

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud

Décima Revisión

Volumen 2
Manual de instrucciones
Edición de 2018

Publicación Científica No. 554

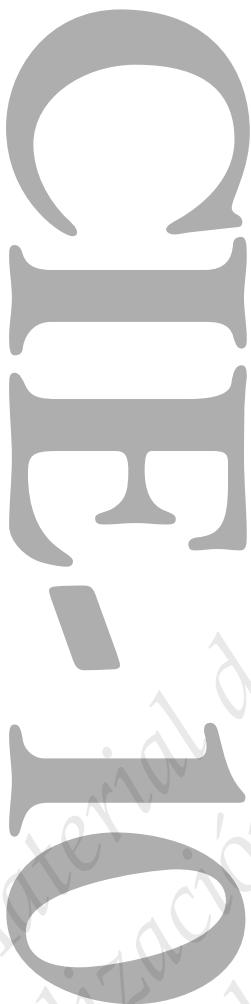


Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud

Décima Revisión

Volumen 2
Manual de instrucciones
Edición de 2018

Publicación Científica No. 554



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Edición original en inglés:
*International Statistical Classification of Diseases and
Related Health Problems*, 10th Revision, Fifth edition,
2016
© World Health Organization 2015
ISBN: 978-92-4154916-5

Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud.
10^a. Revisión. Edición de 2018. (Publicación Científica: 638).
Contenido: v.1. Lista de categorías – v. 2. Manual de instrucciones – v.3. Índice alfabético.
ISBN: 978-92-75-32020-4

© Organización Panamericana de la Salud 2018

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están disponibles en su sitio web en (www.paho.org). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web (www.paho.org/permissions).

Forma de cita propuesta. Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10^a. Revisión. Edición de 2018*. Washington, D.C.: OPS; 2018.

Catalogación en la Fuente: Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante, lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

La traducción al español fue realizada por el Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades, Centro Colaborador de la OMS para la Familia de Clasificaciones Internacionales en español. Las actualizaciones hasta el 2018 fueron realizadas por el Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OPS en México (CEMECE). La revisión técnica fue hecha por la Unidad de Sistemas de Información y Plataformas para la Salud de la OPS.

Contenido

1.	Introducción	1
2.	Descripción de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.....	2
2.1	Propósito y aplicabilidad	2
2.2.	El concepto de una “familia” de clasificaciones de enfermedades y problemas relacionados con la salud	3
	Clasificaciones de referencia.....	4
	Clasificaciones derivadas	5
	Clasificaciones relacionadas.....	5
2.2.1	Clasificaciones relacionadas con el diagnóstico	6
	Adaptaciones basadas en especialidades.....	6
	Oncología	6
	Dermatología.....	7
	Odontología y estomatología	7
	Neurología.....	7
	Reumatología y ortopedia	7
	Pediatría.....	8
	Trastornos mentales.....	8
2.2.2	Clasificaciones no diagnósticas	8
	Procedimientos en medicina	8
	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).....	9
	2.2.3. Apoyo de información para la atención primaria de salud	11
	2.2.4. Nomenclatura Internacional de Enfermedades	12
	2.2.5. El papel de la OMS	13
2.3.	Principios generales de clasificación de enfermedades.....	13
2.4.	La estructura básica y los principios de clasificación de la CIE.....	14
2.4.1.	Volúmenes.....	15
2.4.2.	Capítulos	16
2.4.3.	Grupos de categorías.....	17
2.4.4.	Categorías de tres caracteres	17
2.4.5.	Subcategorías de cuatro caracteres	17
2.4.6.	Subdivisiones suplementarias para uso a nivel de quinto carácter o subsecuentes	18
2.4.7.	Uso de los códigos “U”	18
3.	Cómo utilizar la CIE.....	19
3.1	3.1 Cómo utilizar el Volumen 1	19
3.1.1	3.1.1 Introducción.....	19
3.1.2	3.1.2 Uso de la lista tabular de inclusiones y subcategorías de cuatro caracteres	19
	Términos de inclusión	19
	Términos de exclusión	20

Descripciones de glosarios.....	20
3.1.3 Dos códigos para algunas afecciones	21
El sistema de “daga y asterisco” (o “cruz y asterisco”)	21
Otras codificaciones dobles opcionales.....	22
3.1.4 Convenciones utilizadas en la lista tabular.....	23
Paréntesis ().....	23
Corchetes [].....	24
Dos puntos:.....	24
Llave }	25
“SAI”	25
“No clasificado en otra parte”	25
“Y” en los títulos.....	26
Punto y guión -	26
3.1.5 Categorías con características comunes	26
Categorías de asterisco.....	26
Categorías limitadas a un sexo.....	26
Categorías para secuelas	27
Trastornos postprocedimiento	27
3.2. Cómo utilizar el Volumen 3	27
3.2.1. Organización del Índice alfabético	27
3.2.2 Estructura.....	28
3.2.3 Códigos.....	28
3.2.4 Convenciones utilizadas en el Índice alfabético.....	28
Paréntesis.....	28
“NCOP”.....	28
Referencias cruzadas.....	28
3.3 Orientaciones básicas para la codificación.....	29
4. Reglas y orientaciones para la codificación de la mortalidad y de la morbilidad.....	31
4.1 Instrucciones para la codificación de mortalidad: causa básica de defunción.....	31
4.1.1 Propósito de las instrucciones: comparación internacional	31
4.1.2 Certificado internacional de defunción.....	32
4.1.3 Conceptos básicos.....	33
Secuencia.....	33
Relación causal.....	33
Duración	34
Causa terminal de la muerte	34
Punto de inicio.....	35
Punto de Inicio Tentativo	35
Causa obvia	36
Primera secuencia informada	36
Primera afección mencionada	38
Causa básica de defunción	38
Modificación	39

4.2 Instrucciones de codificación para mortalidad: selección de la causa básica de defunción.....	40
4.2.1 Localizar el punto de inicio (pasos SP1 a SP8).....	41
Paso SP1 – Una sola causa en el certificado de defunción	41
Paso SP2 – Solamente una línea utilizada en la parte 1	41
Paso SP3 – Más de una línea utilizada en la Parte 1, la primera causa en la línea más baja explica todas anotadas arriba.	42
Paso SP4 – La primera causa en la línea más baja utilizada no explica las anotadas arriba, pero una secuencia termina en la afección terminal	44
Paso SP5 - Ninguna secuencia en la Parte 1	46
Paso SP6 – Causa obvia	46
Paso SP7 – Afecciones mal definidas.....	48
Paso SP8 - Afecciones poco probables de causar la muerte	49
4.2.2 Comprobar modificaciones del punto de inicio (Pasos M1 a M4) ...	51
Paso M1 – Instrucciones especiales	51
Paso M2 – Especificidad	54
Paso M3 - Volver a comprobar el paso SP6, M1 y M2	55
Paso M4 - Instrucciones sobre procedimientos médicos, envenenamiento, lesión principal y muertes maternas	56
4.2.3 Instrucciones especiales sobre secuencias aceptadas y rechazadas (pasos SP3 - SP4)	57
● 4.2.4 Instrucciones especiales sobre causa obvia (Paso SP6).....	64
Tabla 1. Afecciones secundarias comunes	70
4.2.5 Instrucciones especiales sobre asociaciones y otras disposiciones (Paso M1)	72
Resumen de los códigos que no deben utilizarse como causa básica en la codificación de mortalidad	108
4.2.6 Instrucciones especiales sobre lesiones principales en muertes por causas externas (Paso M4)	110
4.2.7 Instrucciones especiales sobre el envenenamiento por drogas, medicamentos y sustancias biológicas (Paso M4).....	112
4.2.8 Instrucciones especiales sobre la mortalidad materna (paso M4)	118
4.2.9 Instrucciones especiales sobre cirugía y otros procedimientos médicos (paso M4).....	120
4.3 Instrucciones de codificación para la mortalidad: causas múltiples	124
4.3.1 Introducción.....	124
4.3.2 Diagnósticos inciertos.....	125
4.3.3 Cualquiera... o	125
4.3.4 Efecto de los términos de conexión.....	127
4.3.5 Tumores [neoplasias] malignos	131
4.3.5A. Comportamiento: ¿maligno, in situ, benigno o comportamiento incierto / desconocido?	131
4.3.5B. Tumores malignos: Primario o secundario	133
4.3.6 Secuelas	149

4.3.7 Instrucciones específicas sobre otras categorías de la CIE	150
4.3.8 Consistencia entre el sexo del paciente y el diagnóstico	153
4.4 Mortalidad perinatal: orientaciones para la certificación y reglas de codificación	154
4.4.1 Certificación de muertes perinatales.....	154
4.4.2 Certificación de las causas de muerte	155
4.4.3 Tabulación de la mortalidad perinatal por causa	157
4.4.4 Codificación de las causas de muerte perinatal	157
4.4.5 Reglas de codificación	158
Regla P1. Manera de morir o prematuridad anotadas en la parte (a).....	158
Regla P2. Dos o más afecciones anotadas en las partes (a) o (c)....	158
Regla P3. No hay anotaciones en las partes (a) o (c).....	159
Regla P4. Afecciones descritas en la parte que no corresponde	160
4.5 Morbilidad	160
4.5.1 Orientaciones para el registro de la información diagnóstica para el análisis de la morbilidad por afección única	161
Lineamientos generales	161
Especificidad y detalle.....	162
Diagnósticos y síntomas imprecisos	162
Contacto con servicios de salud por razones que no son enfermedades	162
Afecciones múltiples.....	163
Afecciones debidas a causas externas	163
Tratamiento de las secuelas.....	163
4.5.2 Orientaciones para la codificación de la “afección principal” y “otras afecciones”	164
Lineamientos generales	164
Códigos adicionalesopcionales	164
Codificación de las afecciones en las cuales se aplica el sistema de daga y asterisco	164
Codificación de sospecha de afecciones, síntomas, hallazgos anormales y situaciones en que no hay enfermedad	165
Codificación de causas múltiples	166
Codificación de las categorías combinadas.....	166
Codificación de las causas externas de morbilidad.....	167
Codificación de las secuelas de algunas afecciones.....	168
Codificación de las afecciones agudas y crónicas.....	169
Codificación de afecciones postoperatorias y de complicaciones....	169
4.5.3 Reglas para reselección cuando la “afección principal” se registra incorrectamente	170
Reglas para la reselección de la afección principal	171
Regla MB1: La afección menos importante se registra como “afección principal” y la más importante como “otra afección”.....	171

Regla MB2: Varias afecciones registradas como afección principal.....	171
Regla MB3: La afección mencionada como “afección principal” es un síntoma de una afección diagnosticada y tratada.....	171
Regla MB4: Especificidad.....	171
Regla MB5: Diagnósticos principales alternativos	171
Regla MB1: La afección menos importante se registra como “afección principal” y la más importante como “otra afección”.....	172
Regla MB2: Varias afecciones registradas como afección principal.....	173
Regla MB3: La afección mencionada como “afección principal” es un síntoma de una afección diagnosticada y tratada.....	174
Regla MB4: Especificidad.....	175
Regla MB5: Diagnósticos principales alternativos	176
4.5.4 Notas específicas por capítulo	176
Capítulo I: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	177
B20–B24 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] (SIDA)	177
B90–B94 Secuelas de enfermedades infecciosas y parasitarias	178
B95–B98 Bacterias, virus y otros agentes infecciosos.....	178
Capítulo II: Tumores [neoplasias].....	179
C79.9 Tumor maligno secundario de sitio no especificado.....	180
C80 Tumor maligno de sitios no especificados.....	180
C80.0 Tumor maligno, de sitio primario desconocido, así descrito C80.9 Tumor maligno, de sitio primario no especificado ..	180
C97 Tumores malignos (primarios) de sitios múltiples independientes.....	180
Capítulo III: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	180
Capítulo IV: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.....	181
E10–E14 Diabetes mellitus	181
E34.0 Síndrome carcinoide	182
E64.– Secuelas de la desnutrición y de otras deficiencias nutricionales	182
E68 Secuela de hiperalimentación	182
Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento	182
Capítulo VI: Enfermedades del sistema nervioso	182
G09 Secuelas de enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central	182
G81–G83 Síndromes paralíticos	183
Capítulo VII: Enfermedades del ojo y sus anexos	184
H54.– Ceguera y deficiencia visual (binocular o monocular).....	184
Capítulo VIII: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides ...	184

H90–H91 Pérdida de la audición	184
Capítulo IX: Enfermedades del sistema circulatorio	184
115.– Hipertensión secundaria	184
169.– Secuela de enfermedad cerebrovascular	184
Capítulo XV: Embarazo, parto y puerperio.....	184
O08.– Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	184
O80–O84 Parto.....	185
O98–O99 Enfermedades maternas clasificables en otra parte, que complican el embarazo, el parto o el puerperio.....	186
Capítulo XVIII: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.....	187
Capítulo XIX: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	187
T90–T98 Secuelas de traumatismos, de envenenamientos y de otras consecuencias de causas externas.....	188
Capítulo XX: Causas externas de morbilidad y mortalidad.....	188
5. Presentación estadística.....	189
5.1 Introducción.....	189
5.1 Fuente de los datos.....	189
5.1 Nivel de detalle por causa en las tabulaciones.....	189
5.4 Listas especiales recomendadas para la tabulación de la mortalidad	190
5.4.1 Listas condensadas	190
5.4.2 Listas seleccionadas.....	190
5.4.3 Uso de prefijos para identificar las listas de mortalidad	191
5.4.4 Listas elaboradas localmente	191
5.5 Lista especial de tabulación para la morbilidad	191
5.5.1 Descripción.....	191
5.5.2 Modificación de la lista especial de tabulación para la morbilidad de acuerdo con las necesidades nacionales	192
5.6 Recomendaciones en relación con los cuadros estadísticos para comparación internacional.....	192
5.6.1 Cuadros estadísticos	192
5.6.2 Tabulación de causas de defunción.....	193
5.7 Estándares y recomendaciones relacionados con los informes sobre mortalidad fetal, perinatal, neonatal e infantil	193
5.7.1 Definiciones	194
5.7.2 Criterios para notificar la información.....	196
5.7.3 Estadísticas para comparación internacional	196
Tasas y Razones	197
5.7.4 Presentación de causas de mortalidad perinatal	198
Clasificación por edades para estadísticas especiales de mortalidad infantil	198
Clasificación por edades de las muertes neonatales precoces	199

Clasificación del peso al nacer para las estadísticas de mortalidad perinatal.....	199
Clasificación de la edad gestacional para las estadísticas de mortalidad perinatal.....	199
5.8 Estándares y requerimientos para los informes relacionados con la mortalidad materna	199
5.8.1 Definiciones	199
5.8.2 Información internacional.....	200
5.8.3 Publicación de las tasas de mortalidad materna	200
5.8.4 Denominadores para la mortalidad materna.....	200
Tasa y razones	201
5.9 Proporción de muertes clasificadas en causas mal definidas	201
5.10 Morbilidad.....	201
5.11 Precauciones cuando las listas de tabulación incluyen subtotales	202
5.12 Problemas de las poblaciones pequeñas.....	202
5.13 “Celdas vacías” y celdas con frecuencias bajas	203
5.14 Recomendaciones.....	203
6. Historia del desarrollo de la CIE	206
6.1 Origen	206
6.2 Adopción de la Lista Internacional de Causas de Defunción	207
6.3 La Quinta Conferencia de Revisión Decenal.....	209
6.4 Las primeras clasificaciones de enfermedades para estadísticas de morbilidad	211
6.5 Comité de los Estados Unidos para las Causas Conjuntas de Defunción.....	213
6.6 Sexta Revisión de las Listas Internacionales	214
6.7 La Séptima y Octava Revisiones	216
6.8 La Novena Revisión	216
6.9 Preparaciones para la Décima Revisión	217
7. Anexos.....	219
7.1 Modelo internacional de certificado médico de causa de defunción	219
7.1.1 Modelo internacional de certificado médico de causa de defunción	219
7.1.2 Causa de muerte en el certificado de defunción de acuerdo con la Guía rápida de referencia de la CIE-10.....	220
Causa de muerte en el certificado- ¿Cómo se registra?.....	221
Causa de muerte en el certificado - paso a paso.....	222
Términos poco definidos frecuentemente utilizados.....	223
7.1.3 Detalles adicionales sugeridos para muertes perinatales (mortinatos y nacidos vivos muriendo a las 168 horas [1 semana] después del nacimiento).....	224
7.2 Lista de afecciones que pueden ser consideradas como consecuencias directas de cirugías y otros procedimientos médicos invasivos	225
7.2.1 Lista de afecciones consideradas como consecuencias obvias de la cirugía	225

7.2.2	Lista de afecciones consideradas como consecuencias obvias de otros procedimientos médicos invasivos	230
7.3	Lista de afecciones mal definidas	233
7.4	Lista de afecciones poco probables de provocar la muerte	234
7.5	Causas del VIH	247
7.6	Lista de afecciones que pueden provocar diabetes	247
7.7	Clasificación de prioridad de la CIE-10, códigos de naturaleza de las lesiones (1 = Prioridad más alta)	249
7.8	Lista de categorías de códigos limitadas a, o más propensas a ocurrir en, solamente un sexo	255
7.8.1	Lista de categorías de códigos limitadas a, o más propensas a ocurrir en mujeres	255
7.8.2	Lista de categorías de códigos limitadas a, o más propensas a ocurrir en, hombres.....	261
7.9	Lista de términos revisados en las instrucciones de codificación para mortalidad	262
8.	Referencias	263
	Índice	265

1. Introducción

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

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

Si los problemas que surgen con el uso de la CIE no pueden ser resueltos localmente o con la ayuda de las oficinas nacionales de estadística, se aconseja solicitar la ayuda de los Centros Colaboradores de la OMS para la Familia de Clasificaciones Internacionales. Existen tres Centros de Referencia en español, los cuales son: Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades (CEMECE); Centro Argentino para la Clasificación de Enfermedades (CACE); y el Centro Centro Cubano para la Clasificación de Enfermedades (CECUCE) (ver Volumen 1).

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

2.1 Propósito y aplicabilidad

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

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

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

2.2. El concepto de una “familia” de clasificaciones de enfermedades y problemas relacionados con la salud

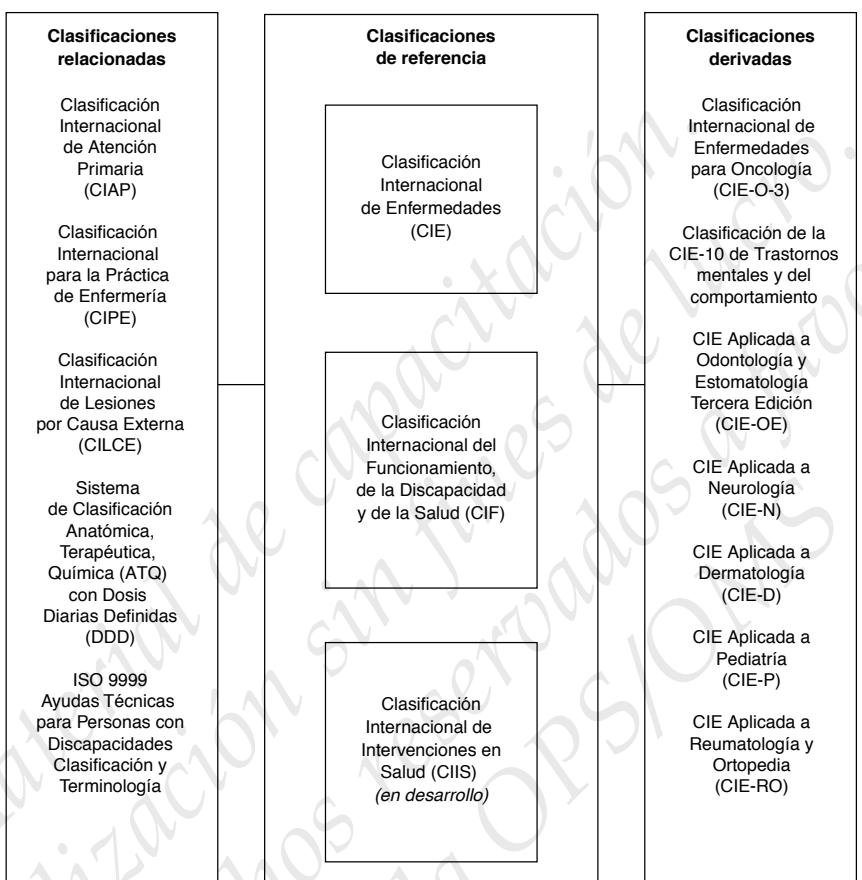
Aunque la CIE es apropiada para muchas aplicaciones diferentes, no atiende todas las necesidades de sus diversos usuarios. No proporciona suficientes datos útiles para algunas especialidades y a veces se requiere información sobre distintos atributos de las afecciones clasificadas. La CIE tampoco es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

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

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

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

Figura 1. Representación esquemática de la FCI-OMS



Clasificaciones de referencia

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

Actualmente hay dos clasificaciones de referencia en la FCI-OMS: la CIE como una clasificación de referencia para captar la información sobre la mortalidad y la morbilidad y la CIF para captar la información sobre diversos dominios del

funcionamiento humano y la discapacidad. La OMS ha estado explorando la posibilidad de reemplazar la anterior *Clasificación Internacional de Procedimientos en Medicina* (véase 2.2.2 Clasificaciones no diagnósticas) por una nueva Clasificación Internacional de Intervenciones en Salud (CIIS). Este proceso se llevará a cabo sobre varias etapas de consulta, pruebas sobre el terreno y la aprobación por los cuerpos directivos de la OMS.

Clasificaciones derivadas

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

Dentro de la FCI-OMS las clasificaciones derivadas incluyen adaptaciones basadas en especialidades de la CIF y la CIE, como la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O-3), la Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicada a Odontología y Estomatología, 3a Edición, (CIE-OE) [*Application of the International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology, 3rd Edition (ICD- DA)*], la Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico de la CIE-10, y la Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicada a Neurología [*Application of the International Classification of Diseases to Neurology (ICD-10-NA)*] (véase 2.2.2 Clasificaciones relacionadas con el diagnóstico).

Clasificaciones relacionadas

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

2.2.1 Clasificaciones relacionadas con el diagnóstico

Listas especiales de tabulación

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

Adaptaciones basadas en especialidades

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

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

Oncología

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

El código morfológico para neoplasias es idéntico al que aparece en *Systematized Nomenclature in Medicine* [Nomenclatura sistematizada de medicina] (SNOMED) (2), la cual se deriva de la edición de 1968 del *Manual of Tumor Nomenclature and Coding* [Manual de Nomenclatura y Código de Tumores] (MOTNAC) (3) y

de *Systematized Nomenclature of Pathology* [Nomenclatura Sistematizada de Patología] (SNOP) (4). El código de morfología tiene cinco caracteres; los primeros cuatro identifican el tipo histológico, y el quinto, el comportamiento de la neoplasia (maligna, *in situ*, benigna, etc.). El código morfológico de la CIE-O también aparece en el Volumen 1 de la CIE-10 y en las principales entradas en el Volumen 3 (Índice alfabético). Existen tablas para la conversión de los códigos de la tercera edición de la CIE-O a la CIE-10.

Dermatología

En 1978, la Asociación Británica de Dermatólogos publicó el *International Coding Index for Dermatology* (Índice internacional de códigos para dermatología) (5), compatible con la Novena Revisión de la CIE. La mencionada Asociación también publicó una adaptación de la CIE-10 para dermatología, bajo los auspicios de la Liga Internacional de Sociedades de Dermatología.

Odontología y estomatología

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

Neurología

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

Reumatología y ortopedia

La Liga Internacional contra el Reumatismo trabaja en una revisión de *Application of the International Classification of Diseases to Rheumatology and Orthopaedics* [Aplicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades en Reumatología y Ortopedia, CIE-RO] (ICD-R&O), que incluye la *International Classification of Musculoskeletal Disorders* [Clasificación Internacional de Trastornos Musculoesqueléticos, CITME] (ICMSD), para hacerla compatible con la CIE-10. La CIE-RO

provee especificación detallada de las afecciones con el uso de caracteres adicionales, los cuales permiten un mayor detalle mientras retienen la compatibilidad con la CIE-10. La CITME está diseñada para clarificar y estandarizar el uso de términos y contiene un glosario de descriptores genéricos para grupos de afecciones o trastornos, tales como las poliartropatías inflamatorias.

Pediatria

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

Trastornos mentales

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

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

2.2.2 Clasificaciones no diagnósticas

Procedimientos en medicina

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

Los Directores de los Centros Colaboradores de la OMS para la Clasificación de Enfermedades reconocieron que el proceso de consultas que se debería haber reali-

zado antes de la publicación de esta clasificación fue inapropiado en un campo tan amplio y de avance tan rápido. Por lo tanto, recomendaron que no se hiciera una revisión de la CIPM junto con la Décima Revisión de la CIE.

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

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

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

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

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

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

La CIF ha reemplazado a la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (CIDDM). En consecuencia, los términos y definiciones de la vieja CIDDM se han reemplazado con los siguientes términos y definiciones de la nueva CIF (7):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Los códigos de la CIF solo están completos con la presencia de un calificador, que denota una magnitud del nivel de salud (por ejemplo, gravedad del problema). Los calificadores se codifican como uno, dos o más números después de un punto (o

separador). El uso de cualquier código debe ir acompañado de al menos un calificador. Sin calificadores, los códigos no tienen ningún significado inherente. El primer calificador para Funciones y Estructuras Corporales, los calificadores de desempeño y de capacidad para Actividades y Participación y el primer calificador para los Factores Ambientales todos describen el grado de los problemas en el componente respectivo.

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

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

2.2.3. Apoyo de información para la atención primaria de salud

Uno de los desafíos de la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000 es proveer información de apoyo para la atención primaria de salud. En países que tienen información incompleta o de baja calidad, se necesita una variedad de enfoques para adaptar, suplementar o reemplazar el uso convencional de la CIE. Desde el final de la década de 1970, varios países han experimentado con la recolección de información por personal no médico (lego). La notificación por personal no médico (“lay reporting”) ha sido subsecuentemente extendida a un concepto amplio denominado “métodos no convencionales”. En diferentes países estos métodos, que cubren una variedad de enfoques, han evolucionado como medios de obtener información acerca del estado de salud de la población donde los métodos convencionales (censos, encuestas, estadísticas vitales y estadísticas de morbilidad) han resultado inadecuados.

Uno de tales enfoques, denominado “información basada en la comunidad”, impli-

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

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

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

2.2.4. Nomenclatura Internacional de Enfermedades

En 1970, el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (COICM) comenzó la preparación de una Nomenclatura Internacional de Enfermedades (NIE) con la colaboración de sus organizaciones miembros, y entre 1972 y 1974 publicó cinco volúmenes de nomenclatura provisional. Sin embargo, pronto quedó claro que la recopilación de tal nomenclatura, para que fuera realmente internacional, necesitaría una consulta mucho más amplia de la que era posible a través de los miembros del COICM solamente. En 1975, la NIE pasó a ser un proyecto conjunto entre el COICM y la OMS, orientado por un Comité Técnico Directivo integrado por representantes de ambas organizaciones.

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

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

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

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

2.2.5. El papel de la OMS

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

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

2.3. Principios generales de clasificación de enfermedades

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La diferencia entre los capítulos de “grupos especiales” y los dedicados a los “sistemas del cuerpo” tiene implicaciones prácticas para codificarlos, para entender la estructura de la clasificación y para interpretar las estadísticas basadas en la misma. Debe recordarse que, en general, las afecciones se clasifican primariamente en uno de los capítulos de los “grupos especiales”. Cuando hay alguna duda en relación con el lugar donde debe ubicarse una afección, los capítulos de grupos especiales deben tener prioridad.

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

2.4.1. Volúmenes

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

La mayor parte del Volumen 1 está dedicada a la clasificación principal, compuesta de la lista de categorías de tres caracteres y la lista tabular de inclusiones y subcategorías de cuatro caracteres. El “núcleo” de la clasificación —la lista de categorías de tres caracteres— es el nivel obligatorio para notificar al banco de datos de la OMS y para la comparación general internacional. Este núcleo de la clasificación también

presenta los títulos de los capítulos y de los bloques o grupos. La lista tabular, que da el detalle completo hasta nivel del cuarto carácter, está dividida en 22 capítulos. El volumen 1 también contiene:

- *Listas especiales de tabulación.* Debido a que la lista de categorías de cuatro caracteres de la CIE, e incluso la lista de categorías de tres caracteres, es demasiado larga para ser presentada en cada cuadro estadístico, la mayoría de las estadísticas de rutina utiliza una lista de tabulación que destaca algunas enfermedades en particular, y agrupa otras. Las cuatro listas para la tabulación de la mortalidad son una parte integral de la CIE. Las listas 1 y 2 son para la mortalidad general, y las listas 3 y 4 para la mortalidad infantil y en la niñez (edades de 0 a 4 años). Existe también una lista especial de tabulación para la morbilidad. En la parte 5 de este volumen se dan orientaciones para el uso apropiado de los varios niveles de la clasificación y de las listas de tabulación.
- *Definiciones.* Las definiciones que se presentan en el Volumen 1 han sido adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud y se incluyen para facilitar la comparabilidad internacional de los datos.
- *Reglamentos de nomenclatura.* Los reglamentos adoptados por la Asamblea Mundial de la Salud establecen las responsabilidades formales de los Estados Miembros de la OMS en relación con la clasificación de enfermedades y causas de muerte, y la recopilación y publicación de estadísticas. Estos se presentan en el Volumen 1.

2.4.2. Capítulos

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

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

Los capítulos I al XVII se relacionan con enfermedades y otras entidades morbosas, y el Capítulo XIX con traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas. Los capítulos restantes completan el rango de materias incluidas actualmente en la información diagnóstica. El Capítulo XVIII cubre los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte. El Capítulo XX, Causas externas de morbilidad y de mortalidad, tradicionalmente se utilizaba para clasificar causas de traumatismos y envenenamientos, pero desde la Novena Revisión también ha permitido registrar

la causa externa de enfermedades y otras entidades morbosas. El Capítulo XXI, Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, se utiliza para clasificar la información que explica las razones por las cuales contacta los servicios de salud una persona que no está enferma, o las circunstancias en las cuales el paciente recibe atención médica en un momento particular, o que influyen de alguna manera en la atención de una persona. Ver 2.4.7 para la descripción del Capítulo XXII.

2.4.3. Grupos de categorías

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

2.4.4. Categorías de tres caracteres

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

2.4.5. Subcategorías de cuatro caracteres

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo XIII— subdivisiones por sitio anatómico

Capítulo XIX— subdivisiones para indicar fracturas abiertas o cerradas, traumatismos intracraneales, intratorácicos e intraabdominales con o sin herida abierta

Capítulo XX— subdivisiones para indicar el tipo de actividad que se realizaba en el momento del suceso

2.4.7. Uso de los códigos “U”

Los códigos U00-U49 son para ser utilizados en la asignación provisional de nuevas enfermedades de etiología incierta. Los códigos U50-U85 pueden utilizarse en la investigación, por ejemplo, cuando se someta a prueba una clasificación alternativa para un proyecto especial. Actualmente, el rango incluye Síndrome Respiratorio Agudo Grave [SRAG] y códigos especiales para agentes bacterianos resistentes a los antibióticos.

3. Cómo utilizar la CIE

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

3.1 Cómo utilizar el Volumen 1

3.1.1 Introducción

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

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

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

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

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

Términos de inclusión

Dentro de las rúbricas¹ de tres y cuatro caracteres, generalmente están listados otros términos diagnósticos. Estos se conocen como “términos de inclusión” y

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

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

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

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

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

Términos de exclusión

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

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

Descripciones de glosarios

Además de los términos de inclusión y exclusión, el Capítulo V, Trastornos mentales y del comportamiento, contiene un glosario para describir el contenido de las rúbricas. Este recurso se utiliza porque la terminología de los trastornos mentales varía mucho, particularmente entre países diferentes, y un mismo nombre se puede utilizar para describir afecciones muy diferentes. El glosario no debe ser utilizado por los codificadores. En otras partes de la CIE aparecen tipos similares de definiciones, por ejemplo, en los Capítulos XX y XXI para clarificar el contenido de una rúbrica.

3.1.3 Dos códigos para algunas afecciones

El sistema de “daga y asterisco” (o “cruz y asterisco”)

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

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

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

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

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

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

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

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

A17.0 † Meningitis tuberculosa (G01*)

Leptomeningitis tuberculosa

Tuberculosis de meninges (cerebral) (espinal)

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

A17.8 † Otras tuberculosis del sistema nervioso

Absceso cerebral (G07*)

Meningoencefalitis (G05.0*)

Mielitis (G05.0*)

Polineuropatía (G63.0*)

Tuberculoma del encéfalo (G07*)

Tuberculosis de la médula espinal (G07*)

} tuberculoso(a)

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

A54.8 Otras infecciones gonocócicas:

...

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

} gonocócica(s)

Otras codificaciones dobles opcionales

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

Tales casos son los siguientes:

- (i) En infecciones locales, clasificables en los capítulos destinados a los “sistemas del cuerpo”, se pueden agregar códigos del Capítulo I para identificar el organismo infectante, cuando esta información no aparece en el título de la rúbrica. La clasificación provee un grupo de categorías (B95-B98) para este propósito, al final del Capítulo I.
- (ii) En tumores con actividad funcional, al código del Capítulo II se puede agregar el código apropiado del Capítulo IV, para indicar el tipo de actividad funcional.
- (iii) En tumores, el código morfológico, aunque no es parte del cuerpo principal de la CIE, puede añadirse al código del Capítulo II para indicar el tipo morfológico del tumor.
- (iv) En afecciones clasificables en F00 a F09 (Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos), en el Capítulo V, se puede agregar un código de otro capítulo para identificar la causa, por ejemplo: la enfermedad básica, traumatismo u otra lesión del cerebro.
- (v) Cuando una afección es ocasionada por un agente tóxico, se puede agregar un código del Capítulo XX para identificar tal agente.
- (vi) En traumatismos, envenenamientos y otros efectos adversos, cuando se pueden utilizar dos códigos, uno del Capítulo XIX que describe la naturaleza de la lesión y otro del Capítulo XX donde se describe la causa de la lesión, la decisión sobre cuál de los dos códigos debe ser considerado como adicional depende del propósito para el cual se recogió la información (ver la introducción al Capítulo XX del Volumen 1).

3.1.4 Convenciones utilizadas en la lista tabular

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

Paréntesis ()

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

- a) Para encerrar palabras complementarias, que pueden hallarse a continuación de un término diagnóstico sin afectar el código que corresponde a las palabras que están fuera de los paréntesis. Por ejemplo, en I10, donde el término de inclusión, Hipertensión (arterial) (benigna) (esencial) (maligna) (primaria) (sistémica), significa que el código I10 es para el término “Hiper-

tensión”, bien sea que aparezca solo o seguido por cualquiera de las palabras o combinación de las palabras que aparecen entre paréntesis.

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

H01.0 Blefaritis

Excluye: blefaroconjuntivitis (H10.5)

- c) En el caso de los títulos de los grupos para señalar las categorías que contiene cada uno de ellos.
- d) El último de los usos de los paréntesis fue incorporado a partir de la Novena Revisión y se relaciona con el sistema de daga y asterisco. El paréntesis se utiliza para encerrar el código de daga en una categoría de asterisco o el asterisco después de una categoría de daga.

Corchetes []

Los corchetes se utilizan:

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

A30 Lepra [enfermedad de Hansen]

- b) Para referirse a notas previas; por ejemplo,

C00.8 Lesión de sitios contiguos del labio
[Ver nota 5, al inicio de este capítulo]

- c) Para referirse a un conjunto de subdivisiones de cuarto carácter, previamente establecido, común a un grupo de categorías; por ejemplo,

K27 Úlcera péptica, de sitio no especificado

[Para el cuarto carácter ver las subdivisiones antes de K25]

Dos puntos:

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

Llave }

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

O71.6 Traumatismo obstétrico de los ligamentos y articulaciones de la pelvis

Avulsión del cartílago de la síntesis del pubis	}	obstétrica
Diástasis de la síntesis (del pubis)		
Lesión traumática del cóccix		

"SAI"

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

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

“No clasificado en otra parte”

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

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

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

“Y” en los títulos

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

Punto y guión .-

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

G03 Meningitis debida a otras causas y a las no especificadas

Excluye: meningoencefalitis (G04.-)
meningomielitis (G04.-)

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

3.1.5 Categorías con características comunes

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

Categorías de asterisco

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

Categorías limitadas a un sexo

Algunas enfermedades, lesiones y factores afectan el estado de salud y limitan el contacto con servicios de salud, o mantienen una mayor posibilidad de contacto en un solo género. El Anexo 7.8 incluye una lista de dichas afecciones. Se recomienda utilizar esta lista para verificar la consistencia de los datos al momento de codificar. En caso de que el diagnóstico y el género reportado sean incongruentes, se debe aclarar la información adquirida.

En la sección 4.3.7 se proporcionan los lineamientos para gestionar las incongruencias entre la causa de defunción y el género de los fallecidos.

Categorías para secuelas

Las siguientes categorías se proveen para secuelas de afecciones que ya no están en fase activa:

B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89.

En las secciones 4.3.6 y 4.5.2 se encuentran las orientaciones para codificar las secuelas tanto en el caso de la mortalidad como de la morbilidad.

Trastornos postprocedimiento

Las siguientes categorías no pueden utilizarse para codificar la causa básica de muerte. En la sección 4.5.2 se muestran los lineamientos para la codificación de la morbilidad:

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

3.2. Cómo utilizar el Volumen 3

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

3.2.1. Organización del Índice alfabético

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

- La Sección I contiene todos los términos clasificables en los Capítulos I a XIX y en el Capítulo XXI, excepto medicamentos y otros productos químicos.
- La Sección II es el índice de las causas externas de morbilidad y mortalidad, y contiene todos los términos clasificables en el Capítulo XX, excepto medicamentos y otros productos químicos.
- La Sección III contiene la Tabla de medicamentos y productos químicos, que incluye los códigos para el envenenamiento y los efectos adversos de los medicamentos y productos químicos clasificables en el Capítulo XIX, y los códigos del Capítulo XX que indican si el envenenamiento fue accidental, deliberado (autoinfligido) o indeterminado, o un efecto adverso de una sustancia apropiada administrada correctamente.

3.2.2 Estructura

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

3.2.3 Códigos

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

3.2.4 Convenciones utilizadas en el Índice alfabético

Paréntesis

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

“NCOP”

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

Referencias cruzadas

Las referencias cruzadas se utilizan para evitar duplicación innecesaria de términos en el Índice. Con la palabra “ver” se orienta al codificador a referirse a otro término; “ver también” dirige al codificador a buscar en otra parte del Índice si el término que está codificando contiene otra información que no se encuentra debajo del término al cual se agrega “ver también”.

3.3 Orientaciones básicas para la codificación

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

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

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

1. Identifique el tipo de información que va a codificar y busque en la sección apropiada del Índice alfabético. (Si la información corresponde a una enfermedad o traumatismo u otra afección clasificable en los Capítulos I-XIX o XXI-XXII, consulte la Sección I del Índice. Si la información es la causa de un traumatismo u otro evento clasificable en el Capítulo XX, consulte la Sección II.)
2. Localice el término principal. Para las enfermedades y traumatismos, por lo general este es un nombre para el estado patológico. Sin embargo, algunas afecciones expresadas en forma de adjetivos o epónimos se incluyen en el Índice como términos principales.
3. Lea y oriéntese por las notas que aparecen debajo del término principal.
4. Lea todos los términos encerrados entre paréntesis después del término principal (estos términos no afectan la selección del código). Lea también todos los términos indentados debajo del término principal (estos términos pueden afectar la selección del código), hasta que todas las palabras contenidas en la expresión diagnóstica hayan sido tomadas en cuenta.
5. Siga cuidadosamente cualquier referencia cruzada (“ver” y “ver también”) que se encuentre en el Índice.
6. Diríjase luego a la Lista tabular del Volumen 1 para verificar si el código seleccionado es realmente el que corresponde. Observe que cuando un código de tres caracteres aparece en el Índice seguido por un guion en la cuarta posición, eso significa que hay un cuarto carácter que debe ser buscado en el Volumen 1. Otras subdivisiones que pueden usarse (en posiciones de quinto o sexto carácter) no están en el Índice y, si se utilizan, deben buscarse en el Volumen 1.

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

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

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

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

4.1 Instrucciones para la codificación de mortalidad: causa básica de defunción

En la Conferencia para la Sexta Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades se acordó que la causa de muerte para la tabulación primaria se denominará causa básica de defunción.

Desde el punto de vista de la prevención de la muerte, es necesario romper la cadena de sucesos o realizar la curación en algún momento de la evolución de la enfermedad; el objetivo de la salud pública más efectivo es la prevención de las causas que lleven a la precipitación del funcionamiento del organismo. Para este propósito, la causa básica de defunción ha sido definida como “(a) la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte o (b) las circunstancias del accidente o la violencia que produjo la lesión fatal” (28). Sin embargo, para algunas afecciones o lesiones se aplican reglas especiales.

Las Secciones 4.1 – 4.3 contienen instrucciones sobre la codificación de la causa de defunción para las estadísticas de mortalidad. La primera Sección 4.1 explica los conceptos básicos; la Sección 4.2 explica cómo identificar la causa básica de defunción y la Sección 4.3 proporciona más detalles sobre la forma de codificar causas múltiples de muerte.

4.1.1 Propósito de las instrucciones: comparación internacional

Las estadísticas de mortalidad se utilizan ampliamente en la investigación médica, el monitoreo de salud pública, evaluación de las intervenciones de salud, así como en la planeación y el seguimiento del cuidado de la salud. El análisis de los datos de mortalidad, por lo general, involucra la comparación de conjuntos de datos, por ejemplo, aquellos que representan distintas regiones o distintos puntos en el tiempo. A menos que los datos sean producto de los mismos métodos y conforme a los mismos estándares, estas comparaciones llevarán a resultados erróneos. Por tanto, para estandarizar la generación de datos de mortalidad, la OMS emite

instrucciones internacionales sobre la recolección de datos; así como de la codificación y clasificación, al igual que la presentación estadística de la causa de defunción. Es de suma importancia que la generación de los datos de mortalidad cumpla con los procedimientos detallados a continuación; ya que cualquier desviación de las instrucciones internacionales perjudicará la comparación internacional.

El propósito de estas instrucciones es la optimización de las estadísticas de mortalidad desde una perspectiva de salud pública. Algunas instrucciones pueden parecer erróneas o cuestionables desde un punto de vista médico, pero, pesar de ello, no deberán ser ignoradas, ya que pueden ser producto de principios epidemiológicos y de salud pública bien fundamentados. En el caso de encontrar un error aparente, éste debe reportarse a la OMS, quien se encargará de explicar la razón de dicha instrucción o de tomar las medidas necesarias para corregir el error a nivel internacional. Los países no deben corregir lo que se asume como un error, ya que los cambios a nivel nacional provocarán que los datos obtenidos sean menos comparables a aquellos obtenidos en otros países, y por lo tanto menos útiles para el análisis.

4.1.2 Certificado internacional de defunción

Las instrucciones para la codificación internacional de mortalidad presuponen que los datos han sido recolectados mediante un certificado de defunción que cumple con el Formato internacional del Certificado médico de causas de defunción (consulte el Anexo 7.1). De otra forma, las causas de la defunción no pueden ser codificadas de acuerdo con el estándar internacional y los datos no podrán ser comparables con los de otros países. Por ejemplo, algunas instrucciones de codificación aplican a afecciones reportadas que (a su vez) fueron provocadas por otras afecciones específicas; para este tipo de casos es importante contar con una clara distinción entre las causas reportadas en la parte 1 y 2 del certificado. Adicionalmente, la información reportada en otro apartado del certificado, tal como la forma de morir o si el embarazo contribuyó a la muerte, es esencial al utilizar múltiples códigos de causas para las afecciones descritas en el certificado.

Es responsabilidad del profesional médico o otro certificador calificado que valide el certificado de defunción indicar las afecciones mórbidas que condujeron directamente a la muerte y declarar cualquier afección previa que pueda surgir para esta causa. El certificador debe aplicar su juicio clínico al completar el certificado médico de defunción. Los sistemas automatizados no deben incluir listas u otros indicadores para guiar al certificador, ya que inevitablemente limitan el rango de diagnósticos y, por tanto, generan un efecto adverso en la precisión y utilidad del reporte.

La parte médica del formato se encuentra dividida en dos partes: la parte 1 se encuentra destinada a enfermedades relacionadas con la secuencia de eventos que llevaron directamente a la muerte; la parte 2 para las causas no relacionadas, pero que contribuyeron a la muerte. En el certificado deben ser registrados todos los

datos adicionales que son necesarios para codificar correctamente la causa básica, mientras que el formato (consulte Anexo 7.1) indica qué otra información debe ser recolectada. Para unificar la forma en que esta información es recolectada en distintos países, se deberá seguir el formato al pie de la letra. Posteriormente, la información podrá ser utilizada para la codificación manual o electrónica de las múltiples causas de muerte.

4.1.3 Conceptos básicos

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

Secuencia

El término ‘secuencia’ se refiere a la cadena o serie de eventos médicos en los cuales cada uno es una complicación de, o es causada por la afección previa.

- Ejemplo 1: 1 (a) Infarto del miocardio
debido a
 (b) Trombosis coronaria
debido a
 (c) Arteriosclerosis coronaria.

El Infarto del miocardio es provocado por la trombosis coronaria, que, a su vez, es provocada por una Arteriosclerosis coronaria. Por consiguiente, la secuencia es: Infarto del miocardio causado por la trombosis coronaria provocada por Arteriosclerosis coronaria.

- Ejemplo 2: 1 (a) Hemorragia masiva
debido a
 (b) Amputación traumática de la pierna derecha
debido a
 (c) Atropellamiento por automóvil

La hemorragia es una complicación de la amputación traumática, que, a su vez, fue provocada por el accidente en el vehículo. Por consiguiente, la secuencia es: hemorragia masiva provocada por la amputación traumática de la pierna derecha provocada por el atropellamiento por automóvil.

Relación causal

Existe una relación causal si una afección mencionada en el certificado puede ser causada por otra afección mencionada también en el certificado. No obstante, ya

sea que la relación causal sea considerada como aceptable o no para la codificación de la mortalidad, la misma se fundamenta no solo en la evaluación médica, sino también en las consideraciones epidemiológicas y de salud pública. Por tanto, una relación médica acceptable puede enlistarse como inaceptable en las instrucciones de codificación, debido a que un último paso en la secuencia es más relevante desde una perspectiva de salud pública.

Por tanto, para decidir la veracidad sobre una relación causal considerada como aceptable o no, primero es necesario revisar las instrucciones en la Sección 4.2.3, Instrucciones especiales sobre secuencias aceptadas o rechazadas. Las relaciones declaradas que no se encuentren enlistadas en la Sección 4.2.3 deberán ser aceptadas en la medida de lo posible; la opinión del certificante sobre la causa de defunción no podrá ser desestimada. Si una relación declarada parece altamente improbable, se deben consultar las tablas de decisión internacionalmente aceptadas para la codificación de la mortalidad.

Una secuencia reportada que parezca improbable debe aceptarse cuando uno o más de los pasos intermedios puedan explicar la relación causal. Por ejemplo, una hematemesis es declarada como debida a cirrosis hepática, se asume que la hematemesis fue causada por una ruptura de varices esofágicas; estas últimas siendo provocadas por hipertensión portal y la hipertensión portal siendo provocada por cirrosis en el hígado. Estas causas intermedias no deben ser utilizadas para modificar la codificación.

Observe que una afección A nunca puede ser provocada por una afección B si la afección A tiene una duración mayor o se presenta antes que la afección B.

Duración

En los certificados de defunción, cada afección reportada debe incluir también información sobre la duración de la misma. Esta característica se refiere al periodo de tiempo entre la aparición de la enfermedad o afección y la hora de la muerte. Cabe destacar que no siempre es el mismo tiempo que el diagnóstico de la afección, el cual puede hacerse al mismo tiempo o después de la aparición de los síntomas.

Causa terminal de la muerte

Ésta es la primera afección que se registra en la primera línea de la parte 1 del certificado de defunción.

- Ejemplo 3: 1(a) Infarto del miocardio y edema pulmonar
 debido a
 (b) Arteriosclerosis coronaria

El Infarto del miocardio es la causa terminal de muerte, ya que fue el primero registrado en la primera línea del certificado de defunción.

Punto de inicio

Es la afección o evento que inició la secuencia de la relación causal aceptable que culminó en la causa terminal de muerte. En un certificado de defunción debidamente completado, la afección reportada en la última línea utilizada en la parte 1 es el punto de inicio para la secuencia.

- Ejemplo 4: 1 (a) Infarto del miocardio y edema pulmonar
debido a
 (b) Arteriosclerosis coronaria

La Arteriosclerosis coronaria es el punto de inicio, ya que fue la afección que comenzó la secuencia de eventos que llevaron a la muerte.

- Ejemplo 5: 1 (a) Neumonía
debido a
 (b) Fractura de cadera
debido a
 (c) Tropiezo con alfombra

El tropiezo con la alfombra es el punto de inicio, ya que fue la afección que inició la secuencia de eventos que llevaron a la muerte.

Punto de Inicio Tentativo

En un certificado correctamente llenado, la afección reportada en la última línea de la parte 1 es el punto de inicio. Sin embargo, si el certificado no es llenado correctamente, es posible que el punto de inicio haya sido reportado en otro apartado. En estos casos, las instrucciones sobre cómo identificar el punto de inicio son complejas; es posible aplicar varias instrucciones en el mismo certificado de defunción, por lo que es importante seguir las instrucciones paso a paso en la Sección 4.2.1, Localizar el punto de inicio. En cada etapa en la que se identifica un punto de inicio tentativo, esa afección se considera provisionalmente como un punto de inicio que, en etapas posteriores, puede ser provocada por alguna otra. El punto de inicio tentativo puede cambiar en diferentes ocasiones conforme se apliquen las instrucciones al certificado.

Debe tomarse en cuenta también la información adicional sobre las relaciones causales que el certificador haya proporcionado. Esto aplica también si la información aparece en el lugar equivocado del certificado. Por ejemplo, si la secuencia en la parte 1 comienza con una afección A, mientras que la información en otro apartado del certificado señala que la afección A fue provocada por la afección B, entonces se puede considerar la afección B como punto de inicio tentativo.

Causa obvia

Varias instrucciones de codificación indican verificar si el punto de inicio tentativo en sí mismo fue obviamente provocado por otra causa mencionada en la misma línea o más abajo en el certificado. La palabra ‘obvia’ es importante, por lo que no deben existir dudas sobre la relación entre las afecciones. Se proporcionan indicaciones más adelante en la Sección 4.2.1, Paso SP6 – Causa obvia y en la Sección 4.2.4, Instrucciones especiales sobre una causa obvia (paso SP6).

- Ejemplo 2:
- 1 (a) Sepsis
 - debido a*
 - (b) Peritonitis
 - debido a*
 - 2 Apendicitis con ruptura

La peritonitis comenzó la secuencia de eventos reportada en la parte 1, por lo que es el punto de inicio tentativo. Sin embargo, la apendicitis con ruptura es una causa obvia de peritonitis. Por tanto, la secuencia de eventos comienza con la apendicitis y, por consecuencia, es el punto de inicio de la secuencia de eventos que culmina en sepsis, la causa terminal de la muerte.

Primera secuencia informada

Un certificado de defunción puede contener diferentes secuencias. En este caso, las instrucciones para su codificación indican dónde se puede encontrar el punto de inicio para la primera secuencia informada.

Para identificar el punto de inicio de la primera secuencia informada, comience con la causa terminal de muerte (la primera afección mencionada en la línea superior en la Parte 1). Establezca si la primera afección informada en la siguiente línea de la Parte 1 puede causar la afección terminal de la muerte. Si no puede, y si hay más afecciones en la línea, determine si la segunda afección informada en línea puede causar la afección terminal de la muerte. Continúe hasta que haya encontrado una afección que podría causar la afección terminal de la muerte. Esta afección será el punto de inicio tentativo de la secuencia.

De no existir una afección en la siguiente línea que pueda presentarse como la causante de la causa terminal de la muerte, no existe una secuencia que culmine con la causa terminal.

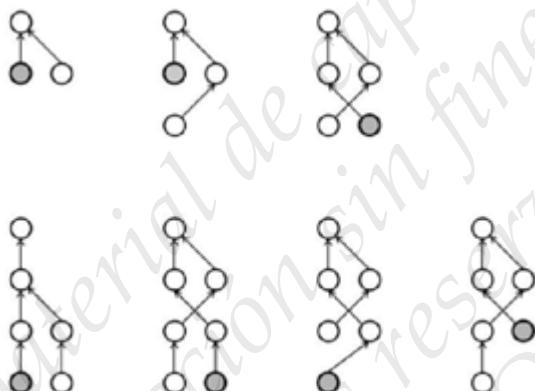
En caso de encontrar un punto de inicio tentativo, pero existen afecciones reportadas en las líneas inferiores de la parte 1, repita el procedimiento para la siguiente línea. Comience con el punto de inicio tentativo identificado en el paso anterior,

establezca si la primera afección anotada en la siguiente línea inferior de la parte 1 puede provocar el punto de inicio tentativo. Si este no es el caso y existen más afecciones en la línea, verifique si la segunda afección anotada en esa línea puede provocar el punto de inicio tentativo. Éste será su nuevo punto de inicio tentativo.

Si aún existen afecciones reportadas en las líneas inferiores de la parte 1, repita el procedimiento siempre que se pueda identificar un nuevo punto de inicio tentativo. Cuando no se encuentre una afección que pueda ser la causa del punto de inicio tentativo, este punto se convierte en el punto de inicio para la primera secuencia informada.

La Figura 2 ilustra los ejemplos de certificados con diferentes secuencias. El punto de inicio de la primera secuencia informada se muestra con gris, junto con un círculo negro remarcado.

Figura 2. Ejemplos de certificados con diferentes secuencias



- Ejemplo 7:
- 1 (a) Neumonía
debido a
 - (b) Fractura de cadera e insuficiencia cardíaca
debido a
 - (c) Tropiezo con alfombra, arteriosclerosis coronaria

La neumonía puede ser producto de una fractura de cadera, por lo que la fractura de cadera es el punto de inicio tentativo. La fractura de cadera puede ser provocada por un tropiezo con la alfombra, por lo que se convierte en el nuevo punto de inicio tentativo. Ya que no hay más causas reportadas debajo de la línea 1(c), el tropiezo con la alfombra es el punto de inicio de la primera secuencia informada.

- Ejemplo 8: 1 (a) Neumonía
debido a
(b) Insuficiencia cardíaca y fractura de cadera
debido a
(c) Arteriosclerosis coronaria y tropiezo con alfombra

La neumonía puede ser debida a una insuficiencia cardíaca, por lo que la insuficiencia cardíaca es el punto de inicio tentativo. La insuficiencia cardíaca puede ser provocada por la arteriosclerosis coronaria, la cual se convierte en el nuevo punto de inicio tentativo. Ya que no hay más causas reportadas debajo de la línea 1(c), la arteriosclerosis coronaria es el punto de inicio de la primera secuencia informada.

- Ejemplo 9: 1 (a) Neumonía
debido a
(b) Fractura de cadera e insuficiencia cardíaca
debido a
(c) Arteriosclerosis coronaria y tropiezo con alfombra

La neumonía puede ser provocada por una fractura de cadera, por lo que la fractura de cadera se convierte en el punto de inicio tentativo. Sin embargo, la fractura de cadera no puede ser provocada por una arteriosclerosis coronaria, pero la fractura de cadera sí puede ser provocada por un tropiezo en la alfombra convirtiéndose, por tanto, en el nuevo punto de inicio tentativo. Ya que no hay más causas reportadas debajo de la línea 1(c), el tropiezo con alfombra es el punto de inicio de la primera secuencia informada.

Primera afección mencionada

Algunas instrucciones para la codificación se refieren a la ‘primera afección mencionada’. Para identificar la primera afección mencionada, comience desde la línea superior de la Parte 1 hacia abajo, y de izquierda a derecha.

Causa básica de defunción

La mayoría de las estadísticas de mortalidad muestran solamente una causa de defunción por cada individuo, a pesar de que existe un número mayor de causas reportadas en el certificado. La causa básica de defunción es la afección seleccionada para la tabulación de una sola causa. En la mayoría de los casos, esta causa es la misma que en el punto de inicio, sin embargo, algunas veces otra causa que no es la seleccionada como punto de inicio se elige como la causa básica de defunción con fines estadísticos. Asimismo, ver también ‘Modificación’, a continuación.

Ejemplo 10: 1 (a) Bronconeumonía

debido a

(b) Hemiplejia

debido a

(c) Infarto cerebral

El infarto cerebral comenzó la secuencia de eventos que condujeron a la muerte, por lo que se convierte en el punto de inicio. En este caso es, de igual forma, la causa básica de defunción.

Modificación

Las instrucciones especiales para la codificación sobre secuencias específicas y categorías de la CIE pueden tener el efecto de que una afección diferente al punto de inicio sea seleccionada como la causa básica de defunción para fines estadísticos. En estos casos, el código para la causa básica expresa la combinación del punto de inicio con otra afección reportada, o una complicación o consecuencia del punto de inicio que es de particular interés para la salud pública. El procedimiento por el que el código de la CIE, para el punto de inicio es reemplazado por otro código, se denomina modificación.

Ejemplo 11: 1 (a) Enfermedad cardíaca

debido a

(b) Arteriosclerosis generalizada

La arteriosclerosis generalizada comenzó la secuencia de eventos que condujeron hasta la muerte, por lo que se convierte en el punto de inicio. Sin embargo, de acuerdo a una instrucción especial sobre la arteriosclerosis generalizada o no especificada que conduce a una enfermedad cardíaca, se codifica la enfermedad cardíaca arteriosclerótica en la estadística de mortalidad. Debido a la modificación, la enfermedad cardíaca arteriosclerótica es la causa básica de defunción.

Causa básica de defunción provisional

Varias instrucciones especiales de modificación pueden ser aplicadas al mismo certificado de defunción, en cuyo caso se aplican las instrucciones paso a paso. El código seleccionado como el resultado de cada paso en el proceso es nombrado causa básica de defunción provisional.

Ejemplo 12: 1 (a) Infarto del miocardio

debido a

(b) Arteriosclerosis coronaria

debido a

(c) Arteriosclerosis generalizada

La arteriosclerosis generalizada comenzó la secuencia de eventos que condujo hasta la muerte, por lo que se convierte en el punto de inicio. Existen instrucciones especiales de modificación relacionadas con la aterosclerosis y la enfermedad cardíaca coronaria en la CIE por lo que, en la siguiente etapa, la arteriosclerosis coronaria se convierte en la causa básica de defunción provisional. Sin embargo, existen más instrucciones sobre la aterosclerosis coronaria y el infarto del miocardio. Por tanto, en el último paso, el infarto del miocardio se selecciona como la causa básica.

4.2 Instrucciones de codificación para mortalidad: selección de la causa básica de defunción

Cuando se codifican y clasifican causas de muerte se debe primero asignar los códigos de 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 aplica, es necesario conocer los códigos de la CIE para todas las afecciones en el certificado. Lo anterior lleva por nombre ‘codificación de causas múltiples’ (consulte la Sección 4.3, Instrucciones de codificación para la mortalidad: causas múltiples). A continuación, seleccione la causa básica de defunción que se debe utilizar en las estadísticas de mortalidad. Esto es denominado clasificación de la causa básica de defunción.

Para la mayoría de los certificados de defunción, la selección de una causa básica de defunción es un procedimiento bastante sencillo. No obstante, existen casos en los que la causa básica no es inmediatamente obvia. Para garantizar que tanto los casos sencillos como los complejos sean codificados de acuerdo con las normas internacionales, es importante seguir meticulosamente las instrucciones de codificación. De lo contrario, las estadísticas de mortalidad resultantes no serán comparables con las de otros países, lo que reduce drásticamente el valor de los datos para fines de salud pública. La selección de la causa básica de defunción comprende dos etapas por separado. La primera consiste en identificar el punto de inicio – el padecimiento o evento que comenzó la secuencia de eventos que produjo la muerte. En segundo lugar, verificar si se requiere la aplicación de instrucciones especiales al punto de inicio que ha identificado. Si es así, el siguiente paso es modificar el punto de inicio identificado en la primera etapa.

Note que el propósito del procedimiento de selección es obtener las estadísticas de mortalidad más útiles como sea posible. De esta forma, las instrucciones posteriores pueden reflejar su relevancia para la salud pública, a diferencia de solamente ilustrar un punto de vista correcto en términos médicos.

Las siguientes instrucciones aplican siempre, ya sea que puedan ser consideradas médicalemente correctas o no. En los siguientes ejemplos de codificación, las palabras ‘debido a’ entre las líneas de la parte 1 ya no se incluyen. Aun así, es impor-

tante tener en mente que cualquier afección reportada en una línea superior en la Parte 1 significa que es debida a la que es reportada en la línea de abajo.

4.2.1 Localizar el punto de inicio (pasos SP1 a SP8)

Para identificar el punto de inicio, siga los ocho pasos especificados en esta sección. La secuencia de los pasos va de SP1 a SP8 (punto de inicio 1 al punto de inicio 8). Cada paso contiene una regla de selección. En cada paso se incluye una descripción de la misma regla de selección y una instrucción sobre lo que se debe hacer después. Para algunas reglas existen viñetas con instrucciones más detalladas.

Paso SP1 – Una sola causa en el certificado de defunción

Si hay una sola afección reportada en el certificado, ya sea en la parte 1 o 2, ésta es el punto de inicio, y es también la causa básica. A continuación, diríjase al paso M1.

Si existen dos o más afecciones en el certificado, diríjase al paso SP2.

Paso SP2 – Solamente una línea utilizada en la parte 1

En caso de que el certificador únicamente haya utilizado una línea en la parte 1, pero haya escrito dos o más afecciones en dicha línea, entonces la primera afección mencionada es el punto de inicio tentativo. A continuación, diríjase al paso SP6.

Además, si hay una sola afección reportada en la Parte 1 pero hay una o más afecciones (reportadas) en la Parte 2, entonces la afección única en la Parte 1 es el punto de inicio tentativo. A continuación, 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 del miocardio y diabetes mellitus

(b)

(c)

2

Se menciona primero el Infarto del miocardio en el certificado y se toma como punto de inicio tentativo. A continuación, diríjase al paso SP6, para verificar si aplican más reglas de selección o modificación.

Ejemplo 2: 1 (a) Infarto del miocardio

(b)

(c)

2 Diabetes mellitus

Se menciona primero el Infarto del miocardio en el certificado y se toma como el punto de inicio tentativo. A continuación, diríjase al paso SP6, para verificar selecciones adicionales y reglas de modificación aplicables.

Paso SP3 – Más de una línea utilizada en la Parte 1, la primera causa en la línea más baja explica todas anotadas arriba.

Si hay afecciones reportadas en más de una línea en la parte 1, verifique si todas las afecciones reportadas en la(s) línea(s) arriba de la última línea utilizada en la parte 1, pueden ser provocadas por la primera afección en la última línea usada.

Si todas las afecciones en la(s) línea(s) superiores de la última línea utilizada en la parte 1 pueden ser provocadas por la primera afección escrita en la última línea usada, esta afección es -tentativamente- el punto de inicio. A continuación, diríjase al paso SP6.

Si todas las afecciones en la(s) línea(s) superiores de la última línea utilizada en la parte 1 no pueden ser provocadas por la primera afección escrita en la última línea utilizada, intente obtener más información con el certificador. Cuando no sea posible obtener más información, diríjase al paso SP4.

En el paso SP3, no es necesario evaluar las relaciones causales entre las afecciones reportadas en las líneas sobre la última línea utilizada. Bastará con que cada una de las afecciones en las líneas sobre la última línea utilizada puedan ser provocadas por la primera afección indicada en la última línea utilizada.

En el paso SP3, no es un requisito que las afecciones escritas por arriba de la última línea utilizada sean de una duración consecutivamente más largas de arriba hacia abajo. La primera afección indicada en la última línea utilizada aún puede haber provocado todas las afecciones reportadas en líneas superiores, siempre y cuando ninguna de estas afecciones sea de una duración más extensa que aquella de la primera afección mencionada en la última línea utilizada.

- Tenga en cuenta que si una relación causal es anotada correcta o no, puede reflejar importancia para la salud pública en lugar de lo que es aceptable desde un punto de vista puramente médico. Por lo tanto, primero verifique las instrucciones en la Sección 4.2.3, Instrucciones especiales sobre secuencias aceptadas y rechazadas. Siempre siga las instrucciones en la Sección 4.2.3, ya sea que parezcan ser o no, médicaamente correctas.
- Las relaciones establecidas que no se encuentren listadas como rechazadas en la Sección 4.2.3 deberán ser aceptadas en la medida de lo posible; éstas reflejan la opinión del certificador sobre la causa de defunción y no puede ser desestimada.

- En caso de que una relación indicada parezca altamente improbable, consulte las tablas de decisión para la codificación de mortalidad reconocidas internacionalmente.

Ejemplo 3: 1 (a) Bronconeumonía

(b) Hemiplejia

(c) Infarto cerebral

(d)

2

Tanto la bronconeumonía como la hemiplejia pueden ser provocadas por un infarto cerebral. Por lo tanto, el infarto cerebral es el punto de inicio tentativo.

Ejemplo 4: 1 (a) Sarcoma de Kaposi 1 año

(b) VIH 3 años

(c) Transfusión sanguínea 5 años

(d) Hemofilia de nacimiento

2

El sarcoma de Kaposi, el VIH y la transfusión sanguínea pueden ser causados por la hemofilia, que es la primera (y única) afección mencionada en la última línea de la Parte 1. Por consiguiente, la hemofilia, es el punto de inicio tentativo.

Ejemplo 5: 1 (a) Neumocistosis 6 meses

(b) VIH 5 años

(c) Rotura de bazo 7 años

(d) Agresión - pelea a puñetazos 7 años

2

La agresión por pelea a puñetazos es la única afección mencionada en la última línea de la parte 1. Todas las afecciones previas pudieron ser causadas por dicha agresión, asimismo, se asume que se realizó una transfusión sanguínea como tratamiento para la rotura de bazo. Ver también la Sección 4.1.3, Conceptos básicos, donde la presunción de una causa intermedia se describe en la sección de relación causal.

Ejemplo 6: 1 (a) Metástasis al hígado 2 meses

(b) Bronconeumonía 4 días

(c) Cáncer de estómago 6 meses

(d)

2

El cáncer de estómago puede causar, tanto metástasis de hígado como bronconeumonía. Esto significa que el cáncer del estómago es el punto de inicio tentativo, aún cuando la bronconeumonía no puede ser causa de las metástasis hepáticas y la bronconeumonía tiene una duración menor a la metástasis al hígado.

- Ejemplo 7:
- 1 (a) Metástasis al hígado y edema pulmonar
 - (b) Bronconeumonía
 - (c) Cáncer de estómago
 - (d)

2

El cáncer de estómago puede causar metástasis al hígado, edema pulmonar y bronconeumonía. Por lo que el cáncer de estómago es el punto de inicio tentativo, a pesar de que la bronconeumonía no puede provocar metástasis al hígado.

- Ejemplo 8:
- 1 (a) Metástasis al hígado 2 meses
 - (b) Bronconeumonía 4 días
 - (c) Cáncer de estómago e infarto cerebral 6 meses
 - (d)

2

Tanto la metástasis al hígado como la bronconeumonía pueden ser provocadas por el cáncer de estómago, el cual es la primera afección mencionada en la última línea utilizada en la parte 1. El cáncer de estómago será el punto de inicio tentativo, a pesar de que la bronconeumonía no puede provocar metástasis al hígado y ésta sea de duración menor a la metástasis al hígado.

- Ejemplo 9:
- 1 (a) Metástasis al hígado
 - (b) Bronconeumonía y cáncer de estómago
 - (c)
 - (d)

2

La metástasis al hígado no puede deberse a la bronconeumonía. Esto significa que no se puede identificar un punto de inicio tentativo en el Paso SP3. Por lo tanto, vaya al Paso SP4.

Paso SP4 – La primera causa en la línea más baja utilizada no explica las anotadas arriba, pero una secuencia termina en la afección terminal

Si solo hay una secuencia que termina con la afección terminal, encuentre el punto de inicio de esta secuencia. Este es el nuevo punto de inicio tentativo. A continuación, vaya al Paso SP6.

Si hay dos o más secuencias de afecciones o eventos que terminan en la afección terminal, identifique la primera secuencia mencionada como se describe en la sección 4.1.3 y encuentre el punto de inicio de esta primera secuencia mencionada. A continuación, vaya al paso SP6.

Si no hay una secuencia que termina en la afección terminal: vaya al paso SP5

- Como se mencionó en el paso SP3, siga siempre las instrucciones de la sección 4.2.3 ya sea que parezcan ser médicaamente correctas o no.
- Las relaciones declaradas que no se enumeran como rechazadas en la sección 4.2.3 deben ser aceptadas en la medida de lo posible. Reflejan la opinión del certificador sobre las causas que conducen a la muerte y no debe ser desechadas a la ligera.
- Si una relación declarada parece altamente improbable, remítase a las Tablas de decisión para la codificación de mortalidad reconocidas internacionalmente.
- Al evaluar una secuencia, también recuerde que, de acuerdo con la Sección 4.2.3, Instrucciones especiales sobre secuencias aceptadas y rechazadas, una afección A nunca puede ser causada por una afección B si la afección A tiene una duración más larga que la afección B.

Ejemplo 10:	1	(a) Metástasis al hígado	2 meses
		(b) Infarto cerebral y cáncer de estómago	6 meses
		(c)	
		(d)	
	2		

El infarto cerebral no puede causar metástasis al hígado, sin embargo, la metástasis de hígado puede ser provocada por cáncer de estómago. El cáncer de estómago será, por tanto, el punto de inicio tentativo.

Ejemplo 11:	1	(a) Bronconeumonía	2 meses
		(b) Infarto cerebral y metástasis al hígado	6 meses
		(c) Arteriosclerosis y cáncer de estómago	
		(d)	
	2		

La Arteriosclerosis no puede causar metástasis al hígado. Sin embargo, existen tres secuencias aceptables en el certificado: 1) la bronconeumonía, provocada por infarto cerebral, que a su vez es provocada por Arteriosclerosis; 2) la bronconeumonía es provocada por infarto cerebral, que a su vez es provocada por cáncer de estómago y 3) la bronconeumonía; provocada por metástasis al hígado, que a su vez es provocada por cáncer de estómago. No obstante, la primera secuencia informada es bronconeumonía, la cual

es provocada por infarto cerebral, que a su vez fue causado por Arteriosclerosis. Por consiguiente, la Arteriosclerosis es el punto de inicio tentativo.

Paso SP5 - Ninguna secuencia en la Parte 1

Si no hay una secuencia que termine en la afección terminal, entonces la afección terminal es también el punto de inicio provisional. A continuación, vaya al paso SP6.

- Ejemplo 12:
- 1 (a) Metástasis al hígado
 - (b) Infarto cerebral
 - (c) Arteriosclerosis
 - (d)
- 2 Cáncer de estómago

La Arteriosclerosis no puede provocar metástasis al hígado. Asimismo, no existe una secuencia en la parte 1 que culmine con una afección terminal, debido a que el infarto cerebral no puede provocar metástasis al hígado. Al no existir una secuencia que culmine con la afección terminal, la afección terminal por sí misma – metástasis al hígado- es el punto de inicio tentativo.

Paso SP6 – Causa obvia

Ahora compruebe si el punto de inicio tentativo que seleccionó en alguno de los Pasos SP1 al SP5 obviamente fue causado por otra afección en el certificado. Si el punto de inicio está en la Parte 1, entonces esta otra afección debe estar en la misma línea, más abajo en la Parte 1 o en la Parte 2. Si el punto de inicio tentativo está en la Parte 2, esta otra afección también debe estar en la Parte 2.

Luego, verifique si hay otra afección mencionada en la misma línea o más abajo en el certificado como el nuevo punto de inicio tentativo que acaba de identificar que obviamente causó este nuevo punto de inicio tentativo. Continúe buscando un nuevo punto de inicio tentativo hasta que encuentre un punto de inicio que obviamente no esté causado por una afección informada en la misma línea o más abajo en el certificado. A continuación vaya al paso SP7.

Si no se menciona ninguna afección en el certificado que obviamente causó el punto de inicio tentativo que seleccionó en los Pasos SP1 a SP5, vaya al Paso SP7.

- Si el punto de inicio tentativo está en la Parte 1, busque una causa obvia del punto de inicio tentativo primero en la misma línea en la Parte 1, luego en las líneas inferiores de la Parte 1 y finalmente en la Parte 2. No busque causas obvias en líneas por encima del punto de inicio tentativo.
- Si el punto de inicio tentativo está en la Parte 2, busque una causa obvia en

la Parte 2. No busque causas obvias en la Parte 1.

- Si una afección A tiene una duración más larga que una afección B, entonces la afección B no puede ser la causa obvia de la afección A.
- Si hay varias afecciones que podrían ser causas obvias del punto de inicio tentativo, seleccione la primera mencionada.
- “Causa obvia” significa que no debe haber duda de que el punto de inicio tentativo fue causado por la otra afección mencionada en el certificado. No es suficiente que el punto de inicio tentativo sea reportado como debido a otra afección para que la relación obvia sea aceptada.
- Consulte la Sección 4.2.4 (Instrucciones especiales sobre causa obvia en el Paso SP6: Causa obvia) para obtener más instrucciones. Tenga en cuenta que si una afección B se considera causa obvia de una afección A puede reflejar importancia para la salud pública en lugar de lo que ha sido descrito desde un punto de vista puramente médico. Por lo tanto, siempre siga las instrucciones en la Sección 4.2.4, ya sea que parezcan ser médicamente correctas o no.

Ejemplo 13: 1 (a) Metástasis al hígado
(b) Infarto cerebral
(c)
(d)
2 Cáncer de estómago

El infarto cerebral no puede causar metástasis al hígado, y la metástasis al hígado es el punto de inicio tentativo. Pero el cáncer de estómago es una causa obvia de la metástasis al hígado, y el cáncer de estómago es el nuevo punto de inicio tentativo.

Ejemplo 14: 1 (a) Sepsis
(b) Peritonitis
(c)
(d)
2 Necrosis del intestino, infarto mesentérico

La sepsis puede ser causada por peritonitis, y la peritonitis es el punto de inicio tentativo. Pero 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.

Ejemplo 15: 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. A continuación, tanto la embolia mesentérica como la apendicitis perforada son causas evidentes de la peritonitis. Debido a que la embolia mesentérica se menciona en primer lugar, es el nuevo punto de inicio tentativo.

Paso SP7 – Afecciones mal definidas

Ahora verifique si el punto de inicio tentativo se encuentra enlistado en la tabla de afecciones mal definidas (consulte Anexo 7.3, Lista de afecciones mal definidas). En caso de estar incluido, el punto de inicio tentativo se considera como mal definido. Proceda conforme se indica a continuación:

Si hay otras afecciones reportadas en el certificado, verifique si todas se consideran mal definidas. Si todas las demás afecciones son mal definidas, diríjase al paso M1.

Si hay al menos una afección que no está considerada 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 hubiera sido mencionada en el certificado.

Si el punto de inicio tentativo no se considera mal definido, proceda al paso SP8.

- Observe que R57.2 (choque séptico), R65.0 (Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica de origen infeccioso sin falla orgánica), R65.1 (Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica de origen infeccioso con falla orgánica) y R95 (muerte súbita del lactante) no son considerados mal definidos.
- En algunos casos, la afección mal definida podría tener un impacto en cómo se codifican otras afecciones en el certificado. Si es así, ignore la afección mal definida cuando seleccione el punto de inicio, pero se debe tener en cuenta al codificar las otras afecciones en el certificado.

Ejemplo 16: 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 los pasos SP2 y SP6. Sin embargo, la insuficiencia respiratoria está en la tabla de afecciones mal definidas, por lo que debe ignorar la insuficiencia respiratoria y volver a iniciar el procedimiento de selección desde el paso SP1. La embolia mesentérica es el nuevo punto de inicio según el paso SP1.

- Ejemplo 17:
- 1 (a) Anemia
 - (b) Esplenomegalia
 - (c)
 - (d)
- 2

La esplenomegalia, el punto de inicio tentativo según el paso SP3, está en la tabla de afecciones mal definidas. Ignore la esplenomegalia y vuelva a iniciar el procedimiento de selección desde el paso SP1. Ahora, la anemia es el nuevo punto de inicio de acuerdo con el Paso SP2. Sin embargo, la esplenomegalia modifica la codificación de la anemia (véase el índice alfabético). Codifique anemia esplenomegálica.

Paso SP8 - Afecciones poco probables de causar la muerte

A continuación, verifique si el punto de inicio tentativo se encuentra enlistado en la tabla de afecciones poco probables de causar la muerte (consulte el Anexo 7.4, Lista de afecciones poco probables de causar la muerte). Si es así, proceda de la siguiente manera:

Si hay otras afecciones reportadas en el certificado, verifique si todas son mal definidas o poco probables de causar la muerte. Si son todas mal definidas o poco probable de causar la muerte, vaya al Paso M1.

Si hay otras afecciones informadas que no se consideran mal definidas o que sean poco probables de provocar la muerte, primero compruebe si la muerte fue causada por una reacción al tratamiento de la afección poco probable de provocar la muerte que usted seleccionó como el punto de inicio tentativo. Si lo fue, entonces seleccione la reacción al tratamiento como punto de inicio. Luego, vaya al Paso M1.

Si la muerte no fue causada por una reacción al tratamiento de la afección poco probable de causar la muerte, verifique si la afección era la causa de otra afección que no está en la lista de afecciones poco probable que cause la muerte y que no sea mal definida. De ser el caso, entonces la afección poco probable de causar la muerte sigue siendo el punto de inicio. A continuación, vaya al paso M1.

Si no hubo reacción al tratamiento y no hubo complicaciones de la enfermedad poco probable de causar la muerte, entonces ignore la afección poco probable de causar la muerte. Vaya al Paso SP1 y seleccione otro punto de inicio como si la afección poco probable de causar la muerte no hubiera sido mencionada en el certificado.

- Si el certificado menciona varios tratamientos para la afección poco probable de causar la muerte, seleccione el tratamiento inicial.

- El término «complicación» se refiere a una afección que puede ser debida a la afección poco probable de causar la muerte, o al tratamiento de dicha afección.

Si el punto de inicio no es una afección poco probables que cause la muerte, entonces vaya al Paso M1.

Ejemplo 18: 1 (a) Pérdida auditiva

(b)

(c)

(d)

2 Cardiopatía isquémica

La pérdida auditiva es el punto de inicio tentativo según el paso SP2, pero la pérdida auditiva se encuentra en la tabla de afecciones consideradas improbables de causar la muerte. Hay otra afección en el certificado, la cardiopatía isquémica, que no está en la tabla de afecciones consideradas poco probables que causar la muerte. Ignore la pérdida auditiva y vuelva a iniciar el procedimiento de selección desde el paso SP1. La cardiopatía isquémica es el nuevo punto de inicio según el paso SP1.

Ejemplo 19: 1 (a) Insuficiencia hepática

(b) Uso excesivo de paracetamol

(c) Cefalea tipo migraña

(d)

2

La cefalea tipo migraña es el punto de inicio tentativo según el paso SP3. Está en la tabla de las afecciones consideradas poco probables de causar la muerte. La afección se trató con paracetamol y hubo una reacción adversa al tratamiento, la insuficiencia hepática. No tome en cuenta la afección poco probable de causar la muerte y seleccione la reacción al tratamiento, la insuficiencia hepática, como punto de inicio.

Ejemplo 20: 1 (a) Sepsis

(b) Absceso submandibular

(c) Caries

(d)

2

La caries es el punto de inicio tentativo según el paso SP3. Está en la tabla de las afecciones consideradas improbables de causar la muerte, pero en este caso originó las complicaciones que no se consideran poco probables de provocar la muerte. Por lo que se selecciona la caries como punto de inicio.

- Ejemplo 21:
- 1 (a) Dolor de cabeza
 - (b) Caries
 - (c)
 - (d)
- 2 Cardiopatía isquémica

La caries es el punto de inicio tentativo de acuerdo al paso SP3. Se encuentra en la tabla de las afecciones consideradas improbables de causar la muerte y se informa una complicación, dolor de cabeza, pero está incluida en la tabla de afecciones mal definidas. Ignore las caries y el dolor de cabeza y vuelva a iniciar el procedimiento de selección desde el paso SP1. La cardiopatía isquémica es el nuevo punto de inicio según el Paso SP1.

4.2.2 Comprobar modificaciones del punto de inicio (Pasos M1 a M4)

El punto de inicio que identificó utilizando los pasos SP1 al SP8 ahora se considera la causa básica provisional. Puede haber instrucciones especiales de codificación sobre esta causa u otras razones para modificar la causa básica provisional. Compruebe si la causa básica provisional puede ser modificada por la aplicación de las reglas de modificación descritas en los pasos M1 a M3 (Regla de Modificación 1 a la Regla de Modificación 3). Cada paso contiene una regla de modificación. En cada paso hay una descripción de la propia regla de modificación y de lo que se hace a continuación. También hay viñetas con instrucciones y explicaciones más detalladas.

Paso M1 – Instrucciones especiales

Compruebe si las instrucciones especiales de codificación se aplican a la causa básica provisional. Si se aplica una instrucción especial de codificación, asigne una nueva causa básica provisional de acuerdo con la instrucción.

A continuación, compruebe si alguna instrucción especial se aplica a esta nueva causa seleccionada. Es decir, vuelva a aplicar el paso M1. Repita hasta que haya encontrado una causa básica provisional que no se vea afectada por ninguna instrucción especial de codificación. A continuación, vaya al paso M2.

- Consulte la Sección 4.2.5 Instrucciones especiales sobre asociaciones y otras disposiciones (Paso M1), para instrucciones más detalladas sobre causas básicas provisionales.
- De acuerdo con algunas de estas instrucciones especiales, la causa básica provisional se combina con otra causa de muerte reportada en el certificado de defunción en una nueva causa básica tentativa. Si hay varias combinaciones de este tipo que se aplican a la causa básica provisional, entonces aplique la combinación con la primera mencionada de estas otras afecciones (la primera asociación mencionada).

- Tenga en cuenta que algunas instrucciones especiales sólo se aplican bajo circunstancias específicas, por ejemplo, cuando una afección A es reportada como la causa de una afección B; o a las muertes en una edad específica.
- En ocasiones, el Volumen 1 o el Índice alfabético indican un código para una combinación de la causa básica provisional con otra causa mencionada en el certificado. Utilice el código de combinación sólo si el título del código indica claramente la etiología de la afección.

En caso de que no aplique ninguna instrucción especial, el punto de inicio localizado mediante los pasos SP1 a SP8 será la causa básica provisional. A continuación, diríjase al paso M2.

- Ejemplo 1:
- 1 (a) Infarto del miocardio
 - (b) Enfermedad isquémica del corazón
 - (c)
 - (d)

2

La enfermedad isquémica del corazón es el punto de inicio tentativo según el paso SP3. Hay una instrucción especial sobre la enfermedad isquémica del corazón con infarto del miocardio y de acuerdo con esta instrucción, el infarto del miocardio es la nueva causa básica provisional.

- Ejemplo 2:
- 1 (a) Enfermedad isquémica del corazón
 - (b) Aterosclerosis
 - (c)
 - (d)

2 Infarto del miocardio

La aterosclerosis es el punto de inicio tentativo según el paso SP3. Hay una instrucción especial sobre aterosclerosis reportada con enfermedad isquémica del corazón y otra sobre aterosclerosis reportada con infarto del miocardio. La enfermedad isquémica del corazón se informa primero en el certificado, por lo que debe aplicar la instrucción sobre la aterosclerosis informada con enfermedad isquémica del corazón y seleccionar la enfermedad isquémica del corazón como el nuevo punto de inicio. A continuación, se da una instrucción especial sobre enfermedad isquémica del corazón con infarto del miocardio. Aplique esta instrucción y seleccione el infarto del miocardio como la nueva causa básica provisional.

- Ejemplo 3:
- 1 (a) Enfermedad isquémica del corazón
 - (b) Aterosclerosis
 - (c)
 - (d)

2 Infarto cerebral

La aterosclerosis es el punto de inicio tentativo de acuerdo con el paso SP3. Hay una instrucción especial sobre aterosclerosis reportada con enfermedad isquémica del corazón y otra sobre aterosclerosis reportada con infarto cerebral. La enfermedad isquémica del corazón se informa primero en el certificado, por lo que debe aplicarse la instrucción sobre la aterosclerosis notificada con enfermedad isquémica del corazón y seleccionar la enfermedad isquémica del corazón como la nueva causa básica provisional.

- Ejemplo 4:
- 1 (a) Infarto cerebrovascular
 - (b) Aterosclerosis
 - (c) Hipertensión
 - (d)
 - 2 Infarto del miocardio

La hipertensión es el punto de inicio tentativo de acuerdo con el paso SP3. Hay instrucciones especiales sobre hipertensión reportada con infarto cerebrovascular y con infarto del miocardio. El infarto cerebrovascular se informa primero en el certificado, por lo que debe aplicar la instrucción sobre la hipertensión informada con infarto cerebrovascular y seleccionar el infarto cerebrovascular como la nueva causa básica provisional.

- Ejemplo 5:
- 1 (a) Demencia
 - (b) Ateroesclerosis
 - (c)
 - (d)
 - 2

La aterosclerosis es el punto de inicio tentativo según el paso SP3. Hay una instrucción especial sobre la aterosclerosis informada como causa de la demencia. Al aplicar esta instrucción, seleccione la demencia aterosclerótica como la nueva causa básica provisional.

- Ejemplo 6:
- 1 (a) Ateroesclerosis
 - (b)
 - (c)
 - (d)
 - 2 Demencia

La aterosclerosis es el punto de inicio tentativo según el paso SP2. Aunque existe 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 2 y no como causada por la aterosclerosis. En este caso la aterosclerosis sigue siendo el punto de inicio tentativo.

- Ejemplo 7:
- 1 (a) Epilepsia
 - (b) Alcoholismo
 - (c)
 - (d)
- 2 Demencia

El alcoholismo es el punto de inicio tentativo según el paso SP3. En el Volumen 1, una lista de términos de inclusión en G40.5 (Síndromes epilépticos especiales) menciona “ataques epilépticos relacionadas con el alcohol”. Sin embargo, el título de código para G40.5, síndromes epilépticos especiales, no menciona alcohol. Por lo tanto, se mantiene el alcoholismo como el punto de inicio tentativo.

Paso M2 – Especificidad

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

A continuación, compruebe si esta nueva causa provisional se puede especificar aún más por otros términos mencionados en el certificado de defunción. Es decir, vuelva a aplicar el paso M2. Repita esta acción hasta que haya encontrado una causa básica provisional que no se pueda especificar más.

- 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 indique una afección más específica pero no relacionada (véase también el Ejemplo 9).
- Tenga en cuenta que la nueva causa básica provisional en sí misma a veces se especifica más por el término general (ver Ejemplo 10).
- Si varias otras expresiones en el certificado proporcionan información más precisa sobre la causa básica provisional, comience con la primera mencionada de estas otras afecciones.
- Tenga en cuenta que algunas instrucciones sobre especificidad sólo se aplican bajo circunstancias específicas, por ejemplo, cuando una afección A es reportada como la causa de una afección B.

- Ejemplo 8:
- 1 (a) Accidente cerebrovascular
 - (b) Aterosclerosis
 - (c)
 - (d)
- 2 Embolia arterial del tronco encefálico

La aterosclerosis es el punto de inicio tentativo de acuerdo con el paso SP3. Hay una instrucción especial sobre aterosclerosis reportada con accidente cerebrovascular, aplique esta instrucción y seleccione el accidente cerebrovascular como el nuevo punto de inicio según el paso M1. El tipo de accidente cerebrovascular se describe con mayor precisión en la Parte 2 como una embolia arterial de tronco cerebral. Esta es la nueva causa básica provisional.

Ejemplo 9: 1 (a) Accidente cerebrovascular

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

2 Cáncer de células de avena originado en el lóbulo superior derecho

La aterosclerosis es el punto de inicio tentativo de acuerdo con el paso SP3. Hay una instrucción especial sobre la aterosclerosis informada con accidente cerebrovascular, aplique esta instrucción y seleccione el accidente cerebrovascular como la nueva causa básica provisional. 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 10: 1 (a) Meningitis

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

2

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

Paso M3 - Volver a comprobar el paso SP6, M1 y M2

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

- No regrese al paso SP6 si la causa seleccionada en el paso M1 o M2 se informa correctamente como debido a otra afección, excepto cuando esta afección está mal definida.
- Además, no regrese al paso SP6 si la causa básica provisional es una reacción al tratamiento de una afección poco probable de causar la muerte, como se seleccionó en el paso SP8.

- Ejemplo 11:
- 1 (a) Sepsis
 - (b) Enfermedad arterial, embolia arterial de la pierna izquierda
 - (c)
 - (d)
- 2 Cáncer de colon

La enfermedad arterial es el punto de inicio tentativo de acuerdo con el paso SP3. La embolia arterial de la pierna izquierda, reportada como la 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-SP8. Pero el cáncer de colon es una causa obvia de la embolia arterial, y el cáncer de colon es el nuevo punto de inicio. No se aplican otras modificaciones. Codifique cáncer de colon (C18.9 neoplasia maligna del colon, no especificado) como la causa básica de defunción.

- Ejemplo 12:
- 1 (a) Sepsis
 - (b) Enfermedad arterial, embolia arterial de la pierna izquierda
 - (c) Aterosclerosis
 - (d)
- 2 Cáncer de colon

La aterosclerosis es el punto de inicio tentativo según el paso SP3. Hay una instrucción especial sobre aterosclerosis reportada como la causa de enfermedad arterial, y de acuerdo con esta instrucción, la enfermedad arterial es el nuevo punto de inicio de acuerdo con el Paso M1. La embolia arterial de la pierna izquierda, reportada como la segunda afección en la línea 1 (b), es una descripción más específica del tipo de enfermedad arterial y se selecciona como 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 informa como debida a aterosclerosis y esta es una relación causal correcta. No se aplican otras modificaciones. Se codifica la embolia arterial de la pierna izquierda (I74.3 Embolia y trombosis de arterias de los miembros inferiores) como la causa básica de la defunción.

Paso M4-Instrucciones sobre procedimientos médicos, envenenamiento, lesión principal y muertes maternas

Finalmente, aplique las siguientes instrucciones a la causa básica a la que ha llegado:

- Si la causa básica a la que usted llegó al aplicar los pasos SP1 a SP8 y del paso M1 a M3 es cirugía u otro tipo de procedimiento médico, aplique las instrucciones en la Sección 4.2.9 Instrucciones especiales sobre cirugía y otros procedimientos médicos (Paso M4).
- Si la causa básica a la que llegó al aplicar las reglas de selección y modificación de los pasos SP1 al SP8 y de los pasos M1 al M3 es una lesión o envenenamiento (un código en S00-T98), codifique la causa externa de la lesión o envenenamiento como la causa básica de defunción.
- Si la causa básica está en el Capítulo XX (Causas externas de morbilidad y mortalidad) también seleccione una lesión principal. Vea las instrucciones en la Sección 4.2.6 Instrucciones especiales sobre la lesión principal en muertes por causas externas (Paso M4).
- Si el punto de inicio que seleccionó aplicando los pasos SP1 al SP8 y pasos del M1 al M3 es una intoxicación, y se informa sobre más de una sustancia tóxica en el certificado, aplique las instrucciones de la Sección 4.2.7, Instrucciones especiales sobre el envenenamiento por fármacos, medicamentos y sustancias biológicas (Paso M4), para identificar el fármaco más importante involucrado.
- Si el fallecido pertenece al sexo femenino, y el embarazo, parto o puerperio está reportado en el certificado, determine si se codifica la causa básica en el Capítulo XV Embarazo, parto y puerperio, de acuerdo con las instrucciones de la sección 4.2.8 Instrucciones especiales sobre mortalidad materna (Paso M4).

Cuando haya encontrado una causa de muerte que no se modifique con el paso SP6 o los pasos M1 a M4, ha llegado a la causa básica de defunción.

Aunque la causa de muerte que identificó no se haya modificado en el Paso SP6 o Pasos M1 a M4, pueden aplicarse otras restricciones, por ejemplo, que la causa se limite a uno de los sexos o a un rango de edad específico, o que la causa de la muerte sea improbable, teniendo en cuenta el entorno geográfico. Por lo tanto, siempre verifique si alguna de esas restricciones se aplica a la causa básica que seleccionó.

4.2.3 Instrucciones especiales sobre secuencias aceptadas y rechazadas (pasos SP3 - SP4)

Esta sección enumera las secuencias de causas de muerte que deben ser aceptadas o rechazadas al seleccionar la causa básica de defunción. El propósito es producir las estadísticas de mortalidad lo más útiles posible. De esta forma, si una secuencia aparece como “rechazada” o “aceptada” puede reflejar intereses de importancia para la salud pública en lugar de lo que es aceptable desde un punto de vista puramente médico. Por lo tanto, siempre aplique estas instrucciones, ya sean médica mente correctas o no. Los países no deben corregir lo que se supone que es un error, ya que los cambios a nivel nacional darán lugar a datos menos comparables con los de otros países, y así menos útiles para el análisis.

A. Secuencias aceptadas

Al aplicar los pasos SP3 y SP4, se aceptan las relaciones listadas a continuación.

a) Enfermedades infecciosas debidas a otras afecciones

Se aceptan enfermedades infecciosas causadas por otras afecciones, excepto las enfermedades infecciosas enumeradas en la Sección 4.2.3 B, Secuencias rechazadas, inciso a) (Enfermedades infecciosas debidas a otras afecciones).

b) La enfermedad por virus de la deficiencia humana (VIH) notificada como debido a otras afecciones

Se acepta la enfermedad por virus de la deficiencia humana (VIH/SIDA) debido a:

- Afecciones que requieran transfusiones de sangre, como hemofilia, anemia y lesiones graves
- Procedimientos invasivos, como la cirugía
- Abuso de drogas

Ejemplos de estas afecciones se dan en el Anexo 7.5, Causas del VIH.

Nota: Tenga en cuenta que la lista del anexo 7.5 no está completa.

c) Enfermedades infecciosas debidas al VIH

Se aceptan las siguientes enfermedades infecciosas como debido a la enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana [VIH], tumores malignos y afecciones que afectan el sistema inmunológico:

- Fiebres tifoideas y paratifoideas, otras infecciones por salmonela, shigelosis (A01-A03)
- Tuberculosis (A15-A19)
- Secuela de tuberculosis (B90)

d) Tumores malignos y VIH

Aceptar los siguientes tumores (neoplasias) malignos como debidos a la enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana [VIH]:

- Tumor maligno orofaríngeo (C10)
- Tumor maligno del ano (C21)
- Sarcoma de Kaposi (C46)
- Tumor maligno de la vulva (C51)
- Tumor maligno de la vagina (C52)
- Tumor maligno del cuello uterino (C53), si se especifica como invasivo

- Tumor maligno del pene (C60)
- Linfoma de Hodgkin (C81), *si se especifica como* primario en el cerebro
- Linfoma folicular (C82), *si se especifica como* primario en el cerebro
- Linfoma no folicular (C83), *si se especifica como primario* en el cerebro
- Linfoma difuso de células B grandes (C83.3), *si se especifica como* inmunoblástico
- Linfoma de Burkitt (C83.7)
- Linfoma de células T/NK maduras (C84), *si se especifica como* primario en el cerebro
- Otros tipos y los no especificados de linfoma no Hodgkin (C85), *si se especifican como* primarios en el cerebro
- Otros tipos especificados de linfoma de células T / NK (C86), *si se especifican como* primarios en el cerebro

e) Diabetes mellitus debida a otras afecciones

Se acepta la diabetes mellitus tipo 1 (E10.-) como debida a afecciones que causan la destrucción autoinmune de las células β.

Se acepta la diabetes mellitus tipo 2 (E11) como debida a afecciones que causan resistencia a la insulina.

Acepte otra diabetes mellitus y las no especificadas (E13-E14) como debidas a las afecciones que causan daño al páncreas.

Ver el Anexo 7.6 - Lista de afecciones que pueden causar diabetes mellitus.

f) Fiebre reumática debida a otras afecciones

Se acepta la fiebre reumática (I00-I02) y las enfermedades cardíacas reumáticas crónicas (I05-I09) debidas a:

- Fiebre escarlatina (A38)
- Sepsis estreptocócica debida a estreptococo, grupo A o no especificada (A40.0, A40.9)
- Faringitis estreptocócica (J02.0)
- Amigdalitis aguda (J03.-).

g) Hipertensión debida a otras afecciones

Se acepta una afección hipertensiva debida a:

- Tumores endocrinos
- Tumores renales
- Tumores carcinoides

h) Enfermedades cerebrovasculares debidas a otras afecciones

- Se acepta la hemorragia cerebral (I61.-) como debida a enfermedades del hígado (K70-K76)
 - Se acepta la embolia cerebrovascular, la trombosis y el accidente cerebrovascular no especificado (I63-I66, I69.3 y I69.4) como debidos a endocarditis (I05-I08, I09.1, I33-I38).
- i) Anomalías congénitas (Q00- Q99) debidas a otras afecciones
- Se acepta una anomalía congénita como debida a una anomalía cromosómica o a un síndrome de malformación congénita.
 - Se acepta la hipoplasia pulmonar como debida a una anomalía congénita.
- j) Accidentes debidos a otras afecciones
- Se aceptan las caídas (W00-W19) o exposición a factores no especificados que causan fractura (X59.9) debidos a un trastorno de la densidad ósea (M80-M85) o debidos a una fractura (patológica) causada por un trastorno de la densidad y estructura ósea.
 - Se aceptan la asfixia y la aspiración (W78-W80) debidas a otras causas.
- k) Enfermedades circulatorias agudas o terminales debidas a otras afecciones

Se aceptan las siguientes enfermedades circulatorias agudas o terminales como debidas a tumores malignos, diabetes o asma:

- Infarto agudo y subsecuente del miocardio (I21-I22)
- Otras enfermedades isquémicas agudas del corazón (I24)
- Embolia pulmonar (I26)
- Pericarditis aguda (I30)
- Endocarditis aguda y subaguda (I33)
- Miocarditis aguda (I40)
- Bloqueo auriculoventricular y de rama izquierda del haz (I44)
- Otros trastornos de la conducción (I45)
- Paro cardíaco (I46)
- Taquicardia paroxística (I47)
- Fibrilación y aleteo auriculares (I48)
- Otras arritmias cardíacas (I49)
- Insuficiencia cardíaca (I50)
- Otras enfermedades cardiacas mal definidas (I51.8)
- Enfermedades cerebrovasculares en I60-I66, I67.6-I67.8 e I69

B. Secuencias Rechazadas

Al aplicar los pasos SP3 y SP4, se rechazan las relaciones listadas a continuación.

a) Enfermedades infecciosas debidas a otras afecciones

No se aceptan las siguientes enfermedades infecciosas y parasitarias como debidas a otras causas, ni siquiera al VIH/SIDA, tumores malignos o afecciones que afectan el sistema inmunológico:

- Córara (A00)
- Botulismo (A05.1)
- Peste, tularemia, carbunco [ántrax], brucelosis (A20-A23)
- Leptospirosis (A27)
- Lepra [Enfermedad de Hansen] (A30)
- Tétanos, difteria, tos ferina, escarlatina, enfermedad meningocócica (A33-A39)
- Afecciones debidas a Chlamydia psittaci (A70)
- Tracoma (A71)
- Rickettsiosis (A75-A79)
- Poliomielitis aguda (A80)
- Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (A81.0)
- Panencefalitis esclerosante subaguda (A81.1)
- Rabia, encefalitis viral transmitida por mosquitos, encefalitis viral transmitida por garrapatas, encefalitis viral no especificada (A82-A86)
- Dengue hemorrágico y otras fiebres víricas transmitidas por mosquitos (A97, A92)
- Fiebre amarilla (A95)
- Fiebres hemorrágicas de Júnin y Machupo, fiebre de Lassa (A96.0-A96.2)
- Otras fiebres hemorrágicas virales (A98)
- Viruela, viruela de los monos, sarampión, rubéola (B03-B06)
- Hepatitis aguda B y C (B16-B17.1)
- Hepatitis crónica B y C (B18.0-B18.2)
- Parotiditis infecciosa (B26)
- Paludismo [Malaria], leishmaniasis, enfermedad de Chagas (B50-B57)
- Secuelas de poliomielitis (B91)
- Secuelas de lepra (B92)
- Secuelas del tracoma (B94.0)
- Secuelas de encefalitis viral (B94.1)
- Secuelas de hepatitis viral (B94.2)
- Otras enfermedades emergentes de notificación a la OMS (ejem. Síndrome Respiratorio Agudo Grave [SRAG] U04, Influenza (Gripe) aviar (J09)
- Influenza debida a virus de la influenza zoonótico pandémico identificados (J09)
- Influenza debida a virus de la influenza estacional identificado (J10)

No se aceptan las siguientes enfermedades infecciosas como debidas a otras causas, *excepto* la enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana [VIH], tumores malignos y afecciones que afectan el sistema inmune:

- Fiebres tifoidea y paratifoidea, otras infecciones por salmonela, shigelosis (A01-A03)

- Tuberculosis (A15-A19)
- Secuelas de tuberculosis (B90)

b) Tumores malignos debidos a otras afecciones

No se acepta un tumor maligno como debido a cualquier otra enfermedad, *excepto* los siguientes tumores malignos como debidos al VIH:

- Tumor maligno orofaríngeo (C10)
- Tumor maligno del ano y del canal anal (C21)
- Sarcoma de Kaposi (C46)
- Tumor maligno de la vulva (C51)
- Tumor maligno de la vagina (C52)
- Tumor maligno del cuello uterino (C53), *si se especifica como invasivo*
- Tumor maligno del pene (C60)
- Linfoma de Hodgkin (C81), *si se especifica como primario en el cerebro*
- Linfoma folicular (C82), *si se especifica como primario en el cerebro*
- Linfoma no folicular (C83), *si se especifica como primario en el cerebro*
- Linfoma difuso de células grandes B (C83.3), *si se especifica como inmunoblástico*
- Linfoma de Burkitt (C83.7)
- Linfoma de células T / NK maduras (C84), *si se especifica como primario en el cerebro*
- Otros tipos y los no especificados de linfoma no Hodgkin (C85), *si se especifican como primarios en el cerebro*
- Otros tipos especificados de linfoma de células T / NK (C86), *si se especifican como primarios en el cerebro*

c) Hemofilia debida a otras afecciones

No acepte la hemofilia (D66, D67, D68.0-D68.2) como debida a cualquier otra enfermedad.

d) Diabetes mellitus debida a otras afecciones

No se acepta la diabetes mellitus tipo 1 (E10.-) como debida a cualquier otra causa excepto las afecciones que producen la destrucción autoinmune de las células β .

No se acepta diabetes mellitus tipo 2 (E11) como debida a cualquier otra causa excepto las afecciones que producen resistencia a la insulina.

No se acepta otro tipo de diabetes mellitus y la no especificada (E13-E14) como debida a cualquier otra causa excepto por las afecciones que causan daño al páncreas.

Consulte el Anexo 7.6 - Lista de las afecciones que pueden causar diabetes.

e) Fiebre reumática debida a otras afecciones

No se acepta la fiebre reumática aguda (I00-I02) o las enfermedades crónicas cardíacas reumáticas (I05-I09) como debidas a otras causas excepto:

- Fiebre escarlatina (A38)
- Sepsis estreptocócica debida a estreptococo, grupo A o no especificada (A40.0, A40.9)
- Faringitis estreptocócica (J02.0)
- Amigdalitis aguda (J03.-).

f) Hipertensión debida a otras afecciones

No se aceptan las enfermedades hipertensivas como debidas a un tumor, *excepto*:

- Tumores endocrinos
- Tumores renales
- Tumores carcinoides

g) Enfermedad isquémica crónica del corazón debida a otras afecciones

No se acepta la cardiopatía isquémica crónica (I20 e I25) como debida a un tumor.

h) Aterosclerosis debida a otras enfermedades

No se acepta una afección descrita como aterosclerótica como consecuencia de un tumor.

i) Influenza por otras afecciones

No se acepta la influenza (gripe) (J09-J11) como debida a cualquier otra causa.

j) Anomalías congénitas debidas a otras afecciones

No se acepta una anomalía congénita (Q00-Q99) como debida a cualquier otra causa, inclusive la prematuridad, *excepto*:

- Anomalía congénita debida a una anomalía cromosómica o un síndrome de malformación congénita
- Hipoplasia pulmonar (Q33.6) debida a una anomalía congénita.

k) Duración en conflicto

No se acepta una afección con una duración determinada informada como debida a una afección con una duración más corta (véanse los Ejemplos 6 y 8 en la Sección 4.2.1, paso SP3, para las excepciones).

I) Accidentes debidos a otras afecciones

No se aceptan los accidentes (V01-X59) como debidos a causas codificadas en otros capítulos, *excepto*:

- Caídas (W00-W19) como debidas a un trastorno de la densidad ósea (M80-M85).
- Caídas (W00-W19) como debidas a una fractura (patológica) causada por un trastorno de la densidad y estructura ósea.
- Asfixia y aspiración (W78-W80) como debidas a otras causas

m) Suicidio debido a otras afecciones

No se acepta el suicidio (X60-X84) como debido a cualquier otra causa.

4.2.4 Instrucciones especiales sobre causa obvia (Paso SP6)

En esta sección se enumeran las enfermedades que deben considerarse una causa obvia de las afecciones seleccionadas como punto de inicio tentativo en los pasos del SP1 al SP5

A. Complicaciones del VIH**a) Enfermedades infecciosas y VIH**

Se considera a la enfermedad por el VIH (B20-B24), pero no el estado seropositivo (R75), como una causa obvia de enfermedades infecciosas, *excepto* aquellas enumeradas en la sección 4.2.3 Instrucciones especiales sobre secuencias aceptadas y rechazadas), Sección B, Secuencias rechazadas, inciso a) Enfermedades infecciosas debidas a otras afecciones.

También se considera la enfermedad por VIH, pero no el estado seropositivo como una causa obvia de fiebres tifoidea y paratifoidea, otras infecciones por salmonela y shigelosis (A01-A03), que se enumeran en la segunda parte en la Sección 4.2.3 B, inciso a).

Se considera tanto la enfermedad por VIH como el estado seropositivo como una causa obvia de las siguientes enfermedades infecciosas:

- Sepsis debida a salmonela (A02.1)
- Criptosporidiosis (A07.2)
- Isosporiasis (A07.3)
- Tuberculosis (A15-A19)
- Infección debida a otras micobacterias (A31.-)
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva (A81.2)
- Infecciones por herpes simple (B00.0-B00.2, B00.7-B00.8) especificadas como úlceras crónicas, bronquitis, neumonía o esofagitis
- Infecciones por citomegalovirus en B25.0, B25.2, B25.8 y B25.9, excepto para el hígado, el bazo y los ganglios linfáticos

- Candidiasis de otros sitios (B37.8), especificada como de pulmón o esófago
- Coccidioidomycosis (B38.-)
- Histoplasmosis (B39.-)
- Criptococcosis (B45.-)
- Neumocistosis (B59)
- Secuelas de tuberculosis (B90)

b) Tumores malignos y VIH

Se consideran tanto la enfermedad por VIH (B20-B24) como el estado seropositivo (R75) como la causa obvia de los siguientes tumores malignos:

- Sarcoma de Kaposi (C46)
- Carcinoma de cérvix, especificado como tumor maligno invasivo del cuello uterino (C53)
- Linfoma, especificado como cerebral primario (C81-C85)
- Linfoma difuso de células B grandes, especificado como inmunoblástico (C83.3)
- Linfoma de Burkitt (C83.7)

c) Inmunodeficiencia y VIH

Se considera la enfermedad del VIH (B20-B24) como la causa obvia de la deficiencia inmunológica.

d) Neumonía y VIH

Se considera la enfermedad por VIH (B20-B24), pero no el estado VIH-positivo (R75), como causa obvia de neumonía (J12-J18).

e) Síndrome consuntivo y VIH

Se considera tanto la enfermedad por VIH (B20-B24) como el estado seropositivo (R75), como una causa obvia del síndrome consuntivo (caquexia) (R64).

B. Enterocolitis debida a *Clostridium difficile*

Se considera la enterocolitis debida a *Clostridium difficile* como una consecuencia obvia de la terapia con antibióticos.

C. Sepsis y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica

Se consideran las afecciones que afectan al sistema inmunológico, las enfermedades debilitantes (como los tumores malignos y la desnutrición), las enfermedades que causan parálisis (tales como hemorragia y trombosis cerebral), las afecciones respiratorias graves y lesiones graves (grado 1-4 de acuerdo a la lista de prioridades de

lesiones en el anexo 7.7) como causas obvias de sepsis en A40-A41, B37.7 y B49, y de Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica [SIRS] en R65.-.

D. Complicaciones de la diabetes mellitus

Se considera la diabetes (E10-E14) como la causa obvia de las siguientes afecciones:

- Acidosis (E87.2)
- Otros trastornos especificados del metabolismo (E88.8)
- Otras mononeuropatías (G58.-)
- Polineuropatía, no especificada (G62.9)
- Otros trastornos del sistema nervioso periférico (G64)
- Otros trastornos primarios de los músculos (G71.8), especificados como amiotrofia, pero sin especificar la etiología
- Desorden del sistema nervioso autónomo, no especificado (G90.9)
- Iridocicitis, no especificada (H20.9)
- Catarata, no especificada (H26.9)
- Inflamación coriorretiniana, no especificada (H30.9)
- Oclusiones vasculares retinianas (H34)
- Retinopatía de fondo y cambios vasculares de la retina (H35.0)
- Otras retinopatías proliferativas (H35.2)
- Hemorragia retiniana (H35.6)
- Trastorno de la retina, no especificado (H35.9)
- Aterosclerosis de las arterias de las extremidades (I70.2)
- Enfermedad vascular periférica, no especificada (I73.9)
- Necrobiosis lipoídica, no clasificada en otra parte (L92.1)
- Úlcera de miembro inferior, no clasificada en otra parte (L97)
- Artritis no especificada (M13.9)
- Neuralgia y neuritis, no especificadas (M79.2)
- Síndromes nefrítico y nefrótico (N03-N05)
- Enfermedad renal crónica (N18.-)
- Insuficiencia renal no especificada (N19)
- Riñón contraído no especificado (N26)
- Trastorno del riñón y el uréter, no especificados (N28.9), especificado como afecciones renales
- Proteinuria persistente, no especificada (N39.1)
- Gangrena, no clasificada en otra parte (R02)
- Coma, no especificado (R40.2)
- Otros hallazgos anormales especificados de la química sanguínea (R79.8) especificados como acetonemia, azotemia y afecciones relacionadas

E. Deshidratación

Se considera cualquier enfermedad infecciosa intestinal como una causa obvia de deplección de volumen (deshidratación) (E86).

F. Demencia

Se consideran las afecciones que suelen implicar daño cerebral irreversible como causas obvias de la demencia, si no se declara ninguna otra causa de la demencia.

Se considera al síndrome de Down (Q90.-) como una causa obvia de demencia no especificada (F03) y enfermedad de Alzheimer (G30.-).

G. Retraso mental (F70-F79)

Se consideran las siguientes afecciones como causas obvias del retraso mental:

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

H. Insuficiencia cardíaca y enfermedad cardíaca no especificada

Se consideran otras afecciones cardíacas como la causa obvia de insuficiencia cardíaca (I50.-) y enfermedad cardíaca no especificada (I51.9).

I. Embolismo

Se considera la trombosis venosa, flebitis o tromboflebitis, enfermedad valvular del corazón, parto o cualquier operación como la causa obvia de enfermedades descritas como “embólicas”. Sin embargo, debe haber una ruta clara desde el lugar donde se formó el trombo y el lugar de la embolia.

J. Varices esofágicas

Se consideran las enfermedades hepáticas clasificables en B18.-, K70.-, K73.-, K74.-, y K76.- como la causa obvia de las varices esofágicas (I85.-).

K. Neumonía

Se considera el síndrome de dependencia debido al uso de alcohol (F10.2) como causa obvia de neumonía lobar, no especificada (J18.1).

Se consideran las afecciones que afectan al sistema inmunológico, las enfermedades que debilitan (como los tumores malignos y la desnutrición), las enfermedades que causan parálisis (tales como hemorragia y trombosis cerebral), enfermedades respiratorias graves, afecciones que afectan el proceso de deglución (tragar), otras enfermedades que limitan la capacidad de cuidarse a sí mismo, incluida la demencia y las enfermedades degenerativas del sistema nervioso, las intoxicaciones y lesiones graves (grado 1-4 según la lista de prioridades de lesiones en el anexo 7.7) como causas evidentes de cualquier neumonía (J12-J18, J69.0 y J69.8).

L. Edema pulmonar

Se consideran las siguientes afecciones como causas obvias de edema pulmonar (J81):

- Enfermedad cardiaca (incluyendo cardiopatía pulmonar)
- Afecciones que afectan al parénquima pulmonar, tales como:
 - infecciones pulmonares
 - aspiración e inhalación
 - síndrome de dificultad respiratoria
 - exposición a gran altitud
 - toxinas circulantes
- Afecciones que causan sobrecarga de fluidos, tales como:
 - insuficiencia renal
 - hipoalbuminemia
- Anomalías congénitas que afectan la circulación pulmonar, tales como:
 - estenosis congénita de las venas pulmonares.

M. Síndrome nefrítico

Se considera cualquier infección estreptocócica (fiebre escarlatina, faringitis estreptocócica, etc.) como la causa obvia del síndrome nefrítico y nefrótico (N00-N05).

N. Pielonefritis

Se considera cualquier obstrucción urinaria por afecciones tales como hiperplasia de próstata o estenosis ureteral como la causa obvia de pielonefritis (N10-N12).

O. Insuficiencia renal aguda

Se considera a una infección del tracto urinario como la causa obvia de insuficiencia renal aguda (N17), siempre que no haya indicación de que la insuficiencia renal estuviera presente antes de que se desarrollara la infección del tracto urinario.

P. Atelectasia primaria del recién nacido

Se consideran las afecciones renales congénitas (Q60, Q61.0-Q61.1, Q61.3-Q61.9, Q62.1, Q62.3, Q62.4), ruptura prematura de membranas (P01.1) y oligohidramnios (P01.2) como causas obvias de la atelectasia primaria del recién nacido (P28.0).

Q. Ruptura prematura de membranas y oligohidramnios

Se consideran las afecciones renales congénitas (Q60, Q61.0-Q61.1, Q61.3-Q61.9, Q62.1, Q62.3, Q62.4) como causas obvias de la ruptura prematura de membranas y oligohidramnios que afectan al feto y al recién nacido (P01.1-P01.2).

R. Hemorragia

Se considera al envenenamiento o la sobredosis de anticoagulante como la causa obvia de la hemorragia. Sin embargo, no considere la terapia anticoagulante, si no se menciona intoxicación o sobredosis, como la causa obvia de hemorragia. Además, considere el tratamiento con esteroides, aspirina y fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) como causas obvias de hemorragia gástrica.

Se considera la hemorragia gastrointestinal como la causa obvia de la anemia secundaria o no especificada.

S. Aspiración e inhalación

Se consideran las afecciones enumeradas en 4.2.4 K), Neumonía, como causas obvias de aspiración e inhalación.

T. Cirugías y otros procedimientos médicos invasivos

Se considera a la cirugía y otros procedimientos médicos invasivos llevados a cabo dentro de las cuatro semanas antes de la muerte como causa obvia de las afecciones comúnmente consideradas como complicaciones posteriores al procedimiento.

Esto se aplica también si la cirugía o el procedimiento es reportado en un espacio separado en el certificado y no en la Parte 1 o la Parte 2.

Una lista de tales afecciones, con instrucciones específicas se pueden consultar en el Anexo 7.2, Lista de afecciones que deben considerarse consecuencias directas de cirugías y otros procedimientos médicos invasivos.

Si una afección que puede tratarse mediante cirugía u otros procedimientos médicos invasivos se informa en el certificado y la cirugía o un procedimiento del mismo sitio también se informa en el certificado, entonces suponga que esta afección fue la causa de la cirugía o procedimiento.

U. Afecciones secundarias comunes

Se considera a las enfermedades consuntivas (como tumores malignos y desnutrición), enfermedades que causan parálisis (como hemorragia o trombosis cerebral), otras enfermedades que limitan la capacidad de cuidarse de sí mismo, incluyendo demencia y enfermedades degenerativas del sistema nervioso y lesiones graves como la causa obvia de las afecciones secundarias comunes enumeradas en la tabla siguiente. Sin embargo, estas afecciones secundarias no deben considerarse una consecuencia obvia de las afecciones respiratorias.

Las afecciones de las categorías marcadas con una –“M”– deben considerarse como consecuencias obvias de las enfermedades consuntivas y paralizantes sólo si cumplen con los requisitos previos para la asignación de códigos indicados en la última columna de la tabla.

*Nota: Para la traducción se mantuvo la letra “M” dentro de la tabla correspondiente al inglés “maybe” [tal vez].

Tabla 1. Afecciones secundarias comunes

Código (s)	Descripción	Respuesta Condicional	Calificador
D50.0	Anemia por deficiencia de hierro secundaria a pérdida de sangre (crónica)		
D62	Anemia aguda posthemorrágica		
D64.9	Anemia de tipo no especificado		
E40-E46	Desnutrición		
E86	Depleción de volumen		
G81-G83	Otros síndromes paralíticos		
I26.0-I26.9	Embolia pulmonar		
I74.2-I74.4	Embolia arterial y trombosis de las extremidades		
I80.1-I80.3	Flebitis y tromboflebitis de las extremidades inferiores		
I80.9	Flebitis y Tromboflebitis de sitio no especificado		

continúa...

continuación...

Código (s)	Descripción	Respuesta Condicional	Calificador
I82.9	Embolia y trombosis de vena no especificada		
K55.0	Trastorno vascular agudo de los intestinos	M	La afección en K55.0 debe especificarse como una embolia
K56.4	Otras obstrucciones del intestino		
K59.0	Constipación		
L89	Úlcera de decúbito y por área de presión		
N10-N12	Nefritis tubulointersticial	M	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
N17-N19	Insuficiencia renal aguda, crónica o no especificada		
N28.0	Isquemia e infarto del riñón	M	La afección en N28.0 debe especificarse como una embolia de la arteria renal
N30.0-N30.2	Cistitis aguda, intersticial (crónica) y otras crónicas	M	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
N30.9	Cistitis, no especificada	M	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
N31	Disfunción neuromuscular de la vejiga, no clasificada en otra parte		
N34.0-N34.2	Absceso uretral y uretritis	M	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
N35.1-N35.9	Estenosis uretral (no traumática)	M	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
N39.0	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	M	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
R64	Caquexia		

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

Utilice la lista de esta sección para el Paso M1.

La causa básica provisional se enlista en la columna de la izquierda. Si se aplican las afecciones especificadas en la columna de la derecha, utilice el código en negrita como la nueva causa básica provisional.

Existen dos tipos de combinación:

“*Con mención de*” significa que la otra afección puede aparecer en cualquier parte del certificado;

“*Cuando se informa como la causa de*” significa que la otra afección debe aparecer en una relación causal correcta o estar indicada de otra forma como debida a la causa básica provisional.

Para algunas afecciones existen algunos requisitos adicionales; por ejemplo, que algún término específico haya sido utilizado ya sea para la causa básica provisional o para la afección que pueda cambiar el código de la causa básica.

A00-B99 Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Cuando se informa como la causa de:

C00-C97 (tumor maligno), codifique en **C00-C97**;

Excepción: para los tumores malignos enumerados en la Sección 4.2.3, A (Secuencias aceptadas, inciso d) Tumores malignos y VIH informados como debidos a la enfermedad por VIH: codifique en **B21.- o B22.7** según corresponda.

A02.1 Sepsis debida a Salmonella

Con mención de:

B20-B24 (Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique **B20.1, B20.7 o B22.7** según corresponda
R75 (Evidencias de laboratorio del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique **B20.1, B20.7 o B22.7** según corresponda

A07.3 Isosporiasis

Con mención de:

B20-B24 (Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.7, B20.8 o B22.7** según corresponda
R75 (Evidencias de laboratorio del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.7, B20.8 o B22.7** según corresponda

A15-A19 Tuberculosis

Con mención de:

B20-B24 (Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.0**, **B20.7** o **B22.7** según corresponda

R75 (Evidencias de laboratorio del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.0**, **B20.7** o **B22.7** según corresponda

A15.- Tuberculosis respiratoria, confirmada bacteriológicamente o histológicamente, *o*

A16.- Tuberculosis respiratoria, no confirmada bacteriológicamente e histológicamente

Con mención de:

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

A17.-† Tuberculosis del sistema nervioso, *o*

A18.- Tuberculosis de otros órganos

Con mención de:

A15 o A16 (Tuberculosis respiratoria), codifique en **A15**, **A16**, a menos que sea reportada como la causa de y con una duración especificada superior a aquella de la afección en A15.- o A16.-

A31.- Infecciones debidas a otras micobacterias

Con mención de:

B20-B24 (Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.0**, **B20.7** o **B22.7** según corresponda

R75 (Evidencias de laboratorio del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.0**, **B20.7** o **B22.7** según corresponda

A39.2 Meningococemia aguda, *o*

A39.3 Meningococemia crónica, *o*

A39.4 Meningococemia no especificada

Con mención de:

A39.0† (Meningitis meningocócica), codifique en **A39.0**

A39.1† (Síndrome de Waterhouse-Friderichsen), codifique en **A39.1**

- A51.- Sífilis temprana
Con mención de:
A52.- (Sífilis tardía), codifique en **A52.-**
- A81.2 Leucoencefalopatía multifocal progresiva
Con mención de:
B20-B24 (Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.3, B20.7 o B22.7** según corresponda
R75 (Evidencias de laboratorio del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.3, B20.7 o B22.7** según corresponda
- B00.0 Eczema herpético, *o*
B00.1 Dermatitis vesicular herpética, *o*
B00.2 Gingivoestomatitis y faringoamigdalitis herpética, *o*
B00.7 Enfermedad herpética diseminada, *o*
B00.8 Otras formas de infecciones herpéticas, especificadas como úlceras crónicas, bronquitis, neumonía o esofagitis
Con mención de:
B20-B24 (Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.3, B20.7 o B24** según corresponda
R75 (Evidencias de laboratorio del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.3, B20.7 o B24** según corresponda
- B16.- Hepatitis aguda tipo B, *o*
B17.- Otras hepatitis virales, agudas
Cuando se informa como la causa de:
K72.1 (Insuficiencia hepática crónica), codifique en **B18.-**
K74.0-K74.2, K74.4-K74.6 (Fibrosis y cirrosis del hígado), codifique en **B18.-**
- B20-B24 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]. Los modos de morir, las afecciones mal definidas y las afecciones poco probables de causar la muerte no deben estar vinculados a categorías en B20-B23, a menos que haya una entrada específica en el Volumen 3 para tal efecto.
- Las afecciones clasificables en dos o más subcategorías de la misma categoría deben codificarse en la subcategoría .7 de la categoría pertinente (B20 o B21). Si se desea, se pueden usar códigos adicionales dentro del bloque B20-B24 para especificar las afecciones individuales enumeradas.

B20.- Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] resultante en enfermedades infecciosas y parasitarias

Con mención de:

B23.8 (Enfermedad por VIH, resultante en otras afecciones especificadas, si se utiliza para codificar los modos de morir, las afecciones mal definidas y afecciones poco probables de causar la muerte), codifique en **B20.-** a menos que haya una entrada en el Volumen 3 que especifique lo contrario

B21.- Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en tumores malignos

Con mención de:

B23.8 (Enfermedad por VIH, resultante en otras afecciones especificadas, si se utiliza para codificar los modos de morir, afecciones mal definidas y afecciones poco probables de causar la muerte), codifique en **B21.-** a menos que haya una entrada en el Volumen 3 que especifique lo contrario.

B22.- Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en otras enfermedades especificadas

Con mención de:

B23.8 (Enfermedad por VIH, resultante en otras afecciones especificadas se utiliza para codificar los modos de morir, las afecciones mal definidas y las afecciones poco probables de causar la muerte), codifique en **B22.-** a menos que haya una entrada en el Volumen 3 que especifique lo contrario.

B22.7 Enfermedad por VIH, resultante en enfermedades múltiples clasificadas en otra parte. Esta subcategoría debe utilizarse cuando las afecciones clasificables en dos o más categorías de B20-B22 figuran en el certificado. Si se desea, se pueden usar códigos adicionales dentro del bloque B20-B24 para especificar las afecciones individuales enumeradas.

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

Cuando se informa como la causa de:

I42.0 (Cardiomiopatía dilatada), codifique en **B23.8**

I42.9 (Cardiomiopatía, no especificada), codifique en **B23.8**

B25.0† Neumonitis debida a virus citomegálico, o

B25.2† Pancreatitis debida a virus citomegálico, u

- B25.8 Otras enfermedades debidas a virus citomegálico, especificada como retinitis, o
- B25.9 Enfermedad por virus citomegálico, no especificada, excepto para el hígado, el bazo y los ganglios linfáticos

Con mención de:

- B20-B24 (Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.2, B20.7 o B22.7** según corresponda.
- R75 (Evidencias de laboratorio de virus de inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.2, B20.7 o B22.7** según corresponda.

B37.1 Candidiasis pulmonar, o

B37.8 Candidiasis de otros sitios, especificados como de esófago

Con mención de:

- B20-B24 (Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.4, B20.7 o B22.7** según corresponda.
- R75 (Evidencias de laboratorio del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.4, B20.7 o B22.7** según corresponda.

B38.- Coccidioidomycosis

Con mención de:

- B20-B24 (Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.5, B20.7 o B22.7** según corresponda
- R75 (Evidencias de laboratorio del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.5, B20.7 o B22.7** según corresponda

B39.- Histoplasmosis

Con mención de:

- B20-B24 (Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.5, B20.7 o B22.7** según corresponda
- R75 (Evidencias de laboratorio del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.5, B20.7 o B22.7** según corresponda

B45.- Criptococcosis

Con mención de:

B20-B24 (Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.5, B20.7 o B22.7** según corresponda

R75 (Evidencias de laboratorio del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.5, B20.7 o B22.7** según corresponda

B58.- Toxoplasmosis

Con mención de:

B20-B24 (Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.7, B20.8 o B22.7** según corresponda

R75 (Evidencias de laboratorio del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.7, B20.8 o B22.7** según corresponda

B59† Neumocistosis

Con mención de:

B20-B24 (Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.6, B20.7 o B22.7** según corresponda

R75 (Evidencias de laboratorio del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.6, B20.7 o B22.7** según corresponda

B90.- Secuelas de tuberculosis

Con mención de:

B20-B24 (Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.0, B20.7 o B22.7** según corresponda

R75 (Evidencias de laboratorio del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B20.0, B20.7 o B22.7** según corresponda

B95.0-B95.5 *Estreptococo* como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos.

No debe utilizarse para la codificación de la causa básica en mortalidad. Si la enfermedad no se indica, codifique en **A49.1**

B95.6-B95.8 *Estafilococo* como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos

No debe utilizarse para la codificación de la causa básica en mortalidad. Si la enfermedad no se indica, codifique en **A49.0**

- B96.0 *Mycoplasma pneumoniae [M. pneumoniae]* como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica en mortalidad. Si no se indica la enfermedad, codifique en **A49.3**
- B96.1 *Klebsiella pneumoniae [K. pneumoniae]* como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica en mortalidad. Si no se indica la enfermedad, codifique en **A49.8**
- B96.2 *Escherichia coli [E. coli]* como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica en mortalidad. Si no se indica la enfermedad, codifique en **A49.8**
- B96.3 Haemophilus influenzae como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica en mortalidad. Si no se indica la enfermedad, codifique en **A49.2**
- B96.4-B96.8 Otros agentes bacterianos especificados como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica en mortalidad. Si no se indica la enfermedad, codifique en **A49.8**
- B97.0 Adenovirus como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica en mortalidad. Si no se indica la enfermedad, codifique en **B34.0**
- B97.1 Enterovirus como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica en mortalidad. Si no se indica la enfermedad, codifique en **B34.1**
- B97.2 Coronavirus como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica en mortalidad. Si no se indica la enfermedad, codifique en **B34.2**

- B97.3 Retrovirus como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica en mortalidad. Si no se indica la enfermedad, codifique en **B33.3**
- B97.4 Virus sincicial respiratorio como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica en mortalidad. Si no se indica la enfermedad, codifique en **B34.8**
- B97.5 Reovirus como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica en mortalidad. Si no se indica la enfermedad, codifique en **B34.8**
- B97.6 Parvovirus como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica en mortalidad. Si no se indica la enfermedad, codifique en **B34.3**
- B97.7 Papilomavirus como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica en mortalidad. Si no se indica la enfermedad, codifique en **B34.4**
- B97.8 Otros agentes virales como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica en mortalidad. Si no se indica la enfermedad, codifique en **B34.8**
- B98.0 *Helicobacter pylori* [*H. pylori*] como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica en mortalidad. Si no se indica la enfermedad, codifique en **A49.8**
- B98.1 *Vibrio vulnificus* como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica en mortalidad. Si no se indica la enfermedad, codifique en **A49.8**

C46.- Sarcoma de Kaposi

Con mención de:

B20-B24 (Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B21.0**, **B21.7** o **B22.7** según corresponda

R75 (Evidencias de laboratorio del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B21.0**, **B21.7** o **B22.7** según corresponda

C53.- Tumor maligno del cuello del útero, especificado como carcinoma invasivo de cérvix

Con mención de:

B20-B24 (Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B21.7**, **B21.8** o **B22.7** según corresponda

R75 (Evidencias de laboratorio del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B21.7**, **B21.8** o **B22.7** según corresponda

C77-C79 Tumores malignos secundarios

No debe utilizarse para la codificación de la causa básica de mortalidad. Si no se conoce o se indica el sitio primario del tumor maligno, codifique en tumor maligno de sitio sin especificar (**C80.-**)

C81-C86.5 Linfoma, especificado como primario del cerebro

Con mención de:

B20-B24 (Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B21.2**, **B21.7** o **B22.7** según corresponda

R75 (Evidencias de laboratorio del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B21.2**, **B21.7** o **B22.7** según corresponda

C83.3 Linfoma difuso de células B grandes, especificado como inmunoblástico

Con mención de:

B20-B24 (Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B21.2**, **B21.7** o **B22.7** según corresponda

R75 (Evidencias de laboratorio del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B21.2**, **B21.7** o **B22.7** según corresponda

C83.7 Linfoma de Burkitt

Con mención de:

B20-B24 (Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B21.1, B21.7 o B22.7** según corresponda

R75 (Evidencias de laboratorio del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B21.1, B21.7 o B22.7** según corresponda

C97 Tumores malignos (primarios) de sitios múltiples independientes

No debe utilizarse para la codificación de la causa básica de mortalidad. Cuando se reportan tumores malignos 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 4.3.5, Tumores malignos.

D00-D09 Tumores in situ

Si se informa un tumor clasificable para D00-D09 como la causa de la diseminación metastásica, o si se desprende de otra información en el certificado que causó la diseminación metastásica, entonces codifique el tumor maligno primaria correspondiente (**C00-C80**).

Si no hay indicios de que el tumor in situ haya causado la diseminación metastásica, entonces considere que es poco probable que el tumor in situ cause la muerte y siga las instrucciones del Paso SP8 Afecciones poco probables de provocar la muerte.

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

Como la causa de:

B20-B24 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] y donde el certificado indica que la enfermedad del VIH es el resultado de una transfusión de sangre dada como tratamiento para la afección de origen, codifique en **B20-B24**.

E10-E14 Diabetes mellitus

Con mención de:

E87.2 (Acidosis), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.1**

E88.8 (Otros trastornos especificados del metabolismo), codifique en **E10-E14** con el cuarto carácter **.1**

G58.- (Otras mononeuropatías), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.4**

- G62.9 (Polineuropatía, no especificada), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .4
- G64 (Otros trastornos del sistema nervioso periférico) codifique en **E10-E14** con el cuarto carácter .4
- G71.8 (Otros trastornos primarios de los músculos), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .4
- G90.9 (Trastornos del sistema nervioso autónomo, no especificado), codifique en **E10-E14** con el cuarto carácter .4
- H20.9 (Iridociclitis, no especificada), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .3
- H26.9 (Catarata, no especificada), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .3
- H30.9 (Inflamación coriorretiniana, no especificada), codifique en **E10-E14** con el cuarto carácter .3
- H34 (Oclusión vascular de la retina), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .3
- H35.0 (Retinopatías del fondo y cambios vasculares retinianos), codifique en **E10-E14** con el cuarto carácter .3
- H35.2 (Otras retinopatías proliferativas), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .3
- H35.6 (Hemorragia retiniana), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .3
- H35.9 (Trastorno de la retina, no especificado), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .3
- I70.2 (Aterosclerosis de las arterias de los miembros), codifique en **E10-E14** con el cuarto carácter .5
- I73.9 (Enfermedad vascular periférica, no especificada), codifique en **E10- E14** con el cuarto carácter .5
- L92.1 (Necrobiosis lipídica, no clasificada en otra parte), codifique en **E10- E14** con el cuarto carácter .6
- L97 (Úlcera de miembro inferior, no clasificada en otra parte), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .5
- M13.9 (Artritis, no especificada), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .6
- M79.2 (Neuralgia y neuritis, no especificada), codifique en **E10- E14** con el cuarto carácter .6
- N03-N05 (Síndrome nefrótico), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .2
- N18.- (Enfermedad renal crónica), codifique en **E10-E14** con el cuarto carácter .2
- N19 (Insuficiencia renal no especificada), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .2
- N26 (Riñón contraído no especificado), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .2

- N28.9 (Trastorno del riñón y del uréter, no especificado), codifique en **E10- E14** con el cuarto carácter **.2**
- N39.1 (Proteinuria persistente, no especificada), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.2**
- R02 (Gangrena, no clasificada en otra parte), codifique en **E10-E14** con el cuarto carácter **.5**
- R40.2 (Coma, no especificado), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.0**
- R79.8 (Otros hallazgos anormales especificados de la química sanguínea), si la acetonemia, la azotemia y las afecciones relacionadas, codifique en **E10-E14** con el cuarto carácter **.1**

Cualquier combinación de los anteriores, codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.7**

Cuando se informa como la causa de:

- A09.- (Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso e indeterminado), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.6**
- A40.- (Sepsis estreptocócica), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.6**
- A41.- (Otras sepsis), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.6**
- A49.- (Infección bacteriana de un sitio no especificado), codifique en **E10- E14** con cuarto carácter **.6**
- B35.- (Dermatofitosis), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.6**
- B36.- (Otras micosis superficiales), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.6**
- B37.- (Candidiasis), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.6**
- D65 (Coagulación intravascular diseminada [síndrome de desfibrinación]), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.6**
- E15 (Coma hipoglucémico no diabético, sólo para coma hipoglucémico no especificado), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.0**
- E16.2 (Hipoglucemía, no especificada), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.6**
- E78.0 (Hipercolesterolemia pura), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.6**
- E78.1 (Hipergliceridemia pura), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.6**
- E78.2 (Hiperlipidemia mixta), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.6**
- E78.5 (Hiperlipidemia, no especificada), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.6**
- E87.5 (Hipertotassemia), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter **.6**

E88.9	(Otros trastornos especificados del metabolismo), codifique en E10-E14 con cuarto carácter .6
G04.8	(Otras encefalitis, mielitis y encefalomielitis), codifique en E10-E14 con cuarto carácter .6
G04.9	(Encefalitis, mielitis y encefalomielitis, no especificada), codifique en E10-E14 con cuarto carácter .6
G70.9	(Trastorno neuromuscular, no especificado), codifique en E10-E14 con cuarto carácter .4
G98	(Otros trastornos del sistema nervioso, no clasificados en otra parte, <u>excepto</u> la artropatía de Charcot, no sifilítica), codifique en E10-E14 con cuarto carácter .4
G98	(Otros trastornos del sistema nervioso, no clasificados en otra parte; Si la artropatía de Charcot, no es sifilítica), codifique en E10-E14 con el cuarto carácter .6
H49.9	(Estrabismo paralítico, no especificado), codifique en E10-E14 con cuarto carácter .3
H54	(Ceguera y deficiencia visual), codifique en E10-E14 con cuarto carácter .3
I10	(Hipertensión esencial (primaria), codifique en E10-E14 con cuarto carácter .6
I11.-	(Enfermedad cardiaca hipertensiva), codifique en E10-E14 con cuarto carácter .6
I20-I25	(Enfermedades isquémicas del corazón), codifique en E10-E14 con cuarto carácter .6
I33.0	(Endocarditis infecciosa aguda y subaguda), codifique en E10-E14 con cuarto carácter .6
I38	(Endocarditis, válvula no especificada), codifique en E10-E14 con cuarto carácter .6
I42.0	(Cardiomiopatía dilatada), codifique en E10-E14 con cuarto carácter .6
I42.9	(Cardiomiopatía, no especificada), codifique en E10-E14 con cuarto carácter .6
I48.-	(Fibrilación y aleteo auricular), codifique en E10-E14 con cuarto carácter .6
I49.-	(Otras arritmias cardíacas), codifique en E10-E14 con cuarto carácter .6
I50.-	(Insuficiencia cardiaca), codifique en E10-E14 con cuarto carácter .6
I51.6	(Enfermedad cardiovascular, no especificada), codifique en E10-E14 con cuarto carácter .6
I61.-	(Hemorragia intraencefálica), codifique en E10-E14 con cuarto carácter .6
I62.-	(Otras hemorragias intracraneales no traumáticas), codifique en E10-E14 con cuarto carácter .6
I63.-	(Infarto cerebral), codifique en E10-E14 con cuarto carácter .6

- I64 (Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .6)
- I67.2 (Aterosclerosis cerebral), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .6
- I67.8 (Otras enfermedades cerebrovasculares especificadas), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .6
- I67.9 (Enfermedad cerebrovascular, no especificada), codifique en **E10-E14** con el cuarto carácter .6
- I69.1 (Secuelas de hemorragia intraencefálica), codifique en **E10-E14** con el cuarto carácter .6
- I69.2 (Secuelas de otras hemorragias intracraeales no traumáticas, codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .6)
- I69.3 (Secuelas de infarto cerebral), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .6
- I69.4 (Secuelas de accidente vascular encefálico, no especificado como hemorrágico o isquémico), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .6
- I69.8 (Secuelas de otras enfermedades cerebrovasculares y de las no especificadas), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .6
- I70.0 (Aterosclerosis de aorta), codifique en E10-E14 con cuarto carácter .6
- I70.1 (Aterosclerosis de la arteria renal), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .6
- I70.8 (Aterosclerosis de otras arterias), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .6
- I70.9 (Aterosclerosis generalizada y la no especificada), codifique en **E10-E14** con el cuarto carácter .6
- I74.2 (Embolia y trombosis de arterias de los miembros superiores), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .6
- I74.3 (Embolia y trombosis de arterias de los miembros inferiores), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .6
- I74.4 (Embolia y trombosis de arterias de los miembros, no especificadas), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .6
- I80.- (Flebitis y tromboflebitis), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .6
- I82.9 (Embolia y trombosis de vena no especificada), codifique en **E10-E14** con el cuarto carácter .6
- I99 (Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio), para angiopatía solamente, codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .5
- J12-J18 (Neumonía), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .6
- K25-K28 (Úlcera péptica gástrica, duodenal y gastroyeyunal), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .6

- K31.8 (Otras enfermedades especificadas del estómago y del duodeno; gastroparesia solamente), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .4
- K92.2 (Hemorragia gastrointestinal, no especificada), codifique en **E10-E14** con el cuarto carácter .6
- L03.- (Celulitis), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .6
- L08.- (Otras infecciones locales de piel y tejido subcutáneo), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .6
- L30.9 (Dermatitis, no especificada), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .6
- L89.- (Úlcera de decúbito y área de presión), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .6
- L98.4 (Úlcera crónica de la piel, no clasificada en otra parte), codifique en **E10-E14** con el cuarto carácter .5
- M11.2 (Otras condrocalcinosis), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .6
- M72.6 (Fascitis necrotizante), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .6
- M89.9 (Trastorno del hueso, no especificado), codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .6
- N39.0 (Infección de las vías urinarias, sitio no especificado) codifique en **E10-E14** con el cuarto carácter .6
- Cualquiera de los anteriores en combinación, codifique en **E10-E14** con cuarto carácter .7
- E40-E46 Desnutrición
- Cuando se informa como la causa de:*
E14.- (Diabetes), codifique en E12.-
- E86 Depresión de volumen (*deshidratación*)
- Con mención de:*
A00-A09 (Enfermedades infecciosas intestinales), codifique en **A00-A09**
- E89.- Trastornos endocrinos y metabólicos consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte. No debe utilizarse para la codificación de la causa básica de la mortalidad. Véase la nota 4.2.9 Instrucciones especiales sobre cirugía y otros procedimientos médicos.
- F03-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos
No debe utilizarse si se conoce la causa física de origen del trastorno mental orgánico.

- F05.1 Delirio superpuesto a un cuadro de demencia
No debe utilizarse para codificar causa básica de muerte.

Codifique el tipo de demencia.
- F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas

Con mención de:
X40-X49 (Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas), codifique en **X40-X49**

X60-X69 (Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a sustancias nocivas), codifique en **X60-X69**
X85-X90 (Agresión por sustancias nocivas), codifique en **X85-X90**
Y10-Y19 (Envenenamiento y exposición a fármacos, sustancias químicas y sustancias nocivas), codifique en **Y10-Y19**
- F10-F19 Cuarto carácter .0 (intoxicación aguda), codifique en **X40-X49, X60-X69, X85-X90 o Y10-Y19**

Cuarto carácter .1 (Uso nocivo)

Con mención de:
Síndrome de dependencia (.2), codifique en **F10-F19** con cuarto carácter **.2**
Estado de abstinencia con delirio (.4), codifique en **F10-F19** con cuarto carácter **.4**
Síndrome amnésico (.6), codifique en **F10-F19** con cuarto carácter **.6**
Trastorno psicótico residual y de aparición tardía (.7), codifique en **F10-F19** con el cuarto carácter **.7**

Cuarto carácter .2 (Síndrome de dependencia)

Con mención de:
Estado de abstinencia con delirio (.4), codifique en **F10-F19** con cuarto carácter **.4**
Síndrome amnésico (.6), codifique en **F10-F19** con cuarto carácter **.6**
Trastorno psicótico residual y de aparición tardía (.7), codifique en **F10-F19** con el cuarto carácter **.7**

Cuarto carácter .5 (Trastorno psicótico)
Con mención de:
Síndrome de dependencia (.2), codifique en **F10-F19** con cuarto carácter **.2**

Estado de abstinencia con delirio (.4), codifique en **F10-F19** con cuarto carácter **.4**

Síndrome amnésico (.6), codifique en **F10-F19** con cuarto carácter **.6**

Trastorno psicótico residual y de aparición tardía (.7), codifique en **F10-F19** con el cuarto carácter **.7**

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

Con mención de:

- E24.4 (Síndrome de Cushing inducido por el alcohol), codifique en **E24.4**
- G31.2 (Degeneración del sistema nervioso debido al alcohol), codifique en código **G31.2**
- G62.1 (Polineuropatía alcohólica), codifique en **G62.1**
- G72.1 (Miopatía alcohólica), codifique en **G72.1**
- I42.6 (Cardiomielopatía alcohólica), codifique en **I42.6**
- K29.2 (Gastritis alcohólica), codifique en **K29.2**
- K70.- (Enfermedad alcohólica del hígado), codifique en **K70.-**
- K72.- (Insuficiencia hepática, no clasificada en otra parte), codifique en **K70.4**
- K73.- (Hepatitis crónica, no clasificada en otra parte), codifique en **K70.1**
- K74.0 (Fibrosis hepática), codifique en **K70.2**
- K74.1 (Esclerosis hepática), codifique en **K70.2**
- K74.2 (Fibrosis hepática con esclerosis hepática), codifique en **K70.2**
- K74.6 (Otras cirrosis del hígado y las no especificadas), codifique en **K70.3**
- K75.8 (Otras enfermedades inflamatorias del hígado, especificadas), si se especifica como esteatohepatitis pero no como esteatohepatitis no alcohólica, codifique en **K70.1**
- K75.9 (Enfermedad inflamatoria del hígado, no especificada), codifique en **K70.1**
- K76.0 (Degeneración grasa del hígado, no clasificada en otra parte), codifique en **K70.0**
- K76.9 (Enfermedad del hígado, no especificada), codifique **K70.9**
- K85.2 (Pancreatitis aguda inducida por alcohol), codifique en **K85.2**
- K85.9 (Pancreatitis aguda, no especificada), codifique en **K85.2**
- K86.0 (Pancreatitis crónica inducida por alcohol), codifique en **K86.0**
- K86.1 (Otras pancreatitis crónicas), excepto cuando se especifica como debido a otras causas que no sean alcohol, codifique en **K86.0**

- O35.4 (Atención materna por (presunto) daño al feto debida al alcohol), codifique en **O35.4**
- Cuando se informa como la causa de:*
- I42.7 (Cardiomiopatía debida a drogas y otros agentes externos), codifique en **I42.6**
- F17.- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del tabaco
No se debe utilizar si se conoce la afección física resultante
- F70-F79 Retraso mental
No se debe utilizar si se conoce la afección física de origen
- F80.- Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje
F81.- Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares
No se deben utilizar si se conoce la afección física de origen
- G25.5 Otras coreas
- Con mención de:*
- I00-I02 (Fiebre reumática aguda), codifique en **I02.-**
I05-I09 (Enfermedad reumática crónica del corazón), codifique en **I02.-**
- G40.6 Ataques de gran mal, no especificados (con o sin pequeño mal)
- G40.7 Pequeño mal, no especificado (sin ataque de gran mal)
- Con mención de:*
- G41.0 (Estado de gran mal epiléptico), codifique en **G41.0**
G41.1 (Estado de pequeño mal epiléptico), codifique en **G41.1**
- G40.8 Otras epilepsias
- G40.9 Epilepsia, tipo no especificado
- Con mención de:*
- G41.- (Estado de mal epiléptico), codifique **G41.-**
- G41.- Estado de mal epiléptico
- Con mención de:*
- G40.0 (Epilepsia y síndromes epilépticos idiopáticos relacionados con localizaciones (focales), (parciales) y con ataques de inicio localizado), codifique en **G40.0**

- G40.1 (Epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales), (parciales) y con ataques parciales simples), codifique en **G40.1**
- G40.2 (Epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales), (parciales) y con ataques parciales complejos), codifique en **G40.2**
- G40.3 (Epilepsia y síndromes epilépticos idiopáticos generalizados), codifique en **G40.3**
- G40.4 (Otras epilepsias y síndromes epilépticos generalizados), codifique en **G40.4**
- G40.5 (Síndromes epilépticos especiales), codifique en **G40.5**
- G45.- Ataques de isquemia cerebral transitoria y síndromes afines
- Cuando se informa como la causa de:*
- F01.1 (Demencia vascular por infartos múltiples), codifique en **F01.1**
- F01.9 (Demencia vascular, no especificada), codifique en **F01.1**
- F03 (Demencia, no especificada), codifique en **F01.1**
- G81.- Hemiplejia, o
- G82.- Paraplejia y cuadriplejia, u
- G83.- Otros síndromes paralíticos
No debe utilizarse si se conoce la causa de la parálisis.
- G93.4 Encefalopatía no especificada
- Con mención de:*
- B20-B24 (Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B22.0** o **B22.7** según corresponda
- R75 (Evidencias de laboratorio de virus de inmunodeficiencia Humana [VIH]), codifique en **B22.0** o **B22.7** según corresponda
- G97.- Trastornos del sistema nervioso consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica de defunción en mortalidad. Ver nota 4.2.9, Cirugía y otros procedimientos médicos (Paso M4).
- H54.- Ceguera y deficiencia visual
No se debe usar si se conoce la afección antecedente.
- H59.- Trastornos del ojo y sus anexos consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica de defunción en mortalidad. Ver nota 4.2.9 Instrucciones especiales sobre cirugía y otros procedimientos médicos (Paso M4).

- H90.- Hipocausia conductiva y neurosensorial
 H91.- Otras hipoacusias
 No deben utilizarse si se conoce la causa de la pérdida auditiva.
- H95.- Trastornos del oído y de la apófisis mastoides consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte
 No debe utilizarse para la codificación de la causa básica de defunción en mortalidad. Ver nota 4.2.9, Cirugía y otros procedimientos médicos (Paso M4).
- I05.8 Otras enfermedades de la válvula mitral, *o*
 I05.9 Enfermedad valvular mitral, no especificada
Cuando no se especifica la causa, con mención de:
 I34.- (Trastornos no reumáticos de la válvula mitral), codifique en **I34.-**
- I08.- Enfermedades valvulares múltiples
 No debe usarse para múltiples enfermedades valvulares especificadas de origen no reumático. Cuando las múltiples enfermedades valvulares no reumáticas se informan en el mismo certificado de defunción, la causa básica debe seleccionarse aplicando las reglas de selección y de modificación de la manera normal.
- I09.1 Enfermedades reumáticas del endocardio, válvula no especificada, *o*
 I09.9 Enfermedad reumática del corazón, no especificada
Con mención de:
 I05-I08 (Enfermedad reumática crónica), codifique en **I05-I08**
- I10-I15 Enfermedades hipertensivas
Cuando se informa como la causa de:
 I71.- (Aneurisma y disección aórticos), codifique en I71.-
- I10 Hipertensión esencial (primaria)
Con mención de:
 I11.- (Enfermedad cardiaca hipertensiva), codifique en **I11.-**
 I12.- (Enfermedad renal hipertensiva), codifique en **I12.-**
 I13.- (Enfermedad cardiorrenal hipertensiva), codifique en **I13.-**

- I20-I25 (Enfermedad isquémica del corazón), codifique en **I20-I25**
- I50.- (Insuficiencia cardiaca), excepto cuando se especifique como terminal o expresiones agudas, repentinas o similares de corta duración (Menos de 24 horas), codifique en **I11.0**
- I51.4-I51.9 (Complicaciones y descripciones mal definidas de enfermedad del corazón), excepto cuando se especifica como terminal o aguda, expresiones repentinas o similares de corta duración (menos más de 24 horas), codifique en **I11.-**
- I60-I69 (Enfermedad cerebrovascular), codifique en **I60-I69**
- N00.- (Síndrome nefrítico agudo), codifique en **N00.-**
- N01.- (Síndrome nefrítico rápidamente progresivo), codifique en **N01.-**
- N03.- (Síndrome nefrítico crónico), codifique en **N03.-**
- N04.- (Síndrome nefrótico), codifique en **N04.-**
- N05.- (Síndrome nefrítico no especificado), codifique en **N05.-**
- N18.- (Enfermedad renal crónica), codifique en **I12.-**
- N19 (Insuficiencia renal no especificada), codifique en **I12.-**
- N26 (Riñón contraído no especificado), codifique en **I12.-**

Cuando se informa como la causa de:

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

I11.- Enfermedad cardíaca hipertensiva

Con mención de:

- I12.- (Enfermedad renal hipertensiva), codifique en **I13.-**
- I13.- (Enfermedad cardíaca hipertensiva y del riñón), codifique en **I13.-**
- I20-I25 (Enfermedad isquémica del corazón), codifique en **I20-I25**
- N18.- (Enfermedad renal crónica), codifique en **I13.-**
- N19 (Insuficiencia renal no especificada), codifique en **I13.-**
- N26 (Riñón contraído no especificado), codifique en **I13.-**

I12.- Enfermedad renal hipertensiva

Con mención de:

- I11.- (Enfermedad cardiaca hipertensiva), codifique en **I13.-**
- I13.- (Enfermedad cardiorrenal hipertensiva), codifique en **I13.-**
- I20-I25 (Enfermedad isquémica del corazón), codifique en **I20-I25**
- I50.- (Insuficiencia cardiaca), excepto cuando se especifique como terminal o expresiones agudas, repentinas o similares de corta duración (menos de 24 horas), codifique en **I13.0**
- I51.4-I51.9 (Complicaciones y descripciones mal definidas de enfermedades del corazón), excepto cuando se especifica como terminal o agudo, expresiones repentinas o similares de corta duración (menos de 24 horas), codifique en **I13.-**

I13.- Enfermedad cardiorrenal hipertensiva

Con mención de:

- I20-I25 (Enfermedad isquémica del corazón), codifique en **I20-I25**

I15.0 Hipertensión renovascular

No debe utilizarse si se conoce la causa de la hipertensión renovascular o se puede inferir mediante la aplicación de SP6. Si la causa no se conoce o no se puede deducir, codifique en **I15.0**

I15.1 Hipertensión secundaria a otros trastornos renales

No debe utilizarse si se conoce el trastorno renal o se puede inferir mediante la aplicación de SP6. Si la causa no se conoce o no se puede inferir, codifique en **N28.9**

I15.2 Hipertensión secundaria a trastornos endocrinos

No debe utilizarse si se conoce el trastorno endocrino o se puede inferir mediante la aplicación de SP6. Si la causa no se conoce o no se puede inferir, codifique en **E34.9**

I15.8 Otros tipos de hipertensión secundaria

No debe usarse si la causa de la hipertensión secundaria es conocida o puede ser inferida por la aplicación de SP6. Si la causa no se conoce o no se puede deducir, codifique en **I15.8**

- I15.9 Hipertensión secundaria, no especificada
No debe usarse si la causa de la hipertensión secundaria es conocida o pueden inferirse mediante la aplicación de SP6. Si la causa no se conoce o no se puede deducir, codifique en **I15.9**
- I20.- Angina de pecho, *u*
I24.- Otras enfermedades isquémicas agudas del corazón, *o*
I25.- Enfermedad isquémica crónica del corazón
- Con mención de:*
I21.- (Infarto agudo del miocardio), codifique en **I21.-**
I22.- (Infarto subsecuente del miocardio), codifique en **I21.-**
- I22.- Infarto subsecuente del miocardio
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica de la mortalidad, codifique en **I21.-**
- I23.- Ciertas complicaciones presentes posteriores al infarto agudo del miocardio
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica de la mortalidad, codifique en Infarto agudo del miocardio **I21.-**
- I24.0 Trombosis coronaria que no produce infarto del miocardio
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica de la mortalidad. Para la mortalidad se supone la aparición de infarto del miocardio y se utiliza el código **I21.-**
- I25.2 Infarto antiguo del miocardio
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica de la mortalidad. Si la causa de origen no se indica, codifique en **I25.8** (Otras formas de enfermedad cardíaca isquémica crónica)
- I27.9 Enfermedad pulmonar del corazón, no especificada
- Con mención de:*
M41.- (Escoliosis), codifique en **I27.1**
- I44.- Bloqueo auriculoventricular y de rama izquierda del haz, *u*
I45.- Otros trastornos de la conducción, *o*
I46.- Paro cardiaco, *o*
I47.- Taquicardia paroxística, *o*
I48.- Fibrilación auricular y aleteo, *u*

- I49.- Otras arritmias cardíacas, o
 I50.- Insuficiencia cardíaca, o
 I51.4-I51.9 Complicaciones y descripciones mal definidas de enfermedad cardíaca
- Con mención de:*
- B57.- (Enfermedad de Chagas), codifique en **B57.-**
 I20-I25 (Enfermedades isquémicas del corazón), codifique en **I20-I25**
- I50.- Insuficiencia cardíaca, excepto cuando se especifique como expresiones terminales o agudas, repentina o similares de corta duración (menos de 24 horas), o
 I51.9 Enfermedad cardíaca, no especificada, excepto cuando se especifique como terminal o aguda, súbita o similar de corta duración (menos de 24 horas)
- Con mención de:*
- I10 (hipertensión esencial (primaria)), codifique en **I11.0**
 I11.- (Enfermedad cardíaca hipertensiva), codifique en **I11.0**
 I12.0 (Enfermedad renal hipertensiva con insuficiencia renal), codifique en **I13.2**
 I12.9 (Enfermedad renal hipertensiva sin insuficiencia renal), codifique en **I13.0**
 I13.0 (Enfermedad cardiorrenal hipertensiva con insuficiencia cardíaca (congestiva)), codifique en **I13.0**
 I13.1 (Enfermedad cardiorrenal hipertensiva con insuficiencia renal), codifique en **I13.2**
 I13.2 (Enfermedad cardiorrenal hipertensiva con insuficiencia cardíaca (congestiva) e insuficiencia renal), codifique en **I13.2**
 I13.9 (Enfermedad cardiorrenal hipertensiva, no especificada), codifique en **I13.0**
 M41.- (Escoliosis), codifique en **I27.1**
- I50.9 Insuficiencia cardíaca, no especificada, o
 I51.9 Enfermedad cardíaca, no especificada
- Con mención de:*
- J81 (Edema pulmonar), codifique en **I50.1**
- I60-I69 Enfermedades cerebrovasculares
- Cuando se informa como causa de afecciones en:*
 F01-F03 (Demencia), codifique en **F01.-**

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

No se deben usar para la codificación de la causa básica de la mortalidad. Para mortalidad, se asume la aparición de un infarto cerebral y se utiliza el código **I63.-**

- I67.2 Aterosclerosis cerebral

Con mención de:

- I60-I66 (Hemorragia subaracnoidea, hemorragia intraencefalica, otras hemorragias intracraneales no traumáticas, infarto cerebral, accidente cerebrovascular, no especificado como hemorrágico, oclusión y estenosis de arterias cerebrales y precerebrales), codifique en **I60-I64**

Cuando se informa como causa de afecciones en:

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

- I69.- Secuelas de enfermedad cerebrovascular

Con mención de:

- I60-I66 (Hemorragia subaracnoidea, hemorragia intraencefalica, otras hemorragias intracraneales no traumáticas, infarto cerebral, accidente cerebrovascular, no especificado como hemorrágico, oclusión y estenosis de arterias cerebrales y precerebrales), codifique en **I60-I64**

- I70.- Aterosclerosis

Con mención de:

- I10-I13 (Enfermedad hipertensiva), codifique en **I10-I13**
I20-I25 (Enfermedades isquémicas del corazón), codifique en **I20-I25**
I50.- (Insuficiencia cardiaca), codifique en **I50.-**
I51.4 (Miocarditis, no especificada), codifique en **I51.4**
I51.5 (Degeneración miocárdica), codifique en **I51.5**
I51.6 (Enfermedad cardiovascular, no especificada), codifique en **I51.6**

- I51.8 (Otras enfermedades cardiacas mal definidas), codifique en **I51.8**
 I60-I69 (Enfermedades cerebrovasculares), codifique en **I60-I69**

Cuando se informa como la causa de:

- I05-I09 (Afecciones clasificables en I05-I09 pero no especificadas como reumáticas), codifique en **I34-I38**
 I34-I38 (Trastornos no reumáticos de las válvulas), codifique en **I34-I38**
 I42.0 (Cardiomiopatía dilatada), *o*
 I42.1 (Cardiomiopatía hipertrófica obstrutiva), *u*
 I42.2 (Otras cardiomiopatías hipertróficas), *u*
 I42.8 (Otras cardiomiopatías), *o*
 I42.9 (Cardiomiopatía, no especificada), codifique en **I25.5**

Excepción: si la miocardiopatía se describe como congénita, familiar, hereditaria, idiopática, primaria o similar, codifique **I42.0-I42.2** o **I42.8-I42.9** según corresponda.

- I51.9 (Enfermedad cardíaca no especificada), codifique en **I25.1**
 I71-I78 (Otras enfermedades de las arterias, arteriolas y capilares), codifique en **I71-I78**
 K55.- (Trastornos vasculares de los intestinos), codifique en **K55.-**
 N03.- (Síndrome nefrítico crónico), codifique en **I12.-**
 N26 (Riñón contraído no especificado), codifique en **I12.-**
 I70.9 Ateroesclerosis generalizada y no especificada

Con mención de:

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

Cuando se informa como la causa de:

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

- I71.1 Ruptura de aneurisma de la aorta torácica

Con mención de:

- I71.3 (Ruptura de aneurisma de la aorta abdominal), codifique en **I71.5**

- I71.2 Aneurisma de la aorta torácica, sin mención de ruptura
Con mención de:
 I71.4 (Aneurisma de la aorta abdominal, sin mención de ruptura), codifique en **I71.6**
- I71.3 Ruptura de aneurisma de la aorta abdominal
Con mención de:
 I71.1 (Ruptura de aneurisma de la aorta torácica), codifique en **I71.5**
- I71.4 Aneurisma aórtico abdominal, sin mención de ruptura
Con mención de:
 I71.2 (Aneurisma de la aorta torácica, sin mención de ruptura), codifique en **I71.6**
- I97.- Trastornos del sistema circulatorio consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte.
 No debe utilizarse para la codificación de la causa básica de muerte. Ver nota 4.2.9 Instrucciones especiales sobre cirugía y otros procedimientos médicos (Paso M4).
- J00 Rinofaringitis aguda [resfriado común], o
 J06.- Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de sitios múltiples y los no especificados
Con mención de:
 R26.3 (Inmovilidad), codifique en **J18.2**
- Cuando se informa como la causa de:*
 G03.8 (Meningitis debida a otras causas especificadas), codifique en **G03.8**
 G06.0 (Absceso y granuloma intracranegal), codifique en **G06.0**
 H65-H66 (Otitis media), codifique en **H65-H66**
 H70.- (Mastoiditis y afecciones relacionadas), codifique en **H70.-**
 J09-J18 (Influenza y neumonía), codifique en **J09-J18**
 J20-J21 (Bronquitis y bronquiolitis), codifique en **J20-J21**
 J40-J42 (Bronquitis no especificada y crónica), codifique en **J40-J42**
 J44.- (Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas), codifique en **J44.-**
 N00.- (Síndrome nefrítico agudo), codifique en **N00.-**

- J18.- Neumonía, organismo no especificado
Con mención de:
 R26.3 (Inmovilidad), codifique en **J18.2**
- J20.- Bronquitis aguda
Con mención de:
 J41.- (Bronquitis crónica simple y mucopurulenta), codifique en **J41.-**
 J42 (Bronquitis crónica no especificada), codifique en **J42**
 J44 (Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas), codifique en **J44.-**
- J40 Bronquitis, no especificada como aguda o crónica, *o*
 J41.- Bronquitis crónica simple y mucopurulenta, *o*
 J42 Bronquitis crónica no especificada
Con mención de:
 J43.- (Enfisema) codifique en **J44.-**
 J44.- (Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas) codifique en **J44.-**
Cuando se informa como la causa de:
 J45.- (Asma), codifique en **J44.-**
- J43.- Enfisema
Con mención de:
 J40 (Bronquitis no especificada como aguda o crónica), codifique en **J44.-**
 J41.- (Bronquitis crónica simple y mucopurulenta), codifique en **J44.-**
 J42 (Bronquitis crónica no especificada), codifique en **J44.-**
- J44.8-J44.9 Otra enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada
Con mención de:
 J12-J18 (Neumonía), codifique en **J44.0**
 J20-J22 (Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores), codifique en **J44.0**
- J60-J64 Neumoconiosis
Con mención de:
 A15-A16 (Tuberculosis respiratoria), codifique en **J65**

- J81 Edema pulmonar
Con mención de:
 I50.9 (Insuficiencia cardiaca, no especificado), codifique en **I50.1**
 I51.9 (Enfermedad cardíaca no especificada), codifique en **I50.1**
- J95.- Trastornos del sistema respiratorio consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte
 No debe utilizarse para la codificación de la causa básica la mortalidad. Véase la nota 4.2.9 Instrucciones especiales sobre cirugía y otros procedimientos médicos (Paso M4).
- K71 Enfermedad tóxica del hígado
Con mención de:
 F10.- (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol), codifique en **K70.-**
 K70.- (Enfermedad alcohólica del hígado), codifique en **K70.-**
 T51.- (Efecto tóxico del alcohol), codifique en **K70.-**
- K72.- Insuficiencia hepática, no clasificada en otra parte
Con mención de:
 F10.- (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol), codifique en **K70.4**
 K70.0-K70.4 (Enfermedad alcohólica del hígado), codifique en **K70.0 – K70.4**
 K70.9 (Enfermedad alcohólica del hígado, no especificada), codifique en **K70.4**
 T51.- (Efecto tóxico del alcohol), codifique en **K70.4**
- K73.- Hepatitis crónica, no clasificada en otra parte
Con mención de:
 F10.- (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol), codifique en **K70.1**
 K70.- (Enfermedad alcohólica del hígado), codifique en **K70.1**
 T51.- (Efecto tóxico del alcohol), codifique en **K70.1**
- K74.0 Fibrosis hepática
Con mención de:
 F10.- (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol), codifique en **K70.2**
 K70.- (Enfermedad alcohólica del hígado), codifique en **K70.2**
 T51.- (Efecto tóxico del alcohol), codifique en **K70.2**

K74.1 Esclerosis hepática

Con mención de:

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

K74.2 Fibrosis hepática con esclerosis hepática

Con mención de:

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

K74.6 Otras cirrosis del hígado y las no especificadas

Con mención de:

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

K75.8 Otras enfermedades inflamatorias del hígado, especificadas, si se especifica como esteatohepatitis

Con mención de:

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

K75.9 Enfermedad inflamatoria del hígado, no especificada

Con mención de:

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

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

Con mención de:

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

- K70.- (Enfermedad alcohólica del hígado), codifique en **K70.0**
 T51.- (Efecto tóxico del alcohol), codifique en **K70.0**
- K76.9 Enfermedad hepática, no especificada
- Con mención de:*
- F10.- (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol), codifique en **K70.9**
 K70.- (Enfermedad alcohólica del hígado), codifique en **K70.9**
 T51.- (Efecto tóxico del alcohol), codifique en **K70.9**
- K85.9 Pancreatitis aguda, no especificada
- Con mención de:*
- F10.- (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol), codifique en **K85.2**
- K86.1 Otras pancreatitis crónicas, excepto cuando se especifica como debida a otras causas que no sean alcohol
- Con mención de:*
- F10.- (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol), codifique en **K86.0**
- K91.- Trastornos del sistema digestivo consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte.
 No debe utilizarse para la codificación de la causa básica de defunción en mortalidad. Ver nota 4.2.9 Instrucciones especiales sobre cirugía y otros procedimientos médicos (Paso M4).
- L89.- Úlcera de decúbito y por área de presión
- Cuando se informa como la causa antecedente originaria de:*
- L89.- (úlcera de decúbito y área de presión) de una etapa más avanzada, codifique en **L89.-** con el cuarto carácter para la etapa más avanzada.
- M41.- Escoliosis
- Con mención de:*
- I27.9 (Enfermedad pulmonar del corazón, no especificada), codifique en **I27.1**
 I50.- (Insuficiencia cardíaca), codifique en **I27.1**
 I51.9 (Enfermedad cardíaca no especificada), codifique en **I27.1**

- M96.- Trastornos osteomusculares consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte. No debe utilizarse para la codificación de la causa básica de defunción. Ver nota 4.2.9 Instrucciones especiales sobre cirugía y otros procedimientos médicos (Paso M4).
- N00.- Síndrome nefrítico agudo
Cuando se informa como la causa de:
 N03.- (Síndrome nefrítico crónico), codifique en **N03.-**
- N18.- Enfermedad renal crónica
Cuando se informa como la causa antecedente originaria de:
 N18.- (Enfermedad renal crónica) de una etapa más avanzada, codifique en **N18.-** con el cuarto carácter para la etapa más avanzada
- N18.- Enfermedad renal crónica, o
 N19 Insuficiencia renal no especificada, o
 N26 Riñón contraído, no especificado
Con mención de:
 I10 (Hipertensión esencial (primaria)), codifique en **I12.-**
 I11.- (Enfermedad cardiaca hipertensiva), codifique en **I13.-**
 I12.- (Enfermedad renal hipertensiva), codifique en **I12.-**
- N46 Esterilidad en el varón, o
 N97.- Infertilidad femenina
 No deben utilizarse si se conoce la causa de la infertilidad.
- N99.- Trastornos del sistema genitourinario consecutivos a procedimientos no clasificados en otra parte.
 No debe utilizarse para la codificación de la causa básica de defunción. Ver nota 4.2.9 Instrucciones especiales sobre cirugía y otros procedimientos médicos (Paso M4).
- O08.- Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar
 No debe utilizarse para la codificación de la causa básica de defunción. Utilice las categorías **O00-O07.**
- O14.- Preeclampsia
Con mención de:
 O15.- (Eclampsia), codifique en **O15.-**

- O30.- Embarazo múltiple
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica de defunción si se informa una complicación más específica.
- O32.- Atención materna por presentación anormal del feto, conocida o presunta
Con mención de:
O33.- (Atención materna por desproporción conocida o presunta), codifique en **O33.-**
- O33.9 Atención materna por desproporción de origen no especificado
Con mención de:
O33.0-O33.3 (Desproporción debida a anomalía de la pelvis materna), codifique en **O33.0-O33.3**
- O64.- Trabajo de parto obstruido debido a mala posición y presentación a anormal del feto
Con mención de:
O65.- (Trabajo de parto obstruido debido a anomalidad de la pelvis materna), codifique en **O65.-**
- O80-O84 Parto
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica de defunción. Si no se notifica ninguna otra causa de mortalidad materna, el codifique en **O75.9** Complicación no especificada del trabajo de parto y del parto.
- O94 Secuelas de complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio
No se debe utilizar para la codificación de mortalidad. Si la muerte resulta de secuelas de complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, codifique en **O97.-** Muerte por secuelas de las causas obstétricas.
- P07.- Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificado en otra parte, *o*
P08.- Trastornos relacionados con el embarazo prolongado y con sobrepeso al nacer
No deben utilizarse si se informa cualquier otra causa de mortalidad perinatal. Esto no se aplica si es la única causa informada o la otra causa de mortalidad perinatal reportada es insuficiencia respiratoria del recién nacido (P28.5).
- P70.3-P72.0 Trastornos endocrinos y metabólicos transitorios específicos del feto y del recién nacido
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica de defunción. Si no se notifica ninguna otra causa perinatal,

codifique en **P96.9** Afección no especificada originada en el período perinatal.

P72.2-P74 Trastornos endocrinos y metabólicos transitorios específicos del feto y del recién nacido
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica de defunción. Si no se notifica ninguna otra causa perinatal, codifique en **P96.9** Afección no especificada originada en el período perinatal

Q44.6 Enfermedad quística del hígado

Con mención de:

Q61.1-Q61.3 (Enfermedad renal poliquística), codifique en **Q61.1- Q61.3**

R57.2 Choque séptico, o

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

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

R65.9 Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, no especificada
No debe utilizarse para la codificación de la causa básica de defunción. Codifique a la enfermedad infecciosa de origen (A00-B99). Si no se menciona ninguna enfermedad infecciosa de origen, codifique en **A41.9** (sepsis no especificada).

R64 Caquexia

Con mención de:

B20-B24 (Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B22.2** o **B22.7** según corresponda

R75 Evidencias de laboratorio de virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), codifique en **B22.2** o **B22.7** según corresponda

R69.- Causas de morbilidad desconocidas y no especificadas

No debe utilizarse para la codificación de la causa básica de defunción. Utilice R95-R99 según corresponda.

R75 Evidencias de laboratorio de virus de inmunodeficiencia humana [VIH]
Cuando se informa como la causa de:

A00-B99 (Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias), codifique en **B20.-** o **B22.7** según corresponda

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

No deben utilizarse para la codificación de la causa básica de defunción, excepto como un código adicional para la categoría correspondiente en **V01-Y89**.

Cuando se informa una enfermedad de la densidad ósea como la causa de una caída o una fractura, considere la fractura patológica y códifíquela en **M80**. También considere una fractura patológica si se informa en la misma línea que una enfermedad de densidad ósea, pero solo si la fractura y la enfermedad de la densidad ósea se anotan una al lado de la otra.

T00-T07 Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo

No debe usarse para la codificación de lesiones principales, si se cuenta con información más específica sobre las lesiones. Codifique cada lesión por separado y seleccione una lesión principal de acuerdo con las instrucciones de la sección 4.2.6 (Instrucciones especiales sobre lesión principal en muertes por causas externas).

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

No debe utilizarse si se conoce la lesión inicial.

V01-X59 Accidentes

Con mención de:

A35 (Tétanos), codifique en **A35**

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

No deben utilizarse para la codificación de la causa básica de defunción.

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

No deben utilizarse para la codificación de la causa básica de defunción.

U82.0-U82.9 Resistencia a antibióticos betalactámicos

No debe usarse para codificar la causa básica de defunción. Codifique la enfermedad infecciosa originaria. Si no se menciona ninguna enfermedad infecciosa originaria, codifique en **B99**

U83.0-U83.9 Resistencia a otros antibióticos

No debe usarse para codificar la causa básica de defunción. Codifique la enfermedad infecciosa originaria. Si no se menciona ninguna enfermedad infecciosa originaria, codifique en **B99**

- U84.0 Resistencia a drogas antiparasitarias
No debe usarse para codificar la causa básica de defunción. Codifique la enfermedad infecciosa originaria. Si no se menciona ninguna enfermedad infecciosa originaria, codifique en **B89**
- U84.1 Resistencia a drogas antimicóticas
No debe usarse para codificar la causa básica de defunción. Codifique la enfermedad infecciosa originaria. Si no se menciona ninguna enfermedad infecciosa originaria, codifique en **B49**
- U84.2 Resistencia a drogas antivirales
No debe usarse para codificar la causa básica de defunción. Codifique la enfermedad infecciosa originaria. Si no se menciona ninguna enfermedad infecciosa originaria, codifique en **B34.9**
- U84.3 Resistencia a drogas antituberculosas
No debe usarse para codificar la causa básica de defunción. Codifique la enfermedad infecciosa originaria. Si no se menciona ninguna enfermedad infecciosa originaria, codifique en **A16.9**
- U84.7 Resistencia a múltiples drogas antimicrobianas
No debe usarse para codificar la causa básica de defunción. Codifique la enfermedad infecciosa originaria. Si no se menciona ninguna enfermedad infecciosa originaria, codifique en **B99**
- U84.8 Resistencia a otras drogas antimicrobianas especificadas
No debe usarse para codificar la causa básica de defunción. Codifique la enfermedad infecciosa originaria. Si no se menciona ninguna enfermedad infecciosa originaria, codifique en **B99**
- U84.9 Resistencia a drogas antimicrobianas no especificadas
No debe usarse para codificar la causa básica de defunción. Codifique la enfermedad infecciosa originaria. Si no se menciona ninguna enfermedad infecciosa originaria, codifique en **B99**
- U85 Resistencia a drogas antineoplásicas
No debe usarse para codificar la causa básica de defunción. Codifique la enfermedad infecciosa originaria. Si no se menciona ninguna enfermedad infecciosa originaria, codifique en **C80.9**

Resumen de los códigos que no deben utilizarse como causa básica de defunción

Además de los códigos de asterisco (ver Sección 3.1.3 Dos códigos para ciertas afecciones)

Códigos que no se deben utilizar para la codificación de la causa básica de defunción (codifique el código entre paréntesis; si no hay código indicado, codifique en R99)

B95.0-B95.5	(codifique en A49.1)
B95.6-B95.8	(codifique en A49.0)
B96.0	(codifique en A49.3)
B96.1 - B96.2	(codifique en A49.8)
B96.3	(codifique en A49.2)
B96.4 - B96.8	(codifique en A49.8)
B97.0	(codifique en B34.0)
B97.1	(codifique en B34.1)
B97.2	(codifique en B34.2)
B97.3	(codifique en B33.3)
B97.4-B97.5	(codifique en B34.8)
B97.6	(codifique en B34.3)
B97.7	(codifique en B34.4)
B97.8	(codifique en B34.8)
B98.0-B98.1	(codifique en A49.8)
C77-C79	(codifique en C80.-)
C97	(codifique en C00-C76, C81-C96)
E89.-	
F10.0	(codifique en X45, X65, X85 o Y15)
F11.0	(codifique en X42, X62, X85 o Y12)
F12.0	(codifique en X42, X62, X85 o Y12)
F13.0	(codifique en X41, X61, X85 o Y11)
F14.0	(codifique en X42, X62, X85 o Y12)
F15.0	(codifique en X41, X61, X85 o Y11)
F16.0	(codifique en X42, X62, X85 o Y12)
F17.0	(codifique en X49, X69, X89 o Y19)
F18.0	(codifique en X46, X66, X89 o Y16)
F19.0	(codifique en X40-X49, X60-X69, X85-X90 o Y10-Y19)
G97.-	
H59.-	
H95.-	
I15.1	(codifique en N28.9 si no se conoce)
I15.2	(codifique en E34.9 si no se conoce)
I22.-	(codifique en I21.-)

continúa...

...continuación

Códigos que no se deben utilizar para la codificación de la causa básica de defunción (codifique el código entre paréntesis; si no hay código indicado, codifique en R99)

I23.-	(codifique en I21.-)
I24.0	(codifique en I21.-)
I25.2	(codifique en I25.8)
I65.-	(codifique en I63)
I66.-	(codifique en I63)
I97.-	
J95.-	
K91.-	
M96.-	
N99.-	
O08.-	(codifique en O00-O07)
O80 - O84	(codifique en O75.9)
O94	(codifique en O97.-)
P70.3-P72.0	(codifique en P96.9)
P72.2-P74	(codifique en P96.9)
R57.2	(codifique en A41.9)
R65.0-R65.1	(codifique en A41.9)
R65.9	(codifique en A41.9)
R69.-	(codifique en R95-R99)
S00-T98	(codifique en V01-Y89)
Y90-Y98	
Z00-Z99	

Códigos que no se deben utilizar para la codificación de la causa básica de defunción (código para la enfermedad infecciosa de origen, si no se menciona ninguna enfermedad infecciosa originaria, codifique el elemento entre paréntesis)

U82.0-U82.9	(codifique en B99)
U83.0-U83.9	(codifique en B99)
U84.0	(codifique en B89)
U84.1	(codifique en B49)
U84.2	(codifique en B34.9)
U84.3	(codifique en A16.9)
U84.7	(codifique en B99)
U84.8	(codifique en B99)
U84.9	(codifique en B99)
U85	(codifique en C80.9)

continúa...

La caída del andamio es la causa básica de defunción. Codifique la causa básica en W12 (Caída sobre y desde el andamio). Como lesión principal, codifique fractura del cráneo (S02.9, Fractura de cráneo y huesos faciales, parte no especificada). Ignore la contusión del brazo (T11.0, Traumatismo superficial del miembro superior, nivel no especificado) como se indica en el Anexo 7.4, Lista de afecciones poco probables de provocar la defunción.

b) Cuando se informan traumatismos graves (no superficiales y no triviales) tanto en la Parte 1 como en la Parte 2, seleccione el traumatismo principal de la Parte 1. Esto aplica incluso cuando los traumatismos informados en la Parte 2 tienen un grado más alto en el Anexo 7.7 Clasificación de prioridad de los códigos de naturaleza de la lesión de la CIE-10 que los traumatismos informados en la Parte 1.

- Ejemplo 2:
- 1 (a) Traumatismo intratorácico múltiple
 - (b) Conductor de automóvil, colisión con autobús
 - (c)
 - (d)
- 2 Traumatismos cerebrales

Codifique conductor de automóvil lesionado en colisión con el autobús como causa básica de defunción (V44.5, ocupante de automóvil lesionado por colisión con vehículo de transporte pesado o autobús, conductor herido en un accidente de tránsito). Como lesión principal codifique Traumatismos múltiples de tórax (S29.7). El traumatismo intracranegal no especificado (S06.9) tiene una clasificación más alta en el Anexo 7.7 que los traumas múltiples de tórax, pero los traumas múltiples de tórax se mencionan en la Parte 1 y tienen preferencia sobre los traumas informados en la Parte 2.

Cuando se informan lesiones graves sólo en la Parte 2, seleccione el trauma principal de la Parte 2.

c) Cuando se informa más de un trauma grave en la primera parte del certificado, seleccione el trauma principal acorde al Anexo 7.7 (Clasificación de prioridad de traumatismos). Tenga en cuenta que 1 es el rango de prioridad más alta y que 6 es el más bajo.

- Ejemplo 3:
- 1 (a) Traumatismo intratorácico múltiple y traumatismo cerebral
 - (b) Conductor de automóvil, colisión con autobús
 - (c)
 - (d)
- 2

Codifique conductor de automóvil lesionado en colisión con el autobús como causa básica de defunción (V44.5, ocupante de automóvil lesionado en colisión con vehículo de transporte pesado o autobús, conductor herido en un accidente de tránsito). Como lesión principal codifique el traumatismo cerebral (S06.9 Traumatismo intracranegal, no especificado), que tiene un rango más alto en la lista de prioridades que múltiples traumas del tórax (S29.7).

d) Cuando más de uno de los traumas graves informados en la primera parte del certificado tienen el mismo y más alto valor, seleccione el primero informado. Sin embargo, prefiera un trauma específico sobre un trauma del bloque T00-T07, traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo, con el mismo rango de prioridad

- Ejemplo 4:
- 1 (a) Traumatismo múltiple con rotura de aorta
 - (b) Conductor de automóvil, colisión con autobús
 - (c)
 - (d)

2

Codifique conductor de automóvil lesionado en colisión con el autobús como causa básica de la defunción (V44.5, ocupante del vehículo lesionado en colisión con un vehículo o autobús de transporte pesado, conductor lesionado en accidente de tránsito). Como traumatismo principal, codifique ruptura de la aorta (S25.0, Traumatismo de la aorta torácica). Los traumas múltiples (T07) y la rotura de la aorta tienen el mismo rango en la lista de prioridades, pero un trauma específico tiene prioridad sobre un trauma del bloque (T00-T07) Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo.

4.2.7 Instrucciones especiales sobre el envenenamiento por drogas, medicamentos y sustancias biológicas (Paso M4)

A. Causa básica

Si la causa básica que seleccionó al aplicar los pasos SP1 al SP8 y M1 al M3 es envenenamiento, hay más de un medicamento informado en el certificado y los medicamentos no tienen el mismo código de causa externa, seleccione un código para la causa básica de la siguiente manera:

a) Si uno de los medicamentos se especifica como la sustancia más importante en provocar la defunción, codifique el código de causa externa para ese medicamento como la causa básica de defunción.

Ejemplo 5: 1 (a) Sobredosis accidental de heroína

(b)

(c)

(d)

2 Diazepam y amitriptilina presentes

Al colocar la sobredosis de heroína en la Parte 1 e informar las otras sustancias como causas contribuyentes de la defunción en la Parte 2, el certificador ha identificado la heroína como la sustancia más importante en provocar la defunción. Envenenamiento accidental por heroína como causa básica (X42, Envenenamiento accidental por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte).

Ejemplo 6 1 (a) Intoxicación por anfetamina

(b)

(c)

(d)

2 Niveles tóxicos de heroína y flunitrazepam

Al colocar el envenenamiento de anfetamina solo en la Parte 1 y reportar las otras sustancias como causas contribuyentes de la defunción en la Parte 2, el certificador ha identificado a la anfetamina como la sustancia más importante en causar la defunción. Seleccione envenenamiento accidental por anfetaminas como la causa básica (X41, Envenenamiento accidental por, y exposición a drogas antiepilepticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte).

Ejemplo 7 1 (a) Intoxicación por alcohol

(b)

(c)

(d)

2 Niveles tóxicos de heroína y flunitrazepam

Al colocar el envenenamiento por alcohol solo en la Parte 1 y reportar las otras sustancias como causas contribuyentes de la defunción en la Parte 2, el certificador ha identificado al alcohol como la sustancia más importante en causar la defunción. Seleccione envenenamiento accidental por alcohol como causa básica (X45, Envenenamiento accidental por, y exposición al alcohol).

b) Si ninguna de las drogas es especificada como la substancia más importante para provocar la defunción, primero intente obtener más información del certificador. Si no se obtuvo aclaración, codifique:

- En las combinaciones de alcohol con un medicamento, al medicamento;
- Otras defunciones por medicamentos múltiples en la categoría apropiada para “Otros”

Ejemplo 8: 1 (a) Niveles tóxicos de heroína y anfetamina

(b)

(c)

(d)

2

Ni la heroína ni la anfetamina se identifican como la sustancia más importante para provocar la defunción. Codifique en X44, Envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados.

Ejemplo 9: 1 (a) Intoxicación accidental por alcohol, heroína y diazepam

(b)

(c)

(d)

2

Ninguna de las sustancias se identifica como la sustancia más importante en causar la defunción. La intoxicación por combinaciones de alcohol y drogas están codificados a los medicamentos. Codifique en X44, Envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados. Proceda identificando el medicamento más peligroso y codifíquelo como el daño principal.

B. Lesión principal

Si la causa básica es envenenamiento, use el código para envenenamiento en el Capítulo XIX, Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, como lesión principal. Si sólo se informa una sustancia tóxica, codifique esa sustancia como lesión principal. Si se informan varias sustancias tóxicas, identifique la sustancia más peligrosa y codifíquela como la lesión principal. Para identificar la sustancia más peligrosa, aplique las siguientes instrucciones.

- a) Si se especifica una sustancia tóxica como causa de defunción, codifique el componente de la sustancia.

- Ejemplo 10: 1 (a) Sobredosis accidental por heroína
(b)
(c)
(d)
- 2 Diazepam y amitriptilina presentes

Al colocar la sobredosis de heroína sola en la Parte 1 e informar las otras sustancias como causas contribuyentes de la defunción en la Parte 2 el certificador ha identificado a la heroína como la sustancia más importante en causar la defunción. Seleccione envenenamiento accidental por heroína como causa básica (X42, Envenenamiento accidental por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte). Como lesión principal, codifique envenenamiento por heroína (T40.1, Envenenamiento por narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos]).

- Ejemplo 11 1 (a) Intoxicación alcohólica
(b)
(c)
(d)
- 2 Diazepam y amitriptilina presentes

Al colocar el envenenamiento por alcohol solo en la Parte 1 y reportar las otras sustancias como causas contribuyentes de la defunción en la Parte 2, el certificador ha identificado al alcohol como la sustancia más importante para causar la defunción. Seleccione envenenamiento accidental por alcohol como la causa básica (X45, Envenenamiento accidental por, y exposición al alcohol). Codifique envenenamiento por alcohol como la lesión principal (T51.9, Efecto tóxico del alcohol, no especificado).

b) Si no se indica ninguna sustancia tóxica como causa de muerte, en las combinaciones de alcohol con un medicamento codifique el medicamento.

- Ejemplo 12: 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 las otras sustancias como causas con-

tribuyentes de la defunción en la Parte 2, el certificador ha identificado al alcohol y al flunitrazepam como las sustancias más importantes en causar la defunción. De estos dos, seleccione el envenenamiento por flunitrazepam porque en las combinaciones de alcohol con un medicamento se codifica el medicamento. Seleccione el envenenamiento accidental por flunitrazepam como causa básica (X41, Envenenamiento accidental por, y exposición a drogas antiepilepticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte). Codifique envenenamiento accidental por flunitrazepam como la lesión principal (T42.4, Envenenamiento por antiepilepticos, hipnóticos-sedantes y drogas antiparkinsonianas, benzodiazepinas).

c) Si no se dispone de una categoría combinada adecuada, seleccione el código principal de la naturaleza de la lesión en el siguiente orden de prioridad:

1. Opioides agonistas y parcialmente agonistas y otros narcóticos no especificados (T40.0-T40.4, T40.6)

Las defunciones que incluyen múltiples opioides clasificables a más de una subcategoría de cuarto carácter en T40.0-T40.4, T40.6, deben ser priorizadas como:

- 1a. Heroína (T40.1)
- 1b. Metadona (T40.3)
- 1c. Opio (T40.0)
- 1d. Otros opioides (T40.2)
- 1e. Otros narcóticos sintéticos (T40.4)
- 1f. Otros narcóticos no especificados (T40.6)

2. Agentes anestésicos inhalados e intravenosos (T41.0-T41.2, T41.4)

Incluye: Propofol

3. Antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos (T43.0)

4. Barbitúricos (T42.3)

5. Derivados del 4-aminofenol (T39.1)

Incluye: APAP, acetaminofen, paracetamol

6. Antipsicóticos y neurolépticos (T43.3-T43.5)

Incluye:

Antipsicóticos y neurolépticos fenotiacínicos

Butirofenona y neurolépticos tioxanténicos

Otros antipsicóticos y neurolépticos y los no especificados

7. Medicamentos antiepilepticos, fármacos antiparkinsonianos y sedantes no especificados (T42.0 - T42.2, T42.5 - T42.8)

8. Cocaína (T40.5)

9. Psicoestimulantes con abuso potencial (T43.6)

Incluye: Anfetaminas y derivados

10. Antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y Otros antidepresivos y los no especificados (T43.1, T43.2)
Incluye: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), venlafaxina
11. Benzodiazepinas (T42.4)
12. Drogas y sustancias no mencionadas anteriormente

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

Considere que para los envenenamientos la causa básica seleccionada no siempre coincide con el código del daño principal. Por ejemplo, la causa básica puede expresar una combinación de sustancias tóxicas, pero el código de lesión principal identifica al componente más peligroso.

- Ejemplo 13:
- 1 (a) Niveles tóxicos de cocaína, heroína, diazepam y amitriptilina
 (b)
 (c)
 (d)
 - 2

Ninguna de las sustancias se identifica como la sustancia más importante en causar la defunción, y no existe un código específico para la combinación de estas sustancias. Codifique en X44, Envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados, como causa básica de la defunción.

Como lesión principal, el código de envenenamiento de la heroína. En la lista prioritaria anterior, la cocaína (T40.5) pertenece al grupo 8, la heroína (T40.1) pertenece al grupo 1a, el diazepam (T42.4) pertenece al grupo 11 y la amitriptilina (T43.0) pertenece al grupo 3. Seleccione la heroína, como la sustancia con la más alta prioridad (T40.1), Envenenamiento por narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], heroína).

- Ejemplo 14
- 1 (a) Sobredosis de heroína, cocaína, diazepam y amitriptilina
 (b)
 (c)
 (d)
 - 2 Ninguna de las sustancias se identifica como la sustancia más importante en causar la defunción, y no existe un código

específico para la combinación de estas sustancias. Codifique en X44, Envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados, como la causa básica de defunción (X44).

A continuación, codifique envenenamiento por heroína como la lesión principal. En la lista prioritaria anterior, la heroína (T40.1) pertenece al grupo 1a, la cocaína (T40.5) pertenece al grupo 8, el diazepam (T42.4) pertenece al grupo 11 y la amitriptilina (T43.0) al grupo 10. Seleccione la heroína, como la sustancia con la más alta prioridad (T40.1, Envenenamiento por narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], heroína).

- Ejemplo 15: 1 (a) Intoxicación accidental por alcohol, heroína y diazepam
(b)
(c)
(d)

2

En el envenenamiento por combinaciones de alcohol y drogas o medicamentos se codifican las drogas o medicamentos, véase la instrucción anterior en la Sección 4.2.7 B, subsección b). Ninguno de los medicamentos informados en la Parte 1 se identifica como la sustancia más importante para provocar la defunción y no existe un código específico para la combinación de estas sustancias. Codifique en X44, Envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados, como causa básica de defunción.

A continuación, codifique envenenamiento por heroína como la lesión principal. En la lista de prioridades arriba mencionada, la heroína (T40.1) pertenece al grupo 1a y el diazepam (T42.4) pertenece al grupo 11. Seleccione la heroína, como la sustancia con mayor prioridad (T40.1, Envenenamiento por narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], heroína).

4.2.8 Instrucciones especiales sobre la mortalidad materna (paso M4)

Si se menciona el embarazo, el parto o el puerperio en cualquier parte del certificado, en la mayoría de los casos la causa básica se codifica en el Capítulo XV (Embarazo, parto y puerperio). Esto se debe a que la causa básica que se seleccionó por la aplicación del Paso SP1-M4 se clasifica en el Capítulo XV de acuerdo

con el Índice alfabético, o porque hay un código especial en el Capítulo XV para la afección si aparece durante embarazo, parto y 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 XV. Tenga en cuenta que estas instrucciones no se aplican a las afecciones que se inscriben al capítulo XV en el índice alfabético.

- Si el embarazo, el parto o el puerperio es reportado en cualquier lugar 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 información adicional.
 - Si el certificador afirma que la muerte fue una complicación del embarazo, parto o puerperio, codifique la causa básica en el Capítulo XV, (Embarazo, parto y puerperio).
 - Si el certificador afirma que la muerte no fue una complicación de embarazo, parto o puerperio, no codifique la causa básica en el Capítulo XV.
 - Si no puede obtener ninguna información adicional, pero el embarazo, parto o puerperio se menciona en la Parte 1 o Parte 2 del certificado, codifique la causa básica en el Capítulo XV.
- Si la causa básica que seleccionó es clasificable a O98-O99 (Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio y otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio) entonces agregue el código correspondiente del capítulo I-XVI como una causa múltiple de la muerte. Esto es importante porque de otra manera la información crucial sobre la muerte no será recuperable.
- Tome en cuenta que algunas afecciones no están codificadas en el Capítulo XV, incluso si ocurrieron durante el embarazo, el parto o el puerperio, véase la nota ‘Excluye’ al comienzo del Capítulo XV.

Ejemplo 1:

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

2

La causa básica, embolia de líquido amniótico, está indexada al Capítulo XV (O88.1).

- Ejemplo 2 1 (a) Edema pulmonar
 (b) Insuficiencia mitral, embarazo
 (c)
 (d)

2

La causa básica, la insuficiencia mitral, se codifica en el Capítulo XV porque el embarazo se menciona en la Parte 1. Codifique la causa básica en Enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio (O99.4). Para mayor especificidad, también agregue el código para regurgitación mitral (I34.0) en el registro.

- Ejemplo 3: 1 (a) Hemorragia
 (b) Cáncer de cuello uterino
 (c)
 (d)
- 2 Tratamiento retrasado por el embarazo

La causa básica, el cáncer de cuello uterino, se codifica en el Capítulo XV porque el embarazo se menciona en la Parte 2. Codifique la causa básica en Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio (O99.8). Para mayor especificidad, también agregue el código para el cáncer cervical (C53.9) en el registro.

- Ejemplo 4: 1 (a) Insuficiencia hepática
 (b) Fiebre hemorrágica del dengue 5 días
 (c)
 (d)
- 2 Información adicional: 40 días después del parto

Codifique la causa básica en Otras enfermedades virales que complican el embarazo, el parto y el puerperio (O98.5). También agregue el código para Dengue grave (A97.2) como una causa contribuyente de la muerte.

4.2.9 Instrucciones especiales sobre cirugía y otros procedimientos médicos (paso M4)

A. *Motivo de la cirugía o procedimiento indicado*

Si el punto de inicio tentativo al que llegó al aplicar los pasos SP1 a SP7 y M1 a M4 es cirugía u otro procedimiento médico y en el certificado se indica el motivo

por el cual se realizó la operación o procedimiento, entonces seleccione el motivo de la operación u otro procedimiento como el nuevo punto de inicio. A continuación, aplique las instrucciones en el paso SP7 y M1 a M4 como se describió anteriormente.

B. Razón de la cirugía o procedimiento no indicada, complicación reportada

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

- Primero revise si el Índice alfabético proporciona un código por defecto para la razón de la cirugía o procedimiento. Si lo hace, este es el nuevo punto de inicio. A continuación, aplique las instrucciones en el paso SP7 y M1 a M4 como se describió anteriormente.
- Si el Índice alfabético no da un código por defecto para la razón de la cirugía o procedimiento, determine si el tipo de cirugía o procedimiento indica un órgano o sitio específico. Si lo hace, utilice el código de la categoría residual para el órgano o sitio operado como el nuevo punto de inicio. A continuación, aplique las instrucciones en el paso SP7 y M1 a M4 como se describió anteriormente.
- Si el Índice alfabético no da un código por defecto para la razón de la cirugía o procedimiento y el tipo de cirugía o procedimiento no indica un órgano o sitio, verifique si en el certificado se menciona un accidente en el momento del procedimiento. Si lo hace, utilice el código apropiado de O74, O75.4 ó Y60-Y69 como la causa básica de defunción.
- Si el Índice alfabético no da un código por defecto, el tipo de cirugía o procedimiento no indica un órgano o sitio y no hay mención de un accidente en el momento del procedimiento, use el código apropiado de O74, O75.4 o Y83-Y84 como la causa básica de defunción.

C. Motivo de la cirugía o procedimiento no indicados, y ninguna complicación reportada.

Si no se indica la razón de la cirugía o procedimiento y no se informa de ninguna complicación, proceda de la siguiente manera:

- Primero verifique si el Índice alfabético proporciona un código por defecto para la razón de la cirugía o procedimiento. Si lo hace, este es el nuevo punto de inicio. A continuación, aplique las instrucciones en el paso SP7 y M1 a M4 como se describió anteriormente.
- Si el Índice alfabético no da un código por defecto para la razón de la cirugía o procedimiento, determine si el tipo de cirugía o procedimiento indica un órgano o sitio específico. Si lo hace, utilice el código de la categoría

residual para el órgano o sitio operado como el nuevo punto de inicio. A continuación, aplique las instrucciones en el paso SP7 y M1 a M4 como se describió anteriormente.

- Si el Índice alfabético no da un código por defecto y el tipo de cirugía o procedimiento no indica un órgano o sitio, codifique en R99 (Otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad).

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

2

El certificado no especifica el motivo de la cirugía; pero el término apendicectomía indica apéndice como el órgano operado. Codifique K38.9, Enfermedad del apéndice, no especificada, como la causa básica de defunción.

Ejemplo 2: 1 (a) Punción accidental de la aorta
 (b) Laparotomía
 (c)
 (d)

2

El certificado no especifica el motivo de la cirugía y el término laparotomía no indica un órgano específico. Sin embargo, hay mención de un accidente en el momento de la cirugía. Codifique el accidente, punción accidental durante la laparotomía, como la causa básica de defunción (Y60.0, Corte involuntario, punción, perforación o hemorragia durante la atención quirúrgica y médica, durante la operación quirúrgica).

Ejemplo 3 1 (a) Hemorragia postoperatoria
 (b) Cesárea
 (c) Trabajo prolongado
 (d)

2

El certificado indica la razón por la que se realizó la cirugía. Codifique el motivo de la cirugía, el trabajo prolongado, como la causa básica de defunción (O63.9, Trabajo de parto prolongado, no especificado).

- Ejemplo 4: 1 (a) Laparotomía
 (b)
 (c)
 (d)

2

El certificado no especifica por qué se realizó la cirugía y el término laparotomía no indica un órgano específico. No hay mención de una complicación. Codifique R99, Otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad, como la causa básica de defunción.

D. Dispositivos médicos asociados a incidentes adversos debido 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 una avería o mal funcionamiento del propio dispositivo, codifique la causa externa como causa básica de defunción.

- Ejemplo 5: 1 (a) Neumonía por inhalación
 (b) Hemorragia de la tráquea
 (c) Caída de la cama mientras estaba conectado al respirador
 (d)

2

Terapia respiratoria consecutiva a trasplante de hígado

No hay mención de una avería o mal funcionamiento del respirador o del tubo traqueal. Codifique la caída de la cama (W06), el accidente que causó la hemorragia, como la causa básica de defunción.

- Ejemplo 6 1 (a) Edema pulmonar
 (b) Detención de bomba de circulación intra-aórtica
 (c) Corte de energía eléctrica debida a huracán
 (d) Infarto del miocardio reciente con insuficiencia mitral

2

La bomba de circulación intra-aórtica dejó de funcionar no por un mal funcionamiento o avería, sino por un corte de energía eléctrica. Codifique la razón del corte de energía eléctrica, tormenta cataclísmica, como la causa básica de defunción (X37, Víctima de la tormenta cataclísmica).

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

- Ejemplo 7:
- 1 (a) Insuficiencia cardíaca y respiratoria
 (b) Suspensión en la administración de droga inotrópica
 (c) Eliminación accidental de la línea subclavia
 (d)
 - 2 Cirugía para la ruptura aguda de vesícula biliar

No hay mención de mal funcionamiento o avería del equipo. Dado que el accidente que causó la eliminación de la línea subclavia no se describe, codifique X59.9, Exposición a factores no especificados que causan otras lesiones y las no especificadas.

4.3 Instrucciones de codificación para la mortalidad: causas múltiples

4.3.1 Introducción

La codificación de las causas múltiples permite un análisis a profundidad de las causas de muerte, por ejemplo, de complicaciones graves pero evitables de ciertas causas básicas, y el impacto de las afecciones coexistentes en el resultado de un proceso de enfermedad. Por lo tanto, en la codificación de la 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 de-función (consulte la Sección 4.2).

Todos los detalles posibles deben mantenerse en la codificación de las causas múltiples, ya que los registros que contienen todas las afecciones de las causas múltiples permiten un análisis más profundo que los registros con una sola afección reportada en el certificado. Especialmente:

- La posición de los códigos individuales en el registro de datos debe reflejarse dónde las correspondientes expresiones de diagnóstico fueron registradas por el certificador, ya que algunos análisis podrían centrarse en la causa terminal de la muerte o en las afecciones notificadas en la Parte 2;
- Los códigos para afecciones comunes o afecciones consideradas sintomáticas o menos informativas, no deben de eliminarse u omitirse, ya que pueden ser de interés especial en el análisis de complicaciones evitables y pueden funcionar como marcadores de la gravedad de otras afecciones reportadas en el certificado;
- La información de causas múltiples debe almacenarse en dos formatos: un formato que muestre claramente qué término utilizó el certificador en el certificado y donde se informó cada término en el certificado; y un formato que toma en cuenta las relaciones explícitas o implícitas entre las afecciones informadas, y donde los códigos se han armonizado de acuerdo con las instrucciones en los volúmenes del CIE.

4.3.2 Diagnósticos inciertos

Ignore las expresiones que indican dudas sobre la certeza del diagnóstico, por ejemplo “aparentemente”, “presumiblemente”, “probablemente” o “posiblemente”. Un diagnóstico tentativo, aunque incierto, es de mejor utilidad para las estadísticas de mortalidad que ningún diagnóstico en absoluto.

4.3.3 Cualquiera... o

El certificador podría reportar diagnósticos alternativos, “ya sea el diagnóstico A o el diagnóstico B”. En tales casos proceda de la siguiente manera:

A. Una afección, ya sea de un sitio o de otro

a) Si los sitios están en el mismo sistema anatómico, codifique en la categoría residual para el grupo o sistema anatómico en el cual se clasifican los sitios reportados.

Ejemplo 1: 1(a) Cáncer de riñón o vejiga

(b)

(c)

(d)

2

Codifique como Tumor maligno de órgano urinario, no especificado (C68.9).

b) Si los sitios reportados están en diferentes sistemas anatómicos o si no hay categoría residual para el grupo o sistema anatómico, codifique en la categoría residual para la enfermedad o afección especificada.

Ejemplo 2 1 (a) Cáncer de glándula suprarrenal o del riñón

(b)

(c)

(d)

2

Codifique como Tumor maligno primario, sitio primario no especificado (C80.9), ya que la glándula suprarrenal y el riñón se encuentran en diferentes sistemas anatómicos.

B. Un sitio o sistema, ya sea una afección u otra

a) Si las afecciones reportadas son clasificables en diferentes subcategorías de cuatro caracteres de la misma categoría de tres caracteres, codifique en la subcategoría de cuatro caracteres para “no especificados”.

Ejemplo 3

- 1 (a) Enfermedad cardiaca arteriosclerótica o aneurisma coronario
(b)
(c)
(d)

2

Codifique como Enfermedad isquémica crónica del corazón, no especificada (I25.9).

b) Si las afecciones reportadas son clasificables en distintas categorías de tres caracteres, pero el CIE-10 proporciona una categoría residual para la enfermedad en general, codifique en la categoría residual.

Ejemplo 4:

- 1 (a) Infarto de miocardio o aneurisma coronario
(b)
(c)
(d)

2

Codifique en la categoría residual para la cardiopatía isquémica (I25.9).

c) Si las afecciones reportadas son clasificables en distintas categorías de tres caracteres y no existe una categoría residual para la enfermedad en general, codifique la categoría residual relacionada con la enfermedad del sitio o sistema anatómico.

Ejemplo 5

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

2

Codifique como Otros trastornos del pulmón (J98.4). Ambas afecciones involucran al pulmón

Ejemplo 6:

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

2

Codifique como Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio (I99). Ambas afecciones están en el sistema circulatorio.

C Una afección u otra, diferentes sistemas anatómicos

Cuando diferentes enfermedades de distintos sistemas anatómicos se informan como “uno u otro”, codifique en Otros síntomas y signos generales especificados (R68.8).

- Ejemplo 7 1 (a) Cólico de vesícula biliar o trombosis coronaria
 (b)
 (c)
 (d)

2

Codifique como Otros síntomas y signos generales especificados (R68.8).

D. Cualquier enfermedad o lesión

Cuando la muerte se menciona como consecuencia de una enfermedad o de una lesión, codifique en Otras causas mal definidas y no especificadas de mortalidad (R99).

- Ejemplo 8: 1 (a) Oclusión coronaria o lesiones de guerra
 (b)
 (c)
 (d)

2

Codifique como Otras causas mal definidas y no especificadas de mortalidad (R99).

4.3.4 Efecto de los términos de conexión

Cuando el certificador utiliza un término de conexión, los códigos asignados deben ser organizados para reflejar la intención del certificador.

Existen dos tipos de términos de conexión: aquellos que implican una relación causal y aquellos que no implican una relación causal entre las causas de muerte reportadas.

A. Términos de conexión que implican una relación causal

Una relación causal puede expresarse de dos maneras: “debido a” escrito o implícito por un término similar; o “resultante en” escrito o implícito por un término similar.

a) "Debido a" escrito o implícito por un término 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 de la Parte I (en las siguientes líneas inferiores).

La insuficiencia cardíaca es la primera causa en la línea (a), y el código que debe colocarse en la línea (a). Se informa como debida a la cardiopatía isquémica, por lo que se debe codificar la enfermedad cardíaca isquémica en la línea (b). Mueva la diabetes, que está escrita en la línea (b), a la línea (c).

Ejemplo 2 1 (a) Insuficiencia cardiaca por carcinoma hepatocelular I50.9
 (b) Enfermedad cardiaca isquémica C22.0
 (c) Diabetes I25.9
 (d) E14.9

La insuficiencia cardíaca es la primera causa en la línea (a), y el código de la línea (a). Se informa como debido a un carcinoma hepatocelular, por lo que se debe codificar el carcinoma hepatocelular a la línea (b). Mueva la enfermedad isquémica del corazón, que se informa en la línea (b), a la línea (c). También mueva la diabetes, que se informa en la línea (c), a la línea (d).

Esto se aplica a otros términos o signos de conexión que indican una relación de “debido a”, como “causado por”, “a causa de” o similar.

b) "Resultante en" escrito o implícito por un término similar

Cuando una causa está certificada con un término de conexión que implica que dio lugar a otra causa, ingrese el código para la causa 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 línea inferior siguiente. Codifique cualquier causa reportada en las líneas restantes en la Parte I en las siguientes líneas inferiores.

- Ejemplo 3 1 (a) Cardiopatía isquémica resultante en insuficiencia cardíaca I50.9
 (b) Diabetes I25
 (c) E14.9
 (d)
- 2 Codifique insuficiencia cardíaca, que sigue el término de conexión “resultante en”, en la línea (a). Codifique la cardiopatía isquémica, que se informa antes del término de conexión, en la línea (b). Mueva la diabetes, informada en la línea (b), una línea hacia abajo y codifiquela en la línea (c).
- Ejemplo 4 1 (a) Carcinoma hepatocelular causando insuficiencia cardíaca I50.9
 (b) Cardiopatía isquémica C22.0
 (c) Diabetes I25.9
 (d) E14.9
- 2 Codifique insuficiencia cardíaca, que se informa después del término de conexión “causando”, en la línea (a). Codifique el carcinoma hepatocelular, que se informa antes del término de conexión, en la línea (b). Mueva la enfermedad isquémica del corazón, reportada en la línea (b), a la línea (c), y mueva la diabetes, que se reporta en la línea (c), a la línea (d).

Esto se aplica a otros términos o signos de conexión que indican una relación, como “resultante en”, “causa de”, “que conduce a”, “desarrollándose en” y similares.

B. Conexión de términos que no implican una relación causal

a) “Y” escrito o implícito por un término similar primero o último en una línea

El término de conexión “y” no implica una relación causal, pero indica que los términos antes y después de ambos pertenecen a una enumeración. Por lo tanto, cuando una línea termina con ‘y’, codifique la causa o las causas de la línea inferior siguiente, en la línea superior, de modo que la codificación refleje la enumeración implícita en el término de conexión.

Del mismo modo, cuando una línea comienza con ‘y’, considere esto como una continuación de una enumeración que comienza en la línea superior, y codifique la causa o las causas en esa línea al final en la línea superior. Codifique las causas informadas en las líneas restantes de la Parte 1 donde se informaron.

Esto se aplica a otros términos o signos de conexión que indican una continuidad, pero no implican una relación causal, como “también”, “más”, “además”, “adicionalmente”, “+” o coma.

Ejemplo 5	1	(a) Insuficiencia cardíaca y (b) enfermedad isquémica del corazón (c) diabetes (d)	I50.9 I25.9 E14.9
	2		

La línea I (a) termina con “y”, por lo que debe considerar a la “cardiopatía isquémica”, reportada en la línea (b) como parte de la continuación “insuficiencia cardiaca y cardiopatía isquémica”. Por lo tanto, codifique y coloque los códigos para la insuficiencia cardíaca y la cardiopatía isquémica en la línea I (a). Codifique la diabetes donde se informa, en la línea (c).

Ejemplo 6	1	(a) Insuficiencia cardíaca (b) Enfermedad isquémica del corazón (c) y diabetes (d)	I50.9 I25.9 E14.9
	2		

La línea I (c) comienza con “y”. Considere la diabetes, reportada en la línea (c), como parte de la continuación de la “cardiopatía isquémica y diabetes”. Por lo tanto, codifique y coloque los códigos para la cardiopatía isquémica y la diabetes en la línea 1 (b).

b) “Y” escrito o implícito por un término similar pero no el primero o el último en una línea

Si un término de conexión que no implica una relación causal está escrito en una línea, pero no la primera o la última, entonces considérese como una coma. No reacomode el texto y no mueva ninguna parte de las causas a otra línea.

C Términos diagnósticos que no se detienen al final de la línea

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

Ejemplo 7	1	(a) Cardiopatía (b) isquémica (c) Diabetes tipo 2 (d)	I25.9 E11.9
	2		

La “cardiopatía isquémica” es un término diagnóstico reportado en dos líneas. Codifique como si el término completo hubiera sido escrito en la línea (a). Codifique la diabetes donde se informa, en la línea (c).

Ejemplo 8	1	(a) Neumonía	J18.9
		(b) Enfermedad Renal	N18.9 E11.9
		(c) Crónica, diabetes tipo 2	
		(d)	

2

“Enfermedad renal crónica” es un término diagnóstico reportado en dos líneas. Reacomode el certificado y codifique el término completo “enfermedad renal crónica” en la línea (b). También codifique la diabetes en línea (b), ya que continúa en la línea después del término crónico separada por una “coma”.

4.3.5 Tumores [neoplasias] malignos

Para asignar los códigos correctos de las causas múltiples de un tumor, primero se debe determinar el comportamiento (maligno, in situ, benigno, incierto o desconocido) para cada uno de los tumores reportados en el certificado de defunción. Para los tumores malignos, también se debe determinar si el código de cada uno corresponde a un tumor primario o secundario. Para ello, aplique las instrucciones descritas en las siguientes Secciones 4.3.5 A y 4.3.5 B.

4.3.5 A. Comportamiento: ¿maligno, in situ, benigno o comportamiento incierto / desconocido?

Los cuatro tipos principales de comportamiento son:

- maligno: el tumor invade el tejido circundante o se disemina desde su punto de origen y comienza a crecer en otro sitio;
- in situ: el tumor es maligno, pero todavía está totalmente confinado al tejido del cual se origina;
- benigno: el tumor crece en el lugar de origen sin el potencial de difundirse,
- comportamiento incierto o desconocido: es indeterminado o desconocido si el tumor es benigno o maligno

Los correspondientes rangos de códigos de la CIE son:

- C00-C96 si es maligno
- D00-D09 si es in situ
- D10-D36 si es benigno
- D37-D48 si su comportamiento es incierto o desconocido

Determine qué grupo de códigos debe usar de la siguiente manera:

- a) El término por sí mismo indica comportamiento

Busque en el índice alfabético el término utilizado en el certificado para describir el tumor. Si se indican tanto la morfología como la localización, busque primero el término de la morfología. Para las morfologías específicas, el índice alfabético proporciona el código a usar de la CIE, o lo dirige a la parte apropiada de la lista en “Tumores” en el índice alfabético. Si no se indica la morfología, vaya a la lista de “Tumores” en el índice alfabético y codifique por sitio y comportamiento.

- b) Otra información en el certificado indica el comportamiento

Si el término utilizado en el certificado no indica un comportamiento específico, entonces busque otra información que indique el comportamiento.

Codifique un tumor de comportamiento no especificado, o descrito como “in situ”, como tumor maligno si se informa como causa de, o junto con, metástasis o infiltración. Véase también la sección 4.3.5 B Tumores malignos: ¿Primario o secundario?, Inciso c), Otra indicación de tumor maligno primario.

- Ejemplo 1 1 (a) Tumor de colon con metástasis hepáticas
 (b)
 (c)
 (d)

2

El tumor de colon se informa con metástasis hepáticas y se considera maligno. Codifique el tumor de colon como primario (C18.9).

Esto también se aplica a otros tipos de crecimiento que no están indexados al Capítulo II (Volumen 1, CIE-10), por ejemplo, ciertos pólipos. Si son reportados como causa de metástasis o tumores secundarios, deben ser considerados malignos y codificados como tumores malignos.

Considere también un tumor de comportamiento no especificado como maligno si se informa como debido a un tumor maligno. Para decidir si es primario o secundario, vea las instrucciones de la Sección 4.3.5 B Tumores malignos: ¿Primario o secundario?, Inciso c), Otra indicación de tumor maligno primario.

Si un tumor está localizado en la sección para tumores benignos del Capítulo II pero es reportado como causa de metástasis o infiltración, revise en el índice alfabético y en el Volumen 1 si existe un código para una variedad maligna. Si es así, codifíquelo como maligno. Si no hay código para una variedad maligna, primero

trate de obtener la aclaración del certificador. Si no hay más información disponible, entonces, acepte lo establecido en el certificado y utilice el código para tumor benigno.

Si no hay indicación de malignidad, codifique como tumor de comportamiento incierto o desconocido (D37 - D48).

4.3.5 B. Tumores malignos: Primario o secundario

Si el tumor se codifica en C00-C96, decida si es primario o secundario.

El sitio primario es la localización anatómica donde se originó el tumor maligno. Un tumor maligno puede extenderse a otras partes del cuerpo, y estos sitios se denominan secundarios o metástasis. Es muy importante determinar el sitio primario. Cuando el certificado de defunción es ambiguo en cuanto al sitio primario, se deben hacer todos los esfuerzos para obtener aclaraciones del certificador. Las instrucciones a continuación deben ser aplicadas sólo cuando no se pueda obtener la aclaración.

La CIE proporciona los siguientes rangos de códigos para los tumores malignos primarios:

C00-C75 Tumores malignos, que se declaran o se presumen como primarios, de sitio anatómico especificado. Excepto del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines

C76 Tumores malignos de otros sitios y de sitios mal definidos

C80 Tumor maligno de sitios no especificados

C81-C96 Tumores malignos (declarados o presuntos como primarios) del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines

Para los tumores malignos secundarios, la CIE proporciona el rango de códigos:

C77-C79 Tumores malignos secundarios y no especificados, declarados o presumidos como metastásicos de otro sitio

Para los tumores malignos de sitio no especificado en los que no se conoce que sean primarios o secundarios, la CIE proporciona el código C80.9 (Tumor maligno, sitio primario no especificado).

a) Sitios comunes de metástasis

Al elegir entre los códigos de tumores malignos primarios y secundarios, consulte la siguiente lista de sitios comunes de metástasis:

- Hueso
- Cerebro
- Diafragma

- Sitios mal definidos (sitios clasificables en C76)
- Hígado
- Pulmón
- Ganglios linfáticos
- Mediastino
- Meninges
- Peritoneo
- Pleura
- Retroperitoneo
- Médula espinal

Consulte más abajo para obtener instrucciones sobre cómo utilizar esta lista.

b) Tumor maligno reportado como primario

Si el certificador describe un tumor maligno como “primario”, “primario en”, “originado en” o con términos similares, use un código para tumor maligno primario (C00-C76, C80.0 o C81-C96). Utilice el índice alfabético para encontrar el código apropiado.

Si la morfología ha sido reportada, busque siempre la morfología en el Volumen 3 en primer lugar, porque para algunas morfologías hay códigos específicos de la CIE que son diferentes del código dado en la tabla de “Tumores” para el sitio y el comportamiento.

c) Otra indicación de tumor maligno primario

Codifique también un tumor maligno como primario, aunque no sea descrito como primario por el certificador, si:

- todos los otros tumores malignos en el certificado se describen como secundarios o como metástasis.
- si el tumor está en el rango de códigos C81-C96:
 - Un tumor primario en C81-C96 puede ocurrir simultáneamente junto con otro tumor primario en el mismo rango. Codifique todas las neoplasias malignas clasificables a C81-C96 como primarias, a menos que el certificador las especifique como secundarias.
- el sitio no está en la lista de sitios comunes de metástasis

Si el sitio está en la lista de sitios comunes de metástasis, codifique el tumor maligno como primario si:

- la morfología indica que es primario del sitio reportado;
- se describe como causado por un factor de riesgo conocido para tumores malignos del sitio indicado;
- es el único tumor maligno mencionado en el certificado de defunción y no se describe como “metastásico”;

- *excepción:* codifique tumor maligno de los ganglios linfáticos como secundario, incluso si es el único tumor reportado en el certificado, a menos que se indique que el tumor linfático es primario;
- *nota:* si el único tumor maligno reportado en el certificado es un tumor maligno del hígado y no se especifica como primario o secundario, utilice el código C22.9 (Tumor maligno del hígado, no especificado);
- es un tumor maligno del pulmón, y todos los otros tumores malignos mencionados en el certificado figuran en la lista de sitios comunes de metástasis:
 - codifique el tumor del pulmón como secundario sólo si se informa de otro tumor maligno en la misma parte del certificado (Parte 1 o Parte 2) y este otro tumor maligno se codifica como tumor maligno primario.
- Siempre codifique el tumor del pulmón como primario si el tumor maligno se describe como broncogénico o bronquial.

Codifique un tumor que no está indexado como maligno, por ejemplo, meningioma, como maligno primario si se informa como causante de una diseminación secundaria o metastásica y se dispone de un código para una variedad maligna de la neoplasia. Véase también la sección anterior 4.3.5 A, Comportamiento: maligno, *in situ*, benigno o incierto / desconocido), inciso b), Otra información del certificado indica el comportamiento.

A continuación, se enlistan las excepciones:

- Si se indican las duraciones, los tumores secundarios no deben tener una duración mayor que el presunto tumor maligno primario.
- Si se mencionan las morfologías, los tumores secundarios y los presuntos tumores malignos primarios deben tener la misma morfología.
- Si un tumor que no se codificaría como maligno se reporta como la causa de otro tumor que no se codificaría como maligno, entonces codifique ambos tumores de acuerdo con el índice alfabético. No asuma malignidad o propagación metastásica.

Ejemplo 2: 1 (a) Metástasis cerebral
 (b) Tumor pulmonar
 (c)
 (d)

2

El tumor de pulmón ha causado diseminación metastásica y se considera maligno. También se considera primario, ya que el otro sitio mencionado (cerebro) es una metástasis. Codifique el tumor pulmonar como primario del pulmón (C34.9).

- Ejemplo 3: 1 (a) Cáncer del páncreas
(b) Cáncer del estómago
(c)
(d)
- 2 El páncreas y el estómago no están en la lista de sitios comunes de metástasis. Codifique ambos cánceres como primarios (C25.9 y C16.9).
- Ejemplo 4: 1 (a) Cáncer de hígado y pulmón
(b) Hepatitis crónica
(c)
(d)
- 2 La hepatitis crónica aumenta el riesgo de cáncer primario del hígado. Por ello considere el cáncer primario de hígado y codifique C22.9 (Tumor maligno del hígado, sin especificación). No use el código para tumor maligno secundario de hígado (C78.7). Codifique el cáncer de pulmón como secundario (C78.0) porque el único otro tumor maligno en el certificado es primario.
- Ejemplo 5: 1 (a) Cáncer de riñón y cáncer de pulmón
(b)
(c)
(d)
- 2 Codifique el cáncer de riñón como primario (C64), ya que no está en la lista de sitios comunes de metástasis. Codifique el cáncer de pulmón como secundario (C78.0), ya que se informa en la misma parte del certificado como cáncer de riñón y este es considerado como primario.
- Ejemplo 6: 1 (a) Cáncer de pulmón
(b)
(c)
(d)
- 2 Cáncer de riñón
- Codifique el cáncer de pulmón como primario (C34.9). No hay ningún otro tumor maligno primario en la misma parte del certificado en donde se informa del cáncer de pulmón, y el código para el cáncer de pulmón no está influenciado por los tumores mencionados en otra parte del certificado. Codifique el cáncer de riñón como primario (C64), ya que no está en la lista de sitios comunes de metástasis.

- Ejemplo 7: 1 (a) Tumor cerebral
(b)
(c)
(d)
- 2 Tumor pulmonar, probablemente secundario

Considere ambos tumores como malignos ya que el certificador describió uno de los dos como secundario, lo cual es evidencia de un comportamiento maligno. Véase la Sección 4.3.5 A, Comportamiento: maligno, in situ, benigno o incierto / desconocido), inciso b), Otra información del certificado indica comportamiento. Codifique el tumor cerebral como primario, ya que el otro tumor maligno en el certificado se describe como secundario. La calificación “probablemente” es ignorada, ver Sección 4.3.2, Diagnósticos inciertos.

- Ejemplo 8: 1 (a) Afectación metastásica de la pared torácica
(b) Carcinoma in situ de la mama
(c)
(d)
- 2 Codifique el carcinoma in situ de mama como tumor maligno primario de mama (C50.9). Ya que el tumor de mama se ha propagado a la pared torácica, y ya no se encuentra in situ.

- Ejemplo 9: 1 (a) Tumor maligno secundario de pulmón y cerebro
(b) Pólipo del estómago
(c)
(d)
- 2 Codifique el pólipos como tumor maligno primario del estómago (C16.9). Dado que el pólipos se informa como la causa de la diseminación secundaria, se considera maligno.

- Ejemplo 10: 1 (a) Cáncer de cerebro
(b)
(c)
(d)
- 2 El cerebro está en la lista de sitios comunes de metástasis, pero en este caso es el único tumor maligno mencionado en el certificado. Utilice el código para el tumor maligno primario del cerebro (C71.9).

- Ejemplo 11: 1 (a) Cáncer de los ganglios linfáticos cervicales
 (b)
 (c)
 (d)

2

Codifique el cáncer de los ganglios linfáticos cervicales como secundario (C77.0). Se considera secundario a un tumor maligno primario no especificado.

- Ejemplo 12: 1 (a) Cáncer de vejiga
 (b) Primaria en la próstata
 (c)
 (d)

2

El cáncer de próstata se describe como primario. Codifique en C61, el cual está en el grupo de tumores malignos primarios. Codifique el cáncer de vejiga como secundario (C79.1), ya que el certificado establece que el cáncer era primario en otro sitio. Véase también la sección 4.3.5 B, Tumores malignos: ¿primario o secundario?, inciso e), Otra indicación de tumor maligno secundario.

- Ejemplo 13: 1 (a) Tumor de la vejiga
 (b) Tumor pulmonar
 (c)
 (d)

2

Ninguno de los tumores está especificado como maligno o benigno. Por lo tanto, no asuma la malignidad o la diseminación metastásica. Utilice códigos del bloque de tumores de comportamiento incierto o desconocido, D41.4 (vejiga) y D38.1 (traquea, bronquis y pulmón).

d) Tumor maligno reportado como secundario

Si el certificador describe un tumor como secundario, use un código en C77-C79. Utilice la lista de “Tumor, secundario” en el Índice alfabético para encontrar el código apropiado.

e) Otra indicación de tumor maligno secundario

Si un tumor maligno no se describe como primario o secundario, pero la morfología está descrita, busque primero la morfología en el índice alfabético. Si la mor-

fología es incompatible con el sitio declarado para tumor (es decir, si el tumor no puede ser primario del sitio indicado según libros de medicina u otra bibliografía de referencia), entonces asigne un código para un tumor maligno de sitio no especificado para la morfología indicada.

Codifique un tumor maligno como secundario si el tumor es:

- especificado como secundario por el certificador;
- no especificado como primario o secundario, y el sitio está en la lista de sitios comunes de metástasis:
 - *excepción:* si sólo hay un tumor maligno mencionado y el sitio está en la lista de sitios comunes de metástasis, entonces codifique el tumor como primario, aunque esté en la lista de sitios comunes de metástasis. Esto no se aplica a los ganglios linfáticos, que siempre se codifican como secundarios. Véase también la sección 4.3.5 B, Tumores malignos: ¿primario o secundario?), inciso b), Otra indicación de tumor maligno primario.
 - *excepción:* codifique el tumor de pulmón como primario, si todos los otros sitios en la misma parte del certificado (Parte 1 o Parte 2) están en la lista de sitios comunes de metástasis;
- no especificado como primario o secundario, y el certificador declara que el cáncer es primario en otro sitio. Esto se aplica ya sea que el sitio esté o no en los sitios comunes de metástasis:
 - Independientemente del sitio, no codifique un tumor como secundario si es de una morfología diferente de otro tumor declarado primario. Véase también la sección 4.3.5 C, Más de un tumor maligno primario.
- no especificado como maligno, *in situ* o benigno, y está notificado como debido a un tumor maligno:
 - *excepción:* si se indican duraciones, no codifique el tumor no especificado como secundario si tiene una duración que es mayor que la duración del tumor maligno notificado como causa del tumor no especificado;
- la morfología indica que el tumor no puede ser primario del sitio indicado
- No use el orden de entrada para determinar si un tumor especificado como maligno es primario o secundario. Codifique un tumor maligno que se describe como debido a otro tumor maligno como secundario sólo si se le describe como secundario, metastásico diseminado 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 como el tumor primario, “primario” simplemente significa que un tumor maligno no era secundario. No significa necesariamente que todas las otras neoplasias malignas mencionadas en el certificado sean secundarias.

Ejemplo 14: 1 (a) Carcinoma de glándulas suprarrenales
(b)
(c)
(d)

2 Primario en el riñón

El tumor maligno de las glándulas suprarrenales se considera secundario, ya que el certificado indica que el cáncer era primario en el riñón. Codifique el carcinoma suprarrenal como secundario (C79.7) y el primario en el riñón como tumor maligno primario del riñón (C64).

Ejemplo 15: 1 (a) Cáncer de próstata
(b) Sitio principal desconocido
(c)
(d)

2 El sitio primario se describe como desconocido. Codifique tumor maligno de sitio primario desconocido (C80.0). Codifique el cáncer de próstata como secundario (C79.8), ya que el tumor maligno primario estaba claramente en otro sitio.

Ejemplo 16: 1 (a) Tumor cerebral
(b) Cáncer de pulmón
(c)
(d)

2 El tumor cerebral se considera maligno ya que se informa como debido al cáncer de pulmón. Además, se considera secundario ya que se encuentra en la lista de sitios comunes de metástasis y se informó junto con el cáncer de pulmón. Codifique el tumor cerebral como maligno secundario (C79.3). Codifique el cáncer de pulmón como primario (C34.9), ya que la única otra neoplasia reportada está en la lista de sitios comunes de metástasis.

Ejemplo 17: 1 (a) Cáncer que crece en hígado y ganglios linfáticos
(b)
(c)
(d)

2 Tumor maligno del estómago

El cáncer que crece en el hígado y en los ganglios linfáticos se considera secundario, ya que ambos están en la lista de sitios comunes de metástasis. Codifique como tumor maligno secundario del hígado (C78.7) y ganglio linfático (C77.9), y como tumor maligno primario del estómago (C16.9).

- Ejemplo 18: 1 (a) Cáncer de pulmón, pleura y pared torácica
(b)
(c)
(d)
- 2 Codifique el cáncer de pulmón como primario (C34.9) ya que los otros sitios mencionados en el certificado, pleura y pared torácica, están en la lista de sitios comunes de metástasis. Codifique cáncer de pleura y pared torácica como secundarios (C78.2 y C79.8).
- Ejemplo 19: 1 (a) Mesotelioma de la pleura y de los ganglios linfáticos
(b)
(c)
(d)
- 2 El mesotelioma de la pleura se codifica en C45.0, que está en el rango de códigos para las neoplasias malignas primarias. El tumor maligno de los ganglios linfáticos se considera secundario, ya que los ganglios linfáticos están en la lista de sitios comunes de metástasis (C77.9).
- Ejemplo 20: 1 (a) Cáncer de pulmón
(b)
(c)
(d)
- 2 Cáncer de estómago
- Codifique el cáncer de pulmón y el cáncer de estómago como primarios (C34.9, C16.9). Aunque el pulmón está en la lista de sitios comunes de metástasis, es el único tumor maligno mencionado en la Parte 1 del certificado y la codificación del cáncer de pulmón no está influenciada por las neoplasias mencionadas en otra parte del certificado.
- Ejemplo 21: 1 (a) Cáncer de vejiga
(b) Cáncer del riñón
(c)
(d)
- 2

Codifique el cáncer de vejiga y el cáncer de riñón como primarios (C67.9, C64), ya que ninguno de ellos está en la lista de sitios comunes de metástasis, y ninguno de ellos está descrito como primario.

- Ejemplo 22:
- 1 (a) Osteosarcoma de sacro
 - (b) Cáncer de células claras de riñón
 - (c)
 - (d)
- 2 Codifique los tumores malignos como primarios. El hueso está en la lista de sitios comunes de metástasis, pero el osteosarcoma está indexado como un cáncer primario de hueso (C41.4). Además, es de diferente morfología que el cáncer de células claras de riñón (C64).
- Ejemplo 23:
- 1 (a) Osteosarcoma de pulmón
 - (b)
 - (c)
 - (d)
- 2 La morfología indica una neoplasia primaria de hueso, y el sitio notificado (pulmón) es incompatible con la morfología. Codifique osteosarcoma de sitio no especificado (C41.9). También añade un código para el tumor maligno secundario de pulmón (C78.0).

Si todos los sitios están en la lista de sitios comunes de metástasis, entonces codifique todos los tumores como secundarios. Se recomienda que también agregue un código para primario desconocido. Utilice C80.9 si no se indica ninguna morfología. Si se indica la morfología, entonces codifique el código del “sitio no especificado” dado en el volumen 3 para la morfología implicada.

C. *Más de un tumor maligno primario*

Más de un tumor maligno primario puede ser reportado en el mismo certificado. Codifique cada tumor maligno primario con un código de C00-C76, C80 o C81-C96. Las indicaciones de varias neoplasias malignas primarias son:

- diferentes morfologías
- una morfología de un sitio específico es reportada con un tumor maligno de otro sitio que no está en la lista de sitios comunes de metástasis
- los sitios no están en la lista de sitios comunes de metástasis
 - si un término de morfología es menos específico y cubre un término más específico que también es usado en el certificado, considere que los

- dos se refieren a la misma neoplasia.
- no considere “cáncer” o “carcinoma” como términos morfológicos, sino como sinónimos de “tumor maligno”

Ejemplo 24: 1 (a) Carcinoma de células transicionales de vejiga
 (b)
 (c)
 (d)

2 Osteosarcoma, primario en la rodilla

La vejiga en 1 (a) no está en la lista de sitios comunes de metástasis. El tumor maligno descrito en la Parte 2 se especifica como primario. Además, las dos neoplasias son de morfología diferente y ambas se consideran primarias. Codifique como tumor maligno de la vejiga (C67.9) y osteosarcoma primario de la rodilla (C40.2).

Ejemplo 25: 1 (a) Hepatoma
 (b) Cáncer de mama
 (c)
 (d)

2 La morfología “hepatoma” indica un tumor maligno primario del hígado. El cáncer de mama también se considera primario, ya que la mama no está en la lista de sitios comunes de metástasis. Codifique hepatoma (C22.0) y tumor maligno primario de mama (C50.9).

Ejemplo 26: 1 (a) Carcinoma de células de avena
 (b) Cáncer de mama
 (c)
 (d)

2 La morfología “carcinoma de células de avena” indica un tumor maligno primario de pulmón. El cáncer de mama también se considera primario, ya que el seno no está en la lista de sitios comunes de metástasis. Codifique cáncer de pulmón primario (C34.9), aunque el pulmón está en la lista de sitios comunes de metástasis, y tumor maligno primario de mama (C50.9).

D. Sitio no indicado con claridad

Si un tumor maligno se describe como en el “área” o “región” de un sitio, o si el sitio está precedido por “peri”, “para”, “pre”, “supra”, “infra” Entonces primero verifique si este término compuesto está incluido en el índice alfabético.

Si el término compuesto no está en el índice alfabético, entonces codifique las morfologías en una de las categorías

C40, C41 (hueso y cartílago articular),
C43 (melanoma maligno de la piel),
C44 (otras neoplasias malignas de la piel),
C45 (mesotelioma),
C46 (sarcoma de Kaposi)
C47 (nervios periféricos y sistema nervioso autónomo),
C49 (tejidos conectivo y blando),
C70 (meninges),
C71 (cerebro),
C72 (otras partes del sistema nervioso central),

en la subdivisión apropiada de esa categoría.

Si el término compuesto no está en el índice alfabético y la morfología no es clasificable para las categorías anteriores, o la morfología no se indica, entonces codifique en la subdivisión apropiada de C76 (otros y sitios mal definidos).

- Ejemplo 27 1 (a) Fibrosarcoma en la región del páncreas
 (b)
 (c)
 (d)
- 2 Codifique como tumor maligno de tejido conjuntivo y blando del abdomen (C49.4).
- Ejemplo 28: 1 (a) Carcinoma en el área pulmonar
 (b)
 (c)
 (d)
- 2 Codifique como tumor maligno de otros sitios mal definidos del tórax (C76.1).

Cuando no se especifica el sitio de un tumor maligno primario, no haga ninguna presunción del sitio primario desde la ubicación de otras afecciones reportadas como perforación, obstrucción o hemorragia. Estas afecciones pueden surgir en sitios no relacionados con la neoplasia. Por ejemplo, la obstrucción intestinal puede ser causada por la diseminación de un tumor maligno del ovario.

- Ejemplo 29: 1 (a) Obstrucción del intestino
 (b) Carcinoma
 (c)
 (d)
- 2

Codifique el carcinoma como tumor maligno de sitio no especificado (C80.9).

E. Sitio principal desconocido

Si el certificado indica que el sitio principal es desconocido y no menciona un posible sitio primario, codifique en la categoría para el sitio no especificado para el tipo morfológico implicado. Por ejemplo, codifique adenocarcinoma en C80.0, fibrosarcoma en C49.9, y osteosarcoma en C41.9.

- Ejemplo 30 1 (a) Carcinoma secundario de hígado
 (b) Sitio primario desconocido
 (c)
 (d)

2 El certificado indica que el sitio principal es desconocido. Para la línea 1 (b), use el código para carcinoma primario de sitio no especificado (C80.0).

- Ejemplo 31 1 (a) Metástasis generalizadas
 (b) Melanoma
 (c) Sitio primario desconocido
 (d)

2 El certificado indica que el sitio principal es desconocido. Codifique como melanoma maligno primario de sitio no especificado (C43.9)

Sin embargo, si el certificado menciona un probable o posible sitio primario, ignore la expresión que indica duda y codifique en ese sitio. Véase también la sección 4.3.2 (Diagnóstico incierto).

- Ejemplo 32 1 (a) Carcinoma secundario de hígado
 (b) Sitio primario desconocido, posiblemente estómago
 (c)
 (d)

2 El certificado indica que el sitio primario es desconocido, pero también menciona estómago como posible sitio primario. Ignore “posiblemente” y codifique la línea 1 (b) como Tumor maligno primario del estómago (C16.9).

Si el certificado menciona varios sitios primarios posibles, seleccione un código de acuerdo con las instrucciones de la Sección 4.3.3 A, (Una afección, ya sea un sitio u otro).

- Ejemplo 33 1 (a) Carcinoma secundario de hígado
(b) Sitio primario desconocido, probablemente estómago o colon.
(c)
(d)

2

El certificado indica que el sitio primario es desconocido, pero también menciona el estómago o el colon como posible sitio primario. Codifique la línea 1 (b) como Tumor maligno primario de los sitios mal definidos en el sistema digestivo (C26.9).

F. *Sitios contiguos*

La introducción al Capítulo II del Volumen 1 (Notas, Sección 5) describe el contenido y el uso previsto de la subcategoría .8, tumores malignos de sitios contiguos. Sin embargo, en la codificación de la mortalidad, los códigos para tumores malignos de sitios contiguos deben utilizarse sólo si la lesión ha sido expresamente descrita como contigua o si el término anatómico utilizado en el certificado de defunción indica un sitio contiguo. No utilice los códigos para las lesiones contiguas si un tumor maligno se ha diseminado desde una parte de un órgano o sistema orgánico a otra parte del mismo órgano u sistema orgánico.

- Ejemplo 34: 1 (a) Tumor maligno de sitios contiguos de lengua y suelo de la boca
(b)
(c)
(d)

2

Codifique C14.8, lesión de sitios contiguos de labio, cavidad bucal y faringe. La neoplasia se describe como lesiones contiguas.

- Ejemplo 35: 1 (a) Tumor maligno del colon rectosísmoideo
(b)
(c)
(d)

2

Codifique C19, tumor maligno de la unión rectosísmoidea. El término “rectosísmoideo” indica un sitio superpuesto.

No es suficiente que el certificado enumere sitios contiguos. En ese caso, codifique los sitios uno por uno según las instrucciones dadas arriba.

- Ejemplo 36: 1 (a) Tumor maligno de colon y vesícula biliar
(b)
(c)
(d)

2

No hay ninguna declaración de que “colon y vesícula biliar” se refiere a un tumor de sitios contiguos. Ninguno de los sitios está en la lista de sitios comunes de metástasis y, en consecuencia, se consideran dos sitios primarios independientes. Codifique como tumor maligno primario del colon (C18.9) y tumor maligno primario de la vesícula biliar (C23).

G. Cáncer “metastásico”

Las neoplasias clasificadas como metastásicas son siempre malignas, ya sea primarias o secundarias.

Sin embargo, el adjetivo “metastásico” se utiliza de dos maneras, a veces con el significado de un tumor secundario de un primario en otra parte y, a veces, denotando un primario que ha dado lugar a metástasis.

- a) Tumor maligno “metastásico de” un sitio especificado

Si un tumor maligno se describe como “metastásico de” un sitio especificado, o si una relación de “debido a” implica una extensión desde un sitio especificado, ese sitio debe ser considerado primario. Esto también se aplica a los sitios de la lista de sitios comunes de metástasis. Utilice un código en C00-C76, C80.0 o C81-C96 para el sitio primario.

- b) Tumor maligno “metastásico a” un sitio específico

Si un tumor maligno se describe como “metastásico a” un sitio especificado, o si una relación de “debido a” implica una extensión a un sitio especificado, ese sitio debe ser considerado secundario ya sea que el sitio esté o no en la lista de sitios comunes de metástasis. Utilice un código en C77-C79 para este sitio secundario. Sin embargo, si se informa de una morfología clasificable a C40-C47, C49 o C70-C72, codifique la subcategoría “sitio no especificado” de ese tipo morfológico.

- c) Tumor maligno metastásico del sitio A al sitio B

Un tumor maligno descrito como metastásico del sitio A al sitio B debe interpretarse como primario del sitio A y secundario del sitio B. Utilice un código en C00-C76, C80.0 o C81-C96 para el sitio primario y un código en C77-C79 para el sitio secundario.

d) Tumor maligno “metastásico” en la lista de sitios comunes de metástasis

A excepción de los pulmones, codifique un tumor “metastásico” de un sitio en la lista de sitios comunes de metástasis como secundario (C77-C79), incluso si no se menciona ninguna otra neoplasia en el certificado. Para el tumor “metastásico” de pulmón, ver Sección 4.3.5 G (Cáncer metastásico), inciso f) (Cáncer “metastásico” de pulmón).

- *Excepción:* Codifique un tumor de un sitio en la lista de sitios comunes de metástasis como primario cuando se informe como debido a una afección que aumenta el riesgo de un tumor maligno de ese sitio o tejido.
- *Excepción:* Codifique un tumor de un sitio en la lista de sitios comunes de metástasis como primario si es el único tumor maligno mencionado en el certificado.

e) Tumor maligno “metastásico” que no figura en la lista de sitios comunes de metástasis

Si el único tumor maligno se especifica como “metastásico” y el sitio no está en la lista de sitios comunes de metástasis, entonces codifique como tumor maligno primario de ese sitio en particular. Utilice un código en C00-C76, C80.0 o C81-C96.

Si se indica en el certificado uno o más tumores especificados como “metastásicos” y también hay otro tumor maligno que no se especifica como “metastásico”, entonces codifique el tumor no especificado como “metastásico” como primario y los especificados como “metastásicos” como secundarios. Esto aplica también a tumores que no figuran en la lista de sitios comunes de metástasis, si se especifican como metastásicos.

Ejemplo 37: 1 (a) Cáncer de vejiga
 (b) Cáncer de próstata metastásico
 (c)
 (d)

2 Codifique como secundario el cáncer de próstata (C79.8) y como primario el cáncer de vejiga (C67.9). El orden de entrada no afecta a la codificación.

f) Cáncer “metastásico” del pulmón

Si el único tumor maligno mencionado es tumor “metastásico” de pulmón, codifique como tumor maligno primaria de pulmón (C34.-).

También codifique un tumor “metastásico” de pulmón como tumor maligno primario de pulmón (C34.-), si todos los otros sitios de tumores reportados en el certificado de defunción están en la lista de sitios comunes de metástasis.

Si se menciona otro tumor maligno que no está en la lista de sitios comunes de metástasis, codifique un tumor maligno “metastásico” de pulmón como tumor maligno secundario de pulmón (C78.0).

g) Tumor “metastásico” de una morfología específica

Si el certificado notifica un tumor maligno especificado como “metastásico” de un tipo morfológico clasificable en C40-C47, C49 o C70-C72 y el sitio informado es consistente con el tipo morfológico, entonces codifique en un tumor maligno primario del tipo morfológico especificado. Utilice la subcategoría de sitio apropiada para el tipo morfológico especificado.

Si el cáncer “metastásico” notificado en el certificado y el sitio no es consistente con el tipo morfológico, codifique entonces en un tumor maligno secundario del sitio especificado (C77-C79). También añada un código para un tumor maligno primario de sitio no especificado para el tipo morfológico indicado.

Ejemplo 38: 1 (a) Osteosarcoma de sacro, metástasis
 (b)
 (c)
 (d)

2

El sitio sacro es consistente con un cáncer primario de hueso. Codifique osteosarcoma primario del sacro (C41.4).

Ejemplo 39: 1 (a) Osteosarcoma de riñón, metastásico
 (b)
 (c)
 (d)

2

Codifique osteosarcoma del riñón como un tumor maligno secundario (C79.0), porque el sitio especificado (riñón) no es compatible con el osteosarcoma, que es primario en el hueso. También codifique C41.9, osteosarcoma de sitio no especificado.

4.3.6 Secuelas

A. *Secuelas de tuberculosis (B90.-)*

Las secuelas de tuberculosis incluyen afecciones especificadas como tales o como detenidas, curadas, sanadas inactivas, o antiguas; a menos que exista evidencia de tuberculosis activa. No incluye la tuberculosis crónica, que debe ser codificada como enfermedad infecciosa activa.

B. Secuelas de tracoma (B94.0)

Las secuelas de tracoma incluyen los efectos tardíos o residuales de esta enfermedad especificados como curados o inactivos y ciertas secuelas especificadas tales como ceguera, entropión cicatricial y cicatrices conjuntivales, a menos que haya evidencia de infección activa. No incluye el tracoma crónico, que debe ser codificado como enfermedad infecciosa activa.

C. Secuelas de encefalitis viral (B94.1)

Las secuelas de encefalitis viral incluyen afecciones especificadas como tales, o como efectos tardíos presentes un año o más después del inicio de la afección causal. No incluye la encefalitis viral crónica, que debe ser codificada como enfermedad infecciosa activa.

D. Secuelas de otras enfermedades infecciosas y parasitarias (B94.8)

Las secuelas de otras enfermedades infecciosas y parasitarias incluyen afecciones especificadas como tales, o detenidas, curadas, sanadas, inactivas, o antiguas. Las secuelas también incluyen afecciones presentes un año o más después del inicio de afecciones clasificables en las categorías A00-B89, a menos que haya evidencia de enfermedad activa. No incluye las enfermedades crónicas infecciosas y parasitarias, que deben ser codificadas como enfermedades infecciosas y parasitarias activas.

E. Secuelas de raquitismo (E64.3)

Las secuelas del raquitismo incluyen afecciones declaradas como una secuela o efecto tardío del raquitismo, o raquitismo previo como la causa de las afecciones presentes un año o más después del inicio de éste. No incluye la desnutrición crónica o la deficiencia nutricional, que debe codificarse en la malnutrición actual o en la deficiencia nutricional.

F. Secuelas de enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central (G09)

Esta categoría se contempla para la codificación de las secuelas de afecciones clasificables en G00.-, G03-G04, G06.- y G08. No debe utilizarse para enfermedades inflamatorias crónicas del sistema nervioso central. Codifique éstas en la enfermedad inflamatoria actual del sistema nervioso central.

4.3.7 Instrucciones específicas sobre otras categorías de la CIE**A. Fiebre reumática con afectación cardíaca (I00-I09)**

Si no se menciona que el proceso reumático estaba activo en el momento de la muerte, se debe asumir la actividad si la afección cardíaca (que no sea una afección terminal o endocarditis bacteriana) que se especifica como reumática, o se dice que es debida a la fiebre reumática, se describe como aguda o subaguda. En ausencia de tal descripción, los términos “carditis”, “endocarditis”, “cardiopatía”, “miocarditis” y “pancarditis” pueden considerarse como agudos si el intervalo desde el inicio es inferior a un año o, si no se indica el intervalo, la edad es menor de 15 años. La “pericarditis” puede considerarse aguda en cualquier edad.

B. Neumonía e inmovilidad (J18)

Las neumonías codificadas en J18.0-J18.1 y J18.8-J18.9 informadas con inmovilidad o movilidad reducida, deben ser codificadas en J18.2 (neumonía hipostática, no especificada).

C. Muerte obstétrica de causa no especificada, muertes obstétricas ocurridas después de 42 días y antes de un año después del parto y secuelas de causas obstétricas directas (O95, O96 y O97)

Las categorías O95, O96 y O97 clasifican las muertes obstétricas según el tiempo transcurrido entre el evento obstétrico y la muerte de la mujer. La categoría O95 debe utilizarse cuando una mujer muere durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto o el puerperio y la única información proporcionada es muerte “materna” u “obstétrica”. Si se especifica la causa obstétrica de la muerte, no use el código O95, codifique en la categoría apropiada. La categoría O96 se utiliza para clasificar las muertes por causas obstétricas directas o indirectas que ocurren después de 42 días, pero antes de un año después de la terminación del embarazo. La categoría O97 se utiliza para clasificar las muertes por cualquier causa obstétrica directa e indirecta que ocurren un año o más después de la terminación del embarazo.

D. Muertes perinatales (P00-P96)

Utilice un código del Capítulo XVI, ciertas afecciones originadas en el período perinatal, si:

- la afección está en un código del Capítulo XVI,
- hay una entrada en el índice para la afección especificada como congénita / perinatal / del recién nacido, y la duración de la afección indica que ésta se desarrolló 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 supone que la afección es congénita, ver la siguiente sección (Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas).

Además, para los niños menores de 28 días de edad, se debe asumir que una afección reportada se desarrolló en el período perinatal; a menos que se indique que la duración y el inicio de ésta fue después de la primera semana de vida completa.

Obsérvese que algunos tipos de afecciones están excluidas del Capítulo XVI, como:

- Tétanos neonatal (A33)
- Infección congénita gonocócica (A54)
- Sífilis congénita (A50)
- Enfermedad por VIH (B20-B24)
- Enfermedades infecciosas adquiridas después del nacimiento (A00-B99)
- Enfermedades infecciosas intestinales (A00-A09)
- Tumores (C00-D48)
- Anemia hemolítica hereditaria (D55-D58)
- Hipogammaglobulinemia transitoria de la infancia (D80.7)
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)
- Ciertas enfermedades congénitas del sistema nervioso clasificadas en G00- G99
- Cardiomiopatía congénita
- Obstrucción intestinal clasificable en K56.0-K56.5
- Pénfigo neonatal y síndrome de la piel escaldada estafilocócica (L00)
- Costra de leche (dermatitis seborreica del lactante) (L21.0)
- Dermatitis del pañal [compresa higiénica] (L22)
- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)
- Evidencias de laboratorio de virus de inmunodeficiencia humana (R75)
- Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)

E. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)

Las afecciones clasificadas como malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99), deben codificarse como tales si la duración de la afección indica que existía desde el nacimiento, incluso si la afección no se especifica como congénita en el certificado.

Además, las siguientes afecciones deben ser codificadas como congénitas en las edades indicadas siempre que no haya indicios de que hayan sido adquiridas después del nacimiento.

- Menor de 1 año: aneurisma, estenosis aórtica, atresia, atrofia cerebral, quiste

cerebral, deformidad, desplazamiento de un órgano, ectopia, hipoplasia de un órgano, malformación, estenosis pulmonar, enfermedad valvular cardiaca.

- Menor de 4 semanas: enfermedad cardíaca SAI, hidrocefalia SAI.

F. Múltiples lesiones en la misma región del cuerpo (en S00-S99), lesiones que involucran múltiples regiones del cuerpo (T00-T07)

En la codificación de causa múltiple, no use códigos para lesiones múltiples de la misma región del cuerpo (en S00-S99) o códigos para lesiones que involucran múltiples regiones del cuerpo (T00-T07), si se dispone de información específica sobre las lesiones involucradas. Codifique cada lesión por separado y use códigos de lesiones específicos como sea posible.

G. Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra parte (T80-T88)

Siempre que una complicación de un procedimiento no está indexada o no es un sinónimo de un término indexado o de inclusión, codifique las complicaciones tempranas y complicaciones mecánicas en T80-T88. Codifique las complicaciones tardías y las complicaciones de larga duración de la función del órgano en el capítulo correspondiente del sistema.

4.3.8 Consistencia entre el sexo del paciente y el diagnóstico

La mayoría de las categorías de la CIE-10 se aplican a personas de ambos sexos. Sin embargo, algunas enfermedades tienen más probabilidades de ocurrir en un sexo que en el otro. En el anexo 7.8 figura una lista de esas afecciones.

A continuación, se ofrece la recomendación general para manejar esta situación; sin embargo, los requisitos legales pueden variar para los países. Que un código aparezca en el Anexo 7.8 no significa que no se puede usar para ambos sexos. Sin embargo, puede haber una inconsistencia entre el sexo de la persona fallecida y el código. Por lo tanto, en tales casos, verifique la información y asegúrese de que no haya ningún error de informe.

Siga cualquier información adicional proporcionada por el certificador. Si resulta que el código es de hecho correcto, mantenga el código. Considere agregar una nota a las estadísticas que indique que la causa de muerte fue verificada y es correcta.

Si no se puede obtener información adicional y no existen razones para suponer que la afección reportada es correcta (como una indicación de tratamiento de cambio de sexo), entonces use el código R99, Otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad. Considere agregar una nota a las estadísticas que especifique el número de casos recodificados a R99 debido a aparentes inconsistencias entre el sexo y la causa.

4.4 Mortalidad perinatal: orientaciones para la certificación y reglas de codificación

Con la actualización del *Modelo internacional del certificado médico de causa de defunción* en 2016, se recomendó que se utilice solo un certificado para todos los casos (ver Anexo 7.1).

El certificado de defunción perinatal recomendado anteriormente debería reemplazarse por el formulario del Anexo 7.1. Si, debido a restricciones legales o de otro tipo, se retrasa la implementación del formulario en el Anexo 7.1 para muertes perinatales, se deben aplicar las siguientes reglas.

La información adicional mencionada en los párrafos siguientes podría ser útil para el monitoreo 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-10 y, por lo tanto, debe recopilarse en una sección separada del certificado de defunción.

4.4.1 Certificación de muertes perinatales

Si se debe llenar un certificado de causa de la muerte perinatal por separado, las causas deben establecerse de la siguiente manera:

- (a) Enfermedad o afección principal del feto o del recién nacido
- (b) Otras enfermedades o afecciones del feto o del recién nacido
- (c) Enfermedad o afección principal de la madre que afecta al feto o al recién nacido
- (d) Otras enfermedades o afecciones de la madre que afectan al feto o al recién nacido
- (e) Otras circunstancias de importancia

El modelo de certificado debe incluir datos de identificación con fechas y horas pertinentes, información sobre si el niño nació vivo o muerto y detalles de la autopsia.

Se necesita obtener suficiente información, además de las causas de muerte, con datos adicionales acerca de la madre y del niño para poder hacer un análisis completo de la mortalidad perinatal. Esto es válido no solo para las muertes perinatales sino también para todos los nacidos vivos.

Madre:

Fecha de nacimiento

Número de embarazos previos: nacidos vivos/nacidos muertos/abortos
Fecha y resultado del embarazo anterior: nacido vivo/nacido muerto/aborto

Embarazo actual:

primer día del último período menstrual (si se ignora, estimar la

duración del embarazo en semanas completas)
 atención prenatal, dos o más consultas: sí/no/se ignora
 parto: normal espontáneo, presentación cefálica/otro tipo (especificar)

Niño:

Peso al nacer en gramos

Sexo: masculino/femenino/indeterminado

Nacimiento único/primer gemelo/segundo gemelo/otro nacimiento múltiple

Si nació muerto, cuándo ocurrió la muerte: antes del parto/durante el parto/se ignora

Otras variables que pueden aparecer en el certificado básico incluyen detalles acerca de la persona que atendió el parto, tales como: médico/partera adiestrada/ otra persona adiestrada (especificar)/otra persona (especificar). El método por el cual se obtendrán los datos suplementarios variará de acuerdo con el sistema de registro civil de cada país. Cuando tales datos puedan recolectarse en el momento de registrar al nacido muerto o la muerte neonatal, se puede utilizar un modelo similar al anterior “Certificado de Causa de Defunción Perinatal”. De lo contrario, es necesario realizar arreglos especiales (por ejemplo, mediante la conjunción de registros de nacimientos y muertes) para reunir los datos suplementarios y la causa de muerte.

En los lugares donde los requisitos del registro civil dificultan la introducción de un certificado de defunción común para los nacidos vivos y los nacidos muertos, se puede resolver el problema mediante la emisión de certificados separados para nacidos muertos y muertes neonatales tempranas, en los que se incorpore el formato recomendado para las causas de defunción.

4.4.2 Certificación de las causas de muerte

El certificado provee cinco partes para anotar las causas de muerte perinatal, identificadas con las letras (a), (b), (c), (d) y (e). En las partes (a) y (b) deben anotarse las enfermedades o afecciones del recién nacido o del feto. La enfermedad o afección más importante se anota en (a) y el resto, si existiera, en (b). Por “más importante” se entiende aquel estado patológico que en opinión del certificador hizo la mayor contribución a la muerte del recién nacido o feto. La manera de morir, por ejemplo insuficiencia cardíaca, asfixia o anoxia, no se debe anotar en la parte (a) a menos que sea la única afección del feto o del recién nacido que se conozca. Esto es igualmente válido para el caso de la prematuridad.

En las partes (c) y (d) el certificador debe anotar todas las enfermedades o afecciones de la madre que en su opinión tuvieron algún efecto adverso sobre el recién nacido o el feto. Aquí, de nuevo, la afección más importante debe anotarse en la parte (c) y las otras, si las hubiera, en la parte (d). La parte (e) se ha provisto para la anotación de cualquier otra circunstancia que el certificador considere que tiene alguna importancia en la muerte, pero que no puede ser descrita como una enfer-

medad o afección del recién nacido o de la madre. Un ejemplo de esto puede ser el parto sin la presencia de una persona que lo atienda.

Los casos que se describen a continuación ilustran la manera de registrar las causas de muerte perinatal:

Ejemplo 1: Una mujer, cuyos embarazos previos habían terminado en abortos espontáneos a las 12 y 18 semanas de embarazo, fue admitida a las 24 semanas de gestación por trabajo de parto prematuro, a continuación del cual hubo un parto espontáneo de un niño de 700 gramos, que murió en el transcurso del primer día de vida. El hallazgo principal de la autopsia fue “inmadurez pulmonar”.

Causas de la muerte perinatal:

- a) Inmadurez pulmonar
- b) —
- c) Trabajo de parto prematuro, causa desconocida
- d) Abortos recurrentes
- e) —

Ejemplo 2: Una primigrávida de 26 años, con una historia de ciclos menstruales regulares, recibió atención prenatal rutinaria a partir de la décima semana del embarazo. Entre las 30 y 32 semanas, en un examen clínico se notó un retardo del crecimiento del feto, confirmado a las 34 semanas. No hubo una causa evidente de ese retardo, aparte de una bacteriuria asintomática. Se practicó una cesárea con un niño vivo como producto, con peso de 1600 gramos. La placenta pesó 300 gramos y tenía infartos. Se desarrolló un síndrome de dificultad respiratoria, con buena respuesta inicial al tratamiento, pero el niño murió repentinamente en el transcurso del tercer día. La autopsia reveló una extensa membrana hialina pulmonar y hemorragia intraventricular masiva.

Causas de la muerte perinatal:

- a) Hemorragia intraventricular
- b) Síndrome de dificultad respiratoria
Crecimiento fetal retardado
- c) Insuficiencia placentaria
- d) Bacteriuria del embarazo, cesárea
- f) —

Ejemplo 3: Una diabética previamente diagnosticada, que fue mal controlada durante su primer embarazo, desarrolló a las 32 semanas una anemia megaloblástica. El trabajo de parto fue inducido a las 38 semanas. Se produjo un parto espontáneo de un niño que pesó 3200 gramos. El niño desarrolló una hipoglucemias y murió al segundo día. La autopsia reveló un conducto arterioso permeable.

Causas de la muerte perinatal:

- a) Conducto arterioso permeable
- b) Hipoglucemia
- c) Diabetes
- d) Anemia megaloblástica
- e) —

Ejemplo 4: Una mujer de 30 años de edad, que ya tenía un niño saludable de 4 años, tuvo un nuevo embarazo normal excepto por la aparición de un hidramnios. Una radiografía practicada a las 36 semanas sugirió la existencia de anencefalia. Se indujo el parto, del cual nació un niño muerto, anencefálico, que pesó 1500 gramos.

Causas de la muerte perinatal:

- a) Anencefalia
- b) —
- c) Hidramnios
- d) —
- e) —

4.4.3 Tabulación de la mortalidad perinatal por causa

Las estadísticas de mortalidad perinatal obtenidas de las informaciones registradas en el certificado que se muestra en la sección 4.4.1, darán un máximo beneficio cuando se haga un análisis por causas múltiples de todas las afecciones informadas. Cuando esto no se pueda realizar, el análisis de la afección o enfermedad principal del feto o recién nacido [parte (a)] y de la principal afección materna que afectó al feto o al recién nacido [parte (c)], en tabulación cruzada con grupos de esas afecciones, debe considerarse como el mínimo. Donde es necesario seleccionar solamente una afección (por ejemplo, cuando es necesario incorporar muertes neonatales precoces en tablas de mortalidad por causa única en todas las edades), se debe seleccionar la principal enfermedad o afección del feto o del recién nacido [parte (a)].

4.4.4 Codificación de las causas de muerte perinatal

Cada afección anotada en las partes (a), (b), (c) y (d) debe ser codificada separadamente. Las afecciones maternas que afectan al recién nacido o al feto, anotadas en las partes (c) y (d), deben ser codificadas en las categorías P00–P04, y estos códigos no deben ser utilizados para las partes (a) y (b). Las afecciones del feto o del recién nacido, anotadas en las partes (a) y (b), pueden ser codificadas en cualquier categoría, con excepción de P00–P04, pero lo más frecuente es que se codifiquen en las categorías P05–P96 (Afecciones perinatales), o Q00–Q99 (Anomalías con-génitas). Se debe utilizar un solo código para las secciones (a) y (c), pero para las secciones (b) y (d) se deben utilizar tantos códigos como afecciones hayan sido informadas.

La parte (e) se incluye para la revisión individual de cada muerte perinatal; por lo tanto, generalmente no necesitará ser codificada. Sin embargo, si se desea hacer un análisis estadístico de las circunstancias anotadas en la parte (e), pueden utilizarse algunas categorías adecuadas de los Capítulos XX y XXI; si no se consiguen categorías adecuadas en esos capítulos, los usuarios pueden diseñar su propio sistema de codificación para esta información.

4.4.5 Reglas de codificación

Las reglas de selección para la codificación de la mortalidad general no son aplicables al certificado de defunción perinatal. Puede suceder, sin embargo, que se reciban certificados de defunciones perinatales en los que las causas de muerte no se han anotado de acuerdo con las pautas dadas anteriormente. Tales certificados, si fuera posible, deberán ser enviados de nuevo al certificador para su corrección; si no lo fuera, se aplicarán las reglas siguientes:

Regla P1. Manera de morir o prematuridad anotadas en la parte (a)

Si en la parte (a) se anota insuficiencia cardíaca, asfixia o anoxia (cualquier afección en P20.-, P21.-) o prematuridad (cualquier afección en P07.-), y en la parte (a) o en la parte (b) se anotan otras afecciones del recién nacido o del feto, codifique la primera que se mencione de estas otras afecciones como si hubiera sido anotada sola en la parte (a), y codifique la afección realmente anotada en la parte (a) como si hubiera sido anotada en la parte (b).

Ejemplo 1: Nacido vivo; muere a los 4 días

a) Prematuridad		Codifique Q05.9
b) Espina bífida		P07.3
c) Insuficiencia placentaria		P02.2
d) —		

La prematuridad se codifica en b) y la espina bífida en a).

Ejemplo 2: Nacido vivo; muere a los 50 minutos

a) Asfixia grave al nacer		Codifique Q03.9
Hidrocefalia		
b) —		P21.0
c) Trabajo de parto obstruido		P03.1
d) Preeclampsia grave		P00.0

La asfixia grave al nacer se codifica en b) y la hidrocefalia en a).

Regla P2. Dos o más afecciones anotadas en las partes (a) o (c)

Si el certificador anota dos o más afecciones en la parte (a) o en la parte (c), codifique la afección mencionada primero en cada una de estas partes como si hubiera sido escrita sola en la parte (a) o en la parte (c) y codifique las otras como si hubieran sido escritas en las partes (b) o (d).

Ejemplo 3: Nacido muerto; muere antes del comienzo del trabajo de parto

Codifique

- a) Desnutrición fetal grave → P05.0
- Peso bajo para la edad gestacional
- Anoxia anteparto
- b) — → P20.0
- c) Preeclampsia grave → P00.0
- Placenta previa
- d) — → P20.9

El peso bajo para la edad con desnutrición fetal se codifica en (a) y la anoxia anteparto en (b); la preeclampsia grave se codifica en (c) y la placenta previa en (d).

Ejemplo 4: Nacido vivo; muere a los 2 días

Codifique

- a) Hemorragia subdural traumática → P10.0
- Inhalación masiva de meconio
- Anoxia intrauterina
- b) Hipoglucemia → P24.0
- Embarazo prolongado → P20.9
- c) Parto con forceps → P70.4
- P08.2
- P03.2
- d) Preeclampsia grave → P00.0

La hemorragia subdural traumática se codifica en a) y las otras afecciones anotadas en a) se codifican en b).

Regla P3. No hay anotaciones en las partes (a) o (c)

Si no hay anotaciones en la parte (a) pero hay afecciones del recién nacido o del feto anotadas en la parte (b), codifique la primera que se mencione de estas afecciones como si hubiera sido anotada en la parte (a); si no hay nada escrito en la parte (a) ni en la parte (b), utilice para la parte (a) el código P95 (Muerte fetal de causa no especificada), en caso de nacidos muertos, o P96.9 (Afección no especificada, originada en el período perinatal), para las muertes neonatales precoces.

Igualmente, si no hay anotaciones en la parte (c) pero hay afecciones maternas escritas en la parte (d), codifique la primera que se mencione de estas afecciones como si hubiera sido anotada en la parte (c); si no hay anotaciones en las partes (c) o (d), utilice algún código artificial (por ejemplo xxx.x) en la parte (c) para indicar que no se mencionó ninguna afección materna.

- Ejemplo 5:* Nacido vivo; muere a los 15 minutos
- a) — → Codifique P10.4
 - b) Desgarro tentorial → P22.0
 - Síndrome de dificultad respiratoria
 - c) — → xxx.x
 - d) —
- El desgarro tentorial se codifica en (a); xxx.x se codifica en (c).

- Ejemplo 6:* Nacido vivo; muere a los 4 días
- a) — → Codifique P96.9
 - b) —
 - c) — → P00.0
 - d) Eclampsia (hipertensión esencial antigua)

Causa perinatal no especificada se codifica en (a), (P96.9); la eclampsia se codifica en (c)

Regla P4. Afecciones descritas en la parte que no corresponde

Si una afección materna (es decir afecciones en P00–P04) es anotada en las partes (a) o (b), o si una afección del recién nacido o del feto es anotada en las partes (c) o (d), codifique las afecciones como si hubieran sido anotadas en la parte que les correspondía.

Si una afección clasificable como propia del recién nacido o del feto, o una afección de la madre es escrita equivocadamente en la parte (e), codifique como si fuera una afección fetal o materna adicional a las escritas en las partes (b) o (d) respectivamente.

- Ejemplo 7:* Nacido muerto; muere después del comienzo del trabajo de parto

- a) Hipoxia intrauterina grave → Codifique P20.9
- b) Presentación occipitoposterior persistente → P03.1
- c) —
- d) — → P03.2
- e) parto distóxico con fórceps

La presentación occipitoposterior persistente se codifica en (c); el parto distóxico con fórceps se codifica en (d).

4.5 Morbilidad

Durante la vigencia de la Sexta Revisión de la CIE, la cual fue aprobada en 1948, se recibieron innumerables solicitudes de administradores de salud pública, di-

rectores de servicios de salud, autoridades de los sistemas de seguridad social e investigadores en diferentes disciplinas de la salud, para que hubiera una clasificación que fuera aplicable a la morbilidad. Desde entonces la CIE empezó a adaptarse a las necesidades de estudio de la morbilidad y, además de su uso tradicional para clasificar la mortalidad, su utilización en el campo de la morbilidad ha ido expandiéndose progresivamente a través de sucesivas revisiones de la CIE. Las estadísticas de morbilidad se utilizan cada vez más en la formulación de políticas y programas de salud, y su administración, seguimiento y evaluación, en epidemiología, en la identificación de poblaciones expuestas a riesgos específicos, y en la investigación clínica (incluyendo estudios sobre la incidencia de enfermedades en los diferentes grupos socioeconómicos).

La afección que se utiliza en el análisis de la morbilidad por causa única es la principal afección que se trató o investigó durante el episodio de atención de la salud. La afección principal se define como la afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afección principal.

Además de la afección principal, los registros deben, siempre que sea posible, tener separadamente otras afecciones o problemas que fueron atendidos durante el episodio de atención de la salud. Esas otras afecciones se definen como aquellas que coexistieron o se desarrollaron durante el episodio de atención y afectaron el tratamiento del paciente. Las afecciones que hayan afectado anteriormente al paciente pero que no inciden en el episodio actual no se deben registrar.

Cuando el análisis se limita a una afección única para cada episodio, se puede perder información. Por lo tanto, se recomienda, cuando sea posible, codificar y analizar las afecciones múltiples para complementar la información de rutina. Esto podría hacerse de acuerdo con reglas locales, ya que no se han establecido reglas internacionales. Sin embargo, es conveniente investigar la experiencia que existe en otras partes, ya que puede ser útil en el desarrollo de métodos locales.

4.5.1 Orientaciones para el registro de la información diagnóstica para el análisis de la morbilidad por afección única

Lineamientos generales

La persona a cargo del tratamiento del paciente debe seleccionar la afección principal y todas las otras afecciones que se van registrar en cada episodio de atención a la salud. Esta información debe organizarse sistemáticamente mediante el uso de métodos estándares de registro. Un registro debidamente elaborado es esencial

para dar buena atención al paciente y una fuente valiosa de datos epidemiológicos y otras estadísticas sobre la morbilidad y otros problemas de salud.

Especificidad y detalle

Cada término diagnóstico debe ser tan informativo como sea posible para que la afección se clasifique en la categoría más apropiada de la CIE. A continuación se presentan ejemplos de tales términos diagnósticos:

- carcinoma de células transicionales del trigono vesical
- apendicitis aguda con perforación
- catarata diabética, tipo 1
- pericarditis meningocócica
- atención prenatal por hipertensión en el embarazo
- diplopía por reacción alérgica debida a medicamento antihistamínico tomado correctamente según prescripción
- osteoartritis de la cadera debida a fractura antigua
- fractura del cuello del fémur debida a caída en el hogar
- quemaduras de tercer grado en la palma de la mano

Diagnósticos y síntomas imprecisos

Si no se han establecido diagnósticos definitivos al final del episodio de atención, debe registrarse la información que permita el mayor grado de especificidad y conocimiento sobre la afección que requirió cuidados o investigación. Esto debe hacerse registrando el síntoma, hallazgo anormal o problema, en vez de calificar un diagnóstico con términos tales como “possible”, “dudoso”, o “sospecha de”, que haya sido considerado pero no establecido.

Contacto con servicios de salud por razones que no son enfermedades

Los episodios de atención o contacto con los servicios de salud no se limitan al tratamiento o investigación de episodios de enfermedad o traumatismo. Existen casos en los cuales una persona que no está enferma en el momento requiere o recibe atención limitada o algunos servicios; los detalles de las circunstancias de tal episodio deben registrarse como “la afección principal”. Algunos ejemplos son los siguientes:

- seguimiento de afecciones previamente tratadas
- inmunización
- atención anticonceptiva, atención prenatal y postparto
- vigilancia de personas con riesgos debidos a historia personal o familiar
- exámenes a personas sanas, por ejemplo, para seguros o por razones ocupacionales
- solicitud de consejos sobre salud
- solicitud de consejos por persona con problemas sociales
- consultas de parte de una tercera persona

El Capítulo XXI (Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud) ofrece un amplio rango de categorías (Z00–Z99) para la clasificación de estas circunstancias; el análisis de ese capítulo da una indicación del detalle requerido para poder clasificarlas en la categoría más adecuada.

Afecciones múltiples

Cuando un episodio de atención de la salud corresponde a varias afecciones relacionadas (por ejemplo: traumatismos múltiples, secuelas múltiples de una enfermedad o lesión previa, afecciones múltiples que ocurren en la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), se debe seleccionar como la “afección principal” la que ha sido claramente la más grave y la que ha exigido mayores recursos; las otras deben registrarse como “otras afecciones”. Cuando no haya una afección predominante, pueden registrarse como la “afección principal” términos como “fracturas múltiples”, “traumatismos múltiples del cráneo”, o “infecciones múltiples debidas al SIDA”, seguidos de una lista de afecciones. Si hay varias afecciones de tipo múltiple y ninguna de ellas es predominante, debe registrarse solamente un término como “traumatismos múltiples” o “traumatismos múltiples por aplastamiento”.

Afecciones debidas a causas externas

Cuando se registra una afección como traumatismo, envenenamiento u otro efecto de causas externas, es importante describir tanto la naturaleza de la afección como las circunstancias que la originaron. Por ejemplo: “fractura del cuello del fémur debida a una caída al resbalar en el pavimento grasoso”; “contusión cerebral causada cuando el paciente perdió el control del automóvil, el cual chocó con un árbol”; “envenenamiento accidental —el paciente ingirió por error un desinfectante al confundirlo con una gaseosa”, o “hipotermia grave —el paciente se cayó en su jardín en un día muy frío”.

Tratamiento de las secuelas

Cuando un episodio de atención corresponde al tratamiento o investigación de una afección residual (secuela) de una enfermedad que ya no está presente o activa, la secuela y su origen deben describirse en forma completa, aclarándose simultáneamente que la enfermedad original ya no está presente. Por ejemplo: “desviación del tabique nasal —fractura de la nariz en la infancia”, “contractura del tendón de Aquiles— efectos tardíos de lesión del tendón”, o “esterilidad debida a obstrucción tubaria por tuberculosis antigua”.

Cuando hay secuelas múltiples y el tratamiento o la investigación no se dirige predominantemente a una de ellas, una expresión tal como “secuelas de accidente cerebrovascular” o “secuelas de fracturas múltiples” es aceptable.

4.5.2 Orientaciones para la codificación de la “afección principal” y “otras afecciones”

Lineamientos generales

La “afección principal” y las “otras afecciones” importantes en un episodio de atención de la salud debe haberlas registrado la persona a cargo de la atención, y la codificación es por lo general directa; la afección principal mencionada debe aceptarse para la codificación y procesamiento, a menos que sea obvio que no se siguieron las orientaciones dadas anteriormente. En este último caso el registro cuestionado debe regresarse a su lugar de origen para aclaración. Si no se logra aclarar, se deben aplicar las Reglas MB1 a MB5 (sección 4.5.3), que pueden ayudar al codificador a tratar algunas de las causas más comunes de clasificación incorrecta en los registros. Las orientaciones que se dan a continuación las debe utilizar el codificador cuando no tenga claro qué código debe usar.

Se ha recomendado que se registren las “otras afecciones” en relación con un episodio de atención, aun en el caso de que el análisis sea por “causa única”, ya que esta información puede ayudar a escoger el código de la CIE aplicable a la afección principal.

Códigos adicionales opcionales

En las orientaciones que se dan a continuación se indica a veces un código preferencial para la “afección principal”, conjuntamente con un código adicional opcional para dar mayor información. El código preferencial indica la “afección principal” para los análisis por causa única y puede incluirse un código adicional para el análisis por causas múltiples.

Codificación de las afecciones en las cuales se aplica el sistema de daga y asterisco

Donde sea aplicable, se deben utilizar ambos códigos para la afección principal, ya que ellos indican dos formas diferentes de una misma afección.

Ejemplo 1: Afección principal: Neumonía por sarampión
Otras afecciones: —

Codifique sarampión complicado por neumonía (B05.2†) y neumonía en enfermedades virales clasificadas en otra parte (J17.1*).

Ejemplo 2 Afección principal: Pericarditis tuberculosa
Otras afecciones: —

Codifique tuberculosis de otros órganos especificados (A18.8†) y

pericarditis en enfermedades bacterianas clasificadas en otra parte (I32.0*).

Ejemplo 3: Afección principal: Artritis por enfermedad de Lyme
 Otras afecciones: —

Codifique enfermedad de Lyme (A69.2†) y artritis en la enfermedad de Lyme (M01.2*).

Codificación de sospecha de afecciones, síntomas, hallazgos anormales y situaciones en que no hay enfermedad

Si el período de atención de la salud se refiere a un paciente hospitalizado, el codificador debe utilizar con cautela las rúbricas de los Capítulos XVIII y XXI para codificar la afección principal. Si no se ha obtenido un diagnóstico más preciso al final de la hospitalización o si efectivamente no hubo una enfermedad o lesión realmente codificable, podrán utilizarse los códigos de los capítulos mencionados anteriormente (ver también las Reglas MB3 y MB5, sección 4.5.3). Las categorías de dichos capítulos pueden utilizarse normalmente para otros episodios de contacto con los servicios de salud.

Si, después de un episodio de atención de la salud, la afección principal aún se registra como “sospecha de”, “dudosa”, etc. y no hay información o clarificación adicional, el diagnóstico mencionado debe aceptarse como definitivo.

La categoría Z03.- Evaluación y observación médicas por sospecha de enfermedades y afecciones, es una rúbrica que se utiliza en el caso de sospechas diagnósticas que pueden ser descartadas después de una investigación.

Ejemplo 4: Afección principal: Sospecha de colecistitis aguda
 Otras afecciones: —

Codifique colecistitis aguda (K81.0) como “afección principal”.

Ejemplo 5: Afección principal: Hospitalizada para investigación por sospecha de tumor maligno del cuello del útero
 — diagnóstico descartado
 Otras afecciones: —

Codifique observación por sospecha de tumor maligno (Z03.1) como “afección principal”.

Ejemplo 6: Afección principal: Infarto del miocardio, descartado
 Otras afecciones: —

Codifique observación por sospecha de infarto del miocardio (Z03.4) como “afección principal”.

Ejemplo 7: Afección principal: Epistaxis grave
Otras afecciones: —

Paciente hospitalizado por un día. No se registran investigaciones ni otros procedimientos.

Codifique como epistaxis (R04.0). Esto se considera aceptable ya que el paciente fue obviamente admitido solamente para atender la emergencia.

Codificación de causas múltiples

Cuando se mencionan varias afecciones en una categoría denominada “Múltiples. . .” y ninguna de ellas predomina, codifique con la categoría para “Múltiples. . .” como código preferencial. Opcionalmente se pueden utilizar códigos adicionales para cada una de las afecciones por separado.

Este tipo de codificación se aplica especialmente en el caso de las afecciones asociadas a la enfermedad por el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) (SIDA), los traumatismos y las secuelas.

Codificación de las categorías combinadas

La CIE contiene algunas categorías que permiten clasificar dos afecciones o una afección con un proceso secundario asociado, en un código único para la combinación. Tales categorías combinadas deben utilizarse como el código de la afección principal donde la información registrada lo permita. En el Índice alfabético se indican las combinaciones con la indentación “con” que aparece debajo del término principal. Cuando se registra más de una afección como “afección principal”, dichas afecciones pueden combinarse si se considera que un término es un adjetivo modificativo del otro.

Ejemplo 8: Afección principal: Insuficiencia renal
Otras afecciones: Enfermedad renal hipertensiva
Codifique “enfermedad renal hipertensiva con insuficiencia renal” (I12.0) como afección principal

Ejemplo 9: Afección principal: Glaucoma secundario a inflamación del ojo
Otras afecciones: —
Codifique glaucoma secundario a inflamación del ojo (H40.4) como la “afección principal”.

Ejemplo 10: Afección principal: Obstrucción intestinal
 Otras afecciones: Hernia inguinal izquierda

Codifique como hernia inguinal unilateral o no especificada, con obstrucción, sin gangrena (K40.3).

Ejemplo 11: Afección principal: Catarata. Diabetes mellitus tipo 1
 Otras afecciones: Hipertensión
 Especialidad: Oftalmología

Codifique diabetes mellitus tipo 1 con complicaciones oftálmicas (E10.3†) y catarata (H28.0*) como la afección principal.

Ejemplo 12: Afección principal: Diabetes mellitus tipo 2
 Otras afecciones: Hipertensión
 Artritis reumatoide Catarata
 Especialidad: Medicina general

Codifique diabetes mellitus tipo 2 sin complicaciones (E11.9) como la “afección principal”. Note que en este ejemplo la asociación de catarata con diabetes no se debe hacer porque los dos términos no se mencionan dentro de la “afección principal”.

Codificación de las causas externas de morbilidad

Para los traumatismos y otras afecciones debidas a causas externas, se deben codificar tanto la naturaleza de la lesión como las circunstancias de la causa externa. En este caso la “afección principal” debe ser la que describe la naturaleza de la lesión, que por lo general, pero no siempre, será clasificable en el Capítulo XIX. El código del Capítulo XX que indica la causa externa de la lesión se utilizará como un código opcional adicional.

Ejemplo 13: Afección principal: Fractura del cuello del fémur por caída debida a pavimento irregular
 Otras afecciones: Contusiones en el codo y el brazo

Codifique fractura del cuello del fémur (S72.0) como “afección principal”. Se puede codificar también la causa externa de la lesión, caída en el mismo nivel por deslizamiento, tropezón o traspie en una calle o carretera (W01.4), como un código opcional adicional.

Ejemplo 14: Afección principal: Hipotermia grave, el paciente se cayó en el jardín en un día muy frío
 Otras afecciones: Senilidad

Codifique la hipotermia (T68) como la “afección principal”; puede usarse el código de la causa externa exposición a frío excesivo natural en el hogar (X31.0) como un código opcional adicional.

Ejemplo 15: Afección principal: Diplopía debida a reacción a un antihistamínico tomado según prescripción
 Otras afecciones: —
 Codifique la diplopía (H53.2) como la “afección principal”. Puede utilizarse el código de la causa externa de la lesión para los efectos adversos de medicamentos antialérgicos y antieméticos en uso terapéutico (Y43.0) como un código opcional adicional.

Ejemplo 16: Afección principal: Hemoglobinuria debida a entrenamiento para un maratón (entrenamiento al aire libre en un campo deportivo)
 Otras afecciones: —
 Codifique hemoglobinuria debida a hemólisis por otras causas externas (D59.6) como la “afección principal”. El código para la causa externa ejercicio excesivo y extenuante, con movimientos repetitivos en áreas atléticas y deportivas (X50.3) puede utilizarse como un código opcional adicional.

Codificación de las secuelas de algunas afecciones

La CIE contiene algunas categorías tituladas “Secuela de . . .” (B90–B94, E64.–, E68, G09, I69.–, O94, T90–T98, Y85–Y89) que pueden utilizarse para codificar afecciones que ya no están presentes, pero cuyas secuelas son la causa de la afección por la cual se lleva a cabo un tratamiento o investigación. El código preferencial para la “afección principal” es, sin embargo, el de la naturaleza de la secuela, al cual puede añadirse el código de “Secuela de . . .” como un código opcional adicional.

Cuando varias secuelas diferentes y muy específicas están presentes y ninguna de ellas predomina en gravedad ni en la demanda de recursos para su tratamiento, se permite registrar la descripción “Secuelas de . . .” como la “afección principal”, que debe codificarse en la categoría apropiada. Obsérvese que es suficiente que la afección causal sea descrita como “antigua”, “vieja”, “no presente actualmente”, etc., o que la afección resultante sea descrita como “efecto tardío de . . .” o “secuela de . . .” para aplicar estos criterios a la codificación. No hay intervalo mínimo de tiempo establecido.

Ejemplo 17: Afección principal: Disfasia por infarto cerebral antiguo
 Otras afecciones: —

Codifique la disfasia (R47.0) como la “afección principal”. El código para secuela de infarto cerebral (I69.3) se puede utilizar como un código opcional adicional.

Ejemplo 18: Afección principal: Osteoartritis de la articulación de la cadera debida a fractura antigua por accidente de vehículo de motor, hace 10 años

Otras afecciones: —

Codifique otras coxartrosis postraumáticas (M16.5) como la “afección principal”. Los códigos para secuela de fractura del fémur (T93.1) y secuela de accidente de vehículo de motor (Y85.0) pueden ser utilizados como códigos opcionales adicionales.

Ejemplo 19: Afección principal: Efectos tardíos de poliomielitis

Otras afecciones: —

Codifique la secuela de poliomielitis (B91) como la “afección principal”, ya que no hay ninguna otra información disponible.

Codificación de las afecciones agudas y crónicas

Cuando se menciona la afección principal como aguda (o subaguda) y crónica al mismo tiempo, y la CIE ofrece códigos separados para cada una, pero no para la combinación, debe codificarse la afección aguda como la “afección principal” de preferencia.

Ejemplo 20: Afección principal: Colecistitis aguda y crónica

Otras afecciones: —

Codifique la colecistitis aguda (K81.0) como la “afección principal”. Puede utilizarse el código para la colecistitis crónica (K81.1) como un código opcional adicional.

Ejemplo 21: Afección principal: Exacerbación aguda de bronquitis obstructiva crónica

Otras afecciones: —

Codifique enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda (J44.1) como la “afección principal”. En este caso la CIE tiene un código apropiado para la combinación.

Codificación de afecciones postoperatorias y de complicaciones

El Capítulo XIX contiene categorías para algunas complicaciones relacionadas con los procedimientos quirúrgicos y de otros tipos (T80–T88), por ejemplo, infección de herida quirúrgica, complicaciones mecánicas de dispositivos implantados, choque, etc. La mayoría de los capítulos dedicados a sistemas corporales tienen también categorías que permiten codificar afecciones que ocurren como

consecuencia de procedimientos o técnicas específicas, o como resultado de la extirpación de un órgano, por ejemplo, síndrome de linfedema postmastectomía, hipotiroidismo postirradiación. Algunas afecciones (por ejemplo: neumonía, embolia pulmonar) que pueden aparecer en el período posterior al procedimiento no se consideran entidades por separado y se codifican de la manera usual. En estos casos, se puede agregar un código adicional opcional entre Y83–Y84 para identificar la relación con el procedimiento.

Cuando se registran afecciones y complicaciones debidas a procedimientos como la afección principal, habrá que referirse cuidadosamente a los términos modificativos o calificativos del Índice alfabético para seleccionar el código correcto.

Ejemplo 22: Afección principal: Hipotiroidismo desde tiroidectomía hace 1 año

Otras afecciones: —

Especialidad: Medicina general

Codifique hipotiroidismo postquirúrgico (E89.0) como la “afección principal”.

Ejemplo 23: Afección principal: Hemorragia excesiva por extracción dental

Otras afecciones: Dolor

Especialidad: Odontología

Codifique la hemorragia que resultó del procedimiento (T81.0) como la “afección principal”.

Ejemplo 24: Afección principal: Psicosis postoperatoria después de cirugía plástica

Otras afecciones: —

Especialidad: Psiquiatría

Codifique la psicosis (F09) como la “afección principal” y agregue Y83.8 (otros procedimientos quirúrgicos especificados [como la causa de la reacción anormal del paciente]) para indicar la relación con el procedimiento.

4.5.3 Reglas para reselección cuando la “afección principal” se registra incorrectamente

La persona a cargo de la atención del paciente es la que indica en el registro cuál es la “afección principal” y lo normal es que esa indicación se acepte y que la codificación de ese registro se lleve a cabo de acuerdo con las orientaciones ofrecidas anteriormente y con las notas específicas para cada capítulo mencionadas en la sección 4.5.4. Sin embargo, algunas circunstancias o la disponibilidad de información adicional pueden indicar que no se siguieron los procedimientos correctos al registrar la afección. Si no

es posible obtener una aclaración de la persona a cargo de la atención del paciente, pueden aplicarse las reglas siguientes para reselecciónar la “afección principal”.

Reglas para la reselección de la afección principal

Regla MB1: La afección menos importante se registra como “afección principal” y la más importante como “otra afección”

Cuando una afección de duración prolongada o de poca importancia, o un problema incidental se registra como la “afección principal” y se registra como “otra afección” una más importante o pertinente al tratamiento que se aplica al paciente o a la especialidad que lo atendió, seleccione esta última como “afección principal”.

Regla MB2: Varias afecciones registradas como afección principal

Si varias afecciones que no pueden codificarse en forma combinada se registran en la parte destinada a la “afección principal”, y otros detalles presentes en el registro indican que una de ellas es la “afección principal” por la cual se atendió al paciente, seleccione dicha afección. En caso contrario, seleccione la afección mencionada en primer lugar.

Regla MB3: La afección mencionada como “afección principal” es un síntoma de una afección diagnosticada y tratada

Si se registra un síntoma o signo (generalmente clasificable en el Capítulo XVIII), o un problema clasificable en el Capítulo XXI como la “afección principal”, y este es obviamente un síntoma o signo de una afección diagnosticada y mencionada en otra parte, y fue por esta última que se dio atención al paciente, reseleccione la afección diagnosticada como la “afección principal”.

Regla MB4: Especificidad

Cuando el diagnóstico registrado como “afección principal” describe una afección en términos generales, y en otra parte se registra un término que proporciona información más precisa sobre el sitio o naturaleza de la afección, reseleccione este último como la “afección principal”.

Regla MB5: Diagnósticos principales alternativos

Cuando un síntoma o signo registrado como la “afección principal” contiene una indicación de que puede deberse a más de una afección, seleccione el síntoma como la “afección principal”. Cuando se registran dos o más afecciones como opciones diagnósticas para la “afección principal”, seleccione la mencionada en primer lugar.

Ejemplos de aplicación de las reglas para la reselección de la afección principal

Regla MB1: La afección menos importante se registra como “afección principal” y la más importante como “otra afección”

Cuando una afección de duración prolongada o de poca importancia, o un problema incidental se registra como la “afección principal” y se registra como “otra afección” una más importante o pertinente al tratamiento que se aplica al paciente o a la especialidad que lo atendió, seleccione esta última como “afección principal”.

<i>Ejemplo 1:</i>	Afección principal:	Sinusitis aguda
	Otras afecciones:	Carcinoma del endocérvix
		Hipertensión
		Paciente hospitalizada tres semanas
	Procedimiento:	Histerectomía total
	Especialidad:	Ginecología

Reseleccione carcinoma del endocérvix como la “afección principal” y codifique en C53.0.

<i>Ejemplo 2:</i>	Afección principal:	Artritis reumatoide
	Otras afecciones:	Diabetes mellitus
		Hernia femoral estrangulada
		Arteriosclerosis generalizada
	Procedimiento:	Paciente hospitalizado dos semanas
	Especialidad:	Herniorrafia
		Cirugía

Reseleccione hernia femoral estrangulada como la “afección principal” y codifique en K41.3.

<i>Ejemplo 3:</i>	Afección principal:	Epilepsia
	Otras afecciones:	Otomicosis
	Especialidad:	Otorrinolaringología

Reseleccione otomicosis como la “afección principal” y codifique en B36.9 y H62.2*.

<i>Ejemplo 4:</i>	Afección principal:	Insuficiencia cardíaca congestiva
	Otras afecciones:	Fractura del cuello del fémur por caída de la cama durante la hospitalización Paciente hospitalizado cuatro semanas
		Fijación interna de la fractura
	Procedimiento:	Medicina interna por una semana y luego
	Especialidad:	

transferido a cirugía traumatólogica para tratamiento de la fractura.

Reseleccione la fractura del cuello del fémur como la “afección principal” y codifique en S72.0.

<i>Ejemplo 5:</i>	Afección principal:	Caries dental
	Otras afecciones:	Estenosis mitral reumática
	Procedimiento:	Extracciones dentales
	Especialidad:	Odontología

Seleccione la caries dental como la “afección principal” y codifique en K02.9. La regla MB1 no se aplica. Aunque la caries dental puede considerarse como una afección de menor importancia y la estenosis mitral reumática como más importante, esta última no fue la afección tratada durante la atención.

Regla MB2: Varias afecciones registradas como afección principal

Si varias afecciones que no pueden codificarse en forma combinada se registran en la parte destinada a la “afección principal”, y otros detalles presentes en el registro indican que una de ellas es la “afección principal” por la cual se atendió al paciente, seleccione dicha afección. En caso contrario, seleccione la afección mencionada en primer lugar.

Nota: Ver también en la sección 4.5.2, Codificación de categorías combinadas.

<i>Ejemplo 6:</i>	Afección principal:	Catarata
	Otras afecciones:	Meningitis estafilocócica
	Especialidad:	Enfermedad isquémica del corazón
	Selección meningitis	—
		Paciente hospitalizado por cinco semanas
		Neurología
		estafilocócica como la “afección principal”. Codifique en G00.3.

<i>Ejemplo 7:</i>	Afección principal:	Bronquitis obstructiva crónica
	Otras afecciones:	Hipertrofia de la próstata
	Especialidad:	Psoriasis vulgar
	Selección psoriasis vulgar	—
		Paciente de consulta externa atendido por el servicio de dermatología
		en L40.0.

Ejemplo 8: Afección principal: Estenosis mitral
 Otras afecciones: —
 Especialidad: Medicina general
 No hay información sobre tratamiento

Seleccione estenosis mitral, la afección mencionada en primer lugar, como “afección principal” y codifique en I05.0.

Ejemplo 9: Afección principal: Gastritis crónica
 Otras afecciones: Metástasis en nódulos linfáticos axilares
 Procedimiento: Carcinoma de la mama
 —
 Seleccione tumor maligno de la mama como la “afección principal” y codifique en C50.9.

Ejemplo 10 Afección principal: Ruptura prematura de las membranas
 Otras afecciones: Presentación podálica
 Procedimiento: Anemia
 —
 Parto espontáneo

Seleccione ruptura prematura de las membranas, primera afección mencionada, como la “afección principal” y codifique en O42.9.

Regla MB3: La afección mencionada como “afección principal” es un síntoma de una afección diagnosticada y tratada

Si se registra un síntoma o signo (generalmente clasificable en el Capítulo XVIII), o un problema clasificable en el Capítulo XXI como la “afección principal” y este es obviamente un síntoma o signo de una afección diagnosticada y mencionada en otra parte, y fue por esta última que se dio atención al paciente, reseleccione la afección diagnosticada como la “afección principal”.

Ejemplo 11: Afección principal: Hematuria
 Otras afecciones: Venas varicosas en las piernas
 Procedimiento: Papiloma de la pared posterior de la vejiga
 Reseleccione papiloma de la pared posterior de la vejiga como la “afección principal” y codifique en D41.4.

Ejemplo 12: Afección principal: Coma
 Otras afecciones: Enfermedad isquémica del corazón
 Otosclerosis
 Diabetes mellitus, tipo 1

Especialidad: Endocrinología
 Tratamiento: Se estableció la dosis correcta de insulina

Reseleccione diabetes mellitus tipo 1 como la “afección principal” y codifique en E10.0. La información existente indica que el coma se debió a diabetes mellitus, y que se toma en cuenta porque modifica el código.

- Ejemplo 13:* Afección principal: Dolor abdominal
 Otras afecciones: Apendicitis aguda
 Procedimiento: Apendicectomía
- Reseleccione apendicitis aguda como la “afección principal” y codifique en K35.9.

- Ejemplo 14:* Afección principal: Convulsiones febres
 Otras afecciones: Anemia
 No hay información sobre tratamiento

Se aceptan las convulsiones febres como “afección principal” y se codifica en R56.0. La Regla MB3 no se aplica ya que la afección principal registrada no es un síntoma de una afección mencionada en otra parte.

Regla MB4: Especificidad

Cuando el diagnóstico registrado como “afección principal” describe una afección en términos generales y en otra parte se registra un término que proporciona información más precisa sobre el sitio o naturaleza de la afección, reseleccione este último como la “afección principal”.

- Ejemplo 15:* Afección principal: Accidente cerebrovascular
 Otras afecciones: Diabetes mellitus
 Hipertensión
 Hemorragia cerebral

Reseleccione hemorragia cerebral como la “afección principal” y codifique en I61.9.

- Ejemplo 16:* Afección principal: Enfermedad congénita del corazón
 Otras afecciones: Defecto del tabique interventricular
- Reseleccione defecto del tabique interventricular como la “afección principal” y codifique en Q21.0.

- Ejemplo 17:* Afección principal: Enteritis
 Otras afecciones: Enfermedad de Crohn del íleon

Reseleccione enfermedad de Crohn del íleon como la “afección principal” y codifique en K50.0.

Ejemplo 18: Afección principal: Distocia
 Otras afecciones: Feto hidrocefálico
 Procedimiento: Sufrimiento fetal
 Sección cesárea

Reseleccione obstrucción del trabajo de parto debida a otras anomalías del feto, como la “afección principal” y codifique en O66.3.

Regla MB5: Diagnósticos principales alternativos

Cuando un síntoma o signo registrado como la “afección principal” contiene una indicación de que puede deberse a más de una afección, seleccione el síntoma como la “afección principal”. Cuando se registran dos o más afecciones como opciones diagnósticas de la “afección principal”, seleccione la mencionada en primer lugar.

Ejemplo 19: Afección principal: Cefalea debida a estrés y tensión o a sinusitis aguda
 Otras afecciones: —
 Seleccione cefalea como la “afección principal” y codifique en R51.

Ejemplo 20: Afección principal: Colecistitis aguda o pancreatitis aguda
 Otras afecciones: —
 Seleccione colecistitis como la “afección principal” y codifique en K81.0.

Ejemplo 21: Afección principal: Gastroenteritis debida a infección o intoxicación alimentaria
 Otras afecciones: —
 Seleccione gastroenteritis infecciosa como la “afección principal” y codifique en A09.0.

4.5.4 Notas específicas por capítulo

A continuación se ofrecen orientaciones para cada capítulo en particular, para que se utilicen en el caso de que surjan problemas en la selección de la “afección principal”. A menos que las notas específicas del capítulo en particular indiquen lo contrario, deben aplicarse las instrucciones que se dieron anteriormente.

Capítulo I: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias**B20–B24 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] (SIDA)**

Un paciente que tiene su sistema inmunológico afectado debido a enfermedad por el VIH puede, en algunos casos, recibir tratamiento por más de una enfermedad durante un mismo episodio de atención, por ejemplo, por infecciones debidas a micobacterias y citomegalovirus. La CIE contiene categorías y subcategorías para la enfermedad por el VIH que resulta en varias otras enfermedades. Utilice el código de la subcategoría apropiada para la “afección principal” según lo haya indicado el médico tratante. Cuando la “afección principal” mencionada en el registro es la enfermedad por VIH resultante en varias otras enfermedades simultáneas, se debe codificar la subcategoría .7 de la categoría B20–B22 correspondiente. Las afecciones clasificables en dos o más subcategorías de una misma categoría deben codificarse con la subcategoría .7 de la categoría apropiada (por ejemplo: B20 o B21). Debe utilizarse la subcategoría B22.7 cuando están presentes afecciones clasificables en dos o más categorías del grupo B20–B22. Además se pueden utilizar códigos del grupo B20–B24 si se desea codificar individualmente cada una de las afecciones presentes en el caso.

En las raras circunstancias en las que la afección asociada es claramente anterior a la infección por VIH, no debe codificarse la combinación y deben aplicarse las reglas de selección de morbilidad.

Ejemplo 1: Afección principal: Enfermedad por VIH y sarcoma de Kaposi
 Otras afecciones: —

Codifique sarcoma de Kaposi como resultado de enfermedad por VIH (B21.0).

Ejemplo 2: Afección principal: Toxoplasmosis y criptococosis en paciente con enfermedad por VIH
 Otras afecciones: —

Codifique infecciones múltiples como resultado de enfermedad por VIH (B20.7). Si se desea, pueden utilizarse además los códigos B20.8 (enfermedad por VIH resultante en otras enfermedades infecciosas y parasitarias) y B20.5 (enfermedad por VIH resultante en otras micosis).

Ejemplo 3: Afección principal: Enfermedad por VIH con neumonía debida a *Pneumocystis jirovecii*, linfoma de Burkitt y candidiasis oral
 Otras afecciones: —

Codifique enfermedades múltiples como resultado de enfermedad por VIH (B22.7). Si se desea, se pueden utilizar además los códigos B20.6 (enfermedad por VIH resultante en neumonía por *Pneumocystis jirovecii*); B21.1 (enfermedad por VIH resultante en linfoma de Burkitt) y B20.4 (enfermedad por VIH resultante en candidiasis).

Las subcategorías en B20–B23 son los únicos códigos de cuatro caracteres opcionales para los países que utilizan la versión de cuatro caracteres de la CIE-10. Donde no se deseé utilizar estas subcategorías adicionales, pueden utilizarse los códigos apropiados de otras partes de la clasificación para identificar las afecciones que resultan de la enfermedad por VIH. En el Ejemplo 1 mencionado anteriormente, la “afección principal” sería codificada de la manera siguiente: B21 (tumor maligno como resultado de enfermedad por VIH) y C46.9 (sarcoma de Kaposi), como un código adicional. En el caso del Ejemplo 2, la “afección principal” sería codificada en B20 (enfermedades infecciosas y parasitarias como resultado de enfermedad por VIH). Además, podrían utilizarse los códigos B58.9 (toxoplasmosis, no especificada) y B45.9 (criptococosis, no especificada).

El uso de las subcategorías de cuatro caracteres correspondientes al grupo B20–B23, o de la codificación por causa múltiple para identificar las afecciones específicas, es una decisión que debe tomarse en el momento en que se vaya a comenzar la aplicación de la CIE-10.

B90–B94 Secuelas de enfermedades infecciosas y parasitarias

Estos códigos no deben utilizarse como códigos preferenciales para la “afección principal” si se registra la naturaleza de la afección residual. En estos casos se pueden utilizar los códigos del grupo B90–B94 como códigos adicionales opcionales. (Ver en la sección 4.4.2, Codificación de las secuelas de algunas afecciones.)

B95–B98 Bacterias, virus y otros agentes infecciosos

Estos códigos no deben utilizarse para codificar la “afección principal”, ya que su uso está destinado, como códigos adicionales opcionales, a la identificación de los agentes infecciosos u organismos causantes de enfermedades clasificadas fuera del Capítulo I. Las infecciones de sitios no especificados debidas a estos agentes se clasifican dentro del Capítulo I.

Ejemplo 4: Afección principal: Cistitis aguda debida a *E. coli*
Otras afecciones: —

Codifique la cistitis aguda (N30.0) como la “afección principal”. Puede utilizarse B96.2 (*E. coli* como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos) como un código opcional adicional.

Ejemplo 5: Afección principal: Infección bacteriana
 Otras afecciones: —

Codifique infección bacteriana, no especificada (A49.9) como la “afección principal”; no utilice un código del grupo B95–B98.

Capítulo II: Tumores [neoplasias]

Cuando vaya a codificar los tumores, revise las notas introductorias del Capítulo II en el Volumen 1 y la introducción del Índice alfabético (Volumen 3) en lo que se refiere a la asignación de códigos y al uso de las descripciones morfológicas. Un tumor, sea primario o metastásico, que se menciona como la causa primordial de la atención ofrecida al paciente en un episodio determinado, debe registrarse y codificarse como la “afección principal”. Cuando se menciona como “afección principal” un tumor primario que fue extirpado en una ocasión anterior, codifique como “afección principal” el tumor de localización secundaria, la complicación actual, o una circunstancia codificable en el Capítulo XXI (ver en la sección 4.4.1, Contacto con servicios de salud por razones que no son enfermedades), que haya sido la razón primordial para el tratamiento o investigación que se llevó a cabo durante este episodio de atención. Además, puede utilizarse en forma opcional un código del Capítulo XXI referente a historia personal de tumor.

Ejemplo 6: Afección principal: Carcinoma prostático
 Otras afecciones: Bronquitis crónica

Codifique el tumor maligno de la próstata (C61) como la afección principal.

Ejemplo 7: Afección principal: Carcinoma de la mama extirpado hace dos años
 Otras afecciones: Carcinoma secundario del pulmón
 Procedimiento: Broncoscopia con biopsia

Codifique tumor maligno secundario del pulmón (C78.0) como la “afección principal”. Puede utilizarse la categoría Z85.3 (Historia personal de tumor maligno de la mama) como código adicional opcional.

Ejemplo 8: Afección principal: Extirpación previa de cáncer de la vejiga admitido para examen de control con cistoscopia
 Otras afecciones: —
 Procedimiento: Cistoscopia

Codifique el examen de seguimiento de tumor maligno operado (Z08.0) como la “afección principal”. La rúbrica Z85.5 (Historia personal de tumor maligno de las vías urinarias) puede utilizarse como código adicional opcional.

C79.9 Tumor maligno secundario de sitio no especificado

C79.9 solamente debe ser usado para codificar la “afección principal” cuando la afección es descrita como “carcinomatosis diseminada” o cáncer generalizado (u otros términos similares como los descritos en los términos de inclusión del código C79.9) y los sitios específicos no están documentados.

C80 Tumor maligno de sitios no especificados**C80.0 Tumor maligno, de sitio primario desconocido, así descrito****C80.9 Tumor maligno, de sitio primario no especificado**

La categoría C80.- debe utilizarse para codificar la “afección principal” solamente cuando el médico que brinda la atención haya registrado claramente la neoplasia como de sitio primario desconocido o como un tumor maligno primario no especificado.

C97 Tumores malignos (primarios) de sitios múltiples independientes

El código C97 debe utilizarse cuando se mencionan como “afección principal” dos o más tumores malignos primarios independientes. Se pueden utilizar códigos adicionales para identificar individualmente cada tumor.

Ejemplo 9: Afección principal: Carcinomatosis
Otras afecciones: —

Codifique en tumor maligno secundario de sitio no especificado (C79.9). C80.9 (Tumor maligno, de sitio primario no especificado) puede ser usado como código adicional si el sitio primario no está especificado. Un código apropiado del Capítulo XXI debe ser usado para historia personal de tumor primario que ya no está presente.

Ejemplo 10: Afección principal: Mieloma múltiple y adenocarcinoma primario de la próstata
Otras afecciones: —

Codifique como tumores malignos (primarios) de sitios múltiples independientes (C97). Pueden utilizarse además los códigos C90.0 (Mieloma múltiple) y C61 (Tumor maligno de la próstata) como códigos adicionales opcionales.

Capítulo III: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad

Algunas afecciones clasificables en este capítulo pueden ser el resultado del uso de medicamentos o de otras causas externas. Se pueden utilizar códigos del Capítulo XX como códigos adicionales opcionales.

Ejemplo 11: Afección principal: Anemia por deficiencia de folato provocada por trimetoprima
 Otras afecciones: —

Codifique la anemia por deficiencia de folato provocada por medicamento (D52.1) como la “afección principal”. Se puede usar Y41.8 (Efectos adversos de otros antiinfecciosos y antiparasitarios sistémicos especificados durante su uso terapéutico), como código adicional opcional.

Capítulo IV: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Algunas afecciones clasificables en este capítulo pueden ser el resultado del uso de medicamentos o de otras causas externas. En estos casos se pueden utilizar códigos del Capítulo XX como códigos adicionales opcionales.

E10–E14 Diabetes mellitus

Cuando se codifica la “afección principal”, la selección de una subcategoría apropiada de la lista que se aplica a todas estas categorías debe basarse en lo que indique como “afección principal” la persona a cargo de la atención del paciente. La subcategoría .7 debe utilizarse como código de la “afección principal” solamente cuando se mencionan varias complicaciones de la diabetes como la “afección principal”, sin preferencia por ninguna de ellas. Se pueden utilizar opcionalmente códigos individuales para cada complicación.

Ejemplo 12: Afección principal: Insuficiencia renal debida a glomerulonefrosis diabética
 Otras afecciones: —

Codifique como diabetes mellitus no especificada, con complicaciones renales (E14.2† y N08.3*).

Ejemplo 13: Afección principal: Diabetes insulinodependiente con nefropatía, gangrena y catarata
 Otras afecciones: —

Codifique la diabetes mellitus tipo 1 con complicaciones múltiples (E10.7). Los códigos E10.2† y N08.3* (Diabetes tipo 1 con nefropatía), E10.5 (Diabetes tipo 1 con complicaciones circulatorias periféricas) y E10.3† y H28.0* (Diabetes insulinodependiente con catarata) pueden utilizarse opcionalmente para identificar cada complicación individualmente.

E34.0 Síndrome carcinoide

No debe utilizarse este código como “afección principal” preferencial si se registra un tumor carcinoide, a menos que la atención primordial que se dio al paciente estuviera dirigida predominantemente al síndrome endocrino mismo. Cuando se codifica como tumor, puede utilizarse E34.0 como código opcional adicional para identificar la actividad funcional.

E64.– Secuelas de la desnutrición y de otras deficiencias nutricionales

E68 Secuela de hiperalimentación

Estos códigos no se deben utilizar en forma preferencial para la “afección principal” si se registra la naturaleza de la afección residual. Cuando se codifique la afección residual puede utilizarse ya sea E64.- o E68 como código opcional adicional.

Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento

Las definiciones de las categorías y subcategorías de este capítulo se incluyen para ayudar a la persona a cargo de la atención a establecer el diagnóstico, y no deben ser utilizadas por los codificadores. El código de la “afección principal” debe asignarse en base al diagnóstico registrado aun cuando parezca haber un conflicto entre la forma en que se registró la afección y la definición. En algunas categorías hay posibilidades de utilizar códigos adicionales opcionales.

Capítulo VI: Enfermedades del sistema nervioso

Algunas afecciones clasificables en este capítulo pueden ser el resultado del uso de medicamentos o de otras causas externas. Se pueden utilizar algunas categorías del Capítulo XX como códigos adicionales opcionales.

G90 Secuelas de enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central

Esta categoría no debe utilizarse como código preferencial para la “afección principal” si la naturaleza de la afección residual está mencionada en el registro. Cuando se codifica la afección residual, la categoría G09 puede utilizarse como un código adicional opcional. Observe que las secuelas de las afecciones codificables en las categorías G01*, G02*, G05* y G07* no deben codificarse en G09, sino en las categorías para codificar las secuelas de la afección básica, por ejemplo, B90-B94. Si no hay categoría para la secuela de la afección básica, codifique la afección básica como tal.

Ejemplo 14: Afección principal: Sordera debida a meningitis tuberculosa
Otras afecciones: —

Especialidad: Clínica de audición y lenguaje

Codifique la pérdida de la audición, no especificada (H91.9) como la “afección principal”. Puede utilizarse B90.0 (Secuela de tuberculosis del sistema nervioso central) como código adicional opcional.

Ejemplo 15: Afección principal: Epilepsia debida a absceso antiguo del cerebro

Otras afecciones: —

Especialidad: Neurología

Codifique epilepsia no especificada (G40.9) como la “afección principal”. Puede utilizarse G09 (Secuela de las enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central) como código adicional opcional.

Ejemplo 16: Afección principal: Retardo mental leve posterior a encefalitis postinmunización

Otras afecciones: —

Especialidad: Psiquiatría

Codifique el retraso mental leve (F70.9) como la “afección principal”. Puede utilizarse G09 (Secuelas de enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central) como código adicional opcional.

G81–G83 Síndromes paralíticos

Estas categorías no deben utilizarse como código preferencial para la “afección principal” si se registra una afección actual, a menos que el episodio de atención esté dirigido principalmente a la parálisis como tal. Cuando se codifique la causa, pueden utilizarse las categorías G81–G83 como códigos adicionales opcionales.

Ejemplo 17: Afección principal: Accidente cerebrovascular con hemiplejía

Otras afecciones: —

Especialidad: Neurología

Codifique el accidente cerebrovascular no especificado como hemorrágico o isquémico (I64) como la “afección principal”. Se puede utilizar G81.9 (Hemiplejía, no especificada) como código adicional opcional.

Ejemplo 18: Afección principal: Infarto cerebral hace tres años

Otras afecciones: Parálisis de la pierna izquierda

Paciente en tratamiento con fisioterapia

Codifique la monoplejía de miembro inferior (G83.1) como la “afección principal”. Se puede utilizar I69.3 (Secuelas de infarto cerebral) como código adicional opcional.

Capítulo VII: Enfermedades del ojo y sus anexos**H54.– Ceguera y deficiencia visual (binocular o monocular)**

Esta categoría no se debe utilizar como código preferencial para la “afección principal” si se registra simultáneamente la causa, a menos que el episodio de atención se haya debido principalmente a la ceguera misma. Cuando se codifique la causa, puede utilizarse H54.– como código adicional opcional.

Capítulo VIII: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides**H90–H91 Pérdida de la audición**

Estas categorías no se deben utilizar como códigos preferenciales para la “afección principal” si se registra simultáneamente la causa, a menos que el episodio de atención se hubiera debido principalmente a la pérdida de la audición misma. Cuando se codifique la causa, las categorías H90.– o H91.– pueden ser utilizadas como código adicional opcional.

Capítulo IX: Enfermedades del sistema circulatorio**115.– Hipertensión secundaria**

Esta categoría no se debe utilizar como código preferencial para la “afección principal” si se registra simultáneamente la causa, a menos que el episodio de atención se hubiera debido principalmente a la hipertensión. Cuando se codifique la causa, se puede utilizar I15.– como código adicional opcional.

169.– Secuela de enfermedad cerebrovascular

Esta categoría no se debe utilizar como código preferencial para la “afección principal” si se registra simultáneamente la naturaleza de la afección residual. Cuando se codifique la afección residual, se puede utilizar I69.– como código adicional opcional.

Capítulo XV: Embarazo, parto y puerperio**O08.– Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar**

Esta categoría no se debe utilizar para codificar la “afección principal”, excepto cuando un nuevo episodio de atención tiene como único propósito el tratamiento de una complicación, por ejemplo, una complicación actual de un aborto previo. Esta categoría se puede utilizar como código adicional opcional a las categorías O00–O02 para identificar complicaciones asociadas, y a las categorías O03–O07 para ampliar los detalles de la complicación.

Observe que los términos de inclusión de las subcategorías de O08 deberán tenerse en cuenta cuando se asigne el cuarto carácter a las categorías O03–O07.

Ejemplo 19: Afección principal: Embarazo tubárico roto, con choque

Otras afecciones: —

Especialidad:

Ginecología

Codifique embarazo tubárico roto (O00.1) como el diagnóstico principal. Se puede usar O08.3 (Choque consecutivo al aborto y al embarazo ectópico o molar) como categoría opcional adicional.

Ejemplo 20: Afección principal: Aborto incompleto con perforación del útero

Otras afecciones: —

Especialidad:

Ginecología

Codifique aborto incompleto con otras complicaciones y las no especificadas (O06.3) como la “afección principal”. Codifique O08.6 (Lesión de órganos y tejidos pelvianos consecutiva al aborto o al embarazo ectópico o molar) si desea utilizar un código adicional.

Ejemplo 21: Afección principal: Coagulación intravascular diseminada después de

aborted realizado dos días antes en otra instalación

Otras afecciones: —

Especialidad:

Ginecología

Codifique como hemorragia tardía o excesiva consecutiva al aborto y al embarazo ectópico o molar (O08.1). No se requieren otros códigos porque el aborto fue realizado en un episodio de atención anterior.

O80–O84 Parto

El uso de estos códigos para describir la “afección principal” debe limitarse a los casos en los cuales la única información registrada es un parto o un método de parto. Las categorías O80–O84 pueden utilizarse como códigos adicionales opcionales para indicar el método o tipo de parto donde no se utiliza una clasificación de procedimientos con este propósito.

Ejemplo 22: Afección principal: Embarazo

Otras afecciones: —

Procedimiento:

Parto con fórceps bajo

Codifique el parto con fórceps bajo (O81.0) como la “afección principal” ya que no hay ninguna otra información.

Ejemplo 23: Afección principal: Resolución del embarazo
 Otras afecciones: Intento de trabajo de parto fallido
 Procedimiento: Cesárea

Codifique fracaso de la prueba de trabajo de parto, no especificado (O66.4) como la “afección principal”. El parto por cesárea sin otra especificación (O82.9) puede utilizarse como código opcional adicional.

Ejemplo 24: Afección principal: Parto gemelar
 Otras afecciones: —
 Procedimiento: Parto espontáneo

Codifique embarazo doble (O30.0) como la “afección principal”. Se puede utilizar O84.0 (Parto múltiple, todos espontáneos) como código opcional adicional.

Ejemplo 25: Afección principal: Embarazo a término con parto de feto muerto, 2800 gr.
 Otras afecciones: —
 Procedimiento: Parto espontáneo

Codifique la atención materna por muerte intrauterina (O36.4) si no se puede determinar una causa específica de la muerte fetal.

O98–O99 Enfermedades maternas clasificables en otra parte, que complican el embarazo, el parto o el puerperio

Las subcategorías de O98–O99 deben utilizarse para codificar la “afección principal” en vez de los códigos que no pertenecen al Capítulo XV, cuando se indica en los registros que dichas afecciones complicaron o fueron agravadas por el embarazo o fueron la causa de la atención obstétrica. Se pueden utilizar los códigos pertinentes de otros capítulos para especificar las afecciones en particular.

Ejemplo 26: Afección principal: Toxoplasmosis
 Otras afecciones: Embarazo
 Especialidad: Clínica de embarazo de alto riesgo

Codifique enfermedades por protozoarios que complican el embarazo, el parto y el puerperio (O98.6) como la “afección principal”. Puede utilizarse B58.9 (Toxoplasmosis, no especificada) como código adicional para identificar el organismo específico.

Capítulo XVIII: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

Las categorías de este Capítulo no deben utilizarse para codificar la “afección principal”, a menos que el síntoma, signo o hallazgo anormal haya sido claramente la principal afección tratada o investigada durante el episodio de atención y, además, no haya estado relacionada con otras afecciones mencionadas en el registro del caso. Ver también la Regla MB3 (sección 4.5.3) y la introducción del Capítulo XVIII del Volumen 1, para información adicional.

Capítulo XIX: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas

Cuando se mencionen lesiones múltiples y ninguna de ellas se identifique como la “afección principal”, codifique en una de las categorías y subcategorías que existen para lesiones múltiples:

- del mismo tipo en la misma región del cuerpo (generalmente cuarto carácter .7 de las categorías S00–S99);
- de diferentes tipos en la misma región corporal (generalmente el cuarto carácter .7 en la última categoría de cada grupo, como S09, S19, S29, etc.); y
- del mismo tipo en diferentes regiones corporales (T00–T05).

Tome nota de las excepciones siguientes:

- En el caso de lesiones internas registradas junto con lesiones superficiales y/o heridas abiertas solamente, codifique las lesiones internas como la “afección principal”;
- En el caso de fracturas del cráneo y de los huesos faciales con lesión intracranial asociada, codifique la lesión intracranial como la “afección principal”;
- En el caso de hemorragia intracranial con otras lesiones limitadas a la cabeza, codifique la hemorragia intracranial como la “afección principal”; y
- En el caso de fracturas con heridas abiertas en el mismo sitio solamente, codifique la fractura como la “afección principal”.

Cuando se utilizan las categorías correspondientes a traumatismos múltiples se pueden utilizar adicionalmente y de manera opcional los códigos de cada lesión. En el caso de las excepciones mencionadas anteriormente, la lesión asociada a la afección principal puede identificarse con un código opcional adicional o con uno de los caracteres que existen para este propósito.

Ejemplo 27: Afección principal: Traumatismo de la vejiga y la uretra
 Otras afecciones: —

Codifique la lesión de múltiples órganos pélvicos (S37.7) como la “afección principal”. Los códigos S37.2 (Traumatismo de la vejiga) y S37.3 (Traumatismo de la uretra) pueden utilizarse como códigos adicionales opcionales.

Ejemplo 28: Afección principal: Herida abierta intracranial con hemorragia del cerebelo
Otras afecciones: —

Codifique hemorragia traumática del cerebelo (S06.8) como la “afección principal”. La herida abierta intracranial puede ser identificada, si se desea, con el código adicional S01.9 (Herida abierta de la cabeza, parte no especificada) o por el agregado del quinto carácter .1 (con herida abierta intracranial) al código S06.8 (S06.8.1).

T90–T98 Secuelas de traumatismos, de envenenamientos y de otras consecuencias de causas externas

Estos códigos no deben utilizarse como códigos preferenciales para la “afección principal” si se registra la naturaleza de las afecciones. Cuando se esté codificando la afección residual, los códigos T90–T98 pueden utilizarse como códigos adicionales opcionales.

Capítulo XX: Causas externas de morbilidad y mortalidad

Estas categorías no deben utilizarse para codificar la “afección principal”, ya que son códigos opcionales adicionales para identificar la causa externa de las afecciones clasificadas en el Capítulo XIX. Pueden utilizarse también como códigos adicionales opcionales en el caso de afecciones clasificadas en cualquier otro capítulo pero que tienen una causa externa.

5. Presentación estadística

Nota: En países o zonas con problemas de calidad o cobertura de los datos, siempre deberá considerarse la opción de trabajar con estimaciones o proyecciones de indicadores, preferiblemente basadas en los datos registrados, a fin de garantizar la posibilidad de llevar a cabo comparaciones nacionales e internacionales. Las técnicas de estimación o proyección deben buscarse en la literatura especializada, ya que no constituyen el propósito de esta publicación.

5.1 Introducción

Esta sección presenta las regulaciones en relación con las estadísticas para comparación internacional, así como orientaciones para la presentación de cuadros estadísticos con los datos nacionales y locales.

Se recomienda que las personas encargadas del análisis de la información intervengan en el desarrollo de la metodología para el procesamiento de la información (incluyendo la codificación), no solo en lo que se refiere a los datos diagnósticos sino también con respecto a los otros datos estadísticos que se van a entrecruzar en la tabulación de la información.

5.1 Fuente de los datos

La certificación médica de la causa de la defunción le corresponde normalmente al médico tratante. El certificado médico de causa de defunción debe ser diseñado de acuerdo con las recomendaciones internacionales (ver sección 4.1.3). Los procedimientos administrativos deben garantizar la confidencialidad de los datos del certificado de defunción y de otros registros médicos.

En el caso de muertes certificadas por autoridades forenses o legales, las evidencias médicas suministradas al certificador deben mencionarse en el certificado, además de cualquier hallazgo de naturaleza legal.

5.1 Nivel de detalle por causa en las tabulaciones

Existen estándares para listar las causas de acuerdo con la CIE, así como recomendaciones formales con respecto a las listas para la tabulación, para que estas permitan llevar a cabo comparaciones internacionales (ver sección 5.6). En otras tabulaciones, la estructura jerarquizada de la CIE permite una flexibilidad considerable para la elaboración de agrupaciones para análisis.

Los códigos de tres y cuatro caracteres de la CIE permiten dar un nivel de detalle considerable. Es por esta razón que a veces se utilizan para producir cuadros de referencia que abarcan una amplia gama de información, no necesariamente para ser publicada, sino, por ejemplo, para mantenerla en una oficina central, y así tener

a la mano la información relacionada con diagnósticos específicos. Este nivel de detalle lo utilizan también especialistas interesados en el estudio profundo de un número limitado de diagnósticos. En estos casos, la clasificación puede aplicarse con mayor detalle mediante la utilización de quintos y hasta sextos caracteres, agregados a los caracteres supplementarios de algunas rúbricas de la CIE o a una de las adaptaciones por especialidad de la familia de clasificaciones de la CIE.

Aunque se ha hecho un gran esfuerzo para que los títulos de las subcategorías de la CIE a nivel de cuarto carácter expresen claramente su contenido cuando se usan independientemente, a veces es necesario leer su título conjuntamente con el título de la categoría de tres caracteres correspondiente. En estos casos, es necesario incluir las categorías de tres caracteres (y sus totales), o utilizar títulos especialmente adaptados para las subcategorías de cuatro caracteres, de tal forma que sean comprensibles cuando se usan solas. La CIE contiene más de 2.000 categorías de tres caracteres, que identifican todas las afecciones de posible interés en salud pública.

Existen también listas especiales de tabulación en el Volumen 1, para los casos en que la lista de categorías de tres caracteres resulta demasiado detallada. El diseño de estas listas permite la comparación internacional de enfermedades importantes y grupos de enfermedades, aun cuando distintos países usen agrupaciones diferentes.

5.4 Listas especiales recomendadas para la tabulación de la mortalidad

Las listas especiales de tabulación para la mortalidad se presentan en el Volumen 1.

5.4.1 Listas condensadas

Hay dos listas condensadas, la Lista 1 y la Lista 3, que contienen categorías para cada capítulo de la CIE y asimismo, para la mayoría de los capítulos, reúnen las categorías no individualizadas en grupos residuales con el título “Resto de . . .”, los cuales complementan la cobertura del capítulo respectivo. Estas listas condensan el total de categorías de tres caracteres en un número manejable de rúbricas para diversos propósitos de publicación.

5.4.2 Listas seleccionadas

Hay dos listas seleccionadas, la Lista 2 y la Lista 4, que contienen rúbricas de la mayoría de los capítulos de la CIE, de las afecciones y causas externas que son pertinentes para la observación y el análisis del estado de salud de la población y de los problemas relacionados con la mortalidad, tanto a nivel nacional como internacional. En estas listas no se dan totales por capítulo, excepto en algunos casos en los cuales se agregan grupos residuales que sí permiten obtener esos totales.

5.4.3 Uso de prefijos para identificar las listas de mortalidad

El uso de prefijos numéricos evita las confusiones que pudieran surgir entre una y otra lista de tabulación, que pueden tener números diferentes para la misma afección. (Con este recurso los números de las rúbricas de las listas de mortalidad pueden distinguirse de los códigos de cuatro caracteres de la CIE, ya que estos tienen una letra en la primera posición). Cuando se utiliza una lista adaptada a nivel nacional o subnacional, debe agregarse otro prefijo especial para identificar los números de las rúbricas de dicha lista.

5.4.4 Listas elaboradas localmente

Las cuatro listas especiales de tabulación permiten obtener una información adecuada para la mayoría de los países en lo que se refiere a las enfermedades y causas externas de defunción de mayor importancia. Tales listas facilitan también la comparación a lo largo del tiempo y la observación de los cambios en la frecuencia de algunas enfermedades, por ejemplo en las enfermedades infecciosas y enfermedades degenerativas, a medida que se realizan programas de salud específicos. Asimismo, las listas permiten hacer comparaciones regionales, nacionales e internacionales, e inclusive entre subgrupos de población.

Cuando no hay necesidad de llevar a cabo comparaciones internacionales, pueden diseñarse listas para uso local. Las rúbricas de la CIE pueden agruparse o seleccionarse de la manera más adecuada para la finalidad que se persigue con su uso. Estas listas especiales pueden necesitarse, por ejemplo, para hacer el seguimiento de los programas locales de salud, en lo que se refiere a la morbilidad y mortalidad.

Cuando se adapten las listas especiales de tabulación para uso a nivel nacional o para ser utilizadas en un proyecto nuevo o especial, es conveniente realizar pruebas de campo, que pueden consistir en un simple recuento del número de casos que cae en cada categoría de tres caracteres, para así poder determinar qué afecciones pueden agruparse y cuáles necesitan subcategorías individuales. Donde se construya una lista para uso local, la clave para las categorías condensadas deberá contener los códigos de tres (o cuatro) caracteres de la clasificación principal.

5.5 Lista especial de tabulación para la morbilidad

5.5.1 Descripción

La lista de tabulación para la morbilidad contiene 299 rúbricas detalladas. Es una lista condensada en la que cada categoría aparece una sola vez y los totales para grupos de enfermedades y para cada capítulo de la CIE pueden obtenerse por la suma de rúbricas secuenciales.

El propósito de la lista de morbilidad es que sirva de base para la elaboración de listas nacionales y también para comparaciones entre países. Se pueden elaborar listas nacionales tanto por expansión como por condensación de la lista principal de la clasificación, según sea apropiado. La lista permite presentar datos sobre pacientes hospitalizados y, con adaptaciones adecuadas en las que se agreguen algunas rúbricas y se expandan otras, especialmente del Capítulo XVIII (Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte) y del Capítulo XXI (Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud), sirve también para presentar información de otras fuentes, tales como atención ambulatoria y encuestas e investigaciones sobre salud. Cuando se diseña una lista local de morbilidad, la clave para las categorías condensadas debe incluir las categorías de tres o cuatro caracteres de la clasificación principal.

La lista de morbilidad incluye los códigos de las categorías con asterisco, que se utilizan cuando se quiere incluir en el análisis el código de asterisco para clasificación doble. La lista se puede utilizar para la tabulación de los códigos tanto de daga como de asterisco y, por tal razón, es muy importante señalar en cada cuadro cuál de los dos tipos de códigos se utilizó para su elaboración.

5.5.2 Modificación de la lista especial de tabulación para la morbilidad de acuerdo con las necesidades nacionales

Si al examinar las categorías de tres caracteres de la CIE se considera necesario ampliar la lista, algunas rúbricas pueden subdividirse de acuerdo con el orden de la clasificación principal o incluso a nivel de cuarto carácter. Si la lista recomendada se considera muy detallada o si hace falta una lista más corta, la selección de las rúbricas puede basarse en el interés nacional o local. Las listas pueden también acortarse combinando categorías de acuerdo con el perfil epidemiológico del país.

5.6 Recomendaciones en relación con los cuadros estadísticos para comparación internacional

5.6.1 Cuadros estadísticos

El grado de detalle de la clasificación cruzada de los datos por causa, sexo, edad y zona geográfica dependerá del propósito y alcance de las estadísticas y de los límites prácticos de su tabulación. Con el fin de promover la comparabilidad internacional se proponen métodos estándares para expresar varias características. Cuando se publiquen cuadros basados en otras clasificaciones (por ejemplo, para grupos de edad), estas deben poder reducirse a una de las agrupaciones recomendadas.

- (a) Los análisis mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades deben estar en concordancia con:
 - (i) la lista detallada de categorías de tres caracteres, con o sin las subcategorías de cuatro caracteres;

- (ii) una de las listas especiales de tabulación para la mortalidad,
 - (iii) la lista especial de tabulación para la morbilidad.
- (b) Clasificación por edad para propósitos generales:
- (i) menos de 1 año, de año en año hasta los 4 años, por grupos de 5 años desde los 5 hasta los 84 años, de 85 años y más;
 - (ii) menos de 1 año, de 1 a 4 años, de 5 a 14 años, de 15 a 24 años, de 25 a 34 años, de 35 a 44 años, de 45 a 54 años, de 55 a 64 años, de 65 a 74 años, de 75 años y más;
 - (iii) menos de 1 año, de 1 a 14 años, de 15 a 44 años, de 45 a 64 años, de 65 años y más.
- (c) La clasificación geográfica, según corresponda, debe estar de acuerdo con:
- (i) cada división administrativa principal;
 - (ii) cada ciudad o zona urbana de 1.000.000 de habitantes o más, o la ciudad más grande con una población de por lo menos 100.000 habitantes,
 - (ii) un agregado nacional de las zonas urbanas con 100.000 habitantes o más,
 - (iv) un agregado nacional de las zonas urbanas de menos de 100.000 habitantes;
 - (v) un agregado nacional de las zonas rurales.

Nota 1. Las estadísticas relacionadas con el punto (c) deben incluir las definiciones de “urbano” y “rural” utilizadas.

Nota 2. En los países donde la certificación médica de la causa de defunción es incompleta o se limita solo a algunas zonas, los datos de defunciones no certificadas por médicos deben publicarse por separado.

5.6.2 Tabulación de causas de defunción

Las estadísticas de causas de defunción de una zona definida deben seguir la recomendación (a)(i) mencionada anteriormente y, si eso no fuera posible, deben ceñirse a la recomendación (a)(ii). Las muertes deben clasificarse preferiblemente por sexo y grupos de edad tal como se recomienda en (b)(i).

Las estadísticas de causas de defunción para las zonas mencionadas en la recomendación (c) deben cumplir con la recomendación (a)(ii) o, si eso no fuera posible, con la recomendación (a)(iii). Estas estadísticas preferiblemente deben tabularse por sexo y grupos de edad, según se establece en la recomendación (b)(ii).

5.7 Estándares y recomendaciones relacionados con los informes sobre mortalidad fetal, perinatal, neonatal e infantil

Las siguientes definiciones han sido adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud, tanto en relación con su comparabilidad internacional como con los requerimientos de los datos de los cuales se derivan. Las definiciones adoptadas por la Asamblea aparecen en el Volumen 1 y, por comodidad, se repiten a continuación.

5.7.1 Definiciones

Nacimiento vivo

Nacimiento vivo es la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o dé cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo.

Defunción fetal (feto mortinato)

Defunción fetal es la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

Peso al nacer

Es la primera medida del peso del feto o recién nacido hecha después del nacimiento.

Para los nacidos vivos, el peso al nacer debe ser medido preferiblemente dentro de la primera hora de vida antes de que ocurra cualquier pérdida significativa de peso. A pesar de que las tablas estadísticas contienen los pesos al nacer en grupos de 500 g, los pesos no deben ser registrados en esos grupos. El peso debe registrarse según la precisión en la cual es medido.

Las definiciones de peso “bajo”, “muy bajo”, y “extremadamente bajo” del peso al nacer no constituyen categorías mutuamente excluyentes. Por debajo de los límites de las categorías se incluyen las otras y, en consecuencia, se superponen (por ejemplo, “bajo” incluye “muy bajo” y “extremadamente bajo”, mientras que “muy bajo” incluye “extremadamente bajo”).

Peso bajo al nacer

Menos de 2500 g (hasta 2499 g inclusive).

Peso muy bajo al nacer

Menos de 1500 g (hasta 1499 g inclusive).

Peso extremadamente bajo al nacer

Menos de 1000 g (hasta 999 g inclusive).

Edad gestacional

La duración de la gestación se mide a partir del primer día del último período

menstrual normal. La edad gestacional se expresa en días o en semanas completas (por ejemplo los hechos que hayan ocurrido entre los 280 y 286 días completos después del comienzo del último período menstrual normal se consideran como ocurridos a las 40 semanas de gestación).

Frecuentemente la edad gestacional es una fuente de confusión, cuando los cálculos se basan en las fechas de la menstruación. Para los propósitos de calcular la edad gestacional a partir del primer día del último período de menstruación normal y la fecha del parto, debe tenerse presente que el primer día es el día cero (0) y no el día uno (1); por lo tanto, los días 0 a 6 corresponden a la “semana cero completa”, los días 7 a 13 a la “semana uno completa”, y la 40^a semana de la gestación es sinónimo de “semana 39 completa”. Cuando no se dispone de la fecha de la última menstruación normal, la edad gestacional debe basarse en la mejor estimación clínica. Para evitar confusiones, las tabulaciones deben indicar tanto las semanas como los días.

Pretérmino

Menos de 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación.

A término

De 37 a menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación.

Postérmino

42 semanas completas o más (294 días o más) de gestación.

Período perinatal

El período perinatal comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación (el tiempo cuando el peso al nacer es normalmente de 500 g) y termina siete días completos después del nacimiento.

Período neonatal

El período neonatal comienza en el nacimiento y termina 28 días completos después del nacimiento. Las muertes neonatales (las muertes entre los nacidos vivos durante los primeros 28 días completos de vida) pueden subdividirse en muertes neonatales precoces, que ocurren durante los siete primeros días de vida, y muertes neonatales tardías, que ocurren después del séptimo día pero antes de los 28 días completos de vida.

La edad para la defunción durante el primer día de vida (edad cero días) debe registrarse en minutos u horas completas de vida. Para el segundo día de vida (edad 1 día), el tercero (edad 2 días) y hasta el día 28 (27 días completos de vida), la edad debe registrarse en días.

5.7.2 Criterios para notificar la información

Los requerimientos legales para el registro de las muertes fetales y de los nacimientos vivos varían de un país a otro e incluso dentro de un mismo país. De ser posible, deben incluirse en las estadísticas todos los fetos y recién nacidos que pesen al menos 500 g al nacer, ya sean vivos o muertos. Cuando no puede obtenerse información sobre el peso al nacer deben utilizarse los criterios correspondientes para la edad gestacional (22 semanas completas) o la talla (25 cm de la coronilla al talón). Los criterios para decidir si un evento ha ocurrido dentro del período perinatal deben aplicarse según el orden siguiente: 1) peso al nacer, 2) edad gestacional, 3) talla (de la coronilla al talón). La inclusión de los fetos y recién nacidos que pesan entre 500 g y 1000 g en las estadísticas nacionales es recomendable por su propio valor y también porque mejora la información de los registros de los casos que pesan 1000 g y más.

5.7.3 Estadísticas para comparación internacional

En las estadísticas para comparación internacional no se recomienda incluir el grupo de peso extremadamente bajo dado que altera la validez de las comparaciones. Los países deben ordenar los procedimientos de registro e información de una forma tal que permita que los sucesos y los criterios para su inclusión en las estadísticas se puedan identificar fácilmente. Los fetos menos maduros y los recién nacidos que no cumplan tales criterios (por ejemplo, los que pesan menos de 1000 g) deben excluirse de las estadísticas perinatales, a menos que haya razones legales o de otro tipo que justifiquen lo contrario, en cuyo caso se debe mencionar explícitamente su inclusión. Cuando el peso al nacer, la edad gestacional o la talla no se conocen, el evento debe incluirse en las estadísticas de mortalidad perinatal, en vez de excluirse de ellas. Los países deben también publicar estadísticas en las que tanto el numerador como el denominador de todas las tasas y razones se limiten a fetos y recién nacidos que pesen 1000 g o más (tasas y razones específicas por peso); cuando no haya la información sobre el peso al nacer deberá utilizarse la edad gestacional correspondiente (28 semanas completas) o la talla (35 cm de la coronilla al talón).

Cuando se presenten estadísticas de mortalidad fetal, perinatal, neonatal e infantil, el total de muertes debida a malformaciones debe identificarse, siempre que sea posible, para los nacimientos vivos y las muertes fetales; asimismo, debe relacionarse con el peso al nacer, en escalas de 500 g a 999 g y de 1000 g o más. Las muertes neonatales debidas a malformaciones deben subdividirse en muertes neonatales precoces y tardías. Esta información permite que las estadísticas perinatales y neonatales puedan presentarse con o sin las muertes debidas a malformaciones.

Tasas y Razones

Las tasas y razones que se publiquen deben especificar siempre el denominador, que puede estar constituido solamente por los nacimientos vivos o por el total de nacimientos (nacimientos vivos y muertes fetales). Es deseable que los países incluyan en sus publicaciones estadísticas todas las tasas y razones que se mencionan a continuación, o por lo menos, tantas como sus sistemas de información lo permitan.

Razón de muertes fetales

$$\frac{\text{Muertes fetales}}{\text{Nacimientos vivos}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad fetal

$$\frac{\text{Muertes fetales}}{\text{Total de nacimientos}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad fetal, específica por peso

$$\frac{\text{Muertes fetales con peso de 1000 g y más}}{\text{Total de nacimientos con peso de 1000 g y más}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad neonatal precoz

$$\frac{\text{Muertes neonatales precoces}}{\text{Nacimientos vivos}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad neonatal precoz, específica por peso

$$\frac{\text{Muertes neonatales precoces de niños con peso de 1000 g y más}}{\text{Nacimientos vivos con peso de 1000 g y más}} \times 1000$$

Razón de mortalidad perinatal

$$\frac{\text{Muertes fetales y muertes neonatales precoces}}{\text{Nacimientos vivos}} \times 1000$$

Tasa de mortalidad perinatal

$$\frac{\text{Muertes fetales y neonatales precoces}}{\text{Total de nacimientos}} \times 1000$$

La tasa de mortalidad perinatal es el número de fetos muertos con peso de por lo menos 500 g (o, cuando el peso al nacer no puede obtenerse, con 22 semanas completas de gestación o una talla de 25 cm o más de la coronilla al talón) más el número de muertes neonatales precoces, por 1000 nacimientos totales. Debido a los diferentes numeradores de cada componente, la tasa resultante no necesariamente es igual a la suma de las tasas de mortalidad fetal y de mortalidad neonatal precoz.

Tasa de mortalidad perinatal, específica por peso

Muertes fetales con peso de 1000 g y más +
 muertes neonatales precoces con peso al nacer de 1000 g y más
 Total de nacimientos con peso de 1000 g y más $\times 1000$

Tasa de mortalidad neonatal

$\frac{\text{Muertes neonatales}}{\text{Nacimientos vivos}} \times 1000$

Tasa de mortalidad neonatal, específica por peso

Muertes neonatales de niños con peso al nacer de 1000 g y más
 Nacimientos vivos con peso de 1000 g y más $\times 1000$

Tasa de mortalidad infantil

$\frac{\text{Muertes de menores de un año}}{\text{Nacimientos vivos}} \times 1000$

Tasa de mortalidad infantil, específica por peso

Muertes de menores de un año, peso al nacer de 1000 g y más
 Nacimientos vivos con peso de 1000 g y más $\times 1000$

5.7.4 Presentación de causas de mortalidad perinatal

Para las estadísticas de mortalidad perinatal derivadas del modelo de certificado recomendado para tal finalidad (ver sección 4.4.1), el mayor beneficio se obtendrá del análisis amplio por causas múltiples de todas las afecciones informadas. Cuando no se pueda hacer este tipo de análisis, se debe considerar como mínimo el análisis de la afección o enfermedad principal del feto o recién nacido (parte (a)) y de la afección principal de la madre que afecta al feto o al recién nacido (parte (c)), con tabulación cruzada de estas dos afecciones. Cuando es necesario seleccionar una sola afección (por ejemplo, cuando las muertes neonatales precoces deben ser incorporadas dentro de tablas estadísticas de mortalidad general basadas en causa única) se debe escoger la causa principal del feto o recién nacido, que aparece en la parte (a) del certificado.

Clasificación por edades para estadísticas especiales de mortalidad infantil

- (i) Por día para la primera semana de vida (menos de 24 horas, 1, 2, 3, 4, 5, 6 días), de 7 a 13 días, 14 a 20 días, 21 a 27 días, 28 días y más hasta 2 meses no cumplidos (59 días), por mes, desde los 2 meses hasta 1 año no cumplido (11 meses y 29 días): 2, 3, 4 . . . 11 meses.
- (ii) Menos de 24 horas, de 1 a 6 días, 7 a 27 días, 28 días hasta 3 meses no cumplidos, 3 a 5 meses, 6 meses a 1 año no cumplido (11 meses y 29 días).
- (iii) Menos de 7 días, 7 a 27 días, 28 días a 1 año no cumplido (11 meses y 29 días).

Clasificación por edades de las muertes neonatales precoces

- (i) Menos de 1 hora, 1 a 11 horas, 12 a 23 horas, 24 a 47 horas, 48 a 71 horas, 72 a 167 horas.
- (ii) Menos de 1 hora, 1 a 23 horas, 24 a 167 horas.

Clasificación del peso al nacer para las estadísticas de mortalidad perinatal

Por intervalos de peso de 500 g, por ejemplo: de 1000 g a 1499 g, etc.

Clasificación de la edad gestacional para las estadísticas de mortalidad perinatal

Menos de 28 semanas (menos de 196 días), 28 a 31 semanas (196 a 223 días), 32 a 36 semanas (224 a 258 días), 37 a 41 semanas (259 a 293 días), 42 semanas y más (294 días y más).

5.8 Estándares y requerimientos para los informes relacionados con la mortalidad materna

5.8.1 Definiciones

Defunción materna

La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Defunción materna tardía

Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo.

Defunción que ocurre durante el embarazo, el parto o el puerperio

Una defunción que ocurre durante el embarazo, el parto o el puerperio, es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción (obstétrica y no obstétrica).

Las defunciones maternas pueden subdividirse en dos grupos:

Defunciones obstétricas directas: son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de

tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

Defunciones obstétricas indirectas: son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

Para mejorar la calidad de la información sobre mortalidad materna y aportar otros métodos para recolectar datos sobre las muertes durante el embarazo o relacionadas con el mismo, así como para fomentar el registro de muertes por causas obstétricas que ocurren después de los 42 días de haber terminado el embarazo, la 43^a Asamblea Mundial de la Salud, en 1990, adoptó la recomendación de que los países consideren la inclusión de preguntas relacionadas con un embarazo actual o un embarazo en el año previo a la muerte en el certificado de defunción.

5.8.2 Información internacional

Para la notificación internacional de la mortalidad materna, en el cálculo de las varias tasas y razones solo se deben incluir las muertes que ocurran antes del final del período de referencia de 42 días, aunque el registro de las muertes que ocurran después puede ser útil para el análisis nacional.

5.8.3 Publicación de las tasas de mortalidad materna

Las tasas de mortalidad materna publicadas deben siempre especificar el numerador (número de muertes maternas registradas), que puede ser:

- el número de muertes obstétricas directas registradas, o
- el número total de muertes obstétricas registradas (directas e indirectas).

Note que cuando se calculan las tasas (razones) de mortalidad materna los casos que no se codifican en el Capítulo XV (códigos O) deben ser incluidos. Estos comprenden aquellas categorías presentadas en la “Nota de Exclusión” al inicio del Capítulo XV, tomando en cuenta que incluyen las especificaciones señaladas en la sección 4.2.8 a para las causas obstétricas indirectas.

5.8.4 Denominadores para la mortalidad materna

El denominador para calcular la mortalidad materna debe especificarse ya sea como el número de nacimientos vivos o el número total de nacimientos (nacimientos vivos más muertes fetales). Cuando se tengan ambos denominadores se deben publicar los cálculos basados en cada uno de ellos.

Tasa y razones

Los resultados deben expresarse como una razón entre numerador y denominador, multiplicado por k (donde k puede ser 1.000, 10.000 ó 100.000, como se prefiera o se indique en el país). Las tasas y razones de la mortalidad materna pueden, por lo tanto, expresarse de la manera siguiente:

Tasa de mortalidad materna²

$$\frac{\text{Muertes maternas (directas e indirectas)}}{\text{Nacimientos vivos}} \times k$$

Razón de mortalidad obstétrica directa

$$\frac{\text{Muertes obstétricas directas}}{\text{Nacimientos vivos}} \times k$$

Razón de mortalidad obstétrica indirecta

$$\frac{\text{Muertes obstétricas indirectas}}{\text{Nacimientos vivos}} \times k$$

Razón de mortalidad que ocurre durante el embarazo, el parto o el puerperio³

$$\frac{\text{Muertes que ocurren durante el embarazo, el parto y el puerperio}}{\text{Nacimientos vivos}} \times k$$

5.9 Proporción de muertes clasificadas en causas mal definidas

La asignación de una elevada proporción de causas de muerte al Capítulo XVIII (Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte) indica la necesidad de revisar la calidad de la información tabulada y asignada a otros capítulos más específicos.

5.10 Morbilidad

Hay una amplia variedad de posibles fuentes de información sobre morbilidad. La información más apropiada para el análisis nacional o regional es aquella que permite realizar algunos cálculos sobre la incidencia de las enfermedades o, por lo menos, de las enfermedades que se atienden, por ejemplo, a nivel médico u hospitalario. Las orientaciones y definiciones formalmente aprobadas se han establecido más que todo para uso en los episodios de atención de la salud, y el registro de las causas de morbilidad, con la selección de una afección única, donde y cuando se considere apropiado utilizarlas. El análisis de otros tipos de datos requiere reglas locales.

Los problemas de las estadísticas de morbilidad comienzan con la definición misma de “morbilidad”. Hay mucho campo para mejorar las estadísticas de morbilidad. Las comparaciones internacionales de este tipo de información están en la actualidad muy limitadas y solo se aplican con propósitos muy claramente definidos. La información nacional o regional sobre morbilidad tiene que ser interpretada en relación con sus fuentes y con un conocimiento exacto de la calidad de los datos, de las facilidades diagnósticas y de las características demográficas y socioeconómicas.

5.11 Precauciones cuando las listas de tabulación incluyen subtotales

Puede que no siempre quede claro a quienes procesan la información que algunas de las cifras que aparecen en las listas de tabulación son en realidad subtotales; ejemplos son las que aparecen en los títulos de los grupos y, en el caso de las listas de subcategorías de cuatro caracteres de la CIE-10, los títulos de las categorías de tres caracteres, así como las que aparecen en el título de los capítulos en las versiones condensadas de las listas para la tabulación de la mortalidad. Tales subtotales deben ignorarse cuando se calculan los totales, porque se corre el riesgo de contar algunas rúbricas más de una vez.

5.12 Problemas de las poblaciones pequeñas

El tamaño de la población es uno de los factores que debe considerarse cuando el estado de salud de una comunidad se analiza en base a la información de morbilidad o mortalidad. En los países con escasa población, el total de casos de las listas resumidas será muy pequeño, y fluctuará aleatoriamente año tras año. Esto es especialmente cierto en los datos por grupos de sexo y de edad.

Estos problemas pueden reducirse si se toman una o más de las siguientes medidas:

- uso o presentación por grandes grupos de rúbricas de la CIE, como por capítulos;
- totalización de datos de un período más largo, por ejemplo, tomar los datos de los dos años precedentes y sumarlos a los del año actual, para producir un “promedio móvil”;
- utilización de los más amplios grupos de edad recomendados en las secciones 5.6.1 y 5.7.4.

Lo que se indica para esas poblaciones pequeñas es también aplicable a las áreas locales y regionales de países con mayor población. Las investigaciones sobre problemas de salud en grupos pequeños de población tienen que considerar el tamaño de cada uno de los subgrupos en el tipo de análisis que se vaya a utilizar. Esta necesidad generalmente se reconoce en las encuestas mediante muestreo, pero frecuentemente se olvida cuando la investigación se realiza sobre problemas de salud de grupos especiales de la población de un país.

5.13 “Celdas vacías” y celdas con frecuencias bajas

Cualquiera que sea la lista de causas que se esté utilizando, puede que no haya habido casos en algunas celdas de los cuadros estadísticos. Cuando esto sea muy frecuente, debe considerarse la posibilidad de omitir tales rúbricas (o líneas) en la publicación de un cuadro estadístico o de las listas producidas por las computadoras. Cuando solo ocurre un caso ocasional de una enfermedad en un país, una rúbrica o línea de ese tipo puede omitirse regularmente del cuadro, con una nota al pie que indique ya sea que no hubo casos, o cuando haya algún caso, para indicar en qué celda debió haberse asignado.

Cuando hay celdas con frecuencias muy bajas, especialmente para enfermedades inesperadas, se debe indicar que los casos son reales y no un error de procesamiento o de codificación. Esto debe realizarse como parte del control de calidad de los datos.

5.14 Recomendaciones

Responsabilidad para la certificación médica de la causa de defunción (ver sección 5.2)

1. La certificación médica de la causa de la defunción le corresponde normalmente al médico tratante. En el caso de muertes certificadas por autoridades forenses o legales, las evidencias médicas suministradas al certificador deben mencionarse en el certificado, además de cualquier hallazgo de naturaleza legal.
2. Modelo de certificación médica de la causa de defunción (ver Anexo 7.1)

El certificado médico de causas de defunción debe estar acorde con la recomendación internacional (ver Anexo 7.1).

La obtención de las estadísticas de mortalidad perinatal debe ser consistente con las recomendaciones señaladas en la sección 4.4.1.

3. Confidencialidad de la información médica.

Los procedimientos administrativos deben garantizar la confidencialidad de los datos del certificado de defunción y de otros registros médicos.

4. Selección de la causa para la tabulación de mortalidad (ver sección 4.1.1).

Las causas de defunción a ser registradas en el certificado médico de causa de defunción son todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte o contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjo dichas lesiones. Cuando en el certificado se menciona solo una causa de defunción, esta causa es la selec-

cionada para la tabulación. Cuando se informa más de una causa, se debe hacer una selección de acuerdo con las reglas y guías que se dan en la CIE.

5. Uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ver secciones 2.1, 2.2, y 3.3).

El propósito de la CIE es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, y en diferentes épocas. La “parte central”, es decir, el núcleo de la Clasificación Internacional de Enfermedades, está constituido por los códigos de tres caracteres, los cuales son el mínimo obligatorio que exige la OMS para formar la base de datos sobre mortalidad, y para hacer comparaciones internacionales. Las subcategorías de cuatro caracteres, aunque no son obligatorias para la información internacional, se recomiendan para varios propósitos y forman una parte integral de la CIE, al igual que las listas especiales de tabulación.

Las estadísticas de mortalidad y morbilidad deben ser codificadas de acuerdo con la lista tabular de inclusiones y el índice alfabético. Las subcategorías de cuatro caracteres, cuando se publiquen, deberán ser las de la CIE. Cualquier adición o variación deberá indicarse en los cuadros estadísticos que se publiquen.

6. Estadísticas de mortalidad perinatal (ver secciones 5.7.2 y 5.7.3)

Se recomienda que todos los fetos y niños que pesen al menos 500 g al nacimiento, vivos o muertos, sean incluidos en las estadísticas nacionales. Cuando la información del peso no está disponible, el criterio correspondiente para la edad gestacional (22 semanas completas) o la talla corporal (25 cm de la coronilla al talón) debe ser usado. Los criterios para decidir si un evento ha ocurrido dentro del período perinatal deben ser aplicados en el siguiente orden: (1) peso al nacer, (2) edad gestacional, (3) talla (de la coronilla al talón). La inclusión de fetos y recién nacidos que pesen entre 500 y 1000 g en las estadísticas nacionales es recomendable tanto por su valor inherente como porque mejora la cobertura de reporte de las muertes de 1000 g y más.

En las estadísticas para comparación internacional, la inclusión de los productos con peso al nacer extremadamente bajo interrumpe la validez de las comparaciones y no es recomendable. Los países deben presentar también estadísticas en las cuales tanto el numerador como el denominador de todas las tasas y razones están restringidos a fetos y niños que pesen 1000 g o más (razones y tasas específicas por peso); donde la información del peso no esté disponible, se deberá usar la correspondiente a la edad gestacional (28 semanas completas) o la talla (35 cm de la coronilla al talón).

7. Estadísticas de mortalidad materna (ver secciones 5.8.2 y 5.8.3).

Las razones (o tasas) de mortalidad materna publicadas deben siempre especificar el numerador, que puede ser el número de muertes maternas por causas obstétricas directas, o el número total de muertes maternas (obstétricas directas e indirectas). Para la notificación internacional de la mortalidad materna, en el cálculo de las varias tasas y razones solo se deben incluir las muertes que ocurran antes del final del período de referencia de 42 días, aunque el registro de las muertes que ocurran después puede ser útil para el análisis nacional.

8. Cuadros estadísticos (ver secciones 5.6.1 y 5.7.4)

El grado de detalle de la clasificación cruzada de los datos por causa, sexo, edad y zona geográfica dependerá del propósito y alcance de las estadísticas y de los límites prácticos de su tabulación. Con el fin de promover la comparabilidad internacional se proponen métodos estándares para expresar varias características, los que están descritos en las secciones 5.6.1 y 5.7.4.

9. Tabulación de causas de defunción (ver sección 5.6.2 y 5.6.4).

Las estadísticas de causas de defunción de una zona definida deben seguir las recomendaciones de la sección 5.6.1. Las muertes deben clasificarse preferiblemente por sexo y grupos de edad tal como se recomienda en la sección 5.6.1. Para las estadísticas de mortalidad perinatal, el análisis por causa múltiple para todas las afecciones reportadas será de gran beneficio. Donde tales análisis son impracticables, el análisis de la causa principal o condición en el feto y el infante y de la principal afección materna que afecta al feto o al infante con tabulaciones cruzadas de estas dos condiciones debe ser registrada como un mínimo. Donde sea necesario seleccionar solo una afección, la enfermedad o condición principal en el feto o infante debe ser seleccionada.

6. Historia del desarrollo de la CIE¹

6.1 Origen

Sir George H. Knibbs, el eminentе estadístico australiano, concede el mérito del primer ensayo de clasificación sistemática de enfermedades a Francois Bossier de Lacroix (1706-1777), mejor conocido por el nombre de Sauvages (10). El extenso trabajo de Sauvages se publicó con el título de *Nosología Methodica*. Contemporáneo de Sauvages fue el gran metodólogo Linneo (1707-1778), una de cuyas obras fue titulada *Genera Morborum*. A comienzos del siglo XIX la clasificación más corriente de enfermedades era la de William Cullen (1710- 1790), de Edimburgo, publicada en 1785 con el título de *Synopsis Nosologiae Methodicae*.

Pero el estudio estadístico de las enfermedades se había iniciado un siglo antes, con el tratado de John Graunt sobre las tablas de mortalidad de Londres. En un intento por calcular la proporción de niños nacidos vivos que fallecieron antes de llegar a la edad de seis años —entonces no se registraba la edad de los fallecidos— Graunt tomó todas las muertes que habían sido clasificadas bajo las rúbricas muguet, convulsiones, raquitismo, trastornos de la dentición y gusanos, prematuros, recién nacidos sin bautizar (*chrysomes*), lactantes, hígado grande y niños asfixiados (sofocados), y les sumó la mitad de las defunciones atribuidas a viruela, varicela, sarampión y parasitados por gusanos sin convulsiones. A pesar de que su clasificación era elemental e imperfecta, su cálculo de que un 36% de la mortalidad ocurría antes de los seis años parece haber sido correcto a la luz de conocimientos ulteriores. Si bien tres siglos han contribuido algo a la exactitud científica de la clasificación de enfermedades, muchos todavía dudan de la utilidad de las tentativas y los ensayos hechos para recopilar estadísticas de enfermedades o aun de causas de defunción, debido a las dificultades inherentes a la clasificación. A ellos se les podría citar la frase de Major Greenwood: “El purista científico que piense esperar hasta que las estadísticas médicas sean exactas desde el punto de vista nosológico no es más razonable que aquel campesino de Horacio que aguardaba a que el río acabara de fluir” (11).

Afortunadamente para el progreso de la medicina preventiva, la Oficina del Registro General de Inglaterra y Gales, desde su fundación en 1837, encontró en la persona de William Farr (1807–1883), su primer estadístico médico, un hombre que no solo aprovechó al máximo las imperfectas clasificaciones de enfermedades disponibles en ese tiempo, sino que se dedicó a mejorarlas y a lograr que su uso y aplicación fueran uniformes desde el punto de vista internacional.

¹La mayor parte del material presentado en las secciones 6.1-6.3 se reproduce de la Introducción de la Séptima Revisión de la CIE, que ofrece una excelente descripción del origen de la Clasificación.

Farr encontró que los servicios públicos de su época usaban la clasificación de Cullen, la cual no se había actualizado en el sentido de incluir los avances de la ciencia médica, y no la consideró satisfactoria para usarla con fines estadísticos. En consecuencia, en el primer Informe Anual del Registrador General (12), Farr describió los principios que deben regir una clasificación estadística de enfermedades, e insistió en la adopción urgente de una clasificación uniforme, en los siguientes términos:

Las ventajas de una nomenclatura estadística uniforme, por imperfecta que sea, son tan obvias, que sorprende que no se le haya dado importancia a su aplicación en las Leyes de Mortalidad. Cada enfermedad tiene con frecuencia tres o cuatro términos y cada término ha sido aplicado a varias enfermedades diferentes; se han usado nombres vagos e inconvenientes y en vez de las enfermedades primarias se han registrado las complicaciones. La nomenclatura es tan importante para este dominio de investigación, como lo son los pesos y medidas en las ciencias físicas, y debe establecerse de inmediato.

Tanto la nomenclatura como la clasificación estadística fueron objeto de estudio y observaciones constantes por parte de Farr en sus “Cartas” anuales al Registrador General, y fueron publicadas en los Informes Anuales de este último. La utilidad de una clasificación uniforme de causas de defunción fue ampliamente reconocida por el primer Congreso Internacional de Estadística reunido en Bruselas en 1853, el cual encomendó a William Farr y a Marc d’Espine, de Ginebra, que prepararan una clasificación uniforme de causas de defunción aplicable a nivel internacional. En el siguiente Congreso, realizado en París en 1885, Farr y d’Espine presentaron dos listas separadas, basadas en principios totalmente diferentes. La clasificación de Farr estaba dividida en cinco grupos: enfermedades epidémicas, enfermedades constitucionales (generales), enfermedades localizadas clasificadas conforme al sitio anatómico, enfermedades del desarrollo, y enfermedades que son consecuencia directa de un traumatismo. D’Espine, por su parte, clasificó las enfermedades según su naturaleza (gotosa, herpética, hemática, etc.). El Congreso adoptó, como una solución conciliatoria, una lista de 139 rúbricas. En 1864 esta clasificación fue revisada en París, siguiendo el modelo de la de W. Farr, y fue objeto de otras revisiones en 1874, 1880 y 1886. Aunque esta clasificación nunca recibió aprobación universal, la disposición general, incluyendo el principio propuesto por Farr de clasificar las enfermedades según su localización anatómica, ha perdurado como la base de la Lista Internacional de Causas de Defunción.

6.2 Adopción de la Lista Internacional de Causas de Defunción

En una reunión celebrada en Viena en 1891, el Instituto Internacional de Estadística, sucesor del Congreso Internacional de Estadística, encargó a un comité dirigido por Jacques Bertillon (1851–1922), Jefe de los Servicios de Estadística de la Ciudad de París, la preparación de una clasificación de causas de defunción.

Cabe señalar que Bertillon era nieto de Achille Guillard, distinguido botánico y estadístico que había presentado la resolución en la que se solicitaba que Farr y d'Espine prepararan una clasificación uniforme en el primer Congreso Internacional de Estadística en 1853. El informe de este comité fue presentado por Bertillon en la reunión del Instituto Internacional de Estadística celebrada en Chicago en 1893, donde se decidió adoptarlo. La clasificación preparada por Bertillon se basaba en la clasificación de causas de defunción utilizada por la ciudad de París, la cual, después de la revisión de 1885, representaba una síntesis de las clasificaciones inglesa, alemana y suiza, y se regía por el principio adoptado por Farr de hacer una distinción entre las enfermedades generales y las que se localizaban en un órgano o sitio anatómico específico. Según las instrucciones del Congreso de Viena, originadas en una sugerencia de L. Guillaume, Director de la Oficina Federal de Estadística de Suiza, Bertillon incluyó tres clasificaciones: la primera, una clasificación abreviada de 44 rúbricas, la segunda una clasificación de 99 rúbricas, y la tercera de 161 rúbricas.

La Clasificación de Causas de Defunción de Bertillon, como fue denominada al principio, recibió aprobación general y fue acogida por varios países y por numerosas ciudades. Encontró su primera aplicación en América del Norte por el Dr. Jesús E. Monjarás en las estadísticas de San Luis Potosí, México (13). En 1898, en una reunión celebrada en Ottawa, Canadá, la Asociación Estadounidense de Salud Pública (American Public Health Association, APHA) recomendó que los registros civiles de Canadá, México y los Estados Unidos adoptaran la clasificación de Bertillon y sugirió además que fuera revisada cada 10 años.

En una reunión que celebró en Cristiania el Instituto Internacional de Estadística, en 1899, Bertillon presentó un informe sobre los progresos de la clasificación, que incluía las recomendaciones de la APHA acerca de las revisiones decenales. El Instituto adoptó entonces una resolución redactada en los siguientes términos (14):

El Instituto Internacional de Estadística, convencido de la necesidad de que los diferentes países usen nomenclaturas comparables entre sí:

Toma nota con satisfacción de que el sistema de nomenclatura de causas de defunción que le fue presentado en 1893, ha sido adoptado por todas las oficinas de estadística de América del Norte y por algunas de América del Sur y de Europa;

Insiste enérgicamente en que este sistema de nomenclatura sea adoptado en principio y sin revisión por todas las instituciones europeas de estadística;

Aprueba, cuando menos en términos generales, el sistema de revisión decenal propuesto por la APHA en su sesión de Ottawa (1898);

Insta a las oficinas de estadística que aún no lo hayan hecho a que se adhieran sin demora y que contribuyan de este modo a la comparabilidad de las nomenclaturas de causas de defunción.

En consecuencia, el Gobierno de Francia convocó en París, en agosto de 1900, la Primera Conferencia Internacional para la Revisión de la Lista de Bertillon o Lista Internacional de Causas de Defunción. Asistieron a la Conferencia delegados de 26 países, y el 21 de agosto de 1900 se adoptó una clasificación detallada de las causas de defunción, que comprendía 179 grupos, y una clasificación abreviada, de 35 grupos. Se reconoció la ventaja de las revisiones decenales, y se encargó al Gobierno de Francia que convocara la siguiente reunión en 1910. En realidad la reunión proyectada tuvo lugar en 1909. El Gobierno francés convocó también las conferencias de 1920, 1929 y 1938.

Bertillon continuó promoviendo el uso de la Lista Internacional de Causas de Defunción, y las revisiones de 1900, 1910 y 1920 se efectuaron bajo su dirección. En su cargo de Secretario General de la Conferencia Internacional remitió la revisión provisional de 1920 a más de 500 personas, solicitándoles sus opiniones. Su fallecimiento en 1922 privó a la Conferencia Internacional de su verdadero líder.

En la sesión que el Instituto Internacional de Estadística celebró en 1923, Michel Huber, el sucesor de Bertillon en Francia, reconoció esta falta de liderazgo y presentó una resolución pidiendo al Instituto que reafirmara la decisión de 1893 relativa a la clasificación internacional de las causas de defunción y que colaborara con otras organizaciones internacionales en la preparación de las revisiones subsiguientes. La Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones también había demostrado un activo interés en las estadísticas vitales y nombró una Comisión de Expertos Estadísticos para estudiar la clasificación de enfermedades y de causas de defunción, así como otros problemas en el campo de las estadísticas médicas. E. Roesle, Jefe del Servicio de Estadísticas Médicas de la Oficina de Sanidad de Alemania y miembro de la citada Comisión, preparó una monografía detallando la ampliación que sería necesaria en las rúbricas de la Lista Internacional de Causas de Defunción de 1920, en el caso de que se fuese a utilizar para tabular las estadísticas de morbilidad. Este minucioso estudio fue publicado por la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones en 1928 (15). Con objeto de coordinar la labor de ambos organismos, se acordó la creación de una “Comisión Mixta”, compuesta en igual proporción por representantes del Instituto Internacional de Estadística y de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones; la Comisión preparó las propuestas para la Cuarta (1929) y la Quinta (1938) Revisiones de la Lista Internacional de Causas de Defunción.

6.3 La Quinta Conferencia de Revisión Decenal

La Quinta Conferencia Internacional para la Revisión de la Lista Internacional de Causas de Defunción, al igual que las conferencias precedentes, fue convocada por el Gobierno de Francia en París en octubre de 1938. La Conferencia aprobó tres listas: una lista detallada de 200 rúbricas, una lista intermedia de 87 rúbricas y una lista resumida de 44 rúbricas. Además, puso al día las listas con los progresos científicos, particularmente en el capítulo de las enfermedades infecciosas y para-

sitarias, y realizó cambios en los capítulos relativos a las afecciones puerperales y a los accidentes. La conferencia hizo un mínimo de cambios en el contenido, cantidad y aun en la numeración de los rubros. Se diseñó también una lista de causas de nacimientos muertos, que fue aprobada por la Conferencia.

En relación con la clasificación de enfermedades para estadísticas de morbilidad, la Conferencia reconoció la creciente necesidad de una lista de enfermedades para satisfacer los requerimientos estadísticos de organizaciones muy diferentes, tales como seguros de salud, hospitalares, servicios médico-militares, administraciones sanitarias y entidades similares. En consecuencia, se adoptó la siguiente resolución (16):

2. *Lista Internacional de Enfermedades*

En vista de la importancia que tiene la recopilación de listas internacionales de enfermedades que se correspondan con la lista internacional de causas de muerte:

La Conferencia recomienda que el Comité conjunto nombrado por el Instituto International de Estadísticas y la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones asuma, tal como en 1929, la preparación de listas internacionales de enfermedades, conjuntamente con expertos y representantes de las organizaciones especialmente competentes en la materia.

La Conferencia recomienda que mientras se esté en el proceso de recopilar las listas internacionales de enfermedades, las diversas listas nacionales en uso deberían, tanto como fuera posible, ajustarse a los mismos lineamientos de la Lista Internacional Detallada de Causas de Defunción (indicando los números de los capítulos, títulos y subtítulos de dicha Lista entre paréntesis).

La Conferencia recomendó además, que el Gobierno de los Estados Unidos continuara sus estudios sobre el tratamiento estadístico de las causas conjuntas de muerte en la siguiente resolución (16):

3. *Certificado de defunción y selección de causas de muerte cuando se registra más de una causa (causas conjuntas)*

La Conferencia,

Considerando que en 1929 el Gobierno de los Estados Unidos fue muy generoso al realizar el estudio de los medios para unificar los métodos de selección de la causa principal de muerte para ser tabulada en aquellos casos en que se mencionan dos o más causas en el certificado de defunción,

Considerando que los numerosos estudios realizados o en preparación en varios países revelan la importancia de este problema, el cual no ha sido aún resuelto,

Considerando, de acuerdo con estos estudios, la comparabilidad internacional

de las tasas de mortalidad de las diferentes enfermedades requiere no solo la solución del problema de la selección de la causa principal de muerte, sino también la solución de varios otros problemas:

- (1) Especialmente agradece al Gobierno de los Estados Unidos por el trabajo que ha realizado o promovido en esta dirección;
- (2) Solicitud del Gobierno de los Estados Unidos la continuación de sus investigaciones en los próximos 10 años, en cooperación con otros países y organizaciones sobre una base un poco más amplia, y
- (3) Sugiere que, para estas investigaciones futuras, el Gobierno de los Estados Unidos establezca un subcomité compuesto de representantes de los países y organizaciones que participen en las investigaciones realizadas en este respecto.

6.4 Las primeras clasificaciones de enfermedades para estadísticas de morbilidad

Hasta entonces, la clasificación de enfermedades había sido presentada casi exclusivamente en relación con estadísticas de causa de muerte. Farr, sin embargo, reconoció que era deseable “extender el mismo sistema de nomenclatura a las enfermedades que, aunque no sean mortales, causan discapacidades en la población, y que ahora figuran en los cuadros estadísticos de enfermedades de los ejércitos, navíos, hospitales, prisiones, manicomios, instituciones públicas de toda clase, y sociedades de enfermedades, así como en los censos de países como Irlanda, donde las enfermedades de toda la población son enumeradas” (9). En su Informe sobre la nomenclatura y clasificación estadística de enfermedades presentado al Segundo Congreso Internacional de Estadística, Farr incluyó en la lista general de enfermedades la mayoría de aquellas que afectan la salud, además de las enfermedades que causan la muerte. En el Cuarto Congreso Estadístico Internacional, celebrado en Londres en 1860, Florence Nightingale insistió en que se adoptara la clasificación de enfermedades de Farr para la tabulación de la morbilidad hospitalaria en el artículo Propuestas para un plan uniforme de estadísticas hospitalarias.

En la Primera Conferencia Internacional para revisar la Clasificación de Causas de Defunción de Bertillon, que se llevó a cabo en París en 1900, se adoptó paralelamente una clasificación para las estadísticas de morbilidad. En la segunda conferencia, realizada en 1909, se adoptó también una lista paralela. Las categorías adicionales para enfermedades no mortales se formaron mediante la subdivisión de algunas rúbricas de la clasificación de causas de defunción en dos o tres grupos de enfermedades identificados cada uno por una letra. La traducción en inglés de la Segunda Revisión Decenal publicada por el Departamento de Comercio y Trabajo de los Estados Unidos en 1910, fue denominada *International Classification of*

Causes of Sickness and Death (Clasificación Internacional de Causas de Enfermedad y Muerte). Las revisiones posteriores incorporaron algunos de los grupos dentro de la Lista Internacional Detallada de Causas de Defunción. La Cuarta Conferencia Internacional adoptó una clasificación de enfermedades que se diferenció de la Lista Internacional Detallada de Causas de Defunción solo por la adición de 12 subdivisiones. Estas clasificaciones internacionales de enfermedades fracasaron al no recibir aceptación general, ya que tuvieron solamente una expansión limitada de la lista básica de causas de defunción.

En ausencia de una clasificación uniforme de enfermedades que pudiera utilizarse satisfactoriamente para estadísticas de morbilidad, muchos países consideraron necesario preparar sus propias listas. El Consejo de Salud del Dominio del Canadá preparó un código estándar de morbilidad que se publicó en 1936. Las principales subdivisiones de esta lista representaban los 18 capítulos de la revisión de la Lista Internacional de Causas de Defunción de 1929 y estas estaban subdivididas a su vez en unas 380 categorías específicas de enfermedades. Durante la Quinta Conferencia Internacional de 1938, el delegado canadiense introdujo una modificación de esta lista para que fuera considerada como la base para una lista internacional de causas de enfermedades. Aunque no se tomó ninguna decisión en relación con esta propuesta, la Conferencia adoptó la resolución mencionada anteriormente (ver sección 6.3).

En 1944 se publicaron clasificaciones provisionales de enfermedades y traumatismos para la tabulación de las estadísticas de morbilidad tanto en los Estados Unidos como en el Reino Unido. Ambas clasificaciones eran más extensas que la lista canadiense, pero al igual que ella, siguieron el orden general de enfermedades de la Lista Internacional de Causas de Defunción. La clasificación británica fue preparada por el Comité de Estadísticas de Morbilidad Hospitalaria del Consejo de Investigación Médica creado en enero de 1942. Su título fue *A provisional classification of diseases and injuries for use in compiling morbidity statistics* (Una clasificación provisional de enfermedades y traumatismos para la tabulación de estadísticas de morbilidad) (17) y se preparó con el propósito de ofrecer un esquema para la recolección y el registro estadístico de los pacientes admitidos en los hospitales del Reino Unido, mediante la utilización de una clasificación estándar de enfermedades y traumatismos, que fue utilizada en todo el país por organismos gubernamentales y otros usuarios.

Unos pocos años antes, en agosto de 1940, el Director General de Sanidad del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y el Director de la Oficina del Censo del mismo país, publicaron una lista de enfermedades y traumatismos para la tabulación de estadísticas de morbilidad (18). Esta lista fue elaborada por la División de Métodos de Salud Pública del Servicio de Salud Pública con la cooperación de un comité de consultores escogido por el Director General de Sanidad. En 1944 se publicó el *Manual for coding cause of illness according to a diagnosis code for tabulating morbidity statistics* (Manual para la codificación de las causas de enfer-

medad de acuerdo con los diagnósticos para tabulación de las estadísticas de morbilidad), que incluía los códigos diagnósticos, una lista tabular de inclusiones y un índice alfabético. Esta lista fue utilizada en varios hospitales, en un gran número de planes de seguro hospitalario voluntario y en programas de atención médica así como también en estudios especiales de otros organismos en los Estados Unidos.

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

De acuerdo con la resolución de la Quinta Conferencia Internacional, el Secretario de Estado procedió en 1945 al nombramiento del Comité de los Estados Unidos para las Causas Conjuntas de Defunción, bajo la dirección de Lowell J. Reed, Profesor de Bioestadísticas en la Universidad de Johns Hopkins. Entre los miembros y consultores de este comité se incluyeron representantes de los gobiernos del Canadá y del Reino Unido y de la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones. El Comité reconoció la tendencia general del pensamiento en relación con las listas de estadísticas de morbilidad y mortalidad y decidió que, antes de discutir el asunto de las causas conjuntas, sería ventajoso considerar las clasificaciones desde el punto de vista de la morbilidad y mortalidad, ya que el problema de las causas conjuntas estaba relacionado con ambos tipos de estadísticas.

El Comité tomó también en cuenta la parte de la resolución sobre las listas internacionales de enfermedades de la última Conferencia Internacional que recomendaba que “las diversas listas nacionales deberían, tanto como fuera posible, ajustarse a los lineamientos de la Lista Internacional de Causas de Defunción”. También reconoció que la clasificación de enfermedades y traumatismos estaba estrechamente asociada con la clasificación de causas de defunción. La percepción de que tales listas eran fundamentalmente diferentes, surgía de la creencia equivocada de que la Lista Internacional era una clasificación de causas terminales, cuando en realidad estaba basada en la condición morbosa que iniciaba la cadena de eventos causantes de la muerte. El Comité consideró que, para utilizar plenamente tanto las estadísticas de morbilidad como las de mortalidad, las clasificaciones de enfermedades para ambos propósitos no solamente deberían ser comparables sino que dentro de lo posible deberían constituir una lista única.

Además, un número cada vez mayor de organizaciones estadísticas estaban utilizando registros médicos que incluían tanto la enfermedad como la muerte. Se consideró también que aún aquellas organizaciones que recopilaban solamente estadísticas de morbilidad debían codificar tanto los casos mortales como los no mortales. Una lista única, por lo tanto, facilitaría mucho el trabajo de codificación. Tal lista también serviría de base común para la comparación de las estadísticas de morbilidad y mortalidad.

En vista de lo expuesto se nombró un subcomité que preparó el borrador de una Propuesta de Clasificación Estadística de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. El Comité adoptó un borrador final después que fuera modificado en base a ensayos realizados por varias organizaciones en Canadá, Estados Unidos y el Reino Unido.

6.6 Sexta Revisión de las Listas Internacionales

La Conferencia Internacional de la Salud reunida en la ciudad de Nueva York en junio y julio de 1946 (19), encargó a una Comisión Interina de la Organización Mundial de la Salud la responsabilidad de:

revisar los recursos existentes y asumir la responsabilidad del trabajo preparatorio que fuese necesario realizar en relación con:

- 6.6.1 la siguiente revisión decenal de las “Listas Internacionales de Causas de Defunción” (incluyendo las listas adoptadas mediante el Acuerdo Internacional de 1934, en relación con las Estadísticas de Causas de Defunción); y
- 6.6.2 el establecimiento de las Listas Internacionales de Causas de Morbilidad.

Para cumplir con esta responsabilidad, la Comisión Interina nombró un Comité de Expertos para la Preparación de la Sexta Revisión Decenal de las Listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción.

Este Comité, tomando en cuenta plenamente el conjunto de opiniones prevalecientes en relación con la clasificación de morbilidad y mortalidad, estudió y revisó la clasificación que había sido elaborada por el Comité de los Estados Unidos para las Causas Conjuntas de Defunción.

La clasificación resultante del estudio de la Comisión Interina fue sometida con el título de *Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción* a los gobiernos de los países que realizaban estudios de morbilidad y mortalidad, para que hicieran los comentarios y sugerencias que consideraran necesarios al respecto. Una vez recibidas las respuestas, el Comité de Expertos elaboró una versión revisada que incorporó las sugerencias que mejoraban la utilidad y la aceptabilidad de la clasificación y recopiló una lista de términos diagnósticos que debían aparecer debajo de cada título de la clasificación. Al mismo tiempo se nombró un subcomité para elaborar un índice alfabético de los términos diagnósticos asignados a las categorías apropiadas de la clasificación.

El Comité consideró también la estructura y usos de las listas especiales para la tabulación y publicación de las estadísticas de morbilidad y mortalidad y estudió otros problemas en relación con la comparabilidad internacional de las estadísticas de mortalidad, tales como el modelo del certificado médico y las reglas para la clasificación.

La Conferencia Internacional para la Sexta Revisión de las Listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción se reunió en París del 26 al 30 de abril de 1948, con el patrocinio del Gobierno de Francia, siguiendo los términos del convenio firmado al final de la Quinta Conferencia de Revisión en 1938. Su conducción estuvo a cargo de un secretariado integrado conjuntamente por las autoridades francesas competentes y la Organización Mundial de la Salud, la cual había realizado el trabajo preparatorio según los términos de un acuerdo entre los gobiernos representados en la Conferencia Internacional de la Salud de 1946 (19).

La Conferencia adoptó la clasificación elaborada por el Comité de Expertos de la Sexta Revisión de las Listas Internacionales (20); estudió también las otras propuestas del Comité en relación con la recopilación, tabulación y publicación de las estadísticas de morbilidad y mortalidad y aprobó el Modelo Internacional del Certificado Médico de Causa de Defunción. Aceptó asimismo la causa básica de defunción como la causa principal para las tabulaciones, así como las reglas de selección de la causa básica de defunción y las listas especiales para la tabulación de los datos de morbilidad y mortalidad. Recomendó también que la Asamblea Mundial de la Salud adoptara las regulaciones establecidas en el artículo 21(b) de la Constitución de la OMS para orientar a los Estados Miembros en lo que se refiere a la recopilación de las estadísticas de morbilidad y mortalidad de acuerdo con la Clasificación Estadística Internacional.

En 1948 la Primera Asamblea Mundial de la Salud aprobó el informe de la Conferencia para la Sexta Revisión y adoptó el Reglamento No. 1 de la Organización Mundial de la Salud, elaborado con base en las recomendaciones de la misma Conferencia. De acuerdo con esa decisión se procedió a la edición del *Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción* (21). El Manual consistió en dos volúmenes. En el Volumen 1 se incluyeron la Clasificación Internacional con la Lista Tabular de Inclusiones que definía el contenido de las categorías, el modelo del certificado médico de causa de defunción, las reglas de selección y las listas especiales de tabulación. El Volumen 2 era el Índice alfabético para ubicar los términos diagnósticos en las categorías apropiadas.

La Conferencia para la Sexta Revisión Decenal constituyó el comienzo de una nueva era en las estadísticas vitales y de salud internacionales. Además de haber aprobado una lista completa para la codificación de la mortalidad y morbilidad y convenido en la aplicación de las reglas internacionales para la selección de la causa básica de defunción, la Conferencia recomendó la adopción de un amplio programa de cooperación internacional en el campo de las estadísticas vitales y de salud. Un punto importante de este programa fue la recomendación de que los gobiernos establecieran comités nacionales de estadísticas vitales y de salud para coordinar las actividades estadísticas en el país y servir de enlace entre las instituciones estadísticas nacionales y la Organización Mundial de la Salud. Se sugirió además que tales comités nacionales podrían por sí mismos o en cooperación con otros comités nacionales, estudiar problemas estadísticos de importancia para la salud pública e informar de sus resultados a la OMS.

6.7 La Séptima y Octava Revisiones

La Conferencia Internacional para la Séptima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades se reunió en París en febrero de 1955 bajo los auspicios de la OMS (22). De acuerdo con una recomendación del Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias de la OMS, esta revisión se limitó a efectuar cambios esenciales y a corregir los errores y las inconsistencias (23).

La Conferencia para la Octava Revisión, convocada por la OMS, se reunió en Ginebra del 6 al 12 de julio de 1965 (24). Esta revisión fue más radical que la Séptima, pero dejó inalteradas la estructura básica de la Clasificación y la filosofía general para clasificar las enfermedades, siempre que fuera posible, según su etiología y no una manifestación en particular.

Durante los años de vigencia de la Séptima y Octava Revisiones de la CIE, su utilización para la indización de las historias médicas en los hospitales aumentó rápidamente y algunos países prepararon adaptaciones nacionales con los detalles adicionales necesarios para la aplicación de la CIE en ese campo.

6.8 La Novena Revisión

La Conferencia Internacional para la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, convocada por la OMS, se reunió en Ginebra del 30 de septiembre al 6 de octubre de 1975 (25). En los debates previos a la Conferencia se llegó originalmente al acuerdo de que los cambios en relación con la Octava Revisión deberían ser muy pequeños, casi exclusivamente limitados a la actualización de la clasificación, más que todo por los elevados costos que se generan al adaptar los sistemas de procesamiento de datos cada vez que se revisa la clasificación. Sin embargo, en el lapso entre la Octava y la Novena Revisión había aumentado enormemente el interés por la CIE y se hacía necesario encontrar la manera de enfrentar esta situación, por una parte modificando la clasificación misma y por otra introduciendo posibilidades especiales de codificación. En este sentido, varias asociaciones de especialistas habían manifestado interés en la utilización de la CIE para sus propias estadísticas. Con ese fin solicitaron la introducción de modificaciones que permitieran una clasificación más completa para cada especialidad, ya que se consideraba que varias partes de la clasificación no estaban organizadas adecuadamente. Asimismo, hubo presión para aumentar el detalle y para permitir un uso más pertinente a la evaluación de la atención médica, clasificando las afecciones en los capítulos correspondientes a los sistemas orgánicos afectados en vez de clasificarlas por la causa básica de la enfermedad generalizada. Por otra parte, hubo también sugerencias en sentido contrario de algunos países y áreas donde una clasificación detallada y sofisticada era considerada innecesaria, ya que les bastaba con una clasificación simple, basada en la CIE, que les permitiera hacer el seguimiento de sus avances en cuanto a los servicios de salud y al control de las enfermedades.

Las propuestas finales presentadas y aceptadas por la Conferencia mantuvieron la estructura básica de la CIE, aunque con mucho detalle adicional en las subcategorías de cuatro caracteres y algunos casos con subcategorías opcionales de quinto carácter. Para el beneficio de los usuarios que no requerían tanto detalle se tuvo especial cuidado para que las categorías de tres caracteres fueran adecuadas.

Para favorecer a los usuarios que deseaban producir estadísticas e índices orientados a la atención médica, la Novena Revisión incluyó un método opcional para la clasificación de información diagnóstica, que permitía establecer cuándo un término determinado podía ser utilizado como enfermedad básica general y cuándo para identificar el órgano o sitio afectado. A este método se le dio el nombre de sistema de cruz y asterisco o daga y asterisco, el cual se mantuvo en la Décima Revisión. En la Novena Revisión se incluyeron otras innovaciones técnicas con el propósito de aumentar su flexibilidad y aplicabilidad en diversas situaciones.

La 29^a Asamblea Mundial de la Salud, con base en las recomendaciones de la Conferencia para la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, aprobó la publicación, a título de ensayo, de dos clasificaciones suplementarias: la de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías y la de Procedimientos en Medicina, ambas como suplementos, pero no partes integrantes de la CIE. La Conferencia formuló también recomendaciones sobre varios aspectos técnicos de la clasificación, ya que se hicieron algunos cambios en las reglas de selección de la mortalidad y se introdujeron por primera vez reglas para la selección de una causa única para la tabulación de la morbilidad; se enmendaron y ampliaron las definiciones y recomendaciones para las estadísticas de mortalidad perinatal y se recomendó un certificado de mortalidad perinatal; se estimuló a los países a profundizar el trabajo y el análisis de la codificación por causa múltiple, aunque no se recomendó ningún método formal en particular. Se produjo también una nueva lista básica de tabulación.

6.9 Preparaciones para la Décima Revisión

Incluso antes de la Conferencia para la Novena Revisión, la OMS había comenzado los preparativos para la Décima Revisión. Ya se había aceptado que la gran expansión en la utilización de la CIE obligaba a hacer un análisis cuidadoso de su estructura y a realizar un esfuerzo para diseñar una clasificación flexible y estable, que no necesitara cambios fundamentales por muchos años. En consecuencia, se solicitó a los Centros Colaboradores para la Clasificación de Enfermedades de la OMS (ver Volumen 1) que experimentaran con nuevos modelos de estructuras para la Décima Revisión.

Se vio también que el período de 10 años entre una y otra revisión era demasiado corto. El trabajo para la revisión tenía que comenzar antes de que la revisión vigente de la CIE se hubiera utilizado lo suficiente como para permitir su evaluación

en profundidad, especialmente porque la necesidad de consultar a muchos países y organizaciones extiende mucho el proceso. Por esa razón el Director General de la OMS solicitó a los Estados Miembros y obtuvo su consentimiento para posponer hasta 1989 la Conferencia para la Novena Revisión, que originalmente se había programado para 1985. La postergación permitió experimentar con diversos modelos de estructura de la CIE y evaluar la CIE-9 por medio de reuniones organizadas por algunas oficinas regionales de la OMS y de una encuesta realizada por la Sede.

A continuación se llevó a cabo un extenso programa de trabajo que culminó en la Décima Revisión de la CIE. Este proceso se describe en el Informe de la Conferencia Internacional para la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, reproducido en el Volumen 1.

7. Anexos

7.1 Modelo internacional de certificado médico de causa de defunción

7.1.1 Modelo internacional de certificado médico de causa de defunción

La información adicional que puede ser necesaria para el sistema de reporte de los países puede añadirse al certificado. Esta no debe remplazar la información que se muestra a continuación.

Datos administrativos (puede especificarse más por el país)												
Género	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Desconocido									
Fecha de Nacimiento	D	D	M	M	A	A	A	Fecha de Defunción	D	D	M	
CUADRO A:												
► Información médica: parte 1 y 2												
1. Reporte la enfermedad o condición causante de la muerte en la línea a Reporte de la cadena de eventos en debido orden (si aplica) Anoté la causa básica en la última línea usada	► Causa de muerte				► Intervalo de tiempo desde el comienzo hasta la muerte							
	a											
	b	Debido a:										
	c	Debido a:										
2.Otras condiciones significantes que contribuyeron a la muerte (los intervalos de tiempo pueden incluirse en grupos después de la condición)												
CUADRO B:												
► Información Médica Adicional												
¿Se realizó una cirugía en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido	D	D	M	M	A	A	A	A	
Si la respuesta es sí, especifique la fecha de cirugía												
Si la respuesta es sí, especifique la razón de la cirugía (enfermedad o condición)												
¿Se solicitó una autopsia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido	D	D	M	M	A	A	A	A	
Si la respuesta es sí, ¿Los hallazgos se utilizaron en la certificación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido	D	D	M	M	A	A	A	A	
► Manera de morir												
□ Enfermedad	<input type="checkbox"/> Agresión (homicidio)	<input type="checkbox"/> No puede determinarse										
□ Accidente	<input type="checkbox"/> Intervención legal	<input type="checkbox"/> Investigación pendiente										
□ Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)	<input type="checkbox"/> Guerra	<input type="checkbox"/> Desconocido										
Causa externa o intoxicación:	Fecha de lesión D D M M A A A A											
Describa como ocurrió la causa externa (de ser intoxicación, especifique el agente tóxico)												
► Lugar de ocurrencia de la causa externa												
□ En casa	<input type="checkbox"/> Institución Residencial	<input type="checkbox"/> Colegio, otra institución, área administrativa pública	<input type="checkbox"/> Área deportiva									
□ Vía pública	<input type="checkbox"/> Zona comercial y de servicio	<input type="checkbox"/> Área industrial o de construcción	<input type="checkbox"/> Granja									
□ Otro lugar (favor de especificar):	<input type="checkbox"/> Desconocido											
► Muerte fetal o infantil (menor de un año)												
Embarazo múltiple	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido									
¿Nació muerto?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido									
Si murió dentro de las primeras 24 horas, especifique el número de horas que sobrevivió				Peso al nacer (en gramos)								
Número de semanas completas de embarazo	Edad de la madre (años)											
Si la muerte fue perinatal, mencione las condiciones de la madre que afectaron al feto y neonato												
► Para la mujer ¿la fallecida se encontraba embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido									
□ Al momento de la muerte	<input type="checkbox"/> Dentro de los 42 días previos a la muerte											
□ Entre 43 días hasta 1 año después de la muerte	<input type="checkbox"/> Desconocido											
□ ¿El embarazo contribuyó a la muerte?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido									

7.1.2 Causa de muerte en el certificado de defunción de acuerdo con la Guía rápida de referencia de la CIE-10



Organización
Mundial
de la Salud

Causa de Defunción
en el
Certificado de Defunción
de acuerdo con la CIE-10

La información de la causa de muerte es útil para

- Epidemiología y prevención
- Manejo de la situación de salud
- Comparar la situación de salud en diferentes poblaciones

El certificado de defunción es uno de los primeros pasos para obtener una perspectiva de la salud de las personas.

Las enfermedades o afecciones registradas en el certificado representan la mejor opinión médica.

Un certificado de causa de defunción completado de manera adecuada proporciona una descripción del orden, tipo y asociación de eventos que resultaron en la muerte.

Los diagnósticos reportados en el certificado son codificados con la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión. Esta información codificada se analiza y utiliza nacional e internacionalmente sin importar que idioma se emplea para completar el certificado.

Causa de muerte en el certificado- ¿Cómo se registra?

Cuadro A: Los certificados de defunción pueden contar con diferentes aspectos en la mayoría de los países, pero la sección de la causa de muerte es idéntica en todo el mundo. El cuadro A cuenta con dos partes, denominadas como parte 1 y 2, junto con una sección para registrar los intervalos de tiempo entre el comienzo de cada afección y la fecha de la muerte.

Parte 1: Se utiliza para enfermedades o afecciones que forman parte de la secuencia de eventos que llevaron directamente a la muerte.

La causa directa (inmediata) de muerte de registra en la primera línea, I(a).

Siempre debe existir un registro en la línea I(a).

El registro en la línea I(a) puede ser la única afección reportada en la parte I del certificado.

Donde existen **dos o más afecciones** que forman parte de la secuencia de eventos que llevaron a la muerte, cada evento en la secuencia debe de registrarse en una línea separada. En cualquier caso, se debe registrar la enfermedad, lesión o causa externa que causó la muerte. No registre **modos de morir**, como paro cardíaco, fallo respiratorio o cardíaco. Intenta ser lo más específico posible. La causa de muerte “**desconocida**” debe de registrarse en casos cuando a través de las pruebas y autopsia no se pudo determinar la causa de muerte. “Desconocido” es mejor que cualquier especulación de la causa posible de muerte. Se necesita detallar profundamente todos los términos, ya que las **abreviaciones** pueden interpretarse de diferente manera. Los términos como “sospechosa” o “posible” son ignorados en la evaluación de registros. Por ejemplo, “sospecha de diabetes” se interpretará como “diabetes”. Las cuatro líneas pueden no proporcionar el suficiente espacio para la cadena de eventos. No desaproveche el espacio con **palabras innecesarias**. Algunos términos clínicos son muy ambiguos. Por ejemplo, un “tumor” no especifica el comportamiento (consulte asimismo la última página de esta sección).

Duración - Es el intervalo de tiempo entre el comienzo de cada afección registrada en el certificado (no el tiempo del diagnóstico de la afección), y la fecha de muerte. La información de la duración es útil al codificar ciertas enfermedades y también para proporcionar una verificación del orden de la secuencia reportada de afecciones.

Parte 2 - Se utiliza para afecciones que no pertenecen a la parte 1 pero que su presencia contribuyó a la muerte.

Cuadro B: Con frecuencia, algunos detalles se olvidan en la parte 1 y 2 (Cuadro A). Las preguntas detalladas separadas piden complementos tales como cirugía previa, la forma de morir o lugar de ocurrencia. El Cuadro B no se muestra en esta hoja informativa.

Causa de muerte en el certificado - paso a paso

Comience en la línea 1 (a), con la causa directa (inmediata), continúe con las afecciones precedentes hasta que llegue a la que inició la secuencia de eventos. Se acercará mucho al momento en que el paciente estaba sano.

Ahora, habrá reportado la causa básica u originaria en la línea más baja utilizada, y una secuencia de eventos conduce desde la causa básica hasta la causa directa (inmediata) en la primera línea 1 (a).

Finalmente, registre el intervalo de tiempo desde el comienzo de cada afección introducida en el certificado hasta la fecha de muerte. Cuando se desconozca el momento o la fecha del comienzo, se debe de registrar el mejor estimado. Introduzca la unidad de tiempo (minutos, horas, días, semanas, meses, años).

Ejemplo

Causa de defunción*		Intervalo de tiempo entre el comienzo y la muerte
1 Reporte la enfermedad o condición causante directamente de la muerte en la línea a	a Hemorragia cerebral	4 horas
Reporte la cadena de eventos en debido orden (si aplica)	b Metástasis cerebral	4 meses
Mencione la causa básica en la línea más baja usada	c Cáncer de mama	5 años
	d Debido a	
2 Otras condiciones significantes que contribuyeron a la muerte (se pueden incluir los intervalos de tiempo entre paréntesis después de cada afección)	Hipertensión arterial (3 años); Diabetes mellitus (10 años)	

*Esto no se refiere a la manera de morir, como falla cardiaca o respiratoria.
Se refiere a la enfermedad, lesión o complicación causante de la muerte.

- **Escriba claramente** y no utilice abreviaciones.
- Verifique que toda la información se encuentre **completa**.
- **No especule** la causa de muerte.
- No complete los resultados de laboratorio o declaraciones como “encontrado por el colega”.
(pueden existir campos separados en el formulario para este tipo de información)
- **Una afección por línea** debe de ser suficiente.

Términos poco definidos frecuentemente utilizados

Accidente	Especifique las circunstancias Especifique la intención , como accidente de automóvil, suicidio, ataque o agresión Especifique el sitio de ocurrencia
Alcohol, drogas	Especifique el uso : por un largo periodo o por una sola ocasión, adicción
Complicación de cirugía	Especifique la enfermedad : mencione la afección que provocó la cirugía
Demencia	Especifique la causa : Alzheimer, infarto, edad avanzada, otra
Hepatitis	Especifique el curso, etiología : aguda o crónica, alcoholismo Si es viral : especifique el Tipo (A, B, C,...)
Infarto	Especifique el sitio : corazón, cerebro,...
Infección	Especificar: organismo causal primario o secundario Si es primario : especifique bacteriano o viral Si es secundario : especifique la infección primaria
Leucemia	Especifique: aguda, subaguda, linfática crónica, mieloide, monocítica
Neumonía	Especifique: primaria, por aspiración, causa , organismo causal Si fue debida a inmovilidad : especifique la causa de la inmovilidad
Embolismo pulmonar	Especifique causa : causa de embolia Si es postquirúrgica o inmovilidad : especifique la enfermedad que causó la cirugía o inmovilidad
Falla renal	Especifique: si es aguda, crónica o terminal, causa básica de la insuficiencia, como arteriosclerosis o infección Si es debida a la inmovilidad : especifique la causa de la inmovilidad
Trombosis	Especifique: si es arterial o venosa Especifique: el vaso sanguíneo Si es postquirúrgica o por inmovilidad : especifique la enfermedad que causó cirugía o inmovilidad
Tumor	Especifique: comportamiento, ubicación, metástasis
Infección del tracto urinario	Especifique: sitio en el tracto urinario, organismo causal, causa básica de la infección Si fue debida a inmovilidad : especifique la causa de la inmovilidad

7.1.3 Detalles adicionales sugeridos para muertes perinatales (mortinatos y nacidos vivos muriendo a las 168 horas [1 semana] después del nacimiento)

Detalles de Identificación												
El infante nació vivo el	D	D	M	M	A	A	a las hh:mm	horas				
El infante nació muerto el	D	D	M	M	A	A	a las hh:mm	horas				
	<input type="checkbox"/> Falleció previo al parto						Durante el parto	<input type="checkbox"/> Se desconoce				
Madre												
Fecha de nacimiento	D	D	M	M	A	A						
Número de embarazos previos	Fecha del último embarazo						D	D	M	M	A	A
Nacidos vivos _____	Resultado del último embarazo previo						<input type="checkbox"/> Nacido vivo <input type="checkbox"/> Mortinato <input type="checkbox"/> Aborto					
Mortinatos _____												
Abortos _____												
Primer dia del último periodo menstrual	D	D	M	M	A	A						
Parto	Atención prenatal, dos o más visitas											
<input type="checkbox"/> Parto de vértece espontáneo	<input type="checkbox"/> Sí _____											
<input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____	<input type="checkbox"/> No _____											
<input type="checkbox"/> Se desconoce _____												
Atendió el parto												
<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Otra persona capacitada (especificar) _____											
<input type="checkbox"/> Partera capitolada	<input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____											
Recién nacido												
<input type="checkbox"/> Parto único	<input type="checkbox"/> Segundo gemelo _____											
<input type="checkbox"/> Primer gemelo	<input type="checkbox"/> Otros múltiples (especificar) _____											

7.2 Lista de afecciones que pueden ser consideradas como consecuencias directas de cirugías y otros procedimientos médicos invasivos

La lista en esta sección contiene afecciones que pueden desarrollarse como complicaciones de la cirugía u otros procedimientos médicos invasivos. Esto no significa que las afecciones en la lista siempre se deben considerar como complicaciones, y se aplican las siguientes restricciones:

- No considere una afección en la lista como una complicación de la cirugía o un procedimiento médico invasivo, si la cirugía o procedimiento se llevó a cabo más de cuatro semanas antes de la muerte.
- No considere una afección en la lista como una complicación de la cirugía o un procedimiento invasivo, si hay evidencia de que la afección estaba presente antes de que se llevara a cabo la cirugía o el procedimiento.
- No considere una afección marcada con “OCPR” (Otra Causa del Procedimiento es Requerida) como una complicación de la cirugía o un procedimiento invasivo, a menos que el certificado informe otra afección del mismo sitio que fue tratada mediante cirugía u otro procedimiento invasivo.
- No considere que una afección señalada con “DEDP” (Duración Establecida, Desarrollada Despues del Procedimiento) es una complicación a menos que haya pruebas claras de que la afección se desarrolló después de la cirugía o el procedimiento invasivo.
- Tenga en cuenta que las adherencias se consideran complicaciones de la cirugía o un procedimiento invasivo en el mismo sitio o región, incluso después de más de cuatro semanas desde la fecha de la cirugía o procedimiento. Si el procedimiento se realizó más de un año antes de la muerte, use los códigos para las secuelas de la atención médica.

7.2.1 Lista de afecciones consideradas como consecuencias obvias de la cirugía

Infecciones	Indicador
Abscesos	OCPR
Bacteriemia	
Fístula	OCPR, y para un procedimiento del mismo sitio o región solamente
Gangrena gaseosa	
Hemólisis por infección	
Infección SAI	DEDP
Infección en herida quirúrgica	
Sepsis	
Séptico	

Hemorragia, hemólisis	Indicador
Coagulación intravascular diseminada (CID)	
Coagulopatía de consumo	
Hemorragia gastrointestinal	OCPR
Hemorragia intraabdominal	OCPR
Hemorragia rectal	OCPR
Hemorragia de herida quirúrgica	
Hemorragia SAI	
Hemorragia de sitio especificado	Para un procedimiento del mismo sitio o region solamente
Hematemesis	OCPR
Hematoma	OCPR
Hemólisis	
Hemotórax	OCPR
Melena	OCPR

Complicaciones cardiacas	Indicador
Arritmia SAI	DEDP
Asistolia	
Bloqueo cardíaco	DEDP
Falla/insuficiencia cardíaca	
Fibrilación auricular	DEDP
Fibrilación ventricular	
Infarto (del miocardio)	
Isquemia del miocardio (aguda)	
Paro cardíaco	
Ruptura del miocardio	

Complicaciones cerebrovasculares y otras complicaciones cerebrales	Indicador
Accidente vascular cerebral	DEDP
Apoplejía	DEDP
Daño cerebral (anóxico)	DEDP
Edema cerebral	DEDP
Embolia cerebral	DEDP
Hemorragia cerebral/intracraneal	DEDP
Infarto cerebral	DEDP
Isquemia cerebral/cerebrovascular	DEDP
Lesión cerebral/cerebrovascular	DEDP
Meningitis	DEDP
Trombosis cerebral	DEDP

Otras complicaciones vasculares	Indicador
Embolia (arterial)	
Embolia grasa/gaseosa	
Embolia pulmonar	
Embolia venosa	
Falla/insuficiencia circulatoria	
Hipotensión	
Infarto (cualquier sitio)	
Infarto pulmonar	
Flebitis (cualquier sitio)	
Flebotrombosis (cualquier sitio)	
Oclusión (cualquier sitio)	
Paro circulatorio	
Tromboflebitis (cualquier sitio)	
Trombosis arterial	
Trombosis SAI (cualquier sitio)	
Trombosis venosa	

Complicaciones respiratorias	Indicador
Alcalosis y acidosis respiratoria	
Aspiración	
Atelectasia	
Bronquitis	DEDP
Edema/hipostasis pulmonar	
Edema laríngeo	OCPR
Derrame pleural	
Empiema	OCPR
Fístula broncopleural o esofágica	OCPR
Falla/insuficiencia pulmonar	
Falla/insuficiencia respiratoria	
Mediastinitis	
Neumonía	
Neumotórax	OCPR
Obstrucción de vías respiratorias superiores	OCPR
Paro respiratorio	
SDRA (síndrome de dificultad respiratoria del adulto)	

Complicaciones gastrointestinales	Indicador
Absceso intra-abdominal	OCPR
Estreñimiento	OCPR
Dilatación gástrica	OCPR
Embolia mesentérica	OCPR
Falla (insuficiencia) hepática	DEDP
Fístula biliar/ intestinal/rectovaginal	OCPR
Íleo	OCPR
Isquemia intestinal	OCPR
Necrosis gastrointestinal	OCPR
Obstrucción intestinal (mecánica)	OCPR
Peritonitis	OCPR
Trastorno circulatorio gastrointestinal	OCPR
Úlcera gastrointestinal (estrés)	OCPR
Volvulus	OCPR

Complicaciones renales y urinarias	Indicador
Anuria	
Estenosis uretral	OCPR
Falla/insuficiencia renal	
Fístula urinaria	OCPR
Infección urinaria	
Pielonefritis	DEDP
Retención de orina	
Uremia	
Urosepsis	

Otras complicaciones	Indicador
Adherencias	Para un procedimiento del mismo sitio o región solamente
Choque anafiláctico	
Choque SAI	
"Complicación (es)" SAI	
Convulsiones (epilépticas)	DEDP
Crisis tirotóxica	DEDP
Desplazamiento de prótesis	
Falla orgánica (múltiple)	
Gangrena	
Insuficiencia (falla) de anastomosis	OCPR
Necrosis grasa/herida	OCPR
Síndrome compartimental	OCPR
Úlcera de decúbito	

7.2.2 Lista de afecciones consideradas como consecuencias obvias de otros procedimientos médicos invasivos

A. Consecuencias obvias de la cateterización cardíaca (Y84.0)	
Sepsis, choque séptico	
Bacteriemia	
Infecciones por estafilococo aureus resistente a la meticilicina (SARM)	
Sepsis fungica	
Fungemia	
Catéter vascular o infección portuaria	
Tromboflebitis séptica	
Endocarditis infecciosa	
Infarto del miocardio	<i>Solo si está indicado después del cateterismo</i>
Trombosis coronaria	<i>Solo si está indicada después del cateterismo</i>
Embolia coronaria	<i>Solo si está indicada después del cateterismo</i>
Ruptura coronaria	<i>Solo si está indicada después del cateterismo</i>
Paro cardíaco	
Embolia cardíaca	
Síndrome embólico del colesterol	
Embolia pulmonar	
Hemorragia	
Pérdida de sangre	
Hemoperitoneo	
Choque cardiogénico	<i>Solo si está indicado después del cateterismo</i>
Choque hipotensivo	<i>Solo si está indicado después del cateterismo</i>

B. Consecuencias obvias de la diálisis renal (Y84.1)	
Sepsis, Choque séptico	
Bacteriemia	
Infecciones por estafilococo aureus resistente a la meticiclina (SARM)	
Endocarditis infecciosa	
Sepsis fungica	
Fungemia	
Catéter vascular o infección portuaria	
Tromboflebitis séptica	
Peritonitis	
Neumonía	
Hipotensión (durante la diálisis)	
Choque hipovolémico	
Hemorragia	

C. Consecuencias obvias de los procedimientos radiológicos y la terapia (Y84.2)	
Pericarditis	<i>Si la radiación es del mismo sitio</i>
Enfermedad pulmonar restrictiva	<i>Si la radiación es del mismo sitio</i>
Obstrucción del intestino delgado	<i>Si la radiación es del mismo sitio</i>
Mielitis cervical	<i>Si la radiación es del mismo sitio</i>
Fibrosis (intersticial)	<i>Si la radiación es del mismo sitio</i>
Osteonecrosis	<i>Si la radiación es del mismo sitio</i>
Mucositis	<i>Si la radiación es del mismo sitio</i>
Fístula	<i>Si la radiación es del mismo sitio</i>
Esguince o cicatrización	<i>Si la radiación es del mismo sitio</i>

D. Consecuencias obvias de la aspiración de fluido (Y84.4)	
Hemotórax	<i>Si la aspiración o punción son del mismo sitio</i>
Hemorragia	<i>En caso de aspiración o punción del mismo sitio</i>

E. Consecuencias obvias del cateterismo urinario (Y84.6)

Infección del tracto urinario	
Urosepsis	

F. Consecuencias obvias de otros procedimientos médicos (Y84.8)

- Tubo de alimentación, gastrostomía endoscópica percutánea (GEP)	
Neumonía por aspiración	
Infección de la herida abdominal	
Infección de la pared abdominal	<i>Si el absceso o infección son del sitio GEP</i>
Aspiración	
Fístula	<i>Si la fistula es del sitio GEP</i>
- Transplante de médula ossea	
Sepsis, choque séptico	
Bacteriemia	
Infecciones por estafilococo aureus resistente a la meticilina (SARM)	
Sepsis fungica	
Fungemia	
Fascitis necrotizante	
Trombocitopenia	
Enfermedad de injerto contra huésped	
- Catéter de línea / arteria intravenosa	
Sepsis, choque séptico	
Bacteriemia	
Infecciones por estafilococo aureus resistente a la meticilina (SARM)	
Sepsis fungica	
Fungemia	
Catéter vascular o infección portuaria	
Tromboflebitis séptica	<i>Si hay infección del sitio del catéter / puerto</i>
Endocarditis infecciosa	
Celulitis	<i>Si es del sitio del catéter / puerto vascular</i>
Absceso	<i>Si es del sitio del catéter / puerto vascular</i>

continúa...

...continuación

Hematoma	<i>Si es del sitio del catéter / puerto vascular</i>
Hemorragia	<i>Si proviene del sitio del catéter / puerto vascular</i>
Hemotórax	<i>Si proviene del sitio del catéter / puerto vascular</i>
- Reanimación	
Fractura (s) de costilla	
- Biopsia	
Hemorragia	<i>Si es del mismo sitio</i>
Neumotórax	<i>Si es del mismo sitio</i>
Adherencias	<i>Si es del mismo sitio</i>

7.3 Lista de afecciones mal definidas

Utilice esta tabla en el paso SP7. Las afecciones mostradas en esta tabla se consideran como mal definidas.

Código	Título de la Categoría o Subcategoría	Muerte
I46.1	cardíaca súbita, así descrita	
I46.9	Paro cardíaco, no especificado	
(I50.-)	Insuficiencia cardíaca aguda en 150.-	
I95.9	Hipotensión no especificada	
I99	Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio	
J96.0	Insuficiencia respiratoria aguda	
J96.9	Insuficiencia respiratoria, no especificada	
P28.5	Insuficiencia respiratoria del recién nacido	
R00-R57.1, R57.8-R64, R65.2-R65.3, R68.0-R94, R96-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	

7.4 Lista de afecciones poco probables de provocar la muerte

Código	Título de la categoría o subcategoría
A31.1	Infección cutánea por micobacterias
A42.8	Otras formas de actinomicosis
A53.0	Sífilis latente, no especificada como precoz o tardía
A60.0	Infección de genitales y trayecto urogenital debida a virus del herpes [herpes simple]
A63.0	Verrugas (venéreas) anogenitales
A71.0–A71.9	Tracoma
A74.0†	Conjuntivitis por clamidias
B00.2	Gingivoestomatitis y faringoamigdalitis herpética
B00.5	Oculopatía herpética
B00.8	Otras formas de infecciones herpéticas
B07	Verrugas víricas
B08.1	Molusco contagioso
B08.8	Enfermedad de boca-pie
B30.0–B30.9	Conjuntivitis viral
B35.0–B35.9	Dermatofitosis
B36.0–B36.9	Otras micosis superficiales
B85.0–B85.4	Pediculosis y phthiriasis
E28.0	Exceso de estrógenos
E28.1	Exceso de andrógenos
E28.3	Insuficiencia ovárica primaria
E28.8	Otras disfunciones ováricas
E28.9	Disfunción ovárica, no especificada
E29.0	Hiperfunción testicular
E29.1	Hipofunción testicular
E29.8	Otras disfunciones testiculares
E29.9	Disfunción testicular, no especificada
E30.0	Pubertad retardada
E30.1	Pubertad precoz
E30.8	Otros trastornos de la pubertad
E30.9	Trastorno de la pubertad, no especificado
E34.3	Enanismo, no clasificado en otra parte

continúa...

...continuación

Código	Título de la categoría o subcategoría
E34.4	Estatura alta constitucional
E34.5	Síndrome de resistencia androgénica
E65	Adiposidad localizada
F06.7	Trastorno cognoscitivo leve
F32.0	Episodio depresivo leve
F32.1	Episodio depresivo moderado
F33.0	Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente
F33.1	Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente
F33.4	Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
F45.0	Trastorno de somatización
F45.1	Trastorno somatomorfo indiferenciado
F45.2	Trastorno hipocondríaco
F45.3–F45.9	Trastornos somatomorfos
F50.1, F50.3–F50.9	Trastornos alimenticios
F51.0–F51.9	Trastornos no orgánicos del sueño
F52.0–F52.9	Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos
F53.0	Trastornos mentales y del comportamiento leves, asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte
F60.0–F60.9	Trastornos específicos de la personalidad
F61	Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad
F62.0–F62.9	Cambios perdurables de la personalidad, no atribuibles a lesión o a enfermedad cerebral
F63.0–F63.9	Trastornos de los hábitos y de los impulsos
F64.0–F64.9	Trastornos de la identidad de género
F65.0–F65.9	Trastornos de la preferencia sexual
F66.0–F66.9	Trastornos psicológicos y del comportamiento asociados con el desarrollo y con la orientación sexuales
F68.0–F68.9	Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
F69	Trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos, no especificado
F70.0	Retraso mental leve con deterioro del comportamiento nulo o mínimo
F71.0	Retraso mental moderado con deterioro del comportamiento nulo o mínimo
F80–F89	Trastornos del desarrollo psicológico
F93.0	Trastorno de ansiedad de separación en la niñez
F93.1	Trastorno de ansiedad fóbica en la niñez

...continuación

Código	Título de la categoría o subcategoría
F93.2	Trastorno de ansiedad social en la niñez
F93.3	Trastorno de rivalidad entre hermanos
F93.8	Otros trastornos emocionales en la niñez
F93.9	Trastorno emocional en la niñez, no especificado
F94.0	Mutismo electivo
F94.1	Trastorno de vinculación reactiva en la niñez
F94.2	Trastorno de vinculación desinhibida en la niñez
F94.8	Otros trastornos del comportamiento social en la niñez
F94.9	Trastorno del comportamiento social en la niñez, no especificado
F95.0–F95.9	Trastornos por tics
F98.0–F98.9	Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia
G43.0–G43.2, G43.8–G43.9	Migraña, excepto migraña complicada (G43.3)
G44.0–G44.2	Otros síndromes de cefalea
G44.3	Cefalea postraumática crónica
G44.4	Cefalea inducida por drogas, no clasificada en otra parte
G44.8	Otros síndromes de cefalea especificados
G45.0–G45.9	Ataques de isquemia cerebral transitoria y síndromes afines
G47.0	Trastornos del inicio y del mantenimiento del sueño [insomnios]
G47.2	Trastornos del ritmo nictámeral
G50.0–G50.9	Trastornos del nervio trigémino
G51.0–G51.9	Trastornos del nervio facial
G52.0	Trastornos del nervio olfatorio
G54.0–G54.9	Trastornos de las raíces y de los plexos nerviosos
G56.0–G56.9	Mononeuropatías del miembro superior
G57.0–G57.9	Mononeuropatías del miembro inferior
G58.0	Neuropatía intercostal
G58.7	Mononeuritis múltiple
H00.0–H00.1	Orzuelo y calacio
H01.0–H01.9	Otras inflamaciones del párpado
H02.0–H02.9	Otros trastornos de los párpados
H04.0–H04.9	Trastornos del aparato lagrimal
H10.0–H10.9	Conjuntivitis
H11.0–H11.9	Otros trastornos de la conjuntiva

continúa...

...continuación

Código	Título de la categoría o subcategoría
H15.0–H15.9	Trastornos de la esclerótica
H16.0–H16.9	Queratitis
H17.0–H17.9	Opacidades y cicatrices corneales
H18.0–H18.9	Otros trastornos de la córnea
H20.0–H20.9	Iridociclitis
H21.0–H21.9	Otros trastornos del iris y del cuerpo ciliar
H25.0–H25.9	Catarata senil
H26.0–H26.9	Otras cataratas
H27.0–H27.9	Otros trastornos del cristalino
H30.0–H30.9	Inflamación coriorretiniana
H31.0–H31.9	Otros trastornos de la coroides
H33.0–H33.5	Desprendimiento y desgarro de la retina
H34.0–H34.9	Oclusión vascular de la retina
H35.0–H35.9	Otros trastornos de la retina
H40.0–H40.9	Glaucoma
H43.0–H43.9	Trastornos del cuerpo vítreo
H46	Neuritis óptica
H47.0–H47.7	Otros trastornos del nervio óptico [II par] y de las vías ópticas
H49.0–H49.9	Estrabismo paralítico
H50.0–H50.9	Otros estrabismos
H51.0–H51.9	Otros trastornos de los movimientos binoculares
H52.0–H52.7	Trastornos de la acomodación y de la refracción
H53.0–H53.9	Alteraciones de la visión
H54.0–H54.9	Ceguera y deficiencia visual (binocular o monocular)
H55	Nistagmo y otros movimientos oculares irregulares
H57.0–H57.9	Otros trastornos del ojo y sus anexos
H60.0–H60.9	Otitis externa
H61.0–H61.9	Otros trastornos del oído externo
H68.1	Obstrucción de la trompa de Eustaquio
H69.0	Distensión de la trompa de Eustaquio
H69.8	Otros trastornos especificados de la trompa de Eustaquio
H69.9	Trastorno de la trompa de Eustaquio, no especificado
H72.0	Perforación central de la membrana timpánica
H72.1	Perforación ática de la membrana timpánica

continúa...

...continuación

Código	Título de la categoría o subcategoría
H72.2	Otras perforaciones marginales de la membrana timpánica
H72.8	Otras perforaciones de la membrana timpánica
H72.9	Perforación de la membrana timpánica, sin otra especificación
H73.8	Otros trastornos especificados de la membrana timpánica
H73.9	Trastorno de la membrana timpánica, no especificado
H74.0	Timpanosclerosis
H74.1	Enfermedad adhesiva del oído medio
H74.2	Discontinuidad y dislocación de los huesecillos del oído
H74.3	Otras anomalidades adquiridas de los huesecillos del oído
H74.4	Pólipo del oído medio
H74.8	Otros trastornos especificados del oído medio y de la apófisis mastoides
H74.9	Trastorno del oído medio y de la apófisis mastoides, no especificado
H80.0–H80.9	Otosclerosis
H81.0	Enfermedad de Ménière
H81.1	Vértigo paroxístico benigno
H81.2	Neuronitis vestibular
H81.3	Otros vértigos periféricos
H81.4	Vértigo de origen central
H81.8	Otros trastornos de la función vestibular
H81.9	Trastorno de la función vestibular, no especificado
H83.0	Laberintitis
H83.1	Fístula del laberinto
H83.2	Disfunción del laberinto
H83.3–H83.9	Otros trastornos del oído interno
H90.0–H90.8	Hipoacusia conductiva y neurosensorial
H91.0–H91.9	Otras hipoacusias
H92.0–H92.2	Otalgia y secreción del oído
H93.0–H93.9	Otros trastornos del oído, no clasificados en otra parte
J00	Rinofaringitis aguda [resfriado común]
J06.0–J06.9	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados
J30.0–J30.4	Rinitis alérgica y vasomotora
J33.0–J33.9	Pólipo nasal
J34.1	Quiste y mucocele de la nariz y del seno paranasal

continúa...

...continuación

Código	Título de la categoría o subcategoría
J34.2	Desviación del tabique nasal
J34.3	Hipertrofia de los cornetes nasales
J35.0–J35.9	Enfermedades crónicas de las amígdalas y de las adenoides
K00.0–K00.9	Trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes
K01.0–K01.1	Dientes incluidos e impactados
K02.0–K02.9	Caries dental
K03.0–K03.9	Otras enfermedades de los tejidos duros de los dientes
K04.0–K04.9	Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales
K05.0–K05.6	Gingivitis y enfermedades periodontales
K06.0–K06.9	Otros trastornos de la encía y de la zona edéntula
K07.0–K07.9	Anomalías dentofaciales [incluso la maloclusión]
K08.0–K08.9	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén
K09.0–K09.9	Quistes de la región bucal, no clasificados en otra parte
K10.0–K10.9	Otras enfermedades de los maxilares
K11.0–K11.9	Enfermedades de las glándulas salivales
K13.1	Mordedura del labio y de la mejilla
K14.0–K14.9	Enfermedades de la lengua
K59.1	Diarrea funcional
K59.2	Intestino neurogénico, no clasificado en otra parte
K59.4	Espasmo anal
L01.0–L01.1	Impétigo
L03.0	Celulitis de los dedos de la mano y del pie
L04.0–L04.9	Linfadenitis aguda
L05.0–L05.9	Quiste pilonidal
L08.0–L08.8	Otras infecciones locales de la piel y del tejido subcutáneo
L20.0–L20.9	Dermatitis atópica
L21.0–L21.9	Dermatitis seborreica
L22	Dermatitis del pañal
L23.0–L23.9	Dermatitis alérgica de contacto
L24.0–L24.9	Dermatitis de contacto por irritantes
L25.0–L25.9	Dermatitis de contacto, forma no especificada
L28.0–L28.2	Liquen simple crónico y prurigo
L29.0–L29.9	Prurito
L30.0–L30.9	Otras dermatitis

continúa...

...continuación

Código	Título de la categoría o subcategoría
L40.0	Psoriasis vulgar
L40.4	Psoriasis guttata
L41.0–L41.9	Parapsoriasis
L42	Pitiriasis rosada
L43.0–L43.9	Liquen plano
L44.0–L44.9	Otros trastornos papuloescamosos
L50.2	Urticaria debida al calor y al frío
L50.3	Urticaria dermatográfica
L50.4	Urticaria vibratoria
L50.5	Urticaria colinérgica
L50.6	Urticaria por contacto
L53.9	Afección eritematosa, no especificada
L55.0–L55.1, L55.8–L55.9	Quemadura solar, excepto quemadura solar de tercer grado (L55.2)
L56.0–L56.9	Otros cambios agudos de la piel debidos a radiación ultravioleta
L57.0–L57.9	Cambios de la piel debidos a exposición crónica a radiación no ionizante
L58.0–L58.9	Radiodermatitis
L59.0–L59.9	Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo relacionados con radiación
L60.0–L60.9	Trastornos de las uñas
L63.0–L63.9	Alopecia areata
L64.0–L64.9	Alopecia andrógena
L65.0–L65.9	Otra pérdida no cicatricial del pelo
L66.0–L66.9	Alopecia cicatricial [pérdida cicatricial del pelo]
L67.0–L67.9	Anormalidades del tallo y del color del pelo
L68.0–L68.9	Hipertricosis
L70.0–L70.9	Acné
L71.0	Dermatitis peribucal
L71.1	Rinofima
L71.8	Otras rosáceas
L71.9	Rosácea, no especificada
L72.0–L72.9	Quiste folicular de la piel y del tejido subcutáneo
L73.0–L73.9	Otros trastornos foliculares
L74.0–L74.9	Trastornos sudoríparos ecrinos
L75.0–L75.9	Trastornos sudoríparos apocrinos

continúa...

...continuación

Código	Título de la categoría o subcategoría
L80	Vitílico
L81.0–L81.9	Otros trastornos de la pigmentación
L82	Queratosis seborreica
L83	Acantosis nigricans
L84	Callos y callosidades
L85.0–L85.9	Otros tipos de engrosamiento epidérmico
L87.0–L87.9	Trastornos de la eliminación transepidérmica
L90.0–L90.9	Trastornos atróficos de la piel
L91.0–L91.9	Trastornos hipertróficos de la piel
L92.0–L92.9	Trastornos granulomatosos de la piel y del tejido subcutáneo
L94.0–L94.9	Otros trastornos localizados del tejido conjuntivo
L95.0	Vasculitis livedoide
L98.0–L98.3, L98.5–L98.9	Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo, no clasificados en otra parte
M12.2	Sinovitis vellonodular (pigmentada)
M12.3	Reumatismo palindrómico
M20.0–M20.6	Deformidades adquiridas de los dedos de la mano y del pie
M21.0–M21.9	Otras deformidades adquiridas de los miembros
M22.0–M22.9	Trastornos de la rótula
M23.0–M23.9	Trastorno interno de la rodilla
M24.0–M24.9	Otros trastornos articulares específicos
M25.0–M25.9	Otros trastornos articulares, no clasificados en otra parte
M35.3	Polimialgia reumática
M40.0–M40.5	Cifosis y lordosis
M41.0	Escoliose idiopática infantil
M41.1	Escoliose idiopática juvenil
M41.2	Otras escoliosis idiopáticas
M41.3	Escoliose toracogénica
M41.4	Escoliose neuromuscular
M41.5	Otras escoliosis secundarias
M41.8	Otras formas de escoliosis
M41.9	Escoliose, no especificada
M43.6	Torticolis
M43.8–M43.9	Otras dorsopatías deformantes y la especificada

continúa...

...continuación

Código	Título de la categoría o subcategoría
M48.0	Estenosis espinal
M53.0–M53.9	Otras dorsopatías, no clasificadas en otra parte
M54.0–M54.9	Dorsalgia
M60.0–M60.9	Miositis
M62.4	Contractura muscular
M62.5	Atrofia y desgaste musculares, no clasificados en otra parte
M62.6	Distensión muscular
M65.0–M65.9	Sinovitis y tenosinovitis
M66.0–M66.5	Ruptura espontánea de la sinovia y del tendón
M67.0–M67.9	Otros trastornos de la sinovia y del tendón
M70.0–M70.9	Trastornos de los tejidos blandos relacionados con el uso, el uso excesivo y la presión
M71.0–M71.9	Otras bursopatías
M72.0	Fibromatosis de la aponeurosis palmar [Dupuytren]
M72.1	Nódulos interfalángicos
M72.2	Fibromatosis de la aponeurosis plantar
M75.0–M75.9	Lesiones del hombro
M76.0–M76.9	Entesopatías del miembro inferior, excluido el pie
M77.0–M77.9	Otras entesopatías
M79.0–M79.9	Otros trastornos de los tejidos blandos, no clasificados en otra parte
M89.1	Detención del crecimiento epifisario
M89.2	Otros trastornos del desarrollo y crecimiento óseo
M89.3	Hipertrofia del hueso
M89.4	Otras osteoartropatías hipertróficas
M91.2	Coxa plana
M91.3	Pseudocoxalgia
M91.8	Otras osteocondrosis juveniles de la cadera y de la pelvis
M91.9	Osteocondrosis juvenil de la cadera y de la pelvis, sin otra especificación
M92.0	Osteocondrosis juvenil del húmero
M92.1	Osteocondrosis juvenil del cúbito y del radio
M92.2	Osteocondrosis juvenil de la mano
M92.3	Otras osteocondrosis juveniles del miembro superior
M92.4	Osteocondrosis juvenil de la rótula
M92.5	Osteocondrosis juvenil de la tibia y del peroné
M92.6	Osteocondrosis juvenil del tarso

continúa...

...continuación

Código	Título de la categoría o subcategoría
M92.7	Osteocondrosis juvenil del metatarso
M92.8	Otras osteocondrosis juveniles especificadas
M92.9	Osteocondrosis juvenil, no especificada
M95.0–M95.9	Otras deformidades adquiridas del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo
M99.0–M99.9	Lesiones biomecánicas, no clasificadas en otra parte
N39.3	Incontinencia urinaria por tensión
N39.4	Otras incontinencias urinarias especificadas
N42.2	Atrofia de la próstata
N46	Esterilidad en el varón
N47	Prepucio redundante, fimosis y parafimosis
N48.3	Priapismo
N48.4	Impotencia de origen orgánico
N50.0	Atrofia del testículo
N60.0–N60.9	Displasia mamaria benigna
N62	Hipertrofia de la mama
N64.2	Atrofia de la mama
N64.3	Galactorrea no asociada con el parto
N64.4	Mastodinia
N64.5	Otros signos y síntomas relativos a la mama
N75.0	Quiste de la glándula de Bartholin
N84.0–N84.9	Pólipo del tracto genital femenino
N85.0–N85.9	Otros trastornos no inflamatorios del útero, excepto del cuello
N86	Erosión y ectropión del cuello del útero
N87.0–N87.9	Displasia del cuello uterino
N88.0–N88.9	Otros trastornos no inflamatorios del cuello del útero
N89.0–N89.9	Otros trastornos no inflamatorios de la vagina
N90.0–N90.9	Otros trastornos no inflamatorios de la vulva y del perineo
N91.0–N91.5	Menstruación ausente, escasa o rara
N92.0–N92.6	Menstruación excesiva, frecuente e irregular
N93.0–N93.9	Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales
N94.0–N94.9	Dolor y otras afecciones relacionadas con los órganos genitales femeninos y con el ciclo menstrual
N95.1	Estados menopáusicos y climatéricos femeninos
N95.2	Vaginitis atrófica postmenopásica

continúa...

...continuación

Código	Título de la categoría o subcategoría
N95.3	Estados asociados con menopausia artificial
N96	Abortadora habitual
N97.0–N97.9	Infertilidad femenina
O26.1	Aumento pequeño de peso en el embarazo
O26.2	Atención del embarazo en una abortadora habitual
O28.0	Hallazgo hematológico anormal en el examen prenatal de la madre
O28.1	Hallazgo bioquímico anormal en el examen prenatal de la madre
O28.2	Hallazgo citológico anormal en el examen prenatal de la madre
O28.3	Hallazgo ultrasónico anormal en el examen prenatal de la madre
O28.4	Hallazgo radiológico anormal en el examen prenatal de la madre
O28.5	Hallazgo cromosómico o genético anormal en el examen prenatal de la madre
O28.8	Otros hallazgos anormales en el examen prenatal de la madre
O28.9	Hallazgo anormal no especificado en el examen prenatal de la madre
O92.0	Retracción del pezón asociada con el parto
O92.2	Otros trastornos de la mama y los no especificados asociados con el parto
O92.3	Agalactia
O92.4	Hipogalactia
O92.5	Supresión de la lactancia
O92.6	Galactorrea
O92.7	Otros trastornos y los no especificados de la lactancia
Q10.0–Q10.7	Malformaciones congénitas de los párpados, del aparato lagrimal y de la órbita
Q11.0–Q11.3	Anoftalmía, microftalmía y macroftalmía
Q12.0–Q12.9	Malformaciones congénitas del cristalino
Q13.0–Q13.9	Malformaciones congénitas del segmento anterior del ojo
Q14.0–Q14.9	Malformaciones congénitas del segmento posterior del ojo
Q15.0–Q15.9	Otras malformaciones congénitas del ojo
Q16.0–Q16.9	Malformaciones congénitas del oído que causan alteración de la audición
Q17.0–Q17.9	Otras malformaciones congénitas del oído
Q18.0–Q18.9	Otras malformaciones congénitas de la cara y del cuello
Q38.1	Anquilosis
Q50.0	Ausencia congénita de ovario
Q51.0	Agenesia y aplasia del útero

continúa...

...continuación

Código	Título de la categoría o subcategoría
Q51.1	Duplicación del útero con duplicación del cuello uterino y de la vagina
Q51.2	Otra duplicación del útero
Q51.3	Útero bicone
Q51.4	Útero unicornio
Q52.1	Duplicación de la vagina
Q52.6	Malformación congénita del clítoris
Q54.0	Hipospadias del glande
Q54.1	Hipospadias peneana
Q54.2	Hipospadias penoscrotal
Q54.3	Hipospadias perineal
Q54.4	Encordamiento congénito del pene
Q54.8	Otras hipospadias
Q54.9	Hipospadias, no especificada
Q55.0	Ausencia y aplasia del testículo
Q55.1	Hipoplasia del testículo y del escroto
Q55.5	Aplasia y ausencia congénita del pene
Q56.0	Hermafroditismo, no clasificado en otra parte
Q56.1	Seudohermafroditismo masculino, no clasificado en otra parte
Q56.2	Seudohermafroditismo femenino, no clasificado en otra parte
Q56.3	Seudohermafroditismo, no especificado
Q56.4	Sexo indeterminado, sin otra especificación
Q65.0–Q65.9	Deformidades congénitas de la cadera
Q66.0–Q66.9	Deformidades congénitas de los pies
Q67.0–Q67.8	Deformidades osteomusculares congénitas de la cabeza, de la cara, de la columna vertebral y del tórax
Q68.0–Q68.8	Otras deformidades osteomusculares congénitas
Q69.0–Q69.9	Polidactilia
Q70.0–Q70.9	Sindactilia
Q71.0–Q71.9	Defectos por reducción del miembro superior
Q72.0–Q72.9	Defectos por reducción del miembro inferior
Q73.0–Q73.8	Defectos por reducción de miembro no especificado
Q74.0–Q74.9	Otras anomalías congénitas del (de los) miembro(s)
Q75.2	Hipertelorismo
Q80.0–Q80.3, Q80.8–Q80.9	Ictiosis congénita, excepto Feto arlequín (Q80.4)

continúa...

...continuación

Código	Título de la categoría o subcategoría
Q81.0	Epidermolisis bullosa simple
Q81.2-Q81.9	Otras epidermolisis bullosas, excepto Epidermolisis bullosa letal (Q81.1)
Q82.0-Q82.9	Otras malformaciones congénitas de la piel
Q83.0-Q83.9	Malformaciones congénitas de la mama
Q84.0-Q84.9	Otras malformaciones congénitas de las faneras
Q87.1	Síndromes de malformaciones congénitas asociadas principalmente con estatura baja
Q87.2	Síndromes de malformaciones congénitas que afectan principalmente los miembros
S00.0-S00.9	Traumatismo superficial de la cabeza
S05.0, S05.1, S05.8	Traumatismo superficiales (cualquier tipo) del ojo y de la órbita (cualquier parte)
S10.0-S10.9	Traumatismo superficial del cuello
S20.0-S20.8	Traumatismo superficial del tórax
S30.0-S30.9	Traumatismo superficial del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis
S40.0-S40.9	Traumatismo superficial del hombro y del brazo
S50.0-S50.9	Traumatismo superficial del antebrazo y del codo
S60.0-S60.9	Traumatismo superficial de la muñeca y de la mano
S70.0-S70.9	Traumatismo superficial de la cadera y del muslo
S80.0-S80.9	Traumatismo superficial de la pierna
S90.0-S90.9	Traumatismo superficial del tobillo y del pie
T09.0	Traumatismo superficial del tronco, nivel no especificado
T11.0	Traumatismo superficial de miembro superior, nivel no especificado
T13.0	Traumatismo superficial de miembro inferior, nivel no especificado
T14.0	Traumatismo superficial de región no especificada del cuerpo
T20.1	Quemadura de la cabeza y del cuello, de primer grado
T21.1	Quemadura del tronco, de primer grado
T22.1	Quemadura del hombro y miembro superior, de primer grado, excepto de la muñeca y de la mano
T23.1	Quemadura de la muñeca y de la mano, de primer grado
T24.1	Quemadura de la cadera y miembro inferior, de primer grado, excepto tobillo y pie
T25.1	Quemadura del tobillo y del pie, de primer grado

7.5 Causas del VIH

Utilizar esta lista en los pasos SP3 y SP4

C00–C96	S45	T12
D47.7	S47–S49	T13.1
D50–D53	S51–S52	T13.6–T13.9
D55–D59	S55	T14.1–T14.2
D60–D64	S57–S59	T14.5
D65–D69	S65	T14.7–T14.9
F11	S67–S69	T15–T32
F13–F16	S71–S72	T80.2
F19	S75	T80.8–T80.9
R75	S77–S79	T90.1
S01–S02	S81–S82	T90.8–T90.9
S07–S09.0	S85	T91.1–T92.2
S09.7–S09.9	S87–S89	T92.6–T92.9
S11–S12	S95	T93.0–T93.2
S15	S97–S99	T93.6–T93.9
S17–S19	T01–T08	T94–T95
S21–S22	T09.1	T98
S28–S29	T09.8–T09.9	Y60
S31–S32	T10	Y62
S35–S39	T11.1	Y64
S41–S42	T11.6–T11.9	Y83–Y84

7.6 Lista de afecciones que pueden provocar diabetes

Secuencias aceptadas para diabetes ‘debido a’ otras enfermedades

Tipo de Diabetes	Debido a	Tipo de Diabetes	Debido a
E10	B25.2 E40–E46 E63.9 E64.0 E64.9 M35.9 P35.0	E11	E24 E40–E46 E63.9 E64.0 E64.9 M35.9 O24.4 P35.0

continúa...

...continuación

Tipo de Diabetes	Debido a	Tipo de Diabetes	Debido a
E12	E40-E46 E63.9 E64.0 E64.9	Y41.5 Y42.0-Y42.1 Y46.2Y52.5 Y52.7 Y54.3	
	B25.2 B26.3 C25	B25.2 B26.3 C25	
C78.8 (Solamente páncreas)	D13.6-D13.7 D35.0 E05-E06 E22.0 E24	C78.8 (Solamente páncreas) D13.6-D13.7 D35.0 E05-E06 E22.0 E24	
E13	E80.0-E80.2 E83.1 E84 E89.1 F10.1-F10.2 G10 G11.1 G25.8 G71.1 K85 K86.0-K86.1 K86.8-K86.9 M35.9 O24.4 P35.0 Q87.1 Q90 Q96 Q98 Q99.8 S36.2 T37.3 T37.5 T38.0-T38.1 T42.0 T46.5 T46.7 T50.2 Y41.3	E14 E80.0-E80.2 E83.1 E84 E89.1 F10.1-F10.2 G10 G11.1 G25.8 G71.1 K85 K86.0-K86.1 K86.8-K86.9 M35.9 O24.4 P35.0 Q87.1 Q90 Q96 Q98 Q99.8 S36.2 T37.3 T37.5 T38.0-T38.1 T42.0 T46.5 T46.7 T50.2 Y41.3	Y40.5 Y41.5 Y42.0-Y42.1 Y46.2Y52.5 Y52.7 Y54.3 B25.2 B26.3 C25 D13.6-D13.7 D35.0 E05-E06 E22.0 E24 E40-E46 E63.9 E64.0 E64.9 E80.0-E80.2 E83.1 E84 E89.1 F10.1-F10.2 G10 G11.1 G25.8 G71.1 K85 K86.0-K86.1 K86.8-K86.9 M35.9 O24.4 P35.0 Q87.1 Q90 Q96 Q98 Q99.8 S36.2 T37.3 T37.5 T38.0-T38.1 T42.0 T46.5 T46.7 T50.2 Y41.3

continúa...

...continuación

Tipo de Diabetes	Debido a
E14	T42.0
	T46.5
	T46.7
	T50.2
	Y41.3
	Y41.5
	Y42.0–Y42.1
	Y46.2
	Y52.5
	Y52.7
	Y54.3

7.7 Clasificación de prioridad de la CIE-10, códigos de naturaleza de las lesiones (1 = Prioridad más alta)

Código	Clasificación	Código	Clasificación
S00.0–S00.9	6	S07.0	5
S01.0–S01.8	6	S07.1	1
S01.9	5	S07.8–S07.9	1
S02.0	3	S08.0–S08.1	6
S02.1	4	S08.8–S08.9	4
S02.2–S02.6	6	S09.0	5
S02.7	3	S09.1–S09.2	6
S02.8	4	S09.7	4
S02.9	3	S09.8	6
S03.0	5	S09.9	3
S03.1–S03.2	6	S10.0–S10.1	6
S03.3	5	S10.7–S10.9	6
S03.4–S03.5	6	S11.0	4
S04.0–S04.9	6	S11.1	5
S05.0–S05.6	6	S11.2	4
S05.7	5	S11.7	5
S05.8–S05.9	6	S11.8	6
S06.0	6	S11.9	3
S06.1–S06.2	1	S12.0–S12.7	3
S06.3–S06.6	2	S12.8	3
S06.7	1	S12.9	3
S06.8	2	S13.0	6
S06.9	2	S13.1	3

continúa...

...continuación

Código	Clasificación	Código	Clasificación
S13.2	5	S27.0–S27.2	3
S13.3	3	S27.3–S27.5	2
S13.4	5	S27.6	4
S13.5–S13.6	6	S27.7	1
S14.0	5	S27.8–S27.9	2
S14.1	3	S28.0–S28.1	3
S14.2–S14.5	6	S29.0	6
S14.6	5	S29.7	3
S15.0	1	S29.8	6
S15.1	2	S29.9	3
S15.2–S15.3	3	S30.0–S30.9	6
S15.7–S15.9	1	S31.0–S31.1	6
S16	6	S31.2–S31.3	5
S17.0	3	S31.4–S31.8	6
S17.8	3	S32.0–S32.3	6
S17.9	3	S32.4	5
S18	1	S32.5	6
S19.7	3	S32.7–S32.8	5
S19.8	4	S33.0–S33.2	6
S19.9	5	S33.3	5
S20.0–S20.8	6	S33.4–S33.6	6
S21.0	6	S33.7	5
S21.1–S21.9	5	S34.0–S34.6	6
S22.0–S22.1	5	S34.8	5
S22.2–S22.3	6	S35.0–S35.1	1
S22.4	5	S35.2	3
S22.5	2	S35.3	2
S22.8–S22.9	5	S35.4	5
S23.0	6	S35.5	3
S23.1–S23.2	5	S35.7	2
S23.3–S23.5	6	S35.8–S35.9	5
S24.0–S24.1	4	S36.0–S36.9	3
S24.2–S24.6	5	S37.0–S37.9	5
S25.0	1	S38.0	6
S25.1	5	S38.1	5
S25.2	1	S38.2	4
S25.3	3	S38.3	3
S25.4	1	S39.0	6
S25.5	4	S39.6	3
S25.7	3	S39.7	4
S25.8	4	S39.8	6
S25.9	4	S39.9	4
S26.0	3	S40.0–S40.9	6
S26.8–S26.9	2	S41.0–S41.7	6

continúa...

...continuación

Código	Clasificación	Código	Clasificación
S41.8	5	S70.0–S70.9	6
S42.0	6	S71.0–S71.8	6
S42.1–S42.2	5	S72.0–S72.2	3
S42.3	5	S72.3–S72.9	4
S42.4	6	S73.0–S73.1	6
S42.7–S42.8	5	S74.0–S74.1	6
S42.9	5	S74.2–S74.7	5
S43.0–S43.7	6	S74.8–S74.9	6
S44.0–S44.9	6	S75.0	4
S45.0–S45.1	3	S75.1	5
S45.2–S45.9	5	S75.2	6
S46.0–S46.9	6	S75.7	5
S47	5	S75.8	6
S48.0–S48.9	3	S75.9	5
S49.7	5	S76.0–S76.7	6
S49.8–S49.9	6	S77.0–S77.2	5
S50.0–S50.9	6	S78.0–S78.9	3
S51.0–S51.9	6	S79.7–S79.9	5
S52.0–S52.9	5	S80.0–S80.9	6
S53.0–S53.4	6	S81.0–S81.9	6
S54.0–S54.9	6	S82.0–S82.9	5
S55.0	6	S83.0–S83.7	6
S55.1–S55.9	5	S84.0–S84.9	6
S56.0–S56.9	6	S85.0	5
S57.0–S57.9	6	S85.1–S85.2	6
S58.0–S58.9	4	S85.3	5
S59.7	4	S85.4–S85.5	6
S59.8	6	S85.7	5
S59.9	5	S85.8	6
S60.0–S60.9	6	S85.9	5
S61.0–S61.9	6	S86.0–S86.7	6
S62.0–S62.7	6	S86.8	5
S62.8	5	S86.9	6
S63.0–S63.7	6	S87.0	6
S64.0–S64.9	6	S87.8	5
S65.0	6	S88.0–S88.1	3
S65.1	5	S88.9	4
S65.2–S65.8	6	S89.7–S89.9	5
S65.9	5	S90.0–S90.9	6
S66.0–S66.9	6	S91.0–S91.7	6
S67.0–S67.8	6	S92.0–S92.9	6
S68.0–S68.3	6	S93.0–S93.6	6
S68.4–S68.9	4	S94.0–S94.9	6
S69.7–S69.9	5	S95.0	6

continúa...

...continuación

Código	Clasificación	Código	Clasificación
S95.1	5	T11.2	6
S95.2–S95.9	6	T11.3	5
S96.0–S96.9	6	T11.4	4
S97.0	6	T11.5	6
S97.1	5	T11.6	3
S97.8	6	T11.8–T11.9	5
S98.0	4	T12	5
S98.1–S98.3	6	T13.0–T13.3	6
S98.4	4	T13.4	5
S99.7–S99.9	5	T13.5	6
T00.0–T00.9	6	T13.6	3
T01.0	6	T13.8	4
T01.1	4	T13.9	5
T01.2–T01.6	6	T14.0	6
T01.8	5	T14.1	5
T01.9	6	T14.2	5
T02.0–T02.1	3	T14.3–T14.4	6
T02.2–T02.4	5	T14.5	5
T02.5–T02.9	3	T14.6	6
T03.0–T03.8	6	T14.7	2
T03.9	5	T14.8–T14.9	6
T04.0	4	T15.0–T15.8	6
T04.1–T04.3	5	T15.9	5
T04.4	5	T16	6
T04.7	5	T17.0–T17.9	5
T04.8	4	T18.0–T18.2	6
T04.9	5	T18.3–T18.4	5
T05.0–T05.9	3	T18.5–T18.9	6
T06.0–T06.1	3	T19.0–T19.1	6
T06.2–T06.4	5	T19.2	5
T06.5	3	T19.3–T19.8	6
T06.8	5	T19.9	5
T07	2	T20.0–T20.2	6
T08	5	T20.3	3
T09.0	6	T20.4–T20.6	6
T09.1	5	T20.7	3
T09.2	6	T21.0–T21.2	6
T09.3	3	T21.3	3
T09.4	4	T21.4–T21.6	6
T09.5	6	T21.7	3
T09.6	1	T22.0–T22.2	6
T09.8–T09.9	5	T22.3	5
T10	5	T22.4–T22.6	6
T11.0–T11.1	6	T22.7	5

continúa...

...continuación

Código	Clasificación	Código	Clasificación
T23.0–T23.2	6	T34.5	5
T23.3	5	T34.6–T34.9	6
T23.4–T23.6	6	T35.0	6
T23.7	5	T35.1	4
T24.0–T24.2	6	T35.2–T35.5	6
T24.3	5	T35.6	6
T24.4–T24.6	6	T35.7	5
T24.7	5	T66	6
T25.0–T25.2	6	T67.0	3
T25.3	5	T67.1–T67.3	6
T25.4–T25.6	6	T67.4	3
T25.7	5	T67.5–T67.6	6
T26.0–T26.2	6	T67.7	2
T26.3	5	T67.8	6
T26.4–T26.6	6	T67.9	5
T26.7–T26.9	5	T68	3
T27.0–T27.7	3	T69.0	6
T28.0	5	T69.1	5
T28.1–T28.4	3	T69.8	4
T28.5	6	T69.9	4
T28.6–T28.9	3	T70.0	5
T29.0	3	T70.1	4
T29.1–T29.2	6	T70.2	3
T29.3	3	T70.3	5
T29.4–T29.6	6	T70.4–T70.8	6
T29.7	3	T70.9	5
T30.0	3	T71	1
T30.1–T30.2	6	T73.0	3
T30.3–T30.4	3	T73.1	5
T30.5–T30.6	6	T73.2	6
T30.7	3	T73.3	5
T31.0–T31.1	5	T73.8–T73.9	6
T31.2	4	T74.0–T74.9	6
T31.3	3	T75.0	4
T31.4–T31.6	2	T75.1	2
T31.7–T31.9	1	T75.2–T75.3	6
T32.0–T32.1	5	T75.4	3
T32.2	4	T75.8	6
T32.3	3	T90.0–T90.4	6
T32.4–T32.5	2	T90.5	3
T32.6	3	T90.8	6
T32.7–T32.9	1	T90.9	3
T33.0–T33.9	6	T91.0–T91.1	6
T34.0–T34.4	6	T91.2–T91.3	4

continúa...

...continuación

Código	Clasificación	Código	Clasificación
T91.4	3	T95.1	5
T91.5-T91.8	6	T95.2-T95.3	6
T91.9	1	T95.4	3
T92.0-T92.2	5	T95.8-T95.9	3
T92.3-T92.8	6	T98.0-T98.1	1
T92.9	3	T98.2	6
T93.0	6		
T93.1	5		
T93.2-T93.3	6		
T93.4	5		
T93.5-T93.9	6		
T94.0-T94.1	3		
T95.0	6		

continúa...

7.8 Lista de categorías de códigos limitadas a, o más propensas a ocurrir en, solamente un sexo

7.8.1 Lista de categorías de códigos limitadas a, o más propensas a ocurrir en mujeres

A34	D07.3	M80.1	N76.8
B37.3	D25.0	M81.0	N77.0
C51.0	D25.1	M81.1	N77.1
C51.1	D25.2	M83.0	N77.8
C51.2	D25.9	N70.0	N80.0
C51.8	D26.0	N70.1	N80.1
C51.9	D26.1	N70.9	N80.2
C52	D26.7	N71.0	N80.3
C53.0	D26.9	N71.1	N80.4
C53.1	D27	N71.9	N80.5
C53.8	D28.0	N72	N80.6
C53.9	D28.1	N73.0	N80.8
C54.0	D28.2	N73.1	N80.9
C54.1	D28.7	N73.2	N81.0
C54.2	D28.9	N73.3	N81.1
C54.3	D39.0	N73.4	N81.2
C54.8	D39.1	N73.5	N81.3
C54.9	D39.2	N73.6	N81.4
C55	D39.7	N73.8	N81.5
C56	D39.9	N73.9	N81.6
C57.0	E28.0	N74.0	N81.8
C57.1	E28.1	N74.1	N81.9
C57.2	E28.2	N74.2	N82.0
C57.3	E28.3	N74.3	N82.1
C57.4	E28.8	N74.4	N82.2
C57.7	E28.9	N74.8	N82.3
C57.8	E89.4	N75.0	N82.4
C57.9	F52.5	N75.1	N82.5
C58	F53.0	N75.8	N82.8
C79.6	F53.1	N75.9	N82.9
D06.0	F53.8	N76.0	N83.0
D06.1	F53.9	N76.1	N83.1
D06.7	F84.2	N76.2	N83.2
D06.9	I86.3	N76.3	N83.3
D07.0	L29.2	N76.4	N83.4
D07.1	L70.5	N76.5	N83.5
D07.2	M80.0	N76.6	N83.6

continúa...

...continuación

N83.7	N89.6	N94.8	O03.1
N83.8	N89.7	N94.9	O03.2
N83.9	N89.8	N95.0	O03.3
N84.0	N89.9	N95.1	O03.4
N84.1	N90.0	N95.2	O03.5
N84.2	N90.1	N95.3	O03.6
N84.3	N90.2	N95.8	O03.7
N84.8	N90.3	N95.9	O03.8
N84.9	N90.4	N96	O03.9
N85.0	N90.5	N97.0	O04.0
N85.1	N90.6	N97.1	O04.1
N85.2	N90.7	N97.2	O04.2
N85.3	N90.8	N97.3	O04.3
N85.4	N90.9	N97.4	O04.4
N85.5	N91.0	N97.8	O04.5
N85.6	N91.1	N97.9	O04.6
N85.7	N91.2	N98.0	O04.7
N85.8	N91.3	N98.1	O04.8
N85.9	N91.4	N98.2	O04.9
N86	N91.5	N98.3	O05.0
N87.0	N92.0	N98.8	O05.1
N87.1	N92.1	N98.9	O05.2
N87.2	N92.2	N99.2	O05.3
N87.9	N92.3	N99.3	O05.4
N88.0	N92.4	O00.0	O05.5
N88.1	N92.5	O00.1	O05.6
N88.2	N92.6	O00.2	O05.7
N88.3	N93.0	O00.8	O05.8
N88.4	N93.8	O00.9	O05.9
N88.8	N93.9	O01.0	O06.0
N88.9	N94.0	O01.1	O06.1
N89.0	N94.1	O01.9	O06.2
N89.1	N94.2	O02.0	O06.3
N89.2	N94.3	O02.1	O06.4
N89.3	N94.4	O02.8	O06.5
N89.4	N94.5	O02.9	O06.6
N89.5	N94.6	O03.0	O06.7

continúa...

...continuación

O06.8	O15.0	O26.2	O32.3
O06.9	O15.1	O26.3	O32.4
O07.0	O15.2	O26.4	O32.5
O07.1	O15.9	O26.5	O32.6
O07.2	O16	O26.6	O32.8
O07.3	O20.0	O26.7	O32.9
O07.4	O20.8	O26.8	O33.0
O07.5	O20.9	O26.9	O33.1
O07.6	O21.0	O28.0	O33.2
O07.7	O21.1	O28.1	O33.3
O07.8	O21.2	O28.2	O33.4
O07.9	O21.8	O28.3	O33.5
O08.0	O21.9	O28.4	O33.6
O08.1	O22.0	O28.5	O33.7
O08.2	O22.1	O28.8	O33.8
O08.3	O22.2	O28.9	O33.9
O08.4	O22.3	O29.0	O34.0
O08.5	O22.4	O29.1	O34.1
O08.6	O22.5	O29.2	O34.2
O08.7	O22.8	O29.3	O34.3
O08.8	O22.9	O29.4	O34.4
O08.9	O23.0	O29.5	O34.5
O10.0	O23.1	O29.6	O34.6
O10.1	O23.2	O29.8	O34.7
O10.2	O23.3	O29.9	O34.8
O10.3	O23.4	O30.0	O34.9
O10.4	O23.5	O30.1	O35.0
O10.9	O23.9	O30.2	O35.1
O11	O24.0	O30.8	O35.2
O12.0	O24.1	O30.9	O35.3
O12.1	O24.2	O31.0	O35.4
O12.2	O24.3	O31.1	O35.5
O13	O24.4	O31.2	O35.6
O14.0	O24.9	O31.8	O35.7
O14.1	O25	O32.0	O35.8
O14.2	O26.0	O32.1	O35.9
O14.9	O26.1	O32.2	O36.0

continúa...

...continuación

O36.1	O60.2	O66.4	O72.1
O36.2	O60.3	O66.5	O72.2
O36.3	O61.0	O66.8	O72.3
O36.4	O61.1	O66.9	O73.0
O36.5	O61.8	O67.0	O73.1
O36.6	O61.9	O67.8	O74.0
O36.7	O62.0	O67.9	O74.1
O36.8	O62.1	O68.0	O74.2
O36.9	O62.2	O68.1	O74.3
O40	O62.3	O68.2	O74.4
O41.0	O62.4	O68.3	O74.5
O41.1	O62.8	O68.8	O74.6
O41.8	O62.9	O68.9	O74.7
O41.9	O63.0	O69.0	O74.8
O42.0	O63.1	O69.1	O74.9
O42.1	O63.2	O69.2	O75.0
O42.2	O63.9	O69.3	O75.1
O42.9	O64.0	O69.4	O75.2
O43.0	O64.1	O69.5	O75.3
O43.1	O64.2	O69.8	O75.4
O43.2	O64.3	O69.9	O75.5
O43.8	O64.4	O70.0	O75.6
O43.9	O64.5	O70.1	O75.7
O44.0	O64.8	O70.2	O75.8
O44.1	O64.9	O70.3	O75.9
O45.0	O65.0	O70.9	O80.0
O45.8	O65.1	O71.0	O80.1
O45.9	O65.2	O71.1	O80.8
O46.0	O65.3	O71.2	O80.9
O46.8	O65.4	O71.3	O81.0
O46.9	O65.5	O71.4	O81.1
O47.0	O65.8	O71.5	O81.2
O47.1	O65.9	O71.6	O81.3
O47.9	O66.0	O71.7	O81.4
O48	O66.1	O71.8	O81.5
O60.0	O66.2	O71.9	O82.0
O60.1	O66.3	O72.0	O82.1

continúa...

...continuación

O82.2	O89.4	O98.5	Q52.5
O82.8	O89.5	O98.6	Q52.6
O82.9	O89.6	O98.7	Q52.7
O83.0	O89.8	O98.8	Q52.8
O83.1	O89.9	O98.9	Q52.9
O83.2	O90.0	O99.0	Q96.0
O83.3	O90.1	O99.1	Q96.1
O83.4	O90.2	O99.2	Q96.2
O83.8	O90.3	O99.3	Q96.4
O83.9	O90.4	O99.4	Q96.8
O84.0	O90.5	O99.5	Q96.9
O84.1	O90.8	O99.6	Q97.0
O84.2	O90.9	O99.7	Q97.1
O84.8	O91.0	O99.8	Q97.2
O84.9	O91.1	P54.6	Q97.3
O85	O91.2	Q50.0	Q97.8
O86.0	O92.0	Q50.1	Q97.9
O86.1	O92.1	Q50.2	R87.0
O86.2	O92.2	Q50.3	R87.1
O86.3	O92.3	Q50.4	R87.2
O86.4	O92.4	Q50.5	R87.3
O86.8	O92.5	Q50.6	R87.4
O87.0	O92.6	Q51.0	R87.5
O87.1	O92.7	Q51.1	R87.6
O87.2	O94	Q51.2	R87.7
O87.3	O95	Q51.3	R87.8
O87.8	O96.0	Q51.4	R87.9
O87.9	O96.1	Q51.5	S31.4
O88.0	O96.9	Q51.6	S37.4
O88.1	O97.0	Q51.7	S37.5
O88.2	O97.1	Q51.8	S37.6
O88.3	O97.9	Q51.9	T19.2
O88.8	O98.0	Q52.0	T19.3
O89.0	O98.1	Q52.1	T83.3
O89.1	O98.2	Q52.2	Y42.4
O89.2	O98.3	Q52.3	Y42.5
O89.3	O98.4	Q52.4	Y76.0

continúa...

...continuación

Y76.1	Z37.2
Y76.2	Z37.3
Y76.3	Z37.4
Y76.8	Z37.5
Z01.4	Z37.6
Z12.4	Z37.7
Z30.1	Z37.9
Z30.3	Z39.0
Z30.5	Z39.1
Z31.1	Z39.2
Z31.2	Z64.0
Z32.0	Z64.1
Z32.1	Z87.5
Z33	Z91.7
Z34.0	Z97.5
Z34.8	
Z34.9	
Z35.0	
Z35.1	
Z35.2	
Z35.3	
Z35.4	
Z35.5	
Z35.6	
Z35.7	
Z35.8	
Z35.9	
Z36.0	
Z36.1	
Z36.2	
Z36.3	
Z36.4	
Z36.5	
Z36.8	
Z36.9	
Z37.0	
Z37.1	

7.8.2 Lista de categorías de códigos limitadas a, o más propensas a ocurrir en, hombres

B26.0	I86.1	N49.8	Q98.6
C60.0	L29.1	N49.9	Q98.7
C60.1	N40	N50.0	Q98.8
C60.2	N41.0	N50.1	Q98.9
C60.8	N41.1	N50.8	R86.0
C60.9	N41.2	N50.9	R86.1
C61	N41.3	N51.0	R86.2
C62.0	N41.8	N51.1	R86.3
C62.1	N41.9	N51.2	R86.4
C62.9	N42.0	N51.8	R86.5
C63.0	N42.1	P83.5	R86.6
C63.1	N42.2	Q53.0	R86.7
C63.2	N42.3	Q53.1	R86.8
C63.7	N42.8	Q53.2	R86.9
C63.8	N42.9	Q53.9	S31.2
C63.9	N43.0	Q54.0	S31.3
D07.4	N43.1	Q54.1	Z12.5
D07.5	N43.2	Q54.2	
D07.6	N43.3	Q54.3	
D17.6	N43.4	Q54.4	
D29.0	N44	Q54.8	
D29.1	N45.0	Q54.9	
D29.2	N45.9	Q55.0	
D29.3	N46	Q55.1	
D29.4	N47	Q55.2	
D29.7	N48.0	Q55.3	
D29.9	N48.1	Q55.4	
D40.0	N48.2	Q55.5	
D40.1	N48.3	Q55.6	
D40.7	N48.4	Q55.8	
D40.9	N48.5	Q55.9	
E29.0	N48.6	Q98.0	
E29.1	N48.8	Q98.1	
E29.8	N48.9	Q98.2	
E29.9	N49.0	Q98.3	
E89.5	N49.1	Q98.4	
F52.4	N49.2	Q98.5	

7.9 Lista de términos modificados en las instrucciones de codificación para mortalidad

CIE-10, ediciones previas	CIE-10, edición 2016
Causa antecedente originaria	Punto de inicio
Causa originaria	Punto de inicio
Reglas de selección de la causa antecedente originaria	Encontrar el punto de inicio
Principio general	Paso SP3 - Más de una línea utilizada en la Parte 1, primera causa en la última línea utilizada explica todas las afecciones arriba mencionadas
Regla 1	SP4 - Primera causa en la última línea utilizada no explica todas las afecciones arriba mencionadas pero una secuencia finaliza con la afección terminal
Regla 2	SP5 - Sin secuencia en la Parte 1
Regla 3	SP6 - Causa obvia
Regla A. Senilidad y otras afecciones mal definidas	SP7 - Afecciones mal definidas
Regla B. Afecciones triviales	SP8 - Afecciones improbables de provocar la muerte
Regla C. Asociación	M1- Instrucciones especiales (Asociación)
Regla D. Especificidad	M2 - Especificidad
"Cuando es informada como causa antecedente originaria de"	"Cuando es informada como causa de"
Naturaleza de la lesión	Lesión principal

8. Referencias

1. *International Classification of Diseases for Oncology* (ICD-0), 2nd. ed. Geneva: World Health Organization; 1990.
2. *Systematized Nomenclature of Medicine* (SNOMED). Chicago: College of American Pathologists; 1976.
3. *Manual of Tumor Nomenclature and Coding* (MOTNAC). New York: American Cancer Society; 1968.
4. *Systematized Nomenclature of Pathology* (SNOP). Chicago: College of American Pathologists; 1965.
5. *Clasificación Internacional de Trastornos Mentales y del Comportamiento* (CIE-10): Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1992.
6. *International Classification of Procedures in Medicine* (ICPM). Vols. 1 and 2. Geneva: World Health Organization; 1978.
7. *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de Clasificación de las Consecuencias de la Enfermedad*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales; 1983.
8. *International Nomenclature of Diseases*. Geneva: The Council for International Organizations of Medical Sciences; World Health Organization. (Para mayor detalle sobre los volúmenes individuales, véase el texto).
9. *Sixteenth Annual Report*. London: Registrar General of England and Wales; 1856, p. 73.
10. Knibbs GH. The International Classification of Disease and Causes of Death and its Revision. *Medical Journal of Australia* 1929;1:2–12.
11. Greenwood M. *Medical Statistics from Graunt to Farr*. Cambridge: Cambridge University Press; 1948.
12. *First Annual Report*. London: Registrar General of England and Wales; 1839, pág. 99.
13. Bertillon J. Classification of the Causes of Death (abstract). En: *Transactions of the 15th International Congress on Hygiene Demography*. Washington, D.C.; 1912.
14. *Bulletin of the Institute of International Statistics*, 1900; 12:280.
15. Roesle E. *Essai d'une statistique comparative de la morbidité devant servir à établir les listes spéciales des causes de morbidité*. Geneva: League of Nations Health Organization; 1928. (Document C.H. 730).
16. *Nomenclatures internationales de causes de décès*. The Hague: International Statistical Institute; 1940.
17. Medical Research Council, Committee on Hospital Morbidity Statistics. *A Provisional Classification of Diseases and Injuries for Use in Compiling Morbidity Statistics*. London: Her Majesty's Stationery Office; 1944. (Special Report Series No. 248).

18. United States Public Health Service, Division of Public Health Methods.
19. Manual for Coding Causes of Illness According to a Diagnosis Code for *Tabulating Morbidity Statistics*. Washington, D.C.: Government Publishing Office; 1944. (Miscellaneous Publication No. 32).
20. *Official Records of the World Health Organization* 1948; 11:23.
21. *Official Records of the World Health Organization* 1948; 2:110.
22. *Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. Sexta Revisión*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1949.
23. *Report of the International Conference for the Seventh Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death*. Geneva: World Health Organization; 1955. (Unpublished document WHO/HS/7 Rev. Conf./17 Rev. 1).
24. Tercer Informe del Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1953. (Serie de Informes Técnicos de la OMS, 53).
25. *Report of the International Conference for the Eighth Revision of the International Classification of Diseases*. Geneva: World Health Organization; 1965.
26. *Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción, Volumen 1*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1978. (Publicación científica 353).

Índice

- Aborto, complicaciones 103, 184
 Accidentes 60, 64, 106
 Adaptaciones basadas en especialidades 6
 Afecciones agudas y crónicas 169
 hipertensivas 59, 63, 91
 mal definidas 201, 233
 múltiples 161, 163
 poco probables de causar la muerte 49, 234
 sospechosas 221
 Agentes infecciosos (bacterianos) (virales) 178
 Agentes tóxicos 23
 Alcohol 100-118, 223
 Anomalías cromosómicas 151, 152
 Apéndice 219-262
Aplicación de la CIE a la odontología y la estomatología (CIE-OE) 7
Aplicación de la CIE a la reumatología y la ortopedia (CIE-RO) 7
 Arritmias cardíacas 60, 84
 Asma 60, 99
 Asociación instrucción especial 51, 72-107
 resumen según código 108-110
 Atención primaria 11
 Aterosclerosis 52-56
 Bertillon, Jacques 207-208
 Bossier de Lacroix, François (Sauvages) 206-208
 Bronquitis 99
 Cáncer *ver* Tumores malignos
 Capítulos de la CIE 16
 Carcinoma 65, 80, 145, 146, 162
 Carcinomatosis 180
 Categorías combinadas 166-167
 Categorías de asterisco (*ver también* Sistema de daga y asterisco) 21-28, 164
 Categorías de tres caracteres 15-17
 grupos de 17
 índice alfabético 19, 20, 26-27
 presentación estadística 189
 Causa(s) de muerte básica provisional 51-56, 72
 pasos de selección 41-57
 SP1-SP8, M1-M4, 41-57
 asociación 51, 72-107
 básica de defunción 31-32
 notas para usar en la codificación 51
 pasos para la selección 41-57
 resumen de códigos que no se deben utilizar 108-110
 certificación 31, 154, 189
 historia de la clasificación 206-211
 consistencia entre el sexo y el diagnóstico 153
 definición 31
 duración de la enfermedad 34, 63
 especificidad 54
 expresiones que indican diagnóstico dudoso 162
 interpretación de los diagnósticos 204
 lista internacional de 207-209
 modificación 39
 pasos de modificación 51-56
 presentación estadística 189-191
 presunción de causa intercurrente 144
 secuencia 35
 Causas externas morbilidad 152, 163, mortalidad 190
 Ceguera 90, 150, 184
 Certificado de defunción 189, 200
 CIE-10
 capítulos 16-17
 clasificaciones no diagnósticas 8-11
 clasificaciones relacionadas con diagnósticos 6-8
 cómo utilizar 19-30

- estructura básica y principios 14–18
- familia de clasificaciones 3
- historia del desarrollo 206–218
- papel de la OMS 13
- preparaciones 217–218
- propósito y aplicabilidad 2–3
- Clasificación de enfermedades*
 - historia 206–208
 - no diagnóstica 8–11
 - principios 13–14
 - relacionada con diagnósticos 6–8
- Clasificación Internacional de Causas de Enfermedad y Muerte* 212
- Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (CIDD) 9
- Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología* (CIE-O) 6–7
- Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción* 214
 - Décima Revisión *ver* CIE-10
 - Novena Revisión 216
 - Octava Revisión 216
 - Séptima Revisión 216
- Clasificación Internacional de Procedimientos en Medicina* (CIPM) 8–9
- Clasificación Internacional de Trastornos Musculosqueléticos* (CITME) 7
- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF) 9–11
- Clasificación por edades y zonas (geográficas) 193–194
- Codificación doble 21–22, 167
- Codificación, orientaciones básicas 29–30
- Códigos “U” 18
- “Comisión Mixta” 209
- Comité de los Estados Unidos para las Causas Conjuntas de Defunción 213
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (COICM) 12
- Convenciones 23–26, 28
- Corchetes 24
- Corea 89
- Cuadriplejía 90
- Cullen, William 206
- Daga y asterisco, sistema de 21–22, 164
- D’Espine, Marc 207
- Deficiencias 10
- Definiciones 194, 199
- Defunción
 - causas de *ver* Causa(s) de muerte fetal 159, 186
 - criterios para notificar la información 196
 - definiciones 199–201
 - estadísticas para comparación internacional 31, 204
 - registro 124
 - materna (*ver también* Mortalidad materna) 151, 159, 199
 - neonatal 199
 - criterios para notificar la información 198
 - definiciones 194– 196
 - estadísticas para comparación internacional 196
 - relacionada con el embarazo 154
- Dermatología 7
- Descripciones de glosarios 20
- Deshidratación (depleción del volumen) 66, 70
- Desnutrición, secuelas de la 182
- Desproporción fetopélvica 104
- Diabetes mellitus 59, 60, 62, 81, 181,
- Diagnósticos
 - dudosos 162
 - y síntomas imprecisos 162
- Discapacidad 9
- Doble código 21–22, 164
- Dos puntos 23–24
- Drogas, envenenamiento por 123, 163
- Duración de la enfermedad y codificación de la mortalidad

- 34, 42, 221, 225
Edad gestacional 194
 clasificación por 195
Edema pulmonar 68
Embarazo 103, 104, 118
 a término 174
 ectópico y molar, complicaciones 104
 múltiple 104
Encefalitis viral, secuelas de la 150
Enfermedad(es)
 cardíaca 150-158
 reumática 150
 cerebrovascular 163, 183
 circulatorias
 postprocedimientos 27,
 del hígado 100, 101
 del sistema nervioso 141
 inflamatorias 101, 150, 182
 procedimientos 120, 165
 de la válvula mitral 91
 endocrinas 152, 181
 infecciosas y parasitarias
 codificación en morbilidad 177
 codificación en mortalidad 61, 67, 72
 secuelas 178
 tumores malignos y 149
 inflamatoria del sistema nervioso
 central 182
 isquémica del corazón 52-53, 92
 metabólicas 152, 181
 nutricionales 152, 181
 secundarias 70
 por el virus de la inmunodeficiencia
 humana (VIH)
 codificación de la
 morbilidad 177-178
 codificación de la mortalidad 58,
 61-65, 177, 247,
 pulmonar del corazón 94, 102
Enfisema 99
Envenenamiento
 codificación en mortalidad 108-115
 doble código 27
 secuelas 110
Erisipela 20
Esclerosis hepática 88
Escoliosis 94
Especificidad
 causa de muerte 54, 162
 codificación en morbilidad
 171, 175
Estado asmático 60, 99
Esterilidad 103
Estomatología 7
Farr, William 13, 14, 206-208, 211
Femenino, categorías limitadas al
 sexo 255
Fibrosis 74, 88, 100
Fiebre reumática 150, 151
Fractura de cadera 35-37
Fracturas de cráneo 111
Graunt, John 206
Gripe (influenza) 61
Grupos de categorías 17
Hallazgos anormales clínicos y de
 laboratorio 66, 83, 165
Hemiplejía 183
Hemofilia 43, 58, 62
Hepatitis crónica 88, 100, 136
Hiperalimentación, secuelas de 182
Hipertensión
 afecciones 53, 59, 63
 esencial (primaria) 84, 91
 secundaria 93, 94
Hombres, categorías limitadas a 261
Huber, Michel 209
Índice alfabético (Volumen 3) 27
 Códigos 28
 convenciones 28-29
 estructura 28
Índice internacional de códigos para
 dermatología 7
Infarto agudo del miocardio 33-35
Infecciones respiratorias
 postprocedimientos 65
 superiores agudas 98, 228
Infertilidad 103, 244
Influenza (gripe) 61, 63
Información
 basada en la comunidad 11

- por personal no médico (lego) 11
- Instituto Internacional de
 - Estadística 1207-208
- Insuficiencia cardíaca 226, 233
 - hepática 50
 - renal 59
- Knibbs, George H 206
- “Lay reporting” 11
- Lesión intracranal 87
- Linnaeus (Linneo), Carolus 206
- Lista Internacional de Causas de Defunción 207, 209
 - Quinta Revisión 209
 - Sexta Revisión 214
- Lista tabular
 - convenciones 23–30
 - uso 19–20
- Listas especiales de tabulación 6, 16
 - morbilidad 17, 189
 - mortalidad 17, 157
- Llave 25
- M1-M4 51
- Malformaciones/deformidades
 - congénitas 151, 152
- Masculino, categorías limitadas al sexo 261
- Medicamentos, envenenamiento por 149
- Meningococemia 73
- Métodos no convencionales, recolección de información 11–12
- Morbilidad 160
 - causas externas 167, 188,
 - codificación de la “afección principal” y de “otras afecciones” 170
 - estadísticas 191
 - historia de la clasificación de enfermedades 13–14
 - información diagnóstica para el análisis por causa única 164, 217
 - lista especial de tabulación 16
 - modificación para usos nacionales 189
- reglas para la reselección de la afección principal 170–176
- Morfología de los tumores 6–7
- Mortalidad (*ver también* Causa(s) de muerte)
 - clasificación por edad 193, 198, 199
 - codificación de enfermedades infecciosas y parasitarias 177
 - duración de la enfermedad y codificación de la 221
 - fetal 193–198
 - infantil 198–199
 - lista especial de tabulación 6, 191
 - listas condensadas 190
 - listas elaboradas localmente 191
 - listas seleccionadas 190
 - materna 199
 - definiciones 199–201
 - denominaciones 201
 - información internacional 200
 - publicación de las tasas 201
 - neonatal 193–197
 - orientaciones para la certificación y pasos de codificación 154–157
 - perinatal 154
 - certificación 158–160
 - certificación de las causas de muerte 158–160
 - codificación 158–164
 - criterios para el registro de la información 198
 - edad gestacional 194
 - talla de la coronilla al talón 194
 - definiciones 194–196
 - estadísticas para comparación internacional 196–198
 - presentación de causas 198
 - pasos de codificación 158
 - tabulación por causa 193
 - uso de prefijos para la identificación de las listas 192
 - Muertes obstétricas 199
 - directas 199
 - indirectas 200
 - Mujeres, categorías limitadas a 255

- Nacimiento(s)
 registro de 155
 vivo 158, 159, 194
- NCOP (no clasificado en otra parte) 28
- Neoplasias *ver* Tumores
- Neumoconiosis 73
- Neumonía 74
- Neurología 7, 173
 Nightingale, Florence 211
- Niveles de quinto carácter o subsecuentes 18, 217
- Nomenclatura, reglamentos de 12–13
- Nomenclatura Internacional de Enfermedades (NIE) 12–13
- Nomenclatura Sistematizada de Medicina (SNOMED) 6
- Notificación por personal no médico 11
- Odontología 7
- Oído y apófisis mastoides, trastornos del 16, 91 184, 238
- Ojo y sus anexos, enfermedades del 90, 184
- Oncología 6–7
- Operaciones (*ver también* Trastornos, postprocedimiento)
 causa de defunción 27–28
 consecuencias 187
- Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones 209-210
- Ortopedia 7
- Pancreatitis 64, 75, 88, 102
- Paraplejía 90
- Paréntesis 23, 24, 28, 29
- Paro cardíaco 60, 94, 221
- Parto 184, 186, 243, 244
- Pérdida de la audición 184
- Pérdida del volumen líquido (deshidratación) 66
- Período neonatal y perinatal 151
- Peso al nacer 194
 bajo 194
 clasificación 194
 criterios para el registro de la información 196
- extremadamente bajo 174
 muy bajo 194
- Pielonefritis 68, 229
- Población, tamaño pequeño 202
- Postérmino 195
- Presentación estadística 189 -201
 categorías de tres caracteres 17, 190-192
 causas de muerte mal definidas 201, 233, 262
 “celdas vacías”/celdas con frecuencias bajas 203
 comparaciones internacionales 189, 191 202, 204
 fuentes de datos 189
- lista de tabulación para la morbilidad 191
- listas de tabulación para la mortalidad 191
 morbilidad 191, 192
- mortalidad fetal, perinatal, neonatal e infantil 193-195
- mortalidad materna 199–201
- nivel de detalle por causa 189-190
- subtotales 202
- tamaño pequeño de la población 202
- Pretérmico 195
- Procedimientos en medicina 4–8
- Puerperio 199-200
- Punto de inicio 35-40
- Punto y guion 26
- Raquítismo, secuelas de 150
- Razón *ver* Tasas y razones
- Recolección de información, métodos no convencionales 11–12
- Referencias cruzadas 28
 “ver” “y “ver también” 28, 29
- Renal (es)
 arteria 71
 enfermedad 66
 crónica 82
 hipertensiva 91
 insuficiencia 68, 69
 tumores 59

- Retraso mental 183, 235
- Reumatología 7
- Rinofaringitis aguda 98
- Riñón contraido 103
- Roesle, E. 209
- SAI (sin otra indicación) 25
- Sangre y órganos hematopoyéticos, enfermedades de la 81
- Sauvages (François Bossier de Lacroix) 206
- Secuelas categorías 27
 - codificación en morbilidad 163, 168
- Secuencia, causas de muerte 32
- Senilidad 167, 262
- Sepsis 22, 36, 47
- Servicios de salud, contacto sin enfermedad 106
- Sexo
 - categorías limitadas a un 153
 - clasificación por 192, 193
 - consistencia del diagnóstico con el 202
- Signos 187, 233, 243
- Síndrome(s)
 - carcinoide 182
 - nefrítico 66, 68
 - paralíticos 70, 90
- Síntomas 127, 162, 165, 187
- Sistema de daga y asterisco 21–22
 - codificación de la morbilidad 164, 217
- Situaciones en que no hay enfermedad 106, 165
- SP1-SP8 41-49, 56
- Subcategorías de cuatro caracteres 17
 - presentación estadística 190, 191
 - uso 17
- Subdivisiones suplementarias 18
- Suicidio 64
- Sustancias
 - biológicas, envenenamiento por 112
- Talla 196-198
- Tasas y razones
 - mortalidad fetal, específica por peso 197
- mortalidad infantil, específica por peso 194
- mortalidad materna 201
- mortalidad neonatal (precoz), específica por peso 197, 198
- mortalidad obstétrica (directa, indirecta) 199
- mortalidad perinatal, específica por peso 194
- mortalidad relacionada con el embarazo 199, 200
- muerte fetal 159, 186
- Término, embarazo a 195
- Términos de exclusión 20
 - inclusión 19–20
 - principales (Índice) 29
- Tracoma, secuelas de 150
- Trastornos
 - de la conducción 60, 94
 - digestivos, postprocedimientos 102
 - embólicos 230
 - genitourinarios, postprocedimientos 103
 - mentales y del comportamiento 182, 235
 - codificación en mortalidad 63, 64
 - descripciones de glosario 20
 - orgánicos 87, 100
 - osteomusculares, congénito 245
 - postprocedimientos 103
 - codificación en morbilidad 103
 - endocrinos y metabólicos 86
 - oído y apófisis mastoides 91
 - ojo y sus anexos 184
 - osteomusculares 103, 245
 - sistema circulatorio 120, 126
 - sistema digestivo 102, 146
 - sistema genitourinario 103
 - sistema nervioso 144
 - sistema respiratorio 100
 - respiratorios, postprocedimientos 100
- Traumatismos 152-153
 - codificación en morbilidad 163
 - codificación en mortalidad 105, 106

- doble código 22
- múltiples 111
- secuelas 163
- Tuberculosis 62, 64
- Tumores
 - activos funcionalmente 63
 - codificación en morbilidad 179
 - del pulmón 135
 - morfología 6, 7, 138-142
- Tumores malignos 6-7
 - codificación en morbilidad 179-180
 - codificación en mortalidad 58-68,
 - 70, 72, 75, 80, 133-146
 - enfermedades circulatorias y 60
 - enfermedades infecciosas y
 - 61, 64
 - implicación de malignidad 133-135
 - metastásicos 134-149
 - sitio no especificado 131
 - sitio primario desconocido 133
 - sitio primario indicado 132
 - sitios con prefijos o definiciones
 - imprecisas 131
 - sitios múltiples 180
 - sitios múltiples (primarios)
 - independientes 180, 181
- Uso de sustancias psicoactivas 87,
- Uso de tabaco 89
- VIH *ver* Enfermedad, por el virus de la inmunodeficiencia humana
- Visión disminuida 90, 166
- “Y” en los títulos 26
- Zonas urbanas 193