de mortalidad mal definidas y no especificadas].

Ejemplo 1

- 1 (a) Embolia pulmonar
- (b) Apendicectomía
- (c)
- (d)

2

El certificado no especifica el motivo de la intervención quirúrgica, pero el término apendicectomía indica el apéndice como órgano operado. Codifique [DB1Z Enfermedades del apéndice, sin especificación] como la causa básica de la muerte.

Ejemplo 2

- 1 (a) Punción accidental de la aorta
- (b) Laparotomía
- (c)
- (d)

2

El certificado no especifica el motivo de la intervención quirúrgica y el término laparotomía no indica un órgano específico. Sin embargo, hay una mención de un tipo de lesión en el momento de la intervención quirúrgica. Codifique el tipo de lesión, la punción accidental durante la laparotomía, como causa básica de la muerte. [PL11.0 Cortadura, punción o desgarro como modo de lesión o daño].

Ejemplo 3

- 1 (a) Hemorragia postoperatoria
- (b) Cesárea
- (c) Trabajo de parto prolongado
- (d)

2

El certificado indica la razón por la cual se realizó la intervención quirúrgica. Codifique el motivo de la intervención quirúrgica, trabajo de parto prolongado, como la causa básica de la muerte. [JB03.Z Trabajo de parto prolongado, sin especificación].

Ejemplo 4

- 1 (a) Laparotomía
- (b)
- (c)
- (d)

2

El certificado no especifica por qué se realizó la intervención quirúrgica y el término laparotomía no indica un órgano específico. No hay mención de una complicación. Codifique [MH14 Otras causas de muerte mal definidas y no especificadas], como causa básica de la muerte.

2.21.4.4 Dispositivos médicos asociados con incidentes adversos debidos a causas externas

Si una muerte es causada por un incidente que involucra un dispositivo médico, pero el incidente se debe a una causa externa y no a un fallo o mal funcionamiento del dispositivo, codifique la causa externa como causa básica de la muerte.

Si la causa externa del incidente no está específicamente clasificada, codifique en [PB6Z Causa de morbilidad o mortalidad de intención no especificada] (véase el ejemplo 3).

Ejemplo

1

- 1 (a) Neumonía por inhalación
 - (b) Hemorragia de la tráquea
 - (c) Caída de la cama mientras estaba conectado al respirador
 - (d)
- 2 Tratamiento respiratorio después de trasplante hepático

No se menciona una avería o mal funcionamiento del respirador o del tubo traqueal. Codifique en [PL14.E Caída en centro de cuidado de la salud], el accidente que causó la hemorragia, como causa básica de la muerte, y use un código adicional, si se desea, para la [XE8PK Cama, ropa de cama o accesorios de cama]

Ejemplo

2

- 1 (a) Edema pulmonar
- (b) Paro de la bomba de balón intraaórtico
- (c) Corte de energía por huracán

- (d) Infarto de miocardio reciente con insuficiencia mitral

2

La bomba de balón dejó de funcionar, no por un mal funcionamiento o una avería, sino por un corte de energía. Codifique la razón del corte de energía, víctima de tormenta cataclísmica, como causa básica de la muerte, [PJ06].

Ejemplo

3

- 1 (a) Insuficiencia cardíaca y respiratoria
(b) Detención de la administración de fármacos inotrópicos
(c) Eliminación accidental de la vía subclavia
(d)

2 Cirugía por perforación aguda de vesícula biliar

No se menciona un mal funcionamiento o una avería del equipo. Dado que no se describe el accidente que causó la eliminación de la vía subclavia, codifique en [PB6Z Causas de morbilidad o mortalidad no intencionales sin especificación].

2.21.5 Instrucciones especiales sobre traumatismos principales en muertes por causas externas (Paso M4)

Si la causa básica seleccionada al aplicar las reglas de selección y modificación en los Pasos SP1 a SP8 y M1 a M3 es un traumatismo, codifique la causa externa del traumatismo como causa básica de la muerte. Para obtener definiciones e instrucciones de codificación sobre eventos de traumatismos en el transporte, consulte también la Sección 2.24.6.1. Descripciones relacionadas con eventos de traumatismos en el transporte

Además de la causa básica del Capítulo 23 "Causas externas de morbilidad y mortalidad", codifique también un traumatismo principal. Esto se aplica tanto a las lesiones corporales como a la intoxicación. Para obtener instrucciones especiales sobre cómo identificar la causa básica y la lesión principal en las muertes por intoxicación, consulte la Sección 2.21.6 Instrucciones especiales sobre intoxicaciones por fármacos, medicamentos y sustancias biológicas (Paso M4)

Si se reporta más de una lesión en el certificado de defunción, aplique las siguientes instrucciones:

- a) Cuando las lesiones reportadas incluyan lesiones triviales (las enumeradas en el Anexo 2.23.9 'Lista de afecciones que es improbable que causen la muerte'), ya sea en la Parte 1 o la Parte 2, seleccione la lesión principal como si no se hubieran reportado las lesiones de la lista del Anexo 2.23.9.

Ejemplo 1

- 1 (a) Contusión de brazo y fractura de cráneo
(b) Caída del andamio
(c)

(d)
2

La caída del andamio es la causa básica de la muerte. Codifique la causa básica en [PA61 Caída no intencional desde 1 metro de altura o más] y use un código adicional, si lo desea, para el [XE7RK andamio]. Como lesión principal, codifique [NA02.Z Fractura del cráneo o de los huesos faciales, sin especificación]. Hacer caso omiso a la contusión del brazo (lesión superficial del miembro superior, nivel no especificado), tal como se encuentra en el Anexo 2.23.9 "Lista de afecciones que es improbable que causen la muerte".

- b) Cuando se reportan lesiones no triviales en la Parte 1 y en la Parte 2, seleccione la lesión principal de la Parte 1. Esto se aplica incluso cuando las lesiones mencionadas en la Parte 2 tienen un rango más alto en el Anexo 2.23.10 Clasificación de prioridad de códigos de naturaleza de la lesión de la CIE-11, que las lesiones mencionadas en la Parte 1.

Ejemplo 2

- 1 (a) Múltiples lesiones intratorácicas
(b) Conductor de automóvil, colisión con autobús
(c)
(d)

2 Lesiones cerebrales

Codifique [PA04 Evento no intencional en transporte terrestre en el tránsito que causa traumatismo a ocupante de automóvil] y use un código adicional, si lo desea, para [XE5LJ autobús o autocar como parte contraria en un choque del transporte terrestre]. Como lesión principal, codifique [NB35 Traumatismos múltiples en el tórax]. La lesión cerebral no especificada tiene un rango más alto en el Anexo 2.23.10 Clasificación de prioridad de códigos de naturaleza de la lesión, que las lesiones múltiples del tórax, pero las lesiones múltiples del tórax se mencionan en la Parte 1 y tienen prioridad sobre las lesiones mencionadas en la Parte 2.

- c) Cuando las lesiones no triviales se reportan solo en la Parte 2, seleccione una lesión principal de la Parte 2.
d) Cuando se reporta más de una lesión grave en la parte pertinente del certificado (Parte 1), seleccione la lesión principal de acuerdo con el Anexo 2.23.10 "Clasificación de prioridad de códigos de naturaleza de la lesión". Tenga en cuenta que 1 es el rango de mayor prioridad y que 6 el más bajo.

Ejemplo 3

- 1 (a) Lesiones intratorácicas múltiples y lesiones cerebrales
(b) Conductor de automóviles, colisión con autobús
(c)
(d)

2

Codifique [PA04 Evento no intencional en transporte terrestre en el tránsito que causa traumatismo a ocupante de automóvil] como causa básica de la muerte. Como lesión principal, codifique la lesión cerebral [NA07.Z Traumatismo intracraneal, sin especificación], que tiene un rango más alto en la lista de prioridades que [NB35 Múltiples lesiones de tórax].

- e) Cuando más de una de las lesiones graves informadas en la parte pertinente del certificado tengan el mismo rango más alto, seleccione la primera mencionada de estas lesiones. Sin embargo, seleccione una lesión específica con preferencia a una lesión del grupo *ND30-ND37 Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo* del mismo rango de prioridad.

Ejemplo 4

- 1 (a) Lesiones múltiples con ruptura de aorta
(b) Conductor de automóviles, colisión con el autobús
(c)
(d)

2

Codifique [PA04 Evento no intencional en transporte terrestre en el tránsito que causa traumatismo a ocupante de automóvil] como causa básica de muerte. Como lesión principal, codifique [NB30.01 Desgarro mayor de la aorta torácica]. Las lesiones múltiples y la ruptura de la aorta tienen el mismo rango en la lista de prioridades, pero una lesión específica tiene prioridad sobre las lesiones del grupo que afectan a múltiples regiones corporales.

2.21.6 Instrucciones especiales sobre intoxicación por fármacos, medicamentos y sustancias biológicas (Paso M4)

Si la intoxicación es la causa básica provisional en el Paso M4 y se informan múltiples sustancias, siga las instrucciones de esta sección.

2.21.6.1 Se especifica el medicamento que probablemente haya causado la muerte

Si una de las sustancias se especifica como la sustancia que más probablemente causó la muerte, asigne el código de la causa externa para esa sustancia como causa básica de la muerte. Use el código adicional del Capítulo X, si procede, para identificar la sustancia específica informada y agregue el código de la lesión principal del Capítulo 22 a la combinación.

Ejemplo 1

- 1 (a) Sobredosis accidental de heroína
(b)
(c)
(d)
- 2 Diazepam y amitriptilina presentes

Al colocar la sobredosis de heroína sola en la Parte 1 e informar que las otras sustancias contribuyeron a la muerte en la Parte 2, el certificador identificó a la heroína como la sustancia que más probablemente causó la muerte. Seleccione [PB20 Exposición no intencional a opioides o analgésicos relacionados o a sus efectos nocivos] como causa básica. Use el código adicional [XM05B3 Heroína] para identificar la sustancia específica informada. Y como lesión principal, añada del Capítulo 22 [NE60 Efectos adversos de fármacos, medicamentos u otras sustancias biológicas, no clasificados en otra parte, NCOP. El Código combinado es [PB20]&[XM05B3]/[NE60].

Ejemplo 2

- 1 (a) Intoxicación por anfetamina
(b)
(c)
(d)
- 2 Niveles tóxicos de heroína y flunitrazepam

Al colocar la intoxicación con anfetamina sola en la Parte 1 e informar que las otras sustancias contribuyeron a causar la muerte en la Parte 2, el certificador identificó a la anfetamina como la sustancia que más probablemente causó la muerte. Seleccione [PB22 Exposición no intencional a psicoestimulantes o a sus efectos nocivos] como causa básica. Use el código adicional [XM48Z9 Anfetamina] para identificar la sustancia específica informada. Y agregue [NE60 Efectos adversos de fármacos, medicamentos u otras sustancias biológicas, no clasificados en otra parte] al Código combinado. El Código combinado es [PB22]&[XM48Z9]/[NE60].

Ejemplo 3

- 1 (a) Intoxicación por alcohol
(b)
(c)
(d)
- 2 Niveles tóxicos de heroína y flunitrazepam

Al colocar la intoxicación con alcohol solo en la Parte 1 y reportar las otras sustancias como causas contribuyentes a la muerte en la Parte 2, el certificador identificó al alcohol como la sustancia con mayor probabilidad de haber causado la muerte. Seleccione [PB30 Exposición no intencional a alcoholes o a sus efectos nocivos] como causa básica. Y agregue [NE61 Efectos nocivos de o exposición a sustancias tóxicas de origen principalmente no medicinal], no clasificados en otra parte] al Código combinado. El Código combinado es [PB30]/[NE61 Efectos dañinos de o exposición a sustancias nocivas, principalmente no medicinales como fuente no clasificadas en otra parte]

Ejemplo 4

- 1 (a) Intoxicación por alcohol
(b)

(c)

(d)

2 Diazepam y amitriptilina presentes

Al colocar la intoxicación con alcohol solo en la Parte 1 y reportar las otras sustancias como contribuyentes de muerte en la Parte 2, el certificador identificó al alcohol como la sustancia más importante para provocar la muerte. Seleccione [PB30 Exposición no intencional a alcoholes o a sus efectos nocivos] como causa básica. Y agregue al Código combinado [NE61 Efectos nocivos de o exposición a sustancias tóxicas de origen principalmente no medicinal] como fuente no clasificadas en otra parte al Código combinado. El Código combinado es PB30/NE61.

2.21.6.2 No se especifica el fármaco que probablemente haya causado la muerte

Si se reportan múltiples sustancias contribuyentes a la muerte pero ninguna de las sustancias se especifica como sustancia que más probablemente causó la muerte, siga las instrucciones siguientes:

(a) En las combinaciones de alcohol con un fármaco codifique el fármaco.

Ejemplo 5

- 1 (a) Niveles tóxicos de alcohol y flunitrazepam
(b)
(c)
(d)

2 Diazepam y amitriptilina presentes

Al colocar los niveles tóxicos de alcohol y flunitrazepam en la Parte 1 e informar sobre las otras sustancias como causas contribuyentes de muerte en la Parte 2, el certificador identificó al alcohol y al flunitrazepam como las sustancias más importantes para provocar la muerte. De estas dos, seleccione la intoxicación con flunitrazepam debido a que en las combinaciones de alcohol con un fármaco se codifica el fármaco. Seleccione [PB27 Exposición no intencional a fármacos antiepilépticos o antiparkinsonianos o a sus efectos nocivos] como causa básica. Use el código adicional [XM9W71 Flunitrazepam] para identificar la sustancia específica informada. Y agregue [NE61 Efectos nocivos de o exposición a sustancias nocivas, principalmente no medicinales] como fuente, no clasificadas en otra parte (NCOP). El código es &./.

(b) Codifique las combinaciones de múltiples fármacos o medicamentos, de la siguiente manera:

- Si la causa externa informada de los múltiples fármacos es la misma, seleccione esa como causa básica de muerte.
- Si la causa externa de los múltiples fármacos reportados no es la misma, codifique [PB29 Exposición no intencional a múltiples fármacos, medicamentos o sustancias biológicas o a sus efectos nocivos] como causa básica de la muerte.

Use el código adicional del Capítulo X, si procede, para identificar la sustancia con mayor probabilidad de haber causado la muerte consultando la Sección 2.21.6.3 Identificación del fármaco que es más probable que haya causado la muerte.

Tenga en cuenta que cuando agrega más de un fármaco en casos de uso opcional, se debe codificar primero la sustancia identificada como la que probablemente haya causado la muerte.

Ejemplo 6

- 1 (a) Niveles tóxicos de heroína y anfetamina

(b)
(c)
(d)

2

Ni la heroína ni la anfetamina se identifican como la sustancia que más probablemente causó la muerte y la causa externa de estos fármacos no es la misma. Codifique [PB29 Exposición no intencional a múltiples fármacos, medicamentos o sustancias biológicas o a sus efectos nocivos] como causa básica de la muerte. Vaya a la Sección 2.21.6.3 para identificar el medicamento que probablemente haya causado la muerte.

Ejemplo 7

- 1 (a) Intoxicación accidental por alcohol, heroína y diazepam

(b)
(c)
(d)

2

Ninguna de las sustancias se identifica como la sustancia que más probablemente causó la muerte. En las intoxicaciones por combinaciones de alcohol y fármacos se codifican los fármacos. Debido a que ninguno de los medicamentos se identifica como el más importante y el código de la causa externa es diferente, codifique [PB29 Exposición no intencional a múltiples fármacos, medicamentos o sustancias biológicas o a sus efectos nocivos] como la causa básica de la muerte. Y vaya a la Sección 2.21.6.3 para identificar la sustancia que probablemente haya causado la muerte.

2.21.6.3 Identificación del fármaco que es más probable que haya causado la muerte

Use el siguiente orden de prioridad para identificar la sustancia que más probablemente haya causado la muerte (1 = prioridad más alta):

1. Agonistas y agonistas parciales de opioides y otros narcóticos no especificados.

Las defunciones que involucran múltiples opioides clasificables deben ser priorizadas de la siguiente manera:

- 1a. Heroína
- 1b. Metadona
- 1c. Opio
- 1d. Otros opioides
- 1e. Otros narcóticos sintéticos.
- 1f. Otros narcóticos y no especificados.

2. Agentes anestésicos inhalados e intravenosos, Incluye: Propofol

3. Antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos.
4. Barbitúricos
5. Derivados de 4-aminofenol. Incluye: APAP, acetaminofeno, paracetamol
6. Antipsicóticos y neurolépticos. Incluye: fenotiazina antipsicóticos y neurolépticos, butirofenona y neurolépticos tioxanténicos, antipsicóticos y neurolépticos no especificados y otros
7. Fármacos antiepilepticos, antiparkinsonianos y sedantes no especificados
8. Cocaína
9. Psicoestimulantes con potencial de abuso. Incluye: Anfetaminas y derivados.
10. Antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) y otros antidepresivos no especificados. Incluye: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), venlafaxina.
11. Benzodiazepinas
12. Fármacos y sustancias no mencionados arriba.

Si hay más de un medicamento en el mismo grupo de prioridad, codifique al primero mencionado.

Ejemplo

8

Ejemplo 8

- 1 (a) Niveles tóxicos de cocaína, heroína, diazepam y amitriptilina
(b)
(c)
(d)

2

Ninguno de los medicamentos se identifica como la sustancia que más probablemente causó la muerte, y el código de la causa externa no es el mismo para estas sustancias. Codifique [PB29 Exposición no intencional a múltiples fármacos, medicamentos o sustancias biológicas o a sus efectos nocivos] como causa básica de la muerte. En la lista de prioridades anterior, la cocaína está en el grupo 8, la heroína está en el grupo 1a, el diazepam está en el grupo 11 y la amitriptilina está en el grupo 3. Use el código adicional [XM05B3 Heroína] para el fármaco identificado ([PB29 Exposición no intencional a múltiples fármacos, medicamentos o sustancias biológicas o a sus efectos nocivos]& [XM05B3]). Agregue los códigos, si lo desea, del Capítulo X para enumerar otros medicamentos reportados. Finalmente, agregue al Código combinado NE61 Efectos nocivos de o exposición a sustancias tóxicas de origen principalmente no medicinal según la fuente, no clasificadas en otra parte, ([PB29]&XM05B3/NE61).

Ejemplo 9

- 1 (a) Sobredosis de heroína, cocaína, diazepam y amitriptilina
(b)

(c)
(d)

2

Ninguno de los fármacos se identifica como la sustancia que más probablemente causó la muerte, y el código de la causa externa no es el mismo para estas sustancias.

Codifique [PB29 Exposición no intencional a múltiples fármacos, medicamentos o sustancias biológicas o a sus efectos nocivos] como la causa básica de la muerte. En la lista de prioridades anterior, la heroína está en el grupo 1a, la cocaína está en el grupo 8, el diazepam está en el grupo 11 y la amitriptilina en el grupo 10. Use el código adicional [XM05B3 Heroína] para la droga identificada. Agregue los códigos, si lo desea, del Capítulo X para enumerar otros medicamentos reportados. Finalmente, agregue al código combinado [NE61 Efectos nocivos de sustancias tóxicas cuyo origen no es principalmente medicinal o exposición a dichas sustancias, no clasificados en otra parte] en cuanto a la fuente.

Ejemplo 10

- 1 (a) Intoxicación accidental por alcohol, heroína y diazepam
(b)
(c)

2

En la intoxicación por combinaciones de alcohol y drogas se codifica la (s) droga (s); consulte las instrucciones en la Sección 2.21.6.2 subsección (a), más arriba. Ninguno de los medicamentos reportados en la Parte 1 se identifica como la sustancia con mayor probabilidad de haber causado la muerte, y el código de la causa externa no es el mismo para estas sustancias. Codifique [PB29 Exposición no intencional a múltiples fármacos, medicamentos o sustancias biológicas o a sus efectos nocivos] como causa básica de la muerte. En la lista de prioridades anterior, la heroína está en el grupo 1a y el diazepam está en el grupo 11. Use el código adicional [XM05B3 Heroína], identificada como la que más probablemente causó la muerte. Agregue el código [XM8P99 Diazepam], si lo desea. Finalmente, agregue al Código combinado [NE61 Efectos nocivos de sustancias tóxicas cuyo origen no es principalmente medicinal o exposición a dichas sustancias, no clasificados en otra parte] en cuanto a la fuente.
[PB29]&[XM05B3]&[XM8P99]/[NE61].

2.21.7 Instrucciones especiales sobre mortalidad materna (Paso M4)

Si en el certificado se menciona el embarazo, el parto o el puerperio, en la mayoría de los casos, la causa básica se codifica en el Capítulo 18, Embarazo, parto o puerperio. Esto se debe a que la causa básica seleccionada al aplicar los Pasos SP1 a SP8 y M1 a M3 se clasifica en el Capítulo 18 según la herramienta de codificación, o porque existe un código especial en el Capítulo 18 para la afección si aparece durante el embarazo, el parto o el puerperio.

Aplique las siguientes instrucciones para determinar si una causa básica que está indexada a otras partes de la CIE debe clasificarse en el Capítulo 18. Tenga en cuenta que estas instrucciones no se aplican a las afecciones que están indexadas en el Capítulo 18.

Si el embarazo, el parto o el puerperio se informan en cualquier parte del certificado, pero no se indica claramente que el embarazo, el parto o el puerperio contribuyeron a la muerte, primero póngase en contacto con el certificador y solicite más información.

- Si el certificador declara que la muerte fue una complicación del embarazo, parto o puerperio, codifique la causa básica en el Capítulo 18, Embarazo, parto o puerperio.
- Si el certificador declara que la muerte no fue una complicación del embarazo, parto o puerperio, no codifique la causa básica en el Capítulo 18.
- Si no puede obtener información adicional, pero el embarazo, el parto o el puerperio se mencionan en la Parte 1 o la Parte 2 del certificado, codifique la causa básica en el Capítulo 18.

Si la causa básica que seleccionó es clasificable en [JB63.Z Enfermedades infecciosas maternas clasificables en otra parte que complican el embarazo, el parto o el puerperio, sin especificación] y [JB64 Algunas enfermedades maternas clasificables en otra parte pero que complican el embarazo, el parto o el puerperio], entonces añada el código correspondiente del capítulo 01-19 como una causa múltiple de muerte. Esto es importante porque, de lo contrario, la información relevante sobre la causa específica de la muerte no será recuperable.

Tenga en cuenta que algunas afecciones no están codificadas en el Capítulo 18, incluso si ocurrieron durante el embarazo, el parto o el puerperio, consulte la nota "Excluye" al comienzo del Capítulo 18.

Ejemplo

1

- 1 (a) Embolia de líquido amniótico
- (b)
- (c)
- (d)

2

La causa básica, Embolia de líquido amniótico, está indexada en el Capítulo 18 [JB42.1].

Ejemplo 2

- 1 (a) Edema pulmonar
- (b) Insuficiencia mitral, embarazo
- (c)
- (d)

2

La causa básica, insuficiencia mitral, se codifica en el Capítulo 18 porque el embarazo se menciona en la Parte 1. Codifique la causa básica en [JB64.4 Enfermedades del aparato circulatorio que complican el embarazo, el parto o el puerperio]. Para mayor especificidad, también agregue al grupo el código [BB61.Z Insuficiencia de la válvula mitral, sin especificación].

Ejemplo 3

- 1 (a) Hemorragia
 (b) Cáncer cervical
 (c)
 (d)
- 2 Tratamiento retrasado por embarazo

La causa básica, el cáncer cervical, está codificada en el Capítulo 18 porque el embarazo se menciona en la Parte 2. Codifique la causa básica en [JB64.Y Otras enfermedades maternas específicas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto o el puerperio]. Para mayor especificidad, también agregue a la combinación el código 2C77.Z Neoplasia maligna del cuello uterino, sin especificación].

Ejemplo 4

- 1 (a) Insuficiencia hepática
 (b) Fiebre hemorrágica del dengue 5 días
 (c)
 (d)
- 2 Información adicional: 40 días postparto

Codifique la causa básica en [JB63.5 Otras enfermedades virales que complican el embarazo, el parto o el puerperio]. Para mayor especificidad, también agregue a la combinación el código para el [1D20 Dengue con signos de alarma].

2.22 Instrucciones de codificación para la mortalidad: codificación de causas múltiples y otras instrucciones específicas

La codificación de las causas múltiples permite un análisis en profundidad de las causas de muerte, por ejemplo, de complicaciones graves pero evitables de ciertas causas básicas, y el impacto de las condiciones coexistentes en el resultado de un proceso de enfermedad. Por lo tanto, en la codificación de mortalidad, se deben registrar tanto la causa básica como las múltiples. Además, la codificación completa de las causas múltiples es esencial para una correcta aplicación de las instrucciones de la CIE para la selección y modificación de la causa básica de la muerte (consulte las Secciones 2.20 - 2.22).

Todos los detalles posibles deben conservarse en la codificación de las causas múltiples, ya que los registros que contienen todas las condiciones de causa múltiple permiten un análisis más exhaustivo que los registros con solo una selección de las condiciones informadas en el certificado. En particular:

- la posición de los códigos individuales en el registro de datos debe reflejar en qué lugar del certificado las expresiones de diagnóstico correspondientes fueron ingresadas por el certificador, ya que algunos análisis pueden centrarse en la causa terminal de la muerte o en las condiciones informadas en la Parte 2

- los códigos para afecciones comunes, o para afecciones consideradas como sintomáticas o menos informativas, no deben eliminarse ni omitirse, ya que pueden ser de especial interés en el análisis de complicaciones evitables y pueden servir como marcadores de la gravedad de otras afecciones informadas en el certificado;
- los datos de causas múltiples deben almacenarse en dos formatos:
 1. un formato que muestre lo más claramente posible qué término usó el certificador en el certificado y en qué lugar del certificado se informó cada término
 2. un formato que toma en consideración las relaciones declaradas o implícitas entre las afecciones informadas y dónde se han armonizado los códigos de acuerdo con las instrucciones en los volúmenes de la CIE.

Tenga en cuenta que la sintaxis de una cadena de códigos para retener los códigos de la CIE proporcionados en un certificado de defunción debe ser distinguible de la sintaxis utilizada para la codificación por combinación en la CIE (es decir, barra diagonal (/), signo (&)), mientras que la sintaxis específica puede diferir según diferentes configuraciones. Dicha cadena de código podría ser, por ejemplo, BD10Z|BA5Z *5A11/9B710Z, donde una barra vertical (|) expresa el separador entre líneas en la Parte 1, y un asterisco expresa el separador entre la Parte 1 y la Parte 2, y la barra diagonal (/) muestra el código combinado como un separador entre los códigos de base siguiendo la convención de la CIE.

2.22.1 Diagnóstico incierto

Ignore las expresiones que indiquen dudas sobre la certeza del diagnóstico, por ejemplo, "aparentemente", "probablemente", "presumiblemente" o "posiblemente". Un diagnóstico tentativo, aunque incierto, es más útil para las estadísticas de mortalidad que ningún diagnóstico.

2.22.1.1 Uno u otro

El certificador puede informar diagnósticos alternativos, 'diagnóstico A o diagnóstico B'. En tales casos, proceda de la siguiente manera.

2.22.1.2 Una sola afección, ya sea en un sitio u otro

Si los sitios se encuentran en el mismo sistema anatómico, codifique en la categoría residual para el grupo o sistema anatómico en el que se clasifican los sitios informados.

Ejemplo

1

- 1 (a) Cáncer de riñón o vejiga
- (b)
- (c)
- (d)

2

Codifique en [2C9Z Neoplasias malignas de las vías urinarias, sin especificación].

- (b) Si los sitios informados se encuentran en diferentes sistemas anatómicos, o si no hay una categoría residual para el grupo o sistema anatómico, codifique en la categoría residual para la enfermedad o condición especificada.

Ejemplo

2

- 1 (a) Cáncer de la glándula suprarrenal o riñón

(b)
(c)
(d)

2

Codifique en [2D42 Neoplasias malignas de localización mal definida], ya que la glándula suprarrenal y el riñón se encuentran en diferentes sistemas anatómicos.

2.22.1.3 Un solo sitio o sistema, ya sea una u otra afección

- (b) Si las afecciones informadas son clasificables en diferentes subcategorías y la CIE proporciona un grupo o categoría para la enfermedad en general, codifique la categoría residual de este grupo / categoría.

Ejemplo

1

- 1 (a) Vólvulo sigmoideo [DB30.1] o adherencias del intestino grueso con obstrucción [DB30.2]

(b)
(c)
(d)

2

Dado que tanto el vólvulo sigmoideo DB30.1 como las adherencias del intestino grueso con obstrucción DB30.2 se encuentran en el mismo grupo, codifique en la categoría residual. Codifique como [DB30.Z Obstrucción del intestino grueso, sin especificación].

Ejemplo

2

- 1 (a) Disección de arterias cerebrales 8B22.0 o infarto cerebral 8B11.5Z

(b)
(c)
(d)

2

Dado que la disección de arterias cerebrales 8B22.0 y el infarto cerebral 8B11.5Z se encuentran en el mismo grupo, codifique en la categoría residual. Codifique en [8B2Z Enfermedades cerebrovasculares, sin especificación].

- (b) Si no hay un grupo o categoría para la enfermedad en general, codifique la categoría residual de la enfermedad del sitio / sistema anatómico común a las condiciones informadas.

Ejemplo 3

- 1 (a) Tuberculosis o cáncer de pulmón
- (b)
- (c)
- (d)

2

Codifique en [CB40.Y Algunas otras enfermedades especificadas del sistema respiratorio]. Ambas condiciones involucran el pulmón.

Ejemplo
4

- 1 (a) Accidente cerebrovascular o ataque de corazón
- (b)
- (c)
- (d)

2

Codifique en [BE2Z Enfermedades del aparato circulatorio, sin especificación]. Aunque el accidente cerebrovascular está clasificado en el capítulo del sistema nervioso, ambas afecciones son enfermedades del sistema circulatorio.

2.22.1.4 Una u otra afección, diferentes sistemas anatómicos

Cuando se notifican diferentes enfermedades de diferentes sistemas anatómicos como 'ya sea ... o', codifique [MG9Y Otros síntomas, signos o resultados clínicos especificados en general].

Ejemplo
1

- 1 (a) Cólico de vesícula biliar o trombosis coronaria
- (b)
- (c)
- (d)

2

Codifique en [MG9Y Otros síntomas, signos o resultados clínicos especificados en general].

2.22.1.5 Una u otra enfermedad o lesión

Cuando se informa que la muerte se debe a una enfermedad o lesión, codifique MH14 Otras causas de mortalidad mal definidas y no especificadas.

Ejemplo
1

- 1 (a) Oclusión coronaria o heridas de guerra

- (b)
- (c)
- (d)

2

Codifique en [MH14 Otras causas de muerte mal definidas y no especificadas].

2.22.2 Efecto de los términos de conexión

Cuando el certificador utiliza un término de conexión, los códigos asignados deben organizarse para reflejar la intención del certificador. Hay dos tipos de términos de conexión entre las causas de muerte informadas: los que implican una relación causal y los que no implican una relación causal.

2.22.2.1 Términos de conexión que implican una relación causal

Una relación causal se puede expresar de dos maneras: "debido a" escrito o implícito por un término similar; o "resultante en" escrito o implícito por un término similar. Esto se aplica a otros términos o signos de conexión que indican una relación "debido a", como "causado por", "como consecuencia de" o similar.

Cuando una causa está certificada con un término de conexión que implica que se debe a otra causa, ingrese el código de la primera causa en la línea donde se informó y el código de la otra causa en la siguiente línea inferior. Codifique cualquier causa reportada en las líneas restantes en la Parte 1 en las siguientes líneas inferiores.

Ejemplo 1

- 1 (a) Insuficiencia cardíaca debida a cardiopatía isquémica
(b) Diabetes
(c)
(d)

2

La insuficiencia cardíaca es la primera causa en la línea (a), así que codifíquela en la línea (a). Se informa como debida a una cardiopatía isquémica, por lo tanto codifique la cardiopatía isquémica en la línea (b). Desplace la diabetes, que está escrita en la línea (b), a la línea (c).

Ejemplo 2

- 1 (a) Insuficiencia cardíaca debida a carcinoma hepatocelular
(b) Cardiopatía isquémica
(c) Diabetes
(d)

2

La insuficiencia cardíaca es la primera causa en la línea 1 (a), así que codifíquela en la línea (a). Se informa como debida a carcinoma hepatocelular, por lo tanto codifique el carcinoma hepatocelular en la línea 1 (b). Desplace la cardiopatía isquémica, que se

informa en la línea 1 (b), a la línea 1 (c). También mueva la diabetes, que se informa en la línea 1 (c), a la línea 1 (d).

Cuando una causa está certificada con un término de conexión, que implica que dio lugar a otra causa, ingrese el código de la causa de después del término de conexión en la línea donde se informó y el código de la causa que precede al término de conexión en la siguiente línea inferior. Codifique cualquier causa reportada en las líneas restantes en la Parte 1 en las siguientes líneas inferiores.

Ejemplo 1

- 1 (a) Cardiopatía isquémica que resulta en insuficiencia cardíaca
(b) Diabetes
(c)
(d)

2

Codifique la insuficiencia cardíaca, que sigue al término de conexión "que resulta en", en la línea (a). Codifique la cardiopatía isquémica, que se informa antes del término de conexión desplazándola a la línea (b). Desplace la diabetes, informada en la línea (b), una línea hacia abajo y codifíquela en la línea (c).

Ejemplo 2

- 1 (a) Carcinoma hepatocelular que causa insuficiencia cardíaca
(b) Cardiopatía isquémica
(c) Diabetes
(d)

2

Codifique la insuficiencia cardíaca informada después del término de conexión "que causa", en la línea 1 (a). Codifique el carcinoma hepatocelular, que se informa antes del término de conexión, en la línea 1 (b). Desplace la cardiopatía isquémica, informada en la línea 1 (b), a la línea 1 (c), y desplace la diabetes, que se informa en la línea 1 (c), a la línea 1 (d). Esto se aplica a otros términos o signos de conexión que indican una relación "resultante", como "causante", "que conduce a", "que evoluciona a" y similares.

2.22.2.2 Términos de conexión que no implican una relación causal

El término de conexión "y" no implica una relación causal, sino que indica que los términos de antes y después deben ser contabilizados. Por lo tanto, cuando una línea termina con 'y', codifique la (s) causa (s) mencionada (s) en esa línea junto con la que se encuentra inmediatamente debajo de ella, de modo que la codificación refleje la enumeración que implica el término de conexión. De manera similar, cuando una línea comienza con "y", considere esto como una continuación de una enumeración que comienza en la línea anterior, y codifique la causa o las causas de ésta última línea con las de la línea superior. Codifique cualquier causa reportada en las líneas restantes en la Parte 1 donde se informó. Esto se aplica a otros términos o signos de conexión que indican una enumeración pero no implican una relación causal, como "también", "más", "además de", "además", "+" o una coma.

Ejemplo 1

- 1 (a) Insuficiencia cardíaca y
(b) Cardiopatía isquémica
(c) Diabetes
(d)

2

La línea 1 (a) termina con "y", así que considere "cardiopatía isquémica", informada en la línea (b) como parte de la enumeración "insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica". Codifique en consecuencia y coloque en la línea 1 (a) la insuficiencia cardíaca y la enfermedad cardíaca isquémica. Codifique la diabetes en la línea (b).

Ejemplo 2

- 1 (a) Insuficiencia cardíaca
(b) Cardiopatía isquémica
(c) y diabetes
(d)

2

La línea 1 (c) comienza con "y". Considere la diabetes, informada en la línea (c), como parte de la enumeración "cardiopatía isquémica y diabetes". Codifique en consecuencia, y coloque los códigos para la cardiopatía isquémica y la diabetes en la línea 1 (b).

Si un término de conexión que no implica una relación causal se escribe en una línea pero no al principio ni al final, entonces trátelo como una coma. No reformatee el texto ni mueva ninguna parte de las causas reportadas a otra línea.

Si un término diagnóstico comienza en una línea en la Parte 1 y continúa en la siguiente línea, codifique como si todo el término diagnóstico se hubiera escrito en la línea donde comienza el término de diagnóstico. Codifique cualquier causa reportada en las líneas restantes en la Parte 1 donde se informó.

**Ejemplo
1**

- 1 (a) Enfermedad
(b) Isquémica del
corazón
(c) Diabetes tipo 2
(d)

2

La "Enfermedad isquémica del corazón" es un término diagnóstico que se presenta en dos líneas. Codifique como si el término completo se hubiera escrito en la línea (a).

Codifique la diabetes donde se informa, en la línea (c).

Ejemplo 2

- 1 (a) Neumonía
(b) Enfermedad renal
(c) crónica, diabetes tipo 2

(d)
2

La "Enfermedad renal crónica" es un término de diagnóstico que se informa en dos líneas. Reformatee el certificado y codifique el término completo "enfermedad renal crónica" en la línea (b). También codifique la diabetes en la línea (b), ya que continúa la línea donde se ha escrito "crónica".

2.23.3 Duración

2.22.3.1 Duración única para múltiples afecciones

Cuando se informa más de una afección en la misma línea con solo una duración, considere que cada condición informada tuvo la misma duración.

2.22.3.2 Modificación de la temporalidad de las afecciones según la duración

Por lo general, la duración no debe usarse para calificar una condición como aguda o crónica, a menos que el Término indexado proporcione una duración específica o se indique lo contrario en la guía de referencia (por ejemplo, la Sección 2.22.8.1 "Enfermedades cardíacas reumáticas agudas o crónicas"). Tenga en cuenta que la Descripción en la clasificación no debe usarse para la codificación (Sección ERROR).

2.22.4 Instrucciones de "Codifique también" en caso de uso en mortalidad

En general, la instrucción 'codifique también' (consulte también la Sección 2.8.2.1 Instrucciones "Codifique también" y "Use código adicional, si lo desea") no se usa en la codificación de causas múltiples, ya que la información sobre etiología se proporciona como una expresión independiente en el certificado de defunción y se codificará por sí sola, o no se proporciona en absoluto.

Aplique la instrucción "Codifique también" cuando tanto la información sobre la manifestación como la etiología aparecen en un solo término diagnóstico informado por el certificador, y la información sobre la etiología no se informa por separado. Cuando aplique la instrucción "codifique también", coloque el código para la etiología al comienzo del grupo y agregue el código para la manifestación.

Ejemplo 1: Insuficiencia cardíaca

[BD10-BD1Z Insuficiencia cardíaca] tiene una instrucción para "Codificar también" la afección causante. Sin embargo, en el término de diagnóstico informado por el certificador no se proporciona información sobre dicha afección causante. No aplique la instrucción "Codifique también".

Ejemplo 2: Acidosis diabética tipo 1

[5A22 Acidosis diabética] tiene una instrucción para "Codificar también" la afección. Se informa sobre la afección causante, que en este caso es [5A10 Diabetes mellitus tipo 1]. La condición etiológica diabetes mellitus tipo 1 está considerada como el código para la tabulación primaria y se codifica primero ([5A10 Diabetes mellitus tipo 1]/[5A22 Acidosis diabética]).

Ejemplo 3: Sepsis por salmonela

La sepsis por salmonela está en un término indexado en [1G40 Sepsis sin choque séptico] que tiene una instrucción "Codifique también" la afección causante, complementada por una nota de codificación para codificar primero el tipo de infección. El tipo de infección en este caso es [1A09 Infecciones debidas a otra Salmonella] y se codifica primero ([1A09]/[1G40]).

2.22.5 Neoplasias malignas

Para asignar el código correcto de causa múltiple a una neoplasia, hay dos conceptos a tener en cuenta: si la neoplasia reportada es primaria o secundaria y su comportamiento.

La localización primaria es el lugar anatómico en el que se originó la neoplasia. Una neoplasia maligna puede extenderse a otras partes del cuerpo, y esas localizaciones se denominan secundarias o metástasis.

El comportamiento (*maligno, in situ, benigno, incierto, desconocido*) de una neoplasia es la forma como se extiende en el cuerpo:

- **Maligno:** la neoplasia invade el tejido circundante o se disemina desde su punto de origen y comienza a crecer en otro sitio;
- ***In situ:*** la neoplasia es maligna pero aún está completamente confinada al tejido en el que se originó;
- **Benigno:** la neoplasia crece en el lugar de origen sin potencial de propagación;
- **Comportamiento incierto:** una neoplasia que presenta características morfológicas, fenotípicas o genotípicas que claramente no son benignas pero que no permiten el establecimiento de un diagnóstico definitivo de malignidad
- **Comportamiento desconocido:** se desconoce si la neoplasia es benigna o maligna.

La estructura general del Capítulo 02 Neoplasias que se presenta a continuación debe interpretarse teniendo en cuenta estos conceptos, de la siguiente forma:

- Neoplasias del cerebro o sistema nervioso central ([2A00-2A0Z])
 - Neoplasias de los tejidos hematopoyéticos o linfáticos (2A20-2B3Z)
 - Neoplasias, excepto de tejidos linfoides, hematopoyéticos, del sistema nervioso central o de los tejidos relacionados ([2B50-2F9Z])
- Las neoplasias que se originan en el cerebro o el sistema nervioso central, clasificadas en 2A00-2A0Z, se clasifican también según la localización, la histopatología o el comportamiento.

Las neoplasias que se originan en los tejidos hematopoyéticos o linfoides, clasificadas en 2A20-2B3Z, se clasifican también según la histopatología.

En otras palabras, los códigos [2A00-2A0Z] o [2A20-2B3Z] incluyen neoplasias primarias que podrían ser malignas o benignas.

Las neoplasias que se originan en otras localizaciones se clasifican en [2B50-2F9Z] y este grupo se clasifica, además, según su comportamiento (maligna, *in situ*, benigna, incierta o desconocida), localización o histopatología. Obsérvese que las neoplasias que se originan en otras localizaciones y se extienden al cerebro, sistema nervioso central, tejidos linfoides y tejidos hematopoyéticos se incluyen en el bloque de metástasis de neoplasias malignas.

Al codificar la mortalidad, es de la máxima importancia determinar la localización primaria de la neoplasia. Cuando el certificado de defunción es ambiguo respecto a la localización primaria, debe hacerse todo lo posible para que el certificador lo aclare. Las instrucciones que se indican a continuación solamente deben aplicarse cuando no se consiga obtener esta aclaración por parte del certificador.

En los ejemplos de esta sección, los códigos de la CIE se proporcionan a la derecha del certificado de defunción. Estos códigos representan los códigos de causas múltiples asignados a cada entrada. Estos códigos de causas múltiples podrían ser diferentes de un código asignado cuando el diagnóstico de entrada dado se informó solo en el certificado (codificación directa). En tales casos, el código para la codificación directa se da entre corchetes curvos "{}" junto a la expresión diagnóstica. La explicación para cada ejemplo describe que los códigos entre paréntesis serán modificados por otra información presente en el certificado (aplicación de codificación de causa múltiple) y para codificar el código de causa múltiple indicado a la derecha.

Con el empleo de la herramienta de codificación de la CIE, busque el término reportado en el certificado para describir la neoplasia. Si se indica tanto la histopatología como la localización, introduzca ambas cosas en la herramienta de codificación. Si la histopatología es incompatible con la localización indicada de la neoplasia (es decir, la neoplasia no puede ser primaria de la localización indicada según los libros y otras publicaciones de referencia), asigne un código para una neoplasia de localización no especificada para la histopatología indicada. Si no se indica la histopatología, codifique según la localización y el comportamiento, si se indican.

[**2.22.5.1 Comportamiento: maligno, *in situ*, benigno, incierto o desconocido**](#)

Para asignar un código de causas múltiples para una neoplasia, determine en primer lugar el comportamiento (maligno, *in situ*, benigno, incierto o desconocido) para cada una de las neoplasias indicadas en el certificado de defunción. Para las neoplasias malignas, determine también si codificarlas como primarias o secundarias. Para ello, aplique las instrucciones siguientes:

En primer lugar, utilice la herramienta de codificación para asignar un código a los términos utilizados para describir las neoplasias. Puede asignarse una histopatología o un término específicos a un determinado grupo de comportamiento.

En las neoplasias codificadas en las siguientes categorías, dé por supuesto que el comportamiento es maligno, salvo que se especifique lo contrario, y vaya a la Sección 2.22.5.2 Neoplasias malignas: ¿primarias o secundarias?:

- *2A00-2A0Z Neoplasias del cerebro o el sistema nervioso central*
- *2A20-2B3Z Neoplasias de tejidos hematopoyéticos o linfoides*
- *2A02.3 Neoplasias benignas de los nervios craneales*

Tenga en cuenta que el comportamiento indicado por la herramienta de codificación para un término específico puede ser modificado por otra información presente en el certificado. Siga las instrucciones de esta Sección para decidir el comportamiento correcto en la codificación de múltiples causas.

Si el término utilizado en el certificado para describir la neoplasia no indica un comportamiento específico, busque otra información del certificado que indique el comportamiento. Codifique una neoplasia de comportamiento no especificado, una neoplasia descrita como "in situ" o una masa tumoral que no estén codificadas en el Capítulo 02 (por ejemplo, ciertos pólipos), como malignas si:

- se informa como la causa de diseminación secundaria (términos como infiltración, metástasis, secundarias o similares),
- se informa como la causa de una caquexia (maligna),
- se informa en la misma línea y junto a una mención de la diseminación secundaria,
- todas las demás neoplasias indicadas se especifican como diseminación secundaria,
- no se menciona otra neoplasia, pero hay otras indicaciones de malignidad reportadas en cualquier parte del certificado (por ejemplo, carcinosis, caquexia maligna, transformación maligna),
- se reporta como debida a una neoplasia maligna.

Si una neoplasia se codifica en el Capítulo 02 en la categoría de neoplasias benignas pero se reporta como causa de metástasis o infiltración, verifique si hay un código para una variedad maligna en la herramienta de codificación o en la lista tabular. Si la encuentra, codifique como maligna. Si no hay ningún código para una variedad maligna, intente primero que el codificador lo aclare. Si no se dispone de más información, acepte lo indicado en el certificado y codifique la neoplasia como benigna.

Si hay otra información del certificado que indique que una neoplasia es maligna, vaya a la Sección 2.22.5.2 Neoplasias malignas: ¿primarias o secundarias? para la asignación del código correcto.

Si no hay ninguna información en el certificado que indique la conducta, codifique como comportamiento desconocido.

Ejemplo 1

1	(a)	Metástasis hepáticas	2D80.0
---	-----	----------------------	--------

	(b) Tumor de colon {2F90}	2B90.Z
	(c)	
2		

El tumor de colon se reporta como causa de las metástasis hepáticas, por lo que debe codificarse como Neoplasias malignas de colon, sin especificación (2B90.Z).

Ejemplo 2			
1	(a) Caquexia por cáncer	MG20.0	
	(b) Tumor de colon {2F90}	2B90.Z	
	(c)		
2			

El tumor de colon se notifica como causa de caquexia maligna, por lo que debe codificarse como Neoplasias malignas de colon, sin especificación (2B90.Z).

Ejemplo 3			
1	(a) Metástasis hepáticas y pulmonares	2D80.0, 2D70	
	(b) Insuficiencia respiratoria	CB41.2Z	
	(c) Tumor de colon {2F90}	2B90.Z	
2			

Tanto las metástasis como la insuficiencia respiratoria pueden deberse a un tumor de colon. Según las instrucciones sobre cómo interpretar las relaciones causales en la Parte 1 (Paso SP3), esto significa que en este certificado se indican dos relaciones causales válidas: 1) metástasis hepáticas y pulmonares debidas a un tumor de colon e 2) insuficiencia respiratoria debida a un tumor de colon. Estas relaciones son válidas aun cuando las metástasis hepáticas y pulmonares no puedan deberse a la insuficiencia respiratoria. El tumor de colon se reporta como causa de diseminación secundaria, por lo que se codificará como Neoplasias malignas de colon, sin especificación (2B90.Z).

Ejemplo 4

- 1 (a) Tumor de colon [2F90] con metástasis hepáticas [2B90.Z],
[2D80.0]
(b)
(c)
- 2

El tumor de colon se informa en la misma línea y, junto con las metástasis hepáticas, por lo que se codifica como Neoplasias malignas de colon, sin especificación (2B90.Z).

Ejemplo 5

-
- 1 (a) Tumor de mama, aterosclerosis generalizada, 2F95, BD40.Z,
cáncer de colon con metástasis hepáticas 2B90.Z, 2D80.0
(b)
(c)
- 2

El tumor de mama se reporta en la misma línea pero no junto a la diseminación secundaria. No lo considere maligno. Codifique como Neoplasias de mama de comportamiento desconocido (2F95).

Ejemplo 6

-
- 1 (a) Insuficiencia respiratoria CB41.2Z
(b) Tumor de colon {2F90} 2B90.Z
(c)
- 2 Metástasis hepáticas y pulmonares 2D80.0, 2D70

Todas las demás neoplasias se especifican como una diseminación secundaria. Por consiguiente, codifique el tumor de colon como Neoplasias malignas de colon, sin especificación (2B90.Z).

Ejemplo 7

-
- 1 (a) Tumor de colon {2F90} 2B90.Z
(b)
(c)
- 2 Caquexia por cáncer MG20.0

No se menciona ninguna otra neoplasia, sino una caquexia por cáncer, que es otro indicador de malignidad, en la Parte 2. Por consiguiente, codifique el tumor de colon como Neoplasias malignas de colon, sin especificación (2B90.Z).

Ejemplo 8

-
- 1 (a) Tumor de vejiga urinaria 2F98
(b) Tumor de pulmón 2F91.1
(c)
- 2

En el certificado no hay ninguna información que indique el comportamiento; codifique el tumor de vejiga urinaria como Neoplasias de órganos urinarios de comportamiento desconocido (2F98) y el tumor de pulmón como Neoplasias de tráquea, bronquios o pulmones de comportamiento desconocido (2F91.1).

2.22.5.2 Neoplasias malignas: ¿primarias o secundarias?

Si una neoplasia se codifica como maligna o se presume que su comportamiento es maligno según la Sección 2.22.5.1 Comportamiento: maligno, *in situ*, benigno, incierto o desconocido, decida luego si es primaria o secundaria.

En ocasiones, las neoplasias malignas se describen como "metastásicas", las cuales pueden referirse a una neoplasia maligna primaria que ha metastatizado en otro sitio, o a neoplasias malignas secundarias que se originan en otro lugar. Para obtener instrucciones sobre cómo codificar las neoplasias descritas como "metastásicas", consulte la Sección 2.22.5.7 Cáncer "metastásico".

Al elegir entre los códigos para las neoplasias malignas primarias y secundarias, consulte la siguiente lista de localizaciones frecuentes de metástasis:

- hueso
- cerebro
- diafragma
- sitio mal definido
- hígado
- pulmón
- ganglios linfáticos
- mediastino
- meninges
- peritoneo
- pleura
- retroperitoneo
- médula espinal

Consulte más abajo para obtener más instrucciones sobre cómo codificar las neoplasias de las localizaciones de esta lista.

Codifique como primaria una neoplasia maligna descrita como "primaria", "primaria en", "originada en" o con términos similares.

Codifique también una neoplasia maligna como primaria, aunque no esté descrita como primaria por el certificador, si:

- todas las demás neoplasias malignas especificadas en el certificado se describen como secundarias o como metástasis. Esto es de aplicación tanto si la localización especificada como secundaria o como metástasis consta en la lista de localizaciones frecuentes de metástasis como si no.
- se encuentra en el intervalo de códigos 2A20 N- 2B3Z Neoplasias de los tejidos hematopoyéticos o linfáticos: Codifique todas las neoplasias malignas de tejidos hematopoyéticos o linfoideos como primarias, a menos que el certificador las especifique como secundarias;

- *Nota:* Puede haber de forma simultánea una neoplasia primaria de tejidos hematopoyéticos y linfoideos y otra neoplasia primaria dentro del mismo intervalo de códigos.

- la localización no está en la lista de sitios comunes de metástasis.

Si la localización no está en la lista de sitios comunes de metástasis, codifique la neoplasia maligna como primaria si:

- la histopatología indica que es primaria del sitio reportado;
- se describe como causada por un factor de riesgo conocido para neoplasias malignas del sitio indicado (para determinar si la afección reportada como causante de la neoplasia es un factor de riesgo conocido, verifique si se menciona como un factor de riesgo del sitio involucrado en libros u otras fuentes confiables);
- es la única neoplasia maligna mencionada en el certificado de defunción, y no se especifica como "metastásica":
 - *excepción:* codifique la neoplasia maligna de los ganglios linfáticos como secundaria, incluso si es la única neoplasia informada en el certificado, a menos que se especifique como primaria;
 - *nota:* si la única neoplasia maligna informada en el certificado es una neoplasia maligna de hígado, y no se especifica como primaria o secundaria, codifíquela como primaria;
- es una neoplasia maligna de pulmón, y todas las demás neoplasias malignas mencionadas en el certificado se encuentran en la lista de localizaciones frecuentes de metástasis
 - *excepción:* codifique el pulmón como secundario si se reporta otra neoplasia maligna en la misma parte del certificado (Parte 1 o Parte 2) y esta otra neoplasia maligna se codifica como neoplasia maligna primaria.
- es una neoplasia maligna de pulmón especificada como broncogénica o de bronquios.

Codifique una neoplasia de comportamiento distinto del maligno como maligna primaria si se reporta como causante de una diseminación secundaria o metastásica. Véase "**Otra información del certificado que indica el comportamiento**", más arriba.

- *excepción:* si se reportan las duraciones, las neoplasias secundarias no deben tener una duración superior a la de la presunta neoplasia maligna primaria;
- *excepción:* si se indican las histopatologías, la neoplasia secundaria y la presunta neoplasia primaria deben tener la misma histopatología.

No codifique una neoplasia de comportamiento distinto del maligno como maligna primaria si se reporta como causa de otra neoplasia que no se codificaría como maligna. No dé por supuesta la malignidad o la diseminación metastásica. Codifique ambas neoplasias según la herramienta de codificación.

Ejemplo

1

- 1 (a) Metástasis cerebrales [2D50]
- (b) Tumor pulmonar {2F91.1}
[2C25.Z]
- (c)
- (d)

2

El tumor de pulmón ha causado metástasis por lo que se codifica como maligno. Las demás neoplasias malignas indicadas en el certificado se describen como metástasis, por lo que se codifica como primario en [Neoplasias malignas de bronquio o pulmón, sin especificar 2C25.Z].

Ejemplo 2

- 1 (a) Cáncer de páncreas [2C10.Z]
- (b) Cáncer de estómago [2B72.Z]
- (c)
- (d)

2

El páncreas y el estómago no están en la lista de localizaciones frecuentes de metástasis. Codifique ambos cánceres como primarios: en [Neoplasias malignas de páncreas sin especificar (2C10.Z)] y [Neoplasias malignas de estómago, sin especificar (2B72.Z)].

Ejemplo 3

- 1 (a) Cáncer de hígado y pulmón {2C25.Z} [2C12.02] [2D70]
- (b) Hepatitis crónica [DB97.2]
- (c)
- (d)

2

La hepatitis crónica aumenta el riesgo de cáncer primario de hígado. Codifique el cáncer de hígado como primario en [Carcinoma hepatocelular de hígado (2C12.02)]. Codifique el cáncer de pulmón como [Metástasis de neoplasia maligna en el pulmón (2D70)], porque la otra neoplasia maligna notificada en la misma parte del certificado se codifica como primaria.

Ejemplo

4

- 1 (a) Cáncer de riñón y cáncer de pulmón
{2C25.Z} 2C90, 2D70
- (b)
- (c)
- (d)

2

Codifique el cáncer de riñón como primario en [2C90.Z] ya que no está en la lista de sitios comunes de metástasis. Codifique el cáncer de pulmón como secundario en [Metástasis de neoplasia maligna en el pulmón (2D70)], ya que se notifica en la misma parte del certificado que el cáncer de riñón y el cáncer de riñón se considera primario.

Ejemplo

5

- | | | |
|---|---|---------|
| 1 | (a) Cáncer de hígado {2F90.Y} | 2C12.02 |
| | (b) | |
| | (c) | |
| | (c) | |
| 2 | Tumor de pulmón, probablemente secundario | 2D70 |

Codifique ambos tumores como malignos, ya que el certificador describió uno de los dos como secundario, lo cual es evidencia de comportamiento maligno. Codifique el tumor hepático como primario, ya que la otra neoplasia maligna del certificado se describe como secundaria. La calificación "probablemente" se ignora; Véase la Sección 2.22.1, Diagnóstico incierto.

Ejemplo 6

- | | | |
|---|---|--------|
| 1 | (a) Afectación metastásica de la pared torácica | [2E0Y] |
| | (b) Carcinoma <i>in situ</i> de mama {2E65.Z} | [2C6Z] |
| | (c) | |
| | (d) | |
| 2 | | |

Codifique el carcinoma *in situ* de mama como neoplasia maligna de mama, ya que se reporta como causa de la diseminación secundaria, y codifíquela como primaria en [Neoplasias malignas de mama sin especificar (2C6Z)] ya que las demás neoplasias malignas se describen como secundarias.

Ejemplo 7

- | | | |
|---|--|-------------------|
| 1 | (a) Neoplasia maligna secundaria de pulmón y cerebro | [2D70],
[2D50] |
| | (b) Pólipo de estómago {DA44.Z} | [2B72.Z] |
| | (c) | |
| 2 | | |

Codifique el pólipo de estómago como neoplasia maligna ya que se indica como causa de una extensión secundaria, y codifíquela como primaria en [Neoplasias malignas de estómago, sin especificación [2B72.Z], ya que todas las demás neoplasias malignas se describen como secundarias.

Ejemplo

8

- 1 (a) Cáncer de cerebro (glioma) 2A00.0Z
(b)
(c)
(d)

2 Cáncer de riñón 2C90.Z

El cerebro está en la lista de sitios comunes de metástasis, pero la histopatología de glioma indica que es un tumor primario del cerebro. Codifique el cáncer de cerebro como primario en [Gliomas del cerebro, sin especificación (2A00.0Z)]. El riñón no está en la lista de sitios comunes de metástasis; por consiguiente codifíquelo como primario en [Neoplasias malignas del riñón, excepto la pelvis renal, sin especificación (2C90.Z)]

Ejemplo

9

- 1 (a) Cáncer óseo (osteosarcoma) 2B51.Z
(b) Cáncer de colon
(c)
(d) 2B90.Z

2

El hueso está en la lista de sitios comunes de metástasis, pero la histopatología de osteosarcoma indica que es primario del hueso. Codifique el cáncer óseo como primario en [Osteosarcoma del hueso y el cartílago articular de localizaciones no especificadas (2B51.Z)]. El colon no está en la lista de sitios comunes de metástasis; en consecuencia codifíquelo como primario en [Neoplasias malignas de colon, sin especificación (2B90.Z)]

Ejemplo 10

- 1 (a) Cáncer del cerebro 2A00.5
(b)
(c)
(d)

2

El cerebro está en la lista de sitios comunes de metástasis, pero es la única neoplasia maligna primaria que se menciona en el certificado y no se describe como metastásico. Codifique el cáncer del cerebro como primario en [Neoplasias primarias del cerebro de tipo desconocido o no especificado (2A00.5)].

Ejemplo 11

- 1 (a) Cáncer de los ganglios linfáticos cervicales [2D60.0]
(b)

(c)
(d)

2

Los ganglios linfáticos no están en la lista de sitios comunes de metástasis y se trata de la única neoplasia maligna mencionada en el certificado, pero no se describe como primario: Codifique el cáncer de los ganglios linfáticos cervicales como secundario en [Neoplasia maligna metastásica en los ganglios linfáticos de cabeza, cara o cuello (2D60.0)].

Ejemplo 12

- | | | |
|---|---------------------------------|----------|
| 1 | (a) Cáncer primario en próstata | [2C82.Z] |
| | (b) | |
| | (c) | |
| | (d) | |

2

El cáncer se describe como primario en la próstata. Codifíquelo en [Neoplasias malignas de la próstata, sin especificación [2C82.Z]].

Si el certificador describe una neoplasia como secundaria, codifique como neoplasia maligna secundaria en [Metástasis de neoplasias malignas (2D50-2E2Z)]. Utilice la herramienta de codificación para encontrar el código apropiado.

Codifique una neoplasia maligna no especificada como primaria o secundaria como secundaria si:

- la localización está en la lista de sitios comunes de metástasis:
 - *excepción:* si es la única neoplasia maligna mencionada y no se especifica como "metastásica", codifique la neoplasia como primaria.
Nota: esto no es aplicable a los ganglios linfáticos, que se codifican siempre como secundarios, incluso en el caso de que sean la única neoplasia indicada en el certificado, a menos que se especifique que es primaria.
 - *excepción:* codifique el pulmón como primario si todas las demás localizaciones de la misma parte del certificado (parte 1 o parte 2) se encuentran en la lista de sitios comunes de metástasis. Sin embargo, codifique el pulmón como secundario si uno de los sitios frecuentes de metástasis indicado en la misma parte del certificado se considera primario, por su histopatología o por ser descrito como causado por un factor de riesgo conocido para la neoplasia maligna de esa localización.
 - *excepción:* codifique una neoplasia maligna en la lista de sitios comunes de metástasis como primaria, si todas las demás neoplasias malignas en el certificado se especifican como secundarias o como metástasis. Esto se aplica tanto si estas otras neoplasias malignas están en la lista de sitios comunes de metástasis como si no.
 - *excepción:* codifique una neoplasia maligna en la lista de sitios comunes de metástasis como primaria, si se describe la histopatología y es

compatible con el sitio. (Para determinar si una histopatología declarada es compatible con el sitio, consulte los libros de texto u otras fuentes confiables).

- no se especifica si es primaria o secundaria, y el certificador declara que el cáncer es primario en otro sitio. Esto se aplica tanto si el sitio está en la lista de sitios comunes de metástasis como si no:
 - independientemente del sitio, no codifique una neoplasia como secundaria si es de una histopatología diferente de otra neoplasia declarada como primaria. Consulte también la Sección 2.22.5.3 "Más de una neoplasia maligna primaria".
- no se especifica, si es maligna, in situ o benigna, y se informa como debido a una neoplasia maligna:
 - *excepción:* si se establecen duraciones, no codifique la neoplasia no especificada como secundaria si tiene una duración más larga que la duración de la neoplasia maligna informada como la causa de la neoplasia no especificada.

- la histopatología indica que la neoplasia no puede ser primaria del sitio indicado. En ese caso, use el código predeterminado para una neoplasia primaria de la histopatología involucrada y un código para una neoplasia maligna secundaria del sitio indicado.

Si todos los sitios están en la lista de sitios comunes de metástasis, codifique todos los sitios como secundarios. Se recomienda agregar un código de primario desconocido. Codifique en 2D4Z Neoplasias malignas sin especificar de localización mal definida o no especificada, si no se declara la histopatología. Si se indica la histopatología, codifique con el código de "localización no especificada" para la histopatología en cuestión.

- *excepción:* si todos los sitios están en la lista de sitios comunes de metástasis pero uno de ellos es el pulmón, codifique el pulmón como primario.

Si el certificado indica que el sitio primario era desconocido, entonces codifique todos los sitios de la neoplasia mencionados en el certificado como secundarios. (Véase también la Sección 2.22.5.5 Localización primaria desconocida).

No utilice el orden de anotación para determinar si una neoplasia especificada como maligna es primaria o secundaria. Codifique una neoplasia maligna reportada como debida a otra neoplasia maligna como secundaria solo si se describe como secundaria, propagación metastásica o similar, o si está en la lista de sitios comunes de metástasis.

No confunda "primario" con "primario en". Mientras que "primario en" identifica uno de varios tumores malignos de la misma o no especificada histopatología que el tumor primario, "primario" simplemente significa que la neoplasia maligna no fue secundaria. No significa necesariamente que todas las demás neoplasias malignas mencionadas en el certificado fueran secundarias.

Ejemplo 1

- 1 (a) Carcinoma de las glándulas suprarrenales {2D11.Z} 2E07
(b)
(c)
(d)

2 Primario en el riñón 2C90.Z

La neoplasia maligna de las glándulas suprarrenales se considera secundaria ya que en el certificado se indica que el cáncer era primario del riñón. Codifique el carcinoma suprarrenal como secundario en [Metástasis de neoplasia maligna en la glándula suprarrenal (2E07)] y codifique el primario del riñón como primario en [Neoplasia maligna de riñón, excepto pelvis renal, sin especificación (2C90.Z)].

Ejemplo 2

- 1 (a) Cáncer de próstata {2C82.Z} 2E06
(b) Localización del primario desconocida
(c)
(d)

2

La localización del primario se describe como desconocida. Codifique en [Neoplasias malignas sin especificar de localización mal definida o no especificada (2D4Z)]. Codifique el cáncer de próstata como secundario en [Metástasis de neoplasia maligna en órganos genitales masculinos (2E06)] ya que la neoplasia maligna primaria se encontraba claramente en otro sitio.

Ejemplo 3

- 1 (a) Tumor cerebral {2A00.5} 2D50
(b) Cáncer de mama 2C60-2C6Z
(c)
(d)

2

Codifique el tumor cerebral como maligno, puesto que se indica que se debe a una neoplasia maligna de cáncer de mama. Además, codifíquelo como secundario en 2D50, puesto que se encuentra en la lista de sitios comunes de metástasis. Codifique el cáncer de mama como [Neoplasias malignas de mama, sin especificación (2C6Z)].

Ejemplo 4

- 1 (a) Tumor del cerebro {2A00.5} 2D50
(b) Cáncer de pulmón 2C25.Z
(c)
(d)

Codifique el tumor cerebral como maligno, puesto que se indica que se debe a una neoplasia maligna de cáncer de pulmón. Además, codifíquelo como secundario en [Metástasis de neoplasia maligna en el cerebro (2D50)], puesto que se encuentra en la lista de sitios comunes de metástasis y se declara junto con el cáncer de pulmón.

Codifique el cáncer de pulmón como primario en [Neoplasias malignas de bronquio o pulmón, sin especificación (2C25.Z)], puesto que la única otra neoplasia indicada se encuentra en la lista de sitios comunes de metástasis.

Ejemplo

5

1	(a) Cáncer en el hígado {2C12.02} y en los ganglios linfáticos	2D80.0, 2D6Z
	(b)	
	(c)	
	(d)	
2	Neoplasia maligna del estómago	2B72.Z

Codifique el cáncer presente en el hígado y en los ganglios linfáticos como secundario en [Metástasis de neoplasia maligna en el hígado (2D80.0)] y en [Metástasis de neoplasia maligna no especificada en ganglios linfáticos no especificados (2D6Z)], respectivamente, ya que ambas se encuentran en la lista de sitios comunes de metástasis. Codifique también el estómago como primario en [Neoplasias malignas del estómago, sin especificación (2B72.Z)].

Ejemplo

6

1	(a) Cáncer del pulmón, la pleura {2C26.Z} y la pared torácica {2D4Z}	2C25.Z, 2D72, 2E0Y
	(b)	
	(c)	
	(d)	

2

Codifique el cáncer de pulmón como primario en [Neoplasias malignas del bronquio o el pulmón, sin especificación (2C25.Z)], puesto que las demás localizaciones mencionadas en el certificado, la pleura y la pared torácica, se encuentran en la lista de sitios comunes de metástasis. Codifique el cáncer de la pleura y la pared torácica como secundario en 2D72 y como neoplasia maligna en [Metástasis de neoplasia maligna en otras localizaciones especificadas (2E0Y)], respectivamente.

Ejemplo 7

1	(a) Mesotelioma de la pleura	2C26.0, 2D60.Z
	(b)	
	(c)	
	(d)	

La pleura se encuentra en la lista de sitios comunes de metástasis, pero la histopatología de mesotelioma indica que el cáncer es primario de la pleura. Codifique como primario en [Mesotelioma de la pleura (2C26.0)]. Codifique la neoplasia maligna de los ganglios linfáticos como secundaria en 2D60.Z, ya que los ganglios linfáticos se encuentran en la lista de sitios comunes de metástasis.

Ejemplo 8

-
- | | | |
|---|-------------------------------|--------|
| 1 | (a) Cáncer de vejiga urinaria | 2C94.Z |
| | (b) Cáncer de riñón | 2C90.Z |
| | (c) | |
| | (d) | |

2

La vejiga urinaria y el riñón no se encuentran en la lista de sitios comunes de metástasis, y no se describen tampoco como primarios; en consecuencia, codifíquelos ambos como primarios en [Neoplasias malignas de la vejiga urinaria, sin especificación (2C94.Z)] y 2C90.Z.

Ejemplo 9

-
- | | | |
|---|--|--------|
| 1 | (a) Osteosarcoma del sacro | 2B51.2 |
| | (b) Cáncer de células claras del riñón | 2C90.Y |
| | (c) | |
| | (d) | |

2

Codifique ambas neoplasias malignas como primarias. El hueso se encuentra en la lista de sitios comunes de metástasis, pero la histopatología de osteosarcoma indica que es primario en el sacro. Codifíquelo como primario en [Osteosarcoma del hueso o el cartílago articular de la pelvis (2B51.2)]. Además, tiene una histopatología diferente de la del cáncer de células claras del riñón.

Ejemplo 10

-
- | | | |
|---|-----------------------------|--------------|
| 1 | (a) Osteosarcoma del pulmón | 2B51.Z, 2D70 |
| | (b) | |
| | (c) | |
| | (d) | |

2

La histopatología (osteosarcoma) indica una neoplasia primaria del hueso, y la localización declarada (pulmón) es incompatible con la histopatología. Codifíquelo como primario en [Osteosarcoma del hueso y el cartílago articular de la cadera de localizaciones no especificadas (2B51.Z)], y agregue un código para [Metástasis de neoplasia maligna en el pulmón (2D70)].

2.22.5.3 Más de una neoplasia maligna primaria

Si se reporta más de una neoplasia maligna primaria en el mismo certificado, codifique cada neoplasia maligna primaria como primaria. Las indicaciones de más de una neoplasia maligna primaria son:

- diferentes histopatologías;
- una histopatología de sitio especificado notificada con una neoplasia maligna de otro sitio que no se encuentra en la lista de sitios comunes de metástasis;
- los sitios no están en la lista de sitios comunes de metástasis:
 - si un término de histopatología es menos específico y constituye un ejemplo de un término histopatológico general que también se usa en el certificado, entonces considere que los dos se refieren a la misma neoplasia;
 - No considere "cáncer" o "carcinoma" como términos histopatológicos, sino como sinónimos de "neoplasia maligna".

Ejemplo

1

1	(a) Carcinoma de células transicionales de la vejiga urinaria	2C94.2
	(b)	
	(c)	
	(d)	

2 Osteosarcoma, primario en la rodilla 2B51.1

La vejiga urinaria indicada en la línea (a) no se encuentra en la lista de sitios comunes de metástasis. La neoplasia maligna reportada en la parte 2 se especifica como primario en la rodilla, pero puesto que las dos neoplasias tienen histopatologías diferentes, codifíquelas ambas como primarias en [Carcinoma urotelial de la vejiga urinaria (2C94.2)] y en [Osteosarcoma del hueso o el cartílago articular de las extremidades (2B51.1)], respectivamente.

Ejemplo 2

1	(a) Hepatoma	2C12.02
	(b) Cáncer de mama	2C6Z
	(c)	
	(d)	

2

Codifique el hepatoma como primario en [Carcinoma hepatocelular del hígado (2C12.02)], ya que la histopatología de "hepatoma" indica una neoplasia maligna primaria del hígado. Codifique el cáncer de mama como primario en [Neoplasias malignas de la mama, sin especificación (2C6Z)], ya que la mama no está en la lista de sitios comunes de metástasis.

Ejemplo 3

- 1 (a) Glioblastoma del cerebro 2A00.00
(b) Cáncer de mama 2C6Z
(c)
(d)

2

El cerebro se encuentra en la lista de sitios comunes de metástasis pero la histopatología de glioblastoma indica que es primario en el sistema nervioso central, generalmente en el cerebro. Codifique el glioblastoma del cerebro como primario en [Glioblastoma del cerebro (2A00.00)]. Codifique también el cáncer de mama como primario en [Neoplasias malignas de la mama, sin especificación (2C6Z)], ya que el cáncer de mama no se encuentra en la lista de sitios comunes de metástasis.

2.22.5.4 Localización no indicada claramente

Si una neoplasia maligna se describe como en el 'área' o 'región' de un sitio, o si el sitio tiene el prefijo 'peri', 'para', 'pre', 'supra', 'infra' o expresiones similares, entonces, primero verifique si este término compuesto está incluido en la herramienta de codificación.

Si el término compuesto no está en la herramienta de codificación, codifique las histopatologías en la histopatología apropiada de localización mal definida y sin especificar. Se usa el código de otras neoplasias malignas especificadas de localizaciones primarias mal definidas o no especificadas [2D4Y] para histopatologías especificadas pero no clasificables en otra parte.

Si no es aplicable ninguna de las dos anteriores o si no se establece la histopatología, codifique en 2D42 *Neoplasias malignas de localizaciones mal definidas*.

Cuando no se especifica el sitio de una neoplasia maligna primaria, no haga ninguna suposición del sitio primario a partir de la ubicación de otras afecciones informadas como perforación, obstrucción o hemorragia. Estas condiciones pueden surgir en sitios no relacionados con la neoplasia. Por ejemplo, la obstrucción intestinal puede ser causada por la propagación de una neoplasia maligna de ovario.

Ejemplo 1

-
- 1 (a) Leiomiosarcoma en la región del páncreas 2B58.Z
(b)
(c)
(d)

2

Codifique como [Leiomiosarcoma, localización primaria no especificada (2B58.Z)].

Ejemplo 2

- 1 (a) Carcinoma en el área del pulmón 2C29.Z
(b)
(c)
(d)

2

Codifique como [Neoplasias malignas de otras localizaciones o de localización mal definida en el sistema respiratorio o en órganos intratorácicos, sin especificación (2C29.Z)]

Ejemplo 3

-
- 1 (a) Oclusión intestinal DB30.Z
(b) Carcinoma 2D4Z
(c)
(d)

2

Codifique el carcinoma en [Neoplasias malignas sin especificar de localización mal definida o no especificada (2D4Z)]

2.22.5 Localización primaria desconocida

Si el certificado indica que el sitio primario es desconocido y no menciona un posible sitio primario, codifique en la categoría de sitio no especificado para el tipo histopatológico involucrado. Por ejemplo, codifique adenocarcinoma en [Adenocarcinoma de localización no especificada (2D40)] y osteosarcoma en [Osteosarcoma del hueso y cartílago articular de localizaciones no especificadas (2B51.Z)].

Si el certificado menciona un sitio primario probable o posible, ignore la expresión que indica la duda y codifique en ese sitio. Ver también la Sección 2.22.1 Diagnóstico incierto. (Ver Ejemplo 3)

Si el certificado menciona varios sitios principales posibles, seleccione un código de acuerdo con las instrucciones indicadas en la Sección 2.22.1.2, (Una afección, ya sea un sitio u otro).

Ejemplo 1

-
- 1 (a) Carcinoma secundario del hígado 2D80.0
(b) Primario de sitio desconocido 2D41
(c)
(d)

2

El certificado indica que el sitio primario es desconocido. Para la línea 1 (b), codifique como [Carcinoma sin especificar de sitio no especificado (2D41)].

Ejemplo
2

-
- | | | | |
|---|-----|----------------------------------|--------|
| 1 | (a) | Metástasis generalizadas | 2E2Z |
| | (b) | Melanoma | 2C30.Z |
| | (c) | Primario de sitio
desconocido | 2D41 |
| | (d) | | |

2

El certificado indica que el sitio primario es desconocido. Codifique como [Melanoma de la piel, sin especificación (2C30.Z)].

Ejemplo
3

- | | | | |
|---|-----|--|--|
| 1 | (a) | Carcinoma secundario del hígado | [2D80.0] |
| | (b) | Sitio primario desconocido,
posiblemente estómago | [2B72.Z]
<i>Neoplasias
malignas del
estómago, sin
especificación]</i> |
| | (c) | | |
| | (d) | | |

2

El certificado indica que el sitio primario es desconocido, pero también menciona el estómago como un posible sitio primario. Ignore "posiblemente" y codifique la línea 1 (b) como [Neoplasias malignas del estómago, sin especificación (2B72.Z)].

Ejemplo
4

- | | | | |
|---|-----|--|----------|
| 1 | (a) | Carcinoma secundario del hígado | [2D80.0] |
| | (b) | Sitio primario desconocido, probablemente
estómago {2B72.Z} o de colon {2B90.Z} | [2C11.Z] |
| | (c) | | |
| | (d) | | |

2

El certificado indica que el sitio primario es desconocido, pero también menciona el estómago o el colon como un posible sitio primario. Codifique la línea 1 (b) como [Neoplasias malignas de otros órganos u órganos mal definidos del aparato digestivo (2C11.Z)].

2.22.5.6 Cáncer "metastásico"

Nota: La expresión "metastático" comporta con frecuencia un problema en el idioma inglés. Los países que usen idiomas distintos del inglés deben traducir solo lo necesario de esta sección.

Las neoplasias calificadas como metastásicas son siempre malignas, ya sean primarias o secundarias. Sin embargo, el adjetivo "metastático" se usa de dos maneras, a veces significa un secundario de un primario en otro lugar y, a veces, un primario que ha dado lugar a metástasis.

Para la codificación de mortalidad por causas múltiples, siga siempre las instrucciones de esta sección. Esto se aplica incluso si la herramienta de codificación indica un código CIE para una neoplasia "metastásica" o una enfermedad "metastásica" que no sea el código al que llegaría siguiendo estas instrucciones. Por ejemplo, la búsqueda puede llevar a un código en la sección de "metástasis de neoplasias malignas", pero las instrucciones de codificación de causa múltiple pueden indicar que codifique la neoplasia como primaria. Si es así, siga las instrucciones y codifique la neoplasia como primaria.

Si una neoplasia maligna se describe como "metastásica desde" un sitio específico, o si una relación "debida a" implica una propagación de un sitio específico, codifique como primario de este sitio. Esto también se aplica a los sitios en la lista de sitios comunes de metástasis. Consulte la Sección 2.22.5.2 para los grupos utilizados para las neoplasias malignas primarias.

Si una neoplasia maligna se describe como "metastásica a" un sitio especificado, o si una relación "debido a" implica una propagación a un sitio especificado, codifique como secundario de este sitio, ya sea que el sitio esté en la lista de sitios comunes de metástasis o no. Use un código de [2D50]-[2E2Z] 'Metástasis de neoplasia maligna' para este sitio secundario. Sin embargo, si se informa de una histopatología clasificable en [], codifique en la subcategoría "sitio no especificado" de ese tipo morfológico.

Una neoplasia maligna descrita como metastásica del sitio A al sitio B debe interpretarse como primaria del sitio A y secundaria del sitio B.

Si el certificado informa de una neoplasia maligna especificada como 'metastásica' de un tipo histopatológico clasificable en una categoría de cáncer que menciona solo una histopatología específica, y el sitio reportado es consistente con el tipo histopatológico, entonces se codifica como una neoplasia maligna primaria del tipo histopatológico especificado. Utilice la subcategoría de sitio apropiada para el tipo o sitio histopatológico especificado.

Si el cáncer "metastásico" informado en el certificado y el sitio no son compatibles con el tipo histopatológico, codifique en una neoplasia maligna secundaria del sitio especificado. También agregue un código para una neoplasia maligna primaria de sitio no especificado para el tipo histopatológico establecido.

Al aplicar las instrucciones restantes sobre 'metástasis', no cambie los códigos de [] asignados de acuerdo con las instrucciones de esta Sección a los códigos para neoplasias malignas secundarias ([2D50]-[2E2Z])

Ejemplo

1

- | | | |
|---|--|--------|
| 1 | (a) Osteosarcoma de sacro, metastásico | 2B51.2 |
| | (b) | |
| | (c) | |
| | (d) | |

2

El sitio sacro es coherente con un cáncer primario de hueso. Codifique [Osteosarcoma de hueso o cartílago articular de la pelvis (2B51.2)].

Ejemplo

2

-
- | | | |
|---|---|-----------------|
| 1 | (a) Osteosarcoma de riñón,
metastásico | 2E00,
2B51.Z |
| | (b) | |
| | (c) | |
| | (d) | |

2

El sitio especificado (riñón) no es compatible con la histopatología de osteosarcoma, que es primario en el hueso. Codifique el osteosarcoma del riñón como neoplasia maligna secundaria en [Metástasis de neoplasias malignas en el riñón o la pelvis renal (2E00)]. Dado que no se informa un sitio primario, codifique [Osteosarcoma de hueso y cartílago articular de localizaciones no especificadas (2B51.Z)].

Si el certificado menciona una sola neoplasia maligna y está en la lista de sitios comunes de metástasis y se especifica como "metastásica", entonces codifique la neoplasia como secundaria, incluso si no se menciona ninguna otra neoplasia en el certificado. También agregue un código para neoplasias malignas primarias sin especificación [2D4Z].

- *excepción:* codifique una neoplasia, incluso si se describe como "metastásica", de un sitio en la lista de sitios comunes de metástasis como primaria cuando se informa que se debe a una afección que aumenta el riesgo de una neoplasia maligna de ese sitio o tejido
- *excepción:* si la única neoplasia maligna mencionada en el certificado es una neoplasia metastásica de pulmón, codifique [Neoplasias malignas de bronquio o pulmón, sin especificación (2C25.Z)]. Si se menciona otra neoplasia maligna que no está en la lista de sitios comunes de metástasis, codifique una neoplasia maligna "metastásica" de pulmón como [Metástasis de neoplasia maligna en el pulmón (2D70)]. Esto se aplica tanto si el pulmón se menciona o no como la otra neoplasia maligna en la misma parte del certificado.

- *excepción:* para las neoplasias "metastásicas" de una histopatología específica y que se encuentran en la lista de sitios comunes de metástasis, consulte "**Neoplasia metastásica de histopatología específica**" más arriba.

Tenga en cuenta que una neoplasia maligna de un sitio que se encuentra en la lista de sitios comunes de metástasis se codifica como primaria si es el único sitio mencionado y no se describe como "metastásica". Consulte también "**Otras indicaciones de neoplasias malignas primarias**", más arriba.

Ejemplo 1

- 1 (a) Cáncer metastásico de pulmón (adenocarcinoma) 2C25.0
(b)
(c)
(d)
- 2

El adenocarcinoma puede ser primario en el pulmón. El único sitio mencionado o implícito en el certificado es el pulmón. Codifique como [Neoplasia maligna primaria de pulmón (2C25.0)].

Si el certificado menciona varias neoplasias malignas que se encuentran en la lista de sitios comunes de metástasis y una o más de ellas se especifican como "metastásicas", codifíquelas todas como neoplasias malignas secundarias. También agregue un código para neoplasia maligna primaria no especificada [2D4Z].

- *excepción:* codifique una 'neoplasia metastásica de pulmón' como neoplasia maligna primaria de pulmón [Neoplasias malignas de bronquios o el pulmón, sin especificación (2C25.Z)] si todos los otros sitios de neoplasias reportados en el certificado de defunción están en la lista de sitios comunes de metástasis, ya sea que las describan como 'metastásicas' o no.
- *excepción:* para las neoplasias "metastásicas" de una histopatología específica que están en la lista de sitios comunes de metástasis, consulte la Subsección "**Neoplasia maligna metastásica de histopatología específica**", más arriba.

Si el certificado menciona una sola neoplasia maligna, y esta neoplasia no está en la lista de sitios comunes de metástasis ni se especifica como "metastásica", entonces se codifica como neoplasia maligna primaria de ese sitio en particular.

Si el certificado menciona varias neoplasias malignas que no están en la lista de sitios comunes de metástasis y todas se especifican como "metastásicas", codifique entonces todas las neoplasias como primarias.

Si el certificado menciona varias neoplasias malignas, y ninguna de ellas está en la lista de sitios comunes de metástasis y algunas, pero no todas, se especifican como 'metastásicas', codifique una neoplasia no especificada como 'metastásica' como primaria y una neoplasia especificada como 'metastásica' como secundaria.

Vea en la Sección 2.22.5.2 Neoplasias malignas: ¿primarias o secundarias? los grupos utilizados para neoplasias primarias o secundarias.

Si el certificado menciona varias neoplasias malignas y algunas, pero no todas, están en la lista de sitios comunes de metástasis y algunas, pero no todas, se especifican como "metastásicas", codifique una neoplasia en la lista de sitios comunes de metástasis como secundaria ([2D50]-[2E2Z]). Además, codifique una neoplasia que no esté en la lista de sitios comunes de metástasis y especificada como 'metastásica' como secundaria, y una neoplasia que no esté en la lista de sitios comunes de metástasis y no especificada como 'metastásica' como primaria (consulte en la Sección 2.22.5.2 los grupos utilizados para neoplasias malignas primarias).

- *excepción:* codifique las neoplasias, incluso si se las describe como 'metastásicas', como primarias cuando se informa que se deben a una afección que aumenta el riesgo de una neoplasia maligna de ese sitio o tejido, ya sea que el sitio esté o no en la lista de sitios comunes de metástasis.

| Ejemplo 1 | | | | | - | - | - | - | | 1|(a)| Cáncer de vejiga urinaria | 2C94 | | | |(b)
| Cáncer de próstata metastásico | 2E06| | | |(c)| | | |(d)| | | |2| | | > Codifique como
[Metástasis de neoplasia maligna en órganos genitales masculinos (2E06)] y [Neoplasia
maligna de la vejiga urinaria, sin especificación (2C94.Z)]. El orden de anotación no
afecta a la codificación.

Ejemplo 2

1	(a)	Cáncer de hígado	[2D80.0]
	(b)	Cáncer de colon metastásico	[2B90]
	(c)		
	(d)		

2

Codifique como [Metástasis de neoplasia maligna al hígado (2D80.0)] y [Neoplasias malignas de colon, sin especificación (2B90.Z)]. El hígado está en la lista de sitios comunes de metástasis, pero el colon no lo está.

Ejemplo 3

1	(a)	Cáncer de hígado	2D80.0
	(b)	Cáncer de colon metastásico	2D85
	(c)	Cáncer de vesícula biliar	2C13.Z
	(d)		

2

Codifique como [Metástasis de neoplasias malignas al hígado (2D80.0)], [Metástasis de neoplasia maligna al intestino grueso (2D85)] y [Neoplasias malignas de la vesícula biliar, sin especificación (2C13.Z)]. El cáncer de colon metastásico se informa junto con el cáncer de vesícula biliar que no se encuentra en la lista de sitios comunes de metástasis y, por lo tanto, la vesícula biliar se codifica como primaria y el colon como secundario. El hígado está codificado como secundario, ya que está en la lista de sitios comunes de metástasis.

Ejemplo 4

- | | | |
|---|---|--------|
| 1 | (a) Cáncer de vesícula biliar metastásico | 2C13.Z |
| | (b) Cáncer de colon metastásico | 2B90.Z |
| | (c) | |
| | (d) | |
| 2 | | |

Codifique como [Neoplasias malignas de la vesícula biliar, sin especificar (2C13.Z)] y también como [Neoplasias malignas de colon, sin especificar (2B90.Z)], como primario. El orden de entrada no afecta a la codificación.

2.22.6 Secuelas

Una secuela es una afección crónica que resulta de una afección aguda y comienza durante esa afección aguda. La afección aguda de por sí ya no está presente.

La clasificación proporciona ciertas categorías para usar cuando las afecciones se reportan como secuelas, efectos tardíos u otras afecciones especificadas en esta sección (por ejemplo, [1G80-1G8Y Secuelas de enfermedades infecciosas]). Cuando no se proporciona una categoría específica para la afección descrita como secuela (por ejemplo, los efectos tardíos de las lesiones se codifican en la categoría residual del capítulo que también puede incluir afecciones agudas), use el código adicional XT9C Causa de efecto tardío, si se desea, para identificar que la primera afección se informó como causa de una afección de secuela (por ejemplo, secuelas de traumatismo en la cabeza: NA0Z/XT9C Traumatismos en la cabeza, sin especificación / Causa de efecto tardío).

2.22.6.1 Afecciones que se consideran efectos tardíos

Considere la afección previa de las siguientes categorías presente un año o más después del inicio de la afección previa como un efecto tardío:

- Secuelas de la encefalitis viral ([1G84])
- Secuelas de la difteria ([1G85])
- Secuelas de otras enfermedades infecciosas especificadas ([1G82], [1G83], [1G85], [1G8Y])
- Secuelas de raquitismo ([5B63])
- Efectos tardíos de la enfermedad cerebrovascular ([8B25])
- Efectos tardíos de las lesiones, de la intoxicación o de otras consecuencias de causas externas.
- Efectos tardíos de causas externas de morbilidad o mortalidad.

2.22.6.2 Secuelas de tuberculosis

Las secuelas de la tuberculosis [1G80] incluyen afecciones especificadas como tales o como detenidas, curadas, sanadas, inactivas, antiguas o latentes, o descripciones similares, a menos que haya signos de tuberculosis activa. Esto no incluye la tuberculosis crónica, que debe codificarse como enfermedad infecciosa activa.

2.22.6.3 Secuelas de tracoma

Las secuelas del tracoma [1G81] incluyen efectos residuales de tracoma especificado como curado o inactivo y ciertas secuelas especificadas, como ceguera, entropión cicatricial y cicatrices conjuntivales, a menos que haya signos de infección activa. No incluye el tracoma crónico, que debe codificarse como enfermedad infecciosa activa.

2.22.6.4 Secuelas de otras enfermedades infecciosas especificadas

Las secuelas de otras enfermedades infecciosas (1G84, 1G85, 1G8Y) incluyen afecciones especificadas como tales o como detenidas, curadas, sanadas, inactivas, viejas o latentes. Las secuelas también incluyen afecciones presentes un año o más después del inicio de afecciones clasificables en categorías de enfermedad infecciosa, a menos que haya signos de enfermedad activa. Esto no incluye las enfermedades infecciosas crónicas, que deben codificarse como enfermedades infecciosas activas.

2.22.6.5 Secuelas del raquitismo

Las secuelas de raquitismo [5B63] incluyen las afecciones declaradas como secuelas o efectos tardíos de raquitismo, o raquitismo previo como la causa de las afecciones presentes un año o más después del inicio del raquitismo. Esto no incluye la desnutrición crónica o la deficiencia nutricional, que debe codificarse según la desnutrición actual o la deficiencia nutricional.

2.22.6.6 Efectos tardíos del Capítulo 22 y el Capítulo 23

Los efectos tardíos de traumatismos, intoxicaciones o ciertas otras consecuencias de causas externas o los efectos tardíos de causas externas de morbilidad o mortalidad incluyen las especificadas como tales o como secuelas, y las que están presentes un año o más después del traumatismo agudo u evento de origen. Codifique en la afección activa de origen o la causa externa y utilice el código adicional XT9C si lo desea para la combinación, con objeto de conservar la información que se reporta como efecto tardío.

2.22.7 Coherencia entre el sexo del paciente y el diagnóstico

La mayoría de las categorías de la CIE-11 se aplican a personas de ambos性. Sin embargo, algunas enfermedades son más probables en un sexo que en el otro. Se proporciona una lista de esas afecciones en los Anexos de Mortalidad 2.23.11 Categorías limitadas a personas de sexo femenino o que es más probable que se produzcan en ellas y 2.23.12 Categorías limitadas a personas de sexo masculino o que es más probable que se produzcan en ellas.

A continuación se presentan las recomendaciones generales para abordar la situación en la que hay una aparente incoherencia entre el sexo y la afección notificada; sin embargo, los requisitos legales pueden variar para los países. El hecho de que un código aparezca en los Anexos de Mortalidad 2.23.11 Categorías limitadas a personas de sexo femenino o que es más probable que se produzcan en ellas y 2.23.12 Categorías limitadas a personas de sexo masculino o que es más

probable que se produzcan en ellas no implica que no pueda usarse para ambos sexos. Si puede haber una incoherencia entre el sexo del fallecido y el código, verifique la información y asegúrese de que no se haya producido un error de información.

Siga cualquier información adicional proporcionada por el certificador. Si resulta que el código es correcto, entonces conserve el código. Considere agregar una nota a las estadísticas para indicar que la causa de muerte informada se verificó y es correcta.

Si no se puede obtener información adicional y no hay razones para suponer que la afección informada es correcta (como una indicación de tratamiento de cambio de sexo), codifique [Otras causas de mortalidad mal definidas y no especificadas (MH14)]. Considere agregar una nota a las estadísticas, especificando el número de casos recodificados como [MH14] debido a aparentes incoherencias entre el sexo y la causa.

2.22.8 Instrucciones específicas sobre otras categorías de la CIE

2.22.8.1 Enfermedades cardíacas reumáticas agudas o crónicas

Las enfermedades cardíacas reumáticas se clasifican en [Fiebre reumática aguda con afectación cardíaca (1B41)] o afecciones crónicas con el quinto carácter 0 en [BB60-BC0Z Enfermedades de las válvulas cardíacas] o [BC20 Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas, no clasificadas en otra parte], dependiendo de que el proceso reumático que se describe sea activo o inactivo. Si no hay ninguna declaración de que el proceso reumático estuviera activo o inactivo en el momento de la muerte, codifique las siguientes afecciones cardíacas como activas ([1B41 Fiebre reumática aguda con afectación cardíaca]):

- una afección cardíaca notificada como debida a fiebre reumática, excepto paro cardíaco, insuficiencia cardíaca aguda, endocarditis bacteriana;
- una afección cardíaca especificada como reumática y descrita como aguda o subaguda;
- carditis, endocarditis, cardiopatía, miocarditis o pancarditis, descritas como reumáticas o reportadas como debidas a una enfermedad reumática, y de una duración inferior a un año;
- carditis, endocarditis, enfermedad cardíaca, miocarditis o pancarditis, descritas como reumáticas o reportadas como debidas a una enfermedad reumática, en las que el fallecido tenga menos de 15 años.

2.22.8.2 Muerte obstétrica de causa no especificada, muertes obstétricas 42 días – 1 año después del parto, secuelas de causas obstétricas

Las categorías [JB60], [JB61] y [JB62] clasifican las muertes obstétricas según el tiempo transcurrido entre el evento obstétrico y la muerte de la mujer. La categoría [JB60] debe usarse cuando una mujer muere durante el embarazo, el parto o el puerperio, y la única información proporcionada es la muerte "materna"

u "obstétrica". Si se especifica la causa obstétrica de la muerte, no use [JB60] sino codifique la categoría apropiada. La categoría [JB61] se usa para clasificar las muertes por cualquier causa obstétrica que ocurra más de 42 días, pero menos de un año después de la finalización del embarazo. La categoría [JB62] se usa para clasificar las muertes por cualquier causa obstétrica que ocurra un año o más después de la finalización del embarazo.

2.22.8.3 Muertes ocurridas a causa de ciertas afecciones originadas en el período perinatal

El Capítulo 19 " Algunas afecciones que se originan en el período perinatal" [19] incluye afecciones que tienen su origen en el periodo neonatal a pesar de que la muerte o la morbilidad se produzca más tarde.

En el caso de que el fallecido sea un niño menor de 28 días, asuma que una afección notificada se desarrolló en el período perinatal, a menos que se indique la duración y el inicio haya sido después de la primera semana de vida completa.

Use un código del Capítulo 19 si:

- la afección está incluida en un código en el Capítulo 19;
- la afección se especifica como congénita / perinatal / del recién nacido;
- la duración de la afección indica que apareció en el período neonatal o perinatal. Esto se aplica incluso si la afección no se especifica como neonatal o perinatal en el certificado.

Para algunas afecciones diagnosticadas por debajo de una edad específica, se da por supuesto que la afección era congénita. Consulte la siguiente sección, "Anomalías del desarrollo".

Tenga en cuenta que hay algunas afecciones que se excluyen del Capítulo 19, como:

- Enfermedades infecciosas intestinales (1A00 - 1A40.Z)
- Sífilis congénita (1A60)
- Infección gonocócica congénita (1A70 - 1A70-1A7Z)
- Tétanos neonatal (1C15)
- Infección por el VIH (1C60 - 1C62.Z)
- Enfermedades infecciosas ([01]) contraídas después del nacimiento
- Neoplasias (2A00 - 2F9Z)
- Anemia hemolítica hereditaria (3A10)
- Hipogammaglobulinemia transitoria de la infancia (4A01.03)
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (5A00 - 5D46)
- Ciertas enfermedades congénitas del sistema nervioso (8A00 - 8E7Z)
- Miocardiopatía congénita (BC43)
- Obstrucción intestinal o íleo paralítico (DA93.0)
- Pénfigo neonatal y síndrome de la piel escaldada por estafilococos (EA50)
- Costra láctea (EH40.00)
- Dermatitis del pañal (EH40.10)
- Anomalías del desarrollo (LA00 - LD9Z)

- Lesiones, intoxicaciones y otras consecuencias de causas externas (NA00 - NF2Z)

Para algunas afecciones diagnosticadas por debajo de una edad específica, se da por supuesto que la afección era congénita. Consulte la siguiente sección, "Anomalías del desarrollo".

Las afecciones de la madre que afectan al feto o al recién nacido deben notificarse en la parte 1 o la parte 2 del certificado de defunción y, cuando sea posible, se codificarán en KA00-KA0Z Feto o recién nacido afectado por factores maternos o por complicaciones del embarazo, el trabajo de parto o el período expulsivo.

Cuando una afección maternal especificada que afecte al feto o al recién nacido se codifique inicialmente fuera del Capítulo 19 con la herramienta de codificación, deberá codificarse en KA00-KA0Z. Utilice también un código adicional si lo desea para identificar la afección maternal específica reportada.

Considera una afección como materna si se especifica como tal o si el término en sí indica que se trata de una afección maternal (por ejemplo, hemorragia obstétrica) o se presenta información adicional en la sección B: Otros datos médicos, que sugiera que la afección es materna.

Ejemplo 1

-
- 1 (a) Prematuridad
 (b) Incompetencia cervical GA15.6
 (c)
 (d)

2

La afección maternal de incompetencia cervical afectó al recién nacido causándole prematuridad. El código proporcionado por la herramienta de codificación es GA15.6, que queda fuera del Capítulo 19. Codifique en KA01.0 Feto o recién nacido afectado por una incompetencia del cuello uterino.

En la tabla siguiente se indican los códigos de algunas afecciones maternas y los correspondientes códigos para esas afecciones cuando afectan al feto o al recién nacido. Obsérvese que hay afecciones no enumeradas pero que aún así se codifican en KA00-KA0Z. Por ejemplo, a la quimioterapia o la intervención quirúrgica en la madre puede no habersele asignado un código pero aún así pueden clasificarse como KA00.9 y KA00.A respectivamente.

Afecciones maternas	Codificar en:
<i>JA20-JA2Z Edema, proteinuria o trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto o el puerperio, excepto JA22</i>	<i>KA00.0 Feto o recién nacido afectado por trastornos hipertensivos de la madre</i>
<i>JA22 Edema o proteinuria gestacional sin hipertensión</i>	<i>KA00.1 Feto o recién nacido afectado por edema o proteinuria gestacional sin hipertensión</i>

<i>GB40-GC2Z Enfermedades del sistema urinario</i>	<i>KA00.2 Feto o recién nacido afectado por enfermedades del riñón o las vías urinarias en la madre</i>
<i>Capítulo 01 Algunas enfermedades infecciosas o parasitarias</i>	<i>KA00.3 Feto o recién nacido afectado por enfermedades infecciosas en la madre</i>
<i>DA0C Enfermedad periodontal</i>	<i>KA00.4 Feto o recién nacido afectado por una enfermedad periodontal de la madre</i>
<i>Capítulo 12 Enfermedades del aparato respiratorio o LA70-LA7Z Anomalías estructurales del desarrollo prenatal del aparato respiratorio</i>	<i>KA00.5 Feto o recién nacido afectado por una enfermedad respiratoria en la madre</i>
<i>SB50-5C3Z Trastornos nutricionales</i>	<i>KA00.6 Feto o recién nacido afectado por un trastorno nutricional en la madre</i>
<i>Capítulo 22 Traumatismos, intoxicaciones u otras consecuencias de causas externas</i>	<i>KA00.8 Feto o recién nacido afectado por una lesión traumática en la madre</i>
<i>JB64.0 Anemia que complica el embarazo, el parto o el puerperio</i>	<i>KA00.B Feto o recién nacido afectado por anemia materna</i>
<i>GA15.6 Insuficiencia del cuello uterino</i>	<i>KA01 Feto o recién nacido afectado por complicaciones maternas del embarazo</i>
<i>JA01 Embarazo ectópico</i>	
<i>JA40-JA4Z Hemorragia obstétrica</i>	
<i>JA80 Atención materna relacionada con embarazo múltiple</i>	
<i>JA87 Atención materna relacionada con polihidramnios</i>	
<i>JA88.0 Oligohidramnios</i>	
<i>JA89 Atención materna por ruptura prematura de membranas</i>	
<i>JA8A Atención materna por trastornos placentarios - JA8C Atención materna por desprendimiento prematuro de la placenta</i>	<i>KA02 Feto o recién nacido afectado por complicaciones de la placenta</i>
<i>JB08 Trabajo de parto o período expulsivo complicado debido a problemas del cordón umbilical</i>	<i>KA03 Feto o recién nacido afectado por complicaciones del cordón umbilical</i>

<i>JA88 Atención materna relacionada con ciertos trastornos especificados del líquido o de las membranas amnióticas, excepto JA88.0</i>	<i>KA04 Feto o recién nacido afectado por otras anomalías de las membranas</i>
<i>JB00-JB0Z Complicaciones del trabajo de parto o del parto</i>	<i>KA05 Feto o recién nacido afectado por ciertas complicaciones durante el trabajo de parto y el período expulsivo</i>

2.22.8.4 Anomalías del desarrollo

Las afecciones clasificadas como Anomalías del desarrollo deben codificarse como congénitas si la duración de la afección indica que existió desde el nacimiento, incluso si la afección no se especifica como congénita en el certificado. Esto se aplica a todas las afecciones para las que está disponible un código congénito específico, ya sea que el código esté o no en el Capítulo 20. Consulte la herramienta de codificación para obtener el código apropiado de la afección con el modificador "congénito".

Además, las siguientes afecciones deben codificarse como congénitas a las edades indicadas, siempre que no haya indicios de que se produjeron después del nacimiento:

- Menores de 1 año de edad
 - aneurisma
 - estenosis aórtica
 - atresia
 - atrofia del cerebro
 - quiste del cerebro
 - deformidad
 - desplazamiento de órgano
 - ectopia
 - hipoplasia de órgano
 - malformación
 - estenosis pulmonar
 - enfermedad cardíaca valvular
- Menos de 4 semanas de edad
 - enfermedad del corazón SAI
 - hidrocefalia SAI

2.22.8.5 Traumatismos múltiples en la misma región del cuerpo y Traumatismos que involucran múltiples regiones del cuerpo

En la codificación de causas múltiples, no utilice códigos para traumatismos múltiples de la misma región del cuerpo ("Traumatismos múltiples de sitios específicos" en [NA00]-[ND1Z]) ni códigos [ND30]-[ND37] para los "Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo", si se dispone de

información específica sobre los traumatismos en cuestión. Codifique cada traumatismo por separado y utilice los códigos de traumatismos específicos en la medida de lo posible. La información de traumatismos múltiples se debe obtener en la cadena de códigos de causas múltiples como un conjunto de códigos de traumatismos específicos.

2.22.8.6 Complicaciones de la atención quirúrgica y médica

Existe una breve lista de complicaciones específicas no clasificadas en otra parte en el Capítulo 22 [NE8Z]. Las complicaciones y afecciones tempranas que surgen de los dispositivos, implantes o injertos se codifican aquí. Codifique las complicaciones tardías y las complicaciones de larga evolución de la función del órgano en la sección de complicaciones tras procedimientos en el capítulo del sistema apropiado.

2.22.8.7 Intencionalidad de las causas externas

El bloque correspondiente a la intencionalidad no determinada ([PF40]-[PG4Z]) cubre eventos donde la información disponible es insuficiente para permitir que una autoridad médica o legal haga una distinción entre causas no intencionales, lesiones intencionales autoinfligidas o agresiones ([PF40]-[PH8Z]). Se incluyen los siguientes casos:

- Cuando las causas externas son reportadas como de intencionalidad que no pudo ser determinada
 - Cuando se reportan lesiones autoinfligidas sin especificación de la intención
- Tenga en cuenta que se supone que las intoxicaciones autoinfligidas informadas sin especificación de la intencionalidad, no son intencionales, y se codifican en [PB20-PB36] Exposición no intencional o efectos nocivos de sustancias.

Tenga en cuenta que la notificación de la intención puede verse afectada por las disposiciones legales de cada país o región: la asignación de códigos debe seguir dichas disposiciones según corresponda.

2.22.8.8 Factores que influyen en el estado de salud o contacto con los servicios de salud

Este capítulo no debe utilizarse para la comparación de intencionalidad o para la codificación primaria de la mortalidad (es decir, como causa básica de defunción). Los códigos del capítulo pueden agregarse como códigos de causas múltiples.

2.22.8.9 Instrucciones especiales sobre muertes fetales

Algunas agencias internacionales requieren datos sobre los nacimientos vivos y las muertes fetales, pero otras no incluyen las muertes fetales en sus estadísticas de mortalidad. Por lo tanto, si las muertes fetales se incluyen en el registro nacional de mortalidad, deben ser fáciles de identificar, de modo que los datos incluyan o no las muertes fetales según lo solicitado por la agencia a la que se entregarán los datos.

Si no está claro si el certificado se relaciona con una muerte fetal o un niño nacido vivo, consulte al certificador si es posible. Si el certificador confirma que fue una

muerte fetal, o si otras pruebas apuntan a una muerte fetal, entonces marque la muerte como una muerte fetal en las estadísticas de mortalidad. Si no se indica la causa de la muerte, codifique a [KD3B.Z] " Muerte fetal de fecha y causa no especificadas".

Si el certificador declara que el niño nació vivo pero no informa la causa de la muerte, codifique en KD5Z.

2.23 Anexos para la codificación de la mortalidad

2.23.1 Modelo internacional de certificado médico de causas de defunción

Figura 1. Certificado de defunción internacional

Datos administrativos (Se puede especificar más en cada país)			
Sexo	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Desconocido
Fecha del nacimiento	D D M M A A A A	Fecha de la defunción	D D M M A A A A
Sección A Causas de defunción: Parte 1 y Parte 2			
1 Añote la enfermedad o condición que condujo directamente a la muerte en la línea a Informe la cadena de eventos en el orden "debido a" (si aplica) Añote la causa básica de defunción de la línea más baja utilizada.	Causas de la defunción		Tiempo desde el inicio hasta la muerte.
	a	Debida a	
	b	Debida a	
	c	Debida a	
	d	Debida a	
2 Otras condiciones importantes que contribuyen a la muerte (los tiempos pueden incluirse entre paréntesis después de cada afección)			
Sección B: Otra información médica			
¿Se practicó alguna cirugía en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se ignora
Si la respuesta es Sí, especifique la fecha de la cirugía	D D M M A A A A		
Si la respuesta es Sí, especifique el motivo de la cirugía (enfermedad o afección)			
¿Se solicitó una autopsia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se ignora
Si la respuesta es Sí ¿fueron los hallazgos utilizados en la certificación?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se ignora
Manera de morir			
Enfermedad	<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> No pudo ser determinada	
Accidente	<input type="checkbox"/> Intervención legal	<input type="checkbox"/> Pendiente de investigación	
Lesión autoinfligida	<input type="checkbox"/> Guerra	<input type="checkbox"/> Se ignora	
Si es causa externa o envenenamiento.	Fecha de la lesión		D D M M A A A A
Describa cómo se produjo la causa externa (si se trata de una intoxicación, especifiquela sustancia)			
Lugar de ocurrencia de la causa externa.			
Hogar	<input type="checkbox"/> Institución residencial	<input type="checkbox"/> Escuela, otra institución, área administrativa pública	<input type="checkbox"/> Área de deportes y atletismo
Calle y carretera	<input type="checkbox"/> Área de comercio y servicios	<input type="checkbox"/> Área industrial y de construcción	<input type="checkbox"/> Granja
Otro lugar (especifique)	<input type="checkbox"/> Se ignora		
Muerte fetal o infantil			
Embarazo múltiple	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se ignora
Muerte fetal	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se ignora
Si fallece dentro de las 24 h especifique el número de horas sobrevividas	<input type="checkbox"/>	Peso al nacer (gramos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Número de semanas completas de embarazo	<input type="checkbox"/>	Edad de la madre (años)	<input type="checkbox"/>
Para las mujeres, ¿estaba embarazada la fallecida?			
En el momento de la muerte	<input type="checkbox"/> Dentro de los 42 días antes de la muerte		
Entre 43 días hasta 1 año antes de la muerte.	<input type="checkbox"/> Se ignora		
¿El embarazo contribuyó a la muerte?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se ignora

Se pueden agregar al certificado datos adicionales que podrían ser necesarios para el sistema de información de los países. El formulario tiene una Sección A que sirve para informar las causas de la defunción, la secuencia de las causas, la duración de las enfermedades hasta la muerte y otras afecciones que contribuyeron a la muerte. Las causas de muerte deben ser reportadas con el mayor detalle disponible. Por ejemplo, la "depresión al nacimiento" para un recién nacido que falleció, debe complementarse con el motivo de la depresión al nacimiento, como la asfixia intraparto o la hipoxia intrauterina.

La Sección B ayuda a reportar los detalles que son relevantes para la codificación y el análisis epidemiológico de las muertes por causas externas, las muertes maternas, las muertes perinatales y las muertes debidas a las complicaciones posteriores a procedimientos médicos. Estos datos complementan la información de la Sección A. El informe completo de las causas de muerte se basa en un examen preciso del cadáver, la evaluación de las circunstancias locales y el conocimiento de los registros de salud disponibles. El establecimiento correcto de una causa de muerte y el llenado del certificado de defunción requieren una capacitación que debe comenzar en la escuela de medicina y se actualiza en los programas de educación continua. También es importante la experiencia práctica que se obtiene bajo la supervisión de colegas más experimentados. Se observa que los certificadores médicos que establecen la causa de la muerte pueden no estar siempre disponibles. El reemplazo por personas que no sean médicos puede dar lugar a un cambio en el patrón de las causas de muerte informadas.

Cuando el cadáver ya no está disponible para el examen, por ejemplo, debido a la baja cobertura con personal médico o los procedimientos tradicionales de entierro rápido, una autopsia verbal puede proporcionar cierta información limitada sobre la causa de la muerte. En tal caso, una secuencia de causas que condujeron a la muerte rara vez será identificada, y las causas identificadas con autopsia verbal deben informarse por separado de las obtenidas con un proceso formal de certificación de la defunción.

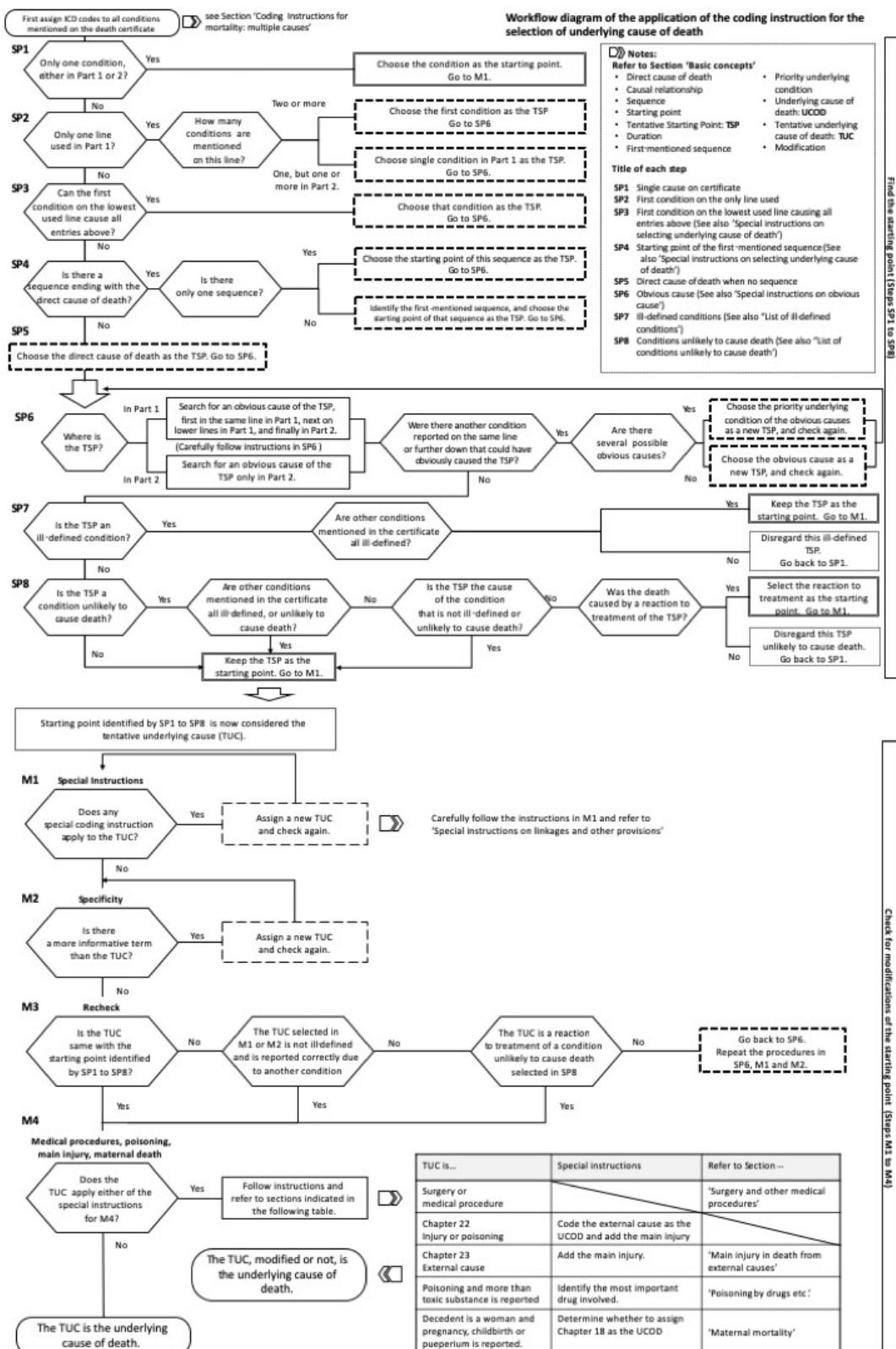
2.23.2 Detalles adicionales sugeridos para las muertes perinatales

Figura 1:

Identificación de los detalles								
El niño nació el		a las	<input type="checkbox"/> Hs	<input type="checkbox"/> Min				
El niño nació muerto el		a las	<input type="checkbox"/> Hs	<input type="checkbox"/> Min				
Falleció antes del parto		Durante el trabajo de parto			Se ignora			
Mac Fecha de nacimiento			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Número de embarazos previos				Fecha de último embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacidos vivos	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muertes fetales	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abortos	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de la última menstruación			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Parto	<input type="checkbox"/>			Resultado de último embarazo				
Normal, espontáneo de vértece	<input type="checkbox"/>			Nacido vivo				
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>			Muerte fetal				
				Aborto				
Atendió el parto				Atención prenatal, dos o más controles:				
Médico	<input type="checkbox"/>			SI				
Enfermera capacitada	<input type="checkbox"/>			NO				
Otro personal capacitado	<input type="checkbox"/>			Se ignora				
Especificar								
Recién nacido								
Único	<input type="checkbox"/>							
Primer gemelo	<input type="checkbox"/>			Segundo gemelo	<input type="checkbox"/>			
Segundo gemelo	<input type="checkbox"/>			Otro múltiple	<input type="checkbox"/>			
Especificar				Especificar				

2.23.3 Diagrama de flujo para la codificación de mortalidad

Figura 1: Diagrama de flujo de los pasos SP1 a SP8 y de los pasos M1 a M4.



2.23.4 Causas del VIH

Esta lista se utiliza para respaldar las Instrucciones especiales sobre secuencias aceptadas y rechazadas, Pasos SP3-SP4, para evaluar la secuencia en las muertes en las que se reporta el VIH en el certificado de defunción. Acepte el VIH a causa de:

Categoría	Código
Cualquier neoplasia maligna	
Neoplasias de tejidos hematopoyéticos o linfoides, sin especificación	[2B3Z Neoplasias de los tejidos hematopoyéticos o linfáticos, sin especificación]
Anemias nutricionales o metabólicas	[3A00-3A03.Y Anemias nutricionales o metabólicas]
Anemias hemolíticas	[3A4Z Anemias hemolíticas, sin especificación]
Anemias u otros trastornos de los eritrocitos	[3A9Y Otras anemias especificadas y trastornos de eritrocitos]
Defectos de coagulación, púrpura y otras afecciones hemorrágicas	[3B6Z Defectos de la coagulación, púrpura u otras enfermedades hemorrágicas o relacionadas, sin especificación]
Trastornos debidos al consumo de opioides	[6C43 Trastornos debidos al consumo de opioides]
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos.	[6C44 Trastornos debidos al uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos] [6C45 Trastornos debidos al consumo de cocaína] [6C48 Trastornos debidos al consumo de cafeína] [6C49 Trastornos debidos al consumo de alucinógenos]
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles.	[6C4C Trastornos debidos al consumo de MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA] [6C4E Trastornos debidos al consumo de otras sustancias psicoactivas especificadas, incluidos los medicamentos] [6C4G Trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas] [6C4H Trastornos debidos al consumo de sustancias no psicoactivas]
Prueba de laboratorio positiva al VIH	[MA14.0 Prueba de laboratorio positiva al VIH]
Herida abierta de cabeza, parte no especificada.	[NA01 Herida abierta de cabeza] [NA02 Fractura del cráneo o de los huesos faciales]
Traumatismo por aplastamiento de cabeza, parte no especificada	[NA08 Traumatismo por aplastamiento de la cabeza] [NA09 Amputación traumática de

Lesiones múltiples de la cabeza.	parte de la cabeza] [NA05 Traumatismo en los vasos sanguíneos de la cabeza] [NA0A.3 Traumatismos múltiples en la cabeza] [NA0A Algunos traumatismos especificados de la cabeza]
Herida abierta de cuello, parte no especificada.	[NA21 Herida abierta de cuello] [NA22 Fractura del cuello]
Traumatismo de los vasos sanguíneos a nivel del cuello.	[NA60 Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel del cuello]
Traumatismo por aplastamiento de cuello, parte no especificada	[NA62 Traumatismo por aplastamiento en el cuello] [NA63 Amputación traumática a nivel del cuello] [NA62.Z Traumatismo por aplastamiento en el cuello, sin especificación]
Herida abierta del tórax, parte no especificada.	[NA81 Herida abierta en el tórax] [NA82 Fractura de costilla, del esternón o de la columna torácica]
Amputación traumática de parte del tórax.	[NB33 Traumatismo por aplastamiento del tórax o amputación traumática de parte del tórax] [NB34 Traumatismo en tendón, fascia o músculo a nivel del tórax] [NB35 Traumatismos múltiples en el tórax]
Herida abierta de otras partes del abdomen sin especificación	[NB51 Herida abierta en el abdomen, la zona lumbar o la pelvis] [NB52 Fractura de la columna lumbar o la pelvis]
Traumatismo de un vaso sanguíneo no especificado a nivel del abdomen, la parte baja de la espalda y la pelvis	[NB90 Traumatismo de los vasos sanguíneos a nivel del abdomen, la zona lumbar o la pelvis] [NB91 Traumatismo de los órganos intraabdominales] [NB92 Traumatismo en los órganos urinarios o pélvicos] [NB93 Traumatismo por aplastamiento o amputación traumática de parte del abdomen, la zona lumbar y la pelvis] [NB94 Traumatismo en tendón, fascia o músculo del abdomen, la zona lumbar o la pelvis] [NB95 Traumatismo en órgano intraabdominal y órgano pélvico] [NB96 Otros traumatismos múltiples en el abdomen, la zona lumbar o la pelvis] [NB97 Otros traumatismos especificados en el abdomen, la zona lumbar o la pelvis]
Herida abierta de otras partes no especificadas de la cintura escapular.	[NC11 Herida abierta en el hombro o la parte superior del brazo] [NC12 Fractura del hombro o de la parte superior del brazo]

Traumatismo de los vasos sanguíneos a nivel del hombro y la parte superior del brazo.	[NC15 Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel del hombro o la parte superior del brazo]
Traumatismo por aplastamiento del hombro y del brazo	[NC17 Traumatismo por aplastamiento del hombro o de la parte superior del brazo] [NC18 Amputación traumática del hombro o de la parte superior del brazo] [NC17 Traumatismo por aplastamiento del hombro o de la parte superior del brazo] [NC18.Z] [NC31 Herida abierta del antebrazo] [NC32 Fractura del antebrazo]
Herida abierta del antebrazo, parte no especificada.	[NC35 Traumatismo de los vasos sanguíneos a nivel del antebrazo]
Traumatismo de los vasos sanguíneos a nivel del antebrazo.	[NC37 Traumatismo por aplastamiento del antebrazo] [NC38 Amputación traumática del antebrazo] [NC30-NC3Z Traumatismos en el codo o el antebrazo]
Traumatismo por aplastamiento de antebrazo, parte no especificada	[NC56 Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel de la muñeca o la mano]
Traumatismo de vasos sanguíneos a nivel de la muñeca y de la mano.	[NC58 Traumatismo por aplastamiento de la muñeca o la mano] [NC59 Amputación traumática de la muñeca o la mano] [NC37.Z Traumatismo por aplastamiento del antebrazo, sin especificación]
Traumatismo por aplastamiento de otras partes no especificadas de la muñeca y de la mano	[NC71 Herida abierta en la cadera o el muslo] [NC72 Fractura de fémur]
Herida abierta de otras partes no especificadas de la cintura pélvica.	[NC75 Traumatismo de los vasos sanguíneos a nivel de la cadera o el muslo]
Traumatismo de los vasos sanguíneos a nivel de la cadera y del muslo	[NC77 Traumatismo por aplastamiento de la cadera o del muslo] [NC78 Amputación traumática de la cadera o del muslo] [NC77.Z Traumatismo por aplastamiento de cadera o el muslo, sin especificación]
Traumatismo por aplastamiento de la cadera con el muslo	[NC91 Herida abierta en la rodilla o la parte inferior de la pierna] [NC92 Fractura de la pierna, incluido el tobillo]
Herida abierta de la parte inferior de la pierna, parte no especificada.	[NC95 Traumatismo en los vasos sanguíneos de la parte inferior de la pierna]
Traumatismo de los vasos sanguíneos en la parte inferior de la pierna.	[NC97 Traumatismo por aplastamiento de la parte inferior de la pierna] [NC98 Amputación traumática de la parte inferior de la pierna] [NC97.Z Traumatismo por aplastamiento de la parte inferior de la pierna, sin especificación]
Traumatismo por aplastamiento de otras partes no especificadas de la parte inferior de la pierna	

Traumatismo de los vasos sanguíneos a nivel del tobillo y del pie.	[ND16 Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel del tobillo o el pie]
Traumatismo por aplastamiento de otras partes del tobillo y del pie.	[ND18 Traumatismo por aplastamiento del tobillo o del pie] [ND19 Amputación traumática del tobillo o del pie] [ND18.Z Traumatismo por aplastamiento del tobillo o del pie, sin especificación]
Múltiples heridas abiertas, no especificadas.	[ND31 Heridas abiertas que afectan múltiples regiones del cuerpo] [ND32 Fracturas que afectan múltiples regiones del cuerpo] [ND33 Luxaciones, distensiones o esguinces que afectan múltiples regiones del cuerpo] [ND34 Traumatismos por aplastamiento que afectan múltiples regiones del cuerpo] [ND35 Amputaciones traumáticas que afectan múltiples regiones del cuerpo] [ND36 Otros traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo, no clasificados en otra parte] [ND37 Traumatismos múltiples no especificados] [ND50 Fractura de la columna vertebral, nivel no especificado]
Herida abierta del tronco, nivel no especificado	[ND31 Heridas abiertas que afectan múltiples regiones del cuerpo]
Lesiones no especificadas de la columna vertebral o del tronco, nivel no especificado	[ND51 Otros traumatismos de la columna o el tronco, nivel no especificado]
Fractura del miembro superior, nivel no especificado	[ND52 Fractura de brazo, nivel no especificado]
Herida abierta de la extremidad superior, nivel no especificado	[ND53 Otros traumatismos en el brazo, nivel no especificado]
Amputación traumática del miembro superior, nivel no especificado	[ND35 Amputaciones traumáticas que involucran múltiples regiones del cuerpo] [ND53 Otros traumatismos en el brazo, nivel no especificado]
Fractura de la extremidad inferior, nivel no especificado.	[ND54 Fractura de pierna, nivel no especificado]
Herida abierta de la extremidad inferior, nivel no especificado	[ND55 Otros traumatismos de la pierna, nivel no especificado]
Amputación traumática del miembro inferior, nivel no especificado	[ND35 Amputaciones traumáticas que afectan múltiples regiones del cuerpo] [ND50-ND5Z Traumatismos de parte no especificada del tronco, miembro o región del cuerpo] [ND55 Otros traumatismos en la pierna, nivel no especificado]

Herida abierta de región corporal no especificada	[ND56.1 Herida abierta de región del cuerpo no especificada] [ND56.2 Fractura de región no especificada del cuerpo]
Traumatismo de vasos sanguíneos de región corporal no especificada	[ND56.5 Traumatismo en vaso sanguíneo de región no especificada del cuerpo]
Traumatismo por aplastamiento y amputación traumática de región corporal no especificada	[ND56.8 Amputación traumática de parte no especificada del cuerpo] [ND56
Cuerpo extraño en el ojo, externo, parte no especificada	Traumatismo en región no especificada del cuerpo]
Infecciones posteriores a infusión, transfusión e inyección terapéutica.	[ND70.Z Cuerpo extraño en parte externa del ojo, sin especificación]
Otras complicaciones consecutivas a infusión, transfusión e inyección terapéutica.	[NE80.Y Otro traumatismo o daño especificado resultante de infusión, transfusión o inyección terapéutica, no clasificado en otra parte]
Corte, punción, perforación o hemorragia involuntaria durante la atención médica y quirúrgica	[NE80.Y Otro traumatismo o daño especificado que surge después de una infusión, transfusión o inyección terapéutica, no clasificado en otra parte] [NE80
Falla en los procedimientos de esterilización durante la atención médica y quirúrgica.	Traumatismo o daño resultante de infusión, transfusión o inyección terapéutica, no clasificado en otra parte]
Sustancias médicas o biológicas contaminadas.	[PL11.0 Cortadura, punción o desgarro, como modo de lesión o daño]
Procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos médicos como causa de una reacción anormal del paciente o de una complicación posterior, sin mención del incidente en el momento del procedimiento.	[PL11.4 Falla en las precauciones de esterilización, como modo de lesión o daño]
	[PL00 Fármacos, medicamentos o sustancias biológicas asociadas con lesión o daño en su uso terapéutico]
	[PK8Z Cirugía u otros procedimientos médicos asociados con lesión o daño en el diagnóstico o uso terapéutico, sin especificación]

2.23.5 Lista de afecciones que pueden causar diabetes

Tipo de Diabetes	Debida a (Código)
5A10	1D82.1

	5B50-5B7Z
	5B50-5C3Z
	5B50-5B7Z
	5B50-5B7Z
	4A40-4A4Z
	KA62.8
5A11	5A70
	5B50-5B7Z
	5B50-5C3Z
	5B50-5B7Z
	5B50-5B7Z
	4A40-4A4Z
	JA63.2
	KA62.8
5A12	5B50-5B7Z
	5B50-5C3Z
	5B50-5B7Z
	5B50-5B7Z
5A13	1D82.1
	1D80.4
	2C10
	2D80-2D8Z
	2E92.8
	2F37.Y
	5A02 5A03
	5A60
	5A70
	5C58.12 5C58.1 5C58.10 EB90.30
	5C58.1
	5C64.1
	CA25
	5D41
	6C40.1
	8A01.10
	8A03
	8C71
	DC31
	DC32.3

DC34 DC35
4A40-4A4Z
JA63.2
KA62.8
LD20-LD2Z
LD40.0
LD50.0
LD50.04
LD40-LD7Z
NB91.4

5A14 1D82.1
 1D80.4
 2C10
 2D80-2D8Z
 2E92.8 2E92.9
 2F37.Y
 5A02 5A03
 5A60
 5A70
 5B50-5B7Z
 5B50-5C3Z
 5B50-5B7Z
 5B50-5B7Z
 5C58.12 5C58.1 5C58.10 EB90.30
 5C58.1

CA25
5D41
6C40.1
8A01.10
8C71
DC31
DC32.3
DC34 DC35
4A40-4A4Z
JA63.2
KA62.8
LD20-LD2Z

LD40.0
LD50.0
LD50.04
LD40-LD7Z
NB91.4

2.23.6 Lista de afecciones a considerar como consecuencias directas de la cirugía y otros procedimientos médicos invasivos

La lista en esta sección contiene afecciones que pueden desarrollarse como complicaciones de la intervención quirúrgica u otros procedimientos médicos invasivos. Esto no significa que las afecciones que constan en la lista siempre deban considerarse como complicaciones, y son de aplicación las siguientes restricciones:

- No considere una afección de la lista como una complicación de una intervención quirúrgica o un procedimiento médico invasivo si la intervención quirúrgica o el procedimiento se llevó a cabo más de cuatro semanas antes de la muerte.
- No considere una afección de la lista como una complicación de una intervención quirúrgica o un procedimiento invasivo si hay evidencia de que la afección estaba presente antes de que se llevara a cabo la intervención quirúrgica.
- No considere una afección marcada con "**OCPR**" (**Otra causa del procedimiento es requerida**) como una complicación de la intervención quirúrgica o un procedimiento invasivo a menos que el certificado informe otra afección del mismo sitio que se trató con cirugía o algún otro procedimiento invasivo.
- No considere una afección marcada con "**DEDP**" (**Duración establecida, desarrollada después del procedimiento**) como una complicación a menos que haya evidencia clara de que la afección se desarrolló después de la intervención quirúrgica o del procedimiento invasivo.
- Tenga en cuenta que las adherencias se deben considerar como complicaciones de la intervención quirúrgica o un procedimiento invasivo en el mismo sitio o región, incluso después de más de cuatro semanas desde la fecha de la intervención quirúrgica o el procedimiento. Si el procedimiento se realizó más de un año antes de la muerte, utilice los códigos para las secuelas de la atención médica.

Lista de afecciones que deben ser consideradas consecuencias directas de la cirugía y otros procedimientos médicos invasivos

Infecciones	Marcador
Absceso	OCPR
Bacteriemia	
Fístula	OCPR y para un procedimiento del mismo sitio o región solamente
Gangrena gaseosa	
Infección, hemolítica	
Infección SAI	DEDP
Infección en herida quirúrgica	
Sepsis	
Séptico	

	Marcador
Hemorragia, hemólisis	
Coagulopatía, consumo	
Coagulación intravascular diseminada (CID)	
Hemorragia SAI	
Hemorragia, gastrointestinal	OCPR
Hemorragia, intraabdominal	OCPR
Hemorragia, rectal	OCPR
Hemorragia, herida quirúrgica.	
Hemorragia, sitio especificado	Para un procedimiento del mismo sitio o región solamente
Hematemesis	OCPR
Hematoma	OCPR
Hemotórax	OCPR
Hemólisis	
Melenas	OCPR
Complicaciones cardíacas	Marcador
Paro cardiaco	
Arritmia SAI	DEDP
Asistolia	
Bloqueo, cardiaco	DEDP
Fallo / insuficiencia cardíaca	
Fibrilación auricular	DEDP
Fibrilación ventricular	
Infarto (miocardio)	
Isquemia miocárdica (aguda)	
Ruptura miocárdica	
Complicaciones cerebrovasculares y otras complicaciones cerebrales	Marcador
Apoplejía	DEDP
Daño cerebral (anóxico)	DEDP
Embolia cerebral	DEDP
Hemorragia cerebral / intracraneal	DEDP
Infarto cerebral	DEDP
Isquemia cerebral / cerebrovascular	DEDP
Lesión cerebral / cerebrovascular	DEDP
Meningitis	DEDP
Edema cerebral	DEDP
Accidente vascular cerebral	DEDP
Trombosis, cerebral	DEDP
Otras complicaciones vasculares	Marcador
Paro, circulatorio	
Embolia (arterial)	
Embolia grasa / gaseosa	
Embolia, gaseosa	

Embolia pulmonar	
Embolia, venosa	
Insuficiencia / fallo, circulatorio	
Hipotensión	
Infarto, pulmonar	
Infarto (cualquier sitio)	
Oclusión (cualquier sitio)	
Flebitis (cualquier sitio)	
Flebotrombosis (cualquier sitio)	
Tromboflebitis (cualquier sitio)	
Trombosis, arterial	
Trombosis, venosa	
Trombosis, SAI (cualquier sitio)	
Complicaciones respiratorias	Marcador
Síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA)	
Alcalosis y acidosis respiratorias	
Paro respiratorio	
Aspiración	
Atelectasia	
Bronquitis	DEDP
Derrame pleural	
Empiema	OCPR
Fístula broncopleural o esofágica	OCPR
Fallo / insuficiencia pulmonar	
Fallo / insuficiencia, respiratoria	
Mediastinitis	
Obstrucción, vía aérea superior	OCPR
Edema laríngeo	OCPR
Edema / hipostasis, pulmonar	
Neumonía	
Neumotórax	OCPR
Complicaciones gastrointestinales	Marcador
Absceso intraabdominal	OCPR
Estreñimiento, constipación	OCPR
Dilatación gástrica	OCPR
Trastornos circulatorios, gastrointestinales	OCPR
Embolia mesentérica	OCPR
Insuficiencia hepática	DEDP
Fístula, biliar / intestinal / rectovaginal	OCPR
Íleo	OCPR
Isquemia intestinal	OCPR
Necrosis gastrointestinal	OCPR
Obstrucción intestinal (mecánica)	OCPR
Peritonitis	OCPR

Úlcera gastrointestinal de estrés)	OCPR
Vólvulo	OCPR
Complicaciones renales y urinarias	Marcador
Anuria	
Fallo / insuficiencia renal	
Fístula urinaria	OCPR
Infección urinaria	
Pielonefritis	DEDP
Retención orina	
Estenosis uretral	OCPR
Uremia	
Sepsis urinaria	
Otras complicaciones	Marcador
Adherencias	Para un procedimiento del mismo sitio o región solamente
Síndrome compartimental	OCPR
Complicación(es) SAI	
Crisis tirotóxica	DEDP
Desplazamiento, prótesis.	
Fallo (multi)orgánico	
Gangrena	
Insuficiencia, anastomosis	OCPR
Necrosis, grasa / herida	OCPR
Convulsiones (epilépticas)	DEDP
Choque SAI	
Choque anafiláctico,	
Úlcera de decúbito	

2.23.7 Lista de afecciones que deben considerarse consecuencias directas de otros procedimientos médicos invasivos

Consecuencias obvias del cateterismo cardiaco

Sepsis, choque séptico	
Bacteriemia	
MRSA	
Sepsis fúngica	
Funguemia	
Infeccción de catéter o acceso vascular	Tan solo si se indica que sigue el cateterismo
Tromboflebitis séptica	Tan solo si se indica que sigue el cateterismo
Endocarditis infecciosa	Tan solo si se indica que sigue el cateterismo
Infarto de miocardio	Tan solo si se indica que sigue el cateterismo
Trombosis coronaria	Tan solo si se indica que sigue el cateterismo
Embolia coronaria	Tan solo si se indica que sigue el cateterismo
Ruptura coronaria	Tan solo si se indica que sigue el cateterismo
Paro cardiaco	
Embolia cardiaca	
Síndrome embólico de colesterol	
Embolia pulmonar	
Hemorragia	
Pérdida hemática	
Hemoperitoneo	
Choque cardiógenico	Tan solo si se indica que sigue el cateterismo
Choque hipotensor	Tan solo si se indica que sigue el cateterismo

Consecuencias obvias del sondaje urinario

Infección urinaria
Sepsis urinaria

Consecuencias obvias de la aspiración de líquido

Hemotórax	Si la aspiración o punción es en el mismo sitio
Hemorragia	Si la aspiración o punción es en el mismo sitio

Consecuencias obvias de una biopsia

Hemorragia	Si punción es en el mismo sitio
Neumotórax	Si punción es en el mismo sitio
Adherencias	Si punción es en el mismo sitio

Consecuencias obvias de la diálisis renal

Sepsis, choque séptico
Bacteriemia
MRSA
Endocarditis infecciosa
Sepsis fúngica
Funguemia
Infección de catéter o acceso vascular
Tromboflebitis séptica
Peritonitis
Neumonía
Hipotensión (durante la diálisis)
Choque hipovolémico
Hemorragia

Consecuencias obvias de una vía intravenosa/arterial

Sepsis, choque séptico	
Bacteriemia	
MRSA	
Sepsis fúngica	
Funguemia	
Infección de catéter o acceso vascular	
Tromboflebitis séptica	
Si hay una infección de catéter o acceso vascular	

Endocarditis infecciosa	Si hay una infección de catéter o acceso vascular
Celulitis	Si hay una infección de catéter o acceso vascular
Absceso	Si hay una infección de catéter o acceso vascular
Hematoma	Si hay una infección de catéter o acceso vascular
Hemorragia	Si hay una infección de catéter o acceso vascular
Hemotórax	Si hay una infección de catéter o acceso vascular

Consecuencias obvias de una sonda de alimentación, gastrostomía endoscópica percutánea

- Neumonía por aspiración
- Infección de la herida abdominal
- Infección de la pared abdominal

Consecuencias obvias del trasplante de médula ósea

- Sepsis, choque séptico
- Bacteriemia
- MRSA
- Sepsis fúngica
- Funguemia
- Fascitis necrosante
- Trombocitopenia
- Enfermedad de injerto contra huésped

Consecuencias obvias de procedimientos y tratamientos radiológicos

Pericarditis	Si la radiación se ha aplicado en el mismo sitio
Neumopatía restrictiva	Si la radiación se ha aplicado en el mismo sitio

Oclusión de intestino delgado	Si la radiación se ha aplicado en el mismo sitio
Mielitis cervical	Si la radiación se ha aplicado en el mismo sitio
Fibrosis (intersticial)	Si la radiación se ha aplicado en el mismo sitio
Osteonecrosis	Si la radiación se ha aplicado en el mismo sitio
Mucositis	Si la radiación se ha aplicado en el mismo sitio
Fístula	Si la radiación se ha aplicado en el mismo sitio
Estenosis o cicatrización	Si la radiación se ha aplicado en el mismo sitio

Consecuencias obvias de la reanimación

Fractura(s) costal(es)

2.23.8 Lista de afecciones mal definidas

Utilice esta tabla en el paso SP7. Las afecciones de esta tabla se consideran mal definidas y no se deben usar como causa básica de muerte.

Código o Capítulo	Nombre de la categoría
[MC82]	Paro cardíaco
[BD10-BD1Z]	Insuficiencia cardíaca en [BD10]-; especificada como aguda ([XT5R])
[BA2Z]	Hipotensión, sin especificación
[BE2Y]	Otras enfermedades especificadas del aparato circulatorio
[BE2Z]	Enfermedades del aparato circulatorio, no especificadas
[CB41.0]	Insuficiencia respiratoria aguda
[CB41.2]	Insuficiencia respiratoria, no especificada como aguda o crónica
[KB2D]	Insuficiencia respiratoria del recién nacido
[KB2E]	Paro respiratorio del recién nacido
Capítulo 21	Síntomas, signos o resultados clínicos anormales no clasificados en otra parte; excepto las condiciones enumeradas a continuación:

[MA15 Resultados microbiológicos en la sangre, los órganos hematopoyéticos o el sistema inmunológico]

[MG43 Síntomas y signos relacionados con la ingesta de alimentos y líquidos]

[MG44.1 Falta de desarrollo fisiológico normal esperado]

2.23.9 Lista de afecciones que probablemente no causen la muerte

Utilice esta tabla en el paso SP8. Las afecciones de esta tabla es improbable que causen la muerte

- Infección cutánea micobacteriana no tuberculosa [1B21.2]
- Actinomicosis [1C10]
- Infección genital o urogenital por herpes simple [1A94.0]
- Tracoma [1C23]
- Conjuntivitis por clamidia [1C20]
- Gingivoestomatitis por herpes simple [1F00.02]
- Infección ocular por herpes simple [1F00.1]
- Infección mucocutánea por herpes simple [1F00.0]
- Verrugas comunes [1E80]
- Molusco contagioso [1E76]
- Enfermedad de pie y boca [1F05.3]
- Conjuntivitis viral [1D84]
- Dermatofitosis [1F28]
- Dermatomicosis superficiales no dermatofíticas [1F2D]
- Pediculosis [1G00]
- Dolor disestésico escrotal y peneano [EC92.0]
- Trastornos del comportamiento alimentario, sin especificación [6B8Z]
- Trastornos del ciclo de sueño y vigilia [07]
- Disfunciones sexuales, sin especificación [HA0Z]
- Trastorno de personalidad [6D10]
- Trastorno de personalidad [6D10]
- Trastorno de estrés postraumático complejo [6B41]
- Trastornos del control de hábitos e impulsos [6C7Z] y [6C5Z]
- Discordancia de género en la infancia [HA61]
- Trastornos parafílicos, sin especificación [6D3Z]
- Condiciones relacionadas con la salud sexual, sin especificación [HA8Z]
- Trastornos facticios, sin especificación [6D5Z]
- Trastorno de personalidad [6D10]
- Trastornos del neurodesarrollo [6A00-6A0Z]
- Trastornos por tic [8A05]
- Migraña [8A80], excepto migraña complicada [8A80.1Z]
- Cefalea secundaria [8A84]

- Accidente isquémico cerebral transitorio [8B10]
- Trastornos del nervio trigémino [8B82]
- Trastornos del nervio facial [8B88]
- Trastornos de la raíz nerviosa, plexo o de los nervios periféricos, sin especificación [8C4Z]
 - Mononeuropatías de extremidades superiores [8C10]
 - Mononeuropatías de extremidades inferiores [8C11]
 - Mononeuritis múltiple [8C12.1]
 - Orzuelo [9A01.2] y Chalación [9A02.0]
 - Trastornos infecciosos del párpado [9A01]
 - Algunos trastornos especificados del párpado [9A06]
 - Trastornos del sistema de drenaje lagrimal [9A11]
 - Conjuntivitis [9A60]
 - Algunos trastornos especificados de la conjuntiva [9A61]
 - Trastornos de la esclerótica, sin especificación [9B5Z]
 - Queratitis infecciosa [9A71]
 - Cicatrices u opacidades corneales [9A77]
 - Algunos trastornos especificados de la córnea [9A78]
 - Uveítis anterior no asociada a enfermedades sistémicas [9A96.0]
 - Algunos trastornos especificados del iris o del cuerpo ciliar [9A94]
 - Catarata relacionada con la edad [9B10.0]
 - Algunas cataratas especificadas [9B10.2]
 - Algunos trastornos especificados del cristalino [9B11]
 - Inflamación coriorretiniana [9B65.2]
 - Otros trastornos especificados de la coroides [9B6Y]
 - Desprendimientos o roturas de la retina [9B73]
 - Oclusión vascular retiniana [9B74]
 - Algunos trastornos retinianos especificados [9B78]
 - Glaucoma [9C61]
 - Trastornos del cuerpo vítreo, sin especificación [9B8Z]
 - Neuritis óptica [9C40.1]
 - Trastorno del nervio óptico [9C40]
 - Parálisis del nervio motor ocular [9C81]
 - Otro estrabismo [9C80], [9C82], [9C83], [9C84], [9C85]
 - Trastornos del movimiento binocular [9C83]
 - Trastornos de refracción o acomodación, sin especificación [9D0Z]
 - Otros síntomas o signos especificados relativos al aparato visual [MC1Y]
 - Deterioro de la visión, incluida la ceguera [9D90]
 - Nistagmo [9C84]
 - Trastornos estructurales de la pupila [LA11.6]
 - Dolor ocular [MC18]
 - Trastornos de los ojos o de los anexos oculares tras un procedimiento [9D20-9D25, NE81.01]
 - Otitis externa, sin especificación AA3Z
 - Enfermedades del oído externo, sin especificación AA6Z

- Otosclerosis [AB33]
- Otras enfermedades del oído interno [AB30], [AB31], [AB32], [AB34], [AB35], [AB36], [AB37], [AB3Y]
- Pérdida auditiva conductiva y neurosensorial [AB50], [AB51]
- Otras pérdidas auditivas [AB52], [AB53], [AB54], [AB55], [AB56], [AB57], [AB5Y]
- Otalgia o derrame del oído [AB70]
- Otros trastornos del oído, no clasificados en otra parte [AB71], [AB72], [AB73], [AB7Y]
- Nasofaringitis aguda [resfriado común] [CA00]
- Infecciones respiratorias agudas de vías altas, en localizaciones múltiples y no especificadas [CA07]
- Rinitis alérgica o vasomotora [CA08]
- Pólipo nasal [CA0J]
- Desviación del tabique nasal [CA0D]
- Enfermedades crónicas de las amígdalas palatinas o faríngeas [CA0F]
- Trastornos del desarrollo dental y erupción [DA07]
- Dientes retenidos [DA07.7]
- Caries dental [DA08.0]
- Enfermedades de los tejidos duros de los dientes [DA08]
- Enfermedades de la pulpa y tejidos periajapicales [DA09]
- Enfermedades gingivales [DA0B]
- Algunos trastornos especificados del reborde gingival o alveolar desdentado [DA0D]
- Anomalías dentofaciales [DA0E]
- Algunos trastornos especificados de los dientes o de las estructuras de sostén [DA0A]
- Quistes de la boca, la cara o el cuello [DA05]
- Algunas enfermedades especificadas de los maxilares [DA06]
- Enfermedades de las glándulas salivales [DA04]
- Enfermedades de la lengua [DA03]
- Impétigo (para niños mayores de 1 año de edad) [1B72]
- Celulitis bacteriana, erisipela o linfangitis, sin especificación [1B70.Z]
- Linfadenitis aguda [BD90.0]
- Quiste pilonidal sacrococcígeo [EG63.1]
- Otras infecciones locales de piel y tejido subcutáneo.
- Eccema atópico [EA80]
- Dermatitis seborreica y afecciones relacionadas [EA81]
- Dermatosis del pañal [EH40.1]
- Dermatitis alérgica de contacto [EK00]
- Dermatitis irritante de contacto [EK02]
- Dermatitis por factores exógenos, sin especificación [EK0Z]
- Líquen simple [EA83.0]
- Prurito [EC90]
- Otros trastornos de la piel especificados provocados por factores externos [EK5Y]
- Poiquilodermia vascular atrófica [EK91.1]
- Pitiriasis rosada [EA10]

- Líquen plano [EA91]
- Dermatosis liquenoides [EA92]
- Acrodermatitis papulosa infantil [EA12]
- Pitiriasis rubra pilaris [EA94]
- Quemadura solar, excepto quemadura solar de tercer grado [EJ40]
- Otras dermatosis especificadas provocadas por la luz o la radiación ultravioleta [EJ6Y]
- Cambios en la piel debido a la exposición crónica a radiación no ionizante [EJ20-EJ2Y]
- Dermatosis por radiación ionizante, sin especificación [EJ7Z]
- Eritema ab igne [EJ10]
- Trastornos de la uña o del perioniquio, sin especificación [EE1Z]
- Alopecia areata [ED70.2]
- Otra alopecia o caída del pelo especificada [ED70.Y]
- Otra pérdida de cabello no cicatrizable [ED70.3], [ED70.4]
- Alopecia cicatricial [ED70.5]
- Síndromes genéticos con alteraciones del tallo del pelo [EC21.1]
- Hipertricosis [ED71]
- Acné, sin especificación [ED80.Z]
- Quistes cutáneos [EK70]
- Otros trastornos especificados del folículo piloso [ED9Y]
- Otros trastornos especificados de las glándulas sudoríparas ecrinas o de la sudación [EE0Y]
- Trastornos sudoríparos apocrinos [ED92.1]
- Vitíligo [ED63.0]
- Otros trastornos especificados del color de la piel [ED6Y]
- Acanthosis nigricans [ED51.0]
- Callos y callosidades [EH92.0]
- Cambios en la textura de la piel [ME66.1]
- Dermatosis perforantes [EE70]
- Cicatrización atrófica de la piel [EE40.2]
- Otros trastornos fibromatosos especificados de la piel y partes blandas [EE6Y]
- Trastornos granulomatosos de la piel y tejido subcutáneo.
- Otros trastornos especificados del tejido conjuntivo cutáneo [EE7Y]
- Otras enfermedades especificadas de la piel [EM0Y]
- Deformidades adquiridas de los dedos de las manos o de los pies [FA30]
- Otras deformidades adquiridas de las extremidades [FA31]
- Afecciones de la rótula [FA32]
- Trastorno interno de la rodilla [FA33]
- Algunos trastornos articulares especificados [FA34]
- Algunas artropatías no clasificadas en otra parte, sin especificación [FA37.Z]
- Polimialgia reumática [FA22]
- Deformidades de la columna vertebral [FA70]
- Tortícolis [FA71]
- Otras afecciones especificadas asociadas con la columna vertebral [FB1Y]
- Estenosis del conducto vertebral [FA82]

- Otras dorsopatías, no clasificadas en otra parte [FB1Y]
- Dolor vertebral [ME84]
- Trastornos de los músculos, sin especificación [FB3Z]
- Tenosinovitis [FB40]
- Ruptura espontánea de la membrana sinovial o del tendón [FB41]
- Algunos trastornos especificados de la membrana sinovial o del tendón [FB42]
- Bursitis por uso, uso excesivo o tensión [FB50.1]
- Otras bursopatías [FB50.0], [FB50.2], [FB50.3], [FB50.Y]
- Lesiones del hombro [FB53]
- Entesopatías de la extremidad inferior [FB54]
- Algunas entesopatías especificadas [FB55]
- Trastornos de tejidos blandos especificados, no clasificados en otra parte [FB56]
- Algunas deformidades adquiridas especificadas del aparato locomotor o del tejido conjuntivo, no clasificadas en otra parte [FC00]
- Lesiones biomecánicas, no clasificadas en otra parte [ME93]
- Incontinencia urinaria de esfuerzo [MF50.20]
- Infertilidad masculina [GB04]
- Prepucio redundante, fimosis o parafimosis [GB05]
- Neoplasia benigna de la mama [2F30]
- Otros trastornos no inflamatorios especificados del aparato genital femenino [GA1Y]
- Otras anomalías adquiridas especificadas del útero, a excepción del cuello uterino [GA16.Y]
- Erosión o ectropión del cuello uterino [GA15.1]
- Displasia del cuello uterino [GA15.7]
- Otras anomalías adquiridas especificadas del cuello uterino [GA15.Y]
- Otras anomalías adquiridas especificadas de la vagina [GA14.Y]
- Otras anomalías adquiridas especificadas de la vulva o del perineo [GA13.Y]
- Amenorrea [GA20.0]
- Trastornos hemorrágicos del ciclo menstrual [GA20]
- Otras hemorragias uterinas y vaginales anormales [GA20-GA2Z]
- Dolor pélvico femenino asociado a órganos genitales o ciclo menstrual [GA34]
- Pérdida recurrente de embarazo [GA33]
- Infertilidad femenina [GA31]
- Anomalías estructurales del desarrollo prenatal del párpado, el aparato lagrimal o la órbita, sin especificación [LA14.Z]
- Anoftalmía clínica [LA10.1]
- Anomalías estructurales del desarrollo prenatal del cristalino o la zónula ciliar [LA12]
- Anomalías estructurales del desarrollo prenatal del segmento anterior del ojo [LA11]
- Anomalías estructurales del desarrollo prenatal del segmento posterior del ojo [LA13]
- Otras anomalías estructurales especificadas del desarrollo prenatal del ojo, el párpado o el aparato lagrimal [LA1Y]
- Anomalías del desarrollo estructural del oído que causan deficiencia auditiva [LA22]

- Otras anomalías especificadas del desarrollo estructural prenatal del oído [LA2Y]
- Otras malformaciones congénitas de cara, boca o dientes [LA30-LA5Z]
- Anomalías estructurales del desarrollo prenatal del cuello [LA60-LA6Z]
- Anquiloglosia [LA31.2]
- Anomalías estructurales del desarrollo prenatal de la cintura pélvica [LB74]
- Deformidades congénitas de los pies [LB98]
- Anomalías del desarrollo estructural del cráneo [LB70]
- Anomalías estructurales del desarrollo de la columna vertebral o del esqueleto torácico [LB73]
- Anomalías estructurales del desarrollo prenatal de la cintura pélvica [LB74]
- Polidactilia [LB78]
- Sindactilia [LB79]
- Defectos por reducción de la extremidad superior [LB99]
- Defectos por reducción de la extremidad inferior [LB9A]
- Defectos por reducción de las extremidades superiores o inferiores [LB9B]
- Otras malformaciones congénitas de extremidad(es)
- Ictiosis congénita autosómica recesiva, excepto feto arlequín [EC20.02]
- Epidermólisis ampollosa simple [EC30]
- Epidermólisis ampollosa de la unión, EC32 Epidermólisis ampollosa distrófica, EC33 Epidermólisis ampollosa sindrómica [EC31]
- Otras anomalías estructurales especificadas del desarrollo prenatal de la piel [LC7Y]
- Anomalías estructurales del desarrollo prenatal de la mama, sin especificación [LB6Z]
- Otras anomalías estructurales especificadas del desarrollo prenatal de la piel [LC7Y]
- Traumatismo superficial de la cabeza [NA00]
- Traumatismo en el ojo o la órbita [NA06]
- Traumatismo superficial del cuello [NA20]
- Traumatismo superficial del tórax [NA80]
- Traumatismo superficial en el abdomen, zona lumbar o la pelvis [NB50]
- Traumatismo superficial de hombro o la parte superior del brazo [NC10]
- Traumatismo superficial en el antebrazo [NC30]
- Traumatismo superficial en la muñeca o la mano [NC51]
- Traumatismo superficial en la cadera o el muslo [NC70]
- Traumatismo superficial en la rodilla o la parte inferior de la pierna [NC90]
- Traumatismo superficial en el tobillo o el pie [ND11]
- Otros traumatismos en la columna o el tronco, nivel no especificado [ND51]
- Otros traumatismos en el brazo, nivel no especificado [ND53]
- Otros traumatismos en la pierna, nivel no especificado [ND55]
- Traumatismo superficial en región no especificada del cuerpo [ND56.0]
- Quemadura epidérmica en la cabeza o el cuello, excepto la cara [ND90.0]
- Quemadura en el tronco, excepto el perineo o los genitales [ND92]
- Quemadura epidérmica en el hombro o el brazo, excepto la muñeca y la mano [ND94.0]
- Quemadura epidérmica en la muñeca o la mano [ND95.0]

- Quemadura epidérmica en la cadera o la pierna, excepto el tobillo y el pie [ND96.0]
- Quemadura epidérmica en el tobillo o el pie [ND97.0]

2.23.10 Clasificación de prioridad de los códigos de naturaleza del traumatismo

La clasificación de prioridad de la naturaleza de los códigos de traumatismo se produce para estandarizar y facilitar la codificación del traumatismo principal. La lista se creó con aportaciones sustanciales del International Collaborative Effort (ICE) on Injury Statistics. La lista inicial se introdujo en 2011 después de realizar pruebas en varios países, y se realizaron algunas actualizaciones para corregir los errores en la lista inicial.

(1 = prioridad máxima)

Código	Título	Rango
NA00	Traumatismo superficial en la cabeza	6
NA01	Herida abierta de cabeza	6
NA02	Fractura del cráneo o de los huesos faciales	
NA02.0	Fractura de la bóveda del cráneo	3
NA02.1	Fractura de la base de cráneo	4
NA02.2	Fractura orbitaria	6
NA02.3	Fractura de los huesos nasales	6
NA02.4	Fractura de maxilar	6
NA02.5	Fractura del hueso cigomático	6
NA02.6	Fractura de diente	6
NA02.7	Fractura de la mandíbula	6
NA02.8	Fracturas múltiples que afectan el cráneo o los huesos faciales	3
NA02.Y	Otra fractura especificada del cráneo o de los huesos faciales	4
NA02.Z	Fractura del cráneo o de los huesos faciales, sin especificación	3
NA03	Luxación, distensión o esguince de articulaciones o ligamentos de la cabeza	
NA03.0	Luxación de la mandíbula	5
NA03.1	Luxación del cartílago septal de la nariz	6
NA03.2	Luxación de diente	6
NA03.3	Torcedura o esguince de la mandíbula	6
NA03.Y	Otra dislocación o distensión o esguince de articulaciones o ligamentos de la cabeza especificada	6

NA03.Z	Dislocación o distensión o esguince de articulaciones o ligamentos de la cabeza, sin especificación	6
NA04	Traumatismo en los nervios craneales	6
NA05	Traumatismo en los vasos sanguíneos de la cabeza	5
NA06	Traumatismo en el ojo o la órbita	
NA06.0	Traumatismo en el párpado	6
NA06.1	Herida penetrante en la órbita, con o sin cuerpo extraño	6
NA06.2	Cuerpo extraño retenido después de una herida penetrante en la órbita	6
NA06.3	Hemorragia orbitaria traumática	6
NA06.4	Traumatismo en la conjuntiva o excoriación corneal sin mención de cuerpo extraño	6
NA06.5	Traumatismo en el esfínter del iris	6
NA06.6	Traumatismo en la retina	6
NA06.7	Hemorragia retiniana traumática	6
NA06.80	Cuerpo extraño magnético intraocular retenido, unilateral	6
NA06.81	Cuerpo extraño no magnético intraocular retenido, unilateral	6
NA06.82	Traumatismo cerrado en el globo ocular, unilateral	6
NA06.83	Traumatismo cerrado en el globo ocular, bilateral	6
NA06.84	Herida penetrante en el globo ocular sin cuerpo extraño, unilateral	6
NA06.85	Avulsión en un ojo, unilateral	5
NA06.86	Avulsión en un ojo, bilateral	5
NA06.87	Laceración ocular o ruptura con prolapsio o pérdida de tejido intraocular, unilateral	6
NA06.88	Laceración ocular o ruptura con prolapsio o pérdida de tejido intraocular, bilateral	6
NA06.89	Herida penetrante en el globo ocular, bilateral	6
NA06.8A	Herida perforante en el globo ocular, bilateral	6
NA06.8B	Cuerpo extraño magnético intraocular retenido, bilateral	6
NA06.8C	Cuerpo extraño no magnético intraocular retenido, bilateral	6
NA06.8D	Laceración ocular sin prolapsio ni pérdida de tejido intraocular, unilateral	6
NA06.8E	Laceración ocular sin prolapsio ni pérdida de tejido intraocular, bilateral	6
NA06.8Y	Otro traumatismo especificado en el globo ocular	6
NA06.8Z	Traumatismo en el globo ocular, sin especificación	6
NA06.9	Contusión en el globo ocular o los tejidos orbitarios	6
NA06.A	Traumatismo en el cristalino	6

NA06.Y	Otro traumatismo especificado en el ojo o la órbita	6
NA06.Z	Traumatismo en el ojo o la órbita, sin especificación	6
NA07	Traumatismo intracranegal	
NA07.0	Conmoción	6
NA07.1	Hemorragia traumática intracerebral	2
NA07.2	Edema cerebral traumático	1
NA07.3	Traumatismo cerebral difuso	1
NA07.4	Traumatismo cerebral focalizado	2
NA07.5	Hemorragia epidural traumática	2
NA07.6	Hemorragia subdural traumática	2
NA07.7	Hemorragia subaracnoidea traumática	2
NA07.8	Hemorragia traumática en el tejido cerebral	2
NA07.Y	Otro traumatismo intracranegal especificado	2
NA07.Z	Traumatismo intracranegal, sin especificación	2
NA08	Traumatismo por aplastamiento de la cabeza	
NA08.0	Traumatismo por aplastamiento del cerebro	1
NA08.1	Traumatismo por aplastamiento de la cara	5
NA08.2	Traumatismo por aplastamiento del cráneo	1
NA08.3	Cuero cabelludo aplastado	1
NA08.Y	Otro traumatismo por aplastamiento de la cabeza	1
NA08.Z	Traumatismo por aplastamiento de la cabeza, sin especificación	1
NA09	Amputación traumática de parte de la cabeza	
NA09.0	Avulsión del cuero cabelludo	6
NA09.1	Amputación traumática de la oreja	6
NA09.2	Amputación traumática de la nariz	4
NA09.3	Amputación traumática de labio	4
NA09.Y	Amputación traumática especificada de parte de la cabeza	4
NA09.Z	Amputación traumática de parte de la cabeza, sin especificación	4
NA0A	Algunos traumatismos especificados de la cabeza	
NA0A.0	Heridas complejas en la cabeza	2
NA0A.1	Traumatismo en tendón, fascia o músculo de la cabeza	6
NA0A.2	Ruptura traumática de la membrana del tímpano del oído	6
NA0A.3	Traumatismos múltiples en la cabeza	4
NA0A.Y	Otros traumatismos especificados en la cabeza	6
NA0B	Traumatismos en el pabellón auricular	3
NA0C	Traumatismo en el oído medio o interno	3

NA0Z	Traumatismos en la cabeza, sin especificación	3
NA20	Traumatismo superficial en el cuello	6
NA21	Herida abierta en el cuello	
NA21.0	Laceración en el cuello, sin cuerpo extraño	5
NA21.1	Laceración en el cuello, con cuerpo extraño	5
NA21.2	Herida punzante en el cuello, sin cuerpo extraño	5
NA21.3	Herida punzante en el cuello, con cuerpo extraño	5
NA21.4	Mordedura o picadura abierta en el cuello	5
NA21.5	Heridas abiertas múltiples en el cuello	5
NA21.Y	Otra herida abierta especificada en el cuello	6
NA21.Z	Herida abierta en el cuello, sin especificación	6
NA22	Fractura del cuello	3
NA23	Luxación, distensión o esguince de las articulaciones o los ligamentos al nivel del cuello	
NA23.0	Ruptura traumática de un disco cervical intervertebral	6
NA23.1	Luxación de vértebra cervical	3
NA23.2	Luxación de otras partes o de partes no especificadas del cuello	3
NA23.3	Luxaciones múltiples del cuello	3
NA23.4	Distensión o esguince de la columna cervical	5
NA23.5	Distensión o esguince de la región tiroidea	6
NA23.Y	Otra dislocación o tensión o esguince de las articulaciones o ligamentos al nivel del cuello especificado	3
NA23.Z	Dislocación o tensión o esguince de las articulaciones o ligamentos al nivel del cuello, sin especificación	3
NA30	Conmoción o edema de la médula espinal cervical	5
NA31	Algunos traumatismos especificados en la médula espinal cervical	3
NA3Z	Traumatismo en la médula espinal cervical, sin especificación	3
NA40	Traumatismo en la raíz nerviosa de la columna cervical	6
NA41	Traumatismo en el plexo braquial	6
NA42	Traumatismo en los nervios periféricos del cuello	6
NA43	Traumatismo en los nervios cervicales simpáticos	6
NA44	Traumatismo en el nervio frénico	5
NA4Y	Traumatismo en otros nervios especificados a nivel del cuello	5
NA4Z	Traumatismo en los nervios a nivel del cuello, sin especificación	5
NA60	Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel del cuello	
NA60.0	Traumatismo en la arteria carótida	1

NA60.1	Traumatismo en la arteria vertebral	2
NA60.2	Traumatismo en la vena yugular externa	3
NA60.3	Traumatismo en la vena yugular interna	3
NA60.4	Traumatismo en múltiples vasos sanguíneos a nivel del cuello	1
NA60.Y	Traumatismo en otros vasos sanguíneos especificados a nivel del cuello	1
NA60.Z	Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel del cuello, sin especificación	1
NA61	Traumatismo en tendón, fascia o músculo a nivel del cuello	6
NA62	Traumatismo por aplastamiento en el cuello	3
NA63	Amputación traumática a nivel del cuello	1
NA64	Traumatismos múltiples en el cuello	3
NA6Y	Otros traumatismos especificados en el cuello	4
NA6Z	Traumatismos en el cuello, sin especificación	5
NA80	Traumatismo superficial en el tórax	6
NA81	Herida abierta en el tórax	5
NA82	Fractura de costilla, del esternón o de la columna torácica	
NA82.0	Fractura de vértebra torácica	5
NA82.1	Fracturas múltiples de la columna torácica	5
NA82.2	Fractura del esternón	6
NA82.3	Fractura de costilla	6
NA82.4	Fracturas múltiples de costillas	5
NA82.5	Tórax inestable	2
NA82.Y	Otra fractura especificada de costilla, del esternón o de la columna torácica	5
NA82.Z	Fractura de costilla, del esternón o de la columna torácica, sin especificación	5
NA83	Luxación, distensión o esguince de articulaciones o ligamentos del tórax	
NA83.0	Ruptura traumática de un disco intervertebral torácico	6
NA83.1	Luxación de vértebra torácica	5
NA83.2	Luxación de otra parte del tórax o de una parte no especificada	5
NA83.3	Distensión o esguince de los ligamentos de la columna dorsal	6
NA83.4	Distensión o esguince de costillas o esternón	6
NA83.Y	Otra luxación, distensión o esguince especificada de articulaciones o ligamentos del tórax	6
NA83.Z	Luxación o distensión o esguince de articulaciones o ligamentos de tórax, sin especificación	6

NA90	Conmoción o edema de la médula espinal torácica	4
NA91	Otros traumatismos especificados en la médula espinal torácica	4
NA9Z	Traumatismo en la médula espinal torácica, sin especificación	5
NB00	Traumatismo en las raíces nerviosas de la columna torácica	5
NB01	Traumatismo en los nervios periféricos del tórax	5
NB02	Traumatismo en los nervios simpáticos torácicos	5
NB0Y	Otro traumatismo especificado en los nervios a nivel del tórax	5
NB2Y	Otro traumatismo especificado en los nervios o la médula espinal a nivel del tórax	5
NB2Z	Traumatismo en los nervios o la médula espinal a nivel del tórax, sin especificación	5
NB30	Traumatismo en los vasos sanguíneos del tórax	
NB30.0	Traumatismo en la aorta torácica	1
NB30.1	Traumatismo en la arteria innominada o subclavia	5
NB30.2	Traumatismo en la vena cava superior	1
NB30.3	Traumatismo en la vena innominada o subclavia	3
NB30.4	Traumatismo en los vasos sanguíneos pulmonares	1
NB30.5	Traumatismo en los vasos sanguíneos intercostales	4
NB30.6	Traumatismo en múltiples vasos sanguíneos del tórax	3
NB30.Y	Traumatismo en otros vasos sanguíneos especificados del tórax	4
NB30.Z	Traumatismo en los vasos sanguíneos del tórax, sin especificación	4
NB31	Traumatismo en el corazón	2
NB32	Traumatismo en otros órganos intratorácicos o en órganos intratorácicos no especificados	
NB32.0	Neumotórax traumático	3
NB32.1	Hemotórax traumático	3
NB32.2	Hemoneumotórax traumático	3
NB32.3	Otros traumatismos pulmonares	2
NB32.4	Traumatismo bronquial	2
NB32.5	Traumatismo en la tráquea torácica	2
NB32.6	Traumatismo pleural	4
NB32.7	Traumatismos múltiples en órganos intratorácicos	1
NB32.8	Traumatismo en otros órganos intratorácicos especificados	2
NB32.Y	Otro traumatismo especificado en otros órganos intratorácicos o en órganos intratorácicos no especificados	2

NB32.Z	Traumatismo en otros órganos intratorácicos o en órganos intratorácicos no especificados, sin especificación	2
NB33	Traumatismo por aplastamiento del tórax o amputación traumática de parte del tórax	3
NB34	Traumatismo en tendón, fascia o músculo a nivel del tórax	6
NB35	Traumatismos múltiples en el tórax	3
NB3Y	Otros traumatismos especificados en el tórax	6
NB3Z	Traumatismos en el tórax, sin especificación	3
NB50	Traumatismo superficial en el abdomen, la zona lumbar o la pelvis	6
NB51	Herida abierta en el abdomen, la zona lumbar o la pelvis	6
NB52	Fractura de la columna lumbar o la pelvis	
NB52.0	Fractura de vértebra lumbar	6
NB52.10	Fractura del hueso sacro sin interrupción de anillo pélvico	6
NB52.11	Fractura del cóccix	6
NB52.12	Fractura del hueso ilíaco sin interrupción del anillo pélvico	6
NB52.13	Fractura del acetábulo sin interrupción de anillo pélvico	5
NB52.14	Fractura del pubis sin interrupción del anillo pélvico	6
NB52.15	Fractura del isquion sin interrupción del anillo pélvico	5
NB52.1Y	Otra fractura del hueso pélvico especificado sin interrupción del arco posterior del anillo pélvico	5
NB52.1Z	Fractura del hueso pélvico sin interrupción del arco posterior del anillo pélvico, sin especificación	5
NB52.2	Fractura del anillo pélvico con interrupción incompleta del arco posterior	5
NB52.3	Fractura del anillo pélvico con interrupción completa del arco posterior	5
NB52.4	Fracturas múltiples de la columna lumbar o la pelvis	5
NB52.Y	Otra fractura especificada de la columna lumbar o de la pelvis	5
NB52.Z	Fractura de la columna lumbar o de la pelvis, sin especificación	5
NB53	Luxación, distensión o esguince de articulaciones o ligamentos de la columna lumbar o la pelvis	
NB53.0	Ruptura traumática de disco intervertebral lumbar	6
NB53.1	Luxación de vértebra lumbar	6
NB53.2	Luxación de articulación sacrococcígea o sacroilíaca sin interrupción del anillo pélvico	6
NB53.3	Luxación de otras partes o de partes no especificadas de la columna lumbar o la pelvis sin alteración del anillo pélvico	5

NB53.4	Ruptura traumática de la sínfisis del pubis sin alteración del anillo pélvico	6
NB53.5	Distensión o esguince de la columna lumbar	6
NB53.6	Distensión o esguince de la articulación sacroilíaca	6
NB52.Y	Otra luxación, distensión o esguince especificado de articulaciones o ligamentos de la columna lumbar o la pelvis	6
NB52.Z	Luxación, distensión o esguince de articulaciones o ligamentos de la columna lumbar o la pelvis, sin especificación	5
NB60	Conmoción o edema en la médula espinal lumbar	6
NB61	Conmoción o edema en la médula espinal sacra	6
NB62	Algunos traumatismos especificados de la médula espinal lumbar	6
NB63	Algunos traumatismos especificados en la médula espinal sacra	6
NB6Z	Traumatismo en la médula espinal en el abdomen, la zona lumbar o la pelvis, sin especificación	6
NB70	Traumatismo en la raíz nerviosa de la columna lumbar	6
NB71	Traumatismo en la raíz nerviosa de la columna sacra	6
NB72	Traumatismo en la cola de caballo	6
NB73	Traumatismo en el plexo lumbosacro	6
NB74	Traumatismo en los nervios simpáticos lumbares, sacros o pélvicos	6
NB75	Traumatismo en los nervios periféricos del abdomen, la región lumbar o la pelvis	6
NB7Y	Otro traumatismo especificado de los nervios a nivel del abdomen, la parte inferior de la espalda o la pelvis	5
NB7Z	Traumatismo en los nervios a nivel del abdomen, la parte inferior de la espalda o la pelvis, sin especificación	5
NB90	Traumatismos en los vasos sanguíneos a nivel del abdomen, la zona lumbar o la pelvis	
NB90.0	Traumatismo en la aorta abdominal	1
NB90.1	Traumatismo en la vena cava inferior	1
NB90.2	Traumatismo en la arteria celíaca	3
NB90.3	Traumatismo en la arteria mesentérica	
NB90.4	Traumatismo en las venas porta y esplénica	2
NB90.5	Traumatismo en los vasos sanguíneos renales	5
NB90.6	Traumatismo en los vasos sanguíneos iliacos	3
NB90.7	Traumatismo en múltiples vasos sanguíneos a nivel del abdomen, la zona lumbar o la pelvis	2

NB90.Y	Traumatismo en otros vasos sanguíneos especificados a nivel del abdomen, la zona lumbar o la pelvis	5
NB90.Z	Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel del abdomen, la zona lumbar o la pelvis, sin especificación	5
NB91	Traumatismo en los órganos intrabdominales	3
NB92	Traumatismo en los órganos urinarios o pélvicos	5
NB93	Traumatismo por aplastamiento o amputación traumática de parte del abdomen, la zona lumbar y la pelvis	
NB93.0	Traumatismo por aplastamiento de órganos genitales externos	6
NB93.1	Traumatismo por aplastamiento de otras partes o de partes no especificadas del abdomen, la zona lumbar o la pelvis	5
NB93.2	Amputación traumática de órganos genitales externos	4
NB93.3	Amputación traumática de otras partes o de partes no especificadas del abdomen, la zona lumbar o la pelvis	3
NB94	Traumatismo en tendón, fascia o músculo del abdomen, la zona lumbar o la pelvis	6
NB95	Traumatismo en órgano intrabdominal y órgano pélvico	3
NB96	Otros traumatismos múltiples en el abdomen, la zona lumbar o la pelvis	4
NB97	Otros traumatismos especificados en el abdomen, la zona lumbar o la pelvis	6
NB98	Lesión en los genitales femeninos sin otra especificación	5
NB99	Traumatismo en los genitales masculinos sin otra especificación	5
NB9Y	Otros traumatismos especificados en el abdomen, la zona lumbar, la columna lumbar o la pelvis	4
NB9Z	Traumatismos en el abdomen, la zona lumbar, la columna lumbar o la pelvis, sin especificación	4
NC11	Herida abierta en el hombro o la parte superior del brazo	
NC11.0	Desgarro sin cuerpo extraño en el hombro o la parte superior del brazo	6
NC11.1	Desgarro con cuerpo extraño en el hombro o la parte superior del brazo	6
NC11.2	Herida punzante sin cuerpo extraño en el hombro o la parte superior del brazo	6
NC11.3	Herida punzante con cuerpo extraño en el hombro o la parte superior del brazo	6
NC11.4	Mordedura o picadura abierta en el hombro o la parte superior del brazo	6

NC11.5	Heridas abiertas múltiples en el hombro o la parte superior del brazo	6
NC11.Y	Otra herida abierta especificada en el hombro o la parte superior del brazo	5
NC11.Z	Herida abierta en el hombro o la parte superior del brazo, sin especificación	5
NC12	Fractura del hombro o de la parte superior del brazo	
NC12.0	Fractura de la clavícula	6
NC12.1	Fractura del omóplato	5
NC12.2	Fractura de la epífisis superior del húmero	5
NC12.3	Fractura de la diáfisis del húmero	5
NC12.4	Fractura de la epífisis inferior del húmero	6
NC12.5	Fracturas múltiples en la clavícula, el omóplato o el húmero	5
NC12.6	Fractura de otras partes del hombro o de la parte superior del brazo	5
NC12.7	Fractura del hombro y del brazo, parte no especificada	5
NC12.Z	Fractura del hombro o de la parte superior del brazo, sin especificación	5
NC13	Luxación, distensión o esguince de las articulaciones o ligamentos de la cintura escapular	6
NC14	Traumatismo en los nervios a nivel del hombro o la parte superior del brazo	6
NC15	Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel del hombro o la parte superior del brazo	
NC15.0	Traumatismo en la arteria axilar	3
NC15.1	Traumatismo en la arteria braquial	3
NC15.2	Traumatismo en la vena axilar o braquial	5
NC15.3	Traumatismo en la vena superficial a nivel del hombro o de la parte superior del brazo	5
NC15.4	Traumatismo en múltiples vasos sanguíneos a nivel del hombro o la parte superior del brazo	5
NC15.Y	Traumatismo en otros vasos sanguíneos especificados a nivel del hombro o la parte superior del brazo	5
NC15.Z	Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel del hombro o la parte superior del brazo, sin especificar	5
NC16	Traumatismo en tendón, fascia, músculo o bolsa sinovial a nivel del hombro o de la parte superior del brazo	6
NC17	Traumatismo por aplastamiento del hombro o de la parte superior del brazo	
NC18	Amputación traumática del hombro o de la parte superior del brazo	3

NC19	Traumatismos múltiples en el hombro o la parte superior del brazo	5
NC1Y	Otros traumatismos especificados en el hombro o la parte superior del brazo	6
NC1Z	Traumatismos en el hombro o la parte superior del brazo, sin especificación	6
NC30	Traumatismo superficial en el antebrazo	6
NC31	Herida abierta en el antebrazo	6
NC32	Fractura del antebrazo	5
NC33	Luxación, esguince o distensión de articulaciones o ligamentos del codo	6
NC34	Traumatismo en los nervios a nivel del antebrazo	6
NC35	Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel del antebrazo	
NC35.0	Traumatismo en la arteria cubital a nivel del antebrazo	6
NC35.1	Traumatismo en la arteria radial a nivel del antebrazo	5
NC35.2	Traumatismo en una vena a nivel del antebrazo	5
NC35.3	Traumatismo en múltiples vasos sanguíneos a nivel del antebrazo	5
NC35.Y	Traumatismo en otros vasos sanguíneos especificados a nivel del antebrazo	6
NC35.Z	Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel del antebrazo, sin especificación	6
NC36	Traumatismo en tendón, fascia, músculo o bolsa sinovial a nivel del antebrazo	6
NC37	Traumatismo por aplastamiento del antebrazo	6
NC38	Amputación traumática del antebrazo	4
NC39	Traumatismos múltiples en el antebrazo	4
NC3Y	Otros traumatismos especificados en el codo o el antebrazo	6
NC3Z	Traumatismos en el codo o el antebrazo, sin especificación	5
NC50	Traumatismo en la uña	5
NC51	Traumatismo superficial en la muñeca o la mano	6
NC52	Herida abierta en la muñeca o la mano	6
NC53	Fractura a nivel de la muñeca o la mano	
NC53.0	Fractura del hueso escafoideas de la mano	6
NC53.1	Fractura de otro hueso del carpo	6
NC53.2	Fractura del primer hueso metacarpiano	6
NC53.3	Fractura de otros huesos metacarpianos	6
NC53.4	Fracturas múltiples de huesos metacarpianos	6
NC53.5	Fractura de la falange del pulgar	6

NC53.6	Fractura de otro hueso de un dedo de la mano	6
NC53.7	Fracturas múltiples de los dedos de la mano	6
NC53.Y	Otra fractura especificada de la muñeca o la mano	5
NC53.Z	Fractura de la muñeca o la mano, sin especificación	5
NC54	Luxación, distensión o esguince de las articulaciones o los ligamentos a nivel de la muñeca o la mano	6
NC55	Traumatismo en los nervios a nivel de la muñeca o la mano	6
NC56	Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel de la muñeca o la mano	
NC56.0	Traumatismo en la arteria cubital a nivel de la muñeca o la mano	6
NC56.1	Traumatismo en la arteria radial a nivel de la muñeca o la mano	5
NC56.2	Traumatismo en el arco palmar superficial	6
NC56.3	Traumatismo en el arco palmar profundo	6
NC56.4	Traumatismo en vaso sanguíneo del pulgar	6
NC56.5	Traumatismo en vaso sanguíneo de otro dedo de la mano	6
NC56.6	Traumatismo en múltiples vasos sanguíneos a nivel de la muñeca o la mano	6
NC56.Y	Otro traumatismo especificado de vasos sanguíneos a nivel de la muñeca o de la mano	5
NC58	Traumatismo por aplastamiento de la muñeca o la mano	6
NC59	Amputación traumática de la muñeca o la mano	
NC59.0	Amputación traumática del pulgar	6
NC59.1	Amputación traumática de otro dedo solamente	6
NC59.2	Amputación traumática de dos o más dedos solamente	6
NC59.3	Amputación traumática combinada de un dedo con otras partes de la muñeca o la mano	6
NC59.4	Amputación traumática de la mano a nivel metacarpiano	6
NC59.Z	Amputación traumática de la muñeca o la mano, sin especificación	4
NC5A	Traumatismos múltiples de la muñeca o la mano	5
NC5Y	Otros traumatismos especificados en la muñeca o la mano	5
NC70	Traumatismo superficial en la cadera o el muslo	6
NC71	Herida abierta en la cadera o el muslo	6
NC72	Fractura de fémur	
NC72.0	Fractura de la cabeza del fémur	3
NC72.1	Fractura de la epífisis superior del fémur	3
NC72.2	Fractura del cuello del fémur	3

NC72.3	Fractura de la sección trocantérica del fémur	3
NC72.4	Fractura subtrocantérea de fémur	3
NC72.5	Fractura de la diáfisis del fémur	4
NC72.6	Fractura de la epífisis distal del fémur	4
NC72.7	Fracturas múltiples del fémur	4
NC72.8	Fractura de otras partes del fémur	4
NC72.Y	Otra fractura especificada de fémur	4
NC72.Z	Fractura de fémur, sin especificación	4
NC73	Luxación, distensión o esguince de la articulación o de los ligamentos de la cadera	6
NC74	Traumatismo en los nervios a nivel de la cadera o el muslo	
NC74.0	Traumatismo en el nervio ciático a nivel de la cadera o del muslo	6
NC74.1	Traumatismo en el nervio femoral a nivel de la cadera o del muslo	6
NC74.2	Traumatismo en el nervio sensorio cutáneo a nivel de la cadera o del muslo	5
NC74.3	Traumatismo en múltiples nervios a nivel de la cadera o el muslo	5
NC74.Y	Traumatismo en otros nervios especificados a nivel de la cadera o el muslo	6
NC74.Z	Traumatismo en nervios a nivel de la cadera y el muslo, sin especificación	6
NC75	Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel de la cadera o el muslo	
NC75.0	Traumatismo en la arteria femoral	4
NC75.1	Traumatismo en la vena femoral a nivel de la cadera o el muslo	5
NC75.2	Traumatismo en la vena safena interna a nivel de la cadera o el muslo	6
NC75.3	Traumatismo en múltiples vasos sanguíneos a nivel de la cadera o del muslo	5
NC75.Y	Traumatismo en otros vasos sanguíneos especificados a nivel de la cadera o el muslo	6
NC75.Z	Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel de la cadera o el muslo, sin especificación	6
NC76	Traumatismo en tendón, fascia, músculo o bolsa articular a nivel de la cadera o del muslo	6
NC77	Traumatismo por aplastamiento de la cadera o del muslo	5
NC78	Amputación traumática de la cadera o del muslo	3
NC79	Traumatismos múltiples en la cadera o el muslo	5

NC7Y	Otros traumatismos especificados en la cadera o el muslo	5
NC7Z	Traumatismos en la cadera o el muslo, sin especificación	5
NC90	Traumatismo superficial en la rodilla o la parte inferior de la pierna	6
NC91	Herida abierta en la rodilla o la parte inferior de la pierna	6
NC92	Fractura de la pierna, incluido el tobillo	5
NC93	Luxación, distensión o esguince de articulaciones o ligamentos de la rodilla	6
NC94	Traumatismo en los nervios de la parte inferior de la pierna	6
NC95	Traumatismo en los vasos sanguíneos de la parte inferior de la pierna	
NC95.0	Traumatismo en la arteria poplítea	5
NC95.1	Traumatismo en la arteria tibial anterior	6
NC95.2	Traumatismo en la arteria tibial posterior	6
NC95.3	Traumatismo en la arteria peronea	6
NC95.4	Traumatismo en la vena safena mayor en la parte inferior de la pierna	5
NC95.5	Traumatismo en la vena safena menor en la parte inferior de la pierna	6
NC95.6	Traumatismo en la vena poplítea	6
NC95.7	Traumatismo en múltiples vasos sanguíneos a nivel de la pierna	5
NC95.Y	Otra lesión traumática especificada de vasos sanguíneos a nivel de la parte inferior de la pierna	6
NC95.Z	Lesión traumática de vasos sanguíneos a nivel de la parte inferior de la pierna, sin especificación	5
NC96	Traumatismo en tendón, fascia, músculo o bolsa sinovial en la parte inferior de la pierna	
NC96.0	Traumatismo en el tendón de Aquiles	6
NC96.1	Traumatismo en tendón, fascia o músculo del grupo muscular posterior en la parte inferior de la pierna	6
NC96.2	Traumatismo en tendón, fascia o músculo del grupo muscular anterior en la parte inferior de la pierna	6
NC96.3	Traumatismo en tendón, fascia o músculo del grupo muscular peroneo en la parte inferior de la pierna	6
NC96.4	Traumatismo en múltiples tendones, fascias o músculos en la parte inferior de la pierna	6
NC96.5	Traumatismo en la bolsa sinovial de la rodilla	5
NC96.Y	Traumatismo en otro tendón, fascia, músculo o bolsa sinovial especificado en la parte inferior de la pierna	5

NC96.Z	Traumatismo en tendón, fascia, músculo o bolsa sinovial en la parte inferior de la pierna, sin especificación	6
NC97	Traumatismo por aplastamiento de la parte inferior de la pierna	
NC97.0	Traumatismo por aplastamiento de la rodilla	6
NC97.Y	Otra lesión traumática por aplastamiento especificada de la parte inferior de la pierna	5
NC97.Z	Lesión traumática por aplastamiento de la parte inferior de la pierna, sin especificación	5
NC98	Amputación traumática de la parte inferior de la pierna	
NC98.0	Amputación traumática de la parte inferior de la pierna derecha a nivel de la rodilla	3
NC98.1	Amputación traumática de la parte inferior de la pierna izquierda a nivel de la rodilla	3
NC98.2	Amputación traumática a nivel de rodilla, bilateral	3
NC98.3	Amputación traumática entre la rodilla y el tobillo derechos	3
NC98.4	Amputación traumática entre la rodilla y el tobillo izquierdos	3
NC98.5	Amputación traumática entre la rodilla y el tobillo, bilateral	3
NC98.Y	Otra amputación traumática especificada de la parte inferior de la pierna	4
NC98.Z	Amputación traumática de la parte inferior de la pierna, sin especificación	4
NC99	Traumatismos múltiples en la parte inferior de la pierna	5
NC9Y	Otros traumatismos especificados en la rodilla o la parte inferior de la pierna	5
NC9Z	Traumatismos en la rodilla o la parte inferior de la pierna, sin especificación	5
ND10	Traumatismo en las uñas de los dedos del pie	6
ND11	Traumatismo superficial en el tobillo o el pie	6
ND12	Herida abierta del tobillo o del pie	6
ND13	Fractura del pie, excepto el tobillo	6
ND14	Luxación, distensión o esguince de articulaciones o ligamentos a nivel del tobillo o del pie	6
ND15	Traumatismo en los nervios a nivel del tobillo o del pie	6
ND16	Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel del tobillo o el pie	
ND16.0	Traumatismo en la arteria dorsal del pie	6
ND16.1	Traumatismo en la arteria plantar del pie	5
ND16.2	Lesión en la vena dorsal del pie	6

ND16.3	Traumatismo en múltiples vasos sanguíneos a nivel del tobillo o del pie	6
ND16.Y	Traumatismo en otros vasos sanguíneos especificados a nivel del tobillo o el pie	6
ND16.Z	Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel del tobillo o del pie, sin especificación	6
ND18	Traumatismo por aplastamiento del tobillo o del pie	
ND18.0	Traumatismo por aplastamiento del tobillo	6
ND18.1	Traumatismo por aplastamiento de dedo del pie	5
ND18.2	Traumatismo por aplastamiento de otra parte del tobillo o del pie	6
ND18.Z	Traumatismo por aplastamiento del tobillo o del pie, sin especificación	6
ND19	Amputación traumática del tobillo o del pie	
ND19.0	Amputación traumática del pie derecho a nivel del tobillo	4
ND19.1	Amputación traumática del pie izquierdo a nivel del tobillo	4
ND19.2	Amputación traumática del pie a nivel del tobillo, bilateral	4
ND19.3	Amputación traumática del pie derecho a nivel del metatarso	6
ND19.4	Amputación traumática del pie izquierdo a nivel del metatarso	6
ND19.5	Amputación traumática del pie a nivel metatarsiano, bilateral	6
ND19.6	Amputación traumática de un dedo del pie	6
ND19.7	Amputación traumática de dos o varios dedos del pie	6
ND19.8	Amputación traumática de otras partes del pie	6
ND19.Z	Amputación traumática del tobillo o del pie, sin especificación	6
ND1A	Traumatismos múltiples en el tobillo o el pie	5
ND1Y	Otros traumatismos especificados en el tobillo o el pie	5
ND1Z	Traumatismos en el tobillo o el pie, sin especificación	5
ND30	Traumatismos superficiales que afectan múltiples regiones del cuerpo	6
ND31	Heridas abiertas que afectan múltiples regiones del cuerpo	5
ND32	Fracturas que afectan múltiples regiones del cuerpo	3
ND33	Luxaciones, distensiones o esguinces que afectan múltiples regiones del cuerpo	5
ND34	Traumatismos por aplastamiento que afectan múltiples regiones del cuerpo	5
ND35	Amputaciones traumáticas que afectan múltiples regiones del cuerpo	5

ND36	Otros traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo, no clasificados en otra parte	3
ND37	Traumatismos múltiples no especificados	2
ND50	Fractura de la columna vertebral, nivel no especificado	5
ND51	Otros traumatismos en la columna o el tronco, nivel no especificado	
ND51.0	Luxación, esguince o distensión de ligamento o articulación no especificada del tronco	6
ND51.1	Traumatismo en nervio, raíz de nervio espinal o plexo del tronco no especificado	4
ND51.2	Traumatismo en la médula espinal, nivel no especificado	3
ND51.3	Traumatismo en tendón, fascia o músculo no especificado del tronco	6
ND51.4	Traumatismo por aplastamiento de la columna vertebral o del tronco, nivel no especificado	5
ND51.Y	Otros traumatismos especificados en la columna o el tronco, nivel no especificado	5
ND51.Z	Otros traumatismos en la columna o el tronco, nivel no especificado, sin especificación	5
ND52	Fractura de brazo, nivel no especificado	5
ND53	Otros traumatismos en el brazo, nivel no especificado	6
ND54	Fractura de pierna, nivel no especificado	5
ND55	Otros traumatismos en la pierna, nivel no especificado	6
ND56	Traumatismo en región no especificada del cuerpo	
ND56.0	Traumatismo superficial en región no especificada del cuerpo	6
ND56.1	Herida abierta de región del cuerpo no especificada	5
ND56.2	Fractura de región no especificada del cuerpo	5
ND56.3	Luxación, distensión o esguince de parte del cuerpo no especificada	6
ND56.4	Traumatismo en un nervio de región no especificada del cuerpo	6
ND56.5	Traumatismo en vaso sanguíneo de región no especificada del cuerpo	5
ND56.6	Traumatismo en tendones o músculos de región no especificada del cuerpo	6
ND56.7	Traumatismo por aplastamiento de región del cuerpo no especificada	2
ND56.8	Amputación traumática de parte no especificada del cuerpo	2
ND56.9	Traumatismo que complica el embarazo	6
ND56.Y	Otro traumatismo especificado de regiones no especificadas del cuerpo	6

ND56.Z	Traumatismo no especificado de parte del tronco, extremidad o región del cuerpo	6
ND5Y	Otros traumatismos especificados de una parte no especificada del tronco, miembro o región del cuerpo	6
ND5Z	Traumatismos de una parte no especificada del tronco, miembro o región del cuerpo, sin especificación	6
ND70	Cuerpo extraño en la parte externa del ojo	
ND70.0	Cuerpo extraño en la córnea	6
ND70.1	Cuerpo extraño en el saco conjuntival	6
ND70.2	Cuerpo extraño en múltiples partes de la parte externa del ojo	6
ND70.Y	Cuerpo extraño en otra parte externa especificada del ojo	6
ND70.Z	Cuerpo extraño en parte externa del ojo, sin especificación	5
ND71	Cuerpo extraño en el oído	6
ND72	Cuerpo extraño en las vías respiratorias	5
ND73	Cuerpo extraño en el tubo digestivo	
ND73.0	Cuerpo extraño en la boca	6
ND73.1	Cuerpo extraño en el esófago	6
ND73.2	Cuerpo extraño en el estómago	6
ND73.3	Cuerpo extraño en el intestino delgado	5
ND73.4	Cuerpo extraño en el colon	5
ND73.5	Cuerpo extraño en el ano o el recto	6
ND73.Y	Cuerpo extraño en otra parte especificada del tracto alimentario	6
ND73.Z	Cuerpo extraño en el tracto alimentario, no especificado	6
ND74	Cuerpo extraño en el aparato genitourinario	
ND74.0	Cuerpo extraño en la uretra	6
ND74.1	Cuerpo extraño en la vejiga	6
ND74.2	Cuerpo extraño en la vulva o la vagina	5
ND74.3	Cuerpo extraño en el útero, cualquier parte	6
ND74.Y	Otro cuerpo extraño especificado en el aparato genitourinario	6
ND74.Z	Cuerpo extraño en el aparato genitourinario, sin especificación	5
ND7Z	Efectos de cuerpo extraño que penetra por orificio natural, sin especificación	6
ND90	Quemadura en la cabeza o el cuello, excepto la cara	
ND90.0	Quemadura epidérmica en la cabeza o el cuello, excepto la cara	6

ND90.1	Quemadura superficial de espesor parcial en la cabeza o el cuello, excepto la cara	6
ND90.2	Quemadura profunda de espesor parcial en la cabeza o el cuello, excepto la cara	6
ND90.3	Quemadura de espesor total en la cabeza y el cuello, excepto la cara	3
ND90.4	Quemadura profunda o compleja de espesor total en la cabeza o el cuello, excepto la cara	3
ND90.Z	Quemadura en la cabeza o el cuello, excepto la cara, sin especificación	6
ND91	Quemadura en la cara excepto el ojo o los anexos oculares	
ND91.0	Quemadura epidérmica en la cara, excepto el ojo y los anexos oculares	6
ND91.1	Quemadura superficial de espesor parcial en la cara, excepto el ojo y los anexos oculares	6
ND91.2	Quemadura parcial de espesor profundo en la cara, excepto el ojo y los anexos oculares	6
ND91.3	Quemadura de espesor total en la cara, excepto el ojo y los anexos oculares	3
ND91.4	Quemadura profunda o compleja de espesor total en la cara, excepto el ojo y los anexos oculares	3
ND91.Z	Quemadura de la cara excepto el ojo o los anexos oculares, sin especificación	6
ND92	Quemadura en el tronco, excepto el perineo o los genitales	
ND92.0	Quemadura epidérmica en el tronco, excepto el perineo o los genitales	6
ND92.1	Quemadura superficial de espesor parcial en el tronco, excepto el perineo o los genitales	6
ND92.2	Quemadura profunda de espesor parcial en el tronco, excepto el perineo o los genitales	6
ND92.3	Quemadura de espesor total en el tronco, excepto el perineo o los genitales	3
ND92.4	Quemadura profunda o compleja de espesor total en el tronco, excepto el perineo o los genitales	3
ND92.Z	Quemadura del tronco, excepto perineo y genitales, profundidad de la quemadura no especificada	6
ND93	Quemadura en el perineo o los genitales	
ND93.0	Quemadura epidérmica en el perineo o los genitales	6
ND93.1	Quemadura superficial de espesor parcial en el perineo o los genitales	6
ND93.2	Quemadura profunda de espesor parcial en el perineo o los genitales	6

ND93.3	Quemadura de espesor total en el perineo o los genitales	3
ND93.4	Quemadura profunda o compleja de espesor parcial en el perineo o los genitales	3
ND93.Z	Quemadura en el perineo o los genitales, sin especificación	6
ND94	Quemadura en el hombro o el brazo, excepto la muñeca o la mano	
ND94.0	Quemadura epidérmica en el hombro o el brazo, excepto la muñeca y la mano	6
ND94.1	Quemadura superficial de espesor parcial en el hombro o el brazo, excepto la muñeca y la mano	6
ND94.2	Quemadura profunda de espesor parcial en el hombro o el brazo, excepto la muñeca y la mano	6
ND94.3	Quemadura de espesor total en el hombro o el brazo, excepto la muñeca y la mano	5
ND94.4	Quemadura profunda o compleja de espesor total en el hombro o el brazo, excepto la muñeca y la mano	5
ND94.Z	Quemadura en el hombro o el brazo, excepto la muñeca o la mano, sin especificación	6
ND95	Quemadura en la muñeca o la mano	
ND95.0	Quemadura epidérmica en la muñeca o la mano	6
ND95.1	Quemadura superficial de espesor parcial en la muñeca o la mano	6
ND95.2	Quemadura profunda de espesor parcial en la muñeca o la mano	6
ND95.3	Quemadura de espesor total en la muñeca o mano	5
ND95.4	Quemadura profunda o compleja de espesor total en la muñeca o la mano	5
ND95.Z	Quemadura en la muñeca o la mano, sin especificación	6
ND96	Quemadura en la cadera o la pierna, excepto el tobillo y el pie	
ND96.0	Quemadura epidérmica en la cadera o la pierna, excepto el tobillo y el pie	6
ND96.1	Quemadura superficial de espesor parcial en la cadera o la pierna, excepto tobillo y pie	6
ND96.2	Quemadura profunda de espesor parcial en la cadera o la pierna, excepto el tobillo y el pie	6
ND96.3	Quemadura de la cadera o la pierna, excepto el tobillo o el pie, quemadura de espesor total	5
ND96.4	Quemadura profunda de espesor total en la cadera o la pierna, excepto el tobillo y el pie	5

ND96.Z	Quemadura de la cadera o la pierna, excepto el tobillo o el pie, sin especificación	6
ND97	Quemadura en el tobillo o el pie	
ND97.0	Quemadura epidérmica en el tobillo o el pie	6
ND97.1	Quemadura superficial de espesor parcial en el tobillo y el pie	6
ND97.2	Quemadura profunda de espesor parcial en el tobillo o el pie	6
ND97.3	Quemadura de espesor total en el tobillo o el pie	5
ND97.4	Quemadura profunda o compleja de espesor total en el tobillo o el pie	5
ND97.Z	Quemadura en el tobillo o el pie, sin especificación	6
ND98	Quemadura química debida al contacto de la piel con sustancias corrosivas	6
ND99	Traumatismo agudo de la piel debido al contacto de la piel con sustancia corrosiva	6
ND9Y	Otras quemaduras especificadas de la superficie externa del cuerpo, especificadas por sitio	6
ND9Z	Quemaduras de la superficie externa del cuerpo, especificadas por sitio, sin especificación	6
NE00	Quemadura en el ojo o los anexos oculares	6
NE01	Quemadura en las vías respiratorias	3
NE02	Quemadura en otros órganos internos	3
NE0Z	Quemaduras en el ojo o los órganos internos, sin especificación	6
NE10	Quemaduras de varias regiones corporales	6
NE11	Quemadura en región anatómica no especificada	6
NE2Z	Quemaduras, sin especificación	3
NE40	Congelación superficial	6
NE41	Congelación con necrosis tisular	6
NE42	Congelación que afecta a varias regiones corporales	6
NE4Z	Congelamiento, sin especificación	5
NF00	Efectos de la radiación, no clasificados en otra parte	6
NF01	Efectos del calor	
NF01.0	Golpe de calor	3
NF01.1	Síncope por calor	6
NF01.2	Agotamiento por calor debido a la depleción de líquidos	6
NF01.3	Fatiga por calor, transitoria	6
NF01.Y	Otros efectos especificados del calor	6
NF01.Z	Efectos del calor, sin especificación	5
NF02	Hipotermia	3

NF03	Otros efectos de la reducción de la temperatura	
NF03.0	Sabañones	5
NF03.1	Mano o pie de inmersión	6
NF03.Y	Otros efectos especificados de la reducción de la temperatura	4
NF03.Z	Efectos de la reducción de la temperatura, sin especificación	4
NF04	Efectos de la presión del aire y la presión del agua	
NF04.0	Barotrauma otítico	5
NF04.1	Barotrauma sinusal	4
NF04.2	Enfermedad de Caisson	5
NF04.3	Efectos de líquidos con alta presión	6
NF04.Y	Otros efectos especificados de la presión del aire y la presión del agua	6
NF04.Z	Efectos de la presión del aire y la presión del agua, sin especificación	5
NF05	Asfixia	1
NF06	Efectos del ejercicio físico extenuante	
NF06.0	Golpe de calor por esfuerzo excesivo	3
NF06.1	Hipotensión postural después de ejercicio	6
NF06.2	Deshidratación después de esfuerzo excesivo	6
NF06.Y	Otros efectos especificados del ejercicio físico intenso	6
NF06.Z	Efectos del ejercicio físico intenso, sin especificación	6
NF07	Efectos de otras privaciones	
NF07.0	Efectos del hambre	3
NF07.1	Efectos de la sed	5
NF07.2	Agotamiento debido a exposición a la intemperie	6
NF07.Y	Otros efectos especificados de otras privaciones	6
NF07.Z	Efectos de otras privaciones, sin especificación	6
NF08	Efectos de algunas causas externas especificadas	
NF08.0	Efectos del rayo	4
NF08.1	Ahogamiento o sumersión no mortal	2
NF08.2	Efectos de la vibración	6
NF08.3	Malestar por movimiento	6
NF08.4	Efectos de la corriente eléctrica	3
NF08.Z	Efectos de algunas causas externas especificadas, sin especificación	6
NFOY	Otros efectos de causas externas de otro tipo o no especificados	6

NFOZ	Efectos de causas externas de otro tipo o no especificados, sin especificación	6
NF2Y	Otros traumatismos, intoxicaciones u otras consecuencias especificadas de causas externas	6
NF2Z	Traumatismos, intoxicaciones u otras consecuencias de causas externas, sin especificación	6

2.23.11 Lista de categorías limitadas a (o que es más probable que ocurran en) personas de sexo femenino

Código	Código	Código	Código	Código
1C14	GA13.1	GC40.4Z	JA81.2	JB0C.Z
1F23.10	GA13.2	GC40.5	JA81.3	JB0D
2C70	GA13.3	GC40.50	JA81.Y	JB0D.0
2C70.0	GA13.4	GC40.54	JA81.Z	JB0D.1
2C70.1	GA13.5	GC40.6	JA82	JB0D.2
2C70.2	GA13.6	GC40.60	JA82.0	JB0D.3
2C70.Y	GA13.7	GC40.6Y	JA82.1	JB0D.4
2C70.Z	GA13.Y	GC40.6Z	JA82.2	JB0D.5
2C71	GA13.Z	GC40.Z	JA82.3	JB0D.6
2C71.0	GA14	GC42	JA82.4	JB0D.7
2C71.1	GA14.0	GC42.0	JA82.5	JB0D.8
2C71.2	GA14.1	HA20	JA82.6	JB0D.Y
2C71.Y	GA14.2	HA20.Z	JA82.Y	JB40
2C71.Z	GA14.3	JA00.0	JA82.Z	JB40.0
2C72.2	GA14.5	JA00.00	JA83	JB40.1
2C73	GA14.Y	JA00.01	JA83.0	JB40.2
2C73.0	GA14.Z	JA00.02	JA83.1	JB40.3
2C73.00	GA15	JA00.03	JA83.2	JB40.4
2C73.01	GA15.0	JA00.04	JA83.3	JB40.Y
2C73.02	GA15.1	JA00.05	JA83.4	JB40.Z
2C73.03	GA15.2	JA00.06	JA83.5	JB41
2C73.04	GA15.3	JA00.07	JA83.6	JB41.0
2C73.0Y	GA15.4	JA00.08	JA83.Y	JB41.1
2C73.0Z	GA15.5	JA00.09	JA83.Z	JB41.2
2C73.1	GA15.6	JA00.2	JA84	JB41.3
2C73.2	GA15.7	JA00.20	JA84.0	JB41.Y
2C73.3	GA15.Y	JA00.21	JA84.1	JB41.Z
2C73.4	GA15.Z	JA00.22	JA84.2	JB42
2C73.5	GA16	JA00.23	JA84.3	JB42.0
2C73.Y	GA16.0	JA00.24	JA84.4	JB42.1
2C73.Z	GA16.1	JA00.25	JA84.5	JB42.2
2C74	GA16.2	JA00.26	JA84.Y	JB42.3
2C74.0	GA16.3	JA00.27	JA84.Z	JB42.Y
2C74.Y	GA16.Y	JA00.28	JA85	JB42.Z
2C74.Z	GA16.Z	JA00.29	JA85.0	JB43
2C75	GA17.0	JA00.3	JA85.1	JB43.0
2C75.0	GA17.1	JA00.30	JA85.2	JB43.1
2C75.Y	GA17.3	JA00.31	JA85.3	JB43.2

2C75.Z	GA18.0	JA00.32	JA85.Y	JB43.3
2C76	GA18.1	JA00.33	JA85.Z	JB43.4
2C76.0	GA18.2	JA00.34	JA86	JB43.5
2C76.1	GA18.3	JA00.35	JA86.0	JB43.Y
2C76.2	GA18.4	JA00.36	JA86.1	JB43.Z
2C76.3	GA18.5	JA00.37	JA86.2	JB44
2C76.4	GA18.6	JA00.38	JA86.3	JB44.0
2C76.40	GA18.7	JA00.39	JA86.4	JB44.1
2C76.41	GA19.0	JA01	JA86.5	JB44.2
2C76.42	GA20-GA2Z	JA01.0	JA86.6	JB44.3
2C76.43	GA20	JA01.1	JA86.Y	JB44.4
2C76.Y	GA20.0	JA01.2	JA86.Z	JB44.5
2C76.Z	GA20.00	JA01.Y	JA87	JB44.6
2C77	GA20.01	JA01.Z	JA88	JB44.Y
2C77.0	GA20.02	JA02	JA88.0	JB44.Z
2C77.1	GA20.0Y	JA02.0	JA88.1	JB45
2C77.2	GA20.0Z	JA02.1	JA88.Y	JB45.0
2C77.3	GA20.1	JA02.Y	JA88.Z	JB45.1
2C77.Y	GA20.10	JA02.Z	JA89	JB45.Y
2C77.Z	GA20.11	JA03	JA89.0	JB45.Z
2C78	GA20.1Z	JA04	JA89.1	JB46
2E66	GA20.2	JA20	JA89.2	JB46.0
2E66.0	GA20.20	JA20.0	JA89.3	JB46.1
2E66.1	GA20.2Y	JA20.1	JA89.Y	JB46.2
2E66.Y	GA20.2Z	JA20.2	JA89.Z	JB46.3
2E66.Z	GA20.3	JA20.3	JA8A	JB46.4
2E67.0	GA20.4	JA20.4	JA8A.0	JB46.5
2E67.1	GA20.5	JA20.Y	JA8A.1	JB46.6
2E67.10	GA20.50	JA20.Z	JA8A.2	JB46.7
2E67.11	GA20.51	JA21	JA8A.Y	JB60
2E67.2	GA20.5Z	JA22	JA8A.Z	JB61
2E67.20	GA20.Y	JA22.0	JA8B	JB62
2E67.21	GA20.Z	JA22.1	JA8B.0	JB62.0
2E67.2Y	GA21	JA22.2	JA8B.1	JB62.1
2E67.2Z	GA21.0	JA23	JA8B.Z	JB62.Z
2E67.3	GA21.Y	JA24	JA8C	JB63
2E86.0	GA21.Z	JA24.0	JA8C.0	JB63.0
2F31	GA22	JA24.1	JA8C.Y	JB63.00
2F31.0	GA23	JA24.2	JA8C.Z	JB63.0Y

2F31.00	GA2Y	JA24.Z	JA8D	JB63.0Z
2F31.0Y	GA2Z	JA25	JA8D.0	JB63.1
2F31.0Z	GA30	JA25.0	JA8D.1	JB63.2
2F31.1	GA30.0	JA25.1	JA8D.Z	JB63.3
2F31.2	GA30.00	JA25.2	JA8E	JB63.4
2F32	GA30.01	JA25.3	JB00	JB63.5
2F32.0	GA30.02	JA40	JB00.0	JB63.6
2F32.1	GA30.0Y	JA40.0	JB00.1	JB63.60
2F32.2	GA30.0Z	JA40.Y	JB00.2	JB63.6Y
2F32.3	GA30.1	JA41	JB00.3	JB63.6Z
2F32.Y	GA30.2	JA41.0	JB00.Y	JB63.7
2F32.Z	GA30.3	JA41.Y	JB00.Z	JB63.Y
2F33	GA30.4	JA41.Z	JB01	JB63.Z
2F33.0	GA30.5	JA42	JB01.0	JB64
2F33.1	GA30.6	JA42.0	JB01.1	JB64.0
2F33.Y	GA30.Y	JA42.1	JB01.Z	JB64.1
2F33.Z	GA30.Z	JA42.2	JB02	JB64.2
2F76	GA31	JA42.Y	JB02.0	JB64.3
2F96	GA31.0	JA42.Z	JB02.1	JB64.4
5A80	GA31.00	JA43	JB02.2	JB64.5
5A80.0	GA31.01	JA43.0	JB02.3	JB64.6
5A80.1	GA31.0Y	JA43.1	JB02.4	JB64.7
5A80.2	GA31.0Z	JA43.2	JB02.Y	JB64.8
5A80.3	GA31.1	JA43.3	JB02.Z	JB64.Y
5A80.4	GA31.10	JA43.4	JB03	JB64.Z
5A80.5	GA31.11	JA43.5	JB03.0	KA83.9
5A80.Y	GA31.1Y	JA43.Y	JB03.1	LB40
5A80.Z	GA31.1Z	JA43.Z	JB03.2	LB40.0
6E20-6E2Z	GA31.Z	JA60	JB03.Z	LB40.1
6E20	GA32	JA60.0	JB04	LB40.2
6E20.0	GA32.0	JA60.1	JB04.0	LB40.Y
6E20.Y	GA32.1	JA60.2	JB04.1	LB40.Z
6E20.Z	GA32.2	JA60.Y	JB04.2	LB41
6E21	GA32.3	JA60.Z	JB04.3	LB41.0
6E2Z	GA32.Y	JA61	JB04.4	LB41.1
BD75.2	GA32.Z	JA61.0	JB04.5	LB41.2
EB60.0	GA33	JA61.1	JB04.Y	LB41.Y
FB83.11	GA34	JA61.2	JB04.Z	LB41.Z
GA00	GA34.0	JA61.3	JB05	LB42

GA00.0	GA34.00	JA61.4	JB05.0	LB42.0
GA00.1	GA34.01	JA61.5	JB05.1	LB42.1
GA00.2	GA34.02	JA61.Y	JB05.2	LB42.2
GA00.3	GA34.0Y	JA61.Z	JB05.3	LB42.3
GA00.4	GA34.0Z	JA62	JB05.4	LB42.4
GA00.40	GA34.1	JA62.0	JB05.5	LB42.5
GA00.4Y	GA34.2	JA62.1	JB05.Y	LB42.Y
GA00.4Z	GA34.20	JA62.2	JB05.Z	LB42.Z
GA01	GA34.21	JA62.3	JB06	LB43
GA01.0	GA34.2Z	JA62.4	JB06.0	LB43.0
GA01.00	GA34.3	JA62.Y	JB06.1	LB43.1
GA01.01	GA34.4	JA62.Z	JB06.2	LB43.Y
GA01.0Z	GA34.40	JA63	JB06.3	LB43.Z
GA01.1	GA34.41	JA63.0	JB06.Y	LB44
GA01.10	GA34.4Y	JA63.1	JB06.Z	LB44.0
GA01.11	GA34.4Z	JA63.2	JB07	LB44.1
GA01.1Z	GA34.5	JA63.Y	JB07.0	LB44.2
GA01.Y	GA34.6	JA63.Z	JB07.1	LB44.3
GA01.Z	GA34.Y	JA64	JB07.2	LB44.4
GA02	GA34.Z	JA65	JB07.Y	LB44.5
GA02.0	GA42.0	JA65.0	JB07.Z	LB44.6
GA02.1	GC04.1	JA65.1	JB08	LB44.Y
GA02.2	GC04.10	JA65.10	JB08.0	LB44.Z
GA02.3	GC04.11	JA65.11	JB08.1	LB45
GA03	GC04.12	JA65.12	JB08.2	LB45.0
GA03.0	GC04.13	JA65.1Y	JB08.3	LB45.2
GA03.1	GC04.14	JA65.2	JB08.4	LB45.3
GA03.Y	GC04.15	JA65.3	JB08.Y	LB45.4
GA03.Z	GC04.16	JA65.4	JB08.Z	LB45.5
GA04	GC04.17	JA65.5	JB09	LB45.6
GA05	GC04.18	JA65.6	JB09.0	LB45.7
GA05.0	GC04.19	JA65.7	JB09.1	LB45.8
GA05.1	GC04.1A	JA65.Y	JB09.2	LB45.9
GA05.2	GC04.1Y	JA65.Z	JB09.3	LB45.Y
GA05.3	GC04.1Z	JA66	JB09.Y	LB45.Z
GA05.Y	GC40	JA66.0	JB09.Z	MF38
GA05.Z	GC40.0	JA66.1	JB0A	MF3A
GA06	GC40.00	JA66.2	JB0A.0	MF60-MF6Z
GA07	GC40.01	JA66.3	JB0A.1	MF60

GA07.0	GC40.0Z	JA66.4	JB0A.2	MF61
GA07.1	GC40.1	JA66.5	JB0A.3	MF62
GA07.Y	GC40.10	JA66.Y	JB0A.4	MF63
GA07.Z	GC40.11	JA66.Z	JB0A.5	MF64
GA10	GC40.1Z	JA67	JB0A.6	MF65
GA10.0	GC40.2	JA67.0	JB0A.7	MF66
GA10.1	GC40.20	JA67.1	JB0A.8	MF66.0
GA10.2	GC40.21	JA67.2	JB0A.Y	MF66.Y
GA10.3	GC40.2Z	JA67.3	JB0A.Z	MF66.Z
GA10.4	GC40.3	JA67.4	JB0B	MF67
GA10.5	GC40.30	JA67.5	JB0B.0	MF68
GA10.6	GC40.31	JA67.Y	JB0B.1	MF6Y
GA10.7	GC40.32	JA67.Z	JB0C	MF6Z
GA10.8	GC40.33	JA80	JB0C.0	PK96
GA10.9	GC40.34	JA80.0	JB0C.1	PK96.0
GA10.A	GC40.35	JA80.1	JB0C.2	PK96.1
GA10.Y	GC40.36	JA80.2	JB0C.3	PK96.2
GA10.Z	GC40.37	JA80.Y	JB0C.4	PK96.3
GA11	GC40.3Z	JA80.Z	JB0C.5	PK96.4
GA12	GC40.4	JA81	JB0C.6	PK96.Y
GA13	GC40.40	JA81.0	JB0C.7	PK96.Z
GA13.0	GC40.4Y	JA81.1	JB0C.Y	

2.23.12 Lista de categorías limitadas a (o que es más probable que ocurran en) personas de sexo masculino

- Paperas [1D80]
- Prepucio [XA71S4]
- Glande del pene [XA0MH6]
- Cuerpo del pene [XA9A26]
- Lesión superpuesta de pene [2C81.Z]
- Pene, sin especificación [2C81]
- Neoplasia maligna de próstata [2C82]
- Testículo no descendido [2C80]
- Testículo descendido [2C80.Z]
- Testículo, sin especificación [2C80]
- Epidídimo [2C84]
- Cordón espermático [2C84]
- Escroto [2C83]
- Otros órganos genitales masculinos especificados [2C84]

- Lesión superpuesta de órganos genitales masculinos [2C84]
- Órganos genitales masculinos, no especificados [2C8Z]
- Pene [2E67.4]
- Próstata [2E67.5]
- Otros órganos genitales masculinos y no especificados [2E67.6]
- Neoplasia lipomatosa benigna de cordón espermático [2F34]
- Pene [2F34]
- Próstata [GA90]
- Testículo [2F34]
- Epidídimos [2F34]
- Escroto [2F34]
- Otros órganos genitales masculinos [2F34]
- Órgano genital masculino, no especificado [2F34]
- Próstata [2F77]
- Testículo [2F77]
- Otros órganos genitales masculinos [2F77]
- Órgano genital masculino, no especificado [2F77]
- Hiperfunción testicular [5A81.0]
- Hipofunción testicular [5A81.1]
- Otra hipofunción testicular [5A81.1]
- Hipofunción testicular, sin especificación [5A81]
- Secreción de hormonas ectópicas, no en otra parte [5D45]
- Eyaculación precoz [HA03.0]
- Trastornos de la válvula aórtica en enfermedades clasificadas en otra parte [BD75.1]
- Prurito escroto [GA81.0]
- Trastorno del sistema urinario, no especificado [GA90]
- Prostatitis aguda [GA91]
- Prostatitis crónica [GA91.0]
- Absceso de próstata [GA91.1]
- Prostatocistitis [GA91.2]
- Otras enfermedades inflamatorias de la próstata [GA91]
- Enfermedad inflamatoria de la próstata, no especificada [GA91]
- Cálculo de próstata [GA91.3]
- Congestión y hemorragia de la próstata [GA91.4]
- Atrofia de la próstata [GA91.5]
- Displasia de próstata [GA91.6]
- Otros trastornos especificados de la próstata [GA91.Y]
- Trastorno de la próstata, no especificado [GA91.Z]
- Hidrocele enquistado [GB00.0]
- Hidrocele infectado [GB00.1]
- Otro hidrocele [GB00]
- Hidrocele, sin especificación [GB00]
- Espermatocеле [GB00.2]

- Torsión de los testículos [GB01.0]
- Orquitis, epididimitis y epididimoorquitis con absceso [GB02.0]
- Orquitis, epididimitis y epididimoorquitis sin absceso [GB02]
- Infertilidad masculina [GB04]
- Prepucio redundante, fimosis y parafimosis [GB05]
- Leucoplasia de pene [EB60.1]
- Balanopostitis [GB06.0]
- Otros trastornos inflamatorios del pene [GB06]
- Priapismo [GB06.1]
- Impotencia de origen orgánico [HA01.1]
- Úlcera del pene [GA80]
- Balanitis xerótica obliterante [EB60.1]
- Otros trastornos especificados del pene [GB06]
- Trastorno del pene, sin especificación [GB06]
- Trastornos inflamatorios de la vesícula seminal [GB07.0]
- Trastornos inflamatorios del cordón espermático, túnica vaginal y vasos deferentes [GB07.1]
- Trastornos inflamatorios del escroto [GB07.2]
- Trastornos inflamatorios de otros órganos genitales masculinos específicos [GB07.Y]
- Trastorno inflamatorio de órganos genitales masculinos no especificados [GB07]
- Atrofia de los testículos [GB03]
- Trastornos vasculares de los órganos genitales masculinos [GB08]
- Otros trastornos especificados de los órganos genitales masculinos [GB0Y]
- Trastorno de los órganos genitales masculinos, sin especificación [GB0Z]
- Trastornos de los órganos genitales masculinos en enfermedades clasificadas en otra parte [GB0Z]
- Trastornos de la próstata en enfermedades clasificadas en otra parte [error, el URI no existe en la EMM de la CIE-11]
- Trastornos del testículo y epidídimo en enfermedades clasificadas en otra parte [GB06.00]
- Balanitis en enfermedades clasificadas en otra parte [GB06.0]
- Testículo ectópico [LB52.0]
- Testículo no descendido, unilateral [LB52.1]
- Testículo no descendido, bilateral [LB52.2]
- Testículo no descendido, sin especificación [LB52]
- Hipospadias, balánico [LB53.0]
- Hipospadias, pene [LB53.1]
- Hipospadias, penoescrotal [LB53.2]
- Hipospadias, perineal [LB53.4]
- Encordamiento congénito del pene [LB54]
- Otras hipospadias [LB53]
- Hipospadias, no especificadas [LB53]
- Ausencia y aplasia del testículo [LB51]
- Hipoplasia de testículo y escroto [LB59]

- Otras malformaciones congénitas del testículo y el escroto [LB50-LB5Z]
- Atresia de los vasos deferentes [LB57]
- Otras malformaciones congénitas del conducto deferente, epidídimos, vesículas seminales y próstata [LB50-LB5Z]
- Ausencia congénita y aplasia del pene [LB50]
- Otras malformaciones congénitas específicas de los órganos genitales masculinos [LB5Y]
- Malformación congénita del órgano genital masculino, no especificado [LB5Z]
- Cariotipo 47, XXY del síndrome de Klinefelter [LD50.30]
- Síndrome de Klinefelter, hombre con más de dos cromosomas X [LD50.31]
- Síndrome de Klinefelter, hombre con cariotipo 46, XX [LD40-LD7Z]
- Otro masculino con cariotipo 46, XX [LD52.0]
- Síndrome de Klinefelter, no especificado [LD50.3]
- Cariotipo 47, XYY [LD52.1]
- Hombre con cromosoma sexual estructuralmente anormal [LD53]
- Hombre con mosaicismo cromosómico sexual [LD54]
- Otras anomalías específicas de los cromosomas sexuales, fenotipo masculino [LD53]
- Anormalidad en el cromosoma sexual, fenotipo masculino, no especificado [LD53]
- Hallazgos anormales en muestras de órganos genitales masculinos [MF70]
- Hallazgos anormales en muestras de órganos genitales masculinos [MF71]
- Hallazgos anormales en muestras de órganos genitales masculinos [MF72]
- Hallazgos anormales en muestras de órganos genitales masculinos [MF73]
- Hallazgos anormales en muestras de órganos genitales masculinos [MF74]
- Hallazgos anormales en muestras de órganos genitales masculinos [MF75]
- Hallazgos anormales en muestras de órganos genitales masculinos [MF76]
- Hallazgos anormales en muestras de órganos genitales masculinos [MF77]
- Hallazgos anormales en muestras de órganos genitales masculinos [MF78]
- Herida abierta del pene [NB51]
- Herida abierta del escroto y testículos [NB51]
- Examen de detección especial para neoplasia de próstata [QA09.5]

2.23.13 Lista de condiciones de salud relevantes para la rehabilitación para las cuales se dispone de un conjunto de propiedades funcionales adaptadas

- Infarto agudo de miocardio [BA41]
- Alzheimer y otras demencias [6D85]
- Amputación (amputaciones traumáticas que afectan múltiples regiones del cuerpo) [ND35]
- Enfermedades amiotróficas (esclerosis lateral amiotrófica) [8B60.0]
- Espondilitis anquilosante y otras espondilopatías [FA92.0]
- Asma [CA23]
- Hipertrofia prostática benigna [GA90]
- Trastorno afectivo bipolar [6A60.9]

- Asfixia del nacimiento y trauma del nacimiento [KA40-KA4Z]
- Cáncer de vejiga [2C94]
- Traumatismo cerebral (lesión cerebral traumática o lesión cerebral adquirida) [NA07]
- Cáncer de mama [2C60-2C6Z]
- Parálisis cerebral [8D20-8D2Z]
- Enfermedades cerebrovasculares incluso el evento vascular cerebral [8B00-8B2Z]
- Cáncer de cuello uterino [2C77]
- Enfermedad de Chagas [1F53]
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica [CA22]
- Fisura labial [LA40]
- Fisura del paladar [LA42]
- Cánceres de colon y recto [2B92]
- Síndrome de dolor regional complejo [8D8A.0]
- Anomalías congénitas del corazón [LA80-LA8Z]
- Cáncer del cuerpo uterino [2C76]
- Depresión [6A70-6A7Z]
- Diabetes mellitus [5A10-5A2Y]
- Síndrome de Down [LD40.0]
- Trastornos por consumo de drogas [6C40-6C4Z]
- Trastornos endocrinos [5A00-5B3Z]
- Epilepsia [8A60-8A6Z]
- Fractura de fémur [NC72]
- Fractura de la pierna, incluido el tobillo [NC92]
- Fractura de columna lumbar o la pelvis [NB52]
- Gota [FA25]
- Hemofilia [3B10]
- Afecciones de la mano
- Pérdida de audición, aparición en el adulto [AB54]
- Insuficiencia cardíaca [BD10-BD1Z]
- VIH / SIDA [1C60-1C62.Z]
- Cardiopatía hipertensiva [BA01]
- Síndrome de pinzamiento del hombro [FB53.2]
- Enfermedad inflamatoria intestinal [DD70-DD7Z]
- Enfermedades isquémicas del corazón [BA40-BA6Z]
- Encefalitis japonesa [1C85]
- Leishmaniosis [1F54]
- Lepra y secuelas de lepra [1B20]
- Leucemia [XH4S92-XH5J10]
- Cáncer de hígado [2C12]
- Dolor lumbar (dorsalgia) [ME84.2]
- Bajo peso al nacer [KA21]
- Fracturas de extremidades inferiores [ND54]

- Infección de las vías respiratorias bajas [CA40-CA4Z]
- Filariasis linfática [1F66.3]
- Linfomas y mieloma múltiple [2B33.5]
- Degeneración macular y otros trastornos de los sentidos [9B75]
- Paludismo [1F40-1F4Z]
- Melanoma y otros cánceres de piel [2C30-2C3Z]
- Meningitis [1D01]
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol [6C40]
- Retraso mental leve atribuible a la exposición al plomo (retraso mental no especificado) [6A00.0]
- Cánceres de boca y orofaringe [2B60-2B6Z]
- Trastornos del movimiento (por ejemplo, ataxia, hemiplejia, disdiadococinesia) [8A00-8A0Z]
- Esclerosis múltiple [8A40]
- Distrofia muscular [8C70]
- Síndrome de dolor músculo esquelético (fibromialgia, atrapamiento / mononeuropatías) [8C10-8C1Z]
- Miopatías [8C70-8C7Z]
- Nefritis y nefrosis [GB41]
- Neuropatías [8C00-8C0Z]
- Obesidad [5B81]
- Atresia de esófago [LB12.1]
- Cáncer de esófago [2B70]
- Oncocercosis [1F6A]
- Osteoartritis [FA00-FA0Z]
- Osteoporosis [FB83.1]
- Otro trastorno de la articulación, no clasificado en otra parte ? ->
- Otras afecciones neuróticas? ->
- Cáncer de ovario [2C73]
- Cáncer de páncreas [2C10]
- Enfermedad de Parkinson [8A00.0]
- Poliomielitis y secuelas de poliomielitis [1C81]
- Trastorno de estrés postraumático [6B40]
- Cáncer de próstata [2C82]
- Desnutrición proteico-energética [5B51]
- Hipertensión pulmonar [BB01]
- Insuficiencia renal [GB60-GB6Z]
- Cardiopatía reumática [BC20.1]
- Artritis reumatoide [FA20]
- Esquizofrenia [6A20]
- Esclerodermia, dermatomiositis [4A41.0]

- Enfermedades de la piel, por ej. Psoriasis, úlcera de decúbito y área de presión, otros trastornos de la piel y tejido subcutáneo no clasificado en otra parte [14]
- Trastornos del sueño (apnea obstructiva del sueño, narcolepsia, insomnio, trastorno del ritmo circadiano del sueño y la vigilia, piernas inquietas) [07]
- Espina bífida [LA02]
- Traumatismo medular [ND51]
- Cáncer de estómago [2B72]
- Sífilis [1A60-1A6Z]
- Tétanos [1C13]
- Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón [2C25]
- Tuberculosis y secuelas de tuberculosis [1B10-1B1Z]
- Fracturas de extremidades superiores [ND52]
- Fracturas vertebrales [ND50]
- Vértigo [MB48.0]

2.24 Principales usos de la CIE: Morbilidad

Los datos de morbilidad se utilizan para informes estadísticos, principalmente a nivel nacional o local. Si bien algunos de estos informes estadísticos se llevan a cabo dentro de un contexto de investigación académica, comúnmente se realizan en entornos aplicados en informes del sistema de salud y para la toma de decisiones en las agencias de salud pública. Los datos codificados de la CIE también constituyen la base de diferentes sistemas de agrupación de diagnósticos afines (*casemix*), como diferentes variedades de grupos relacionados por el diagnóstico (GRD). Los datos de morbilidad codificados también pueden usarse para informar una variedad de pautas clínicas a través de la provisión de información fundamental sobre la carga de la enfermedad. Las reglas que se dan aquí son principalmente para fines de análisis e informes internacionales, pero también se recomiendan como un estándar para uso nacional.

2.24.1 Información que se codifica: afecciones del paciente

2.24.1.1 Afección principal

La definición de la afección principal corresponde a la descripción de un episodio de asistencia hospitalaria.

El profesional de la salud deberá reportar e identificar como afección principal aquella que se determine que es la razón del ingreso, según lo establecido al final del episodio de atención sanitaria. Esta determinación se respalda mediante evaluaciones y exploraciones complementarias destinadas a establecer el diagnóstico que ha motivado el ingreso.

2.24.1.2 Múltiples afecciones que contribuyen a hacer necesaria la hospitalización

Cuando un episodio de atención de salud incluya más de una afección que contribuya al motivo de admisión (p. ej., insuficiencia cardíaca congestiva y

neumonía; hemorragia cerebral aguda y fractura de cadera; traumatismos múltiples - conmoción cerebral, fractura de costilla, fractura del fémur derecho después de un accidente de vehículo de motor; o gripe A y cetoacidosis diabética tipo 1), el profesional de la salud debe registrar e identificar la afección principal que se considera la razón clínicamente más importante de la hospitalización.

2.24.1.3 Otras afecciones

Además de la afección principal, el profesional de la salud debe, siempre que sea posible, enumerar también por separado todas las demás afecciones o problemas tratados durante el episodio de la atención médica. Otras afecciones (también denominadas diagnósticos adicionales) se definen como aquellas afecciones que coexistían en el momento del ingreso o se desarrollan durante el episodio de atención de salud y afectaron el manejo del paciente. Las afecciones relacionadas con un episodio anterior que no tienen relación con el episodio actual no deben registrarse como otras afecciones. Se recomienda, cuando sea posible, llevar a cabo la codificación y el análisis de las afecciones múltiples para complementar los datos de rutina.

2.24.2 Orientaciones para el registro y codificación de la morbilidad por el profesional de la salud

El profesional de la salud responsable del tratamiento del paciente también es responsable de documentar sus condiciones de salud. Esta información debe organizarse sistemáticamente utilizando métodos de registro estandarizados. Un registro médico debidamente completado es esencial para el buen manejo del paciente. También es un prerequisito esencial para la creación de un registro válido de los diagnósticos codificados del paciente, derivado del proceso de codificación de la información escrita que describa su condición médica. Cuando se dispone de un buen registro escrito de las condiciones del paciente, la codificación de esta información con la CIE es exitosa y las clasificaciones asociadas producen una fuente valiosa de datos epidemiológicos y otros datos estadísticos sobre la morbilidad y otros problemas de atención médica.

La persona que transforma la información de la afección declarada en códigos (el "codificador") puede ser el profesional de la salud o un codificador clínico que no es responsable del tratamiento del paciente, pero que disponga de una capacitación específica en el uso de la clasificación para asignar el código o códigos. En esta última situación, que es bastante común entre los países miembros, el codificador depende de la idoneidad de la documentación clínica relativa a la afección o afecciones del paciente proporcionada en el registro médico por los profesionales de la salud. La importancia primordial de la documentación clínica por parte de los profesionales de la salud como el punto de partida para la codificación de los datos de salud, no puede ser exagerada, y necesita ser subrayada por ser una cuestión de gran importancia tanto dentro de los países como a nivel internacional - con implicaciones para la información en salud y la enseñanza de la documentación clínica dentro de los programas de formación profesional para la atención de la salud.

Para propósitos clínicos y de asignación de recursos, en muchos casos, la manifestación de una enfermedad (tipo y gravedad, por ejemplo, úlcera grado 3) puede ser más relevante durante un episodio de tratamiento específico que la enfermedad subyacente (por ejemplo, Diabetes mellitus). Para los programas de prevención a nivel nacional, el conocimiento sobre la etiología subyacente puede ser más importante. Las evaluaciones de la calidad y la seguridad requerirán reportar detalles adicionales relacionados con la estadía hospitalaria. Para un análisis exhaustivo y uso de los datos de morbilidad, es crucial contar con un conjunto de datos con múltiples campos que permitan captar los códigos relativos a todos los aspectos anteriores.

Los datos de morbilidad se utilizan cada vez más en la formulación de políticas y programas de salud, y para el manejo, monitoreo y evaluación, en epidemiología, en la identificación de poblaciones de riesgo y en la investigación clínica (incluidos los estudios sobre la frecuencia de las enfermedades en diferentes grupos socioeconómicos).

En el contexto de estas reglas de codificación de morbilidad, el término profesional de salud se usa en todas las reglas de morbilidad para referirse a un médico o cualquier personal de salud calificado y legalmente responsable de establecer el diagnóstico del paciente. Esta información debe organizarse sistemáticamente utilizando métodos de registro estandarizados. Un registro debidamente completado es esencial para el buen manejo del paciente y es una fuente valiosa de datos epidemiológicos y otros datos estadísticos sobre la morbilidad y otros problemas de salud.

El término episodio de atención se utiliza para todos los entornos, inclusive los ingresos al hospital. Se reconoce que la definición puede ser diferente en cada país, aunque a menudo se considera que es un período de atención hospitalaria continua, que comienza el primer día de la admisión de un paciente a un centro de atención médica y finaliza el día en que es dado de alta de esa unidad médica, es trasladado a otra o fallece. Algunos países consideran que los períodos de atención secuencial en diferentes salas dentro del mismo hospital son episodios distintos de atención.

El profesional de la salud responsable del tratamiento del paciente también es responsable de documentar las afecciones del paciente durante un episodio de atención médica. Una buena documentación clínica es fundamental para la continuidad, la calidad de la atención, la comunicación entre los miembros del equipo y la seguridad del paciente, y es el registro legal del episodio de atención del paciente. Cuando se dispone de un registro escrito de las condiciones del paciente, la codificación exitosa de esta información utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y las clasificaciones asociadas produce una fuente valiosa de datos de morbilidad para apoyar:

- La planificación, gestión, vigilancia y evaluación de la asistencia sanitaria.
- La vigilancia epidemiológica
- La identificación de poblaciones en riesgo.

- La investigación clínica
- El reembolso y financiación de la atención a la salud.

El profesional de la salud responsable del tratamiento del paciente debe seleccionar y documentar la afección principal, así como cualquier otra afección, para cada episodio de atención médica. Se recomienda, cuando sea posible, documentar todas las afecciones para admitir la codificación y el análisis de afecciones múltiples para complementar la recopilación y el informe rutinario de los datos.

2.24.2.1 Instrucciones de registro para incluir el término "Múltiple" en el reporte de afección única

En los casos que involucran, por ejemplo, "fracturas múltiples", "lesiones múltiples en la cabeza" o "enfermedad valvular múltiple", es una práctica de documentación recomendable registrar los diagnósticos usando el término "múltiple" y luego enumerar por separado las afecciones o lesiones específicas. Por ejemplo: fracturas múltiples de la pelvis: fractura de los huesos del pubis, sacro, ilion.

2.24.2.2 Especificidad y detalle

Cada diagnóstico establecido debe ser lo más informativo posible para que el codificador clínico clasifique la afección según la categoría de la CIE más específica. Ejemplos de tales descripciones diagnósticas incluyen:

- carcinoma de células transicionales del trigono de la vejiga
- apendicitis aguda con peritonitis localizada
- pericarditis meningocócica
- hipertensión inducida por el embarazo
- diplopía debido a reacción al antihistamínico tomado según lo prescrito
- artrosis de cadera debido a una fractura de cadera antigua
- fractura de cuello de fémur después de una caída en casa
- quemadura del espesor total de la palma de la mano izquierda debido a un accidente en la parrilla.
- punción accidental del colon sigmoideo durante la colonoscopia

2.24.2.3 Diagnósticos no confirmados

Si no se ha establecido un diagnóstico definitivo al final de un episodio de atención médica, entonces el profesional de la salud debe documentar la información que permita el mayor grado de especificidad y conocimiento sobre el motivo de la admisión establecido al final del episodio de atención. Esto podría ser un síntoma, un hallazgo anormal o un problema. En lugar de calificar un diagnóstico como "posible", o "sospechoso", cuando se ha considerado un diagnóstico pero no se ha confirmado, registre el síntoma, hallazgo anormal o problema cuando corresponda.

2.24.2.4 Registro de una afección descartada

El profesional de la salud debe registrar como afección principal una afección "descartada" cuando el episodio de atención involucra a una persona que presenta algunos síntomas o evidencia de una condición anormal que requiere estudio, pero

que, después de un examen y observación, no muestra necesidad de más tratamiento, seguimiento u otro tipo de atención médica.

El médico no debe registrar una afección descartada como afección principal si se proporcionó algún tratamiento para un síntoma o se requiere un seguimiento para determinar la causa del signo o síntoma. En ese caso, el profesional de la salud debe registrar como afección principal el signo o síntoma presente que fue tratado.

Ejemplo 1

Admitido por sospecha de trombosis venosa profunda de la pierna, que después de la investigación se descarta y no requiere seguimiento.

Afección principal: Trombosis venosa profunda descartada.

Ejemplo 2

Se encuentra a un niño jugando con una botella de paracetamol vacía. La madre no está segura si había tabletas en la botella. El niño es llevado al hospital y luego de la investigación, se determina que el niño no ingirió ninguna píldora.

Afección principal: Se descartó la ingestión accidental de acetaminofeno (paracetamol)

Ejemplo 3

Un paciente tenía una prueba de antígeno prostático específico (APE) elevado y se presentó para una biopsia de la próstata. La biopsia no reveló evidencia de malignidad. No hay más seguimiento previsto para el paciente.

Afección principal: Neoplasia maligna de próstata descartada

Véase una información más detallada en la Sección 2.24.14 Codificación de una afección "descartada".

2.24.2.5 Contacto con los servicios de salud por razones que no son enfermedades

Los episodios de atención médica o de contacto con los servicios de salud no se limitan a la identificación, el tratamiento o la investigación de una enfermedad o lesión actual. Los episodios también pueden ocurrir cuando alguien que actualmente no está enfermo requiere o recibe atención o servicios limitados; en este caso el profesional de la salud debe registrar los detalles de las circunstancias relevantes como la "afección principal".

Ejemplos:

- seguimiento de afecciones tratadas previamente.
- inmunización
- manejo de anticoncepción, atención prenatal y posparto.
- vigilancia de personas en riesgo por antecedentes personales o familiares
- exámenes de personas sanas, por ej. por razones de seguros o profesionales
- búsqueda de asesoramiento sanitario
- solicitudes de asesoramiento a personas con problemas sociales
- consulta en nombre de un tercero
- donadores de órganos o tejidos

- circunstancias relacionadas con medicamentos, procedimientos o dispositivos sin lesiones o daños documentados al paciente

El Capítulo 24 'Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud' proporciona una amplia gama de categorías para clasificar estas circunstancias. La referencia a este capítulo dará una indicación de los detalles necesarios para permitir la codificación en la categoría más relevante.

2.24.2.6 Afecciones debidas a causas externas

Cuando se registra una afección como un traumatismo, envenenamiento u otro efecto de una causa externa, es importante documentar completamente tanto la naturaleza de la lesión como las circunstancias que la originaron. Por ejemplo:

- 'fractura del cuello del fémur causada por una caída debido a resbalón en el pavimento'
- "contusión cerebral causada cuando el paciente perdió el control del automóvil, con el cual golpeó un árbol"
- "Envenenamiento accidental, el paciente bebió desinfectante por error al confundirlo con un refresco"
- "Hipotermia severa, la paciente se cayó en su jardín en un clima frío"

Consulte también la Sección 2.24.17.2 Causalidad en el contexto de la calidad y seguridad (del paciente)".

2.24.2.7 Documentación de las secuelas

Cuando un episodio de atención es para el tratamiento o la investigación de una afección residual (secuela) de una enfermedad que, como tal, ya no está presente, el profesional de la salud debe documentar la afección residual (secuela) y su origen, junto con una clara indicación de que la enfermedad original ya no está presente. Por ejemplo:

- "septum nasal desviado: fractura de nariz en la infancia"
- "contractura del tendón de Aquiles: efecto tardío de la lesión en el tendón"
- "infertilidad debida a oclusión tubárica por tuberculosis antigua".

Cuando hay múltiples secuelas y el tratamiento o la investigación no se dirigen predominantemente a una de ellas, es aceptable una descripción registrada como "secuelas de accidente cerebrovascular" o "secuelas de múltiples fracturas".

2.24.3 Orientaciones para la selección de la "afección principal" y las "otras afecciones" para propósitos de codificación

La afección principal y las otras afecciones relevantes durante un episodio de atención médica deben haber sido identificadas y registradas por el profesional de la salud responsable, y la codificación es, por lo tanto, generalmente sencilla. La

afección principal registrada debe ser aceptada para la codificación y reporte, a menos que sea obvio que el profesional de la salud no siguió las orientaciones para el registro de la información diagnóstica y el análisis de datos de morbilidad. Siempre que sea posible, un registro con una afección principal obviamente inconsistente o registrada incorrectamente debe devolverse al profesional de la salud para su aclaración.

Si no es posible aclarar la posible documentación errónea, el codificador clínico puede aplicar una de las siguientes reglas y se puede reseleccionar la afección principal para los fines de la información. Las reglas son para usarlas cuando no está claro cuál es la afección registrada que debe ser seleccionada como la afección principal para propósitos del informe.

- MB1 Varias afecciones registradas como "afección principal"; o
- MB2 Presencia de un síntoma o manifestación de una afección diagnosticada registrada como la "afección principal"; o
- MB3 Signos y síntomas registrados como "afección principal" con afecciones alternativas registradas como la causa

Reglas de codificación para reselección de la afección principal

2.24.3.1 Regla MB1. Varias afecciones registradas como "afección principal"

Si se registran varias afecciones diferentes (que no se pueden clasificar en un solo código de base) como "afección principal", y otros detalles en el registro señalan que una de ellas es la "afección principal" (una afección determinada como la razón para admisión, establecida al final del episodio de atención), seleccione esa afección; de lo contrario, seleccione la afección registrada primero.

Si se desea informar también otros tipos de diagnóstico de egreso, por ejemplo, la afección principal que consumió recursos o la razón inicial para la atención, entonces deben asignarse los códigos de extensión aplicables del Capítulo X 'Códigos de extensión' para indicar los diferentes tipos de diagnóstico de egreso que son reportados.

Ejemplo 1:

Un paciente ingresó con síntomas de fiebre, escalofríos, dolor de cabeza severo y rigidez en el cuello. Tras la investigación, se confirmó un diagnóstico de meningitis estafilocócica. En el hospital el paciente desarrolló neumonía.

Afección principal: meningitis estafilocócica. Neumonía

Se han registrado dos afecciones como afección principal y no es posible consultar al profesional de la salud. Los detalles en el ejemplo apuntan a que la meningitis estafilocócica es la única afección que es el motivo de ingreso establecido al final del episodio de atención; por lo tanto, el codificador debe codificar la meningitis estafilocócica como la "afección principal". La neumonía se codifica como "otra afección". Cumple la definición de "otra afección" puesto que es un diagnóstico que surgió durante el episodio de asistencia.

Ejemplo 2:

Un paciente con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) fue ingresado para una biopsia de la próstata. El paciente fue evaluado a causa de la EPOC. Se realizó una biopsia y el diagnóstico final a partir de los resultados de la patología fue hipertrofia prostática benigna.

Afección principal: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Hipertrofia de próstata.

Se han registrado dos condiciones como afección principal y no es posible consultar al profesional de la salud. Los detalles en el ejemplo apuntan a una hipertrofia prostática benigna como la afección que es el motivo de ingreso establecido al final del episodio de atención; por lo tanto, el codificador debe reseleccionar la hipertrofia de la próstata como la "afección principal". La EPOC se codifica como "otra afección" ya que el médico la documentó como coexistente en el momento del ingreso y que afectó el manejo del paciente.

Ejemplo 3:

Una paciente se presenta al hospital con embarazo de 35 semanas con rotura prematura de membranas espontánea. No tiene contracciones. El examen revela que el bebé está en presentación de nalgas; por lo tanto, se recomienda el parto mediante una cesárea. La madre da a luz a un bebé prematuro sano por cesárea.

Afección principal: Rotura prematura de membranas. Presentación de nalgas.

Procedimiento: parto por cesárea.

Se han registrado dos afecciones como afección principal y no es posible consultar al profesional de la salud. Los detalles en el ejemplo apuntan a la ruptura prematura de las membranas como la afección que es la razón para la admisión establecida al final del episodio de atención. Por lo tanto, el codificador debe reseleccionar la ruptura prematura de las membranas como "afección principal" y la presentación de nalgas y el parto prematuro como "otra afección".

Ejemplo 4:

Un paciente ingresa en el hospital con neumonía e insuficiencia cardíaca congestiva.

Afección principal: neumonía e insuficiencia cardíaca congestiva.

Se han registrado dos afecciones como afección principal y no es posible consultar al profesional de la salud. No hay otros detalles en el registro que apunten a una de las condiciones como la afección principal, por lo tanto, en este caso, el codificador debe codificar la afección mencionada primero como la afección principal. La neumonía se codifica como la "afección principal" y la insuficiencia cardíaca congestiva se codifica como "otra afección".

2.24.3.1 Regla MB2. La afección registrada como "afección principal" es una manifestación o síntoma de una afección diagnosticada y tratada

Si un síntoma o signo (generalmente clasificable en el Capítulo 21, Síntomas, signos o hallazgos clínicos, no clasificados en otra parte), o un problema clasificable en el

Capítulo 24 Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud, se registra como la "afección principal", y este es obviamente un signo, síntoma o problema de una afección presente, diagnosticada y registrada en otra parte y se brindó la atención para esta última, reseleccione esta afección diagnosticada como la "afección principal".

Ejemplo 1:

El paciente se presenta al hospital con la queja de presentar hematuria. Las investigaciones revelan un papiloma en la pared posterior de la vejiga como la causa de la hematuria. El papiloma fue extirpado por medio de diatermia.

Afección principal: hematuria.

Otras afecciones: papiloma de la pared posterior de la vejiga.

La hematuria (síntoma) se registra como la afección principal; sin embargo, se determinó que estaba causada por el papiloma de la vejiga (afección diagnosticada y tratada). Por lo tanto, el codificador debe reselecccionar y codificar el papiloma de la pared posterior de la vejiga como la "afección principal".

Ejemplo 2:

El paciente se presenta al hospital con dolor abdominal. Las investigaciones revelan apendicitis aguda y el paciente se somete a una appendicectomía.

Afección principal: Dolor abdominal

Otras afecciones: Apendicitis aguda

El síntoma "dolor abdominal" se registró como la afección principal; sin embargo, se determinó que era causado por apendicitis. Por lo tanto, el codificador debe reselecccionar y codificar apendicitis aguda como la "afección principal".

Ejemplo 3

Un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) conocida ingresa a un hospital con insuficiencia respiratoria aguda que, después de la investigación, se encuentra causada por una exacerbación aguda de la EPOC.

Afección principal: Insuficiencia respiratoria aguda.

Otra afección: exacerbación aguda de la EPOC

El síntoma "insuficiencia respiratoria aguda" se registró como la condición principal; sin embargo, se determinó que era causada por la exacerbación aguda de la EPOC. Por lo tanto, el codificador debe reselecccionar y codificar la EPOC como la "afección principal"

2.24.3.3 Regla MB3. Signos y síntomas registrados como "afección principal" con afecciones alternativas registradas como las causas de ella

Cuando un síntoma o signo se registra como la "afección principal" con la descripción de que puede deberse a una u otra afección, seleccione el síntoma como la "afección principal".

Ejemplo 1:

Afección principal: cefalea por tensión o sinusitis aguda.

El síntoma "cefalea" se registra como la afección principal con dos causas posibles; por lo tanto, el codificador debe seleccionar el dolor de cabeza como la "afección principal".

2.24.4 Codificación usando la poscoordinación en la morbilidad

Una nueva característica importante en la CIE-11 es una funcionalidad incorporada para la poscoordinación relativa a conceptos diagnósticos. Véanse la Sección 2.11.2 'Combinación de códigos de base y códigos de extensión', y cómo ordenarlos en un grupo de códigos complejos y la Sección 2.11.1 'Adición de detalles - Poscoordinación y codificación combinada con múltiples códigos de base y códigos de extensión'.

La codificación poscoordinada de los conceptos de diagnóstico descritos por el profesional de la salud se muestra en los siguientes ejemplos:

Ejemplo 1

Un paciente ingresa en el hospital para el tratamiento con láser de su retinopatía diabética por diabetes mellitus tipo 2. Durante el ingreso, la medicación del paciente para la hipertensión arterial requirió un ajuste en varias ocasiones antes del alta. Codifique como afección principal la retinopatía diabética sin especificación, poscoordinada con el código de base diabetes mellitus tipo 2 [9B71.0Z]/[5A11]. Codifique como otra afección, la hipertensión esencial [BA00.Z].

Para la codificación de la morbilidad, el orden de los códigos en el primer grupo del Ejemplo 1 tiene a la retinopatía diabética ordenada primero, ya que es la retinopatía diabética la que cumple con la definición de afección principal seguida por la afección diabetes tipo 2. (Nota: la clasificación indica que también se debe codificar el tipo de diabetes).

Cuando una relación causal establecida no está documentada o no se puede inferir, los dos códigos de base no pueden formar parte del mismo código combinado.

Ejemplo 2

Paciente ingresado para extracción de catarata derecha. El paciente también tiene diabetes mellitus tipo 2 y fue revisado por el endocrinólogo y el dietista para su dieta a largo plazo y su plan de insulina.

Codifique como afección principal Catarata derecha, sin especificación [9B10]&[XK9K]. Codifique como otra afección la diabetes mellitus tipo 2 [5A11].

El ejemplo 2 demuestra que la codificación poscoordinación donde no se ha documentado una relación causal entre la catarata y la diabetes tipo 2 no puede ser inferida; por lo tanto, los dos códigos de base para cada afección son informados por separado.

2.24.4.1 Regla de codificación para el uso de códigos de extensión

Adición de detalles a los códigos de base usando códigos de extensión

Los códigos de extensión de Tipo 2 (una nueva sección de códigos en la CIE-11) proporcionan códigos distintos que sirven como conceptos modificadores para marcar cómo debe ser usado y / o interpretado el diagnóstico. Como ejemplos de estos modificadores de códigos de extensión cabe citar:

- Tipos de diagnóstico de egreso o alta (afección principal, afección principal o condición que exige más recursos, motivo inicial de la atención o admisión);
- Diagnóstico de certeza (Diagnóstico provisional; Diagnóstico diferencial).
- Momento en que se estableció el diagnóstico (Presente al ingreso; Establecido después del ingreso; Indeterminado con respecto al ingreso u hospitalización)

Para obtener más detalles sobre el uso de todos los códigos de extensión disponibles, consulte la Sección 1.2.4.5 "Códigos de extensión".

Ejemplo 1:

Un paciente ingresa en el hospital con dolor en el pecho, después de la investigación se le diagnostica un infarto del miocardio y luego desarrolla un derrame cerebral que lo lleva a una hospitalización de un mes. El infarto del miocardio se codifica como la afección principal porque fue el motivo de ingreso establecido al final de la estancia. El accidente cerebrovascular se codifica por separado y se puede poscoordinar con un indicador de código de extensión del tipo diagnóstico que indica que el diagnóstico de accidente cerebrovascular se produjo después del ingreso.

Un sistema de este tipo con indicadores de diagnóstico cumple con los objetivos de los países que desean una regla de codificación del motivo de admisión, al mismo tiempo que cumple con los objetivos de los países que desean poder hacer inferencias sobre las complicaciones de la atención y el consumo de recursos (de relevancia para los sistemas de casemix y las evaluaciones de la calidad y la seguridad del paciente).

2.24.5 Codificación a partir de "relaciones causales" registradas por el profesional de la salud

A veces, las afecciones que tienen una relación causal están claramente documentadas por el profesional de la salud utilizando términos como "debido a", "causados por" o "derivado de". Estos términos de conexión indican que el profesional de la salud ha establecido un vínculo causal entre, por ejemplo, la afección A debido a la afección B. Sin embargo, a veces se documentan las afecciones con términos de conexión que son ambiguos para el codificador, como 'con', 'después', 'en', y 'siguiente'. Cuando se documentan términos ambiguos, y no está claro si el profesional de la salud indica una relación causal o no, el codificador clínico debe codificar cada afección por separado y no vincular las afecciones en un grupo.

La codificación combinada (poscoordinación) es una característica nueva particularmente notable en la CIE-11 que ha permitido la introducción de nuevos y potentes mecanismos de codificación clínica para capturar información clínica en dimensiones tales como:

- codificación de calidad y seguridad del paciente para lesiones y daños relacionados con la atención médica (consulte el modelo de 3 partes descrito en la Sección 2.24.17.1)
- traumatismos y causas externas de las lesiones
- la adición de detalles clínicos mediante códigos de extensión.
- la especificación del tipo de diagnóstico y el momento del diagnóstico utilizando códigos de extensión
- la descripción completa de los efectos tardíos (secuelas) que surgen de afecciones previas (consulte la Sección 2.22.6)
- la descripción de los diagnósticos de códigos de base interrelacionados donde existe una clara relación causal entre ellas

Para obtener más información sobre la inferencia causal en el contexto de la calidad y la seguridad del paciente, consulte la Sección 2.24.17.2 "Causalidad en el contexto de la calidad y la seguridad".

2.24.6 Codificación de sospecha de afecciones o de síntomas, hallazgos anormales y de situaciones donde no hay enfermedad

Si el episodio de atención médica fue para un paciente hospitalizado, el codificador debe tener cuidado al clasificar la afección principal en el Capítulo 21 Síntomas, signos o hallazgos clínicos, no clasificados en otra parte y en el Capítulo 24 Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud. Si no se realizó un diagnóstico más específico al final de la estancia hospitalaria, o si realmente no hubo una enfermedad o lesión actual codificable, se permiten los códigos de los capítulos anteriores. Las categorías se pueden usar de la manera normal para otros episodios de contacto con los servicios de salud.

Si, después de un episodio de atención médica, la afección principal se registra como "sospechosa", "cuestionable", etc., y no hay más información o aclaración, el diagnóstico sospechoso debe codificarse como si se hubiera establecido.

Ejemplo 1

Afección principal: Sospecha de colecistitis aguda. Si no se dispone de más información que indique que se ha alcanzado un diagnóstico definitivo, codifique la colecistitis aguda, sin especificación [DC12.OZ] como "afección principal".

Ejemplo 2

Afección principal: Epistaxis severa. Paciente en el hospital un día. No se reportan procedimientos ni investigaciones. Codifique la epistaxis [MD20]. Aunque la epistaxis es un signo o síntoma, es aceptable ya que obviamente el paciente fue admitido para hacer frente a la emergencia inmediata solamente.

2.24.7 Codificación usando combinación de categorías

La CIE proporciona ciertas categorías en las que dos afecciones o una afección y un proceso secundario asociado se pueden representar mediante un único código (es decir, un concepto precoordinado). Dichas categorías de combinación deben usarse donde se registra la información apropiada.

Ejemplo 1:

Afección principal: Enfermedad renal crónica (ERC), Etapa 4 secundaria a enfermedad renal hipertensiva Otra afección: Hipertensión esencial. Codifique la enfermedad renal crónica, etapa 4 [GB61.4] y agregue la enfermedad renal hipertensiva [BA02] en una combinación. Afección principal en la codificación combinada: [GB61.4]/[BA02]. Otra afección: *BA00 Hipertensión esencial*.

Ejemplo 2:

Afección principal: glaucoma secundario a inflamación del ojo. Codifique [9C61.24 Glaucoma por inflamación ocular]. Este es un código precoordinado en la CIE-11.

Ejemplo 3:

Afección principal: catarata diabética. Diabetes mellitus tipo 1 Otra afección: Hipertensión. Codifique Catarata diabética [9B10.21] y "codifique también" el tipo de diabetes mellitus [5A10]. Poscoordine el código de base para la catarata diabética y el código de base para la diabetes mellitus tipo 1. Afección principal en la codificación combinada: [9B10.21]/[5A10]. La hipertensión no está asociada a la catarata o la diabetes, por lo que no forma parte de la combinación. Se codifica como "otra afección".

Ejemplo 4:

Afección principal: artritis reumatoide. Otras afecciones: Hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, Catarata Codifique artritis reumatoide, serología sin especificación [FA20.Z] como la "afección principal". Codifique como otras afecciones y por separado (hipertensión [BA00.Z], diabetes mellitus tipo 2 [5A11], catarata [9B10.Z]). Si se agregan códigos de extensión opcionales a cualquiera de las afecciones, entonces se creará un grupo según corresponda porque los códigos de extensión no se pueden informar solos. Tenga en cuenta que en este ejemplo, el vínculo (a través de la Codificación combinada) de cataratas con diabetes no se debe hacer ya que la catarata no se ha documentado como una catarata diabética. En este caso, no hay una indicación de que se deba usar la codificación por combinación.

Afección principal: [FA20.Z]. Otra afección: [BA00.Z]. Otra afección: [5A11]. Otra afección: [9B10.Z]

2.24.8 Codificación usando causas externas de morbilidad

Para las lesiones y otras afecciones debidas a causas externas, se debe codificar tanto la naturaleza de la lesión como las circunstancias de la causa externa. El código preferido de la "afección principal" debe ser el que describe la naturaleza de la lesión. A menudo, pero no siempre, ésta se puede clasificar dentro del Capítulo 22 Traumatismos, intoxicaciones u otras consecuencias de causas externas. El

código del Capítulo 23 Causas externas de morbilidad o mortalidad que indica la causa externa es asignado como un código adicional y se coordina con el de la naturaleza de la lesión, ya que puede considerarse un modificador. Consulte también la Sección 2.24.17.1.

Ejemplo 1:

Afección principal: fractura del cuello del fémur causada por una caída. Otras afecciones: contusiones en el codo y la parte superior del brazo. El profesional de la salud ha identificado la fractura como la afección principal y, dado que no hay otra información para hacer que el codificador cuestione la afección principal registrada, el codificador debe codificar la fractura del cuello del fémur [NC72] como la "afección principal". El código de causa externa para la caída no intencional desde la altura no especificada [PA6Z] se utiliza como un código adicional vinculado al código de fractura a través de la poscoordinación. La contusión del codo [NC30.1] y de la parte superior del brazo [NC10.1] se codifican como otra codificación combinada y el código de causa externa para la caída no intencional [PA6Z] se asocia al código de contusión a través de la poscoordinación.

Código combinado de la afección principal: [NC72]/[PA6Z]. Código combinado para otras afecciones: [NC30.1]/[NC10.1]/[PA6Z]

Ejemplo 2:

Afección principal: Fractura de cadera por caída. Otra afección: Hipotermia severa como resultado de la exposición al frío. Codifique la fractura del cuello del fémur, sin especificación [NC72.2Z] como la "afección principal" y poscoordine el código de causa externa de Caída no intencional desde altura sin especificación [PA6Z]. Codifique como "otra afección" hipotermia [NF02] y poscoordine el código de causa externa Exposición involuntaria a frío excesivo [PB16]. Código combinado de la afección principal: [NC72.2Z]/[PA6Z]. Otro código combinado: [NF02]/[PB16]

Ejemplo 3:

Afección principal: Diplopia debida a la reacción a antihistamínico tomado según prescripción. Codifique la diplopía [9D46] y poscoordine el código de la causa externa [PL00 Fármacos, medicamentos o sustancias biológicas asociadas con lesión o daño en su uso terapéutico] y [PL13.2 Lesión o daño relacionado con fármaco o medicamento en un contexto de administración o dosificación correcta, como modo de lesión o daño]. Se puede agregar un código de extensión opcional para identificar que el medicamento específico fue un antihistamínico [XM5PK9].

Código combinado de la afección principal: [9D46]/[PL00]&[XM5PK9]/[PL13.2]

Ejemplo 4:

Afección principal: hemoglobinuria por el esfuerzo causado por el entrenamiento para correr un maratón (entrenamiento en pista al aire libre en el estadio). Codifique hemoglobinuria por el esfuerzo [3A21.Y] que es un concepto precoordinado; por lo tanto no se asigna una causa externa.

2.24.9 Codificación de afecciones agudas y crónicas registradas como afección principal

Cuando la afección principal se registra como aguda (o subaguda) y crónica a la vez, y la CIE proporciona categorías o subcategorías separadas para cada una, pero no para la combinación, el código para la afección aguda debe informarse como la afección principal (la afección determinada como el motivo de atención establecido al final del episodio). Cuando hay un código de combinación apropiado para la afección aguda y crónica, asigne el código de la combinación como afección principal.

Ejemplo 1:

Afección principal: colecistitis crónica agudizada. Codifique [DC12.00] colecistitis crónica agudizada como la "afección principal". Este es un ejemplo de código de combinación para la afección aguda y crónica juntas en la CIE-11.

Ejemplo 2:

Afección principal: Exacerbación aguda de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Codifique [CA22.0 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada], como la "afección principal" ya que la CIE proporciona un código único apropiado precoordinado para la combinación.

2.24.10 Codificación de lesiones o daños derivados de la atención quirúrgica o médica

Consulte la Sección 2.24.17.1 Descripción general del conjunto de códigos de la CIE-11 para la calidad y la seguridad del paciente.

2.24.11 Codificación de eventos adversos y circunstancias en la atención a la salud que no causan lesiones o daños reales

Consulte la Sección 2.24.17.1 Descripción general del conjunto de códigos de la CIE-11 para la calidad y la seguridad del paciente.

2.24.12 Codificación de afecciones crónicas consecutivas a procedimientos

La mayoría de los capítulos sobre sistemas corporales también contienen categorías para afecciones permanentes (crónicas) que ocurren como consecuencia de procedimientos y técnicas específicas o como resultado de la extirpación de un órgano, p. ej. Síndrome de linfedema posmastectomía, hipotiroidismo post-irradiación. Las afecciones inmediatas o agudas que se producen como consecuencia de un procedimiento pueden requerir la codificación con el modelo de calidad y seguridad de 3 partes. Consulte también la Sección 2.24.17.1 Descripción general del conjunto de códigos de la CIE-11 para la calidad y la seguridad del paciente". Las categorías de afecciones consecutivas a procedimientos

no tienen códigos residuales (es decir, otros y sin especificación). Esto es intencional para evitar que los usuarios clasifiquen inadvertidamente las afecciones de estas categorías que, de hecho, deberían clasificarse en otra parte.

2.24.13 Codificación de 'Antecedentes de' y 'Antecedentes familiares de'

El Capítulo 24 "Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud" de la clasificación incluye una serie de códigos que describen tanto un historial personal de diversas afecciones como un historial familiar de diversas afecciones. La clasificación de este concepto documentado puede codificarse de una de dos maneras.

Opción 1: Asigne el código de base aplicable del Capítulo 24 "antecedentes de" (o "antecedentes familiares ") por sí mismo.

Opción 2: Asigne el código de base aplicable del Capítulo 24 combinado con un código de otro capítulo para agregar especificidad a lo que fue la "enfermedad" previa. En el orden de los códigos de base de la combinación siempre va primero el código de base de "antecedentes de", seguido de cualquier otro código que pueda agregarse para mayor detalle.

Ejemplo 1:

Un paciente tiene antecedentes de cáncer del colon sigmoide que fue resecado y curado. Codifique: [QC40.0] Antecedente personal de neoplasia maligna de órganos digestivos / [2B90.3] Neoplasia maligna del colon sigmoide

En el ejemplo 1, es aceptable codificar tan solo en QC40.0 ya que el código simplemente captura la noción de que el paciente tiene antecedentes personales de cáncer de los órganos digestivos. Sin embargo, el concepto clínico documentado (antecedentes de cáncer de colon sigmoide) se describe completamente a través del uso del mecanismo de Codificación combinada y la vinculación de códigos básicos QC40.0/2B90.3.

Ejemplo 2:

Un paciente tiene antecedentes familiares de degeneración macular. Codifique: [QC66] Antecedentes familiares de trastornos de los ojos u oídos / [9B78.3Z] Degeneración de mácula o del polo posterior, sin especificación.

2.24.14 Codificación de una afección "descartada"

Muchos contactos con los servicios de salud se llevan a cabo para evaluar a los pacientes por sospechas de afecciones y determinar, después de las investigaciones, que el paciente no tiene la afección en cuestión. En la documentación médica, tales escenarios a menudo usan el término "descartado". Es esencial que los sistemas de información de salud tengan la capacidad de informar sobre tales encuentros.

La CIE-11 incluye una serie de códigos que se pueden usar para describir atenciones en donde una condición sospechosa ha sido "descartada". Estos aparecen en el Capítulo 24 como categorías de entidades hijas de [QA02]

Observación o evaluación médica por presuntas enfermedades o afecciones, descartadas. Algunos de estos códigos especifican la condición sospechosa en cuestión:

- Observación por sospecha de neoplasia maligna, descartada.
- Observación por sospecha de tuberculosis, descartada.
- Observación por sospecha de alergia o hipersensibilidad, descartada.

En muchos otros escenarios comunes, no existe un código para una afección sospechosa específica, en cuyo caso, se usa [QA02.Y] *Observación o evaluación médica por presuntas enfermedades o afecciones, descartadas*. En tales casos, la poscoordinación se puede utilizar para especificar la condición sospechosa que se descartó. La clasificación del concepto documentado "descartado" puede codificarse de una de dos maneras. Opción 1: Asigne el código aplicable de [QA02] *Observación o evaluación médica por presuntas enfermedades o afecciones, descartadas*, por sí sola. Opción 2: Asigne el código aplicable de [QA02] *Observación o evaluación médica por presuntas enfermedades o afecciones, descartadas*, agrupado con un código de otro capítulo para agregar especificidad sobre cuál fue la enfermedad sospechada que se descartó. En el orden de los códigos de base en el grupo siempre va primero el código de base [QA02].

Ejemplo 1

Admitido por sospecha de trombosis venosa profunda de la pierna, que después de la investigación es descartado y no requiere seguimiento. Afección principal: Trombosis venosa profunda de la pierna descartada. Código combinado de la afección principal: [QA02.Y]/[BD71.4]

Explicación: [QA02.Y] indica que se descartó otra condición específica y la poscoordinación permite especificar la afección sospechosa (trombosis venosa profunda de la pierna).

Ejemplo 2

Se encuentra a un niño jugando con una botella de paracetamol vacía. La madre no está segura de si había tabletas en la botella. El niño es llevado al hospital y, luego de la investigación, se determina que el niño no ingirió ninguna píldora. Afección principal: Ingestión accidental de paracetamol descartada. Codifique: [QA02.5] Observación por sospecha de efecto tóxico por sustancia ingerida, descartado Explicación: En este ejemplo, [QA02.5] especifica la condición que se descartó.

2.24.15 Codificación de afecciones registradas como secuelas (efectos tardíos)

Las "secuelas" incluyen los efectos residuales de enfermedades o trastornos, traumatismos o intoxicaciones especificadas como tales, o como efectos tardíos de, afección detenida, sanada, curada, inactiva, vieja o quiescente, a menos que haya evidencia de enfermedad activa. Las afecciones descritas como secuelas (efectos tardíos) normalmente se clasificarán mediante una poscoordinación según el caso.

La codificación combinada debe contener:

- primero, un código de base que identifica la manifestación específica (es decir, la naturaleza del efecto), y segundo, un código de base que designa que es un 'efecto tardío de' (un código de los capítulos del sistema del cuerpo o un código del Capítulo 24 Factores que influyen en el estado de salud o contacto con servicios de salud)
- tercero, se requiere un código de base que representa la afección previa que es causa de la secuela

Nota: La codificación de secuelas de un traumatismo con todos los detalles requerirá cuatro códigos en la combinación; el cuarto código corresponde al de la causa externa.

Ejemplo 1:

Contractura articular presente como efecto tardío de una quemadura previa. Codifique el grupo: [FA34.3] Contractura de la articulación [QC50] Efecto tardío del problema de salud anterior, no clasificado en otra parte [NE11] Quemadura de región anatómica no especificada

Ejemplo 2:

Hemiplejia presente como un efecto tardío del evento isquémico cerebral antiguo.

Código de combinación: [MB53.Z] Hemiplejia, sin especificación [8B25.0] Efectos tardíos del accidente cerebrovascular isquémico (Nota: en el Ejemplo 2, el concepto de efecto tardío y causa subyacente ya está precoordinado en el código de base 8B25.0.)

2.24.16 Normas e instrucciones de codificación para eventos de traumatismos

La definición de la OMS de 'traumatismos' es: 'Lesiones causadas por la exposición aguda a agentes físicos como energía mecánica, calor, electricidad, sustancias químicas y radiación ionizante que interactúan con el cuerpo en cantidades o en niveles que exceden el umbral de tolerancia humana. En algunos casos (por ejemplo, ahogamiento y congelación), las lesiones resultan de la repentina falta de agentes esenciales como el oxígeno o el calor. Las lesiones se pueden clasificar de varias maneras. Sin embargo, para la mayoría de los propósitos analíticos y para identificar oportunidades de intervención, es especialmente útil clasificar las lesiones según si fueron o no infligidas deliberadamente y por quién. Las categorías más utilizadas son:

- no intencional (por ejemplo, accidental)
- intencional (es decir, deliberada)
- interpersonal (por ejemplo, agresión y homicidio)
- autoinfligida (por ejemplo, abuso de drogas y alcohol, automutilación, suicidio)
- intervención legal (por ejemplo, acción de la policía u otro personal encargado de hacer cumplir la ley)
- guerra, insurrección civil y disturbios (por ejemplo, manifestaciones y motines)
- intención no determinada

Con respecto a la recopilación de eventos que causan lesiones, se aplican un conjunto de definiciones. Consulte la Sección "Definiciones relacionadas con eventos de lesiones en el transporte" a continuación.

2.24.16.1 Definiciones relacionadas con eventos de lesiones en el transporte

- a) Un "evento de lesión en el transporte" es cualquier accidente que involucra un dispositivo diseñado principalmente para, o que se usa en el momento principalmente para transportar personas o mercancías de un lugar a otro.
- b) Una vía pública (vía de tránsito) o una calle es el ancho total entre las líneas de propiedad (u otras líneas de límite). Incluye el espacio de terreno público abierto que se utiliza para mover personas o propiedades de un lugar a otro. Una carretera es la parte de la vía pública diseñada, mejorada y utilizada habitualmente para el tráfico vehicular.
- c) Un evento de lesión de tránsito es un accidente de vehículo que ocurre en la vía pública [por ejemplo, originado en, terminando en, o involucrando un vehículo parcialmente en la carretera]. Se supone que se ha producido un accidente de vehículo en la vía pública a menos que se especifique otro lugar, excepto en el caso de accidentes que involucren solo vehículos motorizados fuera de la carretera, que se clasifican como accidentes no de tráfico a menos que se indique lo contrario.
- d) Un evento de lesión fuera de la carretera, que no es de tránsito es un accidente de vehículo que ocurre completamente en cualquier lugar que no sea una vía pública.
- e) Un peatón es cualquier persona involucrada en un accidente que en ese momento no viajaba en un vehículo motorizado, tren ferroviario, tranvía, autobús u otro vehículo, o en una bicicleta de pedal o un animal.
- Los peatones incluyen los que se encuentran:
 - Cambiando la llanta de vehículo.
 - Ajustando el motor del vehículo.
 - O en elementos que ayuden con el transporte peatonal a pie, como:
 - cochecito de bebé
 - patines de hielo
 - carriola
 - silla de ruedas
 - patines de ruedas
 - scooter
 - patineta
 - esquís
 - trineo
 - silla de ruedas (motorizada)
- (f) Un conductor es un ocupante que opera un vehículo de transporte o que tiene la intención de operarlo.
- (g) Un pasajero es cualquier ocupante de un vehículo de transporte que no sea el conductor.

Excluye: persona que viaja fuera del vehículo - vea la definición (h) a continuación

(h) Una persona que “viaja en” un vehículo de transporte incluye a cualquier persona transportada por un vehículo pero que no ocupa el espacio normalmente reservado para el conductor o los pasajeros, o el espacio destinado al transporte de bienes.

- "Viajar en" incluye:

- carrocería
- parachoques [defensa]
- colgado en el exterior
- techo
- estribo
- escalón

(i) Una bicicleta de pedal es cualquier vehículo de transporte terrestre operado únicamente por pedales.

Incluye: triciclo, bicicleta. Excluye: bicicleta motorizada - vea la definición (k)

(j) Un ciclista de pedal es cualquier persona que circula en una bicicleta de pedal o en un carro lateral (sidecar) o remolque conectado a dicho vehículo.

(k) Una motocicleta es un vehículo motorizado de dos ruedas con uno o dos asientos de montar y a veces con una tercera rueda para el apoyo de un carro lateral (sidecar). El sidecar se considera parte de la moto.

• Incluye:

- Motocicleta, scooter de motor:

- SAI
 - combinación
 - con carro lateral (sidecar)
 - bicicleta motorizada
 - bicicleta motorizada de velocidad limitada
- Excluye: triciclo motorizado - ver definición (m)

(l) Un motociclista es una persona que viaja en una motocicleta o en un carro lateral (sidecar) o remolque conectado a dicho vehículo.

(m) Un vehículo motorizado de tres ruedas es un triciclo motorizado diseñado principalmente para uso en carretera.

• Incluye:

- triciclo motorizado
- rickshaw motorizado
- automóvil de tres ruedas

• Excluye:

- motocicleta con sidecar - ver definición (k)

- vehículo especial todo terreno - ver definición (x)

(n) Un automóvil (automóvil) es un vehículo de transporte ligero con cuatro o más ruedas diseñado principalmente para transportar hasta 10 personas. Un remolque o tráiler remolcado por un automóvil se considera parte del automóvil.

Incluye: minibús

- (o) Un vehículo motorizado o vehículo puede referirse a varios vehículos de transporte. El uso local de los términos debe establecerse para determinar el código apropiado. Si los términos se usan de forma ambigua, use el código para "no especificado". Un remolque o tráiler remolcado por un vehículo se considera parte del vehículo.
- p) Un vehículo liviano (camioneta o furgoneta) es un vehículo motorizado con cuatro o más ruedas diseñadas principalmente para transportar bienes en carreteras, que pesan menos que el límite local para la clasificación como vehículos pesados (generalmente menos de 3500 kg), y que no requieren una licencia de conducir especial. Un remolque o tráiler remolcado por un vehículo liviano se considera parte del vehículo.
- q) Un vehículo de transporte pesado es un vehículo motorizado diseñado principalmente para transportar materiales en carreteras, cumple con los criterios locales para la clasificación como un vehículo pesado en términos de peso (generalmente por encima de 3500 kg) y requiere una licencia de conducir especial.
- (r) Un autobús es un vehículo motorizado diseñado o adaptado principalmente para transportar a más de 10 personas y que requiere una licencia de conducir especial para operar.
- (s) Un tren o vehículo ferroviario es cualquier dispositivo, con o sin carros acoplados a él, diseñado para transitar en un vía ferroviaria.

• Incluye:

- interurbano:

- coche eléctrico
- tranvía (operado principalmente en su propio derecho de paso, no abierto al tráfico) tren ferroviario, cualquier fuente de energía [diésel] [eléctrico] [vapor]
- funicular
- monorriel o vehículo subterráneo de dos vías o elevado diseñado para funcionar en una vía férrea

• Excluye:

- carros eléctricos interurbanos (tranvías) especificados para operar en un derecho de paso que forma parte de la calle o carretera pública - vea la definición (t)

(t) Un tranvía es un vehículo diseñado y utilizado principalmente para el transporte de personas dentro de un municipio, que se ejecuta sobre rieles, generalmente sujeto a las señales de control de tráfico normales, y que opera

principalmente en un derecho de paso que forma parte de la carretera. Un remolque remolcado por un tranvía se considera parte del tranvía.

- Incluye:

- carro eléctrico o tranvía interurbano, cuando se especifique que operará en una calle o vía pública
- tranvía
- trolebús

(u) Un vehículo especial utilizado principalmente en instalaciones industriales es un vehículo motorizado diseñado principalmente para su uso dentro de los edificios e instalaciones de establecimientos industriales o comerciales.

- Incluye:

- Impulsado por baterías:
 - vehículo de pasajeros del aeropuerto
 - camión (equipaje) (correo)
 - carro de carbón en la mina
 - carretilla elevadora (camión)
 - camión para transporte de madera
 - camión autopropulsado, industrial.
 - camión de estación de equipaje (motorizado)
 - tranvía, camión o bañera (propulsado) en minas o canteras

(v) Un vehículo especial utilizado principalmente en la agricultura es un vehículo motorizado diseñado específicamente para su uso en la agricultura y la labranza (horticultura), por ejemplo, para trabajar la tierra, tender y cosechar cultivos y transportar materiales en la granja.

- Incluye:

- cosechadora
- maquinaria agrícola autopropulsada
- tractor (y remolque)

(w) Un vehículo especial de construcción es un vehículo motorizado diseñado específicamente para su uso en la construcción (y demolición) de carreteras, edificios y otras estructuras.

- Incluye:

- bulldozer
- excavadora
- camión de volteo
- nivelador de la tierra
- pala mecánica
- aplanadora

(x) Un vehículo especial para todo terreno es un vehículo motorizado de diseño especial que le permite conducir en terrenos ásperos o blandos o nieve. Ejemplos de diseño especial son la alta construcción, las ruedas y los neumáticos especiales, las orugas y el soporte sobre un colchón de aire.

- Incluye: aerodeslizador en tierra o pantano - moto de nieve
- Excluye: aerodeslizador en mar abierto - ver definición (y)

(y) Una embarcación es cualquier dispositivo para transportar pasajeros o mercancías en el agua.

Incluye: aerodeslizador SAI

(z) Una aeronave es cualquier dispositivo para transportar pasajeros o mercancías a través del aire.

2.24.16.2 Instrucciones de clasificación y codificación para accidentes de transporte

Los eventos de lesiones en el transporte se cuentan como no intencionales para estadísticas oficiales.

1. Si un evento no se especifica en cuanto a si fue un evento de lesiones de tránsito o no de tránsito, las siguientes clasificaciones ayudarán a descifrar:

- a) La clasificación como un evento de lesión de tránsito ocurre cuando el evento es clasificable para las categorías de accidentes de tránsito.
- b) La clasificación como un evento de lesión no de tránsito ocurre cuando el evento es clasificable en categorías no de tránsito.

Para estas categorías, la víctima es un peatón o un ocupante de un vehículo diseñado principalmente para uso fuera de la carretera.

2. Cuando se reportan accidentes que involucran más de un tipo de transporte, se debe usar el siguiente orden de precedencia:

- aviones y naves espaciales
- motos acuáticas
- otros modos de transporte.

3. Donde las descripciones de los eventos de lesiones de transporte no especifican a la víctima como ocupante del vehículo y se describe a la víctima como aplastada, arrastrada, golpeada, herida, muerta, derribada, atropellada por cualquier vehículo, incluyendo:

- animal siendo montado
- vehículo tirado por animales.
- bicicleta
- bulldozer
- autobús
- coche
- motocicleta
- triciclo motorizado
- camioneta (*pick-up*)
- vehículo recreacional
- tranvía
- tractor
- tren
- tram
- camión

- camioneta

Clasifique a la víctima como un peatón.

4. Cuando las descripciones de eventos de lesiones en el transporte no indiquen el rol de la víctima, clasifique a la víctima como ocupante o pasajero del vehículo si se mencionan vehículos como:

- avión
- bicicleta
- bote
- bulldozer
- bus
- coche
- motocicleta
- triciclo motorizado
- camioneta)
- vehículo recreacional
- nave espacial
- tractor
- tren
- tranvía
- camión
- camioneta
- motos acuáticas
- accidente
- colisión
- choque
- naufragio
- SAI

Clasifique a la víctima como ocupante o pasajero del vehículo mencionado. Si se menciona más de un vehículo, no haga ninguna suposición sobre qué vehículo fue ocupado por la víctima a menos que los vehículos sean los mismos. En su lugar, codifique las categorías apropiadas, teniendo en cuenta el orden de prioridad dado en la nota 2 anterior.

5. Cuando en eventos de lesión por transporte, tales como:

- vehículo (motor) (no motor): - se salió de control (debido a):
- estallido de neumático (reventón)
- el conductor se quedó dormido
- falta de atención del conductor
- exceso de velocidad
- falla de parte mecánica dio lugar a una colisión posterior

Clasifique el accidente como una colisión. Si se produjo un accidente que no sea una colisión, clasifíquelo como un accidente sin colisión según el tipo de vehículo involucrado.

6. Cuando un accidente de transporte involucre un vehículo en movimiento, como:

- envenenamiento accidental por los gases de escape generados por

- rotura de cualquier parte de
- explosión de cualquier parte de
- caer, saltar o ser empujado accidentalmente desde
- fuego comenzando en
- golpe por objeto arrojado dentro o sobre
- herido por ser lanzado contra alguna parte de, u objeto en
- lesión por parte móvil de
- objeto que cae dentro o sobre
- vehículo en movimiento
- resultó en una colisión posterior

Clasifique el accidente como una colisión.

Si se produjo un accidente que no sea una colisión, clasifíquelo como un accidente sin colisión según el tipo de vehículo involucrado.

Traumatismos no intencionados en accidentes de transporte terrestre descritos como:

- colisión (debido a la pérdida de control) (en la carretera) entre el vehículo y:
 - pilar (puente) (paso elevado)
 - piedra caída
 - barandilla o valla divisoria
 - divisor entre autopistas
 - deslizamiento de tierra (sin movimiento)
 - objeto lanzado delante del vehículo de motor
 - isla de seguridad
 - árbol
 - señal de tráfico o marcador (temporal)
 - poste de electricidad
 - muro de corte hecho para carretera
 - otro objeto, fijo, móvil o en movimiento.
 - vuelco (sin colisión)
 - colisión con animal (de rebaño) (desatendido)
 - colisión con vehículo de tracción animal o animal que se está montando.

2.14.17 Modelo conceptual de calidad y seguridad del paciente

La exposición a eventos de atención médica a veces tiene consecuencias involuntarias e indeseadas. La atención médica, las personas a quienes se les proporciona y las complicaciones que pueden surgir en el curso de la atención son muy diversas y complejas. Representarlos de manera integral en un sistema de información es un desafío y actualmente está más allá de los límites de practicidad para los sistemas de información administrativa de rutina de los tipos que están destinados a hacer uso de la CIE. El modelo conceptual tiene tres componentes:

1. **Daño** al paciente: ¿Cuál fue la principal consecuencia para la salud del paciente?
2. **Causa** o fuente de daño: ¿Qué causó el daño?
3. **Modo** o mecanismo: ¿De qué manera? ¿Cómo la fuente del daño realmente produjo daño?

2.24.17.1 Descripción general del conjunto de códigos de la CIE-11 para la calidad y la seguridad del paciente

Una característica clave de la calidad y la seguridad del paciente en la CIE-11 es que es necesaria una combinación de códigos para describir un caso. El uso del término "combinación" es nuevo en la CIE-11 y lo mismo ocurre con la extensión y la formalización del requisito para la poscoordinación. El caso de uso de calidad y seguridad de la CIE se basó en la disponibilidad de un gran número de herramientas metodológicas que originalmente se basaron en la CIE-10. Los ejemplos específicos incluyen los índices de comorbilidad de Charlson y Elixhauser, los Indicadores de Seguridad del Paciente AHRQ (por sus siglas en inglés) (Agencia para la Investigación de la Calidad y Cuidado de la Salud), el Índice de Mortalidad Hospitalaria Estandarizada y otros indicadores de calidad de datos administrativos. Las recomendaciones de la OMS sobre las reglas de codificación para los episodios de separación hospitalaria se han diseñado para mejorar la comparabilidad de los registros en los hospitales y jurisdicciones. Los ejemplos específicos de reglas de codificación incluyen:

- reglas para especificar la afección principal,
- números de códigos por registro,
- mecanismos de combinación de códigos, y
- uso de un sistema de visualización de estado que distingue los diagnósticos que surgen durante una estadía en el hospital de los presentes en la admisión.

Los informes de calidad y seguridad del paciente a menudo se centran no solo en la información de diagnósticos disponibles en la Clasificación Internacional de Enfermedades, sino también en la información de procedimientos, que actualmente está codificada en varios sistemas de codificación de procedimientos específicos de cada país. La armonización de los conceptos ontológicos en los sistemas de codificación de procedimientos internacionales será importante en el futuro. Los códigos de complicaciones médicas y quirúrgicas disponibles de la CIE-11 están en línea con el conocimiento actual en el dominio de la seguridad y los eventos adversos.

El modelo de calidad y seguridad tiene tres partes. El primer componente, **Daño**, en la calidad y la seguridad del paciente, generalmente se representa mediante un código de diagnóstico estándar de la CIE-11, de (casi) cualquier capítulo de la clasificación. Algunas formas de daño que pueden resultar de eventos de calidad y seguridad no están representadas adecuadamente por un código de diagnóstico estándar de la CIE-11. Se proporciona un conjunto especial de categorías para representar estas formas de daño en el capítulo de lesiones de la CIE-11 (Capítulo 22 'Lesiones, envenenamiento o algunas otras consecuencias de causas externas'), bajo la categoría 'Lesiones o daños derivados de la intervención quirúrgica o

Atención médica, no clasificada en otra parte'. Las causas (fuentes de daño) de calidad y seguridad del paciente se dividen en cuatro tipos en el nivel superior que capturan los eventos causados por:

1. sustancias (drogas y medicamentos, etc.),
2. procedimientos,
3. dispositivos y
4. una combinación de otros tipos de causas (por ejemplo, problemas asociados con las transfusiones o problemas asociados con el diagnóstico, incluido el diagnóstico omitido, el diagnóstico incorrecto, etc.).

Los códigos completos de causas externas de calidad y seguridad se encuentran en el Capítulo 23 "Causas externas de morbilidad o mortalidad" dentro de la categoría titulada "Causas de daños o lesiones relacionados con la atención médica".

Modo o mecanismo en calidad y seguridad ('Modo' es el término utilizado en los códigos de causas externas de la CIE-11) es la segunda parte del modelo y se refiere a la forma principal en que la Causa relacionada con la calidad y seguridad conduce al **Daño** representado en el tercer concepto, Daño en la calidad y seguridad. Los **Modos** en la calidad y seguridad son específicos de los tipos de **Causa** en la calidad y seguridad. Algunos ejemplos son:

Cuadro 1: *Ejemplos de modo o mecanismo de calidad y seguridad correspondiente*

Causa o fuente del daño	Modo o mecanismo
Sustancia	Sobredosis, baja dosis, sustancia incorrecta o daño aparecido a pesar de una administración y posología correctas
Procedimiento	Perforación accidental de un órgano durante un procedimiento
Dispositivo	Desplazamiento, mal funcionamiento
Otra causa	Sangre incompatible; caída del paciente de la mesa operatoria al sacarlo del quirófano

Ejemplos para el modelo de codificación de calidad y seguridad con la CIE-11

El modelo de codificación de seguridad y calidad de la CIE-11 se demuestra en los ejemplos de la siguiente tabla.

Cuadro 2: *Demostración del modelo de calidad y seguridad usando ejemplos*

Ejemplo	Criterio	Detalle
1	Caso	Una mujer ha sido hospitalizada para estabilización de la diabetes. Se le prescribe erróneamente tres veces la dosis habitual de un medicamento antidiabético. La dosis anormalmente alta es administrada y la paciente presenta un episodio de hipoglucemia.
	Daño	Hipoglucemia en el contexto de la diabetes mellitus [5A21]
	Causa	Fármacos, medicamentos o sustancias biológicas asociadas con

		lesión o daño en su uso terapéutico [PL00]; Medicación (use código adicional, si lo desea) - Antidiabético [XM8S35]
	Modo	Sobredosis de una sustancia como modo de lesión o daño [PL13.0]
	Código combinado	[5A21]/[PL00]&[XM8S35]/[PL13.0]
2	Caso	Paciente que ingresó al hospital con alucinaciones debidas a la profilaxis de la malaria con mefloquina prescrita y tomada a la dosis correcta.
	Daño	Alucinaciones visuales [MB27.27]
	Causa	Fármacos, medicamentos o sustancias biológicas asociadas con lesión o daño en su uso terapéutico [PL00]; Medicación (use código adicional, si lo desea) - Mefloquina [XM50J2]
	Modo	Lesión o daño relacionado con fármaco o medicamento en un contexto de administración o dosificación correcta, como modo de lesión o daño [PL13.2]
	Código combinado	MB27.27/PL00&XM50J2/PL13.2
3	Caso	Un hombre visita a un médico de atención primaria para la extracción de una tumoración en la piel, principalmente para descartar la posibilidad de malignidad. La lesión es extirpada y la herida se sutura. Más tarde, se sabe que el médico tenía hepatitis C y el paciente ahora ha contraído esta enfermedad.
	Daño	Hepatitis C aguda [1E50.2]
	Causa	Procedimiento de biopsia, no clasificada en otra parte, asociada con lesión o daño en su uso terapéutico [PK81.5]
	Modo	Falla en las precauciones de esterilización, como modo de lesión o daño [PL11.4]
	Código combinado	[1E50.2]/[PK81.5]/[PL11.4]
4	Caso	Ingresa una anciana por fractura del cuello del fémur. Se lleva a cabo la fijación quirúrgica. El sitio operatorio sangra mucho el día después de la intervención quirúrgica, lo que requiere el regreso al quirófano.
	Daño	Hemorragia no clasificada en otra parte [MG27]
	Causa	Procedimiento musculoesquelético asociado con lesión o daño, abordaje abierto [PK80.80] (Los procedimientos quirúrgicos ortopédicos se incluyen aquí)
	Modo	Modo de lesión o daño asociado con cirugía u otro procedimiento médico, sin especificación [PL11.Z] (Nota: seleccione [PL11.Z] porque la documentación del caso no menciona ningún modo o mecanismo específico por el cual se produjo una hemorragia)
	Código combinado	[MG27]/[PK80.80]/[PL11.Z]
5	Caso	Un hombre de 63 años tuvo un reemplazo de rodilla izquierda hace menos de un año, debido a la artritis. El dispositivo implantado se ha aflojado, produciendo dolor y reducción de la función.

	Daño	Dolor articular [ME82]; Sitio anatómico específico (use código adicional, si lo desea) Articulación de la rodilla [XA8RL1]; Lateralidad (use código adicional, si lo desea) - Izquierda [XK8G]
	Causa	Dispositivos ortopédicos asociados con lesión o daño: prótesis u otros implantes, materiales o dispositivos accesorios. [PK99.2]
	Modo	Desplazamiento, mala conexión o desprendimiento, como modo de lesión o daño [PL12.4]
	Código combinado	[ME82]&[XA8RL1]&[XK8G]/[PK99.2]/[PL12.4]
6	Caso	Un hombre tiene cáncer de intestino. La intervención quirúrgica abdominal se realizó hace varios días para resecar la parte afectada del colon y volver a unir la parte preservada del colon. La anastomosis tuvo una filtración y requirió revisión quirúrgica.
	Daño	Fuga postquirúrgica [NE81.3] (fuga de la anastomosis es un término del Índice)
	Causa	Procedimiento gastrointestinal, abdominal o de la pared abdominal asociado con lesión o daño en su uso terapéutico [PK80.3]
	Modo	Otro modo de lesión o daño especificado asociado con cirugía u otro procedimiento médico [PL11.Y]. (Nota: seleccione [PL11] porque la documentación del caso no menciona ningún modo o mecanismo específico por el cual se produjo la fuga anastomótica).
	Código combinado	[NE81.3]/[PK80.3]/[PL11.Z]
7	Caso	Infección refractaria del tracto urinario debida a la permanencia crónica de un catéter permanente
	Daño	Infección urinaria, localización y microbio patógeno no especificados [GC08.Z]
	Causa	Dispositivos de gastroenterología o urología asociados con lesión o daño: sonda urinaria [PK93.10]
	Modo	Otro modo de lesión o daño especificado asociado con un dispositivo quirúrgico u otro dispositivo médico, implante o injerto [PL12.Y] (Nota: seleccione [PL12.Y] porque ninguno de los tipos de modo más específicos parece conducir a una infección por el dispositivo)
	Código combinado	[GC08.Z]/[PK93.10]/[PL12.Y]
8	Caso	Paciente anciano se cae de la cama en un hospital y sufre una fractura de cadera izquierda. La documentación describe que la enfermera se olvidó de colocar los barandales de la cama en su lugar, lo que provocó la caída del paciente.
	Daño	Fractura del cuello del fémur [NC72.2]; Lateralidad (use código adicional, si lo desea) Izquierda [XK8G]
	Causa	Otras causas de lesión o daño relacionadas con la atención médica [PL10]
	Modo	Caída en centro de cuidado de la salud [PL14.E]

	Código combinado	[NC72.2]&XK8G/[PL10]/[PL14.E]
9	Caso	El paciente recibió una transfusión de glóbulos rojos y desarrolló síntomas severos que desaparecieron después de una hora. Se descubrió que la sangre no era compatible (incompatibilidad no a ABO ni Rh).
	Daño	Otras reacciones séricas [NE80.3]
	Causa	Otras causas de lesión o daño relacionadas con la atención médica [PL10]
	Modo	Sangre incompatible usada en transfusión [PL14.3]
	Código combinado	[NE80.3/[PL10]/[PL14.3]]
10	Caso	Neumotórax del lado derecho causado por ventilación mecánica en una unidad de cuidados intensivos
	Daño	Neumotórax, sin especificación [CB21.Z]; Lateralidad (use código adicional si lo desea) – Derecho [XK9K]
	Causa	Ventilación asociada con lesión o daño en su uso terapéutico [PK81.0]
	Modo	Modo de lesión o daño asociado con cirugía u otro procedimiento médico, sin especificación [PL11.Z]
	Código combinado	[CB21.Z]&XK9K/[PK81.0]/[PL11.Z]
11	Caso	Paciente con neutropenia debida a tratamiento crónico con clozapina
	Daño	Neutropenia adquirida 4B00.01
	Causa	Fármacos, medicamentos o sustancias biológicas asociadas con lesión o daño en su uso terapéutico [PL00]; Medicación (utilice un código adicional si lo desea) – [Warfarina XM86W0]
	Modo	Lesión o daño relacionado con fármaco o medicamento en un contexto de administración o dosificación correcta, como modo de lesión o daño [PL13.2]
	Código combinado	4B00.01/PL00&XM86W0/PL13.2

Tenga en cuenta que en cada uno de estos ejemplos, un modo o mecanismo de daño se codifica junto con el código de causa del daño para todos los casos. Esto es cierto, incluso cuando un modo de daño no es aparente. En las últimas situaciones, se debe seleccionar un código para "modo o mecanismo de lesión no especificado", para cualquier daño relacionado con sustancias, daños relacionados con procedimientos o daños relacionados con dispositivos. Para las "otras causas relacionadas con la atención médica", es necesario codificar el daño (desde cualquier lugar de la clasificación) seguido del código [PL10 Otras causas de lesión o daño relacionadas con la atención médica], seguido del código apropiado de la categoría [PL14 Modo de lesión o daños asociado con otras causas relacionadas con la atención de salud] (donde hay varias opciones del modo).

Consideraciones acerca de la distinción entre envenenamiento y sobredosis de fármacos, medicamentos o sustancias biológicas en el contexto clínico

Es importante hacer una distinción entre una sobredosis en el contexto de la atención clínica y una intoxicación que no está en un contexto clínico. Las primeras se codificarán utilizando los códigos en la sección "Causas de daños o lesiones relacionadas con la atención médica" del Capítulo 23, mientras que las intoxicaciones se codificarán en las secciones "Causas no intencionales" o "Lesiones autoinfligidas intencionalmente" del Capítulo 23.

Los siguientes escenarios ayudarán a ilustrar la distinción:

1. Un paciente adulto recibe una sobredosis de un medicamento recetado, porque una enfermera inyecta inadvertidamente una dosis excesiva.
2. Un adulto toma inadvertidamente una sobredosis de su propia medicación prescrita, porque el médico escribió la receta incorrectamente.
3. Un adulto toma inadvertidamente una sobredosis de su propio medicamento recetado, porque el farmacéutico le dio instrucciones incorrectas.
4. Un adulto toma inadvertidamente una sobredosis de su propia medicación prescrita, porque entendió mal las instrucciones del frasco de píldoras y las instrucciones verbales que le dieron tanto el farmacéutico como su médico.
5. Un adulto toma inadvertidamente una sobredosis de su propio medicamento recetado, y no está claro en la documentación o en la investigación del caso por qué se cometió un error.
6. Un adulto toma intencionalmente una sobredosis de su propio medicamento recetado con intención no determinada.
7. Un adulto toma intencionalmente una sobredosis de su propio medicamento recetado con intención de autolesionarse.
8. Un niño ingiere varias pastillas del frasco de pastillas recetado para su madre y se encuentra soñoliento.

El escenario 1 es claramente una sobredosis que surge de un error en un contexto de atención médica, mientras que el escenario 8 es claramente una intoxicación de un niño que no está en un contexto de atención médica terapéutica.

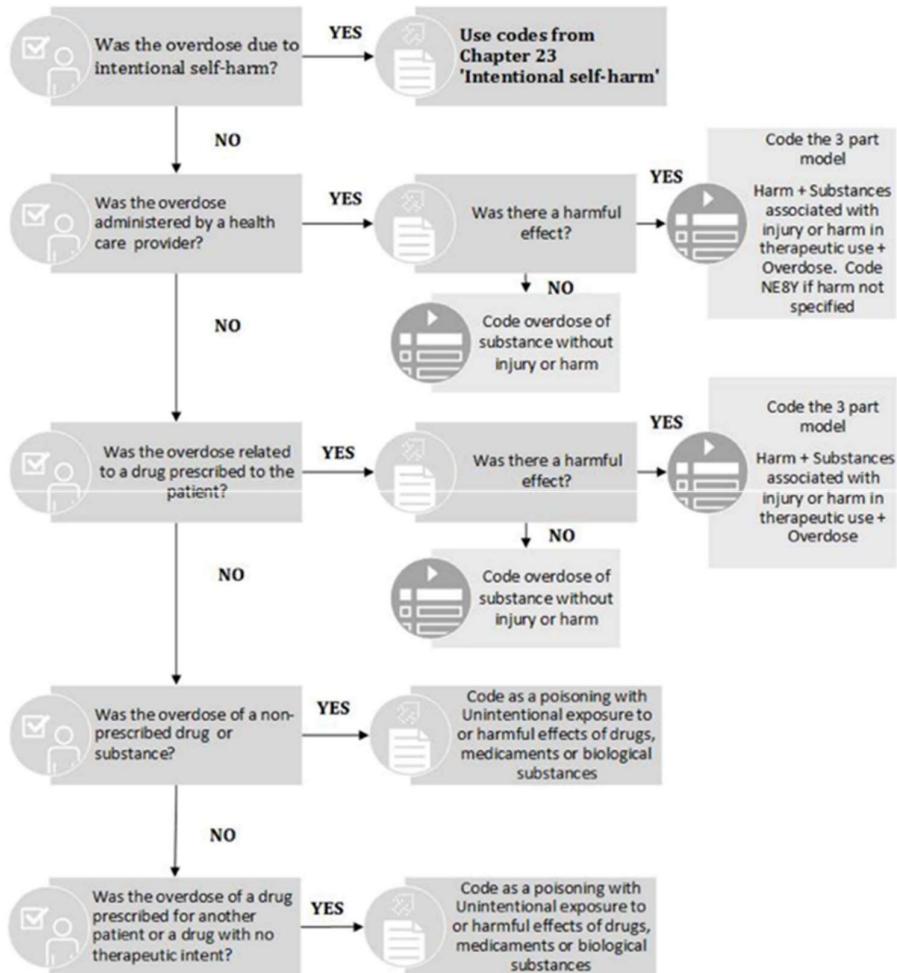
El escenario 7 también debe codificarse como un episodio de envenenamiento, ya que las píldoras no se tomaron con una intención terapéutica, sino con la intención suicida (el concepto de "autolesión intencional" anula otras consideraciones).

Los escenarios 2 y 3 son sobredosis que surgen de problemas en un contexto de atención médica (y se codifican utilizando los códigos de "Causas de daños o lesiones relacionados con la atención médica"). En ambos escenarios, el contexto es el del tratamiento con medicamentos y las acciones de los proveedores de atención médica.

Los escenarios 4, 5 y 6 son menos sencillos, aunque bastante comunes en la atención del paciente. El contexto del uso de medicamentos sigue siendo claramente el de tratar una condición médica y el hecho de que el medicamento fue prescrito a los pacientes lo convierte en un contexto de uso terapéutico (siempre que no se mencione la lesión intencional autoinfligida). Debido al contexto

terapéutico, estos escenarios deben codificarse utilizando los códigos de "Causas de daños o lesiones relacionados con la atención médica", en lugar de los códigos de envenenamiento.

Figura 1: Diagrama de flujo para la codificación de la intoxicación frente a la sobredosis



Instrucciones acerca de cuándo se aplica el modelo de calidad y seguridad de tres partes y cuándo no.

Las secciones y ejemplos anteriores describen escenarios en los que un aspecto de la atención (un medicamento, un procedimiento, un dispositivo u otro aspecto del manejo) se ha relacionado causalmente con una afección que un paciente ha desarrollado. Sin embargo, en muchos casos, las afecciones surgen en el ámbito de la atención médica sin documentación explícita que sugiera un vínculo causal con un aspecto de la atención. Ejemplos específicos incluyen:

- embolia pulmonar que surge 2 días después de un procedimiento quirúrgico
- fibrilación auricular después de la intervención quirúrgica
- presión arterial baja 1 día después de la administración de un medicamento
- neumonía desarrollada el día 4 de una estancia hospitalaria

- infección del tracto urinario que surge en el hospital sin ninguna mención de catéteres

En cada uno de estos ejemplos, el modelo de calidad y seguridad de tres partes NO se aplicaría si no hay documentación explícita que confirme un vínculo causal con otro aspecto de la atención, ya sea un medicamento, procedimiento, dispositivo u otro aspecto de la atención. Es importante destacar que la mera mención de un procedimiento quirúrgico o la administración de un medicamento en los ejemplos anteriores, NO significa que esos factores jugaron un papel causal, porque las declaraciones clínicas simplemente mencionan el momento del diagnóstico, con palabras descriptivas como "después", "a continuación", 'ocurriendo el día XX'. En tales casos, la codificación correcta de las afecciones sería codificar la afección médica en cualquier capítulo de la CIE-11 junto con un código de extensión para el tiempo (en particular, los códigos de extensión para diagnósticos que surgen durante una estancia hospitalaria, más o menos los códigos de extensión optionales para el momento transoperatorio o postoperatorio de un diagnóstico).

Los ejemplos anteriores se codificarían de la siguiente manera:

- [BB00.0] Tromboembolia pulmonar aguda & [XY69] Desarrollada después de la admisión & [XY7V] posoperatoria
- [BC81.3] Fibrilación auricular & [XT5R] aguda & [XY69] Desarrollada después de la admisión & [XY7V] posoperatoria
- [BA2Z] Hipotensión, sin especificación & [XY69] desarrollada después de la admisión
- [CA40.Z] Neumonía, organismo sin especificación & [XY69] Desarrollada después de la admisión
- [GC08.Z] Infección urinaria, localización y microbio patógeno no especificados & [XY69] Desarrollada después de la admisión

2.24.17.2 Causalidad en el contexto de la calidad y la seguridad

Hay matices del lenguaje en la documentación que indicarán si existe un vínculo causal entre una causa y un daño.

Términos de conexión que implican una relación causal

Una relación causal es fuertemente sugerida por los siguientes términos:

Términos	Notas adicionales
como (una) complicación de, complicada - por, complicando, complicación (es) de	-
como causa de, causa de, causada, causada por, causando	-
como un resultado de, resultó en, resultando en, con resultante, con resultado	-
a causa de	-
debido a	-
a partir de	-

inducida, inducido por	-
conduciendo a, dando lugar a	-
relacionado a,	-
precipitada por	-
producido	-
secundaria a	-
probablemente relacionado con	Codificación de criterio personal. Sin embargo, el clínico está haciendo una inferencia causal con este término.
posiblemente secundaria a,	Codificación de criterio personal. Sin embargo, el clínico está haciendo una inferencia causal con este término.
probablemente secundaria a	Codificación de criterio personal. Sin embargo, el clínico está haciendo una inferencia causal con este término.
puede ser la razón para	Codificación de criterio personal. Sin embargo, el clínico está haciendo una inferencia causal con este término.

Términos de conexión donde la relación causal no es clara

Ocasionalmente, puede haber términos de conexión que indiquen la causalidad, pero sin una afirmación explícita de un vínculo causal. Los ejemplos se muestran a continuación. En estas circunstancias, los codificadores deben buscar texto adicional o información auxiliar que implique causalidad.

Términos

Asociada con
Acompañada por
Incidental a

Términos de conexión que NO implican una relación causal

En la documentación clínica, los términos se utilizan a menudo para describir una asociación temporal. Los términos enumerados en la tabla anterior (de "términos de conexión que implican una relación causal") son términos de conexión que sugieren una asociación causal que normalmente también es una asociación temporal. En contraste, hay una serie de términos que describen solo asociaciones temporales. Ejemplos de tales términos se enumeran a continuación:

Términos

después
también
y
durante
con
surgiendo en o durante
consistente con
seguido por, siguiendo
cometido después / durante / dentro / cuando
ocurrió después / durante / dentro / cuando / mientras
posoperatorivamente, postoperatorio, ocurrió en el postoperatorio

Si los términos de conexión de este tipo aparecen en la documentación clínica sin ninguno de los conectores causales mencionados anteriormente, evite el uso del modelo de calidad y seguridad de tres partes.

Términos como "posoperatorio", "postoperatorio", "tras un procedimiento", etc., son una situación especial porque históricamente se han considerado, en algunos sistemas de codificación, como indicativos de un vínculo causal. Sin embargo, como se aprecia en los ejemplos específicos anteriores, afecciones como la infección del tracto urinario, la neumonía y la fibrilación auricular pueden surgir temporalmente después de la intervención quirúrgica, sin que necesariamente sean causadas por la intervención quirúrgica. Es por esta razón que las pautas presentadas aquí están indicando a los codificadores que busquen conexiones causales explícitas. (Es importante destacar que las condiciones postoperatorias como la neumonía, la infección del tracto urinario y la fibrilación auricular aún pueden codificarse con códigos de extensión informativos que especifican la cronología, es decir, "que surgen durante la estancia hospitalaria" y / o "postoperatoria", y permiten la derivación de eventos adversos en indicadores en el análisis de datos).

Otras situaciones específicas donde el contexto clínico implica una relación causal

Hay algunas situaciones clínicas en las que puede no haber términos de conexión que apuntan explícitamente a la causalidad, pero donde las circunstancias clínicas sin embargo apuntan claramente a la causalidad. Algunos ejemplos aparecen a continuación:

Situaciones específicas

- falla del dispositivo
- Dispositivo infectado
- Tornillos sueltos
- Sangrado posprocedimiento
- Infección de herida posoperatoria
- Dehiscencia (de herida quirúrgica)
- Hematoma de herida (quirúrgica)

En cada uno de estos, está claro que la situación no se habría producido en ausencia de un procedimiento o un problema del dispositivo. En consecuencia, se debe aplicar el modelo de calidad y seguridad de tres partes.

En contraste, las condiciones como la neumonía postoperatoria o la embolia pulmonar postoperatoria, o la fibrilación auricular postoperatoria son diferentes de las situaciones específicas enumeradas en la tabla anterior. Esto se debe a que los problemas que no están relacionados con el procedimiento quirúrgico (es decir, diferentes de una "herida" que está sin duda provocada por la intervención quirúrgica) pueden desencadenar problemas como la neumonía, la embolia pulmonar o la fibrilación auricular.

2.24.17.3 Afecciones crónicas tras un procedimiento

Hay muchas afecciones clínicas crónicas que ocurren ya sea como consecuencia de procedimientos y técnicas específicas o como resultado de la extirpación de un órgano, p. ej. Síndrome de linfedema postmastectomía, hipotiroidismo post-irradiación. En muchos casos, los códigos para tales condiciones crónicas posteriores al procedimiento se encuentran en la CIE-11 dentro de varios capítulos de sistemas corporales.

Los ejemplos incluyen:

- BE10 Síndrome poscardiotomía
- 5D40.Z Hipotiroidismo tras un procedimiento, sin especificación
- GC72 Estenosis uretral tras un procedimiento
- GC70 Adherencias vaginales posoperatorias

Estos son, por su propia naturaleza, códigos un tanto precoordinados que capturan tanto la noción de una condición clínica como la noción de que está causada por un procedimiento. Es posible que algunos deseen simplemente usar dichos códigos solos sin combinación. Sin embargo, recomendamos que los codificadores sigan utilizando el modelo de 3 partes con dichos códigos cuando sea posible, ya que el modelo permite agregar más especificidad de detalles clínicos alrededor del tipo específico de procedimiento quirúrgico que causó la afección, y también potencialmente el modo a través del cual el procedimiento produjo la afección.

Ejemplo 1: Estenosis uretral debida a radiación previa para el tratamiento del cáncer de próstata.

Codifique [GC72] Estenosis uretral tras un procedimiento Se pueden agregar detalles adicionales al código [GC72] con la adición de: [PK81.C] Radioterapia asociada con lesión o daño en su uso terapéutico, [PL11.Y] Otro modo especificado de lesión o daño asociado con una intervención quirúrgica u otro procedimiento médico. Código de combinación: [GC72]/[PK81.C]/[PL11.Y]

No obstante, observe que ocasionalmente habrá casos en los que sea completamente innecesario utilizar el modelo de tres partes ya que el código para la afección crónica posterior al procedimiento ya contiene una información clínica completa. Por ejemplo:

- *9D21 Fragmentos de catarata en el ojo tras cirugía de catarata* (en este caso, sería muy redundante codificar "procedimiento oftálmico" y su correspondiente modo, dado que toda la información está incluida ya de forma inherente en este solo código).
- *EL61 Radiodermitis crónica después de la radioterapia* (nuevamente, es redundante codificar "radioterapia" como procedimiento que causa el daño, así como "modo no especificado" en este caso).

En relación con los dos ejemplos precedentes, reiteramos la recomendación de prioridad superior de que ha de emplearse el modelo de tres partes siempre que sea posible. Los codificadores deben valorar simplemente caso por caso según su criterio

en qué casos les resulta obvio que el código adicional del procedimiento o del modo son redundantes.

2.24.17.4 Eventos adversos y circunstancias en el cuidado de la salud que no causan lesiones o daños reales

Hay casos en el contexto de la atención a la salud en los que les ocurren eventos a los pacientes y donde surgen problemas, pero donde no existe una consecuencia adversa real para el paciente como una afección médica registrada. Ejemplos específicos incluyen:

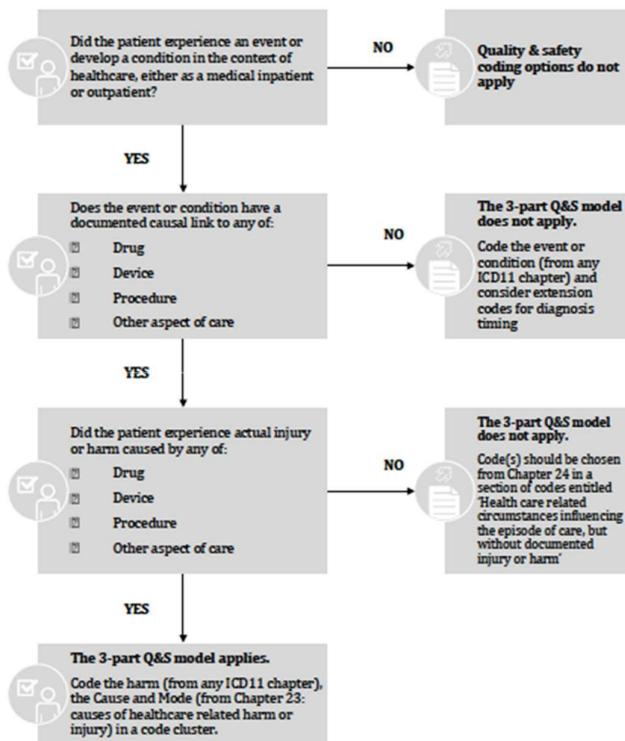
- Una caída en la unidad médica sin fractura u otro traumatismo.
- Un medicamento incorrecto administrado sin daño al paciente.
- Un medicamento administrado al paciente equivocado sin dañar al paciente.
- Un retraso en la administración de fármacos sin efecto negativo en el curso clínico
- Fallo documentado de precauciones de esterilización en un procedimiento quirúrgico sin la consiguiente infección.
- Dispositivo ortopédico desplazado sin síntomas ni problemas.
- Aguja adherida inadvertidamente sin lesiones u otro daño documentado.

En estas circunstancias, los códigos deben elegirse del Capítulo 24 Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud en la sección titulada "Circunstancias relacionadas con la atención médica que influyen en el episodio de atención, sin lesiones ni daños documentados". Estos códigos se organizan utilizando las cuatro categorías de daños relacionados con la atención médica que aparecen en el Capítulo 23 Causas externas de morbilidad o mortalidad (medicamentos, dispositivos, procedimientos y otras causas relacionadas con la atención médica), pero con la importante distinción que las circunstancias descritas a través de la codificación de que NO causaron daño real al paciente.

Los ejemplos anteriores se codificarían de la siguiente manera:

- [QA8E] Caída durante la atención médica sin daño o lesión, documentados
- [QA72] Sustancia incorrecta sin daño ni lesión, documentados
- [QA8D] Paciente recibió una prueba de diagnóstico o tratamiento destinado a otro paciente sin daño o lesión, documentados
- [QA8B] Retraso en el tratamiento, sin daño o lesión, documentados
- [QA52] Fallo de precauciones de esterilización sin daño o lesión, documentados
- [QA62] Desplazamiento, mala conexión o desconexión sin daño o lesión, documentados
- [QA8F] Pinchadura de aguja, sin daño o lesión, documentados

Figura 1: Algoritmo de resumen para codificar eventos y condiciones que surgen en el contexto de la atención médica



Algoritmo de calidad y seguridad

2.24.17.5 Recomendaciones para la captura y organización de datos

Los sistemas de información deben ser capaces de capturar los tres componentes y marcar los tres códigos como pertenecientes al mismo grupo (ver también las instrucciones para la poscoordinación y la codificación combinada).

2.24.18 Notas específicas por capítulo

A continuación se proporciona una guía al codificador para capítulos específicos donde se pueden encontrar problemas al seleccionar los códigos preferidos de la "afección principal". Las pautas y reglas generales anteriores se aplican a todos los capítulos, a menos que una nota de capítulo específica indique lo contrario.

2.24.18.1 Capítulo 1: Algunas enfermedades infecciosas y parasitarias

Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]

Un paciente con un sistema inmunológico comprometido debido a la enfermedad del VIH a veces puede requerir tratamiento durante el mismo episodio de atención para más de una enfermedad, por ejemplo, infecciones por micobacterias y citomegalovirus. Solo las subcategorías para la enfermedad del VIH asociada con la tuberculosis y la malaria están precoordinadas en este bloque para la enfermedad del VIH. Cuando el profesional de la salud documente otra enfermedad específica causada por el VIH, poscoordine la enfermedad causada por el VIH con la subcategoría apropiada para la enfermedad del VIH según lo registrado por el profesional de la salud.

Ejemplo 1:

El paciente tiene la enfermedad del VIH y es admitido para el tratamiento del sarcoma de Kaposi del paladar blando. Afección principal: Sarcoma de Kaposi debido a la enfermedad del VIH. El sarcoma de Kaposi está registrado como una enfermedad causada por el VIH. Por lo tanto, el código de base para el sarcoma de Kaposi es poscoordinado con el código de base aplicable para el VIH.

Afección principal: [2B57.Y] Sarcoma de Kaposi de otra localización primaria especificada & [XA8HL5] Paladar blando / [1C62.3] Infección por el VIH en estadio clínico 4 sin mención de tuberculosis o malaria.

Ejemplo 2:

El paciente tiene la enfermedad del VIH y es admitido para el tratamiento de la toxoplasmosis. Afección principal: Toxoplasmosis debida al VIH. Afección principal: [1F57.Z] Toxoplasmosis, sin especificación / [1C62.3] Infección por el VIH en estadio clínico 4 sin mención de tuberculosis o malaria

Sepsis con o sin choque séptico

El concepto de sepsis ha sufrido cambios importantes durante las últimas décadas y la definición actual establecida y aceptada internacionalmente en 2016 es que la sepsis es una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección.

La sepsis no se considera una enfermedad en sí misma, sino una reacción a una enfermedad infecciosa que puede ser de etiología bacteriana, viral, fúngica o protozoaria. El choque séptico se define como un subconjunto de la sepsis en el que las anomalías circulatorias, celulares y metabólicas son lo suficientemente profundas como para aumentar sustancialmente la mortalidad.

Un código combinado que involucra un caso de sepsis documentada debe incluir:

- Primero, un código de base que represente la infección causante (especificada o no especificada) y, según corresponda, un código de extensión opcional para el agente infeccioso, si se conoce.
- Segundo, un código de base para la sepsis con o sin choque séptico de acuerdo a lo registrado.

Nota: Si la infección causante está descrita como generalizada o una infección específica no está descrita, asigne un código de referencia para el mayor nivel de especificidad descrito en relación con la infección.

Ejemplo 1:

Paciente ingresado para tratamiento de neumonía neumocócica que causa sepsis. Afección principal: neumonía neumocócica que causa sepsis

Codifique primero la infección causante, [CA40.07] Neumonía por Streptococcus pneumoniae y poscoordine con el código de base [1G40] Sepsis sin choque séptico

Código combinado de la afección principal: [CA40.07]/[1G40]

Ejemplo 2:

Paciente ingresado para tratamiento de influenza severa A H1N1 causando sepsis.

Codifique primero la infección causante, Influenza [1E30 Influenza debida a virus de influenza estacional identificado] con código de extensión opcional para A H1N1 [XN297] y poscoordinado con el código de base para la sepsis sin choque séptico [1G40]. Código combinado de la afección principal: [1E30]&[XN297]/[1G40]

Ejemplo 3:

Paciente ingresado para tratamiento de sepsis por E. coli. Afección principal: Sepsis por E. coli. Codifique primero la infección causante. En este ejemplo, una infección específica no está descrita; por lo tanto, se asigna un código para la infección bacteriana del sitio no especificado [1C41], con el código de extensión opcional para Escherichia coli [XN6P4] y se poscoordina con el código de base para la sepsis sin choque séptico [1G40]. Código combinado de la afección principal: [1C41]&[XN6P4]/[1G40]

Ejemplo 4:

Paciente con choque séptico y falleció poco después del ingreso. Afección principal: Choque séptico, infección desconocida. Codifique primero la infección causante. En este ejemplo, una infección específica es desconocida; por lo tanto, use un código para infección, no especificada [IG7Z] y luego poscoordínelo con el de sepsis con choque séptico [1G41]

Código combinado de la afección principal: IG7Z / 1G41

2.24.18.2 Capítulo 2: Neoplasias

Al codificar las neoplasias, consulte las instrucciones al nivel de las categorías individuales con respecto a la asignación de códigos y el uso de códigos de extensión adicionales de descripciones de sitios o de la morfología. Se debe registrar la neoplasia, ya sea primaria o metastásica, que es el foco de atención durante un episodio relevante de atención médica.

Cuando la "afección principal" registrada por el profesional de la salud es una neoplasia primaria y la "otra afección" es una neoplasia secundaria (metástasis), codifique cada neoplasia por separado. No poscoordine el código de base para la neoplasia primaria con el código de base para la neoplasia secundaria.

Cuando la afección principal registrada por el profesional de la salud es una neoplasia secundaria (metástasis) y la neoplasia primaria ya no está presente (se ha eliminado durante un episodio previo de atención o la documentación indica antecedentes personales de esa neoplasia), codifique la neoplasia secundaria (metástasis) como la afección principal y codifique por separado como otra afección, el código de base de 'historia personal de'. No poscoordine el código de base de la neoplasia secundaria con el código de base de "historia personal de". (Ver ejemplo abajo). También, consulte la Sección 2.24.13 "Codificación" de Antecedentes de" y "Antecedentes familiares de" para la codificación de estos casos.

Cuando la afección principal registrada por el profesional de la salud es "Examen de seguimiento" (una circunstancia codificable en el Capítulo 24 Factores que influyen en el estado de salud o contacto con los servicios de salud) y la "otra afección" registrada es una "historia personal de", asigne el código de "examen de seguimiento" aplicable como afección principal y codifique por separado el código de base de "historia personal de" como la otra afección. No poscoordine el código

de base del "examen de seguimiento" con el código de base de "historia personal de". Consulte la sección 2.24.13 de Sección Codificación de "Antecedentes de" y "Antecedentes familiares de" para la dirección de la codificación.

Ejemplo 1:

Una paciente es admitida para la investigación de una tumoración en el pecho. La investigación concluye tumor maligno de la mama izquierda. Se realiza una mastectomía y el estudio histopatológico muestra una diseminación a los ganglios linfáticos regionales (axila izquierda). Se indica la quimioterapia. Afección principal: Carcinoma de mama. Otra afección: metástasis a los ganglios linfáticos regionales. Procedimiento: mastectomía. Codifique la afección principal como neoplasia maligna en la mama con el código de extensión opcional "izquierda" [2C6Z]&[XK8G]. Codifique de manera combinada como otra afección la neoplasia maligna secundaria en los ganglios linfáticos con el código de extensión opcional 'izquierda' [2C6Z]&[XK8G]

Ejemplo 2:

Paciente con antecedentes de carcinoma de mama resecado hace dos años que ingresa para una broncoscopia con biopsia. La investigación reveló carcinoma secundario en el pulmón. Afección principal: Carcinoma secundario en pulmón. Otra afección: Carcinoma de mama resecado hace dos años. Procedimiento: broncoscopia con biopsia. Codifique la afección principal como "Metástasis de neoplasia maligna en pulmón" [2D70]. Codifique "Antecedentes personales de neoplasia maligna de mama" [QC40.3] como otra afección y poscoordine el código de base Neoplasia maligna de mama, sin especificación [2C6Z] para especificar la historia personal relacionada con el cáncer primario de mama. Consulte la Sección 2.24.13 Codificación de "Antecedentes de" y "Antecedentes familiares de". Afección principal: [2D70]. Otra afección: Opción 1: [QC40.3]; Opción 2: [QC40.3]/[2C6Z]

Ejemplo 3:

Ingresa el paciente para la reevaluación del cáncer de vejiga mediante cistoscopia. El paciente tiene antecedentes de cáncer de vejiga previamente extirpado. No hay evidencia de recurrencia. Afección principal: examen de seguimiento por cistoscopia. Otras afecciones: antecedentes de cáncer de vejiga. Procedimiento: cistoscopia. Codifique la afección principal como "Examen de seguimiento después del tratamiento de neoplasia maligna" [QA06]. Opción 1: Codifique "Historia personal de neoplasia maligna del tracto urinario"[QC40.5]. Opción 2: Codifique "Historia personal de neoplasia maligna del tracto urinario" [QC40.5] como otra afección y poscoordine el código de base "Neoplasia maligna de vejiga, sin especificación" [2C94.Z] para especificar el historial personal relacionado con el cáncer de vejiga. Consulte la Sección 2.24.13 Codificación de "Antecedentes de" y "Antecedentes personales de". Afección principal: QA06. Código combinado para otras afecciones: Opción 1: [QC40.5]; Opción 2: [QC40.5]/[2C94.Z]

Neoplasias malignas de sitios múltiples primarios independientes

El código de base para las neoplasias malignas de sitios múltiples independientes (primarios) debe ser asignado como la afección principal cuando el profesional de la salud registra dos o más neoplasias malignas primarias independientes como afección principal, ninguna de las cuales es predominante. Luego, opcionalmente,

pueden asignarse los códigos adicionales para identificar las neoplasias individuales como otras afecciones para identificar cada neoplasia maligna primaria registrada. Se pueden agregar códigos de extensión a cada código de base de las neoplasias malignas primarias para identificar detalles adicionales de la histopatología y el sitio.

Ejemplo 1:

El registro indica que el paciente tiene carcinomatosis del peritoneo de una neoplasia primaria de sitio desconocido. Afección principal: Carcinomatosis del peritoneo. Codifique como afección principal 'Metástasis de neoplasia maligna al peritoneo [2D91]. Codifique como otra afección Neoplasias malignas de localizaciones primarias mal definidas o no especificadas, sin especificación [2D4Z]. Afección principal: [2D91] Otra afección: [2D4Z]

Ejemplo 2:

Afección principal: mieloma múltiple. Otras afecciones: Adenocarcinoma primario de próstata. Codifique como afección principal "Mieloma de células plasmáticas" [2A83.1]. Codifique como otra afección "Adenocarcinoma de próstata" [2C82.0]. Afección principal: [2A83.1]. Otra afección: [2C82.0]

Neoplasias malignas no especificadas de sitios mal definidos o no especificados

Este código se debe usar solo cuando el profesional de la salud haya registrado claramente la neoplasia como de un sitio primario desconocido o como un tumor maligno no especificado, que se supone es primario.

Metástasis de neoplasias malignas, sitio no especificado

Este código se debe utilizar como afección principal solo cuando la neoplasia maligna se describe como "metástasis diseminadas" o "carcina metastásico" (u otros términos similares a los descritos en la lista de inclusión del código) pero los sitios específicos no están documentados.

2.24.18.3 Capítulo 3: Enfermedades de la sangre o de los órganos hematopoyéticos

Algunas afecciones clasificables en este capítulo pueden ser el resultado de la medicación u otras causas externas. Los códigos del Capítulo 23, "Causas externas de morbilidad y mortalidad", pueden usarse como códigos adicionales opcionales.

Ejemplo 1:

Paciente en tratamiento de largo plazo con el trimetoprim es admitido y tratado por anemia por deficiencia de folato inducida por trimetoprim. Afección principal: Anemia por deficiencia de folato inducida por trimetoprim. Codifique como afección principal 'Anemia por deficiencia de folato inducida por drogas' [3A02.4] y poscoordine con el código de causa externa 'Fármacos, medicamentos o sustancias biológicas asociadas con lesión o daño en su uso terapéutico' [PL00] y el código de causa externa 'Lesión o daño relacionado con fármaco en un contexto de administración o dosificación correcta, como modo de lesión o daño' [PL13.2]. El código de extensión [XM7NY9] Trimetoprima, se puede agregar opcionalmente para identificar el medicamento.

Código combinado de la afección principal: [3A02.4]/[PL00] & [XM7NY9] / [PL13.2]

2.24.18.4 Capítulo 5: Enfermedades endocrinas, nutricionales o metabólicas

Ciertas afecciones clasificables en este capítulo pueden ser el resultado de medicamentos u otras causas externas. Los códigos del Capítulo 23, "Causas externas de morbilidad y mortalidad", pueden usarse como códigos adicionales opcionales.

Diabetes mellitus

Cuando el profesional de la salud ha documentado una complicación como debida a la diabetes mellitus, poscoordine la complicación y los códigos de base de la diabetes mellitus. Si se documenta que más de una afección se debe a la diabetes mellitus, cada concepto clínico distinto (cada afección causada por la diabetes) se codifica por sí misma y es poscoordinada con el código de base de la diabetes mellitus, aunque esto signifique repetir el código de la diabetes en cada grupo. (Consulte el ejemplo 2 a continuación).

Ejemplo 1:

Afección principal: Insuficiencia renal debida a la diabetes mellitus tipo 2. La insuficiencia renal está reportada como debida a la diabetes mellitus; por lo tanto, codifique a 'Insuficiencia renal, sin especificación' [GB6Z] y poscoordinada con el código de base [5A11] diabetes mellitus tipo 2. Código combinado de la afección principal: [GB6Z]/[5A11]

Ejemplo 2:

Afección principal: diabetes tipo 1 con nefropatía diabética. Otra afección: catarata diabética. Codifique como afección principal "Diabetes mellitus tipo 1" [5A10] poscoordinada con el código de base "Enfermedad renal crónica, etapa no especificada" [GB61.Z]. Codifique como otra afección 'catarata diabética' [9B10.21] poscoordinada con el código de base diabetes mellitus tipo 1 [5A10].

Código combinado de la afección principal: [5A10]/[GB61.Z]. Código combinado para otras afecciones: [9B10.21]/[5A10]

Síndrome carcinoide

Este código no debe usarse como código preferencial para la afección principal si se registra una neoplasia carcinoide, a menos que el episodio de atención se haya dirigido predominantemente al síndrome endocrino en sí y el tumor no haya sido informado.

2.24.18.5 Capítulo 6: Trastornos mentales, del comportamiento o del desarrollo neurológico

Demencia

Siempre codifique la etiología subyacente, si está documentada.

2.24.18.6 Capítulo 8: Enfermedades del sistema nervioso

Algunas afecciones clasificables en este capítulo pueden ser el resultado de los efectos de drogas u otras causas externas. Los códigos del Capítulo 23, "Causas externas de morbilidad y mortalidad", pueden usarse como códigos adicionales opcionales.

Efectos tardíos de la enfermedad cerebrovascular

Estos códigos no deben utilizarse como el código preferencial para la "afección principal" si se registra la naturaleza de la afección residual. Consulte la Sección 2.24.15 "Codificación de afecciones documentadas como secuelas (efecto tardío)".

Síntomas paralíticos

Estos códigos no deben usarse como código preferencial para la afección principal si se registra una causa actual, a menos que el episodio de atención se haya debido principalmente a la parálisis en sí y la causa no fue registrada.

Ejemplo 1:

El paciente ingresa con hemiplejia del lado izquierdo y luego de una investigación se determina que se debe a un accidente cerebrovascular isquémico agudo. Afección principal: Evento cerebral isquémico agudo con hemiplejia. Codifique como afección principal 8B11.5 Accidente cerebrovascular isquémico de causa desconocida y después poscoordine el código de base de la hemiplejía, sin especificación [MB53.Z]. Se puede agregar un código de extensión opcional para especificar que es izquierda [XK8G]. Código combinado de la afección principal: [8B11.5]/[MB53.Z]&[XK8G]

Ejemplo 2:

Paciente ingresado para entrenamiento de rehabilitación por parálisis de la pierna izquierda como resultado de un infarto cerebral hace tres años. Afección principal: Parálisis de la pierna izquierda. Codifique la afección principal como [MB55.Z] Monoplejía de extremidad inferior, sin especificación] y un código de extensión opcional para especificar [XK8G izquierda]. Poscoordine el código de base [8B25.0 Efectos tardíos de un accidente cerebrovascular isquémico]. Código combinado de la afección principal: [MB55.Z]&[XK8G]/[8B25.0]

2.24.18.7 Capítulo 9: Enfermedades del sistema visual

Deficiencia de la visión incluso la ceguera

Estos códigos no se deben usar como el código preferencial para la afección principal si se registra la causa, a menos que el episodio de atención se haya debido principalmente a la ceguera y no se registró la causa de la ceguera.

2.24.18.8 Capítulo 10: Enfermedades del oído o proceso mastoideo

Deficiencia auditiva adquirida

Estos códigos no se deben usar solos si se registra la causa, a menos que el episodio de atención se haya debido principalmente a la pérdida auditiva y no se registró la causa.

2.24.18.9 Capítulo 11: Enfermedades del sistema circulatorio

Hipertensión secundaria

Este código no debe usarse como código preferencial para la afección principal si se registra la causa. Cuando se codifica la causa, se utiliza la hipertensión

secundaria como un código adicional (código combinado) para indicar que esta manifestación ha sido relevante en el contexto de un tratamiento.

2.24.18.10 Capítulo 15: Enfermedades del sistema músculo esquelético o tejido conectivo

Muchas afecciones osteomusculares se tratan sin conocer la enfermedad subyacente. En tales casos solo se codifica la afección musculoesquelética.

2.24.18.11 Capítulo 18: Embarazo, parto o puerperio

JA05 Complicaciones después de un aborto, un embarazo ectópico o molar

Estos códigos no deben usarse como código preferencial para la afección principal, excepto cuando el nuevo episodio de atención es únicamente para el tratamiento de una complicación, por ejemplo, una complicación actual de un aborto previo. Estos códigos se pueden usar como un código adicional opcional con los códigos de "Embarazo terminado en aborto" para identificar las complicaciones asociadas y proporcionar detalles más completos de la complicación.

Ejemplo 1:

Afección principal: Embarazo tubárico roto que causa estado de choque. Otras afecciones: - Especialidad: Ginecología. Codifique como afección principal 'Embarazo tubárico' [JA01.1] y, como el choque se describe como una complicación del embarazo tubárico, poscoordine 'Choque tras un aborto, embarazo ectópico o embarazo molar' [JA05.3]. Código combinado de la afección principal: [JA01.1]/[JA05.3]

Ejemplo 2:

La paciente es diagnosticada con endometritis después de un aborto espontáneo que fue diagnosticado y tratado en un episodio previo de atención. Afección principal: endometritis después de un aborto espontáneo. Especialidad: ginecología. Este ejemplo representa un nuevo episodio de atención únicamente para el tratamiento de una complicación actual de un aborto espontáneo previo; por lo tanto, codifique la afección principal como "Infección pélvica o del aparato genital después de un aborto, embarazo ectópico o molar" [JA05.0]. No se requiere ningún otro código ya que el aborto se realizó durante un episodio previo de atención. Afección principal: [JA05.0]

Parto

El uso de estos códigos para describir la "afección principal" debe limitarse a los casos en que la única información registrada sea una declaración de parto o el método del parto. Estos códigos se pueden usar como códigos adicionales para indicar un método o tipo de parto donde no se está utilizando un apartado de datos separado o una clasificación de procedimiento para este propósito.

Ejemplo 3:

Paciente es admitida en trabajo de parto y da a luz un recién nacido sano sin complicaciones. Afección principal: Parto único espontáneo. Otras afecciones: Procedimiento: parto vaginal espontáneo. Codifique "Parto único espontáneo, sin especificación" JB20.Z como "afección principal". Afección principal: JB20.Z

Ejemplo 4:

Paciente con antecedentes de cesárea previa es admitida en trabajo de parto. La prueba de trabajo de parto vaginal no tiene éxito debido a detención de la fase activa y la madre da a luz mediante cesárea iterativa no planeada. Afección principal: Parto. Otras afecciones: Fracaso de la prueba de trabajo de parto debido a detención de la fase activa. Procedimiento: Cesárea. Codifique como afección principal 'Intento de parto fallido, no especificado' [JB0D.8] y poscoordine 'Inercia uterina secundaria' [JB02.1] porque el profesional de la salud ha documentado la causa de la prueba fallida del parto. Codifique 'Parto único por cesárea, sin especificación' [JB22.Z] como otra afección para indicar el método del parto. Código combinado de la Afección principal: [JB0D.8]/[JB02.1]. Otra afección: [JB22.Z]

Ejemplo 5:

Paciente conocida por tener un embarazo gemelar es admitida para atención del parto y da a luz a dos recién nacidos sanos. Afección principal: Parto gemelar. Otras afecciones: Procedimiento: parto espontáneo. Codifique "Embarazo gemelar" [JA80.0] como la "afección principal". Codifique 'Parto múltiple, todos espontáneos' [JB24.0] como otra afección para indicar el método de parto. Afección principal: [JA80.0]. Otra afección: [JB24.0]

Ejemplo 6:

Paciente que ingresa en trabajo de parto con 38 semanas de gestación. En el examen, no se pudo detectar la frecuencia cardíaca fetal. Afección principal: embarazo a término y parto con feto muerto. Otras afecciones: Procedimiento: parto espontáneo. Codifique "Atención materna por muerte intrauterina" [JA86.3]. Codifique como otra afección Parto único espontáneo, sin especificación [JB20.Z] para indicar el método del parto. Afección principal: [JA86.3]. Otra afección: [JB20.Z]

Ciertas enfermedades maternas clasificables en otra parte pero que complican el embarazo, el parto o el puerperio

Las subcategorías proporcionadas deben usarse como códigos de "Afección principal" en lugar de categorías fuera del Capítulo 18 'Embarazo, parto o puerperio' cuando el profesional de la salud ha indicado que las afecciones que se están clasificando han complicado el estado de embarazo, fueron agravadas por el embarazo, o por haber sido motivo de atención obstétrica. Los códigos pertinentes de otros capítulos se pueden usar como códigos adicionales opcionales para permitir la especificación de la afección. La poscoordinación se aplica cuando el código adicional especifica la afección codificada.

Ejemplo 7:

Paciente que ingresa con embarazo de 28 semanas con toxoplasmosis. Afección principal: Toxoplasmosis. Otras afecciones: Embarazo. Codifique 'Enfermedades por protozoarios que complican el embarazo, el parto o el puerperio, sin especificación' [JB63.6Z] como afección principal y, opcionalmente, codifique 'Toxoplasmosis, sin especificación' [1F57.Z] para identificar la enfermedad específica por protozoarios que complicó el embarazo. Cuando asigna el código adicional para identificar la

complicación específica, entonces se aplica la poscoordinación porque [1F57.Z] está agregando detalles adicionales específicos al código de base [JB63.6Z]. Código combinado de la afección principal: [JB63.6Z]/[1F57.Z]

2.24.18.12 Capítulo 21: Síntomas, signos o hallazgos clínicos, no clasificados en otra parte

Las categorías de este capítulo no deben usarse como códigos para la "afección principal" a menos que el síntoma, signo o hallazgo clínico sea claramente la condición principal tratada o investigada durante un episodio de atención. Los códigos de este capítulo no deben asignarse cuando se determina un diagnóstico explicativo durante el episodio de asistencia.

2.24.18.13 Capítulo 22: Traumatismos, intoxicaciones u otras consecuencias de causas externas

Cuando se registran lesiones múltiples y ninguna de estas ha sido seleccionada como la "afección principal", codifique en una de las categorías proporcionadas para declaraciones de lesiones múltiples:

- del mismo tipo para la misma región del cuerpo;
- de diferentes tipos de la misma región del cuerpo; y
- del mismo tipo para diferentes regiones del cuerpo

y poscoordine los códigos de base que describen cada lesión individual.

Tenga en cuenta las siguientes excepciones:

- para lesiones internas registradas con lesiones superficiales y / o heridas abiertas solamente, codifique las lesiones internas como la "afección principal";
- para las fracturas del cráneo y los huesos faciales con lesión intracraneal asociada, codifique la lesión intracraneal como la "afección principal";
- para la hemorragia intracraneal registrada con otras lesiones en la cabeza solamente, codifique la hemorragia intracraneal como la "afección principal";
- para las fracturas registradas con heridas abiertas en la misma ubicación solamente, codifique la fractura como la "afección principal".

Cuando se usan las categorías de lesiones múltiples, los códigos para las lesiones individuales enumeradas se usan como códigos adicionales en el mismo código combinado.

Ejemplo 1:

Paciente que sufrió lesiones en la vejiga y la uretra después de un asalto. Afección principal: lesión de vejiga y uretra. Otras afecciones: - Codifique como afección principal [NB92.8 Traumatismo en múltiples órganos pélvicos] y poscoordine los códigos de base [NB92.2Z Traumatismo en la vejiga, sin especificación] y [NB92.3Z Traumatismo de uretra, sin especificación], ya que estos códigos están agregando detalle / especificidad adicional a [NB92.8]. Código combinado de la afección principal: [NB92.8]/[NB92.2Z]/[NB92.2Z]

Ejemplo 2:

Paciente, que era el conductor de una motocicleta, perdió el control en la carretera y se estrelló. Las investigaciones revelaron herida intracraneal abierta con hemorragia cerebelosa. Afección principal: Herida intracraneal abierta con hemorragia cerebelosa. Otras afecciones: Codifique como afección principal [NA0A.Y Otros traumatismos especificados en la cabeza]. Otros traumatismos múltiples especificadas de cabeza] y poscoordine los códigos de base [NA07.1 Hemorragia traumática intracerebral] y [NA07.Y Otro traumatismo intracraneal especificado]. Código combinado de la afección principal: NA0A.Y/NA07.1/NA07.Y. Otro traumatismo intracraneal especificado.

2.24.18.14 Capítulo 23: Causas externas de morbilidad o mortalidad

Estos códigos no deben utilizarse como códigos para la "afección principal". Están diseñados para su uso como códigos adicionales opcionales para identificar la causa externa de las afecciones clasificadas en el Capítulo 22 y también pueden usarse como códigos adicionales opcionales con afecciones clasificadas en cualquier otro capítulo pero que tengan una causa externa.

2.24.18.15 Capítulo 24: Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud

Hay algunos episodios de atención médica que no están relacionados con el tratamiento o la investigación de una enfermedad o lesión actual (por ejemplo, monitoreo de enfermedades tratadas previamente, visitas de vacunación, búsqueda de asesoramiento relacionado con la salud). En tales situaciones, se puede encontrar un código para la afección principal en el Capítulo 24 "Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud".

2.25 Lista de tabulación de morbilidad

La lista de tabulación especial de morbilidad está pensada como base para las listas de notificación nacionales y para la comparación entre países. Las listas nacionales se pueden construir condensando o expandiendo la clasificación central según corresponda. La lista es adecuada y con la adaptación también adecuada para la notificación de los datos sobre la atención hospitalaria: con agregación notable de algunos elementos y expansión de los elementos relacionados con el Capítulo 21 "Síntomas, signos o hallazgos clínicos, no clasificados en otra parte" y el Capítulo 24 "Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con servicios de salud"- también para obtener información de otras fuentes, como atención ambulatoria y encuestas. La lista de tabulación especial no se ha diseñado para fines de codificación.

Cuando se construye una lista local para la notificación, la clave de las categorías condensadas debe contener los códigos de cuatro (o cinco) caracteres de la clasificación central. La lista ha sido diseñada para comparaciones internacionales de estadísticas de morbilidad hospitalaria. Esta lista concisa permite la comparación de la actividad hospitalaria, independientemente de los sistemas de salud, y en función de la versión de la CIE en uso. Las afecciones se han seleccionado de manera que siempre se puedan tratar en una hospitalización de al

menos 24 horas. Si, después de examinar las frecuencias de las rúbricas de cuatro caracteres de la CIE, es necesario ampliar la lista, algunos de los elementos dentro de las categorías de la CIE se pueden subdividir de acuerdo con la clasificación central o incluso al nivel de cinco caracteres. Si la lista recomendada es demasiado detallada o si se requiere una lista más corta, se puede hacer una selección basada en los intereses de salud nacional o local. Según el "perfil epidemiológico" de un país, las categorías pueden combinarse para acortar la lista.

2.25.1 Clasificación de la morbilidad en la atención clínica

La atención clínica comprende diferentes niveles de tratamiento, lo que significa un nivel de capacidad de diagnósticos que es mayor que el de la atención primaria. La CIE aborda este nivel de detalle principalmente a través de la codificación multidimensional. La atención secundaria se refiere a los servicios de atención médica prestados por especialistas médicos y otros profesionales de la salud que generalmente no se tienen en el primer contacto con los pacientes, por ejemplo, cardiólogos, urólogos o dermatólogos. Incluye atención de casos agudos, tratamiento necesario durante un corto período de tiempo para una enfermedad breve, pero grave, traumatismos u otra condición de salud, como en un servicio de emergencias del hospital. También incluye personal calificado para la atención del parto, cuidados intensivos y servicios médicos de imagen. "La atención secundaria" a veces se usa como sinónimo de "atención hospitalaria". Sin embargo, muchos proveedores de atención secundaria no necesariamente trabajan en hospitales, como psiquiatras, psicólogos clínicos o fisioterapeutas, y algunos servicios de atención primaria se brindan dentro de los hospitales. Dependiendo de la organización y las políticas del sistema nacional de salud, es posible que se requiera que los pacientes acudan a un proveedor de atención primaria para obtener una referencia antes de que puedan acceder a la atención secundaria. La atención terciaria se refiere a la atención médica de consulta especializada, generalmente para pacientes hospitalizados y luego de ser remitidos por un profesional de salud de atención primaria o secundaria, en una instalación que cuenta con personal e instalaciones para investigación y tratamiento médico avanzado, como un hospital de referencia terciaria.

2.25.2 Morbilidad para fines epidemiológicos

La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de los estados o eventos relacionados con la salud (incluida la enfermedad) y la aplicación de este estudio al control de enfermedades y otros problemas de salud. Se pueden utilizar varios métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: se utilizan la vigilancia y los estudios descriptivos para estudiar la distribución y los estudios analíticos son usados para estudiar los determinantes. Los datos codificados con la CIE, ya sea de fuentes de morbilidad o mortalidad, contribuyen a la comprensión de la salud de una población.

2.25.3 Morbilidad para la calidad y seguridad del paciente

La información codificada de la salud se utiliza para medir e informar sobre diversos aspectos de la calidad de la atención y la seguridad del paciente (por ejemplo, informar sobre la mortalidad hospitalaria o las tasas de eventos adversos para diversas afecciones o informar sobre los indicadores de seguridad del paciente). Los usuarios de este tipo de información en salud son financiadores del sistema de salud (por ejemplo, ministerios de salud, o en sistemas de atención médica financiados con fondos privados, compañías de seguros de salud) y otras partes interesadas, como consejos de calidad de la salud, administradores de hospitales, líderes o grupos clínicos y organizaciones públicas de defensoría.

2.25.3.1 El caso de uso de calidad y seguridad para la CIE-11

Los casos de uso de calidad y seguridad de la CIE se basan en la disponibilidad de un gran número de herramientas metodológicas que originalmente se basaron en la CIE-10. Los ejemplos específicos incluyen los índices de comorbilidad de Charlson y Elixhauser, los Indicadores de Seguridad del Paciente AHRQ (por sus siglas en inglés) (Agencia para la Investigación de la Calidad y Cuidado de la Salud), el Índice de Mortalidad Hospitalaria Estandarizada y otros indicadores de calidad de datos administrativos. Las recomendaciones de la OMS sobre las reglas de codificación para los episodios de separación hospitalaria mejoran la comparabilidad de los registros en los hospitales y jurisdicciones. Los ejemplos específicos de reglas de codificación incluyen: a) reglas para especificar la afección principal, b) números de códigos por registro, c) mecanismos de combinación de códigos, y d) uso de un sistema de visualización de estado que distingue los diagnósticos que surgen durante una estadía en el hospital de los presentes en la admisión. Los informes de calidad y seguridad del paciente a menudo se centran no solo en la información de diagnósticos disponibles en la Clasificación Internacional de Enfermedades, sino también en la información de procedimientos, que actualmente está codificada en varios sistemas de codificación de procedimientos específicos de cada país. La armonización de los conceptos ontológicos en los sistemas de codificación de procedimientos internacionales será importante en el futuro. Los códigos de complicaciones médicas y quirúrgicas disponibles de la CIE-11 están en línea con el conocimiento actual en el dominio de la seguridad y los eventos adversos.

2.25.3.2 Informes sobre indicadores de calidad de atención y seguridad del paciente

Este caso de uso se relaciona con el uso de información en salud codificada para medir e informar sobre diversos aspectos de la calidad de la atención y la seguridad del paciente (por ejemplo, informar sobre la mortalidad hospitalaria o las tasas de eventos adversos para diversas afecciones, o informar sobre los indicadores de seguridad del paciente). El actor inicial puede ser un consejo de calidad de la salud, administradores de hospitales, líderes o grupos clínicos, un pagador del sistema de salud (por ejemplo, ministerios de salud, o en sistemas de atención médica financiados por fondos privados, compañías de seguros de salud) u organizaciones "guardianes" de defensoría pública. Los actores participantes son administradores de hospitales, clínicos, tomadores de decisiones del sistema de salud, representantes públicos, pacientes y sus familias, y en ocasiones incluso los medios de comunicación. Los requisitos para la notificación de datos de calidad y seguridad son:

- Disponibilidad de datos a nivel de la persona sobre episodios de atención médica otorgada (por ejemplo, hospitalizaciones, visitas al médico)
- Identificadores que permiten atribuir el episodio de prestación de atención médica a un proveedor, grupo de proveedores, un hospital o centro de salud determinado.
- Información clínica sobre diagnósticos presentes y procedimientos realizados durante un episodio de atención médica.
- Información clínica sobre resultados relevantes, como mortalidad, duración de la estancia y eventos adversos específicos.
- Experiencia analítica entre los actores iniciales para que se preste atención a las consideraciones de validez de los datos, el conocimiento de los "mejores" indicadores (por ejemplo, los indicadores de seguridad del paciente más válidos), metodología de ajuste de riesgo, etc.

Los resultados son informes que contienen información sobre las dimensiones de la calidad del sistema. Estos pueden proporcionar información global sobre el rendimiento del sistema o información comparativa estratificada por unidad proveedora (por ejemplo, informes a nivel médico, a nivel hospitalario o regional).

2.25.3.3 Funcionalidad

Un curso ideal de eventos para tal uso podría incluir:

- El actor inicial comunica el deseo de realizar mediciones y reportes de calidad o seguridad a las partes interesadas relevantes.
- Se realizan las aplicaciones adecuadas para garantizar el acceso a los datos necesarios para llevar a cabo los informes planificados.
- Se cuenta con la experiencia metodológica y clínica apropiada para garantizar que las mejores prácticas metodológicas se incorporen en los informes planificados y que se consideren la validez y la aceptabilidad clínicas.
- Se realizan análisis de datos e informes.
- Se realiza una amplia difusión y traducción del conocimiento a los grupos de interés. Se realiza un proceso continuo de mejora de la calidad en respuesta a los informes (teniendo en cuenta las intervenciones de mejora de la calidad y la medición repetida después de la intervención).
 - *Excepciones:* los informes de calidad o seguridad que no siguen la secuencia de pasos descritos anteriormente pueden verse comprometidos. De hecho, hay muchos casos históricos de informes de calidad / seguridad fallidos o subóptimos de datos administrativos debido a pasos omitidos. (por ejemplo, 1. informes de calidad sin indicadores válidos, o metodologías adecuadas para el ajuste de riesgos, 2. informes de calidad sin una buena validez clínica, 3. informes de calidad sin una mentalidad de Mejora Continua de la Calidad (MCC), etc.).
- Ejemplos de casos de subutilización (que abordan las dimensiones de calidad de efectividad, eficiencia, seguridad, acceso)

- informe sobre la mortalidad global por establecimiento (por ejemplo, el índice de mortalidad estandarizado del hospital - IMEH)
- Informe sobre la mortalidad por condición específica.
- Informe sobre los indicadores de seguridad del paciente.
- Informe sobre la duración global de la estancia hospitalaria por afección específica
- Informe de tasas de reingreso después de la hospitalización.
- informe sobre los costos globales o costos por afección específica de atención (por ejemplo, el costo por hospitalización)
- informe sobre los tiempos de espera
- Informe sobre la variabilidad en la utilización de áreas pequeñas.

2.25.3.4 Información adicional:

Requisitos:

Consulte la sección "Requisitos" más arriba. Es necesario que haya un desarrollo continuo y un mejoramiento de las metodologías de informes de calidad (en esencia, la investigación en curso sobre el desarrollo de nuevos indicadores de calidad de datos administrativos y nuevas metodologías para el ajuste de riesgos en los informes de resultados o de calidad).

Supuestos:

Un supuesto subyacente en los informes de calidad o seguridad del paciente a partir de datos administrativos es la uniformidad del formato de los datos y la validez de los datos en las unidades de comparación (es decir, a través de proveedores, hospitalares o jurisdicciones). La uniformidad en el formato y la validez de los datos no siempre está presente y ha sido una razón común para criticar los informes de calidad o seguridad del paciente, derivados de los datos administrativos. En este sentido, todos los esfuerzos continuos de la OMS para lograr normas de codificación de directivas ayudan a facilitar la información comparativa al reducir la variabilidad de los datos en las unidades de comparación (por ejemplo, normas sobre factores como la definición de la "afección principal", el número de códigos posibles por registro y la implementación de códigos de momento de establecimiento del diagnóstico). Consulte también la descripción de caso de uso por separado para informes comparativos internacionales.

En los países con sistemas de información de salud bien desarrollados, es bastante habitual que los episodios de asistencia hospitalaria se registren con un número diverso de códigos de la CIE que describen todas las afecciones médicas/diagnósticos que han influido en un episodio de asistencia. Además, algunos sistemas permiten hacer una distinción entre los diagnósticos que estaban presentes en el momento del ingreso y los que han surgido durante la estancia en el hospital. En esos sistemas, el "resumen de alta" producido puede usarse para la notificación completa y ordinaria de la morbilidad, dentro de la cual los conceptos de calidad y seguridad constituyen un componente básico. Incluyen lo siguiente:

- eventos adversos con una relación causal con la atención médica
- problemas en el proceso de atención (por ejemplo, error en la administración del medicamento), pero sin evento adverso real
- nuevos diagnósticos surgidos durante una hospitalización en los que la relación causal con la atención médica es incierta

Para registrar y analizar la aparición de estos eventos, es crucial que los sistemas de información de salud dispongan de una notificación ordinaria de la morbilidad, dentro de la cual los conceptos de calidad y seguridad son un componente importante de la codificación de la morbilidad.

2.25.3.5 Recomendaciones para el uso e interpretación de los datos codificados

Estas recomendaciones se aplican en el uso de registros en los que los datos se capturaron y organizaron según lo recomendado en la sección anterior:

- Seleccione los registros que involucran un evento de calidad o seguridad del paciente: estos son todos los registros con cualquier código de calidad o daño a la seguridad del paciente.
- Resuma los tipos de calidad o daños a la seguridad del paciente representados en un conjunto de registros: seleccione los registros con cualquier código de calidad o daños a la seguridad del paciente.
- Resuma la distribución de los códigos de calidad o daños a la seguridad del paciente, presentes en el conjunto seleccionado.
- Resuma las causas de daño a la seguridad del paciente y calidad en un conjunto de registros.
- Resuma los mecanismos de calidad o seguridad del paciente en un conjunto de registros.
- Resuma la calidad o el daño a la seguridad del paciente en un conjunto de registros.

2.26 Morbilidad con propósitos de investigación

El caso de uso de morbilidad para la CIE-11 incluye una serie de situaciones en las que el objetivo principal es trabajar en un paradigma de investigación académica para extraer información de datos codificados con la CIE-11 para estudiar la carga de la enfermedad, los grupos de enfermedades, la distribución geográfica de las enfermedades y los impactos en la salud asociados con diversas enfermedades. El paradigma de la investigación es, por supuesto, más relevante cuando tiene importancia trascendental en la política del sistema de salud o en la política de salud pública, en cuyo caso el paradigma de investigación, etiquetado como tal, se vuelve indistinguible de los análisis aplicados a la morbilidad realizados con el propósito de la planificación de la salud. Aquí se hace una mención explícita del uso generalizado de los datos codificados de la CIE-11 en un paradigma de investigación, reconociendo que este es un importante impulso para desarrollar un sistema de clasificación clínicamente rico y detallado, con características novedosas y reglas de codificación que mejoran el potencial de la clasificación como herramienta de investigación.

2.26.1 Morbilidad en atención primaria

La atención primaria se ha definido como atención médica esencial de primera línea, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente sólidas y socialmente aceptables que son accesibles universalmente para los individuos y las familias de la comunidad a través de su plena participación y con un costo que la comunidad y el país pueden permitirse el lujo de pagar. Es de importancia para la atención primaria el que la CIE-11 incluya muchas entidades de diagnóstico y enfermedades que son razones comunes para la atención en el primer nivel de los servicios de salud. Pueden ser médicos de familia, enfermeras de salud locales o, en otros contextos, también especialistas como oftalmólogos.

La CIE-11 dispone de una versión simplificada para entornos de atención primaria con recursos diagnósticos limitados. Para los entornos de altos recursos, la lista tabular para las estadísticas de mortalidad y morbilidad contiene todos los elementos de interés para atención primaria y, por consiguiente, puede usarse en entornos de recursos altos para la atención primaria y también para la atención secundaria y terciaria.

La nueva versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades para la Atención Primaria de la WONCA (Organización Mundial de Colegios Nacionales, Academias y Asociaciones Académicas de Médicos Generales / Médicos de Familia - *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practice/Family Practitioners*) y la CIE-11 tendrán un subgrupo común de categorías.

La CIE-11 tiene una versión simplificada diseñada para entornos de atención primaria de bajos recursos. Para entornos de recursos altos, la lista tabular de estadísticas de mortalidad y morbilidad contiene elementos relevantes para la atención primaria y, por lo tanto, se puede utilizar en entornos de recursos altos para la atención primaria, así como para la atención secundaria y terciaria.

2.26.2 Agrupaciones de casuística hospitalaria (*casemix*)

En los sistemas de agrupación de casos mixtos (*casemix*), como el sistema de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), los datos basados en la CIE se utilizan para el reembolso o la asignación de recursos. Dichos sistemas se utilizan de manera sistemática a nivel nacional.

La asignación de casos de pacientes a grupos se basa en un algoritmo que utiliza, además de la información del código del diagnóstico, los procedimientos codificados y otras variables. La base científica de los sistemas de *casemix* se basa en la economía de la salud y en la teoría de la medicina. Dado que los sistemas *casemix* son una parte esencial de la administración en los países que los utilizan, la transferencia sin problemas a la nueva revisión de la CIE en estos sistemas, es esencial para la aprobación y la implementación de la nueva revisión.

La CIE-11 se ha desarrollado para adaptarse a los diferentes niveles de detalle que se requieren en los grupos de *casemix* relacionados con el diagnóstico, en estrecha colaboración con los custodios de los diversos sistemas de *casemix*. El uso conjunto en un sistema de *casemix* específico es impulsado por los algoritmos de agrupación relevantes, y en parte también por la legislación nacional.

Para cuestiones de comparabilidad internacional de la actividad hospitalaria, se recomienda que los países adopten la nueva definición de diagnóstico principal de la OMS y las implementaciones de la CIE-11 en el país apliquen los nuevos códigos de extensión para los tipos de diagnóstico que se proporciona con la CIE-11.

Para las tabulaciones internacionales, dadas las diferencias existentes en las definiciones de hospital, episodio y paciente hospitalizado, los diagnósticos resultantes se enumeran con la ayuda de la Lista Corta Internacional para la Tabulación de la Morbilidad Hospitalaria.

2.26.3 Afecciones de la medicina tradicional - Módulo 1 (MT1)

La medicina tradicional (MT) es una parte integral de los servicios de salud prestados en muchos países. La estandarización internacional al incluir las afecciones de la Medicina Tradicional en la CIE permite medir, contar, comparar, formular preguntas y monitorear a lo largo del tiempo. El capítulo adicional de la CIE-11 sobre trastornos y síndromes de la medicina tradicional (MT1) está diseñado para usarse junto con los conceptos de medicina occidental de los capítulos 1-25 de la CIE.

Al igual que con otros capítulos de la CIE, el capítulo MT1 es una herramienta para clasificar, diagnosticar, contar, comunicar y comparar las condiciones de la MT, también ayudará en la investigación y evaluación para evaluar la seguridad y la eficacia de la MT. Este capítulo no juzga ni avala la práctica de la MT ni la eficacia de ninguna intervención de MT.

2.26.4 Uso en medicina tradicional

Informes a nivel regional, nacional e internacional:

- Contar episodios de atención para trastornos y / o síndromes de la medicina tradicional de la misma manera que para las enfermedades de la medicina occidental con el fin de informar los datos de morbilidad.
- Contar episodios de atención por profesionales de la medicina tradicional quienes pueden usar una combinación de terminología de medicina occidental y medicina tradicional
- Describir y cuantificar la utilización de los servicios de Medicina Tradicional y las razones para la atención.
- Monitoreo del uso de recursos para servicios de medicina tradicional.
- Estandarización de definiciones de trastornos y síndromes entre clínicos, profesionales y codificadores de la Medicina Tradicional

Investigación:

- Facilitar la investigación basada en la evidencia sobre la seguridad y eficacia de las intervenciones de Medicina Tradicional
- Permitir la investigación clínica en el marco de la Medicina Tradicional e integrar la Medicina Occidental con la Medicina Tradicional
- Conocer las interrelaciones entre las enfermedades de la Medicina Occidental y los trastornos y patrones de la Medicina Tradicional
- Estudiar patrones de tratamiento y resultados para trastornos y patrones específicos utilizando la CIE-11 junto con las clasificaciones de procedimientos específicos de cada país y el componente de Medicina Tradicional de la Clasificación Internacional de Intervenciones de Salud (CIIS).

Reembolso de casemix y aseguramiento:

- Existen precedentes en China, Japón y Corea para el uso de las clasificaciones de Medicina Tradicional existentes (con o sin conceptos de la Medicina Occidental) para el reembolso de hospitales y reclamaciones de seguros y para la medición de los costes clínicos.
- La incorporación de la Medicina Tradicional como un capítulo de la CIE-11 permite un mayor margen para describir las afecciones del paciente (enfermedades, trastornos (MT1) y patrones (MT1) en los capítulos de Medicina Occidental y MT1), así como de las complicaciones y comorbilidades.

Calidad y seguridad en la atención:

- La estandarización del uso de códigos que reflejen la calidad y la seguridad de la atención entre las enfermedades de la Medicina Occidental y los trastornos de la MT1 permitirá a los profesionales de la Medicina Tradicional interpretar los datos de la CIE-11 sobre la calidad, seguridad y eficacia de la atención.

Formación:

- Formar a los profesionales de la Medicina Tradicional con respecto a la estandarización del diagnóstico.
- Formar a los clínicos y codificadores de la Medicina Tradicional en la aplicación e interpretación de los datos de la CIE-11.

Estandarización de la terminología para uso en los registros de salud electrónicos:

- Permite un registro y extracción de datos más consistente y eficiente.
- Permite la codificación asistida por ordenador de trastornos y síndromes de la MT1.

2.26.5 Instrucciones de codificación para las afecciones de medicina tradicional - Módulo 1 (MT1)

Los códigos del capítulo de Medicina Tradicional se pueden usar en todos los entornos (hospitalización o atención ambulatoria en el hospital o en la comunidad), pero no deben usarse para informar la causa de muerte. Cuando se codifica en la atención primaria, es posible que los trastornos y los síndromes no se desarrollen por completo, de modo que sea más factible identificar el motivo de la atención en lugar de la afección principal y afecciones asociadas.

Principios generales:

- Consulte todas las partes del registro del paciente, incluidos el resumen del alta, el historial, el examen físico, las investigaciones, los datos de laboratorio, los tratamientos y los diagnósticos finales.
- La codificación debe relacionarse con las razones del tratamiento durante este episodio y no es necesario que describa el historial de vida de todo el paciente a menos que una condición pasada afecte la atención actual
- Sea lo más específico y explícito posible, utilizando códigos para representar la etiología, la patología y las manifestaciones de la condición de MT
- Use los códigos de los capítulos relevantes de la CIE para coincidir con los trastornos clínicos anotados en el registro del paciente
- Codifique las afecciones de la MT probables o sospechosas (es decir, aquellas que no están bien definidas o no se manifiestan)

La inclusión del capítulo adicional sobre las afecciones de la Medicina Tradicional en la CIE-11 tiene como objetivo fomentar la integración de la MT en el sistema de salud. Por consiguiente, se recomienda que, siempre que sea posible, se utilicen los códigos de MT1 conjuntamente con los de los demás capítulos de la CIE-11 (capítulos 1-25) para permitir la comparación del diagnóstico de Medicina Occidental con el diagnóstico de Medicina Tradicional.

Puede usarse el siguiente esquema genérico de codificación y opciones de codificación alternativas:

1. Lea el resumen del paciente y el historial médico.

2. Seleccione el diagnóstico de medicina occidental, el trastorno (s) MT1 y / o los síndromes (MT1) que van a ser codificados.

Opciones	Ejemplos	Ejemplos de codificación en la CIE-11
a. Diagnóstico de medicina occidental (MO) solo	Asma	CA23.32
b. Diagnóstico de MO con patrón de MT1.	Asma Acumulación de flemas turbias en el síndrome pulmonar (MT1)	CA23.32 SF86
c. Diagnóstico de MO con patrón de MT1.	Asma Trastorno de sibilancias (MT1)	CA23.32 SF81

Se puede elegir más de un trastorno (MT1) y más de un síndrome (MT1) del capítulo MT.

3. Consulte la Herramienta de codificación electrónica o los Índices Alfabéticos relevantes para las entradas de medicina occidental y MT1

4. Vaya a la lista tabular para asignar el código de base. Tome nota de las inclusiones y notas de exclusión y el texto de las definiciones.

5. Asigne el código apropiado y siga las pautas específicas para ese código.

La aplicación del esquema genérico de codificación antes indicado y de opciones de codificación alternativas para un determinado cuadro clínico, debe tener en cuenta el contexto de reglamentación, la práctica de codificación y los requisitos específicos del entorno a nivel de país. Pueden elaborarse convenciones de codificación adicionales en respuesta a necesidades de información específicas del país (por ejemplo, codificación de afección principal, uso de códigos de extensión, codificación de neoplasias y lesiones, condiciones crónicas y complicadas, molestias subclínicas o constitucionales, causas externas de lesiones y reacciones adversas).

2.27 Recomendaciones estadísticas generales

2.27.1 Calidad de los datos

Para garantizar una alta calidad, es necesario implementar procesos para monitorear la calidad de los datos codificados. Esto se conoce como garantía de calidad. En las siguientes páginas encontrará algunas sugerencias respecto a la forma de aplicar la Garantía de calidad para las estadísticas de mortalidad y morbilidad. Como principio básico, los responsables de la recopilación y el análisis de datos deben participar en el desarrollo de los protocolos para procesar y

codificar los datos y para determinar los demás elementos de datos que se deben tabular con ellos. La recopilación de datos de calidad requiere un flujo de trabajo claramente diseñado (desde el reporte de la codificación hasta el análisis) y la capacitación adecuada de todos los participantes de las partes involucradas. En particular, todos los participantes deben comprender el proceso y su participación en él. Las etapas básicas del proceso incluyen:

1. Documentación: aquí es donde comienza la información. La identificación de una afección y su posterior documentación en un certificado de defunción, en la historia clínica o en otros formularios médicos deben llevarse a cabo de forma completa y exacta, utilizando la mejor evidencia posible. Por esta razón, esta parte del proceso debe ser realizada generalmente por un médico bien entrenado y experimentado.
2. Informe: La información documentada debe notificarse en el formato especificado por las agencias responsables. Puede haber diferencias en la estructura de notificación requerida, así como en los plazos de tiempo y las obligaciones, según el país o las circunstancias de recogida de los datos.
3. Verificación: cuando la información es poco clara y hay descripciones incompletas o ilógicas, deben usarse ciclos de retroalimentación y consultas a los certificadores y documentadores.
4. Agrupación y análisis: ambos sirven para agregar los datos en formatos que están determinados por los diversos casos de uso. Las reglas y restricciones deben entenderse y comunicarse claramente al llevar a cabo el análisis y notificar y usar los resultados.

2.27.2 Especificidad frente a códigos mal definidos

La información reportada debe codificarse al más alto nivel de detalle posible. En algunos casos, la información disponible es escasa, está documentada de forma incompleta o solo proporciona elementos triviales. Aunque la CIE proporciona categorías para estos casos, esta información inespecífica no permite captar los patrones epidemiológicos o la utilización de los sistemas de salud y no respalda la prevención de enfermedades.

2.27.3 Problemas de una población pequeña

El tamaño de la población es uno de los factores que deben considerarse cuando se evalúa el estado de salud de una población por medio de datos de mortalidad o morbilidad. En países con poblaciones pequeñas, el número anual de eventos en muchas categorías será muy pequeño y puede fluctuar de un año a otro, sobre todo cuando los datos están desglosados por edad y sexo recomendados. Estos problemas se pueden aliviar mediante una o más de las siguientes medidas:

- uso o presentación de grupos amplios de rúbricas de la CIE, como los capítulos
- la agregación de datos durante un período de tiempo más largo, por ejemplo, tomar los datos de los dos años anteriores junto con los del año en curso y producir una cifra de "promedio móvil"
- uso de grupos de edad lo más amplios posible.

Las recomendaciones que se aplican a las poblaciones nacionales pequeñas también son ciertas, en general, para la notificación de datos relativos a segmentos subnacionales de poblaciones más grandes. Las investigaciones de problemas de salud en subgrupos de población deben tener en cuenta el efecto del tamaño de cada uno de los subgrupos en el tipo de análisis utilizado. Esta necesidad se reconoce generalmente cuando se trata de encuestas por muestreo, pero a menudo se pasa por alto cuando la investigación se refiere a los problemas de salud de grupos especiales en una población nacional.

2.27.4 'Celdas vacías' y celdas con frecuencias bajas

Independientemente de la lista de causas que se esté utilizando, se puede encontrar que no se producen casos de una o más de las causas enumeradas en ciertas celdas de una tabla estadística. Cuando hay muchas líneas vacías en una tabla, vale la pena considerar la omisión de dichas líneas en una tabla publicada o en una impresión de computadora. Cuando solo ocurre el caso ocasional de una enfermedad en un país, la línea se puede omitir regularmente de la tabla estadística publicada y se puede agregar una nota al pie para indicar que no hubo casos en el periodo de tiempo evaluado o, cuando ocurren casos esporádicos, en qué celda han aparecido. Para las celdas con frecuencias muy bajas, especialmente aquellas relacionadas con enfermedades que no se espera que ocurran, es importante establecer que los casos existieron y no resultaron de un error de codificación o procesamiento. Esto debe llevarse a cabo como parte del control de calidad general de los datos.

2.27.5 Precauciones necesarias cuando las listas de tabulación incluyen subtotales

Es posible que no siempre sea evidente para quienes procesan los datos que algunos de los elementos de las listas de tabulación son en realidad subtotales o categorías notificadas con anterioridad. Estos elementos pueden incluir títulos de bloques y títulos de categorías de cuatro caracteres o los elementos de los títulos de los capítulos (en las versiones condensadas de las listas de tabulación de mortalidad). Estas entradas deben ignorarse cuando se calculan los totales, de lo contrario los casos se pueden contar más de una vez.

2.27.6 Aspectos éticos

La confidencialidad se refiere a la obligación de no divulgar información (datos) a terceros cuando esa información se ha obtenido inicialmente de forma confidencial. Este deber fue establecido en el juramento hipocrático en el siglo 40 AC y sigue siendo uno de los principios básicos de la ética médica. Cualquier información que pueda permitir la identificación de una persona específica solo debe ser vista por personas que estén autorizadas para hacerlo. Autorización significa que a una persona se le permite legalmente acceder a la información. Por ejemplo, el personal médico, los médicos forenses y los codificadores son todas las personas que pueden estar autorizadas para ver información confidencial.

En general, la única manera de que la información confidencial sea pública es a través de la legislación, los estatutos y los reglamentos. A veces, la información confidencial puede convertirse en un registro público después de un cierto período de tiempo. Por ejemplo, en algunas regiones del mundo con el paso del tiempo los certificados de defunción pueden pasar a ser registros públicos y, por lo tanto, deja de serles aplicable la exigencia de mantener la confidencialidad.

El proveedor autorizado de información confidencial debe verificar que la persona solicitante sea un usuario autorizado y determinar su nivel de autorización. El proveedor debe ser consciente del nivel de información que puede estar disponible para el usuario autorizado y tomar las medidas adecuadas para evitar la divulgación no autorizada. El usuario autorizado no debe intentar obtener acceso a información que no está autorizado a obtener. Además, el usuario también debe protegerse contra el acceso no autorizado a la información que se le ha proporcionado. Esto significa que los usuarios deben asegurar la información confidencial y cualquier grabación de esa información de manera que se evite el acceso no autorizado. La información solo debe usarse para los fines apropiados y debe devolverse cuando así se requiera. Los marcos legales nacionales, las regulaciones estatales y locales, y las directrices institucionales proporcionan reglas e información específicas sobre cómo mantener la confidencialidad.

2.27.7 Evitación de daños potenciales

Daño directo y grave puede resultar de una violación de la confidencialidad. Por ejemplo, la divulgación de información sensible puede llevar al estigma y la discriminación contra una persona. Por el contrario, un mayor daño puede resultar de mantener la confidencialidad que de no hacerlo. Algunas circunstancias pueden requerir un juicio que involucre un balance entre los daños o la revelación de la información y los intereses del paciente, persona fallecida y otras partes relevantes. Una persona puede sufrir un "daño" físico, social o psicológico como resultado de una violación de la confidencialidad. Un diagnóstico confidencial que se rompe hace que el paciente pierda la fe o confíe en el clínico, y el paciente puede sufrir el abuso de otra persona o sufrir el estigma asociado con ciertas afecciones. En otras circunstancias, la no divulgación de la información confidencial de una persona puede ocasionar que otra persona o una comunidad corran el riesgo de desarrollar una condición dañina o estar expuestos a una situación nociva.

Este es un concepto difícil y uno de los que debe abordarse de manera reflexiva. Como se mencionó anteriormente, hay ocasiones en que es justificable proporcionar información confidencial a otros, como cuando se informa sobre la incidencia de enfermedades transmisibles. En tales casos, generalmente se permite el reporte de información confidencial. Este es un ejemplo de donde la no divulgación de una enfermedad podría resultar en un daño mayor para los demás.

Si es necesario divulgar información, es preferible contactar con la persona relevante e informarle sobre la necesidad de hacerlo. En algunos casos, esto puede no ser posible o apropiado, y los usuarios deben guiarse por las pautas legales e institucionales. Deben considerarse los daños que pueden ser causados por la divulgación de cierta información. Alguna información que puede ser particularmente sensible incluye pruebas para trastornos genéticos y

enfermedades, incidencia de enfermedades transmisibles y resultados de pruebas de VIH. A veces hay solicitudes especiales de confidencialidad que pueden requerir mayores niveles de garantías de confidencialidad. Estas solicitudes especiales no pueden reemplazar los requisitos legales de divulgación, pero deben respetarse cuando sea posible.

2.27.8 Seguridad de la privacidad – Confidencialidad

La privacidad se relaciona con la protección del control de un individuo sobre qué información personal y decisiones pueden o no compartirse con otros. Por ejemplo, cuando un médico examina o habla con un paciente, generalmente se realiza en un área no pública para que nadie más pueda escuchar la información que el paciente le da al médico. También permite al médico dar a un paciente su diagnóstico en privado. Los datos son entregados con el consentimiento del paciente o cuando así lo exige la ley o la legislación. La seguridad de la privacidad y la confidencialidad de los datos de salud (y otros) generalmente se tratan en las leyes y regulaciones nacionales.

2.28 Recomendaciones en relación con las tablas estadísticas para comparación internacional

Las siguientes recomendaciones tienen como objetivo estandarizar la forma de presentación de los datos codificados con objeto de permitir las comparaciones nacionales e internacionales entre diferentes países o regiones.

2.28.1 Listas especiales de tabulación recomendadas

Existen formas estandarizadas de enumerar las causas codificadas de acuerdo con la CIE, y hay recomendaciones formales sobre listas para tabulación que permiten una comparación nacional e internacional. La estructura jerárquica de la CIE permite una considerable flexibilidad para otras posibles tabulaciones. Para la mortalidad, la CIE incluye listas de tabulación especiales las cuales han sido diseñadas debido a que la lista de cuatro caracteres es demasiado detallada y está elaborada para que la comparación internacional de enfermedades importantes y grupos de enfermedades no se vea comprometida por diferentes agrupamientos que se han utilizado en diferentes países.

Debe señalarse que las listas especiales de tabulación se han diseñado para la agregación y presentación de datos codificados, y no para fines de codificación.

Las listas especiales de tabulación son:

- Lista 1 Lista de mortalidad general condensada (103 causas)
- Lista 2 Lista de mortalidad general seleccionada (80 causas)
- Lista 3 Lista de mortalidad infantil y del niño condensada (67 causas)
- Lista 4 Lista de mortalidad infantil y del niño seleccionada (51 causas)
- Lista 5 Lista de morbilidad general (298 causas)
- Lista 6 Lista Corta Internacional para la Tabulación de Morbilidad Hospitalaria (LCITMH) (148 grupos)

- Lista 7 Lista condensada de enfermedades infecciosas por agente
- Lista 8 Objetivos de Desarrollo sostenible (ODS)
- Lista 9 Lista de la OMS para autopsias verbales

Las listas de mortalidad se basan en los códigos asignados para la causa básica de la muerte.

Las listas de morbilidad no incluyen códigos correspondientes a las afecciones de medicina tradicional.

Uso de prefijos para identificar las listas de mortalidad

El uso de los prefijos numéricos evita la confusión entre las listas de tabulación especiales, ya que los códigos de cuatro caracteres de la CIE tienen una letra en la segunda posición. Cuando se utiliza una lista adaptada para fines nacionales o subnacionales, se debe usar un prefijo de identificación alternativo.

Listas condensadas de mortalidad

Las dos listas condensadas, Lista 1 y Lista 3, proporcionan elementos para cada capítulo de la CIE y también, dentro de la mayoría de los capítulos, identifican los elementos de las listas seleccionadas junto con los elementos residuales denominados "Resto de ...". Juntas, estas listas completan la cobertura del capítulo respectivo. Condensan la gama completa de códigos de cuatro caracteres de la CIE en un número manejable de causas para propósitos de presentación y publicación.

Listas seleccionadas de mortalidad

Las dos listas seleccionadas, la Lista 2 y la Lista 4, contienen elementos dentro de la mayoría de los capítulos de la CIE, por afecciones y causas externas consideradas significativas para el monitoreo y análisis del estado de salud de la población y los problemas de salud relacionados con la mortalidad a nivel nacional e internacional. Los totales de los capítulos no se proporcionan y solo unos pocos capítulos tienen rúbricas residuales que permiten obtener dichos totales.

Listas diseñadas localmente para la mortalidad

Para la mayoría de los países, las cuatro listas de tabulación especiales (listas 1 a 4) brindan suficiente información sobre las enfermedades más importantes y las causas externas de muerte. También facilitan la comparación a lo largo del tiempo y la observación de los cambios en las frecuencias relativas a medida que los programas de salud surten efecto, p. ej., Enfermedades infecciosas y enfermedades degenerativas. Permiten la comparación entre áreas subnacionales y subgrupos de población. Además, hacen posible las comparaciones internacionales significativas de las causas de muerte.

Se pueden diseñar también listas similares a las listas de tabulación especiales para uso local. Las rúbricas de la CIE en tales listas se pueden seleccionar y agrupar de cualquier manera. Pueden ser necesarias listas especiales, por ejemplo, para monitorear el progreso, en términos de morbilidad y mortalidad, de muchos programas de salud locales. Al adaptar las listas de tabulación especiales a los requisitos nacionales, o cuando se está diseñando una lista de tabulación para un proyecto nuevo o especial, es útil efectuar una prueba al contar con el número de casos para cada categoría de cuatro caracteres. De esta manera, se puede

determinar qué condiciones son apropiadas para una agrupación amplia y dónde son necesarias las subcategorías.

Cuando se construye una lista local, la clave de las nuevas categorías condensadas debe contener los mismos códigos de cuatro (o cinco) caracteres de la clasificación central.

Lista general de morbilidad

La lista de tabulación especial de morbilidad está pensada como base para las listas nacionales y para la comparación entre países y dentro de un mismo país. Las listas nacionales se pueden construir condensando o expandiendo la clasificación central según corresponda. La lista es adecuada para los datos sobre la atención de pacientes hospitalizados y, con una adaptación adecuada (en especial mediante la agregación de algunas causas y la expansión de las afecciones relacionadas con el Capítulo 21 'Síntomas, signos o hallazgos clínicos, no clasificados en otra parte' y el Capítulo 24 'Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con servicios de salud') para obtener información de otras fuentes, como la atención ambulatoria y las encuestas.

Cuando se construye una lista local, la clave de las categorías condensadas debe contener los códigos de cuatro (o cinco) de caracteres de la clasificación central. La lista ha sido diseñada para comparaciones internacionales de estadísticas de morbilidad hospitalaria. Esta lista condensada permite la comparación de la actividad hospitalaria, independientemente de los sistemas de salud. Las afecciones se han seleccionado de manera que siempre se puedan utilizar en una admisión de al menos 24 horas. Si, después de examinar las frecuencias de las rúbricas de cuatro caracteres de la CIE, es necesario ampliar la lista, algunos de los elementos dentro de las categorías de la CIE se pueden subdividir de acuerdo con la clasificación central o incluso al nivel de cinco caracteres. Si la lista recomendada es demasiado detallada o si se requiere una lista más corta, se puede hacer una selección basada en problemas de salud, nacionales o locales. Según el "perfil epidemiológico" de un país, las categorías pueden combinarse para acortar la lista.

2.28.2 Informes internacionales de morbilidad

El informe internacional de morbilidad y la comparación de datos entre diferentes países requiere definiciones acordadas internacionalmente de:

- pacientes hospitalizados, informe de pacientes de día, pacientes ambulatorios
- hospitalización
- episodio de atención
- motivo de atención utilizado en lugar de diagnóstico

Para mayor información puede consultarse la Sección xx.xxx

2.28.2.1 Conjunto mínimo de datos y marcado para la poscoordinación

Un conjunto mínimo de datos adecuado para la comparación internacional incluiría la edad, el sexo, el diagnóstico principal (motivo de ingreso después de la

evaluación al final de la estancia) y el sector de la salud (hospital, médico, otro), e idealmente acompañado de las definiciones en vigor para las variables mencionadas anteriormente y la intervención principal. En un conjunto de datos ampliado, a poder ser se incluyen los diagnósticos e intervenciones adicionales en campos de datos aparte. Las marcas para la notificación internacional de códigos poscoordinados en las combinaciones seguirán las especificaciones que siguen:

- una barra inclinada '/' separa 2 códigos básicos
- un '&' vincula códigos básicos con códigos de extensión
- un código combinado puede constar de un solo código o una afección con detalles adicionales en un código combinado
- código de base & código de extensión & código de extensión,

Dos condiciones no relacionadas tendrán dos códigos combinados:

- código de base - código de base

Dos códigos combinados con múltiples códigos:

- Código de base & código de extensión / código de base & código de extensión & código de extensión

Ejemplo 1:

Diabetes mellitus / Retinopatía diabética

Ejemplo 2:

Fracturas múltiples del antebrazo / fractura de la diáfisis del cúbito & fractura compuesta / fractura de la diáfisis del radio & fractura compuesta / código de la causa externa

2.28.3 Presentación de tablas estadísticas

El grado de detalle en la clasificación cruzada por causa, sexo, edad y área geográfica dependerá tanto del propósito y rango de los informes estadísticos como de los límites prácticos de su tabulación. Los siguientes patrones, que están diseñados para promover la compatibilidad internacional, presentan formas estandarizadas de expresar diversas características. Cuando se utiliza una clasificación diferente en las tablas publicadas (por ejemplo, en la agrupación por edad), debería reducirse a una de las agrupaciones recomendadas.

(a) El análisis por medio de la Clasificación Internacional de Enfermedades debería, según corresponda, estar de acuerdo con:

- la lista detallada de categorías de cuatro caracteres, con o sin subcategorías de cinco caracteres;
- una de las listas especiales de tabulación para la mortalidad;
- la lista de tabulación especial para morbilidad.

(b) Clasificación por edad para fines generales:

- menores de 1 año, de 1 año a 4 años, grupos de 5 años de los 5 a los 84 años, de 85 años o más; 95 años o más;

- menores de 1 año, 1-4 años, 5-14 años, 15-24 años, 25-34 años, 35-44 años, 45-54 años, 55-64 años, 65-74 años, 75 años y más;
- menores de 1 año, 1-14 años, 15-44 años, 45-64 años, 65 años y más.

(c) La clasificación por área debe, según corresponda, estar de acuerdo con:

- cada división civil importante;
- cada ciudad o conurbación de 1.000.000 de habitantes y más, de lo contrario, la ciudad más grande con una población de al menos 100.000;
- un agregado nacional de áreas urbanas de 100.000 habitantes o más;
- un agregado nacional de áreas urbanas de menos de 100.000 habitantes;
- Un agregado nacional de áreas rurales.

Nota 1. Las estadísticas relacionadas con (c) deben incluir las definiciones utilizadas para determinar lo urbano y lo rural.

Nota 2. En países donde la certificación médica de la causa de muerte es incompleta o limitada a ciertas áreas, las cifras de muertes no certificadas médicaamente deben ser publicadas por separado.

2.28.3.1 Tabulación de las causas de muerte

Las estadísticas de causas de muerte para un área definida deben estar de acuerdo con la recomendación previa para las "Tablas estadísticas" (a) (1) o, si esto no es posible, con la recomendación para las "Tablas estadísticas" (a) (2).

Las muertes deben clasificarse preferentemente por sexo y grupo de edad como se indica en la recomendación de las "Tablas estadísticas" (b) (3).

Las estadísticas de causas de defunción para las áreas en la recomendación 'Tablas estadísticas' (c) deben cumplir con la recomendación de las 'Tablas estadísticas' (a) (2), o si esto no es posible, con la recomendación de las 'Tablas estadísticas' (a) (3). Preferentemente, se deben tabular por sexo y grupo de edad como se indica en la recomendación de las "Tablas estadísticas" (b) (2).

2.28.3.2 Mortalidad por traumatismos

La mortalidad por traumatismos tradicionalmente distingue entre las lesiones causadas por:

- Violencia interpersonal y abuso sexual.
- Violencia colectiva incluyendo guerras, insurrecciones civiles y disturbios.
- Incidentes de tráfico
- Incidentes en el hogar, en el trabajo y mientras se participa en deportes y otras actividades recreativas
- En el contexto de la mortalidad, la OMS recomienda la retención de los códigos tanto para la naturaleza de la lesión como para la causa externa. En lugares donde esto no sea factible, se debe seleccionar el código de la causa externa. Para

las muertes relacionadas con traumatismos de la CIE-11, el código de causa externa es el único código a utilizar para la causa básica de defunción, e incorpora la intención, el mecanismo y el objeto involucrado en el fallecimiento en un solo código. El lugar del episodio y la actividad se codifican por separado.

2.28.4 Estándares y requisitos para la información de la mortalidad en el período perinatal y períodos relacionados

(Nota a la versión al español: algunos conceptos relacionados a mortalidad perinatal no son definitivos, aún se encuentran en discusión)

2.28.4.1 Muerte fetal y nacido vivo

La muerte fetal es la muerte antes de la expulsión o extracción completa de un producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que, después de dicha separación, el feto no respira ni muestra ninguna otra evidencia de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos definidos de músculos voluntarios.

El nacido vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre de un producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo, que, después de dicha separación, respira o muestra cualquier otra evidencia de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del corazón, cordón umbilical, o movimientos definidos de músculos voluntarios, ya sea que se haya cortado o no el cordón umbilical o que se encuentre adherida la placenta; cada producto de tal nacimiento se considera vivo.

Consulte la Sección 2.22.8.9 para obtener instrucciones especiales sobre la codificación de la muerte fetal y el nacido vivo.

El peso al nacer es el primer peso del feto o recién nacido obtenido después del nacimiento. Para los nacidos vivos, el peso al nacer se debe medir preferiblemente dentro de la primera hora de vida antes de que haya ocurrido una pérdida significativa de peso postnatal. Si bien las tabulaciones estadísticas incluyen grupos de 500 g para el peso al nacer, los pesos no deben registrarse en esos grupos. El peso real debe registrarse en el grado de precisión con el que se mide. Las definiciones de peso al nacer "bajo", "muy bajo" y "extremadamente bajo" no constituyen categorías mutuamente excluyentes. Por debajo de los límites establecidos, todos están incluidos y, por lo tanto, se superponen (es decir, "bajo" incluye "muy bajo" y "extremadamente bajo", mientras que "muy bajo" incluye "extremadamente bajo").

- **Bajo peso al nacer:** menos de 2500 g (hasta 2499 g inclusive).
- **Muy bajo peso al nacer:** menos de 1500 g (hasta 1499 g inclusive).
- **Peso extremadamente bajo al nacer:** menos de 1000 g (hasta 999 g inclusive).

La duración de la gestación se mide desde el primer día del último período menstrual normal. La edad gestacional se expresa en días completos o semanas

completas (por ejemplo, los eventos que ocurren entre 280 y 286 días completos después del inicio del último período menstrual normal se consideran ocurridos a las 40 semanas de gestación). La edad gestacional es con frecuencia una fuente de confusión, cuando los cálculos se basan en fechas menstruales. Para los efectos del cálculo de la edad gestacional desde la fecha del primer día del último período menstrual normal hasta la fecha de parto, debe tenerse en cuenta que el primer día es el día cero y no el día uno; los días 0-6, por lo tanto, corresponden a la "semana cero completada"; los días 7-13 hasta la "primera semana completa"; y la semana 40 de gestación real es sinónimo de "semana 39 completa". Cuando no esté disponible la fecha del último período menstrual normal, la edad gestacional debe basarse en la mejor estimación clínica.

Para evitar malas interpretaciones, las tabulaciones deben indicar semanas y días.

- **Pretérmino:** menos de 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación.
- **Término:** de 37 semanas completas 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 momento en que el peso al nacer es normalmente de 500 g) y termina siete días después del nacimiento.
- **Período neonatal:** el período neonatal comienza en el nacimiento y finaliza 28 días después del nacimiento.

2.28.4.2 Mortalidad de la niñez (menores de 5 años)

La mortalidad de menores de 5 años (tasa de mortalidad de menores de 5 años - probabilidad de morir antes de los 5 años) es un indicador importante del nivel de salud de la niñez, calidad de vida, infraestructura de salud y desarrollo general en los países. También es el indicador 3.2.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

2.28.4.3 Mortalidad infantil (de lactantes)

La mortalidad infantil (tasa de mortalidad de lactantes - probabilidad de morir antes de la edad de 1 año) es un indicador de calidad de vida e infraestructura de salud.

2.28.4.4 Mortalidad neonatal

Las muertes neonatales (defunciones de los nacidos vivos durante los primeros 28 días completos de vida) pueden subdividirse en muertes neonatales tempranas, que ocurren durante los primeros 7 días de vida, y muertes neonatales tardías, que ocurren después del 7º día pero antes de los 28 días completos de vida. La tasa de mortalidad neonatal (probabilidad de morir en los primeros 28 días de vida completos, expresada por 1000 nacidos vivos) también es el indicador de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

2.28.4.5 Certificación y registro de la mortalidad perinatal

La confiabilidad de las estimaciones de mortalidad relacionadas con los niños depende de la exactitud e integridad de los informes y el registro de nacimientos y muertes. La notificación incompleta y la clasificación errónea son comunes, especialmente para las muertes que ocurren en los recién nacidos. Los países deben organizar los procedimientos de registro e informe para que los eventos y los criterios para su inclusión en las estadísticas se puedan identificar fácilmente.

Con la actualización del formato internacional de certificado médico de causa de muerte en 2016, solo se usa un certificado para todas las muertes (véase el Anexo 2.23.1). Se debe tener cuidado de completar correctamente la sección específica de muertes perinatales en el certificado. El certificado de muerte perinatal recomendado anteriormente se debe reemplazar por el formulario del Anexo 2.23.1, y las muertes perinatales se deben codificar de acuerdo con las instrucciones generales de codificación de la mortalidad descritas anteriormente.

La información adicional mencionada en el Anexo 2.23.2 podría ser útil para el seguimiento de las muertes perinatales e infantiles de un país o región. Sin embargo, esta información no influye en el resultado de la codificación de acuerdo con la CIE-11.

Si bien las tabulaciones estadísticas incluyen grupos de 500 g para el peso al nacer, los pesos no deben registrarse en esos grupos. El peso real debe registrarse en el grado de precisión con el que se mide. La edad al morir durante el primer día de vida (día cero) debe registrarse en unidades de minutos completos u horas de vida. Para el segundo (día 1), tercero (día 2) y hasta 27 días completos de vida, la edad al morir debe registrarse en días.

2.28.4.6 Criterios para el informe: peso al nacer, edad gestacional, longitud del talón a la coronilla

Los requisitos legales para el registro de muertes fetales y nacidos vivos varían de un país a otro y entre países. Si es posible, todas las muertes fetales y nacidos vivos que pesen al menos 500 g al nacer, ya sean vivos o muertos, deben incluirse en las estadísticas. Se recomienda la inclusión de datos relativos a las muertes fetales y los nacidos vivos que pesen entre 500 g y 1000 g, como se indica en las estadísticas nacionales, tanto por su valor inherente como porque mejora la cobertura de los informes de 1000 g y más.

Cuando no se dispone de información sobre el peso al nacer, se deben utilizar los criterios correspondientes para la edad gestacional (22 semanas completas) o la longitud del cuerpo (25 cm de la coronilla al talón). Los criterios para decidir si un evento ha tenido lugar dentro del período perinatal deben aplicarse en el siguiente orden: 1. peso al nacer, 2. edad gestacional, 3. longitud de la coronilla al talón. Cuando no se conocen el peso al nacer, la edad gestacional y la longitud del talón a la coronilla, el evento debe incluirse, en lugar de ser excluido, de las estadísticas de mortalidad del período perinatal.

En las estadísticas para comparación internacional, la inclusión del grupo de muy bajo peso al nacer interrumpe la validez de las comparaciones y no se recomienda.

Las muertes fetales menos maduras y los nacimientos vivos que no se correspondan con los criterios anteriores deben excluirse de las estadísticas perinatales, a menos que existan razones legales u otras válidas para lo contrario, en cuyo caso debe indicarse explícitamente su inclusión.

2.28.4.7 Presentación estadística de la mortalidad perinatal

Para las estadísticas de mortalidad perinatal, el análisis de causas múltiples a escala completa de todas las condiciones informadas será de gran valor.

Los países también deben presentar estadísticas en las que tanto el numerador como el denominador de todas las razones y tasas estén restringidos a muertes fetales y nacidos vivos que pesen 1000 g o más (tasas y razones específicas de peso); donde no se dispone de información sobre el peso al nacer, se debe usar la edad gestacional correspondiente (28 semanas completadas) o la longitud del cuerpo (35 cm de talón a la coronilla).

Al informar las estadísticas de mortalidad fetal, perinatal, neonatal e infantil, el número de muertes debidas a malformaciones debe identificarse siempre que sea posible para las muertes fetales y los nacidos vivos en relación con los pesos al nacer de 500 a 999 g y 1000 g o más. Las muertes neonatales debidas a malformaciones deben subdividirse en muertes neonatales tempranas y tardías. Esta información permite reportar estadísticas de mortalidad perinatal y neonatal con o sin las muertes por malformaciones.

Las razones y tasas publicadas siempre deben especificar el denominador, es decir, nacidos vivos o nacimientos totales (nacidos vivos más muertes fetales). Se invita a los países a que proporcionen los índices y tasas que se indican a continuación, o tantos como lo permitan sus sistemas de recopilación de datos. Por ejemplo:

- Razón de muerte fetal = (muertes fetales / nacidos vivos) x 1000
- Tasa de mortalidad fetal = (muertes fetales / nacimientos totales) x 1000
- Tasa de mortalidad fetal, por peso específico = (muerte fetal con un peso de 1000 g y más / nacimientos totales con un peso de 1000 g o más) x 1000
- Tasa de mortalidad neonatal temprana = (muertes neonatales tempranas / nacidos vivos) x 1000
- Tasa de mortalidad neonatal temprana, por peso específico = (muertes neonatales tempranas de recién nacidos que pesan 1000 g o más al nacer / nacidos vivos que pesan 1000 g o más) x 1000
- Razón de mortalidad perinatal = (muertes fetales y muertes neonatales tempranas / nacidos vivos) x 1000
- Tasa de mortalidad perinatal = (muertes fetales y muertes neonatales tempranas / nacimientos totales) x 1000
- Tasa de mortalidad perinatal, por peso específico = (muertes fetales que pesan 1000 g o más + muertes neonatales tempranas que pesan 1000 g o más al nacer / nacimientos totales que pesan 1000 g o más) x 1000
- Tasa de mortalidad neonatal = (muertes neonatales / nacidos vivos) x 1000
- Tasa de mortalidad neonatal, peso específico = (muertes neonatales de niños que pesan 1000 g o más al nacer / nacidos vivos que pesan 1000 g o más) x 1000

- Tasa de mortalidad infantil = (muertes menores de un año de edad / nacidos vivos) x 1000
- Tasa de mortalidad infantil, peso específico = (muertes infantiles entre nacidos vivos que pesan más de 1000 g al nacimiento / nacimientos vivos que pesan 1000 g o más) x 1000

La tasa de mortalidad perinatal es el número de muertes de fetos que pesan al menos 500 g (o, cuando el peso al nacer no está disponible, después de 22 semanas completas de gestación o con una longitud del talón a la coronilla de 25 centímetros o más), más el número de muertes neonatales, por 1000 nacimientos totales. Debido a los diferentes denominadores en cada componente, esto no es necesariamente igual a la suma de la tasa de muerte fetal y la tasa de mortalidad neonatal temprana.

Clasificación por edad para estadísticas especiales de mortalidad infantil.

- Por días solos durante la primera semana de vida (menos de 24 horas, 1, 2, 3, 4, 5, 6 días), 7-13 días, 14-20 días, 21-27 días, 28 días y hasta 2 meses, por mes de vida desde los 2 meses a 1 año (2, 3, 4... -11 meses).
- Menos de 24 horas, 1-6 días, 7-27 días, 28 días hasta menos de 3 meses, 3-5 meses, 6 meses hasta menos de 1 año.
- Menos de 7 días, 7-27 días, 28 días hasta menos de 1 año.

Clasificación por edad para las muertes neonatales tempranas:

1. Menos de 1 hora, 1-11 horas, 12-23 horas, 24-47 horas, 48-71 horas, 72-167 horas
2. Menos de 1 hora, 1-23 horas, 24-167 horas.

Clasificación de peso al nacer para las estadísticas de mortalidad perinatal

Por intervalos de peso de 500 gramos, por ejemplo, 1000-1499 gramos, etc.

Clasificación por edad gestacional para las estadísticas de mortalidad perinatal

- Menos de 28 semanas (menos de 196 días)
- 28-31 semanas (196-223 días)
- 32-36 semanas (224-258 días)
- 37-41 semanas (259-293 días)
- 42 semanas y más (294 días y más)

2.28.5 Estándares y requisitos de información relacionados con la mortalidad materna

(Nota a la versión al español: la definición de muerte materna no es definitiva, aún se encuentra en discusión)

La mortalidad materna es parte de la evaluación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que sirven para monitorear el impacto del trabajo conjunto de la comunidad internacional en este campo.

2.28.5.1 Muerte materna

Una muerte materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el lugar del embarazo, por cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

2.28.5.2 Muerte materna tardía

Una muerte materna tardía se define como: la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas, después de 42 días pero antes de un año después de la terminación del embarazo.

2.28.5.3 Muerte materna global

Una agrupación que comprende las muertes maternas y las muertes maternas tardías.

2.28.5.4 Muertes obstétricas directas e indirectas

Las muertes maternas, las muertes maternas tardías y las muertes maternas integrales se subdividen en dos grupos:

- Muertes obstétricas directas: aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado de embarazo (embarazo, parto y puerperio), y de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o de una cadena de eventos resultantes de cualquiera de los anteriores.
- Muertes obstétricas indirectas: aquellas que resultan de una enfermedad preexistente o de una enfermedad que se desarrolló durante el embarazo y no se debió a causas obstétricas directas, pero que fue agravada por los efectos fisiológicos del embarazo.

2.28.5.5 Muerte ocurrida durante el embarazo, parto y puerperio

Una muerte que ocurre durante el embarazo, el parto y el puerperio se define como: la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la muerte (muerte obstétrica directa e indirecta y no obstétrica).

2.28.5.6 Requisitos de registro de mortalidad materna

Con el fin de mejorar la calidad de los datos de mortalidad materna y proporcionar métodos alternativos de recopilación de datos sobre muertes durante el embarazo o relacionadas con el embarazo, así como para alentar el registro de muertes por causas obstétricas ocurridas después de 42 días de la terminación del embarazo, La 43a Asamblea Mundial de la Salud en 1990 adoptó la recomendación de que los países consideren incluir preguntas sobre el embarazo actual y el embarazo dentro de un año antes de la muerte en los certificados de defunción.

La clasificación también permite el registro de las muertes que ocurren un año o más después de la interrupción del embarazo (JB62 Muerte por secuelas de causas obstétricas).

2.28.5.7 Informes internacionales de mortalidad materna

Para los efectos de la notificación internacional de la mortalidad materna, solo las muertes maternas que se produzcan antes del final del período de referencia de 42 días deben incluirse en el cálculo de los diversos índices y tasas, aunque el registro de muertes posteriores es útil para fines de análisis nacionales.

2.28.5.8 Numerador, denominador y proporciones de mortalidad materna publicados

Las tasas de mortalidad materna publicadas siempre deben especificar el numerador, que se puede dar como el número de muertes obstétricas directas registradas, o el número de muertes obstétricas registradas (directas más indirectas). Tenga en cuenta que los casos que no se codifican en el Capítulo 18 deben incluirse también en el numerador. Estas incluyen las categorías presentadas en la "Nota de Exclusión" al comienzo del Capítulo 18, siempre que hayan sido agravadas por el embarazo o por el contrario agravaron el embarazo.

El denominador utilizado para calcular la mortalidad materna debe especificarse como el número de nacidos vivos o el número de nacimientos totales (nacidos vivos más muertes fetales). Cuando ambos denominadores estén disponibles, se debe publicar un cálculo para cada uno.

Los resultados deben expresarse como una relación del numerador sobre el denominador, multiplicado por k (donde k puede ser 1000, 10.000 o 100.000, según lo prefiera e indique el país). Las razones y tasas de mortalidad materna se pueden expresar de la siguiente manera:

1. Razón de mortalidad materna: (Muertes maternas / Nacidos vivos o total de nacimientos) x k
2. Razón de mortalidad obstétrica directa: (solo muertes obstétricas directas / nacidos vivos o total de nacimientos) x k
3. Razón de muertes ocurridas durante el embarazo, el parto y el puerperio: (Muertes relacionadas con el embarazo / Nacidos vivos o total de nacimientos) x k

2.29 Mantenimiento y aplicación de la CIE

El proceso de mantenimiento de la CIE permite la adaptación continua de la CIE siguiendo la evolución en la comprensión, tratamiento y prevención de enfermedades. Una propuesta y un mecanismo de revisión en una plataforma en línea hacen que el proceso sea transparente. Los flujos de trabajo aseguran que los cambios propuestos se consideren tanto desde una perspectiva médica y científica como desde su valor y lugar en un caso de uso particular. Como resultado, el Componente Fundamental y las listas tabulares relacionadas se publicarán en versiones actualizadas.

2.29.1 Propuestas y mecanismos de revisión y flujo de trabajo

Cualquier persona puede enviar una propuesta de actualización a la CIE. Dichas actualizaciones pueden referirse a una o más entidades de la CIE. Pueden abordar la posición de las entidades en una lista tabular, en el componente fundamental o

pueden estar relacionadas con cualquier elemento del modelo de contenido. Las sugerencias se proporcionarán en el formato de una explicación breve (aproximadamente de 500 palabras) con referencias a la literatura y la evidencia de apoyo. La propuesta también visualizará los cambios sugeridos en la posición de un código o entidad y abordará el impacto potencial en entidades fuera de la propuesta.

Las propuestas serán revisadas por expertos científicos y expertos en la clasificación. Cualquier decisión a adoptar sobre una propuesta en particular se basará en las recomendaciones de estos expertos. Un flujo de trabajo entre un grupo de referencia de mortalidad y morbilidad, un grupo asesor médico científico y un grupo asesor de clasificación y estadística garantizará que se tengan en cuenta todos los aspectos relacionados con una propuesta. Las revisiones proporcionadas por expertos en clasificación asegurarán la adecuación de los cambios propuestos a los diversos casos de uso de la CIE. El proceso consta de dos rondas de edición mutua entre expertos en contenido y clasificación para lograr un consenso sobre un cambio propuesto. Todas las rondas de edición serán manejadas a través de plataformas electrónicas. Cuando no se puede lograr un consenso, la propuesta puede ser diferida a ciclos subsiguientes de edición pendientes de arbitraje por parte de la OMS o puede resolverse en una reunión cara a cara de expertos en clasificación y contenido. En todos los demás casos, se da una recomendación de consenso a la OMS para la decisión final.

2.29.2 Plataforma de actualización

Todas las propuestas se ingresan en una plataforma de actualización en línea, para verificar su integridad, discusión y edición. La plataforma proporciona la infraestructura para enviar propuestas a revisores y expertos, y para proporcionar comentarios a los autores originales. La plataforma de actualización también muestra el resultado final de la propuesta que se ha ingresado en la plataforma de creación y se ha convertido en parte de la CIE.

2.29.3 Lanzamientos oficiales

La CIE-11 se lanzará en versiones "estables" para cinco años para uso internacional (actualizaciones que influirán en la estructura de cuatro y cinco caracteres), a menos que las necesidades urgentes de salud pública requieran lo contrario. Las versiones se complementan con los identificadores de versión que se utilizan para la presentación de informes junto con los códigos. Las tablas de transición y los materiales que muestran las diferencias se proporcionan con cada versión. Las actualizaciones a un nivel más detallado que cuatro y cinco caracteres pueden publicarse con frecuencias anuales. Las adiciones al índice se pueden hacer de forma continua. Las reglas de mortalidad y morbilidad se actualizarán en ciclos más largos.

Se alienta a todos los países que han implementado la CIE-11 a adoptar las actualizaciones para garantizar la mayor estandarización posible de los resultados de codificación. Si un país por cualquier motivo no puede implementar un determinado año de actualizaciones, se asegurará de que al menos los datos

informados estén en línea con la versión más reciente de la CIE-11. Pequeñas correcciones de errores que sirven para aclarar el significado, la indexación o los errores, se pueden comunicar con una periodicidad anual.

La OMS ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en la CIE y sus diferentes versiones y ediciones. Sin embargo, la CIE se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. La responsabilidad de la interpretación y el uso de la CIE son del usuario. En ningún caso, la OMS será responsable de los daños derivados de su uso. El editor de la información codificada de la CIE es responsable de garantizar el uso adecuado de la CIE y presentar claramente la metodología para la recopilación de datos y los mecanismos que se utilizaron para modificar los datos originales a fin de indicar la comparabilidad de los resultados presentados. Para los datos de mortalidad, no se permite ninguna desviación de la metodología indicada en la CIE. Puede consultarse una información más detallada en el Anexo A: CIE-11 Actualización y mantenimiento.

2.30 Reglas de mortalidad – Base de conocimientos

La Base de datos de conocimientos sobre mortalidad será una recopilación de reglas que se utilizan para determinar la causa básica de la muerte a partir de los certificados de defunción. Estas reglas se basarán en las pautas de codificación de mortalidad de la CIE. Las reglas cubrirán las secuencias permitidas, como la enfermedad "a" debido a la enfermedad "b", y los casos en que la causa seleccionada puede modificarse para proporcionar información más relevante para la salud pública. Los resúmenes breves describirán el alcance de una regla, y las tablas de decisión especificarán explícitamente e independientemente del lenguaje el uso de la regla con los códigos de la lista tabular de mortalidad. Los "conjuntos de códigos" de las tablas de decisión agruparán los códigos de la CIE que a menudo aparecen juntos en la base de conocimientos o se manejan de manera similar mediante las reglas de selección y modificación; por ejemplo, como causas o consecuencias de enfermedades con alguna característica común. La información sobre las reglas se mantendrá en una base de datos, de modo que los datos en la tabla de códigos de las reglas se puedan validar fácilmente contra los cambios en la clasificación, y viceversa.

Las tablas de decisión se pueden usar para la codificación manual y la selección de la causa básica de la muerte, o para la programación de un software que ayude en esta tarea. En el pasado, dichas bases de Reglas han sido desarrolladas por los usuarios de la codificación de mortalidad de la CIE-10 en un enfoque internacional, basándose en la decisión de cambio de las tablas adoptada por un grupo internacional acreditado por la OMS.

2.31 Herramientas automatizadas de codificación para la mortalidad

Las herramientas de codificación automatizadas para la mortalidad son sistemas interactivos basados en computadora para codificar las causas múltiples de muerte y para seleccionar la causa básica de defunción. Estos sistemas requieren un diccionario que coincida con el idioma que se utiliza para informar las causas de

muerte de la versión de la CIE que se esté usando. El uso del software requiere entrenamiento. También son necesarios codificadores especializados para ayudar en la codificación de los casos que no pueden ser codificados por el software. Este es el caso en el 10-20% de los casos, según el idioma y el diccionario. Iris es el único software de codificación automatizado mantenido internacionalmente. Además de esto hay varios otros sistemas nacionales en uso.

3 Parte 3 – Novedades en la CIE-11

3.1 Nuevas convenciones y terminología de la CIE-11

Cuadro 1: Cambios importantes de la CIE-10 a la CIE-11, incluida la justificación

CIE-10	CIE-11
Esquema de codificación	La numeración de capítulos es arábiga
La numeración de capítulos es con números romanos	El código de base (categoría) tiene 4 caracteres y hay 2 niveles de subcategorías
Categorías de 3 caracteres, cada una de las cuales se puede dividir en hasta 10 subcategorías de cuatro caracteres.	Un código alfanumérico con una letra en la segunda posición y un número en la posición del tercer carácter para diferenciarse de los códigos de la CIE-10. La inclusión de un número forzado en la posición del tercer carácter evita la ortografía de "palabras indeseables". Una letra en la posición del segundo carácter permite una clara distinción entre un código de CIE-11 y uno de la CIE-10. Los códigos alfanuméricos cubren el rango de 1A00.00 a ZZ9Z.ZZ. Los códigos que comienzan con una 'X' indican un código de extensión (consulte el capítulo Códigos de extensión). Las letras "O" y "I" se omiten para evitar confusiones con los números "0" y "1".
Códigos alfanuméricos con una letra en la primera posición y un número en la segunda, tercera y cuarta posición. El cuarto carácter sigue a un punto decimal.	El primer carácter del código siempre se relaciona con el capítulo. Un primer carácter de 1-9 se utiliza para los capítulos 1 a 9 y para los capítulos 10 a 27, el primer carácter es una letra. El rango de códigos de un solo capítulo siempre tiene el mismo carácter en la primera posición. Por ejemplo, 1A00 es un código en el capítulo 1, y BA00 es un código en el capítulo 11.
El primer carácter de un código es una letra y no se relaciona con el número del capítulo. La letra puede haber sido la misma para dos capítulos cortos (por ejemplo, el Capítulo VII (H00-H59) (y el Capítulo VIII (H60-H95), o se pueden haber usado dos letras para un capítulo largo (por ejemplo, el Capítulo XIX S00-T98).	La letra terminal "Y" está reservada para la categoría residual "otra especificada" y la letra terminal "Z" está reservada para la categoría residual "sin especificación".
La categoría residual es identificada por el carácter numérico 8 y la categoría no especificada es identificada por el carácter numérico 9.	La CIE-11 admite la poscoordinación y los códigos combinados dentro de un grupo.
El concepto de código combinado no existe en la CIE-10.	

Terminología

Se utiliza un rango de expresiones para describir una relación causal entre condiciones en un título de código

El término preferido es "debido a" para las categorías donde se mencionan dos condiciones y existe una secuencia causal. Otros términos, como "causado por"; o 'atribuido a' pueden ser permitidos como sinónimos. La frase "secundaria a" es equivalente y también puede incluirse como un sinónimo.

Un rango de expresiones que indican la concurrencia de dos condiciones en un título de código (por ejemplo, "en" o "con").

El término preferido es "asociado con" para las categorías donde se mencionan dos afecciones y no hay una secuencia causal implícita.

Sistema de daga-asterisco y subclasificaciones adicionales

	CIE-10	CIE-11
Sistema de daga y asterisco	La CIE-10 (y la CIE-9) utilizaron el sistema de daga y asterisco para describir la condición etiológica en la tabulación primaria (código de daga), y para la manifestación clínica, el sitio relevante y otros aspectos (código de asterisco). Además, hubo conjuntos de códigos que se usan para agregar más detalles (por ejemplo, B95-B97) o listas de subclasificaciones para agregar detalles anatómicos a las categorías.	Los equivalentes en la CIE-11 del asterisco y otros códigos que sirvieron para agregar detalles, se pueden encontrar en el Capítulo 21 Síntomas, signos o hallazgos clínicos, no clasificados en otra parte, en el capítulo de los códigos de extensión o en un capítulo del sistema del cuerpo, según corresponda. El capítulo de códigos de extensión agrupa la anatomía, el agente, la histopatología y otros aspectos que pueden usarse para agregar detalles a un código.
Uso de múltiples códigos para una condición / subclasificaciones adicionales	Se podría utilizar más de una categoría para especificar más detalles para otra categoría. Por ejemplo, los agentes infecciosos (B95-B97) o los códigos de asterisco.	Poscoordinación – El uso de múltiples códigos (es decir, códigos de base o códigos de extensión) juntos para describir plenamente un concepto clínico documentado.
Instrucción "codifique también"	Había notas de "Utilice un código adicional si lo desea, para identificar" para sugerir una codificación opcional.	Las instrucciones "Codifique también" informan sobre la información adicional que debe codificarse junto con ciertas categorías, porque esa información adicional es

relevante para la tabulación primaria

El sistema de daga y asterisco ha sido eliminado en la CIE-11, pero la funcionalidad de codificación de la etiología y la manifestación permanecen. Un número de códigos de asterisco anteriores que se utilizaron anteriormente para identificar manifestaciones de enfermedades ahora se enumeran en el Capítulo 21 Síntomas, signos o hallazgos clínicos, no clasificados en otra parte. Una parte de los códigos de asterisco anteriores también residen en el capítulo del sistema del cuerpo correspondiente. Se eliminaron los códigos de asterisco que eran repeticiones del código de daga. Las listas para codificar detalles anatómicos opcionales se han agrupado en una sección: "Códigos de extensión".

Otras diferencias generales

	CIE-11
Descripción de la categoría	Todas las categorías de la CIE-11 tienen una descripción corta y larga. La breve descripción describe el significado de la categoría en 100 palabras o menos y aparece en la versión impresa de la clasificación. La descripción larga no tiene restricciones de longitud, incluida la información detallada que aparece en el modelo de contenido.
Modelo de contenido	Todas las categorías de la CIE-11 incluyen información por separado sobre anatomía, etiología y otros aspectos a los que se puede acceder con fines de búsqueda o cuando se navega en la lista tabular de la EMM.

Las listas especiales de tabulación de la CIE-10 continúan existiendo, pero hay dos más, la Lista Inicial de mortalidad (LIMor) y la lista para la autopsia verbal. Se pueden derivar tabulaciones especiales adicionales de la nueva técnica de varias entidades padre, por ejemplo, todas las enfermedades de notificación a la OMS, enumerando todas las afecciones asignadas en la sección correspondiente del capítulo de enfermedades infecciosas.

Para la morbilidad, la definición de afección principal ha cambiado para ser el motivo de ingreso después de la evaluación al final de la estancia. Esta definición es menos propensa a la interpretación, y los países que cambiaron de la definición "más consumo de recursos" a la "razón de admisión al final de la atención" utilizando la CIE-10, solo notaron pequeños cambios en sus estadísticas de actividad.

3.1.1 Descripción breve

La descripción es una breve caracterización (máximo de 100 palabras) de la entidad que describe aspectos que siempre son ciertos acerca de una enfermedad o afección y son necesarias para comprender el alcance de la rúbrica. Las descripciones no contienen elementos previstos para el nivel 3 (epidemiología

común) o cosas que pueden ser ciertas para el nivel 4 (criterios clínicos). Las descripciones se llamaban anteriormente "definiciones cortas".

3.1.2 Información adicional

Este es un campo de texto que no es obligatorio, pero que puede contener información adicional o características de las enfermedades o afecciones incluidas en la entidad. Este campo de texto proporciona más contexto para la entidad. Por ejemplo, las circunstancias epidemiológicas más comunes, los agentes etiológicos putativos o altamente sospechosos, u otra información que puede no ser siempre cierta pero puede ser común, típica o esperada. La información adicional se denominó formalmente "definición larga".

3.1.3 Estructura del código

Los códigos de la CIE- 11 son alfanuméricos y cubren el rango de 1A00.00 a ZZ9Z.ZZ. Los códigos que comienzan con 'X' indican un código de extensión (consulte Códigos de extensión). La inclusión de un número forzado en la posición del tercer carácter evita la ortografía de "palabras indeseables". Una letra en la posición del segundo carácter permite una clara distinción entre un código de la CIE-11 y uno de la CIE-10.

3.2 Estructura de los Capítulos de la CIE-11

La linealización internacional de referencia principal es la Estadística de mortalidad y morbilidad (EMM CIE-11). Se utiliza para codificar e informar enfermedades o causas de defunción para comparación internacional. La denominación de esta linealización destaca sus dos motivos principales de uso. Esta linealización básica se divide en 28 capítulos, de los cuales 25 se refieren a condiciones de salud similares a versiones anteriores de CIE, mientras que uno sirve para identificar causas externas de morbilidad y mortalidad, y otro incluye conceptos de la medicina tradicional. Por último, hay dos secciones adicionales para uso adicional opcional, una para códigos de extensión para agregar más detalles para diferentes dimensiones de una enfermedad, como el sitio anatómico, para señalar si una afección está presente en el momento del ingreso a la unidad médica o una enfermedad que haya sido relevante en la historia familiar (véase 3.2.27 Sección X 'Códigos de extensión'), y el otro para evaluar el funcionamiento, mediante un conjunto de códigos para evaluación y calificación en la CIE usando dominios funcionales de la CIF de alto poder explicativo (véase 3.2.26.1 Sección V - 'Sección complementaria para el capítulo de evaluación de funcionamiento').

La CIE-11 tiene cinco capítulos nuevos. Como resultado, la numeración de los capítulos ha cambiado. Los nuevos capítulos son:

Capítulo 03 Enfermedades de la sangre o de los órganos hematopoyéticos y Capítulo 04 - Enfermedades del sistema inmunitario. Las enfermedades que afectan al sistema inmunológico y las enfermedades que afectan a la sangre se encuentran ahora en dos capítulos separados.

Capítulo 07 Trastornos del ciclo del sueño y la vigilia. Los trastornos del sueño y la vigilia se han reagrupado en este nuevo capítulo.

Capítulo 17 Condiciones relacionadas con la salud sexual. Las condiciones sexuales se han agrupado en este nuevo capítulo.

Capítulo 27 Medicina tradicional. Se ha añadido un capítulo para la medicina tradicional.

A continuación se presenta una descripción general de los principios organizativos y la estructura de la clasificación (jerarquía) para cada uno de los 26 capítulos. La modificación de la estructura y los nuevos conjuntos de funcionalidades en la CIE-11 fueron el resultado de incorporar actualizaciones científicas y hacer que las clasificaciones fueran más relevantes para efectos computacionales.

3.2.1 Capítulo 01 - Algunas enfermedades infecciosas o parasitarias

Estructura del Capítulo 01

3.2.2.1 Capítulo 01 - Estructura del capítulo 01

El capítulo enumera en primer lugar las agrupaciones de enfermedades infecciosas en algunos síndromes clínicos, luego agrupa otras infecciones según el modo de transmisión, y finalmente enumera las infecciones restantes según su agente causal. Algunas afecciones de mayor preocupación para la salud pública se enumeran al mismo nivel. Las variantes de las afecciones en el capítulo que ocasionalmente pueden darse en forma de infecciones localizadas se codifican principalmente en este capítulo. Las infecciones que están principalmente localizadas, y donde el agente generalmente se desconoce o no es relevante, o existe una etiología mixta, se encuentran en los capítulos de los sistemas. Los agentes infecciosos frecuentes se pueden enumerar como categorías de entidades hijas individuales debajo de la infección localizada. En algunos casos, las infecciones podrían ubicarse igualmente en el capítulo de enfermedades infecciosas y en un capítulo de sistemas orgánicos. En tales casos, se ha elegido la decisión que crea el menor cambio (legado de la CIE-10). Algunas agrupaciones se han diseñado también para poder codificar la información imprecisa notificada con frecuencia, como es el caso de la meningitis y la encefalitis y las infecciones respiratorias.

Una lista de tabulación especial agrupa las infecciones por agentes y está destinada a ese efecto y a la notificación, únicamente.

3.2.1.2 Capítulo 01 - Justificación para el capítulo 01

El propósito de la estructura del capítulo 01 es minimizar el impacto en las estadísticas longitudinales de las infecciones graves, permitir la notificación de las infecciones principales que tienen un síntoma guía común (por ejemplo, la diarrea) sin mencionar un agente específico. La gripe, aunque afecta visiblemente el tracto respiratorio, afecta varias partes del cuerpo y también es un importante problema de salud pública. Por esa razón, se ha trasladado al capítulo infeccioso. Las enfermedades priónicas pueden ser transmisibles, de origen genético o surgir espontáneamente. Son condiciones raras que solo afectan al sistema nervioso. Muchas son heredadas. La presencia de un gen específico es un requisito previo para desarrollar una enfermedad priónica. En vista de estos hechos, se decidió mantener las enfermedades priónicas agrupadas y trasladar a todo el grupo al capítulo de neurología.

3.2.1.3 Resistencia antimicrobiana

Las partes de la CIE relacionadas con la resistencia a los antimicrobianos (RAM) han sido diseñadas para apoyar al Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos. Los patógenos prioritarios se identifican en combinaciones con sustancias antimicrobianas relevantes actuales. La sección está diseñada para permitir la poscoordinación de otras combinaciones de sustancias y agentes en un código combinado. La sección sobre la RAM está ubicada en el Capítulo 21 'Síntomas, signos o hallazgos clínicos, no clasificados en otra parte', por lo que las enfermedades o los agentes causales siempre se codifican junto con la categoría de la RAM. La CIE y el sistema de vigilancia se centran en combinaciones específicas de sustancias patógenas trazadoras. Sin embargo, el diseño de la CIE permite

codificar el patrón completo de susceptibilidad a los antibióticos, si se desea. Para la tabulación, los códigos RAM deben informarse en combinación con la enfermedad infecciosa. Cuando solo se puede informar una afección, se debe retener la enfermedad infecciosa. Sin embargo, a nivel nacional, el conjunto de enfermedades infecciosas y el número de casos de RAM entre los casos de infecciones deben ser tabulados.

3.2.2 Capítulo 02 - Neoplasias

3.2.2.1 Capítulo 02 - Estructura del capítulo 02

La jerarquía general del Capítulo 02 consiste en lo siguiente:

Primer nivel - Comportamiento

Segundo nivel - Sitios o sistemas amplios

Tercer nivel - Sitio específico

Cuarto nivel - Tipo morfológico (histológico)

Hay tres grupos que son una excepción a la jerarquía anterior. Estos son:

1. Neoplasias del cerebro y sistema nervioso central.

Primer nivel - Sitios amplios

Segundo nivel - Comportamiento - tipo morfológico (histológico)

2. Neoplasias de tejidos hematopoyéticos y linfoides.

Primer nivel - Tipo morfológico amplio (histológico)

Segundo nivel - Tipo morfológico específico (histológico)

3. Neoplasias mesenquimatosas malignas.

Primer nivel - Tipo morfológico específico (histológico)

Segundo nivel – Sitio

3.2.2.2 Capítulo 02 - Justificación para el Capítulo 02

El progreso en la oncología ha demostrado claramente que la categorización basada únicamente en el sitio de los tumores malignos y benignos proporciona información limitada para la prevención, el tratamiento y el pronóstico de las personas afectadas por un tumor. La CIE-10 había incluido un número limitado de categorías basadas en histopatología (por ejemplo, algunas neoplasias linfoides, melanoma).

En la CIE-11, los sitios principales de los tumores tienen primero subdivisiones de tipo histopatológico. Los grupos elegidos se basaron en un análisis de los informes

internacionales de mortalidad y morbilidad, los registros de cáncer y los informes clínicos. Las secciones rediseñadas se revisaron para detectar detalles faltantes en relación con los casos de uso de la CIE.

Mantener intactos los principales ejes anatómicos permite la compatibilidad hacia atrás. Sin embargo, la estructura se ajustó en algunos lugares para coincidir con las subdivisiones anatómicas de la clasificación TNM (<https://www.uicc.org/resources/tnm>).

Para los tumores del sistema nervioso central, la distinción histológica y de comportamiento entre benigno y maligno es un área gris. Como tal, se decidió mover todos los tumores del sistema nervioso central fuera del marco de comportamiento básico y agruparlos juntos.

El campo de los marcadores genéticos está cambiando rápidamente. Mientras que para algunos tumores, tales marcadores se han usado durante muchos años, para otros, este no es el caso. Como tal, con la excepción de los tumores hematológicos, los marcadores genéticos no se incluyeron y no se utilizaron para la clasificación. Sin embargo, se incluyen en la sección “Códigos de extensión”, y se pueden agregar como poscoordinación al código de base del capítulo de neoplasias para describir completamente la entidad tumoral relevante.

3.2.3 Capítulo 03 - Enfermedades de la sangre o de los órganos hematopoyéticos

3.2.3.1 Capítulo 03 - Estructura del capítulo 03

Este nuevo capítulo (anteriormente parte del Capítulo III en la CIE-10) tiene tres secciones principales:

- Anemias u otros trastornos de los eritrocitos.
- Defectos de la coagulación, púrpura u otras afecciones hemorrágicas o relacionadas
- Enfermedades del bazo.

Las neoplasias de los tejidos hematopoyéticos y linfoides se encuentran principalmente en el Capítulo 02 (Neoplasias), mientras que los síntomas, signos o hallazgos clínicos de la sangre o de los órganos hematopoyéticos o del sistema inmunitario se encuentran principalmente en el Capítulo 21.

Las dos primeras secciones principales comprenden la siguiente jerarquía:

Primer nivel - Anemias y trastornos de la coagulación.

Segundo nivel - Categorías amplias de enfermedades / tipo de trastorno

Tercer nivel - Congénitas vs adquiridas

Cuarto nivel – Mayor especificidad del tipo de enfermedad / trastorno

La tercera sección principal comprende la siguiente jerarquía:

Primer nivel - Enfermedades del bazo

Segundo nivel - Congénitas vs adquiridas

Tercer nivel – Tipo específico de enfermedad / trastorno

3.2.3.2 Capítulo 03 - Justificación para el capítulo 03

Para el Capítulo 03, ha habido una reorganización en una visión clínica de las enfermedades de la sangre, una visión etiológica de las enfermedades de la sangre y las enfermedades del bazo. Las anemias ahora están todas bajo un conjunto con un grupo separado para “defectos de coagulación, púrpura u otras afecciones hemorrágicas correlacionadas”.

3.2.4 Capítulo 04 - Enfermedades del sistema inmunitario

3.2.4.1 Capítulo 04 - Estructura del capítulo 04

Este nuevo capítulo (anteriormente parte del Capítulo III en la CIE-10) tiene las siguientes secciones:

Inmunodeficiencias

Trastornos sistémicos específicos no orgánicos.

Primer nivel - Siendo las principales agrupaciones anteriores

Segundo nivel - tipo de enfermedad / trastorno (categoría más amplia) /

Tercer nivel - Tipo específico de enfermedad / trastorno

Cuarto nivel - Tipo de enfermedad / trastorno (categoría más amplia)

Primer nivel - Trastornos autoinflamatorios

Segundo nivel - Síndromes específicos

Primer nivel - Afecciones alérgicas o de hipersensibilidad.

Segundo nivel - Sistema corporal (categoría más amplia)

Primer nivel - Ciertas enfermedades que involucran al sistema inmunitario

Segundo nivel – Tipo específico de enfermedad / trastorno

Tercer nivel - Especificidad adicional del tipo de enfermedad / trastorno

Enfermedades del timo

Segundo nivel – Tipo específico de enfermedad / trastorno

3.2.4.2 Capítulo 04 - Justificación para el capítulo 04

Para el Capítulo 04, hay nuevas secciones para trastornos inmunitarios que difieren de la sección que se tenía anteriormente en el Capítulo III de la CIE-10. Para el sistema inmunológico, se clasifican principalmente por el síndrome clínico, y en una vista alternativa, las enfermedades del sistema inmunitario se muestran por línea celular. En este capítulo se incluye una sección para afecciones alérgicas o de hipersensibilidad. En general, se han agregado más detalles al capítulo.

3.2.5 Capítulo 05 - Enfermedades endocrinas, nutricionales o metabólicas

3.2.5.1 Capítulo 05 - Estructura del Capítulo 05

El capítulo 05 tiene cuatro secciones principales:

1. Enfermedades endocrinas.

Segundo nivel - Glándula específica o sistema hormonal.

Tercer nivel - Enfermedad específica / trastorno

2. Trastornos nutricionales.

Segundo nivel - Amplias categorías de enfermedad / trastorno

Tercer nivel - Enfermedad específica / trastorno

3. Trastornos metabólicos.

Segundo nivel - Amplias categorías de enfermedad / trastorno

Tercer nivel - Enfermedad específica / trastorno

4. Trastornos endocrinos o metabólicos postoperatorios.

Segundo nivel - Enfermedad específica / trastorno

Las neoplasias del sistema endocrino se ubican principalmente en el Capítulo 02 Neoplasias, y los Síntomas, signos o hallazgos clínicos de enfermedades endocrinas, nutricionales o metabólicas se ubican principalmente en el Capítulo 21.

3.2.5.2 Capítulo 05 - Justificación para el Capítulo 05

Existe una mayor estandarización internacional de la terminología de las enfermedades endocrinas que se utiliza para describir la naturaleza compleja de

estas afecciones. La intención es incluir todas las disfunciones que conducen a un trastorno endocrino específico.

La diabetes mellitus y la hiperglucemia intermedia se han expandido para reflejar la terminología internacional actual. Las complicaciones asociadas a menudo con la diabetes continúan siendo incluidas en la clasificación en el capítulo del sistema corporal apropiado de acuerdo con las diversas modificaciones clínicas. Se han incluido notas de 'Codifique también' y 'Use código adicional' para vincular los tipos de diabetes y las diversas complicaciones para permitir la adición de códigos para una mayor especificidad.

Las fuentes para el cambio en esta sección se basaron en la Clasificación actual de la OMS de la Diabetes Mellitus y la Hiperglucemia Intermedia, 2011 y el Departamento de Enfermedades Crónicas, Promoción de la Salud, OMS.

El Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS propuso cambios en la sección sobre Trastornos nutricionales con el asesoramiento del Grupo Asesor de Expertos en Orientación sobre Nutrición (Nutrition Guidance Expert Advisory Group "NUGAG") para obtener actualizaciones de esta sección de la clasificación. Los trastornos metabólicos ahora tienen una base etiológica y se han clasificado en tres áreas distintas; "Errores innatos del metabolismo", "Trastornos de la absorción y el transporte de metabolitos" y "Trastornos de los líquidos, electrolitos y del equilibrio ácido-base" tras el asesoramiento clínico recibido de las sociedades internacionales pertinentes para enfermedades metabólicas.

3.2.6 Capítulo 06 - Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo

3.2.6.1 Capítulo 06 - Estructura del Capítulo 06

La jerarquía del Capítulo 06 consiste en:

Primer nivel - Amplias categorías de enfermedad / trastorno

Segundo nivel - Tipo específico de enfermedad / trastorno

Tercer nivel - Especificidad adicional del tipo de enfermedad / trastorno

3.2.6.2 Capítulo 06 - Justificación para el Capítulo 06

La estructura general lineal del capítulo propuesto sobre trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico para la CIE-11 ha sido un tema de discusiones sustanciales y exhaustivas por parte del Grupo consultivo sobre trastornos de la salud mental, así como interacciones extensas con la Asociación Americana de Psiquiatría en relación con la recién publicada Quinta edición del

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (1), desde la fecha de la designación inicial del Grupo asesor en 2007.

La arquitectura apropiada de una clasificación diagnóstica de los trastornos mentales y del comportamiento es un problema que ha recibido una atención sustancial en el transcurso de la revisión (2-4). Uno de los principios rectores de la CIE-11 es que debe reflejar la evidencia científica actual sobre las relaciones entre los trastornos (5) en lugar de conceptos anticuados como la “neurosis”, que tienen una construcción y una validez predictivas deficientes. Además, un objetivo importante del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS, para la revisión actual, es mejorar la utilidad clínica de esta parte de la CIE-11 (6, 7). Debido a que la CIE-11 utiliza una estructura de codificación diferente que no se basa en un sistema de numeración decimal, de modo que se pueda acomodar un mayor número de bloques o agrupaciones dentro del capítulo, se presentó una oportunidad importante para alinear la clasificación más con la actual investigación y práctica clínica en términos de cómo se representan los grupos de trastornos.

Tres flujos de trabajo proporcionan la justificación y la evidencia de la estructura lineal de los trastornos mentales y del comportamiento en la CIE-11.

Revisiones de evidencia por los grupos de trabajo para los Trastornos mentales, del comportamiento o del desarrollo neurológico de la CIE-11

La primera corriente de trabajo se relaciona con el resultado de las revisiones de evidencia de los 14 Grupos de Trabajo que informaron al Grupo Asesor, cada uno de los cuales tuvo múltiples reuniones cara a cara durante al menos un período de 2 años. Se pidió a los Grupos de trabajo que revisaran la evidencia científica disponible y otra información sobre la aplicación clínica de clasificaciones en diversos entornos en todo el mundo, y que proporcionaran evidencia y una justificación para sus agrupaciones, así como el contenido y la disposición de las categorías dentro de ellos. Este trabajo dio lugar a manuscritos que describían las razones de la mayoría de los grupos de trastornos que se han publicado o enviado a revistas revisadas por pares (8-15). El espacio no permite detallar aquí la justificación y la base de evidencia para cada cambio estructural, pero esta información relacionada con cualquier decisión específica se puede proporcionar a pedido en función del material generado por los Grupos de Trabajo.

Estudios formativos de campo sobre la utilidad clínica de la estructura lineal

La segunda corriente de trabajo relevante para la estructura lineal de los Trastornos Mentales y del Comportamiento se centró en la utilidad clínica y está representada por dos estudios de campo formativos realizados por la OMS y el Grupo de Coordinación de Estudios de Campo que informan al Grupo Asesor (16, 17). El propósito de estos estudios fue examinar las conceptualizaciones realizadas por profesionales de la salud mental en todo el mundo sobre las relaciones entre los trastornos mentales para informar las decisiones sobre la estructura de la clasificación. Desde una perspectiva de utilidad clínica, particularmente en términos de mejorar la interfaz entre la información de salud y la práctica clínica,

las características más importantes y deseables de la organización de una clasificación es que (a) ayuda a los médicos a encontrar las categorías que describen con mayor precisión a los pacientes que ellos atienden tan rápida, fácil e intuitivamente posible y (b) las categorías de diagnóstico así obtenidas les brindarán información clínicamente útil sobre el tratamiento y manejo. Una clasificación de trastornos mentales que es difícil y engorrosa de implementar en la práctica clínica y no proporciona información que sea de valor inmediato para el médico no tiene ninguna esperanza de ser implementada con precisión en el nivel de atención en entornos reales de atención a la salud. En ese caso, la práctica clínica no se guiará por la estandarización y la operacionalización de conceptos y categorías que son inherentes a la clasificación, y se perderán oportunidades importantes para la mejora de la práctica y la evaluación de resultados. A su vez, un sistema de diagnóstico que se caracteriza por una utilidad clínica deficiente en el nivel atención no puede generar datos basados en esas atenciones que serán una base válida para programas y políticas de salud, o para estadísticas de salud globales. La razón detrás de estos dos estudios fue que si las formas en que los médicos conceptualizan la organización de los trastornos mentales tal como se encuentran en su práctica clínica cotidiana son (a) consistentes en todos los países, idiomas y disciplinas, y (b) distinta de la organización de la CIE-10, entonces esta información podría usarse para crear una clasificación de trastornos mentales que se corresponda más con la organización cognitiva de las categorías de los clínicos y, por lo tanto, sería más intuitiva y eficiente para el uso en entornos de atención médica del mundo real.

El primer estudio de campo formativo (17) fue un estudio basado en los servicios de la web, administrado tanto en inglés como en español, en el que participaron 1371 psiquiatras y psicólogos de 64 países. El segundo estudio de campo formativo (16) involucró la administración en persona de una tarea estandarizada de clasificación y formación de jerarquías para 517 profesionales de salud mental en ocho países y cinco idiomas. Ambos estudios encontraron que el mapa conceptual de los clínicos sobre los trastornos mentales era racional y altamente estable en toda la profesión, el idioma y el nivel de ingresos del país. Además, ambos estudios encontraron que la estructura propuesta para los trastornos mentales y del comportamiento en la CIE-11 era más consistente con los modelos conceptuales de los médicos que la estructura de la CIE-10 o el DSM-IV. El segundo estudio también demostró claramente que los clínicos preferían una estructura “más plana” con un mayor número de agrupaciones en comparación con una estructura más jerárquica con menos agrupaciones como se encuentra en la CIE-10.

Armonización con el DSM-5

La tercera corriente de trabajo se relaciona con los esfuerzos para armonizar la estructura del capítulo de la CIE-11 sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento con la estructura del DSM-5, cuando sea posible. En general, el alto grado de similitud entre la estructura general del DSM-5 (1) y la estructura lineal propuesta para los Trastornos Mentales y del Comportamiento de la CIE-11 representa un gran éxito del esfuerzo de armonización de la CIE-DSM. Las diferencias relativamente menores se relacionan principalmente con:

propuestas para combinar las clasificaciones de los aspectos 'orgánicos' y 'no orgánicos' de condiciones como los trastornos del sueño y las disfunciones sexuales en la CIE-11 en capítulos separados de manera más consistente con la evidencia actual y la práctica clínica, que no fue una opción para el DSM-5 dado que es, por definición, una clasificación de trastornos mentales; y

diferencias en las convenciones relacionadas con las categorías residuales y los trastornos mentales asociados con otras enfermedades subyacentes en la CIE-11 a partir de las decisiones sobre la organización de tales categorías en el DSM-5. La información adicional sobre la justificación de las pocas diferencias sustantivas restantes en la estructura general entre las dos clasificaciones está disponible a solicitud. Se debe enfatizar que la similitud resultante en la organización entre los dos sistemas es el producto de varios años de negociaciones complejas. Dado que el DSM-5 ya se ha publicado, es probable que otros cambios en la estructura de la CIE-11 muevan a la CIE-11 en la dirección de la similitud reducida y la armonización con el DSM-5.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorder, Fifth Edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
2. Andrews, G., Goldberg, D. P., Krueger, R. F., Carpenter, W. T. Jr., Hyman, S. E., Sachdev, P., & Pine, D. S. (2009). Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: Could it improve utility and validity? *Psychological Medicine*, 39, 1993–2000.
3. Jablensky, A. (2009). A meta-commentary on the proposal for a meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*, 39, 2099–2103.
4. Wittchen, H.-U., Beesdo, K., & Gloster, A. T. (2009). A new meta-structure of mental disorders: A helpful step into the future or a harmful step back to the past? *Psychological Medicine*, 39, 2083–2089.
5. Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155–179.
6. Reed, G.M. (2010). Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41, 457–464.
7. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. (2011). A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*, 10, 86–92.
8. Al-Adawi, S., Baks, B., Bryant-Waugh, R., Claudino, A.M., Hay, P., Monteleone, P., et al. (2013). Revision of ICD- status update on feeding and eating disorders. *Advances in Eating Disorders*, 1, 10-20.
9. Creed, F., & Gureje, O. (2012). Emerging themes in the revision of the classification of somatoform disorders. *International Review of Psychiatry*, 24, 556-567.
10. Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24, 568-577.
11. Gaebel, W. (2012). The status of psychotic disorders in ICD-11. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 895-898.
12. Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L.M., et al. (2013). Diagnosis off classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12, 198-206.
13. Maj M., & Reed, G.M. (Eds.) (2012). The ICD-11 classification of mood and anxiety disorders: background and options. *World Psychiatry*, 11(Suppl. 1).
14. Poznyak, V., Reed, G.M., & Clark, N. (2011). Applying an international public health perspective to proposed changes for DSM-5. *Addiction*, 106, 868-870.
15. Rutter, M.C. (2011). Research review: Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 647-660.
16. Reed, G.M., Roberts, M.C., Keeley, J., Hooppell, C., Matsumoto, C., Sharan, P., et al. (2013). Mental health professionals' natural taxonomies of mental disorders:

- Implications for the clinical utility of the ICD-11 and the DSM-5. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 1191-1212.
17. Roberts, M.C., Reed, G.M., Medina-Mora, M.E., Keeley, J.W., Sharan, P., Johnson, D.K., et al. (2012). A global clinicians' map of mental disorders to improve ICD-11: Analysing meta-structure to enhance clinical utility. *International Review of Psychiatry*, 24, 578-590.

3.2.7 Capítulo 07 - Trastornos del sueño y la vigilia

3.2.7.1 Capítulo 07 - Estructura del Capítulo 07

El Capítulo 07 es un capítulo nuevo en la CIE-11. Contiene trastornos del sueño y la vigilia que anteriormente se encontraban en los capítulos del sistema respiratorio, sistema nervioso o salud mental. Al combinar estos trastornos en un capítulo, se pueden incluir más detalles para muchos de los trastornos relacionados con el sueño. La jerarquía consiste en:

Primer nivel - Tipo de enfermedad o trastorno (categoría más amplia)

Segundo nivel - Tipo específico de enfermedad / trastorno

Tercer nivel - Tipo específico adicional de enfermedad / trastorno

3.2.7.2 Capítulo 07 - Justificación para el Capítulo 07

Como los trastornos del sueño y la vigilia pertenecen a un área de superposición entre la salud mental, los trastornos neurológicos y las afecciones pulmonares, se tomó la decisión de agruparlos en un capítulo.

3.2.8 Capítulo 08 - Enfermedades del sistema nervioso

3.2.8.1 Capítulo 08 - Estructura del Capítulo 08

Primer nivel - Mezcla de enfermedades, trastornos y sitios y combinaciones de ambos.

Segundo nivel – Mezcla de subcategorías de enfermedades específicas o tipo de trastorno y algunas veces de sitio.

3.2.8.2 Capítulo 08 - Justificación para el Capítulo 08

La CIE-11 observa una revisión importante en la organización de los grupos que conforman el capítulo del sistema nervioso. El sistema de codificación decimal restrictiva de la CIE-10, con su capacidad de contener solo 11 grupos de trastornos por capítulo, dio lugar a grupos que contenían entidades neurológicas misceláneas que no encajaban lógicamente, como el grupo de trastornos episódicos y paroxísticos, que contenía trastornos de cefalea, epilepsia, ataques isquémicos transitorios y trastornos del sueño. La CIE-11 ahora coloca los trastornos de cefalea, epilepsia y cerebrovascular a nivel de grupos, y los trastornos del sueño a nivel de capítulo (Capítulo 07).

No solo ha cambiado la estructura del capítulo del sistema nervioso, sino que el enfoque de clasificación también integra la práctica clínica actual y los avances en la comprensión de las enfermedades neurológicas. Desde que se publicó la CIE-10, se han logrado enormes avances en los campos de la genética, la biología molecular y las tecnologías médicas. El aumento en el número de códigos es inevitable cuando se reflexiona sobre el reciente conocimiento adquirido en neurología, por lo que el objetivo es un equilibrio entre la amplitud, la utilidad clínica y el mantenimiento de un enfoque de salud pública. Los grupos de trabajo abordaron este problema considerando los trastornos más comunes que aparecen en el capítulo, y las variaciones etiológicas menos comunes de estos trastornos están sujetas a una técnica de "codificación doble". Un cambio importante que ilustra el avance del conocimiento es la adición de un grupo titulado "Trastornos paraneoplásicos y autoinmunes del sistema nervioso". Este grupo contiene enfermedades neurológicas mediadas por el sistema inmunitario, un campo en el que el conocimiento ha explotado en los últimos años. Un segundo ejemplo de cómo la nueva versión refleja el avance de la biología molecular es a través de la concesión de estatus al grupo de las enfermedades causadas por Priones a pesar de su rareza. Anteriormente, figuraban como parte del grupo de infecciones del sistema nervioso central, pero el interés de la investigación después del importante problema de salud pública en Europa en la década de los 90, ha llevado a descubrir nuevas variantes de enfermedades priónicas.

El mundo ha visto un gran aumento en la población anciana desde la década de 1990. Los trastornos neurocognitivos se han declarado como una preocupación importante para la salud pública y la investigación sobre su etiología y neurofarmacología ha aumentado. El grupo de la CIE-11 en los trastornos neurocognitivos refleja la mejor comprensión en esta área.

Un último cambio particularmente notable se puede encontrar en el grupo "Otros trastornos del sistema nervioso". Este grupo se emplea para capturar el "desbordamiento" de otros grupos del sistema nervioso y aquellos trastornos que se consideran inclasificables en otros lugares. En la CIE-10, debido al sistema de codificación decimal mencionado anteriormente, este grupo era una colección incongruente de enfermedades. Este bloque ahora se ha reducido significativamente en tamaño debido a la nueva estructura simplificada del capítulo del sistema nervioso que incluye nuevos grupos de trastornos previamente contenidos en la sección "otros trastornos del sistema nervioso" de la CIE-10. Estos incluyen "trastornos de la conciencia", "trastornos de la presión y el flujo del líquido cefalorraquídeo", "trastornos del sistema nervioso autónomo", "trastornos nutricionales y tóxicos del sistema nervioso" y "trastornos de la médula espinal que excluyen traumatismos". Se espera que su promoción al estatus de grupo tenga un efecto positivo en las prácticas de codificación.

Uno de los problemas que enfrenta el Grupo de Asesoramiento sobre temas Neurológicos ha sido la necesidad de establecer vínculos cruzados de los trastornos que tienen una presentación o fenotipo neurológico a sus raíces etiológicas en otros capítulos o grupos dentro del capítulo del sistema nervioso. Uno de los innumerables ejemplos de este tipo de relación serían los trastornos mitocondriales de la unión neuromuscular. Deben estar entrecruzados tanto en el

capítulo del sistema nervioso como en el capítulo de enfermedades endocrinas, nutricionales o metabólicas.

3.2.9 Capítulo 09 - Enfermedades del sistema visual

3.2.9.1 Capítulo 09 - Estructura del Capítulo 09

La jerarquía general del Capítulo 09 consiste en lo siguiente:

Primer nivel - Anatomía (categoría más amplia)

Segundo nivel - Categorías por anatomía específica

Tercer nivel - Categorías amplias de enfermedades / tipo de trastorno

Cuarto nivel - Tipo específico adicional de enfermedad / trastorno

3.2.10 Capítulo 10 - Enfermedades del oído o de la apófisis mastoides

3.2.10.1 Capítulo 10 - Estructura del Capítulo 10

La jerarquía general del Capítulo 10 consiste en lo siguiente:

Primer nivel - Anatomía (categoría más amplia)

Segundo nivel - Tipo específico de enfermedad / trastorno

Tercer nivel - Tipo específico adicional de enfermedad / trastorno

3.2.11 Capítulo 11 - Enfermedades del sistema circulatorio

3.2.11.1 Capítulo 11 - Estructura del Capítulo 11

Hay dos jerarquías principales en el Capítulo 11.

Primer nivel - Tipo de enfermedad o trastorno (categoría más amplia)

Segundo nivel - Tipo específico de enfermedad / trastorno

Tercer nivel - Tipo específico adicional de enfermedad / trastorno

0

Primer nivel - Anatomía (categoría más amplia)

Segundo nivel - Tipo de anatomía específica

Tercer nivel - Tipo específico de enfermedad / trastorno

3.2.11.2 Capítulo 11 - Justificación para el Capítulo 11

Ha habido cambios a gran escala en la práctica clínica de las enfermedades cardiovasculares y su manejo desde la publicación de la CIE-10 hace más de 20

años. Los cambios introducidos para la CIE-11 en este capítulo reflejan estos cambios y el cambio en los perfiles de las enfermedades y el aumento de la supervivencia después de los procedimientos. Como consecuencia, ha habido una gran expansión en el número de entidades de las enfermedades dentro de la CIE-11, con nuevas jerarquías de clasificación y nomenclatura actualizada. Por ejemplo, la incidencia de la enfermedad valvular cardíaca ya no está dominada por la fiebre reumática en las sociedades desarrolladas, aunque sigue siendo importante en los países en desarrollo y, en consecuencia, ha habido un cambio en los paradigmas diagnósticos hacia los del tipo de válvula, luego a la patología valvular seguida de la etiología.

Muchas afecciones previamente clasificadas en la CIE-10 como "Otras formas de enfermedad cardíaca" (I30-I52) se han convertido en problemas clínicos importantes en la cardiología de hoy, lo que justifica la creación de nuevas categorías distintas de nivel superior. Dos ejemplos son:

- Enfermedades del miocardio, incluidas subsecciones extensas sobre miocarditis y miocardiopatía.
- Arritmia cardíaca, incluida una nueva gran subsección sobre "Arritmia cardíaca asociada con un trastorno genético" y "Marcapasos o cardioversor o desfibrilador implantable o mal funcionamiento de los cables", que son áreas cada vez más importantes de la práctica clínica. Los cambios en esta sección han tenido importantes aportes y respaldo de parte de la Sociedad de Electrofisiología Pediátrica y Congénita y la Sociedad Internacional de Nomenclatura de Enfermedades Cardíacas Pediátricas y Congénitas.

El cambio en el proceso de revisión de la CIE para ser clínicamente manejable ha hecho que las áreas principalmente utilizadas por no cardiólogos hayan sido reubicadas en capítulos más adecuados. Por lo tanto, las enfermedades cerebrovasculares (I60-I69) se han reclasificado al Capítulo 08, "Enfermedades del sistema nervioso" y las várices esofágicas (I85) se han reubicado en "Enfermedades del sistema digestivo" (Capítulo 13).

Una nueva subsección sobre la hipertensión pulmonar en la sección de cardiopatías pulmonares y enfermedades de la circulación pulmonar se basa en el documento resultante, Clasificación clínica actualizada de la hipertensión pulmonar, después del 5º Simposio Mundial celebrado en Niza, Francia, en 2013.

La sección de trastornos consecutivos a procedimientos se ha ampliado notablemente, lo que refleja un aumento de la supervivencia después de los procedimientos cardiovasculares durante las últimas dos décadas, con el reconocimiento de un número creciente de pacientes con morbilidad tras un procedimiento y complicaciones específicas de la enfermedad.

La sección sobre anomalías congénitas del corazón y los grandes vasos y las anomalías adquiridas relacionadas clasificadas en el Capítulo 20 Anomalías del desarrollo se ha basado en el Código Internacional Pediátrico y Cardíaco Congénito (IPCCC por sus siglas en inglés), creado en la última década por la Sociedad

Internacional para la Nomenclatura de Enfermedad cardíaca pediátrica y congénita (ISNPCHD, <http://www.ipccc.net>). Como consecuencia, las 73 entidades de la CIE-10 de cardiopatía congénita en Q20-Q29 se han ampliado a 316 diagnósticos, como una suma precisa de la heterogeneidad de las malformaciones cardíacas observadas en la práctica clínica. También se hizo referencia a la clasificación anatómica y clínica de defectos cardíacos congénitos (ACC-CHD por sus siglas en inglés) con los códigos correspondientes de la IPCCC y la CIE-10.

3.2.12 Capítulo 12 - Enfermedades del sistema respiratorio

3.2.12.1 Capítulo 12 - Estructura del Capítulo 12

Hay dos jerarquías principales en el Capítulo 12:

Primer nivel - Tipo de enfermedad o trastorno (categoría más amplia)

Segundo nivel: Tipo específico de enfermedad / trastorno con algo de sitio anatómico incluido

Tercer nivel - Tipo de enfermedad o trastorno y anatomía (categoría más amplia)

0

Primer nivel - Anatomía (categoría más amplia)

Segundo nivel - Tipo específico de enfermedad / trastorno

Tercer nivel - Tipo de enfermedad o trastorno y anatomía (categoría más amplia)

3.2.12.2 Capítulo 12 - Justificación para el Capítulo 12

Los cambios en el Capítulo 12 se han realizado principalmente para proporcionar la terminología clínica actual y la clasificación de las afecciones que afectan principalmente al sistema respiratorio y se han basado en los aportes de las sociedades internacionales y las partes interesadas. Las enfermedades pulmonares infecciosas se han trasladado al Capítulo 01 para reflejar mejor la naturaleza infecciosa de estas afecciones. Las neoplasias del sistema respiratorio están en el Capítulo 02 Neoplasias, y las enfermedades respiratorias del desarrollo ahora se encuentran en el Capítulo 20 Anomalías del desarrollo.

La agrupación "Enfermedades de las vías respiratorias superiores" contiene las afecciones del tracto respiratorio superior, excepto aquellas que se trasladaron al capítulo de Enfermedades infecciosas.

Las enfermedades del tracto respiratorio inferior fueron desplazadas de las enfermedades respiratorias inferiores crónicas de la CIE-10, pero la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se convirtió en una categoría independiente basada en un concepto internacional.

La fibrosis quística se ha trasladado a Ciertas enfermedades del tracto respiratorio inferior, y con varias entidades padre, a los trastornos metabólicos del capítulo de Enfermedades endocrinas debido a que: "Las afecciones clínicas representativas de la fibrosis quística son la infección respiratoria sin posibilidades de tratamiento, la

insuficiencia respiratoria en etapa terminal, la insuficiencia pancreática exocrina y las lesiones de órganos digestivos tales como el ileo meconial. La fibrosis quística es una enfermedad debida a una anomalía del canal de ión cloro, causada por la mutación en un gen que codifica una proteína reguladora de la conductancia transmembrana: CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator); los síntomas respiratorios se observan en casi todos los casos de pacientes. La causa de la muerte es principalmente una anomalía respiratoria, y esta enfermedad es la enfermedad objetivo del trasplante de pulmón". Esta descripción de la fibrosis quística se encuentra en libros de texto representativos ("Enfermedades de las vías respiratorias" en el libro de texto "Enfermedad del tórax de Fraser y Pare").

- "ENFERMEDADES OBSTRUCTIVAS" en el libro de texto "Libro de texto de medicina respiratoria de Murray y Nadel"
- 'ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS' en el libro de texto 'Enfermedades y trastornos pulmonares de Fishman'
- "Enfermedad de las vías respiratorias" en el libro de texto "Enfermedad del tórax de Fraser y Pare", "Enfermedades pulmonares", en el libro de texto "Manual de Terapéutica Médica de Washington, 34ed".

La sección relativa a la enfermedad pulmonar por inhalación, ocupacional y ambiental se ha basado en los aportes de la División de Salud Ocupacional de la OMS.

Algunas enfermedades respiratorias especificadas que afectan principalmente al intersticio pulmonar se trasladaron desde las Otras enfermedades respiratorias que afectan principalmente al intersticio. La neumonitis intersticial idiopática se convirtió en una categoría independiente basada en un concepto internacional y la categoría de Enfermedades pulmonares intersticiales primarias específicas de la infancia y la niñez fue creada de forma independiente según la propuesta del Grupo Consultivo Temático (GCT) de Temas Pediátricos.

La sección de Ciertas enfermedades del sistema respiratorio y la sección de Trastornos respiratorios consecutivos a procedimiento se cambiaron de Otras enfermedades del sistema respiratorio de la CIE-10, excepto por los trastornos del mediastino y del diafragma que se trasladaron a la sección de trastornos de la pleura, el diafragma y el mediastino.

3.2.13 Capítulo 13 - Enfermedades del sistema digestivo

3.2.13.1 Capítulo 13 - Estructura del Capítulo 13

La jerarquía general del Capítulo 13 consiste en lo siguiente:

Primer nivel - Sitio anatómico detallado

Segundo nivel - Tipo específico de enfermedad / trastorno

Tercer nivel - Tipo de enfermedad o trastorno y anatomía (categoría más amplia)

3.2.13.2 Capítulo 13 - Justificación para el Capítulo 13

La CIE-11 se ha mejorado en su estructura y contenido para incluir enfermedades y trastornos del complejo orofacial. Hay otros variados tejidos que, como componentes esenciales del complejo orofacial, tienen una función importante, y su deterioro tendrá un impacto directo en el estado de salud bucal. Es importante reconocer que la salud bucal es más que tener dientes sanos; tener salud bucal es estar libre de dolores faciales orales crónicos, cánceres bucales y faríngeos, lesiones orales de tejidos blandos, enfermedad periodontal (encías), caries y pérdida de dientes y pérdida de la superficie dental, defectos de nacimiento tales como labio leporino y paladar y otras enfermedades y trastornos que afectan los tejidos orales, dentales y craneofaciales (complejo orofacial), así como asociaciones con la salud sistémica y la enfermedad. Esto subraya la importancia de proporcionar un sistema coherente para codificar y clasificar datos sobre enfermedades y trastornos orofaciales complejos para que el profesional de la salud oral pueda registrar y recopilar datos de cada paciente en su clínica, independientemente de si dicha unidad médica puede ser parte de hospitales grandes o clínicas pequeñas. Se anticipa que ser capaz de registrar e interpretar dichos datos permitirá a los profesionales de la salud contribuir a mejorar la salud oral como un componente esencial de la salud general y estimulará el uso de la CIE-11 por parte del personal de salud bucal.

Se han hecho cambios importantes en este capítulo con grupos anatómicos muy detallados que se agregaron a la jerarquía para el tracto digestivo, según el orden rostral-caudal, con la excepción de las categorías para hernia, trastornos gastrointestinales funcionales y enfermedades inflamatorias del intestino.

Los trastornos gastrointestinales funcionales se describen de forma independiente porque su fisiopatología se considera desde el punto de vista del "eje cerebro-intestinal", y no solo por su impacto en el tracto gastrointestinal. Las enfermedades inflamatorias del intestino también se describen de forma independiente, principalmente porque la enfermedad de Crohn afecta a varios órganos. En cada grupo anatómico (grupo de órganos), se utilizan clasificaciones basadas en la etiología para subclasificar los trastornos. En particular, los trastornos gastrointestinales se organizan en las siguientes categorías:

A. Alteraciones anatómicas o morfológicas adquiridas.

B. Trastornos motores.

C. Inflamación incluso úlcera

D. Trastornos vasculares

E. Pólips no neoplásicos

Además, hay otras dos categorías enumeradas, aunque el Capítulo 13 no es el lugar principal para estos trastornos.

F. Anomalías del desarrollo estructural (ubicadas en el Capítulo 20 Anomalías del desarrollo prenatal)

G. Neoplasias (ubicadas en el Capítulo 02 Neoplasias)

A las enfermedades digestivas importantes o comunes se les ha asignado su propia categoría, por ejemplo, enfermedad por reflujo gastroesofágico, metaplasia epitelial columnar, malabsorción intestinal y enteropatía con pérdida de proteínas, colitis ulcerosa, enfermedad del hígado graso no alcohólico y enfermedad diverticular. Los pólipos ahora se clasifican de forma independiente y no en la sección de "otras enfermedades" por sitio anatómico.

Las enfermedades digestivas comunes que se extienden sobre varios órganos se clasifican principalmente en la categoría de enfermedad del órgano rostral. Por ejemplo, "Gastroenteritis" se clasifica en "Gastritis" y "Úlcera gastroduodenal" se clasifica en "Úlcera gástrica". La enfermedad 'Úlcera péptica, sitio no especificado' no debe utilizarse debido a los avances en tecnología médica. Se debe clasificar en la categoría "Úlcera esofágica, úlcera gástrica, úlcera duodenal o úlcera anastomótica", según el sitio de la enfermedad.

A los trastornos vasculares de los órganos gastrointestinales se les ha asignado su propia categoría. Las várices esofágicas, las várices gástricas y las hemorroides se clasifican ahora en el Capítulo 13. En "Enfermedades del hígado", hay nuevas categorías independientes que incluyen Enfermedad hepática metabólica y del transportador, Enfermedad hepática autoinmune, Enfermedad de hígado graso no alcohólica y Trastornos vasculares del hígado.

Para la clasificación de Enfermedad hepática crónica con cirrosis, 'Cirrosis hepática', se utiliza un término como 'Fibrosis y cirrosis hepática'. Por ejemplo, 'hepatitis B crónica' y 'cirrosis hepática', 'hepatitis C crónica' y 'cirrosis hepática', 'hepatitis autoinmune' y 'cirrosis hepática', 'colangiopatía biliar primaria' y 'cirrosis hepática', etc. Hay nuevas secciones independientes para 'Enfermedades de la vesícula biliar y del conducto biliar' y 'Enfermedades del páncreas'. Dentro de estas nuevas secciones, hay nuevas categorías independientes que incluyen anomalías estructurales del desarrollo, anomalías congénitas, alteraciones anatómicas adquiridas, colangitis, enfermedades quísticas del páncreas, pancreatitis crónica y pancreatitis autoinmune.

3.2.14 Capítulo 14 - Enfermedades de la piel

3.2.14.1 Capítulo 14 - Estructura del Capítulo 14

La jerarquía general del Capítulo 14 consiste en lo siguiente:

Primer nivel - Tipo de enfermedad o trastorno (categoría más amplia)

Segundo nivel - Tipo específico de enfermedad / trastorno con algún sitio anatómico

Tercer nivel - Tipo de enfermedad o trastorno y anatomía (categoría más amplia)

3.2.14.2 Capítulo 14 - Justificación para el Capítulo 14

Se han realizado importantes cambios, que incluyen una reestructuración, en este capítulo, que agrega detalles provenientes de la fusión de las terminologías dermatológicas estadounidense, británica y alemana.

3.2.15 Capítulo 15 - Enfermedades del sistema músculo esquelético o tejido conectivo

3.2.15.1 Capítulo 15 - Estructura del Capítulo 15

La jerarquía general del Capítulo 15 consiste en lo siguiente:

Primer nivel - Tipo de enfermedad o trastorno (categoría más amplia)

Segundo nivel - Tipo específico de enfermedad / trastorno con algún sitio anatómico

Tercer nivel - Tipo de enfermedad o trastorno y anatomía (categoría más amplia)

3.2.15.2 Capítulo 15 - Justificación para el Capítulo 15

Los criterios de diagnóstico del Colegio Americano de Reumatología y la Liga Europea contra el Reumatismo (ACR / EULAR por sus siglas en inglés) para la artritis reumatoide (en desarrollo) se utilizaron para informar la jerarquía del código y los atributos del modelo de contenido para la Artritis reumatoide. La literatura actual informó el cambio de título de "trastornos sistémicos del tejido conectivo" a "trastornos autoinmunes sistémicos órgano inespecíficos". Los cambios a la vasculitis estuvieron basados en la clasificación de la Conferencia de consenso internacional de Chapel Hill sobre la nomenclatura de la vasculitis sistémica.

La categoría "Dermatopolimiositis" se cambió a "Miopatías inflamatorias idiopáticas" con un cambio de ejes y la introducción de mayor granularidad.

Las revisiones de la clasificación de la espondiloartritis reflejan la opinión de los expertos actuales con los comentarios del Dr. Robert Landewé, con una separación axial y periférica. Juntos, los criterios de espondiloartritis axial y periférica cubren todo el espectro de lo que antes se llamaba espondiloartritis (no diferenciada) y espondilitis (anquilosante). Existe una nueva disposición de la espondiloartritis infecciosa, con un eje secundario para los principales tipos de procesos infecciosos, es decir, bacterianos, fúngicos, etc., y códigos supplementarios que se utilizarán para la infección específica.

La nueva categoría para los síndromes autoinflamatorios se basa en el trabajo de la Sociedad Internacional de Enfermedades Autoinflamatorias Sistémicas (ISSAID por sus siglas en inglés).

3.2.16 Capítulo 16 - Enfermedades del sistema genitourinario

3.2.16.1 Capítulo 16 - Estructura del Capítulo 16

El capítulo 16 tiene secciones específicas para Enfermedades del sistema genitourinario femenino, Enfermedades del sistema genitourinario masculino, Trastornos de la mama, Enfermedades del sistema urinario y Trastornos consecutivos a procedimientos del sistema genitourinario.

La jerarquía general del Capítulo 16 consiste en lo siguiente:

Primer nivel – Sistema corporal (categoría más amplia)

Segundo nivel - Enfermedades amplias / tipo de trastorno (con algún sitio anatómico)

Tercer nivel - Tipo específico de enfermedad / trastorno (con algún sitio anatómico)

3.2.16.2 Capítulo 16 - Justificación para el capítulo 16

Los cambios en el Capítulo 16 tienen como objetivo aumentar la utilidad clínica de la clasificación al proporcionar una estructura jerárquica más amigable para el usuario, mayor comparabilidad internacional y estandarización de las afecciones genitourinarias. Esto se logra mediante la inclusión de los términos y las definiciones científicamente más precisas y acordadas internacionalmente proporcionados por varias partes interesadas internacionales, incluido el departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la Fundación Nacional del Riñón y la Fundación Nacional del Riñón y Mejora de los Resultados Internacionales Globales de la Enfermedad Renal (National Kidney Foundation and the Kidney Disease International Global Outcomes “KDIGO”).

La jerarquía de capítulos se subdivide en Enfermedades del sistema genital femenino, Enfermedades del sistema genital masculino y Enfermedades del sistema urinario. Esta arquitectura del sistema genital femenino y el sistema genital masculino fue diseñada para mejorar la experiencia del usuario final. La jerarquía del sistema genital femenino se descompone en trastornos no inflamatorios e inflamatorios, y luego se divide por agrupación anatómica en el orden de examen ginecológico (y obstétrico) (de genitales externos a internos), según corresponda. (Vulva, Vagina, Cérvix, Útero, Trompa de Falopio, Ovario, Cavidad pélvica).

Estas agrupaciones tienen subdivisiones adicionales para anomalías congénitas y adquiridas, según corresponda.

Para reflejar la comprensión científica actual para ciertas afecciones genitourinarias, se han incluido detalles adicionales para las siguientes áreas:

Amenorrea

Disfunción ovárica

Dolor pélvico femenino

Endometriosis

Adenomiosis

Infertilidad femenina

Infertilidad masculina

Pérdidas tempranas de embarazos

Resultados del embarazo

La sección sobre la insuficiencia renal de la clasificación ha sido revisada para reflejar las definiciones actuales de enfermedad renal aguda versus enfermedad renal crónica basadas en la evidencia y el nuevo sistema de clasificación y definiciones de la Enfermedad renal (Mejoramiento de los resultados globales (KDIGO) y clasificación por etapas para la insuficiencia renal aguda).

3.2.17 Capítulo 17 - Condiciones relacionadas con la salud sexual

3.2.17.1 Capítulo 17 - Estructura del Capítulo 17

Nuevo capítulo en la CIE-11 dividido en secciones principales para:

Disfunciones sexuales

Trastornos sexuales por dolor

Discordancia de género

Primer nivel - Afección (categoría más amplia)

Segundo nivel - Tipo específico de condición

Tercer nivel – Enfermedad / trastorno específico

3.2.17.2 Capítulo 17 - Justificación para el Capítulo 17

El capítulo ha sido formulado para agrupar enfermedades relacionadas con el sexo. Esto también permite la categorización de las condiciones relacionadas con la identidad de género sin estigmatización, mientras se mantiene el reconocimiento de estas entidades como condiciones reales para que las intervenciones de salud relacionadas puedan acomodarse dentro del sistema de salud.

3.2.18 Capítulo 18 - Embarazo, parto o puerperio

3.2.18.1 Capítulo 18 - Estructura del Capítulo 18

La jerarquía general del Capítulo 18 consiste en lo siguiente:

Primer nivel - Etapa del embarazo, el parto o el puerperio (categoría más amplia)

Segundo nivel - Tipo específico de enfermedad / trastorno

Tercer nivel - Tipo de enfermedad o trastorno y anatomía (categoría más amplia)

3.2.18.2 Capítulo 18 - Justificación para el Capítulo 18

Los cambios en este capítulo están destinados a aumentar la utilidad clínica de la clasificación al proporcionar una estructura jerárquica más fácil de usar. Aumenta la comparabilidad internacional y la estandarización de las condiciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio al incluir los términos y las definiciones científicamente más precisas y acordadas internacionalmente proporcionadas por diversos actores internacionales, como el departamento de RHR de la OMS, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), lo

que fue también un aspecto muy importante de las modificaciones. Se prestó especial atención a la correcta integración de los conceptos y definiciones del Comité Internacional de Monitoreo de Tecnologías de Reproducción Asistida (ICMART).

Los cambios reflejan la comprensión actual de ciertas afecciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. Se han incluido especificaciones adicionales para la pérdida temprana del embarazo.

3.2.19 - Capítulo 19 Algunas afecciones que se originan en el período perinatal

3.2.19.1 Capítulo 19 - Estructura del Capítulo 19

La jerarquía general del Capítulo 19 consiste en lo siguiente:

Primer nivel – Tipo de enfermedad o trastorno y anatomía (categoría más amplia)

Segundo nivel - Tipo específico de enfermedad / trastorno

Tercer nivel - Tipo de enfermedad o trastorno y anatomía (categoría más amplia)

3.2.20 Capítulo 20 - Anomalías del desarrollo

3.2.20.1 Capítulo 20 - Estructura del Capítulo 20

El Capítulo 20 ha sufrido una importante reestructuración y ahora tiene cuatro secciones principales:

Anomalías de desarrollo estructural que afectan principalmente a un sistema corporal

Primer nivel - Anatomía (categoría más amplia)

Segundo nivel - Tipo específico de enfermedad / trastorno

Tercer nivel - Tipo de enfermedad o trastorno y anatomía (categoría más amplia)

Síndromes o anomalías múltiples del desarrollo

Primer nivel - Anatomía (categoría más amplia)

Segundo nivel - Tipo específico de enfermedad / trastorno

Tercer nivel - Tipo de enfermedad o trastorno y anatomía (categoría más amplia)

Anomalías cromosómicas, excluyendo mutaciones genéticas

Primer nivel - Tipo específico de enfermedad / trastorno

Segundo nivel - Tipo de enfermedad o trastorno y anatomía (categoría más amplia)

Afecciones con trastornos del desarrollo intelectual como rasgo clínico relevante.

Primer nivel - Condiciones no sindrómicas vs sindrómicas

Segundo nivel - Tipo de enfermedad o trastorno y anatomía (categoría más amplia)

3.2.20.2 Capítulo 20 - Justificación para el Capítulo 20

La clasificación de las anomalías del desarrollo en la CIE-10 está cubierta por el capítulo XVII: Q00-Q99 Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas.

Es un capítulo muy heterogéneo, que incluye malformaciones, síndromes genéticos (con o sin malformaciones) y anomalías cromosómicas. Esto lleva a la confusión entre el origen genético de una enfermedad y la malformación. Por lo tanto, todos los síndromes genéticos sin anomalías de desarrollo estructural se excluyen de este capítulo y se reasignan a los capítulos apropiados de la CIE-11, de acuerdo con los sistemas corporales afectados.

El nuevo capítulo 20 tiene tres divisiones principales:

- Anomalías del desarrollo estructural / malformaciones
- Síndromes y anomalías múltiples del desarrollo
- Anomalías cromosómicas y defectos genéticos

La primera división 'Anomalías del desarrollo estructural / malformaciones' incluye condiciones aisladas que afectan solo a un sistema del cuerpo. Está organizada en secciones correspondientes a esos sistemas del cuerpo, que también se clasifican en los otros capítulos relevantes de la CIE-11.

La segunda división 'Síndromes y anomalías múltiples del desarrollo' incluye condiciones que afectan varias ubicaciones dentro de un sistema corporal o varios sistemas corporales simultáneamente. Los síndromes de los que se puede decir que afectan predominantemente a un sistema corporal se asignan a las secciones correspondientes dentro de esta división. Los síndromes que afectan a varios sistemas del cuerpo, sin que predomine uno claramente, se agrupan en una sección específica al final de la división. También hay una sección para los Síndromes de displasia debidos a errores innatos del metabolismo, todos ellos clasificados principalmente en el capítulo de enfermedades metabólicas.

La tercera división "Anomalías cromosómicas y defectos genéticos" se aparta del enfoque clínico generalmente seguido en la CIE y clasifica las anomalías del desarrollo definidas genéticamente o citogenéticamente, ya que no existe una distinción clara entre la genética y la citogenética. Hemos comenzado a incluir delecciones (eliminaciones) y duplicaciones específicas correspondientes a un fenotipo claro, sabiendo que se describirán muchas más en los próximos años. Las que se describan en el futuro se agregarán cuando sea necesario, durante las revisiones posteriores a la publicación de la CIE-11.

Un problema especial es cómo tratar las enfermedades históricamente definidas clínicamente pero que incluyen una anomalía cromosómica / genética como etiología. En algunos casos, existen varias etiologías para la entidad clínica, y no todas son anomalías cromosómicas: por ejemplo, el síndrome de Silver-Russell

puede ser causado por una duplicación de 11p15, una duplicación de 7p11.2p13, pero también por disomía uniparental materna del cromosoma 7 u 11 y defectos de impresión de 11p15. En otros casos, hay una correspondencia abrumadora entre la entidad clínica y una etiología citogenética: por ejemplo, el síndrome de Williams-Beuren corresponde a la delección 7q11.23.

La jerarquía se usa de forma restringida en el marco de este capítulo: una vez que se asigna una enfermedad a una sección, generalmente no se clasifica de manera secundaria en ninguna otra parte del capítulo. La estructura podría llegar a ser demasiado intrincada. Por otro lado, todas las entidades en este capítulo pueden clasificarse en otros capítulos de la CIE-11, cuando sea apropiado.

3.2.21 Capítulo 21 - Síntomas, signos o hallazgos clínicos, no clasificados en otra parte

3.2.21.1 Capítulo 21 - Estructura del Capítulo 21

El capítulo 21 está dividido en secciones principales basadas en sistemas corporales. Cada una de estas secciones tiene las siguientes categorías, según corresponda:

- Síntomas y signos.
- Hallazgos clínicos

Una sección adicional se encuentra al final de este capítulo para causas de mortalidad desconocidas y mal definidas.

3.2.21.2 Capítulo 21 - Justificación para el Capítulo 21

Los diferentes capítulos de la CIE-10 incluían varias categorías de manifestación clínica, algunas de ellas como códigos de asterisco. Con el fin de simplificar la estructura, mejorar el uso de la poscoordinación y también eliminar las condiciones "mal definidas" de los capítulos de órganos, varios códigos anteriores de asterisco, detalles adicionales para diversas afecciones y dichas condiciones mal definidas se han trasladado aquí. Todos siguen la organización principal por sitio anatómico, y las agrupaciones anatómicas tienen un padre secundario en el capítulo del órgano relevante, lo que mejora la guía del usuario.

3.2.22 Capítulo 22 - Traumatismos, envenenamiento o ciertas otras consecuencias de causas externas

3.2.22.1 Capítulo 22 - Estructura del Capítulo 22

La jerarquía general del Capítulo 22 consiste en lo siguiente:

Primer nivel: Anatomía (categoría más amplia) (por ejemplo, cabeza; cadera y muslo)

Segundo nivel: Tipo de traumatismo (categoría más amplia) por tipo de lesión (p. ej., Fractura; herida abierta)

Tercer nivel: Especificaciones ulteriores

0

Primer nivel - Causa del traumatismo (categoría más amplia)

Segundo nivel - Tipo de traumatismo específico

Tercer nivel - Especificidad adicional del tipo de lesión

3.2.22.2 Capítulo 22 - Justificación para el Capítulo 22

Los principios de la revisión fueron:

- Mantener una buena compatibilidad con la CIE-10, en particular al minimizar el cambio en el nivel anterior de tres caracteres. El cambio en el anterior nivel de cuatro caracteres es más extenso, pero también se ha hecho teniendo en cuenta este principio.
- Tenga en cuenta las extensiones de este capítulo en las modificaciones clínicas de la CIE – 10 porque:
 - Son evidencia de extensiones requeridas para servir a propósitos clínicos en situaciones identificadas.
 - Es preferible minimizar las incompatibilidades con estas clasificaciones.
- Tenga en cuenta otras clasificaciones diferentes a la CIE que tienen un uso clínico amplio para las condiciones en el alcance de este capítulo.
- Tenga en cuenta la asesoría, solicitada y ofrecida.
- Mayor atención a las distinciones pertinentes a las opciones de tratamiento y a los resultados, incluida la discapacidad.

Estas incluyen permitir la identificación de aspectos clínicos y pronósticos importantes de las fracturas (especialmente si se extienden dentro de una articulación) y lesiones de órganos / vasos (grado). Algunas condiciones son mucho más importantes cuando son bilaterales, y en tales casos el lado se ha propuesto como entidad precoordinada (por ejemplo, lesión de los ojos). La modificación clínica de los Estados Unidos de la CIE-10 (CIE-10-CM) fue particularmente valiosa a este respecto, ya que su capítulo sobre lesiones hace muchas distinciones, más allá de la CIE-10, que siguen o son consistentes con clasificaciones clínicas creíbles y ampliamente utilizadas para el tratamiento y resultado de la lesión.

Se ha prestado mayor atención a las condiciones de traumatismos específicos de la infancia (por ejemplo, las fracturas de tallo verde y epifisarias) y a las condiciones de lesiones que son indicativas de una posible lesión intencional (por ejemplo, fracturas de costillas posteriores, fracturas en asa de cubo y fracturas en "esquina").

El trabajo se realizó con el conocimiento de que este capítulo no se utiliza principalmente para codificar la causa básica de la muerte.

El caso de uso en morbilidad es particularmente importante para este capítulo.

3.2.23 Capítulo 23 - Causas externas de morbilidad o mortalidad

3.2.23.1 Capítulo 23 - Estructura del Capítulo 23

La jerarquía general del Capítulo 23 consta de las siguientes secciones:

Primer nivel: Intención de causa externa (no intencional, lesión intencional autoinfligida, agresión, intención no determinada e intención pendiente de definir).

Segundo nivel – Categoría amplia del mecanismo y la causa externa

Tercer nivel - Mecanismo y objetos más específicos / sustancias involucradas en la causa de las lesiones

Cuarto nivel - Caracterización adicional de la causa externa.

Otras secciones incluyen: Exposición a fuerzas extremas, maltrato, intervención legal, conflicto armado y causas de daños relacionados con la atención médica.

3.2.23.2 Capítulo 23 - Justificación para el Capítulo 23

El objetivo principal de los cambios fue proporcionar una estructura de codificación más uniforme y al mismo tiempo mantener una alta compatibilidad con la CIE-10. Los cambios en las categorías de accidentes de tráfico tienen como objetivo simplificar la selección de códigos, mientras que la sección de Operaciones de guerra y conflictos armados se ha revisado para capturar las situaciones más actuales de los conflictos armados. Otra mejora ha sido producir una lista única y jerárquica de sustancias nocivas para atender los capítulos de Traumatismos y Causas externas.

Todos los mecanismos / objetos codificables para todos los efectos:

- Estructura de códigos más uniforme.
- Dimensión revisada de la "Intención" (Nota. Intención pendiente; ISH: suicida / no suicida)
- Retención de los códigos de transporte, pero ampliación de los tipos de vehículos
- Códigos de lugar de ocurrencia expandidos
- Dimensión ampliada y revisada de la actividad (Nota. Relación con el trabajo)
- Revisión de complicaciones de atención médica y quirúrgica
- Códigos legales / de guerra ampliados
- Provisión mejorada para síndromes de maltrato.
- Introducción de dimensiones adicionales (opcional)
- Revisión del índice de Causa Externa, reglas y lineamientos.

- Proporcionar para la mortalidad, la morbilidad, los establecimientos en entornos de recursos más bajos, la investigación

Se ha progresado en todos estos puntos, aunque está restringido en algunos aspectos, particularmente en casos de uso de mortalidad (debido a las restricciones estrictas en el espacio de combinación de códigos con la falta de provisión para la poscoordinación / codificación combinada). Una sección sobre limitaciones se encuentra al final de estas notas.

Las notas proporcionadas aquí se centran en varios de estos puntos; Se proporcionará material adicional sobre otros aspectos a solicitud. También se proporcionan comentarios aquí sobre los dos temas principales que involucran tanto el capítulo de Causas externas como el capítulo de Traumatismos (ambos también incluyen los códigos de extensión del Capítulo X): sustancias; Complicaciones de la atención médica (Seguridad y Calidad).

Transporte

Cuatro dimensiones están implícitas en el grupo V01-V89 de la CIE-10: el modo de transporte de la persona lesionada (por ejemplo, una motocicleta), si el evento traumático ocurrió en el tránsito (si es así, la lesión resultante es una lesión en la vía pública), la condición de la persona lesionada (por ejemplo, el pasajero), y qué otro tipo de vehículo estaba involucrado, si lo hubiera (la contraparte). Las cuatro dimensiones son necesarias para una estructura revisada que sea conceptualmente equivalente al módulo 'accidentes de transporte' de la CIE-10 a nivel de cuatro caracteres.

Las cuatro dimensiones han sido precoordinadas en el módulo de lesiones no intencionales por medio de transporte. Esto produce una estructura con una alta compatibilidad a nivel de cuatro caracteres de la CIE-10. Conserva todas las categorías de modos de transporte de nivel superior (algunos ahora divididos) y las cuatro dimensiones conceptuales (modo; y para los modos de transporte terrestre: ya sea en tráfico, rol de usuario del transporte y contraparte).

Dadas las limitaciones de espacio del código, y el hecho de que la mayoría de los casos de lesiones de transporte no son intencionales, la precoordinación de los casos de transporte en los otros bloques principales de acuerdo a la intención (lesión autoinfligida intencionalmente, agresión, intención no determinada e intención pendiente de investigación) está limitada a la intención por modo de transportación. Sin embargo, las otras dimensiones están disponibles para uso opcional.

El grupo de transporte revisado incluye los cambios realizados para resolver los problemas identificados con la sección de transporte de la CIE-10.

- Dividir varios modos de transporte permite la identificación de tipos importantes y emergentes que no se pueden identificar en la CIE-10.
- Términos y definiciones refinados y revisados (para mayor claridad, para llenar los vacíos en el conjunto proporcionado en la CIE-10 y para mejorar la comparabilidad con los términos utilizados internacionalmente para la seguridad vial).

- Varias otras revisiones (por ejemplo, tipos de embarcaciones en la sección de transporte de agua). Tenga en cuenta que el orden de coordinación se modificó del equivalente en la CIE-10, desde: modo, contraparte, luego rol de usuario y estado de tráfico combinados hasta: modo, estado de tráfico, rol de usuario, contraparte.

La razón principal de este cambio fue simplificar la selección de las categorías de "accidentes de tránsito", que con frecuencia se requieren cuando se informa de un traumatismo en la vía pública.

Guerra y conflicto armado

Se proporciona una clasificación revisada para su inclusión como la expansión de la categoría de intención Conflicto armado (Operaciones de guerra en la CIE-10). La clasificación sigue en gran medida la expansión de Y36 en la modificación clínica de la CIE-10 de los Estados Unidos (CIE-10-MC). También sigue las categorías de cuatro caracteres en la CIE-10 y proporciona subdivisiones, que siguen las notas de inclusión dadas en la CIE-10. Además, se proporcionan subcategorías para distinguir si la persona lesionada era militar o civil.

La rúbrica ha sido cambiada por la adición de "... y conflicto armado" a "Operaciones de guerra", y el término de inclusión en consecuencia ha sido modificado. La "guerra" y la "insurrección civil" (que también formaron parte del término de inclusión) no se definieron en la CIE-10. El uso de un término más amplio que "guerra" se considera deseable porque la guerra, en el sentido de conflictos armados declarados formalmente entre estados nacionales (o entidades subnacionales) se ha vuelto poco común. Los conflictos armados de diversos tipos e intensidades, mientras tienden a volverse menos comunes, siguen siendo mucho más numerosos que las guerras. Se pensaba que la restricción del uso de esta categoría a guerras declaradas y / o conflictos armados que cumplen con el criterio de intensidad comúnmente usado (1000 o más muertes relacionadas con batallas en un año calendario = guerra) es excesivamente restrictiva. La alternativa propuesta aquí es incluir también lesiones debidas a conflictos armados "menores", definidos como aquellos que resultan en 25 a <1000 muertes relacionadas con la batalla en un año calendario. La aplicación de la definición se ve favorecida por la existencia de una base de datos de acceso público en la que se encuentran los conflictos para satisfacerla.

Problemas cruzados

Estos son asuntos que afectan tanto a la lesión como a los capítulos de causas externas, y otras partes del CIE.

Efectos tóxicos de las sustancias

Los efectos tóxicos de las sustancias nocivas aparecen en la CIE-10 en varios puntos, en los capítulos de Traumatismos y Causas Externas y en otros capítulos. Las listas de códigos en esos puntos difieren en especificidad y no son completamente consistentes. Un objetivo de diseño para la CIE-11 es producir una lista única y jerárquica de sustancias nocivas para cumplir con todos los propósitos requeridos para los capítulos de Traumatismos y Causas Externas. Los beneficios de esto son: las fuentes externas pueden definir por ejemplo las inclusiones de la

lista en la CIE-11; y si la (s) fuente (s) externa (s) se actualizan activamente, entonces esto proporciona una manera para que la cobertura de las sustancias de la CIE-11 permanezca actualizada.

El término "efectos nocivos" se utiliza para todos los tipos de daños resultantes de los efectos químicos perjudiciales de sustancias de todo tipo. Se reconoce que otros términos, como "efecto tóxico", "intoxicación", "corrosión química" y "envenenamiento" a veces se usan en el contexto de sustancias particulares. Estos términos se incluirán como sinónimos y términos subordinados cuando sean de uso común. Se consultaron varias fuentes, incluida la dimensión de Objetos y Sustancias de la Clasificación internacional de traumatismos y Causas externas (ICECI); la Clasificación Química Anatómica Terapéutica (ATC); la del Grupo Consultivo Temático sobre Drogas y Venenos (GCT-IEG); Grupo Consultivo Temático de calidad y seguridad; SNOMED; IPCS INTOX.

La lista tiene dos niveles jerárquicos principales

El primero, con 16 categorías, se relaciona conceptualmente con la lista de códigos que está presente en la CIE-10 en X40-X49 (Envenenamiento accidental por y exposición a sustancias nocivas) y los puntos equivalentes en los grupos de Lesiones autoinfligidas intencionalmente de intención no determinada. La lista resulta de la aplicación de estos principios:

- Debería tener tan solo unas pocas categorías. Esto es necesario para la practicidad, especialmente en el contexto de la codificación de la causa de muerte y porque la estructura de grupos del capítulo de causas externas tiene el efecto de que cada categoría adicional agrega varias filas.
- Las categorías deben referirse a sustancias o clases de sustancias que son causas importantes de mortalidad o morbilidad.
- El mayor número posible de categorías debe ser lo suficientemente específico como para ser significativo como grupos para informes. (En comparación, varias categorías en los bloques de la CIE-10 como X40-X49 son tan amplias que son difíciles de interpretar).
- Los diferentes contextos principales de exposición se tuvieron en cuenta al especificar las categorías (es decir, uso recreativo / uso en la calle; uso clínico; autolesiones; exposiciones industriales y de otro tipo).

Las 16 categorías, ya sea solas o combinadas con otras, permiten la comparación retrospectiva con ocho de las diez categorías en la CIE-10 X40-X49 (y los grupos equivalentes en la ISH y en los grupos de intención No determinada). Las únicas excepciones son dos grupos residuales: "... otros gases y vapores" y "... otras sustancias químicas y sustancias nocivas no especificadas". El segundo nivel proporciona categorías ($n = 381$), con aproximadamente el mismo número y especificidad de sustancias que se incluyen en los capítulos de Traumatismos y Causas Externas de la CIE-10. Incluye todas las categorías de sustancias que se especifican en el componente "Causa de la lesión" del componente de la clasificación de Calidad y Seguridad (GCT).

Se han agregado algunas categorías: para permitir la innovación farmacológica y los cambios en el uso de drogas (por ejemplo, cannabinoides sintéticos); para

reflejar las adiciones a la CIE-10 hechas en sus modificaciones clínicas (por ejemplo, más especificidad con respecto a los anticoagulantes); para permitir una identificación más específica de medicamentos destacados (por ejemplo, paracetamol); para proporcionar drogas recreativas adicionales ampliamente utilizadas (por ejemplo, Catinona, el principal agente activo en khat); y con el asesoramiento de otros Grupos Consultivos Temáticos (GCTs) (por ejemplo, tipos de sustancias agregadas por el Grupo asesor de Seguridad y Calidad). Anticipamos que se agregarán más categorías en las actualizaciones futuras, para reflejar los cambios en la disponibilidad y el uso de los medicamentos.

Se proporcionará una lista más completa de sustancias (un superconjunto de la lista jerárquica), con sinónimos para muchas de las entradas, en la Sección "Códigos de extensión". Esa lista comparte la misma estructura jerárquica que los códigos coordinados previamente. También tiene en cuenta la Clasificación suplementaria de la CIE-11 de los alérgenos de contacto elaborada por el Grupo Consultivo de Dermatología. Las entradas en la lista de sustancias de los códigos de extensión se especificarán en términos de términos equivalentes en SNOMED-CT.

Complicaciones de la atención médica (Calidad y Seguridad)

Esta sección describe brevemente el modelo para codificar las complicaciones de la atención que ha sido desarrollado por el Grupo Consultivo de Temas de Calidad y Seguridad (GCT).

El modelo tiene tres partes, cada una de las cuales debe ser codificada. Los códigos poscoordinados para todas las partes deben designarse como pertenecientes a un grupo. Los tres conceptos son:

1. La lesión o daño resultante;
2. La causa del daño; y
3. El 'Modo / Mecanismo' de daño. Las clasificaciones y los conjuntos de códigos han sido desarrollados para (2) y (3) por el Grupo asesor de calidad y seguridad. Las categorías han sido ingresadas en el capítulo de Causas Externas. El daño resultante (1) debe codificarse utilizando el código de la enfermedad o lesión más apropiada de cualquier parte de la CIE-11.

El constructo, en principio, encajaría bien en la CIE-11 de la siguiente manera:

1. Lesión o daño resultante. Código seleccionado de cualquier lugar en la CIE-11.
2. La causa o el "Modo" del daño: Código seleccionado del bloque relevante en el capítulo Causas externas
3. "Modo / Mecanismo" de daño

Las reglas de penalización llevan a los codificadores al subconjunto de códigos de "Modo" que son relevantes, dada la "Causa" seleccionada (por ejemplo, si la "Causa" es un medicamento, los "Modos" relevantes son categorías como sobredosis y dosis baja).

3.2.24 Capítulo 24 - Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud

3.2.24.1 Capítulo 24 - Estructura del Capítulo 24

Este capítulo tiene dos secciones principales: Razones para el contacto con el servicio de salud y Factores que influyen en el estado de salud.

La jerarquía general del Capítulo 24 consiste en el siguiente eje:

Primer nivel - Categorías amplias de un estado de salud particular o servicio

Segundo nivel - Condición específica

3.2.24.2 Capítulo 24 - Justificación para el Capítulo 24

Inicialmente, el Grupo Consultivo sobre Temas de Funcionamiento para la CIE-11 (fGCT) recibió la tarea de revisar el Capítulo sobre estos Factores. Debían evaluar la necesidad de cada uno de los 801 códigos y proponer una estructura jerárquica revisada para el contenido esencial que permanecería. Este contenido debía ser clínicamente relevante y fácil de usar, así como permitir el espacio necesario para la expansión utilizando los códigos de extensión, según fuera necesario. El fGCT organizó una revisión que identificó los principales "tipos" de códigos como "diagnósticos", "intervenciones", "factores contextuales" y "otros / discutibles". Esta revisión se combinó con la estructura general de la sección sobre "problemas sociales" de la clasificación ICPC2 y se diseñó una nueva organización que combinaba la jerarquía de ICPC2 con los códigos de la CIE-11. Se realizó un ejercicio marginal por el grupo JLMMS en la nueva estructura para disminuir la granularidad que se considera innecesaria.

3.2.25 Capítulo 25 - Códigos para propósitos especiales

2.33.25.1 Capítulo 25 - Estructura del Capítulo 25

Este capítulo consta de dos bloques:

Asignación internacional provisional de nuevas enfermedades de etiología incierta, que contienen los códigos internacionales de emergencia,

Y

Asignación nacional provisional de nuevas enfermedades de etiología incierta, que contienen códigos para su uso individual por los países.

3.2.26 Capítulo 26 – Capítulo suplementario de condiciones de la medicina tradicional

Este capítulo suplementario del Módulo 1 de Medicina Tradicional (MT1) para uso opcional en la CIE se denomina "capítulo MT1". La razón para su inclusión en la CIE-11 es permitir que los servicios de salud y las atenciones de Medicina Tradicional cuenten y se cuenten a nivel nacional e internacional. El módulo en

este capítulo en su forma actual se refiere a los trastornos y patrones que se originaron en la antigua Medicina China y se desarrollaron a lo largo de la historia para incorporar la ciencia y la tecnología contemporáneas. Estos trastornos y patrones se utilizan comúnmente en China, Japón, Corea, Estados Unidos de América, Australia, Europa y en todo el mundo. Las rúbricas de clasificación representan un conjunto unificado de trastornos y patrones de medicina tradicional armonizados de las clasificaciones nacionales de China, Japón y Corea. Módulos futuros pueden ser desarrollados para otras formas de prácticas de medicina tradicional.

Ámbito:

Este capítulo ha sido diseñado actualmente para el registro y reporte de la morbilidad. No debe ser usado para la codificación y notificación de mortalidad.

Contenido y estructura:

El contenido y la estructura del Capítulo MT1 representan un lenguaje común desarrollado conjuntamente a través de la cooperación internacional de médicos, investigadores, académicos y expertos en clasificación de Medicina Tradicional para permitir la comparabilidad internacional de la práctica y el informe de morbilidad en Medicina Tradicional. La estandarización de esta clasificación MT1 permitirá que la documentación clínica en diferentes países incorpore los mismos conceptos y permita a los codificadores y usuarios extraer datos de morbilidad comparables de esa documentación. Los codificadores también deben guiarse por reglas que reflejen el proceso de toma de decisiones de diagnóstico clínico. Sin embargo, las reglas son relativamente flexibles para permitir que las adaptaciones nacionales y las preguntas de investigación relacionadas con las relaciones entre enfermedades, trastornos y patrones se enmarquen desde varios ángulos diferentes.

Los términos en inglés no representan necesariamente la traducción más común de los términos MT en chino, coreano o japonés. Cuando la mejor traducción al inglés de MT resultó en el mismo término que se usó en la medicina occidental, fue necesario indicar una diferencia entre el concepto de medicina occidental (MO) y el concepto de MT donde el mismo término tenía diferentes definiciones en MT y MO. Esta diferencia en la definición se indica mediante el uso de (MT1) para trastornos y patrones en todo el capítulo de MT.

Terminología:

El capítulo suplementario de condiciones de la Medicina Tradicional Módulo 1 usa los términos trastorno y patrón para describir conceptos. Esto es diferente de las descripciones de conceptos en los capítulos de Medicina Occidental que se refieren a enfermedades (cuadros clínicos) y patrones (presentaciones clínicas). El capítulo MT1 está dividido en secciones separadas para el trastorno y el patrón para enfatizar la independencia de estos conceptos.

Definiciones

Un trastorno en la medicina tradicional (trastorno (MT1)) se refiere a un conjunto de disfunciones en cualquier sistema del cuerpo que se juzga a partir de signos, síntomas o hallazgos asociados. Cada trastorno (MT1) puede definirse por su

sintomatología, explicación etiológica basada en la medicina tradicional, curso y resultado, respuesta al tratamiento o vinculación con factores ambientales que interactúan. Un trastorno (MT1) es un cuadro clínico que es relativamente estable y refleja la patología local y las manifestaciones específicas relacionadas que se encuentran comúnmente en la anatomía y funcionamiento de los individuos afectados.

Un patrón en la medicina tradicional (patrón (MT1)) se refiere a la manifestación de la condición de salud del paciente en un momento dado que incluye todos los hallazgos que se pueden incluir:

- *Sintomatología*: patrón de signos específicos y no específicos, síntomas o hallazgos únicos de los métodos de diagnóstico de la medicina tradicional, que incluyen la toma del pulso, el examen de la lengua, el examen abdominal y otros métodos que reflejan la respuesta sistémica del paciente en una condición disfuncional.
- *Constitución*: las características de un individuo, incluidas las características estructurales y funcionales, el temperamento, la capacidad de adaptarse a los cambios ambientales o la susceptibilidad a diversas condiciones de salud.

Un patrón (MT1) es un cuadro clínico que es relativamente temporal, se refleja en la respuesta sistémica del paciente y un patrón combinado de manifestaciones específicas y no específicas que generalmente mantienen una relación multifactorial con la patología local y los rasgos constitucionales del paciente. Un patrón puede mostrar diferencias individuales incluso en los individuos afectados por la misma patología que puede analizarse más a fondo en el marco teórico de la medicina tradicional.

El trastorno y el patrón de la medicina tradicional son designados según las estructuras corporales, las explicaciones causales, las propiedades y la gravedad que presentan para la investigación clínica y el diagnóstico. El patrón MT1 puede denotar un patrón individualmente diferente (MT1) de respuestas sistémicas a la enfermedad MO o al trastorno MT1. El patrón es un concepto exclusivo de MT1 y puede ser diferente del trastorno MT1 de las siguientes maneras:

Cuadro 1: Características de los trastornos y patrones de la medicina tradicional

Característica distintiva	Trastorno en la medicina tradicional	Patrón en la medicina tradicional
Constante / Temporal	Un cuadro clínico que es relativamente constante a lo largo de la duración de ese trastorno	Un cuadro clínico que es relativamente temporal
Patología constante / Respuesta temporal	Por lo general, libera información que refleja la patología constante	Por lo general, proporciona información que refleja la manifestación o respuesta global temporal del paciente
Específico / no	Un concepto que	La combinación de las

específico	resume los hallazgos que son específicos del proceso patológico bajo investigación	manifestaciones que abarcan tanto los síntomas / signos específicos como los hallazgos no específicos.
Lineal / Multifactorial	Puede aplicarse durante un período de tiempo. La codificación de un trastorno puede basarse en el proceso patológico principal que puede mostrar una relación causal con las principales manifestaciones en el paciente.	También se puede aplicar un patrón por un período de tiempo específico. Sin embargo, un código de un patrón se basa en la imagen completa resumida que se puede observar en el paciente en función de las perspectivas de las teorías de la medicina tradicional. Se reconoce un patrón basado en el análisis de los hallazgos sistémicos en el cuerpo y la mente del paciente que reflejan los procesos patológicos, las respuestas a los procesos patológicos, otros hallazgos concomitantes y los rasgos constitucionales innatos o adquiridos del paciente.
Comunidad / Individualidad	Se usa para describir las características generales que se consideran relativamente comunes en la población que padece un trastorno particular.	Se usa para describir las características individuales que se consideran relativamente específicas para el paciente en ese momento
General / teórico	Generalmente se describe con términos generales de anatomía y fisiología , junto con términos de signos y síntomas.	Generalmente se describe con términos de las teorías de medicina tradicional que se utilizan para resumir el mecanismo subyacente en el paciente, como el equilibrio del yin y el yang, el frío y el calor, meridiano, o constitución

3.2.26.1 Sección V - Sección complementaria para la evaluación del funcionamiento

Este capítulo es nuevo. La lista de 47 entidades en este capítulo está destinada a la evaluación y calificación en el contexto de la CIE. Está utilizando dominios de funcionamiento de la CIF de alto poder explicativo (Anexo 9 de CIF). Las categorías están destinadas a ser utilizadas como un conjunto. El conjunto se ha definido de manera que las puntuaciones de resumen generales y específicas del dominio se pueden calcular utilizando el Programa de Evaluación de Discapacidad de la OMS 2.0 (WHO DAS 2.0 de la OMS) o la Encuesta Modelo de Discapacidad de la OMS (MDS)

3.2.27 Sección X - Códigos de extensión

Este capítulo es nuevo. Se considera que los códigos de extensión proporcionan la base para la poscoordinación de los códigos de la CIE-11, siendo el repositorio de todos los códigos de una linealización que no son elegibles para su uso como códigos de base.

Las diferentes listas proporcionan códigos adicionales para el uso clínico así como para la investigación de lesiones, la seguridad de dispositivos, la seguridad de medicamentos, la seguridad del paciente y el registro del cáncer.

Estos códigos son para uso opcional y se utilizarán muy probablemente en la morbilidad más que en la mortalidad.

3.3 Varias entidades “padre”

Una entidad puede clasificarse correctamente en dos lugares diferentes, por ejemplo, por sitio o por etiología. Para una enfermedad como el cáncer de esófago, esto significaría que podría clasificarse en cánceres (neoplasias malignas) o en enfermedades del sistema digestivo. De la misma manera, las enfermedades cerebrales isquémicas podrían clasificarse en el sistema vascular, donde surge el problema, o en el sistema nervioso, donde la isquemia impacta y se manifiesta con síntomas.

Indicaciones de varias entidades padre:

- Nota de 'Excluye' o 'Código en otra parte'
- Visualización de múltiples padres en la ventana del Componente fundamental
- Visualización de múltiples padres en lista tabular. Ejemplo para el cáncer de esófago: la neoplasia paterna maligna primaria aparecerá en negro y para el sistema digestivo el cáncer de esófago aparecerá en gris.

En el Componente fundamental, las notas 'excluye' para estos ejemplos mencionarán posibles padres (padres múltiples). Sin embargo, para la tabulación de los resultados estadísticos de cualquier lista tabular, solo puede haber un parente para la tabulación primaria. Cuando hay tales padres múltiples, en la ventana del Componente fundamental ambos padres se mostrarán de la misma manera. Sin embargo, en una lista tabular, el lugar del parente primario mostrará la entidad y sus padres en negro, y el posible parente secundario en gris.

Cada vez que una entidad tiene un parente en otro lugar, continuará mostrando el código del parente primario. El parente primario a veces se denomina "entidad parente de la lista tabular".

3.4 El modelo de contenido

El Modelo de contenido es un marco estructurado que define cada entidad que se encuentra en la CIE de manera estándar. El propósito del Modelo de Contenido es presentar el conocimiento de fondo que proporciona la base para la definición de cada entidad de la CIE de una manera sistemática para permitir la informatización. La CIE-11 tiene todo su contenido en el Componente fundamental. Aquí, cada entidad se especifica mediante una definición, propiedades legibles por una

estructura que tienen valores y una o más relaciones padre-hijo. Los enlaces adicionales proporcionan información para la poscoordinación. Toda esta información multidimensional se proyecta en una línea con categorías mutuamente excluyentes, como las listas tabulares. El Componente fundamental incluye información sobre dónde y cómo se representa una determinada entidad en una lista tabular. Una entidad puede convertirse en un grupo, una categoría o simplemente un término que, por ejemplo, se incluye en el índice.

Una enfermedad generalmente se define utilizando un conjunto de aspectos relevantes extraídos del patrón a continuación. Una enfermedad es un conjunto de disfunciones en cualquier sistema del cuerpo definido por:

Propiedad	Descripción
Sintomatología o manifestaciones	Patrón conocido de signos, síntomas y hallazgos relacionados
Etiología	Un mecanismo explicativo subyacente
Curso y resultado	Un patrón distinto de desarrollo a lo largo del tiempo
Respuesta al tratamiento	Un patrón conocido de respuesta a las intervenciones
Vinculación a factores genéticos	Por ejemplo, genotipos, patrones de expresión génica, etc.
Vinculación a factores ambientales	Factores del entorno que desencadenan la presencia de una enfermedad

Cada entidad de la CIE puede verse desde diferentes dimensiones. El Modelo de contenido representa cada una de estas dimensiones como una "propiedad".

Los componentes clave de la definición de enfermedad se incluyen como propiedades diferentes dentro del Modelo de contenido. Las propiedades principales del Modelo de Contenido son:

1. Concepto y título en la CIE
2. Jerarquía, tipo y uso
 - Entidad padre
 - Tipo
 - Uso
3. Definición(es) textual(es)
 - Descripción (breve)
 - Definición (larga)
4. Términos
 - Términos índice
 - Sinónimos, términos de exclusión
 - Términos de exclusión
5. Descripciones clínicas

- Sistema(s) corporal(es)
- Parte(es) del cuerpo (sitio(s) anatómicos(s))
- Propiedades de manifestación
 - Signos y síntomas
 - Hallazgos
- Propiedades causales
- Tipo de etiología
 - Infección (agentes)
 - Traumatismo (mecanismos)
- Factores de riesgo
- Características genómicas
- Propiedades temporales
- Propiedades de severidad
- Propiedades funcionales
- Propiedades de la afección específica
- Propiedades del tratamiento
- Criterios diagnósticos

Para cada entidad de la CIE, se pueden dar varias propiedades si es necesario para alcanzar el resultado correcto de codificación. Un codificador puede usar las propiedades para comprender mejor una afección y la forma de codificarla, y las propiedades permiten al codificador determinar en dónde se ubica una afección. Tan solo se han definido las propiedades que son absolutamente necesarias para evitar la necesidad de actualizaciones frecuentes. Las adiciones de valores de la propiedad a nivel internacional se gestionan a través del ciclo de actualización regular siempre que los problemas de codificación indican la necesidad de hacerlo. El siguiente es un ejemplo de las propiedades básicas:

Entidad de la CIE: carcinoma ductal invasivo de la mama

Propiedades	Valor
Anatomía	Mama
Morfología	Carcinoma ductal invasivo

La gama completa de valores diferentes para cada propiedad dada se predefinirá utilizando ontologías y terminologías estándar. Este rango de valores se denomina "Conjunto de valores".

Las descripciones de las entidades de la CIE-11 informan a los analistas y traductores sobre el significado de una entidad y sus características descriptivas. Hay dos tipos diferentes de descripciones: una breve descripción (máximo de 100 palabras) que está disponible tanto en el modelo de contenido como en la lista tabular, y una descripción detallada con detalles completos al nivel requerido para cada entidad. La descripción detallada está etiquetada como "información adicional" y aparece solo en versiones electrónicas en línea. Se recomienda a los

codificadores que no utilicen las descripciones para la codificación. Los codificadores deben asignar los códigos de acuerdo con los diagnósticos descritos por un clínico. Sin embargo, la información del descriptor que se incluye para las entidades individuales de la CIE-11 proporciona a los usuarios de la CIE una visión clara sobre el significado y el alcance previstos de las rúbricas o términos en la lista tabular y el Componente fundamental. Los descriptores guían a los traductores, codificadores y usuarios de datos codificados. El objetivo es mejorar la comparabilidad, la coherencia y la interpretación de la información codificada para todos, en todas partes. Hay cuatro niveles de información del descriptor en el modelo de contenido de la CIE-11:

- **Término completamente especificado** - Este es un título inequívoco que no asume contexto. Por ejemplo, "enfermedad sistémica con síntomas diarreicos gastrointestinales predominantes atribuibles a *Vibrio cholerae*", en oposición a "cólera" u "otra" (donde el significado de otra hubiera sido claro desde el contexto jerárquico).
- **Descripción breve** - La descripción breve es una caracterización (máximo de 100 palabras) de la entidad que declara cosas que siempre son ciertas acerca de una enfermedad o condición y son necesarias para comprender el alcance de la rúbrica. Las descripciones no contienen necesariamente elementos previstos para el uso en la epidemiología común o cosas que constituyen criterios clínicos.
- **Información adicional** - Este es un campo de texto que no es obligatorio, pero que puede contener información adicional o características de las enfermedades o afeciones incluidas en la entidad. Este campo de texto proporciona más contexto para la entidad. Por ejemplo, las circunstancias epidemiológicas más comunes, los agentes etiológicos putativos o altamente sospechosos, u otra información que puede no ser siempre cierta pero puede ser común, típica o esperada.
- **Criterios clínicos o de diagnóstico** - La información de este elemento no se ha introducido aún en el modelo de contenido del componente fundamental. Su objetivo es contener uno o más escenarios de criterios clínicos y características que serían suficientes para diagnosticar la (s) condición (s) o síndrome (s) de la clase o concepto dado.

Tales escenarios contendrán múltiples variaciones, o lógica incorporada para acomodar "x fuera de n" variaciones, que son necesarias o útiles para hacer el diagnóstico. Por ejemplo, un infarto del miocardio (IM) en entornos de diagnóstico de altos recursos típicamente incluiría un patrón longitudinal de enzimas cardíacas, cambios específicos en el electrocardiograma y síntomas estereotípicos. Sin embargo, solo dos de estos tres necesitan estar presentes, ya que existen elementos tales como "IM silenciosos" (sin síntomas) y variaciones similares.

Se espera que estos escenarios se dividan sobre las capacidades tecnológicas. Por ejemplo, el diagnóstico de un infarto de miocardio en los entornos de diagnóstico de altos recursos probablemente implique una tecnología y criterios diferentes que en los entornos de bajos recursos. Los criterios de diagnóstico de la CIE se basan

en varias directrices de la OMS que han identificado reglas de diagnóstico. Las extensiones a la CIE, como linealizaciones especiales, pueden usar dichas reglas de diagnóstico.

La arquitectura de la CIE-11 y la evolución futura de este componente de la información podrían servir para algoritmos de decisión basados en estos criterios. La asignación de diagnósticos y condiciones se podría proponer automáticamente a partir de los datos que surgen en los registros médicos electrónicos.

La introducción de los criterios clínicos es un proyecto futuro que requiere mayor planificación. De ser necesario, los criterios de diagnóstico describirán la metodología de diagnóstico que determina cómo los proveedores de salud diagnostican los casos que están clasificados en una entidad. Contendrá la información básica del diagnóstico necesaria y suficiente para describir una categoría, y permite la representación digital de los algoritmos de diagnóstico utilizando terminología estandarizada y otros elementos, según corresponda. Puede haber diferentes conjuntos de criterios de diagnóstico para diferentes configuraciones. Los criterios de diagnóstico se basarán en el contenido de otros atributos.

3.5 Entidades de la CIE independientes del lenguaje

Las entidades de la CIE-11 son independientes del lenguaje. Todas las entidades tienen un identificador único o un identificador uniforme de recursos (URI), y tienen un lugar específico en una jerarquía de grupos, categorías y términos más específicos. El mantenimiento de la CIE-11 a nivel internacional se maneja en el idioma inglés, pero el modelo de contenido de la CIE-11 es independiente de la lengua y permite vincular cualquier lengua deseada a los elementos de su fundación. De esta manera, una base de traducción internacional facilita las traducciones y la navegación multilingüe. El URI sigue siendo válido independientemente de si una entidad de la CIE sigue siendo válida o ha sido retirada. La estructura jerárquica de grupos, categorías, subcategorías e inclusiones (padres, hijos y términos más específicos) también sirve como una columna vertebral independiente del idioma para las traducciones de la CIE. Esta estructura es esencial cuando se crea un índice en un idioma local. Ayuda (junto con la plataforma de traducción de la CIE) a identificar las cosas que se deben traducir para poder abordar las categorías de la CIE con términos informados en el idioma local.

3.6 Innovación en la codificación de la mortalidad en la CIE-11

Las instrucciones de codificación de la mortalidad de la CIE han madurado con el tiempo y, básicamente, se han mantenido para la CIE-11, mientras que el texto se ha puesto en un formato que utiliza expresiones más sencillas para mejorar la comprensión común y la implementación estandarizada. Se han incorporado cambios importantes en la clasificación en las instrucciones de codificación de la mortalidad.

Nuevos conceptos o una nueva terminología de la CIE-11, por ejemplo, poscoordinación o codificación combinada, "codifique también" y "use código adicional si se desea", permitirán capturar más información reportada en el certificado de defunción. En la CIE-10, la codificación de mortalidad, la codificación de causas múltiple, varias reglas de modificación en el Paso M4 o ciertas marcas utilizadas en los sistemas de codificación automatizada han sido usadas para capturar los detalles informados en el certificado de defunción y para facilitar la selección precisa de la causa básica. Y en este sentido, se considera que la función de poscoordinación, etc., ha sido incorporada en la práctica de codificación de la mortalidad de la CIE-10, mientras que en la CIE-11 los conceptos son más evidentes y se agregaron varias instrucciones nuevas para informar cómo aplicar estos nuevos conceptos (consulte la Parte 2 de esta Guía de referencia).

La siguiente tabla utilizada en el Paso M1 para codificar las complicaciones de la diabetes mellitus se proporciona para uso opcional. Esta lista no es una lista completa de las posibles complicaciones de la diabetes mellitus, y no pretende ser actualizada, sino que se mantiene para los usuarios interesados en la coherencia entre la codificación con la CIE-10 y la de la CIE-11.

Causa básica provisional (CBP) en la CIE-10: diabetes mellitus	Si se desea, se puede usar la poscoordinación para especificar la complicación de la diabetes mellitus.
(coma)	con mención de: [MB20.1 Coma]
(cetoacidosis)	[5C73 Acidosis] [5C50.G trimetilaminuria] [MA18.Y Otros resultados anormales especificados en los análisis bioquímicos de la sangre]
(complicaciones renales)	[GB40-GB4Z Enfermedades glomerulares] [GB61 Enfermedad renal crónica] [GB6Z Insuficiencia renal, sin especificación] [MF54.0 Riñón contraído liso] [GB90.4Z Trastornos funcionales de los túbulos renales, sin especificación]
(complicaciones oftalmológicas)	[9A96.Z Uveítis anterior, sin especificación] [9B10.Z Catarata, sin especificación] [9B65.2 Inflamación coriorretiniana] [9B78.1 Retinopatía de fondo y cambios vasculares retinianos] [9B78.2 Otras retinopatías proliferativas] [9B7Z Trastornos de la retina, sin especificación]
(complicaciones neurológicas)	[8C12 Algunas mononeuropatías especificadas] [8C1Z Mononeuropatía, sin especificación]

	[8C0Z Polineuropatía, sin especificación] [8C4Y Otros trastornos especificados de la raíz nerviosa, plexo o de los nervios periféricos] [8C7Y Otras miopatías primarias especificadas] [8D8Z Trastornos del sistema nervioso autónomo, sin especificación] [BD40.0 Aterosclerosis de la extremidad inferior]
(complicaciones circulatorias periféricas)	[BD4Z Enfermedad oclusiva arterial crónica, sin especificación] [EE80.1 Necrobiosis lipoidea] [MC85 Gangrena] [ME60.2 Úlcera de piel de naturaleza incierta]
(otras complicaciones especificadas)	[FA2Z Artropatías inflamatorias, sin especificación] [MG30.5Z Dolor neuropático crónico, sin especificación] cuando se reporta como la causa de: [5A41 Hipoglucemia sin diabetes asociada] [9C81.Z Parálisis del nervio motor ocular, sin especificación] [9D90 Deterioro de la visión, incluida la ceguera] [8E7Y Otras enfermedades especificadas del sistema nervioso] [DA7Y Otras enfermedades específicas del estómago o el duodeno.]
(coma) (complicaciones oftálmicas)	
(complicaciones neurológicas)	
(complicaciones circulatorias periféricas) (otras complicaciones especificadas)	[1A40 Gastroenteritis o colitis sin especificación del agente infeccioso] [1G40-1G41 Sepsis] [1C41 Infección bacteriana de localización no especificada] [1F28 Dermatofitosis] [1F2D Dermatomicosis superficiales no dermatofíticas] [1F23 Candidosis] [3B20 Coagulación intravascular diseminada] [5A41 Hipoglucemia sin diabetes asociada] [5C80.00 Hipercolesterolemia primaria] [5C80.1 Hipertrigliceridemia] [5C80.2 Hiperlipidemia mixta] [5C80.Z Hiperlipoproteinemia, sin especificación] [5C76 Hipertotasemias] [5D2Z Trastornos metabólicos, sin especificación] [8A42.Y Otra encefalomielitis diseminada aguda especificada]

- [8A42.Z Otra encefalomielitis diseminada aguda, sin especificación]
- [BA00.Z Hipertensión esencial, sin especificación]
- [BA01 Cardiopatía hipertensiva]
- [BA40-BA6Z Cardiopatías isquémicas]
- [BB40-BB4Z Endocarditis aguda o subaguda]
- [BC0Z Enfermedades de las válvulas cardíacas, sin especificación]
- [BC43.0Z Cardiomiopatía dilatada, sin especificación]
- [BC43.Z Cardiomiopatía, sin especificación]
- [BC81.3 Fibrilación auricular]
- [BC81.20 Taquicardia auricular por reentrada dependiente del istmo cavotricuspídeo]
- [BC81.2Z Taquicardia auricular macrorreentrant, sin especificación]
- [BC60 Despolarización auricular prematura]
- [BC61 Despolarización prematura de la unión AV]
- [BC70 Despolarización ventricular prematura]
- [BC71.1 Fibrilación ventricular]
- [BC80.20 Síndrome del seno enfermo]
- [BC9Y Otra arritmia cardíaca especificada]
- [BC9Z Arritmia cardíaca, sin especificación]
- [BD10-BD1Z Insuficiencia cardíaca]
- [BE2Z Enfermedades del sistema circulatorio, sin especificación]
- [8B00 Hemorragia intracerebral]
- [8B02 Hemorragia subdural sin causa traumática]
- [8B03 Hemorragia epidural sin causa traumática]
- [8B0Z Hemorragia intracraneal, sin especificación]
- [8B11 Accidente cerebrovascular isquémico]
- [8B20 Accidente cerebrovascular y se desconoce si es isquémico o hemorrágico]
- [8B22.Y Otra enfermedad cerebrovascular especificada]
- [8B2Z Enfermedades cerebrovasculares, sin especificación]
- [8B25.1 Efectos tardíos de una hemorragia intracerebral]
- [8B25.3 Efectos tardíos de otra hemorragia intracraneal sin causas traumáticas]
- [8B25.0 Efectos tardíos de un accidente cerebrovascular isquémico]
- [8B25.4 Efectos tardíos del accidente cerebrovascular sin saberse si fue isquémico o hemorrágico]
- [8B25 Efectos tardíos de la enfermedad cerebrovascular]
- [8D40.1 Neuropatía por deficiencia nutricional]
- [8D40.2 Miopatía por deficiencia nutricional]
- [8D40.Y Otras neuropatías especificadas por deficiencia de nutrientes]
- [8D40.Z Neuropatías por deficiencia de nutrientes, sin especificación]

[BD30.20 Oclusión arterial tromboembólica aguda de la extremidad inferior]
[BD30.0 Oclusión arterial aguda de la extremidad superior]
[BD30.2 Oclusión arterial aguda de la extremidad inferior]
[BD70 Tromboflebitis superficial]
[BD72 Tromboembolia venosa]
[CA40.1 Neumonía viral]
[CA40 Neumonía]
[DA60-DA63.Z Úlcera de estómago o duodeno]
[ME24.Y Otras manifestaciones clínicas especificadas del aparato digestivo]
[1B70.3 Linfangitis bacteriana ascendente]
[1B70.Y Celulitis bacteriana o linfangitis debida a otra bacteria especificada]
[1B70.Z Celulitis bacteriana o linfangitis debida a bacteria no especificada]
[EB21 Piódermia gangrenosa]
[EA3Z Trastorno no especificado de la piel atribuible a infección viral]
[EA89 Dermatitis eccematoso generalizada de tipo no especificado]
[EH90 Ulcera por presión]
[FA26.2 Condrocalcinoses]
[1B71 Fascitis necrosante]
[GC08.Z Infección urinaria, localización y microbio patógeno no especificados]

3.7 Innovación en la codificación de la morbilidad en la CIE-11

"Presente al ingreso"

La inclusión de los nuevos códigos de Extensión en la CIE-11 proporciona capacidad para codificar información que califica códigos de base vinculados. Entre las nuevas características de calificación se encuentra la característica de visualización de estado particularmente importante que permite distinguir los diagnósticos presentes al momento del ingreso de los diagnósticos que surgen después de que comenzó la estadía en el hospital.

3.8 Funcionamiento en la CIE y uso conjunto con la CIF

Históricamente, la CIE ha usado ciertos conceptos de discapacidad como entidades comunes de enfermedades o trastornos, tales como: ceguera, sordera, retraso mental, deficiencia en el aprendizaje o paraplejia, así como ciertos conceptos de discapacidad para otros propósitos, como la 'discapacidad como secuela de lesión', y 'limitación de actividades por discapacidad'. La CIF se desarrolló después de la publicación de la CIE-10.

En la CIE-11 se han creado vínculos con la CIF por lo que respecta a la alineación de los conceptos de enfermedad y de funcionamiento y la facilitación de un uso conjunto.

La alineación conceptual entre la CIE-11 y la CIF se ha realizado en las siguientes áreas:

- Los signos y síntomas en la CIE están alineados con las funciones corporales en la CIF, y los "factores que influyen en el estado de salud" en la CIE con factores contextuales en la CIF.
- Las categorías de la CIE-11 relativas al deterioro visual en el Capítulo de oftalmología se han alineado con la respectiva taxonomía y las definiciones de la CIF correspondientes a las funciones visuales.

Algunas otras categorías de la CIF proceden de componente de Actividades y Participación y facilitan la descripción de las limitaciones funcionales que se asocian con frecuencia a afecciones de salud específicas en un patrón de funcionamiento. Las repercusiones de la enfermedad o trastorno en las actividades diarias de una persona pueden variar según la gravedad de la enfermedad y según los factores contextuales (por ejemplo, factores ambientales) y las posibles comorbilidades. La CIE adopta un enfoque que identifica la "gravedad" como una propiedad de la enfermedad / trastorno y describe la repercusión del estado de salud en la vida diaria de una persona como un conjunto de códigos de funcionamiento.

En la CIE-11 se ha incluido una sección opcional de funcionamiento para permitir la clasificación y medición de las repercusiones de las afecciones de salud en términos de funcionamiento.

La sección de funcionamiento de la CIE-11 proporciona dos opciones para la evaluación y documentación de las repercusiones:

- uso de un instrumento de evaluación genérico basado en la CIF (es decir, la Escala de Evaluación de la Discapacidad (WHODAS) 2.0 de la Organización Mundial de la Salud y el Cuestionario de Discapacidad Modelo (MDS) para generar una puntuación de funcionamiento global y de dominios específicos. Para obtener estas puntuaciones, la WHODAS 2.0 (igual que otras escalas de evaluación clínica) debe usarse de forma global (es decir, la batería completa de preguntas). En el Manual de la WHODAS se presentan instrucciones más detalladas sobre el uso de la escala WHODAS 2.0.
- uso de una lista breve de categorías de funcionamiento derivadas del Anexo 9 de la CIF. Estas categorías deben usarse con un calificador genérico de 5 puntos que indica la gravedad para la notificación del funcionamiento en los sistemas de información de salud.

En general, el vínculo entre la CIE-11 y la CIF puede ser de ayuda en los siguientes casos de uso:

- evaluación para la práctica médica general (por ejemplo, evaluación de la aptitud para el trabajo)
- evaluación de beneficios sociales (por ejemplo, discapacidad, pensión)

- propósitos de pago o reembolso
- evaluación de necesidades (por ejemplo, para rehabilitación, asistencia ocupacional, atención a largo plazo).
- evaluación de resultados de las intervenciones

Siempre que se deseé y se requiera notificar de forma plena el *funcionamiento*, deberá usarse la CIF.

3.9 Revisión de los pasos principales

La revisión de la CIE-11 ha tenido lugar en varias fases.

Primero, se compiló una lista de problemas que se conocían mediante el uso de la CIE-10 y que no se pudieron resolver en su estructura de clasificación por lo que se formularon las posibles soluciones.

En segundo lugar, se recibieron aportaciones de muchos grupos científicos en las áreas temáticas clave con un enfoque en la perspectiva clínica.

Finalmente, se produjo una edición centralizada, cuyo objetivo era ajustar los desequilibrios en el contenido generado por múltiples grupos de expertos que operaron independientemente en la fase previa de la revisión, y garantizar que la estructura general fuera coherente y practicable para los usuarios de las estadísticas de mortalidad y morbilidad. Los "principios rectores" fueron una herramienta esencial, particularmente en la última fase. El contenido, la terminología y las sugerencias para agrupaciones específicas de los grupos científicos se han conservado, aunque la estructura y ubicación propuestas de las entidades en la clasificación han sufrido los cambios necesarios para los principales usos de la CIE. Las entidades con varios "padres" conservaron la visibilidad de las condiciones en la ubicación preferida de los grupos científicos. La versión final también recibió aportes de las pruebas de campo, los comentarios de los Estados miembros y el envío y procesamiento continuo de las propuestas.

3.10 Características generales de LA CIE-11

La principal innovación estructural de la CIE-11 es que está construida sobre un Componente Fundamental del cual se puede derivar la lista tabular. La lista tabular de referencia internacional es la clasificación estadística de morbilidad y mortalidad. Debido a la adición de un Componente Fundamental y al diseño electrónico de la CIE-11, se tuvo que introducir una nueva terminología que no se había utilizado en versiones anteriores de la CIE. La siguiente tabla proporciona ejemplos de esta nueva terminología. Se encontrarán más detalles sobre aspectos individuales en otras partes de esta guía.

Para obtener más detalles sobre la terminología de la CIE-11, consulte la Sección 1.1.6.1 Uso integrado con terminologías.

3.11 Condiciones de la medicina tradicional - Módulo 1 (MT1)

Un gran porcentaje de la población mundial utiliza algún tipo de medicina tradicional. Sin embargo, los datos e información estandarizados sobre el estado de salud de estos usuarios permanecen en gran medida ausentes de las recopilaciones

de datos de salud nacional e internacional. El uso de terapias de medicina complementaria y alternativa (MCA) se ha convertido en una industria enorme y se espera que crezca. Como resultado de esta brecha en la información sobre MT y el tamaño de la industria, se han invertido recursos en la creación de una herramienta de clasificación para permitir que los datos sean recopilados y analizados.

El capítulo de la CIE-11 sobre trastornos y patrones de la medicina tradicional está diseñado para integrarse con la codificación conjunta de casos de los conceptos de medicina occidental de los capítulos 1-25 de la CIE

Al igual que con otros capítulos de la CIE, el capítulo MT1 es una herramienta para clasificar, diagnosticar, contar, comunicar y comparar las condiciones de la MT, también ayudará en la investigación y evaluación para medir la eficacia de MT. En este capítulo no se juzga la práctica de la MT ni la eficacia de ninguna intervención de MT.

Este capítulo no debe usarse para la codificación de la mortalidad.

3.12 Preparativos para la undécima revisión

En el año 2003, la OMS y los Centros Colaboradores tenían claro que no podía demorarse mucho una nueva revisión de la CIE. El grado en que la actualización de la CIE podía incorporar los avances emergentes estaba limitado por la estructura de la CIE-10, y algunos problemas requerían un desarrollo y debate ampliados con grupos de expertos. En una reunión especial de los Centros Colaboradores celebrada en Helsinki en el 2004 se abordó la necesidad de una revisión y los problemas que se afrontarían como parte del proceso de revisión. La reunión de la FCI-OMS del 2004 adoptó posteriormente un plan de trabajo del proceso de revisión que se desarrolló progresivamente en las reuniones subsiguientes.

En el 2007, la OMS puso en marcha formalmente el proceso de revisión. La supervisión ha estado a cargo de un Grupo Directivo de Revisión de base amplia. El trabajo técnico lo han realizado una serie de Grupos Consultivos Temáticos, con grupos transversales que examinan la mortalidad, la morbilidad y los problemas de calidad y seguridad. Por primera vez se ha incluido un capítulo sobre la descripción de enfermedades y patrones de enfermedades desde el punto de vista de la medicina tradicional.

Se ha desarrollado un modelo de contenido, que incluye una gama de componentes para cada entidad de la CIE, lo cual proporciona un fundamento sólido para la CIE. Se vinculan o incluyen otras clasificaciones y terminologías cuando ello es posible para garantizar que la CIE esté alineada con ellas; y siempre que ha sido posible se han alineado los elementos utilizados en otros miembros de la Familia de Clasificaciones de la OMS. La clasificación estadística más tradicional para la mortalidad y la morbilidad se obtiene del Componente fundamental de la CIE-11 en forma de una lista tabular. Los códigos de extensión se utilizan para limitar el volumen del contenido, pero permiten de todos modos una clasificación detallada de las entidades de enfermedad.

3.13 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11

3.13.1 Capítulo 01 - Diferencias entre la CIE – 10 y la CIE–11 en el Capítulo 01

El capítulo incluye más elementos infecciosos que en el pasado. Además, la influenza se ha trasladado del capítulo de enfermedades respiratorias a enfermedades infecciosas. La tuberculosis y la lepra se han agrupado en "micoplasmas" porque la identificación, el curso y el tratamiento son similares. Las enfermedades priónicas se han trasladado al sistema nervioso.

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
A00-A09 Enfermedades infecciosas intestinales.	Gastroenteritis o colitis de origen infeccioso.
A15-A19 Tuberculosis	Parte de la agrupación - Enfermedades micobacterianas.
A20-A28 Ciertas zoonosis bacterianas	Ciertas enfermedades bacterianas zoonóticas.
A30-A49 Otras enfermedades bacterianas	Otras enfermedades bacterianas
A50-A64 Infecciones con un modo de transmisión predominantemente sexual	Infecciones de transmisión predominantemente sexual
A65-A69 Otras enfermedades por espiroquetas	Parte de la agrupación - Otras enfermedades bacterianas especificadas
A70-A74 Otras enfermedades causadas por clamidias	Parte de la agrupación - Otras enfermedades bacterianas.
A75-A79 Rickettsiosis	Parte de la agrupación - Otras enfermedades bacterianas.
A80-A89 Infecciones virales del sistema nervioso central	Infecciones virales del sistema nervioso central.
A92-A99 Fiebres virales transmitidas por artrópodos y fiebres virales hemorrágicas	Dividido en dos grupos: otras fiebres virales transmitidas por artrópodos y ciertas enfermedades virales zoonóticas
B00-B09 Infecciones virales caracterizadas por lesiones de la piel y de las membranas mucosas	Infecciones virales caracterizadas por lesiones cutáneas o mucosas.
B15-B19 hepatitis viral	Hepatitis viral
B20-B24 Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	Virus de la inmunodeficiencia humana.
B25-B34 Otras enfermedades virales	Ciertas otras enfermedades virales.
B35-B49 Micosis	Micosis
B50-B64 Enfermedades debidas a protozoarios	Parte de la agrupación - Enfermedades parasitarias.

B65-B83 Helmintiasis	Parte de la agrupación - Enfermedades parasitarias.
B85-B89 Pediculosis, acariasis y otras infestaciones	Parte de la agrupación - Enfermedades parasitarias.
B90-B94 Secuelas de enfermedades infecciosas y parasitarias	Secuelas de enfermedades infecciosas.
B95-B98 Bacterias, virus y otros agentes infecciosos	Ahora parte de los códigos de extensión para organismos.
B99-B99 Otras enfermedades infecciosas y las no especificadas	Ciertos otros trastornos de origen infeccioso.

3.13.2 Diferencias entre la CIE – 10 y la CIE–11 en el Capítulo 02

El cambio más significativo en la jerarquía del Capítulo 02 es la inclusión de ciertos tipos de morfología dentro del capítulo (que se encontraban anteriormente en la CIE-10, Apéndice A). Ahora hay códigos pre-coordinados que contienen tanto la morfología como el sitio. Otros tipos de morfología y mayor especificidad de sitio no incluidos en el Capítulo 02 se encuentran en el Capítulo X, Códigos de extensión, y se pueden usar en la poscoordinación.

Otros cambios incluyen: agrupación de todas las neoplasias del cerebro y del sistema nervioso central independientemente del comportamiento; agrupación de todos los tejidos hematopoyéticos y linfoides; y la incorporación del nuevo grupo neoplasias mesenquimatosas malignas. Las neoplasias anteriores del grupo de la CIE-10 de comportamiento incierto o desconocido se han dividido en dos grupos separados: neoplasias de comportamiento incierto y neoplasias de comportamiento desconocido.

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
C00-C97 Neoplasias malignas	Neoplasias del cerebro o sistema nervioso central. Neoplasias de tejidos hematopoyéticos o linfoides Neoplasias malignas, excepto de linfoides, hematopoyéticas, sistema nervioso central o tejidos relacionados
D00-D09 Neoplasias in situ	Neoplasias in situ, excepto linfoides, hematopoyéticas, sistema nervioso central o tejidos relacionados
D10-D36 Neoplasias benignas	Neoplasias benignas, excepto de linfoides, hematopoyéticas, sistema nervioso central o tejidos relacionados
D37-D48 Neoplasias de comportamiento incierto o desconocido.	Neoplasias de comportamiento incierto, excepto de linfoides, hematopoyéticas, sistema nervioso central o tejidos relacionados

Neoplasias de comportamiento desconocido, excepto de linfoides, hematopoyéticos, sistema nervioso central o tejidos relacionados

3.13.3 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 03

El Capítulo 03 de la CIE-10, Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad se ha dividido en dos capítulos: uno para las enfermedades de la sangre o de los órganos hematopoyéticos (Capítulo 03) y el otro para los trastornos del sistema inmunológico (cap. 04). En la CIE-10, hubo cinco secciones principales para trastornos de la sangre que ahora se han reclasificado en tres secciones en la CIE-11.

Un amplio grupo de Anemias y otros trastornos de los eritrocitos ahora contiene, anemias nutricionales, anemias hemolíticas y anemias aplásicas y otras anemias, con subdivisiones para adquiridas y congénitas.

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
D50-D53 Anemias nutricionales	Parte de la agrupación - Anemias y otros trastornos de los eritrocitos
D55-D59 Anemias hemolíticas	Parte de la agrupación - Anemias y otros trastornos de los eritrocitos
D60-D64 Anemia aplásica y otras anemias	Parte de la agrupación - Anemias y otros trastornos de los eritrocitos
D65-D69 Defectos de la coagulación, púrpura y otras afecciones hemorrágicas	Defectos de coagulación, púrpura y otras afecciones hemorrágicas y afines.
D70-D77 Otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	Conceptos redistribuidos a uno de los siguientes grupos: Anemias y otros trastornos de los eritrocitos. Defectos de la coagulación, púrpura y otras afecciones hemorrágicas y afines o enfermedades del bazo.
D80-D89 Ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	Transferidos al Capítulo 04 'Enfermedades del sistema inmunológico'

3.13.4 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 04

El Capítulo 03 de la CIE-10, Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad se

ha dividido en dos capítulos: uno para las enfermedades de la sangre o de los órganos hematopoyéticos (Capítulo 03) y el otro para los trastornos del sistema inmunológico (cap. 04). Este nuevo capítulo (Ch 04) se creó para capturar mejor la complejidad de los procesos de enfermedad del sistema inmunológico.

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
D80-D89 Ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	Inmunodeficiencias primarias
	Inmunodeficiencias adquiridas
	Trastornos autoinflamatorios
	Afecciones alérgicas o de hipersensibilidad
	Trastornos del sistema inmunitario que afectan a los linajes de células blancas
	Ciertos trastornos que involucran el sistema inmunológico
	Enfermedades del timo

3.13.5 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 05

Se han realizado cambios y adiciones a la diabetes mellitus con la inclusión de categorías para la hiperglucemia intermedia (incluida la regulación deficiente de la glucosa) y los síndromes de resistencia a la insulina. La sección de trastornos nutricionales incorpora la terminología actual y contiene una clasificación detallada de las deficiencias de vitaminas y minerales, así como de la obesidad. La sección de trastornos metabólicos también incluye más detalles y se ha mejorado la organización de los distintos tipos de trastornos metabólicos.

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11 en el Capítulo 5

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
E00-E07 Trastornos de la glándula tiroides	Trastornos de la glándula tiroides o sistema hormonal tiroideo. La estructura de esta sección no ha cambiado, pero se ha revisado para reflejar mejor los procesos de enfermedades actuales.
E10-E14 Diabetes mellitus	Diabetes mellitus (Especifica el "tipo" de diabetes mellitus, es decir, Tipo 1, Tipo 2, otro y no especificado. Las complicaciones "diabéticas" se originan principalmente en el capítulo del sistema corporal respectivo)
E15-E16 Otros trastornos de la regulación de la glucosa y de la secreción interna del páncreas.	Otros trastornos de la regulación de la glucosa o de la secreción interna pancreática se han mantenido sin cambios.

E20-E35 Trastornos de otras glándulas endocrinas	Este bloque ha sido desagregado y las secciones han sido renombradas para reflejar mejor las afecciones clasificadas dentro de cada entidad: Trastornos de la paratiroides y del sistema hormonal paratiroideo Trastornos del sistema hormonal hipofisario. Trastornos de las glándulas suprarrenales y del sistema hormonal suprarrenal Trastornos del sistema hormonal gonadal Ciertos trastornos de la pubertad. Disfunción poliglandular Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y ciertas lipidemias especificadas
E40-E46 Desnutrición	Desnutrición: se han agregado dos nuevas subsecciones para Desnutrición basados en criterios antropométricos o clínicos y Desnutrición debida a deficiencias específicas de nutrientes
E50-E64 Otras deficiencias nutricionales	Parte de la agrupación - Desnutrición
E65-E68 Obesidad y otros tipos de hiperalimentación	Sobrepeso, obesidad o excesos específicos de nutrientes.
E70-E90 Trastornos metabólicos	Trastornos metabólicos con subsecciones basadas en etiología

3.13.6 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 06

Los cambios a este capítulo incluyen la reestructuración de la jerarquía, la inclusión de terminología más actual y agrupaciones específicas para episodios únicos de uso nocivo, patrón de uso perjudicial, dependencia, intoxicación y abstinencia por tipo de sustancia.

En la CIE-10, el número de agrupaciones grandes, o 'grupos', de trastornos se vio limitado artificialmente por el sistema de codificación decimal utilizado en la clasificación, de modo que solo era posible tener un máximo de diez agrupaciones principales de trastornos dentro del capítulo de trastornos mentales y del comportamiento (correspondiente a los dígitos 0 a 9). Esto significó que se crearan algunos grupos que no se basaron en la utilidad clínica o la evidencia científica. En la CIE-10, por ejemplo, un grupo (F30-F39) está dedicado a los trastornos del humor (afectivos), mientras que los trastornos de ansiedad representan solo una parte de un bloque amplio y heterogéneo (F40-F49) denominado "Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos". Otro grupo (F50-F59) 'Síndromes de comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos' junta los trastornos que no están relacionados en términos de síntomas clínicos, excepto que tienen algo que ver con el cuerpo.

Dados los parámetros estructurales restringidos de la CIE-10, los desarrolladores de la clasificación proporcionaron un conjunto razonable de agrupaciones de diagnósticos. Sin embargo, las características estructurales más flexibles de la CIE-11 hacen posible incorporar características clave basadas en la evidencia científica disponible y la práctica actual para una nosología más óptima.

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	Trastornos neurocognitivos
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	Parte de la agrupación: trastornos por uso de sustancias o conductas adictivas
F20-F29 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios
F30-F39 Trastornos del humor (afectivos)	Trastornos del estado de ánimo
F40-F48 Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	Ansiedad o trastornos relacionados con el miedo
F50-F59 Síndromes de comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	Redistribuidos entre trastornos de la ingesta o de la alimentación, trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto y el puerperio y los nuevos capítulos sobre Trastornos del sueño y la Salud sexual
F60-F69 Trastornos de la personalidad y el comportamiento en adultos	Trastornos de personalidad y rasgos relacionados
F70-F79 Retraso mental	Parte de la agrupación - Trastornos del neurodesarrollo
F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico	Parte de la agrupación - Trastornos del neurodesarrollo
F90-F98 Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	Parte de la agrupación - Trastornos del neurodesarrollo
F99-F99 trastorno mental no especificado	Residuales no especificados para el capítulo

3.13.7 El Capítulo 07 es una nueva adición a la CIE-11 y no constaba en ediciones anteriores

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
Códigos de los capítulos de Salud mental y del Sistema nervioso	Trastornos del insomnio
Concepto no en la CIE-10	Trastornos del movimiento relacionados con el sueño
Códigos de salud mental y capítulos del sistema nervioso	Trastornos de hipersomnolencia
Códigos de los capítulos del sistema nervioso y endocrino	Trastornos respiratorios relacionados con el sueño
Códigos del capítulo de Salud mental	Trastornos del parasomnia
Códigos del capítulo del sistema nervioso	Trastornos del horario de sueño y vigilia.
Códigos del capítulo del sistema nervioso	Ciertos trastornos del sueño especificados

3.13.8 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 08

Ha habido una importante reestructuración y movimiento de conceptos previos de la CIE-10 en este capítulo. También se han añadido una serie de nuevos conceptos. Las enfermedades cerebrovasculares se han trasladado al capítulo del Sistema nervioso y se han multiplicado las entidades padre con el capítulo del Sistema Circulatorio. El evento o accidente cerebral isquémico transitorio (EIT) ahora también se localiza en las enfermedades Cerebrovasculares y aparece dentro de las Enfermedades del sistema nervioso.

La CIE-11 tiene una revisión importante en la organización de los grupos que conforman el capítulo del sistema nervioso. El sistema de codificación decimal restrictiva de la CIE-10, con su capacidad de contener solo 11 grupos de trastornos por capítulo, dio lugar a grupos que contenían entidades neurológicas misceláneas que no encajaban lógicamente, como el grupo de trastornos episódicos y paroxísticos, que contenía trastornos de cefalea, epilepsia, ataques isquémicos transitorios y trastornos del sueño. La CIE-11 ahora coloca los trastornos de cefalea, epilepsia y cerebrovascular a nivel de grupo, y los trastornos del sueño a nivel de capítulo (Capítulo 07).

No solo ha cambiado la estructura del capítulo del sistema nervioso, sino que el enfoque de clasificación también integra la práctica clínica actual y los avances en la comprensión de las enfermedades neurológicas. Desde que se publicó la CIE-10, se han logrado enormes avances en los campos de la genética, la biología molecular y las tecnologías médicas. Un aumento en el número de códigos es inevitable cuando uno reflexiona sobre el reciente conocimiento adquirido en neurología, por

lo que el objetivo es un equilibrio entre la amplitud, la utilidad clínica y el mantenimiento de un enfoque de salud pública. Los grupos de trabajo abordaron este problema considerando los trastornos más comunes que aparecen en el capítulo, y las variaciones etiológicas menos comunes de estos trastornos están sujetas a una técnica de "codificación doble". Un cambio importante que ilustra el avance del conocimiento es la adición de un grupo denominado "Trastornos paraneoplásicos y autoinmunes del sistema nervioso". Este conjunto contiene enfermedades neurológicas mediadas por el sistema inmunitario, un campo en el que el conocimiento ha explotado en los últimos años. Un segundo ejemplo de cómo la nueva versión refleja el avance de la biología molecular es a través de la concesión de la estructura de un grupo para las enfermedades priónicas a pesar de su rareza. Anteriormente, figuraban como parte de las infecciones del grupo del sistema nervioso central, pero el interés de la investigación después del importante problema de salud pública en Europa en la década de los 90 ha llevado a descubrir nuevas variantes de enfermedades priónicas.

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
G00-G09 Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso	Esta sección ahora se encuentra en el Capítulo 1 en un nuevo bloque llamado Infecciones no virales del sistema nervioso central
G10-G14 Atrofias sistémicas que afectan principalmente al sistema nervioso central	División entre los trastornos del movimiento y la enfermedad de las neuronas motoras y trastornos relacionados
G20-G26 Trastornos extrapiramidales y del movimiento	Trastornos del movimiento
G30-G32 Otras enfermedades degenerativas del sistema nervioso	Trastornos neurocognitivos
G40-G47 Trastornos episódicos y paroxísticos.	Epilepsia y convulsiones, trastornos de cefalea y bloqueos cerebrovasculares Trastornos del sueño son ahora un capítulo independiente (Capítulo 07).
G50-G59 Trastornos de los nervios, de las raíces y de los plexos nerviosos	Trastornos de la raíz nerviosa, plexo y nervios periféricos
G60-G64 Polineuropatías y otros trastornos del Sistema nervioso periférico	Polineuropatías y otros trastornos del Sistema nervioso periférico
G70-G73 Enfermedades musculares y de la unión neuromuscular	Enfermedades musculares y de la unión neuromuscular
G80-G83 Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	
G90-G99 Otros trastornos del sistema nervioso.	Otros trastornos del sistema nervioso: los siguientes se han trasladado a su propia agrupación: enfermedades del sistema nervioso autónomo, trastornos de la presión y flujo del líquido cefalorraquídeo,

A81 Infecciones por virus atípico del sistema nervioso central	trastornos de la médula espinal excluyendo los traumas Enfermedades priónicas
--	--

3.13.9 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE 11 en el Capítulo 09

Ha habido cambios importantes en la estructura y jerarquía de este capítulo para la CIE-11. La convención de etiología / manifestación (daga / asterisco) de la CIE-10 no se ha mantenido en la CIE-11.

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
H00-H06 Trastornos del párpado, aparato lagrimal y órbita	Trastornos de la órbita o los anexos oculares
H10-H13 Trastornos de la conjuntiva	Trastornos de la conjuntiva
H15-H22 Trastornos de la esclerótica, córnea, iris y cuerpo ciliar	Redistribución entre los grupos Trastornos del globo ocular: segmento anterior y Trastornos del globo ocular: segmento posterior
H25-H28 Trastornos del cristalino	Trastornos del cristalino
H30-H36 Trastornos de la coroides y la retina	Categorías separadas bajo trastornos del segmento posterior del globo ocular
H40-H42 Glaucoma	Glaucoma o sospecha de glaucoma
H43-H45 Trastornos del cuerpo vítreo y del globo ocular	Redistribución entre los grupos Trastornos del globo ocular: segmento posterior y Trastornos del globo ocular que afectan a los segmentos anterior y posterior
H46-H48 Trastornos del nervio óptico y la vías ópticas	Trastornos de las vías o centros visuales
H49-H52 Trastornos de los músculos oculares, del movimiento binocular, de la acomodación y de la refracción	Redistribuido entre los grupos de estrabismo o motilidad ocular y trastornos de refracción o acomodación.
H53-H54 Alteraciones de la visión y ceguera	Deficiencia visual
H55-H59 Otros trastornos de los ojos y sus anexos	Redistribución entre los grupos de nistagmo y trastornos tras procedimiento del ojo o de los anexos oculares

3.13.10 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 10

Este capítulo ha conservado una estructura similar a la de la CIE-10, con cambios menores únicamente.

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
H60-H62 Enfermedades del oído externo	Enfermedades del oído externo
H65-H75 Enfermedades del oído medio y de la mastoides.	Enfermedades del oído medio o apófisis mastoides
H80-H83 Enfermedades del oído interno	Enfermedades del oído interno
H90-H95 Otros trastornos del oído	Redistribuido en los grupos Trastornos con deficiencia auditiva, Trastornos del oído, no clasificados en otra parte y Trastornos tras procedimientos del oído o la mastoides

3.13.11 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 11

Se ha producido cierta reestructuración y reagrupación a lo largo de este capítulo, con nuevos conceptos basados en los avances médicos en los últimos 20 años. La terminología médica ha sido actualizada. Las secciones sobre hipertensión y enfermedades de las válvulas cardíacas se han ampliado. Las enfermedades de las válvulas cardíacas se han movido de una clasificación basada en la etiología (reumática / no reumática) seguida por el tipo de válvula y la fisiología de la enfermedad; a una jerarquía dirigida por tipo de válvula, luego fisiología de la enfermedad, seguida de etiología, de acuerdo con la práctica clínica actual. Por lo tanto, la enfermedad de la válvula no reumática se ha trasladado de "Otras formas de enfermedad cardíaca" a la sección de la enfermedad de las válvulas cardíacas. La fiebre reumática aguda se ha trasladado al capítulo 1.

Las enfermedades cerebrovasculares se han trasladado al Capítulo del Sistema nervioso (08) como su entidad padre primaria, y el Capítulo Circulatorio es una entidad padre secundaria.

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11 en el Capítulo 11

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
I00-I02 Fiebre reumática aguda	Pasó al Capítulo 01 Enfermedades infecciosas

I05-I09 Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	Enfermedades de las válvulas cardíacas: cambio en la jerarquía para la clasificación de los trastornos de las válvulas cardíacas según el tipo de válvula cardíaca y luego por etiología
I10 – I15 Enfermedades hipertensivas	Enfermedades hipertensivas: se mantiene relativamente igual con la expansión de algunas categorías, la hipertensión esencial ahora incluye subcategorías para la hipertensión diastólica / sistólica
I20 – I25 Enfermedades isquémicas del corazón	Cardiopatías isquémicas: cambio en la terminología para que el Infarto agudo de miocardio (IAM) refleje solo STEMI / NSTEMI (Infarto de miocardio con elevación del segmento ST/ Infarto de miocardio sin elevación del segmento ST). Inclusión del marco temporal para el IAM antiguo. Expansión de complicaciones posteriores y IAM. Nueva sección para "Enfermedades de la arteria coronaria" que incluye atherosclerosis coronaria, aneurisma de la arteria coronaria, disección, fistula
I26 – I28 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar	Enfermedad cardíaca pulmonar o enfermedades de la circulación pulmonar: expansión de algunas categorías (por ejemplo, hipertensión pulmonar) para incluir nuevos conceptos, en particular hipertensión pulmonar
I30 – I52 Otras formas de enfermedad del corazón	Este título de categoría de bloque ya no existe en la CIE-11 y los conceptos incluidos se han hecho entidades distintas y se han ampliado para incluir la nueva terminología y los procesos de enfermedades
I60 – I69 Enfermedades cerebrovasculares	Reclasificación al Capítulo 08 Enfermedades del sistema nervioso
I70 – I79 Enfermedades de las arterias, de las arteriolas y de los capilares	Las enfermedades de los capilares se han trasladado a Enfermedades de la piel
I80 – I89 Enfermedades de las venas, de los vasos y ganglios linfáticos, no clasificados en otra parte	Esta sección se ha dividido en dos grupos principales: enfermedades de las venas y trastornos de los vasos linfáticos y los ganglios linfáticos. Las varices esofágicas y las hemorroides han sido reclasificadas al Capítulo 13
I95 – I99 Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio	Enfermedades del sistema digestivo: trastornos vasculares del esófago y enfermedad vascular del ano y del canal anal, respectivamente
	Marcada expansión de la sección de trastornos tras procedimiento con nuevos códigos para trastornos consecutivos a procedimientos luego de la reparación de anomalías congénitas

3.13.12 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE- 11 en el Capítulo 12

Ha habido cierta reestructuración y reagrupación de este capítulo, con nuevos conceptos agregados y la inclusión de terminología actualizada y actual.

- Se ha agregado una nueva sección, Enfermedad pulmonar inhalatoria, ocupacional y ambiental para mejorar la clasificación de los trastornos respiratorios de acuerdo con su etiología.
- Los trastornos del sueño relacionados con la respiración y el control respiratorio se han trasladado al nuevo capítulo de Trastornos del sueño (Capítulo 7) y, secundariamente se ha emparentado con el Capítulo de enfermedades respiratorias.
- La fibrosis quística se ha trasladado al Capítulo respiratorio y, en segundo lugar, se ha emparentado con el Capítulo 05 Enfermedades endocrinas, nutricionales o metabólicas.

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11 en el Capítulo 12

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
J00-J06 Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	Sección de trastornos de las vías respiratorias superiores, Enfermedades infecciosas por agente infeccioso
J09-J18 Influenza [gripe] y neumonía	Infecciones pulmonares
J20-J22 Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores.	Combinados en el grupo - Infecciones pulmonares.
J30-J39 Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	Combinados en el grupo - trastornos de las vías respiratorias superiores
J40-J47 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	Ciertas enfermedades de las vías respiratorias inferiores
J60-J70 Enfermedades del pulmón debidas a agentes externos	Enfermedades pulmonares debidas a agentes externos
J80-J84 Otras enfermedades respiratorias que afectan principalmente el intersticio	Enfermedades respiratorias que afectan principalmente el intersticio pulmonar
J85-J86 Afecciones supurativas y necróticas de las vías respiratorias inferiores	Combinados en el grupo - Infecciones pulmonares
J90-J94 Otras enfermedades de la pleura	Trastornos de la pleura, del diafragma y del mediastino
J95-J99 Otras enfermedades del sistema respiratorio	Ciertas enfermedades del sistema respiratorio. Los Trastornos respiratorios consecutivos a procedimientos se han trasladado a una agrupación propia.

Los trastornos del mediastino y del diafragma se trasladaron a la sección de Trastornos de la pleura, el diafragma y el mediastino.

3.13.13 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE 11 en el Capítulo 13

Ha habido una importante reestructuración y cambio de los conceptos anteriores de la CIE-10 en este capítulo. Se agregaron grupos anatómicos detallados a la jerarquía, como "Enfermedades del duodeno", "Enfermedades del conducto anal" o "Enfermedades del páncreas". También se han incluido categorías independientes para trastornos gastrointestinales funcionales y enfermedades inflamatorias del intestino para cubrir sitios anatómicos amplios. Se encuentran disponibles dimensiones adicionales en la sección de hallazgos clínicos en el Capítulo 21 y el Capítulo X Códigos de extensión para su uso en la poscoordinación. Por ejemplo, con y sin hemorragia, con y sin obstrucción, con y sin ascitis, lateralidad y mayor especificidad del sitio, etc.

Si bien la CIE-10 incluía enfermedades de la cavidad oral, glándulas salivales y maxilares, la sección correspondiente del Capítulo 13 en la CIE-11 se ha mejorado en su estructura y contenido para incluir enfermedades y trastornos del complejo orofacial.

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
K00-K14 Enfermedades de la cavidad oral, de las glándulas salivales y de los maxilares	Enfermedades o trastornos del complejo orofacial
K20-K31 Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	Ahora en dos grupos: enfermedades del esófago y enfermedades del estómago o del duodeno
K35-K38 Enfermedades del apéndice	Enfermedades del apéndice
K40-K46 Hernia	Hernia
K50-K52 Enteritis y colitis no infecciosas	Ahora en dos grupos: gastritis, enfermedades del estómago y ciertas colitis o proctitis no infecciosas
K55-K64 Otras enfermedades de los intestinos	Redistribuido a varios grupos nuevos basados en sitios anatómicos.

K65-K67 Enfermedades del peritoneo	Enfermedades del peritoneo
K70-K77 Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado
K80-K87 Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Ahora en dos grupos: enfermedades de la vesícula biliar o del tracto biliar y enfermedades del páncreas
K90-K93 Otras enfermedades del sistema digestivo	Redistribuido a varios grupos, incluidos los trastornos consecutivos a procedimientos del sistema digestivo y los hallazgos clínicos en el sistema digestivo

3.13.14 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 14

El Capítulo 14 ha sufrido una importante reestructuración, con la adición de entidades más detalladas. La terminología ha sido actualizada para ser más actual. El detalle proviene de la fusión de las terminologías dermatológicas estadounidense, británica y alemana.

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
L00-L08 Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	Ciertos trastornos de la piel atribuibles a una infección o infestación
L10-L14 Trastornos flichtenulares	Renombradas como enfermedades inmunobullosas de la piel e incluidas como dermatosis inflamatorias.
L20-L30 Dermatitis y eccema	Dermatitis y eczema
L40-L45 Trastornos papuloescamosos	Dermatosis papuloescasmosas (incluidas en las dermatosis inflamatorias)
L50-L54 Urticaria y eritema.	Parte de los grupos: urticaria, angioedema y otros trastornos urticariales, eritemas inflamatorios y otras dermatosis inflamatorias reactivas
L55-L69 Trastornos de la piel y el tejido subcutáneo relacionados con radiación	Dermatosis provocadas por la luz o radiación UV
L60-L75 Trastornos de las faneras	Trastornos de la epidermis y apéndices epidérmicos
L80-L99 Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Redistribuido a varios grupos a lo largo del capítulo reestructurado de la piel

3.13.15 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 15

Los grupos en este capítulo se han reordenado, y se ha agregado un nuevo bloque de síndromes autoinflamatorios al Capítulo Inmune y, en segundo lugar, aquí se tienen entidades padres. El área de las afecciones de la columna vertebral se ha reestructurado y se le ha cambiado el nombre a Afecciones asociadas con la columna vertebral.

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
M00-M25 Artropatías	Artropatías
M30-M36 Trastornos sistémicos del tejido conectivo	Pasó al Capítulo 4 'Enfermedades del sistema inmunológico'.
M40-M54 Dorsopatías	Condiciones asociadas a la columna vertebral
M60-M79 Trastornos de tejidos blandos	Trastornos de los tejidos blandos
M80-M94 Osteopatías y condropatías	Osteopatías o condropatías
M95-M99 Otros trastornos del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Redistribuido a varios grupos, incluidas ciertas deformidades adquiridas especificadas del sistema musculoesquelético o tejido conectivo, no clasificados en otra parte y trastornos músculo esqueléticos consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte

3.13.16 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 16

El capítulo 16 se ha reordenado para distinguir las enfermedades del sistema genital femenino, el sistema genital masculino y el sistema urinario. Hay más especificidad en la sección sobre el sistema genital femenino que refleja la comprensión científica actual. La jerarquía ahora se divide en trastornos no inflamatorios y trastornos inflamatorios, que se dividen en grupos anatómicos. Estas agrupaciones están en un orden seguido por los exámenes ginecológicos y obstétricos, es decir, de genitales externos a internos. Las neoplasias del sistema urinario se ubican principalmente en el Capítulo 02 Neoplasias, las anomalías estructurales del desarrollo del sistema urinario se ubican principalmente en el Capítulo 20 y los Síntomas, signos o hallazgos clínicos relacionados con el sistema urinario se ubican principalmente en el Capítulo 21.

Todas las enfermedades relacionadas con el riñón ahora se clasifican en la categoría principal para "Enfermedades del sistema urinario". La insuficiencia renal aguda y la enfermedad renal crónica ahora incorporan la clasificación de estatificación utilizada actualmente según lo propuesto por la organización para la Mejora de Resultados Globales de la Enfermedad Renal (Kidney Disease | Improving Global Outcomes KDIGO).

La clasificación de las enfermedades glomerulares se ha reestructurado y ahora se divide en características clínicas / síndromes. Se ha agregado un nuevo grupo para la enfermedad renal quística y displásica, originalmente clasificada en la CIE-10 en el Capítulo 17 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, con entidades relevantes agrupadas y basadas en las directrices de la KDIGO 2015.

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
N00-N08 enfermedades glomerulares	Enfermedades glomerulares - Clasificadas en enfermedades del sistema urinario. Esta sección ahora está clasificada según las características clínicas o síndromes. Todavía incluye: Síndrome nefrítico. Síndrome nefrótico, Proteinuria aislada y albuminuria. Las subdivisiones que describen la morfología típicamente determinada por una biopsia se han trasladado al Capítulo 21 en Hallazgos clínicos del sistema urinario. Las subdivisiones de microscopía electrónica e inmunofluorescencia se han eliminado de la proteinuria con lesión morfológica. Esto ahora se clasifica como proteinuria aislada y albuminuria.
N10-N16 Enfermedad renal tubulointersticial	Enfermedades renales-túbulo-intersticiales: clasificadas como enfermedades del sistema urinario. La sección sigue siendo relativamente la misma. La necrosis tubular y cortical se han separado de la insuficiencia renal aguda para ser una entidad codificable distinta clasificada en esta sección.
N17-N19 Insuficiencia renal	Insuficiencia renal: clasificada en enfermedades del sistema urinario. La insuficiencia renal aguda ya no es un concepto agrupado que identificaba antes el daño renal agudo, es decir, la necrosis tubular aguda.
N20- N23 Litiasis urinaria	Urolitiasis: clasificada en enfermedades del sistema urinario. Subdividido en tracto urinario superior (incluye riñón y uréter) y tracto urinario inferior (incluye vejiga y uretra). El cólico renal ha sido reclasificado al Capítulo 20 Síntomas, signos y hallazgos clínicos que afectan el sistema urinario
N25-N29 Otros trastornos del riñón y del uréter	Ciertos trastornos específicos del riñón o del uréter: clasificados en enfermedades del sistema urinario. Reclasificación de trastornos relacionados con el tamaño del riñón al Capítulo 21 Síntomas, signos o hallazgos clínicos relacionados con el sistema urinario - Cambios macroscópicos del tamaño del riñón

N30-N39 Otras enfermedades del sistema urinario	Ciertas enfermedades especificadas del sistema urinario - sigue siendo similar a la CIE-10
N40-N51 Enfermedades de los órganos genitales masculinos	Enfermedades de los órganos genitales masculinos - sigue siendo similar a la CIE-10
N60-N64 Trastornos de la mama	Trastornos de la mama: sigue siendo similar a la CIE-10
N70-N77 Enfermedades inflamatorias de órganos pélvicos femeninos	Trastornos inflamatorios del tracto genital femenino - Clasificados en Enfermedades del sistema genital femenino.
N80-N98 Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos	Trastornos no inflamatorios del tracto genital femenino - Clasificados en Enfermedades del sistema genital femenino
N99 Otros trastornos del sistema genitourinario	Otros trastornos del sistema genitourinario: los trastornos consecutivos a procedimientos del sistema genitourinario se han retirado de esta sección para formar un grupo propio

3.13.17 El Capítulo 17 es una nueva adición a la CIE-11 y no constaba en las ediciones anteriores

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
Códigos de la categoría de salud mental F52 Disfunción sexual, no causada por un trastorno o enfermedad orgánica	Disfunciones sexuales
Códigos de la categoría de salud mental F52 Disfunción sexual, no causada por un trastorno o enfermedad orgánica y categoría genitourinaria N94 Dolor y otras afecciones asociadas con los órganos genitales femeninos y el ciclo menstrual	Trastornos del dolor sexual
Códigos de la categoría de salud mental F64 Trastornos de identidad de género	Discordancia de género

3.13.18 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 18

El capítulo se ha reordenado, pero el contenido sigue siendo similar al de la CIE-10. Se han realizado algunos cambios y adiciones a las secciones Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y posibles problemas de parto y complicaciones del trabajo de parto y el parto. Se ha agregado una nueva sección

Hemorragia obstétrica para permitir que todos los tipos de hemorragia estén juntos en un grupo.

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
000-008 Embarazo terminado en aborto	Embarazo terminado en aborto
010-016 Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio	Edema, proteinuria o trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto o el puerperio
020-029 Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	Ciertos trastornos maternos específicos predominantemente relacionados con el embarazo
030-048 Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto.	Atención materna relacionada con el feto, cavidad amniótica o posibles problemas de parto
060-075 Complicaciones del trabajo de parto y del parto.	Complicaciones del trabajo de parto o del parto
080-084 Parto	Parto
085-092 Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio	Complicaciones relacionadas predominantemente con el puerperio.
094-099 Otras afecciones obstétricas, no clasificadas en otra parte	Ciertas condiciones obstétricas, no clasificadas en otra parte

3.13.19 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 19

Ha habido un cierto reordenamiento de este capítulo, pero sigue siendo similar al de la CIE-10. Hay una nueva agrupación de trastornos neurológicos específicos para el período perinatal o neonatal y una expansión de los códigos para la edad gestacional del recién nacido.

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
P00-P04 Feto y recién nacido afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto	Feto o recién nacido afectado por factores maternos o por complicaciones del embarazo, el parto o el parto
P05-P08 Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal	Trastornos del recién nacido relacionados con la duración de la gestación o el crecimiento fetal
P10-P15 Traumatismo del nacimiento	Traumatismo del nacimiento

P20-P29 Trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del período perinatal	Dividido en dos grupos: trastornos respiratorios específicos del período perinatal o neonatal; Trastornos cardiovasculares presentes en el período perinatal o neonatal
P35-P39 Infecciones específicas del período perinatal	Infecciones del feto o del recién nacido
P50-P61 Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	Trastornos hemorrágicos o hematológicos del feto o del recién nacido
P70-P74 Trastornos endocrinos y metabólicos transitorios específicos del feto y del recién nacido	Trastornos endocrinos o metabólicos transitorios específicos del feto o del recién nacido
P75-P78 Trastornos del sistema digestivo del feto y del recién nacido	Trastornos del sistema digestivo del feto o del recién nacido
P80-P83 Afecciones asociadas con la regulación tegumentaria y la temperatura del feto y el recién nacido	División en dos grupos: trastornos que afectan el tegumento del feto o del recién nacido; alteraciones de la regulación de la temperatura del recién nacido
P90-P96 Otros trastornos originados en el período perinatal	Ciertos trastornos originados en el período perinatal: El Grupo 91, otras alteraciones del estado cerebral del recién nacido se ha trasladado a un nuevo grupo Trastornos neurológicos específicos del período perinatal o neonatal

3.13.20 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 20

Este capítulo ha sufrido una importante reestructuración que incluye un cambio de título de Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas a Anomalías del desarrollo. Todos los síndromes genéticos sin anomalías estructurales del desarrollo se han reasignado a los capítulos correspondientes de la CIE, de acuerdo con el o los sistemas del cuerpo afectados.

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
Q00-Q07 Malformaciones congénitas del sistema nervioso	Anomalías estructurales del desarrollo del sistema nervioso - Una agrupación bajo anomalías estructurales del desarrollo que afectan principalmente a un sistema corporal
Q10-Q18 Malformaciones congénitas del ojo, del oído, de la cara y del cuello	Dividido en cuatro grupos separados en Anomalías de desarrollo estructural que afectan principalmente a un sistema corporal:

	Anomalías de desarrollo estructural del ojo, párpado o aparato lagrimal
	Anomalías estructurales del desarrollo del oído
	Anomalías estructurales del desarrollo de la cara, boca o dientes
Q20-Q28 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Anomalías estructurales del desarrollo del cuello
Q30-Q34 Malformaciones congénitas del sistema respiratorio	Anomalías estructurales del desarrollo del sistema circulatorio: una agrupación bajo Anomalías del desarrollo estructural que afectan principalmente a un sistema del cuerpo.
Q35-Q37 Fisura del paladar y labio leporino	Anomalías del desarrollo estructural del sistema respiratorio: una agrupación bajo Anomalías del desarrollo estructural que afectan principalmente a un sistema corporal
Q38-Q45 Otras malformaciones congénitas del sistema digestivo	Las fisuras del labio, encía o paladar son una subsección en la agrupación Anomalías del desarrollo estructural de la cara, la boca o los dientes.
Q50-Q56 Malformaciones congénitas de órganos genitales	Anomalías estructurales del desarrollo del tracto digestivo: una agrupación bajo Anomalías del desarrollo estructural que afectan principalmente a un sistema corporal.
Q60-Q64 Malformaciones congénitas del sistema urinario.	Dividido en dos grupos separados en Anomalías de desarrollo estructural que afectan principalmente a un sistema corporal: Anomalías de desarrollo estructural del sistema genital femenino;
Q65-Q79 Malformaciones y deformidades congénitas del sistema osteomuscular	Anomalías estructurales del desarrollo del sistema genital masculino
Q80-Q89 Otras malformaciones congénitas	Anomalías estructurales del desarrollo del sistema urinario: una agrupación bajo Anomalías del desarrollo estructural que afectan principalmente a un sistema corporal
Q90-Q99 Anomalías cromosómicas, excluyendo mutaciones genéticas	Anomalías estructurales del desarrollo del esqueleto
	Redistribuido a varias agrupaciones dentro de la nueva estructura del capítulo
	Anomalías cromosómicas, excluyendo mutaciones genéticas

3.13.21 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 21

Este capítulo ha sufrido una importante reestructuración con la jerarquía de alto nivel ahora en línea con los capítulos de la CIE. Ciertas formas clínicas previamente

ubicadas en otros capítulos como códigos de asterisco ahora se encuentran aquí. Se ha agregado una nueva categoría para los hallazgos de microorganismos resistentes a los medicamentos antimicrobianos.

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
R00-R09 Síntomas y signos que involucran los sistemas circulatorio y respiratorio	Dividido en dos grupos: síntomas, signos o hallazgos clínicos del sistema circulatorio; Síntomas, signos o hallazgos clínicos del sistema respiratorio
R10-R19 Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	Síntomas, signos o hallazgos clínicos del aparato digestivo o abdomen
R20-R23 Síntomas y signos que involucran la piel y el tejido subcutáneo	Síntomas, signos o resultados clínicos anormales relativos a la piel
R25-R29 Síntomas y signos que involucran los sistemas nerviosos y osteomuscular	Dividido en dos grupos: síntomas, signos o hallazgos clínicos del sistema nervioso; Síntomas, signos o hallazgos clínicos del sistema músculo esquelético
R30-R39 Síntomas y signos que involucran el sistema urinario	Síntomas, signos o hallazgos clínicos del sistema genitourinario: parte de la agrupación Síntomas, signos o hallazgos clínicos del sistema genitourinario
R40-R46 Síntomas y signos que involucran el conocimiento, la percepción, el estado emocional y la conducta	Reorganizado en varias subsecciones bajo síntomas, signos o hallazgos clínicos mentales o del comportamiento
R47-R49 Síntomas y signos que involucran el habla y la voz	Síntomas, signos o hallazgos clínicos del habla o la voz
R50-R69 Síntomas y signos generales	Síntomas, signos o hallazgos clínicos generales
R70-R79 Hallazgos anormales en el examen de sangre, sin diagnóstico	Incluido en la agrupación Síntomas, signos o hallazgos clínicos en la sangre, órganos hematopoyéticos o el sistema inmunológico
R80-R82 Hallazgos anormales en el examen de orina, sin diagnóstico	Hallazgos clínicos en el examen de orina, sin diagnóstico bajo la agrupación Síntomas, signos o hallazgos clínicos que involucran el sistema urinario y tejidos, sin diagnóstico
R83-R89 Hallazgos anormales en el examen de otros líquidos, sustancias y tejidos corporales	Hallazgos clínicos en muestras de otros órganos, sistemas y tejidos especificados en la agrupación Síntomas, signos o hallazgos clínicos generales
R90-R94 Hallazgos anormales en el diagnóstico por imágenes y en estudios funcionales, sin diagnóstico	Dividido en dos subsecciones: resultados anormales de diagnóstico por imágenes no clasificados en otra parte; Resultados anormales de estudios funcionales de otros

R95-R99 Causas de mortalidad mal definidas y desconocidas	órganos y sistemas en la agrupación Resultados anormales no clasificados en otra parte. Causas de mortalidad mal definidas y desconocidas
---	---

3.13.22 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 22

Las categorías de alto nivel tienen solo unos pocos cambios. Los cambios se producen principalmente en el nivel de carácter inferior e incluyen adiciones de categorías más específicas de tipos de lesiones y la ubicación corporal de la lesión. Ya no hay códigos separados para quemaduras y corrosiones. Están todos juntos bajo las quemaduras. Las dimensiones adicionales están disponibles en el Capítulo X, códigos de extensión, para que mediante la poscoordinación se agreguen más detalles como lateralidad o profundidad de la quemadura. Se han realizado cambios importantes en la sección para las complicaciones de la atención médica y quirúrgica. El Grupo Consultivo (GCT) de Calidad y Seguridad ha revisado la codificación de eventos y lesiones relacionadas con la atención médica. El concepto de una complicación mecánica de un dispositivo ahora se clasifica como una causa externa de daño.

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
S00-S09 Traumatismos de la cabeza	Traumatismos de la cabeza
S10-S19 Traumatismos del cuello	Traumatismos del cuello
S20-S29 Traumatismo del tórax	Traumatismos del tórax
S30-S39 Traumatismos del abdomen, de la región lumbosacra, de la columna lumbar y de la pelvis	Traumatismos del abdomen, la espalda baja, la columna lumbar o la pelvis
S40-S49 Traumatismos del hombro y del brazo	Traumatismos del hombro o del brazo
S50-S59 Traumatismos del antebrazo y del codo	Lesiones del codo o antebrazo
S60-S69 Traumatismos de la muñeca y de la mano	Lesiones de la muñeca o de la mano
S70-S79 Traumatismos de cadera y del muslo	Traumatismos de la cadera o muslo
S80-S89 Traumatismos de la rodilla y de la pierna.	Traumatismos de la rodilla o de la pierna
S90-S99 Traumatismos de tobillo y del pie	Traumatismos del tobillo o del pie
T00-T07 Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo	Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo

T08-T14 Traumatismos de parte no especificada del tronco, miembro o región del cuerpo	Traumatismos de parte no especificada del tronco, extremidad o región corporal
T15-T19 Efectos de cuerpos extraños que penetran por orificios naturales	Efectos del cuerpo extraño entrando por un orificio natural
T20-T32 Quemaduras y corrosiones	Quemaduras
T33-T35 Congelamiento	Congelamiento
T36-T50 Envenenamiento por fármacos, medicamentos y sustancias biológicas	Ahora incluido en el grupo principal Efectos nocivos de sustancias.
T51-T65 Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal	Ahora incluido en el grupo principal Efectos nocivos de sustancias
T66-T78 Otros efectos y los no especificados de causas externas	Otros efectos o causas no especificadas de causas externas.
T79 Algunas complicaciones precoces de los traumatismos	Ahora se incluyen en la agrupación principal Otros efectos o causas no especificadas de causas externas
T80-T88 Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra parte	Lesiones o daños derivados de la atención médica o quirúrgica, no clasificados en otra parte
T90-T98 Secuelas de traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas	Redistribuido en la agrupación corporal específica como términos de índice. Las secuelas ahora estarán indicadas mediante un código combinado que identifica la condición que es la secuela, un código del Capítulo 24 QC50 y la lesión original

3.13.23 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 23

El eje principal para todas las causas externas ahora se basa en la "intencionalidad", con excepción de la exposición a fuerzas extremas de la naturaleza, maltrato, intervención legal, conflicto armado y daños o lesiones relacionados con la atención médica. Los códigos son una combinación de la intencionalidad, seguida por un mecanismo y un objeto o sustancia involucrados en la ocurrencia de una lesión. Ha habido una expansión en las áreas de tipos de vehículos, lugares de ocurrencia, tipos de actividades, códigos legales / de guerra y sustancias. Se han revisado y mejorado las áreas de complicaciones de la atención médica y quirúrgica y los síndromes de maltrato. Las dimensiones adicionales están disponibles en el Capítulo X, códigos de extensión, para uso en la poscoordinación.

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
-------------------------------	-------------------------------------

V01-X59 Accidentes	Redistribuido a las principales agrupaciones de Causas no intencionales, Lesiones intencionales autoinfligidas, Agresiones e Intención desconocida
X60-X84 Lesiones autoinfligidas intencionalmente	Lesiones autoinfligidas intencionalmente
X85-Y09 Agresiones	Agresiones
Y10-Y34 Eventos de intención no determinada	Intención no determinada
Y35-Y36 Intervención legal y operaciones de guerra	Dividido en dos grupos: Intervención legal; Conflicto armado
Y40-Y84 Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	Causas de lesión o daño relacionadas con el cuidado de la salud
Y85-Y89 Secuelas de causas externas de morbilidad y mortalidad	Redistribuido a la causa externa específica agrupada como términos de índice. Las secuelas ahora se indicarán mediante un grupo que identifica la condición que es la secuela, un código del Capítulo 24 QC50 y el código de causa externa original
Y90-Y98 Factores suplementarios relacionados con las causas de morbilidad y mortalidad clasificados en otra parte	Las entidades de este bloque ahora se encuentran en el Capítulo 21 Síntomas, signos y hallazgos clínicos (por ejemplo, hallazgos del nivel de alcohol en la sangre) o se han agregado a la Sección X 'Códigos de extensión' (por ejemplo, afección nosocomial)

3.13.24 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 24

Este capítulo se ha reorganizado y se divide en dos secciones principales: razones para el contacto con el sistema de salud y factores que influyen en el estado de salud. Ha habido una expansión de la sección relacionada con la reproducción con la adición de una nueva sección Contacto con los servicios de salud para el manejo de la procreación. También hay una nueva sección para los eventos adversos relacionados con el cuidado de la salud que ocurren pero que no causan ningún daño al paciente.

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
Z00-Z13 Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	Contacto con los sistemas de salud para fines de examen o investigación: una sección bajo

Z20-Z29 Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con enfermedades transmisibles	la agrupación Razones para el contacto con el sistema de salud
Z30-Z39 Personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias relacionadas con la reproducción	Contacto con o exposición a enfermedades transmisibles - una sección bajo la agrupación Razones para el contacto con el sistema de salud
Z40-Z54 Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y cuidados de la salud	Contacto con los servicios de salud por motivos relacionados con enfermedades de la reproducción - una sección bajo la agrupación Razones para el contacto con el sistema de salud
Z55-Z65 Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales	Dividido en dos nuevas secciones, bajo Razones para el contacto con el sistema de salud: contacto con servicios de salud para intervenciones quirúrgicas específicas; Contacto con servicios de salud para intervenciones no quirúrgicas que no involucren dispositivos
Z70-Z76 Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	Reorganizado y ahora aparece en la agrupación principal de Factores que influyen en el estado de salud
Z80-Z99 Personas con riesgos potenciales para la salud relacionados con su historia familiar y personal y algunas condiciones que influyen sobre su estado de salud	Reorganizado y ahora aparece en la agrupación principal de Factores que influyen en el estado de salud

3.13.25 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el Capítulo 25

Las enfermedades anteriormente codificadas aquí se han trasladado a sus lugares principales dentro de la CIE-11. Se han incluido nuevos códigos para su uso como códigos provisionales internacionales.

Cuadro 1: Comparación de la estructura de grupos de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Título del grupo en la CIE-10	Estructura equivalente en la CIE-11
U00-U49 Asignación provisoria de nuevas afecciones de etiología incierta o de uso emergente	Dividido en dos nuevas secciones: asignación provisional internacional de nuevas enfermedades de etiología incierta; Asignación nacional provisional

U82-U85 Resistencia a fármacos antimicrobianos y antineoplásicos	de nuevas enfermedades de etiología incierta Se trasladó al Capítulo 21 con el nuevo título Detección de microorganismos resistentes a los antimicrobianos
--	---

3.14 Anexo A: Actualización y mantenimiento de la CIE-11

Este documento describe el flujo de trabajo para actualizar la CIE-11. Será revisado en 2 años (2019).

A1. Estructura y taxonomía del sistema de clasificación de la CIE

La estructura de capítulos y bloques de la CIE ha evolucionado a lo largo de 11 iteraciones de la clasificación en un periodo de 100 años. La elaboración de la CIE sigue un conjunto de reglas que aseguran la integridad funcional y estructural de la clasificación. La evolución de la CIE establece un cuidadoso equilibrio entre la necesidad de categorías que se correspondan con el conocimiento actual y el mantenimiento de la comparabilidad estadística entre distintos lugares y períodos de aplicación.

La estructura de capítulos de la CIE refleja aspectos importantes de las enfermedades. Los capítulos no pretenden delimitar áreas del conocimiento experto médico o dominios de especialidades. El enlace con cualquier especialidad o con esquemas de reembolso es secundario, ya que estos esquemas pueden actualizarse con facilidad para emparejarlos con la clasificación actualizada. La CIE tiene categorías para enfermedades, trastornos, síndromes, signos, síntomas, resultados clínicos anormales, traumatismos, causas externas de morbilidad y mortalidad, factores que influyen en el estado de salud, razones para el contacto con el sistema de salud y medicina tradicional. La CIE-11 complementa estas categorías permitiendo captar informaciones adicionales, como las de anatomía, sustancias, medicamentos, dispositivos médicos, agentes infecciosos o lugar de la lesión. La CIE-11 incluye también un conjunto de reglas y explicaciones para su uso y los metadatos necesarios. Se incluyen también los formatos de notificación requeridos.

El uso más generalizado de la CIE a lo largo de los años y geográficamente es el de su empleo en las estadísticas de causas de muerte (mortalidad). La CIE se utiliza también para la clasificación de la documentación clínica con objeto de proporcionar información estandarizada, independiente del idioma, para su uso respecto a la morbilidad, como en la asignación de recursos, la casuística hospitalaria (*casemix*), la seguridad del paciente y la calidad de la atención, así como en la atención primaria y la investigación. La CIE y sus definiciones se utilizan también como un marco de referencia en la legislación.

Una clasificación estadística de enfermedades debe limitarse a un número limitado de categorías mutuamente excluyentes que permitan abarcar la gama completa de afecciones mórbidas. Las categorías se eligen para facilitar el estudio estadístico de los fenómenos de la enfermedad. Cada afección debe tener un lugar bien definido

en la lista de categorías. En consecuencia, a lo largo de la clasificación, habrá categorías residuales para otras afecciones diversas que no tienen su propia categoría específica o no se puedan asignar a categorías más específicas. Sin embargo, el URI de la CIE-11 permitirá conservar este grado de detalle para ulteriores análisis. Para determinar si una entidad tiene las características necesarias para pasar a ser una categoría individual específica, se aplican los siguientes parámetros:

1. Evidencia epidemiológica: análisis de frecuencia de los datos de mortalidad y morbilidad codificados
2. Evidencia clínica: evidencia de la enfermedad proporcionada por las especialidades médicas.
3. Granularidad: detalle mínimo notificado y útil para la mortalidad o en atención primaria
4. Continuidad: preservar el nivel de detalle preexistente en la CIE
5. Parquedad: necesidad de limitar el número de categorías para los informes obligatorios internacionales

Una clasificación estadística puede permitir diferentes niveles de detalle si tiene una estructura jerárquica y subdivisiones. Una clasificación estadística de enfermedades debe conservar la capacidad tanto de identificar entidades de enfermedades específicas como de permitir la presentación estadística de datos para grupos más amplios, y permitir la obtención de una información útil y comprensible. Los mismos principios generales se aplican a la clasificación de otros problemas de salud y de las razones para el contacto con los servicios de atención de la salud, que también están incorporadas en la CIE. La CIE se ha desarrollado como una clasificación práctica, y no puramente teórica, en la que hay una serie de compromisos entre la clasificación basada en la etiología, la localización anatómica, las circunstancias de inicio u otros criterios.

La CIE-11 se basa en gran medida en el método de combinar varios códigos para describir una afección clínica con el nivel de detalle deseado. Su estructura electrónica permite la asignación de identificadores específicos a cualquier afección enumerada, independientemente de que la afección se agrupe en una clase estadística o represente una clase propia. Los dos enfoques juntos permiten la opción de mantener una codificación sencilla con un grado de detalle diagnóstico limitado; y la alternativa de agregar detalles cuando los informes de diagnóstico requieran un alto grado de sofisticación.

A.2 Estructura de los capítulos de la CIE

La CIE es una clasificación de eje variable. La estructura se ha desarrollado a partir de la propuesta por William Farr al inicio de los debates internacionales sobre la estructura de clasificación: enfermedades epidémicas, enfermedades constitucionales o generales, enfermedades locales organizadas según la localización, enfermedades del desarrollo, traumatismos.

Estos grupos se mantienen en los capítulos de la CIE-11. La estructura ha superado la prueba del tiempo y, aunque en algunos aspectos es arbitraria, se continúa considerando más útil para fines epidemiológicos generales que cualquiera de las alternativas probadas. La conservación de esta estructura reconoce la necesidad de estabilidad al tiempo que permite la incorporación de secciones adicionales.

Los grupos especiales reúnen afecciones cuya organización podría no resultar cómoda para el estudio epidemiológico si estuvieran dispersas, por ejemplo, en una clasificación organizada principalmente según la localización anatómica. **Estas afecciones dan lugar a los capítulos de "grupos especiales":**

Capítulo Nombre

- | | |
|----|---|
| 1 | Algunas enfermedades infecciosas o parasitarias. |
| 2 | Neoplasias |
| 3 | Enfermedades de la sangre o de los órganos hematopoyéticos |
| 4 | Enfermedades del sistema inmunitario |
| 18 | Embarazo, parto o puerperio |
| 19 | Algunas afecciones que se originan en el período perinatal |
| 20 | Anomalías del desarrollo prenatal |
| 22 | Traumatismos, intoxicaciones u otras consecuencias de causas externas |

La distinción entre los capítulos de "grupos especiales" y los capítulos de "sistemas corporales" tiene implicaciones prácticas para comprender la estructura de la clasificación, para la codificación y para interpretar las estadísticas basadas en ella. Debe recordarse que, en general, las afecciones se clasifican principalmente en uno de los capítulos de los "grupos especiales".

Cuando existe alguna duda sobre la ubicación de una afección, debe darse prioridad a los capítulos de "grupos especiales". Este principio se aplica en las notas de "excluido" al principio de cada capítulo de la CIE. Por ejemplo, la displasia cervical de grado 1 está codificada en el Capítulo 2 "Neoplasias" y no en el Capítulo 16 "Enfermedades del aparato genitourinario" porque las definiciones de lo que constituye una displasia y cuándo pasa a ser una neoplasia están sujetas a una serie de criterios recomendados que pueden cambiar a lo largo del tiempo.

A3. Principios rectores del proceso de revisión

La asignación de entidades en la clasificación sigue un conjunto de reglas que sirven para mantener la integridad estructural y funcional de la clasificación. El conjunto básico de reglas que se enumeran aquí se complementa con reglas adicionales que abordan casos especiales o sirven para garantizar al usuario una guía coherente. Se enumeran por orden de prioridad.

1. En la clasificación no hay cambios, ni reubicaciones de categorías o grupos de un capítulo a otro, sin que haya una justificación y un cambio documentado en la etiología o el método de prevención (p. ej., se

agregó el capítulo 4 - "Enfermedades del sistema inmunitario" como un nuevo capítulo, ya que había suficiente evidencia científica para respaldar esta reubicación). En otro caso se sugirió reubicar "heridas de la piel" en "Enfermedades de la piel". La herida de la piel, al ser una lesión traumática, se mantiene en el grupo de traumatismos porque la prevención se centrará en la causa de la herida.

2. Las afecciones se clasifican predominantemente según su etiología.
 - Las manifestaciones locales de "causas o etiologías" importantes se encuentran en el capítulo que corresponde a la etiología (por ejemplo, la hepatitis viral se encuentra en "Algunas enfermedades infecciosas o parasitarias").
 - Cuando una afección puede deberse a múltiples etiologías diferentes, y tiene más interés retener el sistema corporal afectado, generalmente se clasifica según el sistema corporal (por ejemplo, algunas úlceras gástricas son causadas por bacterias, pero se mantienen en el capítulo "Enfermedades del aparato digestivo").
 - Cuando se desconoce la etiología de la afección, se asigna al sistema de órganos más relevante (por ejemplo, el síndrome de Costen se encuentra en el capítulo "Enfermedades del aparato digestivo").
 - Las "etiologías" sistémicas se encuentran principalmente en el capítulo de la etiología pertinente (por ejemplo, la miopatía inflamatoria idiopática se encuentra en "Enfermedades del sistema inmunitario").
3. Las afecciones que podrían estar en dos o más lugares de la clasificación se mantienen en su ubicación previa.
 - Por ejemplo, los traumatismos oculares tienen igual importancia por lo que respecta al ojo que por lo que respecta a su prevención. A pesar de la sugerencia de incluirlos en el capítulo de los ojos, se han mantenido donde estaban, en el capítulo de traumatismos.
 - Cuando la etiología y el sistema corporal son igual de importantes, se mantiene inalterada la ubicación previa (por ejemplo, parálisis del nervio motor ocular).
4. Mantener un grupo de subtipos juntos en una misma ubicación puede ser más prioritario que las consideraciones anatómicas o etiológicas (por ejemplo, enfermedades humanas por priones, algunas tienen un componente genético y otras un componente transmisible).

A.4 Principios rectores para la clasificación de conceptos especiales

1. Los resultados clínicos anormales se encuentran en el capítulo "Síntomas, signos o resultados clínicos anormales, no clasificados en otra parte" (por ejemplo, "Niveles anormales de enzimas séricas" o "Resultados anormales en las pruebas funcionales del aparato circulatorio")
2. Las manifestaciones de enfermedades y un elemento de interés para una intervención de salud son "manifestaciones clínicas" y se ubican en el capítulo

- del sistema del cuerpo en el que se manifiestan. La afección subyacente tiene que ser codificada también (por ejemplo, miocarditis)
3. Los síndromes cuya etiología se desconoce, se asignan según el sistema corporal más pertinente (por ejemplo, el síndrome de Costen se encuentra en el capítulo "Enfermedades del aparato digestivo")
 4. El número de categorías que incluyen en el título la expresión "debido/a" se limita a ciertas excepciones (por ejemplo, bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respiratorio)
 5. Las afecciones posprocedimiento crónicas, muy específicas, se agrupan al final del capítulo del sistema corporal en el que se manifiestan (por ejemplo, linfedema por cirugía o radioterapia). No hay categorías residuales para estos grupos.
 6. Las complicaciones agudas posprocedimiento se identifican mediante combinaciones de códigos de los capítulos del sistema corporal o del traumatismo y del capítulo de causas externas (por ejemplo, la punción accidental de un órgano durante una intervención se clasifica con un código para el órgano dañado (daño), un código que describe qué intervención quirúrgica causó el daño (causa) y un código que identifica la punción accidental como modo/mecanismo de lesión).
 7. Las categorías con la mención de "múltiple" se limitan a excepciones y requieren la codificación individual de las diferentes afecciones múltiples (es decir, los traumatismos múltiples deben codificarse individualmente cuando sea posible).
 8. Las categorías con la mención de "secuelas" se limitan a excepciones. La afección específica que aparece como secuela debe codificarse junto con la causa básica. En algunos casos se continuará utilizando la designación de "efectos tardíos de ..." (por ejemplo, efectos tardíos de la enfermedad cerebrovascular o sífilis tardía). Las "secuelas" incluyen los efectos residuales de enfermedades o trastornos, traumatismos o intoxicaciones especificados como tales, o como efecto tardío de una afección o afección detenida, curada, sanada, inactiva, antigua o latente, a menos que haya signos de enfermedad activa
 9. Las categorías con la mención de "antecedentes de" se limitan a excepciones (por ejemplo, los antecedentes personales de neoplasias malignas enumeran tan solo las localizaciones anatómicas más frecuentes).
 10. Las agrupaciones de alto nivel deben tener sentido.
 11. Hay categorías residuales tan solo cuando tienen sentido (por ejemplo, en los casos en los que las afecciones son congénitas o adquiridas, no hay ninguna categoría residual de "otras", pero habrá la opción de "no especificada")

A.5 Mejoría de la guía para el usuario

Las siguientes reglas sirven para proporcionar orientación al usuario. Los usuarios pueden esperar encontrar las afecciones en ciertos lugares al navegar por la estructura de árbol. Ciertos grupos de usuarios pueden necesitar agrupar los datos o crear subconjuntos por otras razones. Las entidades padre múltiples en el Componente fundamental sirven para abordar ese problema.

1. Cuando una afección pueda estar en dos o más lugares, identifique esos otros lugares y agréguelos como entidades padre secundarias, por ejemplo la neoplasia maligna del colon está codificada en el capítulo de neoplasia, pero también se muestra en el capítulo de enfermedades del aparato digestivo. En el caso de que un conjunto de afecciones deba mostrarse en más de un lugar y no haya una agrupación que coincida con ese conjunto, cree una ventana (sin entidades hijas primarias, ni términos, ni categorías residuales) en el lugar apropiado.
2. Cuando una afección pueda confundirse con otra que tenga un nombre similar, se agrega una nota de exclusión (por ejemplo, “Gripe por virus de la gripe estacional identificado” tiene una nota “Exclusión: Meningitis por Haemophilus influenzae [H. influenzae]”).
3. Cuando se requieran formas alternativas de tabular los datos, elabore una lista de linealización especial como segunda entidad padre (por ejemplo, enfermedades infecciosas por agente). El esquema de codificación de las entradas individuales seguirán siendo el de las utilizadas para la clasificación internacional completa.
4. Cuando las enfermedades de ciertos sistemas corporales se distribuyen en diferentes capítulos, se permite una linealización por especialidad de las enfermedades pertinentes. El esquema de codificación de las entradas individuales seguirá siendo el utilizado para la clasificación internacional completa. Actualmente existen linealizaciones especializadas para atención primaria, dermatología, neurología, oftalmología y en casos especiales como la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O) y la Clasificación Internacional de Causas Externas de Traumatismos (CICET).

A.6 Antecedentes

La actualización de la CIE-11 garantiza que la CIE satisfaga las necesidades de los usuarios en cuanto a contenido y terminología. La actualización incluye cambios en los capítulos 1-24 de la CIE, el capítulo suplementario de afecciones de medicina tradicional (incluido el desarrollo de módulos adicionales), la sección adicional respecto a la evaluación del funcionamiento, los códigos de extensión, presentaciones especiales y listas de tabulación especiales, elementos del fundamento de la CIE, así como cambios en la guía de referencia. Cualquier persona puede enviar una propuesta de actualización a la CIE. Dichas actualizaciones pueden referirse a una o más entidades de la CIE. Las propuestas serán revisadas por expertos científicos y expertos en clasificación. La decisión sobre el resultado de una propuesta en particular se basará en las recomendaciones de estos expertos. Un flujo de trabajo entre un grupo de referencia de mortalidad (MRG) y un grupo de referencia de morbilidad (MbRG), un comité asesor médico científico (MSAC) y un comité de clasificación y estadísticas (CSAC) garantizará que se consideren todos los aspectos relacionados con una propuesta. Las revisiones de las síntesis realizadas por expertos en clasificación aseguran la adecuación de los cambios propuestos a los diversos casos de uso de la CIE. El proceso se basa en el consenso de los miembros del CSAC sobre un cambio propuesto. Todas las rondas de edición serán manejadas a través de plataformas electrónicas. Cuando no se puede lograr un consenso, la propuesta

puede ser diferida a ciclos subsiguientes de edición pendientes de arbitraje por parte de la OMS o puede resolverse en una reunión cara a cara de expertos en clasificación y contenido. En todos los demás casos, se da una recomendación de consenso a la OMS para la decisión final.

Todas las propuestas de cambio deben enviarse a través del mecanismo de la propuesta para garantizar una revisión clara y transparente del contenido propuesto. Los diferentes tipos de propuestas pueden moverse a través de un flujo de trabajo para garantizar la consistencia, la integridad estructural y la corrección científica de la clasificación. Los diferentes flujos de trabajo garantizan el uso adecuado de los recursos disponibles de la Red y la OMS. Todos los cambios son reportados. Puede haber la necesidad de pasos para la verificación de actualizaciones.

A.7 Ciclo de actualización

La CIE-11 se actualiza continuamente (versión de desarrollo). Las publicaciones oficiales se producen anualmente para uso internacional en mortalidad y morbilidad. Se ha establecido un proceso estandarizado para garantizar que las actualizaciones propuestas se recopilen, encaminen, revisen y consideren debidamente antes de implementarse.

La actualización se realiza a diferentes niveles con diferentes frecuencias. Eso mantendrá la estabilidad de la mortalidad y permitirá actualizaciones más rápidas para el uso de la morbilidad.

- Las actualizaciones que impactan en los informes internacionales (la estructura de 4 y 5 dígitos de los códigos de base) se publicarán cada cinco años.
- Las actualizaciones a un nivel más detallado pueden publicarse en períodos anuales y dependiendo de las necesidades de modificaciones clínicas también dos veces al año.
- Las adiciones al índice se pueden hacer de forma continua.
- Las reglas de mortalidad y morbilidad se actualizarán en un ciclo de 10 años.

A.7.1 Tipos de propuestas para el mantenimiento de la EMM CIE-11

Después de revisar los tipos y criterios de propuestas establecidos de la CIE-10 y los utilizados hasta ahora durante la Revisión de la CIE-11, teniendo en contexto las necesidades de la CIE-11, se proponen los siguientes tipos de propuesta para la CIE-11 (consulte la Tabla a continuación para ver el impacto en Estadística de Morbilidad y Mortalidad [EMM]).

• Añadir una nueva entidad:

- agregar una entidad "debajo de una línea marginal" (llegando a ser una entrada de índice en la EMM)
- agregar una entidad "por encima de una línea marginal" (llegando a ser una categoría en la EMM)

• Eliminar una entidad:

- aplicable a una entidad debajo de la línea marginal (eliminación de un término de índice de la EMM)
- aplicable a una entidad por encima de la línea marginal (eliminar una categoría de la EMM)

- **Cambio en la condición de codificación:**

- mover algo desde el índice a la EMM (por ejemplo, dándole un código individual), o mover algo de la EMM al índice (por ejemplo, eliminar el código individual y dirigirlo a otro lado)

- **Mejora en el contenido** que incluye los siguientes subtipos:

- Cambio de término preferido (título) (Los cambios a un código que afectan el significado de ese código no están permitidos y no se aceptarán. Si un concepto está desactualizado y debe ser actualizado o si es necesario un nuevo concepto, se debe utilizar la entidad pertinente a eliminar o agregar nuevos tipos de propuesta de la entidad, o ambos).
- Adición / Eliminación de un sinónimo
- Adición / Supresión de una exclusión
- Cambio de Descripción (definición)
- Cambio de información adicional (definición larga)
- Corrección de ortografía o gramática (en cualquier campo)
- Adición / Eliminación de una combinación en poscoordinación
- Adición / Eliminación del contenido de la rúbrica de la entidad (no se permite cambiar el significado)

- **Cambio estructural** que incluye los siguientes subtipos:

- Cambiar el enlace de una entidad padre primaria
- Cambiar el enlace de una entidad padre secundaria

- **Cambio en la Guía de referencia** aplicable a cualquier texto de la Guía de referencia de la CIE-11, incluidas las reglas de codificación y los valores predeterminados, etc. Los subtipos incluyen:

- Corrección de ortografía o gramática.
- Aclaración de una regla.
- Cambios a una regla (que afecta a la integridad de los datos), incluido el cambio de una sugerencia de codificación
- Propuestas de aclaración que no requieran modificación de la clasificación.
- Corrección de inconsistencias entre volúmenes.

Idealmente, cada propuesta especificará si se relaciona con la fundación o con una clasificación, incluso si es para una modificación clínica nacional o una

linealización por especialidad. Las casillas de verificación en las propuestas permitirán indicar el alcance.

No todos los autores estarán familiarizados con estas distinciones. El valor predeterminado puede suponer que la propuesta se relaciona con la EMM, a menos que se especifique lo contrario. Independientemente, el CSAC deberá determinar si el elemento, una vez aceptado, estará "por encima o por debajo de la línea marginal" en la EMM.

No todas las propuestas requerirán el mismo nivel de escrutinio, ya que cada una puede ser considerada en el contexto de su impacto en la clasificación estadística y la conveniencia de una clasificación científicamente precisa y actualizada. Se establecerá una "vía rápida" para revisar las actualizaciones urgentes, como las modificaciones clínicas nacionales, según sea necesario. Existen criterios y un flujo de trabajo específico para cada "seguimiento" utilizado para las propuestas.

Cuadro 1: Resumen de los tipos de propuestas de mantenimiento de la CIE-11 y su posible impacto en los datos recopilados por la EMM. La lista *no* implica una jerarquía de priorización. "X" significa que se aplica

Tipo de propuesta	Mayor	Menor	Ninguno
Agregar una nueva entidad	X		
Eliminar una entidad (+)	X		
Cambio del estatus de codificación		X	
Mejora del contenido			
Cambio de Término Preferido (título)	X	X	X
Adición / Eliminación de un sinónimo		X	
Adición / Eliminación de una exclusión		X	
Cambio de descripción	X	X	X
Cambio de Información Adicional (descripción Larga - fuera de la OMS)			X
Corrección de un error tipográfico (en cualquier campo)			X
Adición / Eliminación de una combinación de poscoordinación	X		
Adición / Eliminación del contenido de la rúbrica de la entidad, sin cambios en el significado			X
Cambio estructural			
Cambiar una entidad padre primaria	X		
Cambiar una entidad padre secundaria			X
Cambio en la Guía de referencia.			
Corrección de un error tipográfico			X
Aclaración			X
Cambio a una regla (que afecta la integridad de los datos), incluido el cambio de una sugerencia de codificación	X		

(+) Se eliminan los errores; los términos y las entidades obsoletas no se eliminan, ya que ayudan con el mapeo y la codificación, puesto que aún pueden estar en uso

Cuadro 2: Grupos responsables del mantenimiento de posibles cambios. "X" significa "aplica"; (X) significa se aplica solo en situaciones especiales; el significado de 'X +' se aplica solo para el caso de uso específico.

Tipo de propuesta	CSAC	MSAC	MRG	MbRG	FDGRG o TM
Añadir una nueva entidad	X	X	X	X	X+
Eliminar una entidad (+)	X	X	X	X	X+
Cambio de Estado de Codificación	X	X	X	X	
Mejora de contenido					
Cambio de Término Preferido (título)	X	(X)			X+
Adición / Eliminación de un sinónimo			X+		X+
Adición / Eliminación de una Exclusión	X				
Cambio de la Descripción	X	X	X	X	X+
Cambio de información adicional (descripción larga - fuera de la OMS)		(X)			X+
Corrección de un error tipográfico (en cualquier campo)					
Adición / Eliminación de una combinación de poscoordinación	X		X	X	
Adición / Eliminación del contenido de la rúbrica de la entidad, sin cambios en el significado	X				X+
Cambio estructural					
Cambiar una entidad padre primaria	X	(X)	X	X	X+
Cambiar una entidad padre secundaria	X	X			
Cambio en la Guía de referencia					
Corrección de un error tipográfico					
Aclaración	X		X	X	X+
Cambio a una regla (que afecta a la integridad de los datos), incluido el cambio de una sugerencia de codificación	X	(X)	X+	X+	X+

(+) Se eliminan los errores; los términos y las entidades obsoletas no se eliminan, ya que ayudan con el mapeo y la codificación, puesto que aún pueden estar en uso.

A.8 Integridad de la propuesta

Cualquier persona puede enviar una propuesta de actualización a la CIE. Las propuestas serán provistas en el formato de una explicación breve (de

aproximadamente 500 palabras) con referencias a la literatura y la evidencia (publicaciones en revistas evaluadas por pares, o en reuniones oficiales de la OMS, sus CC o una ONG con relaciones oficiales). La propuesta también visualizará los cambios en la posición y abordará el impacto potencial en entidades fuera de la propuesta.

- El autor tiene registrado su nombre completo y su afiliación y ha declarado si hay un posible conflicto de intereses.
- Todas las propuestas deben tener una justificación claramente escrita y convincente, con citas para establecer la base de evidencia de las propuestas.
- Las propuestas que sugieran agregar entidades deben tener una descripción y una definición de la entidad. Esto asegura la correcta colocación en la Fundación. La justificación debe tener antecedentes científicos, con referencias a publicaciones en revistas evaluadas por pares, o en reuniones oficiales de la OMS, su CC o una ONG con relaciones oficiales.
- Las propuestas para nuevos códigos deben incluir información sobre cómo se codificaría el caso si no se acepta el nuevo código propuesto.
- Las propuestas con impacto en las estadísticas deben incluir una descripción o análisis del impacto resultante.
- Las propuestas que sugieran cambios en las reglas deben venir con un análisis de impacto.
- La propuesta incompleta será devuelta al autor.
- El mecanismo de la propuesta no permitirá el envío de propuestas sin justificación o con una descripción o definición faltante, adecuada para procesar la propuesta.

A.9 Cronograma de la propuesta

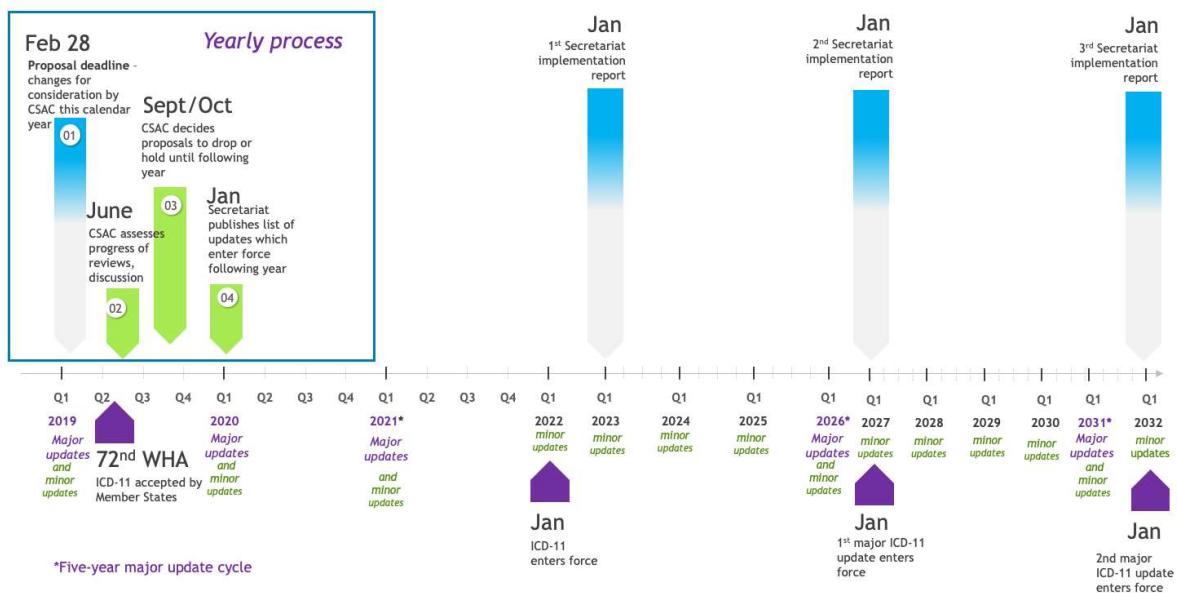
Las propuestas pueden ser presentadas en cualquier momento. Las propuestas de impacto no se procesan de forma continua, las propuestas que requieren la revisión de cualquiera de los grupos y comités involucrados en el flujo de trabajo, se agrupan cada 28 de febrero de un año y se conducen en el flujo de trabajo necesario.

Las propuestas son procesadas en paralelo por los grupos relevantes. Los comentarios formales se proporcionan en 2 rondas (2 meses, 1 mes), lo que brinda la oportunidad de realizar ediciones intermedias. La decisión final sobre aceptación, rechazo o "discusión adicional" se toma en una teleconferencia del CSAC en junio de cada año. La confirmación formal de las propuestas traducidas se realiza en la teleconferencia del consejo en septiembre. Los casos problemáticos se retienen para una discusión cara a cara en la reunión anual.

Las versiones oficiales se publican a fines de septiembre para su validez de acuerdo con el ciclo de actualización del tipo de propuesta, siendo las primeras propuestas para adopción en enero del año siguiente (mínimo 6 meses para

traducción, 3 meses para divulgación formal, por ejemplo, para detalles clínicos, entidades padres secundarias o sinónimos).

Review and Release Schedule



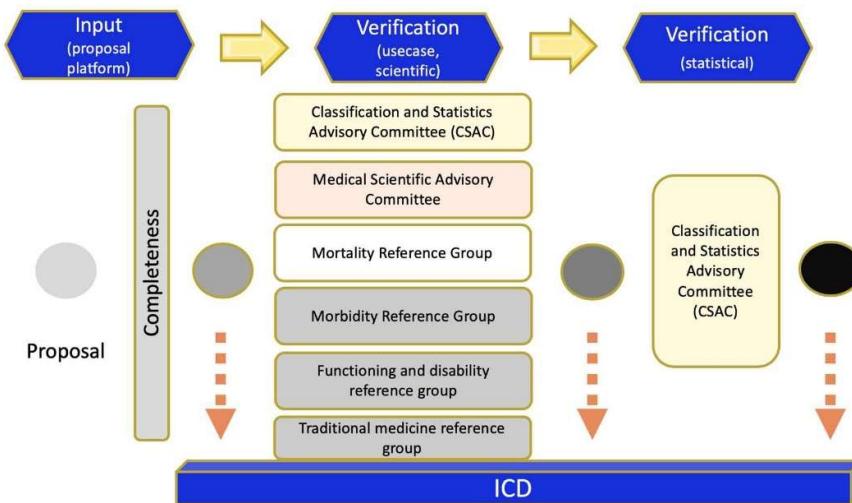
Cronograma de propuestas y versiones

A.10 Flujo de trabajo de las propuestas

El mantenimiento de la CIE es un proceso que requiere una amplia experiencia en estadística y ciencia médica, así como en diferentes casos de uso. Ya se ha establecido que la estructura asociada con la actualización y el mantenimiento de la CIE se revisarán de acuerdo con los nuevos requisitos y el uso eficiente de los recursos limitados. La figura a continuación muestra el flujo por el cual las propuestas recibidas a través de la plataforma de actualización pueden moverse a través de los grupos de expertos para su revisión y recomendación a la OMS. Un "filtro de la propuesta" revisará inicialmente todas las propuestas recibidas para asegurarse de que estén completas y que se hayan enviado correctamente. Las propuestas se reenviarán a los siguientes pasos apropiados. Esta clasificación puede identificar las propuestas que pueden o deben procesarse en un proceso acelerado, como el tipo de propuesta o en casos de extrema urgencia. La tipología establecida de las propuestas puede ayudar a identificar el impacto en la clasificación que, a su vez, informará si la propuesta es una mejora o aclaración que puede implementarse de manera continua, o si el cambio debe ponerse en la fila para su implementación en el ciclo de actualización. El umbral para considerar las propuestas a la fundación es bajo, lo que permite que las reglas simples identifiquen lo que se puede "recibir / poner en práctica", es decir, si está completo y es correcto, se puede considerar. La consideración no garantiza la aceptación.

El CSAC está compuesto por los presidentes de los grupos de referencia, el MSAC y los miembros oficiales de los centros colaboradores. Los otros grupos son expertos en el área de trabajo relevante. Todas las decisiones se basan en el consenso. Los

encargos realizados a los grupos de trabajo se incluyen en el documento que describe la realización de la Familia de la Red de Clasificaciones Internacionales de la OMS



Flujo de trabajo de las propuestas

Entrada (Propuesta en la plataforma), Verificación (Caso de uso científico), Verificación, (Estadística), Propuesta, Completa, Comité Asesor en Clasificaciones y Estadísticas (CSAC), Comité Asesor Científico Médico, Grupo de Referencia de Mortalidad, Grupo de Referencia de Morbilidad, Grupo de Referencia de Funcionamiento y Discapacidad, Grupo de Referencia de Medicina Tradicional, Comité Asesor en Clasificaciones Estadísticas (CSAC), CIE

A.11 Cambios que no se pueden hacer durante el proceso de actualización normal:

Los cambios que crean nuevas estructuras que entran en conflicto con la estructura existente o la codificación de una revisión actual solamente pueden llevarse a cabo en el marco de una nueva revisión de la CIE e incluyen los siguientes:

1. Cambiar un código de una categoría
2. Cambiar una agrupación en una categoría si tiene entidades hijas en la linearización (Permitir esto obligaría a cambiar los códigos de las entidades hijas, por lo tanto, no está permitido)
3. Cambiar una categoría en una agrupación si tiene entidades hijas en la linearización (igual que arriba)
4. Insertar una categoría entre dos categorías existentes de entidades hermanas. Las categorías para una hermandad existente deben ingresarse al final antes de los residuos.
5. El reordenamiento de cualquier tipo no será posible ya que el orden podría estar basado en códigos que no cambiarán.

6. Retirar una entidad que contiene entidades hijas que no están retiradas y reemplazarla con otra entidad que contenga las entidades hijas antiguas. (Esto no es posible porque la nueva entidad no puede mantener el mismo código de la retirada y si le damos un código nuevo, su código no será compatible con las entidades hijas).
7. Mover una categoría de una manera que implique cambiar su código. Por ejemplo. No puede mover la categoría 2B01.2 que es inferior a 2B01 como un hijo de 2B00

Para el capítulo X, la única limitación es el número 1. Cualquier otro cambio podría hacerse ya que los códigos del Capítulo X no se basan en la ubicación jerárquica.

3.14.1 Aplicabilidad y propiedad intelectual

Los siguientes párrafos proporcionan una descripción general de las regulaciones legales en relación con la CIE. Se entiende que este texto no prejuzga en modo alguno la redacción de los acuerdos legales que se establezcan entre la OMS y las partes interesadas.

La CIE es propiedad intelectual de la OMS y los cambios introducidos en la CIE están sujetos a acuerdos contractuales y a la aprobación a través del mecanismo de actualización.

La CIE se distribuye de forma gratuita.

Los usuarios pueden acceder a la CIE y utilizarla desde los servicios de Internet para uso personal. Los usuarios se registrarán y aceptarán el acuerdo de licencia de usuario final antes de acceder a los archivos de la CIE para descargarlos.

El uso de los servicios de Internet para la codificación y navegación con la CIE está condicionado a la firma de acuerdos aplicables.

La CIE puede traducirse a cualquier idioma. Para la traducción, se solicita a las partes interesadas (el Traductor) que se comuniquen con la OMS y cumplan las regulaciones pertinentes según un contrato firmado. El traductor utilizará la plataforma de traducción de la OMS, lo que permitirá a la OMS verificar la exactitud y la integridad de la traducción. Las traducciones a los idiomas oficiales de la OMS son un producto de la OMS y todos los derechos pertenecen a la OMS. Las traducciones a otros idiomas son un producto del traductor. A la OMS se le otorga automáticamente un derecho perpetuo e irrevocable, no exclusivo, a nivel mundial, libre de regalías y susceptible de sublicencia, para usar, cambiar, adaptar, traducir, publicar y difundir dicho producto de cualquier manera y en cualquier formato, conjuntamente con el trabajo de la OMS. Cualquier adaptación, traducción, publicación (incluidas las de revistas científicas) y difusión que realice cualquiera de las partes será coordinada entre ellas.

En algunos casos, los usuarios pueden sentir la necesidad de cambiar partes de la CIE para producir una versión especial de esta. La producción de versiones especiales requiere un acuerdo contractual específico establecido con la OMS. Dichas versiones serán producidas por la OMS desde su plataforma de producción. Todos los cambios aplicados en la CIE deben ser incluidos en la plataforma de

mantenimiento de la CIE-OMS (para más detalles, consulte 3.14 Anexo A: Actualización y mantenimiento de la CIE-11).

Las solicitudes de producción de una versión especial estarán sujetas a la provisión de los recursos necesarios para que la OMS genere la versión especial.

No se puede mostrar publicidad en las páginas de codificación o navegación. En el caso de que se incluya un sitio web local o de que se ejecute una versión local, se debe incluir un enlace a la página de inicio de la CIE en la OMS. No se puede mostrar publicidad en las versiones impresas de la CIE.

Lo ideal es que los usuarios accedan a la CIE en línea o a través de los servicios de Internet proporcionados por la OMS. Esto asegurará el uso conjunto y apropiado del índice, el modelo de contenido y las listas tabulares, y facilitará la difusión de actualizaciones, cuando corresponda. Cualquier mecanismo de codificación producido por terceros debe proporcionar los mismos resultados de codificación que la herramienta de codificación en línea de referencia.

Para los informes internacionales se utiliza la versión más actualizada de la CIE, según lo estipulado en el Reglamento de Nomenclatura (1967).

3.15 Anexo: Historia del desarrollo de la CIE

3.15.1 Origen

Sir George Knibbs, el eminentе estadístico australiano, atribuyó a François Bossier de Lacroix (1706-1777), más conocido como Sauvages, el primer intento de clasificar las enfermedades sistemáticamente (1). El tratado integral de Sauvages se publicó bajo el título de *Nosologia methodica*. Un contemporáneo de Sauvages fue el gran metodólogo Linneo (1707-1778), autor de *Genera morborum*, un catálogo de las enfermedades. Más recientemente, Moriyama et al. (2) se han referido a los antecesores durante los siglos XVI y XVII, Fernel y Sydenham. A principios del siglo XIX, la clasificación de enfermedades de uso más generalizado fue la de William Cullen (1710-1790), de Edimburgo, que se publicó en 1785 con el título de *Synopsis nosologiae metodicae*.

Sin embargo, para todos los fines prácticos, el estudio estadístico de las enfermedades comenzó un siglo antes, con el trabajo de John Graunt sobre las Tabulaciones de Mortalidad de Londres publicado en 1662. El tipo de clasificación previsto por este pionero se pone de manifiesto en su intento de estimar la proporción de niños nacidos vivos que morían antes de llegar a la edad de seis años, cuando no había registros disponibles de la edad de muerte. Tomó todas las muertes clasificadas usando los términos del momento, como muguet, convulsiones, raquitismo, dientes y gusanos, abortivos, recién nacidos sin bautizar, lactantes e hígado grande. Superponiéndolos a ellos, agregó las muertes clasificadas como viruela, peste porcina, sarampión y gusanos sin convulsiones. A pesar de que su clasificación era tosca, su estimación del 36% de mortalidad antes de los seis años parece haber sido correcta según lo indicado por la evidencia

posterior. Si bien tres siglos han contribuido a mejorar la exactitud científica de la clasificación de las enfermedades, son muchos los que dudan de la utilidad de los intentos de compilar estadísticas de enfermedades, o incluso causas de muerte, debido a las dificultades de clasificación. A quienes así piensan se les puede citar la frase del Mayor Greenwood: *"El purista científico, que piensa esperar hasta que las estadísticas médicas sean nosológicamente exactas, no es más sabio que el campesino de Horacio que aguardaba a que el río acabara de fluir"* (3).

Afortunadamente para el progreso de la medicina preventiva, la Oficina de Registro General de Inglaterra y Gales, desde su fundación en 1837, encontró en William Farr (1807-1883), su primer estadístico médico. Farr era un hombre que no solo hizo el mejor uso posible de las imperfectas clasificaciones de las enfermedades disponibles en ese tiempo, sino que trabajó para obtener mejores clasificaciones y una uniformidad internacional en su uso.

Farr observó que la clasificación de Cullen usada en los servicios públicos no había sido revisada para incorporar los avances en la ciencia médica, ni la consideró tampoco satisfactoria para fines estadísticos. Farr se dio cuenta de que las cifras bajas que se obtenían con una clasificación detallada no permitirían hacer inferencias estadísticas. Así pues, en el primer Informe Anual del Registrador General (4), Farr abordó los principios que debían regir una clasificación estadística de las 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 es sorprendente que no se haya prestado atención a su aplicación en las Tabulaciones de Mortalidad. Cada enfermedad tiene con frecuencia tres o cuatro términos, y cada término ha sido aplicado a varias enfermedades diferentes: se han empleado nombres vagos, inconvenientes o en lugar de enfermedades primarias se han registrado complicaciones. La nomenclatura es tan importante en este departamento de investigación como los pesos y medidas lo son en las ciencias físicas, y debe establecerse sin demora.

Tanto la nomenclatura como la clasificación estadística fueron objeto de constante estudio y consideración por parte de Farr en sus "Cartas" anuales al Registrador General publicadas en los Informes Anuales del Registrador General. Farr hizo mucho por promover su clasificación, pero no pudo encontrar una aceptación general (4). Sin embargo, la utilidad de una clasificación uniforme de las causas de muerte fue tan claramente reconocida en el primer Congreso Internacional de Estadística, celebrado en Bruselas en 1853, que el Congreso solicitó a William Farr y Genevan Marc d'Espine que prepararan una clasificación uniforme de las causas de defunción aplicable a nivel internacional.

En el siguiente Congreso, celebrado en París en 1855, Farr y d'Espine presentaron dos listas separadas basadas en principios muy diferentes. La clasificación de Farr se organizó en cinco grupos: enfermedades epidémicas, enfermedades constitucionales (generales), enfermedades locales ordenadas según la localización anatómica, enfermedades del desarrollo y enfermedades que son el resultado directo de la violencia. D'Espine clasificó las enfermedades según su naturaleza

(gotosa, herpética, hemática, etc.). El Congreso adoptó una lista conciliatoria de 139 rúbricas. En 1864, esta clasificación se revisó en París sobre la base del modelo de Farr y posteriormente se modificó en 1874, 1880 y 1886. Aunque esta clasificación nunca fue aceptada universalmente, el acuerdo general propuesto por Farr, incluido el principio de clasificación de las enfermedades según la etiología seguida de la localización anatómica perduró como base de la Lista Internacional de Causas de Defunción.

Es importante destacar que el Congreso de 1855 también recomendó que cada país solicitara información sobre las causas de la muerte al médico que había atendido al fallecido, y que cada país tomara medidas para garantizar que todas las muertes fueran verificadas por médicos (4).

3.15.2 Adopción de la Lista Internacional de Causas de Muerte

En su congreso de 1891 en Viena, el Instituto Internacional de Estadística, sucesor del Congreso Internacional de Estadística, encargó a un comité presidido por Jacques Bertillon (1851-1922), Jefe de Servicios Estadísticos de la Ciudad de París, la preparación de una clasificación de las causas de muerte. El informe del comité fue presentado y adoptado en la reunión del Instituto Internacional de Estadística en Chicago en 1893.

Para los encabezados (capítulos) principales, Bertillon adoptó la localización anatómica en lugar de la naturaleza de la enfermedad, según el plan de Farr. La lista de Bertillon incluía las enfermedades definidas cuyo estudio tenía más interés debido a su naturaleza transmisible o su frecuencia de aparición. De acuerdo con las instrucciones del Congreso de Viena, Bertillon incluyó tres clasificaciones: una clasificación abreviada de 44 rúbricas; una clasificación de 99 rúbricas; y una clasificación de 161 rúbricas. Bertillon también preparó algunas reglas o directrices sobre la resolución de problemas; por ejemplo, cómo debían clasificar los empleados de estadística lo que estaba escrito sin interpretar lo que el médico podría haber querido decir (5). La "Clasificación de Causas de Defunción de Bertillon", como fue denominada al principio, recibió la aprobación general y fue adoptada por varios países y por numerosas ciudades. La clasificación fue aplicada por primera vez en Norteamérica por Jesús E. Monjarás en las estadísticas de San Luis de Potosí (Méjico) (5). En 1898, en su congreso celebrado en Ottawa (Canadá), la Asociación Estadounidense de Salud Pública (American Public Health Association, APHA) recomendó que los registros civiles de Canadá, Méjico y los Estados Unidos de América adoptaran la Clasificación de Bertillon y sugirió además que la clasificación se revisara cada diez años.

En el congreso del Instituto Internacional de Estadística celebrado en Cristianía en 1899, Bertillon presentó un informe sobre el progreso de la clasificación, incluidas las recomendaciones de la Asociación Estadounidense de Salud Pública para las revisiones decenales. El Instituto Internacional de Estadística adoptó la siguiente resolución (6): El Instituto Internacional de Estadística, convencido de la necesidad de utilizar en los distintos países nomenclaturas comparables entre sí:

*Toma nota con satisfacción de la adopción por todas las oficinas estadísticas de América del Norte, por algunas de las de América del Sur y por algunas de Europa, del

sistema de nomenclatura de causas de defunción presentado en 1893; Insiste enérgicamente en que este sistema de nomenclatura sea adoptado en principio y sin modificación por todas las instituciones estadísticas de Europa; Aprueba, cuando menos en sus líneas generales, el sistema de revisión decenal propuesto por la Asociación Estadounidense de Salud Pública en su congreso de Ottawa (1898); Insta a las oficinas de estadística que aún no se han adherido, a que lo hagan sin demora y a que contribuyan de este modo a la comparabilidad de la nomenclatura de las causas de defunción.*

En consecuencia, el gobierno francés convocó en París, en agosto de 1900, la primera Conferencia Internacional para la Revisión de la Lista Bertillon o Lista Internacional de Causas de Defunción. Asistieron a la conferencia delegados de 26 países. El 21 de agosto de 1900 se adoptó una clasificación detallada de causas de defunción que constaba de 179 grupos y una clasificación abreviada de 35 grupos. Se reconoció el deseo de revisiones decenales y se solicitó al Gobierno francés que convocara la próxima reunión en 1910. De hecho, la siguiente conferencia se celebró en 1909, y el Gobierno de Francia convocó conferencias sucesivas en 1920, 1929 y 1938. Bertillon continuó siendo el impulsor de la promoción de la Lista Internacional de Causas de Defunción y las revisiones de 1900, 1910 y 1920 se llevaron a cabo bajo su dirección. Como secretario general de la Conferencia Internacional, envió la revisión provisional para 1920 a más de 500 personas, solicitando sus comentarios. Su muerte en 1922 dejó la Conferencia Internacional sin su verdadero líder.

En la sesión de 1923 del Instituto Internacional de Estadística, Michel Huber, el sucesor de Bertillon en Francia, reconoció esta falta de liderazgo y presentó una resolución para que el Instituto Internacional de Estadística reafirmara la decisión de 1893 con respecto a la Clasificación Internacional de Causas de Defunción y colaborara con otras organizaciones internacionales en la preparación de las revisiones posteriores. La Organización de la Salud de la Liga de las Naciones también se había interesado activamente en las estadísticas vitales y nombró una Comisión de expertos estadísticos para estudiar la clasificación de las enfermedades y las causas de muerte, así como otros problemas en el campo de las estadísticas médicas. E. Roesle, Jefe del Servicio de Estadística Médica de la Oficina de Salud de Alemania y miembro de la Comisión de Expertos en Estadística, preparó una monografía que enumeraba la expansión en las rúbricas de la Lista Internacional de Causas de Defunción de 1920 que se requeriría en el caso de que la clasificación fuese utilizada en la tabulación de estadísticas de morbilidad. Este cuidadoso estudio fue publicado por la Organización de la Salud de la Liga de las Naciones en 1928 (7). Para coordinar el trabajo de ambas agencias, se creó una "Comisión Mixta" internacional con un número igual de representantes del Instituto Internacional de Estadística y la Organización de la Salud de la Liga de las Naciones. Esta Comisión redactó las propuestas para la Cuarta (1929) y la Quinta (1938) revisiones de la Lista Internacional de Causas de Defunción.

3.15.3 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 anteriores, fue convocada por el Gobierno de Francia y se celebró 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 de actualizar las listas de acuerdo con el progreso de la ciencia, particularmente en el capítulo sobre enfermedades infecciosas y parasitarias, y de los cambios en los capítulos sobre afecciones puerperales y sobre accidentes, la Conferencia realizó la menor cantidad de cambios posible en los contenidos, número, e incluso en la numeración de los elementos. La Conferencia elaboró y aprobó también una lista de causas de muerte fetal.

En relación con la clasificación de enfermedades para las estadísticas de morbilidad, la Conferencia reconoció la creciente necesidad de una lista correspondiente de enfermedades para satisfacer los requisitos estadísticos de organizaciones muy diferentes, como organizaciones de seguros de salud, hospitales, servicios médicos militares, administraciones sanitarias y organismos similares. Se adoptó, por lo tanto, la siguiente resolución (8):

3.15.3.1 Listas internacionales de enfermedades

- Considerando la importancia de la elaboración de listas internacionales de enfermedades que se correspondan con las listas internacionales de causas de muerte: La Conferencia recomienda que el Comité Conjunto designado por el Instituto Internacional de Estadística y la Organización de la Salud de la Sociedad de Naciones lleve a cabo, como en 1929, la preparación de listas internacionales de enfermedades, en colaboración con expertos y representantes de las organizaciones especialmente interesadas. Mientras se esté en espera de la elaboración de las listas internacionales de enfermedades, la Conferencia recomienda que las diversas listas nacionales en uso, en la medida de lo posible, se adapten a la Lista Internacional de Causas de Defunción detallada (los números de los capítulos, encabezados y subapartados de dicha lista se indican 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 (9):
 - Certificado de defunción y selección de las causas de muerte en los casos en los que se da más de una causa (causas conjuntas). La Conferencia,
 - Considerando que, en 1929, el gobierno de los Estados Unidos tuvo la generosidad de emprender el estudio de los medios para unificar los métodos de selección de la causa principal de muerte para ser tabulada en los casos en que se mencionan dos o más causas en el certificado de defunción,
 - Y considerando que los numerosos estudios finalizados o en preparación en varios países revelan la importancia de este problema, que aún no ha sido resuelto,

- Y considerando que, según estos estudios, la comparabilidad internacional de las tasas de mortalidad de las diversas enfermedades requiere, no solo la solución del problema de la selección de la causa principal de muerte tabulada, sino también de la solución de otros problemas;
 - Agradece calurosamente al Gobierno de los Estados Unidos el trabajo que ha realizado o promovido a este respecto;
- Solicita al Gobierno de los Estados Unidos que continúe sus investigaciones durante los próximos diez años, en cooperación con otros países y organizaciones, sobre una base un poco más amplia, y
- Sugiere que, para estas investigaciones futuras, el Gobierno de los Estados Unidos debería crear un subcomité integrado por representantes de los países y organizaciones que participan en las investigaciones emprendidas a este respecto.

3.15.4 Primeras clasificaciones de enfermedades para estadísticas de morbilidad

En lo comentado hasta el momento, la clasificación de las enfermedades se ha presentado casi en su totalidad en relación con las estadísticas de causas de muerte. Sin embargo, Farr reconoció que era deseable "ampliar el mismo sistema de nomenclatura a las enfermedades que, aun no siendo mortales, causan discapacidad en la población, y figuran ahora en las tablas de enfermedades de ejércitos, armadas, hospitales, prisiones, manicomios, instituciones públicas de todo tipo y sociedades de enfermedades, así como en el censo de países como Irlanda, donde se enumeran las enfermedades de todas las personas" (10). En su *"Informe sobre nomenclatura y clasificación estadística de las enfermedades"*, presentado al Segundo Congreso Internacional de Estadística, incluyó, pues, en la lista general de enfermedades la mayoría de las que afectan a la salud así como las enfermedades que son mortales. En el Cuarto Congreso Internacional de Estadística, celebrado en Londres en 1860, Florence Nightingale insistió en la adopción de la clasificación de enfermedades de Farr para la tabulación de la morbilidad hospitalaria en el documento, *"Propuestas para un plan uniforme de estadísticas hospitalarias"*.

En la Primera Conferencia Internacional para revisar la Clasificación de Causas de Defunción de Bertillon celebrada en París en 1900, se adoptó una clasificación paralela de enfermedades para uso en estadísticas de enfermedad. También se adoptó una lista paralela en la segunda conferencia en 1909. Las categorías adicionales para enfermedades no mortales se establecieron mediante la subdivisión de ciertas rúbricas de la clasificación de la causa de muerte en dos o tres grupos de enfermedades, cada uno de los cuales se designó con una letra. La traducción en inglés de la Segunda Revisión Decenal, publicada por el Departamento de Comercio y Trabajo de Estados Unidos en 1910, se tituló *International Classification of Causes of Sickness and Death* (Clasificación Internacional de Causas de Enfermedad y Muerte). Las revisiones posteriores incorporaron algunos de los grupos a la Lista Internacional de Causas de la

Defunción detallada. La Cuarta Conferencia Internacional adoptó una clasificación de enfermedades que difería de la Lista Internacional de Causas de Defunción detallada tan solo por la adición de subdivisiones adicionales de 12 títulos. Sin embargo, estas clasificaciones internacionales de enfermedades no alcanzaron una aceptación general, ya que solo proporcionaban una ampliación limitada de la lista básica de causas de muerte.

En ausencia de una clasificación uniforme de las enfermedades que pudieran usarse satisfactoriamente para las estadísticas de morbilidad, muchos países consideraron necesario preparar sus propias listas. El Consejo de Salud del Dominio de Canadá elaboró un Código de Morbilidad Estándar que se publicó en 1936. Las subdivisiones principales de este Código correspondían a los 18 capítulos de la Revisión de 1929 de la Lista Internacional de Causas de Defunción, que se subdividieron en unas 380 categorías específicas de enfermedades. En la Quinta Conferencia Internacional celebrada en 1938, el delegado canadiense presentó para su consideración una modificación de esta lista como base para una lista internacional de causas de enfermedad. Aunque no se tomó ninguna medida con respecto a esta propuesta, la Conferencia aprobó la resolución citada anteriormente.

En 1944, se publicaron clasificaciones provisionales de enfermedades y traumatismos tanto en el Reino Unido como en los Estados Unidos para su uso en la tabulación de las estadísticas de morbilidad. Ambas clasificaciones eran más extensas que la lista canadiense, pero, como ella, seguían el orden general de enfermedades en 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, que se creó en enero de 1942. Su título fue "*A provisional classification of diseases and injuries for use in compiling morbidity statistics*" (8). Se elaboró con el propósito de proporcionar un esquema para recopilar y registrar estadísticas de pacientes ingresados en hospitales del Reino Unido, utilizando una clasificación estándar de enfermedades y traumatismos, y fue utilizada en todo el país por organismos gubernamentales y de otro tipo.

Unos años antes, en agosto de 1940, el Director General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y el Director de la Oficina del Censo de los Estados Unidos publicaron una lista de enfermedades y traumatismos para la tabulación de las estadísticas de morbilidad (9). La lista fue preparada por la División de Métodos de Salud Pública del Servicio de Salud Pública en cooperación con un comité de consultores nombrados por el Cirujano General. En 1944 se publicó "*The Manual for coding causes of illness according to a diagnosis code for tabulating morbidity statistics*" (Manual para la codificación de las causas de la enfermedad de acuerdo con los diagnósticos para tabulación de las causas de enfermedad según un código de diagnóstico para tabular estadísticas de morbilidad) que incluía los códigos de los diagnósticos, una lista tabular de inclusiones y un índice alfabético. Esta lista se utilizó en varios hospitales, en un gran número de planes voluntarios de seguro hospitalario y programas de atención médica, y en estudios especiales realizados por otras agencias en los Estados Unidos.

3.15.5 Comité de los Estados Unidos para las Causas Conjuntas de Muerte

En cumplimiento de la resolución de la Quinta Conferencia Internacional, en 1945 el Secretario de Estado estadounidense creó el Comité de los Estados Unidos para las Causas Conjuntas de Muerte bajo la presidencia de Lowell J. Reed, profesor de bioestadística de la Universidad Johns Hopkins. Entre los miembros y consultores de este comité había representantes de los Gobiernos de Canadá y Reino Unido y de la Sección de Salud de la Liga de las Naciones. Reconociendo una tendencia existente, el comité decidió que sería ventajoso considerar las clasificaciones desde el punto de vista de la morbilidad y la mortalidad, ya que el problema de las causas conjuntas o múltiples se refería a ambos tipos de estadísticas.

El comité también tuvo en cuenta la parte de la resolución de la Conferencia Internacional anterior sobre las Listas Internacionales de Enfermedades que recomendaba que “en la medida de lo posible, las diversas listas nacionales en uso deberían alinearse con la Lista Internacional de Causas de Defunción detallada”. Reconoció también que la Clasificación de enfermedades y traumatismos estaba estrechamente relacionada con la clasificación de las causas de muerte. La opinión de que tales listas eran fundamentalmente diferentes tenía su origen en la creencia errónea de que la Lista Internacional era una clasificación de causas terminales, mientras que, de hecho, se basa en la afección mórbida que inició la serie de eventos que finalmente causaron la muerte. El comité consideró que, para utilizar plenamente tanto las estadísticas de morbilidad como las de mortalidad, las clasificaciones de las enfermedades no solo debían ser comparables para ambos propósitos, sino que, de ser posible, debería haber una lista única.

Además, un número cada vez mayor de organizaciones estadísticas estaba utilizando registros médicos que incluían tanto la enfermedad como la muerte. Incluso en las organizaciones que recopilaban solo estadísticas de morbilidad, debían codificarse los casos mortales y no mortales. Por lo tanto, una lista única, facilitaba enormemente sus operaciones de codificación. También proporcionaba una base común para la comparación de las estadísticas de morbilidad y mortalidad.

En consecuencia, se nombró un subcomité, que preparó un borrador de una Propuesta de Clasificación Estadística de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. El Comité aprobó un borrador final después que fuera modificado en función de los ensayos realizados por varias agencias en Canadá, Reino Unido y Estados Unidos de América.

3.15.6 Sexta Revisión de las Listas Internacionales

La Conferencia Internacional de Salud celebrada en la ciudad de Nueva York en junio y julio de 1946 (11) encomendó a la Comisión Interina de la Organización Mundial de la Salud la responsabilidad de “examinar los recursos existentes y emprender el trabajo preparatorio que fuese necesario en relación con: (i) la próxima revisión decenal de “Las Listas Internacionales de Causas de Defunción” (incluidas las listas adoptadas en virtud del Acuerdo Internacional de 1934, relacionadas con las

Estadísticas de Causas de Defunción); y (ii) el establecimiento de Listas Internacionales de Causas de Morbilidad".

Para cumplir con esta responsabilidad, la Comisión Interina nombró al Comité de Expertos para la Preparación de la Sexta Revisión Decenal de las Listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción. Este Comité, teniendo plenamente en cuenta la opinión predominante sobre la clasificación de morbilidad y mortalidad, examinó y revisó la clasificación propuesta mencionada anteriormente que había sido preparada por el Comité de Estados Unidos para las Causas Conjuntas de Defunción.

La clasificación resultante se distribuyó a los gobiernos nacionales que preparaban estadísticas de morbilidad y mortalidad para recabar sus comentarios y sugerencias con el título de Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. El Comité de Expertos consideró las respuestas y preparó una versión revisada incorporando los cambios para mejorar la utilidad y aceptabilidad de la clasificación. El Comité también compiló una lista de términos diagnósticos que deberían aparecer debajo de cada título de la clasificación. Además, se nombró un subcomité para preparar un índice alfabético completo de los términos diagnósticos clasificados en la categoría apropiada de la clasificación. El Comité examinó también la estructura y los usos de las listas especiales de causas para la tabulación y publicación de estadísticas de morbilidad y mortalidad, y estudió otros problemas relacionados con la comparabilidad internacional de las estadísticas de mortalidad, como el formato del certificado médico y las normas de clasificación. La Conferencia Internacional para la Sexta Revisión de las Listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción fue convocada en París del 26 al 30 de abril de 1948 por el Gobierno de Francia en los términos del acuerdo firmado al cierre de la Quinta Conferencia de Revisión en 1938. Su secretaría fue confiada conjuntamente a las autoridades francesas competentes y a la Organización Mundial de la Salud, que había llevado a cabo el trabajo preparatorio según los términos del acuerdo establecido por los gobiernos representados en la Conferencia Internacional de la Salud de 1946 (12).

La Conferencia adoptó la clasificación preparada por el Comité de Expertos como Sexta Revisión de las Listas Internacionales (13). También examinó otras propuestas del Comité de Expertos relativas a la compilación, tabulación y publicación de estadísticas de morbilidad y mortalidad. La Conferencia aprobó el Formulario Internacional de Certificado Médico de Causas de Defunción, aceptó la causa básica de la defunción como la causa principal a tabular, y aprobó las reglas para seleccionar la causa básica de defunción, así como las listas especiales para la tabulación de los datos de morbilidad y de mortalidad. Recomendó, además, que la Asamblea Mundial de la Salud adoptara reglamentos conforme al Artículo 21 (b) de la Constitución de la OMS para orientar a los Estados Miembros en la compilación de 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 sobre la base de las recomendaciones de la misma Conferencia. La Clasificación Internacional, que incluía la Lista Tabular de Inclusiones que definen el contenido de las

categorías, se incorporó, junto con el formulario del certificado médico de causas de defunción, las reglas de clasificación y las listas especiales para la tabulación, en el Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción (22). El Manual constaba de dos volúmenes; el Volumen 2 era un índice alfabético de los términos diagnósticos codificados en las categorías apropiadas. En la Sexta Revisión, las afecciones mórbidas resultantes de traumatismos, intoxicaciones y otras causas externas se clasificaron según las circunstancias externas que habían dado lugar al traumatismo y según el tipo de lesión.

La adopción de esta doble clasificación se consideró en ese momento un paso audaz para abordar el interés simultáneo en más de un aspecto de la lesión. La Conferencia para la Sexta Revisión Decenal marcó el comienzo de una nueva era en las estadísticas vitales y de salud internacionales. Además de aprobar una lista exhaustiva de mortalidad y morbilidad y acordar unas normas internacionales para seleccionar la causa básica de defunción, recomendó la adopción de un programa integral de cooperación internacional en el campo de las estadísticas vitales y de salud. Un elemento importante de este programa fue la recomendación de que los gobiernos establecieran comités nacionales sobre estadísticas vitales y de salud para coordinar las actividades estadísticas en el país y para que sirvieran de enlace entre las instituciones estadísticas nacionales y la Organización Mundial de la Salud. Además, se preveía que dichos comités nacionales, individualmente o en cooperación con otros comités nacionales, estudiarían problemas estadísticos de importancia para la salud pública y pondrían los resultados de sus investigaciones a disposición de la OMS.

3.15.7 Séptima y Octava Revisiones

La Conferencia Internacional para la Séptima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades se celebró en París bajo los auspicios de la OMS en febrero de 1955 (14). De acuerdo con una recomendación del Comité de Expertos en Estadísticas de Salud de la OMS, esta revisión se limitó a efectuar cambios esenciales y enmiendas de errores e inconsistencias (15). La Conferencia para la Octava Revisión convocada por la OMS se reunió en Ginebra del 6 al 12 de julio de 1965 (16). Esta revisión fue más radical que la Séptima pero, siempre que fue posible, mantuvo inalterada la estructura básica de la Clasificación y la filosofía general de clasificación de las enfermedades, de acuerdo con su etiología y no en función de manifestación específica. Durante los años de vigencia de las Revisiones Séptima y Octava de la CIE, su uso para la indexación de registros médicos hospitalarios aumentó rápidamente y algunos países prepararon adaptaciones nacionales que proporcionaban detalles adicionales necesarios para esta aplicación de la CIE.

3.15.8 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 (17). En las discusiones previas a la

conferencia, inicialmente se pretendía que no hubiera más cambios que la actualización de la clasificación. Esto se debía principalmente al costo de adaptar los sistemas de procesamiento de datos cada vez que se revisaba la clasificación. Había habido un enorme aumento del interés en la CIE y había que encontrar formas de responder a esto, en parte modificando la clasificación misma y en parte introduciendo disposiciones especiales de codificación.

Hubo una serie de representaciones de organismos especializados que se habían interesado en usar la CIE para sus propias estadísticas. Se consideró que algunas áreas temáticas de la clasificación no estaban adecuadamente organizadas y hubo una presión considerable para incluir más detalles y para adaptar la clasificación para que fuera más apropiada para la evaluación de la atención médica, clasificando las afecciones en los capítulos relacionados con las partes del cuerpo afectadas en vez de en los capítulos relativos a la enfermedad básica general. En el otro extremo de la escala, había representaciones de países y áreas para las que una clasificación detallada y sofisticada era irrelevante, pero que sin embargo necesitaban una clasificación basada en la CIE para evaluar su progreso en la atención de la salud y en el control de las enfermedades. Las propuestas finales presentadas y aceptadas por la Conferencia conservaron la estructura básica de la CIE, aunque con muchos detalles adicionales a nivel de subcategorías de cuatro dígitos y algunas subdivisiones opcionales de cinco dígitos. En beneficio de los usuarios que no requieren tal grado de detalle, se tuvo cuidado de asegurar que las categorías del nivel de tres dígitos fueran las apropiadas.

De cara a los usuarios que desean producir estadísticas e índices orientados a la atención médica, la Novena Revisión incluyó un método alternativo opcional para clasificar los diagnósticos descritos, que incluía información tanto sobre la enfermedad básica general como sobre la manifestación en un órgano o localización específicos. Este sistema se conoció como sistema de daga (o cruz) y asterisco. La Vigesimonovena Asamblea Mundial de la Salud, basándose en las recomendaciones de la Conferencia Internacional para la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, aprobó la publicación, a modo de prueba, de las clasificaciones suplementarias de Deficiencias y Discapacidades y de Procedimientos en Medicina, ambas como suplementos, pero no como partes integrantes de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

3.15.9 Décima Revisión

Incluso antes de la Conferencia para la Novena Revisión, la OMS se había estado preparando ya para la Décima Revisión. Reconoció que la gran expansión en el uso de la CIE requería un replanteamiento exhaustivo de su estructura y un esfuerzo por diseñar una clasificación estable y flexible, que no debería requerir una revisión fundamental durante muchos años. Por consiguiente, se solicitó a los Centros Colaboradores de la OMS para la Clasificación de Enfermedades (ver www.who.int/classification) que experimentaran con modelos de estructuras alternativas para la CIE-10.

También se puso claramente de manifiesto que el intervalo establecido de diez años entre revisiones era demasiado corto. El trabajo en el proceso de revisión

tuvo que comenzar antes de que la versión actual de la CIE hubiera estado en uso el tiempo suficiente para ser evaluada exhaustivamente, sobre todo porque la necesidad de consultar a tantos países y organizaciones hizo que el proceso fuera muy largo. Por lo tanto, el Director General de la OMS escribió a los Estados Miembros y obtuvo su acuerdo para posponer la Conferencia de la Décima Revisión de 1985 hasta 1989, y para retrasar la introducción de la Décima Revisión que se había previsto en 1989. Además de permitir la experimentación con modelos alternativos para la estructura de la CIE, esto dio tiempo para la evaluación de la CIE 9, por ejemplo, a través de reuniones organizadas por algunas de las Oficinas Regionales de la OMS y mediante una encuesta organizada en la sede de la OMS.

La Conferencia Mundial para la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, a la que asistieron delegados de 43 Estados Miembros, fue convocada por la Organización Mundial de la Salud en Ginebra del 26 de septiembre al 2 de octubre de 1989. Las Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo y las Oficinas Regionales de la OMS enviaron representantes para participar en la Conferencia, al igual que el Consejo para las Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas. También se invitó a otras doce organizaciones no gubernamentales relacionadas con aspectos de registro de cáncer, sordera, epidemiología, medicina familiar, ginecología y obstetricia, hipertensión, registros de salud, medicina preventiva y social, neurología, psiquiatría, rehabilitación y enfermedades de transmisión sexual.

Se había dedicado una amplia actividad preparatoria a un examen radical de la idoneidad de la estructura de la CIE, esencialmente una clasificación estadística de enfermedades y otros problemas de salud, para atender una amplia variedad de necesidades de datos de mortalidad y de atención de salud. Se habían investigado formas de estabilizar el sistema de codificación para minimizar la falta de continuidad en sucesivas revisiones, así como la posibilidad de proporcionar un mejor equilibrio entre el contenido de los diferentes capítulos de la CIE. Incluso con una nueva estructura, era evidente que una sola clasificación no podía afrontar los distintos extremos de los requerimientos. Por lo tanto, se había desarrollado el concepto de una "familia" de clasificaciones, que incluiría la CIE para las estadísticas tradicionales de mortalidad y morbilidad, mientras que las necesidades de clasificaciones más detalladas, menos detalladas o diferentes y los asuntos asociados serían abordados con otros componentes de la familia. Se reconoció el potencial de los diferentes miembros de la "familia" en la evaluación médico-social y multidimensional, no solo en relación con la salud, sino también con las actividades de la vida diaria, así como con el entorno social y físico. Se demostró que se podía obtener información eficaz mediante el uso de la CIE y la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) (18), y mediante el uso de los códigos del Capítulo XXI de la Décima Revisión.

La principal innovación en la Décima Revisión fue el uso de un esquema de codificación alfanumérico de una letra seguida de tres números en el nivel de cuatro caracteres. Esto tuvo el efecto de aumentar a más del doble el tamaño del marco de codificación en comparación con la Novena Revisión y permitió que a la

gran mayoría de los capítulos se les asignara una letra específica o un grupo de letras, cada una con capacidad de proporcionar 100 categorías de tres caracteres. De las 26 letras disponibles, se utilizaron 25, quedando la letra U vacía para futuras adiciones y cambios, y para posibles clasificaciones provisionales que solucionaran dificultades que surgieran a nivel nacional e internacional entre las distintas revisiones.

Otra innovación importante fue la creación hacia el final de ciertos capítulos de categorías para trastornos posprocedimiento. Estas categorías identificaban afecciones importantes que constituían de por sí un problema de atención médica. Las afecciones posprocedimiento que no eran específicas de un sistema corporal particular continuaron clasificándose en el capítulo de "Traumatismos, intoxicaciones y otras consecuencias de causas externas". La Revisión incluyó definiciones, normas y requisitos de los informes relacionados con la mortalidad materna y con la mortalidad fetal, perinatal, neonatal e infantil. Se publicó en tres volúmenes: uno que contiene la Lista tabular, un segundo volumen que contiene todas las definiciones relacionadas, normas, reglas e instrucciones, y un tercero que contiene el Índice alfabético.

La Conferencia de la Décima de Revisión abordó las dificultades experimentadas durante el período ampliado de uso de la Novena Revisión, relacionadas con la aparición de nuevas enfermedades y la falta de un mecanismo de actualización para acomodarlas. Reconoció que no sería factible celebrar conferencias de revisión con más frecuencia que cada 10 años. También reconoció que cualquier cambio introducido durante la vida útil de la Décima Revisión debería considerarse cuidadosamente en relación con su repercusión en los análisis y las tendencias.

3.15.10 Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS

Aunque la CIE es adecuada para muchas aplicaciones diferentes, no satisface todas las necesidades de sus diversos usuarios. No proporciona detalles suficientes para algunas especialidades y, a veces, puede ser necesaria información sobre diferentes atributos de las afecciones de salud. Además, la CIE no es útil para describir el funcionamiento y la discapacidad como aspectos de la salud y no incluye una gama completa de intervenciones de salud o razones para la atención. Los criterios establecidos por la Conferencia Internacional sobre la CIE-10 en 1989 proporcionaron la base para el desarrollo de una "familia" de clasificaciones de salud. Esto recibió un impulso adicional durante la década de 1990 con el desarrollo de la Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (19), aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en el 2001.

En el 2001, se creó la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (FCI-OMS). En el núcleo de la Familia se encuentran sus clasificaciones de referencia, actualmente la CIE y la CIF; la Clasificación Internacional de Intervenciones de Salud (CIIS), actualmente en desarrollo, es la tercera clasificación de referencia. La FCI-OMS también incluye clasificaciones derivadas, que proporcionan detalles adicionales a las clasificaciones de referencia o son reorganizaciones o

agregaciones de términos en las clasificaciones de referencia; la OMS ha otorgado licencias a varios países para desarrollar modificaciones nacionales de la CIE como clasificaciones derivadas. Además, la FCI-OMS incluye clasificaciones relacionadas para cubrir funciones de salud que no están (o están parcialmente) cubiertas por otros componentes de la FCI-OMS. La FCI-OMS cuenta con el apoyo de una red de Centros Colaboradores, basada en los anteriores Centros Colaboradores para la CIE y la CIF, pero se amplía continuamente mediante la adición de nuevos centros.

Cuadro 1: Evolución de la CIE

Revisión	Año	Documento	Nota
0	1891	Clasificación de Causas de Defunción de Bertillon	Redactado por el Instituto Internacional de Estadística
1	1900	Lista Internacional de Causas de Defunción/Bertillon	Primera Conferencia Internacional para la Revisión de la Lista de Causas de Defunción
2	1910	Lista Internacional de Causas de Defunción	179 títulos, convocatoria de revisión cada 10 años.
3	1920	Lista Internacional de Causas de Defunción	
4	1929	Lista Internacional de Causas de Defunción	Redactada conjuntamente por el Instituto Internacional de Estadística y la Organización de la Salud de la Sociedad de Naciones
5	1938	Lista Internacional de Causas de Defunción	200 títulos, adiciones en enfermedades infecciosas y parasitarias.
6	1948	Lista Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción	Reconocimiento de la clasificación de enfermedades y traumatismos, además de las causas de muerte.
7	1955	Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción	
8	1965	Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción	
9	1975	Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción	Pruebas de suplementos sobre Deficiencias y Discapacidades, y sobre Procedimientos en Medicina
10	1989	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud	Introducción del esquema de codificación alfanumérico, trastornos posprocedimientos; actualizaciones provisionales regulares
11	2018	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud	Poscoordinación (codificación por combinación); adición de Medicina Tradicional, codificación de eventos adversos.

3.15.11 Actualización de la CIE entre revisiones

Como se previó en la Conferencia para la Décima Revisión, la actualización de la Décima Revisión de la CIE comenzó en el 2000. Se recibieron propuestas de actualización que fueron cuidadosamente consideradas por la OMS y los Centros Colaboradores, incluida su repercusión en las tendencias. El proceso de actualización ha permitido una vida útil más larga de la Décima Revisión, a la vez que mantiene su valor clínico y científico.

3.15.12 Preparativos para la Undécima Revisión

En el año 2003, la OMS y los Centros Colaboradores tenían claro que no podía demorarse mucho una nueva revisión de la CIE. El grado en que la actualización de la CIE podía incorporar los avances emergentes estaba limitado por la estructura de la CIE-10, y algunos problemas requerían un desarrollo y debate ampliados con grupos de expertos. En una reunión especial de los Centros Colaboradores celebrada en Helsinki en el 2004 se abordó la necesidad de una revisión y los problemas que se afrontarían como parte del proceso de revisión. La reunión de la FCI-OMS del 2004 adoptó posteriormente un plan de trabajo del proceso de revisión que se desarrolló progresivamente en las reuniones subsiguientes.

En el 2007, la OMS puso en marcha formalmente el proceso de revisión. La supervisión ha estado a cargo de un Grupo Directivo de Revisión de base amplia. El trabajo técnico lo han realizado una serie de Grupos Consultivos Temáticos, con grupos transversales que examinan la mortalidad, la morbilidad y los problemas de calidad y seguridad. Por primera vez se ha incluido un capítulo sobre la descripción de enfermedades y patrones de enfermedades desde el punto de vista de la medicina tradicional.

Se ha desarrollado un modelo de contenido, que incluye una gama de componentes para cada entidad de la CIE, lo cual proporciona un fundamento sólido para la CIE. Se vinculan o incluyen otras clasificaciones y terminologías cuando ello es posible para garantizar que la CIE esté alineada con ellas; y siempre que ha sido posible se han alineado los elementos utilizados en otros miembros de la Familia de Clasificaciones de la OMS. La clasificación estadística más tradicional para la mortalidad y la morbilidad se obtiene del Componente fundamental de la CIE-11 en forma de una lista tabular. Los códigos de extensión se utilizan para limitar el volumen del contenido, pero permiten de todos modos una clasificación detallada de las entidades de enfermedad. Los capítulos y secciones adicionales permiten captar de manera opcional información relativa a diagnósticos y funcionamiento de la medicina tradicional. Basándose en la experiencia adquirida con la CIE-9 y la CIE-10, se diseñó un mecanismo de actualización que permite introducir mejoras en la orientación para el usuario y en las actualizaciones científicas sin comprometer el uso estadístico de la clasificación.

3.15.13 Bibliografía sobre la historia de la CIE

1. Knibbs G.H. The International Classification of Disease and Causes of Death and its revision. Medical Journal of Australia, 1929, 1:2-12.
2. Moriyama IM, Loy RM, Robb-Smith AHT. History of the statistical classification of diseases and causes of death. Rosenberg HM, Hoyert DL, eds. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2011.
3. Greenwood M. Medical statistics from Graunt to Farr. Cambridge, Cambridge University Press, 1948.
4. First annual report. Londres, Registrar General of England and Wales, 1839, p. 99.
5. Bertillon J. Classification of the causes of death (abstract). En: Transactions of the 15th International Congress on Hygiene Demography. Washington, 1912.
6. International list of causes of death. La Haya, Instituto Internacional de Estadística, 1940.
7. Roesle E. Essai d'une statistique comparative de la morbidité devant servir à établir les listes spéciales des causes de morbidité. Ginebra, Organización de la Salud de la Liga de las Naciones, 1928 (documento C.H. 730)
8. Medical Research Council, Committee on Hospital Morbidity Statistics. A provisional classification of diseases and injuries for use in compiling morbidity statistics. Londres, Her Majesty's Stationery Office, 1944 (Special Report Series No. 248).
9. Servicio de Salud Pública de EE. UU., Division of Public Health Methods. Manual for coding causes of illness according to a diagnosis code for tabulating morbidity statistics. Washington, Government Publishing Office, 1944 (Miscellaneous Publication No. 32).
10. Sixteenth annual report. Londres, Registrar General of England and Wales, 1856, App. p.73.
11. Official Records of the World Health Organisation, 1948, 11, 23.
12. Official Records of the World Health Organisation, 1948, 2, 110.
13. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Sexta revisión. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1949.
14. 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 no publicado WHO/H.A/7 Rev. Conf./17 Rev. 1).
15. Third Report of the Expert Committee on Health Statistics. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1952 (WHO Technical Report Series, No. 53).

16. Report of the International Conference for the Eighth Revision of the International Classification of Diseases. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1965 (documento no publicado WHO/ICD9/74.4).
17. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death, Volumen 1. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1977.
18. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1980.
19. Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001