CIE - 11

Clasificación Internacional de Enfermedades Para las Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad

Guía de Referencia

11ª. Revisión

Febrero, 2023

0 Guía de Referencia de la CIE-11

0 Guía de referencia de la CIE-11

0.1 Página de derechos de autor
0.2 Cómo utilizar esta Guía de referencia
0.3 Tabla de acrónimos y abreviaturas
0.4 Glosario

1 Parte 1 - Introducción a la CIE-11

1.1 Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)
1.1.1 Usos previstos
1.1.2 Clasificación
1.1.3 La CIE en el contexto de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (FCI-OMS)
1.1.4 FCI-OMS: Clasificaciones de Referencia
1.1.4.1 Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)
1.1.4.2 Clasificación Internacional de Intervenciones en Salud (CIIS)
1.1.4.3 FCI-OMS: Clasificaciones derivadas
1.1.4.4 Clasificaciones relacionadas
1.1.5 Uso de la CIE en los sistemas de información en salud
1.1.5.1 Uso de la CIE-11 en un entorno digital y con servicios web
1.1.5.2 Uso de la CIE-11 en un entorno analógico en papel
1.1.5.3 Versión electrónica
1.1.6 Vínculos con otras clasificaciones y terminologías
1.1.6.1 Uso integrado con terminologías
1.1.6.2 Funcionamiento en la CIE y uso conjunto con la visión general de la CIF

1.2 Estructura y taxonomía de la CIE
1.2.1 Taxonomía
1.2.1.1 Modelo de contenido y definición de enfermedad
1.2.2 Estructura de los capítulos de la CIE
1.2.3 Principios rectores para la clasificación de los conceptos especiales
1.2.4 Características generales de la CIE-11
1.2.4.1 Estructura de los códigos
1.2.4.2 Identificadores uniformes de recursos
1.2.4.3 Bloques de códigos
1.2.4.4 Códigos de base
1.2.4.5 Códigos de extensión y poscoordinación
1.2.4.6 Otras características generales
1.2.5 El Componente Fundamental y las listas tabulares de la CIE-11
1.2.5.1 Precoordinación y poscoordinación en la CIE-11
1.2.5.2 Paternidad múltiple
1.2.6 Entidades de la CIE independientes del idioma

1.3 Principales usos de la CIE: Mortalidad
1.3.1 Qué se codifica: Causas de la defunción

1.4 Principales usos de la CIE: Morbilidad

1.4.1 Qué se codifica: Afecciones del paciente

1.5 Medicina tradicional

1.6 Mantenimiento de la CIE
1.6.1 Principios rectores del proceso de autoría
1.6.2 Mejora de la orientación al usuario
1.6.3 Introducción al proceso de actualización de la CIE-11
1.6.4 Modificaciones nacionales para la codificación de la morbilidad

2 Parte 2 - Uso de la CIE-11

2.1 Directrices básicas de codificación y elaboración de informes

2.2 Lista Tabular, Listas Especiales de Tabulación, Calificadores y Modificadores

2.3 Índice

2.4 Guía de referencia

2.5 Navegador y herramienta de codificación

2.6 Codificación paso a paso - términos clínicos

2.7 Convenciones de la CIE-11
2.7.1 Inclusiones
2.7.2 Exclusiones
2.7.2.1 Instrucciones "Codifique también" y "Use código adicional, si lo desea"
2.7.3 "NCOP" y "SAI"
2.7.3.1 "NCOP"
2.7.3.2 "SAI"
2.7.4 "Ciertas, ciertos, algunos, algunas"
2.7.5 Categorías residuales - "Otros, otras" y "Sin especificación"
2.7.6 Uso de "Y" y "O"
2.7.7 "Debido a, debida a" y "Asociado a, asociada a"
2.7.8 Ortografía, paréntesis, gramática y otras convenciones
2.7.9 Características generales

2.8 Códigos de base

2.9 Códigos de extensión

2.10 Precoordinación y poscoordinación
2.10.1 Adición de detalles: poscoordinación y codificación en grupos (clústers) con múltiples códigos de base y códigos de extensión
2.10.2 Combinación de códigos de base y códigos de extensión, y cómo ordenarlos en una combinación de códigos compleja (clúster)
2.10.3 Momento en que se estableció el diagnóstico - "Presente al ingreso" frente a "Establecido después del ingreso"

2.11 Sección del funcionamiento
2.11.1 Evaluación del funcionamiento
2.11.1.1 WHODAS 2.0: características y casos de uso
2.11.1.2 WHODAS 2.0: representación y estructura de codificación

2.11.2 Entidad de funcionamiento genérico
2.11.2.1 Entidades de funcionamiento: características y casos de uso
2.11.2.2 Entidad de funcionamiento: representación y estructura de codificación

2.12 Registros electrónicos e informes

2.13 Componente Fundamental y las listas tabulares

2.14 Principales usos de la CIE: Mortalidad

2.15 Estadísticas de mortalidad
2.15.1 Qué se codifica: Causa básica de defunción
2.15.2 Fuente de datos: El formulario internacional del Certificado Médico de Causa de Defunción (CMCD)
2.15.3 Uso rutinario y casos especiales
2.15.3.1 Sistemas de notificación rutinaria de las causas de defunción
2.15.3.2 Autopsia verbal

2.16 Conceptos básicos
2.16.1 Causa terminal de la muerte
2.16.2 Relación causal y secuencia
2.16.3 Punto de inicio
2.16.4 Duración
2.16.5 Primera secuencia informada
2.16.6 Causa básica de defunción (CBD)
2.16.7 Prioridad de la causa básica
2.16.8 Modificación

2.17 Instrucciones para la codificación de la mortalidad
2.17.1 Orientaciones para la codificación de la causa básica y codificación de las causas múltiples
2.17.2 Selección de la causa básica de defunción
2.17.3 Identificación del punto de inicio (Pasos SP1 a SP8)
2.17.4 Paso SP1 - Causa única en el certificado
2.17.5 Paso SP2 - Primera afección en la única línea utilizada
2.17.6 Paso SP3 - La primera afección en la línea más baja utilizada causa todas las anotadas arriba de ella
2.17.7 Paso SP4 - Punto de inicio de la primera secuencia mencionada
2.17.8 Paso SP5 - Causa terminal (directa) de la muerte cuando no hay secuencia
2.17.9 Paso SP6 - Causa obvia
2.17.10 Paso SP7 - Afecciones mal definidas
2.17.11 Paso SP8 - Afecciones poco probables de causar la muerte

2.18 Comprobación de las modificaciones del punto de inicio (pasos M1 a M4)
2.18.1 Paso M1 - Instrucciones especiales
2.18.2 Paso M2 - Especificidad
2.18.3 Paso M3 - Verificar los pasos SP6, M1 y M2
2.18.4 Paso M4 - Instrucciones sobre procedimientos médicos, traumatismos principales, intoxicaciones y muertes maternas

2.19 Instrucciones especiales para seleccionar la causa básica de defunción
2.19.1 Instrucciones especiales sobre las secuencias aceptadas y rechazadas (Pasos SP3 y SP4)
2.19.1.1 Conflicto de duración
2.19.1.2 Enfermedades infecciosas debidas a otras afecciones
Cólera y ciertas enfermedades infecciosas debidas a otras afecciones
Tifoidea y ciertas enfermedades infecciosas debidas a otras afecciones
Enfermedad por el VIH debida a otras afecciones
Enfermedades infecciosas no enumeradas anteriormente debido a otras afecciones
2.19.1.3 Neoplasias malignas debidas a otras afecciones
2.19.1.4 Trastorno hemorrágico congénito o constitucional debido a otras afecciones
2.19.1.5 Anafilaxia por causas externas
2.19.1.6 Diabetes debida a otras afecciones
2.19.1.7 Fiebre reumática debida a otras afecciones
2.19.1.8 Hipertensión debida a otras afecciones
2.19.1.9 Ciertas cardiopatías isquémicas debidas a otras afecciones
2.19.1.10 Aterosclerosis por otras afecciones
2.19.1.11 Anomalías del desarrollo debidas a otras afecciones
2.19.1.12 Causas no intencionales de morbilidad o mortalidad por otras afecciones
2.19.1.13 Suicidio debido a otras afecciones
2.19.2 Instrucciones especiales sobre la causa obvia (Paso SP6)
2.19.2.1 Complicaciones de la enfermedad por el VIH
Enfermedades infecciosas y enfermedad por el VIH
Neoplasias malignas y VIH
Inmunodeficiencia y VIH
Neumonía y VIH
Caquexia y el VIH
2.19.2.2 Enterocolitis por Clostridium difficile
2.19.2.3 Sepsis
2.19.2.4 Complicaciones de la diabetes
2.19.2.5 Deshidratación
2.19.2.6 Demencia
2.19.2.7 Trastornos del desarrollo intelectual
2.19.2.8 Insuficiencia cardíaca y enfermedad cardíaca no especificada
2.19.2.9 Embolia
2.19.2.10 Varices esofágicas
2.19.2.11 Neumonía
2.19.2.12 Edema pulmonar
2.19.2.13 Síndrome nefrítico
2.19.2.14 Pielonefritis
2.19.2.15 Insuficiencia renal aguda
2.19.2.16 Atelectasia primaria del recién nacido
2.19.2.17 Ruptura prematura de membranas y oligohidramnios
2.19.2.18 Hemorragia
2.19.2.19 Aspiración e inhalación
2.19.2.20 Cirugía y otros procedimientos médicos invasivos
2.19.2.21 Afecciones secundarias comunes

2.19.3 Instrucciones especiales sobre asociaciones y otras disposiciones (Paso M1)
2.19.3.1 Códigos que no se deben utilizar en la codificación de la causa básica de defunción
2.19.3.2 Códigos que no deben utilizarse si se conoce la causa básica de defunción o se aplica otra instrucción específica
2.19.4 Instrucciones especiales sobre cirugía y otros procedimientos médicos (Paso M4)
2.19.4.1 Motivo de la intervención quirúrgica o del procedimiento, declarado
2.19.4.2 No se indica el motivo de la operación o procedimiento, pero se informa la complicación
2.19.4.3 No se indica el motivo de la intervención quirúrgica o del procedimiento, ni se informa alguna complicación
2.19.4.4 Dispositivos médicos asociados a incidentes adversos por causas externas
2.19.5 Instrucciones especiales sobre el traumatismo o lesión principal en las defunciones por causas externas (Paso M4)
2.19.6 Instrucciones especiales sobre intoxicación por drogas, medicamentos y sustancias biológicas (Paso M4)
2.19.6.1 Se especifica el fármaco que con mayor probabilidad ha causado la muerte
2.19.6.2 No se especifica la droga o fármaco que probablemente haya causado la muerte
2.19.6.3 Identificación de la droga que más probablemente haya causado la muerte
2.19.7 Instrucciones especiales sobre la mortalidad materna (Paso M4)

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

2.21 Reglas de mortalidad - Base de conocimientos
2.21.1 Diagnóstico incierto
2.21.1.1 Ya sea ... o
2.21.1.3 Un sitio o sistema, una afección u otra afección
2.21.1.4 Una u otra afección, diferentes sistemas anatómicos
2.21.1.5 Ya sea una enfermedad o una lesión
2.21.2 Efecto de los términos de conexión
2.21.2.1 Términos de conexión que implican una relación causal
"Debido a" escrito o implícito por un término similar
"Resultando en" escrito o implícito por un término similar
2.21.2.2 Conexión de términos que no implican una relación causal
"Y" escrito o implícito por un término similar primero o último en una línea
"Y" escrito o implícito por un término similar pero no el primero o el último de una línea
Términos de diagnóstico que no se detienen al final de la línea
2.21.3 Duración
2.21.3.1 Duración única para afecciones múltiples
2.21.3.2 Modificación de la temporalidad de las afecciones por la duración
2.21.4 Instrucciones de "codificar también" en el caso de uso de la mortalidad
2.21.5 Neoplasias malignas
Uso de la herramienta de codificación para las neoplasias
2.21.5.1 Comportamiento: maligno, in situ, benigno, incierto o desconocido
El término en sí mismo indica el comportamiento
Otra información en el certificado indica el comportamiento
2.21.5.2 Neoplasias malignas: ¿primarias o secundarias?

Sitios comunes de metástasis
Neoplasia maligna reportada como primaria
Otra indicación de neoplasia maligna primaria
Neoplasia maligna reportada como secundaria
Otra indicación de neoplasia maligna secundaria
2.21.5.3 Más de una neoplasia maligna primaria
2.21.5.4 Sitio no claramente indicado
2.21.5.5 Sitio primario desconocido
2.21.5.6 Cáncer "metastásico
Neoplasia maligna "metastásica de o desde" un sitio específico
Neoplasia maligna "metastásica a o hacia" un sitio específico
Neoplasia maligna metastásica del sitio A al sitio B
Neoplasia "metastásica" de una histopatología específica
Neoplasia maligna "metastásica" en la lista de sitios comunes de metástasis
La neoplasia maligna "metastásica" no está en la lista de sitios comunes de metástasis
Neoplasia maligna "metastásica", algunas en la lista de sitios comunes de metástasis y otras no
2.21.6 Secuelas
2.21.6.1 Afecciones consideradas como secuelas
2.21.6.2 Secuelas de la tuberculosis
2.21.6.3 Secuelas del tracoma
2.21.6.4 Secuelas de encefalitis viral, difteria u otras enfermedades infecciosas especificadas
2.21.6.5 Secuelas del raquitismo
2.21.6.6 Efectos tardíos del Capítulo 22 y del 23
2.21.7 Coherencia entre el sexo del paciente y el diagnóstico
2.21.8 Instrucciones específicas sobre otras categorías de la CIE
2.21.8.1 Cardiopatías reumáticas agudas o crónicas
2.21.8.2 Muerte obstétrica de causa no especificada, Muertes obstétricas de 42 días a 1 año después del parto, Secuelas de causas obstétricas
2.21.8.3 Muertes debidas a ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Feto o recién nacido afectado por factores maternos o por complicaciones del embarazo, el trabajo de parto o el parto
2.21.8.4 Instrucciones especiales sobre las muertes fetales
2.21.8.5 Anomalías del desarrollo
2.21.8.6 Traumatismos múltiples en la misma región del cuerpo y traumatismos que afectan a varias regiones del cuerpo
2.21.8.7 Complicaciones de la atención médica y quirúrgica
2.21.8.8 Intencionalidad de las causas externas
Intención no determinada
2.21.8.9 Codificación de los eventos de lesiones por el transporte
2.21.8.10 Factores que influyen en el estado de salud o en el contacto con los servicios de salud
2.21.8.11 Agentes infecciosos notificados solos en un certificado de defunción

2.22 Solución digital de extremo a extremo para la mortalidad (formularios, herramientas y módulos de formación)

2.23 Principales usos de la CIE: Morbilidad
2.23.1 Uso de la CIE en la atención clínica

2.23.2 Uso de la CIE con fines epidemiológicos
2.23.3 El uso de la CIE en la calidad y la seguridad del paciente
2.23.3.1 El caso de uso de calidad y seguridad para la CIE-11
2.23.3.2 Informes sobre los indicadores de calidad de la atención y seguridad del paciente
2.23.3.3 Funcionalidad:
2.23.3.4 Información adicional:
2.23.3.5 Recomendaciones para el uso e interpretación de los datos codificados
2.23.3.6 Uso de la CIE con fines de investigación
2.23.3.7 Uso de la CIE en la atención primaria
2.23.3.8 Uso de la CIE en las agrupaciones de Casemix
2.23.4 Qué se codifica: Afecciones del paciente
2.23.4.1 Afección principal
2.23.4.2 Afecciones múltiples que contribuyen a la necesidad de ingreso a la unidad médica
2.23.4.3 Otras afecciones
2.23.5 Pautas de documentación para profesionales de la salud para la codificación de la morbilidad
2.23.5.1 Pautas para la documentación que implican el término "Múltiple" - Para el reporte de una sola afección
2.23.5.2 Especificidad y detalle
2.23.5.3 Diagnósticos no confirmados
2.23.5.4 Documentación de una afección descartada
2.23.5.5 Contacto con los servicios de salud por motivos distintos a la enfermedad
2.23.5.6 Afecciones debidas a causas externas
2.23.5.7 Documentación de las secuelas
2.23.6 Orientaciones al codificador para la selección de la "afección principal" y las "otras afecciones" para efectos de codificación
2.23.6.1 MB1 - Varias afecciones registradas como "afección principal
2.23.6.2 MB2 - La afección registrada como "afección principal" es un síntoma que se presenta de una afección diagnosticada y tratada
2.23.6.3 MB3 - Signos y síntomas registrados como "afección principal" con afecciones alternativas registradas como causa
2.23.7 Codificación de la morbilidad usando la poscoordinación
2.23.7.1 Regla de codificación para el uso de códigos de extensión
2.23.8 Codificación a partir de la documentación del profesional de la salud sobre las ‘’relaciones causales”
2.23.9 Codificación de sospechas de afecciones o síntomas, hallazgos anormales y situaciones en donde no hay enfermedad
2.23.10 Codificación usando categorías combinadas
2.23.11 Codificación usando las causas externas de morbilidad
2.23.12 Codificación de las afecciones agudas y crónicas registradas como afección principal
2.23.13 Codificación de lesiones o daños derivados de la atención médica o quirúrgica
2.23.14 Codificación de eventos y circunstancias adversos en la asistencia a la salud que no causan lesiones o daños reales
2.23.15 Codificación de afecciones crónicas posprocedimiento
2.23.16 Codificación de "Historia de" e "Historia familiar de
2.23.17 Codificación de una afección "descartada"

2.23.18 Codificación de afecciones informadas como secuelas (efectos tardíos)
2.23.19 Normas e instrucciones de codificación de los eventos de traumatismos
2.23.19.1 Definiciones relacionadas con los eventos de lesiones en el transporte
2.23.19.2 Instrucciones de clasificación y codificación de las lesiones no intencionales causadas por el transporte
2.23.20 Modelo conceptual de calidad y seguridad del paciente
2.23.20.1 Visión general del conjunto de códigos de la CIE-11 para la calidad y la seguridad del paciente
2.23.20.2 La causalidad en el contexto de la calidad y la seguridad
2.23.20.3 Afecciones crónicas posteriores al procedimiento
2.23.20.4 Eventos y circunstancias adversas en la atención médica que no causan lesiones o daños reales
2.23.20.5 Recomendaciones para la captura y organización de datos
2.23.21 Notas específicas por capítulo
2.23.21.1 Capítulo 1: Enfermedades infecciosas y parasitarias
2.23.21.2 Capítulo 2: Neoplasias
2.23.21.3 Capítulo 3: Enfermedades de la sangre o de los órganos hematopoyéticos
2.23.21.4 Capítulo 5: Enfermedades endocrinas, nutricionales o metabólicas
2.23.21.5 Capítulo 6: Trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo
2.23.21.6 Capítulo 8: Enfermedades del sistema nervioso
2.23.21.7 Capítulo 9: Enfermedades del sistema visual
2.23.21.8 Capítulo 10: Enfermedades del oído o de la apófisis mastoides
2.23.21.9 Capítulo 11: Enfermedades del sistema circulatorio
2.23.21.10 Capítulo 15: Enfermedades del sistema musculoesquelético o del tejido conjuntivo
2.23.21.11 Capítulo 18: Embarazo, parto o puerperio
2.23.21.12 Capítulo 21: Síntomas, signos o hallazgos clínicos no clasificados en otra parte
2.23.21.13 Capítulo 22: Traumatismos, intoxicaciones u otras consecuencias de causas externas
2.23.21.14 Capítulo 23: Causas externas de morbilidad o mortalidad
2.23.21.15 Capítulo 24: Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud
2.23.22 Condiciones de la medicina tradicional - Módulo 1 (MT1)
2.23.23 Uso en la medicina tradicional
2.23.24 Instrucciones de codificación de las afecciones de la medicina tradicional - Módulo 1 (MT1)

2.24 Recomendaciones estadísticas generales
2.24.1 Calidad de los datos
2.24.2 Especificidad frente a códigos mal definidos
2.24.3 Problemas de una población pequeña
2.24.4 "Celdas vacías" y celdas con frecuencias bajas
2.24.5 Precauciones necesarias cuando las listas de tabulación incluyen subtotales
2.24.6 Aspectos éticos
2.24.7 Evitar el daño potencial
2.24.8 Seguridad de la privacidad - Confidencialidad

2.25 Recomendaciones en relación con las tablas estadísticas para la comparación internacional

2.25.1 Listas especiales recomendadas para la tabulación
2.25.2 Información internacional sobre la morbilidad
2.25.2.1 Conjunto mínimo de datos y marcado para la poscoordinación
2.25.3 Presentación de cuadros estadísticos
2.25.3.1 Tabulación de las causas de defunción
2.25.3.2 Mortalidad por lesiones
2.25.4 Normas y requisitos de notificación de la mortalidad en los períodos perinatal y neonatal
2.25.4.1 Términos utilizados en la mortalidad perinatal y neonatal
2.25.4.2 Definiciones en la mortalidad perinatal y neonatal
Muerte fetal, aborto espontáneo, mortinato, nacimiento vivo, muerte neonatal
Interrupción artificial del embarazo
2.25.4.3 Otras terminologías utilizadas en el reporte y la presentación de la mortalidad perinatal o neonatal
Muerte fetal (es decir, independientemente de la edad gestacional; debe indicarse el límite inferior, si lo hay)
Mortinato (es decir, 22 o más semanas completas)
Período de gestación
Peso al nacer
Muerte neonatal
Total de Nacimientos
2.25.4.4 Certificación de nacidos muertos y nacidos vivos en el periodo neonatal
El formulario internacional del certificado médico de la causa de la muerte y los detalles adicionales
Nivel de detalle para el registro
2.25.4.5 Criterios de notificación de la muerte fetal, el mortinato y el nacido vivo
Criterios para la presentación de informes internacionales
2.25.4.6 Presentación estadística de la mortalidad perinatal, neonatal, infantil o de menores de cinco años
Clasificación por grupos de edad gestacional para estadísticas de muerte fetal de menos de 22 semanas, mortinatos y mortalidad neonatal
Clasificación del peso al nacer para estadísticas de muerte fetal de menos de 22 semanas, mortinatos y mortalidad neonatal
Clasificación por edad cronológica para estadísticas de mortalidad neonatal
2.25.4.7 Mortalidad de menores de cinco años
2.25.4.8 Mortalidad infantil
2.25.5 Estándares y requisitos para los informes relacionados con la mortalidad materna
2.25.5.1 Defunción materna
2.25.5.2 Defunción materna tardía
2.25.5.3 Defunción materna integral
2.25.5.4 Defunciones obstétricas directas e indirectas
2.25.5.5 Defunción que ocurre durante el embarazo, el parto y el puerperio
2.25.5.6 Requisitos de registro de la mortalidad materna
2.25.5.7 Información internacional sobre la mortalidad materna
2.25.5.8 Numerador, denominador y razones de mortalidad materna publicados

3 Parte 3 - Lo nuevo en la CIE-11

3.1 Nuevas convenciones y terminología de la CIE-11
3.1.1 Descripción breve
3.1.2 Información adicional
3.1.3 Estructura del código

3.2 Estructura de los capítulos de la CIE-11
3.2.1 Capítulo 01 - Algunas enfermedades infecciosas o parasitarias
3.2.1.1 Capítulo 01 - Estructura del capítulo 01
3.2.1.2 Capítulo 01 - Justificación del capítulo 01
3.2.1.3 Resistencia a los antimicrobianos
3.2.2 Capítulo 02 - Neoplasias
3.2.2.1 Capítulo 02 - Estructura del capítulo 02
3.2.2.2 Capítulo 02 - Justificación del capítulo 02
3.2.3 Capítulo 03 - Enfermedades de la sangre o de los órganos hematopoyéticos
3.2.3.1 Capítulo 03 - Estructura del capítulo 03
3.2.3.2 Capítulo 03 - Justificación del capítulo 03
3.2.4 Capítulo 04 - Enfermedades del sistema inmunitario
3.2.4.1 Capítulo 04 - Estructura del capítulo 04
3.2.4.2 Capítulo 04 - Justificación del capítulo 04
3.2.5 Capítulo 05 - Enfermedades endocrinas, nutricionales o metabólicas
3.2.5.1 Capítulo 05 - Estructura del capítulo 05
3.2.5.2 Capítulo 05 - Justificación del capítulo 05
3.2.6 Capítulo 06 - Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo
3.2.6.1 Capítulo 06 - Estructura del capítulo 06
3.2.6.2 Capítulo 06 - Justificación del capítulo 06
3.2.7 Capítulo 07 - Trastornos del sueño y la vigilia
3.2.7.1 Capítulo 07 - Estructura del capítulo 07
3.2.7.2 Capítulo 07 - Justificación del capítulo 07
3.2.8 Capítulo 08 - Enfermedades del sistema nervioso
3.2.8.1 Capítulo 08 - Estructura del capítulo 08
3.2.8.2 Capítulo 08 - Justificación del capítulo 08
3.2.9 Capítulo 09 - Enfermedades del sistema visual
3.2.9.1 Capítulo 09 - Estructura del capítulo 09
3.2.10 Capítulo 10 - Enfermedades del oído o de la apófisis mastoides
3.2.10.1 Capítulo 10 - Estructura del capítulo 10
3.2.11 Capítulo 11 - Enfermedades del sistema circulatorio
3.2.11.1 Capítulo 11 - Estructura del capítulo 11
3.2.11.2 Capítulo 11 - Justificación del capítulo 11
3.2.12 Capítulo 12 - Enfermedades del sistema respiratorio
3.2.12.1 Capítulo 12 - Estructura del capítulo 12
3.2.12.2 Capítulo 12 - Justificación del capítulo 12
3.2.13 Capítulo 13 - Enfermedades del aparato digestivo
3.2.13.1 Capítulo 13 - Estructura del capítulo 13
3.2.13.2 Capítulo 13 - Justificación del capítulo 13
3.2.14 Capítulo 14 - Enfermedades de la piel
3.2.14.1 Capítulo 14 - Estructura del capítulo 14

3.2.14.2 Capítulo 14 - Justificación del capítulo 14
3.2.15 Capítulo 15 - Enfermedades del sistema musculoesquelético o del tejido conjuntivo
3.2.15.1 Capítulo 15 - Estructura del capítulo 15
3.2.15.2 Capítulo 15 - Justificación del capítulo 15
3.2.16 Capítulo 16 - Enfermedades del sistema genitourinario
3.2.16.1 Capítulo 16 - Estructura del capítulo 16
3.2.16.2 Capítulo 16 - Justificación del capítulo 16
3.2.17 Capítulo 17 - Condiciones relacionadas con la salud sexual
3.2.17.1 Capítulo 17 - Estructura del capítulo 17
3.2.17.2 Capítulo 17 - Justificación del capítulo 17
3.2.18 Capítulo 18 - Embarazo, parto o puerperio
3.2.18.1 Capítulo 18 - Estructura del capítulo 18
3.2.18.2 Capítulo 18 - Justificación del capítulo 18
3.2.19 Capítulo 19 - Algunas afecciones que se originan en el período perinatal
3.2.19.1 Capítulo 19 - Estructura del capítulo 19
3.2.20 Capítulo 20 - Anomalías del desarrollo
3.2.20.1 Capítulo 20 - Estructura del capítulo 20
3.2.20.2 Capítulo 20 - Justificación del capítulo 20
3.2.21 Capítulo 21 - Síntomas, signos o hallazgos clínicos no clasificados en otra parte
3.2.21.1 Capítulo 21 - Estructura del capítulo 21
3.2.21.2 Capítulo 21 - Justificación del capítulo 21
3.2.22 Capítulo 22 - Traumatismos, intoxicaciones u otras consecuencias de causas externas
3.2.22.1 Capítulo 22 - Estructura del capítulo 22
3.2.22.2 Capítulo 22 - Justificación del capítulo 22
3.2.23 Capítulo 23 - Causas externas de morbilidad o mortalidad
3.2.23.1 Capítulo 23 - Estructura del capítulo 23
3.2.23.2 Capítulo 23 - Justificación del capítulo 23
3.2.24 Capítulo 24 - Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud
3.2.24.1 Capítulo 24 - Estructura del capítulo 24
3.2.24.2 Capítulo 24 - Justificación del capítulo 24
3.2.25 Capítulo 25 - Códigos para propósitos especiales
3.2.25.1 Capítulo 25 - Estructura del capítulo 25
3.2.26 Capítulo 26 - Capítulo suplementario de condiciones de la medicina tradicional - Módulo I
3.2.26.1 Sección V - Sección suplementaria para la evaluación del funcionamiento
3.2.27 Capítulo X - Códigos de extensión
3.3 Paternidad o ascendencia múlitple
3.4 El modelo de contenido
3.5 Entidades de la CIE independientes del idioma
3.6 Innovación en la codificación de la mortalidad en la CIE-11
3.7 Innovación en la codificación de la morbilidad en la CIE-11
3.8 Sección de funcionamiento

3.9 Características generales de la CIE-11

3.10 Condiciones de la medicina tradicional - Módulo 1 (MT1)

3.11 Preparativos para la undécima revisión

3.12 Anexo A: Actualización y mantenimiento de la CIE-11
3.12.1 Aplicabilidad y propiedad intelectual

3.13 Anexo B: Historia del desarrollo de la CIE
3.13.1 Origen
3.13.2 Adopción de la Lista Internacional de Causas de Defunción
3.13.3 La Quinta Conferencia de Revisión Decenal
3.13.3.1 Listas internacionales de enfermedades
3.13.4 Clasificaciones previas de enfermedades para las estadísticas de morbilidad
3.13.5 Comité de los Estados Unidos para las Causas Conjuntas de Defunción
3.13.6 Sexta Revisión de las Listas Internacionales
3.13.7 La Séptima y Octava Revisiones
3.13.8 La Novena Revisión
3.13.9 La Décima Revisión
3.13.10 La Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS
3.13.11 Actualización de la CIE entre revisiones
3.13.12 Principales pasos en la Revisión de la CIE-11
3.13.13 Preparativos para la Undécima Revisión
3.13.14 Referencias para la historia de la CIE

3.14 Anexo C Anexos para la codificación de la mortalidad
3.14.1 Formulario internacional del certificado médico de la causa de la defunción
3.14.2 Guía de referencia rápida para el formulario internacional de certificado médico de defunción (folleto del CMCD)
3.14.3 Detalles adicionales sugeridos para las muertes perinatales
3.14.4 Diagrama de flujo de trabajo para la codificación de la mortalidad
3.14.5 Clasificación de prioridad de los códigos de la naturaleza de la lesión
3.14.6 Lista de afecciones mal definidas
3.14.7 Lista de afecciones que pueden causar la enfermedad del VIH
3.14.8 Lista de afecciones que pueden causar diabetes mellitus
3.14.9 Lista de afecciones que deben considerarse consecuencias obvias de la cirugía y otros procedimientos médicos invasivos
3.14.9.1 Lista de afecciones que deben considerarse consecuencias directas de la cirugía
3.14.9.2 Lista de afecciones que deben considerarse consecuencias directas de otros procedimientos médicos invasivos
3.14.10 Lista de afecciones poco probables de causar la muerte
3.14.11 Lista de categorías limitadas a, o más probables de ocurrir en mujeres
3.14.12 Lista de categorías limitadas a, o más probables de ocurrir en hombres

3.15 Anexo D: Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11
3.15.1 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 01
3.15.2 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 02
3.15.3 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 03

3.15.4 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 04
3.15.5 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 05
3.15.6 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 06
3.15.7 El capítulo 07 es una nueva adición a la CIE-11 y no se encontraba en ediciones anteriores
3.15.8 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 08
3.15.9 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 09
3.15.10 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 10
3.15.11 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 11
3.15.12 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 12
3.15.13 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 13
3.15.14 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 14
3.15.15 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 15
3.15.16 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 16
3.15.17 El capítulo 17 es una nueva adición a la CIE-11 y no se encontraba en ediciones anteriores
3.15.18 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 18
3.15.19 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 19
3.15.20 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 20
3.15.21 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 21
3.15.22 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 22
3.15.23 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 23
3.15.24 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 24
3.15.25 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 25

0.1 Página de derechos de autor

Clasificación Internacional de Enfermedades, Undécima Revisión (CIE-11)

© Organización Mundial de la Salud 2022

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible bajo la licencia Creative Commons Attribution-NoDerivatives 3.0 IGO (CC BY-ND 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/igo/.

Esta licencia no le permite producir adaptaciones de la obra (incluidas las traducciones) sin el permiso de la OMS.

Bajo los términos de esta licencia, usted puede copiar y redistribuir la obra, siempre y cuando la obra sea citada apropiadamente, como se indica a continuación. En cualquier uso de esta obra, no se debe sugerir que la OMS respalda a ninguna organización, producto o servicio específico. No se permite el uso del logotipo de la OMS.

Cualquier mediación relacionada con las disputas que surjan bajo la licencia se llevará a cabo de acuerdo con las reglas de mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.

Esta versión en PDF de la CIE-11 se generó para apoyar la preferencia del usuario de ver la CIE-11 en un formato portátil. La versión definitiva de la CIE-11 está disponible en https://icd.who.int/browse11/l-m/es.

Cita sugerida

Clasificación Internacional de Enfermedades Undécima Revisión (CIE-11). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-ND 3.0 IGO.

Las correspondencias o enlaces cruzados entre otras clasificaciones y terminologías y la CIE-11 y/o las traducciones no están cubiertas por la licencia de la CIE-11 y están sujetas a un acuerdo por escrito separado de la OMS.

Materiales de terceros

Si desea reutilizar material de esta obra que se atribuye a un tercero, como tablas, figuras o imágenes, es su responsabilidad determinar si se necesita permiso para esa reutilización y obtener el permiso del titular de los derechos de autor. El riesgo de las reclamaciones resultantes de la infracción de cualquier componente propiedad de terceros en la obra recae exclusivamente en el usuario.

Descargo de responsabilidad general

Las denominaciones empleadas y la presentación del material en esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de la OMS sobre la situación jurídica de ningún país, territorio, ciudad o zona, ni de sus autoridades, ni sobre la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas punteadas y discontinuas en los mapas representan líneas fronterizas aproximadas sobre las que puede no haber aún pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros de naturaleza similar que no se mencionan. Salvo error u omisión, los nombres de los productos patentados se distinguen por las letras mayúsculas iniciales.

La OMS ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni expresa ni implícita. La responsabilidad de la interpretación y el uso del material recae en el lector. En ningún caso la OMS será responsable de los daños derivados de su uso.

Uso correcto de la CIE-11

Consulte la Guía de referencia para el uso correcto de la CIE-11 (https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20(version%2014%20nov%202019).pdf).

Para la codificación se debe utilizar la API. Para utilizar la API o la herramienta de codificación, (véase https://icd.who.int/es).

Para evitar que se diluya el propósito de la CIE de proporcionar un estándar definitivo para la identificación de la información sanitaria, la CIE-11 no puede utilizarse con el fin de desarrollar o promover un estándar diferente.

El uso de la CIE-11 en productos de software está sujeto a la siguiente licencia: https://icd.who.int/en/docs/ICD11-license.pdf. Según los términos de esta licencia, los usuarios no pueden:

- reproducir la CIE-11 en parte o en su totalidad y distribuirla con un nombre diferente o sin atribución;
- reproducir y distribuir la CIE-11 en parte o en su totalidad sin los códigos de la CIE-11;
- reproducir la CIE-11 en parte o en su totalidad sin los URI de la CIE-11 (no aplicable a las publicaciones impresas).

Las correspondencias o enlaces cruzados entre otras clasificaciones y terminologías y la CIE-11 y/o las traducciones no están cubiertas por la licencia de la CIE-11 y están sujetas a un acuerdo por escrito separado de la OMS.

Se permite añadir campos de datos a los conceptos de la CIE-11, siempre que dichas adiciones se identifiquen claramente como adiciones que no proceden de la OMS.

Las sugerencias de cambios en la CIE-11 deben presentarse como propuesta a la plataforma de mantenimiento de la CIE-11 (https://icd.who.int/es).

0.2 Cómo utilizar esta Guía de referencia

Esta Guía de referencia para la CIE-11 está dividida en tres partes. Aunque cada parte contendrá información valiosa para su comprensión y uso de la CIE-11, cada una de ellas ha sido creada para que sea relevante para el propósito principal por el que ha acudido a la Guía.

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

Si quiere **entender cómo se crean los códigos** y los detalles de la organización que hay detrás de la CIE-11, le sugerimos que empiece por la **segunda parte**.

Si ya está familiarizado con la CIE, sobre todo si ha utilizado la CIE-10, le sugerimos que empiece por la **parte 3** para ver **las novedades (y lo que no ha cambiado) en la CIE-11**.

0.3 Tabla de acrónimos y abreviaturas

Acrónimo	Descripción
APRL	Atención primaria con recursos limitados
ATQ/DDD	Clasificación Anatómica, Terapéutica , Química con Dosis Diarias Definidas
CIAP	Clasificación Internacional de Atención Primaria
CILCE	Clasificación Internacional de Lesiones por Causa Externa
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud
CIE-O	Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud
CIIS	Clasificación Internacional de Intervenciones en Salud
CIPE	Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería
DCI	Denominación Común Internacional (de medicamentos o drogas)
DEDP	Indicación de duración establecida, desarrollada después del procedimiento
DSM-5 (V)	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (quinta edición)
EMM	Estadísticas de mortalidad y morbilidad
FCI-OMS	Familia de Clasificaciones Internacionales - Organización Mundial de la Salud
GCT	Grupo consultivo temático
GRD	Grupos relacionados con el diagnóstico
ISO 9999	Organización Internacional de Normalización para las ayudas técnicas a las personas con discapacidad
LiMor	Lista Inicial de mortalidad
MO	Medicina occidental
MT	Medicina tradicional
NCOP	en una categoría de la CIE, indica No clasificado en otra parte
OCPR	Otra causa del procedimiento requerida
RAM	Resistencia a los antimicrobianos
SAI	en una categoría de la CIE, indica "Sin especificación".
URI	Identificador uniforme de recursos (se mantiene la abreviatura en inglés)
WHODAS	Escala de evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (se mantiene la abreviatura en inglés)
WONCA	Organización Mundial de Colegios Nacionales, Academias y Asociaciones Académicas de Medicina General/Médicos de Familia (se mantiene la abreviatura en inglés)

0.4 Glosario

Término	Descripción
Autopsia verbal	Método utilizado para determinar la causa de una muerte a partir de una entrevista con los familiares u otros cuidadores cuando ningún médico puede evaluar al fallecido.
Casemix (Casuística hospitalaria)	Un sistema que agrupa a los pacientes utilizando información sobre el paciente, sus diagnósticos, procedimientos, complejidad y necesidades. Se utiliza para la asignación de recursos.
Causa básica de defunción	La enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos mórbidos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias de la lesión no intencionada o la violencia que produjo la lesión mortal.
Causa terminal de la muerte	Es la primera afección que figura en la primera línea utilizada de la parte 1 del certificado de defunción. También se conoce como causa inmediata o directa de la muerte.
Clasificación	Un conjunto exhaustivo de categorías mutuamente excluyentes para agregar datos a un nivel preestablecido de especialización para un propósito específico.
Clasificaciones de referencia	Clasificaciones que abarcan los principales parámetros del sistema de salud: enfermedad (CIE), discapacidad, funcionamiento y salud (CIF) e intervenciones en salud (CIIS).
Clasificación derivada	Clasificaciones, a menudo adaptadas para su uso a nivel nacional o internacional, o para su uso en una especialidad, basadas en clasificaciones de referencia.
Clúster	Un clúster es una entidad postcoordinada que une dos o más códigos utilizando una barra diagonal (/) o un símbolo “&” (ampersand).
Código de base	Códigos de la lista tabular de la CIE-11 que pueden utilizarse solos. Los códigos de base pueden ser entidades o agrupaciones de gran relevancia en cualquiera de los casos de uso o afecciones clínicas que deben describirse siempre como una sola categoría. Los códigos de base están diseñados para garantizar que en los casos de uso que requieren un solo código por caso, se recoja información significativa.

Código de extensión	Los códigos de extensión son listas de información adicional que pueden añadirse a un código de base cuando los usuarios y los entornos estén interesados en informar más detalles. Los códigos de extensión no son mutuamente excluyentes y no deben utilizarse solos en el contexto de la clasificación estadística, sino que deben añadirse a un código de base. Los códigos de extensión pueden utilizarse solos en otro contexto, por ejemplo, para la documentación de dispositivos. No todos los códigos de extensión pueden utilizarse con todos los códigos de base. Los códigos de extensión nunca pueden aparecer en la primera posición de un clúster o grupo de códigos.
Codificación doble (dual)	Proceso utilizado en situaciones en las que los términos clínicos se codifican en dos sistemas o versiones de clasificación diferentes con fines de comparación, transición, mapeo, agrupación de casemix o comprensión de las implicaciones del cambio de un sistema a otro.
Codificación integrada	Uso completo de todos los capítulos de la CIE-11 (incluyendo, los códigos de los capítulos de la medicina occidental y la medicina tradicional (MT1)) para la clasificación de los términos clínicos.
Componente Fundamental (fundación)	Una gran colección de términos y sus relaciones, que describen la salud y los ámbitos relacionados con la salud. Contenido de la base de datos de origen que contiene toda la información necesaria para generar las versiones impresas de la lista tabular y el índice alfabético, así como la información adicional necesaria para generar las linealizaciones por especialidad de la CIE-11 y las modificaciones específicas de cada país. La mención de un término o entidad en la fundación sirve exclusivamente para fines ontológicos y de indexación. La mención de un término o entidad en la fundación no significa la aprobación o el respaldo de una afección particular.
Deficiencias	Problemas en la función corporal o la estructura del cuerpo, como una desviación o pérdida significativa.
Duración (codificación)	Es el periodo de tiempo que transcurre entre el inicio de la enfermedad y el momento del ingreso para recibir cuidados o de la muerte.
Estructuras corporales	Las partes anatómicas del cuerpo, como los órganos, las extremidades y sus componentes.
Factores ambientales	El entorno físico, social y actitudinal en el que las personas viven y desarrolan sus vidas.

Funciones corporales	Las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluidas las funciones psicológicas).
Limitaciones de la actividad	El nivel de funcionamiento que un individuo puede tener en la ejecución de actividades.
Modelo de contenido	Un marco estructurado que recoge los conocimientos que sustentan la definición de una entidad.
Padre primario	Una entidad de nivel superior que cubre todo el rango o alcance de otra entidad.
Padres secundarios	La capacidad de conectar una entidad específica dentro de la clasificación a más de un padre.
Poscoordinación	El uso de múltiples códigos (es decir, códigos de base y/o códigos de extensión) juntos para describir completamente un concepto clínico documentado. La poscoordinación está permitida por principio con todos los códigos, siempre que se utilice al menos un código de base.
Precoordinación	Códigos de base que contienen toda la información pertinente sobre un concepto clínico documentado de forma precombinada.
Punto de inicio (codificación)	En el contexto de la codificación de la mortalidad, normalmente es la afección o el acontecimiento notificado que inició la secuencia de relaciones causales aceptables que culminan en la causa terminal de la muerte, o cuando un certificado de defunción se completa correctamente, es la afección notificada en la línea más baja utilizada en la parte 1 del certificado de defunción.
Regla de modificación	En la codificación de la mortalidad en los certificados de defunción, es el procedimiento por el cual se sustituye un código de la CIE del punto de inicio por otro código, debido a las instrucciones especiales.
Relación causal (codificación)	Una relación que existe si una afección es causada por otra afección (por ejemplo, en el mismo certificado de defunción o en una situación de codificación de la morbilidad en la que una afección o factor causa otra afección).
Secuencia (codificación)	En el contexto de la codificación de la mortalidad, un conjunto de afecciones reportadas línea por línea que tienen una relación causal entre cada elemento.

1 Parte 1 - Introducción a la CIE-11

1.1 Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)

La Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) es una herramienta para registrar, informar y agrupar las afecciones y los factores que influyen en la salud. Contiene categorías para enfermedades y trastornos, condiciones relacionadas con la salud, causas externas de enfermedad o muerte, anatomía, lugares, actividades, medicamentos, vacunas y más.

El propósito de la CIE es permitir el registro, el análisis, la interpretación y la comparación sistemática de los datos de mortalidad y morbilidad recogidos en diferentes países o regiones y en diferentes momentos.

La CIE-11 ha sido diseñada para servir a la interoperabilidad semántica de los datos individuales, la reutilización de los datos registrados, para casos de uso distintos de las estadísticas sanitarias, incluido el apoyo a la toma de decisiones, la asignación de recursos, el reembolso, las directrices y otros.

El papel de la OMS en el mantenimiento y apoyo a la implementación de la CIE se describe en la constitución de la OMS. Además, la aplicación y el uso de la revisión más reciente de la CIE en todos los estados miembros son un mandato legal del Reglamento de Nomenclatura Internacional de la OMS y se reiteran con las revisiones de la CIE adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud. Esto incluye un mecanismo de actualización entre las revisiones y el desarrollo e implementación en curso de la Familia de Clasificaciones Internacionales relacionadas con la salud (FCI-OMS). La CIE como clasificación central vinculada a otras clasificaciones relacionadas, versiones de especialidad y terminologías.

En los sistemas de información para la salud, los datos deben ser reutilizables para el análisis epidemiológico, la asignación de recursos o la investigación, así como para usos a nivel individual como la documentación sanitaria, el apoyo a la toma de decisiones o el reembolso. La CIE proporciona información muy detallada, más allá del nivel de las categorías estadísticas, utilizando identificadores únicos. De este modo, por ejemplo, se pueden registrar y notificar enfermedades raras, hallazgos especiales o medicamentos individuales.

La CIE se utiliza para traducir los diagnósticos de enfermedades y otros problemas de salud en códigos alfanuméricos, lo que permite almacenar, recuperar y analizar los datos. La CIE es la clasificación diagnóstica estándar internacional para todos los fines epidemiológicos generales y para muchos fines de gestión sanitaria. Estos fines incluyen el análisis de la situación de salud general en grupos de población, el seguimiento de la incidencia y la prevalencia de las enfermedades y el examen de otros problemas de salud en relación con otras variables, como las características y las circunstancias de los individuos afectados. La CIE también es adecuada para estudiar los aspectos financieros de un sistema sanitario, como la facturación o la asignación de recursos.

La CIE ha evolucionado a lo largo de los últimos 150 años, pasando de ser una Lista Internacional de Causas de Defunción a un sistema integral de clasificación y terminología. El diseño basado en la ontología de la CIE-11 y la migración de sus clasificaciones hermanas, la CIF y la CIIS, a la misma infraestructura ontológica ha permitido la plena integración de la terminología y la clasificación en una plataforma común. De este modo, es posible la documentación clínica sin

pérdidas (codificando todos los detalles necesarios), la agregación estadística es una característica integrada, se proporcionan soluciones digitales de extremo a extremo y se habilitan enlaces a otras terminologías para otros usos.

La CIE se utiliza para asignar la mayor parte de los recursos para la salud mundiales. Entre los usuarios de la CIE se encuentran médicos, enfermeras, otros proveedores de atención sanitaria, investigadores, profesionales de la gestión de la información en salud, codificadores, trabajadores de la tecnología de la información sanitaria, analistas, responsables políticos, aseguradoras, organizaciones de pacientes y muchos más.

La CIE se utiliza en diversos ámbitos con diferentes niveles de detalle. Por lo tanto, incluye un marco de información que contiene un conjunto totalmente especificado de conceptos de salud y sus características y relaciones, a partir del cual se pueden seleccionar conjuntos de códigos adecuados. La CIE-11 garantiza la coherencia con los casos de uso tradicionales de versiones anteriores de la CIE, ya que se ha construido teniendo en cuenta las revisiones anteriores. Los análisis de datos anteriores basados en versiones más antiguas de la CIE pueden vincularse a los análisis de datos basados en la CIE-11.

Por lo tanto, la CIE puede utilizarse para registrar, clasificar y utilizar de otro modo los datos registrados en epígrafes como la causa de la muerte, el diagnóstico de egreso, el motivo del ingreso, las afecciones tratadas, los diagnósticos adicionales, los factores de riesgo y el motivo de consulta, que aparecen en una gran variedad de registros y documentos sanitarios de los que se derivan las estadísticas.

1.1.1 Usos previstos

La CIE ha sido diseñada para responder a las necesidades de una amplia gama de casos de uso, como: causas de defunción, morbilidad, epidemiología, casuística hospitalaria (casemix), Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRDs), calidad y seguridad del paciente, atención primaria, evaluación del funcionamiento, investigación, prevención, seguridad de las sustancias (medicamentos) o de los dispositivos, vigilancia específica como la resistencia a los antimicrobianos (RAM), registro del cáncer, investigación de lesiones, así como para garantizar la interoperabilidad semántica para la documentación clínica, el apoyo a las decisiones y las directrices o recomendaciones.

En otras secciones de la guía, relativas al uso de la mortalidad y a los diferentes usos de la morbilidad, hay información detallada e instrucciones para los usuarios sobre los diferentes casos de uso. Cuando se prevean usos innovadores de la CIE, se recomienda consultar con la OMS para aprovechar al máximo la flexibilidad y las características de la CIE-11.

1.1.2 Clasificación

Una clasificación es "un conjunto exhaustivo de categorías mutuamente excluyentes para agregar datos a un nivel preestablecido de especialización para un propósito específico" (ISO 17115). Una clasificación implica la categorización de los conceptos relevantes a efectos de registro o análisis sistemático. La categorización se basa en una o varias reglas lógicas. La finalidad de una clasificación de salud varía. Por ejemplo, puede utilizarse en el análisis de la causa de la muerte (mortalidad), la morbilidad o el funcionamiento humano. Los conceptos de

baja frecuencia tienden a agruparse, pero los conceptos raros pueden clasificarse individualmente.

La codificación es el proceso de asignar un código de una clasificación para representar un concepto clínico con un propósito específico. Las reglas de codificación deben incorporarse a la clasificación para lograr la coherencia de la codificación y la comparabilidad de los datos codificados a lo largo del tiempo y el lugar. Las clasificaciones son complementarias a las terminologías, ya que están diseñadas para ser utilizadas para la codificación estandarizada de la información con fines estadísticos.

La CIE-11 combina los elementos de la clasificación y la terminología y está concebida para vincularse a otras terminologías que pueden proporcionar detalles adicionales o servir a diferentes propósitos. La codificación en la CIE-11 puede basarse en códigos estadísticos y en identificadores de recursos uniformes (URI).

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

La Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (FCI-OMS) comprende clasificaciones que han sido aprobadas por la OMS para describir diversos aspectos de la salud y del sistema de atención de salud de forma coherente.

La FCI-OMS proporciona bloques de construcción estandarizados para los sistemas de información sanitaria y consta de tres grandes grupos: Clasificaciones de Referencia, Clasificaciones Derivadas y Clasificaciones Relacionadas.

Las Clasificaciones de Referencia y Derivadas se basan en el Componente Fundamental, que es una gran colección de conceptos (con sinónimos y términos preferidos) y sus relaciones, que describen la salud y los dominios relacionados con la salud.

Los términos y entidades relacionados con las enfermedades y los problemas de salud se organizan en la CIE, los relativos al funcionamiento en la CIF y los relacionados con las intervenciones en la CIIS. Los términos del Componente Fundamental pueden utilizarse en más de una clasificación de referencia.

Las Clasificaciones Derivadas se basan en términos que pueden proceder de una o varias de las Clasificaciones de Referencia. Dentro de la Familia FCI-OMS, las Clasificaciones Relacionadas se consideran complementarias a las Clasificaciones de Referencia y Derivadas. Las Clasificaciones Relacionadas tienen sus propios conjuntos de términos, pero también pueden compartir términos como parte de la FCI-OMS.

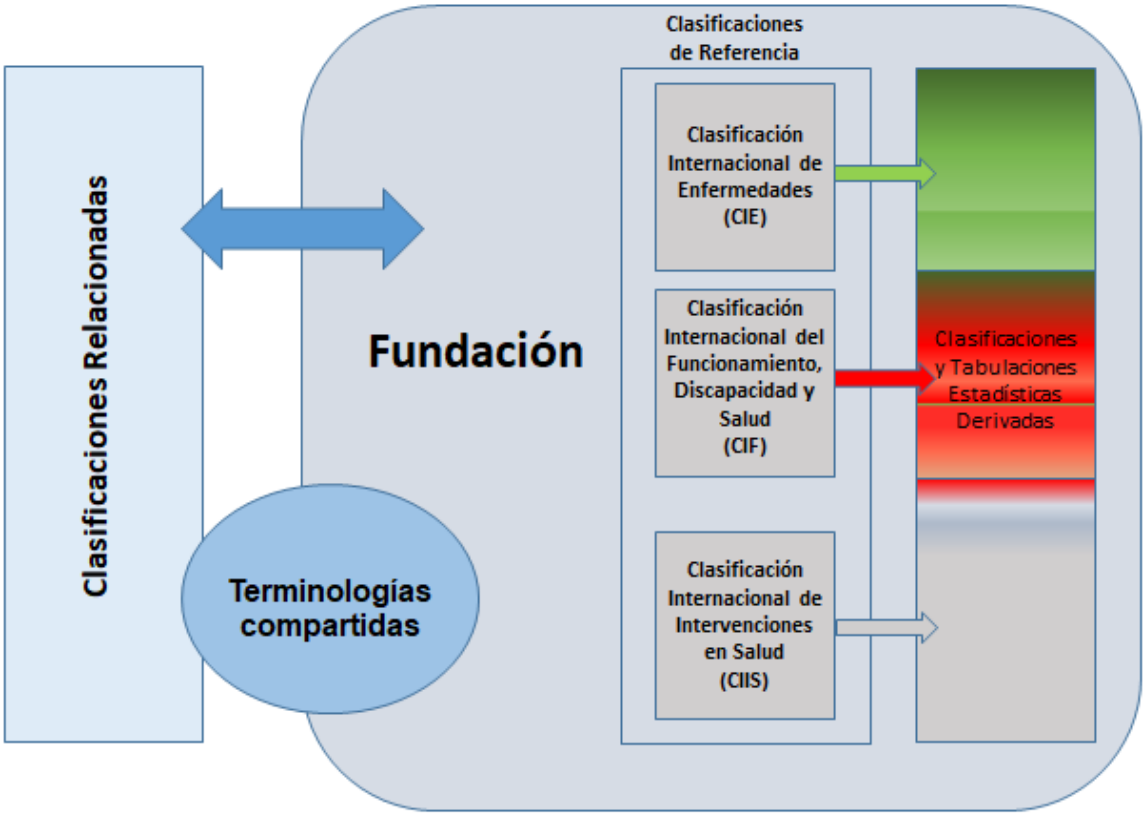


Figura 1: *Relaciones entre la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (FCI-OMS) y las Clasificaciones Relacionadas, el Componente Fundamental (Fundación) y las Terminologías Compartidas.*

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

La FCI-OMS proporciona un marco conceptual de las dimensiones de la información que están relacionadas con la salud y la gestión sanitaria. De este modo, proporciona un lenguaje común que mejora la comunicación y permite la comparación de datos dentro de los países, entre países,

disciplinas sanitarias, servicios y tiempo. La OMS y la Red de la FCI-OMS (que incluye centros colaboradores (CC), organizaciones no gubernamentales (ONG) y expertos seleccionados) (https://www.who.int/standards/classifications/who-fic-maintenance) se esfuerzan por construir la Familia de Clasificaciones Internacionales sobre la base de sólidos principios científicos y taxonómicos, garantizar que esté actualizada, sea culturalmente apropiada y aplicable a nivel internacional, y satisfacer las necesidades de sus diferentes usuarios centrándose en los aspectos multidimensionales de la salud.

1.1.4 FCI-OMS: Clasificaciones de Referencia

Las clasificaciones de feferencia abarcan los principales parámetros del sistema de salud, como la muerte y la enfermedad (CIE), la discapacidad, el funcionamiento y la salud (CIF) y las intervenciones en salud (CIIS). Las clasificaciones de referencia de la FCI-OMS son producto de acuerdos internacionales. Han logrado una amplia aceptación y un acuerdo oficial para su uso y están aprobadas y recomendadas como estándares para la elaboración de informes internacionales sobre salud. Pueden utilizarse como modelos para el desarrollo o la revisión de otras clasificaciones. Las tres clasificaciones de referencia son:

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

Las Clasificaciones de Referencia se basan en el mismo Componente Fundamental y comparten conjuntos de códigos de extensión.

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

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

La CIF clasifica la salud y los estados relacionados con ella en dos partes. La primera parte trata del funcionamiento y la discapacidad, descritos desde las perspectivas del cuerpo, el individuo y la sociedad. Está compuesta por dos componentes: Funciones y estructuras corporales, y Actividades y participación. La segunda parte abarca los factores contextuales y también tiene dos componentes: Factores ambientales y Factores personales, ya que el funcionamiento de un individuo se produce en un contexto. Se está trabajando en la elaboración de una clasificación de los factores personales que se incluirá en los factores contextuales.

Funcionamiento es un término genérico que incluye las funciones corporales (por ejemplo, la memoria), las estructuras corporales (por ejemplo, el lóbulo occipital) y las actividades y la participación (por ejemplo, caminar, realizar un trabajo remunerado). Denota los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (relacionados con su salud) y los factores contextuales de ese individuo (factores ambientales y personales).

La discapacidad es un término genérico que engloba las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción

entre un individuo (con una condición de salud) y los factores contextuales de ese individuo (factores ambientales y personales). Las discapacidades se conciben como un continuo y, por tanto, la CIF y los códigos que contiene no confieren un estatus binario internacional de discapacitado/no discapacitado. Los niveles de discapacidad pueden utilizarse de forma descriptiva en los entornos clínicos a la hora de formular un caso. Los responsables de los programas y las políticas pueden aplicar la CIF y especificar sus propias normas para el nivel de discapacidad como criterios de elegibilidad que son relevantes para fines específicos.

La CIF incluye otras descripciones relevantes:

- *Funciones corporales* son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluidas las funciones mentales).
- *Estructuras corporales* son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.
- *Deficiencias* son problemas en las funciones o estructuras corporales, como una desviación significativa o una pérdida.
- *Actividad* es realización de una tarea o acción por una persona
- *Limitaciones en la actividad* son dificultades que una persona puede tener para en el desempeño/realización de las actividades.
- *Participación* es el acto de involucrarse en una situación vital.
- *Restricciones en la participación* son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.
- *Factores ambientales constituyen* el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.

La CIF incluye códigos para las funciones corporales (b), las estructuras corporales (s), las actividades y la participación (d) y los factores ambientales (e).

Los códigos de la CIF sólo se completan con la presencia de un calificador, que denota el nivel de salud (es decir, la gravedad del problema, desde "ningún problema" hasta "problema completo"). Sin calificadores, los códigos no tienen un significado inherente. La CIF reconoce que todo ser humano puede experimentar una disminución de la salud y, por tanto, experimentar alguna discapacidad. Las discapacidades pueden ser temporales y pueden ser breves (como quedarse en casa unos días con gripe); también pueden ser crónicas o permanentes y pueden fluctuar en gravedad con el tiempo.

Los factores personales están incluidos en el modelo de funcionamiento y discapacidad de la CIF, pero no se han clasificado en la CIF debido a las grandes variantes sociales y culturales asociadas a ellos. La taxonomía no se ha operacionalizado más debido a los desafíos relacionados con el establecimiento de la aplicabilidad transcultural, las limitaciones de recursos y las consideraciones éticas.

1.1.4.2 Clasificación Internacional de Intervenciones en Salud (CIIS)

La CIIS incluye intervenciones en todos los sectores funcionales del sistema de salud, abarcando los cuidados agudos, la atención primaria, la rehabilitación, la ayuda al funcionamiento, la prevención, la salud pública y los servicios auxiliares. Se han incluido las intervenciones

realizadas por todo tipo de proveedores. La importancia de describir y clasificar las intervenciones sanitarias se conoce desde hace tiempo. La OMS publicó una Clasificación Internacional de Procedimientos en Medicina (CIPM) en 1978, pero no se mantuvo. La CIIS es mucho más amplia que la antigua CIPM porque incluye toda la gama de intervenciones sanitarias. El desarrollo de la CIIS comenzó en 2007, como un esfuerzo conjunto de la Red de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (FCI-OMS) y la OMS, basado en la experiencia acumulada con el desarrollo de varias clasificaciones nacionales de intervenciones en salud.

Tabla 1: *Descripciones y términos utilizados en la creación de la CIIS.*

Ejes	**Incluye**	**Ejemplo**
El **eje Objetivo** contiene las entidades sobre las que se realiza la acción.	Anatomía, Función humana, Persona o cliente, Grupo o población	estómago, actividades de la vida diaria
El **eje de Acción** se define como un acto que realiza un actor a un objetivo durante una intervención sanitaria.	Investigar, tratar, gestionar, informar, asistir, prevenir	biopsia, vacunación
El **eje de Medios** contiene las entidades que describen los procesos y métodos por los que se lleva a cabo la acción.	**Enfoque**: el proceso por el que se accede al objetivo de la acción	abierto, endoscópico
	Técnica utilizada como parte de la acción	radiación, resonancia magnética
	Método que describe cómo se lleva a cabo la acción	aplicación de la ley, método de transporte.

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

- Los dispositivos no se han incluido como un eje porque la mayoría de las intervenciones no implican un dispositivo y los dispositivos cambian rápidamente, sin embargo, los dispositivos pueden incluirse como códigos de extensión
- Los fármacos u otras sustancias que se administran a través de una intervención se clasifican en otra parte (por ejemplo, la CIE, la Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química con Dosis Diarias Definidas (ATQ/DDD),DCI).

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

- Tres letras para el Objetivo
- Dos letras para la Acción
- Dos letras para los Medios

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

1.1.4.3 FCI-OMS: Clasificaciones derivadas

Las clasificaciones derivadas suelen estar adaptadas para su uso a nivel nacional o internacional o para su uso en una especialidad concreta. Se basan en clasificaciones de referencia (por ejemplo, CIE, CIF, CIIS). Las clasificaciones derivadas pueden ser elaboradas para:

- adoptar la estructura de clasificación de referencia y sus clases
- proporcionar detalles adicionales más allá de los proporcionados por la clasificación de referencia
- reordenación o por agregación de elementos de una o más clasificaciones de referencia.

La CIE-11 tiene linealizaciones por especialidad que se derivan de la fundación común. Entre ellas se encuentran una versión para la dermatología, otra para la atención primaria y otra para la salud mental. Es posible que le sigan otras.

1.1.4.4 Clasificaciones relacionadas

Las clasificaciones relacionadas se incluyen en la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS para describir aspectos importantes de la salud o del sistema de salud no cubiertos por las clasificaciones de referencia o derivadas. Las clasificaciones relacionadas son:

- Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP)
- Clasificación Internacional de Lesiones por Causa Externa (CILCE)
- Ayudas técnicas para personas con Discapacidades (ISO9999)
- Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química con Dosis Diarias Definidas (ATQ/DDD)
- Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE)

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

Los sistemas de información en salud incluyen una serie de componentes diferentes para la recopilación, el análisis y el uso de datos de salud. Las fuentes de información pueden, por ejemplo, estar basadas en la población, en los centros de salud o centrarse en enfermedades concretas. Las principales fuentes de información sanitaria basadas en la población son los sistemas de registro civil y estadísticas vitales (RCyEV), los datos del censo y las encuestas de hogares.

Las fuentes de datos relacionadas con los centros de salud incluyen la vigilancia de la salud pública, los datos de los servicios de salud (que pueden denominarse sistemas de información de gestión en salud o sistemas de información en salud rutinarios (SIS) y los datos de

seguimiento del sistema de salud (por ejemplo, recursos humanos, infraestructura sanitaria, financiación).

Las cuentas nacionales de salud (CNS) están diseñadas para ofrecer una imagen completa de la financiación en salud. La codificación permite registrar la información sanitaria de forma independiente del idioma. La estandarización de la codificación permite la comparación de datos tanto a nivel interno como internacional. Por ejemplo, los datos codificados por la CIE pueden compararse entre diferentes sectores del sistema de salud, si se aplican las mismas reglas de codificación.

Los sistemas de información en salud se basan cada vez más en la notificación y codificación digital (electrónica). La CIE-11 está diseñada para ser utilizada en dichos entornos. El contenido de esta Guía de referencia es el único documento adicional que se requiere cuando se codifica con la CIE-11.

En muchos lugares, la recolección de información se basa en la presentación de informes en papel de forma tradicionalmente analógica. La CIE-11 también puede producirse en una versión impresa para su uso en sistemas basados en papel si fuera necesario (véase 1.1.5.2).

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

La CIE-11 se utiliza para la codificación de diagnósticos, en las historias clínicas electrónicas en los certificados de defunción electrónicos, o en otras colecciones de datos digitales. Herramientas especiales como la herramienta de codificación de la CIE-11 facilitan la búsqueda de códigos específicos de la CIE-11 para cualquiera de las diversas dimensiones que definen una entidad o categoría de la CIE-11. Se pueden añadir detalles adicionales utilizando múltiples códigos para una afección. Conservar el identificador único de la entidad de la CIE-11 codificada permite reutilizar la misma información en diferentes traducciones. La OMS ha desarrollado servicios web de la CIE (https://icd.who.int/icdapi), diseñados para apoyar la interacción interoperable entre máquinas.

1.1.5.2 Uso de la CIE-11 en un entorno analógico en papel

La CIE-11 puede utilizarse como versión impresa análoga, si es necesario. La información se notifica en documentos impresos y luego se codifica manualmente con la CIE-11. Hay que tener en cuenta que el registro en papel requiere la transcripción manual de la información a los sistemas electrónicos, por lo que debe considerarse la posibilidad de pasar a la notificación electrónica lo antes posible en la cadena de información. El registro en papel puede causar problemas de legibilidad y oportunidad de los datos codificados. La CIE-11 admite muchas formas de codificación asistida por ordenador, incluyendo instrucciones paralas combinaciones de códigos y otras posibles comprobaciones de plausibilidad. El objetivo a largo plazo para todos los usuarios debería ser la codificación mediante la CIE-11 en un entorno electrónico.

En la versión impresa, la información se divide en 3 volúmenes, la Lista Tabular, la Guía de referencia y el Índice. Los tres son necesarios para utilizar correctamente la CIE.

1.1.5.3 Versión electrónica

En la versión de la CIE con el navegador, la mayor parte de la información está interconectada y es visible en el contexto correspondiente. La OMS ofrece esta versión para navegar por la CIE-11 en varios idiomas (enlazada desde https://icd.who.int/es). Esta herramienta permite al usuario recuperar conceptos mediante la búsqueda de términos, anatomía o cualquier otro elemento del modelo de contenido. Con el navegador, los usuarios también pueden contribuir a la actualización y mejora continua de la CIE con comentarios y sugerencias. Dichas aportaciones se revisan para considerar su inclusión con carácter anual.

También se puede acceder a la CIE-11 mediante servicios web con software específico para el usuario. La guía informática de la CIE ofrece más detalles sobre los requisitos de compatibilidad en la siguiente página: https://icd.who.int/icdapi. Tanto los servicios web como el navegador en línea permiten el acceso y la búsqueda de todas las listas tabulares de la CIE, incluso para las estadísticas de mortalidad y morbilidad, la atención primaria o para las linealizaciones por especialidad de ciertos ámbitos específicos.

1.1.6 Vínculos con otras clasificaciones y terminologías

Las entidades o categorías codificadas por la CIE pueden utilizarse junto con otras clasificaciones y terminologías sanitarias relevantes para documentar completamente un episodio de atención, o un caso para la investigación.

1.1.6.1 Uso integrado con terminologías

La clasificación implica la agrupación de la información según reglas lógicas. La terminología permite notificar la información a cualquier nivel de detalle que se desee: por ejemplo, partes del cuerpo, hallazgos u otros elementos que constituyen una enfermedad. Sólo se puede informar de los elementos definidos en una terminología (es decir, las terminologías no tienen ningún mecanismo para reportar nueva información que no se haya añadido previamente a la terminología). Por el contrario, una clasificación tiene clases residuales ("otras especificadas" y "no especificadas") que garantizan que todos los casos puedan ser siempre clasificados. En una terminología, similar a una clasificación moderna, se puede definir una enfermedad, por ejemplo, estableciendo vínculos entre sus elementos, como la anatomía o los hallazgos. Las terminologías conservan la información sin enfatizar ningún aspecto de la información registrada.

Por el contrario, las clasificaciones permiten identificar "partes relevantes" del contenido, por ejemplo, para fines de salud pública. El acuerdo internacional sobre estas partes relevantes garantiza que la información agregada sea comparable a nivel internacional. El uso normalizado de la lógica de agregación de una clasificación y el uso estandarizado de la información detallada de una terminología persiguen el mismo resultado: la comparabilidad. En ambos casos son necesarios procesos de acuerdo internacional transparentes, con la integración de las listas de índices y tablas, la CIE ha pasado a tener su propio componente terminológico.

Las terminologías y las clasificaciones deben considerarse complementarias. La Fundación de la CIE-11 es la parte terminológica de la CIE-11 derivada del antiguo Índice de la CIE-10 y de otras fuentes. Lo ideal es que las terminologías de terceros estén vinculadas a la Fundación de la CIE-

11 en relaciones 1:1 o "señalizadas desde la Fundación de la CIE-11 en relaciones 1: n". Estos enlaces deberán seguir las recomendaciones del documento de mapeo.

1.1.6.2 Funcionamiento en la CIE y uso conjunto con la visión general de la CIF

Históricamente, la CIE ha utilizado ciertos conceptos de discapacidad como entidades comunes de enfermedad o trastorno, como: ceguera, sordera, problemas de aprendizaje o paraplejia, así como ciertos conceptos de discapacidad para otros fines, como "discapacidad como secuela de una lesión" y "limitación de las actividades debido a la discapacidad". La CIF se desarrolló después de la publicación de la CIE-10.

En la CIE-11, se han creado vínculos con la CIF en cuanto a la alineación de los conceptos de enfermedad y funcionamiento y a la facilitación del uso conjunto.

La alineación conceptual entre la CIE-11 y la CIF se ha producido en varias áreas.

- Los signos y síntomas de la CIE están alineados con las funciones corporales de la CIF, y los "factores que influyen en el estado de salud" de la CIE se alinean con los factores contextuales de la CIF.
- Las categorías de la CIE-11 relacionadas con la ddeficiencia visual en el capítulo de oftalmología (capítulo 09) se han alineado con la taxonomía y las definiciones respectivas de la CIF para las funciones visuales.

Las categorías adicionales seleccionadas de la CIF se extraen del componente Actividades y Participación y ayudan a describir las limitaciones funcionales comúnmente asociadas a condiciones de salud específicas en un patrón de funcionamiento. El impacto de una enfermedad o trastorno en las actividades diarias de una persona puede variar en función de la gravedad de la afección, así como de los factores contextuales (por ejemplo, los factores ambientales) y las posibles comorbilidades. La CIE adopta un enfoque que identifica la "gravedad" como una propiedad de la enfermedad/trastorno y describe el impacto de la condición de salud en la vida diaria de una persona con un conjunto de códigos de funcionamiento.

En la CIE-11 se ha incluido una sección opcional de funcionamiento para permitir la clasificación y la medición del impacto de las condiciones de salud en términos de funcionamiento.

La sección de funcionamiento de la CIE-11 ofrece dos opciones para la evaluación del impacto y la documentación:

- El uso de un instrumento de evaluación genérico basado en la CIF (es decir, el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS) 2.0) y la Encuesta Modelo de Discapacidad (EMD) para generar una puntuación de funcionamiento global y de dominio específico. Para obtener dichas puntuaciones, el WHODAS 2.0 (al igual que otras escalas de valoración clínica) debe utilizarse en su totalidad

(es decir, la batería completa de preguntas). En el Manual del WHODAS se ofrecen más instrucciones sobre el uso del WHODAS 2.0.

- El uso de una lista corta de categorías de funcionamiento derivadas del Anexo 9 de la CIF. Estas categorías deben utilizarse con un calificador genérico de 5 puntos que indica la gravedad para el reporte sobre el funcionamiento en los sistemas de información en salud.

En general, la vinculación entre la CIE-11 y la CIF puede ayudar en los siguientes casos de uso:

- evaluación para la práctica médica general (por ejemplo, trabajar en la evaluación de la capacidad)
- evaluación para las prestaciones sociales (por ejemplo, pensión de invalidez)
- fines de pago o reembolso
- evaluaciones de las necesidades (por ejemplo, para la rehabilitación, la asistencia ocupacional, los cuidados de larga duración)
- evaluación de los resultados de las intervenciones

Siempre que se desee y se requiera un informe de *funcionamiento completo*, debe utilizarse la CIF, (véase la sección 2.11 para más información)

1.2 Estructura y taxonomía de la CIE

La estructura de los capítulos y bloques de la CIE ha evolucionado en 11 iteraciones de la clasificación a lo largo de 150 años. La autoría de la CIE sigue un conjunto de reglas que aseguran la integridad funcional y estructural de la clasificación. La evolución de la CIE equilibra cuidadosamente la necesidad de contar con categorías que se ajusten a los conocimientos actuales al tiempo que permiten la comparabilidad estadística a lo largo del espacio y el tiempo.

La estructura de los capítulos de la CIE refleja los principales aspectos de las enfermedades. Los capítulos no pretenden delimitar áreas de conocimiento médico o dominios de especialidades. El vínculo con cualquier especialidad o esquema de reembolso es secundario. La CIE tiene categorías para enfermedades, trastornos, síndromes, signos, síntomas, hallazgos, lesiones, causas externas de morbilidad y mortalidad, factores que influyen en el estado de salud, motivos de encuentro con el sistema de salud y medicina tradicional. La CIE-11 complementa estos datos al permitir la captura de detalles adicionales como la anatomía, las sustancias, los medicamentos, los dispositivos médicos, los agentes infecciosos, el lugar de la lesión y muchos más. La CIE-11 también viene con un conjunto de reglas y explicaciones para su uso y los metadatos necesarios. También se incluyen los formatos de notificación necesarios.

El uso más extendido de la CIE a lo largo del tiempo y geográficamente ha sido para las estadísticas sobre la causa de la muerte (mortalidad). La CIE también se utiliza para la clasificación de la documentación clínica, a fin de proporcionar información estandarizada e independiente del idioma para el uso de la morbilidad, como la asignación de recursos, la casuística, la seguridad del paciente y la calidad de la atención, así como la atención primaria y la investigación. La CIE y sus descripciones también se utilizan como marco en la legislación.

1.2.1 Taxonomía

Una clasificación estadística de las enfermedades debe ceñirse a un número limitado de categorías mutuamente excluyentes capaces de abarcar toda la gama de estados mórbidos. Las categorías se eligen para facilitar el estudio estadístico de los fenómenos de la enfermedad. Cada enfermedad o condición mórbida debe tener un lugar bien definido en la lista de categorías. En consecuencia, a lo largo de la clasificación, existen categorías residuales para otras y diversas afecciones que no tienen su propia categoría única o que no pueden asignarse a las categorías más específicas. Sin embargo, los identificadores uniformes de recursos (URI) de la CIE-11 permiten conservar estos detalles para futuros análisis. Las siguientes medidas se aplican para determinar si una entidad cumple los requisitos para convertirse en una categoría única:

1 Pruebas epidemiológicas: análisis de frecuencia de los datos codificados de mortalidad y morbilidad
2 Pruebas clínicas: pruebas de la enfermedad proporcionadas por las especialidades médicas
3 Granularidad: detalle mínimo notificado y útil en la mortalidad o la atención primaria
4 Continuidad: conservación del nivel de detalle preexistente en la CIE
5 Parsimonia: la necesidad de limitar el número de categorías para los informes obligatorios internacionales

Una clasificación estadística puede permitir diferentes niveles de detalle si tiene una estructura jerárquica y subdivisiones. Una clasificación estadística de enfermedades debe conservar la capacidad tanto de identificar entidades de enfermedad específicas como de permitir la presentación estadística de datos para grupos más amplios, permitiendo así la obtención de información útil y comprensible. Los mismos principios generales se aplican a la clasificación de otros problemas de salud y motivos de contacto con los servicios de salud , que también se incorporan a la CIE. La CIE se desarrolló como una clasificación práctica, más que puramente teórica, en la que hay una serie de compromisos entre la clasificación basada en la etiología, el lugar anatómico, las circunstancias de inicio u otros criterios.

La CIE-11 se basa en gran medida en el método de combinar varios códigos para describir una afección clínica con el nivel de detalle deseado. Su arquitectura electrónica permite asignar identificadores únicos a cualquier afección enumerada, independientemente de que la afección esté agrupada en una clase estadística o de que represente una clase propia. Los dos enfoques juntos permiten la opción de mantener una codificación sencilla cuando el detalle del diagnóstico es limitado; y, alternativamente, añadir detalles cuando el informe de diagnóstico requiere un alto nivel de exhaustividad y sofisticación.

1.2.1.1 Modelo de contenido y definición de enfermedad

Modelo de contenido

Para más información, consulte el apartado 3.4 El modelo de contenido.

Definición de enfermedad

Una enfermedad suele definirse a partir de un conjunto de aspectos relevantes extraídos del siguiente patrón. Una enfermedad es un conjunto de disfunciones en cualquier sistema corporal definido por:

Propiedad	Descripción
Sintomatología o manifestaciones	Patrón conocido de signos, síntomas y hallazgos relacionados
Etiología	Un mecanismo explicativo subyacente
Curso y resultado	Un patrón de desarrollo distinto a lo largo del tiempo
Respuesta al tratamiento	Un patrón conocido de respuesta a las intervenciones
Vinculación con factores genéticos	Por ejemplo, genotipos, patrones de expresión genética, etc.
Relación con los factores ambientales	Factores del entorno que desencadenan la presencia de una enfermedad

1.2.2 Estructura de los capítulos de la CIE

La CIE es una clasificación de eje variable. La estructura fue desarrollada a partir de la propuesta de William Farr en los primeros días de los debates internacionales sobre la estructura de la clasificación: enfermedades epidémicas, enfermedades constitucionales o generales, enfermedades locales ordenadas por sitio, enfermedades del desarrollo y lesiones.

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

Los grupos especiales reúnen afecciones que resultarían incómodas para el estudio epidemiológico si estuvieran dispersas, por ejemplo, en una clasificación ordenada principalmente por sitios anatómicos. **Estas afecciones conforman los capítulos de "grupos especiales":**

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

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

En caso de duda sobre el lugar en el que debe situarse una afección, los capítulos de "grupos especiales" tienen prioridad. Este principio se aplica en las notas de "exclusión" al principio de cada capítulo de la CIE.

1.2.3 Principios rectores para la clasificación de los conceptos especiales

1. Los hallazgos clínicos se encuentran en el capítulo 21 "Síntomas, signos o hallazgos clínicos, no clasificados en otra parte". (p. ej., "Niveles anormales de enzimas séricas" o "Resultados de los estudios de funcionamiento del sistema circulatorio")
2. Las manifestaciones de las enfermedades, un punto relevante para la intervención sanitaria, son "manifestaciones clínicas" localizadas en el capítulo del sistema corporal donde se manifiestan. También hay que codificar la enfermedad subyacente. (p. ej., miocarditis)
3. Los síndromes cuya etiología se desconoce se asignan con el sistema corporal más relevante. (p. ej., el síndrome de Costen está en el capítulo "Digestivo")
4. El número de categorías con "debido a" en el título está restringido a ciertas excepciones. (p. ej., bronquiolitis aguda debida al virus respiratorio sincicial)
5. Las afecciones crónicas muy específicas y posteriores a un procedimiento se agrupan al final del capítulo de sistemas corporales donde se manifiestan. (p. ej., el linfedema debido a la cirugía o la radioterapia). No existen categorías residuales para estos grupos.
6. Las complicaciones agudas posprocedimiento se identifican mediante combinaciones de códigos de los capítulos de sistemas corporales o lesiones y de causas externas (por ejemplo, una punción no intencionada de un órgano durante una intervención se clasifica con un código para el órgano lesionado (daño), un código que describe qué cirugía causó la lesión (causa) y un código que identifica la punción no intencionada como modo/mecanismo de lesión).
7. Las categorías que mencionan "múltiple" están restringidas a excepciones y requieren la codificación de las diferentes afecciones múltiples de forma individual (por ejemplo, las lesiones múltiples deben codificarse individualmente cuando sea posible).
8. Las categorías con mención de "secuelas" están restringidas a excepciones. La afección específica resultante como secuela debe codificarse junto con la causa subyacente. En algunos casos, seguirán existiendo con la etiqueta 'efectos tardíos de...' (por ejemplo, efectos tardíos de una enfermedad cerebrovascular o de una sífilis tardía). Las 'secuelas' incluyen los efectos residuales de enfermedades o trastornos, lesiones o envenenamientos

especificados como tales, o como efecto tardío de, una afección detenida, curada, sanada, inactiva, antigua o quiescente, a menos que haya evidencia de enfermedad activa.

9. Las categorías con mención de "historia de" se limitan a excepciones (por ejemplo, la historia personal de las neoplasias malignas enumera sólo los lugares anatómicos más frecuentes).
10. Las agrupaciones de alto nivel deben ser significativas.
11. Las categorías residuales sólo existen cuando son significativas. (por ejemplo, cuando las afecciones son congénitas o adquiridas, no hay "otros" residuales, pero habrá una opción "no especificada")

1.2.4 Características generales de la CIE-11

La principal innovación estructural de la CIE-11 es que está construida sobre un Componente Fundamental del que derivan las listas tabulares (como la Clasificación para las Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad).

1.2.4.1 Estructura de los códigos

Los códigos de la CIE-11 son alfanuméricos y cubren el rango de 1A00.00 a ZZ9Z.ZZ. Se denominan códigos de base. La estructura de los códigos de base se describe a continuación:

- El primer carácter del código se refiere siempre al número de capítulo. Puede ser un número o una letra.
- Los códigos que empiezan por "X" indican un código de extensión (véase 2.9).
- Siempre hay una letra en la segunda posición para diferenciar los códigos de la CIE-11 de los de la CIE-10.
- La inclusión de un número forzado en la posición del tercer carácter evita que se escriban "palabras indeseables".
- Las letras "O" e "I" se omiten para evitar la confusión con los números "0" y "1".

Por ejemplo, 1A00 es un código del capítulo 01, y BA00 es un código del capítulo 11.

Por ejemplo: ED1E.EE

- E corresponde a un "número de base 34" (0-9 y A-Z; excluyendo O, I);
- D corresponde al "número de base 24" (A-Z; excluyendo O, I); y
- 1 corresponde a los "enteros de base 10" (0-9)
- La primera E comienza con "1" y se asigna al capítulo. (es decir, 1 es para el primer capítulo, 2: capítulo 02, ... A capítulo 10, etc.)

La letra terminal “Y” está reservada para la categoría residual "otros especificados" y la letra terminal "Z" se reserva para la categoría residual "sin especificación". Para los capítulos que tienen más de 240 bloques, se utilizan también la letra "F" ("otros especificados") y la letra "G" ("sin especificación") para indicar las categorías residuales (debido a las limitaciones del espacio de codificación).

1.2.4.2 Identificadores uniformes de recursos

Todas las entidades tienen un Identificador Uniforme de Recursos (URI), que consiste en una cadena de caracteres que identifica de forma exclusiva una entidad concreta de la CIE-11. Cada entidad ocupa un lugar específico en la jerarquía de grupos y categorías.

1.2.4.3 Bloques de códigos

Las entidades de nivel superior en la CIE-11 (denominadas "bloques") pueden utilizarse para informar de las estadísticas agregadas. Sin embargo, los bloques no tienen códigos de categoría, ya que no se supone que se utilicen en la codificación. Los bloques tienen sus propios URI (por ejemplo, el URI para Neoplasias es http://id.who.int/icd/entity/1630407678). También se puede hacer referencia a los bloques mediante el ID de bloque. La estructura del código para los ID de bloque tiene 11 caracteres (por ejemplo, "BlockL1-1A0").

1.2.4.4 Códigos de base

Son códigos de la lista tabular de la CIE-11 que pueden utilizarse solos. Los códigos de base pueden ser entidades o agrupaciones de gran relevancia en cualquiera de los casos de uso, o condiciones clínicas que deben describirse siempre como una sola categoría. Los códigos de base están diseñados para garantizar que en los casos de uso que requieren un solo código por caso, se recoja información significativa.

1.2.4.5 Códigos de extensión y poscoordinación

Los códigos de extensión se componen de grupos de códigos, por ejemplo, anatomía, agente, histopatología y otros aspectos que pueden utilizarse para añadir detalles a un código de base. Los códigos de extensión no deben utilizarse solos en el contexto de la clasificación estadística, sino que deben añadirse a un código de base. Los códigos de extensión pueden utilizarse en otro contexto, por ejemplo, para la documentación de dispositivos. No todos los códigos de extensión pueden utilizarse con todos los códigos de base. Consulte el apartado 2.9.

La poscoordinación es una nueva y notable característica de la CIE-11 que crea la capacidad de vincular conceptos diagnósticos básicos (es decir, conceptos de código de base + código de base) cuando se desee, y/o de añadir conceptos clínicos capturados en códigos de extensión a conceptos de código de base primarios. Los conceptos de diagnósticos vinculados se denominan clústers. Cabe destacar que la capacidad de poscoordinación inherente a la CIE-11 es uno de los cambios significativos en comparación con la CIE-10. Un clúster describe un concepto clínico tal y como lo describe el profesional de la salud de la salud. La poscoordinación está permitida, por principio, con todos los ejes, siempre que se utilice al menos un código de base. La API, el navegador y la herramienta de codificación facilitan la poscoordinación en determinadas áreas. Otras áreas de poscoordinación tienen que ser codificadas individualmente, pero pueden ser apoyadas por futuras actualizaciones de la CIE-11, cuando surja la necesidad.

1.2.4.6 Otras características generales

- Las categorías de la CIE-11 tienen **descripciones cortas**, además de descripciones largas etiquetadas como "información adicional". La descripción corta consta de un máximo de 100 palabras acerca de la entidad e indica cosas que siempre son ciertas sobre una enfermedad o afección y que son necesarias para comprender el alcance de la rúbrica.

Aparece en la lista tabular de la clasificación. La "información adicional" **larga** es la descripción completa, sin restricción de longitud.

- **Las listas de tabulación especial** (véase la sección 2.25) siguen existiendo en la CIE-11, pero hay tres listas adicionales: la lista inicial de mortalidad (LiMor) (SMoL, por sus siglas en inglés), la lista para autopsia verbal y la lista de enfermedades infecciosas por agente. Las linealizaciones por especialidad permiten representar el contenido desde la perspectiva de una especialidad, como la dermatología o la neurología, mediante la creación de subconjuntos y la precoordinación de más detalles, si se desea.

1.2.5 El Componente Fundamental y las listas tabulares de la CIE-11

El Componente Fundamental es una colección multidimensional de todas las entidades de la CIE. Es una base de datos de origen que contiene toda la información necesaria para generar las versiones impresas de la lista tabular y el índice alfabético, así como la información adicional que se necesita para generar las linealizaciones por especialidad de la CIE-11 y las modificaciones específicas de cada país. Las entidades pueden ser enfermedades, trastornos, lesiones, causas externas, signos y síntomas. Algunas entidades pueden ser muy amplias, por ejemplo "lesión del brazo", mientras que otras son más detalladas, por ejemplo "laceración de la piel del pulgar". El Componente Fundamental también tiene la información necesaria para utilizar las entidades para construir una lista tabular. El Componente Fundamental incluye información sobre dónde y cómo se representa una determinada entidad en una lista tabular, si se convierte en una agrupación, en una categoría con un código de base o si se menciona como un término de inclusión en una categoría concreta.

Se pueden construir varias listas tabulares diferentes a partir del Componente Fundamental. A partir del mismo Componente se puede crear un conjunto de listas tabulares que se basan en la misma estructura jerárquica de árbol, lo que produce listas tabulares congruentes. El Componente Fundamental incluye instrucciones sobre cómo combinar determinados códigos en una lista tabular para lograr un mayor detalle en la codificación. Estas reglas ayudan a los codificadores y a los sistemas informáticos a visualizar las combinaciones de códigos permitidas cuando utilizan una lista tabular.

En una lista tabular, las entidades del Componente Fundamental se convierten en categorías. Las categorías son mutuamente excluyentes y conjuntamente exhaustivas y están vinculadas a un árbol monojerárquico (es decir, sólo tienen un padre). La información relacionada con una entidad que se ha convertido en categoría y que tiene varios padres sigue estando disponible en el Componente Fundamental. Esta información puede utilizarse para visualizar esa categoría en más de un lugar de la lista tabular, por ejemplo, mostrándolas en caracteres negros en su lugar para la tabulación de referencia y en caracteres grises en cualquier otro lugar para la navegación o en las tabulaciones alternativas. La CIE-11 tiene múltiples listas tabulares congruentes con distintos niveles de detalle.

1.2.5.1 Precoordinación y poscoordinación en la CIE-11

Una condición de salud puede describirse con cualquier nivel de detalle, aplicando más de un código o por "poscoordinación" (es decir, combinando):

- dos o más códigos de base, (p. ej., código1/código2)
- códigos de base con uno o más códigos de extensión. (p. ej., código de base&código de extensión1&código de extensión2)

De este modo, la clasificación puede abordar un gran número de conceptos clínicos con una gama limitada de categorías.

Los códigos de base contienen toda la información pertinente de forma precombinada. Esto se denomina "precoordinación". Cuando se describen detalles adicionales relativos a una afección mediante la combinación de varios códigos, esto se denomina "poscoordinación". La combinación de códigos se denomina clúster. Consulte el apartado 2.10.

1.2.5.2 Paternidad múltiple

Una entidad puede clasificarse correctamente en dos lugares diferentes, por ejemplo, por su localización o por su etiología. En el caso de una enfermedad, como el cáncer de esófago, esto significaría que podría clasificarse en cánceres (neoplasias malignas) o en afecciones del aparato digestivo. Del mismo modo, las afecciones isquémicas cerebrales podrían clasificarse en el sistema vascular o en el sistema nervioso. La decisión sobre el lugar que ocupa una afección depende del acuerdo internacional y del legado de la clasificación.

1.2.6 Entidades de la CIE independientes del idioma

Las entidades de la CIE-11 son independientes del idioma. El mantenimiento de la CIE-11 a nivel internacional se lleva a cabo en el idioma inglés, pero el modelo de contenido de la CIE-11 es independiente del idioma y permite vincular cualquier idioma deseado a los elementos de su Componente Fundamental. De este modo, una base de traducción internacional facilita las traducciones o la navegación multilingüe (Véase 3.12 Anexo A: Actualización y mantenimiento de la CIE-11).

1.3 Principales usos de la CIE: Mortalidad

Las estadísticas de mortalidad se utilizan ampliamente para la investigación médica, la supervisión de la salud pública, la evaluación de las intervenciones en salud y la planificación y el seguimiento de la atención sanitaria. Las normas adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) relativas a la selección de una sola causa o afección, a partir de los certificados de defunción, para la tabulación rutinaria de las estadísticas de mortalidad están previstas para estandarizar la producción de datos de mortalidad. La aplicación de la CIE para la mortalidad requiere el establecimiento de una infraestructura para la notificación y el almacenamiento de la información, el diseño de los flujos de información, la garantía de calidad y la retroalimentación, así como la formación de los usuarios de la clasificación que trabajan con la entrada y salida de los datos.

1.3.1 Qué se codifica: Causas de la defunción

La descripción de una única causa básica de defunción, y los enfoques seleccionados para captar más información sobre las causas de defunción que también figuran en el certificado de defunción, permiten identificar las tendencias de salud de una población determinada.

Las intervenciones eficaces en materia de salud pública previenen el daño o la muerte rompiendo la cadena de acontecimientos que conducen al daño. Para ello, la causa básica de defunción se ha definido como "a) la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos mórbidos que condujeron directamente a la muerte, o b) las circunstancias del accidente o la violencia que produjeron la lesión fatal", y se selecciona para la tabulación rutinaria de las estadísticas de mortalidad por una sola causa. (Véase la sección 2.20 para más información).

1.4 Principales usos de la CIE: Morbilidad

Los datos de morbilidad se utilizan para la elaboración de informes estadísticos sobre todo a nivel nacional o local. Aunque algunos de estos informes estadísticos se realizan dentro de un contexto de investigación académica, suelen llevarse a cabo en entornos aplicados para informar sobre la toma de decisiones del sistema de salud y de las agencias de salud pública. Los datos codificados con la CIE también constituyen la base de diferentes sistemas de Casuística hospitalaria (Casemix), así como las distintas variedades de Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRDs). Los datos de morbilidad codificados también pueden utilizarse para fundamentar una serie de guías clínicas mediante la provisión de información del Componente Fundamental sobre la carga de la enfermedad.

1.4.1 Qué se codifica: Afecciones del paciente

La definición de afección principal se refiere a la descripción de un episodio de atención hospitalaria (y ambulatoria). El profesional de la salud de la salud debe registrar e identificar como afección principal la que se determine como motivo de ingreso, establecida al final del episodio de atención a la salud o el motivo de atención.

El profesional de la salud responsable del tratamiento del paciente es también responsable de documentar las afecciones de salud del paciente. Esta información debe organizarse sistemáticamente utilizando métodos de registro estándar. Un registro debidamente cumplimentado es esencial para una buena gestión del paciente. También es un prerrequisito esencial para la creación de un registro codificado válido de los diagnósticos del paciente, derivados mediante un proceso de codificación de la información escrita que describe la condición médica del paciente. Cuando se dispone de un registro escrito sólido de las afecciones del paciente, la codificación satisfactoria de esta información en la CIE y las clasificaciones asociadas produce una valiosa fuente de datos epidemiológicos y otros datos estadísticos sobre la morbilidad y otros problemas sanitarios. La persona que transforma la información sobre la afección declarada en códigos (el "codificador") puede ser el profesional de la salud de la salud o un codificador clínico (que no es responsable del tratamiento del paciente). En esta última situación, que es común entre los países miembros, el codificador depende de la idoneidad de la documentación en la historia clínica de las afecciones del paciente por parte de los profesionales de la salud. La importancia de la documentación clínica por parte de los profesionales de la salud como punto de inicio para la codificación de los datos sanitarios no puede exagerarse, y debe subrayarse como una cuestión de importancia clave dentro de los países y a nivel internacional. Esto tiene implicaciones para la educación sobre la información sanitaria y la documentación clínica dentro de los programas de formación de los profesionales sanitarios. (Véase la sección 1.4 para más información).

1.5 Medicina tradicional

La Medicina Tradicional (MT) es una parte integral de los servicios de salud que se prestan en muchos países. La estandarización internacional mediante la inclusión de la Medicina Tradicional en la CIE permite medir, contar, comparar, formular preguntas y hacer un seguimiento a lo largo del tiempo. Aunque algunos países cuentan con sistemas nacionales de clasificación de la Medicina Tradicional desde hace muchos años, la información de dichos sistemas no ha sido estandarizada ni está disponible a nivel mundial.

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

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

1.6 Mantenimiento de la CIE

El proceso de mantenimiento de la CIE permite su actualización tras la evolución en el conocimiento de las enfermedades, los tratamientos y la prevención. También garantiza que se produzcan mejoras y aclaraciones como consecuencia del uso diario de la CIE y de las peticiones de los Estados miembros o de cualquier otra parte interesada.

Se ha establecido un proceso abierto estandarizado para garantizar que las actualizaciones propuestas se recojan, se encaucen, se revisen y se consideren debidamente antes de su aplicación. Un mecanismo de propuesta y revisión en una plataforma en línea hace que el proceso sea transparente. Los flujos de trabajo garantizan que los cambios propuestos se consideren tanto desde el punto de vista médico y científico como desde su valor y lugar en un caso de uso concreto (Véase 3.12 Anexo A: Actualización y mantenimiento de la CIE-11).

1.6.1 Principios rectores del proceso de autoría

La asignación de entidades en la clasificación sigue un conjunto de reglas que sirven para mantener la integridad estructural y funcional de la clasificación. El conjunto básico de reglas que se enumeran aquí se complementa con otras reglas adicionales que abordan casos especiales o sirven para garantizar una orientación coherente al usuario. Se enumeran por orden de prioridad.

1. No hay cambios en la clasificación, incluido el movimiento de categorías o grupos entre capítulos, sin una justificación y un cambio documentado en la etiología o el método de prevención. (Por ejemplo, el capítulo 04 - "Enfermedades del sistema inmunitario" se añadió como un nuevo capítulo, ya que había suficientes pruebas científicas para apoyar este movimiento). Como alternativa, se sugirió trasladar "heridas de la piel" a "Enfermedades de la piel". La herida de la piel, al ser una lesión, permanece agrupada con las lesiones porque la prevención se centrará en la causa de la herida.
2. Las afecciones se clasifican predominantemente por su etiología.
    - Las manifestaciones locales de las "etiologías" importantes se encuentran en el capítulo de etiología (por ejemplo, la hepatitis viral está en "Algunas enfermedades infecciosas o parasitarias").
    - Cuando una afección puede deberse a varias etiologías diferentes, y es más pertinente conservar el sistema corporal afectado, suele clasificarse en el sistema

corporal (por ejemplo, algunas úlceras gástricas están causadas por bacterias, pero permanecen en el capítulo "Sistema digestivo").
  - Cuando se desconoce la etiología de la afección, se asigna al sistema de órganos más relevante (por ejemplo, el síndrome de Costen está en el capítulo "Sistema digestivo").
  - Las "etiologías" sistémicas están principalmente en su capítulo de etiología correspondiente (por ejemplo, la miopatía inflamatoria idiopática está en "Enfermedades del sistema inmunitario").
3. Las afecciones que podrían estar en dos o más lugares de la clasificación permanecen en su ubicación heredada.
  - Por ejemplo, las lesiones del ojo son igualmente importantes para el ojo y su prevención. A pesar de la sugerencia de incluirlas en el capítulo de los ojos, se quedaron donde estaban, en el capítulo de las lesiones.
  - Cuando la etiología y el sistema corporal son igualmente importantes, la localización de la herencia no cambia (por ejemplo, las parálisis del nervio motor ocular).
4. Mantener un grupo de subtipos juntos en un lugar puede anular las consideraciones anatómicas o etiológicas (por ejemplo, las enfermedades priónicas humanas: algunas tienen un componente genético, otras un componente transmisible).

1.6.2 Mejora de la orientación al usuario

Las siguientes reglas sirven para orientar al usuario. Los usuarios pueden esperar encontrar afecciones en determinados lugares al navegar por la estructura de árbol. Los grupos de usuarios pueden necesitar agrupar datos o crear subconjuntos por otras razones. La paternidad múltiple en el Componente Fundamental sirve para abordar esa cuestión. 1. Cuando una afección pueda estar en dos o más lugares, identifique esos otros lugares y agréguelos como padres secundarios, p. ej., la neoplasia maligna de colon está codificada en el capítulo de neoplasias, pero también aparece en el capítulo de enfermedades del aparato digestivo. En caso de que un conjunto de afecciones deba mostrarse en más de un lugar y no exista una agrupación que se ajuste a ese conjunto, puede crear una ventana (sin hijos primarios, sin términos, sin categorías residuales) en el lugar apropiado. 2. Cuando una afección pueda confundirse con otra que tenga un nombre similar, se añade una nota de exclusión. (p. ej., "Influenza debida al virus de la influenza estacional" tiene una nota "Exclusión: Meningitis por Haemophilus influenzae [H. influenzae]'). 3. Cuando se necesitan formas alternativas de tabulación de los datos, se crea una lista especial de linealización como segunda matriz (p. ej., enfermedades infecciosas por agente). El esquema de codificación de las entradas individuales seguirá siendo el utilizado para la clasificación internacional completa. 4. Cuando las enfermedades de ciertos sistemas corporales estén repartidas en diferentes capítulos, permita una linealización de especialidad de las enfermedades pertinentes. El esquema de codificación de las entradas individuales seguirá siendo el utilizado para la clasificación internacional completa. Actualmente existen linealizaciones por especialidad para la atención primaria, la dermatología, la neurología, la oftalmología y en casos especiales como la Clasificación Internacional de Enfermedades para la Oncología (CIE-O) y la Clasificación Internacional de de Lesiones por Causa Externa (CILCE).

1.6.3 Introducción al proceso de actualización de la CIE-11

Las versiones oficiales de la CIE-11 se elaboran anualmente para su uso internacional en materia de mortalidad y morbilidad (esto se conoce como "navegador azul"). En cambio, el Componente Fundamental de la CIE-11 se actualiza continuamente. Se ha establecido un proceso estandarizado para garantizar que las actualizaciones propuestas se recojan, se encaucen, se revisen y se tengan debidamente en cuenta antes de su aplicación.

La actualización se lleva a cabo a diferentes niveles con distintas frecuencias. Las actualizaciones que afectan a los códigos de cuatro y cinco caracteres se publican cada cinco años. Las actualizaciones a un nivel más detallado se publican con mayor frecuencia. Las adiciones al índice se realizan de forma continua. Las reglas de mortalidad y morbilidad que tienen un impacto significativo en la producción estadística se actualizarán en ciclos a largo plazo de cada 10 años.

Cualquier usuario individual de la clasificación puede presentar una propuesta de actualización de la CIE. Dichas actualizaciones pueden referirse a una o varias entidades de la CIE. Pueden referirse a la posición de las entidades en una lista tabular, en el Componente Fundamental, y a cualquier elemento del modelo de contenido. La plataforma de mantenimiento de la CIE-11 (conocida como "navegador naranja") se utiliza para las propuestas y los comentarios. Cualquier aportación a la CIE-11 y a sus componentes requiere que se haga referencia a las fuentes, los detalles de las pruebas científicas y el permiso del propietario de cualquier material con derechos de autor (cuando proceda).

1.6.4 Modificaciones nacionales para la codificación de la morbilidad

El uso de la CIE en el contexto específico del sistema de salud de un país puede requerir detalles que no forman parte actualmente de la CIE-11, por ejemplo, debido a entornos específicos o a los requisitos del sistema de reembolso. Dichos cambios se someterán al mismo proceso internacional que el resto de cambios de la CIE y pasarán a formar parte del Componente Fundamental y, eventualmente, de las Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad (EMM), idealmente antes de su aplicación en el país solicitante.

Puede surgir una situación en la que un gobierno nacional o una institución nacional afín necesite que una modificación se aplique inmediatamente. En tales circunstancias, deben evitarse los conflictos con el actual Componente Fundamental, y las modificaciones pertinentes estarán sujetas a mecanismos especiales para el proceso de actualización internacional. Todos los países que planeen producir modificaciones nacionales deberán establecer los acuerdos contractuales pertinentes con la OMS. Esto incluye las regulaciones sobre la distribución dentro y fuera del país respectivo y los recursos necesarios para que la OMS añada dichas modificaciones a la fundación.

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

1. Idealmente, las modificaciones serán acordadas por los organismos de mantenimiento de la CIE-11 antes de que se apliquen a nivel nacional
2. Las modificaciones no deben repercutir en las estadísticas de morbilidad y mortalidad, y no deben entrar en conflicto con el Componente Fundamental.
3. La aprobación de todas las modificaciones nacionales estará sujeta a la consideración de si ya existen detalles adicionales adecuados en el Componente Fundamental.
4. Si se realiza un cambio en la versión internacional de la CIE-11, la respectiva modificación nacional debe incorporar el cambio lo antes posible.

Ejemplo

La "diabetes tipo 1" en la versión de la OMS de la CIE-11 se clasifica en 5A10. Una modificación nacional puede requerir que se añadan detalles adicionales a los códigos de la CIE-11. Por ejemplo, la "Diabetes tipo 1, no controlada" podría añadirse como subcategoría a la 5A10, como 5A10.1 Diabetes tipo 1, no controlada. Sin embargo, cuando el mecanismo de poscoordinación proporciona el detalle necesario, no será necesaria la adición de una nueva subcategoría.

2 Parte 2 - Uso de la CIE-11

2.1 Directrices básicas de codificación y elaboración de informes

La codificación es la asignación de uno o más códigos para representar el significado de una afección o condición con el mayor detalle posible. Antes de intentar codificar, el codificador debe conocer los principios de clasificación y codificación. En algunos casos, el uso de un solo código proporcionará suficiente detalle. En otros casos, puede ser necesario utilizar varios códigos juntos para expresar el nivel de detalle requerido para el caso que fue motivo de atención, el entorno o las leyes.

Para la codificación, se recomienda utilizar la herramienta de codificación inteligente de la CIE-11 que puede utilizarse en línea y fuera de línea. Proporciona a los usuarios una forma sencilla y automatizada de encontrar y seleccionar las categorías necesarias. Cuando la búsqueda muestra un grupo de códigos, en lugar de un código de base único, la herramienta puede devolver un clúster ensamblado.

Los programas informáticos no deben incluir listas u otras indicaciones para guiar el registro o la codificación, ya que éstas limitan necesariamente la gama de diagnósticos y, por tanto, tienen un efecto adverso en la precisión y la utilidad del registro y el informe.

Puede haber una forma alternativa al utilizar la versión impresa de la CIE-11, pero esta opción no se recomienda, ya que lleva mucho tiempo y puede causar confusión a la hora de encontrar y seleccionar los códigos correctos o las combinaciones de códigos sin las pistas que proporciona la herramienta de codificación electrónica. En caso de que no se disponga de un entorno electrónico, se puede buscar una solución específica en colaboración con la OMS.

2.2 Lista Tabular, Listas Especiales de Tabulación, Calificadores y Modificadores

La lista tabular es un listado alfanumérico de enfermedades y grupos de enfermedades, notas de inclusión y exclusión y algunas reglas de codificación. Los capítulos 1 a 25 de la CIE contienen aproximadamente 15.000 entidades a nivel de cuatro, cinco o seis caracteres.

Además, hay una sección sobre códigos de extensión (2.9) y otra sobre medicina tradicional (1.5). Las listas de tabulación especiales se presentan al final de la lista tabular. Las listas de tabulación especiales no están diseñadas para la codificación, sino que sirven únicamente para la tabulación y la elaboración de informes (2.25).

2.3 Índice

El índice alfabético es una lista de más de 120 000 términos clínicos (incluyendo sinónimos o frases). El índice se utiliza para encontrar los códigos de la CIE o las combinaciones de códigos pertinentes para los términos clínicos. La mención de un término en el índice sirve exclusivamente para la codificación. La mención de un término en el índice no significa la aprobación o el respaldo de una afección particular.

2.4 Guía de referencia

La Guía de referencia contiene una introducción al contexto, los componentes y el uso previsto de la CIE. Describe los diversos componentes de la CIE-11, proporciona orientación para la certificación, el registro, las reglas para la codificación de la mortalidad (es decir, las estadísticas de las causas de defunción) y la codificación de la morbilidad (p. ej., las estadísticas hospitalarias) y las listas para la tabulación de los datos estadísticos.

2.5 Navegador y herramienta de codificación

La OMS ofrece una herramienta de navegación y codificación ("navegador azul") para la CIE-11 en varios idiomas https://icd.who.int/es. Esta herramienta permite al usuario recuperar conceptos mediante la búsqueda de términos, anatomía o cualquier otro elemento que se encuentre dentro del contenido de la CIE-11 (véase 1.2.5 Componente Fundamental y las listas tabulares de la CIE-11).

La OMS también proporciona una plataforma de mantenimiento ("navegador naranja"), (véase 3.12 Anexo A: Actualización y mantenimiento de la CIE-11). Esta herramienta permite a los usuarios contribuir a la actualización y mejora continua de la CIE-11. Dichas aportaciones se presentan en forma de propuesta con una justificación detallada, pruebas científicas y referencias revisadas por pares para justificar la consideración de su inclusión con carácter anual. (Véase 3.12 Anexo A: Actualización y mantenimiento de la CIE-11)

Para la codificación, la OMS proporciona la herramienta de codificación inteligente de la CIE-11, una forma sencilla y automatizada de encontrar y seleccionar las categorías necesarias.

También se puede acceder a la CIE-11 mediante los servicios web con software específico para el usuario. La guía informática de la CIE ofrece más detalles sobre los requisitos de compatibilidad.

Tanto los servicios web como el navegador en línea permiten acceder a todas las listas tabulares de la CIE, para las estadísticas de mortalidad y morbilidad, la atención primaria o para una linealización de la especialidad para su uso en determinados ámbitos especializados.

2.6 Codificación paso a paso - términos clínicos

La tabla siguiente compara los pasos de codificación en un entorno de papel y en uno electrónico. El componente esencial de la codificación es encontrar una coincidencia con el término clínico reportado: es necesario disponer de un buen diccionario en el idioma correspondiente y verificar el código resultante con reglas adicionales. En un entorno electrónico, las instrucciones incrustadas mediante programación pueden verificar el cumplimiento de las reglas de codificación.

Electrónica	**Papel**
1. Introduzca el diagnóstico o término en la herramienta de codificación	1. Busque el término principal en el índice alfabético y los términos secundarios aplicables.
2. Seleccione el término coincidente, o el que más se acerque a lo que busca de entre las opciones mostradas	2. Seleccione el término apropiado, o el que más se acerque a lo que busca, de entre las opciones de la lista
3. Verifique el resultado en la vista del navegador de la lista tabular para las exclusiones, inclusiones y notas dadas a nivel de esa categoría, sus niveles de agrupación y a nivel de capítulo.	3. Verifique el resultado en la lista tabular (Volumen 1) para las exclusiones, inclusiones y notas dadas a nivel de esa categoría, sus niveles de agrupación y a nivel de capítulo.

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

2.7 Convenciones de la CIE-11

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

2.7.1 Inclusiones

Dentro de las categorías codificadas suele haber otros términos diagnósticos opcionales. Se conocen como "términos de inclusión" y se dan, además del título, como ejemplos de los enunciados diagnósticos que deben clasificarse en esa categoría. Pueden referirse a afecciones diferentes o ser sinónimos. No son una subclasificación de la categoría.

Los términos de inclusión se enumeran principalmente como una guía del contenido de la categoría, además de las descripciones. Muchos de los elementos enumerados se refieren a términos importantes o comunes pertenecientes a la categoría. Otras son afecciones o lugares limítrofes que se enumeran para distinguir el límite entre una subcategoría y otra. Las listas de términos de inclusión no son en absoluto exhaustivas.

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

A veces es necesario leer los términos de inclusión junto con los títulos. Esto suele ocurrir cuando los términos de inclusión describen listas de lugares o productos farmacéuticos, donde es necesario comprender las palabras apropiadas del título (por ejemplo, "neoplasia maligna de...", "lesión de...", "efectos tóxicos de..."). Las descripciones diagnósticas generales comunes a una serie de categorías, o a todas las subcategorías de una categoría de cuatro caracteres, se encuentran en el apartado de "Inclusiones", inmediatamente después del título de un capítulo, grupo o categoría.

2.7.2 Exclusiones

Algunas categorías contienen listas de afecciones precedidas por la palabra "Exclusiones". Se trata de términos que se clasifican en otra parte. Un ejemplo de ello es *5A60 Hiperfunción de la glándula hipofisaria*, que excluye el síndrome de Cushing.

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

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

La paternidad múltiple en la CIE-11 muestra categorías en el contexto de categorías “hermanas” que se colocan en otra parte de la clasificación. Esto también es una indicación de una exclusión y significa que "una hermana está codificada en otra parte". En la versión impresa y en la versión electrónica, esto está marcado con la etiqueta "codifique en otra parte".

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

La instrucción "codifique también" informa al usuario sobre la información etiológica adicional que es obligatorio codificar en un clúster o grupo con determinadas categorías porque esa información adicional es relevante para la tabulación primaria. La indicación "codifique también" marca las categorías que deben utilizarse junto con el segundo o los segundos códigos indicados. Sin embargo, en algunos casos la etiología puede ser desconocida aunque la afección requiera tratamiento por sí misma. En esta circunstancia, el código puede notificarse solo.

Por ejemplo, la categoría Catarata diabética indica "codifique también" el tipo de diabetes. Esto significa que, junto con el código de "catarata diabética", debe asignarse el código del tipo de diabetes. Ambos códigos de base para el tipo de diabetes y la catarata diabética se notifican siempre en un clúster.

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

2.7.3 "NCOP" y "SAI"

2.7.3.1 "NCOP"

La sigla NCOP "No Clasificado en Otra Parte", cuando se utiliza en el título de una categoría, sirve como advertencia de que ciertas variantes específicas de las afecciones enumeradas pueden aparecer en otras partes de la clasificación. Por ejemplo, NF09 Efectos adversos, no clasificados en otra parte. Los códigos a los que se adjunta la descripción NCOP sólo deben utilizarse si una de las otras opciones disponibles en la clasificación no es adecuada.

2.7.3.2 "SAI”

Las letras SAI son una abreviatura del término *'sine alter indicatio'*, sin otra indicación, lo que implica que la documentación que se utiliza para clasificar no proporciona más detalles que el término proporcionado. Implica 'sin especificación', 'incompletamente especificado' o 'no calificado'. A veces, un término no calificado se clasifica, sin embargo, en una rúbrica para un tipo más específico de la afección. Esto se debe a que, en la terminología médica, la forma más común de una afección suele conocerse por el nombre genérico de la misma y sólo se califican los tipos menos comunes. Por ejemplo, "faringitis" se utiliza habitualmente para referirse a "faringitis aguda". Se han tenido en cuenta estas suposiciones intrínsecas para evitar una clasificación incorrecta.

Una inspección cuidadosa de los términos de inclusión revelará dónde se ha tenido en cuenta una suposición de una causa. Los codificadores deben tener cuidado de no codificar un término como no especificado a menos que esté muy claro que no hay información disponible que permita una asignación más específica en otro lugar. Del mismo modo, al interpretar las estadísticas basadas en la CIE, algunas afecciones asignadas a una categoría aparentemente especificada no lo habrán sido en el registro que se codificó. Al comparar las tendencias a lo largo del tiempo e interpretar las estadísticas, es importante ser consciente de que los supuestos pueden cambiar de una revisión de la CIE a otra. Por ejemplo, antes de la Octava Revisión, se suponía que un aneurisma aórtico no especificado se debía a la sífilis (esto ya no es así desde la

introducción de la CIE-10). En la CIE-11, en la mayoría de los casos la terminología "SAI" apunta a categorías no especificadas, de modo que el futuro análisis de los datos puede hacerse cargo de las suposiciones relativas al significado lingüístico.

Términos adicionales permitidos en la codificación de la CIE:

- Ciertas, ciertos, algunos, algunas
- Otros, otras
- Sin especificación
- Y
- O
- Debido a, debida a
- Con
- Causado por, causada por
- Atribuido a, atribuida a
- Secundario a, secundaria a
- Asociado a, asociada a

2.7.4 "Ciertas, ciertos, algunos, algunas"

El término "ciertas o algunas" se utiliza cuando algunas entidades que podrían agruparse en un lugar específico de la clasificación se ubican en otro lugar fuera del capítulo o bloque actual. Por ejemplo, *8B22 Algunas enfermedades cerebrovasculares especificadas* significa que sólo se codifican aquí una parte de las enfermedades cerebro*vasculares* especificadas, mientras que otros tipos especificados de enfermedades cerebrovasculares se ubican en otra parte de la clasificación.

2.7.5 Categorías residuales - "Otros, otras" y "Sin especificación"

La codificación con la CIE-11 debe completarse siempre para incluir el nivel de detalle más específico posible con el uso de un código o de múltiples códigos como se ha descrito anteriormente. Sin embargo, hay circunstancias en las que eso no es posible y por esa razón la CIE-11 incluye categorías tituladas "otros" y "sin especificación". En algunos casos, la información necesaria para seleccionar una categoría específica puede no estar disponible en la documentación fuente. Cuando este es el caso, se selecciona la categoría residual "sin especificación". Por el contrario, hay casos en los que la información de la documentación fuente es muy específica, pero la lista tabular no incluye una categoría concreta. En este caso, los usuarios identifican la categoría que más se aproxima, y codifican en la categoría residual titulada 'otros'.

2.7.6 Uso de "Y" y "O"

La 'y' y la 'o' en la CIE-11 se utilizan en su significado en la lógica formal. Un término que incluye una afirmación del tipo 'A y B' significa que tanto A como B, tienen que estar presentes para poder utilizar esa categoría. Un término que incluye una afirmación del tipo 'A o B' significa que la categoría puede utilizarse si A o B están presentes.

2.7.7 "Debido a, debida a" y "Asociado a, asociada a"

'Debido a' es el término preferido para las categorías en las que se mencionan dos afecciones y existe una secuencia causal entre ellas. Otros términos, como 'causado por' o 'atribuido a' son sinónimos permitidos. La expresión 'secundario a' es equivalente y también puede incluirse como sinónimo. 'Asociado a' es el término preferido para las categorías en las que se mencionan dos afecciones pero no hay una secuencia causal implícita.

2.7.8 Ortografía, paréntesis, gramática y otras convenciones

La ortografía y la gramática en la CIE-11 (en Inglés) siguen las normas británicas con excepciones y enmiendas que se ajustan a las normas ortográficas de la OMS. Las convenciones detalladas se enumeran a continuación. La terminología de la CIE-11 utiliza las siguientes convenciones:

- Los términos aparecen en su forma singular. Por ejemplo, "lesión superficial del cuero cabelludo" en lugar de "lesiones superficiales del cuero cabelludo".
- No utiliza apóstrofes con los epónimos en Inglés. Por ejemplo, 'Hodgkin lymphoma' (en lugar de 'Hodgkin's lymphoma'). En español esto no aplica.
- Las entidades se describen utilizando un lenguaje natural. Por ejemplo, "infarto del miocardio" (en lugar de "infarto, miocardio").
- Las abreviaturas (en inglés) se imprimen con letras mayúsculas y van seguidas del título completo en su totalidad. Por ejemplo, "IM - [infarto del miocardio]". En español se prefiere a la inversa.
- En la lista tabular se utilizan paréntesis para encerrar el código al que se refiere un término de exclusión. Por ejemplo, *9A01.3* Exclusiones de *blefaritis infecciosa*: Blefaroconjuntivitis (9A60.4)

2.7.9 Características generales

La principal innovación estructural de la CIE-11 es que está construida sobre un Componente Fundamental del que se derivan las listas tabulares (como la Clasificación para las Estadísticas de Morbilidad y Mortalidad). Véase 1.2.5 Componente Fundamental y las listas Tabulares de la CIE-11.

Tabla 1: *Terminología de la CIE-11*

Término de la CIE-11	Explicación
Componente Fundamental	Contenido de la base de datos subyacente que contiene toda la información necesaria para generar las versiones impresas de la lista tabular y el índice alfabético, así como la información adicional necesaria para generar las linealizaciones por especialidad de la CIE-11 y las modificaciones específicas de cada país.
Código de base	Los códigos de base son códigos que pueden utilizarse solos. Se encuentran en la lista tabular de la CIE-11 para las estadísticas de mortalidad y morbilidad. Los códigos de base pueden ser entidades o agrupaciones de gran relevancia, o afecciones clínicas que deben describirse siempre como una sola categoría. El diseño de los códigos de base asegura que en los casos de uso que requieren un solo código por caso, se recopile un mínimo significativo de información.
Código de extensión	Los códigos de extensión son listas de información adicional que se pueden añadir a un código de base cuando los usuarios y los establecimientos están interesados en informar con más detalle. Los códigos de extensión no son mutuamente excluyentes. No están diseñados para ser una clasificación, pero pueden mostrar jerarquías y nunca pueden utilizarse sin un código de base en el contexto de la clasificación estadística. Los códigos de extensión nunca pueden aparecer en la primera posición de una agrupación. Los códigos de extensión pueden utilizarse solos en otro contexto, por ejemplo, para la documentación de dispositivos.
Precoordinación	Son los códigos de base que pueden contener toda la información pertinente sobre un concepto clínico de forma precombinada. Esto se denomina "precoordinación". **Ejemplo:** *BD50.40 Aneurisma de la aorta abdominal con perforación* **Ejemplo:** *CA40.04 Neumonía por Mycoplasma pneumoniae*
Poscoordinación	El uso de múltiples códigos (es decir, códigos de base y códigos de extensión) juntos para describir completamente un concepto clínico documentado. La poscoordinación está por principio permitida con todos los ejes, siempre que se utilice al menos un código de base. La API, el navegador y la herramienta de codificación facilitan la poscoordinación en determinadas áreas. Otras áreas de poscoordinación tienen que ser codificadas individualmente, pero pueden ser apoyadas por futuras actualizaciones de la CIE-11 cuando surja la necesidad.

Clúster	Un clúster es el resultado de entidades poscoordinadas que se unen utilizando una barra diagonal (/) o un símbolo de ampersand (&). **Ejemplo:** Diagnóstico: Úlcera duodenal con hemorragia aguda Clúster: DA63.Z /ME24.90 Afección - *DA63.Z Úlcera duodenal*, sin especificación Tiene manifestación (utilice un código adicional, si lo desea) - *ME24.90 Sangrado gastrointestinal agudo, no clasificado en otra parte*
Padres primarios y secundarios	La jerarquía de la CIE-11 se define igual que en las versiones anteriores de la CIE. Se introdujo la posibilidad de conectar enfermedades y conceptos específicos dentro de la clasificación con otro código padre para permitir extractos específicos de la lista tabular para especialidades médicas o para casos de uso específicos.
	Ejemplo: Un código para una neoplasia maligna de la piel se encuentra en el capítulo de neoplasias malignas. El padre primario de este código es un código o un bloque de este capítulo. Sin embargo, un médico que sólo trate enfermedades de la piel podría querer ver sólo los códigos de la clasificación que sean relevantes para su propósito clínico específico. Por lo tanto, se definió un padre secundario en el capítulo de la piel que sólo mostrará el código de este capítulo si se selecciona el extracto específico de códigos para su caso de uso.

2.8 Códigos de base

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

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

2.9 Códigos de extensión

Los códigos de extensión se proporcionan para su uso como códigos suplementarios o adicionales cuando se desea identificar más detalles en las entidades clasificadas en otro lugar. La inclusión de los nuevos Códigos de Extensión en la CIE-11 proporciona capacidad para codificar información calificada y están vinculados a los códigos de base. Los códigos de extensión se han diseñado para estandarizar la forma de añadir información adicional a los códigos de base, y la adopción de la codificación multidimensional da lugar a una cantidad sustancialmente reducida de códigos de base. Los códigos de extensión pueden utilizarse solos en otros contextos, por ejemplo, en la documentación de los dispositivos.

Los códigos de extensión no son mutuamente excluyentes. No son una clasificación y nunca pueden utilizarse con fines estadísticos sin un código de base. Los códigos de extensión nunca pueden aparecer en la primera posición de un clúster o grupo de códigos. Se pueden vincular uno o más códigos de extensión al codificar una afección específica.

Hay dos tipos principales de códigos de extensión:

- Tipo 1 permiten al usuario añadir detalles a un código de base en términos de gravedad, temporalidad, anatomía, histopatología de la afección u otras dimensiones como sustancias y dispositivos médicos. Por ejemplo, si el enunciado diagnóstico dice "*prolapso de disco cervical* C5-C6", el código de extensión de anatomía *XA1X49 Disco o espacio intervertebral cervical C5-C6* puede añadirse al código de base *FA80.1 Discopatía cervical degenerativa con prolapso de disco para* captar el detalle de contenido en el enunciado diagnóstico.

- Tipo 2 representan descriptores de códigos de diagnóstico que indican cómo debe utilizarse y/o interpretarse el diagnóstico. El significado del código se refiere a la misma afección, pero el uso del código de extensión del descriptor de diagnóstico de tipo 2 modifica su interpretación. Por ejemplo, para la notificación de acontecimientos adversos es importante codificar el momento del diagnóstico en términos de *XY6M Presente en la admisión*, *XY69 Desarrollado después de la admisión*, o *XY85 Cronometraje incierto de inicio relativo a la admisión*.

Resumen de los códigos de extensión de tipo 1

- Valor de la escala de gravedad
- Temporalidad (curso de la afección)
- Etiología
- Valor de la escala de la topología
- Anatomía y topografía
- Histopatología
- Dimensiones de la lesion
- Dimensiones de las causas externas
- Conciencia
- Sustancias
- CIE-O
- Dispositivos, equipos y suministros sanitarios

Resumen de los códigos de extensión de tipo 2- Descriptores de códigos de diagnóstico

- Tipos de diagnóstico de egreso (alta)
- Momento del diagnóstico
- Momento del diagnóstico en relación con el procedimiento quirúrgico
- Método de confirmación del diagnóstico
- Certeza del diagnóstico
- Momento del diagnóstico obstétrico
- Descriptores del encuentro (contacto con el servicio de salud)
- Capacidad o contexto

2.10 Precoordinación y poscoordinación

Algunos códigos de base contienen toda la información pertinente sobre un concepto clínico de forma precombinada. Esto se denomina "precoordinación".

Una condicion de salud puede describirse además con cualquier nivel de detalle, aplicando más de un código o "poscoordinando" (es decir, combinando códigos):

- dos o más códigos de base, (p. ej., código1/código2)
- códigos de base con uno o más códigos de extensión. (p. ej., código de base&código de extensión1&código de extensión2)

Un grupo de códigos que han sido postcoordinados se denomina "clúster". Se utiliza una barra oblicua (/) o un ampersand (&) para mostrar el vínculo entre los códigos postcoordinados. De este modo, la clasificación puede abordar muchos conceptos clínicos con una gama limitada de categorías.

Ejemplo

Precoordinación de conceptos en un solo código: la afección: *2C25.2 Carcinoma de células escamosas del bronquio o del pulmón* tiene precoordinación, tanto el lugar como la patología se combinan en un solo código de base precoordinado.

Ejemplo

Poscoordinación de conceptos combinados en un clúster: la afección "infección del tracto urinario debida a Escherichia coli productora de betalactamasas de espectro extendido" se expresa a través de una combinación de dos códigos de base vinculados o postcoordinados. Afección: *GC08.0 Infección urinaria por Escherichia coli, localización no especificada a*sociada con (utilice un código adicional, si lo desea): *MG50.27 Escherichia coli productora de betalactamasas de espectro extendido;* Código del clúster: GC08.0 /MG50.27

Eje de poscoordinación	Descripción
“Tiene una afección causante": este campo indica la afección causante que debe codificarse cuando se conoce. La afección causante puede compararse con el código de "daga" de la CIE-10. Esta opción se encuentra en las entidades que suelen ser causadas por una serie de afecciones diferentes y se denomina poscoordinación obligatoria en la herramienta de codificación.	Es obligatorio codificar la afección causante para la tabulación primaria cuando se conoce. La ' afección causante' se añade a las categorías que son causadas por una enfermedad de base. Por ejemplo, la retinopatía tiene como 'afección causante' la diabetes. Las afecciones causantes deben considerarse obligatorias en casi todas las situaciones, y deben utilizarse para las afecciones que son manifestaciones.
“Tiene manifestación” - pide al usuario que codifique cualquier manifestación. Las manifestaciones pueden compararse con los códigos de "asterisco" de la CIE-10. Esta opción se encuentra en las entidades que pueden desarrollar manifestaciones.	Es opcional codificar las manifestaciones de una enfermedad. Por ejemplo, la diabetes 'Tiene manifestaciones' como la retinopatía. Esta codificación debe considerarse 'Permitida' en casi todas las situaciones. Las manifestaciones enumeradas suelen ser una muestra de las que resultan frecuentemente de la enfermedad.
"Asociado a": cuando las afecciones se recogen juntas para obtener una imagen completa, pero no representan necesariamente un escenario de causa y efecto.	Este campo se utiliza cuando se requieren múltiples códigos para describir completamente una afección. Por ejemplo, "Asociado a" se utiliza para vincular los códigos de resistencia a los antimicrobianos con los códigos de la infección. Esta codificación puede ser 'Permitida' o 'Requerida' dependiendo de la situación.

Casos especiales para la poscoordinación:

1. Los códigos de causa externa están "permitidos" para identificar la causa de una lesión y están "asociados" a las lesiones.
2. El código de la causa externa para identificar una droga específica está "permitido" con entidades que comienzan o incluyen la frase "Inducido por la droga".
3. Los códigos de causa externa para el modo y el mecanismo del daño relacionado con la atención médica están "asociados" a los códigos del daño.

2.10.1 Adición de detalles: poscoordinación y codificación en grupos (clústers) con múltiples códigos de base y códigos de extensión

Debe codificarse la información sobre la etiología y la manifestación de la afección de interés. En algunos casos, la categoría de la CIE se refiere a ambas (es decir, está precoordinada), mientras que en otros casos es necesario utilizar más de un código de base (y/o código de extensión) para expresar los detalles pertinentes. Esto requiere una poscoordinación.

Por ejemplo, úlcera duodenal aguda sangrante

Código de base: DA63.Z Úlcera duodenal, sin especificación tiene manifestación (utilice un código adicional, si lo desea): ME24.90 Sangrado gastrointestinal agudo, no clasificado en otra parte, Clúster: DA63.Z / ME24.90

Sin embargo, la poscoordinación nunca debe utilizarse para replicar el significado de una afección que es un concepto precoordinado. Debe utilizarse el código precoordinado.

Por ejemplo, bronquiolitis aguda por virus sincicial respiratorio (VSR)

Codifique: CA41.0 Bronquiolitis aguda por virus sincitial respiratorio. Explicación: Dado que la bronquiolitis por VSR es un concepto precoordinado en la CIE-11, es incorrecto/prohibido replicar el significado del enunciado diagnóstico utilizando un código de base y un código de extensión (es decir, no codifique: [CA41.Z] Bronquiolitis aguda, no especificada& *XN275 Virus sincicial respiratorio humano*)

Por ejemplo, fractura de la diáfisis del cúbito

Codifique: NC32.2 Fractura de la diáfisis del cúbito. Explicación: Dado que la fractura de la diáfisis del cúbito es un concepto precoordinado en la CIE-11, es incorrecto/prohibido replicar el significado del enunciado diagnóstico utilizando un código de base y un código de extensión (es decir, no codifique: NC32.Z Fractura de antebrazo, sin especificación & XA8U33 eje del cúbito)

Puede haber casos menos obvios en todo la CIE. En un entorno electrónico, las instrucciones incrustadas mediante programación ayudarán a evitar este tipo de errores. A efectos de notificación, los códigos correlacionados se vinculan utilizando una barra inclinada (/) entre los códigos de base y un ampersand (&) para separar los códigos de base con los de extensión.

2.10.2 Combinación de códigos de base y códigos de extensión, y cómo ordenarlos en una combinación de códigos compleja (clúster)

Los códigos de base de otras partes de la CIE y los códigos de extensión pueden unirse para describir un concepto clínico en detalle. Deben agruparse en la transmisión y evaluación de datos para no perder la información que transmite el grupo unido de códigos. Dicho grupo de códigos se denomina clúster. La codificación combinada en un clúster requiere el uso de una sintaxis específica para indicar qué códigos van juntos cuando se usa la poscoordinación. Esta sintaxis debe cumplir las siguientes reglas:

1. Si sólo se codifica un código de base, no es necesario observar algún mecanismo de agrupación.

   Ej. Afección: Infarto *agudo de miocardio con elevación del segmento ST: BA41.0 Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST*

2. Cuando se realiza la poscoordinación para formar una agrupación, los códigos de base siempre se colocan antes de los códigos de extensión. (Observe, sin embargo, el escenario de agrupación compleja representado en el ejemplo 5 más abajo, en el que una combinación de múltiples códigos de base y códigos de extensión vinculados se combinan en una única agrupación compleja).

3. Si un código de base está postcoordinado con uno o más códigos de extensión, la sintaxis de combinación utilizada es el ampersand (&).

Ejemplo 1: Infarto agudo de miocardio con elevación del ST, pared anterior, LAD (Arteria coronaria descendente anterior izquierda)

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

Especificación anatómica - *XA7RE3 Pared anterior del* corazón

Especificación anatómica - *XA7NQ7 Arteria coronaria descendente anterior izquierda*

Clúster: BA41.0& XA7RE3& XA7NQ7

Ejemplo 2: *Pielonefritis aguda*, lado izquierdo, E. coli

Afección (código) - *GB51 Pielonefritis aguda*

Lateralidad - XK8G *Izquierdo*

Agente infeccioso - *XN6P4 Escherichia coli*

Clúster: GB51& XK8G& XN6P4

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

Si sólo se puede retener un código durante el análisis de datos para la mortalidad (causa básica de defunción) y la prevención de la salud pública, se debe dar prioridad de orden al código que mejor describa la etiología de una afección. Si sólo puede conservarse un código para el análisis de datos de morbilidad, debe darse prioridad a la afección principal (motivo de ingreso después del diagnóstico establecido al final del episodio de atención a la salud).

Ejemplo 3: Ordenación de los códigos de mortalidad (causa básica de defunción) dentro de un grupo

El paciente murió a causa de su coma diabético. El paciente tenía diabetes mellitus tipo 2.

Afección (causa terminal de la muerte): *5A23 Coma diabético*

Afección (causa básica de defunción): *5A11 Diabetes mellitus tipo 2*

Orden de clúster en la mortalidad: 5A11/ 5A23

Ejemplo 4: Ordenación de los códigos de morbilidad (afección principal) dentro de un grupo (si sólo se puede conservar un código durante el análisis de los datos)

Paciente ingresado en el hospital en coma diabético. El paciente tenía diabetes mellitus tipo 2. Afección principal: *5A23 Coma diabético*

Otra afección: *5A11 Diabetes mellitus tipo 2*

Orden de clúster en la morbilidad: 5A23/ 5A11

5. Si un código de base está poscoordinado con códigos de extensión y otro código de base con algunos códigos de extensión más también está codificado dentro de una agrupación, la sintaxis específica debe estar diseñada para hacer una clara distinción entre qué códigos de extensión en la agrupación pertenecen a qué códigos de base. Debe seguirse la siguiente sintaxis: Se informa del primer código de base, seguido de un '&' y de uno o más códigos de extensión, cada uno de ellos separado por '&'. A continuación, una barra '/' separa esta

primera sección del clúster del siguiente código de base, que va seguido de '&' y de los códigos de extensión para este código de base específico, cada uno de ellos separado de nuevo por '&'.

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

Hernia inguinal izquierda con obstrucción aguda del tubo digestivo

Afección (código) - *DD51 Hernia inguinal*

Lateralidad - *XK8G Izquierda,*

Asociado con (use un código adicional, si lo desea) - *ME24.2 Obstrucción del tubo digestivo*

Curso - *XT5R Agudo*

Clúster: DD51&XK8G/ME24.2&XT5R

La poscoordinación sólo debe utilizarse para combinar códigos que describan y caractericen completamente un diagnóstico clínico documentado. Si la documentación describe dos conceptos clínicos distintos que están representados por códigos de base separados, no deben notificarse juntos en una agrupación postcoordinada.

Ejemplo 6: Peatón lesionado por caída

Conmoción cerebral y fractura abierta de la diáfisis del cúbito izquierdo debido a una caída en una acera irregular:

Afección (código) 1 - *NA07.0 Conmoción*

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

Objetos de los seres vivos involucrados en la causa - *XE1DA Superficie irregular, no clasificada en otra parte*

Lugar de ocurrencia - XE53A *acera*

Clúster: NA07.0 / PA60 &XE1DA & XE53A

Afección (código) 2 - *NC32.2 Fractura de la diáfisis del cúbito*

Lateralidad - *XK8G Izquierda*

Fractura abierta o cerrada - *XJ7YM Fractura abierta*

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

Objetos de los seres vivos implicados en la causa - *XE1DA Superficie irregular, no clasificada en otra parte*

Lugar de ocurrencia - *XE53A acera*

Clúster: NC32.2 &XK8G &XJ7YM /PA60& XE53A

Las instrucciones incrustadas mediante programación en el componente Fundamental de la CIE-11 facilitan el uso de combinaciones de código de uso frecuente. Las combinaciones de código no se limitan a las facilitadas por estas instrucciones. Se agregan instrucciones adicionales, basadas en las demandas del usuario.

2.10.3 Momento en que se estableció el diagnóstico - "Presente al ingreso" frente a "Establecido después del ingreso”

Entre los nuevos descriptores de códigos de diagnóstico de tipo 2 se encuentra el conjunto especialmente importante de códigos de extensión que permiten distinguir los diagnósticos presentes en el momento del ingreso de los que surgen después del mismo, es decir, durante el periodo de hospitalización.

Esta última distinción es especialmente importante, porque permite identificar de forma específica una serie de diagnósticos intrahospitalarios que pueden representar acontecimientos adversos asociados a la asistencia a la salud . La mayoría de los conceptos codificados en un registro hospitalario son afecciones presentes en el momento del ingreso. Reconociendo esto, será de gran interés marcar un diagnóstico que se haya desarrollado después del ingreso.

Ejemplo 1:

Paciente con diabetes tipo 1 de larga duración, ingresado en el hospital a causa de un infarto del miocardio.

Afección principal: Infarto del miocardio

Otra afección: Diabetes mellitus, tipo 1

En este caso, ambas afecciones están presentes en el momento del ingreso, pero una de ellas (el infarto de miocardio) no necesita codificarse como "presente en el momento del ingreso" porque es la afección principal, designada en este ejemplo como "la afección que se determina como motivo del ingreso, establecida al final del episodio de atención médica". Por lo tanto, la codificación adecuada de este escenario incluye una combinación de dos entidades de codificación agrupadas, cada una de las cuales implica un código de base vinculado a un código de extensión que lo acompaña, es decir

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

Observe que para ambas entidades codificadas en el ejemplo anterior se utiliza un ampersand (&). En la primera agrupación, el código de base para el infarto del miocardio está vinculado a un código de extensión del tipo de diagnóstico para la afección principal. En la segunda agrupación, el código de base para la diabetes mellitus tipo 1 está vinculado a un código de extensión de tipo de diagnóstico presente al ingreso.

Ejemplo 2:

Paciente con diabetes tipo 1 de larga duración, ingresado en el hospital por dolor torácico. Tras la evaluación se le diagnostica un infarto de miocardio. El paciente desarrolla una trombosis venosa profunda en la extremidad inferior derecha como complicación de la atención intrahospitalaria.

Afección principal: Infarto del miocardio

Otras afecciones: Diabetes mellitus, tipo 1; Trombosis venosa profunda (surgida tras el inicio de la estancia hospitalaria)

En este ejemplo, un código de extensión del momento de diagnóstico para "desarrollado después del ingreso" está vinculado por la codificación combinada a un código de base para "trombosis venosa profunda". Los dos primeros conceptos de diagnóstico, mientras tanto, se codifican exactamente como en el ejemplo anterior, es decir

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

De nuevo, cada una de las tres entidades del clúster utiliza un ampersand '&' porque el segundo código (y el tercero) del clúster es un código de extensión.

2.11 Sección del funcionamiento

La sección del funcionamiento de la CIE-11 permite la codificación y evaluación del funcionamiento de acuerdo con la CIF, pero a un nivel operativo. Para un registro y evaluación detallados, debe utilizarse la CIF completa. Los conceptos de esta sección están alineados con la CIF y permiten una fácil transición a la CIF. El diseño de la sección de funcionamiento en la CIE-11 aborda la documentación y evaluación del nivel de funcionamiento de las personas, para:

- La práctica médica general, como evaluación de la incapacidad laboral
- Las prestaciones sociales como pensión de invalidez o accidente
- Los fines de pago o reembolso
- La evaluación de necesidades como en la rehabilitación, asistencia ocupacional o atención a largo plazo
- La evaluación de resultados del tratamiento

La sección de funcionamiento de la CIE-11 proporciona herramientas de fácil manejo para el clínico para la evaluación y documentación estandarizada del funcionamiento. La sección de funcionamiento de la CIE-11 permite añadir futuros instrumentos de evaluación adicionales.

2.11.1 Evaluación del funcionamiento

2.11.1.1 WHODAS 2.0: características y casos de uso

El Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHODAS 2.0) es el instrumento de evaluación del funcionamiento genérico validado a nivel internacional, cultural y socioeconómico para una población adulta. El WHODAS2.0 se centra en los dominios de actividad y participación de la CIF y permite calcular una puntuación de funcionamiento global y específica de cada dominio que abarca los siguientes dominios:

- Cognición - comprensión y comunicación
- Movilidad - moverse y desplazarse
- Cuidado personal - higiene, vestirse, comer y quedarse solo
- Relaciones - interactuar con otras personas
- Actividades cotidianas - responsabilidades domésticas, tiempo libre, trabajo y escuela
- Participación – en actividades comunitarias y en la sociedad

La puntuación del WHODAS toma en cuenta múltiples niveles de dificultad para cada ítem del WHODAS 2.0; p. ej., puntuación basada en la TRI (Teoría de Respuesta al Ítem o IRT por sus siglas en inglés). Este tipo de puntuación para la WHODAS 2.0 permite realizar análisis más detallados que hacen uso de toda la información de las categorías de respuesta para el análisis comparativo entre poblaciones o subpoblaciones. Toma la codificación de cada respuesta de los ítems (preguntas) como "ninguna", "leve", "moderada", "severa" y "extrema" por separado, y luego utiliza un cálculo para determinar la puntuación de resumen ponderando diferencialmente los ítems y los niveles de gravedad.

La puntuación tiene tres pasos:

- Paso 1 - Suma de los puntajes recodificados de las preguntas dentro de cada dominio.
- Paso 2 - Suma de todos los puntajes de los seis dominios.
- Paso 3 – Conversión del puntaje total en una métrica que oscile entre 0 y 100 (donde 0 = sin discapacidad; 100 = discapacidad completa).

La sintaxis de puntuación del WHODAS 2.0 se presenta en línea a través del enlace compartido a continuación.

Las principales características de WHODAS 2.0 incluyen:

- Escala clínica derivada de la CIF con propiedades psicométricas bien establecidas de validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio en el tiempo.
- Medida cardinal que es aplicable a todas las condiciones de salud y permite generar una puntuación de funcionamiento global y de dominio específico.
- Normas de población establecidas.

La combinación de estas características diferencia al WHODAS 2.0 de otros instrumentos clínicos.

El WHODAS 2.0 puede utilizarse para evaluar el funcionamiento en múltiples casos de uso:

- Los clínicos pueden cuantificar la eficacia de su intervención dentro de su población clínica y con referencia a la población general.
- Los evaluadores de la discapacidad pueden determinar el estado de discapacidad de forma justa, transparente, imparcial y comparable.
- Los expertos en reembolsos pueden medir la calidad (resultado de funcionamiento) de los grupos de Case-mix/GRD.

El WHODAS 2.0 ha sido desarrollado para su uso en población adulta y actualmente no evalúa las deficiencias corporales ni los factores ambientales. Los usuarios que deseen evaluar las deficiencias en las funciones corporales pueden hacer uso de los ítems de la Encuesta Modelo de Discapacidad de la OMS (EMD)[1] que también se incluyen en la parte de evaluación de las funciones del sección V.

Las versiones del WHODAS 2.0 en tres formatos diferentes (por ejemplo, administrada por el médico, autoadministrada y administrada por el representante) se encuentran en la página web del WHODAS 2.0

El manual del WHODAS 2.0 proporciona una guía práctica para administrar y dar puntajes con el WHODAS 2.0, incluyendo información sobre el algoritmo de puntaje simple y complejo (teoría de respuesta al ítem, TRI) y las normas de población para la versión de 12 y 36 ítems del WHODAS. El manual se puede encontrar en manual del WHODAS 2.0 junto con la versión en otros idiomas del WHODAS 2.0.

[1] La Encuesta Modelo de Discapacidad (EMD) es una encuesta de población general basada en la CIF desarrollada por la OMS y el Banco Mundial que proporciona información detallada y

matizada sobre la vida de las personas con discapacidad. Permite la comparación directa entre grupos con distintos niveles y perfiles de discapacidad.

2.11.1.2 WHODAS 2.0: representación y estructura de codificación

Para facilitar la recuperación de la información, cada ítem del WHODAS 2.0 tiene asignado un código alfanumérico que representa los conceptos captados del ítem respectivo. El código comienza con las letras "VD" seguidas de un número asignado al azar. La información y los valores adicionales específicos del ítem (es decir, la pregunta del ítem, la escala de respuesta de cinco puntos) se incluyen en las API del WHODAS 2.0 para permitir una fácil integración del instrumento y el cálculo automático de la puntuación en cualquier aplicación de software (por ejemplo, la integración del WHODAS 2.0 como medida de resultados de salud en el software de RME). Los seis dominios del WHODAS 2.0 en los que se agrupan los 36 ítems del instrumento se representan como encabezado de bloque. Al igual que otros encabezados de bloque de la CIE-11, se les asigna un URI pero no un código. En la siguiente tabla se muestra un ejemplo de cómo se representa un ítem del WHODAS 2.0 de la OMS.

Ítem del WHODAS 2.0	**Código CIE-11**	**URI**
Funciones de atención	VD00	http://id.who.int/icd/entity/532448599
Descripción del ítem **Pregunta**	**Respuesta a la pregunta** **Escala de valores**	**Categoría CIF mapeada**
Debido a su condición de salud, en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad tuvo para concentrarse en hacer algo durante diez minutos?	1=ninguna dificultad; 2=dificultad leve, 3=dificultad moderada; 4=dificultad severa 5=dificultad extrema/ no puede hacerlo	d160 Centrar la atención

2.11.2 Entidad de funcionamiento genérico

2.11.2.1 Entidades de funcionamiento: características y casos de uso

La principal herramienta para documentar el funcionamiento es una lista de dominios genéricos de funcionamiento derivados del Anexo 9 de la CIF y del conjunto genérico de núcleos básicos de la CIF.

La lista genérica permite a los clínicos generar un perfil de funcionamiento codificado de un individuo que puede ser utilizado para múltiples propósitos como - el establecimiento de objetivos - la monitorización del cambio - la comunicación a través del continuo de cuidados.

Dado que la lista está directamente vinculada a la CIF, puede - Facilitar el uso conjunto de la CIE y la CIF (codificar una vez - usar varias veces) - Servir como punto de entrada para el uso completo de la CIF.

2.11.2.2 Entidad de funcionamiento: representación y estructura de codificación

De acuerdo con el modelo de contenido de la FCI-OMS, una entidad en el funcionamiento tiene dos componentes, a saber, la categoría y el calificador. Ambos tienen un código alfanumérico asignado y un URI para representar los conceptos capturados. El código comienza con las letras "VV" seguidas de un número asignado aleatoriamente. La categoría en funcionamiento y el calificador están vinculados a través de la poscoordinación.

2.12 Registros electrónicos e informes

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

1. Un campo de texto que recoja el término clínico o la causa de la muerte con la redacción exacta informada por el proveedor de servicios de salud, y
2. Un campo de datos que conserva el identificador (URI) de la entidad elegida de la CIE-11 (índice, título del código u otro elemento) que representa la coincidencia más exacta para ese texto.
3. Un campo de datos para el código correspondiente de la CIE-11.

De este modo, la calidad de la codificación puede verificarse en cualquier momento. Además, se pueden identificar y analizar afecciones específicas, independientemente de que estén vinculadas a un código individual o agrupado de la CIE en un código con otras afecciones.

La codificación deberá realizarse mediante herramientas basadas en la API de la CIE-11, como la herramienta de codificación de la CIE-11. Los programas informáticos no deben incluir listas u otras indicaciones para guiar el registro o la codificación, ya que éstas limitan necesariamente la gama de diagnósticos y, por lo tanto, repercuten negativamente en la precisión y la utilidad del registro y el informe.

2.13 Componente Fundamental y las listas tabulares

El Componente Fundamental es una colección multidimensional de todas las entidades de la CIE. Las entidades pueden ser enfermedades, trastornos, lesiones, causas externas, signos y síntomas. Algunas entidades pueden ser muy amplias, por ejemplo "lesión del brazo", mientras que otras son más detalladas, por ejemplo "laceración de la piel del pulgar". El Componente Fundamental también tiene la información necesaria para utilizar las entidades para construir una lista tabular. El Componente Fundamental incluye información sobre dónde y cómo se representa una determinada entidad en una lista tabular, si se convierte en una agrupación, en una categoría con un código de base o si se menciona como término de inclusión en una categoría concreta.

Se pueden construir varias listas tabulares diferentes a partir del Componente Fundamental. A partir de este mismo Componente se puede crear un conjunto de listas tabulares que se basan en la misma estructura jerárquica de árbol, lo que produce listas tabulares congruentes. El Componente Fundamental incluye instrucciones sobre cómo combinar determinados códigos en una lista tabular para lograr un mayor detalle en la codificación. Estas reglas ayudan a los codificadores y a los sistemas informáticos a visualizar las combinaciones de códigos permitidas cuando utilizan una lista tabular.

Listas tabulares esenciales para uso internacional:

- Estadísticas de mortalidad y morbilidad (EMM)
- Entornos de atención primaria con recursos limitados (EAPRL)
- Autopsia Verbal (AV)
- Lista inicial de mortalidad (LiMor,)

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

En una lista tabular, las entidades del Componente Fundamental se convierten en categorías. Las categorías son mutuamente excluyentes y conjuntamente exhaustivas y están vinculadas a un árbol mono jerárquico (sólo tienen un padre). La información relacionada con una entidad que se ha convertido en categoría y que tiene varios padres sigue estando disponible en el Componente Fundamental. Esta información puede utilizarse para visualizar esa categoría en más de un lugar de la lista tabular, por ejemplo, mostrándolas en negro en su lugar para la tabulación de referencia y en gris en cualquier otro lugar para la navegación o las tabulaciones alternativas. La CIE-11 tiene múltiples listas tabulares congruentes con distintos niveles de detalle.

El Componente Fundamental es también la fuente de datos para la producción y el mantenimiento de las listas tabulares, el índice y la Guía de referencia. También incluye contenidos adicionales (véase el "modelo de contenido") que van más allá del uso tradicional de una clasificación en papel. Dependiendo del entorno de un país, puede decidirse utilizar todo el Componente Fundamental o centrarse en las partes que son esenciales para la producción y el mantenimiento del Índice y la lista Tabular.

El Componente Fundamental sirve para alinear el contenido de las diferentes listas tabulares y para definir sus categorías. Como tal, permite un uso estandarizado de la CIE-11, independientemente del entorno en el que se utilice. El Componente Fundamental incluye, por

ejemplo, enlaces a otras clasificaciones o terminologías que pueden ampliarse en el futuro. Sólo si es relevante para un país se utiliza esta información, o subconjuntos de ella, en la aplicación de la CIE-11. Tenga en cuenta que la mención de un término o entidad en la Fundación sirve exclusivamente para fines ontológicos. La mención de un término o entidad en la Fundación no significa que se apruebe o respalde una afección particular.

2.14 Principales usos de la CIE: Mortalidad

Esta sección se refiere a las normas y directrices adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud en relación con la selección de una única causa o afección para su tabulación rutinaria a partir de los certificados de defunción. También se ofrecen lineamientos para la aplicación de las reglas y para la codificación de la afección seleccionada para la tabulación. La aplicación de la CIE para la mortalidad requiere la creación de una infraestructura para la notificación y el almacenamiento de la información, el diseño de los flujos de información, la garantía de calidad y la retroalimentación, así como la capacitación de los usuarios de la clasificación que trabajan con la entrada o salida de los datos.

Tras la información introductoria de esta sección y la 2.15, la sección 2.16 explica los conceptos básicos utilizados en la codificación de la mortalidad. Las secciones 2.17 - 2.20, complementadas por los anexos de la sección 3.14, orientan sobre cómo codificar e identificar la causa básica de defunción, y la sección 2.25 explica las descripciones utilizadas en la tabulación estadística y la elaboración de informes internacionales sobre la mortalidad.

2.15 Estadísticas de mortalidad

Las estadísticas de mortalidad se utilizan ampliamente para la investigación médica, la vigilancia de la salud pública, la evaluación de las intervenciones en salud, la asignación de recursos sanitarios y la planificación y seguimiento de la atención médica. El análisis de los datos de mortalidad suele implicar la comparación de conjuntos de datos, por ejemplo los que representan diferentes regiones geográficas o diferentes momentos en el tiempo. A menos que los datos se hayan elaborado con los mismos métodos y según las mismas normas, estas comparaciones arrojarán resultados tergiversados.

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

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

2.15.1 Qué se codifica: Causa básica de defunción

Las intervenciones eficaces en materia de salud pública previenen el daño o la muerte rompiendo la cadena de acontecimientos que conducen al daño. Por ello, la causa básica de defunción se ha definido como "a) la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos mórbidos que conducen directamente a la muerte, o b) las circunstancias del accidente o la violencia que produjeron la lesión fatal", y se selecciona para la tabulación rutinaria de una sola causa en las estadísticas de mortalidad. Véanse en las secciones 2.17 Instrucción para la codificación de la mortalidad y 2.18 para las instrucciones específicas de codificación para identificar la causa básica de defunción.

2.15.2 Fuente de datos: El formulario internacional del Certificado Médico de Causa de Defunción (CMCD)

Las instrucciones de codificación de la mortalidad internacional presuponen que los datos han sido recolectados mediante un certificado de defunción conforme al formulario internacional de Certificado Médico de Causa de Defunción recomendado por la OMS. En la Sección A, el apartado de datos médicos del formulario internacional, se divide en dos partes: La Parte 1 es para las enfermedades relacionadas con la cadena de eventos que conducen directamente a la muerte, y la parte 2 es para otras afecciones importantes que contribuyeron a la muerte. Otros datos del formulario también se utilizan para identificar la causa básica de defunción para su tabulación.

Para unificar la forma en que esta información es recolectada a nivel internacional, el formulario debe seguirse lo más fielmente posible. De lo contrario, las causas de la muerte no podrán codificarse y seleccionarse de acuerdo con la normatividad internacional y los datos no serán comparables a nivel internacional. Por ejemplo, algunas instrucciones de codificación se aplican a las afecciones notificadas como causadas por otras afecciones determinadas, y en tales casos, es importante tener una clara distinción entre las causas notificadas en la parte 1 y en la parte 2 del certificado de defunción. Además, la información reportada en otras partes del certificado, como la forma de morir o si el embarazo contribuyó al fallecimiento, es esencial a la hora de asignar códigos de causas múltiples a las afecciones descritas en el certificado y de seleccionar una causa básica para la tabulación.

Es responsabilidad del médico u otro certificador calificado que firme el certificado de defunción, indicar qué afecciones mórbidas condujeron directamente a la muerte y declarar cualquier afección preexistente que haya dado lugar a esta causa. El certificador debe utilizar su criterio clínico para llenar el certificado médico de causa de defunción. Los sistemas automatizados no deben incluir listas u otras indicaciones para guiar al certificador, ya que éstas limitan necesariamente el rango de diagnósticos y, por lo tanto, tienen un efecto adverso en la precisión y la utilidad del reporte.

Datos administrativos (puede especificarse más por el país)

Sexo ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Desconocido

Fecha del nacimiento D D M M A A A A Fecha de la defunción D D M M A A A A

Sección A: **Información médica: Parte 1 y Parte 2**

1 Anote la enfermedad o condición que condujo directamente a la muerte en la línea a Informe la cadena de eventos en el orden "debido a" (si aplica) Anote la causa básica de defunción en la línea más baja utilizada.		Causas de la defunción	Tiempo desde el inicio hasta la muerte
	a		
	b	Debida a	
	c	Debida a	
	d	Debida a	

2 Otras condiciones importantes que contribuyeron a la muerte (la duración puede incluirse entre paréntesis después de cada condición)

Sección B: **Otra información médica**

¿Se practicó alguna **cirugía** en las últimas 4 semanas? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Si la respuesta es sí, especifique la fecha de la cirugía D D M M A A A A

Si la respuesta es sí, especifique el motivo de la cirugía (enfermedad o condición)

¿Se solicitó una autopsia? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Si la respuesta es sí ¿fueron los hallazgos utilizados en la certificación? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Manera de morir

☐ Enfermedad	☐ Agresión	☐ No pudo ser determinada
☐ Accidente	☐ Intervención legal	☐ Pendiente de investigación
☐ Lesión autoinfligida	☐ Guerra	☐ Desconocido

Si es causa externa o intoxicación: Fecha de la lesión D D M M A A A A

Describa cómo se ocurrió la causa externa (si se trata de una intoxicación, especifique la sustancia)

Lugar de ocurrencia de la causa externa

☐ Hogar	☐ Institución residencial	☐ Escuela, otra institución, área administrativa pública	☐ Área de deportes y atletismo
☐ Calle y carretera	☐ Área de comercio y servicios	☐ Área industrial y de construcción	☐ Granja
☐ Otro lugar (especifique)			☐ Desconocido

Muerte fetal o infantil

Embarazo múltiple ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Muerte fetal ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Si falleció en las primeras 24 horas especifique las horas de sobrevivida Peso al nacer (gramos)

Número de semanas completas de embarazo Edad de la madre (años)

Si la muerte fue perinatal anote las condiciones de la madre que afectaron al feto y neonato

Para las mujeres, ¿la fallecida estaba embarazada? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

☐ En el momento de la muerte	☐ Dentro de los 42 días antes de la muerte
☐ Entre 43 días y hasta 1 año antes de la muerte	☐ Desconocido
☐ ¿El embarazo contribuyó a la muerte?	☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Formulario internacional del certificado médico de causa de defunción, 2016

Para más detalles y orientaciones, véase el anexo 3.14, "Anexos para la codificación de la mortalidad".

2.15.3 Uso rutinario y casos especiales

2.15.3.1 Sistemas de notificación rutinaria de las causas de defunción

En los sistemas rutinarios de notificación de las causas de defunción, cada muerte individual es certificada por un médico calificado que realiza un examen postmortem preciso, recoge los antecedentes de los familiares y tiene acceso a toda la información médica preexistente sobre el fallecido. La certificación médica de la causa de la muerte suele ser responsabilidad del médico tratante y debe ajustarse a las recomendaciones internacionales. Los procedimientos administrativos deben garantizar la confidencialidad de los datos de los certificados de defunción y de otros registros médicos.

En el caso de las muertes certificadas por los médicos forenses u otras autoridades legales, las pruebas médicas suministradas al certificador deben figurar en el certificado, además de cualquier hallazgo legal.

La notificación rutinaria de la causa de la muerte suele estar incluida en el proceso de certificación de la misma. Los certificados de defunción son un requisito legal para la inhumación o cremación y para trámites administrativos, por ejemplo, de herencia.

2.15.3.2 Autopsia verbal

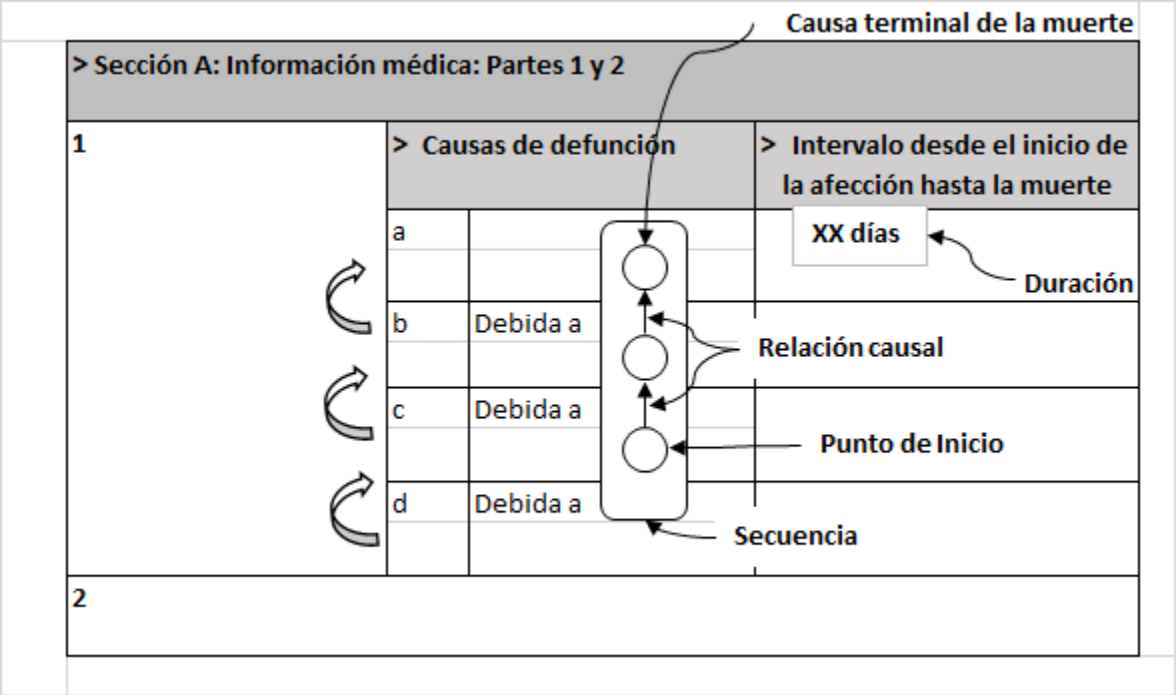
La Autopsia Verbal (AV) es un método utilizado para determinar la causa de una muerte a partir de una entrevista con familiares u otros cuidadores cuando no hay certificación médica disponible. Para ello se utiliza un instrumento estandarizado que obtiene información sobre los signos, los síntomas, el historial médico y las circunstancias que preceden a la muerte. La causa de la defunción, o la secuencia de las causas que la provocaron, se asignan en función de los datos recolectados por el instrumento y de otra información disponible. Las reglas y directrices, los algoritmos o los programas informáticos, pueden ayudar a evaluar la información para determinar la causa de la muerte.

El objetivo principal de la AV es describir las causas de defunción a nivel de la comunidad o de la población en zonas en las que los sistemas de registro civil y de certificación de las defunciones son débiles y en las que la mayoría de las personas mueren en casa sin haber tenido contacto con el sistema de salud. Un instrumento estándar de AV comprende un cuestionario de AV, un sistema de clasificación de las causas de defunción o de la mortalidad y criterios de diagnóstico (ya sea de expertos o de algoritmos derivados de datos) para obtener las causas de defunción.

El proceso de la AV consiste en entrevistas, registro de los datos e identificación de la causa de la muerte a partir de los informes. En cualquier paso, hay factores que pueden influir en las fracciones de mortalidad por causas específicas estimadas a lo largo del proceso. Además de la investigación, la AV es un método viable para la identificación de las causas de defunción en entornos en los que ningún médico puede evaluar al fallecido. Puede encontrar más información en [2]. https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/verbal-autopsy-standards-ascertaining-and-attributing-causes-of-death-tool

2.16 Conceptos básicos

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



Conceptos básicos

Conceptos básicos para la codificación de la mortalidad en el formulario internacional del Certificado Médico de Causa de Defunción

2.16.1 Causa terminal de la muerte

La enfermedad o afección anotada en primer lugar en la primera línea utilizada de la parte 1 del certificado de defunción es la causa que conduce directamente a la muerte. Esto se conoce como la causa terminal, inmediata o directa de la muerte.

Ejemplo 1

1	(a)	Infarto del miocardio
		debido a
	(b)	Aterosclerosis coronaria
		debido a
	(c)	
		debido a
	(d)	
2		

El infarto del miocardio es la causa terminal de la muerte, ya que se anotó en primer lugar en la primera línea utilizada del certificado.

Ejemplo 2

1	(a)	Infarto del miocardio y edema pulmonar
		debido a
	(b)	Aterosclerosis coronaria
		debido a
	(c)	
		debido a
	(d)	
2		

El infarto del miocardio es la causa terminal de la muerte, ya que se anotó en primer lugar en la primera línea utilizada del certificado.

2.16.2 Relación causal y secuencia

Existe una relación causal si una afección mencionada en el certificado de defunción puede ser causada por otra afección también mencionada en el certificado. El término "secuencia" se refiere a la cadena o serie de acontecimientos médicos en los que cada afección es una complicación de, o está causada por, la afección anterior. Puede existir una relación causal entre dos afecciones cualesquiera, incluidas las afecciones asignadas al mismo código de la CIE-11, independientemente del lugar en el que se haya notificado cada afección. En un certificado de defunción correctamente llenado, una secuencia es un conjunto de afecciones reportadas línea tras línea con una relación causal entre cada elemento. En la parte 1 del certificado se incluyen cuatro líneas para registrar la secuencia de acontecimientos que condujeron a la muerte. El certificador sólo puede utilizar tantas líneas como sean necesarias para describir la secuencia.

Una relación causal se considera aceptable para la codificación de la mortalidad si se basa no sólo en una evaluación médica, sino también en consideraciones epidemiológicas y de salud pública. Por lo tanto, una relación médicamente aceptable podría figurar como inaceptable en las instrucciones de codificación porque un paso posterior en la secuencia es más importante desde el punto de vista de la salud pública.

Además, una secuencia informada que parece improbable debe aceptarse si uno o más pasos intermedios explicarían la relación causal, aunque no se hayan reportado. Sin embargo, esas supuestas causas intervinientes no deben codificarse, ya que son suposiciones y no afecciones informadas.

Para decidir si una relación causal declarada es aceptable, aplique siempre las instrucciones de la sección 2.19.1 Instrucciones especiales sobre secuencias aceptadas y rechazadas (pasos SP3 y SP4). Las relaciones declaradas que no figuren en la sección 2.19.1 deben aceptarse en la medida de lo posible, ya que la opinión del certificador sobre las causas que conducen a la muerte no debe ser descartada.

Ejemplo 1

1	(a)	Infarto del miocardio
		debido a
	(b)	Trombosis coronaria
		debido a
	(c)	Aterosclerosis coronaria
		debido a
	(d)	
2		

La causa terminal de la muerte es el infarto del miocardio. Está causado por la trombosis coronaria, que, a su vez, está causada por la aterosclerosis coronaria. En consecuencia, la secuencia es: infarto del miocardio debido a trombosis coronaria debido a aterosclerosis coronaria.

Ejemplo 2

1	(a)	Hemorragia extensa
		debido a
	(b)	Amputación traumática de la pierna derecha
		debido a
	(c)	Atropellado por un autobús
		debido a
	(d)	
2		

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

2.16.3 Punto de inicio

El punto de inicio es la afección o el acontecimiento que comenzó la secuencia de relaciones causales aceptables que finaliza en la causa terminal de la muerte. En un certificado de defunción correctamente llenado, la afección informada en primer lugar en la línea más baja utilizada en la Parte 1 es el punto de inicio de la secuencia. Las instrucciones sobre cómo identificar el punto de inicio se proporcionan en la sección 2.17.3 Identificación del punto de inicio (pasos SP1 a SP8).

Si el certificado de defunción no está correctamente llenado, el punto de inicio puede ser anotado en otro lugar, por lo que se dan instrucciones para identificar el punto de inicio también para estos casos de forma estandarizada. Por lo tanto, es importante aplicar las instrucciones de la sección 2.17.3 de forma secuencial.

La condición para considerarlo provisionalmente como punto de inicio al aplicar las instrucciones paso a paso se denomina "punto de inicio tentativo (PIT)" y puede cambiar varias veces a medida que se aplican las instrucciones al certificado de defunción.

Ejemplo 1

1	(a)	Infarto del miocardio y edema pulmonar

debido a

(b) Aterosclerosis coronaria

debido a

(c)

debido a

(d)

2

La aterosclerosis coronaria es el punto de inicio, ya que condujo al infarto del miocardio.

Ejemplo 2

1 (a) Neumonía

debido a

(b) Fractura de cadera

debido a

(c) Tropezó con la alfombra

debido a

(d)

2

Tropezó con la alfombra es el punto de inicio, ya que inició la secuencia de acontecimientos que condujeron a la muerte.

2.16.4 Duración

En los certificados de defunción, cada afección notificada debe incluir también información sobre la duración. La duración se refiere al intervalo de tiempo entre el inicio de la enfermedad o afección y el momento de la muerte. Tenga en cuenta que no siempre coincide con el momento del diagnóstico de la afección, que puede ser al mismo tiempo o después del inicio de los síntomas.

2.16.5 Primera secuencia informada

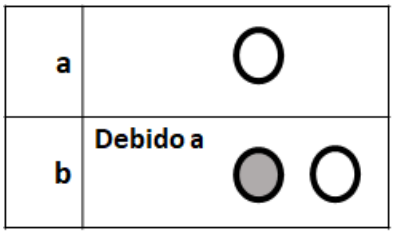
Un certificado de defunción puede contener varias secuencias de relaciones causales aceptables que terminan en la causa terminal (directa) de la muerte. Las instrucciones de codificación se dan para identificar el punto de inicio de la primera secuencia mencionada en la parte 1 (véase también el paso SP4).

Las figuras que siguen ilustran ejemplos de certificados en los que cada afección señalada se muestra con un círculo. El punto de inicio de la primera secuencia informada está en gris, y la relación causal de la misma se indica con una flecha.

Para identificar la primera secuencia informada, comience con la causa terminal (directa) de la muerte (la afección anotada en primer lugar en la primera línea utilizada de la Parte 1). Compruebe si las afecciones de la siguiente línea de la Parte 1 pueden dar lugar a la causa terminal de la muerte. Si se informan varias afecciones en la misma línea, compruebe de

izquierda a derecha sucesivamente hasta que encuentre una afección que pueda provocar la causa terminal.

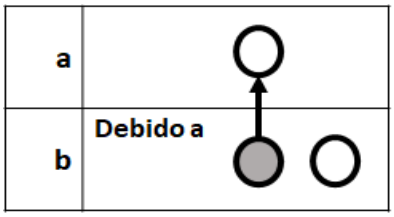
Si ninguna afección en la línea siguiente puede causar la causa terminal de la de muerte, no hay ninguna secuencia que termine en la causa terminal de la muerte. La causa terminal de la muerte es el punto de inicio tentativo. También se da una instrucción específica cuando no se encuentra ninguna secuencia (véase el paso SP5).



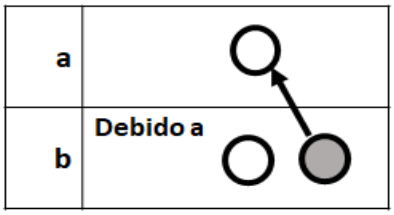
No hay secuencia

No hay secuencia que finalice en la causa terminal de la muerte

Si hay una afección que pueda dar origen a la afección terminal de la muerte, la primera afección encontrada que puede causar la afección terminal de la muerte es el punto de inicio tentativo. Si no hay afecciones notificadas en líneas inferiores, la secuencia entre este punto de inicio tentativo y la causa terminal es la primera mencionada.



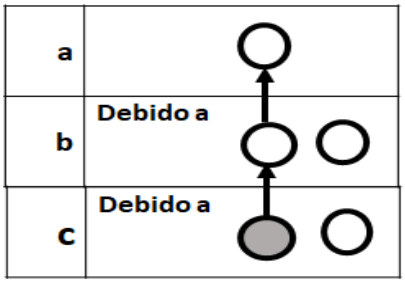
Primera secuencia mencionada A



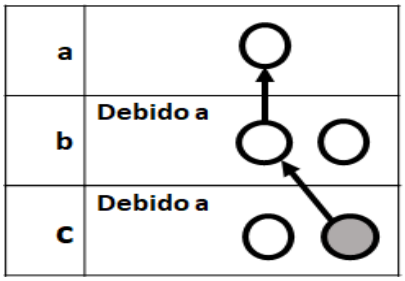
Primera secuencia *mencionada B*

Si hay afecciones reportadas en líneas inferiores en la Parte 1, repita el procedimiento para la siguiente línea inferior. Comience con el punto de inicio tentativo identificado en el paso anterior. Compruebe con las afecciones de la siguiente línea inferior de la Parte 1, de izquierda a derecha, para determinar si pueden causar el punto de inicio tentativo. Continúe hasta que haya

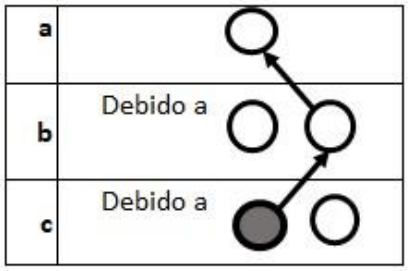
encontrado una afección que pueda causar el punto de inicio tentativo. Este es el nuevo punto de inicio tentativo.



Primera secuencia mencionada C



Primera secuencia mencionada D



Primera secuencia mencionada E

Si aún hay afecciones reportadas en las líneas inferiores de la Parte 1, repita el procedimiento hasta que pueda identificarse un nuevo punto de inicio tentativo. Cuando no se puede encontrar ninguna afección que pueda causar el punto de inicio tentativo, el último punto de inicio tentativo identificado es también el punto de inicio de la primera secuencia mencionada.

Ejemplo 1

1 (a) Neumonía
debido a
(b) Fractura de cadera e insuficiencia cardíaca
debido a

(c) Tropiezo con la alfombra, la aterosclerosis coronaria
debido a
(d)
2

La neumonía puede deberse a una fractura de cadera, por lo que la fractura de cadera es el punto de inicio tentativo. La fractura de cadera puede deberse a un tropiezo, que es el nuevo punto de inicio tentativo. Dado que no hay causas señaladas por debajo de la línea 1(c), tropiezo con la alfombra es el punto de inicio de la primera secuencia mencionada.

Ejemplo 2

1 (a) Neumonía
debido a
(b) Insuficiencia cardíaca y fractura de cadera
debido a
(c) Aterosclerosis coronaria y tropiezo con la alfombra
debido a
(d)
2

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

Ejemplo 3

1 (a) Neumonía
debido a
(b) Fractura de cadera e insuficiencia cardíaca
debido a
(c) Aterosclerosis coronaria y tropiezo con la alfombra
debido a
(d)
2

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

2.16.6 Causa básica de defunción (CBD)

La causa básica de defunción (CBD), tal y como se define en la sección 2.15.1, es la afección seleccionada para la tabulación de las estadísticas de mortalidad por una sola causa.

Una afección que se considera provisionalmente como causa básica de defunción al aplicar las instrucciones paso a paso se denomina "causa básica de defunción provisional (CBP)" y puede cambiar varias veces al aplicar las instrucciones en el certificado de defunción.

Ejemplo 1

1	(a)	Infarto del miocardio
		debido a
	(b)	Aterosclerosis coronaria
		debido a
	(c)	Aterosclerosis generalizada
		debido a
	(d)	
2		

La aterosclerosis generalizada inició la secuencia de acontecimientos que conducen a la muerte, por lo que es el punto de inicio. Existen instrucciones especiales de modificación relativas a la aterosclerosis y a la enfermedad coronaria en la CIE y, en el siguiente paso, se selecciona la aterosclerosis coronaria como causa básica provisional de la muerte. Pero hay más instrucciones sobre la aterosclerosis coronaria y el infarto de miocardio, y en el último paso, se selecciona el infarto de miocardio como causa básica provisional, y es la causa básica de defunción en este caso.

2.16.7 Prioridad de la causa básica

Algunas instrucciones de codificación de la mortalidad (por ejemplo, los pasos SP6, M1) hacen referencia a la "prioridad de la causa básica". Se trata de un concepto para establecer un orden de prioridad que dé precedencia a la causa básica, cuando los requisitos específicos de cada instrucción se aplican a varias afecciones del certificado de defunción.

Para identificar la prioridad de la causa básica, comience por la primera afección reportada en la línea más baja utilizada de la Parte 1. Si hay varias afecciones reportadas, busque a partir de la línea más baja utilizada, y la siguiente línea por encima en forma sucesiva, y de izquierda a derecha para cada línea. Si no puede encontrar la afección básica prioritaria en la Parte 1, busque en la Parte 2, de nuevo de izquierda a derecha.

		Causas de la defunción	
1	**a**	(5) (6)	
	b	*Debida a* (3) (4)	
	c	*Debida a* (1) (2)	
	d	*Debida a*	
2		(7) (8)	

Prioridad de la causa básica

2.16.8 Modificación

Las instrucciones especiales de codificación sobre secuencias específicas y categorías de la CIE pueden tener el efecto de que se seleccione una afección distinta a la del punto de inicio como la causa básica de defunción para su uso en las estadísticas. En estos casos, el código de la causa básica suele expresar una combinación del punto de inicio con otra afección notificada, o una complicación o consecuencia del punto de inicio que reviste especial importancia para la salud pública. El procedimiento por el que se sustituye el código para el punto de inicio por otro código de la CIE se denomina modificación. En la sección 2.18 Comprobación de las modificaciones del punto de inicio (pasos M1 a M4) se explica cómo aplicar estas instrucciones especiales para identificar la causa básica de defunción.

Ejemplo 1

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

La aterosclerosis generalizada inició la secuencia de acontecimientos que condujeron a la muerte, por lo que es el punto de inicio. Sin embargo, según una instrucción especial sobre la aterosclerosis generalizada, la aterosclerosis generalizada que conduce a la enfermedad cardíaca es modificada y se asigna como enfermedad cardíaca aterosclerótica en las estadísticas de mortalidad. Debido a esta modificación, la cardiopatía aterosclerótica es la causa básica de defunción.

2.17 Instrucciones para la codificación de la mortalidad

Al codificar las causas de la muerte, asigne primero los códigos de la CIE a todas las afecciones mencionadas en el certificado de defunción. Muchas instrucciones de codificación se basan en códigos específicos de la CIE y, para determinar si se aplica alguna de ellas, deben codificarse todas las afecciones del certificado. Otras afecciones anotadas en el certificado pueden afectar la codificación de cualquier afección. La asignación de códigos a todas las afecciones notificadas y la aplicación de cualquier efecto que un código tenga sobre otro se denomina codificación de causas múltiples.

2.17.1 Orientaciones para la codificación de la causa básica y codificación de las causas múltiples

Para empezar a codificar, consulte las orientaciones básicas de codificación que figuran al inicio de la Parte 2 (por ejemplo, las secciones 2.1, 2.6 y 2.10.1). Cuando se informen múltiples causas, consulte también la sección 2.20 Instrucciones de codificación de la mortalidad: codificación de causas múltiples y otras instrucciones específicas. La codificación de causas múltiples permite un análisis en profundidad de las causas de defunción, por ejemplo de las complicaciones graves pero evitables de ciertas causas básicas, y del impacto de las afecciones coexistentes en el resultado de un proceso de enfermedad. Por lo tanto, en la codificación de la mortalidad, deben registrarse tanto la causa básica como las causas múltiples. La codificación completa de las causas múltiples es esencial para una correcta aplicación de las instrucciones de la CIE para la selección y modificación de la causa básica de defunción.

Una vez asignados los códigos de la CIE a cada enfermedad o afección del certificado, aplique las instrucciones para seleccionar la causa básica de defunción.

2.17.2 Selección de la causa básica de defunción

En la mayoría de los certificados de defunción, la selección de la causa básica de defunción es un procedimiento sencillo. Sin embargo, hay muchos casos en los que la causa básica no es evidente inmediatamente. Para garantizar que tanto los casos sencillos como los complejos se codifiquen de acuerdo con las reglas de mortalidad de la CIE, es importante seguir las instrucciones de codificación cuidadosamente, paso a paso. De lo contrario, las estadísticas de mortalidad resultantes no serán comparables a nivel internacional, lo que reduce seriamente el valor de los datos para fines de salud pública.

La selección de la causa básica de defunción comprende dos etapas distintas. La primera es identificar el punto de inicio (Pasos SP1 a SP8 a continuación). La segunda etapa es es modificar el punto de inicio, si se aplica alguna de las instrucciones de modificación, para reflejar la información adicional proporcionada en el certificado de defunción (Pasos M1 a M4). Consulte las secciones 2.18 - 2.19 para conocer las instrucciones específicas. Además, el Anexo de Mortalidad 3.14.4 incluye un diagrama de flujo para ilustrar las instrucciones de codificación para la selección de la causa básica de defunción. Esto pretende ser un complemento para ayudar a los codificadores a seguir las instrucciones de codificación.

Tenga en cuenta que el propósito del procedimiento de selección es producir las estadísticas de mortalidad más útiles posibles. Por ello, las siguientes instrucciones pueden reflejar la importancia de algunas afecciones para la salud pública más bien que lo que es correcto desde un punto de vista puramente médico. Las siguientes instrucciones se aplican siempre, tanto si se consideran correctas desde el punto de vista médico como si no.

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

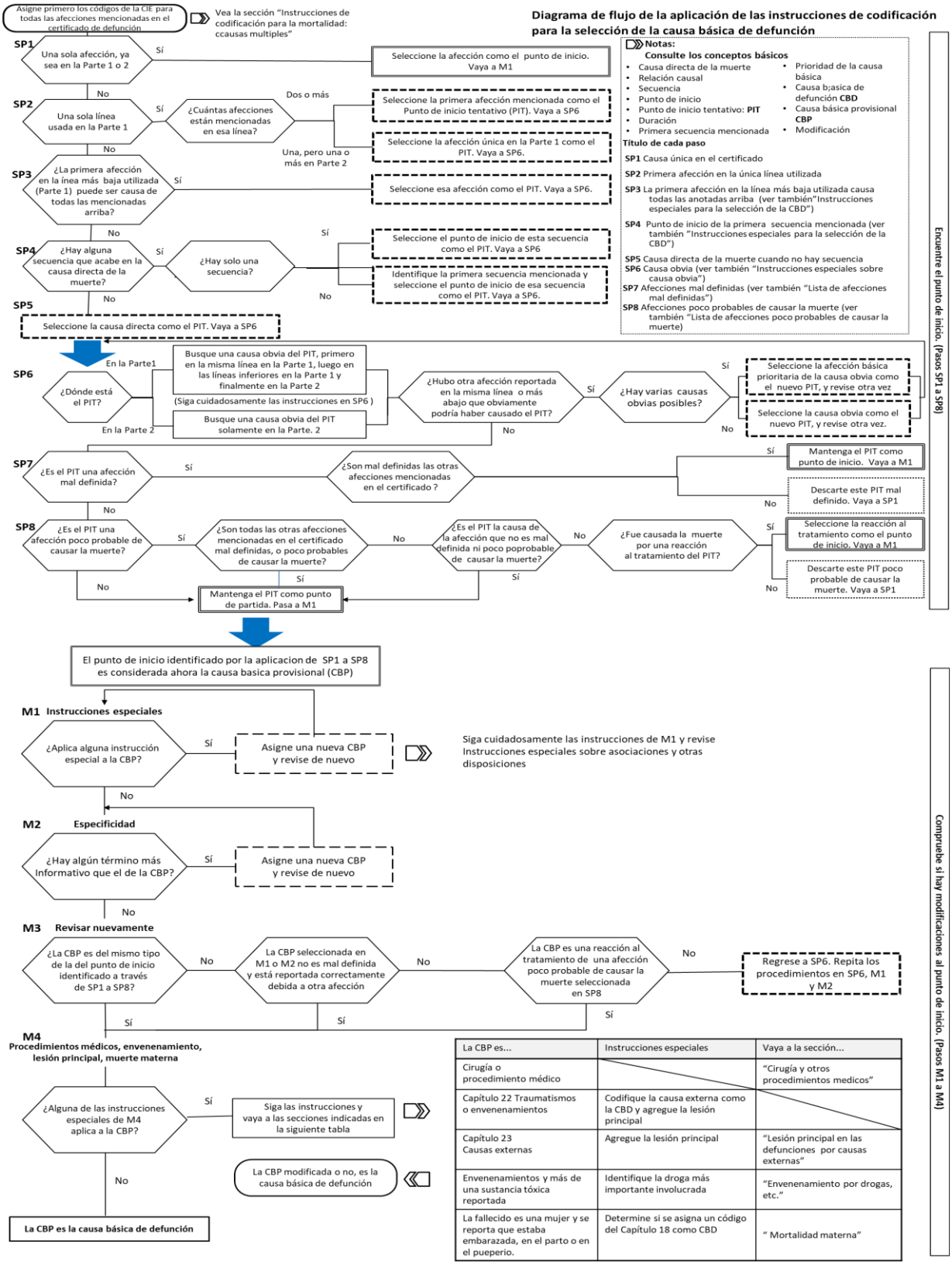


Diagrama de flujo de la aplicación de las instrucciones de codificación para la selección de la causa básica de defunción
Asigne primero los códigos de la CIE para todas las afecciones mencionadas en el certificado de defunción
Vea la sección "Instrucciones de codificación para la mortalidad: ccausas multiples"
Notas:
Consulte los conceptos básicos
Causa directa de la muerte
Relación causal
Secuencia
Punto de inicio
Punto de inicio tentativo: PIT
Duración
Primera secuencia mencionada
Prioridad de la causa básica
Causa b;asica de defunción CBD
Causa básica provisional CBP
Modificación
Título de cada paso
SP1 Causa única en el certificado
SP2 Primera afección en la única línea utilizada
SP3 La primera afección en la línea más baja utilizada causa todas las anotadas arriba (ver también"Instrucciones especiales para la selección de la CBD")
SP4 Punto de inicio de la primera secuencia mencionada (ver también "Instrucciones especiales para la selección de la CBD")
SP5 Causa directa de la muerte cuando no hay secuencia
SP6 Causa obvia (ver también "Instrucciones especiales sobre causa obvia")
SP7 Afecciones mal definidas (ver también "Lista de afecciones mal definidas")
SP8 Afecciones poco probables de causar la muerte (ver también "Lista de afecciones poco probables de causar la muerte)
Encuentre el punto de inicio. (Pasos SP1 a SP8)
SP1
Una sola afección, ya sea en la Parte 1 o 2
Sí
Seleccione la afección como el punto de inicio. Vaya a M1
No
SP2
Una sola línea usada en la Parte 1
Sí
¿Cuántas afecciones están mencionadas en esa línea?
Dos o más
Seleccione la primera afección mencionada como el Punto de inicio tentativo (PIT). Vaya a SP6
Una, pero una o más en Parte 2
Seleccione la afección única en la Parte 1 como el PIT. Vaya a SP6.
No
SP3
¿La primera afección en la línea más baja utilizada (Parte 1) puede ser causa de todas las mencionadas arriba?
Sí
Seleccione esa afección como el PIT. Vaya a SP6.
No
SP4
¿Hay alguna secuencia que acabe en la causa directa de la muerte?
Sí
¿Hay solo una secuencia?
Sí
Seleccione el punto de inicio de esta secuencia como el PIT. Vaya a SP6
No
Identifique la primera secuencia mencionada y seleccione el punto de inicio de esa secuencia como el PIT. Vaya a SP6.
No
SP5
Seleccione la causa directa como el PIT. Vaya a SP6
SP6
¿Dónde está el PIT?
En la Parte1
Busque una causa obvia del PIT, primero en la misma línea en la Parte 1, luego en las líneas inferiores en la Parte 1 y finalmente en la Parte 2
(Siga cuidadosamente las instrucciones en SP6)
En la Parte 2
Busque una causa obvia del PIT solamente en la Parte. 2
¿Hubo otra afección reportada en la misma línea o más abajo que obviamente podría haber causado el PIT?
Sí
¿Hay varias causas obvias posibles?
Sí
Seleccione la afección básica prioritaria de la causa obvia como el nuevo PIT, y revise otra vez
No
Seleccione la causa obvia como el nuevo PIT, y revise otra vez.
No
SP7
¿Es el PIT una afección mal definida?
Sí
¿Son mal definidas las otras afecciones mencionadas en el certificado ?
Sí
Mantenga el PIT como punto de inicio. Vaya a M1
No
Descarte este PIT mal definido. Vaya a SP1
No
SP8
¿Es el PIT una afección poco probable de causar la muerte?
Sí
¿Son todas las otras afecciones mencionadas en el certificado mal definidas, o poco probables de causar la muerte?
No
¿Es el PIT la causa de la afección que no es mal definida ni poco poprobable de causar la muerte?
No
¿Fue causada la muerte por una reacción al tratamiento del PIT?
Sí
Seleccione la reacción al tratamiento como el punto de inicio. Vaya a M1
No
Descarte este PIT poco probable de causar la muerte. Vaya a SP1
Sí
No
Mantenga el PIT como punto de partida. Pasa a M1
El punto de inicio identificado por la aplicacion de SP1 a SP8 es considerada ahora la causa basica provisional (CBP)
Compruebe si hay modificaciones al punto de inicio. (Pasos M1 a M4)
M1 Instrucciones especiales
¿Aplica alguna instrucción especial a la CBP?
Sí
Asigne una nueva CBP y revise de nuevo
Siga cuidadosamente las instrucciones de M1 y revise Instrucciones especiales sobre asociaciones y otras disposiciones
No
M2 Especificidad
¿Hay algún término más Informativo que el de la CBP?
Sí
Asigne una nueva CBP y revise de nuevo
No
M3 Revisar nuevamente
¿La CBP es del mismo tipo de la del punto de inicio identificado a través de SP1 a SP8?
No
La CBP seleccionada en M1 o M2 no es mal definida y está reportada correctamente debida a otra afección
No
La CBP es una reacción al tratamiento de una afección poco probable de causar la muerte seleccionada en SP8
No
Regrese a SP6. Repita los procedimientos en SP6, M1 y M2
Sí
Sí
Sí
M4
Procedimientos médicos, envenenamiento, lesión principal, muerte materna
¿Alguna de las instrucciones especiales de M4 aplica a la CBP?
Sí
Siga las instrucciones y vaya a las secciones indicadas en la siguiente tabla
La CBP modificada o no, es la causa básica de defunción
No
La CBP es la causa básica de defunción
La CBP es... | Instrucciones especiales | Vaya a la sección...
Cirugía o procedimiento médico | | "Cirugía y otros procedimientos medicos"
Capítulo 22 Traumatismos o envenenamientos | Codifique la causa externa como la CBD y agregue la lesión principal |
Capítulo 23 Causas externas | Agregue la lesión principal | "Lesión principal en las defunciones por causas externas"
Envenenamientos y más de una sustancia tóxica reportada | Identifique la droga más importante involucrada | "Envenenamiento por drogas, etc."
La fallecido es una mujer y se reporta que estaba embarazada, en el parto o en el pueperio. | Determine si se asigna un código del Capítulo 18 como CBD | " Mortalidad materna"

Diagrama de flujo de los pasos SP1 a SP8, y de los pasos M1 a M4 para la codificación de la mortalidad.

2.17.3 Identificación del punto de inicio (Pasos SP1 a SP8)

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

2.17.4 Paso SP1 - Causa única en el certificado

Si sólo hay una afección reportada en el certificado, ya sea en la Parte 1 o en la Parte 2, éste es el punto de inicio. A continuación, verifique si se aplican los pasos M1 o M4, vaya a la sección 2.18 Comprobación de las modificaciones del punto de inicio (pasos M1 a M4).

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

2.17.5 Paso SP2 - Primera afección en la única línea utilizada

Si el certificador ha utilizado sólo una línea en la parte 1 y:

- ha reportado sólo una afección en esta línea, pero ha reportado una o más afecciones en la Parte 2, entonces la afección única en la Parte 1 es el punto de inicio tentativo. A continuación, vaya al paso SP6.
- ha reportado dos o más afecciones en esta línea, entonces la primera afección es el punto de inicio tentativo. Esto se aplica tanto si se informa o no una o más afecciones en la parte 2. 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)	
	(d)	
2		

El infarto del miocardio se menciona en primer lugar en el certificado y es el punto de inicio tentativo. A continuación, vaya al paso SP6, para comprobar si se aplican otras normas de selección y modificación.

Ejemplo 2

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

El infarto de miocardio se menciona en primer lugar en el certificado y es el punto de inicio tentativo. A continuación, vaya al paso SP6, para comprobar si se aplican otras reglas de selección y modificación.

2.17.6 Paso SP3 - La primera afección en la línea más baja utilizada causa todas las anotadas arriba de ella

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

- Si la respuesta es afirmativa, esta afección es el punto de inicio tentativo. A continuación, vaya al Paso SP6.
- Si no es así, vaya al paso SP4.

Para evaluar la relación causal, consulte la sección, 2.16.2 Relación causal y secuencia y la sección 2.19.1 Instrucciones especiales sobre secuencias aceptadas y rechazadas (Pasos SP3 y SP4).

Ejemplo 1

1	(a)	Bronconeumonía
	(b)	Hemiplejia
	(c)	Infarto cerebral
	(d)	
2		

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

Ejemplo 2

1	(a)	Metástasis en el hígado 2 meses
	(b)	Bronconeumonía 4 días
	(c)	Cáncer de estómago 6 meses
	(d)	
2		

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

Ejemplo 3

1	(a)	Metástasis en el hígado
	(b)	Bronconeumonía
	(c)	Cáncer de estómago e infarto cerebral
	(d)	
2		

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

Ejemplo 4

1	(a)	Metástasis en el hígado
	(b)	Bronconeumonía y cáncer de estómago
	(c)	
	(d)	
2		

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

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

La primera secuencia mencionada se encuentra siempre en la parte 1 (véase la sección 2.16.5).

- Si en la parte 1 se informan una o varias secuencias que conducen a la causa terminal de la muerte, identifique la primera secuencia que se menciona (véase el apartado 2.16.5). El punto de inicio de esa secuencia es el punto de inicio tentativo. A continuación, vaya al Paso SP6.

Si no se informa de ninguna secuencia que termine en la causa directa o terminal de la muerte en la Parte 1, vaya al Paso SP5.

Para evaluar la relación causal, consulte la sección 2.16.2 Relación causal y secuencia, y la sección 2.19.1 Instrucciones especiales sobre secuencias aceptadas y rechazadas (Pasos SP3 y SP4).

Ejemplo 1

1	(a)	Metástasis en el hígado
	(b)	Bronconeumonía y cáncer de estómago
	(c)	
	(d)	
2		

La bronconeumonía no puede causar metástasis en el hígado (el paso SP3 no se aplica), pero las metástasis en el hígado pueden deberse a un cáncer de estómago. Esta es la primera secuencia mencionada que termina en la causa terminal de la muerte, por lo que el cáncer de estómago es el punto de inicio tentativo.

Ejemplo 2

1	(a)	Bronconeumonía
	(b)	Infarto cerebral y metástasis hepáticas
	(c)	Aterosclerosis y cáncer de estómago
	(d)	
2		

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

2.17.8 Paso SP5 - Causa terminal (directa) de la muerte cuando no hay secuencia

Si no se informa alguna secuencia que termine en la causa de terminal de la muerte de la Parte 1, la causa terminal de la muerte es también el punto de inicio tentativo. A continuación, vaya al paso SP6.

Ejemplo 1

1	(a)	Metástasis en el hígado
	(b)	Infarto cerebral
	(c)	Aterosclerosis
	(d)	
2		Cáncer de estómago

La aterosclerosis no puede causar metástasis en el hígado (el paso SP3 no se aplica). El infarto cerebral no puede causar metástasis hepáticas (el paso SP4 no se aplica). En la Parte 1 no se informa de ninguna secuencia que termine con la causa terminal de la muerte, por lo que la causa terminal de la muerte -metástasis hepáticas- es el punto de inicio tentativo.

2.17.9 Paso SP6 - Causa obvia

Si el punto de inicio tentativo seleccionado en los pasos SP1 a SP5 es obviamente causado por otra afección informada en el certificado, seleccione esa causa obvia como el nuevo punto de inicio tentativo. Las afecciones que se considera que tienen una relación causal "obvia" se especifican en la Sección 2.19.2 Instrucciones especiales sobre causa obvia (Paso SP6). Para identificar en qué parte del certificado debe buscar, aplique las siguientes reglas:

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

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

Si no hay ninguna afección reportada en el certificado que obviamente haya causado el punto de inicio tentativo seleccionado en los pasos SP2 a SP5, vaya al Paso SP7.

Una relación causal obvia es un tipo de relación causal (ver Sección 2.18.2) y una secuencia rechazada en la Sección 2.21.1 también debe ser rechazada al considerar una relación "obvia" entre afecciones. Sin embargo, al considerar aceptar secuencias, la palabra "obviamente" es

importante, y no debe haber ninguna duda sobre la relación entre las afecciones. No basta con que la secuencia haya sido aceptada si el punto de inicio tentativo se hubiera informado como debido a la otra afección. Al aplicar el paso SP6, consulte siempre la Sección 2.19.2.

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

Si se informa de más de una causa obvia del punto de inicio tentativo, seleccione la afección básica que tenga prioridad (véase la sección 2.16.7).

Ejemplo 1

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

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

Ejemplo 2

1	(a)	Metástasis en el hígado
	(b)	Infarto cerebral
	(c)	
	(d)	
2		Cáncer de estómago

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

Ejemplo 3

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

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

Ejemplo 4

1	(a)	Sepsis
	(b)	Peritonitis
	(c)	
	(d)	

2 Embolia mesentérica, apendicitis con perforación

La sepsis puede ser causada por una peritonitis, y ésta es el punto de inicio tentativo (Paso SP3). A continuación, tanto la embolia mesentérica como la apendicitis con perforación son causas obvias de peritonitis. Como la embolia mesentérica se menciona en primer lugar es la causa básica prioritaria, y es el nuevo punto de inicio tentativo.

Ejemplo 5

1 (a) Sepsis
(b) Peritonitis
(c)
(d)
2 Necrosis de intestino, infarto mesentérico

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

2.17.10 Paso SP7 - Afecciones mal definidas

Si el punto de inicio tentativo seleccionado en los Pasos SP1 a SP6 está en la Lista de afecciones mal definidas, y:

- Si hay al menos una afección que no es mal definida, entonces ignore la afección mal definida. Vaya al Paso SP1 y seleccione otro punto de inicio, como si la afección mal definida no se hubiera mencionado en el certificado.
- Si todas las demás afecciones que figuran en el certificado, son mal definidas, vaya al Paso M1.

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

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

- Choque séptico
- Síndrome de muerte súbita del lactante

Ejemplo 1

1 (a) Insuficiencia respiratoria
(b)
(c)
(d)
2 Embolia mesentérica

La insuficiencia respiratoria es la única afección mencionada en la Parte 1 y es el punto de inicio tentativo según el paso SP2. La insuficiencia respiratoria está en la tabla de afecciones mal definidas, y hay una afección no mal definida, la embolia mesentérica, por lo que hay que descartar la insuficiencia respiratoria y reiniciar el procedimiento de selección. La embolia mesentérica es el nuevo punto de inicio según el Paso SP1.

2.17.11 Paso SP8 - Afecciones poco probables de causar la muerte

Si el punto de inicio tentativo seleccionado en los pasos SP1 a SP7 se encuentra en la lista de afecciones poco probables de causar la muerte (véase el Anexo de Mortalidad 3.14.10)

- Si todas las demás afecciones que figuran en el certificado también son poco probables de causar la muerte o son mal definidas, mantenga esta afección "poco probable de causar la muerte" como punto de inicio. A continuación, vaya al Paso M1.
- Si esta afección fue la causa de otra afección que no es "improbable que cause la muerte" y que no es mal definida, mantenga esta afección poco probable de causar la muerte como punto de inicio. A continuación, vaya al Paso M1.
- Si la muerte fue causada por una reacción al tratamiento de la afección poco probable de causar la muerte, seleccione la reacción al tratamiento como punto de inicio. A continuación, vaya al Paso M1
- Si no se aplica ninguna de estas tres, y hay al menos una afección que no es "poco probable de causar la muerte" y no es "mal definida", entonces descarte la afección poco probable de que cause la muerte. Vaya al Paso SP1 y seleccione otro punto de inicio, como si la afección poco probable de causar la muerte no se hubiera mencionado en el certificado.

Si el punto de inicio tentativo no está en la "Lista de afecciones poco probables de causar la muerte", mantenga esa afección como punto de inicio y vaya al Paso M1.

Si el certificado menciona más de un tratamiento para la afección poco probable de ser causa de muerte, seleccione el primer tratamiento mencionado.

Ejemplo 1

1	(a)	Pérdida de audición
	(b)	
	(c)	
	(d)	
2		Cardiopatía isquémica

La pérdida de audición es el punto de inicio tentativo (Paso SP2), pero está en la 'Lista de afecciones consideradas poco probables de causar la muerte'. Hay otra afección en el certificado, la cardiopatía isquémica, que no está en la 'Lista de afecciones consideradas poco probables de causar la muerte'. Descarte la pérdida de audición y reinicie el procedimiento de selección desde el Paso SP1. La cardiopatía isquémica es el nuevo punto de inicio (Paso SP1).

Ejemplo 2

1	(a)	Insuficiencia hepática
	(b)	Uso excesivo de paracetamol
	(c)	Dolor de cabeza tipo migraña
	(d)	
2		

La cefalea tipo migraña es el punto de inicio tentativo (Paso SP3), pero está en la "Lista de afecciones que se consideran poco probables de causar la muerte". La cefalea tipo migraña fue tratada con paracetamol y se produjo la insuficiencia

hepática como una reacción al tratamiento. Seleccione la reacción al tratamiento, insuficiencia hepática, como punto de inicio.

Ejemplo 3

1 (a) Sepsis
(b) Absceso submaxilar
(c) Caries
(d)

2

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

Ejemplo 4

1 (a) Dolor de cabeza
(b) Caries
(c)
(d)

2 Cardiopatía isquémica

La caries es el punto de inicio tentativo (Paso SP3), pero está en la "Lista de afecciones consideradas poco probables de causar la muerte". En este caso la caries causó dolor de cabeza, una afección que está en la lista de afecciones mal definidas. Descarte tanto la caries (Paso SP8) como el dolor de cabeza (Paso SP7) y reinicie el procedimiento de selección desde el Paso SP1. La cardiopatía isquémica es el nuevo punto de inicio (Paso SP1).

2.18 Comprobación de las modificaciones del punto de inicio (pasos M1 a M4)

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

2.18.1 Paso M1 - Instrucciones especiales

Si a la CBP seleccionada en los pasos SP1 a SP8 se aplica una instrucción especial enumerada en la sección 2.19.3 Instrucciones especiales sobre asociaciones y otras disposiciones (paso M1), asigne una nueva causa básica provisional de acuerdo con la instrucción.

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

Si la causa básica provisional no se modifica por las instrucciones de la sección 2.19.3, vaya al Paso M2.

Si más de una instrucción de la sección 2.19.3 se aplica a la causa básica provisional, seleccione la instrucción relativa a la causa básica prioritaria (véase la sección 2.16.7).

Tenga en cuenta que hay dos tipos de combinaciones de códigos, "con mención de" y "cuando se informa como causa de". Consulte la sección 2.19.3 para más detalles.

A veces la propia clasificación indica un código para una combinación de la causa básica provisional con otra causa mencionada en el certificado. Utilice el código de la combinación a menos que una instrucción sobre la codificación de la mortalidad en la sección 2.19.3 indique lo contrario.

Ejemplos de "con mención de":

Ejemplo 1

1	(a)	Infarto del miocardio
	(b)	Cardiopatía isquémica
	(c)	
	(d)	
2		

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

Ejemplo 2

1 (a) Cardiopatía isquémica
(b) Aterosclerosis
(c)
(d)
2 Infarto cerebral

La aterosclerosis es el punto de inicio tentativo (Paso SP3). Hay una instrucción especial sobre "aterosclerosis notificada con cardiopatía isquémica", y otra sobre "aterosclerosis notificada con infarto cerebral". La cardiopatía isquémica es la causa básica prioritaria, así que aplique la instrucción sobre 'aterosclerosis informada con cardiopatía isquémica' y seleccione la cardiopatía isquémica como nueva causa básica provisional.

Ejemplo 3

1 (a) Infarto cerebrovascular
(b) Aterosclerosis
(c) Hipertensión
(d)
2 Infarto del miocardio

La hipertensión es el punto de inicio tentativo (Paso SP3). Hay instrucciones especiales sobre 'hipertensión notificada con mención de infarto cerebrovascular' y con infarto de miocardio. El infarto cerebrovascular es la causa básica prioritaria, así que aplique la instrucción sobre 'hipertensión informada con mención de infarto cerebrovascular' y seleccione el infarto cerebrovascular como nueva causa básica provisional.

Ejemplo 4

1 (a) Cardiopatía isquémica
(b) Aterosclerosis
(c)
(d)
2 Infarto del miocardio

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

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

Ejemplo 5

1 (a) Enfermedad renal crónica
(b) Aterosclerosis
(c)
(d)
2

La aterosclerosis es el punto de inicio tentativo (Paso SP3). Existe una instrucción especial sobre "aterosclerosis declarada como causa de enfermedad renal crónica". Aplique esta instrucción y seleccione la enfermedad renal hipertensiva (BA02) como nueva causa básica provisional.

Ejemplo 6

1	(a)	Aterosclerosis
	(b)	
	(c)	
	(d)	
2		Enfermedad renal cónica

La aterosclerosis es el punto de inicio tentativo (Paso SP2). Aunque existe una instrucción especial sobre "la aterosclerosis notificada como causa de enfermedad renal crónica", esta instrucción no se aplica aquí porque la enfermedad renal crónica 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.

2.18.2 Paso M2 - Especificidad

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

A continuación, vuelva a aplicar el Paso M2 a la nueva causa básica provisional. Repita la operación hasta que haya encontrado una causa básica provisional que no pueda especificarse más.

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

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

Si hay otras expresiones que proporcionan información más precisa sobre la causa básica provisional, seleccione la causa básica que tenga prioridad (véase la Sección 2.16.7).

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

Ejemplo 1

1	(a)	Accidente cerebrovascular
	(b)	Aterosclerosis
	(c)	
	(d)	
2		Embolia arterial al tronco cerebral

La aterosclerosis es el punto de inicio tentativo (Paso SP3). Existe una instrucción especial sobre "aterosclerosis notificada con accidente cerebrovascular"; aplique esta instrucción y seleccione el accidente cerebrovascular como 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 a tronco cerebral. Esta es la nueva causa básica provisional.

Ejemplo 2

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 (Paso SP3). Existe una instrucción especial sobre "aterosclerosis notificada con accidente cerebrovascular"; aplique esta instrucción y seleccione el accidente cerebrovascular como la nueva causa básica provisional según el paso M1. No hay una descripción más específica del tipo de accidente cerebrovascular en el certificado, por lo que el accidente cerebrovascular sigue siendo la causa básica provisional.

Ejemplo 3

1	(a)	Meningitis
	(b)	Tuberculosis
	(c)	
	(d)	
2		

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

2.18.3 Paso M3 - Verificar los pasos SP6, M1 y M2

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

Si la causa básica provisional es la misma con el punto de inicio seleccionado en los pasos SP1 a SP8, vaya al Paso M4.

- No vuelva al Paso SP6 si la causa seleccionada en el Paso M1 o M2 se informa correctamente como debida a otra afección, excepto cuando esta afección sea mal definida.
- Además, no vuelva al Paso SP6 si la causa básica provisional es una reacción al tratamiento de una afección con poca probabilidad de causar la muerte, como se seleccionó en el Paso SP8.

Ejemplo 1

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

La enfermedad arterial es el punto de inicio tentativo según el Paso SP3. La embolia arterial de la pierna izquierda, reportada como la segunda condición 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 provisional no es el mismo que el seleccionado en los pasos SP1 a SP8. Sin embargo, el cáncer de colon es una causa obvia de embolia arterial, y el cáncer de colon es el nuevo punto de inicio. No se aplican más modificaciones. Codifique "cáncer de colon" (*2B90.Z*) *Neoplasias malignas del colon, sin especificación* como causa básica de defunción.

Ejemplo 2

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 (Paso SP3). Existe una instrucción especial sobre "aterosclerosis notificada como causa de enfermedad arterial" y, según esta instrucción, la enfermedad arterial es el nuevo punto de inicio según el paso M1. La embolia arterial de la pierna izquierda, reportada como la segunda afección en la línea 1(b), es una descripción más específica del tipo de enfermedad arterial y es seleccionada como el punto de inicio tentativo en el Paso M2. No aplique de nuevo el Paso SP6, porque la embolia arterial de la pierna izquierda se informa como debida a la aterosclerosis, y ésta es una relación causal correcta. No se aplican más modificaciones. Codifique "embolia arterial de la pierna izquierda" como causa básica de defunción.

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

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

Si la causa básica provisional es:

- Cirugía, otro tipo de procedimiento médico, una complicación o una complicación posterior al procedimiento, aplique las instrucciones de la Sección 2.19.4 Instrucciones especiales sobre cirugía y otros procedimientos médicos (Paso M4).
- Del capítulo 22 "Traumatismos, intoxicaciones u otras consecuencias de causas externas", codifique primero la causa externa del traumatismo o el envenenamiento como causa básica de defunción. Añada también la lesión principal al grupo siguiendo las instrucciones de la Sección 2.19.5 Instrucciones especiales sobre el traumatismo o lesión principal en las muertes por causas externas (Paso M4).
- Del capítulo 23 "Causas externas de morbilidad y mortalidad" añada también la lesión principal al grupo siguiendo las instrucciones de la Sección 2.19.5 Instrucciones especiales sobre el traumatismo o lesión principal en las muertes por causas externas (Paso M4).
- Intoxicación, utilice el código de extensión adicional de la Sección X, si procede, para identificar el nombre específico del fármaco o sustancia tóxica notificado. Si se informa más

de una droga o sustancia tóxica en el certificado, aplique las instrucciones de la Sección 2.19.6 Instrucciones especiales sobre intoxicación por drogas, medicamentos y sustancias biológicas (Paso M4), para identificar la droga, el medicamento o la sustancia que más probablemente haya causado la muerte.

Si el fallecido es una mujer y en el certificado se informa del embarazo, parto o puerperio, determine si debe codificar la causa básica provisional en el Capítulo 18 "Embarazo, parto o puerperio" según las instrucciones de la sección 2.19.7 Instrucciones especiales sobre mortalidad materna (Paso M4).

Al crear un clúster en el Paso M4, ponga siempre el código de la causa de básica de defunción al inicio del clúster.

Después de aplicar el Paso M4, la causa básica provisional, modificada o no, se convierte en la causa básica de defunción.

Si el Paso M4 no se aplica, la causa básica provisional se convierte en la causa básica de defunción.

Tenga en cuenta que pueden aplicarse otras restricciones, por ejemplo que la causa se limite a uno de los sexos (véanse también las secciones 2.21.7 y 3.14 (3.14.11 y 3.14.12) 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, compruebe siempre si se aplica alguna de estas restricciones a la causa básica que haya seleccionado.

2.19 Instrucciones especiales para seleccionar la causa básica de defunción

Se debe hacer referencia a las siguientes secciones al aplicar cada instrucción de la Sección 2.17.3 (Pasos SP1 a SP8) y de la Sección 2.18 (Pasos M1 a M4).

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

Esta sección enumera las secuencias de causas de defunción que deben aceptarse o rechazarse al seleccionar la causa básica de defunción. Como se describe en la Sección 2.16.2 Relación causal y secuencia, estas instrucciones se establecen con el objetivo de producir las estadísticas de mortalidad más útiles. Los países individualmente no deben corregir lo que se supone que es un error, ya que los cambios a nivel nacional darán lugar a datos menos comparables con los de otros países y, por tanto, menos útiles para el análisis.

Una relación causal informada que no figure como rechazada en esta sección debe ser aceptada, en la medida de lo posible, porque la opinión del certificador sobre las causas que conducen a la muerte no debe ser ignorada a la ligera.

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

Tenga en cuenta que toda la información sobre la relación causal proporcionada en el certificado debe ser considerada. Esto se aplica también si la información aparece en el lugar "equivocado" del certificado. Por ejemplo, si la secuencia de la Parte 1 comienza con una enfermedad "A", y la información en otro lugar del certificado indica que la enfermedad "A" se debió a una enfermedad "B", entonces considere "B" como el punto de inicio tentativo. Esto también se aplica si la enfermedad “A” y la enfermedad “B” se codifican según el mismo código de la CIE-11 y reportan en líneas separadas de la Parte 1.

2.19.1.1 Conflicto de duración

No acepte que una afección con una duración determinada sea debida a otra afección con una duración más corta.

Consecuencia	Afección causal
Una afección con una duración determinada	**No acepte** una afección con una duración más corta

2.19.1.2 Enfermedades infecciosas debidas a otras afecciones

Cólera y ciertas enfermedades infecciosas debidas a otras afecciones

No acepte que las siguientes enfermedades infecciosas y parasitarias se deban a otras causas, **ni siquiera a** la enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), las neoplasias malignas o las afecciones que deterioran el sistema inmunitario:

Código	Afección
1A00	Cólera
1A11	Botulismo
1B20	Lepra
1B50	Escarlatina
1B91	Leptospirosis
1B93	Peste
1B94	Tularemia
1B95	Brucelosis
1B97	Ántrax
1C11.1	Fiebre de las trincheras
1C12	Tos ferina
1C13	Tétanos
1C14	Tétanos obstétrico
1C15	Tétanos neonatal
1C17	Difteria
1C1C	Enfermedad meningocócica
1C22	Infecciones por Chlamydia psittaci
1C23.Z	Tracoma, sin especificación
1C3Z	Rickettsiosis, sin especificación
1C80-1C8Z	Infecciones virales del sistema nervioso central
1D20-1D2Z	Dengue
1D47	Fiebre amarilla
1D40	Enfermedad por el virus Chikungunya
1D42	Fiebre O'nyong-nyong
1D44	Fiebre del Valle del Rift
1D46	Infección por el virus del Nilo Occidental
1D48	Enfermedad por el virus de Zika
1D49	Fiebre hemorrágica de Crimea y el Congo
1D4A	Fiebre hemorrágica de Omsk
1D4B	Enfermedad de la selva de Kyasanur
1D4C	Fiebre hemorrágica de Alkhurma
1D40-1D4Z	Algunas fiebres virales transmitidas por artrópodos
1D60.0	Enfermedad del Ébola
1D60.1	Enfermedad de Marburgo
1D61.0	Fiebre hemorrágica Argentina

1D61.1	Fiebre hemorrágica Boliviana
1D61.2	Fiebre de Lassa
1D62.0	Fiebre hemorrágica con síndrome renal
1D65	Síndrome respiratorio agudo severo
1D80	Parotiditis
1D86	Fiebre hemorrágica viral, no clasificada en otra parte
1E31	Influenza por virus de la influenza pandémica o zoonótica identificada
1E50.1	Hepatitis B aguda
1E50.2	Hepatitis C aguda
1E51.0	Hepatitis B crónica
1E51.1	Hepatitis C crónica
1E51.2	Hepatitis D crónica
1E70	Viruela
1E71	Viruela de los simios
1F02	Rubéola
1F03	Sarampión
1F40-1F4Z	Paludismo
1F51	Tripanosomiasis africana
1F53	Enfermedad de Chagas
1F54	Leishmaniosis
8A45.01	Panencefalitis esclerosante subaguda
8E02.0	Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob genética
RA01	COVID-19

Consecuencias	**Causadas por**
Cólera, etc., las enumeradas arriba	**No acepte** otras causas

Tifoidea y ciertas enfermedades infecciosas debidas a otras afecciones

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

1A02 Infecciones intestinales por Shigella
1A07 Fiebre tifoidea
1A08 Fiebre paratifoidea
1A09 Infecciones debidas a otra salmonela
1B10-1B1Z Tuberculosis

Consecuencias	Causadas por
Infecciones intestinales por Shigella	**Acepte** la enfermedad del VIH, las neoplasias malignas y las afecciones que deterioran el sistema inmunitario
Fiebre tifoidea	**No acepte** otras causas
Fiebre paratifoidea	
Infecciones debidas a otra salmonela	
Tuberculosis	

Enfermedad por el VIH debida a otras afecciones

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

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

En el Anexo de Mortalidad 3.14 Causas de la enfermedad por el VIH se dan ejemplos de estas afecciones. Tenga en cuenta que la lista del Anexo de Mortalidad 3.14 no es completa y debe considerarse indicativa.

Consecuencias	Causadas por
Enfermedad por el VIH	**Acepte** - las afecciones que requieren transfusión de sangre, como la hemofilia, la anemia y las lesiones graves - procedimientos invasivos, como la cirugía - abuso de drogas (Para ver ejemplos, consulte el anexo 3.14 sobre mortalidad). **No acepte** otras causas

Enfermedades infecciosas no enumeradas anteriormente debido a otras afecciones

Se acepta que las enfermedades infecciosas que no figuran en la lista anterior son causadas por otras afecciones.

Consecuencias	Causadas por
Enfermedades infecciosas no enumeradas anteriormente	**Acepte** otras causas

2.19.1.3 Neoplasias malignas debidas a otras afecciones

No acepte una neoplasia maligna como debida a cualquier otra causa, excepto las siguientes neoplasias malignas como debidas a la enfermedad por el VIH (1C60 - 1C62):

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

Consecuencias	Causadas por
Neoplasia maligna de la orofaringe, etc., enumeradas anteriormente	**Acepte** las enfermedades causadas por el VIH **No acepte** otras causas
Neoplasias malignas no enumeradas anteriormente	**No acepte** otras causas

2.19.1.4 Trastorno hemorrágico congénito o constitucional debido a otras afecciones

No acepte un trastorno hemorrágico congénito o constitucional 3B10-3B1Z como debido a cualquier otra causa.

Consecuencias	Causadas por
Afección hemorrágica congénita o constitucional	**No acepte** otras causas

2.19.1.5 Anafilaxia por causas externas

No acepte la anafilaxia (4A84) como debida a cualquier otra causa, excepto la autolesión intencionada (PB80-PD3Z) o la agresión (PD50-PF2Z).

Consecuencias	Causadas por
Anafilaxia	**Acepte la** autolesión intencionada o la agresión **No acepte** otras causas

2.19.1.6 Diabetes debida a otras afecciones

No acepte que la diabetes mellitus de tipo 1 se deba a ninguna otra causa, excepto las afecciones que provocan la destrucción autoinmune de las células beta.

No acepte que la diabetes mellitus de tipo 2 se deba a ninguna otra causa, excepto las afecciones que provocan resistencia a la insulina.

No acepte la "Diabetes mellitus de otro tipo y no especificada" como debida a cualquier otra causa, excepto las afecciones que causan daño al páncreas.

Véase el Anexo de Mortalidad 3.14.8 para una lista de las enfermedades que pueden causar diabetes.

Consecuencias	Causadas por
Diabetes mellitus tipo 1	**Acepte las** afecciones que causan la destrucción autoinmune de las células beta **No acepte** otras causas
Diabetes mellitus tipo 2	**Acepte las** afecciones que causan la resistencia a la insulina **No acepte** otras causas
Otras y diabetes mellitus no especificadas	Acepte las afecciones que causan daño al páncreas **No acepte** otras causas

2.19.1.7 Fiebre reumática debida a otras afecciones

No acepte la fiebre reumática aguda (1B40-1B42), las valvulopatías cardíacas (BB60-BC0Z) con el quinto carácter .0 reumático (si el quinto carácter está disponible), y BC20 Cardiopatías reumáticas crónicas, no clasificadas en otra parte, debidas a otra causa, excepto:

1B50 Escarlatina
1B51 Faringitis estreptocócica
CA03.0 Amigdalitis estreptocócica

Consecuencias	Causadas por
Fiebre reumática aguda	**Acepte**
Valvulopatías cardíacas reumáticas	- Escarlatina
Cardiopatías reumáticas crónicas NCOP	- Faringitis estreptocócica
	- Amigdalitis aguda
	No acepte otras causas

2.19.1.8 Hipertensión debida a otras afecciones

No acepte las afecciones hipertensivas como debidas a una neoplasia, **excepto**:

- neoplasias endocrinas
- neoplasias renales
- tumores carcinoides

Consecuencias	Causadas por
Afecciones hipertensivas	**Acepte** - neoplasias endocrinas - neoplasias renales - tumores carcinoides **No acepte** otras neoplasias

2.19.1.9 Ciertas cardiopatías isquémicas debidas a otras afecciones

No acepte que la angina de pecho (BA40) y la cardiopatía isquémica crónica (BA50-BA5Z) o la aterosclerosis coronaria (BA52) se deban a una neoplasia.

Consecuencias	Causadas por
Angina de pecho Cardiopatía isquémica crónica Aterosclerosis coronaria	**Acepte** otras causas **No acepte** neoplasias

2.19.1.10 Aterosclerosis por otras afecciones

No acepte una afección aterosclerótica como debida a una neoplasia.

Consecuencias	Causadas por
Una afección aterosclerótica	**Acepte** otras causas **No acepte** neoplasias

2.19.1.11 Anomalías del desarrollo debidas a otras afecciones

No acepte que las anomalías del desarrollo se deban a cualquier otra causa, incluida la inmadurez, excepto:

- anomalías del desarrollo debidas a una anomalía cromosómica o a un síndrome de malformación congénita
- Hipoplasia congénita de pulmón (LA75.2) debida a una anomalía congénita

Consecuencias	Causadas por
Una anomalía del desarrollo	**Acepte las** anomalías cromosómicas, los síndromes de malformación congénita **No acepte** otras causas, incluyendo la inmadurez
Hipoplasia congénita de pulmón	**Acepte** una anomalía en el desarrollo **No acepte** otras causas, incluyendo la inmadurez

2.19.1.12 Causas no intencionales de morbilidad o mortalidad por otras afecciones

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

- Una caída o una fractura como consecuencia de "Ciertos trastornos especificados de la densidad o la estructura ósea" o "Trastornos por disminución de la densidad ósea"
- Caída como consecuencia de una fractura (patológica) causada por "Ciertos trastornos especificados de la densidad o la estructura ósea" o " Trastornos por disminución de la densidad ósea"
- Asfixia o aspiración debida a otras causas

Consecuencias	Causadas por
Causas no intencionales de morbilidad o mortalidad PA00-PB6Z *no enumerada a continuación*	**No acepte** causas en otros capítulos
Caídas PA60-PA6Z	**Acepte** una fractura (patológica) causada por FB80 Algunos trastornos especificados de la densidad o estructura ósea o FB83 Trastornos por disminución de la masa ósea. **No acepte** otras causas en otros capítulos

Causa de morbilidad o mortalidad no intencional sin especificación PB6Z, *especificada como* fractura	**Acepte** FB80 o FB83
	No acepte otras causas en otros capítulos
Amenaza no intencional a la respiración PB00-PB0Z *especificada como* asfixia o aspiración	**Acepte** otras causas

2.19.1.13 Suicidio debido a otras afecciones

No acepte que el suicidio (PB80- PD3Z) se deba a cualquier otra causa.

Consecuencias	Causadas por
Suicidio	**No acepte** otras causas

2.19.2 Instrucciones especiales sobre la causa obvia (Paso SP6)

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

2.19.2.1 Complicaciones de la enfermedad por el VIH

Enfermedades infecciosas y enfermedad por el VIH

Considere la enfermedad por el VIH (1C60-1C62) y la *Prueba de laboratorio positiva al VIH* (*MA14.0)* como causa obvia de las siguientes enfermedades infecciosas:

1A32	Criptosporidiosis
1A33	Cistoisosporiasis
1B21	Infecciones por micobacterias no tuberculosas
EA5Y	Afectación cutánea por otra infección bacteriana especificada
8A45.02	Leucoencefalopatía progresiva multifocal
1F00.0	Infección mucocutánea por herpes simple, *especificada como* úlceras crónicas, bronquitis, neumonía o esofagitis
1F00.3	Infección diseminada por herpes simple, *especificada como* úlceras crónicas, bronquitis, neumonía o esofagitis
1F00.Y	Otras infecciones por herpes simple especificadas, *especificadas como* úlceras crónicas, bronquitis, neumonía o esofagitis
1F00.Z	Infecciones por herpes simple, sin especificación, *especificada como* úlceras crónicas, bronquitis, neumonía o esofagitis
1D82	Enfermedad citomegaloviral, **excepto** hepatitis por citomegalovirus (1D82.0), y *excepto* hígado, bazo, ganglios linfáticos
1F23.2	Candidiasis del tracto gastrointestinal, *especificada como* esófago
1F23.31	Candidiasis pulmonar
1F25	Coccidioidomicosis
1F2A	Histoplasmosis
1F27	Criptococosis
CA40.20	Neumonía por Pneumocystis

Considere la enfermedad por el VIH (1C60 - 1C62), pero no la [Prueba de laboratorio positiva al VIH] (MA14.0), como causa obvia de enfermedades infecciosas (Capítulo 01) no enumeradas anteriormente, excepto las enumeradas en la sección 2.19.1.2 Enfermedades infecciosas debidas a otras afecciones.

Neoplasias malignas y VIH

Considere tanto la enfermedad por el VIH (1C60-1C62) como las pruebas de laboratorio del VIH (MA14.0) como causas obvias de las siguientes neoplasias malignas:

2A80	Linfoma folicular, *especificado como* primario en el cerebro
2A81	Linfomas difusos de linfocitos B grandes, *especificados como* inmunoblásticos
2A85.5	Linfoma de células del manto, *especificado como* primario en el cerebro
2A85.6	Linfoma de Burkitt, incluida la leucemia de Burkitt
2A86	Linfoma de linfocitos B, características mixtas, *especificado como* primario en el cerebro
2A8Z	Neoplasias de células B maduras, sin especificación, *especificadas como* primarias en el cerebro
2B30	Linfoma de Hodgkin, *especificado como* primario en el cerebro
2B57	Sarcoma de Kaposi, sitio primario
2C77	Neoplasias malignas del cuello uterino, *especificadas como* invasivas

Inmunodeficiencia y VIH

Considere la enfermedad del VIH (1C60-1C62) como una causa obvia de inmunodeficiencia.

Neumonía y VIH

Considere la enfermedad por el VIH (1C60-1C62) como una causa obvia de neumonía (CA40).

Caquexia y el VIH

Considere la enfermedad por el VIH (1C60-1C62) como una causa obvia de Caquexia, no especificada (MG20.Z).

2.19.2.2 Enterocolitis por Clostridium difficile

Considere la enterocolitis por Clostridium difficile (1A04) como una consecuencia obvia de [Fármacos, medicamentos o sustancias biológicas asociados con lesión o daño en su uso terapéutico] (PL00), *especificados como* antibiotico*terapia*.

2.19.2.3 Sepsis

Considere las siguientes como causas obvias de la sepsis (1G40-1G41):

- afecciones que deterioran el sistema inmunológico
- enfermedades consuntivas (como las neoplasias malignas y la desnutrición)
- enfermedades que causan parálisis (como la hemorragia y la trombosis cerebral)
- enfermedades respiratorias graves
- lesiones graves (grado 1-4 según la lista de clasificación de prioridad de los códigos de la naturaleza de la lesión Anexo de Mortalidad (3.14.5).

2.19.2.4 Complicaciones de la diabetes

Considere la diabetes mellitus (5A10-5A14) como una causa obvia de las siguientes afecciones:

5C73	Acidosis
8C0Z	Polineuropatía, sin especificación
8C12	Algunas mononeuropatías especificadas
8C7Y	Otras miopatías primarias especificadas, *especificadas como* amiotrofia pero sin especificar la etiología
8D8Z	Trastornos del sistema nervioso autónomo, sin especificación
9A96.Z	Uveítis anterior, sin especificación
9B10.Z	Catarata, sin especificación
9B65.2	Inflamación coriorretiniana
9B74	Oclusión vascular retiniana
9B78.1	Retinopatía de fondo y cambios vasculares retinianos
9B78.2	Otras retinopatías proliferativas
9B78.5	Hemorragia retiniana
9B7Z	Trastornos de la retina, sin especificación
BD40.0	Aterosclerosis de la extremidad inferior
BD4Z	Enfermedad oclusiva arterial crónica, sin especificación
EE80.1	Necrobiosis lipoidea
ME60.2	Úlcera de la piel de naturaleza incierta, *especificada como* miembro inferior
FA2Z	Artropatías inflamatorias, sin especificación
MG30.5Z	Dolor neuropático crónico, sin especificación
GB40	Síndrome nefrítico
GB41	Síndrome nefrótico
GB42	Proteinuria o albuminuria persistente
GB61	Enfermedad renal crónica
GB6Z	Insuficiencia renal, sin especificación
MF54.0	Riñón contraído y liso
GC2Z	Enfermedades del sistema urinario, sin especificación, *especificadas como* afecciones renales
MC85	Gangrena
MB20.1	Coma
MA18.Y	Otros resultados anormales especificados en los análisis bioquímicos de la sangre, *especificados como* acetonaemia, azotaemia o afecciones relacionadas

2.19.2.5 Deshidratación

Considere cualquier enfermedad infecciosa intestinal como una causa obvia de disminución o depleción de volumen (5C70).

2.19.2.6 Demencia

Considere las afecciones que suelen implicar un daño cerebral irreversible como causas obvias de demencia si no se indica ninguna otra causa de la misma.

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

2.19.2.7 Trastornos del desarrollo intelectual

Considere las siguientes afecciones como causas obvias de trastornos del desarrollo intelectual (6A00):

8D64.2	Hidrocefalia ex vacuo, *especificada como* neonatal
KA00-KA0Z	Feto o recién nacido afectado por factores maternos o por complicaciones del embarazo, el trabajo de parto o el parto
KA20	Trastornos del recién nacido relacionados con el retraso del crecimiento o desnutrición fetal
KA21	Trastornos del recién nacido relacionados con gestación corta o con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte
KA40.0	Hemorragia o laceración intracraneal por lesión traumática durante el nacimiento
KA40.1	Edema cerebral por lesión traumática durante el nacimiento
KA40.Z	Lesión traumática del sistema nervioso central durante el nacimiento, sin especificación
KA4Z	Traumatismo durante el nacimiento, sin especificación
KA61	Otras infecciones bacterianas del feto o del recién nacido
KA62	Infección viral del feto o del recién nacido
KA63	Infección micótica del feto o del recién nacido
KA64	Parasitosis fetal o neonatal
KA6Y	Otras infecciones especificadas del feto o del recién nacido
KA6Z	Infecciones del feto o del recién nacido, sin especificación
KB20	Hipoxia intrauterina
KB21	Asfixia del nacimiento
KA82	Hemorragia intracraneal no traumática del feto o del recién nacido
KA86	Kernicterus neonatal
KB00	Isquemia cerebral neonatal
KB01	Quistes periventriculares en elrecién nacido
KB02	Leucomalacia cerebral neonatal
KB03	Encefalopatía neonatal
KB04	Encefalopatía hipóxica-isquémica enel recién nacido

KB05	Hidrocefalia neonatal
KB06	Convulsiones neonatales

2.19.2.8 Insuficiencia cardíaca y enfermedad cardíaca no especificada

Considere otras afecciones cardíacas como causas obvias de Enfermedades del miocardio o de las cavidades cardíacas, sin especificación (BC4Z) e Insuficiencia cardíaca (BD10-BD1Z).

2.19.2.9 Embolia

Considere la trombosis venosa, la flebitis o la tromboflebitis, la cardiopatía valvular, el parto o cualquier operación como causas obvias de enfermedades calificadas como "embólicas". Sin embargo, debe haber una ruta clara desde el lugar donde se formó el trombo y el lugar de la embolia.

2.19.2.10 Varices esofágicas

Considere las siguientes enfermedades hepáticas como causas obvias de las várices esofágicas (DA26.0):

1E51	Hepatitis viral crónica
DB92	Hepatopatía grasa no alcohólica
DB93	Fibrosis o cirrosis hepática
DB94	Enfermedad hepática alcohólica
DB96.1	Colangitis biliar primaria
DB97.2	Hepatitis crónica, no clasificada en otra parte
DB98.0	Infarto del hígado
DB98.1	Púrpura hepática
DB98.6	Enfermedad venooclusiva hepática
DB98.7	Hipertensión portal
DB98.8	Congestión pasiva del hígado
DB99.2	Síndrome hepatorrenal
DB99.Y	Otras enfermedades del hígado
DB9Z	Enfermedades del hígado, sin especificación

2.19.2.11 Neumonía

Considere las siguientes afecciones como causas obvias de neumonía (CA40) o neumonitis por sólidos y líquidos (CA71), excepto las debidas a aceites o esencias (CA71.1):

- afecciones que deterioran el sistema inmunológico
- enfermedades consuntivas (de desgaste) (como las neoplasias malignas y la desnutrición)
- enfermedades que causan parálisis (como la hemorragia cerebral y la trombosis)
- enfermedades respiratorias graves
- condiciones que afectan al proceso de deglución

Otras enfermedades que limitan la capacidad de cuidar de sí mismo, incluyendo la demencia y las enfermedades degenerativas del sistema nervioso, el envenenamiento y las lesiones graves (grado 1-4 según la lista de clasificación de prioridad de los códigos de la naturaleza de la lesión Anexo de Mortalidad (3.14.5).

2.19.2.12 Edema pulmonar

Considere las siguientes afecciones como causas obvias de edema pulmonar (CB01):

- enfermedades del corazón (incluidas las enfermedades pulmonares del corazón)
- Las codiciones que afectan al parénquima pulmonar, como:
  - infecciones pulmonares
  - aspiración e inhalación
  - síndrome de dificultad respiratoria
  - gran altitud
  - toxinas circulantes
- afecciones que provocan una sobrecarga de líquidos, como:
  - insuficiencia renal
  - hipoalbuminemia
- Anomalías congénitas que afectan a la circulación pulmonar, como:
  - estenosis congénita de las venas pulmonares

2.19.2.13 Síndrome nefrítico

Considere cualquier infección estreptocócica (escarlatina, dolor de garganta estreptocócico, etc.) como la causa obvia del síndrome nefrítico (GB40) o del síndrome nefrótico (GB41).

2.19.2.14 Pielonefritis

Considere cualquier obstrucción urinaria derivada de afecciones como la hiperplasia de la próstata o la estenosis ureteral como causa obvia de las siguientes enfermedades túbulo-intersticiales renales:

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

2.19.2.15 Insuficiencia renal aguda

Considere una infección del tracto urinario como una causa obvia de insuficiencia renal aguda (GB60), siempre que no haya indicios de que la insuficiencia renal estuviera presente antes de que se desarrollara la infección del tracto urinario.

2.19.2.16 Atelectasia primaria del recién nacido

Considere las siguientes afecciones renales congénitas, Feto o recién nacido afectado por ruptura prematura de membranas (KA01.1) o por oligohidramnios (KA01.2) como causas obvias de atelectasia primaria del recién nacido (KB2B):

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

2.19.2.17 Ruptura prematura de membranas y oligohidramnios

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

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

2.19.2.18 Hemorragia

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

2.19.2.19 Aspiración e inhalación

Considere las afecciones enumeradas en la sección 2.19.2.11 Neumonía, como causas obvias de aspiración e inhalación.

2.19.2.20 Cirugía y otros procedimientos médicos invasivos

Considere la cirugía u otros procedimientos médicos invasivos, llevados a cabo en las cuatro semanas anteriores a la muerte, como causas obvias de afecciones que se consideran complicaciones comunes posprocedimiento. Esto se aplica también si la cirugía o el procedimiento se informan en un espacio separado del certificado y no en la Parte 1 o la Parte 2.

En el Anexo de Mortalidad (3.14.9 Lista de afecciones que deben considerarse consecuencias obvias de la cirugía y otros procedimientos médicos invasivos) se ofrece una lista de dichas afecciones, con instrucciones específicas. Si una afección que puede tratarse mediante cirugía u otros procedimientos médicos invasivos se notifica en el certificado y la cirugía o un procedimiento del mismo lugar también se notifica en el certificado, asuma que esta afección fue la causa de la cirugía o el procedimiento.

2.19.2.21 Afecciones secundarias comunes

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

- enfermedades consuntivas (de desgaste) (como las neoplasias malignas y la desnutrición)
- enfermedades que causan parálisis (como la hemorragia o la trombosis cerebral)
- otra enfermedad que limite la capacidad de cuidar de sí mismo, incluyendo demencia y enfermedades degenerativas del sistema nervioso
- lesiones graves (grado 1-4 según la lista de clasificación de prioridad de los códigos de la naturaleza de la lesión Anexo de mortalidad (3.14.5)

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

Las afecciones de las categorías marcadas con una "M" (Tal vez) deben considerarse consecuencias obvias de las enfermedades debilitantes y paralizantes sólo si cumplen el requisito previo para la asignación del código que se indica en la última columna de la tabla.

Afecciones secundarias commules

Código	Consecuencia	Tal vez	Calificador
3A00.0	Anemia ferropénica adquirida posthemorrágica		
3A9Z	Anemias u otros trastornos de los eritrocitos, sin especificación		
5B51	Consunción en lactantes, niños o adolescentes		
5B52	Desnutrición aguda en lactantes, niños o adolescentes		
5B71	Deficiencia de proteínas		
5B7Z	Desnutrición, sin especificación		
5C70	Disminución del volumen		
8B40	Síndrome de la cola de caballo		
8E45	Síndrome de enclaustramiento		
BB00	Tromboembolia pulmonar		
BD30.0	Oclusión arterial aguda de la extremidad superior		
BD30.2	Oclusión arterial aguda de la extremidad inferior		
BD71.4	Trombosis venosa profunda de la extremidad inferior		
BD71.Y	Otras trombosis venosas profundas especificadas		
BD72	Tromboembolia venosa		
DA91.31	Enterolito del intestino delgado		
DB30.3	Impactación del intestino grueso		
DB30.2	Adherencias del intestino grueso con obstrucción		
EH90	Úlceración por presión		

GB50	Nefritis tubulointersticial aguda	X	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
GB51	Pielonefritis aguda	X	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
GB55.Y	Otra nefritis tubulointersticial crónica especificada	X	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
GB55.Z	Nefritis tubulointersticial crónica, sin especificación	X	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
GB54	Nefritis tubulointersticial, no especificada como aguda o crónica	X	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
GB60-GB6Z	Insuficiencia renal	X	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
GB90.3	Isquemia o infarto de riñón	X	La afección en GB90.3 debe ser especificada como una embolia de la arteria renal
GC00.1	Cistitis infecciosa	X	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
GC00.3	Cistitis intersticial	X	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
GC00.Z	Cistitis, sin especificación	X	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
GC01.4	Disfunción neuromuscular de la vejiga urinaria, no clasificada en otra parte		
GC02.0	Absceso uretral	X	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
GC02.1	Uretritis inespecífica	X	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
GC02.Y	Otra uretritis o síndrome uretral especificados	X	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
GC03	Estenosis uretral	X	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga; Excluir las estenosis uretrales postraumáticas
GC08	Infección urinaria, localización no especificada	X	Enfermedades que causan parálisis o incapacidad para controlar la vejiga
MB50-MB5Z	Síntomas paralíticos		
ME05.0	Estreñimiento		
MG20.Z	Caquexia, sin especificación		

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

Utilice la lista de esta sección en el Paso M1.

La causa básica provisional (CBP) aparece en la columna de la izquierda. Si se dan las afecciones especificadas en la columna de la derecha, utilice el código en negrita como nueva causa básica provisional. Hay dos tipos de combinación:

'con mención de' significa que la otra afección puede aparecer en cualquier lugar del certificado; "cuando se menciona como causa de" significa que la otra afección debe aparecer en una relación causal correcta o indicarse de otro modo como debida a la causa básica provisional.

Para algunas afecciones, existen otros requisitos, por ejemplo que se haya utilizado un término específico para la causa básica provisional o para la afección que puede cambiar el código de la causa básica.

Capítulo 01 Algunas enfermedades infecciosas o parasitarias

La CBP es:	**Cuando se informa como la causa de:**	**Codifique en:**
Capítulo 1 Algunas enfermedades infecciosas o parasitarias	2A00-2A0Z Neoplasias del cerebro o del sistema nervioso central	**2A00-2A0Z**
	2A20-2B3Z Neoplasias de los tejidos hematopoyéticos o linfáticos	**2A20-2B3Z**
	2B50-2E2Z Neoplasias malignas, **excepto las** de los tejidos linfoide, hematopoyético, del sistema nervioso central o tejidos relacionados	**2B50-2E2Z**

Excepción:	**Cuando se informa como la causa de:**	**Codifique en:**
Enfermedad por el VIH	Neoplasias malignas enumeradas en la sección 2.19.2.1 "Neoplasias malignas y VIH	**1C60-1C62** Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana, con el 5º carácter 3 (Enfermedad por el VIH estadio 4 de = SIDA)
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
1A61 Sífilis temprana	1A62 Sífilis tardía	**1A62**
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
1B10 Tuberculosis del sistema respiratorio	CA60 Neumoconiosis	**CA60.3** Neumoconiosis asociada con tuberculosis
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
1B11 Tuberculosis del sistema nervioso	1B10 Tuberculosis del sistema respiratorio	**1B10**, a menos que 1B12 sea reportado como la causa de 1B10 y con una duración especificada que exceda la de la afección en 1B10
1B12 Tuberculosis de otros sistemas y órganos		
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
1C1C.2 Meningococemia	1C1C.0 Meningitis meningocócica	**1C1C.0**
	1C1C.1 Síndrome de Waterhouse-Friderichsen	**1C1C.1**
La CBP es:	**Cuando se informa como la causa de:**	**Codifique en:**
1E50 Hepatitis viral aguda, **excepto** 1E50.0	DB93 Fibrosis hepática o cirrosis	**1E51** Hepatitis viral crónica
	DB99.8 Insuficiencia hepática crónica	

Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana

La CBP es:	Con mención de:	Codifique en:
1A33 Cistoisosporiasis	1C60-1C62 Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana	**1C60-1C62**
1D82 Enfermedad citomegaloviral	MA14.0 Prueba de laboratorio positiva al VIH	
1B21 Infecciones por micobacterias no tuberculosas		Utilice un código adicional, si lo desea, para especificar la afección individual asociada que se notifica.
1B2Y Otras enfermedades micobacterianas especificadas		
1B2Z Enfermedades micobacterianas, sin especificación		
1F00 Infecciones por herpes simple, **excepto** 1F00.Z		
1F23.2 Candidiasis del sistema gastrointestinal		
1F23.31 Candidiasis pulmonar		
1F25 Coccidioidomicosis		
1F27 Criptococosis		
1F2A Histoplasmosis		
1F2G Neumocistosis		
1F57 Toxoplasmosis		
2A60.5 Neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoides, *especificada como* cerebral primaria		
2A80 Linfoma folicular, *especificado como* cerebral primario		

2A81 Linfomas difusos de linfocitos B grandes, *especificados como* inmunoblásticos		
2A85 Otras neoplasias o linfomas de células B maduras especificadas, *especificadas como* cerebral primario		
2A85.6 Linfoma de Burkitt, incluida la leucemia de Burkitt		
2A86 Linfoma de linfócitos B, características mixtas, *especificado como* cerebral primario		
2A90-2B2Z Neoplasias de linfocitos NK o de linfócitos maduros, *especificadas como* cerebrales primarias (**excepto** 2B03)		
2B30 Linfoma de Hodgkin, *especificado como* cerebral primario		
2B33 Neoplasias hematopoyéticas malignas sin otra especificación, *especificadas como* cerebrales primarias		
2B57 Sarcoma de Kaposi, sitio primario		
2C77 Neoplasias malignas del cuello uterino		
8A45.02 Leucoencefalopatía progresiva multifocal		
8E47 Encefalopatía, no clasificada en otra parte		
CA40.20 Neumonía por pneumocystis		
MG20.Z Caquexia, sin especificación		

La CBP es:		
1C60-1C62 Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana		
Nota: Los modos de morir, las afecciones mal definidas y las afecciones pocas probables de causar la muerte no deben vincularse a las categorías de 1C60-1C62 Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana, a menos que la herramienta de codificación le guíe hacia allá.		
Nota: Utilice un código adicional, si lo desea, para especificar la afección individual asociada que se informa.		
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
1C60-1C62 Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana	1C60-1C62, de una etapa más severa	**1C60-1C62,** de una etapa más severa
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
1B10-1B1Z Tuberculosis	1C62 Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana sin mención de tuberculosis o malaria	**1C60** Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana asociada a la tuberculosis
1G80 Secuelas de la tuberculosis	MA14.0 Prueba de laboratorio positiva al VIH	

La CBP es:	Con mención de:	Codifique en:
1F40-1F4Z Paludismo (Malaria)	1C62 Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana sin mención de tuberculosis o malaria	**1C61** Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana asociada al paludismo
	MA14.0 Prueba de laboratorio positiva al VIH	
La CBP es:	**Cuando se informa como la causa de:**	**Codifique en:**
Capítulo 3 "Enfermedades de la sangre o de los órganos hematopoyéticos	1C60-1C62 Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana, y cuando el certificado indique que la enfermedad por el VIH es consecuencia de una transfusión de sangre administrada para el tratamiento de la enfermedad de origen	**1C60-1C62**
4A00-4A0Z Inmunodeficiencias primarias		
4A20 Inmunodeficiencias adquiridas		
4B00-4B0Z Trastornos del sistema inmunitario con implicación de los linajes de leucocitos		
4B20-4B2Y Algunos trastornos que afectan al sistema inmunitario		
4B4Y Otras enfermedades especificadas del sistema inmunitario		
4B4Z Enfermedades del sistema inmunitario, sin especificación		

Capítulo 02 Neoplasias

La CBP es:	Cuando se informa como la causa de:	Codifique en:
2E60-2E6Z Neoplasias in situ, **excepto** de los tejidos linfoide, hematopoyético, del sistema nervioso central o tejidos relacionados	Diseminación metastásica, o si está claro a partir de otra información en el certificado que la neoplasia in situ causó la diseminación metastásica	La correspondiente neoplasia primaria maligna
	Si no hay indicios de que la neoplasia in situ haya causado una diseminación metastásica,	Considere que la neoplasia in situ es poco probable que cause la muerte, y **siga las instrucciones del paso SP8** Afecciones poco probables de causar la muerte.

04 Enfermedades del sistema inmunitario

La CBP es:	Con mención de:	Codifique en:	
4A84.Z Anafilaxia, sin especificación	Exposición o efectos nocivos de drogas, medicamentos o sustancias biológicas:	**NE60** Efectos adversos **PB20-29** No intencional **PH40-PH49** Intención no determinada, o **PL00-PL01** Sustancias asociadas con lesión o daño en su uso terapéutico	**4A84.1** Anafilaxia provocada medicamentos. Utilice un código de extensión adicional, si lo desea, para identificar el agente de origen.
	Exposición o efectos nocivos de otras sustancias no especificadas, principalmente no medicinales en cuanto a su origen:	**NE61** Efectos adversos **PB36** No intencional **PH56** Intención no determinada	**4A84.0** Anafilaxia por reacción alérgica a los alimentos, **4A84.4** Anafilaxia por alérgenos inhalados, **4A84.5** Anafilaxia por contacto con alérgenos o **4A84.Y** Otra anafilaxia especificada
	Picadura o envenenamiento por un animal:	**PA78** No intencional **PG68** Intención no determinada	**4A84.2** Anafilaxia por veneno de insectos

Capítulo 05 Enfermedades endocrinas, nutricionales o metabólicas

La CBP es:	Con mención de:	Codifique en:
5C70 Disminución del volumen	1A00-1A40 Gastroenteritis o colitis de origen infeccioso	**1A00-1A40**

Capítulo 06 Trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo

La CBP es:	Con mención de:	Codifique en:
6C40-6C4Z Trastornos debidos al consumo de sustancias	PB20-PB36 Exposición no intencional a sustancias o a sus efectos nocivos	**PB20-PB36**
6D72.1 Trastorno amnésico debido a sustancias psicoactivas, incluidos los medicamentos	PC90-PD05 Lesión autoinfligida intencionalmente por exposición a sustancias o a sus efectos nocivos	**PC90-PD05**
	PE80-PE95 Agresión por exposición a sustancias o a sus efectos nocivos	**PE80-PE95**
	PH40-PH56 Exposición de intención no determinada a sustancias o a sus efectos nocivos	**PH40-PH56**

La CBP es:	Con mención de:	Codifique en:
6C40-6C4Z Trastornos debidos al consumo de sustancias, con el quinto carácter .1 (si el quinto carácter está disponible) (patrón nocivo de consumo)	6C40-6C4Z, con el quinto carácter .2 (dependencia) (si el quinto carácter está disponible)	**6C40-6C4Z, con el quinto carácter .2** (si el quinto carácter está disponible)
	6C40-6C4Z, con el quinto carácter .5 (delirio inducido por sustancias) (si el quinto carácter está disponible)	**6C40-6C4Z, con el quinto carácter .5** (si el quinto carácter está disponible)
	6D72.1 Trastorno amnésico debido a sustancias psicoactivas, incluidos los medicamentos	**6D72.1**

La CBP es:	Con mención de:	Codifique en:
6C40-6C4Z Trastornos debidos al consumo de sustancias, con el quinto carácter .2 (dependencia) (si el quinto carácter está disponible)	6C40-6C4Z, con el quinto carácter .5 (delirio inducido por sustancias) (si el quinto carácter está disponible)	**6C40-6C4Z, con el quinto carácter .5** (si el quinto carácter está disponible)
	6D72.1 Trastorno amnésico debido a sustancias psicoactivas, incluidos los medicamentos	**6D72.1**
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
6C40-6C4Z Trastornos debidos al consumo de sustancias, quinto carácter .6 (trastorno psicótico inducido por sustancias) (si el quinto carácter está disponible)	6C40-6C4Z, con el quinto carácter .2 (dependencia) (si el quinto carácter está disponible)	**6C40-6C4Z, con el quinto carácter .2** (si el quinto carácter está disponible)
	6C40-6C4Z, con el quinto carácter .5 (delirio inducido por sustancias) (si el quinto carácter está disponible)	**6C40-6C4Z, con el quinto carácter .5** (si el quinto carácter está disponible)
	6D72.1 Trastorno amnésico debido a sustancias psicoactivas, incluidos los medicamentos	**6D72.1**

La CBP es:	Con mención de:	Codifique en:
6C40 Trastornos debidos al consumo de alcohol, quinto carácter .1 (patrón nocivo de consumo), .2 (dependencia) o .6 (trastorno psicótico inducido por sustancias)	6D84.0 Demencia por consumo de alcohol	**6D84.0**
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
6C44 Trastornos debidos al consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, quinto carácter .1 (patrón nocivo de consumo), .2 (dependencia) o .6 (trastorno psicótico inducido por sustancias)	6D84.1 Demencia por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	**6D84.1**
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
6C4B Trastornos debidos al uso de inhalantes volátiles, con el quinto carácter .1 (patrón nocivo de consumo), .2 (dependencia) o .6 (trastorno psicótico inducido por sustancias)	6D84.2 Demencia por consumo de inhalantes volátiles	**6D84.2**
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
6C40 Trastornos debidos al consumo de alcohol	5A70.2 Síndrome de pseudo-Cushing	**5A70.2**
	8D44 Neuropatías alcohólicas	**8D44**
	BC43.01 Cardiomiopatía dilatada no familiar, especificada como alcohólica	**BC43.01**
	DA42.80 Gastritis alcohólica	**DA42.80**

6C40 Trastornos debidos al consumo de alcohol	DB91.Z Insuficiencia hepática aguda o subaguda, sin especificaión	**DB94.Z** Enfermedad hepática alcohólica, sin especificación
	DB94.Z Enfermedad hepática alcohólica, sin especificación	
	DB99.7 Insuficiencia hepática sin mención de tipo agudo o crónico	
	DB99.8 Insuficiencia hepática crónica	
	DB9Z Enfermedades del hígado, sin especificación	
6C40 Trastornos debidos al consumo de alcohol	DB92.Y Otra hepatopatía grasa no alcohólica especificada, no especificada como no alcohólica	**DB94.0** Hepatopatía grasa alcohólica
	DB92.Z Hepatopatía grasa no alcohólica, sin especificación	
6C40 Trastornos debidos al consumo de alcohol	DB93.0 Fibrosis hepática	**DB94.2** Fibrosis hepática alcohólica
6C40 Trastornos debidos al consumo de alcohol	DB93.1 Cirrosis hepática	**DB94.3** Cirrosis alcohólica del hígado sin hepatitis
6C40 Trastornos debidos al consumo de alcohol	DB97.2 Hepatitis crónica, no clasificada en otra parte	**DB94.1** Hepatitis alcohólica
	DB97.Z Heaptopatías inflamatorias, sin especificación	
6C40 Trastornos debidos al consumo de alcohol	DC31.1 Pancreatitis aguda alcohólica	**DC31.1**
	DC31.Z Pancreatitis aguda sin espcificación	**DC31.1** Pancreatitis aguda alcohólica
	DC32.Z Pancreatitis crónica, sin especificación, **excepto** cuando se especifica que se debe a otras causas distintas del alcohol	**DC32.3** Pancreatitis crónica alcohólica
	DC32.3 Pancreatitis crónica alcohólica	**DC32.3**
	JA85.Y Atención materna por anomalía o lesión fetal conocida o presunta especificada, *especificados con* alcohol	**JA85.Y**

La CBP es:	**Cuando se informa como la causa de:**	**Codifique en:**
6C40 Trastornos debidos al consumo de alcohol	BC43.4 Cardiomiopatía por drogas u otros agentes externos	**BC43.01** Cardiomiopatía dilatada no familiar

Capítulo 08 Enfermedades del sistema nervioso

La CBP es:	**Cuando se informa como la causa de:**	***Codifique en:***
8B00-8B2Z Enfermedades cerebrovasculares	6D81 Demencia debida a una enfermedad cerebrovascular	**6D81**
	6D8Z Demencia de causa desconocida sin especificación	

Capítulo 11 Enfermedades del sistema circulatorio

La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
BA00 Hipertensión esencial	8B00-8B2Z Enfermedades cerebrovasculares	**8B00-8B2Z**
	BA01 Enfermedad cardíaca hipertensiva	**BA01**
	BA02 Enfermedad renal hipertensiva	**BA02**
	BA40-BA6Z Enfermedades isquémicas del corazón	**BA40-BA6Z**
	BA52 Arterioesclerosis coronaria	**BA52**
	BD10-BD1Z Insuficiencia cardíaca, BC42.Z Miocarditis, sin especificación, BC45 Cardiomegalia, o BC4Z Enfermedades del miocardio o de las cvidades, sin especificación, **excepto** cuando se especifica como terminal o expresiones agudas, repentinas o similares de corta duración (menos de 24 horas)	**BA01** Enfermedad cardíaca hipertensiva
La CBP es:	**Cuando se informa como la causa de:**	**Codifique en:**
BA00 Hipertensión esencial	9B78.1 Retinopatía de fondo y cambios vasculares retinianos	**9B78.1**
	BB60-BC0Z Valvulopatías cardíacas, **excepto el** quinto carácter .0	**BB60-BC0Z, excepto el** quinto carácter .0

	(reumática) (si se dispone del quinto carácter) o se especifica como reumática	(reumático) (si el quinto carácter está disponible) o se especifica como reumático
	GB40 Síndrome nefrítico; GB41 Síndrome nefrótico; GB4Z Enfermedades glomerulares, sin especificación; GB61 Enfermedad renal crónica; GB6Z Insuficiencia renal, sin especificación; o MF54.0 Riñón contraído y liso	**BA02** Enfermedad renal hipertensiva

La CBP es:	Con mención de:	Codifique en:
BA01 Enfermdad cardíaca hipertensiva	BA40-BA8Z Enfermdades isquémicas del corazón	**BA40-BA8Z**
BA02 Enfermedad renal hipertensiva	BA52 Arterioesclerosis coronaria	**BA52**
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
BA40 Angina de pecho	BA41 Infarto agudo del miocardio	**BA41** Infarto agudo del miocardio
BA4Z Cardiopatía isquémica aguda, sin especificación	BA42 Infarto del miocardio subsecuente	
BA50-BA5Z Cardiopatía isquémica crónica		
BA6Z Enfermedades isquémicas del corazón, sin especificación		
BA52 Arteriossclerosis coronaria		
BA81 Aneurisma de arteria coronaria		
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
BC20.0 Enfermedades reumáticas del endocardio, válvula sin especificación	BB60-BC0Z Valvulopatías cardíacas, con el quinto carácter .0 (reumática) (si el quinto carácter está disponible)	**BB60-BC0Z, con el quinto carácter .0** (si el quinto carácter está disponible)
BC20.1 Enfermedad reumática del corazón, sin especificación		
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
BC60-BC9Z Arritmia cardíaca	1F53 Enfermedad de Chagas	**1F53**
BC42.Z Miocarditis, sin especificación	BA40-BA6Z Enfermedades isquémicas del corazón	**BA40-BA6Z**
BC45 Cardiomegalia	BA52 Arterioesclerosis coronaria	**BA52**

BC4Z Enfermedades del miocardio o de las cavidades, sin especificación		
BD10-BD1Z Insuficiencia cardíaca		
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
BD10-BD1Z Insuficiencia cardíaca, **excepto** cuando se especifica como terminal o aguda, repentina o expresiones similares de corta duración (menos de 24 horas)	BA00 Hipertensión esencial	**BA01** Enfermedad cardíaca hipertensiva
BC4Z Enfermedades del miocardio o de las cvidades cardíacas, especificación, **excepto** cuando se especifican como terminales o expresiones agudas, repentinas o similares de corta duración (menos de 24 horas)	BA01 Enfermedad cardíaca hipertensiva	**BA01**
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
BD1Z Insuficiencia cardíaca, sin especificación	CB01 Edema pulmonar	**BD11.Z** Insuficiencia ventricular izquierda, sin especificación
BC4Z Enfermedades del miocardio o de las cvidades cardíacas, sin especificación		
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
BD40 Enfermedad oclusiva arterial crónica arterioesclerótica	BA00 Hipertensión esencial	**BA00**

	BA01 Enfermedad cardíaca hipertensiva	**BA01**
	BA02 Enfermedad renal hipertensiva	**BA02**
	BA03 Crisis hipertensiva	**BA03**
	BA40-BA6Z Enfermedades isquémicas del corazón	**BA40-BA6Z**
	BA81-BA8Z Enfermedad arterial coronaria	**BA81-BA8Z**
	BD10-BD1Z Insuficiencia cardíaca	**BD10-BD1Z**
	BC42.Z Miocarditis, sin especificación	**BC42.Y** Otra miocarditis específicas
	8B00-8B2Z Enfermedades cerebrovasculares	**8B00-8B2Z**
La CBP es:	**Cuando se informa como la causa de:**	**Codifique en:**
BD40 Enfermedad oclusiva arterial crónica arterioesclerótica	BB60-BC0Z Valvulopatías cardíacas, **excepto el** quinto carácter .0 (reumática) (si el quinto carácter está disponible)	**BB60-BC0Z**, **excepto** el quinto carácter .0 (si el quinto carácter está disponible)
	BC4Z Enfermedades del miocardio o de las cavidades cardíacas, sin especificación	**BA52.Z** Aterosclerosis coronaria, sitio no especificado
	BD30-BD5Z Enfermedades de las arterias o arteriolas, **excepto** BD41 Enfermedad oclusiva arterial crónica no arterioesclerótica o BD53 Trastornos secundarios de arterias y arteriolas	**BD30-BD5Z**, **excepto BD41 o BD53**
	DD30-DD3Z Trastornos vasculares isquémicos del intestino	**DD30-DD3Z**
	MF54.0 Riñón contraído y liso	**BA02** Enfermedad renal hipertensiva

La CBP es:	Cuando se informa como la causa de:	Codifique en:
BD40.2 Aterosclerosis de la arteria renal	GB40 Síndrome nefrítico; GB41 Síndrome nefrótico; GB4Z Enfermedades glomerulares, sin especificación; GB61 Enfermedad renal crónica; GB6Z Insuficiencia renal, sin especificación; o MF54.0 Riñón contraído y liso	**BA02** Enfermedad renal hipertensiva
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
BD40.Z Enfermedad oclusiva arterial crónica arterioesclerótica, sin especificación	MC85 Gangrena	**BD40.0** Aterosclerosis de la extremidad inferior
La CBP es:	**Cuando se informa como la causa de:**	**Codifique en:**
BD40.Z Enfermedad oclusiva arterial crónica aterosclerótica, no especificada	6D81 Demencia debida a una enfermedad cerebrovascular	**6D81** Demencia debida a una enfermedad cerebrovascular
	6D8Z Demencia, causa desconocida o sin especificación	**6D81**
	8A00.0 Enfermedad de Parkinson	**8A00.23** Parkinsonismo vascular
	8A00.2Z Parkinsonismo secundario, sin especificación	**8A00.23**
	8A00.Z Parkinsonismo, sin especificación	**8A00.23**
	GB40 Síndrome nefrítico; GB41 Síndrome nefrótico; GB4Z Enfermedades glomerulares, sin especificación; GB61 Enfermedad renal crónica; GB6Z Insuficiencia renal, sin especificación; o MF54.0 Riñón contraído y liso	**BA02** Enfermedad renal hipertensiva

La CBP es:	Con mención de:	Codifique en:
BD50.3 Aneurisma de la aorta torácica	BD50.4 Aneurisma aórtico abdominal	**BD50. 5** Aneurisma de la aorta toracoabdominal con el 6º carácter correspondiente (perforación, rotura o sin mención de perforación y rotura)
BD50.4 Aneurisma aórtico abdominal	BD50.3 Aneurisma de la aorta torácica	**BD50. 5** Aneurisma de la aorta toracoabdominal con el 6º carácter correspondiente (perforación, rotura o sin mención de perforación y rotura)
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
BD55 Estenosis asintomática de arteria intracraneal o extracraneal	8B00-8B2Z Enfermedades cerebrovasculares	**8B00-8B2Z**
La CBP es:	**Cuando se informa como la causa de:**	**Codifique en:**
BD55 Estenosis asintomática de arteria intracraneal o extracraneal	6D8Z Demencia, causa desconocida o sin especificación	**6D81** Demencia debida a una enfermedad cerebrovascular
	8A00.0 Enfermedad de Parkinson	**8A00.23** Parkinsonismo vascular
	8A00.2Z Parkinsonismo secundario, sin especificación	**8A00.23** Parkinsonismo vascular
Capítulo 12 Enfermedades del sistema respiratorio		

La CBP es:	Con mención de:	Codifique en:
CA00 Nasofaringitis aguda	MB44.3 Inmovilidad	**CA40.Z** Neumonía, organismo sin especificación
CA07 Infecciones respiratorias agudas de vías altas, en localizaciones múltiples y no especificadas		
La CBP es:	**Cuando se informa como la causa de:**	**Codifique en:**
CA00 Nasofaringitis aguda	1D01.Y Otra meningitis infecciosa especificada no clasificadas en otra parte	**1D01.Y**
CA07 Infecciones respiratorias agudas de las vías altas, en localizaciones múltiples y no especificadas	1D03.3 Absceso intracraneal	**1D03.3**
	1D04.1 Granuloma intracraneal	**1D04.1**
	1E30-1E32 Influenza	**1E30-1E32**
	AA80-AB0Z Otitis media	**AA80-AB0Z**
	AB11 Mastoiditis y afecciones relacionadas	**AB11**
	CA20 Bronquitis	**CA20**
	CA22 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	**CA22**
	CA27 Traqueobronquitis	**CA27**
	CA40 Neumonía	**CA40**
	CA41 Bronquiolitis aguda	**CA41**
	CA42 Bronquitis aguda	**CA42**
	GB40 Síndrome nefrítico	**GB40**

La CBP es:	Con mención de:	Codifique en:
CA42 Bronquitis aguda	CA20.1 Bronquitis crónica	**CA20.1**
	CA22 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	**CA22**
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
CA20 Bronquitis	CA21 Enfisema	**CA22** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
	CA22 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	**CA22**
La CBP es:	**Cuando se informa como la causa de:**	**Codifique en:**
CA20 Bronquitis	CA23 Asma	**CA22** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Nota: véase también la nota más abajo en CA23		
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
CA22.Z Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, sin especificación	CA40 Neumonía	**CA22.1** Alguna enfermedad pulmonar obstructiva crónica especificada
	CA41 Bronquiolitis aguda	
	CA42 Bronquitis aguda	
CA60 Neumoconiosis	1B10 Tuberculosis del sistema respiratorio	**CA60.3** Neumoconiosis asociada con tuberculosis
CB01 Edema pulmonar	BD1Z Insuficiencia cardíaca, sin especificación	**BD11.Z** Insuficiencia ventricular izquierda, sin especificación
	BC4Z Enfermedades del miocardio o de las cavidades cardíacas, sin especificación	

Capítulo 13 Enfermedades del aparato digestivo

La CBP es:	Con mención de:	Codifique en:
DB91.Z Insuficiencia hepática aguda o subaguda, sin especificación	6C40 Trastornos debidos al consumo de alcohol	**DB94** Enfermedad hepática alcohólica
DB95 Hepatopatía tóxica o provocada por medicamentos	DB94 Enfermedad hepática alcohólica	
DB99.7 Insuficiencia hepática sin mencionar si es aguda o crónica	NE61 Efectos nocivos de o exposición a sustancias tóxicas cuyo origen no es principalmente medicinal, no clasificados en otra parte, *especificadas como* alcohol	
DB99.8 Insuficiencia hepática crónica		
DB9Z Enfermedades del hígado, sin especificación		
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
DB92 Hepatopatía grasa no alcohólica, **excepto** DB92.1 Esteatohepatitis no alcohólica	6C40 Trastornos debidos al consumo de alcohol	**DB94.0** Hepatopatía grasa alcohólica
	DB94 Enfermedad hepática alcohólica	
	NE61 Efectos nocivos de o exposición a sustancias tóxicas cuyo origen no es principalmente medicinal, no clasificados en otra parte, *especificadas como* alcohol	

La CBP es:	Con mención de:	Codifique en:
DB92.1 Esteatohepatitis no alcohólica	6C40 Trastornos debidos al consumo de alcohol	**DB94.1** Hepatitis alcohólica
DB97.2 Hepatitis crónica, no clasificada en otra parte	DB94 Enfermedad hepática alcohólica	
DB97.Z Heaptopatías inflamatorias, sin especificación	NE61 Efectos nocivos de o exposición a sustancias tóxicas cuyo origen no es principalmente medicinal, no clasificados en otra parte, *especificadas como* alcohol	
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
DB93 Fibrosis o cirrosis hepática, **excepto** DB93.0 Fibrosis hepática	6C40 Trastornos debidos al consumo de alcohol	**DB94.3** Cirrosis alcohólica del hígado sin hepatitis
	DB94 Enfermedad hepática alcohólica	
	NE61 Efectos nocivos de o exposición a sustancias tóxicas cuyo origen no es principalmente medicinal, no clasificados en otra parte, *especificadas como* alcohol	
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
DB93.0 Fibrosis hepática	6C40 Trastornos debidos al consumo de alcohol	**DB94.2** Fibrosis hepática alcohólica
	DB94 Enfermedad hepática alcohólica	
	NE61 Efectos nocivos de o exposición a sustancias tóxicas cuyo origen no es principalmente medicinal, no clasificados en otra parte, *especificadas como* alcohol	

La CBP es:	Con mención de:	Codifique en:
DC31.Z Pancreatitis aguda, sin especificación	6C40 Trastornos debidos al consumo de alcohol	**DC31.1** Pancreatitis aguda alcohólica
DC32.Z Pancreatitis crónica, sin especificación, **excepto** cuando se especifica que se debe a otras causas distintas del alcohol	6C40 Trastornos debidos al consumo de alcohol	**DC32.3** Pancreatitis crónica alcohólica

Capítulo 14 Enfermedades de la piel

La CBP es:	Cuando se informa como la causa de:	Codifique en:
EH90 Ulceración por presión	EH90 Ulceración por presión, de una etapa más avanzada	**EH90** Ulceración por presión, de una etapa más avanzada

Capítulo 16 Enfermedades del sistema genitourinario

La CBP es:	Cuando se informa como la causa de:	Codifique en:
GB61 Enfermedad renal crónica	GB61 Enfermedad renal crónica, de fase más avanzada	**GB61** Enfermedad renal crónica, de fase más avanzada
La CBP es:	**con mención de:**	**Codifique en:**
GB61 Enfermedad renal crónica	BA00.Z Hipertensión esencial, sin especificación	**BA02** Enfermedad renal hipertensiva
GB6Z Insuficiencia renal, sin especificación	BA02 Enfermedad renal hipertensiva	**BA02**
MF54.0 Riñón contraído y liso		

Capítulo 18 Embarazo, parto o puerperio

La CBP es:	Con mención de:	Codifique en:
JA24 Preeclampsia	JA25 Eclampsia	**JA25**
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
JA82 Atención materna debida a la presentación anormal del feto, conocida o presunta	JA83 Atención materna por desproporción conocida o presunta	**JA83**
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
JA83.Z Atención materna por desproporción conocida o presunta, sin especificación	JA83.0 Atención materna por desproporción debida a una deformidad de la pelvis ósea materna	**JA83.0**
	JA83.1 Atención materna por desproporción debida a la estrechez de toda la pelvis ósea	**JA83.1**
	JA83.2 Atención materna por desproporción debida a un estrecho pélvico superior pequeño	**JA83.2**
	JA83.3 Atención materna por desproporción debida a un estrecho pélvico inferior pequeño	**JA83.3**
La CBP es:	**Con mención de:**	**Codifique en:**
JB04 Trabajo de parto obstruido debido a mala posición o presentación del feto	JB05 Trabajo de parto obstruido debido a una anomalía de la pelvis ósea materna	**JB05**

Capítulo 20 Anomalías del desarrollo

La CBP es:	Con mención de:	Codifique en:
LB20.00 Enfermedad fibroquística del hígado	GB81 Poliquistosis renal autosómica dominante	**GB81**
	GB8Y Otra nefropatía quística o displásica especificada	**GB8Y**

Capítulo 21 Síntomas, signos o hallazgos clínicos, no clasificados en otra parte

La CBP es:	Cuando se informa como la causa de:	Codifique en:
MA14.0 Prueba de laboratorio positiva al VIH	1A00-1H0Z Capítulo 01 Algunas enfermedades infecciosas o parasitarias	**1C60-1C62** Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana

Capítulo 23 Causas externas de morbilidad o mortalidad

La CBP es:	Con mención de:	Codifique en:
PA00-PB6Z Causas no intencionales de morbilidad o mortalidad	1C13 Tétanos	**1C13**

2.19.3.1 Códigos que no se deben utilizar en la codificación de la causa básica de defunción

Las categorías especificadas en la columna de la izquierda de esta sección no deben utilizarse como causa básica de defunción. Seleccione la categoría de la columna de la derecha según corresponda.

La CBP es:	
2D50-2E2Z Metástasis de neoplasia maligna	**No deben utilizarse como causa básica de defunción.**
	Codifique en: 2D40-2D4Z Neoplasias malignas de sitio primario mal definido o no especificado, si el sitio primario de la neoplasia maligna no se conoce o no está indicado.

La CBP es:	
5D40-5D46 Trastornos metabólicos o endocrinos consecutivos a un procedimiento	**No deben utilizarse como causa básica de defunción.**
8E60-8E66 Trastornos del sistema nervioso tras un procedimiento	Véase la sección 2.18.4 Paso M4 - Instrucciones sobre procedimientos médicos, traumatismos principales, intoxicaciones y muertes maternas
9D20-9D25 Trastornos de los ojos o de los anexos oculares tras un procedimiento	
AB90-AB93 Trastornos del oído o de la apófisis mastoides tras un procedimiento	
BE10-BE1F Trastornos del sistema circulatorio tras un procedimiento	
CB60-CB64 Trastornos del sistema respiratorio tras un procedimiento	
DE10-DE12 Trastornos del sistema digestivo tras un procedimiento	
FC01 Trastornos del sistema musculoesquelético tras un procedimiento	
GC70-GC7B Trastornos del sistema genitourinario tras un procedimiento	
La CBP es:	
6C40-6C4Z Trastornos debidos al consumo de sustancias, con el quinto carácter .3 (intoxicación) (si el quinto carácter está disponible)	**No deben utilizarse como causa básica de defunción.**
	Codifique en: PB20-PB36 Exposición no intencional a sustancias o a sus efectos nocivos
	PC90-PD05 Lesión autoinfligida intencionalmente por exposición a sustancias o a sus efectos nocivos
	PE80-PE95 Agresión por exposición a sustancias o a sus efectos nocivos
	PH40-PH56 Exposición de intención no determinada a sustancias o a sus efectos nocivos

La CBP es:	
BA42 Infarto del miocardio subsecuente	**No debe utilizarse como causa básica de defunción.**
BA60 Algunas complicaciones actuales después de un infarto agudo de miocardio	**Codifique en: BA41** Infarto agudo del miocardio
La CBP es:	
BA43 Trombosis coronaria que no conduce a infarto del miocardio	**No debe utilizarse como causa básica de defunción.**
	Codifique en: BA41 Infarto agudo del miocardio. Para la mortalidad, se asume la ocurrencia de un infarto de miocardio.
La CBP es:	
BA50 Infarto del miocardio antiguo	**No debe utilizarse como causa básica de defunción.**
	Codifique en: BA5Z Cardiopatía isquémica crónica, sin especificación, si no se indica la causa
La CBP es:	
BD55 Estenosis asintomática de arteria intracraneal o extracraneal	**No deben utilizarse como causa básica de defunción.**
BD56 Oclusión asintomática de arteria intracraneal o extracraneal	**Codifique en: 8B11** Accidente cerebrovascular isquémico. Para la mortalidad, se asume la ocurrencia de un infarto cerebral.
La CBP es:	
JA05 Complicaciones después de un aborto, embarazo ectópico o molar	**No debe utilizarse como causa básica de defunción.**
	Codifique en: Embarazo que finaliza en aborto **JA00-JA04**
La CBP es:	
JB65 Secuelas de complicación del embarazo, el parto o el puerperio	**No debe utilizarse como causa básica de defunción.**
	Codifique en: JB62 Muerte debidaa las secuelas de causas obstétricas

La CBP es:	
KB60-KB6Z Trastornos endocrinos o metabólicos transitorios específicos del feto o del recién nacido, **excepto** KB60.0 Síndrome del recién nacido de madre con diabetes gestacional; KB60.1 Síndrome del recién nacido de madre diabética, tipo 1 o 2, no gestacional, dependiente de insulina; KB60.2 Diabetes mellitus neonatal; o KB62.0 Hipertiroidismo neonatal transitorio	**No deben utilizarse como causa básica de defunción si se conoce otra causa perinatal.**
	Codifique en: otra causa perinatal. Si no se informa de ninguna otra causa perinatal, codifique en**:** KD5Z Afecciones que se originan en el período perinatal o neonatal, sin especificación
La CBP es:	
MA13.1 Hallazgo de alcohol en sangre	**No debe utilizarse como causa básica de defunción.**
	Codifique en: MH14 Otras causas de muerte mal definidas y no especificadas
La CBP es:	
MA15.Y Otros resultados microbiológicos en la sangre, los órganos hematopoyéticos o el sistema inmunitario	**No debe utilizarse como causa básica de defunción.**
	Codifique en: La enfermedad infecciosa originaria del capítulo 01 "Algunas enfermedades infecciosas o parasitarias", o a **1G40** Sepsis sin shock séptico - **1G41** Sepsis con shock séptico.
La CBP es:	
MG20.0 Caquexia maligna	**No deben utilizarse como causa básica de defunción.**
	Codifique en: 2D4Z Neoplasias malignas de sitio primario mal definido o no especificado, sin especificación

La CBP es:	
MG48 Causas de enfermedad desconocidas y no especificadas	**No debe utilizarse como causa básica de defunción.**
	Codifique en: MH10-MH14 Causas de muerte mal definidas y desconocidas
La CBP es:	
Capítulo 22 Traumatismos, intoxicaciones u otras consecuencias de causas externas	**No deben utilizarse como causa básica de defunción, salvo como código adicional a la categoría correspondiente del capítulo 23** (véase también el paso M4).
	Considere una fractura como patológica cuando se informe como debida a una enfermedad de la densidad ósea junto a la fractura o como causa de la misma, y **Codifique en: FB80.B** Fractura patológica, no clasificada en otra parte
La CBP es:	
Capítulo 24 Factores que influyen en el estado de salud o en el contacto con los servicios de salud	**No deben utilizarse como causa básica de defunción.**
	Codifique en: MH14 Otras causas de muerte mal definidas y no especificadas
La CBP es:	
Capítulo X Códigos de extensión, **excepto** agentes infecciosos	**No deben utilizarse como causa básica de defunción.**
	Codifique en: MH14 Otras causas de muerte mal definidas y no especificadas
La CBP es:	
Agentes infecciosos en el capítulo X Códigos de extensión	**No deben utilizarse como causa básica de defunción.**
	Codifique en: la infección del agente infeccioso de sitio no especificado Véase también: sección 2.21.8.11

2.19.3.2 Códigos que no deben utilizarse si se conoce la causa básica de defunción o se aplica otra instrucción específica

Para las afecciones especificadas en la columna de la izquierda de esta sección, si la condición especificada en la columna de la derecha **no se aplica,** entonces mantenga la afección como causa básica provisional.

La CBP es:	
2D43 Neoplasias malignas de sitios primarios múltiples, independientes	**No deben utilizarse como causa básica de defunción, si las múltiples neoplasias se notifican por separado.**
	Codifique en: 2A00-2A0Z Neoplasias del cerebro o del sistema nervioso central; 2A20-2B3Z Neoplasias de los tejidos hematopoyéticos o linfáticos; o 2B50-2D3Z Neoplasias malignas, declaradas o presuntamente primarias, de sitios específicados, excepto las de los tejidos linfoide, hematopoyético, del sistema nervioso central o tejidos relacionados
La CBP es:	
6A00 Trastornos del desarrollo intelectual 6A01 Trastornos del desarrollo del habla o del lenguaje 6A03 Trastorno del desarrollo del aprendizaje 6A40-6A4Z Catatonia 6E60-6E6Z Síndromes secundarios mentales o del comportamiento asociados con enfermedades o trastornos clasificados en otra parte	**No deben utilizarse como causa básica de defunción, si se conoce la afección física subyacente.** **Codifique en:** la afección física subyacente
La CBP es:	
6C4A Trastornos debidos al consumo de nicotina	**No debe utilizarse como causa básica de defunción, si se conoce la afección física resultante.** **Codifique en:** la afección física resultante
La CBP es:	
6D70-6E0Z Trastornos neurocognitivos	**No deben utilizarse como causa básica de defunción, si se conoce la afección física subyacente.**
	Codifique en: la afección física subyacente. La clasificación indica las afecciones subyacentes comunes para cada categoría bajo la instrucción "Tiene una afección causante (codifique también)".

La CBP es:	
9D90 Deficiencia de la visión, incluida la ceguera	**No debe utilizarse como causa básica de defunción, si se conoce la causa de la discapacidad visual.**
	Codifique en: la causa de la deficiencia visual
La CBP es:	
AB50-AB5Z Trastornos con deficiencia auditiva	**No deben utilizarse como causa básica de defunción, si se conoce la causa de la pérdida de audición.**
	Codifique en: la causa de la pérdida de audición
La CBP es:	
BA04 Hipertensión secundaria	**No debe utilizarse como causa básica de defunción, si la causa de la hipertensión es conocida o puede inferirse mediante la aplicación de las reglas de selección.**
	Codifique en: la causa de la hipertensión
La CBP es:	
BC00 Enfermedad valvular múltiple	**No deben utilizarse como causa básica de defunción, si las enfermedades valvulares múltiples se notifican por separado y son de origen no reumático.**
	Codifique en: cada enfermedad valvular especificada por la herramienta de codificación, y seleccione la causa básica aplicando las reglas de selección y modificación de forma normal.
La CBP es:	
GA31 Infertilidad femenina GB04 Infertilidad masculina	**No deben utilizarse como causa básica de defunción, si se conoce la causa de la infertilidad.**
	Codifique en: la causa de la infertilidad
La CBP es:	
JA80 Atención materna relacionada con embarazo múltiple	**No debe utilizarse como causa básica de defunción, si se informa una complicación más específica.**
	Codifique en: la complicación más específica

La CBP es:	
KA21 Trastornos del recién nacido relacionados con la gestación corta o con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte KA22 Trastornos del recién nacido relacionados con una gestación prolongada o peso elevado al nacer	**No deben utilizarse como causa básica de defunción, si se informa de cualquier otra causa de mortalidad perinatal.**
	Codifique en: la otra causa de mortalidad perinatal. Esto no aplica si la única otra causa reportada de mortalidad perinatal es KB2D Insuficiencia respiratoria del récien nacido o KB2E Paro respiratorio del recién nacido
La CBP es:	
KD3B Muerte fetal de causa no especificada	**No deben utilizarse como causa básica de defunción de los nacidos vivos.**
	Codifique en: KD5Z Afecciones que se originan en el período perinatal, sin especificación, si el niño nació vivo pero se desconoce la causa de la muerte. Véase también: 2.21.8.4 Instrucciones especiales sobre muertes fetales
La CBP es:	
KD3B Muerte fetal de causa no especificada	**No debe utilizarse como causa básica de defunción fetal, si se conoce cualquier otra causa de mortalidad fetal.**
	Codifique en: la otra causa de mortalidad fetal.

La CBP es:	
MB50-MB5Z Síntomas paralíticos	**No deben utilizarse como causa básica de defunción, si se conoce la causa de la parálisis.**
	Codifique en: la causa de la parálisis
La CBP es:	
NF0A Algunas complicaciones iniciales de un traumatismo, no clasificadas en otra parte	**No deben utilizarse como causa básica de defunción, si se conoce la lesión inicial.**
	Codifique en: la lesión inicial

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

2.19.4.1 Motivo de la intervención quirúrgica o del procedimiento, declarado

Si la causa básica provisional seleccionada mediante la aplicación de los pasos SP1 a SP8 y M1 a M3 es una operación u otro procedimiento médico y el certificado indica el motivo por el que se realizó la operación o el procedimiento, entonces seleccione el motivo de la operación o el procedimiento como la nueva causa básica provisional de la muerte. A continuación, vuelva a aplicar las instrucciones de los pasos SP7 y M1 a M4.

2.19.4.2 No se indica el motivo de la operación o procedimiento, pero se informa la complicación

Si no se indica el motivo de la operación o procedimiento y se informa de una complicación, proceda como se describe a continuación.

a) La cirugía indica un órgano específico: Primero, si el tipo de cirugía o procedimiento indica un órgano o lugar específico, utilice el código de la categoría residual para el órgano o lugar operado como nueva causa básica provisional de defunción. A continuación, vuelva a aplicar las instrucciones de los pasos SP7 y M1 a M4.

b) Si lo anterior no es aplicable, utilice el código apropiado de:

JB0C	*Complicaciones de la anestesia durante el trabajo de parto o el parto*
JB0D.3	*Otras complicaciones de los procedimientos obstétricos, quirúrgicos o de otro tipo*
PK80-PK8Z	*Cirugía u otros procedimientos médicos asociados con lesión o daño en el uso diagnóstico o terapéutico*
PL11	*Modo de lesión o daño asociado con cirugía u otro procedimiento médico*

Cuando se apliquen tanto PK80-PK8Z como PL11, codifique primero el modo de lesión o daño (PL11) y añada el tipo de cirugía o procedimiento PK80-PK8Z al clúster.

2.19.4.3 No se indica el motivo de la intervención quirúrgica o del procedimiento, ni se informa alguna complicación

Si no se indica el motivo de la operación o procedimiento y no se informa alguna complicación, proceda como se describe a continuación:

a) La cirugía indica un órgano específico: Si el tipo de cirugía o procedimiento indica un órgano o sitio específico, entonces utilice el código de la categoría residual para el órgano o sitio operado como nuevo punto de inicio. A continuación, vuelva a aplicar las instrucciones de los pasos SP7 y M1 a M4.

b) Por último, si lo anterior no es aplicable, codifique en *MH14 Otras causas de muerte mal definidas y no especificadas*.

Ejemplo 1

	1	(a)	Hemorragia postoperatoria
		(b)	Cesárea
		(c)	
		(d)	
	2		
Motivo de la intervención quirúrgica			Trabajo de parto prolongado

El certificado indica la razón por la que se realizó la cirugía. Codifique el motivo de la intervención quirúrgica, parto *prolongado*, como causa básica de defunción *JB03.Z Trabajo de parto prolongado, sin especificación*.

Ejemplo 2

1	(a)	Embolia pulmonar
	(b)	Apendicectomía
	(c)	
	(d)	
2		

El certificado no especifica el motivo de la operación, pero se informa de una complicación de la cirugía, la embolia pulmonar. El término apendicectomía indica que el apéndice es el órgano operado. Codifique *DB1Z Enfermedades del apéndice, sin especificación como* causa básica de defunción.

Ejemplo 3

1	(a)	Punción involuntaria 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, se menciona un modo de lesión en el momento de la cirugía. Codifique el *modo de lesión, punción* no intencionada durante la laparotomía como causa básica de defunción *PL11.0 Corte, punción o desgarro, como modo de lesión o daño*.

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 se menciona ninguna complicación. Codifique *MH14 Otras causas de muerte mal definidas y no especificadas*, como causa básica de defunción.

2.19.4.4 Dispositivos médicos asociados a incidentes adversos por causas externas

Si una muerte es causada por un incidente relacionado con 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 la causa básica de defunción.

Si la causa externa del incidente no está clasificada específicamente, codifique en *PB6Z Causas no intencionales, sin especificación* (Ver ejemplo 3).

Ejemplo 1

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

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

Ejemplo 2

1	(a)	Edema pulmonar
	(b)	Se detuvo el funcionamiento del balón de contrapulsación intraaórtico
	(c)	Corte de energía debido a huracán
	(d)	Infarto de miocardio reciente con insuficiencia mitral
2		

La bomba de globo dejó de funcionar, no por un mal funcionamiento o una avería, sino por un corte de luz. Codifique el motivo del corte de luz, la tormenta cataclísmica, como la causa básica de defunción, (PJ06).

Ejemplo 3

1	(a)	Insuficiencia cardíaca y respiratoria
	(b)	Suspensión de la administración de fármacos inotrópicos
	(c)	Expulsión accidental de la vía subclavia
	(d)	
2		Cirugía por ruptura aguda de la vesícula biliar

No se menciona el mal funcionamiento o la avería del equipo. Dado que no se describe el accidente que provocó la extracción de la vía subclavia, codifique en *PB6Z Causas no intencionales, sin especificación*.

2.19.5 Instrucciones especiales sobre el traumatismo o lesión principal en las defunciones por causas externas (Paso M4)

Si la causa básica seleccionada al aplicar las reglas de selección y modificación de los pasos SP1 a SP8 y M1 a M3 es un traumatismo o una lesión, codifique la causa externa de la lesión como causa básica de defunción.

Además de la causa básica del capítulo 23 "Causas externas de morbilidad y mortalidad", codifique también una lesión principal. Esto se aplica tanto a las lesiones corporales como a las intoxicaciones. Para obtener instrucciones especiales sobre cómo identificar la causa básica y la lesión principal en las muertes por envenenamiento, consulte la sección 2.19.6 Instrucciones especiales sobre envenenamiento por drogas, medicamentos y sustancias biológicas (paso M4).

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

(a) Cuando las lesiones notificadas incluyan lesiones triviales (las enumeradas en el anexo 3.14.10 Lista de afecciones poco probables de causar la muerte), ya sea en la Parte 1 o en la Parte 2, seleccione la lesión principal como si no se hubieran notificado las lesiones de la lista del anexo 3.1410.

Ejemplo 1

1	(a)	Contusión de brazo y fractura de cráneo
	(b)	Caída desde un andamio
	(c)	
	(d)	
2		

La caída desde un andamio es la causa básica de defunción. Codifique la causa básica *PA61 Caída no intencional desde de 1 metro de altura o más* y utilice un código adicional, si lo desea, para el *XE7RK Andamio*. Como lesión principal, codifique [*NA02.Z Fractura de cráneo y huesos faciales, parte no especificada*]. No tenga en cuenta la contusión del brazo (Lesión superficial del miembro superior, nivel no especificado), ya que se encuentra en el anexo 3.14.10 Lista de afecciones pocas probables de causar la muerte.

(b) Cuando se informen lesiones no triviales tanto en la Parte 1 como en la Parte 2, seleccione la lesión principal de la Parte 1. Esto se aplica incluso cuando las lesiones mencionadas en

la Parte 2 tienen un rango más alto en el Anexo 3.14.5 Clasificación prioritaria de los códigos de la naturaleza de la lesión, que las lesiones mencionadas en la Parte 1.

Ejemplo 2

1	(a)	Múltiples lesiones intratorácicas
	(b)	Conductor de un automóvil, colisión con un autobús
	(c)	
	(d)	
2		Lesiones cerebrales

Codifique *PA04 Evento no intencional en transporte terrestre en el tránsito que causa traumatismo a ocupante de automóvil*, y utilice código adicional, si lo desea, para *XE5LJ Autobús o autocar como contraparte en un choque de transporte terrestre*. Como lesión principal, codifique *NB35 Traumatismos múltiples en el tórax*. La lesión cerebral no especificada tiene un rango más alto en el anexo 3.14.5 Clasificación de prioridad de los códigos de naturaleza de la lesión, que las lesiones múltiples del tórax, pero las lesiones múltiples del tórax se mencionan en la Parte 1 y tienen prioridad sobre las lesiones mencionadas en la Parte 2.

(c) Cuando las lesiones no triviales se informan sólo en la Parte 2, seleccione una lesión principal de la Parte 2.

(d) Cuando se notifique más de una lesión grave en la parte correspondiente del certificado, seleccione la lesión principal de acuerdo con el anexo 3.14.5 Clasificación de prioridad de los códigos de naturaleza de la lesión. Tenga en cuenta que el 1 es el rango de prioridad más alto y el 6 el más bajo.

Ejemplo 3

1	(a)	Múltiples lesiones intratorácicas y lesiones cerebrales
	(b)	Conductor de un automóvil, colisión con un autobús
	(c)	
	(d)	
2		

Codifique *PA04 Evento no intencional en transporte terrestre en el tránsito que causa traumatismo a ocupante de automóvil* como causa básica de defunción. Como lesión principal, codifique las lesiones cerebrales *NA07.Z Traumatismo intracraneal, sin especificación*, que tiene un rango más alto en la lista de prioridades que *NB35 Traumatismos múltiples en el tórax*.

(e) Cuando más de una de las lesiones graves notificadas en la parte correspondiente del certificado tenga el mismo y más alto rango, seleccione la primera mencionada de estas lesiones. Sin embargo, seleccione una lesión específica sobre una lesión del grupo *ND30-*

ND37 Traumatismos que afectan a múltiples regiones del cuerpo con el mismo rango de prioridad.

Ejemplo 4

1	(a)	Lesiones múltiples con ruptura de la aorta
	(b)	Conductor de un automóvil, colisión con un autobús
	(c)	
	(d)	
2		

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

2.19.6 Instrucciones especiales sobre intoxicación por drogas, medicamentos y sustancias biológicas (Paso M4)

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

2.19.6.1 Se especifica el fármaco que con mayor probabilidad ha causado la muerte

Si se especifica que una de las sustancias es la que más probablemente ha causado la muerte, asigne el código de causa externa de esa sustancia como causa básica de defunción. Utilice el código adicional del capítulo X, si procede, para identificar la sustancia específica notificada, y añada la lesión principal del capítulo 22 al clúster.

Ejemplo 1

1	(a)	Sobredosis de heroína no intencional
	(b)	
	(c)	
	(d)	
2		Presencia de diazepam y amitriptilina

Al colocar la sobredosis de heroína sola en la Parte 1 y reportar las otras sustancias como causas contribuyentes de la muerte en la Parte 2, el certificador ha identificado a la heroína como la sustancia que más probablemente haya causado la muerte. Seleccione *PB20 Exposición no intencional a opioides o analgésicos relacionados o a sus efectos* nocivos como causa básica. Utilice el código adicional *XM05B3 Diamorfina* para identificar la sustancia específica notificada. Añada la lesión principal del capítulo 22 *NE60 Efectos adversos de fármacos, medicamentos u otras sustancias biológicas*, no clasificados en otra parte, NCOP. El clúster es PB20& XM05B3/ NE60.

Ejemplo 2

1	(a)	Intoxicación por anfetamina

(b)
(c)
(d)

2 Niveles tóxicos de heroína y flunitrazepam

Al colocar la intoxicación por anfetamina sola en la Parte 1 e informar de las otras sustancias como causas contribuyentes de la muerte en la Parte 2, el certificador ha identificado la anfetamina como la sustancia que más probablemente ha causado la muerte. Seleccione *PB22 Exposición no intencional a psicoestimulantes o a sus efectos nocivos* como la causa básica. Utilice el código adicional *XM48Z9 Anfetamina* para identificar la sustancia específica notificada. Y añada *NE60 Efectos adversos de fármacos, medicamentos u otras sustancias biológicas, no clasificados en otra parte al grupo*. El clúster es PB22& XM48Z9/ NE60.

Ejemplo 3

1 (a) Intoxicación por alcohol
(b)
(c)
(d)

2 Niveles tóxicos de heroína y flunitrazepam

Al colocar sólo la intoxicación por alcohol en la Parte 1 e informar de las otras sustancias como causas coadyuvantes de la muerte en la Parte 2, el certificador ha identificado el alcohol como la sustancia con mayor probabilidad de haber causado la muerte. Seleccione *PB30 Exposición no intencional a alcoholes o a sus efectos nocivos* como causa básica. Y añada *NE61 Efectos nocivos de o exposición a sustancias tóxicas cuyo origen no es principalmente medicinal, no clasificadas en otra parte al clúster*. El grupo es PB30/ NE61.

Ejemplo 4

1 (a) Intoxicación por alcohol
(b)
(c)
(d)

2 Presencia de diazepam y amitriptilina

Al colocar la intoxicación por alcohol solo en la Parte 1 e informar de las otras sustancias como causas contribuyentes de la muerte en la Parte 2, el certificador ha identificado el alcohol como la sustancia más importante para provocar la muerte. Seleccione *PB30 Exposición no intencional a alcoholes o a sus efectos nocivos* como causa básica. Y añada *NE61 Efectos nocivos de o exposición a sustancias* tóxicas cuyo origen no es principalmente medicinal, no clasificadas en otra parte al clúster. El clúster es PB30/ NE61

2.19.6.2 No se especifica la droga o fármaco que probablemente haya causado la muerte

Si se informa que varias sustancias han contribuido a la muerte, pero no se especifica ninguna de ellas como la que más probablemente haya causado la muerte, siga estas instrucciones:

(a) Codifique (seleccione) la droga en las combinaciones de alcohol con una droga

Ejemplo 5

1 (a) Niveles tóxicos de alcohol y flunitrazepam
(b)
(c)
(d)
2 Presencia de diazepam y amitriptilina

Al colocar los niveles tóxicos de alcohol y flunitrazepam en la Parte 1 e informar de las otras sustancias como causas contribuyentes de la muerte en la Parte 2, el certificador ha identificado el alcohol y el flunitrazepam como las sustancias más importantes para provocar la muerte. De estas dos, seleccione intoxicación por flunitrazepam porque en las combinaciones de alcohol con un fármaco se codifica el fármaco. Seleccione *PB27 Exposición no intencional a fármacos antiepilépticos o antiparkinsonianos o a sus efectos nocivos* como causa básica. Utilice el código adicional *XM9W71 Flunitrazepam* para identificar la sustancia específica notificada. Y añada *NE60 Efectos adversos de fármacos, medicamentos u otras sustancias biológicas, no clasificados en otra parte*, NCOP. El clúster es PB27& XM9W71/ NE60.

(b) Codifique las combinaciones de múltiples medicamentos, como se indica a continuación:

- Si la causa externa de las múltiples drogas notificadas es la misma, seleccione esa como la causa básica de defunción.
- Si la causa externa de los *múltiples fármacos* notificados no es la misma, codifique *PB29 Exposición no intencional a múltiples fármacos, medicamentos o sustancias biológicas o a sus efectos nocivos* como causa básica de defunción.

Utilice un código adicional del capítulo X, si procede, para identificar la sustancia que más probablemente haya causado la muerte, remitiéndose a la sección 2.19.6.3 Identificación de la droga que más probablemente haya causado la muerte.

Tenga en cuenta que cuando se añade más de una droga en los casos de uso opcional, debe codificarse primero la sustancia que con mayor probabilidad haya causado la muerte identificada como la anterior.

Ejemplo 6

1 (a) Niveles tóxicos de heroína y anfetamina
(b)
(c)
(d)
2

Ni la heroína ni la anfetamina se identifican como la sustancia que más probablemente haya causado la muerte y la causa externa de estas drogas no es la misma. Codifique en *PB29 Exposición no intencional a múltiples fármacos, medicamentos o sustancias biológicas o a sus efectos nocivos* como causa básica de defunción. Vaya a la sección 2.19.6.3 para identificar el fármaco que más probablemente haya causado la muerte.

Ejemplo 7

1	(a)	Intoxicación no intencionada por alcohol, heroína y diazepam
	(b)	
	(c)	
	(d)	
2		

No se identifica ninguna de las sustancias como la que más probablemente haya causado la muerte. La intoxicación por combinaciones de alcohol y drogas se codifica a las drogas. Dado que ninguna de las drogas se identifica como la más importante y el código de la causa externa es diferente, codifique *PB29 Exposición no intencional a múltiples fármacos, medicamentos o sustancias biológicas o a sus efectos nocivos* como la causa básica de defunción. Y vaya a la sección 2.19.6.3 para identificar la sustancia que más probablemente haya causado la muerte.

2.19.6.3 Identificación de la droga que más probablemente haya causado la muerte

Utilice el orden de prioridad que se indica a continuación para identificar la sustancia que más probablemente haya causado la muerte (1 = máxima prioridad):

1. Agonistas opiáceos y agonistas parciales y otros narcóticos no especificados. Las muertes que incluyen múltiples opioides clasificables deben priorizarse de la siguiente manera:
   -1a. Heroína
   -1b. Metadona
   -1c. Opio
   -1d. Otros opioides
   -1e. Otros narcóticos sintéticos
   -1f. Otros estupefacientes y los no especificados
2. Agentes anestésicos inhalados e intravenosos, Incluye: Propofol
3. Antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos
4. Barbitúricos
5. 4-Aminofenolderivados Incluye: acetil-Para-aminofenol (APAP), acetaminofen, paracetamol
6. Antipsicóticos y neurolépticos Incluye: Antipsicóticos y neurolépticos de fenotiazina, Neurolépticos de butirofenona y tioxanteno, Otros antipsicóticos y neurolépticos no especificados
7. Fármacos antiepilépticos, antiparkinsonianos y sedantes no especificados
8. Cocaína
9. Psicoestimulantes con potencial de abuso Incluye: Anfetaminas y derivado
10. Antidepresivos inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO) y otros antidepresivos no especificados. Incluye: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), venlafaxina
11. Benzodiacepinas
12. Drogas y sustancias no enumeradas anteriormente

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

Ejemplo 8

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

2

Ninguno de los fármacos se identifica como la sustancia que más probablemente haya causado la muerte, y el código de la causa externa no es el mismo para estas sustancias. Codifique *PB29 Exposición no intencional a múltiples fármacos, medicamentos o sustancias biológicas o a sus efectos nocivos* como causa básica de defunción. En la lista anterior de prioridades, la cocaína está en el grupo 8, la heroína en el grupo 1a, el diazepam en el grupo 11 y la amitriptilina en el grupo 3. Utilice el código adicional *XM05B3 Diamorfina* para el fármaco identificado (*PB29 Exposición no intencional a múltiples fármacos, medicamentos o sustancias biológicas o a sus efectos nocivos&* XM05B3). Añada códigos, si lo desea, de la Sección X para enumerar otros fármacos notificados. Por último, añada NE60 Efectos nocivos de drogas, medicamentos o sustancias biológicas, no clasificados en otra parte, al clúster (PB29& XM05B3/ NE60).

Ejemplo 9

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

2

Ninguno de los fármacos está identificado como la sustancia que más probablemente haya causado la muerte, y el código de la causa externa no es el mismo para estas sustancias. Codifique *PB29 Exposición no intencional a múltiples fármacos, medicamentos o sustancias biológicas o a sus efectos nocivos* como causa básica de defunción. En la lista anterior de prioridades, la heroína está en el grupo 1a, la cocaína en el grupo 8, el diazepam en el grupo 11 y la amitriptilina en el grupo 3. Utilice el código adicional *XM05B3 Diamorfina* para el fármaco identificado. Añada códigos, si lo desea, de la Sección X para enumerar otras drogas notificadas. Por último, añada al grupo *NE60 Efectos adversos de fármacos, medicamentos u otras sustancias biológicas, no clasificados en otra parte*. (PB29& XM05B3/ NE60)

Ejemplo 10

1 (a) Intoxicación no intencional por alcohol, heroína y diazepam
(b)
(c)
(d)

2

La intoxicación por combinaciones de alcohol y droga(s) se codifica según la(s) droga(s), véase la instrucción de la sección 2.19.6.2, más arriba. Ninguna de las drogas notificadas en la Parte 1 se identifica como la sustancia que más probablemente haya causado la muerte, y el código de la causa externa no es el mismo para estas sustancias. Codifique *PB29 Exposición no intencional a múltiples fármacos, medicamentos o sustancias biológicas o a sus efectos nocivos* como causa básica de defunción. En la lista anterior de prioridades, la heroína está en el grupo 1a y el diazepam en el grupo 11. Utilice el código adicional *XM05B3 Diamorfina* identificada como la causa más probable de la muerte. Añada el código

XM8P99 Diazepam, si lo desea. Por último, añada *NE60 Efectos adversos de fármacos, medicamentos u otras sustancias biológicas, no clasificados en otra parte al clúster*. (PB29& XM05B3& XM8P99/NE60).

2.19.7 Instrucciones especiales sobre la mortalidad materna (Paso M4)

Si se menciona el embarazo, el parto o el puerperio en algún lugar del certificado, en la mayoría de los casos la causa básica se codifica en el Capítulo 18 "Embarazo, parto o puerperio". Esto se debe a que la causa básica seleccionada mediante la aplicación de los pasos SP1 a SP8 y M1 a M3 se clasifica en el Capítulo 18 según la herramienta de codificación, o a que existe un código especial en el capítulo 18 para la afección si aparece durante el embarazo, el parto o el puerperio.

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

Si el embarazo, el parto o el puerperio aparecen en algún lugar del certificado pero no se indica claramente que el embarazo, el parto o el puerperio han contribuido a la muerte, póngase primero en contacto con el certificador y pida más información.

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

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

Tenga en cuenta que algunas afecciones no se codifican en el capítulo 18, aunque se hayan producido durante el embarazo, el parto o el puerperio; véase la nota "Excluye" al principio del capítulo 18.

Ejemplo 1

1	(a)	Embolia de líquido amniótico	JB42.1
	(b)		
	(c)		
	(d)		
2			

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

Ejemplo 2

1	(a)	Edema pulmonar	CB01
	(b)	Regurgitación mitral, embarazo	JB64.4/BB61.Z
	(c)		
	(d)		
2			

La causa básica, regurgitación mitral, se codifica en el Capítulo 18 porque el embarazo se menciona en la parte 1. Codifique la causa básica en *JB64.4 Enfermedades del aparato circulatorio que complican el embarazo, el parto o el puerperio*. Para mayor especificidad, añada también al clúster el código para *BB61.Z Insuficiencia de la válvula mitral, sin especificación* (JB64.4/ BB61.Z).

Ejemplo 3

1	(a)	Hemorragia	MG27
	(b)	Cáncer del cuello uterino	JB64/2C77.Z
	(c)		
	(d)		
2		Tratamiento retrasado a causa del embarazo	--

La causa básica, cáncer del cuello uterino, se codifica en el Capítulo 18 porque el embarazo se menciona en la parte 2. Codifique la causa básica en *JB64.Y Otras enfermedades maternas especificadas clasificables en otra parte pero que complican el embarazo, el parto o el puerperio*. Para una mayor especificidad, añada también al clúster el código *2C77.Z Neoplasia maligna del cuello uterino, sin especificación*. (JB64.Y/2C77.Z)

Ejemplo 4

1	(a)	Insuficiencia hepática	DB99.7
	(b)	Fiebre hemorrágica del dengue 5 días	JB63.5/1D21
	(c)		
	(d)		
2		Información adicional: 40 días después del parto	

Codifique la causa básica en *JB63.5 Otras enfermedades virales que complican el embarazo, el parto o el puerperio*. Para una mayor especificidad, añada también al clúster el código *1D21 Dengue con signos de alarma*. (JB63.5/ 1D21)

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

La codificación de las causas múltiples (véanse las secciones 2.21.1 – 2.21.8) permite un análisis en profundidad de las causas de defunción, por ejemplo de las complicaciones graves pero evitables de ciertas causas básicas, y del impacto de las afecciones coexistentes en el resultado de un proceso de enfermedad. Por lo tanto, en la codificación de la mortalidad, deben registrarse tanto la causa básica como las causas múltiples. Asimismo, la codificación completa de las causas múltiples es esencial para una correcta aplicación de las instrucciones de la CIE para la selección y modificación de la causa básica de defunción (véanse las secciones 2.17 - 2.19).

Deben conservarse todos los detalles posibles en la codificación de las causas múltiples, ya que los registros que contienen todas las afecciones de causa múltiple permiten un análisis más exhaustivo que los registros que tienen sólo una selección de las afecciones notificadas en el certificado de defunción. En particular:

- la posición de los códigos individuales en el registro de datos debe reflejar el lugar del certificado en el que el certificador introdujo las expresiones diagnósticas correspondientes, ya que algunos análisis pueden centrarse en la causa terminal de la muerte, o en las afecciones notificadas en la Parte 2
- Los códigos de las afecciones comunes, o de las afecciones consideradas sintomáticas o menos informativas, no deben suprimirse ni dejarse de lado, ya que pueden ser de especial interés en el análisis de las complicaciones evitables y pueden servir como marcadores de la gravedad de otras afecciones notificadas en el certificado de defunción;
- Los datos de las causas múltiples deben almacenarse en dos formatos:
    1. un formato que muestre lo más claramente posible qué término utilizó el certificador en el certificado y en qué lugar del certificado se informó cada término
    2. un formato que tome en cuenta las relaciones declaradas o implícitas entre las afecciones notificadas, y en el que los códigos se han armonizado según las instrucciones de los volúmenes de la CIE.

Tenga en cuenta que la sintaxis de una cadena de códigos para retener los códigos de la CIE proporcionados en un certificado de defunción debe distinguirse de la sintaxis utilizada para la codificación de clústers en la CIE (es decir, barra diagonal (/), ampersand (&)), mientras que la sintaxis específica puede diferir según las distintas configuraciones. Dicha cadena de códigos podría ser, por ejemplo, BD10|BA5Z*5A11/9B710Z, donde una barra vertical (|) expresa el separador entre líneas en la Parte 1, y un asterisco expresa el separador entre la Parte 1 y la Parte 2, y la barra inclinada (/) muestra el clúster como separador entre códigos siguiendo la convención de la CIE.

2.21 Reglas de mortalidad - Base de conocimientos

La Base de Datos de Conocimientos de Mortalidad será una colección de reglas que se utilizan para determinar la Causa básica de defunción a partir de los certificados de defunción. Estas reglas se basarán en los lineamientos de codificación de la mortalidad de la CIE. Las reglas abarcarán las secuencias permitidas, como la enfermedad "a" debida a la enfermedad "b", y los casos en los que la causa seleccionada puede modificarse para proporcionar una información más relevante para la salud pública. Los resúmenes breves describirán el alcance de una regla, y las tablas de decisión especificarán de forma explícita e independiente del lenguaje el uso de la regla con los códigos de la lista tabular de mortalidad. Los "conjuntos de códigos" de las tablas de decisión agruparán los códigos de la CIE que suelen aparecer juntos en la base de conocimientos o que son tratados de forma similar por las reglas de selección y modificación; por ejemplo, como causas o consecuencias de enfermedades con alguna característica común. La información sobre las reglas se mantendrá en una base de datos, de modo que los datos de la tabla de códigos de las reglas puedan validarse fácilmente con los cambios en la clasificación, y viceversa.

Las tablas de decisión pueden utilizarse para la codificación manual y la selección de la causa básica de defunción, o para la programación de un software que ayude en esta tarea. En el pasado, estas bases para las reglas han sido desarrolladas por los usuarios de la codificación de la mortalidad de la CIE-10 en un enfoque internacional, basándose en la decisión de cambios en las tablas por parte de un grupo internacional acreditado por la OMS.

2.21.1 Diagnóstico incierto

Ignore las expresiones que indiquen dudas sobre la certeza del diagnóstico, por ejemplo "aparentemente", "presumiblemente", "probablemente" o "posiblemente". Un diagnóstico tentativo, aunque incierto, es más útil para las estadísticas de mortalidad que no tener un diagnóstico.

2.21.1.1 Ya sea ... o

El certificador podría informar de diagnósticos alternativos, "ya sea el diagnóstico A o el diagnóstico B". En tales casos, proceda como sigue.

2.21.1.2 Una afección, ya sea de un sitio u otro

Si los sitios se encuentran en el mismo sistema anatómico, codifique en la categoría residual correspondiente al grupo o sistema anatómico en el que se clasifican los lugares notificados.

Ejemplo 1

1	(a)	Cáncer de riñón o de vejiga
	(b)	
	(c)	
	(d)	
2		

Codifique *2C9Z Neoplasias malignas de las vías urinarias, sin especificación*.

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

Ejemplo 2

1	(a)	Cáncer de glándula suprarrenal o de riñón	
	(b)		
	(c)		
	(d)		
2			

Codifique *2D42 Neoplasias malignas de sitios mal definidos*, ya que la glándula suprarrenal y el riñón se encuentran en sistemas anatómicos diferentes.

2.21.1.3 Un sitio o sistema, una afección u otra afección

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

Ejemplo 1

1	(a)	Vólvulo sigmoide DB30.1 o adherencias del intestino grueso con obstrucción DB30.2	DB30
	(b)		
	(c)		
	(d)		
2			

Dado que tanto el vólvulo sigmoide (DB30.1) como la adherencia *del intestino grueso* con obstrucción (DB30.2) están en el mismo grupo, codifique en la categoría residual *DB30.Z Obstrucción del intestino grueso, sin especificación*

Ejemplo 2

1	(a)	Disección de arterias cerebrales 8B22.0 o infarto cerebral 8B11.5Z	8B00-8B2Z
	(b)		
	(c)		
	(d)		
2			

Dado que la disección de las arterias cerebrales (8B22.0) y el infarto cerebral (8B11.5Z) están en el mismo grupo, Codifique la categoría residual *8B2Z Enfermedades cerebrovasculares, sin especificación*.

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

Ejemplo 3

1	(a)	Tuberculosis o cáncer de pulmón
	(b)	
	(c)	
	(d)	
2		

Codifique *CB40.Y Algunas otras enfermedades especificadas del sistema respiratorio*. Ambas enfermedades afectan al pulmón.

Ejemplo 4

1	(a)	Accidente cerebrovascular o infarto de miocardio
	(b)	
	(c)	
	(d)	
2		

Codifique *BE2Z Enfermedades del sistema circulatorio, sin especificación*. Aunque la apoplejía se clasifica en el capítulo del sistema nervioso, ambas afecciones son enfermedades del sistema circulatorio.

2.21.1.4 Una u otra afección, diferentes sistemas anatómicos

Cuando se informan diferentes enfermedades de distintos sistemas anatómicos como "cualquiera de, o", codifique *MG9Y Otros síntomas, signos o resultados clínicos especificados en general*.

Ejemplo 1

1	(a)	Cólico biliar o trombosis coronaria
	(b)	
	(c)	
	(d)	
2		

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

2.21.1.5 Ya sea una enfermedad o una lesión

Cuando la muerte es reportada como debida a una enfermedad o a una lesión, codifique *MH14 Otras causas de muerte mal definidas y no especificadas*.

Ejemplo 1

1	(a)	Oclusión coronaria o heridas de guerra
	(b)	
	(c)	
	(d)	
2		

Codifique *MH14 Otras causas de muerte mal definidas y no especificadas*.

2.21.2 Efecto de los términos de conexión

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

2.21.2.1 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. Esto se aplica a otros términos de conexión o signos que indican una relación 'debido a', como 'causado por', 'como consecuencia de', o similares.

"Debido a" escrito o implícito por un término similar

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

Ejemplo 1

1	(a)	Insuficiencia cardíaca debida a cardiopatía isquémica
	(b)	Diabetes
	(c)	
	(d)	
2		

La insuficiencia cardíaca es la primera causa en la línea (a), así que codifíquela en la línea (a). Se informa de que se debe a una cardiopatía isquémica, así que codifique la cardiopatía isquémica en la línea (b). Mueva la diabetes, que está escrita en la línea (b), a la línea (c).

Ejemplo 2

1	(a)	Insuficiencia cardíaca por carcinoma hepatocelular
	(b)	Cardiopatía isquémica
	(c)	Diabetes
	(d)	
2		

La insuficiencia cardíaca es la primera causa en la línea 1(a), así que codifíquela en la línea (a). Se informa de que se debe al carcinoma hepatocelular, así que codifique el carcinoma hepatocelular en la línea 1(b). Mueva la cardiopatía isquémica, que se notifica en la línea 1(b), a la línea 1(c). Mueva también la diabetes, que se informa en la línea 1(c), a la línea 1(d).

"Resultando en" escrito o implícito por un término similar

Cuando una causa se certifica con un término de conexión que implica que dio lugar a otra causa, introduzca el código de la causa que sigue al término de conexión en la línea en la que se informa, y el código de la causa que precede al término de conexión en la línea inmediatamente inferior. Codifique cualquier causa reportada en las líneas restantes de la Parte 1 en las líneas inferiores siguientes.

Ejemplo 1

1	(a)	Cardiopatía isquémica que resulta en insuficiencia cardíaca
	(b)	Diabetes
	(c)	
	(d)	
2		

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

Ejemplo 2

1	(a)	Carcinoma hepatocelular causante de insuficiencia cardíaca
	(b)	Cardiopatía isquémica
	(c)	Diabetes
	(d)	
2		

Codifique la insuficiencia cardíaca notificada después del término de conexión "causante de", en la línea 1(a). Codifique el carcinoma hepatocelular, que se notifica antes del término de conexión, en la línea 1(b). Traslade la cardiopatía isquémica, notificada en la línea 1(b), a la línea 1(c), y traslade la diabetes, notificada en la línea 1(c), a la línea 1(d). Esto se aplica a otros términos o signos de conexión que indican una relación "resultante en", como "causante de", "conduciendo a", "desarrollándose en", y similares.

2.21.2.2 Conexión de términos que no implican una relación causal

"Y" escrito o implícito por un término similar primero o último en una línea

El término de conexión 'y' no implica una relación causal, sino que indica que los términos anteriores y posteriores a él deben tomarse en cuenta. Por lo tanto, cuando una línea termine con 'y', codifique en esa línea tanto la causa mencionada como la(s) causa(s) mencionada(s) en la línea inmediatamente inferior, de modo que la codificación refleje la descripción implicada por el término de conexión. Del mismo modo, cuando una línea comience con 'y', considérelo como una continuación de una enumeración que comienza en la línea inmediata superior, y codifique la causa o causas de esa línea en último lugar en la línea superior. Codifique las causas que se indican en el resto de las líneas de la Parte 1 en las que se informa. Esto se aplica a otros términos o signos de conexión que indican una enumeración pero no implican una relación causal, como "también", "además", "más", "adicionalmente", "+" o coma.

Ejemplo 1

1	(a)	Insuficiencia cardíaca y
	(b)	Cardiopatía isquémica
	(c)	Diabetes
	(d)	
2		

La línea 1(a) termina con "y", por lo que considere la "cardiopatía isquémica", notificada en la línea (b) como parte de la descripción "insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica". Codifique en consecuencia y coloque los códigos tanto de la insuficiencia cardíaca como de la cardiopatía isquémica en la línea 1(a). Codifique la diabetes en la línea (c).

Ejemplo 2

1	(a)	Insuficiencia cardíaca
	(b)	Cardiopatía isquémica
	(c)	y diabetes
	(d)	
2		

La línea 1(c) comienza con "y". Considere la diabetes, notificada en la línea (c), como parte de la descripción "cardiopatía isquémica y diabetes". En consecuencia, coloque los códigos de la cardiopatía isquémica y la diabetes en la línea 1(b).

"Y" escrito o implícito por un término similar pero no el primero o el último de una línea

Si un término de conexión que no implica una relación causal se escribe en una línea pero no en la primera ni en la última, trátelo como una coma. No cambie el formato del texto y no traslade ninguna parte de las causas señaladas a otra línea.

Términos de diagnóstico que no se detienen al final de la línea

Si un término diagnóstico comienza en una línea de la Parte 1 y continúa en la línea siguiente, codifique como si todo el término diagnóstico se hubiera escrito en la línea donde comienza el término diagnóstico. Codifique las causas reportadas en las líneas restantes de la Parte 1 en las que se haya notificado.

Ejemplo 1

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

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

Ejemplo 2

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

'Enfermedad renal crónica' es un término diagnóstico que se informa en dos líneas. Reformule el certificado y codifique el término completo 'enfermedad renal crónica' en la línea (b). Codifique también la diabetes en la línea (b), ya que continúa la línea donde se ha escrito 'crónica'.

2.21.3 Duración

2.21.3.1 Duración única para afecciones múltiples

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

2.21.3.2 Modificación de la temporalidad de las afecciones por la duración

Por lo general, la duración no debe utilizarse para calificar una afección como aguda o crónica, a menos que el término indexado proporcione una duración específica o se indique lo contrario en la Guía de referencia (por ejemplo, la sección 2.21.8.1 Cardiopatías reumáticas agudas o crónicas). Tenga en cuenta que la Descripción en la clasificación no debe utilizarse para la codificación (Sección 3.4).

2.21.4 Instrucciones de "codificar también" en el caso de uso de la mortalidad

Generalmente, la instrucción "codifique también" (véase también la sección 2.7.2.1 "Codifique también" y "Utilice un código adicional, si lo desea") no se utiliza en la codificación de causas múltiples, ya que la información sobre la etiología se proporciona como una expresión independiente en el certificado de defunción y se codificará por sí sola, o no se proporcionará en absoluto.

Aplique la instrucción "Codifique también" cuando la información sobre la manifestación y la etiología aparezcan en un único término diagnóstico descrito por el certificador, y la información sobre la etiología no se informe por separado. Siempre que aplique la instrucción "codifique también", ponga el código de la etiología al principio del grupo y añada el código de la manifestación.

Ejemplo 1: Insuficiencia cardíaca

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

Ejemplo 2: Acidosis diabética de tipo 1

5A22 Acidosis diabética tiene una instrucción para "Codificar también" la afección causante. Se informa de la afección causante, que en este caso es *5A10 Diabetes mellitus tipo 1*. La afección etiológica Diabetes mellitus tipo 1 se considera la afección causante para la tabulación primaria y se codifica primero (*5A10 Diabetes mellitus tipo 1*/*5A22 Acidosis diabética*).

Ejemplo 3: Sepsis por salmonela

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

2.21.5 Neoplasias malignas

Para asignar correctamente los códigos de las causas múltiples a una neoplasia, hay que tener en cuenta dos conceptos: si la neoplasia informada es primaria o secundaria, y su comportamiento.

El sitio primario es la localización anatómica donde se originó la neoplasia. Una neoplasia maligna puede extenderse a otras partes del cuerpo, y estos lugares se denominan secundarios o metástasis.

El comportamiento (maligno, in situ, benigno, incierto o desconocido) de una neoplasia es el modo en que se propaga dentro del organismo:

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

La estructura general del Capítulo 02 "Neoplasias" que se presenta a continuación puede entenderse a partir de los siguientes agrupamientos:

2A00-2A0Z Neoplasias del cerebro o del sistema nervioso central
2A20-2B3Z Neoplasias de los tejidos hematopoyéticos o linfoides
2B50 -2F9Z Neoplasias, excepto de los tejidos linfoides, hematopoyéticos, del sistema nervioso central o tejidos relacionados

Las neoplasias originadas en el cerebro o en el sistema nervioso central, clasificadas a 2A00-2A0Z, se clasifican además por sitio, histopatología o comportamiento.

Las neoplasias originadas en los tejidos hematopoyéticos o linfoides, clasificadas en 2A20-2B3Z, se clasifican además por su histopatología.

En otras palabras, 2A00-2A0Z o 2A20-2B3Z incluye las neoplasias primarias, que pueden ser malignas o benignas.

Las neoplasias originadas en otros sitios se clasifican en ([2B50]-2F9Z) y este grupo se clasifica además por comportamiento (es decir, maligno, in situ, benigno, incierto o desconocido), sitio o histopatología. Obsérvese que las neoplasias que se originan en otros sitios y se diseminan al cerebro, el sistema nervioso central, los tejidos linfoides y hematopoyéticos, se incluyen aquí bajo el bloque de metástasis de neoplasias malignas.

En la codificación de la mortalidad, lo más importante es determinar el sitio primario de la neoplasia. Cuando el certificado de defunción es ambiguo en cuanto al lugar primario, debe hacerse todo lo posible para obtener una aclaración del certificador. Las instrucciones que siguen deben aplicarse sólo cuando no se pueda obtener una aclaración.

En los ejemplos de esta sección, los códigos de la CIE aparecen a la derecha de las causas en el certificado de defunción. Estos códigos representan los códigos de las causas múltiples asignados a cada causa. Estos códigos de causas múltiples podrían ser diferentes de un código asignado cuando el diagnóstico inicial se informó solo en el certificado (codificación directa). En estos casos, el código de la codificación directa se indica entre corchetes "{ }" junto a la expresión diagnóstica. La explicación de cada ejemplo describe que los códigos entre paréntesis serán

modificados por otra información en el certificado (aplicación de codificación de causa múltiple) y para codificar el código de causa múltiple indicado a la derecha.

Uso de la herramienta de codificación para las neoplasias

Utilizando la herramienta de codificación de la CIE, busque el término indicado en el certificado para describir la neoplasia. Si se indican tanto la histopatología como el lugar, introduzca ambos en la herramienta de codificación. Si la histopatología es incompatible con el sitio declarado de la neoplasia (es decir, la neoplasia no puede ser primaria del sitio declarado según los libros de texto y otra literatura de referencia), entonces asigne un código de neoplasia de sitio no especificado para la histopatología indicada. Si no se indica la histopatología, codifique por sitio y comportamiento, si así se informa.

No asigne *2D43 Neoplasias malignas de sitios primarios múltiples, independientes* cuando se mencionen múltiples neoplasias. Codifique cada una de las neoplasias malignas mediante la herramienta de codificación y seleccione la causa básica aplicando las reglas de selección y modificación de la forma habitual.

2.21.5.1 Comportamiento: maligno, in situ, benigno, incierto o desconocido

Para asignar el código de causa múltiple correcto para una neoplasia, determine en primer lugar el comportamiento (maligno, in situ, benigno, incierto o desconocido) de cada una de las neoplasias consignadas en el certificado de defunción. En el caso de las neoplasias malignas, determine también si debe codificarlas como primarias o secundarias. Para ello, aplique las instrucciones que siguen.

El término en sí mismo indica el comportamiento

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

Para las neoplasias codificadas en las siguientes categorías, presuma que su comportamiento es maligno, a menos que se especifique lo contrario, y pase a la sección 2.21.5.2 Neoplasias malignas: ¿primarias o secundarias?

2A00-2A0Z	*Neoplasias del cerebro o del sistema nervioso central*
2A20-2B3Z	*Neoplasias de los tejidos hematopoyético o linfático*
2A02.3	*Neoplasia benigna de los nervios craneales*

Tenga en cuenta que el comportamiento dado por la herramienta de codificación para un término específico puede cambiar por otra información en el certificado. Siga las instrucciones de esta sección para decidir el comportamiento correcto en la codificación de causas múltiples.

Otra información en el certificado indica el comportamiento

Si el término utilizado para describir la neoplasia no indica un comportamiento específico, busque otra información en el certificado que indique el comportamiento. Codifique como maligna una neoplasia de comportamiento no especificado, una neoplasia descrita como "in situ"

o una neoplasia que no esté codificada en el Capítulo 02 (por ejemplo, ciertos pólipos), si se da alguna de las condiciones siguientes:

- se informa que es la causa de la diseminación secundaria (términos como infiltración, metástasis, secundarios o similares) o de la caquexia (maligna), o;
- se informa inmediatamente al lado de una mención de propagación secundaria, o;
- todas las demás neoplasias notificadas se especifican como de diseminación secundaria, o;
- no hay mención de otra neoplasia en la misma parte del certificado, pero hay otros indicios de malignidad señalados en cualquier parte del certificado (por ejemplo, carcinosis, caquexia maligna, transformación maligna), o;
- se informa que se debe a una neoplasia maligna.

Si una neoplasia se codifica en una categoría del Capítulo 02 para neoplasias benignas pero se informa como causa de metástasis o infiltración, compruebe si hay un código para una variedad maligna en la herramienta de codificación y en la lista tabular. Si lo encuentra, codifíquela como maligna. Si no hay un código para una variedad maligna, intente primero obtener una aclaración del certificador. Si no se dispone de más información, acepte la declaración del certificado y codifique la neoplasia como benigna.

Si otra información del certificado indica que una neoplasia es maligna, vaya a la sección 2.21.5.2 Neoplasias malignas: ¿primarias o secundarias? para asignar el código correcto.

Si no hay ninguna otra información en el certificado que indique el comportamiento, codifique como comportamiento desconocido.

Ejemplo 1

1	(a)	Metástasis en el hígado	2D80.0
	(b)	Tumor de colon {2F90}	2B90.Z
	(c)		
2			

El tumor de colon se reporta como la causa de las metástasis hepáticas por lo que se codifica como Neoplasia maligna de colon, sin especificación (2B90.Z).

Ejemplo 2

1	(a)	Caquexia por cáncer	MG20.0
	(b)	Tumor de colon {2F90}	2B90.Z
	(c)		
2			

El tumor de colon se reporta como la causa de la caquexia maligna por lo que se codifica como Neoplasia maligna de colon, sin especificación (2B90.Z).

Ejemplo 3

1	(a)	Metástasis al hígado y al pulmón	2D80.0, 2D70
	(b)	Insuficiencia respiratoria	CB41.2Z
	(c)	Tumor de colon {2F90}	2B90.Z
2			

Tanto las metástasis como la insuficiencia respiratoria pueden deberse a un tumor de colon. De acuerdo con las instrucciones sobre cómo interpretar las relaciones causales en la Parte 1 (Paso SP3), esto significa que en este certificado se notifican dos relaciones causales válidas, 1) metástasis hepáticas y pulmonares debidas a un tumor de colon, y 2) insuficiencia respiratoria debida a un tumor de colon. Estas relaciones son válidas aunque las metástasis hepáticas y pulmonares no puedan deberse a la insuficiencia respiratoria. El tumor de colon se reporta como la causa de la diseminación secundaria por lo que se codifica como Neoplasia maligna de colon, sin especificación (2B90.Z).

Ejemplo 4

1	(a)	Tumor de colon {2F90} con metástasis en el hígado	2B90.Z, 2D80.0
	(b)		
	(c)		
2			

El tumor de colon se informa en la misma línea y junto a las metástasis hepáticas, por lo que se codifica como Neoplasia maligna de colon, sin especificación (2B90.Z).

Ejemplo 5

1	(a)	Tumor de mama, aterosclerosis generalizada, cáncer de colon con metástasis en el hígado	2F95, BD40.Z, 2B90.Z, 2D80.0
	(b)		
	(c)		
2			

El tumor de mama se informa en la misma línea pero no junto a la diseminación secundaria. No lo considere maligno. Codifique como Neoplasias de comportamiento desconocido de la mama (2F95).

Ejemplo 6

1	(a)	Insuficiencia respiratoria	CB41.2Z
	(b)	Tumor de colon {2F90}	2B90.Z
	(c)		
2		Metástasis de hígado y pulmón	2D80.0, 2D70

Todas las demás neoplasias se especifican como propagación secundaria, por lo que codifique el tumor de colon como Neoplasia malignas de colo, sin especificación (2B90.Z).

Ejemplo 7

1	(a)	Tumor de colon {2F90}	2B90.Z
	(b)		
	(c)		
2		Caquexia por cáncer	MG20.0

No se menciona ninguna otra neoplasia, pero la caquexia por cáncer, otro indicio de malignidad, se recoge en la Parte 2, así que codifique el tumor de colon como Neoplasia maligna de colon, sin especificación (2B90.Z).

Ejemplo 8

1	(a)	Tumor de vejiga	2F98
	(b)	Tumor de pulmón	2F91.1
	(c)		
2			

No hay información en el certificado que indique el comportamiento, codifique el tumor de vejiga como Neoplasias de comportamiento desconocido de los órganos urinarios (2F98) y el tumor de pulmón como Neoplasias de comportamiento desconocido de tráquea, bronquios o pulmón (2F91.1).

2.21.5.2 Neoplasias malignas: ¿primarias o secundarias?

Si una neoplasia está codificada como maligna o su comportamiento se presume maligno por la sección anterior 2.21.5.1 Comportamiento: maligno, in situ, benigno, incierto o desconocido, decida a continuación si es primaria o secundaria.

En ocasiones, las neoplasias malignas se describen como "metastásicas", lo que puede referirse a una neoplasia maligna primaria que ha hecho metástasis en otro lugar o a neoplasias malignas secundarias originadas en otro lugar. Para saber cómo codificar las neoplasias descritas como 'metastásicas', consulte la sección 2.21.5.6 Cáncer 'metastásico'.

Sitios comunes de metástasis

A la hora de elegir entre los códigos para las neoplasias malignas primarias y secundarias, consulte la siguiente lista de sitios comunes de metástasis:

- cerebro
- diafragma
- hígado
- hueso
- mediastino
- médula espinal
- meninges

- nódulos linfáticos
- peritoneo
- pleura
- pulmón
- retroperitoneo
- sitio mal definido

Consulte más abajo las instrucciones para codificar las neoplasias de los lugares de esta lista.

Neoplasia maligna reportada como primaria

Codifique como primaria una neoplasia maligna especificada como "primaria", "primaria en", "originada en", o con términos similares.

Otra indicación de neoplasia maligna primaria

Codifique una neoplasia maligna como primaria, aunque no haya sido descrita como tal por el certificador, si:

- todas las demás neoplasias malignas del certificado se especifican como secundarias o como metástasis. Esto se aplica tanto si el lugar no especificado como secundario o como metástasis está en la lista de sitios comunes de metástasis.
- está en el rango de códigos *2A20-2B3Z Neoplasias de los tejidos hematopoyéticos o linfáticos*: Codifique todas las neoplasias malignas de los tejidos hematopoyéticos o linfáticos como primarias, a menos que el certificador las especifique como secundarias;
  - *Nota*: Una neoplasia primaria de los tejidos hematopoyéticos y linfoides puede ocurrir simultáneamente con otra neoplasia primaria en el mismo rango de códigos.
- 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 la neoplasia maligna como primaria si:

- la histopatología indica que es primario del sitio reportado;
- se describe como causada por un factor de riesgo conocido para las neoplasias malignas del lugar indicado (Para determinar si la afección señalada como causante de la neoplasia es un

factor de riesgo conocido, compruebe si se menciona como factor de riesgo del sitio implicado en los libros de texto u otras fuentes confiables);

- es la única neoplasia maligna mencionada en el certificado de defunción, y no se especifica que sea "metastásica":
  - *excepción*: codifique la neoplasia maligna de los ganglios linfáticos como secundaria, incluso si es la única neoplasia notificada en el certificado, a menos que se especifique como primaria;
  - *nota*: si la única neoplasia maligna que figura en el certificado es una neoplasia maligna de hígado y no se especifica si es primaria o secundaria, codifíquela como primaria;
- se trata de una neoplasia maligna de pulmón, y todas las demás neoplasias malignas mencionadas en el certificado están en la lista de sitios comunes de metástasis;
  - *excepción*: codifique el pulmón como secundario si se informa de otra neoplasia maligna en la misma parte del certificado (Parte 1 o Parte 2) y esta otra neoplasia maligna se codifica como neoplasia maligna primaria;
- es una neoplasia maligna de pulmón especificada como broncogénica o de bronquios.

Codifique una neoplasia, de comportamiento distinto al maligno, como maligna primaria, si se informa que provocó una diseminación secundaria o metastásica. Véase **"Otra información del certificado indica el comportamiento"** más arriba.

- *excepción*: Si se indican las duraciones, las neoplasias secundarias no deben tener una duración mayor que la presunta neoplasia maligna primaria;
- *excepción*: Si se indican las morfologías, las neoplasias malignas secundarias y presuntamente primarias deben tener la misma histopatología.

No codifique una neoplasia de comportamiento distinto al maligno como maligna primaria si se reporta como causa de otra neoplasia que no se codificaría como maligna. No asuma la malignidad ni la diseminación metastásica. Codifique ambas neoplasias según la herramienta de codificación.

Ejemplo 1

1	(a)	Metástasis cerebrales	2D50
	(b)	Tumor de pulmón {2F91.1}	2C25.Z
	(c)		
	(d)		
2			

El tumor de pulmón provocó metástasis cerebrales por lo que se codifica como maligno. Las otras neoplasias malignas del certificado se describen como metástasis 2D50, por lo tanto, codifique el tumor de pulmón como primario en 2C25.Z .

Ejemplo 2

1	(a)	Cáncer de páncreas	2C10.Z
	(b)	Cáncer de estómago	2B72.Z
	(c)		
	(d)		
2			

El páncreas y el estómago no están en la lista de sitios comunes de metástasis, así que codifique ambos como primarios en Neoplasia maligna de páncreas, no especificada (2C10.Z)] y Neoplasia maligna de estómago, no especificada (2B72.Z).

Ejemplo 3

1	(a)	Cáncer de hígado y pulmón {2C25.Z}	2C12.02 2D70
	(b)	Hepatitis crónica	DB97.2
	(c)		
	(d)		
2			

La hepatitis crónica aumenta el riesgo de cáncer primario de hígado, así que codifique el cáncer de hígado como primario en Carcinoma hepatocelular de hígado (2C12.02). Codifique el cáncer de pulmón como secundario en Neoplasia maligna de pulmón (2D70), porque la otra neoplasia maligna notificada en la misma parte del certificado está codificada como primaria.

Ejemplo 4

1	(a)	Cáncer de riñón y cáncer de pulmón {2C25.Z }	[2C90], 2D70
	(b)		
	(c)		
	(d)		
2			

Codifique el cáncer de riñón como primario (2C90.Z) ya que no está en la lista de sitios comunes de metástasis. Codifique el cáncer de pulmón como secundario en Neoplasia maligna en pulmón (2D70) ya que se informa en la misma parte del certificado que el cáncer de riñón y éste se considera primario.

Ejemplo 5

1	(a)	Tumor de hígado {2F90.Y}	2C12.02
	(b)		
	(c)		
	(d)		
2		Tumor de pulmón, probablemente secundario	2D70

Codifique ambos tumores como malignos, ya que el certificador describió uno de los dos como secundario, lo que evidencia un comportamiento maligno. Codifique el tumor del hígado como primario, ya que la otra neoplasia maligna del certificado se describe como secundaria. La calificación "probablemente" se ignora; véase la sección 2.21.1 Diagnóstico incierto.

Ejemplo 6

1	(a)	Afectación metastásica de la pared torácica	2E0Y
	(b)	Carcinoma in situ de mama {2E65.Z}	2C6Z
	(c)		
	(d)		
2			

Codifique el carcinoma in situ de mama como maligno porque se informa que es la causa de la diseminación secundaria, y codifíquelo como primario en Neoplasias malignas de mama, sin especificación (2C6Z) ya que la otra neoplasia maligna se describe como secundaria.

Ejemplo 7

1	(a)	Neoplasia maligna secundaria de pulmón y cerebro	2D70, 2D50
	(b)	Pólipo de estómago {DA44.Z}	2B72.Z
	(c)		
	(d)		
2			

Codifique el pólipo de estómago como maligno ya que se informa que es la causa de la diseminación secundaria, y codifique como primario en Neoplasias malignas de estómago, sin especificación (2B72.Z) ya que todas las demás neoplasias malignas se describen como secundarias.

Ejemplo 8

1	(a)	Cáncer de cerebro (glioma)	2A00.0Z
	(b)		
	(c)		
	(d)		
2		Cáncer de riñón	2C90.Z

El cerebro está en la lista de sitios comunes de metástasis, pero la histopatología glioma indica que es primario en el cerebro. Codifique el cáncer cerebral como primario en Gliomas de cerebro, sin especificación (2A00.0Z). El riñón no está en la lista de sitios comunes, así que codifique como primario en Neoplasias malignas de riñón, excepto pelvis renal, sin especificación (2C90.Z).

Ejemplo 9

1	(a)	Cáncer de huesos (osteosarcoma)	2B51.Z
	(b)	Cáncer de colon	2B90.Z
	(c)		
	(d)		
2			

El hueso está en la lista de sitios comunes de metástasis, pero la histopatología del osteosarcoma indica que es primario en el hueso. Codifique el cáncer de hueso como primario en Osteosarcoma de hueso y cartílago articular de sitios no especificados (2B51.Z). El colon no está en la lista de sitios comunes, así que codifique como primario en Neoplasias malignas de colon, sin especificación (2B90.Z).

Ejemplo 10

1	(a)	Cáncer de cerebro	2A00.5
	(b)		
	(c)		
	(d)		
2			

El cerebro está en la lista de sitios comunes de metástasis, pero es la única neoplasia maligna mencionada en el certificado y no se describe como metastásica. Codifique el cáncer cerebral como primario en Neoplasia cerebral primaria de tipo desconocido o no especificado (2A00.5).

Ejemplo 11

1	(a)	Cáncer de los ganglios linfáticos cervicales	2D60.0
	(b)		
	(c)		
	(d)		
2			

Los ganglios linfáticos están en la lista de sitios comunes de metástasis y es la única neoplasia maligna mencionada en el certificado, pero no se describe como primaria. Codifique el cáncer de los ganglios linfáticos cervicales como secundario en Metástasis de neoplasia maligna a los ganglios linfáticos de la cabeza, cara o cuello (2D60.0).

Ejemplo 12

1	(a)	Cáncer primario en la próstata	2C82.Z
	(b)		
	(c)		

(d)

2

El cáncer se describe como primario en la próstata. Codifique Neoplasias malignas de próstata, sin especificación (2C82.Z).

Neoplasia maligna reportada como secundaria

Si el certificador describe una neoplasia como secundaria, codifique como neoplasia maligna secundaria en Metástasis de neoplasias malignas (2D50-2E2Z). Utilice la herramienta de codificación para encontrar el código apropiado.

Otra indicación de neoplasia maligna secundaria

Codifique como secundaria, una neoplasia maligna no especificada como primaria o secundaria, si:

- el sitio está en la lista de sitios comunes de metástasis:
  - *excepción*: si sólo se menciona una neoplasia maligna y no se especifica como "metastásica", entonces codifíquela como primaria. *Nota*: esto no se aplica a los ganglios linfáticos, que siempre se codifican como secundarios, incluso si es la única neoplasia informada en el certificado, a menos que se especifique como primaria.
  - *excepción*: codifique el pulmón como primario si todos los demás sitios de la misma parte del certificado (Parte 1 o Parte 2) están en la lista de sitios comunes de metástasis. Sin embargo, codifique el pulmón como secundario si uno de los sitios comunes de metástasis indicados en la misma parte del certificado se considera primario, por su histopatología o por estar descrito como causado por un factor de riesgo conocido para las neoplasias malignas de este lugar.
  - *excepción*: codifique una neoplasia maligna de la lista de sitios comunes de metástasis como primaria, si todas las demás neoplasias malignas del certificado están especificadas como secundarias o como metástasis. Esto se aplica tanto si estas otras neoplasias malignas están en la lista de sitios comunes de metástasis como si no.
  - *excepción*: codifique una neoplasia maligna de la lista de sitios comunes de metástasis como primaria, si la histopatología declarada es compatible con el lugar.

(Para determinar si una histopatología declarada es compatible con el sitio, consulte los libros de texto u otras fuentes fiables).

- si no se especifica si es primario o secundario, y el certificador afirma que el cáncer es primario en otro sitio. Esto se aplica tanto si el sitio está en la lista de sitios comunes de metástasis como si no:
  - Independientemente de la localización, no codifique una neoplasia como secundaria si es de una histopatología diferente a la de otra neoplasia declarada como primaria. Véase también la sección "2.21.5.3 Más de una neoplasia maligna primaria".
- no se especifica si es maligna, in situ o benigna, y se informa que se debe a una neoplasia maligna:
  - *excepción*: si se indican las duraciones, no codifique la neoplasia no especificada como secundaria si tiene una duración superior a la de la neoplasia maligna notificada como causa de la neoplasia no especificada.
- la histopatología indica que la neoplasia no puede ser primaria del sitio declarado. En ese caso, utilice tanto el código por defecto para una neoplasia primaria de la histopatología implicada como un código para una neoplasia maligna secundaria del sitio declarado.

Si todos los sitios están en la lista de sitios comunes de metástasis, entonces codifique todos los sitios como secundarios. Se recomienda añadir un código para el primario desconocido. Codifique [2D4Z Neoplasias malignas no especificadas de sitios mal definidos o no especificados], si no se indica la histopatología. Si se indica la histopatología, codifique con el código de "sitio sin especificación" para la histopatología en cuestión. - *excepción*: Si todos los sitios están en la lista de sitios comunes de metástasis pero uno de ellos es el pulmón, entonces codifique el pulmón como primario.

Si el certificado indica que el sitio primario era desconocido, entonces codifique todos los sitios de neoplasia mencionados en el certificado como secundarios. (Véase también la sección 2.21.5.5 Sitio primario desconocido).

No utilice el orden de entrada para determinar si una neoplasia especificada como maligna es primaria o secundaria. Codifique una neoplasia maligna notificada como debida a otra neoplasia maligna como secundaria sólo si se describe como secundaria, propagación metastásica o similar, o si está en la lista de sitios comunes de metástasis.

No confunda 'primario' con 'primario en'. Mientras que "primario en" identifica uno de los varios tumores malignos de histopatología igual o no especificada que el tumor primario, "primario" significa simplemente que la neoplasia maligna no era secundaria. No significa necesariamente que todas las demás neoplasias malignas mencionadas en el certificado fueran secundarias.

Ejemplo 1

1	(a)	Carcinoma de las glándulas suprarrenales {2D11.Z}	2E07
	(b)		
	(c)		
	(d)		
2		Primario en el riñón	2C90.Z

La neoplasia maligna de las glándulas suprarrenales se considera secundaria ya que el certificado indica que el cáncer era primario en el riñón. Codifique el carcinoma suprarrenal como secundario en Neoplasia maligna en glándula suprarrenal (2E07) y el primario en riñón como primario en Neoplasia maligna de riñón, excepto pelvis renal, sin especificación (2C90.Z).

Ejemplo 2

1	(a)	Cáncer de próstata {2C82.Z}	2E06
	(b)	Sitio primario desconocido	
	(c)		
	(d)		
2			

El sitio primario se describe como desconocido. Codifique en Neoplasias malignas no especificadas de sitios mal definidos o no especificados (2D4Z). Codifique el cáncer de próstata como secundario en Metástasis de neoplasia maligna en órganos genitales masculinos (2E06) ya que la neoplasia maligna primaria estaba claramente en otro sitio.

Ejemplo 3

1	(a)	Tumor cerebral {2A00.5}	2D50
	(b)	Cáncer de mama	2C6Z
	(c)		
	(d)		
2			

Codifique el tumor cerebral como maligno, ya que se informa de que se debe a una neoplasia maligna de mama. Además, codifíquelo como secundario en 2D50, ya que está en la lista de sitios comunes de metástasis. Codifique el cáncer de mama como Neoplasias malignas de mama, sin especificación (2C6Z).

Ejemplo 4

1	(a)	Tumor cerebral {2A00.5}	2D50
	(b)	Cáncer de pulmón	2C25.Z
	(c)		
	(d)		
2			

Codifique el tumor cerebral como maligno, ya que se informa que se debe a una neoplasia maligna del pulmón. Codifíquelo también como secundario en Metástasis de neoplasia maligna al cerebro (2D50)), ya que está en la lista de sitios comunes de metástasis y se informa junto con el cáncer de pulmón. Codifique el cáncer de pulmón como primario en Neoplasias malignas de bronquios o pulmón, sin especificación (2C25.Z), ya que la única otra neoplasia notificada está en la lista de sitios comunes de metástasis.

Ejemplo 5

1	(a)	Crecimiento del cáncer en el hígado {2C12.02} y en los ganglios linfáticos	2D80.0, 2D6Z
	(b)		
	(c)		
	(d)		
2		Neoplasia maligna de estómago	2B72.Z

Codifique el crecimiento del cáncer en el hígado y en los ganglios linfáticos como secundarios, en Metástasis de neoplasia maligna al hígado (2D80.0) y en Metástasis de neoplasia maligna en los ganglios linfáticos, sin especificación (2D6Z), respectivamente, ya que ambos están en la lista de sitios comunes de metástasis. Codifique también el estómago como primario en Neoplasias malignas del estómago, sin especificación (2B72.Z).

Ejemplo 6

1	(a)	Cáncer de pulmón, pleura {2C26.Z} y pared torácica {2D4Z}	2C25.Z, 2D72, 2E0Y
	(b)		
	(c)		
	(d)		
2			

Codifique el cáncer de pulmón como primario en Neoplasias malignas de bronquios o pulmón, sin especificar (2C25.Z), ya que los otros sitios mencionados en el certificado, pleura y pared torácica, están en la lista de sitios comunes de metástasis. Codifique el cáncer de pleura y de pared torácica como secundario en (2D72) y en Metástasis de neoplasia maligna en otros sitios especificados (2E0Y), respectivamente.

Ejemplo 7

1	(a)	Mesotelioma de pleura y neoplasia maligna de los ganglios linfáticos	2C26.0, 2D60.Z
	(b)		
	(c)		
	(d)		
2			

La pleura está en la lista de sitios comunes de metástasis pero la histopatología del mesotelioma indica que es primario en la pleura. Codifique como primario en Mesotelioma de pleura (2C26.0). Codifique la neoplasia maligna de los ganglios linfáticos como secundaria en 2D60.Z, ya que los ganglios linfáticos están en la lista de sitios comunes de metástasis.

Ejemplo 8

1	(a)	Cáncer de vejiga	2C94.Z
	(b)	Cáncer de riñón	2C90.Z
	(c)		
	(d)		
2			

La vejiga y el *riñón* no están en la lista de sitios comunes de metástasis, y ninguno de ellos se describe como primario, por lo cual codifique ambos como primarios en *Neoplasias malignas de* vejiga, *sin especificación* (2C94.Z) y *2C90.Z Neoplasias malignas de riñón, excepto la pelvis renal, sin especificación*.

Ejemplo 9

1	(a)	Osteosarcoma de sacro	2B51.2
	(b)	Cáncer de células claras de riñón	2C90.Y
	(c)		
	(d)		
2			

Codifique ambas neoplasias malignas como primarias. El hueso está en la lista de sitios comunes de metástasis pero la histopatología del osteosarcoma indica que es primario en el sacro. Codifique como primario en Osteosarcoma de hueso o cartílago articular de pelvis (2B51.2). Además, su histopatología es diferente a la del cáncer de células claras de riñón.

Ejemplo 10

1	(a)	Osteosarcoma de pulmón	2B51.Z, 2D70
	(b)		
	(c)		
	(d)		
2			

La histopatología (osteosarcoma) indica una neoplasia primaria de hueso, y el lugar informado (pulmón) es incompatible con la histopatología. Codifíquelo como primario en Osteosarcoma de hueso y cartílago articular de sitios no especificados (2B51.Z), y añada un código para Metástasis de neoplasia maligna en pulmón (2D70).

2.21.5.3 Más de una neoplasia maligna primaria

Si se informa de más de una neoplasia maligna primaria en el mismo certificado, codifique cada neoplasia maligna primaria como primaria. Las indicaciones de más de una neoplasia maligna primaria son:

- diferentes histopatologías;
- una histopatología específica del lugar informado con una neoplasia maligna de otro lugar 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 histopatológico es más específico y es un ejemplo de un término histopatológico más general que también figura en el certificado, considere que los dos se refieren a la misma neoplasia.

No considere 'cáncer' como un término histopatológico, sino como sinónimo de 'neoplasia maligna'. Por el contrario, 'carcinoma' es un término histopatológico que describe un tumor maligno de origen epitelial.

Ejemplo 1

1	(a)	Carcinoma de células transicionales de vejiga	2C94.2
	(b)		
	(c)		
	(d)		
2		Osteosarcoma, primario en la rodilla	2B51.1

La vejiga en la línea (a) no está en la lista de sitios comunes de metástasis. La neoplasia maligna señalada en la Parte 2 se especifica como primaria en la rodilla, pero como las dos neoplasias son de histopatología diferente, codifique ambas como primarias en Carcinoma urotelial de vejiga (2C94.2) y en Osteosarcoma de hueso o cartílago articular de las extremidades (2B51.1), respectivamente.

Ejemplo 2

1	(a)	Hepatoma	2C12.02
	(b)	Cáncer de mama	2C6Z
	(c)		
	(d)		
2			

Codifique el hepatoma como primario en Carcinoma hepatocelular de hígado (2C12.02), ya que la histopatología "hepatoma" indica una neoplasia maligna primaria de hígado. Codifique el cáncer de mama como primario en Neoplasias malignas de mama, sin especificación (2C6Z), ya que la mama no está en la lista de sitios comunes de metástasis.

Ejemplo 3

1	(a)	Glioblastoma de cerebro	2A00.00
	(b)	Cáncer de mama	2C6Z
	(c)		
	(d)		
2			

El cerebro está en la lista de sitios comunes de metástasis, pero la histopatología del glioblastoma indica que es primario en el sistema nervioso central, normalmente en el cerebro. Codifique el glioblastoma de cerebro como primario en Glioblastoma de cerebro (2A00.00). Codifique también el cáncer de mama como primario en Neoplasias malignas de mama, sin especificación (2C6Z), ya que la mama no está en la lista de sitios comunes de metástasis.

2.21.5.4 Sitio no claramente indicado

Si una neoplasia maligna se describe como en la "zona" o "región" de un lugar, o si el lugar lleva el prefijo "peri", "para", "pre", "supra", "infra" o expresiones similares, compruebe primero si este término compuesto está incluido en la herramienta de codificación.

Si el término compuesto no está en la herramienta de codificación, entonces codifique en la histopatología apropiada del sitio mal definido no especificado. Otras neoplasias malignas especificadas de sitios primarios mal definidos o no especificados (2D4Y) se utiliza para histopatologías especificadas pero no clasificables en otra parte.

Si no se aplica ninguna de las dos, o no se indica la histopatología, entonces codifique en *2D42 Neoplasias malignas de sitios mal definidos*.

Cuando no se especifique el lugar de una neoplasia maligna primaria, no haga ninguna suposición sobre el lugar primario a partir de la localización de otras afecciones notificadas, como la perforación, la obstrucción o la hemorragia. Estas afecciones pueden surgir en sitios no relacionados con la neoplasia. Por ejemplo, la obstrucción intestinal puede estar causada por la propagación de una neoplasia maligna de ovario.

Ejemplo 1

1	(a)	Leiomiosarcoma en la región del páncreas	2B58.Z
	(b)		
	(c)		
	(d)		
2			

Codifique como leiomiosarcoma, sitio primario no especificado (2B58.Z).

Ejemplo 2

1	(a)	Carcinoma en la zona del pulmón	2C29.Z
	(b)		
	(c)		
	(d)		
2			

Codifique como Neoplasias malignas de otras localizaciones o mal definidas en el sistema respiratorio o de los órganos intratorácicos, sin especificación (2C29.Z)

Ejemplo 3

1	(a)	Obstrucción de los intestinos	DB30.Z
	(b)	Carcinoma	2D4Z
	(c)		
	(d)		
2			

Codifique el carcinoma como Neoplasias malignas no especificadas de sitios mal definidos o no especificados (2D4Z)

2.21.5.5 Sitio primario desconocido

Si el certificado indica que el sitio primario es desconocido y no menciona un posible sitio primario, codifique en la categoría de sitio no especificado para el tipo histopatológico involucrado. Por ejemplo, codifique el adenocarcinoma como Adenocarcinoma de sitio no especificado (2D40), y el osteosarcoma como Osteosarcoma de hueso y cartílago articular de sitios no especificados (2B51.Z).

Si el certificado menciona un sitio primario probable o posible, no tenga en cuenta la expresión que indica la duda y codifique ese sitio. Véase también la sección 2.21.1 Diagnóstico incierto.

Si el certificado menciona varios sitios primarios posibles, seleccione un código según las instrucciones de la sección 2.21.1.2 Una afección, ya sea de un sitio u otro.

Ejemplo 1

1	(a)	Carcinoma secundario de hígado	2D80.0
	(b)	Sitio primario desconocido	2D41
	(c)		
	(d)		
2			

El certificado indica que el sitio primario es desconocido. Para la línea 1(b), codifique como Carcinoma no especificado de sitio no especificado (2D41).

Ejemplo 2

1	(a)	Metástasis generalizadas	2E2Z
	(b)	Melanoma	2C30.Z
	(c)	Sitio primario desconocido	2D41
	(d)		
2			

El certificado indica que el sitio primario es desconocido. Se codifica como Melanoma de la piel, sin especificación (2C30.Z).

Ejemplo 3

1	(a)	Carcinoma secundario de hígado	2D80.0
	(b)	Sitio primario desconocido, posiblemente el estómago	2B72.Z
	(c)		
	(d)		
2			

El certificado indica que el sitio primario es desconocido, pero también menciona el estómago como posible sitio primario. Ignore "posiblemente" y codifique la línea 1(b) como Neoplasias malignas de estómago, sin especificación (2B72.Z).

Ejemplo 4

1	(a)	Carcinoma secundario de hígado	2D80.0
	(b)	Sitio primario desconocido, probablemente estómago {2B72.Z} o colon {2B90.Z}	2C11.Z
	(c)		
	(d)		
2			

El certificado indica que el sitio primario es desconocido, pero también menciona el estómago o el colon como posible sitio primario. Codifique la línea 1(b) como Neoplasias malignas de otros órganos especificados o de órganos mal definidos del aparato digestivo (2C11.Z).

2.21.5.6 Cáncer "metastásico

Nota: La expresión "metastásico" suele plantear problemas en el idioma inglés. Los países que utilicen idiomas distintos del inglés deberán traducir sólo lo necesario de esta sección.

Las neoplasias calificadas como metastásicas son siempre malignas. El adjetivo 'metastásico' puede utilizarse de dos maneras; en la mayoría de los casos para describir un tumor primario que se ha extendido = metastatizado a otro lugar u órgano (por ejemplo, cáncer de mama metastásico), y en ocasiones para describir el lugar o la localización secundaria donde el tumor primario se ha extendido = metastatizado (por ejemplo, cáncer metastásico en el hígado).

En el Componente Fundamental de la CIE-11 el adjetivo "metastásico" seguido de un sitio/organo (sin preposición) se utiliza siempre en el sentido de una neoplasia primaria de ese sitio/organo concreto que se ha extendido a otro sitio.

Para la codificación de la mortalidad por causas múltiples, siga siempre las instrucciones de esta sección. Esto se aplica incluso si la herramienta de codificación indica un código CIE para una neoplasia "metastásica" o una enfermedad "metastásica" distinta del código al que llegaría

siguiendo estas instrucciones. Por ejemplo, la búsqueda podría llevarle a un código en la sección de "metástasis de neoplasma maligno", pero las instrucciones de codificación de causas múltiples podrían indicarle que codifique la neoplasia como primaria. Si es así, siga las instrucciones y codifique la neoplasia como primaria.

Neoplasia maligna "metastásica de o desde" un sitio específico

Si una neoplasia maligna se describe como "metastásica desde" un sitio especificado, o si una relación "debida a" implica una propagación desde un sitio especificado, codifique como primario de ese sitio. Esto también se aplica a los sitios de la lista de sitios comunes de metástasis. Consulte en la sección 2.21.5.2 los bloques utilizados para las neoplasias malignas primarias.

Neoplasia maligna "metastásica a o hacia" un sitio específico

Si una neoplasia maligna se describe como 'metastásica a' un sitio especificado, o si una relación 'debida a' implica una propagación a un sitio especificado, codifíquela como secundaria de este sitio, tanto si el sitio está en la lista de sitios comunes de metástasis como si no. Utilice un código en 2D50-2E2Z "Metástasis de neoplasia maligna" para este sitio secundario. Sin embargo, si se informa de una histopatología, Codifique la subcategoría "sitio no especificado" de ese tipo histopatológico.

Neoplasia maligna metastásica del sitio A al sitio B

Una neoplasia maligna descrita como metastásica del sitio A al sitio B debe interpretarse como primaria del sitio A y secundaria del sitio B.

Neoplasia "metastásica" de una histopatología específica

Si el certificado informa de una neoplasia maligna especificada como "metastásica" de un tipo histopatológico clasificable en una categoría de cáncer que menciona una histopatología específica solamente, y el sitio informado es consistente con el tipo histopatológico, entonces codifique como una neoplasia maligna primaria del tipo histopatológico especificado. Utilice la subcategoría de sitio apropiada para el tipo histopatológico o el sitio especificado.

Si el cáncer "metastásico" indicado en el certificado y el lugar no coinciden con el tipo histopatológico, codifique entonces como una neoplasia maligna secundaria del lugar especificado. Añada también un código para una neoplasia maligna primaria de sitio no especificado para el tipo histopatológico declarado.

Al aplicar las instrucciones restantes sobre "metastásico", no cambie los códigos en *2A00-2A0Z Neoplasias del cerebro o del sistema nervioso central*, *2B50-2B5Z Neoplasias mesenquimales malignas*, *2C30-2C3Z Neoplasias malignas de la piel*, *2C40-2C4Z Neoplasias malignas de los nervios periféricos o del sistema nervioso autónomo,* o asignadas según las instrucciones de esta subsección Neoplasias metastásicas de una histopatología específica, a los códigos de las neoplasias malignas secundarias (2D50-2E2Z).

Ejemplo 1

1	(a)	Osteosarcoma del sacro, metastásico	2B51.2
	(b)		
	(c)		
	(d)		
2			

El lugar del sacro es consistente con un cáncer primario de hueso. Codifique como Osteosarcoma de hueso o cartílago articular de pelvis (2B51.2).

Neoplasia maligna "metastásica" en la lista de sitios comunes de metástasis

Si el certificado menciona una única neoplasia maligna y ésta se encuentra en la lista de sitios comunes de metástasis y se especifica como "metastásica", codifique la neoplasia como secundaria, aunque no se mencione ninguna otra neoplasia en el certificado. Añada también un código para la neoplasia maligna primaria no especificada (2D4Z).

- *excepción*: Codifique una neoplasia, aunque se describa como "metastásica", de un lugar de la lista de sitios comunes de metástasis como primaria cuando se informe que se debe a una condición que aumenta el riesgo de una neoplasia maligna de ese lugar o tejido.
- *excepción*: Si la única neoplasia maligna mencionada en el certificado es una neoplasia "metastásica" de pulmón, codifique como Neoplasias malignas de bronquios o pulmón, sin especificación (2C25.Z). Si se menciona otra neoplasia maligna que no está en la lista de sitios comunes de metástasis, entonces codifique una neoplasia maligna "metastásica" de pulmón como Neoplasia maligna metastásica en pulmón (2D70). Esto se aplica tanto si el pulmón se menciona o no en la misma parte del certificado que la otra neoplasia maligna.
- *excepción*: Para las **neoplasias** "metastásicas" de una **histopatología específica** y que se encuentran en la lista de sitios comunes de metástasis, véase **"Neoplasia metastásica de una histopatología específica"** más arriba.

Tenga en cuenta que una neoplasia maligna de un lugar de la lista de sitios comunes de metástasis se codifica como primaria si es el único lugar mencionado y no se describe como "metastásica". Véase también **"Otra indicación de neoplasia maligna primaria"** más arriba.

Ejemplo 1

1	(a)	Cáncer de pulmón metastásico (adenocarcinoma)	2C25.0
	(b)		
	(c)		
	(d)		
2			

El adenocarcinoma puede ser primario en el pulmón. El pulmón es el único sitio mencionado o implícito en el certificado. Codifique como neoplasia maligna primaria de pulmón en Adenocarcinoma de bronquio o pulmón (2C25.0).

Si el certificado menciona varias neoplasias malignas que están en la lista de sitios comunes de metástasis y una o más de ellas se especifican como "metastásicas", codifique todas ellas como neoplasias malignas secundarias. Añada también un código para neoplasia maligna primaria no especificada 2D4Z.

- *excepción*: Codifique una "neoplasia metastásica de pulmón" como neoplasia maligna primaria de pulmón Neoplasias malignas de bronquios o pulmón, no especificadas (2C25.Z) si todas las demás localizaciones de neoplasias que figuran en el certificado de defunción están en la lista de sitios comunes de metástasis, tanto si se describen como "metastásicas" como si no.
- *excepción*: Para las **neoplasias** "metastásicas" de una **histopatología específica**" que figuran en la lista de sitios comunes de metástasis, véase la subsección **"Neoplasia maligna metastásica de una histopatología específica"** más arriba.

La neoplasia maligna "metastásica" no está en la lista de sitios comunes de metástasis

Si el certificado menciona una única neoplasia maligna, y esta neoplasia no está en la lista de sitios comunes de metástasis pero se especifica como "metastásica", entonces codifique como neoplasia maligna primaria de ese sitio en particular.

Si el certificado menciona varias neoplasias malignas que no están en la lista de sitios comunes de metástasis y todas ellas se especifican como "metastásicas", entonces codifique todas las neoplasias como primarias.

Si el certificado menciona varias neoplasias malignas, y ninguna de ellas está en la lista de sitios comunes de metástasis y algunas, pero no todas, están especificadas como "metastásicas", entonces codifique una neoplasia no especificada como "metastásica" como primaria y una neoplasia especificada como "metastásica" como secundaria.

Véase la sección 2.21.5.2 Neoplasias malignas: ¿primarias o secundarias? para los bloques utilizados para primarias o secundarias.

Neoplasia maligna "metastásica", algunas en la lista de sitios comunes de metástasis y otras no

Si el certificado menciona varias neoplasias malignas y algunas pero no todas están en la lista de sitios comunes de metástasis y algunas pero no todas están especificadas como "metastásicas", entonces codifique una neoplasia de la lista de sitios comunes de metástasis como secundaria (2D50-2E2Z). Asimismo, codifique una neoplasia que no figure en la lista de sitios comunes de metástasis y que esté especificada como "metastásica" como secundaria, y una neoplasia que no figure en la lista de sitios comunes de metástasis y que no esté especificada como "metastásica" como primaria (véase la sección 2.21.5.2 para los bloques utilizados para las neoplasias malignas primarias).

- *excepción*: Codifique las neoplasias como primarias, aunque se describan como "metastásicas", cuando se informe que se deben a una condición que aumenta el riesgo de una neoplasia maligna de ese sitio o tejido, tanto si el sitio está en la lista de sitios comunes de metástasis como si no.

Ejemplo 1

1	(a)	Cáncer de hígado	2D80.0
	(b)	Cáncer de colon metastásico	2B90
	(c)		
	(d)		
2			

Codifique como metástasis de neoplasia maligna en hígado (2D80.0) y neoplasias malignas de colon, sin especificación (2B90.Z) . El hígado está en la lista de sitios comunes de metástasis pero el colon no.

Ejemplo 2

1	(a)	Cáncer de vesícula biliar metastásico	2C13.Z
	(b)	Cáncer de colon metastásico	2B90.Z
	(c)		
	(d)		
2			

Codifique tanto las neoplasias malignas de la vesícula biliar, sin especificación (2C13.Z) como las neoplasias malignas del colon, sin especificación (2B90.Z) como primarias. El orden de entrada no afecta a la codificación.

2.21.6 Secuelas

Una secuela es una condición crónica resultante de una afección aguda y que comienza durante esa afección aguda. La afección aguda ya no está presente en sí misma.

La clasificación proporciona ciertas categorías que deben utilizarse cuando las afecciones se notifican como secuelas, efectos tardíos u otras afecciones especificadas en esta sección (por ejemplo, *1G80-1G8Y Secuelas de enfermedades infecciosas*). Cuando no se proporcione una categoría específica para la afección descrita como secuela (por ejemplo, los efectos tardíos de las lesiones se codifican en la categoría residual del capítulo que también puede incluir afecciones agudas), utilice el código adicional XT9C Causa del efecto tardío, si lo desea, para identificar que la primera afección se notificó como causa de una secuela (por ejemplo, Secuelas de traumatismos craneales: NA0Z&XT9C Lesiones en la cabeza, no especificadas & Causa de efecto tardío).

2.21.6.1 Afecciones consideradas como secuelas

Considere las siguientes categorías presentes un año o más después de la aparición de la afección anterior como un efecto tardío:

1G84 Secuelas de la encefalitis viral
1G85 Secuelas de la difteria
1G8Y Secuelas de otras enfermedades infecciosas especificadas
5B63 Secuelas del raquitismo
8B25 Efectos tardíos de la enfermedad cerebrovascular
Efectos tardíos de lesiones, de envenenamiento o de algunas otras consecuencias de causas externas
Efectos tardíos de causas externas de morbilidad o mortalidad

2.21.6.2 Secuelas de la tuberculosis

Las secuelas de la tuberculosis (1G80) incluyen las afecciones especificadas como tales o como detenidas, curadas, sanadas, inactivas, antiguas o quiescentes, o descripciones similares, a menos que haya evidencia de tuberculosis activa. Esto no incluye la tuberculosis crónica, que debe codificarse como enfermedad infecciosa activa.

2.21.6.3 Secuelas del tracoma

Las secuelas del tracoma (1G81) incluyen los residuos del tracoma especificados como curados o inactivos y ciertas secuelas especificadas, como la ceguera, el entropión cicatricial y las cicatrices conjuntivales, a menos que haya evidencia de infección activa. No incluye el tracoma crónico, que debe codificarse como enfermedad infecciosa activa.

2.21.6.4 Secuelas de encefalitis viral, difteria u otras enfermedades infecciosas especificadas

Las secuelas de la encefalitis viral (1G84), de la difteria (1G85) o de otras enfermedades infecciosas (1G8Y) incluyen las afecciones especificadas como tales o como detenidas, curadas, sanadas, inactivas, antiguas o quiescentes. Las secuelas también incluyen las afecciones presentes un año o más después del inicio de las afecciones clasificables en las categorías de enfermedades infecciosas, a menos que haya evidencia de enfermedad activa. Esto no incluye las enfermedades infecciosas crónicas, que deben codificarse como enfermedad infecciosa activa.

2.21.6.5 Secuelas del raquitismo

Las secuelas del raquitismo (5B63) incluyen las afecciones reportadas como secuela o efecto tardío del raquitismo, o el raquitismo previo como causa de afecciones presentes un año o más después de la aparición del raquitismo. Esto no incluye la desnutrición crónica o la deficiencia nutricional, que debe codificarse como desnutrición o deficiencia nutricional actual.

2.21.6.6 Efectos tardíos del Capítulo 22 y del 23

Los efectos tardíos de traumatismos, intoxicaciones u otras consecuencias de causas externas o los efectos tardíos de causas externas de morbilidad o mortalidad incluyen los especificados como tales, o como secuelas, y los presentes un año o más después de la lesión aguda o el evento originario. Codifique en la afección activa o causa externa originaria y adicione el código XT9C al clúster, si lo desea, para retener la información de que fue reportada como un efecto tardío.

2.21.7 Coherencia entre el sexo del paciente y el diagnóstico

La mayoría de las categorías de la CIE-11 se aplican a todas las personas sin referencia al sexo. Sin embargo, algunas enfermedades son más probables en un sexo biológico. En los Anexos de Mortalidad 3.14.11 Lista de categorías limitadas a, o más probables de ocurrir en mujeres y 3.14.12, Lista de categorías limitadas a, o más probables de ocurrir en hombres, figura una lista de esas enfermedades.

Al abordar los casos de inconsistencia entre el sexo del paciente y el diagnóstico informado, es importante ser consciente de las cuestiones relacionadas con la identidad de género. La legislación nacional puede regular el reconocimiento de la identidad de género o la reasignación de género (cambio de sexo), incluyendo la protección de la privacidad. Si existen obligaciones especiales de respetar la confidencialidad en torno a los casos de reasignación de sexo, éstas deben tenerse en cuenta en las decisiones de codificación y en la posterior difusión de los datos codificados.

A continuación se presenta la recomendación general para manejar la situación en la que existe una aparente inconsistencia entre el sexo y el diagnóstico notificado. Sin embargo, se trata de una directriz general que puede no ser siempre aplicable porque los requisitos legales varían entre los países.

Si hay una inconsistencia entre el sexo del fallecido y la causa de la muerte reportada - compruebe la información y asegúrese de que no se ha producido ningún error de notificación. Puede obtener más información del certificador o de los funcionarios del registro. Si la comprobación muestra que el sexo o el diagnóstico son un error, corrija el que se cree erróneo.

Si no se dispone de más información y - no se puede decidir si hay un error, o cuál de los dos datos (sexo y diagnóstico) es el que está equivocado, conserve el sexo registrado y codifique en MH14 Otras causas de muerte mal definidas y no especificadas. - *parece que se trata de un caso de reasignación de sexo o de una situación similar, entonces conserve el sexo registrado y codifique, si es posible, en un código sustitutivo que sea similar al diagnóstico informado pero que no sea específico de ninguno de los dos sexos. Por ejemplo, una neoplasia de los órganos genitales específica del sexo podría codificarse como 2D4Y Otras neoplasias malignas de localización primaria mal definida o no especificada. Si no existe un código sustitutivo adecuado, codifique en MH14 Otras causas de muerte mal definidas y no especificadas*.

Considere la posibilidad de añadir una nota a las estadísticas en la que se especifique el número de casos recodificados debido a aparentes inconsistencias entre el sexo y la causa, teniendo en cuenta la confidencialidad exigida en cada país.

2.21.8 Instrucciones específicas sobre otras categorías de la CIE

2.21.8.1 Cardiopatías reumáticas agudas o crónicas

Las cardiopatías reumáticas se clasifican en fiebre reumática aguda con afectación cardíaca (1B41) o en afecciones crónicas en el quinto carácter .0 de *BB60-BC0Z Enfermedades de las válvulas cardíacas*, o en BC20 Cardiopatías reumáticas crónicas, no clasificadas en otra parte,

dependiendo de si el proceso reumático *descrito está activo o inactivo. Si no se indica que el proceso reumático estaba activo o inactivo en el momento de la muerte, codifique las siguientes afecciones cardíacas como activas (*1B41 *Fiebre reumática aguda con afectación cardíaca*):

- una afección cardíaca declarada como debida a la fiebre reumática, excepto el paro cardíaco, la insuficiencia cardíaca aguda y la endocarditis bacteriana;
- una afección cardíaca especificada como reumática y descrita como aguda o subaguda;
- Carditis, endocarditis, cardiopatía, miocarditis o pancarditis, descritas como reumáticas o declaradas como debidas a una enfermedad reumática, y la duración es inferior a un año;
- Carditis, endocarditis, cardiopatía, miocarditis o pancarditis, descritas como reumáticas o declaradas como debidas a una enfermedad reumática, y el fallecido tiene menos de 15 años.

2.21.8.2 Muerte obstétrica de causa no especificada, Muertes obstétricas de 42 días a 1 año después del parto, Secuelas de causas obstétricas

Las categorías JB60, JB61 y JB62 clasifican las muertes obstétricas según el tiempo transcurrido entre el evento obstétrico y la muerte de la mujer. La categoría JB60 debe utilizarse cuando una mujer muere durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto o el puerperio y la única información que se proporciona es la muerte "materna" u "obstétrica". Si se especifica la causa obstétrica de la muerte, no utilice la categoría JB60, sino codifíquela en la categoría adecuada. La categoría JB61 se utiliza para clasificar las muertes por cualquier causa obstétrica que ocurran después de 42 días pero menos de un año después de la terminación del embarazo. La categoría JB62 se utiliza para clasificar las muertes por cualquier causa obstétrica que ocurren un año o más después de la terminación del embarazo.

2.21.8.3 Muertes debidas a ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

El Capítulo 19 "Algunas afecciones que se originan en el periodo perinatal" incluye las afecciones que tienen su origen en el periodo perinatal aunque la muerte o la morbilidad se produzcan posteriormente.

En el caso de los fallecidos de menos de 28 días, asuma que la afección notificada se desarrolló en el periodo perinatal, a menos que se indique la duración, y que el inicio fue después de la primera semana completa de vida.

Utilice un código del Capítulo 19, si:

- la afección se incluye en el capítulo 19.
- la afección se especifica como congénita/perinatal/recién nacido.
- la duración de la afección indica que ésta se desarrolló en el periodo neonatal o perinatal. Esto se aplica incluso si la afección no se especifica como neonatal o perinatal en el certificado.

Algunas afecciones originadas en el periodo perinatal están excluidas del Capítulo 19, como:

1A00 – 1A40.Z	Enfermedades infecciosas intestinales
1A60	Sífilis congénita
1A70 -1A7Z	Infección gonocócica congénita
1C15	Tétanos neonatal
1C60 – 1C62.Z	Enfermedad del VIH
1A00 – 1H0Z	Enfermedades infecciosas, adquiridas después del nacimiento
2A00 – 2F9Z	Neoplasias
3A10	Anemia hemolítica hereditaria
4A01.03	Hipogammaglobulinemia transitoria del lactante
5A00 – 5D46	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
8A00-8E7Z	Ciertas enfermedades del sistema nervioso
BC43.3	Fibroelastosis endocárdica
DA93.0	Íleo paralítico
EA50	Reacciones cutáneas mediadas por toxinas a una infección bacteriana sistémica o a distancia
EH40.00	Costra láctea
EH40.10	Dermatitis irritante primaria del pañal
LA00 – LD9Z	Anomalías del desarrollo
NA00 – NF2Z	Traumatismos, intoxicaciones u otras consecuencias de causas externas

En algunas afecciones diagnosticadas por debajo de una edad determinada, se supone que la afección era congénita. Véase la siguiente sección, "Anomalías del desarrollo".

Feto o recién nacido afectado por factores maternos o por complicaciones del embarazo, el trabajo de parto o el parto

Las afecciones de la madre que afecten al feto o al recién nacido deben notificarse en la Parte 1 o en la Parte 2 del certificado de defunción y, siempre que sea posible, deben codificarse como KA00-KA0Z Feto o recién nacido afectado por factores maternos o por complicaciones del embarazo, el trabajo de parto o el parto.

Cuando una afección materna específica que afecta al feto o al recién nacido es codificada inicialmente fuera del Capítulo 19 por la herramienta de codificación, codifíquela en KA00-KA0Z. Utilice también un código adicional si lo desea para identificar la afección materna específica notificada.

Considere una afección como materna si se especifica como tal, o si el propio término indica que se trata de una afección materna (por ejemplo, hemorragia obstétrica), o la información adicional notificada en el Cuadro B: Otros datos médicos, sugiere que la afección es materna.

Ejemplo 1

1	(a)	Prematuridad
	(b)	Incompetencia cervical {GA15.6} KA01
	(c)	
	(d)	
2		

La afección materna, incompetencia cervical, afectó al recién nacido causándole una prematuridad. El código proporcionado por la herramienta de codificación es GA15.6, que está fuera del capítulo 19. Códifique KA01.0 *Feto o recién nacido afectado por incompetencia del cuello uterino*.

La siguiente tabla proporciona los códigos de ciertas afecciones maternas y los códigos correspondientes a estas afecciones cuando afectan al feto o al recién nacido. Tenga en cuenta que hay afecciones que no figuran en la lista pero que siguen codificándose en KA00-KA0Z. Por ejemplo, la quimioterapia materna o el procedimiento quirúrgico en la madre pueden no tener asignado un código pero aún así pueden clasificarse en [KA00.9] y KA00.A respectivamente.

Afecciones maternas	**Codifique en:**
JA20-JA2Z Edema, proteinuria o trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto o el puerperio, excepto JA22	*KA00.0 Feto o recién nacido afectado por trastornos hipertensivos de la madre*
JA22 Edema o proteinuria gestacional sin hipertensión	*KA00.1 Feto o recién nacido afectado por edema o proteinuria gestacional sin hipertensión*
GB40-GC2Z Enfermedades del sistema urinario	*KA00.2 Feto o recién nacido afectado por enfermedades del riñón o las vías urinarias en la madre*
Capítulo 01 Algunas enfermedades infecciosas o parasitarias	*KA00.3 Feto o recién nacido afectado por enfermedades infecciosas de la madre*
DA0C Enfermedad periodontal	*KA00.4 Feto o recién nacido afectado por una enfermedad periodontal de la madre*
Capítulo 12 Enfermedades del sistema respiratorio, *o* LA70-LA7Z *Anomalías estructurales del desarrollo del sistema respiratorio*	*KA00.5 Feto o recién nacido afectado por una enfermedad respiratoria en la madre*
5B50 -5C3Z Trastornos nutricionales	KA00.*6 Feto o recién nacido afectado por un trastorno nutricional en la madre*
Capítulo 22 Traumatismos, intoxicaciones u otras consecuencias de causas externas	KA00.*8 Feto o recién nacido afectado por una lesión traumática en la madre*
JB64.*0 Anemia que complica el embarazo, el parto o el puerperio*	*KA00.B Feto o recién nacido afectado por anemia materna*
GA15.6 Insuficiencia del cuello uterino	*KA01 Feto o recién nacido afectado por complicaciones maternas del embarazo*
JA01 Embarazo ectópico	*KA01 Feto o recién nacido afectado por complicaciones maternas del embarazo*
JA40 - JA4Z Hemorragia obstétrica	*KA01 Feto o recién nacido afectado por complicaciones maternas del embarazo*
JA80 Atención materna relacionada con embarazo múltiple	*KA01 Feto o recién nacido afectado por complicaciones maternas del embarazo*
JA87 Polihidramnios	*KA01 Feto o recién nacido afectado por complicaciones maternas del embarazo*
JA88.0 Oligohidramnios	*KA01 Feto o recién nacido afectado por complicaciones maternas del embarazo*
JA89 Atención materna por ruptura prematura de membranas	*KA01 Feto o recién nacido afectado por complicaciones maternas del embarazo*
JA8A Atención materna por trastornos placentarios	*KA02 Feto o recién nacido afectado por complicaciones de la placenta*

JA8C Atención materna por desprendimiento prematuro de la placenta	*KA02 Feto o recién nacido afectado por complicaciones de la placenta*
JB08 Trabajo de parto o período expulsivo complicado debido a problemas del cordón umbilical	*KA03 Feto o recién nacido afectado por complicaciones del cordón umbilical*
JA88 Atención materna *relacionada con ciertos trastornos especificados del líquido o de las membranas amnióticas*, excepto JA88.0	*KA04 Feto o recién nacido afectado por otras anormalidades de las membranas*
JB00-JB0Z Complicaciones durante el trabajo de parto o el parto	*KA05 Feto o recién nacido afectado por ciertas complicaciones del trabajo de parto y el período expulsivo*

2.21.8.4 Instrucciones especiales sobre las muertes fetales

Algunos organismos internacionales requieren datos tanto de los nacidos vivos como de las muertes fetales, pero otros no incluyen las muertes fetales en sus estadísticas de mortalidad. Por lo tanto, si las muertes fetales se incluyen en el registro nacional de mortalidad, deben ser fáciles de identificar, de modo que los datos incluyan o no las muertes fetales según lo solicite el organismo al que se entregarán los datos.

Si no está claro si el certificado de defunción se refiere a una muerte fetal o a un niño nacido vivo, vuelva a consultar al certificador si es posible. Si el certificador confirma que se trata de un caso de muerte fetal, o si otras pruebas apuntan a una muerte fetal, marque la muerte como fetal en las estadísticas de mortalidad. Si no se indica la causa de la muerte, codifique KD3B.Z Muerte fetal de causa ni momento respecto al parto no especificados.

Si el certificador declara que el niño nació vivo pero no informa la causa de la muerte, entonces codifique en KD5Z Afecciones originadas en el periodo perinatal o neonatal, sin especificar.

Consulte las definiciones de nacido vivo y muerte fetal en sección 2.25.4.2.

2.21.8.5 Anomalías del desarrollo

Las afecciones clasificadas como anomalías del desarrollo deben codificarse como congénitas si la duración de la afección indica que existía desde el nacimiento, incluso si la afección no se especifica como congénita en el certificado de defunción. Esto se aplica a todas las afecciones para las que se dispone de un código congénito específico, esté o no el código en el capítulo 20. Consulte la herramienta de codificación para obtener el código apropiado para la afección con el modificador "congénito".

Además, las siguientes afecciones deben codificarse como congénitas a las edades indicadas, siempre que no haya indicios de que se hayan adquirido después del nacimiento:

- Menos de 1 año de edad
  - aneurisma
  - estenosis aórtica
  - atresia
  - atrofia del cerebro
  - quiste del cerebro
  - deformidad
  - desplazamiento de órgano
  - ectopia
  - hipoplasia del órgano
  - malformación
  - estenosis pulmonar
  - enfermedad cardíaca valvular
- Menos de 4 semanas de edad
  - enfermedad cardíaca SAI
  - hidrocefalia SAI

2.21.8.6 Traumatismos múltiples en la misma región del cuerpo y traumatismos que afectan a varias regiones del cuerpo

En la codificación de causas múltiples, no utilice los códigos de traumatismos múltiples de la misma región corporal Traumatismos múltiples de sitios específicos' (NA00-ND1Z) o los códigos de *ND30-ND37 Traumatismos que afectanan a múltiples regiones corporales*, si se dispone de información específica sobre los traumatismos implicados. Codifique cada traumatismo por separado y utilice los códigos de traumatismos específicos en la medida de lo posible. La información sobre los traumatismos múltiples se obtiene en la cadena de códigos de causas múltiples como un conjunto de códigos de traumatismos específicos.

2.21.8.7 Complicaciones de la atención médica y quirúrgica

Hay una breve lista de complicaciones específicas no clasificadas en otra parte en el capítulo 22, (NE8Z). Las complicaciones tempranas y las afecciones derivadas de dispositivos, implantes o injertos se codifican aquí. Codifique las complicaciones tardías y las complicaciones de larga duración de la función de los órganos en la sección de posprocedimientos del capítulo del sistema correspondiente.

2.21.8.8 Intencionalidad de las causas externas

Intención no determinada

El bloque de intención no determinada (PF40-PH8Z) cubre los sucesos en los que la información disponible es insuficiente para que una autoridad médica o jurídica (legal) pueda distinguir entre

causas no intencionales, lesiones intencionales autoinfligidas o agresiones ([PA00-PF2Z]). Se incluyen los siguientes casos:

- Cuando las causas externas son reportadas como de intencionalidad que no pudo ser determinada
- Cuando se reportan las lesiones autoinfligidas sin especificar la intencionalidad

Tenga en cuenta que las intoxicaciones autoinfligidas informadas sin especificar se asumen como no *intencionales* y se codifican en *PB20-PB36 Exposición no intencional a sustancias o a sus efectos dañinos*.

Tenga en cuenta que la notificación de la intención puede verse afectada por las disposiciones legales de cada país o región; la asignación de los códigos debe seguir dichas disposiciones cuando corresponda.

2.21.8.9 Codificación de los eventos de lesiones por el transporte

Consulte la sección 2.23.19 para ver las descripciones de los eventos de lesión en el transporte.

1. *Cuando un evento de lesión de transporte terrestre no se especifica si fue un evento de lesión de tráfico o de no tráfico:*
- *Considérelo como un evento de lesiones de tráfico a menos que:*
    a. se especifique un lugar que no sea una calle o carretera pública
    b. sólo estén implicados vehículos todoterreno, peatones o animales
- Si dicho evento cumple con cualquiera de los anteriores a. o b., considérelo como un evento de lesiones fuera de la carretera, a menos que se indique lo contrario.

2. *Cuando se notifique una lesión no intencional que implique más de un tipo de transporte, utilice el siguiente orden de precedencia:*
    - aviones y naves espaciales
    - moto de agua
    - otros medios de transporte
3. *Cuando la descripción de un evento de lesión en el transporte terrestre no especifica el papel de la persona lesionada:*
- *Considere a la persona herida como un peatón, si la persona herida se describe como aplastada, arrastrada, atropellada, herida, muerta, derribada o atropellada por cualquier vehículo.*
- *Si no es así, considere a la persona herida como ocupante o conductor del vehículo mencionado.*

4. *Cuando se mencione más de un vehículo, no haga ninguna suposición sobre qué vehículo ocupaba la persona herida, a menos que los vehículos sean del mismo tipo. En su lugar,*

Codifique las categorías apropiadas, teniendo en cuenta el orden de precedencia indicado en la nota 2 anterior.

2.21.8.10 Factores que influyen en el estado de salud o en el contacto con los servicios de salud

Este capítulo no debe utilizarse para la comparación internacional ni para la codificación de la mortalidad primaria (es decir, como causa básica de defunción). Los códigos del capítulo pueden añadirse como códigos de causas múltiples.

2.21.8.11 Agentes infecciosos notificados solos en un certificado de defunción

Cuando un agente infeccioso es reportado solo en un certificado de defunción y si no se encuentra un término en el índice para la infección del agente infeccioso, remítase al capítulo X y codifique en la infección de sitio no especificado del progenitor más detallado del agente infeccioso.

Ejemplo 1

1	(a)	Adenovirus	1D90
	(b)		
	(c)		
	(d)		
2			

El adenovirus es un agente infeccioso clasificado a XN000. Codifique **1D90 Infección por adenovirus de localización no especificada**.

Ejemplo 2

1	(a)	Staphylococcus aureus	1C41& XN6BM
	(b)		
	(c)		
	(d)		
2			

El estafilococo áureo es un agente infeccioso clasificado en XN6BM. No existe ningún término índice para la infección por estafilococo áureo. Codifique en la infección de su progenitor Staphylococcus más detallada, **1C41 Infección bacteriana de localización no especificada** y añada XN6BM para identificar el agente infeccioso específico notificado.

Ejemplo 3

1	(a)	Escherichia Coli	1C41& XN6P4
	(b)		
	(c)		
	(d)		
2			

La Escherichia Coli es un agente infeccioso clasificado como XN6P4. No existe ningún término índice para la infección por 'Escherichia Coli', ni para sus ancestros XN4WC Escherichia y XN5PZ Bacterias Gram Negativas. Codifique la infección de su Bacteria progenitora más detallada en 1C41 Infección bacteriana de sitio no especificado, y añada XN6P4 para identificar el agente infeccioso específico notificado.

2.22 Solución digital de extremo a extremo para la mortalidad (formularios, herramientas y módulos de formación)

Certificado médico de causas de defunción electrónico (eCMCD)

El certificado médico de causas de defunción es la base para recoger información sobre las causas de defunción. El formulario está diseñado para recoger todos los aspectos relevantes para asignar la causa de la muerte y es independiente de la revisión de la CIE. Además de la plantilla del formulario en papel de la sección 3.14, se ponen a disposición las especificaciones técnicas para un formulario digital. Las especificaciones sirven para estandarizar la entrada en línea con el formulario estándar e incluyen un diccionario de datos para los nombres de los campos y la codificación del contenido que permite procesar el contenido con la API para la codificación, así como con el software para la selección de la causa básica de defunción única.

Herramientas digitales para las causas de la defunción

El software de codificación de la mortalidad consiste en programas que ayudan a la codificación, a la selección de la causa única básica de la muerte y a la evaluación de la calidad de la codificación o de la calidad de los datos a nivel de la población.

El software integrado de la OMS para la selección automatizada de la causa básica de defunción (Digital Open Rule Integrated) asiste en la selección de la causa básica de defunción. Puede utilizarse en línea y fuera de línea. Las reglas de mortalidad de la CIE detalladas en la sección 2.21 fueron convertidas a un formato digital para su procesamiento por este software. La OMS pretende que converjan los diferentes esfuerzos en la programación de dicho software.

Análisis de mortalidad y causas de muerte 3 (ANACoD-3)

Este software realiza un análisis exhaustivo y sistemático de los datos de mortalidad y causa de muerte. ANACoD3 analiza los datos a nivel subnacional para informar de posibles problemas de equidad en salud o patrones de brotes; también analiza los datos a lo largo de múltiples periodos de tiempo para realizar análisis de tendencias y permite el análisis de los datos de causa de muerte codificados tanto en formato CIE-10 como CIE-11. Está disponible en varios idiomas. Si necesita ayuda para utilizar la herramienta, envíe un correo electrónico a mortality@who.int.

CodEdit

Software que ayuda a los productores de estadísticas de causa de muerte a reforzar su capacidad para realizar comprobaciones rutinarias de plausibilidad en su codificación de datos. Permite el análisis de los datos de causa de muerte codificados en los formatos CIE-10 y CIE-11

Herramienta interactiva de autoaprendizaje de la OMS

La herramienta electrónica de capacitación de la OMS está diseñada para el autoaprendizaje y el uso en el aula. La estructura modular de esta capacitación permite a los grupos de usuarios la adaptación específica de los cursos a las trayectorias individuales si así lo desean. Hay dos módulos de la herramienta de capacitación relacionados con la mortalidad.

Módulo de autoaprendizaje de la certificación de causas de defunción

Un módulo de capacitación que utiliza la versión del certificado médico de causas de defunción para las personas que llenan las causas en un certificado.

Recomendaciones para realizar la inspección externa de una persona fallecida para llenar un certificado de defunción

Un documento que proporciona recomendaciones para llevar a cabo una inspección externa de un cadáver y llenar los datos en el certificado médico de causas de defunción (CMCD) utilizando el modelo del certificado médico internacional de las causas de defunción de la OMS de 2016.

Se puede acceder a otros programas o herramientas a través de:
https://www.who.int/standards/classifications o https://icd.who.int

2.23 Principales usos de la CIE: Morbilidad

Los datos de morbilidad se utilizan para la elaboración de informes estadísticos sobre todo a nivel nacional o local. Aunque algunos de estos informes estadísticos se llevan a cabo en un contexto de investigación académica, lo habitual es que se realicen en entornos aplicados para informar sobre la toma de decisiones del sistema de salud y de las agencias de salud pública. Los datos codificados con la CIE también constituyen la base de diferentes sistemas de casuistica hospitalaria (casemix), como las distintas variedades de Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRDs). Los datos de morbilidad codificados también pueden utilizarse para fundamentar una serie de directrices clínicas mediante el suministro de información básica en la carga de la enfermedad. Las normas que aquí se exponen están destinadas principalmente a la elaboración de informes y análisis internacionales, pero también se recomiendan como norma para su uso nacional.

2.23.1 Uso de la CIE en la atención clínica

La atención clínica comprende diferentes niveles de tratamiento, todos los cuales suponen un nivel de capacidad de diagnóstico superior al de la atención primaria. La CIE aborda este nivel de detalle principalmente a través de la codificación multidimensional. La atención secundaria se refiere a los servicios de atención sanitaria prestados por especialistas médicos y otros profesionales de la salud que generalmente no tiene el primer contacto con los pacientes, por ejemplo, cardiólogos, urólogos o dermatólogos. Incluye la atención aguda, el tratamiento necesario durante un breve periodo de tiempo para una enfermedad, lesión u otra condición de salud breve pero grave, como en el servicio de urgencias de un hospital. También incluye la asistencia especializada durante el parto, los cuidados intensivos y los servicios de imagenología médica. La "atención secundaria" se utiliza a veces como sinónimo de "atención hospitalaria". Sin embargo, muchos proveedores de atención secundaria no trabajan necesariamente en los hospitales, como los psiquiatras, los psicólogos clínicos o los fisioterapeutas, y algunos servicios de atención primaria se prestan dentro de los hospitales. Dependiendo de la organización y las políticas del sistema nacional de salud, es posible que los pacientes deban acudir a un proveedor de atención primaria para que los remita antes de poder acceder a la atención secundaria. La atención terciaria se refiere a la atención sanitaria consultiva especializada, normalmente para pacientes internos y tras la derivación de un profesional de la salud de atención primaria o secundaria, a un centro que cuenta con personal e instalaciones para la investigación y el tratamiento médico avanzado, como un hospital de referencia terciario.

2.23.2 Uso de la CIE con fines epidemiológicos

La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud (incluida la enfermedad) y la aplicación de este estudio al control de las enfermedades y otros problemas sanitarios. Se pueden utilizar varios métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se utilizan para estudiar la distribución y los estudios analíticos se utilizan para estudiar los determinantes. Los datos codificados por la CIE, ya sean de morbilidad o de mortalidad, contribuyen a la comprensión de la salud de una población.

2.23.3 El uso de la CIE en la calidad y la seguridad del paciente

La información sanitaria codificada se utiliza para medir e informar sobre diversos aspectos de la calidad de la atención y la seguridad del paciente (por ejemplo, informar sobre las tasas de mortalidad intrahospitalaria o de eventos adversos para diversas afecciones o informar sobre los indicadores de seguridad del paciente). Los usuarios de este tipo de información sanitaria son los financiadores de los sistemas sanitarios (por ejemplo, los ministerios de salud o, en los sistemas sanitarios de financiación privada, las compañías de seguros médicos) y otras partes interesadas, como los consejos de calidad sanitaria, los administradores de hospitales, los líderes/grupos clínicos o las organizaciones de defensa pública.

2.23.3.1 El caso de uso de calidad y seguridad para la CIE-11

El caso de uso de la CIE en la calidad y la seguridad se basa en la disponibilidad de un gran número de herramientas metodológicas que se basan originalmente en la CIE-10. Algunos ejemplos concretos son los índices de comorbilidad de Charlson y Elixhauser, los indicadores de seguridad de los pacientes de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Sanitaria (AHRQ por sus sigñas en inglés), la tasa de mortalidad estandarizada en los hospitales y otros indicadores de calidad de los datos administrativos. Las recomendaciones de la OMS sobre las reglas de codificación de los episodios de separación hospitalaria mejoran la comparabilidad de los registros entre hospitales y jurisdicciones. Entre los ejemplos específicos de reglas de codificación se incluyen: a) reglas para especificar la afección principal, b) número de códigos por registro, c) mecanismos de agrupación de códigos y d) uso de un sistema de visualización del estado que distinga los diagnósticos que surgen durante la estancia en el hospital de los presentes en el momento del ingreso. Los informes sobre la calidad y la seguridad de los pacientes suelen centrarse no sólo en la información de diagnóstico disponible en la Clasificación Internacional de Enfermedades, sino también en la información sobre los procedimientos, que actualmente se codifican en diversos sistemas de codificación de procedimientos específicos de cada país. La armonización de los conceptos ontológicos en los sistemas internacionales de codificación de procedimientos será importante en el futuro. Los códigos de complicaciones médicas y quirúrgicas disponibles de la CIE-11 están en consonancia con los conocimientos actuales en el ámbito de la seguridad y los eventos adversos.

2.23.3.2 Informes sobre los indicadores de calidad de la atención y seguridad del paciente

Este caso de uso está relacionado con el uso de información sanitaria codificada para medir e informar sobre diversos aspectos de la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes (por ejemplo, informar sobre las tasas de mortalidad intrahospitalaria o de eventos adversos para diversas afecciones, o informar sobre los indicadores de seguridad de los pacientes). El actor iniciador puede ser un consejo de calidad sanitaria, los administradores de los hospitales, los líderes/grupos clínicos, un financiador del sistema de salud (por ejemplo, los ministerios de salud o, en los sistemas sanitarios de financiación privada, las compañías de seguros médicos) o una organización de "vigilancia" de defensa pública. Los actores participantes son los administradores de los hospitales, los médicos, los responsables de la toma de decisiones del sistema de salud, los representantes públicos, los pacientes y sus familias y, a veces, incluso los medios de comunicación. Los requisitos para informar sobre los datos de calidad y seguridad son - Disponibilidad de datos a nivel de persona sobre episodios de prestación de asistencia a la

salud (por ejemplo, hospitalizaciones, visitas al médico) - Identificadores que permitan atribuir el episodio de prestación de asistencia a la salud a un proveedor, a un grupo de proveedores o a un centro sanitario u hospital determinado. - Información clínica sobre los diagnósticos presentes y los procedimientos realizados durante un episodio de prestación de asistencia a la salud . - Información clínica sobre los resultados relevantes, como la mortalidad, la duración de la estancia y los eventos adversos específicos. - Conocimientos analíticos entre los agentes iniciadores para que se preste atención a las consideraciones de validez de los datos, al conocimiento de los "mejores" indicadores (por ejemplo, los indicadores de seguridad del paciente más válidos), a la metodología de ajuste de riesgos, etc.

Los resultados son informes que contienen información sobre las dimensiones de la calidad del sistema. Éstos pueden proporcionar información global sobre el rendimiento del sistema o información comparativa estratificada por unidad de proveedor (por ejemplo, informes a nivel de médico, de hospital o regional).

2.23.3.3 Funcionalidad:

Un curso ideal de eventos para tal uso incluiría: - El actor iniciador comunica a las partes interesadas el deseo de llevar a cabo la medición de la calidad/seguridad y la elaboración de informes. - Se realizan las solicitudes adecuadas para asegurar el acceso a los datos necesarios para llevar a cabo el informe previsto. - Se recurre a los conocimientos metodológicos y clínicos adecuados para garantizar que se incorporan las mejores prácticas metodológicas al informe previsto y que se tienen en cuenta la validez y la aceptabilidad clínicas. - Se lleva a cabo el análisis de los datos y la elaboración del informe. - Se lleva a cabo una amplia difusión y traslación de conocimientos a las partes interesadas. Se emprende un proceso de mejora continua de la calidad en respuesta a los informes (teniendo en cuenta las intervenciones de mejora de la calidad y la repetición de las mediciones tras la intervención). - Excepciones: Los informes de calidad/seguridad que no siguen la secuencia de pasos descrita anteriormente pueden verse comprometidos. De hecho, hay muchos casos históricos de informes de calidad/seguridad fallidos o subóptimos a partir de datos administrativos debido a que se han saltado los pasos. (por ejemplo, 1. informes de calidad sin indicadores válidos o metodologías adecuadas para el ajuste del riesgo, 2. informes de calidad sin una buena validez clínica aparente, 3. informes de calidad sin una mentalidad de mejora continua de la calidad (MCC), etc.). - Ejemplos de casos de subutilización (que abordan las dimensiones de calidad de la eficacia, la eficiencia, la seguridad y el acceso): informes sobre la mortalidad global por centro (por ejemplo, la tasa de mortalidad estandarizada por hospital - TMEH); informes sobre la mortalidad específica de cada afección; informes sobre los indicadores de seguridad del paciente; informes sobre la duración de la estancia global o específica de cada afección; informes sobre las tasas de readmisión después de la hospitalización; informes sobre los costos globales o específicos de la atención (por ejemplo, el costo por hospitalización); informes sobre los tiempos de espera; información sobre la variabilidad de la utilización en áreas pequeñas.

2.23.3.4 Información adicional:

Requisitos:

Véase la sección "Requisitos" más arriba. Es necesario que haya un desarrollo y un perfeccionamiento continuos de las metodologías de notificación de la calidad (en esencia, una investigación continua en torno al desarrollo de nuevos indicadores de calidad de los datos administrativos y de nuevas metodologías para el ajuste de los riesgos en la notificación de resultados/calidad).

Supuestos:

Un supuesto subyacente en los informes de calidad o seguridad del paciente a partir de datos administrativos es la uniformidad en el formato de los datos y la validez de los mismos entre las unidades de comparación (es decir, entre proveedores, hospitales o jurisdicciones). La uniformidad en el formato y la validez de los datos no siempre está presente y ha sido un motivo común de crítica a los informes de calidad o seguridad del paciente derivados de datos administrativos. En este sentido, la OMS está promoviendo los esfuerzos en curso para que las reglas de codificación estandarizadas ayuden a facilitar la elaboración de informes comparativos reduciendo la variabilidad de los datos entre las unidades de comparación (por ejemplo, normas sobre factores como la definición de la "afección principal", el número de códigos posibles por registro y la aplicación de códigos para el tiempo o momento del diagnóstico). Véase también la descripción del caso de uso separado para la elaboración de informes comparativos internacionales.

En los países con sistemas de información sanitaria bien desarrollados, es bastante típico que los episodios de atención hospitalaria se registren con un número variable de códigos de la CIE que describen todas las afecciones/diagnósticos médicos que incidieron en un episodio de atención. Además, algunos sistemas permiten distinguir entre los diagnósticos que estaban presentes en el momento del ingreso y los que surgieron de novo durante la estancia en el hospital. En estos sistemas, el "resumen de alta" resultante puede utilizarse para la elaboración de informes de morbilidad exhaustivos y rutinarios, dentro de los cuales los conceptos de calidad y seguridad son un componente fundamental. Estos incluyen - los eventos adversos vinculados causalmente a la atención médica - los problemas en el proceso de atención (por ejemplo, un error en la administración de un medicamento), pero sin que se produzca un evento adverso real - los nuevos diagnósticos surgidos durante la estancia en el hospital en los que la relación causal con la atención médica es incierta

Para registrar y analizar la ocurrencia de tales eventos, es crucial que los sistemas de información sanitaria cuenten con informes rutinarios de morbilidad, dentro de los cuales los conceptos de calidad y seguridad son un componente importante de la codificación de la morbilidad.

2.23.3.5 Recomendaciones para el uso e interpretación de los datos codificados

Estas recomendaciones se aplican al uso de los registros en los que los datos fueron capturados y organizados como se recomienda en la sección anterior: - Seleccionar los registros que implican un evento de calidad o de seguridad del paciente: son todos los registros con cualquier código de calidad o de daño a la seguridad del paciente. - Resumir los tipos de daños a la calidad o a la seguridad del paciente representados en un conjunto de registros: seleccionar los registros con cualquier código de daños a la calidad o a la seguridad del paciente. - Resumir la distribución de los códigos de daños a la calidad o a la seguridad del paciente presentes en el conjunto

seleccionado. - Resumir las causas de daño a la calidad o a la seguridad del paciente en un conjunto de registros. - Resumir los mecanismos de calidad o seguridad del paciente en un conjunto de registros. - Resumir los daños a la calidad o a la seguridad del paciente en un conjunto de registros.

2.23.3.6 Uso de la CIE con fines de investigación

El caso de uso de la morbilidad para la CIE-11 incluye una serie de situaciones en las que el objetivo principal es trabajar en un paradigma de investigación académica para extraer información de los datos codificados por la CIE-11 con el fin de estudiar la carga de la enfermedad, los conglomerados de enfermedades, la distribución geográfica de las enfermedades y las repercusiones en la salud asociadas a diversas enfermedades. El paradigma de investigación es, por supuesto, más relevante cuando tiene relevancia traslacional para la política del sistema sanitario o la política de salud pública, en cuyo caso el paradigma de investigación, etiquetado como tal, se vuelve indistinto de los análisis de morbilidad aplicada realizados con el propósito de la planificación sanitaria. Aquí se menciona explícitamente el uso generalizado de los datos codificados de la CIE-11 en un paradigma de investigación, reconociendo que se trata de un motor importante para desarrollar un sistema de clasificación clínicamente rico y detallado, con características y reglas de codificación novedosas que mejoran el potencial de la clasificación como herramienta de investigación.

2.23.3.7 Uso de la CIE en la atención primaria

La atención primaria se ha definido como la atención sanitaria esencial de primera línea basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables, que se hacen universalmente accesibles a los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueden permitirse mantener. De relevancia para la atención primaria, la CIE-11 incluye muchas entidades de diagnóstico y de enfermedad que son motivos comunes de atención en el primer nivel de los servicios de salud . Puede tratarse de médicos familiares, enfermeras de salud local o, en otros entornos, también de especialistas, como los oftalmólogos.

La CIE-11 tiene una versión simplificada para los entornos de atención primaria con pocos recursos de diagnóstico. Para los entornos de altos recursos de diagnóstico, la lista tabular para las estadísticas de mortalidad y morbilidad contiene todos los elementos relevantes para la atención primaria y, por tanto, puede utilizarse en entornos de altos recursos para la atención primaria, así como para la atención secundaria y terciaria.

La nueva versión de la Clasificación Internacional de Atención Primaria de la “Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Académicas de Medicina General y Médicos Familiares” (WONCA por sus siglas en inglés) y la CIE-11 compartirán un subconjunto común de categorías.

La CIE-11 cuenta con una versión simplificada configurada para entornos de atención primaria con pocos recursos. Para los entornos de altos recursos, la lista tabular para las estadísticas de mortalidad y morbilidad contiene elementos relevantes para la atención primaria y, por tanto, puede utilizarse en entornos de altos recursos para la atención primaria, así como para la atención secundaria y terciaria.

2.23.3.8 Uso de la CIE en las agrupaciones de Casemix

En los sistemas de agrupación de casos, como el sistema de grupos relacionados con el diagnóstico (GRDs), los datos basados en la CIE se utilizan para el reembolso y/o la asignación de recursos. Estos sistemas se utilizan a nivel nacional de forma sistemática.

La asignación de los casos de los pacientes a los grupos se basa en un algoritmo que utiliza, además de la información de los diagnósticos codificados, los procedimientos codificados y una serie de otras variables. La base científica de los sistemas de casemix (casuística hospitalaria) se fundamenta en la economía de la asistencia médica y en la teoría de la medicina. Dado que los sistemas de casemix son una parte esencial de la administración en los países que los utilizan, la transferencia sin problemas a la nueva revisión de la CIE en estos sistemas es esencial para la aprobación y aplicación de la nueva revisión.

La CIE-11 se ha desarrollado para dar cabida a los diferentes niveles de detalle que se requieren en las agrupaciones de casemix relacionadas con el diagnóstico, en estrecha colaboración con los custodios de los diversos sistemas de casemix. El uso conjunto en un sistema de casemix específico está impulsado por los algoritmos de agrupación pertinentes y, en parte, también por la legislación nacional.

Por cuestiones de comparabilidad internacional de la actividad hospitalaria, se recomienda que los países adopten la nueva definición de diagnóstico principal de la OMS y que las implementaciones nacionales de la CIE-11 apliquen los nuevos códigos de extensión para los tipos de diagnósticos que se proporcionan con la CIE-11.

Para las tabulaciones internacionales, en vista de las diferencias en las definiciones de hospital, episodio de atención y paciente hospitalizado, los diagnósticos resultantes se enumeran con la ayuda de la lista corta internacional para la tabulación de la morbilidad hospitalaria (consulte la sección 2.25).

2.23.4 Qué se codifica: Afecciones del paciente

2.23.4.1 Afección principal

La definición de afección principal se refiere a la descripción de un episodio de atención hospitalaria.

El profesional de la salud debe registrar e identificar como afección principal aquella que se determine como motivo del ingreso, establecido al final del episodio de atención sanitaria. Esta determinación se apoya en evaluaciones e investigaciones que tienen como objetivo establecer el diagnóstico responsable del ingreso.

2.23.4.2 Afecciones múltiples que contribuyen a la necesidad de ingreso a la unidad médica

Cuando un episodio de atención a la salud incluya más de una afección que contribuya a la necesidad de ingreso (por ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva y neumonía; hemorragia cerebral aguda y fractura de cadera; lesiones múltiples: conmoción cerebral, fractura de costilla, fractura de fémur derecho tras un accidente de tráfico; o gripe A y cetoacidosis diabética de tipo

1), el profesional de la salud deberá registrar e identificar la afección principal para que sea la que se considere el motivo clínicamente más significativo del ingreso.

2.23.4.3 Otras afecciones

Además de la afección principal, el profesional de la salud debe, siempre que sea posible, enumerar por separado todas las demás afecciones o problemas tratados durante el episodio de atención a la salud. Las otras afecciones (también conocidas como diagnósticos adicionales) se definen como aquellas afecciones que coexisten en el momento del ingreso o que se desarrollan durante el episodio de atención a la salud y que afectan al manejo del paciente. Las afecciones relacionadas con un episodio anterior que no tienen relación con el episodio actual no deben registrarse como otras afecciones. Se recomienda, siempre que sea posible, llevar a cabo la codificación y el análisis de las afecciones múltiples para complementar los datos rutinarios.

2.23.5 Pautas de documentación para profesionales de la salud para la codificación de la morbilidad

El profesional de la salud responsable del tratamiento del paciente es también responsable de documentar las afecciones de salud del paciente. Esta información debe organizarse sistemáticamente utilizando métodos de registro estándar. Una historia clínica debidamente cumplimentada es esencial para una buena gestión del paciente. También es un prerrequisito esencial para la creación de un registro codificado válido de los diagnósticos de los pacientes, derivados mediante un proceso de codificación de la información escrita que describe el estado de salud del paciente. Cuando se dispone de un buen registro escrito de las afecciones del paciente, la codificación satisfactoria de esta información en la CIE y las clasificaciones asociadas produce una valiosa fuente de datos epidemiológicos y otros datos estadísticos sobre la morbilidad y otros problemas de salud.

La persona que transforma la información sobre la afección declarada en códigos (el "codificador") puede ser el profesional de la salud o un codificador clínico que no es responsable del tratamiento del paciente pero que está especialmente formado en el uso de la clasificación para asignar el o los códigos. En esta última situación, que es bastante común entre los países miembros, el codificador depende de la idoneidad de la documentación clínica relativa a las afecciones del paciente proporcionada por los profesionales de la salud en la historia clínica. La importancia primordial de la documentación clínica de los profesionales de la salud como punto de inicio de los datos sanitarios codificados no puede exagerarse y debe subrayarse como una cuestión de importancia clave dentro de los países y a nivel internacional, con implicaciones para la enseñanza de la información sanitaria y la documentación clínica dentro de los programas de formación de los profesionales sanitarios.

A efectos clínicos y de asignación de recursos, en muchos casos, la manifestación de una enfermedad (tipo y gravedad, por ejemplo, úlcera de grado 3) puede ser más relevante durante un episodio de tratamiento específico que la enfermedad subyacente (por ejemplo, diabetes mellitus). Para los programas de prevención a nivel nacional, el conocimiento de la etiología subyacente puede ser más importante. Las evaluaciones de calidad y seguridad requerirán la comunicación de detalles adicionales relacionados con la estancia. Para un análisis y uso

exhaustivos de los datos de morbilidad, es crucial disponer de un conjunto de datos con múltiples campos que permitan la captura de códigos relacionados con todos los aspectos mencionados.

Los datos de morbilidad se utilizan cada vez más en la formulación de políticas y programas sanitarios, así como en su gestión, seguimiento y evaluación, en la epidemiología, en la identificación de poblaciones de riesgo y en la investigación clínica (incluidos los estudios sobre la aparición de enfermedades en diferentes grupos socioeconómicos).

En el contexto de estas reglas de codificación de la morbilidad, el término facultativo se utiliza en todas las normas de morbilidad para referirse al médico o a cualquier profesional de la salud calificado que sea legalmente responsable de establecer el diagnóstico del paciente. Esta información debe organizarse de forma sistemática utilizando métodos de registro estándar. Un registro debidamente cumplimentado es esencial para una buena gestión del paciente y es una valiosa fuente de datos epidemiológicos y otros datos estadísticos sobre la morbilidad y otros problemas sanitarios.

El término episodio de atención se utiliza para todos los ámbitos, incluidos los ingresos hospitalarios. Se reconoce que la definición puede ser diferente en cada país, aunque la mayoría de las veces se considera que es un periodo de atención hospitalaria continua, que comienza el primer día de ingreso de un paciente en un centro sanitario y termina el día en que se separa de ese centro por alta, traslado o muerte. Algunos países consideran que los periodos de atención secuencial en diferentes salas del mismo hospital son episodios de atención distintos.

El profesional de la salud responsable del tratamiento del paciente es también responsable de documentar las condiciones de salud del paciente durante un episodio de atención sanitaria. Una buena documentación clínica es fundamental para la continuidad y la calidad de la atención al paciente, la comunicación entre los miembros del equipo de tratamiento, la seguridad del paciente y es el registro legal del episodio de atención del paciente. Cuando se dispone de un sólido registro escrito de las afecciones del paciente, la codificación correcta de esta información mediante la CIE y las clasificaciones asociadas produce una valiosa fuente de datos de morbilidad para respaldar:

- Planificación, gestión, seguimiento y evaluación de la atención sanitaria
- Epidemiología
- Identificación de las poblaciones de riesgo
- Investigación clínica
- Reembolso y financiación de la asistencia a la salud .

El profesional de la salud responsable del tratamiento del paciente debe seleccionar y documentar la afección principal, así como cualquier otra afección, para cada episodio de atención a la salud. Se recomienda, siempre que sea posible, que se documenten todas las afecciones para apoyar la codificación y el análisis de afecciones múltiples para complementar la captación de datos y la elaboración de informes de rutina.

2.23.5.1 Pautas para la documentación que implican el término "Múltiple" - Para el reporte de una sola afección

En los casos que impliquen, por ejemplo, "fracturas múltiples", "traumatismos craneales múltiples" o "valvulopatías múltiples", es una práctica de documentación aceptable registrar los diagnósticos utilizando el término "múltiple" y luego enumerar por separado las afecciones o lesiones específicas. Por ejemplo, Fracturas múltiples de pelvis: fractura de una rama del pubis, sacro, ilion.

2.23.5.2 Especificidad y detalle

Cada enunciado diagnóstico debe ser lo más informativo posible para que el codificador clínico pueda clasificar la afección a un código que capte mejor los detalles específicos proporcionados en el enunciado diagnóstico. Algunos ejemplos de estos enunciados diagnósticos son

- carcinoma de células transicionales del trígono de la vejiga
- apendicitis aguda con peritonitis localizada
- pericarditis meningocócica
- hipertensión inducida por el embarazo
- diplopía por reacción a un antihistamínico tomado según la prescripción
- artrosis de cadera debida a una fractura antigua de cadera
- fractura de cuello de fémur tras una caída en casa
- quemadura del espesor total en la palma de la mano izquierda debido a un accidente en la parrilla
- punción involuntaria del colon sigmoide durante la colonoscopia

2.23.5.3 Diagnósticos no confirmados

Si no se ha establecido un diagnóstico definitivo al final de un episodio de atención a la salud, el profesional de la salud deberá documentar la información que permita el mayor grado de especificidad y conocimiento sobre el motivo de ingreso que se haya establecido al final del episodio de atención. Puede tratarse de un síntoma, un hallazgo anormal o un problema. En lugar de calificar un diagnóstico como "posible", o "sospecha", cuando se ha considerado un diagnóstico pero no se ha establecido, cuando corresponda, registre el síntoma, el hallazgo anormal o el problema.

2.23.5.4 Documentación de una afección descartada

El profesional de la salud debe documentar como afección principal una afección "descartada" cuando el episodio de atención involucra a una persona que presenta algunos síntomas o evidencia de una condición anormal que requiere ser estudiada, pero que, después del examen y la observación, no muestra necesidad de tratamiento adicional, seguimiento u otra atención médica.

El profesional de la salud no debe documentar una afección descartada como afección principal si se proporcionó algún tratamiento para un síntoma o se requiere un seguimiento para

determinar la causa del signo o síntoma. En ese caso, el profesional de la salud debe documentar el signo o síntoma que se presentó y que fue tratado como la afección principal.

Ejemplo 1

Ingresada por sospecha de trombosis venosa profunda de pierna, que tras la investigación se descarta y no es necesario el seguimiento.

Afección principal: Trombosis venosa profunda descartada.

Ejemplo 2

Se encuentra a un niño jugando con un frasco de paracetamol vacío. La madre no está segura de si había pastillas en el frasco. Se lleva al niño al hospital y, tras la investigación, se determina que el niño no ingirió ninguna pastilla

Afección principal: Ingestión involuntaria de acetaminofeno (paracetamol) descartada.

Ejemplo 3

Un paciente tenía un Antígeno prostático específico (APE) elevado y se presentó para una biopsia de próstata. La biopsia no reveló ninguna evidencia de malignidad. No se planificó ningún seguimiento posterior para el paciente.

Afección principal: Neoplasia maligna de la próstata descartada.

Consulte la sección 2.23.17 Codificación de una afección "descartada" para obtener más detalles.

2.23.5.5 Contacto con los servicios de salud por motivos distintos a la enfermedad

Los episodios de atención sanitaria o de contacto con los servicios de salud no se limitan a la identificación, el tratamiento o la investigación de una enfermedad o lesión actual. Los episodios también pueden producirse cuando alguien que puede no estar actualmente enfermo requiere o recibe atención o servicios limitados. En este caso, el profesional de la salud debe documentar los detalles de las circunstancias relevantes como "afección principal".

Algunos ejemplos son:

- seguimiento de las afecciones previamente tratadas
- inmunización
- gestión de la anticoncepción, atención prenatal y posparto
- vigilancia de las personas en riesgo por sus antecedentes personales o familiares
- exámenes de personas sanas, por ejemplo, por razones de seguro o de trabajo
- búsqueda de consejos relacionados con la salud
- solicitudes de asesoramiento de personas con problemas sociales
- consulta en nombre de un tercero
- donantes de órganos o tejidos
- circunstancias relacionadas con medicamentos, procedimientos o dispositivos sin que se haya documentado una lesión o daño al paciente

El capítulo 24 "Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud" ofrece una amplia gama de categorías para clasificar estas circunstancias. La referencia a este capítulo dará una indicación del detalle necesario para permitir la codificación en la categoría más relevante.

2.23.5.6 Afecciones debidas a causas externas

Cuando se registra un traumatismo, un envenenamiento u otro efecto de causas externas, es importante documentar completamente tanto la naturaleza de la lesión como las circunstancias que la originaron. Por ejemplo:

- 'fractura del cuello del fémur causada por una caída debido a un resbalón en el pavimento'
- 'contusión cerebral causada cuando el paciente perdió el control del coche, que chocó contra un árbol'
- 'envenenamiento involuntario, el paciente bebió desinfectante por equivocación con un refresco'
- 'Hipotermia severa, la paciente se cayó en su jardín en clima frío'

Véase también la sección 2.23.20.2 Causalidad en el contexto de la calidad y la seguridad.

2.23.5.7 Documentación de las secuelas

Cuando un episodio de atención es para el tratamiento o la investigación de una condición residual (secuela) de una enfermedad que en sí misma ya no está presente, el profesional de la salud debe documentar la afección residual (secuela) y su origen, junto con una clara indicación de que la enfermedad original ya no está presente. Por ejemplo:

- 'tabique nasal desviado- fractura de nariz en la infancia'
- 'contractura del tendón de Aquiles - efecto tardío de la lesión del tendón'
- "Infertilidad por oclusión de las trompas a causa de una tuberculosis antigua".

Cuando se presenten múltiples secuelas y el tratamiento o la investigación no se dirija predominantemente a una de ellas, es aceptable una declaración documentada como "secuela de accidente cerebrovascular" o "secuela de fracturas múltiples".

2.23.6 Orientaciones al codificador para la selección de la "afección principal" y las "otras afecciones" para efectos de codificación

La afección principal y las otras afecciónes relevantes en un episodio de atención a la salud deberían haber sido identificadas y registradas por el profesional de la salud responsable, y por lo tanto la codificación suele ser sencilla. La afección principal registrada debe aceptarse para la codificación y el informe, a menos que sea obvio que el profesional médico no siguió las directrices para el registro de la información diagnóstica para el análisis de los datos de morbilidad. Siempre que sea posible, un registro con una afección principal obviamente incoherente o incorrectamente registrada debe devolverse al profesional de la salud para que lo aclare.

Si no es posible aclarar la documentación potencialmente errónea, el codificador clínico puede aplicar una de las siguientes reglas y volver a seleccionar la afección principal a efectos de notificación. Las reglas son para su uso cuando no está claro qué afección registrada debe seleccionarse como afección principal para efectos del reporte.

- MB1 Varias afecciones registradas como "afección principal"; o
- MB2 La afección registrada como "afección principal" es el síntoma de presentación de una afección diagnosticada y tratada; o
- MB3 Signos y síntomas registrados como "afección principal" con afecciones alternativas registradas como causa

Reglas de codificación para la reselección de la afección principal

2.23.6.1 MB1 - Varias afecciones registradas como "afección principal

Si se registran varias afecciones diferentes (que no pueden clasificarse en un único código de base) como "afección principal" y otros detalles del registro apuntan a que una de ellas es la "afección principal" (la afección determinada como motivo de ingreso establecido al final del episodio de atención), seleccione esa afección; de lo contrario, seleccione la afección registrada en primer lugar.

Si se desea informar también de otros tipos de diagnóstico de alta, es decir, de la afección principal por consumo de recursos o del motivo inicial de la atención o del ingreso, se debe asignar el código o códigos de extensión aplicables del capítulo X "Códigos de extensión", para indicar los diferentes tipos de diagnóstico de alta que se informan.

Ejemplo 1:

Un paciente fue ingresado quejándose de fiebre, escalofríos, fuerte dolor de cabeza y rigidez de cuello. Tras la investigación, se confirmó el diagnóstico de meningitis estafilocócica. Durante su estancia en el hospital, el paciente desarrolló una neumonía.

Enfermedad principal: Meningitis estafilocócica. Neumonía

Se han registrado dos afecciones como la principal y no es posible consultar al profesional de la salud . Los detalles del ejemplo apuntan a que la meningitis estafilocócica es la única afección que constituye el motivo de ingreso establecido al final del episodio de atención, por lo que el codificador debe codificar la meningitis estafilocócica como "afección principal". La neumonía se codifica como 'otra afección'. Cumple con la definición de 'otra afección' ya que es un diagnóstico que surgió durante el episodio de atención.

Ejemplo 2:

Un paciente con antecedentes de EPOC fue ingresado para una biopsia de próstata. El paciente fue evaluado por la EPOC. Se realizó la biopsia y el diagnóstico final de los resultados de la patología fue hipertrofia prostática benigna.

Enfermedad principal: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Hipertrofia de próstata.

Se han registrado dos afecciones como la principal y no es posible consultar al profesional de la salud . Los detalles del ejemplo apuntan a que la hipertrofia benigna de próstata es la afección que constituye el motivo del ingreso establecido al final del episodio de atención; por lo tanto, el codificador debe codificar la hipertrofia de próstata como "afección principal". La EPOC se codifica como "otra afección", ya que el médico la documentó como coexistente en el momento del ingreso y que afectaba al tratamiento del paciente.

Ejemplo 3:

Una paciente se presenta en el hospital a las 35 semanas de gestación con ruptura prematura de membranas espontánea. No tiene contracciones. La exploración revela que el bebé está en presentación de nalgas, por lo que se recomienda el nacimiento por cesárea. La madre da a luz a un bebé prematuro sano mediante cesárea.

Afección principal: Ruptura prematura de membranas. Presentación de nalgas.

Procedimiento: Nacimiento por cesárea

Se han registrado dos afecciones como la principal y no es posible consultar al profesional de la salud . Los detalles del ejemplo apuntan a que la ruptura prematura de membranas es la afección que constituye el motivo de ingreso establecido al final del episodio de atención. Por lo tanto, el codificador debe codificar la ruptura prematura de membranas como "afección principal" y la presentación de nalgas y el parto prematuro como "otras afecciones".

Ejemplo 4:

Un paciente ingresa en el hospital con neumonía e insuficiencia cardíaca congestiva.

Afección principal: Neumonía e insuficiencia cardíaca congestiva.

Se han registrado dos afecciones como la principal y no es posible consultar al médico. No hay otros detalles en el registro que apunten a una de las afecciones como la principal, por lo que, en este caso, el codificador debe seleccionar la primera afección de la lista como la principal. La neumonía se codifica como "afección principal" y la insuficiencia cardíaca congestiva se codifica como "otra afección".

2.23.6.2 MB2 - La afección registrada como "afección principal" es un síntoma que se presenta de una afección diagnosticada y tratada

Si se registra como "afección principal" un síntoma o signo (normalmente clasificable en el capítulo 21 Síntomas, signos o hallazgos clínicos, no clasificados en otra parte), o un problema clasificable en el capítulo 24 Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud, y éste es evidentemente el signo, síntoma o problema de presentación de una afección diagnosticada registrada en otra parte y se prestó atención a esta última, reseleccione la afección diagnosticada como la "afección principal".

Ejemplo 1:

La paciente se presenta en el hospital con queja por hematuria. Las investigaciones revelan un papiloma en la pared posterior de la vejiga como causa de la hematuria. El papiloma fue extirpado mediante diatermia.

Afección principal: Hematuria

Otras afecciones: Papiloma de la pared posterior de la vejiga

La hematuria (síntoma) se registra como afección principal; sin embargo, se determinó que era causada por el papiloma de la vejiga (afección diagnosticada y tratada). Por lo tanto, el codificador debe reseleccionar y codificar el papiloma de la pared posterior de la vejiga como la "afección principal".

Ejemplo 2:

La paciente se presenta en el hospital con dolor abdominal. Las investigaciones revelan una apendicitis aguda y la paciente es sometida a una apendicectomía.

Afección principal: Dolor abdominal

Otras afecciones: Apendicitis aguda

El síntoma "dolor abdominal" se registró como la afección principal; sin embargo, se determinó que era causado por una apendicitis. Por lo tanto, el codificador debe reseleccionar y codificar la apendicitis aguda como "afección principal".

Ejemplo 3:

Un paciente conocido con EPOC ingresa en el hospital con una insuficiencia respiratoria aguda que, tras la investigación, se descubre que está causada por una exacerbación aguda de la EPOC.

Afección principal: Insuficiencia respiratoria aguda

Otra afección: Exacerbación aguda de la EPOC

El síntoma "insuficiencia respiratoria aguda" se registró como la afección principal; sin embargo, se determinó que era causado por la exacerbación aguda de la EPOC. Por lo tanto, el codificador debe reseleccionar y codificar la EPOC como "afección principal

2.23.6.3 MB3 - Signos y síntomas registrados como "afección principal" con afecciones alternativas registradas como causa

Cuando un síntoma o signo se registre como "afección principal" con documentación que indique que puede deberse a una u otra afección, seleccione el síntoma como "afección principal".

Ejemplo 1:

Afección principal: Dolor de cabeza por tensión o sinusitis aguda

El síntoma "dolor de cabeza" se registra como la afección principal con dos posibles causas; por lo tanto, el codificador debe codificar el dolor de cabeza como la "afección principal".

2.23.7 Codificación de la morbilidad usando la poscoordinación

Una novedad importante en la CIE-11 es una funcionalidad integrada para la poscoordinación de detalles relacionados con los conceptos del diagnóstico, véase la sección 2.10.2 Combinación de códigos de base y códigos de extensión, y cómo ordenarlos en una agrupación de códigos compleja, y la sección 2.10.1 Adición de detalles: poscoordinación y codificación de agrupaciones con múltiples códigos de base y códigos de extensión.

La codificación poscoordinada de los conceptos de diagnóstico descritos por el profesional de la salud se muestra en los siguientes ejemplos:

Ejemplo 1

Un paciente ingresa en el hospital para el tratamiento con láser de su retinopatía diabética debida a la diabetes mellitus de tipo 2. Durante el ingreso la medicación del paciente para la hipertensión arterial requirió ser ajustada en varias ocasiones antes del alta. Codifique como afección principal la retinopatía diabética, no especificada postcoordinada con el código de base diabetes mellitus tipo 2 (9B71.0Z / 5A11). Codifique la otra afección, hipertensión esencial (BA00.Z).

Para la codificación de la morbilidad, el orden de los códigos en la primera agrupación del ejemplo 1 tiene la retinopatía diabética ordenada en primer lugar, ya que es la retinopatía diabética la que cumple con la definición de afección principal, seguida de la afección causante de la diabetes de tipo 2. (Nota: la clasificación indica que se codifique también el tipo de diabetes).

Cuando no se documenta una relación causal establecida o no se puede inferir, los dos códigos de base no pueden formar parte del mismo grupo.

Ejemplo 2

Paciente ingresada para la extracción de cataratas derecha. El paciente también tiene diabetes mellitus de tipo 2 y fue revisado por el endocrinólogo y el dietista para su plan de dieta e insulina a largo plazo. Codifique la afección principal como Catarata, no especificada, derecha (9B10 & XK9K). Codifique la otra afección como Diabetes mellitus de tipo 2 (5A11).

El ejemplo 2 demuestra la poscoordinación cuando no se ha documentado una relación causal entre la catarata y la diabetes de tipo 2 y no se puede inferir; por lo tanto, los dos códigos de base para cada afección se notifican por separado. Aquí se aplicó la poscoordinación para la lateralidad de la catarata.

2.23.7.1 Regla de codificación para el uso de códigos de extensión

Añadir detalles a los códigos de base utilizando los códigos de extensión

Los códigos de extensión de tipo 2 (una nueva sección de códigos en la CIE-11) proporcionan códigos distintos que sirven como alertas modificadoras de conceptos para marcar cómo debe utilizarse y/o interpretarse un diagnóstico. Algunos ejemplos de estos modificadores de códigos de extensión son:

- Tipos de diagnóstico de alta (afección principal; afección principal por consumo de recursos; motivo inicial de atención o ingreso);
- Certeza diagnóstica (diagnóstico provisional; diagnóstico diferencial)
- Momento del diagnóstico (Presente al ingreso; Desarrollado después del ingreso; Momento incierto del inicio en relación con el ingreso)

Para más detalles sobre el uso de todos los códigos de extensión disponibles, consulte la sección 2.9Códigos de extensión.

Ejemplo 1

Un paciente ingresa en el hospital con un dolor en el pecho y, tras una investigación, se le diagnostica un infarto del miocardio y, a continuación, desarrolla un derrame cerebral que le lleva a una hospitalización de un mes. El infarto de miocardio se codifica como la afección principal porque fue el motivo de ingreso establecido al final de la estancia. El derrame cerebral se codifica por separado y se puede poscoordinar con una alerta de código de extensión del tipo de diagnóstico que indica que el diagnóstico del derrame surgió después del ingreso.

Un sistema de este tipo con alertas de diagnóstico cumple los objetivos de los países que quieren una regla de codificación de motivo de ingreso, al tiempo que cumple los objetivos de los países que quieren poder hacer inferencias sobre las complicaciones de la atención y el consumo de recursos (que son relevantes para los sistemas de casemix y las evaluaciones de seguridad y calidad de los pacientes).

2.23.8 Codificación a partir de la documentación del profesional de la salud sobre las ‘’relaciones causales”

A veces, las afecciones que tienen una relación causal están claramente documentadas por el profesional de la salud utilizando términos como "debido a", "causado por" o "derivado de". Estos términos de conexión indican que el profesional de la salud ha establecido una relación causal entre, por ejemplo, la afección A debida a la afección B. Sin embargo, a veces las afecciones se documentan con términos de conexión que resultan ambiguos para el codificador, como "con", "después de", "en" y "seguida de". Cuando se documentan términos ambiguos y no está claro si el profesional de la salud se refiere a una relación causal o no, el codificador clínico debe codificar cada afección por separado y no vincular las afecciones en un grupo.

La agrupación (poscoordinación) es una novedad especialmente notable en la CIE-11 que ha permitido introducir nuevos y potentes mecanismos de codificación clínica para captar información clínica en dimensiones como:

- La codificación de la calidad y la seguridad por las lesiones y los daños relacionados con la atención sanitaria (véase el modelo de tres partes descrito en la sección 2.23.20.1)
- El traumatismo y la causa externa de la lesión
- La adición de detalles clínicos mediante códigos de extensión
- La especificación del tipo de diagnóstico y el momento del diagnóstico mediante códigos de extensión
- La descripción exhaustiva de los efectos tardíos (secuelas) derivados de afecciones anteriores (véase la sección 2.21.6)
- La descripción de diagnósticos en códigos de base interrelacionados cuando exista una clara relación causal entre ellos

Para más información sobre la inferencia causal en el contexto de la calidad y la seguridad, consulte la sección 2.23.20.2 Causalidad en el contexto de la calidad y la seguridad.

2.23.9 Codificación de sospechas de afecciones o síntomas, hallazgos anormales y situaciones en donde no hay enfermedad

Si el episodio de atención a la salud fue para un paciente hospitalizado, el codificador debe ser cauteloso a la hora de clasificar la afección principal en el Capítulo 21 Síntomas, signos o hallazgos clínicos, no clasificados en otra parte y en el Capítulo 24 Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud. Si no se ha realizado un diagnóstico más específico al final de la estancia en el hospital, o si realmente no había ninguna enfermedad o lesión actual codificable, entonces son admisibles los códigos de los capítulos anteriores. Las categorías pueden utilizarse de la forma habitual para otros episodios de contacto con los servicios de salud.

Si, tras un episodio de atención a la salud, la afección principal se registra como "sospechosa", "dudosa", etc., y no hay más información o aclaración, el diagnóstico sospechoso debe codificarse como si estuviera establecido.

Ejemplo 1

Afección principal: Sospecha de colecistitis aguda Si no se dispone de más información que indique que se ha llegado a un diagnóstico definitivo, codifique como "afección principal" la colecistitis aguda no especificada (DC12.0Z).

Ejemplo 2

Afección principal: Epistaxis grave. Paciente hospitalizada un día. No se informa de ningún procedimiento o investigación. Codifique la epistaxis (MD20). Aunque la epistaxis es un signo/síntoma, es aceptable ya que la paciente fue ingresada, obviamente, sólo para atender la urgencia inmediata.

2.23.10 Codificación usando categorías combinadas

La CIE proporciona ciertas categorías en las que dos afecciones o una afección y un proceso secundario asociado pueden representarse mediante un único código (es decir, un concepto precoordinado). Estas categorías combinadas deben utilizarse cuando se registre la información adecuada.

Ejemplo 1:

Afección principal: Enfermedad renal crónica (ERC), estadio 4 secundaria a enfermedad renal hipertensiva Otra afección: Hipertensión esencial Codifique en la enfermedad renal crónica, estadio 4 (GB61.4) y añada la enfermedad renal hipertensiva (BA02) en un clúster. Afección principal Clúster: GB61.4 /BA02. Otra afección: *BA00 Hipertensión esencial*

Ejemplo 2:

Afección principal: Glaucoma secundario a la *inflamación ocular;* Codifique *9C61.24 Glaucoma por inflamación ocular*. Se trata de un código precoordinado en la CIE-11.

Ejemplo 3:

Afección principal: Catarata diabética. Diabetes mellitus de tipo 1 Otras afecciones: Hipertensión Codifique la catarata diabética (9B10.21) y "codifique también" el tipo de diabetes mellitus (5A10). Poscoordine el código de base para la catarata diabética y el código de base para la diabetes mellitus de tipo 1. Clúster de la afección principal: 9B10.21 / 5A10. La hipertensión no está vinculada a la catarata ni a la diabetes, por lo que no forma parte del clúster. Se codifica como "otra afección".

Ejemplo 4:

Afección principal: Artritis reumatoide Otras afecciones: Hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, catarata Codifique la artritis reumatoide, serología no especificada (FA20.Z) como la "afección principal". Codifique las otras afecciones (hipertensión (BA00.Z), diabetes mellitus de tipo 2 (5A11), cataratas (9B10.Z)) por separado. Si se añaden códigos de extensión opcionales a alguna de las afecciones, se creará un grupo o grupos aplicables porque los códigos de extensión no pueden notificarse por separado. Obsérvese que en este ejemplo no se debe realizar la vinculación (mediante agrupación) de la catarata con la diabetes, ya que la catarata no se ha documentado como catarata diabética. En este caso no hay ninguna combinación que indique que se deba utilizar la agrupación.

Afección principal: FA20.Z Otra afección: BA00.Z Otra afección: 5A11 Otra afección: 9B10.Z

2.23.11 Codificación usando las causas externas de morbilidad

En el caso de las lesiones y otras afecciones debidas a causas externas, deben codificarse tanto la naturaleza de la lesión como las circunstancias de la causa externa. El código preferido de la "afección principal" debe ser el que describe la naturaleza de la lesión. A menudo, pero no siempre, será clasificable en el capítulo 22 Traumatismos, intoxicaciones u otras consecuencias de causas externas . El código del capítulo 23 Causas externas de morbilidad o mortalidad que indica la causa externa se asigna como código adicional y se poscoordina con el de la naturaleza de la lesión, ya que puede considerarse un modificador. Véase también la sección 2.23.20.1.

Ejemplo 1:

Afección principal: Fractura del cuello del fémur causada por una caída; Otras afecciones: Contusiones en el codo y en la parte superior del brazo. El médico ha identificado la fractura como la afección principal y, dado que no hay ninguna otra información que haga que el codificador cuestione la afección principal registrada, el codificador debe codificar la fractura del cuello del fémur, no especificada (NC72.2Z) como la "afección principal". El código de causa externa para la caída no intencional desde una altura no especificada (PA6Z) se utiliza como un código adicional vinculado al código de la fractura a través de la poscoordinación. La contusión del codo (NC30.1) y de la parte superior del brazo (NC10.1) se codifican como otro grupo de afecciones y el código de causa externa para la caída no intencional (PA6Z) se vincula al código de contusión a través de la poscoordinación.

Clúster de la afección principal: NC72.2Z / PA6Z Otro clúster de afecciones: NC30 / NC30.1 / NC10.1

Ejemplo 2:

Afección principal: Fractura de cadera por caída; Otra afección: Hipotermia grave por exposición al frío. Codifique como "afección principal" *NC72.2Z Fractura del cuello del fémur, sin especificación y poscoordine* el código de causa externa *PA6Z Caída no intencional desde altura, sin especificación*. Codifique como "otra afección" la hipotermia (NF02) y poscoordine el código de causa externa PB16.

Clúster de afección principal: NC72.2Z / PA6Z Otro clúster de afecciones: NF02 / PB16

Ejemplo 3:

Afección principal: Diplopía debida a una reacción a un antihistamínico tomado según la prescripción Codifique en la diplopía 9D46 y poscoordine el código de causa externa *PL00 Fármacos, medicamentos o sustancias biológicas asociados con lesión o daño en su uso terapéutico* con *PL13.2 Lesión o daño relacionado con fármaco o medicamento en un contexto de administración o dosificación correcta, como modo de lesión o daño*. Se puede añadir un código de extensión opcional para identificar que el medicamento específico era un antihistamínico XM4J58.

Clúster de la afección principal: 9D46 / PL00 & XM4J58 / PL13.2

2.23.12 Codificación de las afecciones agudas y crónicas registradas como afección principal

Cuando la afección principal se registre como aguda (o subaguda) y crónica, y la CIE proporcione categorías o subcategorías separadas para cada una de ellas, pero no para la combinación, el código de la afección aguda debe seleccionarse como la afección principal (la afección determinada como motivo de ingreso establecido al final del episodio de atención). Cuando se proporcione un código de combinación apropiado tanto para la afección aguda como para la crónica, asigne el código de la combinación como afección principal.

Ejemplo 1:

Afección principal: Colecistitis *aguda* agregada a colecistitis crónica Codifique *DC12.00 Colecistitis crónica agudizada* como "afección principal". Este es un ejemplo de código combinado para la afección aguda y crónica en la CIE-11.

Ejemplo 2:

Afección principal: *Exacerbación aguda de la* enfermedad *pulmonar obstructiva crónica* Codifique en *CA22.0 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada,* como "afección principal" ya que la CIE proporciona un código único precoordinado apropiado para la combinación.

2.23.13 Codificación de lesiones o daños derivados de la atención médica o quirúrgica

Consulte la sección 2.23.20.1 Visión general del conjunto de códigos de la CIE-11 para la calidad y la seguridad del paciente.

2.23.14 Codificación de eventos y circunstancias adversos en la asistencia a la salud que no causan lesiones o daños reales

Consulte la sección 2.23.20.1 Visión general del conjunto de códigos de la CIE-11 para la calidad y la seguridad del paciente.

2.23.15 Codificación de afecciones crónicas posprocedimiento

La mayoría de los capítulos sobre sistemas corporales también contienen categorías para las afecciones permanentes (crónicas) que se producen como consecuencia de procedimientos y técnicas específicas o como resultado de la extirpación de un órgano, por ejemplo, el síndrome de linfedema posmastectomía o el hipotiroidismo posterior a la irradiación. Las afecciones inmediatas o agudas que se producen como consecuencia de un procedimiento pueden requerir una codificación con el modelo de calidad y seguridad de tres partes. Véase también la sección 2.23.20.1 Visión general del conjunto de códigos de la CIE-11 para la calidad y la seguridad del paciente. Las categorías de afecciones posteriores al procedimiento no tienen códigos residuales (es decir, otros y no especificados). Esto es intencional para evitar que los usuarios clasifiquen inadvertidamente en estas categorías afecciones que, de hecho, deberían clasificarse en otra parte.

2.23.16 Codificación de "Historia de" e "Historia familiar de

El Capítulo 24 "Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud" incluye una serie de códigos que describen tanto los antecedentes personales de diversas afecciones como los antecedentes familiares de las mismas. La clasificación de este concepto documentado puede codificarse de dos maneras.

Opción 1: Asigne el código de base aplicable del Capítulo 24 "historia de" (o "historia familiar de") por sí mismo.

Opción 2: Asigne el código de base aplicable del Capítulo 24 agrupado con un código de otro capítulo para añadir especificidad en cuanto a cuál era la "enfermedad" anterior. El orden de los códigos de base en la agrupación es siempre el código de base "historia de" en primer lugar, seguido de cualquier otro código que pueda añadirse para dar detalles.

Ejemplo 1:

Un paciente tiene antecedentes de cáncer de colon sigmoide que fue resecado de forma curativa. Código: QC40.0 Antecedentes personales de neoplasia maligna de órganos digestivos/2B90.3 Neoplasia maligna de colon sigmoide

En el ejemplo 1, es aceptable codificar sólo QC40.0 ya que el código simplemente capta la noción de que el paciente tiene una historia personal de cáncer de los órganos digestivos. Sin embargo, el concepto clínico documentado (antecedentes de cáncer de colon sigmoide) se describe completamente mediante el uso del mecanismo de agrupación y la vinculación de los códigos de base QC40.0 / 2B90.3.

Ejemplo 2:

Un paciente tiene antecedentes familiares de degeneración macular. Codifique: QC66 Antecedentes familiares de trastornos oculares o auditivos/9B78.3Z Degeneración de la mácula o del polo posterior, sin especificar

2.23.17 Codificación de una afección "descartada"

En muchos contactos con los servicios de salud se evalúa a los pacientes a fin de detectar posibles afecciones, para luego determinar, tras las investigaciones, que el paciente no tiene la afección en cuestión. En la documentación médica, en estos escenarios se suele utilizar el término "descartado". Es esencial que los sistemas de información sanitaria tengan la capacidad de informar sobre tales atenciones.

La CIE-11 incluye una serie de códigos que pueden utilizarse para describir atenciones en las que se ha "descartado" una presunta afección. Estos aparecen en el capítulo 24 como hijos (descendientes) de *QA02 Observación o evaluación médica por presuntas enfermedades o afecciones, descartadas*. Algunos de estos códigos especifican la presunta afección en cuestión:

- Observación por sospecha de neoplasia maligna, descartada
- Observación por sospecha de tuberculosis, descartada
- Observación por sospecha de alergia o hipersensibilidad, descartada

En muchos otros escenarios comunes, no existe un código para una afección sospechosa especificada, en cuyo caso se utiliza *QA02.Y Observación o evaluación médica por presuntas enfermedades o afecciones, descartadas*. En estos casos, se puede utilizar la poscoordinación para especificar la afección sospechosa que fue descartada. La clasificación del concepto documentado "descartado" puede codificarse de una de las dos maneras siguientes. Opción 1: Asigne el código aplicable de *QA02 Observación o evaluación médica por presuntas enfermedades o afecciones, descartadas*, por sí mismo. Opción 2: Asigne el código aplicable de *QA02 Observación o evaluación médica por presuntas enfermedades o afecciones, descartadas,* agrupado con un código de otro capítulo para añadir especificidad en cuanto a cuál era la enfermedad sospechosa que se descartó. El orden de los códigos de base en el clúster es que aparezca siempre primero el código de base QA02.

Ejemplo 1

Ingresado por sospecha de trombosis venosa profunda de la pierna, la cual fue descartada tras la investigación y no es necesario el seguimiento. Afección principal: Trombosis venosa profunda descartada. Codifique el clúster de la afección principal: QA02.Y / BD71.4

Explicación: QA02.Y indica que se descartó una afección especificada y la poscoordinación permite especificar cuál era la afección sospechada (trombosis venosa profunda de la pierna).

Ejemplo 2

Se encuentra a un niño jugando con un frasco de paracetamol vacío. La madre no está segura de si había pastillas en el frasco. Se lleva al niño al hospital y, tras la investigación, se determina que el niño no ingirió ninguna pastilla. Afección principal: Ingestión involuntaria de paracetamol descartada. Codifique: *QA02.5 Observación por sospecha de efecto tóxico de sustancia ingerida, descartada*. Explicación: En este ejemplo, *QA02.5* especifica la afección que se descartó.

2.23.18 Codificación de afecciones informadas como secuelas (efectos tardíos)

Las "secuelas" incluyen los efectos residuales de enfermedades o trastornos, lesiones o envenenamientos especificados como tales, o como efecto tardío de, una afección detenida, curada, sanada, inactiva, antigua o quiescente, a menos que haya evidencia de enfermedad activa. Las afecciones documentadas como secuela (efecto tardío) se clasificarán normalmente utilizando la poscoordinación según el caso.

La agrupación o clúster debe contener:

- en primer lugar, un código de base que identifica la manifestación específica (es decir, la naturaleza de la secuela o efecto tardío), y
- en segundo lugar, un código de base que designe "efecto tardío de" “secuela de” (ya sea un código de los capítulos de sistemas corporales o un código del Capítulo 24 Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud)
- en tercer lugar, si es necesario, un código de base que represente la afección previa que causa las secuelas

Nota: La codificación de las secuelas de una lesión con todo detalle requerirá cuatro códigos en el grupo, siendo el cuarto código el de la causa externa.

Ejemplo 1:

Contracción articular presente como efecto tardío de una quemadura anterior. Grupo de códigos: *FA34.3 Contractura de la articulación QC50 Efecto tardío de un problema de salud anterior, no clasificado en otra parte NE11 Quemadura en región anatómica no especificada/PB1Z Exposición no intencional a mecanismo térmico, sin especificación*

Ejemplo 2:

Hemiplejia presente como efecto tardío de un antiguo accidente cerebrovascular isquémico. Grupo de códigos: MB53.Z *Hemiplejia, sin especificación/8B25.0 Efectos tardíos de un accidente cerebrovascular isquémico* Nota: En el ejemplo 2, el concepto de efecto tardío y causa básica ya está precoordinado en el código de base 8B25.0.

2.23.19 Normas e instrucciones de codificación de los eventos de traumatismos

La definición de "traumatismo" de acuerdo a la OMS es: "la exposición aguda a agentes físicos como la energía mecánica, el calor, la electricidad, los productos químicos y las radiaciones ionizantes que interactúan con el cuerpo en cantidades o a ritmos que superan el umbral de tolerancia humana. En algunos casos (por ejemplo, el ahogamiento y la congelación), las lesiones se producen por la falta repentina de agentes esenciales como el oxígeno o el calor". Las lesiones pueden clasificarse de varias maneras. Sin embargo, para la mayoría de los propósitos analíticos y para identificar las oportunidades de intervención, es especialmente útil categorizar los traumatismos según si fueron o no infligidos deliberadamente y por quién. Las categorías más utilizadas son:

- no intencional (es decir, accidental)
- intencional (es decir, deliberada)
- interpersonales (por ejemplo, agresiones y homicidios)
- autoinfligida (por ejemplo, abuso de drogas y alcohol, automutilación, suicidio)
- intervención legal (por ejemplo, actuación de la policía o de otros agentes de la ley)
- guerra, insurrección civil y disturbios (por ejemplo, las manifestaciones y los disturbios)
- intención no determinada

En cuanto a la recopilación de sucesos que causan lesiones, se aplican una serie de definiciones. Véase adelante la sección "Definiciones relacionadas con los eventos de lesiones en el transporte".

2.23.19.1 Definiciones relacionadas con los eventos de lesiones en el transporte

(a) Un "evento de lesión en el transporte" es cualquier lesión no intencional en la que esté implicado un dispositivo diseñado principalmente para, o que se utilice en ese momento principalmente para, transportar personas o mercancías de un lugar a otro.

(b) Una carretera pública (vía de circulación) o calle es toda la anchura entre los límites de la propiedad (u otros límites). Incluye el espacio de terreno público abierto que se utiliza para el desplazamiento de personas o bienes de un lugar a otro. Una calzada es la parte de la vía pública diseñada, mejorada y utilizada habitualmente para el tráfico de vehículos.

(c) Un evento de lesión de tránsito es cualquier lesión no intencional que ocurra en la vía pública [es decir, que se origine en, termine en, o involucre a un vehículo parcialmente en la vía pública]. Se supone que una lesión no intencional en la que esté implicado un vehículo se ha producido en la vía pública, a menos que se especifique otro lugar, excepto en el caso de las lesiones no intencionales en las que estén implicados únicamente vehículos de motor fuera de la vía pública, que se clasifican como lesiones no intencionales no causadas por el tránsito, a menos que se indique lo contrario.

(d) Un evento de lesión fuera de la carretera, no de tránsito, es cualquier lesión no intencional que ocurra por completo en cualquier lugar que no sea una carretera pública.

(e) Un peatón es cualquier persona implicada que haya resultado herida involuntariamente y que en el momento del suceso no estuviera viajando en un vehículo de motor, un tren de ferrocarril, un tranvía o un autobús o un vehículo de tracción animal o de otro tipo, o en una bicicleta de pedales o en un animal.

- Los peatones incluyen a aquellos que:
  - cambian un neumático de vehículo
  - realizan un ajuste en el motor de un vehículo
  - están sobre o en elementos que ayudan al transporte de los peatones, incluyendo:

- cochecito de bebé
- patines de hielo
- carriola
- cochecito para empujar
- patines
- scooter
- monopatín
- esquís
- trineo
- silla de ruedas (con motor)

(f) Un conductor es un ocupante de un vehículo de transporte que lo conduce o pretende conducirlo.

(g) Un pasajero es cualquier ocupante de un vehículo de transporte que no sea el conductor.

Excluye: persona que viaja en el exterior del vehículo - véase la definición (h) más abajo

(h) Una persona "viajando en" un vehículo de transporte incluye a cualquier persona que sea transportada por un vehículo pero que no ocupe el espacio normalmente reservado para el conductor o los pasajeros, o el espacio destinado al transporte de bienes.

- 'Viajando en' incluye:
  - carrocería
  - parachoques [guardabarros, defensas]
  - colgado en el exterior
  - techo
  - estribo
  - escalón

(i) Una bicicleta de pedales es cualquier vehículo de transporte terrestre que funciona únicamente con pedales.

Incluye: bicicleta triciclo Excluye: bicicleta con motor - véase la definición (k)

(j) Se considera ciclista a toda persona que circule en una bicicleta de pedales o en un sidecar o remolque acoplado a dicho vehículo.

(k) Una motocicleta es un vehículo de motor de dos ruedas con uno o dos asientos y, a veces, con una tercera rueda para el apoyo de un coche lateral (sidecar). El sidecar se considera parte de la motocicleta.

- Incluye:
  - Ciclomotor, scooter motocicleta:

    - SAI
    - combinación
    - con sidecar
    - bicicleta motorizada
    - ciclo motorizado de velocidad limitada
- Excluye: triciclo con motor - ver definición (m)

(l) Un motociclista es toda persona que circule en una motocicleta o en un sidecar o remolque acoplado a dicho vehículo.

(m) Un vehículo motorizado de tres ruedas es un triciclo motorizado diseñado principalmente para uso en carretera.

- Incluye:
    - triciclo con motor
    - rickshaw motorizado (mototaxi)
    - coche de motor de tres ruedas
- Excluye:
    - motocicleta con coche lateral (sidecar) - véase la definición (k)
    - vehículo especial todo terreno - véase la definición (x)

(n) Un automóvil (coche) es un vehículo de transporte ligero con cuatro o más ruedas diseñado principalmente para transportar hasta 10 personas. Un remolque o una caravana arrastrada por un coche se considera parte del mismo.

Incluye: minibús

(o) Un vehículo de motor o un vehículo puede referirse a varios vehículos de transporte. Debe establecerse el uso local de los términos para determinar el código apropiado. Si los términos se utilizan de forma ambigua, utilice el código de "sin especificar". Un remolque o una caravana arrastrada por un vehículo se considera parte del vehículo.

(p) Un vehículo ligero de mercancías (camioneta o furgoneta) es un vehículo de motor con cuatro o más ruedas diseñado principalmente para transportar bienes en las carreteras, con un peso inferior al límite local para la clasificación como vehículo pesado de mercancías (normalmente menos de 3500 kg), y que no requiere un permiso de conducir especial. Un remolque o una caravana arrastrada por un vehículo ligero se considera parte del vehículo.

(q) Un vehículo pesado es un vehículo de motor diseñado principalmente para el transporte de bienes en las carreteras, que cumple con los criterios locales para su clasificación como vehículo pesado en términos de peso en la acera (normalmente por encima de 3500 kg), y que requiere un permiso especial para conducirlo.

(r) Un autobús es un vehículo de motor diseñado o adaptado principalmente para transportar a más de 10 personas y que requiere un permiso especial para conducirlo.

(s) Un tren ferroviario o un vehículo ferroviario es cualquier dispositivo, con o sin vagones acoplados, diseñado para la circulación sobre rieles.

- Incluye:
  - interurbano:
    - carro eléctrico
    - tren de calle (operado principalmente en su propio derecho de vía, no abierto al resto del tránsito) tren de ferrocarril, de cualquier potencia [diésel] [eléctrico] [vapor]
    - funicular
    - otro vehículo subterráneo o elevado de monorriel o de dos rieles diseñado para circular por una vía férrea

- Excluye:
  - carros eléctricos interurbanos (tranvías) especificados para operar en un derecho de paso que forma parte de la vía pública o carretera - véase la definición (t)

(t) Un tranvía es un vehículo diseñado y utilizado principalmente para el transporte de personas dentro de un municipio, que circula sobre rieles, normalmente sujeto a las señales normales de control del tránsito, y que funciona principalmente en un derecho de paso que forma parte de la calzada. Un remolque arrastrado por un tranvía se considera parte del tranvía.

- Incluye:
  - transporte eléctrico interurbano o tranvía, cuando se especifique que opera en una calle o carretera pública
  - tranvía (carro)
  - trolley (carro)

(u) Un vehículo especial utilizado principalmente en locales industriales es un vehículo de motor diseñado principalmente para su uso dentro de los edificios y locales de establecimientos industriales o comerciales.

- Incluye:
  - alimentado por batería:
    - vehículo de pasajeros del aeropuerto
    - carro de equipaje o correo
    - vagón de carbón en una mina
    - carretilla elevadora
    - vagón maderero
    - camión autopropulsado, industrial

- camión de equipaje de la estación (motorizado)
- tranvía, camión o tina (con motor) en mina o cantera

(v) Un vehículo especial utilizado principalmente en la agricultura es un vehículo de motor diseñado específicamente para su uso en la agricultura y la ganadería (horticultura), por ejemplo, para trabajar la tierra, cuidar y cosechar los cultivos y transportar materiales en la granja.

- Incluye:
  - cosechadora
  - maquinaria agrícola autopropulsada
  - tractor (y remolque)

(w) Un vehículo especial de construcción es un vehículo de motor diseñado específicamente para su uso en la construcción (y demolición) de carreteras, edificios y otras estructuras.

- Incluye:
  - bulldozer
  - excavadora
  - camión volquete
  - nivelador de tierra
  - pala mecánica
  - aplanadora

(x) Un vehículo especial todoterreno es un vehículo de motor con un diseño especial que le permite sortear terrenos abruptos o blandos o la nieve. Ejemplos de diseño especial son la construcción elevada, las ruedas y neumáticos especiales, las orugas y el apoyo sobre un cojín de aire.

- Incluye: - aerodeslizador en tierra o pantano - moto de nieve
- Excluye: aerodeslizadores en aguas abiertas - ver definición (y)

(y) Una moto acuática es cualquier dispositivo para el transporte de pasajeros o mercancías en el agua.

Incluye: aerodeslizador SAI

(z) Una aeronave es cualquier dispositivo para el transporte de pasajeros o mercancías a través del aire.

2.23.19.2 Instrucciones de clasificación y codificación de las lesiones no intencionales causadas por el transporte

Los eventos de lesiones en el transporte se contabilizan para las estadísticas oficiales cuando son involuntarios.

1. Si en un evento de lesiones no se especifica si se trata de un evento de tránsito o no de tránsito, deben tomarse en cuenta las siguientes definiciones:

a) Clasificar que ocurre un evento de lesiones de tránsito cuando el evento es clasificable a las categorías de tránsito.

b) Clasificar que ocurre un evento de lesiones no relacionadas con el tránsito cuando el suceso es clasificable en categorías no relacionadas con el tránsito.

Para estas categorías la víctima es un peatón, o un ocupante de un vehículo diseñado principalmente para uso fuera de la carretera.

2. Cuando se notifiquen lesiones no intencionales que afecten a más de un tipo de transporte, deberá utilizarse el siguiente orden de precedencia:

   - aviones y naves espaciales
   - moto de agua
   - otros medios de transporte

3. Cuando las descripciones de los eventos de lesiones por transporte no especifican que la víctima es un ocupante de un vehículo y la víctima se describe como aplastada, arrastrada, atropellada, herida, muerta, derribada, atropellada por cualquier vehículo, incluyendo:

   - animal que está siendo montado
   - vehículo de tracción animal
   - bicicleta
   - bulldozer
   - autobús
   - automóvil (coche)
   - motocicleta
   - triciclo motorizado
   - pick-up (camión)
   - vehículo de recreo
   - tranvía
   - tractor
   - tren
   - tranvía
   - camión
   - van

Clasificar a la víctima como peatón.

4. Cuando las descripciones de los sucesos de lesiones por transporte no indiquen el papel de la víctima, clasifique a la víctima como ocupante o conductor del vehículo si se mencionan vehículos como:

- Avión
- Bicicleta
- Barco
- Bulldozer
- Autobús
- Coche
- Motocicleta
- triciclo motorizado
- pick-up (camión)
- vehículo de recreo
- nave espacial
- tractor
- tren
- tranvía
- camión
- van
- moto de agua
- accidente
- colisión
- choque
- naufragio
- SAI

Clasifique a la víctima como ocupante o conductor del vehículo mencionado. Si se menciona más de un vehículo, no haga ninguna suposición sobre qué vehículo ocupaba la víctima, a menos que los vehículos sean los mismos. En su lugar, codifique en las categorías apropiadas, teniendo en cuenta el orden de precedencia dado en la nota 2 anterior.

5. Cuando en un evento de lesión de transporte, como:

   - vehículo (motor) (sin motor): - se sale de control (debido a):
   - revienta un neumático (reventón)
   - el conductor se queda dormido
   - falta de atención del conductor
   - velocidad excesiva
   - falla una pieza mecánica y provocó una colisión posterior

Clasifique la lesión no intencional como una colisión. Si se produjo una lesión no intencional distinta de una colisión, clasifíquela como lesión no relacionada con la colisión según el tipo de vehículo implicado.

6. Cuando se produzca una lesión no intencional en la que esté implicado un vehículo en movimiento, como:

- envenenamiento involuntario por los gases de escape generados por la rotura de cualquier pieza o la explosión de cualquier parte de
- caída, salto o ser empujado involuntariamente desde
- fuego que se inicia en
- golpeado por un objeto lanzado dentro o sobre
- lesionado al ser lanzado contra alguna parte u objeto en
- lesión por mover una parte de
- objeto que cae dentro o sobre un vehículo en movimiento
- resultó en una colisión posterior

Clasificar como una colisión. Si se ha producido un accidente que no sea una colisión, clasifíquelo como lesión sin colisión según el tipo de vehículo implicado.

Lesión no intencional debida al transporte terrestre descrita como:

- colisión (por pérdida de control) (en carretera) entre vehículo y:
  - pilar (puente) (paso elevado)
  - piedra caída
  - barandilla o valla fronteriza
  - divisor inter-autopista
  - derrumbe (no se mueve)
  - objeto arrojado delante de un vehículo de motor
  - isla de seguridad
  - árbol
  - señal o marcador de tráfico (temporal)
  - poste de servicio
  - muro de corte realizado para la carretera
  - otro objeto, fijo, móvil o en movimiento
- vuelco (sin colisión)
- colisión con un animal (rebaño) (sin vigilancia)
- se incluye la colisión con un vehículo de tracción animal o con un animal montado.

2.23.20 Modelo conceptual de calidad y seguridad del paciente

La exposición a los acontecimientos de la atención a la salud tiene a veces consecuencias no deseadas y no intencionales. La atención sanitaria, las personas a las que se presta y las complicaciones que pueden surgir en el transcurso de la misma son muy diversas y complejas. Representarlas de forma exhaustiva en un sistema de información es un reto y, en la actualidad, está más allá de los límites de la practicidad para los sistemas de información administrativa rutinarios de los tipos que se pretenden utilizar en la CIE. El modelo conceptual tiene tres componentes:

1. **Daño al paciente**: ¿Cuál fue la principal consecuencia para la salud del paciente?
2. **Causa** o fuente del daño: ¿Qué causó el daño?
3. **Modo** o mecanismo: ¿De qué manera? ¿Cómo produjo realmente el daño la fuente?

2.23.20.1 Visión general del conjunto de códigos de la CIE-11 para la calidad y la seguridad del paciente

Una característica clave del conjunto de códigos de calidad y seguridad del paciente en la CIE-11 es que se requiere un grupo de códigos para representar un caso. El uso del término "clúster" es novedoso en la CIE-11, al igual que el alcance y la formalización del requisito de la poscoordinación. El caso de uso de la calidad y la seguridad de la CIE se basa en la disponibilidad de un gran número de herramientas metodológicas que se basan originalmente en la CIE-10. Algunos ejemplos concretos son los índices de comorbilidad de Charlson y Elixhauser, los indicadores de seguridad de los pacientes de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Sanitaria (AHRQ por sus siglas en inglés), la tasa de mortalidad estandarizada en los hospitales y otros indicadores de calidad de los datos administrativos. Las recomendaciones de la OMS sobre las reglas de codificación de los episodios de egreso hospitalario están diseñadas para mejorar la comparabilidad de los registros entre hospitales y jurisdicciones. Los ejemplos específicos de reglas de codificación incluyen:

- reglas para especificar la afección principal,
- número de códigos por registro,
- mecanismos de agrupación de códigos, y
- uso de un sistema de visualización del estado que distinga los diagnósticos que surgen durante la estancia en el hospital de los que están presentes en el momento del ingreso.

Los informes sobre la calidad y la seguridad de los pacientes suelen centrarse no sólo en la información de diagnóstico disponible en la Clasificación Internacional de Enfermedades, sino también en la información sobre los procedimientos, que actualmente se codifican en diversos sistemas de codificación de procedimientos específicos de cada país. La armonización de los conceptos ontológicos en los sistemas internacionales de codificación de procedimientos será importante en el futuro. Los códigos de complicaciones médicas y quirúrgicas disponibles de la CIE-11 están en consonancia con los conocimientos actuales en el ámbito de la seguridad y los acontecimientos adversos.

El modelo de calidad y seguridad consta de tres partes. El primer componente, de **Daños a la calidad y a la seguridad del paciente**, suele estar representado por un código de diagnóstico estándar de la CIE-11, de (casi) cualquier capítulo de la clasificación. Algunas formas de daño que pueden resultar de eventos de calidad y seguridad no están adecuadamente representadas por un código de diagnóstico estándar de la CIE-11. En el capítulo de lesiones de la CIE-11 (capítulo 22 "Traumatismos, intoxicaciones u otras consecuencias de causas externas") se ofrece un conjunto especial de categorías para representar estas formas de daño, bajo la categoría titulada "Lesiones o daños derivados de la atención quirúrgica o médica, no clasificados en otra parte". Las causas que afectan la calidad y seguridad del paciente (fuentes de daño) se dividen en cuatro tipos de causas en el nivel superior que recogen los eventos causados por:

1. sustancias (drogas y medicamentos, etc.),
2. procedimientos,
3. dispositivos, y
4. una mezcla de otros tipos de causas.

Los códigos completos de las causas externas de calidad y seguridad se encuentran en el capítulo 23 "Causas externas de morbilidad o mortalidad" dentro de la categoría titulada "Causas de daños o lesiones relacionados con la atención médica".

El Modo o **Mecanismo** de calidad y seguridad ("Modo" es el término utilizado en los códigos de causa externa de la CIE-11) es la segunda parte del modelo, y se refiere a la forma principal en que la Causa que afecta la calidad y seguridad conduce al **Daño** que se representa en el tercer concepto, Daño de calidad y seguridad. **Los Modos de calidad y** seguridad son específicos de los tipos de **Causa de calidad y seguridad**. Algunos ejemplos son:

Tabla 1: *Ejemplos de modos o mecanismos de calidad y seguridad correspondientes*

Causa o fuente del daño	**Modo o mecanismo**
Sustancia	Sobredosis, infradosis, sustancia incorrecta, o daños que surjan a pesar de una administración y dosificación correctas
Procedimiento	Perforación involuntaria de un órgano durante un procedimiento
Dispositivo	Desplazamiento, mal funcionamiento
Otra causa	Sangre no coincidente; el paciente se cayó durante el traslado desde la mesa de operaciones

Ejemplos para el modelo de codificación de calidad y seguridad de la CIE-11

El modelo de codificación de calidad y seguridad de la CIE-11 se demuestra con los ejemplos de la siguiente tabla.

Tabla 2: *Demostración del modelo de calidad y seguridad con ejemplos*

Ejemplo	**Criterio**	**Detalle**
1	**Caso**	Una mujer ha sido ingresada en el hospital para estabilizar su diabetes. Se le prescribe por error el triple de la dosis habitual de un medicamento antidiabético. Se administra la dosis anormalmente alta y la paciente sufre un episodio de hipoglucemia
	Daño	Hipoglucemia en el contexto de la diabetes mellitus (5A21)
	Causa	Fármacos, medicamentos o sustancias biológicas asociadas a lesiones o daños en uso terapéutico (PL00); Medicamentos (utilice un código adicional, si lo desea) - Antidiabéticos (XM8S35)
	Modo	Sobredosis de sustancia como modo de lesión o daño (PL13.0)

	Clúster	5A21 / PL00 & XM8S35 / PL13.0
2	**Caso**	El paciente acudió al hospital con alucinaciones debido a la profilaxis de la malaria con mefloquina prescrita y tomada a la dosis correcta.
	Daño	Alucinaciones visuales (MB27.27)
	Causa	Fármacos, medicamentos o sustancias biológicas asociados a lesiones o daños en uso terapéutico (PL00); Medicamento (utilice un código adicional, si lo desea) - Mefloquina (XM50J2)
	Modo	Lesión o daño relacionado con los medicamentos en el contexto de una administración o dosificación correcta, como modo de lesión o daño (PL13.2)
	Clúster	MB27.27 / PL00 & XM50J2 / PL13.2
3	**Caso**	Un hombre acude a un médico de atención primaria para la extirpación de un bulto en la piel, principalmente para excluir la posibilidad de malignidad. Se extirpa la lesión y se sutura la herida. Más tarde se sabe que el médico tenía hepatitis C y el paciente ha contraído esta enfermedad.
	Daño	Hepatitis C aguda (1E50.2)
	Causa	Procedimiento de biopsia, no clasificado en otra parte, asociado a lesión o daño en uso terapéutico (PK81.5)
	Modo	Incumplimiento de las precauciones de esterilidad como modo de lesión o daño (PL11.4)
	Clúster	1E50 / PK81.5 /PL11.4
4	**Caso**	Una mujer de edad avanzada es ingresada debido a una fractura del cuello del fémur. Se procede a la fijación quirúrgica. El lugar de la operación sangra mucho al día siguiente de la misma, por lo que es necesario volver al quirófano.
	Daño	Hemorragia no clasificada en otra parte (MG27)
	Causa	Procedimiento musculoesquelético asociado a una lesión o daño, abordaje abierto (PK80.80) (Se incluyen aquí los procedimientos quirúrgicos ortopédicos)
	Modo	Modo no especificado de lesión o daño asociado a un procedimiento quirúrgico u otro procedimiento médico (PL11.Z) (Nota: seleccione PL11.Z porque la documentación del caso no menciona ningún modo o mecanismo específico por el que se produjo la hemorragia)

	Clúster	MG27 /PK80.80 /PL11.Z
5	**Caso**	Un hombre de 63 años se sometió a un reemplazo de rodilla izquierda hace menos de un año, debido a la artritis. El dispositivo implantado se ha soltado, lo que ha provocado dolor y una reducción de la función.
	Daño	Dolor en la articulación (ME82); Anatomía específica (utilice un código adicional, si lo desea) Articulación de la rodilla (XA8RL1); Lateralidad (utilice un código adicional, si lo desea) - Izquierda (XK8G)
	Causa	Dispositivos ortopédicos asociados a incidentes adversos, prótesis u otros implantes, materiales o dispositivos accesorios (PK99.2)
	Modo	Desplazamiento, desconexión o desprendimiento, como modo de lesión o daño (PL12.4)
	Clúster	ME82 & XA8RL1 & XK8G /PK99.2 /PL12.4
6	**Caso**	Un hombre tiene cáncer de intestino. Hace unos días se le practicó una cirugía abdominal para resecar la parte afectada del colon y volver a unir la parte conservada del mismo. Presenta filtración de la anastomosis y ha requerido una revisión quirúrgica.
	Daño	Fuga posquirúrgica (NE81.3) (la fuga de anastomosis es un término del índice)
	Causa	Procedimiento gastrointestinal, abdominal o de la pared abdominal asociado a una lesión o daño en uso terapéutico PK80.3
	Modo	Modo de lesión o daño no especificado asociado a un procedimiento quirúrgico u otro procedimiento médico (PL11.Z). (Nota: seleccione [PL11.Z] porque la documentación del caso no menciona ningún modo o mecanismo específico por el que se produjo la fuga anastomótica).
	Clúster	NE81.3 / PK80.3 /PL11.Z
7	**Caso**	Infección urinaria refractaria debida a cateterismo permanente crónico.
	Daño	Infección del tracto urinario, lugar y agente no especificados (GC08.Z)
	Causa	Dispositivos de gastroenterología o urología asociados a incidentes adversos, sonda urinaria (PK93.10)
	Modo	Otro modo especificado de lesión o daño asociado a un dispositivo quirúrgico u otro dispositivo médico, implante o injerto (PL12.Y) (Nota: Seleccione PL12.Y porque ninguno de los tipos de modo más específicos parece provocar una infección del dispositivo)
	Clúster	GC08.Z / PK93.10 /PL12.Y

8	**Caso**	Un paciente anciano se cae de la cama en un hospital y sufre una fractura de cadera izquierda. La documentación describe que la enfermera se olvidó de colocar las barandillas de la cama, lo que provocó la caída del paciente.
	Daño	Fractura del cuello del fémur, sin especificar (NC72.2Z; Lateralidad (utilice un código adicional, si lo desea) - Izquierda (XK8G)
	Causa	Otras causas de lesión o daño relacionadas con la atención médica (PL10)
	Modo	Caída en centro de cuidado de la salud (PL14.E)
	Clúster	NC72.2 & XK8G / PL10 /PL14.E
9	**Caso**	El paciente recibió una infusión de glóbulos rojos y desarrolló escalofríos severos que desaparecieron después de una hora. Se descubrió que había un error de compatibilidad de sangre (no de incompatibilidad ABO o Rh).
	Daño	Otras reacciones séricas (NE80.3)
	Causa	Otras causas de lesiones o daños relacionados con la atención médica (PL10)
	Modo	Sangre incompatible utilizada en la transfusión (PL14.3)
	Clúster	NE80.3 / PL10 /PL14.3
10	**Caso**	Neumotórax del lado derecho causado por la ventilación mecánica en un servicio de cuidados intensivos
	Daño	Neumotórax, no especificado (CB21.Z); lateralidad (utilice un código adicional, si lo desea) - Derecha (XK9K)
	Causa	Ventilación asociada a lesiones o daños en uso terapéutico (PK81.0)
	Modo	Modo de lesión o daño no especificado asociado a un procedimiento quirúrgico u otro procedimiento médico (PL11.Z)
	Clúster	CB21.Z & XK9K /PK81.9 /PL11.Z
11	**Caso**	Paciente con neutropenia debido a la terapia crónica con clozapina.
	Daño	Neutropenia adquirida (4B00.01)
	Causa	Fármacos, medicamentos o sustancias biológicas asociados a lesiones o daños en el uso terapéutico (PL00); Medicamentos (utilice un código adicional, si lo desea) - XM8UG6)].
	Modo	Lesión o daño relacionado con los medicamentos en el contexto de una administración o dosificación correcta, como modo de lesión o daño (PL13.2)

Clúster 4B00.01 /PL00 & XM86W0 /PL13.2

Obsérvese que en cada uno de estos ejemplos se codifica un modo/mecanismo de daño junto con el código de causa de daño para todos los casos. Esto es así, incluso cuando el modo de daño no es evidente. En estas últimas situaciones, debe seleccionarse un código de "modo o mecanismo de daño no especificado", para cualquiera de los daños relacionados con sustancias, con procedimientos o con dispositivos. Para las "*otras causas relacionadas con la atención médica",* el daño debe codificarse (desde cualquier lugar de la clasificación) seguido del código *PL10 Otras causas de lesión o daño relacionadas con la atención médica*, seguido del código apropiado de la categoría *PL14 Modo de lesión o daño asociado con otras causas relacionadas con la atención de salud* (donde hay varias opciones de modo).

Consideraciones en torno a la distinción entre intoxicación y sobredosis de drogas, medicamentos o sustancias biológicas en el contexto clínico

Es importante distinguir entre una sobredosis en el contexto de la atención clínica y una intoxicación que no está en un contexto clínico. La primera se codificaría utilizando los códigos de la sección "Causas de daño o lesiones relacionadas con la atención médica" del capítulo 23, mientras que las intoxicaciones se codificarían en las secciones "Causas no intencionales" o "Autolesiones intencionales" del capítulo 23.

Los siguientes escenarios ayudarán a ilustrar la distinción:

1. Un paciente médico adulto recibe una sobredosis de un medicamento prescrito, porque una enfermera le inyecta inadvertidamente una dosis excesiva.
2. Un adulto toma inadvertidamente una sobredosis de su propia medicación recetada, porque el médico escribió la receta de forma incorrecta.
3. Un adulto toma inadvertidamente una sobredosis de su propia medicación recetada, porque el farmacéutico le dio instrucciones incorrectas.
4. Un adulto toma inadvertidamente una sobredosis de su propia medicación recetada, porque ha malinterpretado las instrucciones del frasco de pastillas y las instrucciones verbales que le han dado tanto el farmacéutico como su médico.
5. Un adulto toma inadvertidamente una sobredosis de su propia medicación prescrita, y no está claro en la documentación o en la investigación del caso por qué se cometió el error.
6. Un adulto toma una sobredosis de su propia medicación prescrita con intención indeterminada.
7. Un adulto toma intencionadamente una sobredosis de su propia medicación prescrita con la intención de autolesionarse.
8. Un niño ingiere varias píldoras del frasco recetado por su madre y se muestra somnoliento.

El escenario 1 es claramente una sobredosis derivada de un error en un contexto sanitario, mientras que el escenario 8 es claramente un envenenamiento de un niño que no está en un contexto de salud terapéutico.

El escenario 7 también debe codificarse como un episodio de envenenamiento, porque las píldoras no se tomaron con intención terapéutica, sino con intención de autolesionarse (el concepto de "autolesión intencional" prevalece sobre otras consideraciones).

Los escenarios 2 y 3 son sobredosis derivadas de problemas en un contexto de atención a la salud (y se codifican utilizando los códigos "Causas de daño o lesiones relacionados con la atención médica"). En ambos escenarios, el contexto es el del tratamiento con medicamentos, y las acciones de los proveedores de atención sanitaria.

Los escenarios 4, 5 y 6 son menos sencillos, aunque bastante comunes en la atención a los pacientes. El contexto del uso de la medicación sigue siendo claramente el del tratamiento de una afección médica y el hecho de que la medicación se haya recetado a los pacientes lo convierte en un contexto de uso terapéutico (siempre que no se mencione la autolesión intencional). Debido al contexto terapéutico, estos escenarios deben codificarse utilizando los códigos de "Causas de daño o lesiones relacionados con la atención médica", en lugar de los códigos de intoxicación.

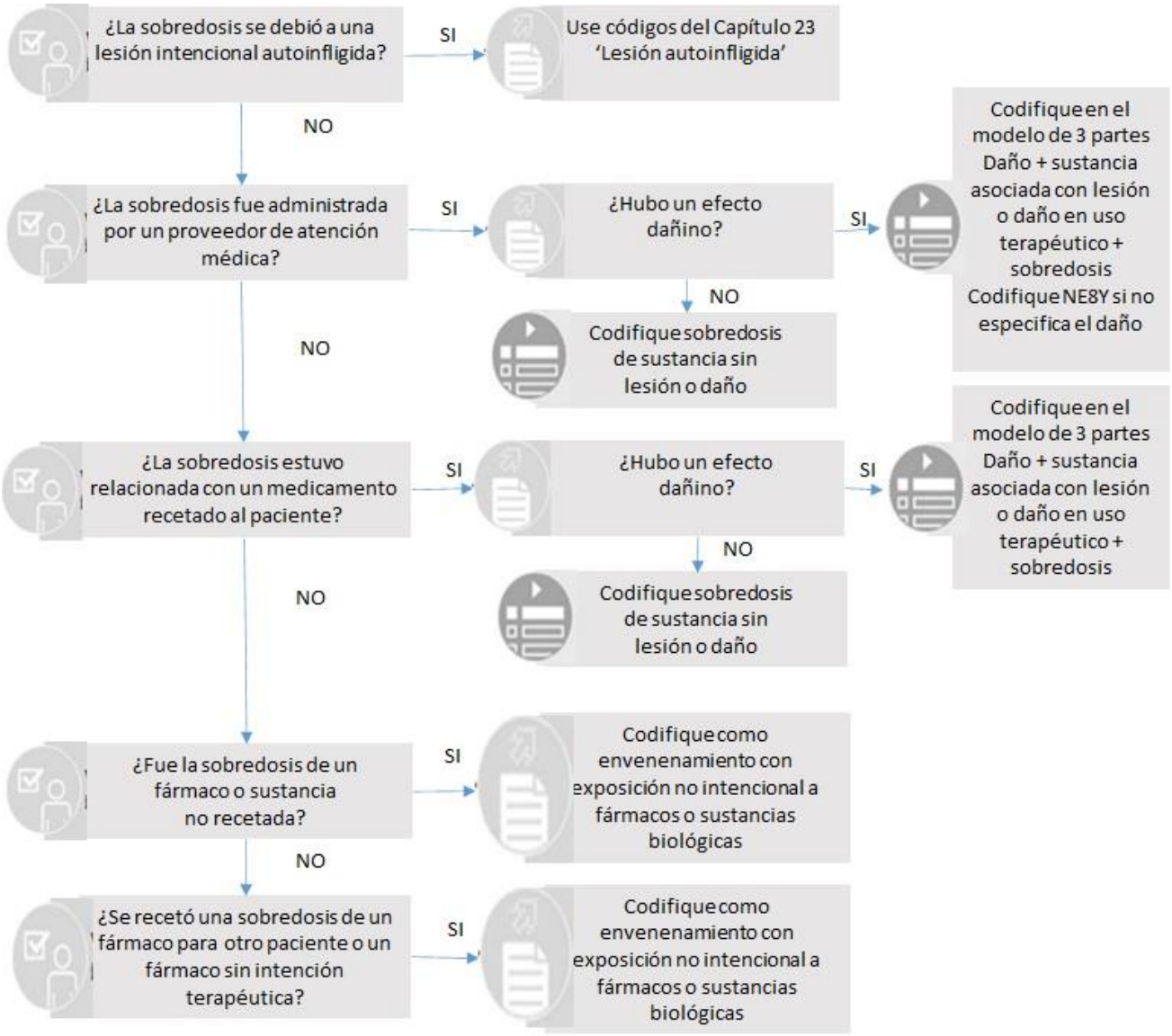


Diagrama de flujo para la sobredosis

***Figura 1**: Diagrama de flujo para codificar envenenamiento versus sobredosis.*

Instrucciones para cuándo se aplica y cuándo no se aplica el modelo de calidad y seguridad en tres partes

Las secciones y los ejemplos anteriores describen escenarios en los que un aspecto de la atención (un medicamento, un procedimiento, un dispositivo u otro aspecto de la atención) se ha vinculado causalmente con una afección que ha desarrollado un paciente. Sin embargo, en muchos casos, las afecciones surgen en el entorno de la atención sanitaria sin que haya una documentación explícita que sugiera una relación causal con un aspecto de la atención. Algunos ejemplos concretos son:

- embolia pulmonar surgida dos días después de una intervención quirúrgica
- fibrilación auricular después de la cirugía
- presión arterial baja un día después de la administración de un medicamento
- la neumonía que se desarrolla en el cuarto día de estancia en el hospital
- infección del tracto urinario que surge en el hospital sin que se mencionen los catéteres

En cada uno de estos ejemplos, el modelo de tres partes para la calidad y la seguridad NO se aplicaría si no hay una documentación explícita que afirme un vínculo causal con otro aspecto de la atención, ya sea un medicamento, un procedimiento, un dispositivo u otro aspecto de la atención. Es importante señalar que la mera mención de un procedimiento quirúrgico o de la administración de un fármaco en los ejemplos anteriores NO significa que esos factores hayan desempeñado un papel causal, ya que los enunciados clínicos se limitan a declarar el momento del diagnóstico, con palabras descriptivas como "después", "a continuación", "ocurrido el día XX". En estos casos, la codificación correcta de las afecciones sería codificar la afección médica a partir de cualquier capítulo de la CIE-11 junto con un código de extensión para la cronología (en particular, los códigos de extensión para los diagnósticos surgidos durante una estancia hospitalaria, más o menos los códigos de extensión opcionales para la cronología intraoperatoria o postoperatoria de un diagnóstico).

Los ejemplos anteriores se codificarían de la siguiente manera:

BB00.0 Tromboembolia pulmonar aguda & XY69 Desarrollado después de la admisión & XY7V Postoperatorio

BC81.3 Fibrilación auricular & XT5R Aguda & XY69 Desarrollada después de la admisión & XY7V Postoperatorio

BA2Z Hipotensión, sin especificación & XY69 Desarrollada después de la admisión

CA40.Z Neumonía, organismo sin especificación & XY69 Desarrollada después de la admisión

GC08.Z Infección urinaria, localización y microbio patógeno no especificados & XY69 Desarrollada después de la admisión

2.23.20.2 La causalidad en el contexto de la calidad y la seguridad

Hay matices en el lenguaje de la documentación que indicarán si existe un vínculo causal entre una causa y un daño.

Términos de conexión que implican una relación causal

Los siguientes términos sugieren una relación causal:

Términos	Notas adicionales
como (una) complicación de, complicado por, complicando, complicación (es) de	-
como causa de, causa de, causado, causado por, causando	-
como resultado de, resultó en, resultando en, con resultante, con resultado	-
por	-
debido a	-
de	-
inducido, inducido por	-
que conduce a, llevó a	-
relacionado con,	-
precipitado por	-
produciendo	-
secundario a	-
probablemente relacionado con	Llamada a juicio de codificación. Sin embargo, el clínico está haciendo una inferencia causal con este término
posiblemente secundario a, probablemente secundario a	Llamada a juicio de codificación. Sin embargo, el clínico está haciendo una inferencia causal con este término
puede ser la razón de	Llamada a juicio de codificación. Sin embargo, el clínico está haciendo una inferencia causal con este término

Conección de términos cuando la relación causal no está clara

Ocasionalmente puede haber términos de conexión que insinúen la causalidad, pero sin la afirmación explícita de un vínculo causal. A continuación se muestran algunos ejemplos. En estas circunstancias, los codificadores deben comprobarlo con el clínico que documenta, o buscar una redacción suplementaria o información auxiliar que implique causalidad.

Términos
Asociado a
Acompañado por
Incidental a

Términos de conexión que NO implican una relación causal

En la documentación clínica, los términos se utilizan a menudo para describir una asociación temporal. Los numerosos términos mostrados en la tabla anterior (de "términos de conexión que

implican una relación causal") son términos de conexión que sí sugieren una asociación causal que suele ser también una asociación temporal. En cambio, hay una serie de términos que describen únicamente asociaciones temporales. A continuación se enumeran ejemplos de dichos términos:

Términos
después de
también
y
durante
con
surgió en o durante
consistente con
seguido de, siguiendo
incurrido después/durante/en/cuando
ocurrió después/durante/en/cuando/mientras
posoperativamente, postoperatorio, ocurrido en el postoperatorio

Si este tipo de términos de conexión aparecen en la documentación clínica sin ninguno de los conectores causales que se han comentado anteriormente, evite utilizar el modelo de calidad y seguridad de tres partes.

Términos como "posoperatorio", "posquirúrgico", "posprocedimiento", etc., constituyen una situación especial porque históricamente se han considerado, en algunos sistemas de codificación, indicativos de una relación causal. Sin embargo, como se ha señalado en los ejemplos específicos anteriores, afecciones como la infección del tracto urinario, la neumonía y la fibrilación auricular pueden surgir temporalmente después de la cirugía, sin ser necesariamente causadas por ésta. Por este motivo, las directrices presentadas aquí instruyen a los codificadores para que busquen conexiones causales explícitas. (Es importante señalar que las afecciones postoperatorias como la neumonía, la infección del tracto urinario y la fibrilación auricular pueden seguir codificándose con códigos de extensión informativos que especifiquen el momento -es decir, "surgidas durante la estancia en el hospital" y/o "posoperatorias"- y permitan la derivación de los acontecimientos adversos en indicadores en el análisis de datos).

Otras situaciones específicas en las que el contexto clínico implica una relación causal

Hay algunas situaciones clínicas en las que puede que no haya términos de conexión que apunten explícitamente a la causalidad, pero en las que las circunstancias clínicas apuntan sin embargo claramente a la causalidad. A continuación aparecen algunos ejemplos:

Situaciones específicas
dispositivo fallido
dispositivo infectado
tornillos sueltos
hemorragia posprocedimiento
infección de la herida postoperatoria
dehiscencia
hematoma de la herida

En cada uno de ellos, está claro que la situación no se habría producido en ausencia de un procedimiento o de un problema del dispositivo. En consecuencia, debe aplicarse el modelo de calidad y seguridad de tres partes.

Por el contrario, afecciones como la neumonía o la embolia pulmonar postoperatoria, o la fibrilación auricular postoperatoria son diferentes a las situaciones específicas enumeradas en la tabla anterior. Esto se debe a que problemas como la neumonía, la embolia pulmonar o la fibrilación auricular pueden ser desencadenados por factores no relacionados con la intervención quirúrgica (es decir, son diferentes de una "herida" que sin duda es causada por la cirugía).

2.23.20.3 Afecciones crónicas posteriores al procedimiento

Hay muchas afecciones clínicas crónicas que se producen como consecuencia de procedimientos y técnicas específicas o como resultado de la extirpación de un órgano, por ejemplo, el síndrome de linfedema posmastectomía o el hipotiroidismo postirradiación. En muchos casos, los códigos para estas afecciones crónicas posprocedimiento se encuentran en la CIE-11 dentro de varios capítulos de sistemas corporales.

Algunos ejemplos son:

BE10	Síndrome de poscardiotomía
5D40.Z	Hipotiroidismo tras un procedimiento, sin especificación
GC72	Estenosis uretral tras un procedimiento
GC70	Adherencias vaginales postoperatorias

Se trata, por su propia naturaleza, de códigos precoordinados que capturan tanto la afección clínica como la noción de que es causada por un procedimiento. Es posible utilizar tales códigos por sí solos sin ninguna agrupación. Sin embargo, los codificadores pueden utilizar el modelo de tres partes con dichos códigos para añadir especificidad. El modelo permite añadir más especificidad sobre el tipo específico de procedimiento quirúrgico que causó la afección y también el modo a través del cual el procedimiento causó la afección.

Ejemplo 1: Estrechez uretral debida a radiación previa para el tratamiento del cáncer de próstata.

Codifique GC72 Estenosis uretral tras un procedimiento. Se pueden añadir más detalles al código GC72 con la adición de: *PK81.C Radioterapia asociada a lesión o daño en uso terapéutico* y *PL11.Y Otro modo especificado de lesión o daño asociado a un procedimiento quirúrgico u otro procedimiento médico* Clúster: GC72 /PK81.C /PL11.Y

Tenga en cuenta, sin embargo, que en ocasiones habrá casos en los que sea totalmente innecesario utilizar el modelo de tres partes porque el código de la afección crónica posprocedimiento ya contiene todos los detalles clínicos. Por ejemplo:

- *9D21 Fragmentos de catarata en el ojo tras cirugía de catarata* (para esto, sería muy redundante codificar "procedimiento oftálmico" y un modo correspondiente, dado todo el detalle que está inherentemente incluido en este único código).
- *EL61 Radiodermitis crónica después de la radioterapia* (de nuevo, es redundante codificar "radioterapia" como procedimiento causante del daño, y "modo no especificado" para este caso).

En relación con los dos ejemplos anteriores, reiteramos que la recomendación primordial es que se utilice el modelo de tres partes siempre que sea posible. Los codificadores deben limitarse a juzgar caso por caso cuando les resulte evidente que el código de procedimiento y el código de modalidad añadidos son redundantes.

2.23.20.4 Eventos y circunstancias adversas en la atención médica que no causan lesiones o daños reales

Hay casos en el contexto de la atención médica en los que a los pacientes les ocurren cosas y surgen problemas, pero en los que no hay ninguna consecuencia adversa real para el paciente como una afección médica registrada. Algunos ejemplos concretos son:

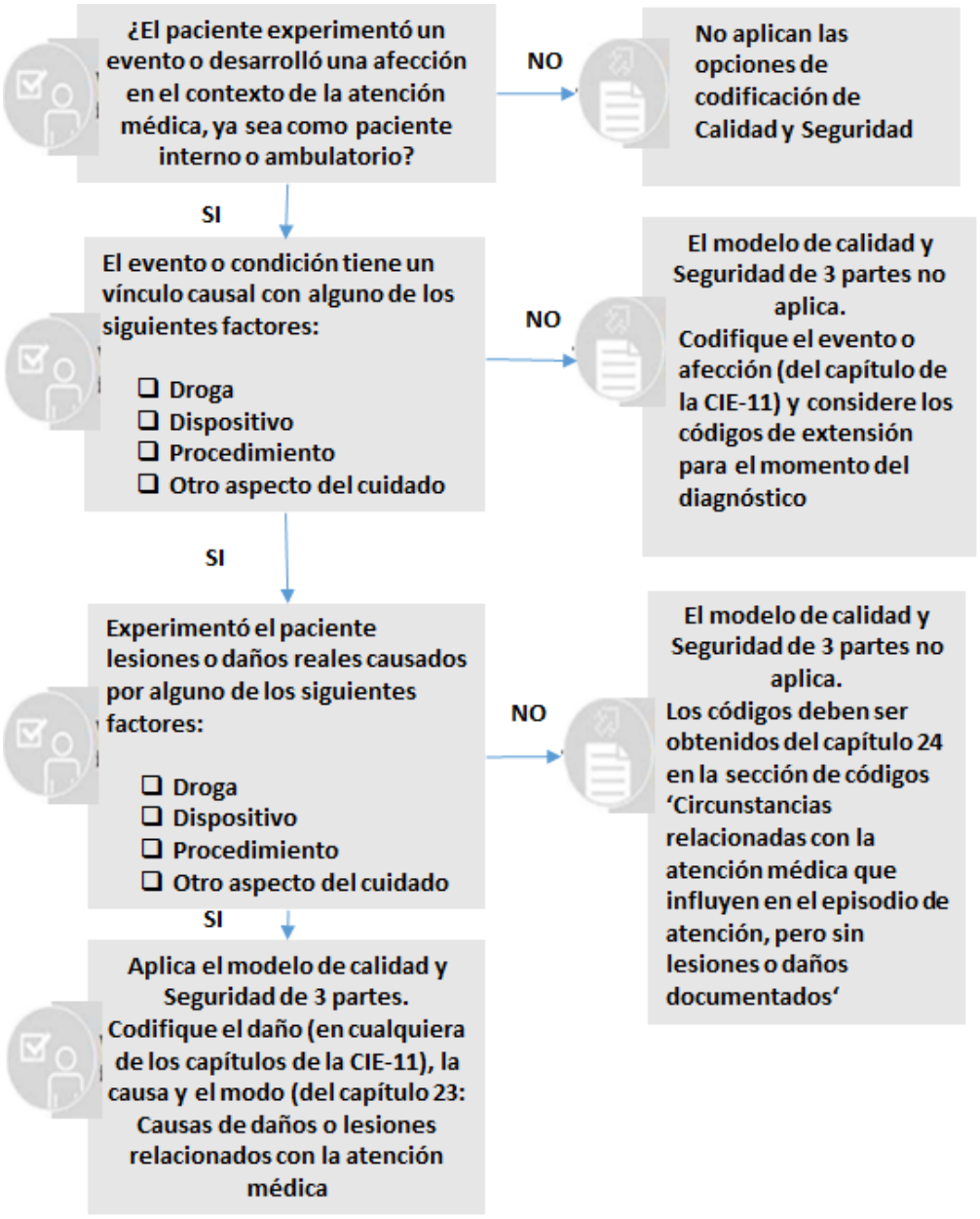
- Una caída en el ámbito sanitario sin fractura u otra lesión
- Un medicamento incorrecto administrado sin perjuicio para el paciente
- Un medicamento administrado a un paciente equivocado sin que éste sufra daños
- Un retraso en la administración del fármaco sin efecto negativo en la evolución clínica
- Fallo documentado de las precauciones de esterilidad en un procedimiento quirúrgico sin que se produzca una infección
- Dispositivo ortopédico desprendido sin síntomas ni problemas
- Pinchazo involuntario con aguja sin lesión documentada u otro daño

En estas circunstancias, deben elegirse los códigos del capítulo 24 Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud, en la sección de códigos titulada "Circunstancias relacionadas con la atención médica que influyen en el episodio de atención, sin lesión o daño documentado". Estos códigos se organizan utilizando las cuatro categorías de daños relacionados con la atención médica que aparecen en el capítulo 23 Causas externas de morbilidad o mortalidad (medicamentos, dispositivos, procedimientos y otras causas relacionadas con la atención médica), pero con la importante distinción de que las circunstancias que se describen mediante la codificación NO causaron un daño real al paciente.

Los ejemplos anteriores se codificarían de la siguiente manera:

QA8E Caída durante la atención médica, sin daño o lesión
QA72 Sustancia incorrecta, sin lesión o daño
QA8D Paciente que recibió una prueba de diagnóstico o tratamiento destinado a otro paciente, sin daño o lesión
QA8B Retraso en el tratamiento, sin daño o lesión
QA52 Falla de las precauciones de esterilización, sin daño o lesión
QA62 Desplazamiento, mala conexión o desconexión de un dispositivo médico o quirúrgico, sin daño o lesión
QA8F Pinchadura de aguja, sin daño o lesión

Figura 1: Algoritmo resumido para la codificación de eventos y afecciones que surgen en el contexto de la atención médica



Algoritmo de preguntas y respuestas

2.23.20.5 Recomendaciones para la captura y organización de datos

Los sistemas de información deben ser capaces de capturar los tres componentes y de marcar los tres códigos como pertenecientes al mismo clúster (véanse también las instrucciones para la poscoordinación y la codificación del clúster).

2.23.21 Notas específicas por capítulo

A continuación se ofrecen orientaciones para los codificadores en relación con capítulos específicos en los que pueden surgir problemas a la hora de seleccionar los códigos de la

"afección principal" preferidos. Las directrices y reglas generales precedentes se aplican a todos los capítulos, a menos que una nota específica de un capítulo indique lo contrario.

2.23.21.1 Capítulo 1: Enfermedades infecciosas y parasitarias

Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]

Un paciente con un sistema inmunitario comprometido debido a la enfermedad por el VIH puede a veces requerir tratamiento durante el mismo episodio de atención para más de una enfermedad, por ejemplo, infecciones por micobacterias y citomegalovirus. Sólo las subcategorías de la enfermedad asociada al VIH, tuberculosis y malaria están precoordinadas en este bloque para la enfermedad por el VIH. Cuando el profesional de la salud documente otra enfermedad especificada causada por el VIH, poscoordine la enfermedad causada por el VIH con la subcategoría adecuada para la enfermedad por el VIH registrada por el profesional de la salud.

Ejemplo 1:

El paciente tiene la enfermedad por el VIH y es ingresado para el tratamiento del sarcoma de Kaposi del paladar blando.

Afección principal: Sarcoma de Kaposi debido a la enfermedad por el VIH

El sarcoma de Kaposi está documentado como una enfermedad causada por el VIH. Por lo tanto, el código de base para el sarcoma de Kaposi se postcoordina con el código de base aplicable para el VIH.

Afección principal: *2B57.Y Sarcoma de Kaposi de otro sitio primario especificado* & *XA8HL5 Paladar blando/*1C62.3 *Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana estadio clínico 4 sin mención de tuberculosis o malaria*.

Ejemplo 2:

El paciente tiene la enfermedad por el VIH y es ingresado para el tratamiento de la toxoplasmosis.

Afección principal: Toxoplasmosis por VIH

Afección principal: 1F57.Z Toxoplasmosis, no especificada/1C62.3 Enfermedad por el VIH estadio clínico 4 sin mención de tuberculosis o malaria

Sepsis con o sin shock séptico

El concepto de sepsis ha sufrido grandes cambios durante las últimas décadas y la descripción actual establecida y ampliamente aceptada a nivel internacional en 2016 es que la sepsis es una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección.

La sepsis no se considera una enfermedad en sí misma, sino una reacción a una enfermedad infecciosa que puede ser de etiología bacteriana, vírica, fúngica o protozoaria. El choque séptico se define como un subconjunto de la sepsis en el que las anomalías circulatorias, celulares y metabólicas son lo suficientemente profundas como para aumentar sustancialmente la mortalidad.

Una agrupación que incluya un caso de sepsis documentado debe incluir:

- En primer lugar, un código de base que represente la infección causante (especificada o no especificada) y, en su caso, un código de extensión opcional para el agente infeccioso si se conoce.
- En segundo lugar, un código de base para la sepsis con o sin shock séptico según la documentación

Nota: Si la infección causante se documenta como generalizada o no se informa una infección específica, asigne un código de base para el mayor nivel de especificidad documentado en relación con la infección.

Ejemplo 1:

Paciente ingresado para el tratamiento de una neumonía neumocócica que causa sepsis

Afección principal: Neumonía neumocócica que causa sepsis

Codifique primero la infección causante, CA40.07 *Neumonía por Streptococcus pneumoniae* y poscoordine con el código de base para *1G40 Sepsis sin choque séptico*

Clúster de la afección principal: CA40.07 / 1G40

Ejemplo 2:

Paciente ingresado para el tratamiento de la influenza A H1N1 grave que causa sepsis.

Codifique primero la infección causante, Influenza *1E30 Influenza debida a virus de la gripe estacional identificada con* el código de extensión opcional para (*XN297 Virus de la Influenza A H1N1*) y poscoordine con el código de base para (*1G40 Sepsis sin choque séptico*)

Clúster de la afección principal: 1E30 & XN297 /1G40

Ejemplo 3:

Paciente ingresado para el tratamiento de una sepsis por E. coli.

Afección principal: Sepsis por E Coli.

Codifique primero la infección causante. En este ejemplo, no se documenta una infección específica; por lo tanto, se asigna un código para (*1C41 Infección bacteriana de localización no especificada*), con el código de extensión opcional para (*XN6P4 Escherichia coli*) y se poscoordina con el código de base para (*1G40 Sepsis sin choque séptico*).

Clúster de la afección principal 1C41 & XN6P4 /1G40

Ejemplo 4:

El paciente presentó un choque séptico y murió poco después del ingreso.

Afección principal: Choque séptico, infección desconocida

Codifique primero la infección causante. En este ejemplo, se desconoce la infección específica; por lo tanto, codifique [1H0Z Infección, no especificada] y, a continuación, poscoordinar con el código (*1G41 Sepsis con choque séptico*)

Clúster de la afección principal: [1H0Z] /1G41

2.23.21.2 Capítulo 2: Neoplasias

Al codificar las neoplasias, remítase a las instrucciones relativas a la asignación de códigos a nivel de las categorías individuales y al uso de descripciones morfológicas o de sitios adicionales de

los códigos de extensión. Debe registrarse una neoplasia, ya sea primaria o metastásica, que sea el centro de atención durante un episodio relevante de atención mádica.

Cuando la "afección principal" registrada por el médico es una neoplasia primaria y la "otra afección" es una neoplasia secundaria (metástasis), codifique cada neoplasia por separado. No poscoordine el código de base para la neoplasia primaria con el código de base para la neoplasia secundaria.

Cuando la afección principal registrada por el profesional de salud sea una neoplasia secundaria (metástasis) y la neoplasia primaria ya no esté presente (por haber sido extirpada durante un episodio de atención anterior o cuando la documentación indique una historia personal de esa neoplasia), codifique la neoplasia secundaria (metástasis) como la afección principal y codifique por separado como otra afección el código de base para "historia personal de". No poscoordine el código de base de la neoplasia secundaria con el código de base de "antecedentes personales de". (Véase el ejemplo siguiente). Asimismo, consulte la sección 2.23.16 Codificación de "historia de" e "historia familiar de" para obtener más instrucciones de codificación.

Cuando la afección principal registrada por el médico es "Examen de seguimiento" (circunstancia codificable en el capítulo 24 "Factores que influyen en el estado de salud o en el contacto con los servicios de salud") y la "otra afección" registrada es "antecedentes personales de", codifique el código aplicable de "examen de seguimiento" como afección principal y codifique por separado el código de base de "antecedentes personales de" como la otra afección. No poscoordine el código de base de "examen de seguimiento" con el código de base de "antecedentes personales de". Consulte la sección 2.23.16 Codificación de "historia de" e "historia familiar de" para obtener instrucciones de codificación.

Ejemplo 1:

Una paciente es ingresada para la investigación de una masa en la mama. La investigación concluye una neoplasia en la mama izquierda. Se realiza una mastectomía y la histopatología muestra una diseminación a los ganglios linfáticos regionales (axila izquierda). Se planifica la quimioterapia.

Afección principal: Carcinoma de mama.

Otra afección: Metástasis a los ganglios linfáticos regionales.

Procedimiento: Mastectomía.

Codifique la afección principal como neoplasia maligna en la mama con el código de extensión opcional "izquierda" (2C6Z & XK8G). Codifique la neoplasia maligna secundaria en los ganglios linfáticos axilares con el código de extensión opcional 'izquierda' como otra afección (2D60.3& XK8G).

Ejemplo 2:

Paciente con antecedentes de carcinoma de mama resecado hace dos años que es ingresada para una broncoscopia con biopsia. La investigación reveló un carcinoma secundario en el pulmón.

Afección principal: Carcinoma secundario en pulmón.

Otras afecciones: Carcinoma de mama resecado hace dos años.

Procedimiento: Broncoscopia con biopsia.

Codifique la afección principal como *[2D70 Metástasis de neoplasia maligna en pulmón]*. Codifique QC40.3 **Antecedentes personales de neoplasia maligna de mama** como otra afección y poscoordine el código de base 2C6Z **Neoplasias**

malignas de mama, sin especificación para especificar que los antecedentes personales están relacionados con el cáncer de mama primario maligno. Consulte la sección 2.23.16 Codificación de "historia" e "historia familiar de". Afección principal: 2D70 Otra afección: Opción 1: QC40.3; Opción 2: QC40.3 /2C6Z

Ejemplo 3:

Paciente ingresado para una revisión del cáncer de vejiga mediante cistoscopia. El paciente tiene un historial de cáncer de vejiga previamente extirpado. No se observa ninguna evidencia de recidiva.

Afección principal: Examen de seguimiento por cistoscopia.

Otras afecciones: Antecedentes de cáncer de vejiga.

Procedimiento: Cistoscopia.

Codifique la afección principal como *[QA06 Examen de seguimiento tras el tratamiento de una neoplasia maligna]*. Opción 1: Codifique [*QC40.5 Antecedentes personales de neoplasia maligna del tracto urinario]*. Opción 2: Codifique *[QC40.5 Antecedentes personales de neoplasia maligna del tracto urinario]* como otra afección y poscoordine el código de base *[2C94.Z Neoplasia maligna de la vejiga, no especificada]* para especificar que los antecedentes personales están relacionados con el cáncer de vejiga. Consulte la sección 2.23.16 Codificación de "historia" e "historia familiar de". Afección principal: QA06 Otra afección: Opción 1: QC40.5; Opción 2: QC40.5 / 2C94.Z

Neoplasias malignas primarias de sitios múltiples independientes

El código de base para Neoplasias malignas de sitios múltiples independientes (primarias) debe ser asignado como afección principal cuando el profesional de la salud registra como afección principal dos o más neoplasias malignas primarias independientes, ninguna de las cuales predomina. A continuación, opcionalmente, pueden codificarse códigos adicionales para identificar las neoplasias individuales como otras afecciones para identificar las neoplasias malignas primarias individuales registradas por el profesional de la salud. Pueden añadirse códigos de extensión a cada código de base de las neoplasias malignas primarias para identificar detalles adicionales de la histopatología y el lugar.

Ejemplo 1:

La documentación indica que la paciente padece carcinomatosis del peritoneo por una neoplasia primaria desconocida. Afección principal: Carcinomatosis del peritoneo.

Codifique la afección principal como *2D91 Metástasis de neoplasia maligna al peritoneo*. Codifique como otra afección *[2D4Z Neoplasias malignas no especificadas de sitios mal definidos o no especificados]*. Afección principal: 2D91 Otra afección: 2D4Z

Ejemplo 2:

Enfermedad principal: Mieloma múltiple Otras afecciones: Adenocarcinoma primario de próstata.

Codifique la afección principal como *[2A83.1 Mieloma de células plasmáticas]*. Codifique como otra afección [*2C82.0 Adenocarcinoma de próstata]*. Afección principal: 2A83.1 Otra afección: 2C82.0

Neoplasias malignas no especificadas de sitios mal definidos o no especificados

Este código debe utilizarse sólo cuando el profesional de la salud haya registrado claramente la neoplasia como de localización primaria desconocida o como neoplasia maligna no especificada, supuestamente primaria.

Metástasis de neoplasia maligna, sitio no especificado

Este código debe utilizarse como afección principal sólo cuando la neoplasia se describa como "metástasis diseminada" o "carcinoma metastásico" (u otros términos similares descritos en la lista de inclusión del código) pero no se documenten los lugares específicos.

2.23.21.3 Capítulo 3: Enfermedades de la sangre o de los órganos hematopoyéticos

Algunas afecciones clasificables en este capítulo pueden ser consecuencia de medicamentos u otras causas externas. Los códigos del capítulo 23 "Causas externas de morbilidad y mortalidad" pueden utilizarse como códigos adicionales opcionales.

Ejemplo 1:

Paciente que está en tratamiento a largo plazo con el fármaco trimetoprima y es admitido y tratado por anemia por deficiencia de folato inducida por trimetoprima. Afección principal: Anemia por deficiencia de folato inducida por trimetoprima. Codifique la afección principal como *[3A02.4 Anemia por deficiencia de folato inducida por fármacos]* y poscoordine con el código de causa externa *[PL00 Fármacos y sustancias biológicas asociados a lesión o daño en uso terapéutico]* y el código de causa externa *[PL13.2 Lesión o daño relacionado con el fármaco en el contexto de una administración o dosificación correcta, como modo de lesión o daño]*. El código de extensión *[XM7NY9 Trimetoprima]*, puede añadirse opcionalmente para identificar el medicamento.

Clúster de la afección principal: 3A02.4 /PL00 & XM7NY9 /PL13.2

2.23.21.4 Capítulo 5: Enfermedades endocrinas, nutricionales o metabólicas

Algunas afecciones clasificables en este capítulo pueden ser consecuencia de medicamentos u otras causas externas. Los códigos del capítulo 23 "Causas externas de morbilidad y mortalidad" pueden utilizarse como códigos adicionales opcionales.

Diabetes mellitus

Cuando el profesional de la salud haya documentado una afección como debida a la diabetes mellitus, poscoordine la afección y los códigos de base de la diabetes mellitus. Si se documenta más de una afección como debida a la diabetes mellitus, cada concepto clínico distinto (cada afección causada por la diabetes) se codifica por sí misma y se postcoordina con el código de base de la diabetes mellitus, aunque signifique repetir el código de la diabetes en cada grupo. (Consulte el ejemplo 2 a continuación).

Ejemplo 1:

Afección principal: Insuficiencia renal debida a la diabetes mellitus de tipo 2. La insuficiencia renal se documenta como debida a la diabetes mellitus; por lo tanto, codifique en *[GB6Z Insuficiencia renal, no especificada]* y poscoordine con el código de base 5A11 Diabetes mellitus tipo 2. Clúster de la afección principal: GB6Z /5A11

Ejemplo 2:

Afección principal: Diabetes tipo 1 con nefropatía diabética Otra afección: Catarata diabética Codifique la afección principal como 5A10 **Diabetes mellitus tipo 1 postcoordinada con** el código de base [*GB61.Z Enfermedad renal crónica, estadio no especificado]*. Codifique como otra afección *[9B10.21 Catarata diabética] postcoordinada con* el código de base *[5A10 Diabetes mellitus tipo 1]*.

Clúster de la afección principal: 5A10 /GB61.Z Clúster de otras afecciones: 9B10.21 /5A10

Síndrome carcinoide

Este código no debe utilizarse como código preferencial para la afección principal si se registra una neoplasia carcinoide, a menos que el episodio de atención haya estado dirigido predominantemente al síndrome endocrino en sí.

2.23.21.5 Capítulo 6: Trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo

Demencia

Codifique siempre la etiología subyacente, si está documentada.

2.23.21.6 Capítulo 8: Enfermedades del sistema nervioso

Algunas afecciones clasificables en este capítulo pueden ser el resultado de los efectos de los medicamentos u otras causas externas. Los códigos del capítulo 23 "Causas externas de morbilidad y mortalidad" pueden utilizarse como códigos adicionales opcionales.

Efectos tardíos de la enfermedad cerebrovascular

Estos códigos no deben utilizarse como códigos preferenciales para la "afección principal" si se registra la naturaleza de la afección residual. Consulte la sección 2.23.18 Codificación de afecciones informadas como secuelas (efectos tardíos).

Síntomas paralíticos

Estos códigos no deben utilizarse como código preferencial para la afección principal si se registra una causa actual, a menos que el episodio de atención haya sido principalmente por la propia parálisis.

Ejemplo 1:

Paciente que ingresa con una hemiplejía del lado izquierdo y tras la investigación se determina que se debe a un accidente cerebrovascular isquémico agudo. Enfermedad principal: Accidente cerebrovascular isquémico agudo con hemiplejía. Codifique la afección principal como *8B11.5 Accidente cerebrovascular isquémico de causa desconocida* y poscoordine el código de base *MB53.Z Hemiplejia, sin especificación*. Se puede añadir un código de extensión opcional para especificar XK8G *Izquierdo*. Clúster de la afección principal: 8B11.5 /MB53.Z & XK8G

Ejemplo 2:

Paciente que ingresa para entrenamiento de rehabilitación por parálisis de la pierna izquierda resultante de un infarto cerebral hace tres años. Afección principal: Parálisis de la pierna izquierda. Codifique la afección principal como *MB55.Z Monoplejia de extremidad inferior, sin especificación* y puede añadirse un código de extensión opcional para especificar *XK8G Izquierdo. Poscordine* el código de base *8B25.0 Efectos tardíos de un accidente cerebrovascular isquémico. Clúster de la afección principal*: MB55.Z &XK8G /8B25.0

2.23.21.7 Capítulo 9: Enfermedades del sistema visual

Deterioro de la visión, incluida la ceguera

Estos códigos no deben utilizarse como código preferencial para la afección principal si se registra la causa, a menos que el episodio de atención haya sido principalmente por la propia ceguera.

2.23.21.8 Capítulo 10: Enfermedades del oído o de la apófisis mastoides

Deficiencia auditiva adquirida

Estos códigos no deben utilizarse solos si se registra la causa, a menos que el episodio de atención haya sido principalmente por la pérdida auditiva en sí.

2.23.21.9 Capítulo 11: Enfermedades del sistema circulatorio

Hipertensión secundaria

Este código no debe utilizarse como código preferencial para la afección principal si se registra la causa. Al codificar la causa, la hipertensión secundaria se utiliza como código adicional (en un clúster) para indicar que esta manifestación ha sido relevante en el contexto del tratamiento.

2.23.21.10 Capítulo 15: Enfermedades del sistema musculoesquelético o del tejido conjuntivo

Muchas afecciones musculoesqueléticas se tratan sin conocer la enfermedad subyacente. En estos casos sólo se codifica la afección musculoesquelética.

2.23.21.11 Capítulo 18: Embarazo, parto o puerperio

JA05 Complicaciones después de un aborto, embarazo ectópico o molar

Estos códigos no deben utilizarse como el código preferencial para la afección principal, excepto cuando un nuevo episodio de atención sea únicamente para el tratamiento de una complicación, por ejemplo, una complicación actual de un aborto anterior. Estos códigos pueden utilizarse como un código adicional opcional con los códigos de "Embarazo terminado en aborto" para identificar las complicaciones asociadas y dar detalles más completos de la complicación.

Ejemplo 1:

Afección principal: Ruptura de un embarazo tubárico que provoca un estado de choque

Otras afecciones: -

Especialidad: Ginecología

Codifique la afección principal como *JA01.1 Embarazo tubárico* y, dado que el choque está documentado como una complicación del embarazo tubárico, poscoordine *JA05.3 Choque tras un aborto, embarazo ectópico o embarazo molar*. Clúster de la afección principal: JA01.1 /JA05.3

Ejemplo 2:

A la paciente se le diagnostica una endometritis tras un aborto espontáneo que fue diagnosticado y tratado en un episodio asistencial anterior.

Afección principal: Endometritis tras un aborto espontáneo

Especialidad: Ginecología

Este ejemplo representa un nuevo episodio de atención únicamente para el tratamiento de una complicación actual de un aborto espontáneo anterior; por lo tanto, codifique la afección principal como *JA05.0 Infección pélvica o del aparato genital después de un aborto, embarazo ectópico o molar*. No se requiere ningún otro código ya que el aborto tuvo lugar durante un episodio de atención anterior.

Afección principal: JA05.0

Parto

El uso de estos códigos para describir la "afección principal" debe limitarse a los casos en los que la única información registrada sea una declaración de parto o el método de parto. Estos códigos pueden utilizarse como códigos adicionales para indicar un método o un tipo de parto cuando no se esté utilizando un catálogo de datos o una clasificación de procedimientos independiente para este fin.

Ejemplo 3:

La paciente es admitida en trabajo de parto y da a luz a un recién nacido sano sin complicaciones.

Afección principal: Parto normal

Otras afecciones: -

Procedimiento: *Parto* vaginal espontáneo

Codifique *JB20.Z Parto único espontáneo, sin especificación* como "afección principal".

Afección principal: JB20.Z

Ejemplo 4:

Paciente que tiene antecedentes de cesárea previa es ingresada por estar en trabajo de parto. Fracasa la prueba de trabajo de parto vaginal debido a la detención de la fase activa por lo que se realiza nuevamente una cesárea no programada.

Afección principal: Fracaso de la prueba de trabajo de parto, sin especificación

Otras afecciones: Inercia uterina secundaria.

Procedimiento: Cesárea

Codifique *JB0D.8 Intento de parto fallido, no especificado como* "afección principal" y poscoordine *JB02.1 Inercia uterina secundaria, porque el* profesional de la salud ha documentado que fue la causa del intento fallido de parto. Codifique JB22.Z como otra afección para indicar el método de parto.

Clúster de la afección principal: JB0D.8 /JB02.1

Otra afección: JB22.Z

Ejemplo 5:

Paciente, de la que se sabe que tiene un embarazo gemelar, es admitida en trabajo de parto y da a luz a dos recién nacidos sanos.

Afección principal: Parto múltipe, todos espontáneos

Otras afecciones: gemelos, ambos nacidos vivos

Procedimiento: Parto espontáneo.

Codifique *JB24.0 parto múltiple, todos espontáneos /* y postcoordine con *QA46.2 gemelos, ambos nacidos vivos*.

Clúster de la afección principal: JB24.0 / QA46.2

Ejemplo 6:

Paciente que ingresa en trabajo de parto con 38 semanas de gestación. En la exploración no se pudo detectar la frecuencia cardíaca fetal.

Afección principal: Embarazo a término con parto de feto muerto

Otras afecciones: -

Procedimiento: Parto espontáneo.

Codifique en *JA86.3 Atención materna por muerte intrauterina*. Codifique como otra afección *JB20.Z Parto único espontáneo, sin especificación* para indicar el método de parto.

Afección principal: JA86.3

Otra afección: JB20.Z

Ciertas enfermedades maternas clasificables en otra parte pero que complican el embarazo, el parto o el puerperio

Estas subcategorías proporcionadas deben utilizarse como códigos de "afección principal" con preferencia a las categorías ajenas al capítulo 18 "Embarazo, parto o puerperio" cuando las afecciones hayan sido señaladas por el profesional médico porque complicaron la gestación, fueron agravadas por el embarazo o fueron motivo de atención obstétrica. Los códigos pertinentes de otros capítulos pueden utilizarse como códigos adicionales opcionales para permitir la especificación de la afección. La poscoordinación se aplica cuando se codifica el código adicional para especificar la afección.

Ejemplo 7:

Paciente que ingresa a las 28 semanas de gestación con toxoplasmosis.

Afección principal: Toxoplasmosis

Otras afecciones: Embarazo *sin especificación*

Codifique *JB63.6Z Enfermedades causadas por protozoarios que complican el embarazo, el parto o el puerperio, sin especificación* como afección principal y, opcionalmente, codifique *1F57.Z Toxoplasmosis, sin especificación* para identificar la enfermedad protozoaria específica que está complicando el embarazo. Cuando se codifica el código adicional para identificar la complicación específica, entonces se aplica la poscoordinación porque 1F57.Z está añadiendo detalles/especificidades adicionales al código de base JB63.6Z.

Clúster de la afección principal: JB63.6Z /1F57.Z

2.23.21.12 Capítulo 21: Síntomas, signos o hallazgos clínicos no clasificados en otra parte

Las categorías de este capítulo no deben utilizarse como códigos de "afección principal" a menos que el síntoma, signo o hallazgo clínico haya sido claramente la afección principal tratada o investigada durante un episodio de atención. No deben asignarse códigos de este capítulo cuando se determine un diagnóstico explicativo durante el episodio de atención.

2.23.21.13 Capítulo 22: Traumatismos, intoxicaciones u otras consecuencias de causas externas

Cuando se registren múltiples lesiones y no se haya seleccionado ninguna de ellas como "afección principal", codifique una de las categorías previstas para las declaraciones de lesiones múltiples de:

- mismo tipo a la misma región del cuerpo;
- diferentes tipos a la misma región del cuerpo; y
- mismo tipo a diferentes regiones del cuerpo

y poscoordine los códigos de base que describen cada lesión individual.

Tenga en cuenta las siguientes excepciones:

- para las lesiones internas registradas con lesiones superficiales y/o heridas abiertas solamente, codifique a las lesiones internas como la "afección principal";
- para las fracturas de cráneo y huesos faciales con lesión intracraneal asociada, codifique la lesión intracraneal como "afección principal";
- para la hemorragia intracraneal registrada con otras lesiones en la cabeza solamente, codifique a la hemorragia intracraneal como la "afección principal";
- para las fracturas registradas con heridas abiertas de la misma localización solamente, codifique a la fractura como la "afección principal".

Cuando se utilizan las categorías de lesiones múltiples, los códigos de las lesiones individuales que aparecen se utilizan como códigos adicionales en el mismo grupo.

Ejemplo 1:

Paciente que sufrió lesiones en la vejiga y la uretra tras una agresión. Afección principal: Lesión en la vejiga y la uretra Otras afecciones: -. Codifique como afección principal *NB92.8 Traumatismo en múltiples órganos pélvicos* y poscoordine los códigos de base *NB92.2Z Traumatismo en la vejiga, sin especificación* y *NB92.3Z Traumatismo de uretra, sin especificación,* ya que estos códigos añaden detalles/especificidad adicionales a NB92.8. Clúster de la afección principal:

NB92.8 /NB92.2Z /NB92.3Z

Ejemplo 2:

Paciente que conducía una motocicleta, perdió el control en la carretera y se estrelló. Las investigaciones revelaron una herida intracraneal abierta con hemorragia cerebelosa. Afección principal: Herida intracraneal abierta con hemorragia cerebelosa. Otras afecciones: -. Codifique la afección principal *NA0A.3 Traumatismos múltiples en la cabeza* y poscoordine los códigos de base *NA07.1 Hemorragia traumática intracerebral* y *NA07.Y Otro traumatismo intracraneal especificado*. Clúster de la afección principal: NA0A.3 /NA07.1 /NA07.Y

2.23.21.14 Capítulo 23: Causas externas de morbilidad o mortalidad

Estos códigos no deben utilizarse como códigos de "afección principal". Están destinados a utilizarse como códigos adicionales para identificar la causa externa de las afecciones clasificadas en el capítulo 22 y también pueden utilizarse como códigos adicionales opcionales con afecciones clasificadas en cualquier otro capítulo, pero que tienen una causa externa.

2.23.21.15 Capítulo 24: Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud

Hay algunos episodios de atención sanitaria que no están relacionados con el tratamiento o la investigación de una enfermedad o lesión actual (por ejemplo, el seguimiento de afecciones tratadas previamente, las visitas por vacunación, la búsqueda de asesoramiento relacionado con

la salud). En tales circunstancias, se puede encontrar un código para la afección principal en el capítulo 24 "Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud".

2.23.22 Condiciones de la medicina tradicional - Módulo 1 (MT1)

La Medicina Tradicional (MT) es una parte integral de los servicios de salud que se prestan en muchos países. La estandarización internacional mediante la inclusión de las afecciones de la Medicina Tradicional dentro de la CIE permite medir, contar, comparar, formular preguntas y supervisar su uso a lo largo del tiempo. El capítulo suplementario de la CIE-11 sobre los trastornos y patrones de la Medicina Tradicional (MT1) está diseñado para ser utilizado junto con los conceptos de la Medicina Occidental de los capítulos 01-25 de la CIE.

Al igual que otros capítulos de la CIE, el capítulo MT1 es una herramienta para clasificar, diagnosticar, contar, comunicar y comparar las condiciones de la MT, también ayudará a la investigación y evaluación para valorar la seguridad y eficacia de la MT. Este capítulo no juzga ni avala la práctica de la MT ni la eficacia de ninguna intervención de la MT.

2.23.23 Uso en la medicina tradicional

Información a nivel regional, nacional e internacional:

- Contabilizar los episodios de atención para los trastornos y/o patrones de la medicina tradicional de la misma manera que para las enfermedades de la medicina occidental a efectos de notificación de datos de morbilidad
- Contabilizar los episodios de atención por parte de los profesionales de la medicina tradicional que pueden utilizar una combinación de terminología de la medicina occidental y de la medicina tradicional
- Describir y cuantificar la utilización de los servicios de medicina tradicional y los motivos de atención
- Seguimiento del uso de los recursos para los servicios de medicina tradicional
- Estandarización de las descripciones de los trastornos y patrones entre los clínicos, los profesionales y los codificadores de la MT

Investigación:

- Facilitar la investigación basada en pruebas sobre la seguridad y la eficacia de las intervenciones de la medicina tradicional
- Permitir la investigación clínica en el marco de la medicina tradicional e integrar la medicina occidental con la tradicional
- Comprender las interrelaciones entre las enfermedades de la medicina occidental y los trastornos y patrones de la medicina tradicional
- Estudiar los patrones de tratamiento y los resultados de los trastornos y patrones específicos utilizando la CIE-11 junto con las clasificaciones de procedimientos específicos de cada país y el componente MT de la Clasificación Internacional de Intervenciones en Salud (CIIS)

Reembolso de la casuistitca hospitalaria (casemix) y seguros:

- Existen precedentes en China, Japón y Corea del uso de las clasificaciones existentes de la medicina tradicional (con o sin conceptos de la medicina occidental) para los reembolsos a los hospitales y para las reclamaciones de seguros y para las medidas de cálculo de costos clínicos.
- La incorporación de la Medicina Tradicional como un capítulo de la CIE-11 permite un margen mucho mayor para describir las condiciones de los pacientes (enfermedades, trastornos (MT1) y patrones (MT1) a través de los capítulos de la Medicina Occidental y la MT1), así como las complicaciones y comorbilidades.

Calidad y seguridad de la atención:

- La normalización del uso de los códigos que reflejan la calidad y la seguridad de la atención entre las enfermedades de la medicina occidental y los trastornos de la MT1 permitirá a los profesionales de la MT interpretar los datos de la CIE-11 sobre la calidad, la seguridad y la eficacia de la atención.

Educación:

- Capacitar a los profesionales de la medicina tradicional en lo que respecta a la estandarización de los diagnósticos
- Capacitar a los clínicos y codificadores de MT en la aplicación e interpretación de los datos de la CIE-11.

Estandarización de la terminología para su uso en las historias clínicas electrónicas:

- Permitir un registro y una extracción de datos más coherentes y eficaces
- Permitir la codificación asistida por ordenador de los trastornos y patrones del MT1

2.23.24 Instrucciones de codificación de las afecciones de la medicina tradicional - Módulo 1 (MT1)

Los códigos del capítulo de Medicina Tradicional pueden utilizarse en todos los ámbitos (atención hospitalaria o ambulatoria en el hospital o en la comunidad) pero no deben utilizarse para informar sobre las causas de la muerte. Cuando se codifica en atención primaria, los trastornos y los patrones pueden no estar totalmente desarrollados, por lo que puede ser más factible identificar el motivo de atención que la afección principal y las afecciones asociadas.

Principios generales:

- Consulte todas las partes del expediente del paciente, incluyendo el resumen del alta, el historial, la exploración física, las investigaciones, los datos de laboratorio, los tratamientos y los diagnósticos finales.
- La codificación debe referirse a los motivos del tratamiento durante este episodio y no es necesario que describa todo el historial del paciente a lo largo de su vida, a menos que una afección pasada afecte a la atención actual.
- Sea lo más específico y explícito posible, utilizando códigos para representar la etiología, la patología y las manifestaciones de la condición de MT.
- Utilice los códigos de los capítulos pertinentes de la CIE para que coincidan con los trastornos clínicos anotados en el registro del paciente.
- Codifique las condiciones de MT (como, las que no están bien definidas o no se manifiestan).

La inclusión del capítulo suplementario sobre las afecciones de la Medicina Tradicional en la CIE-11 tiene como objetivo fomentar la integración de la MT en el sistema de salud. Por ello, se recomienda que, siempre que sea posible, se utilicen los códigos de la MT1 junto con los de otros capítulos de la CIE-11 (capítulo 01-25) para poder comparar los diagnósticos de la medicina occidental (MO) con los de la medicina tradicional.

Se puede utilizar el siguiente esquema de codificación genérico y opciones de codificación alternativas:

1. Lea el resumen del paciente y el historial médico.
2. Seleccione el/los diagnóstico/s de la MO, el/los trastorno/s (MT1) y/o el/los patrón/es (TM1) a codificar.

	Opciones	**Ejemplos**	**Ejemplos de codificación con la CIE-11**
a.	Diagnóstico de MO solo	Asma	CA23.32
b.	Diagnóstico de MO con patrón MT1	Asma Acumulación de flema turbia en el patrón pulmonar (MT1)	CA23.32 SF86
c.	Diagnóstico de MO con trastorno MT1	Asma Trastorno de sibilancias (MT1)	CA23.32 SF81

Puede elegir más de un trastorno (MT1) y más de un patrón (MT1) del capítulo MT.

3. Consulte la herramienta de codificación electrónica o los índices alfabéticos correspondientes para las entradas de la MO y la MT1
4. Vaya a la lista tabular del código correspondiente. Tome nota de las notas de inclusión y exclusión y de las descripciones textuales.
5. Asigne el código apropiado y siga las directrices específicas para ese código.

La aplicación del esquema de codificación genérico arriba indicado y las opciones de codificación alternativas para un cuadro clínico determinado deben tener en cuenta el contexto normativo, la práctica de codificación y los requisitos específicos del país. Pueden desarrollarse convenciones de codificación adicionales en respuesta a las necesidades de información específicas de cada país (por ejemplo, codificación de la afección principal, uso de códigos de extensión, codificación de neoplasias y lesiones, afecciones crónicas y complicadas, molestias subclínicas o constitucionales, causa externa de la lesión y reacción adversa).

2.24 Recomendaciones estadísticas generales

2.24.1 Calidad de los datos

Para garantizar una alta calidad, es necesario poner en marcha procesos de control de la calidad de los datos codificados. Esto se denomina Garantía de Calidad. En las siguientes páginas encontrará algunas sugerencias relativas a la aplicación de la Garantía de Calidad para las estadísticas de mortalidad y morbilidad. Como principio básico, los responsables de la recolección y el análisis de los datos deben participar en el desarrollo de los protocolos para el procesamiento y la codificación de los datos, así como en la determinación de los demás elementos de los datos que se cruzarán con ellos. La recopilación de datos de calidad requiere un flujo de trabajo claramente diseñado (desde el registro de los datos hasta la codificación y el análisis) y una formación adecuada de todas las partes implicadas. En particular, es necesario que todos los participantes comprendan el proceso y su parte en él. Las etapas básicas del flujo de trabajo incluyen:

1. Documentación - Aquí es donde empieza la información. La identificación de una afección y su posterior documentación en un certificado de defunción, en una historia clínica o en otro formulario médico deben llevarse a cabo de forma completa y precisa, utilizando las mejores evidencias posibles. Por esta razón, esta parte del flujo de trabajo, por lo general, debe ser llevada a cabo por un médico bien capacitado.
2. Reporte – La información documentada debe ser reportada en el formato especificado por las agencias responsables. Puede haber diferencias en la estructura requerida de los reportes, el plazo y las obligaciones, según el país y/o las circunstancias de recopilación de datos.
3. Verificación- Cuando se comunique información poco clara, declaraciones incompletas o ilógicas, se debe utilizar un circuito de retroalimentación y devolución de consultas a los certificadores y documentadores.
4. Agrupación y análisis - Ambos sirven para agrupar los datos de forma determinada por los diversos casos de uso. Las reglas y las restricciones deben entenderse y comunicarse claramente cuando se realiza el análisis y se comunican y utilizan los resultados.

2.24.2 Especificidad frente a códigos mal definidos

La información registrada debe codificarse con el mayor nivel de detalle posible. En algunos casos, los detalles disponibles son escasos, están incompletamente documentados o sólo se notifican detalles triviales. Aunque la CIE proporciona categorías para estos casos, esta información inespecífica no permite comprender los patrones epidemiológicos y/o la utilización de los sistemas sanitarios, ni apoya la prevención de la enfermedad.

2.24.3 Problemas de una población pequeña

El tamaño de la población es uno de los factores que hay que tener en cuenta cuando se evalúa el estado de salud de una población mediante la información de mortalidad o morbilidad. En los países con población pequeña, las cifras anuales de casos en muchas categorías serán muy

pequeñas y pueden fluctuar de un año a otro, especialmente cuando se desglosan por edad y sexo recomendados. Estos problemas pueden paliarse con una o varias de las siguientes medidas:

- uso o presentación de amplios grupos de rúbricas de la CIE, como los capítulos
- agregación de datos durante un período de tiempo más largo, por ejemplo, para tomar los datos de los dos años anteriores junto con los del año en curso y producir una cifra "media móvil"
- utilizando una agrupación de edades lo más amplia posible

Las recomendaciones que se aplican a las poblaciones nacionales pequeñas también son válidas, en general, para informar sobre los datos relativos a los segmentos subnacionales de poblaciones más grandes. Las investigaciones sobre problemas de salud en subgrupos de población tienen que tener en cuenta el efecto del tamaño de cada uno de los subgrupos en el tipo de análisis utilizado. Esta necesidad se reconoce generalmente cuando se trata de encuestas por muestreo, pero a menudo se pasa por alto cuando la investigación se refiere a los problemas de salud de grupos especiales de una población de un país.

2.24.4 "Celdas vacías" y celdas con frecuencias bajas

Independientemente de la lista de causas que se utilice, puede darse el caso de que en ciertas celdas de una tabla estadística no haya habido casos para una o más causas de la lista. Cuando hay muchas celdas vacías en una tabla, merece la pena considerar la omisión de dichas rúbricas en una tabla publicada. Cuando en un país solo ocurre un caso ocasional de una enfermedad, la rúbrica puede omitirse regularmente en la tabla estadística publicada y añadirse una nota a pie de página para indicar que no hubo casos en el periodo de tiempo reportado o, cuando ocurren algunos casos, para indicar en qué celda debió haberse asignado. En el caso de las celdas con frecuencias muy bajas, especialmente las relativas a enfermedades que no se esperaría que se ocurrieran, es importante establecer que los casos existieron y no fueron resultado de un error de codificación o procesamiento. Esto debería llevarse a cabo como parte del control de calidad general de los datos.

2.24.5 Precauciones necesarias cuando las listas de tabulación incluyen subtotales

Es posible que no siempre resulte evidente para quienes procesan la información que algunos de las cifras de las listas de tabulación son en realidad subtotales o categorías informadas anteriormente. Estos pueden incluir los títulos de los bloques y los títulos de las categorías de cuatro caracteres o los títulos de los capítulos (en las versiones condensadas de las listas de tabulación de la mortalidad). Estos subtotales deben ignorarse cuando se calculen los totales, ya que de lo contrario los casos podrían contarse más de una vez.

2.24.6 Aspectos éticos

La confidencialidad se refiere a la obligación de no revelar información (datos a terceros) cuando esa información se ha entregado originalmente de forma confidencial. Este deber se codificó en el Juramento Hipocrático en el siglo IV a.C. y sigue siendo uno de los principios básicos de la ética médica. Cualquier información que pueda permitir la identificación de una persona concreta sólo debe ser vista por personas autorizadas para ello. La autorización significa que una persona está

legalmente autorizada a acceder a la información. Por ejemplo, el personal médico, los forenses y los codificadores son personas que pueden estar autorizadas a ver información sensible.

Por lo general, la única manera de que la información confidencial sea accesible al público es a través de la legislación, los estatutos y los reglamentos. A veces, la información confidencial puede convertirse en un registro público después de un cierto período de tiempo. Por ejemplo, en algunas regiones del mundo el paso del tiempo puede hacer que los certificados de defunción pasen a ser de dominio público y, por lo tanto, ya no se aplica el requisito de que sean confidenciales.

El proveedor autorizado de información confidencial debe verificar que la persona solicitante es un usuario autorizado y determinar su nivel de autorización. El proveedor debe ser consciente del nivel de información que puede ponerse a disposición del usuario autorizado y tomar las medidas adecuadas para evitar la divulgación no autorizada. El usuario autorizado no debe intentar acceder a la información que no está autorizado a obtener. Además, el usuario también debe protegerse contra el acceso no autorizado a la información que se le ha facilitado. Esto significa que los usuarios deben asegurar la información confidencial y cualquier grabación de dicha información de manera que se impida el acceso no autorizado. La información sólo debe utilizarse para los fines apropiados y debe devolverse cuando sea necesario. Los marcos legales nacionales, los reglamentos estatales y locales y las directrices institucionales proporcionan normas e información específicas sobre cómo mantener la confidencialidad.

2.24.7 Evitar el daño potencial

La violación de la confidencialidad puede provocar daños directos y graves. Por ejemplo, la revelación de información delicada puede conducir potencialmente a la estigmatización y la discriminación de una persona. A la inversa, puede resultar un daño mayor si se mantiene la confidencialidad que si no se hace. Algunas circunstancias pueden requerir un juicio que implique equilibrar los daños o la divulgación con los intereses del paciente, la persona fallecida y otras partes relevantes. Una persona puede sufrir un "daño" físico, social o psicológico como resultado de la violación de la confidencialidad. Un diagnóstico confidencial que se vulnera hace que el paciente pierda la fe o la confianza en el clínico, y el paciente puede entonces sufrir el abuso de otra persona o sufrir el estigma asociado a ciertas afecciones. En otras circunstancias, la no divulgación de la información confidencial de una persona puede hacer que otro individuo o una comunidad corran el riesgo de desarrollar una afección perjudicial o de estar expuestos a una situación perjudicial.

Se trata de un concepto difícil que debe abordarse de forma reflexiva. Como se ha mencionado anteriormente, hay ocasiones en las que está justificado dar a otros información confidencial, como cuando se informa de la incidencia de enfermedades contagiosas. En estos casos, se suele permitir la comunicación de información confidencial. Este es un ejemplo de los casos en los que la no divulgación de una enfermedad podría suponer un daño importante para los demás.

Si es necesario revelar información, es preferible ponerse en contacto con la persona correspondiente y comunicarle la necesidad de hacerlo. En algunos casos, esto puede no ser posible o apropiado, y los usuarios deben guiarse por las directrices legales e institucionales. Hay que tener en cuenta los perjuicios que puede causar la divulgación de cierta información. Algunas

informaciones que pueden ser especialmente sensibles son las pruebas de trastornos y enfermedades genéticas, la incidencia de enfermedades transmisibles y los resultados de las pruebas del VIH. A veces hay peticiones especiales de confidencialidad que pueden requerir mayores niveles de garantías de confidencialidad. Estas peticiones especiales no pueden sustituir a los requisitos legales de divulgación, pero deben respetarse siempre que sea posible.

2.24.8 Seguridad de la privacidad - Confidencialidad

La privacidad se refiere a la protección del control de un individuo sobre la información y las decisiones personales que pueden o no compartirse con otros. Por ejemplo, cuando un médico examina o habla con un paciente suele hacerlo en un área no pública para que la información que el paciente le dé no pueda ser escuchada por nadie más. También permite al médico dar al paciente su diagnóstico en privado. Los datos se comparten con el consentimiento del paciente o cuando lo exige la ley o la legislación. La seguridad de la privacidad y la confidencialidad de los datos sanitarios (y de otro tipo) suelen estar contempladas en las leyes y reglamentos nacionales.

2.25 Recomendaciones en relación con las tablas estadísticas para la comparación internacional

Las siguientes recomendaciones pretenden normalizar la presentación de los datos codificados para permitir las comparaciones nacionales e internacionales entre diferentes países o regiones.

2.25.1 Listas especiales recomendadas para la tabulación

Existen formas estándar de enumerar las causas codificadas según la CIE y hay recomendaciones formales sobre las listas para la tabulación que permiten las comparaciones nacionales e internacionales. La estructura jerárquica de la CIE permite una flexibilidad considerable para otras tabulaciones posibles. En el caso de la mortalidad, la CIE incluye listas de tabulación especiales que están pensadas para circunstancias en las que la lista de cuatro caracteres es demasiado detallada, y están diseñadas para que la comparación internacional de enfermedades y grupos significativos de enfermedades no se vea comprometida por las diferentes agrupaciones utilizadas en los distintos países.

Debe tenerse en cuenta que las listas especiales de tabulación están diseñadas para la agregación y la presentación de datos codificados. No son para fines de codificación.

Las listas especiales de tabulación son:

- Lista 1 Lista para la tabulación de mortalidad
- Lista 2 Lista para la tabulación de morbilidad
- Lista 3 Lista corta internacional para la tabulación de la morbilidad hospitalaria (LCTMH)
- Lista 4 Lista condensada de enfermedades infecciosas por agente
- Lista 5 Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS)
- Lista 6 Lista de autopsia verbal de la OMS

Las listas de mortalidad se basan en los códigos asignados para la causa básica de defunción.

Las listas de morbilidad no incluyen los códigos de las afecciones de la medicina tradicional.

Uso de prefijos para identificar las listas de mortalidad

El uso de los prefijos numéricos evita la confusión entre las listas de tabulación especiales, ya que los códigos de cuatro caracteres de la CIE tienen una letra en la segunda posición. Cuando se utilice una lista adaptada para fines nacionales o subnacionales, deberá utilizarse un prefijo identificativo alternativo.

Lista especial de tabulación para la mortalidad

La lista de tabulación de mortalidad proporciona grupos de causas para cada capítulo de la CIE y también, dentro de la mayoría de los capítulos, identifica categorías residuales tituladas 'Resto de...' que completan la cobertura del capítulo respectivo. La lista cubre toda la gama de códigos de cuatro caracteres de la CIE aplicables a la mortalidad, necesarios para fines de presentación de informes y publicaciones.

Listas diseñadas localmente para la mortalidad

Para la mayoría de los países, la lista de tabulación para la mortalidad proporciona suficiente información sobre las enfermedades más importantes y las causas externas de muerte. También facilitan la comparación a lo largo del tiempo y la observación de los cambios en las frecuencias relativas a medida que surten efecto los programas sanitarios, de, por ejemplo, las enfermedades infecciosas y las enfermedades degenerativas. Permiten la comparación entre áreas subnacionales y subgrupos de población. Además, hacen posibles las comparaciones internacionales significativas de las causas de defunción.

También se pueden diseñar listas similares a las listas de tabulación especial para uso local. Las rúbricas de la CIE en dichas listas pueden seleccionarse y agruparse de cualquier manera. Pueden necesitarse listas especiales, por ejemplo, para supervisar el progreso, en términos de morbilidad y mortalidad, de muchos programas sanitarios locales. Cuando se adaptan las listas de tabulación especiales a las necesidades nacionales, o cuando se diseña una lista de tabulación para un proyecto nuevo o especial, resulta útil realizar una prueba contando el número de casos de cada categoría de cuatro caracteres. De este modo, se puede determinar qué afecciones son apropiadas para una agrupación amplia y dónde son necesarias las subcategorías.

Cuando se construye una lista local, la clave de las categorías condensadas debe contener los mismos códigos de cuatro (o cinco) caracteres de la clasificación básica.

Lista especial de tabulación para la morbilidad

La lista de tabulación especial de la morbilidad está pensada como base para las listas nacionales y para la comparación dentro y entre países. Las listas nacionales pueden construirse condensando o ampliando la clasificación básica según convenga. La lista es adecuada para los datos sobre la atención hospitalaria y, con una adaptación adecuada (sobre todo mediante la agregación de algunos elementos y la ampliación de los elementos relativos al capítulo 21 "Síntomas, signos o hallazgos clínicos, no clasificados en otra parte" y al capítulo 24 " Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud") para la información procedente de otras fuentes, como la atención ambulatoria y las encuestas.

Cuando se construye una lista local, la clave de las categorías condensadas debe contener los códigos de cuatro (o cinco) caracteres de la clasificación básica. La lista ha sido diseñada para realizar comparaciones internacionales de las estadísticas de morbilidad hospitalaria. Esta lista concisa permite comparar la actividad hospitalaria, independientemente de los sistemas sanitarios. Las afecciones se han seleccionado de forma que siempre puedan tratarse en un ingreso de al menos 24 horas. Si, tras el examen de las frecuencias de las rúbricas de cuatro caracteres de la CIE, es necesario ampliar la lista, algunos de los elementos de las categorías de la CIE pueden subdividirse según la clasificación básica o incluso hasta el nivel de cinco caracteres. Si la lista recomendada es demasiado detallada o si se requiere una lista más corta, la selección puede hacerse en función de las preocupaciones sanitarias nacionales o locales. Dependiendo del "perfil epidemiológico" de un país, las categorías pueden combinarse para acortar la lista.

2.25.2 Información internacional sobre la morbilidad

La notificación de la morbilidad a nivel internacional y la comparación de los datos entre los distintos países requiere definiciones acordadas internacionalmente de:

- pacientes internados (egresos hospitalarios), recodificación de pacientes de día, pacientes externos
- hospital
- episodio de tratamiento
- motivo de atención usado en lugar de diagnóstico

Véase la sección 1.4 Principales usos de la CIE: Morbilidad para más detalles.

2.25.2.1 Conjunto mínimo de datos y marcado para la poscoordinación

Un conjunto mínimo de datos adecuado para la comparación internacional incluiría la edad, el sexo, el diagnóstico o afección principal, (motivo de atención o motivo del ingreso tras la evaluación al final de la estancia o de egreso) y el sector sanitario (hospital, médico, otro), idealmente acompañado de las definiciones vigentes para las variables mencionadas anteriormente, y la intervención principal. En un conjunto de datos ampliado, lo ideal es que los diagnósticos e intervenciones adicionales se comuniquen en campos de datos separados. El marcado para la notificación internacional de los códigos postcoordinados en los conglomerados seguirá las especificaciones siguientes:

- una barra "/" separa 2 códigos de base
- un '&' enlaza los códigos de base con los códigos de extensión
- una clúster puede consistir en un solo código o una afección con detalles adicionales en un clúster
- código de base & código de extensión & código de extensión

Dos afecciones no relacionadas tendrán dos clústers:

- código de base - código de base

Dos clústers con múltiples códigos:

- código de base & código de extensión/código de base & código de extensión & código de extensión

Ejemplo 1:

Diabetes mellitus / Retinopatía diabética

Ejemplo 2:

Fracturas múltiples de antebrazo / fractura de la diáfisis de cúbito & fractura compuesta / fractura de la diáfisis del radio & fractura compuesta / código de causa externa

2.25.3 Presentación de cuadros estadísticos

El grado de detalle en la clasificación cruzada por causa, sexo, edad y zona geográfica dependerá tanto del propósito y el alcance de los informes estadísticos como de los límites prácticos de su tabulación. Los siguientes patrones, diseñados para promover la compatibilidad internacional, presentan formas estándar de expresar diversas características. Cuando se utilice una

clasificación diferente en las tablas publicadas (por ejemplo, en la agrupación por edades), deberá ser reductible a una de las agrupaciones recomendadas.

(a) El análisis por la Clasificación Internacional de Enfermedades debe ser, según el caso, conforme con:

- la lista detallada de categorías de cuatro caracteres, con o sin subcategorías de cinco caracteres;
- una de las listas de tabulación especial para la mortalidad;
- la lista de tabulación especial para la morbilidad.

(b) Clasificación de la edad a efectos generales:

- menos de 1 año, de 1 a 4 años, grupos de 5 años de 5 a 84 años, 85 años y más, 95 años y más;
- menores 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 y de 75 años en adelante.
- menores de 1 año, de 1 a 14 años, de 15 a 44 años, de 45 a 64 años, de 65 años en adelante.

(c) La clasificación geográfica debe ser, según el caso, acorde con:

- cada división civil principal;
- cada ciudad o área urbana de 1.000.000 de habitantes o más, si no, la mayor ciudad con una población de al menos 100.000 habitantes;
- un agregado nacional de áreas urbanas de 100.000 habitantes o más;
- un agregado nacional de áreas urbanas de menos de 100.000 habitantes;
- un agregado nacional de zonas rurales.

Nota 1. Las estadísticas relativas a (c) deben incluir las definiciones utilizadas para determinar lo urbano y lo rural.

Nota 2. En los países en los que la certificación médica de la causa de la muerte es incompleta o se limita a determinadas zonas, las cifras de las muertes no certificadas médicamente deben publicarse por separado.

2.25.3.1 Tabulación de las causas de defunción

Las estadísticas de las causas de defunción para una zona definida deben ajustarse a la recomendación "Cuadros estadísticos" (a)(1) anterior o, si no es posible, a la recomendación "Cuadros estadísticos" (a)(2).

Las defunciones deben clasificarse preferentemente por sexo y grupo de edad, como en la recomendación "Cuadros estadísticos" (b)(3).

Las estadísticas de las causas de las defunciones para las zonas que figuran en la recomendación "Cuadros estadísticos" (c) deben ajustarse a la recomendación "Cuadros estadísticos" (a)(2) o, si no es posible, a la recomendación "Cuadros estadísticos" (a)(3). Preferiblemente, deberían tabularse por sexo y grupo de edad, como en la recomendación "Cuadros estadísticos" (b)(2).

2.25.3.2 Mortalidad por lesiones

La mortalidad por lesiones distingue tradicionalmente entre las lesiones causadas por:

- Violencia interpersonal y abuso sexual
- Violencia colectiva, incluyendo guerras, insurrecciones civiles y disturbios
- Incidentes de tránsito
- Incidentes en el hogar, en el trabajo y durante la práctica de deportes y otras actividades recreativas

En el contexto de la mortalidad, la OMS recomienda que se mantengan los códigos tanto de la lesión principal como de las causas externas. En los lugares en los que esto no es factible, debe conservarse el código de causa externa. Para las muertes relacionadas con lesiones, en la CIE-11 el código de causa externa es el único código de causa básica de defunción, e incorpora la intención, el mecanismo y el objeto del fallecido en un único código. El lugar de ocurrencia y la actividad se codifican por separado.

2.25.4 Normas y requisitos de notificación de la mortalidad en los períodos perinatal y neonatal

2.25.4.1 Términos utilizados en la mortalidad perinatal y neonatal

Periodo perinatal comienza a las 22 semanas completas de gestación y termina 7 días completos después del nacimiento, es decir, incluye los días 0 a 6 después del nacimiento.

Periodo neonatal comienza en el nacimiento y termina 28 días completos después del nacimiento, es decir, incluye los días 0 a 27 después del nacimiento.

Edad gestacional es la duración de la gestación estimada a partir de la mejor estimación obstétrica de la misma, que suele expresarse en semanas completas con días adicionales, o en días completos.

Mejor estimación obstétrica de la edad gestacional se basa en la estimación final por el personal de salud que atiende el parto, calculada a partir del tiempo transcurrido desde el primer día de gestación. El primer día de gestación suele determinarse por:

1) el primer día de la última menstruación (FUM) 1 si lo confirman los resultados de la ecografía temprana

2) por ecografía temprana, cuando la FUM y los resultados de la ecografía temprana difieren

3) por la FUM y/o la estimación clínica postnatal de la edad gestacional, cuando no se disponga de una ecografía temprana.

En los casos de reproducción asistida en los que se conoce la fecha de transferencia de los embriones, se debe añadir un desfase de 14 días para calcular la edad gestacional.

La edad gestacional se cuenta por días naturales, donde el día cero (día 0) se utiliza para referirse al primer día natural de la gestación y el día 1 para el segundo día natural. El primer día de

gestación, es decir, el día 0, corresponde a la edad gestacional "cero semanas completas" con cero días adicionales (edad gestacional 0+0 semanas completas), y 6 días después sería la edad gestacional 0+6 semanas completas.

El número de semanas completadas se calcula como el número de días desde el primer día de gestación dividido entre 7, presentado como un entero más un resto. Por ejemplo, el día 8 después de la gestación es 1+1 semanas completadas, y el día 252 corresponde a 36+0 semanas completadas, y 6 días después (258 días) serían 36+6.

Peso al nacer es el primer peso del feto o del neonato obtenido después del nacimiento. En el caso de los nacidos vivos, el peso al nacer debe medirse preferentemente en la primera hora de vida, antes de que se haya producido una pérdida de peso postnatal significativa.

Edad cronológica utilizada para registrar las muertes en el periodo neonatal se cuenta de la siguiente manera: El día 0 se utiliza para referirse a las primeras 24 horas después del nacimiento. Día 1, es el resto del 2º día natural (fecha de la muerte=fecha de nacimiento+1) pero fuera de las primeras 24 horas. Día 2, es el 3er día natural (fecha de fallecimiento=fecha de nacimiento+2).

Cuando no sea posible captar información sobre las horas en el momento de la muerte, se considerará que el día 0 es el día natural del nacimiento (la fecha de nacimiento es igual a la fecha de la muerte), y posteriormente Día de la muerte = Fecha de la muerte - fecha de nacimiento.

2.25.4.2 Definiciones en la mortalidad perinatal y neonatal

Muerte fetal, aborto espontáneo, mortinato, nacimiento vivo, muerte neonatal

La muerte en el periodo perinatal o neonatal debe contabilizarse a partir del momento del parto (es decir, la expulsión o extracción completa de la mujer), aunque puede diagnosticarse antes en el útero. El parto de un embrión o feto puede producirse de forma espontánea, asistida o por cesárea (es decir, incluye la interrupción deliberada de un embarazo en curso por medios médicos o quirúrgicos con la intención de que nazca vivo), mientras que debe distinguirse claramente del aborto inducido.

- **Muerte fetal** es la muerte de un feto antes de su completa expulsión o extracción de la mujer, independientemente de la duración del embarazo.

- Aborto **espontáneo** (también denominado **aborto natural**) es una pérdida espontánea del embarazo (es decir, del embrión o del feto) antes de las 22 semanas completas de gestación.

- **Mortinato** es la expulsión o extracción completa de un feto, tras su muerte antes de la expulsión o extracción completa, a las 22 o más semanas completas de gestación.
- **Nacido vivo** es la expulsión o extracción completa de un feto de una mujer, independientemente de la duración del embarazo, que, tras dicha separación, muestra signos de vida.
- **Muerte neonatal es** una muerte después del nacimiento vivo que se produce durante el periodo neonatal.

La muerte de un embrión o de un feto puede diagnosticarse en el útero por la ausencia de ruidos cardíacos, confirmada por técnicas de imagen cuando se disponga de ellas, o tras la expulsión o extracción completa de la mujer por la ausencia de signos de vida. Los signos de vida en el momento del nacimiento incluyen la respiración, los latidos del corazón, la pulsación del cordón umbilical y el movimiento definido de los músculos voluntarios, tanto si se ha cortado el cordón umbilical como si la placenta está adherida. La actividad refleja fugaz observada sólo en el primer minuto después del nacimiento no justifica la clasificación como signo de vida.

Notas para la presentación de informes nacionales e internacionales (Véase también 2.25.4.5 Criterios de notificación de la muerte fetal, el mortinato y el nacido vivo), para más detalles:

- Las definiciones y los criterios de notificación relativos al límite inferior para las muertes fetales o los abortos espontáneos pueden diferir en función de las distintas legislaciones nacionales (en general, el periodo embrionario de gestación reconocido médicamente dura hasta la duodécima semana completa, pero otro límite legal nacional podría establecerse en el feto de, por ejemplo, 11 o 13 semanas). Cualquier límite inferior debería especificarse en las estadísticas elaboradas.
- Se recomienda elaborar estadísticas de todas las muertes fetales y de todas las muertes posteriores a los nacimientos vivos, aunque los criterios de notificación pueden diferir en función de las distintas legislaciones nacionales.
- Para la notificación internacional se recomienda notificar los mortinatos de 28 o más semanas completas de gestación (mortinatos tardíos) y todas las muertes después del nacimiento de un bebé vivo. Se recomienda a los países que tengan capacidad para notificar los mortinatos de 22 o más semanas completas de gestación (mortinato precoz) que lo hagan.

- Cuando no se disponga de información sobre la edad gestacional para el aborto espontáneo o el mortinato, utilice como criterio un peso al nacer inferior a 500 gramos.

Interrupción artificial del embarazo

- **Interrupción artificial del embarazo** es la expulsión o extracción completa de un embrión o un feto de una mujer (independientemente de la duración del embarazo), luego de una

interrupción deliberada de un embarazo en curso por medios médicos o quirúrgicos, que no tiene por objeto dar lugar a un nacimiento vivo.

La interrupción artificial de un embarazo en curso está regulada por la ley y puede denominarse aborto legal, aborto inducido, reducción fetal u otras terminologías. Siempre que se ajuste a la definición de interrupción artificial del embarazo, deben ser consideradas por separado del aborto espontáneo o del mortinato y distinguirse claramente en las estadísticas.

Aunque en algunos casos de interrupción artificial del embarazo en semanas gestacionales tardías pueden aparecer signos transitorios de vida, éstos nunca deben codificarse como aborto espontáneo o nacidos vivos.

2.25.4.3 Otras terminologías utilizadas en el reporte y la presentación de la mortalidad perinatal o neonatal

Muerte fetal (es decir, independientemente de la edad gestacional; debe indicarse el límite inferior, si lo hay)

- **Muerte fetal anteparto** es una muerte fetal antes del inicio del parto. Si se desconoce el estado vital del feto al inicio del parto, se considera que fue anteparto si hay presencia de signos de maceración en el momento del parto.
- **Muerte fetal intraparto** es una muerte fetal durante el parto. Si se desconoce el estado vital del feto al inicio del parto, se considerará que fue intraparto si hay un aspecto fresco de la piel o no hay signos de maceración en el momento del parto.

Mortinato (es decir, 22 o más semanas completas)

- **Mortinato precoz** es el que se produce entre las 22 y 27 semanas completas de gestación.
- **Mortinato tardío** es el que se produce a partir de las 28 semanas completas de gestación.
- **Mortinato anteparto** es el que se produce tras la muerte fetal anteparto (es decir, que se produce antes del inicio del parto).
- **Mortinato intraparto** es el que se produce tras la muerte fetal intraparto (es decir, que se produce durante el parto).
- **Mortinato macerado** es un mortinato con presencia de signos de maceración en el momento del parto.
- **Mortinato reciente** es el que tiene un aspecto de piel fresca y sin signos de maceración en el momento del parto.

Período de gestación

- **Pretérmino** es menos de 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación.
- **Término** es de 37 semanas completas a menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación.
- **Postérmino** es 42 semanas completas o más (294 días o más) de gestación.

Peso al nacer

- **Peso extremadamente bajo al nacer** es un peso inferior a 1000 g (hasta 999 g inclusive).
- **Peso muy bajo al nacer** es un peso inferior a 1500 g (hasta 1499 g inclusive).
- **Bajo peso al nacer** es un peso inferior a 2500 g (hasta 2499 g inclusive).
- **Sobrepeso (peso grande) al nacer** es un peso de 4000 g o más y menos de 4500 g (hasta 4499 g inclusive).
- **Peso excepcionalmente grande al nacer** es un peso al nacimiento de 4500 g o más.

Muerte neonatal

- **Muerte neonatal temprana** es la muerte durante los primeros 7 días completos después del nacimiento vivo (días 0 - 6)
- **Muerte neonatal** es la muerte durante los primeros 28 días completos después del nacimiento vivo (días 0-27)

Total de Nacimientos

- **Total de nacimientos** es el total de nacidos muertos y nacidos vivos. Si el límite inferior del mortinato se establece de forma diferente a las 22 semanas, por ejemplo a las 28 semanas para los informes internacionales, debe indicarse claramente.

2.25.4.4 Certificación de nacidos muertos y nacidos vivos en el periodo neonatal

La fiabilidad de las estimaciones de mortalidad relacionadas con los niños depende de la exactitud y la exhaustividad del registro y la notificación de los nacimientos y las muertes. Debe expedirse un certificado de defunción para todas las muertes fetales, independientemente de que su ocurrencia sea espontánea o deliberada, y para todas las muertes neonatales que se produzcan tras los nacimientos vivos.

El subregistro y la clasificación errónea son comunes, especialmente en el caso de los mortinatos y las muertes neonatales tempranas. Los países deben organizar los procedimientos de registro y notificación de forma que los sucesos y los criterios para su inclusión en las estadísticas puedan identificarse fácilmente.

Los datos de las muertes fetales que cumplen los requisitos para el registro de los nacidos muertos deben incluirse en las estadísticas de mortalidad, pero deben distinguirse claramente de las muertes neonatales después de los nacimientos vivos. Siga las instrucciones en 2.25.4.5 Criterios de notificación de la muerte fetal, el mortinato y el nacidos vivo, para obtener detalles, cuando no está claro si el certificado se refiere a un mortinato o una muerte neonatal después de un nacimiento vivo.

La interrupción artificial del embarazo también debe incluirse en las estadísticas de mortalidad, pero debe distinguirse claramente del aborto espontáneo o de los mortinatos.

El formulario internacional del certificado médico de la causa de la muerte y los detalles adicionales

Con la actualización del formulario internacional de certificado médico de causa de muerte en 2016, se utiliza un solo certificado para todos los casos, incluidos los nacidos muertos (véase 2.15.). Hay que tener cuidado de llenar correctamente la sección específica para las muertes perinatales en el certificado. El certificado de muerte perinatal recomendado anteriormente debe ser sustituido por el formulario de la sección 2.15, y las muertes perinatales deben codificarse de acuerdo con las instrucciones generales de codificación de la mortalidad.

Mientras no se codifique con la CIE-11, la información adicional mencionada en el apartado 2.15 podría ser útil para el seguimiento de las muertes perinatales e infantiles de un país o región.

Nivel de detalle para el registro

La edad gestacional y el peso al nacer deben registrarse en todos los nacidos vivos y en los mortinatos con el grado de precisión adecuado.

La edad gestacional debe registrarse con el número de semanas completas como mínimo y, cuando sea posible, debe incluirse también una variable adicional que recoja el número de días.

Aunque las tabulaciones estadísticas incluyen agrupaciones de 500 g para el peso al nacer, los pesos no deben registrarse en esas agrupaciones. El peso real debe registrarse con el grado de precisión con el que se mide.

La edad cronológica en el momento de la muerte durante las primeras 24 horas de vida (día 0) debe registrarse en unidades de minutos u horas de vida completas. Para el segundo (día 1), el tercero (día 2) y hasta los 27 días completos de vida, la edad al morir debe registrarse en días. Se recomienda que estos datos se recojan como parte de un conjunto mínimo de datos perinatales.

2.25.4.5 Criterios de notificación de la muerte fetal, el mortinato y el nacido vivo

Como mínimo, todos los mortinatos y las muertes que siguen a los nacidos vivos con 22 o más semanas completas de gestación (≥ 154 días) deben incluirse en las estadísticas, aunque los requisitos legales para el registro pueden variar en función de las distintas legislaciones nacionales.

Cuando no se disponga de información sobre la edad gestacional, deberá utilizarse el criterio correspondiente al peso al nacer (500 g o más).

Cuando ni la edad gestacional ni el peso al nacer sean conocidos, por ejemplo, cuando sólo se disponga de la longitud de la coronilla o de la edad gestacional estimada a partir del examen físico, o cuando no se disponga de dicha información, el hecho deberá incluirse en las estadísticas de mortalidad del periodo perinatal, en lugar de excluirse de ellas.

Cuando las muertes fetales y/o neonatales con *<22 semanas completas de gestación* (o *<500g*) se incluyan en las estadísticas perinatales, éstas deben presentarse por separado de los mortinatos y/o muertes neonatales con 22 o más semanas completas de gestación y debe indicarse el límite inferior para la inclusión en las estadísticas perinatales en el entorno, por ejemplo "20 semanas completas de gestación" o "sin límite inferior de edad gestacional".

Tenga en cuenta que los criterios de notificación anteriores no se aplican a la interrupción artificial del embarazo, que se define independientemente de la duración del mismo y debe presentarse por separado de la muerte fetal, el mortinato o el nacimiento vivo.

Criterios para la presentación de informes internacionales

En las estadísticas para la comparación internacional, la inclusión de las muertes fetales y los nacidos vivos a edades gestacionales extremadamente bajas perturba la validez de las comparaciones y no se recomienda. Por lo tanto, los criterios para la notificación internacional de muertes fetales y/o neonatales se fijan en 28 semanas completas o más, mientras que se anima a los países a que proporcionen también, cuando sea posible, datos de 22 semanas completas o más.

Tabla 1

Edad gestacional (semanas completas)	**Peso al nacer (gramos)**	**Recomendaciones para el registro de datos**
<22 (gestación muy temprana)	*<500*	Sólo se requiere para las estadísticas nacionales de mortalidad neonatal. Cuando se utilice para los abortos espontáneos (abortos involuntarios), deberá informarse por separado de las estadísticas perinatales y se indicará el límite inferior de edad gestacional para la captación de los datos.
22-27 (gestación temprana)	500 o más	Para las estadísticas nacionales, y para las estadísticas internacionales de los países con capacidad para informar sobre las muertes de gestación temprana (mortinato y muerte neonatal)
28 o más (gestación tardía)	1000 o más	Para las estadísticas internacionales (mortinato y muerte neonatal)
Edad gestacional desconocida	Peso al nacer desconocido	Incluir en las estadísticas sólo cuando exista una alta probabilidad de que la muerte fetal o la muerte neonatal se haya producido con los criterios establecidos, por ejemplo, 28 o más semanas para las estadísticas internacionales.

2.25.4.6 Presentación estadística de la mortalidad perinatal, neonatal, infantil o de menores de cinco años

Para las estadísticas de mortalidad perinatal, el análisis de causas múltiples a gran escala de todas las afecciones notificadas será de gran valor.

Los países deben proporcionar las tasas que se indican a continuación para realizar comparaciones internacionales:

- **Tasa de mortalidad fetal tardía** = (muertes fetales ≥ 28 semanas de gestación/total de nacimientos (muertes fetales ≥ 28 semanas de gestación y nacidos vivos) x 1000
- **Tasa de mortalidad neonatal temprana** = (muertes neonatales tempranas (día 0-6) ≥ 28 semanas de gestación / nacidos vivos ≥ 28 semanas de gestación) x 1000
- **Tasa de mortalidad perinatal** = (muertes fetales ≥ 28 semanas de gestación y muertes neonatales tempranas (día 0-6) ≥ 28 semanas de gestación) /total de nacimientos (muertes fetales ≥ 28 semanas de gestación y nacidos vivos) x 1000

Clasificación por grupos de edad gestacional para estadísticas de muerte fetal de menos de 22 semanas, mortinatos y mortalidad neonatal

<22 semanas completas *(<154 días*) N.B. cuando se utiliza la categoría de menos de 22 semanas, debe especificarse el límite inferior incluido

22 - 27 semanas completas (*154 - <196* días)

28 - 31 semanas completas (196 - 223 días)

32 - 36 semanas completas (224 - 258 días)

37 - 41 semanas completas (259 - 293 días)

42 semanas completas y más (294 días y más)

Clasificación del peso al nacer para estadísticas de muerte fetal de menos de 22 semanas, mortinatos y mortalidad neonatal

Por intervalos de peso de 500 gramos, es decir, 1000-1499 gramos, etc.

499 gramos o menos, 500 - 999 gramos, 1000 - 1499 gramos, 1500 - 1999 gramos, 2000 - 2499 gramos, 2500 - 2999 gramos, 3000 - 3499 gramos, 3500 - 3999 gramos, 4000 - 4499 gramos, 4500 - 4999 gramos, 5000 gramos o más

Clasificación por edad cronológica para estadísticas de mortalidad neonatal

- *Agrupaciones preferidas*:
  Por días sueltos para la primera semana de vida (menos de 24 horas (día 0), 1, 2, 3, 4, 5, 6 días), 7-13 días, 14- 20 días, 21-27 días

- *Alternativas si las agrupaciones preferidas no están disponibles*:
  Menos de 24 horas, 1-6 días, 7-27 días, Menos de 7 días, 7-27 días

- *Agrupaciones adicionales de edad cronológica para las muertes neonatales del día 0*:
  Menos de 1 hora, 1-11 horas, 12-23 horas

2.25.4.7 Mortalidad de menores de cinco años

La mortalidad de menores de 5 años (tasa de mortalidad de menores de 5 años - probabilidad de morir entre el nacimiento y exactamente los 5 años de edad, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.) es un indicador principal del nivel de salud infantil, la calidad de vida, la infraestructura sanitaria y el desarrollo general de los países. También es el indicador de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

2.25.4.8 Mortalidad infantil

La mortalidad infantil (tasa de mortalidad infantil - probabilidad de morir entre el nacimiento y exactamente un año de edad, expresada por cada 1.000 nacidos vivos) es un indicador de la calidad de vida y de la infraestructura sanitaria.

2.25.5 Estándares y requisitos para los informes relacionados con la mortalidad materna

La mortalidad materna forma parte de la evaluación de los ODS que sirven para controlar el impacto del trabajo conjunto de la comunidad internacional en este ámbito.

2.25.5.1 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 interrupción del embarazo, independientemente de la duración y 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.

2.25.5.2 Defunción materna tardía

Una defunción materna tardía se define como: la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas, después de los 42 días pero antes de un año de de la terminación del embarazo.

2.25.5.3 Defunción materna integral

Una agrupación que combina las muertes maternas y las muertes maternas tardías.

2.25.5.4 Defunciones obstétricas directas e indirectas

Las defunciones maternas, las defunciones maternas tardías y las defunciones maternas integrales se subdividen 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 se evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero si agravada por los efectos fisiológicos del embarazo.

2.25.5.5 Defunción que ocurre durante el embarazo, el parto y 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 muerte (obstétrica directa e indirecta y no obstétrica).

2.25.5.6 Requisitos de registro de la mortalidad materna

Para mejorar la calidad de los datos de mortalidad materna y proporcionar métodos alternativos de recolección de datos sobre las muertes durante el embarazo o relacionadas con él, así como para fomentar el registro de las muertes por causas obstétricas que se produzcan después de los 42 días de la terminación del embarazo, la 43ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 1990, adoptó la recomendación de que los países consideraran la posibilidad de incluir en los certificados de defunción preguntas relativas al embarazo actual y al embarazo en el año previo a la muerte.

La clasificación también permite registrar las muertes que se producen un año o más después de la interrupción del embarazo (JB62 Muerte debida a las secuelas de causas obstétricas).

2.25.5.7 Información internacional sobre la mortalidad materna

A efectos de la notificación internacional de la mortalidad materna, sólo deben incluirse en el cálculo de las distintas tasas y razones las muertes maternas que se produzcan antes del final del periodo de referencia de 42 días, aunque el registro de las muertes posteriores es útil a efectos del análisis nacional.

2.25.5.8 Numerador, denominador y razones de mortalidad materna publicados

Las razones de mortalidad materna publicadas deben especificar siempre el numerador, que puede darse como el número de muertes obstétricas directas registradas, o el número de muertes obstétricas registradas (directas más indirectas). Tenga en cuenta que los casos no codificados en el capítulo 18 también deben incluirse en el numerador. Entre ellos se incluyen las categorías presentadas en la "Nota de exclusión" al principio del capítulo 18, siempre que se hayan visto agravadas por el embarazo o, por el contrario, hayan agravado el embarazo.

El denominador utilizado para calcular la mortalidad materna debe especificarse como el número de nacidos vivos o el número de nacimientos totales (nacidos vivos más muertes fetales). Cuando se disponga de ambos denominadores, deberá publicarse un cálculo para cada uno de ellos.

Los resultados deben expresarse como una relación del numerador sobre el denominador, multiplicada por k (donde k puede ser 1000, 10.000 o 100.000, según prefiera e indique el país). Así pues, las razones y las tasas de mortalidad materna pueden expresarse de la siguiente manera:

1. Razón de mortalidad materna: (Muertes maternas/Nacidos vivos o total de nacimientos) x k
2. Razón de mortalidad obstétrica directa: (Muertes obstétricas directas solamente/Nacidos vivos o total de nacimientos) x k
3. Razón de muertes ocurridas durante el embarazo, el parto y el puerperio (Muertes ocurridas durante el embarazo, el parto y el puerperio/nacidos vivos) x k

3 Parte 3 - Lo nuevo en la CIE-11

3.1 Nuevas convenciones y terminología de la CIE-11

Tabla 1: *Principales cambios de la CIE-10 a la CIE-11, incluida la justificación*

CIE-10	CIE-11
Esquema de codificación	
La numeración de los capítulos es en números romanos	La numeración de los capítulos es en números arábigos
Categorías de tres caracteres, cada una de las cuales puede dividirse a su vez en hasta 10 subcategorías de cuatro caracteres.	El código de base (categoría) tiene cuatro caracteres y hay dos niveles de subcategorías
Código alfanumérico con una letra en la primera posición y un número en la segunda, tercera y cuarta. El cuarto carácter sigue a un punto decimal.	Un código alfanumérico con una letra en la segunda posición y un número en la tercera posición para diferenciarse de los códigos de la CIE-10. La inclusión de un número forzado en la posición del tercer carácter evita que se escriban "palabras indeseables". Una letra en la posición del segundo carácter permite distinguir claramente un código de la CIE-11 de uno de la CIE-10. Los códigos alfanuméricos cubren el rango de 1A00.00 a ZZ9Z.ZZ. Los códigos que comienzan con una 'X' indican un código de extensión (véase la Sección de códigos de extensión). Las letras 'O' e 'I' se omitieron para evitar la confusión con los números '0' y '1'.
El primer carácter de un código es una letra y no está relacionado con el número del capítulo. La letra puede haber sido la misma para dos capítulos cortos (por ejemplo, el capítulo VII (H00-H59) y el Capítulo VIII (H60-H95), o pueden haberse utilizado dos letras para un capítulo largo (por ejemplo, el Capítulo XIX (S00-T98)).	El primer carácter del código siempre está relacionado con el capítulo. Se utiliza un primer carácter de 1 a 9 para los capítulos 01 a 09 y para los capítulos 10 a 26, el primer carácter es una letra. El rango de códigos de un mismo capítulo siempre tiene el mismo carácter en la primera posición. Por ejemplo, 1A00 es un código del capítulo 01 y BA00 es un código del capítulo 11.
Categoría residual identificada por el carácter numérico .8 y categoría no especificada identificada por el carácter numérico .9.	La letra terminal "Y" se reserva para la categoría residual "otros especificados" y la letra terminal "Z" se reserva para la categoría residual "sin especificación".
El concepto de clúster (grupo de códigos) no existe en la CIE-10.	La CIE-11 admite la poscoordinación y la vinculación de códigos dentro de un clúster.
Terminología	

Se utiliza una serie de expresiones para describir una relación causal entre las afecciones de un título de código	El término preferido es 'debido a' para las categorías en las que se mencionan dos afecciones y existe una secuencia causal. Otros términos, como 'causado por'; o 'atribuido a' pueden ser sinónimos permitidos. La expresión "secundario a" es equivalente y también puede incluirse como sinónimo.
Una serie de expresiones que indican la concurrencia de dos afecciones en un título de código (por ejemplo, "en" o "con").	El término preferido es "asociado con" para las categorías en las que se mencionan dos afecciones y no hay una secuencia causal implícita.

Sistema de daga-asterisco y subclasificaciones adicionales

	CIE-10	CIE-11
Sistema de daga y asterisco	La CIE-10 (y la CIE-9) utilizaban el sistema de daga y asterisco para describir la afección etiológica para la tabulación primaria (código de daga) y la manifestación clínica, el sitio relevante u otros aspectos (código de asterisco). Además, había conjuntos de códigos que se utilizaban para añadir más detalles (por ejemplo, B95-B97) o listas de subclasificaciones para añadir detalles anatómicos a las categorías.	Los equivalentes en la CIE-11 de los códigos con asterisco (es decir, los códigos para las manifestaciones) y otros códigos que sirvieron para añadir detalles, pueden encontrarse en el Capítulo 21 "Síntomas, signos o hallazgos clínicos, no clasificados en otra parte", en el Sección X "Códigos de extensión" o en el capítulo de un sistema corporal, según corresponda. Los códigos de extensión incluyen grupos de capítulos de anatomía, agentes, histopatología y otros aspectos que pueden utilizarse para añadir detalles a un código.
Uso de múltiples códigos para una afección/subclasificaciones adicionales	Se puede utilizar más de una categoría para especificar más detalles de otra categoría. Por ejemplo, los agentes infecciosos (B95-B97) o los códigos con asterisco.	Poscoordinación - El uso de múltiples códigos (es decir, códigos de base y/o códigos de extensión) juntos para describir completamente un concepto clínico documentado.
'Codifique también' instrucción'	Las notas "Utilice un código adicional, si lo desea, para identificar" estaban presentes para sugerir una codificación opcional.	Las instrucciones "Codifique también"advierten sobre la información adicional que debe codificarse junto con ciertas categorías, porque esa información adicional es relevante para la tabulación primaria

El sistema de daga y asterisco se ha eliminado en la CIE-11, pero se mantiene la funcionalidad de codificar la etiología y la manifestación. Una serie de antiguos códigos con asterisco que antes se utilizaban para identificar las manifestaciones de las enfermedades figuran ahora en el capítulo 21 "Síntomas, signos o hallazgos clínicos no clasificados en otra parte". Una parte de los antiguos códigos con asterisco también residen en los capítulos de los sistemas corporales

correspondientes. Se han eliminado los códigos con asterisco que eran repeticiones del código de daga. Las listas para codificar detalles anatómicos opcionales se han agrupado en una parte de la Sección X 'Códigos de extensión'.

Otras diferencias generales

	CIE-11
Descripción de la categoría	Todas las categorías de la CIE-11 tienen una descripción corta y otra larga. La descripción corta describe el significado de la categoría en 100 palabras o menos y aparece en la versión impresa de la clasificación. La descripción larga no tiene restricción de longitud e incluye información detallada que aparece en el modelo de contenido.
Modelo de contenido	Todas las categorías de la CIE-11 incluyen información separada sobre anatomía, etiología y otros aspectos a los que se puede acceder con fines de búsqueda, o al navegar en la lista tabular del EMM de la CIE-11.

Las listas especiales de tabulaciones de la CIE-10 siguen existiendo, pero hay dos adicionales, la Lista Inicial de Mortalidad (LiMor) y la lista para autopsia verbal. De la nueva técnica de paternidad múltiple pueden derivarse tabulaciones especiales adicionales, por ejemplo, todas las enfermedades de notificación obligatoria de la OMS, con una lista de todas las afecciones asignadas a la sección correspondiente del capítulo de enfermedades infecciosas.

En cuanto a la morbilidad, la definición de afección principal ha cambiado para ser "el motivo de ingreso, después de la evaluación al final de la estancia (atención)". Esta definición es menos propensa a la interpretación, y los países que habían pasado de la definición de "el mayor consumo de recursos" a la de "motivo de ingreso al final de la estancia" utilizando la CIE-10, sólo notaron pequeños cambios en sus estadísticas de la actividad.

3.1.1 Descripción breve

La descripción es una breve caracterización (de un máximo de 100 palabras) de la entidad que menciona aspectos que siempre son ciertos sobre una enfermedad o afección y que son necesarios para comprender el alcance de la rúbrica. Las descripciones no contienen elementos destinados al nivel 3 (epidemiología común) ni cosas que pueden ser ciertas para el nivel 4 (criterios clínicos). Las descripciones se denominaban anteriormente "definiciones cortas".

3.1.2 Información adicional

Se trata de un campo de texto que no es obligatorio, pero que puede contener cualquier información adicional o características de las enfermedades incluidas en la entidad. Este campo de texto proporciona más contexto para la entidad. Por ejemplo, las circunstancias epidemiológicas más comunes, los agentes etiológicos putativos o altamente sospechosos, u otra información que puede no ser siempre cierta pero que puede ser común, típica o esperada. La información adicional se denominó formalmente "definición larga".

3.1.3 Estructura del código

Los códigos de la CIE-11 son alfanuméricos y cubren el rango de 1A00.00 a ZZ9Z.ZZ. Los códigos que empiezan por "X" indican un código de extensión (véase Códigos de extensión). La inclusión de un número forzado en la posición del tercer carácter evita que se escriban "palabras indeseables". Una letra en la segunda posición permite distinguir claramente entre un código de la CIE-11 y uno de la CIE-10. Para más información, consulte la sección 1.2.4.1 Estructura de los códigos.

3.2 Estructura de los capítulos de la CIE-11

La linealización de referencia internacional es la CIE-11 para las Estadísticas de Mortalidad y Mrbilidad (EMM CIE-11). Se utiliza para codificar y notificar enfermedades o causas de defunción para su comparación internacional. La denominación de esta linealización pone de manifiesto sus dos principales casos de uso. Esta linealización principal comprende 28 capítulos, de los cuales 25 se refieren a condiciones de salud similares a las versiones anteriores de la CIE, mientras que otro sirve para identificar las causas externas de morbilidad y mortalidad, y otro incluye conceptos de medicina tradicional. Por último, hay dos secciones adicionales de uso opcional, una para los códigos de extensión con el fin de añadir más detalles para diferentes dimensiones de una enfermedad, como la anatomía, para marcar una afección si estuvo presente en el momento del ingreso o que una enfermedad haya sido relevante en la historia familiar (véase la sección [Códigos de extensión]) y la otra para la evaluación del funcionamiento con el fin de proporcionar un conjunto de códigos para la evaluación y la calificación en la CIE utilizando dominios de funcionamiento de la CIF de alto poder explicativo (véase la sección 3.2.26.1 Sección V - Sección suplementaria para la evaluación del funcionamiento).

La CIE-11 tiene cinco capítulos nuevos. En consecuencia, la numeración de los capítulos ha cambiado. Los nuevos capítulos son:

- Capítulo 03 "Enfermedades de la sangre o de los órganos hematopoyéticos" y
- Capítulo 04 "Trastornos del sistema inmunitario". Las afecciones que afectan al sistema inmunitario' y las que afectan a la sangre se encuentran ahora en dos capítulos separados.
- Capítulo 07 "Trastornos del sueño y la vigilia". Los trastornos del sueño y la vigilia se han reagrupado en este nuevo capítulo.
- Capítulo 17 "Afecciones relacionadas con la salud sexual". Las afecciones sexuales se han agrupado en este nuevo capítulo.
- Capítulo 26 "Capítulo suplementario Condiciones de la medicina tradicional - Módulo I". Se ha añadido un capítulo para la medicina tradicional.

A continuación se ofrece una visión general de los principios organizativos y de la estructura de la clasificación (jerarquía) de cada uno de los 26 capítulos. La estructura revisada y los nuevos conjuntos de funcionalidades de la CIE-11 fueron el resultado de la incorporación de actualizaciones científicas y de la mayor relevancia de las clasificaciones para la automatización.

3.2.1 Capítulo 01 - Algunas enfermedades infecciosas o parasitarias

3.2.1.1 Capítulo 01 - Estructura del capítulo 01

El capítulo enumera primero las agrupaciones de enfermedades infecciosas por síndromes clínicos, luego agrupa otras infecciones por modo de transmisión y, a continuación, enumera el resto de infecciones por su agente. Algunas afecciones de gran interés para la salud pública se enumeran al mismo nivel. Las variantes de las afecciones del capítulo que ocasionalmente pueden presentarse como infecciones localizadas se codifican principalmente en este capítulo. Las infecciones que son principalmente localizadas, y en las que el agente suele ser desconocido, o no relevante, o existe una etiología mixta, residen en los capítulos de los sistemas. Los agentes

infecciosos frecuentes pueden figurar como categorías individuales de descendientes bajo la infección localizada. En algunos casos, las infecciones podrían ubicarse igualmente en el capítulo de enfermedades infecciosas y en un capítulo de sistemas u órganos. En estos casos, se ha optado por la decisión que crea el menor cambio (legado de la CIE-10). Algunas agrupaciones también están diseñadas para poder codificar la información imprecisa notificada con frecuencia, como es el caso de la meningitis y la encefalitis y las infecciones respiratorias.

Una lista de tabulación especial agrupa las infecciones por agentes y está destinada únicamente a la tabulación y a la elaboración de informes especiales.

3.2.1.2 Capítulo 01 - Justificación del capítulo 01

El propósito de la estructura del capítulo 01 es minimizar el impacto en las estadísticas longitudinales de las principales infecciones, para permitir la notificación de las principales infecciones que tienen un síntoma principal común (por ejemplo, la diarrea) sin mencionar un agente específico. La influenza, aunque afecta visiblemente a las vías respiratorias, afecta a múltiples partes del cuerpo y es también una importante preocupación para la salud pública. Por ello, se ha trasladado al capítulo de las enfermedades infecciosas. Las enfermedades priónicas pueden ser transmisibles, genéticas o surgir espontáneamente. Son enfermedades raras que sólo afectan al sistema nervioso. Muchas son hereditarias. La presencia de un gen específico es un requisito previo para desarrollar una enfermedad priónica. En vista de estos hechos, se decidió mantener las enfermedades priónicas agrupadas y trasladar todo el grupo al capítulo de neurología.

3.2.1.3 Resistencia a los antimicrobianos

Las partes de la CIE relativas a la resistencia a los antimicrobianos (RAM) han sido diseñadas para apoyar el Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos. Los patógenos prioritarios se identifican en combinaciones con sustancias antimicrobianas actualmente relevantes. La sección está diseñada para permitir la poscoordinación de otras combinaciones de sustancias y agentes en un grupo. La sección sobre la RAM se encuentra en el capítulo 21 "Síntomas, signos o hallazgos clínicos, no clasificados en otra parte", de modo que la enfermedad o el agente subyacente se codifica siempre junto con la categoría de RAM. La CIE y el sistema de vigilancia se centran en combinaciones específicas de patógenos y sustancias trazadoras. Sin embargo, el diseño de la CIE permite la codificación del patrón completo de susceptibilidad a los antibióticos si se desea. Para la tabulación, los códigos de RAM deben notificarse en combinación con la enfermedad infecciosa. Cuando sólo pueda informarse de una afección, deberá conservarse la enfermedad infecciosa. Sin embargo, a nivel nacional, debe tabularse el conjunto de enfermedades infecciosas y el número de casos de RAM entre los casos de infección.

3.2.2 Capítulo 02 - Neoplasias

3.2.2.1 Capítulo 02 - Estructura del capítulo 02

La jerarquía general del capítulo 02 consiste en lo siguiente:

```
1er nivel - Comportamiento
2º nivel  - Sitios o sistemas amplios
3er nivel - Sitio específico
4º nivel  - Tipo morfológico (histológico)
```

Hay tres grupos que constituyen una excepción a la jerarquía anterior. Son:

1. Neoplasias del cerebro y del sistema nervioso central

   1er nivel - Lugares amplios

   2º nivel - Comportamiento - tipo morfológico (histológico)

2. Neoplasias de los tejidos hematopoyéticos y linfoides

   1er nivel - Tipo morfológico (histológico) amplio

   2º nivel - Tipo morfológico (histológico) específico

3. Neoplasias mesenquimales malignas

   1er nivel - Tipo morfológico (histológico) específico

   2º nivel - Sitio

3.2.2.2 Capítulo 02 - Justificación del capítulo 02

Los avances en oncología han demostrado claramente que una categorización basada únicamente en la localización de los tumores malignos y benignos proporciona una información limitada para la prevención, el tratamiento y el pronóstico de las personas afectadas por un tumor. La CIE-10 incluyó un número limitado de categorías basadas en la histopatología (por ejemplo, algunas neoplasias linfoides, el melanoma).

En la CIE-11, las principales localizaciones tumorales tienen primero subdivisiones de histopatología. Los grupos elegidos se basaron en un análisis de los informes internacionales de mortalidad y morbilidad, los registros de cáncer y los informes clínicos. Se revisaron las secciones rediseñadas para ver si faltaban detalles en relación con los casos de uso de la CIE.

Mantener los principales ejes anatómicos intactos permite la compatibilidad hacia atrás. Sin embargo, la estructura se ajustó en algunos lugares para que coincidiera con las subdivisiones anatómicas de la clasificación TNM (https://www.uicc.org/resources/tnm).

En el caso de los tumores del sistema nervioso central, la distinción histológica y de comportamiento entre benignos y malignos es una zona gris. Por ello, se decidió sacar todos los tumores del sistema nervioso central del marco básico del comportamiento y agruparlos.

El campo de los marcadores genéticos está cambiando rápidamente. Mientras que para algunos tumores se han utilizado dichos marcadores durante muchos años, para otros no es así. Por ello, con la excepción de los tumores hematológicos, los marcadores genéticos no se han incluido ni se han utilizado para la clasificación. Sin embargo, se incluyen en el capítulo X "Códigos de

extensión", y pueden añadirse como poscoordinación al código correspondiente del capítulo de neoplasias para describir completamente la entidad tumoral correspondiente.

3.2.3 Capítulo 03 - Enfermedades de la sangre o de los órganos hematopoyéticos

3.2.3.1 Capítulo 03 - Estructura del capítulo 03

Este nuevo capítulo (que antes formaba parte del capítulo III en la CIE-10) tiene tres secciones principales:

```
- Anemias u otros trastornos de los eritrocitos
- Defectos de la coagulación, púrpura u otras afecciones hemorrágicas o relacionadas
- Enfermedades del bazo
```

Las neoplasias de los tejidos hematopoyético y linfoide se encuentran principalmente en el capítulo 02 "Neoplasias", mientras que los síntomas, signos o hallazgos clínicos de la sangre o de los órganos hematopoyéticos o del sistema inmunitario se encuentran principalmente en el capítulo 21.

Las dos primeras secciones principales comprenden la siguiente jerarquía:

```
1er nivel - Anemias y trastornos de la coagulación
2º nivel  - Amplias categorías de enfermedad/tipo de trastorno
3er nivel - Congénita o adquirida
4º nivel  - Mayor especificidad de la enfermedad/tipo de trastorno
```

La tercera gran sección comprende la siguiente jerarquía:

```
1er nivel - Enfermedades del bazo
2º nivel  - Congénitas vs. adquiridas
3er nivel - Enfermedad específica/tipo de trastorno
```

3.2.3.2 Capítulo 03 - Justificación del capítulo 03

Para el capítulo 03, se ha producido una reorganización del capítulo dentro de una visión clínica de las enfermedades de la sangre, una visión etiológica de las enfermedades de la sangre y las enfermedades del bazo. Las anemias están ahora todas bajo un mismo grupo, con un grupo separado para "Defectos de la coagulación, púrpura u otras afecciones correlacionadas con la hemorragia".

3.2.4 Capítulo 04 - Enfermedades del sistema inmunitario

3.2.4.1 Capítulo 04 - Estructura del capítulo 04

Este nuevo capítulo (que antes formaba parte del capítulo III en la CIE-10) tiene las siguientes secciones:

Inmunodeficiencias

Trastornos sistémicos específicos no orgánicos

```
1er nivel - Ser las principales agrupaciones anteriores
2º nivel  - Amplias categorías de enfermedad/tipo de trastorno
3er nivel – Enfermedad especifica/tipo de trastorno
4º nivel  - Mayor especificidad de la enfermedad/tipo de trastorno

1er nivel - Trastornos autoinflamatorios
2º nivel  - Síndrome específico

1er nivel - Afecciones alérgicas o de hipersensibilidad
2º nivel  - Categoría amplia para los sistemas corporales

1er nivel - Ciertas enfermedades que afectan al sistema inmunitario
2º nivel  - Enfermedad específica/tipo de trastorno
3er nivel - Mayor especificidad de la enfermedad/ tipo de trastorno
```

Enfermedades del timo

```
2º nivel - Enfermedad específica/tipo de trastorno
```

3.2.4.2 Capítulo 04 - Justificación del capítulo 04

Para el capítulo 04, hay nuevas secciones para los trastornos inmunitarios que difieren de la sección situada anteriormente en el capítulo III de la CIE-10. Para el sistema inmunitario se clasifican principalmente por síndrome clínico, y en una vista alternativa las afecciones del sistema inmunitario se muestran por línea celular. En este capítulo se ha incluido una sección para las afecciones alérgicas o de hipersensibilidad. En general, se han añadido más detalles al capítulo.

3.2.5 Capítulo 05 - Enfermedades endocrinas, nutricionales o metabólicas

3.2.5.1 Capítulo 05 - Estructura del capítulo 05

El capítulo 05 tiene cuatro secciones principales:

1. Enfermedades endocrinas

   2º nivel - Glándula específica o sistema hormonal

   3er nivel - Enfermedades específicas/trastorno

2. Trastornos nutricionales

   2º nivel - Amplias categorías de enfermedades/trastornos

   3er nivel - Enfermedad específica/trastorno

3. Trastornos metabólicos

   2º nivel - Amplias categorías de enfermedades/trastorno

   3er nivel - Enfermedad específica/trastorno

4. Trastornos endocrinos o metabólicos posteriores al procedimiento

    2º nivel – Enfermedad específica/trastorno

Las neoplasias del sistema endocrino se encuentran principalmente en el capítulo 02 "Neoplasias" y los síntomas, signos o hallazgos clínicos de las enfermedades endocrinas, nutricionales o metabólicas se encuentran principalmente en el capítulo 21.

3.2.5.2 Capítulo 05 - Justificación del capítulo 05

Se está produciendo una mayor normalización internacional de la terminología de las enfermedades endocrinas que se utiliza para describir la compleja naturaleza de las afecciones endocrinas. La intención es incluir todas las disfunciones que conducen a un trastorno endocrino específico.

La diabetes mellitus y la hiperglucemia intermedia se han ampliado para reflejar la terminología internacional actual. Las complicaciones a menudo asociadas a la diabetes han seguido incluyéndose en la clasificación en el capítulo del sistema corporal correspondiente, en consonancia con las diversas modificaciones clínicas. Se han incluido las notas "Codificar también" y "Utilizar código adicional" para relacionar los tipos de diabetes y las diversas complicaciones, a fin de permitir la adición de códigos para una mayor especificidad.

Las fuentes de cambio para esta sección se basaron en la actual Clasificación de la OMS de la Diabetes Mellitus y la Hiperglucemia Intermedia 2011 y el Departamento de Enfermedades Crónicas, Promoción de la Salud, de la OMS.

El Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS propuso cambios en la sección de Trastornos Nutricionales con el asesoramiento del Grupo Asesor de Expertos en Orientación Nutricional (NUGAG por sus siglas en inglés) para actualizar esta sección de la clasificación. Los trastornos metabólicos se basan ahora en la etiología y se han clasificado en tres áreas distintas: "Errores innatos del metabolismo", "Trastornos de la absorción y el transporte de metabolitos" y "Trastornos del equilibrio de líquidos, electrolitos y ácido-base", siguiendo el consejo clínico recibido de las sociedades internacionales pertinentes para las enfermedades metabólicas.

3.2.6 Capítulo 06 - Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo

3.2.6.1 Capítulo 06 - Estructura del capítulo 06

La jerarquía del capítulo 06 consiste en:

```
1er nivel – Amplias categorías enfermedad/tipo de trastorno
2º nivel  – Enfermedad específica/tipo de trastorno
3er nivel - Mayor especificidad de la enfermedad/tipo de trastorno
```

3.2.6.2 Capítulo 06 - Justificación del capítulo 06

La estructura lineal general del capítulo propuesto sobre los trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo para la CIE-11 ha sido un tema de debates sustanciales y exhaustivos por parte del Grupo Asesor sobre Trastornos Mentales, así como de amplias

interacciones con la Asociación Americana de Psiquiatría en relación con la recién publicada Quinta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (1), desde el momento del nombramiento inicial del Grupo Asesor en 2007.

La arquitectura adecuada de una clasificación diagnóstica de los trastornos mentales y del comportamiento es una cuestión que ha recibido una atención considerable en el curso de la revisión (por ejemplo, 2-4). Uno de los principios rectores de la CIE-11 es que debe reflejar las pruebas científicas actuales sobre las relaciones entre los trastornos (5) en lugar de conceptos anticuados como el de "neurosis", que tienen una escasa validez de construcción y predictiva. Además, un objetivo importante del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS para la revisión actual es mejorar la utilidad clínica de esta parte de la CIE-11 (6, 7). Dado que la CIE-11 utiliza una estructura de codificación diferente que no se basa en un sistema de numeración decimal, de manera que se puede dar cabida a un mayor número de bloques o agrupaciones dentro del capítulo, se presentó una oportunidad importante para ajustar más la clasificación a la investigación y la práctica clínica actuales en cuanto a la forma de representar las agrupaciones de trastornos.

Tres corrientes de trabajo proporcionan el fundamento y la evidencia para la estructura lineal de los Trastornos Mentales y del Comportamiento en la CIE-11.

Revisiones de la evidencia por grupos de trabajo para la CIE-11 Trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo

La primera corriente de trabajo está relacionada con el resultado de las revisiones de las pruebas realizadas por los 14 Grupos de Trabajo que informan al Grupo Consultivo, cada uno de los cuales celebró múltiples reuniones presenciales durante al menos un periodo de dos años. Se pidió a los Grupos de Trabajo que revisaran las pruebas científicas disponibles y otra información sobre la aplicación clínica de las clasificaciones en diversos entornos de todo el mundo, y que aportaran pruebas y una justificación para sus agrupaciones, así como el contenido y la disposición de las categorías dentro de ellas. Este trabajo dio lugar a manuscritos en los que se describen los fundamentos de la mayoría de las agrupaciones de trastornos que se han publicado en revistas revisadas por pares o se han presentado a ellas (por ejemplo, 8-15). El espacio no permite detallar aquí la justificación y la base de pruebas para cada cambio estructural, pero esta información, en lo que se refiere a cualquier decisión específica, puede proporcionarse si se solicita a partir del material generado por los grupos de trabajo.

Estudios de campo formativos sobre la utilidad clínica de la estructura lineal

La segunda corriente de trabajo relevante para la estructura lineal de los Trastornos Mentales y del Comportamiento se centró en la utilidad clínica y está representada por dos estudios de campo formativos realizados por la OMS y el Grupo de Coordinación de Estudios de Campo que informa al Grupo Asesor (16, 17). El propósito de estos estudios era examinar las conceptualizaciones que tienen los profesionales de la salud mental de todo el mundo sobre las relaciones entre los trastornos mentales para informar las decisiones sobre la estructura de la clasificación. Desde el punto de vista de la utilidad clínica, sobre todo en lo que respecta a la mejora de la interfaz entre la información sanitaria y la práctica clínica, las características más importantes y deseables de la organización de una clasificación es que (a) ayude a los clínicos a encontrar las categorías que describen con mayor precisión a los pacientes con los que se

encuentran de la forma más rápida, fácil e intuitiva posible y (b) las categorías diagnósticas así obtenidas les proporcionen información clínicamente útil sobre el tratamiento y el manejo. Una clasificación de los trastornos mentales que sea difícil y engorrosa de aplicar en la práctica clínica y que no proporcione información de valor inmediato para el clínico no tiene ninguna esperanza de ser aplicada con precisión en el nivel de atención en los entornos reales de salud. En ese caso, la práctica clínica no se guiará por la normalización y la operacionalización de los conceptos y las categorías que son inherentes a la clasificación, y se perderán importantes oportunidades de mejora de la práctica y de evaluación de los resultados. A su vez, un sistema de diagnóstico que se caracteriza por su escasa utilidad clínica a nivel de la atención no puede generar datos basados en esas atenciones que sean una base válida para los programas y las políticas de salud, o para las estadísticas de salud global. La razón de ser de estos dos estudios era que si se descubría que las formas en que los clínicos conceptualizaban la organización de los trastornos mentales tal y como se encontraban en su práctica clínica diaria eran (a) coherentes en todos los países, idiomas y disciplinas, y (b) distintas de la organización de la CIE-10, entonces esta información podría utilizarse para crear una clasificación de los trastornos mentales que se correspondiera más estrechamente con la organización cognitiva de las categorías por parte de los clínicos y que, por tanto, fuera más intuitiva y eficiente para su uso en los entornos sanitarios del mundo real.

El primer estudio de campo formativo (17) fue un estudio basado en Internet administrado tanto en inglés como en español, en el que participaron 1,371 psiquiatras y psicólogos de 64 países. El segundo estudio de campo formativo (16) consistió en la administración presencial de una tarea estandarizada de clasificación y jerarquización a 517 profesionales de la salud mental de ocho países y cinco idiomas. Ambos estudios constataron que el mapa conceptual de los clínicos sobre los trastornos mentales era racional y muy estable en función de la profesión, el idioma y el nivel de ingresos del país. Además, ambos estudios descubrieron que la estructura propuesta para los trastornos mentales y del comportamiento en la CIE-11 era más coherente con los modelos conceptuales de los clínicos que la estructura de la CIE-10 o del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)- IV. El segundo estudio también demostró claramente que los clínicos preferían una estructura más "plana" con un mayor número de agrupaciones en comparación con una estructura más jerárquica con menos agrupaciones como la que se encuentra en la CIE-10.

Armonización con el DSM-5

La tercera corriente de trabajo se refiere a los esfuerzos por armonizar la estructura del capítulo de la CIE-11 sobre los trastornos mentales y del comportamiento con la estructura del DSM-5, en la medida de lo posible. En general, el alto grado de similitud entre la estructura general del DSM-5 (1) y la estructura lineal propuesta para los Trastornos Mentales y del Comportamiento de la CIE-11 representa un gran éxito del esfuerzo de armonización CIE - DSM. Las diferencias relativamente menores se refieren principalmente a:

1. las propuestas de combinar las clasificaciones de los aspectos "orgánicos" y "no orgánicos" de afecciones como los trastornos del sueño y las disfunciones sexuales en la CIE-11 en capítulos separados de forma más coherente con las pruebas y la práctica clínica actuales,

lo que no era una opción para el DSM-5 dado que es, por definición, una clasificación de trastornos mentales; y

2. las diferencias en las convenciones relacionadas con las categorías residuales y los trastornos mentales asociados a otra enfermedad subyacente en la CIE-11 de las decisiones sobre la organización de dichas categorías en el DSM-5. Puede obtenerse información adicional sobre la justificación de las pocas diferencias sustanciales que quedan en la estructura general entre las dos clasificaciones si se solicita. Cabe destacar que la similitud resultante en la organización entre los dos sistemas es el producto de varios años de complejas negociaciones. Dado que el DSM-5 ya se ha publicado, es casi seguro que si se introducen más cambios en la estructura de la CIE-11, ésta se orientará hacia una menor similitud y armonización con el DSM-5.

Referencias

1. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorder, Fifth Edition (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
2. Andrews, G., Goldberg, D. P., Krueger, R. F., Carpenter, W. T. Jr., Hyman, S. E., Sachdev, P., & Pine, D. S. (2009). Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: Could it improve utility and validity? Psychological Medicine, 39, 1993–2000.
3. Jablensky, A. (2009). A meta-commentary on the proposal for a meta-structure for DSM-V and ICD-11. Psychological Medicine, 39, 2099–2103.
4. Wittchen, H.-U., Beesdo, K., & Gloster, A. T. (2009). A new meta-structure of mental disorders: A helpful step into the future or a harmful step back to the past? Psychological Medicine, 39, 2083–2089.
5. Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. Annual Review of Clinical Psychology, 6, 155–179.
6. Reed, G.M. (2010). Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders. Professional Psychology: Research and Practice, 41, 457–464.
7. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. (2011). A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Psychiatry, 10, 86–92.
8. Al-Adawi, S., Baks, B., Bryant-Waugh, R., Claudino, A.M., Hay, P., Monteleone, P., et al. (2013). Revision of ICD- status update on feeding and eating disorders. Advances in Eating Disorders, 1, 10-20.
9. Creed, F., & Gureje, O. (2012). Emerging themes in the revision of the classification of somatoform disorders. International Review of Psychiatry, 24, 556-567.
10. Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. International Review of Psychiatry, 24, 568-577.
11. Gaebel, W. (2012). The status of psychotic disorders in ICD-11. Schizophrenia Bulletin, 38, 895-898.
12. Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L.M., et al. (2013). Diagnosis off classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. World Psychiatry, 12, 198-206.
13. Maj M., & Reed, G.M. (Eds.) (2012). The ICD-11 classification of mood and anxiety disorders: background and options. World Psychiatry, 11(Suppl. 1).
14. Poznyak, V., Reed, G.M., & Clark, N. (2011). Applying an international public health perspective to proposed changes for DSM-5. Addiction, 106, 868-870.
15. Rutter, M.C. (2011). Research review: Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52, 647-660.
16. Reed, G.M., Roberts, M.C., Keeley, J., Hooppell, C., Matsumoto, C., Sharan, P., et al. (2013). Mental health professionals' natural taxonomies of mental disorders: Implications for the clinical utility of the ICD-11 and the DSM-5. Journal of Clinical Psychology, 69, 1191-1212.
17. Roberts, M.C., Reed, G.M., Medina-Mora, M.E., Keeley, J.W., Sharan, P., Johnson, D.K., et al. (2012). A global clinicians' map of mental disorders to improve ICD-11: Analysing meta-structure to enhance clinical utility. International Review of Psychiatry, 24, 578-590.

3.2.7 Capítulo 07 - Trastornos del sueño y la vigilia

3.2.7.1 Capítulo 07 - Estructura del capítulo 07

El capítulo 07 es un nuevo capítulo de la CIE-11. Contiene los trastornos del sueño y de la vigilia que antes se ubicaban en los capítulos respiratorio, de neurología o salud mental. Al combinar estos trastornos en un solo capítulo, se pueden incluir más detalles para muchos de los trastornos relacionados con el sueño. La jerarquía consiste en:

```
1er nivel - Amplias categorías enfermedad/tipo de trastorno
2º nivel  - Enfermedad especifica/ tipo de trastorno
3er nivel - Mayor especificidad de la enfermedad/ tipo de trastorno
```

3.2.7.2 Capítulo 07 - Justificación del capítulo 07

Dado que los trastornos del sueño y de la vigilia pertenecen a un área de solapamiento entre la salud mental, los trastornos neurológicos y las afecciones pulmonares, se decidió colocarlos juntos en un solo capítulo.

3.2.8 Capítulo 08 - Enfermedades del sistema nervioso

3.2.8.1 Capítulo 08 - Estructura del capítulo 08

```
1er nivel - Mezcla de enfermedades, trastornos y sitios y combinaciones de ambos.
2º nivel  - Mezcla de subcategorías de enfermedades específicas o tipo de trastor
no y a veces, un sitio.
```

3.2.8.2 Capítulo 08 - Justificación del capítulo 08

La CIE-11 supone una importante revisión de la organización de los bloques que componen el capítulo de neurología. El restrictivo sistema de codificación decimal de la CIE-10, con su capacidad para contener sólo 11 bloques de trastornos por capítulo, daba lugar a bloques que contenían entidades neurológicas diversas que no encajaban lógicamente, como el bloque de trastornos episódicos y paroxísticos, que contenía trastornos de cefalea, epilepsia, ataques isquémicos transitorios y trastornos del sueño. La CIE-11 sitúa ahora los trastornos de cefalea, la epilepsia y los trastornos cerebrovasculares a nivel de bloque, y los trastornos del sueño a nivel de capítulo (capítulo 07).

No sólo ha cambiado la estructura del capítulo neurológico, sino que el enfoque de la clasificación también integra la práctica clínica actual y los avances en la comprensión de las enfermedades neurológicas. En el tiempo transcurrido desde la publicación de la CIE-10, se han producido enormes avances en los campos de la genética, la biología molecular y las tecnologías médicas. El aumento del número de códigos es inevitable si se tiene en cuenta la reciente ganancia de conocimientos en neurología, por lo que el objetivo es lograr un equilibrio entre la exhaustividad, la utilidad clínica y el mantenimiento de un enfoque de salud pública. Los grupos de trabajo abordaron esta cuestión considerando los trastornos más comunes que debían aparecer en el capítulo, mientras que las variaciones etiológicas menos comunes de estos trastornos fueron objeto de una técnica de "doble codificación". Un cambio importante que ilustra el avance de los

conocimientos es la adición de un bloque titulado "Trastornos paraneoplásicos y autoinmunes del sistema nervioso". Este bloque contiene las enfermedades neurológicas inmunomediadas, un campo en el que los conocimientos se han disparado en los últimos años. Un segundo ejemplo de cómo la nueva versión refleja los avances de la biología molecular es la concesión del estatus de bloque a las enfermedades priónicas a pesar de su rareza. Anteriormente, formaban parte del bloque de infecciones del sistema nervioso central, pero el interés de la investigación tras el gran problema de salud pública que se produjo en Europa en la década de 1990 ha llevado a descubrir nuevas variantes de enfermedades priónicas.

El mundo ha visto un gran aumento de la población de edad avanzada desde la década de 1990. Los trastornos neurocognitivos han sido declarados como una de las principales preocupaciones en materia de salud pública y la investigación sobre su etiología y neurofarmacología se ha disparado. El bloque de la CIE-11 sobre los trastornos neurocognitivos refleja la mejor comprensión en este ámbito.

Un último cambio especialmente destacable se encuentra en el bloque "Otros trastornos del sistema nervioso". Este bloque se emplea para captar el "desbordamiento" de otros bloques de neurología y aquellos trastornos que se consideran inclasificables en otros lugares. En la CIE-10, debido al mencionado sistema de codificación decimal, este bloque era una colección incongruente de enfermedades. Ahora, este bloque se ha reducido significativamente en tamaño debido a la nueva y racionalizada estructura del capítulo de neurología, que incluye nuevos bloques de trastornos que antes estaban contenidos en la sección de "otros trastornos del sistema nervioso" de la CIE-10. Entre ellos se encuentran los "trastornos de la conciencia", los "trastornos de la presión y el flujo del líquido cefalorraquídeo", los "trastornos del sistema nervioso autónomo", los "trastornos nutricionales y tóxicos del sistema nervioso" y los "trastornos de la médula espinal, excluidos los traumatismos". Es de esperar que su promoción al estatus de bloque tenga un efecto positivo en las prácticas de codificación.

Una cuestión complicada a la que se ha enfrentado la Asesoría Temática de Neurología ha sido la necesidad de relacionar los trastornos que tienen una presentación o fenotipo neurológico con sus raíces etiológicas dentro de otros capítulos o bloques dentro del capítulo de neurología. Uno de los innumerables ejemplos de este tipo de relación sería los trastornos mitocondriales de la unión neuromuscular. Deben relacionarse tanto en el capítulo de neurología como en el de enfermedades endocrinas, nutricionales o metabólicas.

3.2.9 Capítulo 09 - Enfermedades del sistema visual

3.2.9.1 Capítulo 09 - Estructura del capítulo 09

La jerarquía general del capítulo 09 consiste en lo siguiente:

```
1er nivel – Amplia categoría de anatomía
2º nivel  - Categoría específica de anatomía
3er nivel - Amplia categoría de enfermedad/tipo de trastorno
4º nivel  - Mayor especificidad de enfermedad/tipo de trastorno
```

3.2.10 Capítulo 10 - Enfermedades del oído o de la apófisis mastoides

3.2.10.1 Capítulo 10 - Estructura del capítulo 10

La jerarquía general del capítulo 10 consiste en lo siguiente:

```
1er nivel – Amplia categoría de anatomía
2º nivel  - Enfermedad especifica/ tipo de trastorno
3er nivel - Mayor especificidad de enfermedad/tipo de trastorno
```

3.2.11 Capítulo 11 - Enfermedades del sistema circulatorio

3.2.11.1 Capítulo 11 - Estructura del capítulo 11

Hay dos jerarquías principales en el capítulo 11.

```
1er nivel - Amplia categoría enfermedad/tipo de trastorno
2º nivel  - Enfermedad especifica/ tipo de trastorno
3er nivel - Mayor especificidad de enfermedad/tipo de trastorno
```

O

```
1er nivel – Amplia categoría de anatomía
2º nivel  - Tipo de anatomía específica
3er nivel - Enfermedad especifica/ tipo de trastorno
```

3.2.11.2 Capítulo 11 - Justificación del capítulo 11

Se han producido cambios a gran escala en la práctica clínica de las enfermedades cardiovasculares y su gestión desde que se publicó la CIE-10 hace más de 20 años. Los cambios introducidos para la CIE-11 en este capítulo reflejan estos cambios y el cambio en los perfiles de las enfermedades y el aumento de la supervivencia tras los procedimientos. Como consecuencia, se ha producido una importante ampliación del número de entidades de enfermedad dentro de la CIE-11, con nuevas jerarquías de clasificación y una nomenclatura actualizada. Por ejemplo, la incidencia de la valvulopatía cardíaca ya no está dominada por la fiebre reumática en las sociedades desarrolladas, aunque sigue siendo importante en las naciones en vías de desarrollo, y en consecuencia se ha producido un cambio en los paradigmas de diagnóstico hacia el del tipo de válvula, luego la patología valvular seguida de la etiología.

Muchos elementos que antes se clasificaban en la CIE-10 como "Otras formas de enfermedad cardíaca" (I30-I52) se han convertido en problemas clínicos importantes en la cardiología actual, lo que justifica la creación de nuevas categorías distintas de nivel superior. Dos ejemplos son:

- Enfermedades del miocardio, incluyendo extensas subsecciones sobre miocarditis y cardiomiopatía.
- La arritmia cardíaca, incluye una nueva y amplia subsección sobre "Arritmia cardíaca asociada a un trastorno genético" y "Disfunción de marcapasos o cardioversores o desfibriladores implantables", ambas áreas de creciente importancia en la práctica clínica. Los cambios en esta sección han contado con la importante aportación y el respaldo de la

Sociedad de Electrofisiología Pediátrica y Congénita y la Sociedad Internacional de Nomenclatura de las Cardiopatías Pediátricas y Congénitas.

El cambio en el proceso de revisión de la CIE para que sea impulsado por la clínica ha supuesto que las áreas manejadas principalmente por médicos que no son cardiólogos se hayan reubicado en capítulos más adecuados. Así, las enfermedades cerebrovasculares se han reclasificado en el capítulo 08, "Enfermedades del sistema nervioso", y las varices esofágicas se han reubicado en Enfermedades del aparato digestivo (capítulo 13).

Una nueva subsección sobre la hipertensión pulmonar en la sección de cardiopatías y enfermedades de la circulación pulmonar, se basa en el documento resultante Clasificación clínica actualizada de la hipertensión pulmonar, tras el 5º Simposio Mundial celebrado en Niza, Francia, en 2013.

La sección de trastornos posprocedimientos se ha ampliado notablemente como reflejo del aumento de la supervivencia tras los procedimientos cardiovasculares en las dos últimas décadas, con el reconocimiento de un número creciente de pacientes con morbilidades posprocedimiento y complicaciones específicas de la enfermedad.

La sección sobre anomalías congénitas del corazón y los grandes vasos y anomalías adquiridas relacionadas clasificadas en el capítulo 20 "Anomalías del desarrollo" se ha basado en el Código Cardíaco, Congénito y Pediátrico Internacional (CCCPI), creado durante la última década por la Sociedad Internacional de Nomenclatura de Cardiopatías Pediátricas y Congénitas (ISNPCHD por sus siglas en inglés, http://www.ipccc.net). Como consecuencia, las 73 entidades congénitas de cardiología de la CIE-10 en Q20-Q29 se han ampliado a 316 diagnósticos, como resumen exacto de la heterogeneidad de las malformaciones cardíacas que se observan en la práctica clínica. También se ha hecho referencia a la clasificación anatómica y clínica de los defectos cardíacos congénitos (ACC-CHD por sus siglas en inglés) con los correspondientes códigos CCCPI y CIE-10.

3.2.12 Capítulo 12 - Enfermedades del sistema respiratorio

3.2.12.1 Capítulo 12 - Estructura del capítulo 12

Hay dos jerarquías principales en el capítulo 12:

```
1er nivel - Amplias categorías enfermedad/tipo de trastorno
2º nivel  – Enfermedad específica/tipo de trastorno con alguna anatomía incluida
3er nivel - Mayor especificidad de la enfermedad/tipo de trastorno
```

O

```
1er nivel – Amplia categoría de anatomía
2º nivel  - Enfermedad especifica/ tipo de trastorno
3er nivel - Mayor especificidad de la enfermedad/tipo de trastorno
```

3.2.12.2 Capítulo 12 - Justificación del capítulo 12

Los cambios en el capítulo 12 se han realizado principalmente para proporcionar una terminología clínica actual y una clasificación de las enfermedades que afectan principalmente al sistema respiratorio y se han basado en las aportaciones de las sociedades internacionales y

de las partes interesadas. Las enfermedades pulmonares infecciosas se han trasladado al Capítulo 01 para reflejar mejor la naturaleza infecciosa de estas afecciones. Las neoplasias del sistema respiratorio están en el capítulo 02 "Neoplasias", y las enfermedades respiratorias del desarrollo se encuentran ahora en el capítulo 20 "Anomalías del desarrollo".

La agrupación "Trastornos del tracto respiratorio superior" contiene las enfermedades del tracto respiratorio superior, excepto las afecciones que se trasladaron al capítulo de enfermedades infecciosas.

Las enfermedades del tracto respiratorio inferior se desplazaron de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores de la CIE-10, pero la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se convirtió en una categoría independiente basada en un concepto internacional.

La fibrosis quística se ha trasladado a Ciertas enfermedades del tracto respiratorio inferior y se ha relacionado con múltiples trastornos metabólicos en el capítulo de Endocrinología porque: "Las afecciones clínicas representativas de la fibrosis quística son la infección respiratoria intratable, la insuficiencia respiratoria terminal, la insuficiencia pancreática exocrina y las lesiones de los órganos digestivos como el íleo meconial. La fibrosis quística es una enfermedad debida a una anomalía del canal del ión cloro, causada por la mutación de un gen CFTR (Cystic fibrosis transmembrane conductance regulator) que codifica la proteína reguladora de la conductancia transmembrana, cuyos síntomas respiratorios se reconocen en casi todos los casos de pacientes. La causa de la muerte es principalmente la anomalía respiratoria, y esta enfermedad es objetivo del trasplante de pulmón". Esta descripción de la fibrosis quística se encuentra en libros de texto representativos ("Enfermedades de las vías respiratorias" en el libro de texto "Fraser and Pare's Disease of the Chest").

- 'Enfermedades obstructivas' en el libro de texto 'Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine'
- 'Enfermedades pulmonares obstructivas' en el libro de texto 'Fishman's pulmonary diseases and disorders'
- 'Enfermedades de las vías respiratorias' en el libro de texto 'Fraser and Pare's Disease of the Chest' 'Pulmonary Diseases' in the textbook 'Washington Manual of Medical Therapeutics, The, 34ed.'

La sección relativa a las enfermedades pulmonares por inhalación, ocupacionales y ambientales se ha basado en las aportaciones de la División de Salud Ocupacional de la OMS.

Las Ciertas enfermedades respiratorias específicas que afectan principalmente al intersticio pulmonar se desplazaron de las Otras enfermedades respiratorias que afectan principalmente al intersticio. La Neumonitis intersticial idiopática se convirtió en una categoría independiente basada en un concepto internacional y la categoría de las Enfermedades pulmonares intersticiales primarias específicas de la infancia y la niñez se creó de forma independiente a partir de la propuesta del Grupo Asesor Temático Pediátrico (GAT).

La sección de Ciertas enfermedades del sistema respiratorio y la sección de Trastornos respiratorios posprocedimiento fueron desplazados de Otras enfermedades del sistema

respiratorio de la CIE-10, excepto los Trastornos del mediastino y del diafragma que se trasladaron a la sección de Trastornos pleurales, del diafragma y del mediastino.

3.2.13 Capítulo 13 - Enfermedades del aparato digestivo

3.2.13.1 Capítulo 13 - Estructura del capítulo 13

La jerarquía general del Capítulo 13 consiste en lo siguiente:

```
1er nivel - Anatomía detallada
2º nivel  - Enfermedad especifica/ tipo de trastorno
3er nivel - Mayor especificidad de enfermedad/tipo de trastorno
```

3.2.13.2 Capítulo 13 - Justificación del capítulo 13

La CIE-11 ha mejorado su estructura y contenido para incluir las enfermedades y los trastornos del complejo orofacial. Hay varios otros tejidos que, como componentes esenciales del complejo orofacial, tienen una función importante, y su deterioro tendrá un impacto directo en el estado de salud bucodental. Es importante reconocer que la salud bucodental es algo más que tener los dientes sanos; tener salud bucodental es estar libre de afecciones crónicas de dolor bucofacial, de cánceres orales y faríngeos, de lesiones de los tejidos blandos orales, de enfermedades periodontales (encías), de caries y pérdida de dientes y de la superficie de los dientes, de defectos congénitos como el labio leporino y el paladar hendido, y de decenas de otras enfermedades y trastornos que afectan a los tejidos orales, dentales y craneofaciales (complejo orofacial), así como de asociaciones con la salud y la enfermedad sistémicas. Esto subraya la importancia de proporcionar un sistema coherente para codificar y clasificar los datos sobre las enfermedades y los trastornos del complejo orofacial, de modo que el profesional de la salud bucodental pueda registrar y recoger los datos de cada paciente en sus clínicas, independientemente de que dichas instalaciones formen parte de grandes hospitales o de pequeñas clínicas. Se prevé que el hecho de poder registrar e interpretar dichos datos permitirá a los profesionales de la salud contribuir a mejorar la salud bucodental como componente esencial de la salud general y estimulará el uso de la CIE-11 por parte del personal de salud bucodental.

Se han introducido cambios importantes en este capítulo con la adición de grupos anatómicos muy detallados a la jerarquía del tubo digestivo, según el orden rostro-caudal, con la excepción de las categorías para la hernia, los trastornos gastrointestinales funcionales y las enfermedades inflamatorias del intestino.

Los trastornos gastrointestinales funcionales se describen de forma independiente porque su fisiopatología se considera desde el punto de vista del "eje cerebro-intestino", y no sólo desde su impacto en el tracto gastrointestinal. Las enfermedades inflamatorias del intestino también se describen de forma independiente, principalmente porque la enfermedad de Crohn afecta a varios órganos. En cada grupo anatómico (grupo de órganos), se utilizan clasificaciones basadas en la etiología para subclasificar los trastornos. En particular, los trastornos gastrointestinales se organizan en las siguientes categorías:

```
A. Alteraciones anatómicas o morfológicas adquiridas
```

B. Trastornos motores

C. Inflamación, incluida la úlcera

D. Trastornos vasculares

E. Pólipos no neoplásicos

Además, hay otras dos categorías enumeradas, aunque el capítulo 13 no es el lugar principal para estos trastornos.

F. Anomalías estructurales del desarrollo (ubicadas en el Capítulo 20 Anomalías del desarrollo)

G. Neoplasias (ubicado en el Capítulo 02 Neoplasias)

A las enfermedades digestivas importantes o comunes se les ha asignado su propia categoría, por ejemplo, la enfermedad por reflujo gastroesofágico, el epitelio metaplásico columnar, la malabsorción intestinal y la enteropatía con pérdida de proteínas, la colitis ulcerosa, la enfermedad del hígado graso no alcohólico y la enfermedad diverticular. Los pólipos se clasifican ahora de forma independiente, y no en la sección del sitio anatómico de "otras enfermedades".

Las enfermedades digestivas comunes que se extienden por varios órganos se clasifican principalmente en la categoría de enfermedad del órgano rostral. Por ejemplo, la 'Gastroenteritis' se clasifica en 'Gastritis', y la 'Úlcera gastroduodenal' en 'Úlcera gástrica'. El término 'Úlcera péptica, sitio no especificado' no debe utilizarse debido a los avances de la tecnología médica. Debe clasificarse en la categoría 'Úlcera esofágica, úlcera gástrica, úlcera duodenal o úlcera anastomótica', según el lugar de la enfermedad.

A los trastornos vasculares de los órganos gastrointestinales se les ha asignado una categoría propia. Las varices esofágicas, las varices gástricas y las hemorroides se clasifican ahora en el capítulo 13. En "Enfermedades del hígado", hay nuevas categorías independientes que incluyen la enfermedad hepática metabólica y del transportador, las enfermedades hepáticas autoinmunes, la enfermedad del hígado graso no alcohólico y los trastornos vasculares del hígado.

Para la clasificación de la enfermedad hepática crónica con cirrosis, se utiliza "Cirrosis hepática", un elemento de "Fibrosis hepática y cirrosis". Por ejemplo, 'Hepatitis crónica B' y 'Cirrosis hepática', 'Hepatitis crónica C' y 'Cirrosis hepática', 'Hepatitis autoinmune' y 'Cirrosis hepática', 'Colangiopatía biliar primaria' y 'Cirrosis hepática', etc. Hay nuevas secciones independientes para 'Enfermedades de la vesícula biliar y de las vías biliares' y 'Enfermedades del páncreas'. Dentro de estas nuevas secciones, hay nuevas categorías independientes que incluyen Anomalías estructurales del desarrollo, Anomalías congénitas, Alteraciones anatómicas adquiridas, Colangitis, Enfermedades quísticas del páncreas, Pancreatitis crónica y Pancreatitis autoinmune.

3.2.14 Capítulo 14 - Enfermedades de la piel

3.2.14.1 Capítulo 14 - Estructura del capítulo 14

La jerarquía general del capítulo 14 consiste en lo siguiente:

```
1er nivel - Amplias categorías enfermedad/tipo de trastorno
2º nivel  - Enfermedad especifica/tipo de trastorno con algún sitio anatómico
3er nivel - Mayor especificidad de la enfermedad/tipo de trastorno
```

3.2.14.2 Capítulo 14 - Justificación del capítulo 14

Se han realizado importantes cambios en este capítulo añadiendo detalles procedentes de la fusión de las terminologías dermatológicas americana, británica y alemana.

3.2.15 Capítulo 15 - Enfermedades del sistema musculoesquelético o del tejido conjuntivo

3.2.15.1 Capítulo 15 - Estructura del capítulo 15

La jerarquía general del capítulo 15 consiste en lo siguiente:

```
1er nivel - Amplias categorías enfermedad/tipo de trastorno
2º nivel  – Enfermedad específica/tipo de trastorno con algún sitio anatómico
3er nivel - Mayor especificidad de la enfermedad/tipo de trastorno
```

3.2.15.2 Capítulo 15 - Justificación del capítulo 15

Los criterios de diagnóstico de la artritis reumatoide del Colegio Americano de Reumatología y la Liga Europea contra el Reumatismo (ACR/EULAR por sus siglas en inglés) (en desarrollo) se utilizaron para informar sobre la jerarquía de códigos y los atributos del modelo de contenido para la artritis reumatoide. La literatura actual informó del cambio de título de "trastornos sistémicos del tejido conectivo" a "trastornos autoinmunes sistémicos no específicos de órganos". Los cambios en la vasculitis se basaron en la clasificación de la Conferencia Internacional de Consenso de Chapel Hill sobre la Nomenclatura de la Vasculitis Sistémica.

La categoría "Dermatopolimiositis" se cambió por "Miopatías inflamatorias idiopáticas" con un cambio de ejes y la introducción de una mayor granularidad.

Las revisiones de la clasificación de las espondiloartritis reflejan la opinión actual de los expertos con los comentarios del Dr. Robert Landewé, con una separación entre axial y periférica. En conjunto, los criterios de espondiloartritis axial y periférica cubren todo el espectro de lo que antes se denominaba espondiloartritis (indiferenciada) y espondilitis (anquilosante). Hay una reordenación de las espondiloartritis infecciosas, con un eje secundario para los principales tipos de procesos infecciosos, es decir, bacterianos, fúngicos, etc., y códigos suplementarios que se utilizarán para la infección específica.

La nueva categoría de síndromes autoinflamatorios se basa en el trabajo de la Sociedad Internacional de Enfermedades Autoinflamatorias Sistémicas (ISSAID por sus siglas en inglés).

3.2.16 Capítulo 16 - Enfermedades del sistema genitourinario

3.2.16.1 Capítulo 16 - Estructura del capítulo 16

El capítulo 16 tiene secciones específicas para Enfermedades del sistema genitourinario femenino, Enfermedades del sistema genitourinario masculino, Trastornos de la mama, Enfermedades del sistema urinario y Trastornos posprocedimiento del sistema genitourinario.

La jerarquía general del capítulo 16 consiste en lo siguiente:

```
1er nivel - Categoría amplia de sistema corporal
2º nivel  – Enfermedad amplia/tipo de trastorno (con algo de anatomía)
3er nivel – Enfermedad específica/tipo de trastorno específico (con algo anatómi
co)
```

3.2.16.2 Capítulo 16 - Justificación del capítulo 16

Los cambios introducidos en el capítulo 16 tienen como objetivo aumentar la utilidad clínica de la clasificación al proporcionar una estructura jerárquica más fácil de usar, una mayor comparabilidad internacional y la normalización de las afecciones genitourinarias. Esto se consigue mediante la inclusión de los términos y definiciones más precisos desde el punto de vista científico y acordados internacionalmente, proporcionados por diversas partes interesadas internacionales, como el departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la Fundación Nacional del Riñón y la organización Kidney Disease International Global Outcomes (KDIGO por sus siglas en inglés).

La jerarquía de los capítulos se subdivide en Enfermedades del aparato genital femenino, Enfermedades del aparato genital masculino y Enfermedades del aparato urinario. Esta arquitectura del aparato genital femenino y del aparato genital masculino fue diseñada para mejorar la experiencia del usuario final. La jerarquía del aparato genital femenino se desglosa en trastornos no inflamatorios y trastornos inflamatorios, y a continuación se divide por grupos anatómicos en el orden de examen ginecológico (y obstétrico) (de los genitales externos a los internos), cuando procede. (Vulva, vagina, cuello uterino, útero, trompa de Falopio, ovario, cavidad pélvica).

Estas agrupaciones tienen otras subdivisiones para las anomalías congénitas y adquiridas, según el caso.

Para reflejar el conocimiento científico actual de ciertas afecciones genitourinarias, se han incluido detalles adicionales para las siguientes áreas:

Amenorrea
Disfunción ovárica
Dolor pélvico femenino
Endometriosis
Adenomiosis
Infertilidad femenina
Infertilidad masculina
Pérdida temprana del embarazo

Resultados del embarazo

La sección de insuficiencia renal de la clasificación se ha revisado para reflejar las definiciones actuales basadas en la evidencia de la enfermedad renal aguda frente a la crónica y el nuevo sistema de definiciones y estadificación de la insuficiencia renal aguda de la organización Kidney Disease ('Improving Global Outcomes (KDIGO)').

3.2.17 Capítulo 17 - Condiciones relacionadas con la salud sexual

3.2.17.1 Capítulo 17 - Estructura del capítulo 17

Nuevo capítulo de la CIE-11 dividido en secciones principales para:

Disfunciones sexuales

Trastornos de dolor sexual

Discordancia de género

```
1er nivel - Categoría amplia de afección
2º nivel  - Tipo específico de afección
3er nivel – Enfermedad específica/trastorno
```

3.2.17.2 Capítulo 17 - Justificación del capítulo 17

El capítulo se ha formulado para agrupar las condiciones relacionadas con la sexualidad. Esto también permite categorizar las afecciones relacionadas con la identidad de género sin estigmatizarlas, al tiempo que se mantiene el reconocimiento de estas entidades como afecciones reales, de modo que las intervenciones sanitarias relacionadas puedan tener cabida dentro del sistema de salud.

3.2.18 Capítulo 18 - Embarazo, parto o puerperio

3.2.18.1 Capítulo 18 - Estructura del capítulo 18

La jerarquía general del capítulo 18 consiste en lo siguiente:

```
1er nivel – Amplia categoría relacionada con las etapas del embarazo, el parto o
el puerperio
2º nivel  – Enfermedad específica/tipo de trastorno
3er nivel - Mayor especificidad de la enfermedad/tipo de trastorno
```

3.2.18.2 Capítulo 18 - Justificación del capítulo 18

Los cambios introducidos en este capítulo pretenden aumentar la utilidad clínica de la clasificación al proporcionar una estructura jerárquica más fácil de usar. El aumento de la comparabilidad y la normalización internacional de las afecciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio mediante la inclusión de los términos y definiciones más precisos desde el punto de vista científico y acordados internacionalmente, proporcionados por diversas partes interesadas internacionales, como el departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la

OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), fue también un aspecto muy importante de las modificaciones. Se prestó especial atención a la correcta integración de los conceptos y definiciones del Comité Internacional de Seguimiento de las Tecnologías de Reproducción Asistida (ICMART por sus siglas en inglés).

Los cambios reflejan el entendimiento actual para ciertas condiciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. Se han incluido especificaciones adicionales para Pérdida temprana del embarazo

3.2.19 Capítulo 19 - Algunas afecciones que se originan en el período perinatal

3.2.19.1 Capítulo 19 - Estructura del capítulo 19

La jerarquía general del capítulo 19 consiste en lo siguiente:

```
1er nivel - Amplia categoría de enfermedad/tipo de trastorno y algo de anatomía
2º nivel  - Enfermedad específica/tipo de trastorno
3er nivel - Mayor especificidad de la enfermedad/tipo de trastorno
```

3.2.20 Capítulo 20 - Anomalías del desarrollo

3.2.20.1 Capítulo 20 - Estructura del capítulo 20

El capítulo 20 ha sufrido una importante reestructuración y ahora tiene cuatro secciones principales

Anomalías estructurales del desarrollo que afectan principalmente a un sistema corporal

```
1er nivel - Categoría amplia de anatomía
2º nivel  – Enfermedad específica/tipo de trastorno
3er nivel - Mayor especificidad de la enfermedad/tipo de trastorno
```

Múltiples anomalías o síndromes del desarrollo

```
1er nivel - Categoría amplia de anatomía
2º nivel  - Enfermedad específica/tipo de trastorno
3er nivel - Mayor especificidad de la enfermedad/tipo de trastorno
```

Anomalías cromosómicas, excluyendo las mutaciones genéticas

```
1er nivel - Enfermedad específica/tipo de trastorno
2º nivel  - Mayor especificidad de la enfermedad/tipo de trastorno
```

Afecciones con trastornos del desarrollo intelectual como característica clínica relevante

```
1er nivel - Afecciones no sindrómicas frente a sindrómicas
2º nivel  - Mayor especificidad de la enfermedad/tipo de trastorno
```

3.2.20.2 Capítulo 20 - Justificación del capítulo 20

La clasificación de la CIE-10 de las anomalías del desarrollo se recoge en el capítulo XVII: Q00-Q99 Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas.

Es un capítulo muy heterogéneo, que incluye malformaciones, síndromes genéticos (con o sin malformaciones) y anomalías cromosómicas. Esto lleva a la confusión entre el origen genético de una enfermedad y una malformación. Por lo tanto, todos los síndromes genéticos sin anomalías estructurales del desarrollo se excluyen de este capítulo y se reasignan a los capítulos apropiados de la CIE-11, según el sistema o sistemas corporales afectados.

El nuevo capítulo 20 tiene tres divisiones principales:

- Anomalías/malformaciones estructurales del desarrollo
- Múltiples anomalías y síndromes del desarrollo
- Anomalías cromosómicas y defectos genéticos

La primera división "Anomalías/malformaciones estructurales del desarrollo" incluye afecciones aisladas que afectan a un solo sistema corporal. Está organizada en secciones correspondientes a esos sistemas corporales, que también se clasifican en los otros capítulos pertinentes de la CIE-11.

La segunda división "Anomalías y síndromes múltiples del desarrollo" incluye las afecciones que afectan a varias localizaciones dentro de un sistema corporal o a varios sistemas corporales simultáneamente. Los síndromes que se puede decir que afectan predominantemente a un sistema corporal se asignan a las secciones correspondientes dentro de esta división. Los síndromes que afectan a varios sistemas corporales, sin que uno predomine claramente, se agrupan en una sección específica al final de la división. También hay una sección para los síndromes de displasia debidos a errores congénitos del metabolismo, todos ellos clasificados principalmente en el capítulo de enfermedades metabólicas.

La tercera división, "Anomalías cromosómicas y defectos genéticos", se aparta del enfoque clínico generalmente seguido en la CIE y clasifica las anomalías del desarrollo definidas genética o citogenéticamente, ya que no existe una distinción clara entre genética y citogenética. Hemos empezado a incluir deleciones y duplicaciones específicas que corresponden a un fenotipo claro, sabiendo que en los próximos años se describirán muchas más. Se añadirán otras cuando sea necesario, durante las revisiones posteriores a la publicación de la CIE-11.

Un problema especial es cómo tratar las enfermedades definidas históricamente de forma clínica pero que incluyen una anomalía cromosómica/genética como etiología. En algunos casos, existen varias etiologías para la entidad clínica, y no todas son anomalías cromosómicas: por ejemplo, el síndrome de Silver-Russell puede estar causado por una duplicación 11p15, una duplicación 7p112p13, pero también por una disomía uniparental materna del cromosoma 7 u 11 y por defectos de impronta del 11p15. En otros casos, existe una correspondencia abrumadora entre la entidad clínica y una etiología citogenética: por ejemplo, el síndrome de Williams-Beuren corresponde a la deleción 7q11.23.

La polijerarquía se utiliza de forma restringida en el marco de este capítulo: una vez que se asigna una enfermedad a una sección, generalmente no se clasifica secundariamente en otra parte del capítulo. De lo contrario, la estructura se volvería demasiado intrincada. Por otro lado, todas las entidades de este capítulo se clasificarán en otros capítulos de la CIE-11, cuando corresponda.

3.2.21 Capítulo 21 - Síntomas, signos o hallazgos clínicos no clasificados en otra parte

3.2.21.1 Capítulo 21 - Estructura del capítulo 21

El capítulo 21 está dividido en secciones principales basadas en los sistemas corporales. Cada una de estas secciones tiene las siguientes categorías, según corresponda:

- Síntomas y signos
- Resultados clínicos

Al final de este capítulo se encuentra una sección adicional para las causas de mortalidad mal definidas y desconocidas.

3.2.21.2 Capítulo 21 - Justificación del capítulo 21

Los diferentes capítulos de la CIE-10 incluían varias categorías de manifestaciones clínicas, algunas de ellas como códigos con asterisco. Para simplificar la estructura, mejorar el uso de la poscoordinación y también para eliminar las afecciones "mal definidas" de los capítulos de órganos, se han trasladado aquí varios de los antiguos códigos con asterisco, detalles adicionales para diversas afecciones y las mencionadas afecciones mal definidas. Todos siguen la organización principal por anatomía, y las agrupaciones anatómicas tienen un ascenciente (padre) secundario al capítulo del órgano correspondiente, lo que mejora la orientación del usuario.

3.2.22 Capítulo 22 - Traumatismos, intoxicaciones u otras consecuencias de causas externas

3.2.22.1 Capítulo 22 - Estructura del capítulo 22

La jerarquía general del capítulo 22 consiste en lo siguiente:

```
1er nivel – Amplias categorías anatómicas (por ejemplo, cabeza; cadera y muslo)
2º nivel  – Amplias categorías del tipo de lesión (por ejemplo, fractura; herida
abierta
3er nivel - Especificación adicional
```

O

```
1er nivel - Amplias categorías de la causa de la lesión
2º nivel  - Tipo de lesión específica
3er nivel - Mayor especificidad del tipo de lesión
```

3.2.22.2 Capítulo 22 - Justificación del capítulo 22

Los principios de la revisión fueron:

- Mantener una buena retrocompatibilidad con la CIE-10, especialmente minimizando los cambios en el antiguo nivel de tres caracteres. El cambio en el antiguo nivel de cuatro caracteres es más amplio, pero también se ha hecho teniendo en cuenta este principio.

- Tenga en cuenta las ampliaciones de este capítulo en las modificaciones clínicas de la CIE-10 porque:
  - Son pruebas de las extensiones necesarias para servir a los propósitos clínicos en situaciones identificadas.
  - Es preferible minimizar las incompatibilidades con estas clasificaciones.
- Tenga en cuenta las clasificaciones distintas de la CIE que se utilizan ampliamente en la clínica para las afecciones que entran en el ámbito de aplicación de este capítulo.

- Tenga en cuenta los consejos, solicitados y ofrecidos.
  - Mayor atención a las distinciones pertinentes a las opciones de tratamiento y a los resultados, incluida la discapacidad.

Entre ellas se encuentra la de permitir la identificación de los aspectos importantes clínicos y de pronóstico de las fracturas (sobre todo si se extienden a una articulación) y de las lesiones de órganos/vasos (grado). Algunas afecciones son mucho más importantes cuando son bilaterales, y en esos casos se ha propuesto que los lados sean entidades precozmente coordinadas (por ejemplo, las lesiones de los ojos). La modificación clínica de la CIE-10 de Estados Unidos (CIE-10-CM) fue especialmente valiosa en este sentido, ya que su capítulo de lesiones hace muchas distinciones, más allá de la CIE-10, que siguen o son coherentes con clasificaciones clínicas creíbles y ampliamente utilizadas, relevantes para el tratamiento de las lesiones y su resultado.

Se ha prestado una mayor atención a las condiciones de lesiones específicas de la infancia (por ejemplo, las fracturas de tallo verde y epifisarias) y a las condiciones de lesión que son indicativas de una posible lesión intencional (por ejemplo, las fracturas de costillas posteriores, las fracturas en "asa de cubo" y de "esquina").

El trabajo se realizó con la conciencia de que este capítulo no se utiliza principalmente para codificar la causa básica de defunción.

El caso de uso de la morbilidad es especialmente importante para este capítulo.

3.2.23 Capítulo 23 - Causas externas de morbilidad o mortalidad

3.2.23.1 Capítulo 23 - Estructura del capítulo 23

La jerarquía general del capítulo 23 consta de las siguientes secciones:

```
1er nivel - Intención de la causa externa (no intencional, intencional, autoinfl
igida, agresión, intención no determinada y pendiente de informar sobre la inten
ción)
2º nivel - Categoría amplia del mecanismo de la causa externa
3er nivel - Mecanismo más específico y objetos/sustancias implicadas en la causa
de la lesión
4º nivel - Caracterización adicional de la causa externa
```

Otras secciones incluyen Exposición a fuerzas extremas, Maltrato, Intervención legal, Conflictos armados y Causas de daños relacionados con la atención sanitaria.

3.2.23.2 Capítulo 23 - Justificación del capítulo 23

El objetivo principal de los cambios era proporcionar una estructura de codificación más uniforme, manteniendo al mismo tiempo una alta compatibilidad con la CIE-10. Los cambios en las categorías de lesiones de tráfico tienen como objetivo simplificar la selección de códigos, mientras que la sección de Operaciones de guerra y conflictos armados se ha revisado para recoger las situaciones más actuales de los conflictos armados. Otra mejora ha sido la elaboración de una lista única y jerarquizada de sustancias nocivas para servir a los capítulos de Lesiones y Causas externas.

Todos los mecanismos/objetos codificables para todos los efectos:

- Una estructura de códigos más uniforme
- Dimensión revisada de la "intencionalidad" (intención pendiente; lesión intencional autoinfligida (LIA): suicida/no suicida)
- Se mantienen los códigos de transporte, pero se amplian los tipos de vehículos
- Códigos ampliados del lugar de ocurrencia
- Dimensión de la actividad ampliada y revisada (relación con el trabajo)
- Revisión de las complicaciones de la atención médica y quirúrgica
- Códigos para eventos legales y de guerra expandidos
- Provisión mejorada para los síndromes de maltrato
- Introducción de dimensiones adicionales (opcional)
- Revisión del índice de causas externas, normas y directrices
- Proveer para mortalidad, morbilidad, entornos de recursos limitados, la investigación

Se han hecho progresos en todos estos puntos, aunque limitados en algunos aspectos, en particular para el caso de uso de la mortalidad (debido a las estrechas restricciones en el espacio de los códigos, combinadas con la falta de provisión para la poscoordinación /codificación de clúster). Al final de estas notas se incluye una sección sobre las limitaciones.

Las notas que se ofrecen aquí se centran en varios de estos puntos; se proporcionará material adicional sobre otros aspectos si se solicita. También se ofrecen aquí comentarios sobre los dos temas principales que implican tanto el capítulo de causas externas como el de lesiones (ambos implican también el capítulo X "Códigos de extensión"): las sustancias; las complicaciones de la atención (seguridad y calidad).

Transporte

Hay cuatro dimensiones implícitas en el rango V01-V89 de la CIE-10: el modo de transporte de la persona lesionada (por ejemplo, una motocicleta), si el suceso tramático se produjo en el tránsito (en caso afirmativo, la lesión resultante es una lesión de tránsito), el papel de la persona lesionada (por ejemplo, pasajero) y qué otro tipo de vehículo estuvo implicado, si lo hubo (contraparte). Las cuatro dimensiones son necesarias para una estructura revisada que es conceptualmente equivalente al módulo de "accidentes de transporte" de la CIE-10 a nivel de cuatro caracteres.

Las cuatro dimensiones se han coordinado previamente en el módulo de lesiones por transporte no intencionales. Esto produce una estructura con alta retrocompatibilidad con la CIE-10 a nivel de cuatro caracteres. Conserva todas las categorías de nivel superior de los modos de transporte (algunas ahora divididas) y las cuatro dimensiones conceptuales (modo; y para los modos de transporte terrestre: si está en el tránsito, papel del usuario del transporte y contraparte).

En reconocimiento de las limitaciones de espacio para el código, y del hecho de que la mayoría de los casos de lesiones por transporte son no intencionales, la precoordinación de los casos de transporte en los otros bloques principales de intención (autolesión intencional, agresión, intención no determinada e intención pendiente) se limita a la intención por modo de transporte. Sin embargo, las otras dimensiones están disponibles para su uso opcional.

El bloque de transporte revisado incluye cambios realizados para resolver los problemas identificados con la sección de transporte de la CIE-10.

- Divide varios modos de transporte para permitir la identificación de tipos importantes y emergentes que no pueden ser identificados en la CIE-10.
- Términos y definiciones refinados y revisados (para mayor claridad, para llenar los vacíos en el conjunto proporcionado en la CIE-10 y para mejorar la comparabilidad con los términos utilizados internacionalmente para la seguridad vial).
- Otras revisiones diversas (por ejemplo, de los tipos de embarcaciones en la sección de transporte acuático). Obsérvese que el orden de coordinación se ha alterado con respecto al equivalente en la CIE-10, pasando de: modo, contraparte, luego rol de usuario y estado de tránsito combinados con: modo, estado de tráfico, rol de usuario, contraparte.

La razón principal de este cambio fue simplificar la selección de las categorías de "accidente de tránsito", que se requieren con frecuencia cuando se notifican las lesiones en carretera.

Guerra y conflicto armado

Se proporciona una clasificación revisada para su inclusión como ampliación de la categoría de intención Conflicto armado (Operaciones de guerra en la CIE-10). La clasificación sigue en gran medida la ampliación de la Y36 en la modificación clínica de la CIE-10 de Estados Unidos (CIE-10-CM). Sigue las categorías de cuatro caracteres de la CIE-10 y proporciona subdivisiones, que siguen las notas de inclusión dadas en la CIE-10. Además, se proporcionan subcategorías para distinguir si la persona lesionada era militar o civil.

La rúbrica se ha modificado al añadirse "...y conflicto armado" a "Operaciones de guerra", y el término de inclusión se ha modificado en consecuencia. 'Guerra' e 'insurrección civil' (que también formaban parte del término de inclusión) no se definieron en la CIE-10. El uso de un término más amplio que el de 'guerra' se considera deseable porque la guerra, en el sentido de conflictos armados formalmente declarados entre estados nacionales (o entidades subnacionales) se ha vuelto poco común. Los conflictos armados de diversos tipos e intensidades, aunque tienden a ser menos comunes, siguen siendo mucho más numerosos que las guerras. La restricción del uso de esta categoría a las guerras declaradas, y/o a los conflictos armados que cumplen un criterio de intensidad comúnmente utilizado (1.000 o más muertes relacionadas con la batalla en un año natural = guerra) se consideró indebidamente restrictiva. La alternativa que se propone aquí es incluir también las lesiones debidas a conflictos armados

"menores", definidos como aquellos que provocan entre 25 y < 1.000 muertes relacionadas con la batalla en un año natural. La aplicación de la definición se ve favorecida por la existencia de una base de datos de acceso público que enumera los conflictos que la satisfacen.

Problemas de cruce

Se trata de cuestiones que afectan tanto a los capítulos de lesiones como a los de causas externas y otras partes de la CIE.

Efectos tóxicos de las sustancias

Los efectos tóxicos de las sustancias nocivas aparecen en la CIE-10 en varios puntos, en los capítulos de lesiones y causas externas, y en otros capítulos. Las listas de códigos en esos puntos difieren en cuanto a especificidad y no son completamente coherentes. Uno de los objetivos del diseño de la CIE-11 es elaborar una lista única y jerárquica de sustancias nocivas que sirva para todos los fines requeridos en los capítulos de lesiones y causas externas. Las ventajas de esto son: la(s) fuente(s) externa(s) puede(n) definir por ejemplo las inclusiones de la lista de la CIE-11; y si la(s) fuente(s) externa(s) se actualiza(n) activamente, esto proporciona una forma de que la cobertura de sustancias de la CIE-11 se mantenga actualizada.

El término "efectos nocivos" se utiliza para todos los tipos de daños resultantes de los efectos químicos nocivos de sustancias de todo tipo. Se reconoce que otros términos, como "efecto tóxico", "intoxicación", "corrosión química" y "envenenamiento" se utilizan a veces en el contexto de determinadas sustancias. Estos términos se incluirán como sinónimos y términos subordinados cuando sean de uso común. Se han consultado varias fuentes, como la dimensión de objetos y sustancias de la CILCE; la clasificación anatómica, terapéutica, química (ATQ); los grupos asesores tematicos sobre medicamentos y venenos; el Grupo Asesor Temático de Calidad y Seguridad (TAG), de la Nomenclatura Sistematizada de Medicina (SNOMED por su siglas en inglés), del programa internacional de Seguridad Química (IPCS INTOX, por sus siglas en inglés).

La lista tiene dos niveles jerárquicos principales.

La primera, con 16 categorías, está conceptualmente relacionada con la lista de códigos que está presente en la CIE-10 en X40-X49 (Envenenamiento accidental por y exposición a sustancias nocivas) y los puntos equivalentes en los bloques de códigos de Autolesión intencional e Intención no determinada. La lista resulta de la aplicación de estos principios:

- Debería tener sólo unas pocas categorías. Esto es necesario por razones de practicidad, especialmente en el contexto de la codificación de las causas de defunción y porque la

estructura de bloques del capítulo de causas externas tiene el efecto de que cada categoría adicional añade varias filas.

- Las categorías deben referirse a sustancias o clases de sustancias que sean causas importantes de mortalidad o morbilidad.
- El mayor número posible de categorías debe ser lo suficientemente específico para que tenga sentido como grupos de notificación. (En comparación, varias categorías de los bloques de la CIE-10, como X40-X49, son tan amplias que resultan difíciles de interpretar).
- A la hora de especificar las categorías se tuvieron en cuenta los distintos contextos principales de exposición (es decir, uso recreativo/callejero; uso clínico; autolesiones; exposiciones industriales y otras.)

Las 16 categorías, solas o combinadas con otras, permiten la comparabilidad hacia atrás con ocho de las diez categorías de la CIE-10 X40-X49 (y los grupos equivalentes en los bloques de lesión autoinfligida intencionalmente e intención no determinada). Las únicas excepciones son dos grupos residuales: "...otros gases y vapores" y "...otras sustancias químicas y nocivas no especificadas". El segundo nivel proporciona categorías (n=381), con aproximadamente el mismo número y especificidad de sustancias que se contemplan en los capítulos de lesiones y causas externas de la CIE-10. Incluye todas las categorías de sustancias que se especifican en el componente "Causa del daño" de la clasificación del GAT de calidad y seguridad.

Se han añadido algunas categorías: para permitir la innovación farmacológica y los cambios en el uso de las drogas (por ejemplo, los cannabinoides sintéticos); para reflejar las adiciones a la CIE-10 realizadas en sus modificaciones clínicas (por ejemplo, más especificidad en relación con los anticoagulantes); para permitir una identificación más específica de las drogas más destacadas (por ejemplo, el paracetamol); para contemplar otras drogas recreativas de uso generalizado (por ejemplo, la catinona, el principal agente activo del khat); y por consejo de otros GAT (por ejemplo, los tipos de drogas que se consumen en el hogar).p. ej., el paracetamol); para contemplar otras drogas recreativas de amplio uso (p. ej., la catinona, el principal agente activo del khat); y por consejo de otros GAT (p. ej., los tipos de sustancias añadidos por el TAG de seguridad y calidad). Prevemos que se añadirán más categorías en futuras actualizaciones, para reflejar los cambios en la disponibilidad y el uso de las drogas.

En el capítulo X "Códigos de extensión" se ofrece una lista más completa de sustancias (un superconjunto de la lista jerárquica), con sinónimos para muchas de las entradas. Esa lista comparte la misma estructura jerárquica que los códigos precoordinados. También tiene en cuenta la Clasificación Suplementaria de Alérgenos de Contacto de la CIE-11 preparada por el GAT de Dermatología. Las entradas de la lista de sustancias de los códigos de extensión se especificarán en términos equivalentes en SNOMED-CT (términos clínicos).

Complicaciones de la atención (calidad y seguridad)

En esta sección se describe brevemente el modelo de codificación de las complicaciones asistenciales que ha desarrollado el GAT.

El modelo tiene tres partes, cada una de las cuales debe ser codificada. Los códigos postcoordinados de todas las partes deben designarse como pertenecientes a un grupo. Los tres conceptos son:

1. La lesión o el daño resultante;
2. La causa del daño; y
3. El "modo/mecanismo" de daño. El GAT de calidad y seguridad ha desarrollado clasificaciones y conjuntos de códigos para (2) y (3). Las categorías se han introducido en el capítulo de causas externas. El daño resultante (1) debe codificarse utilizando el código de la enfermedad o lesión más apropiado de cualquier parte de la CIE-11.

En principio, el constructo encajaría bien en la CIE-11 de la siguiente manera:

1. Lesión o daño resultante. Código seleccionado de cualquier parte de la CIE-11.

2. La causa o "Modo" del daño: Código seleccionado del bloque correspondiente en el capítulo de Causas Externas

3. Modo/mecanismo" del daño

Las reglas de sanción conducen a los codificadores al subconjunto de códigos de "Modo" que son relevantes, dada la "Causa" seleccionada (por ejemplo, si la "Causa" es un medicamento, entonces los "Modos" relevantes son categorías como sobredosis y subdosis).

3.2.24 Capítulo 24 - Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud

3.2.24.1 Capítulo 24 - Estructura del capítulo 24

Este capítulo tiene dos secciones principales:

Motivos de contacto con los servicios de salud

Factores que influyen en el estado de salud

La jerarquía general del capítulo 24 consta del siguiente eje:

```
1er nivel – Amplia categoría de un estado de salud o servicio en particular
2º nivel  - Afección específica
```

3.2.24.2 Capítulo 24 - Justificación del capítulo 24

Inicialmente, se encargó al Grupo Asesor del Tema de Funcionamiento para la CIE-11 (fGAT por sus siglas en inglés) la revisión del capítulo de factores. Debían evaluar la necesidad de cada uno de los 801 códigos y proponer una estructura jerárquica revisada para el contenido esencial que se mantendría. Este contenido debía ser tanto relevante desde el punto de vista clínico como de fácil uso, además de permitir el espacio necesario para la ampliación mediante los códigos de extensión, según fuera necesario. El fGAT organizó una revisión que identificó los principales "tipos" de códigos como "de diagnóstico", "de intervención", "de factores contextuales" y "otros/debatibles". Esta revisión se combinó con la estructura general de la sección de clasificación de la Clasificación Internacional de Atención Primaria 2 (CIPC2) sobre "problemas sociales" y se diseñó una nueva organización que combinaba la jerarquía de la CIPC2 con los códigos de la CIE-11. Para la EMM CIE-11, se llevó a cabo entonces un ejercicio de selección sobre la nueva estructura para disminuir la granularidad que se consideraba innecesaria.

3.2.25 Capítulo 25 - Códigos para propósitos especiales

3.2.25.1 Capítulo 25 - Estructura del capítulo 25

Este capítulo consta de dos bloques:

Asignación provisional internacional de nuevas enfermedades de etiología incierta, que contiene los códigos internacionales de emergencia,

Y

Asignación nacional provisional de nuevas enfermedades de etiología incierta, que contiene códigos para su uso por cada país

3.2.26 Capítulo 26 - Capítulo suplementario de condiciones de la medicina tradicional - Módulo I

El capítulo "Módulo 1 de Medicina Tradicional" (MT1) es un nuevo capítulo suplementario de uso opcional en la CIE, y como tal se denomina "capítulo MT1". La razón de su inclusión en la CIE-11 es permitir que los servicios y encuentros sanitarios de la medicina tradicional cuenten y sean contabilizados a nivel nacional e internacional. El módulo de este capítulo, en su forma actual, se refiere a los trastornos y patrones que se originaron en la antigua Medicina China y se desarrollaron a lo largo de la historia para incorporar la ciencia y la tecnología contemporáneas. Estos trastornos y patrones se utilizan habitualmente en China, Japón, Corea, Estados Unidos de América, Australia, Europa y otros lugares del mundo. Las rúbricas de clasificación representan un conjunto unificado de trastornos y patrones de la Medicina Tradicional armonizados a partir de las clasificaciones nacionales de China, Japón y Corea. Es posible que se desarrollen futuros módulos para otras formas de prácticas de Medicina Tradicional.

Alcance:

Este capítulo se ha diseñado actualmente para el registro y la notificación de la morbilidad. No debe utilizarse para la codificación y notificación de la mortalidad.

Contenido y estructura:

El contenido y la estructura del capítulo de la MT1 representan un lenguaje común desarrollado conjuntamente a través de la cooperación internacional de clínicos, investigadores, académicos y expertos en clasificación de la Medicina Tradicional para permitir la comparabilidad internacional de la práctica y la notificación de la morbilidad en la Medicina Tradicional. La estandarización de esta clasificación MT1 permitirá que la documentación clínica de diferentes países incorpore los mismos conceptos y que los codificadores y usuarios puedan extraer datos de morbilidad comparables de esa documentación. Los codificadores también deben guiarse por reglas que reflejen el proceso de toma de decisiones de diagnóstico clínico. Sin embargo, las reglas son relativamente flexibles para permitir adaptaciones nacionales y que las preguntas de investigación sobre las relaciones entre las enfermedades, los trastornos y los patrones se enmarquen desde distintos ángulos.

Los términos en inglés no representan necesariamente la traducción más común de los términos de la MT en chino, coreano o japonés. En los casos en los que la traducción de la MT al inglés que mejor se ajustaba daba como resultado el mismo término utilizado en la medicina occidental, fue necesario indicar una diferencia entre el concepto de la medicina occidental (MO) y el de la MT cuando el mismo término tenía definiciones diferentes en la MT y en la MO. Esta diferencia en la definición se indica con el uso de (MT1) para los trastornos y patrones en todo el capítulo de la MT.

Terminología:

El capítulo complementario Condiciones de la medicina tradicional, módulo 1, utiliza los términos trastorno y patrón para describir los conceptos. Esto difiere de las descripciones de los conceptos en los capítulos de Medicina Occidental, que se refieren a enfermedades (cuadros clínicos) y síndromes (presentaciones clínicas). El capítulo de la MT1 está dividido en secciones separadas para el trastorno y el patrón con el fin de subrayar la independencia de estos conceptos.

Definiciones

Un trastorno en medicina tradicional (trastorno (MT1)) se refiere a un conjunto de disfunciones en cualquier sistema corporal que se juzga a partir de los signos, síntomas o hallazgos asociados. Cada trastorno (MT1) puede definirse por su sintomatología, su explicación etiológica basada en la medicina tradicional, su curso y resultado, su respuesta al tratamiento o su vinculación a factores ambientales que interactúan. Un trastorno (MT1) es un cuadro clínico relativamente estable que refleja la patología local y las manifestaciones específicas relacionadas que se encuentran habitualmente en la anatomía y la función de los individuos afectados.

Un patrón en medicina tradicional (patrón (MT1)) se refiere a la manifestación del estado de salud del paciente en un momento dado, incluyendo todos los hallazgos que pueden incluir:

- *Sintomatología*: patrón de signos específicos e inespecíficos, síntomas o hallazgos únicos por los métodos de diagnóstico de la medicina tradicional, incluyendo la toma del pulso, el examen de la lengua, el examen abdominal y otros métodos que reflejan la respuesta sistémica del paciente en una condición disfuncional.
- *Constitución*: las características de un individuo, incluidas las características estructurales y funcionales, el temperamento, la capacidad de adaptación a los cambios ambientales o la susceptibilidad a diversas condiciones de salud.

Un patrón (MT1) es un cuadro clínico relativamente temporal, que refleja la respuesta sistémica del paciente y un patrón combinado de manifestaciones específicas e inespecíficas que suelen guardar una relación multifactorial con la patología local y los rasgos constitucionales del paciente. Un patrón puede mostrar diferencias individuales incluso en los individuos afectados por la misma patología que pueden ser analizados con más detalle por el marco teórico de la Medicina Tradicional.

El trastorno y el patrón de la Medicina Tradicional reciben el nombre de las estructuras corporales, las explicaciones causales, las propiedades y la gravedad que presentan para la investigación clínica y el diagnóstico. El patrón MT1 puede denotar un patrón individualmente

diferente (MT1) de respuestas sistémicas a la enfermedad de la MT o al trastorno MT1. El patrón es un concepto exclusivo de la MT1 y puede ser diferente del trastorno MT1 en los siguientes aspectos:

Tabla 1: Características de los trastornos y patrones de la medicina tradicional

Rasgo distintivo	Trastorno en la medicina tradicional	Patrón en la medicina tradicional
Constante/ Temporal	Un **cuadro clínico que es relativamente constante** a lo largo de la duración de ese trastorno	Un **cuadro clínico relativamente temporal**
Patología constante/ Respuesta temporal	Por lo general, da información que refleja la **patología constante**	Por lo general, ofrece información que refleja la **manifestación global temporal o la respuesta del paciente**
Específico/ No específico	Un concepto que resume los **hallazgos específicos** del proceso patológico investigado	La combinación de las manifestaciones que engloba tanto los **síntomas/signos específicos como los hallazgos inespecíficos**
Lineal/ Multifactorial	**Puede aplicarse para un periodo de tiempo**. La codificación de un trastorno puede basarse en el proceso patológico principal que puede mostrar una relación causal con las principales manifestaciones en el paciente	Un patrón puede aplicarse también para un periodo de tiempo concreto. Sin embargo, el **código de un patrón se basa en el cuadro completo resumido** que puede observarse en el paciente a partir de las perspectivas de las teorías de la medicina tradicional. Un patrón se reconoce a partir del análisis de los hallazgos sistémicos en el cuerpo y la mente del paciente que reflejan los procesos patológicos, las respuestas a los procesos patológicos, otros hallazgos concomitantes y los rasgos constitucionales innatos o adquiridos del paciente
Compatibilidad/ individualidad	Se utiliza para describir las **características generales que se consideran relativamente comunes** a la población que padece un determinado trastorno	Se utiliza para describir las **características individuales que se consideran relativamente específicas del paciente** en ese momento
General/ Teórico	Normalmente se describe con **términos generales de anatomía y fisiología** junto con términos de signos y síntomas	Suele describirse con **términos de las teorías de la medicina tradicional** que se utilizan para resumir el mecanismo subyacente en el paciente, como el equilibrio del yin y el yang, el frío y el calor, el meridiano o la constitución

3.2.26.1 Sección V - Sección suplementaria para la evaluación del funcionamiento

Esta sección es nueva. La lista de 47 entidades de esta sección está pensada para la evaluación y la puntuación en el contexto de la CIE. Utiliza dominios de funcionamiento de la CIF de alto poder explicativo (Anexo 9 de la CIF). Las categorías están pensadas para ser utilizadas como un conjunto. El conjunto se ha definido de forma que las puntuaciones resumidas generales y específicas de cada dominio puedan calcularse utilizando el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad 2.0 de la OMS (WHODAS 2.0) o la Encuesta Modelo de Discapacidad de la OMS (EMD).

Esta sección no debe utilizarse para la codificación y notificación de la mortalidad.

3.2.27 Capítulo X - Códigos de extensión

Este capítulo es nuevo. Se prevé que los códigos de extensión proporcionen la base para la poscoordinación de los códigos de la CIE-11, siendo el depósito de todos los códigos de una linealización que no pueden utilizarse como códigos de base.

Las diferentes listas proporcionan códigos adicionales para el uso clínico, así como para la investigación de lesiones, la seguridad de los dispositivos, la seguridad de los medicamentos, la seguridad de los pacientes y el registro del cáncer.

Estos códigos son de uso opcional y se utilizarán más probablemente en la morbilidad que en la mortalidad.

3.3 Paternidad o ascendencia múlitple

Una entidad puede clasificarse correctamente en dos lugares diferentes, por ejemplo, por su localización o por su etiología. En el caso de una enfermedad como el cáncer de esófago, esto significaría que podría clasificarse en cánceres (neoplasias malignas) o en afecciones del aparato digestivo. Del mismo modo, las afecciones isquémicas cerebrales podrían clasificarse en el sistema vascular -donde surge el problema- o en el sistema nervioso -donde la isquemia impacta y se manifiesta con síntomas-.

Indicios de paternidad múltiple:

- Nota "Excluye" o "Codificado en otra parte
- Visualización de múltiples padres en la vista del Componente Fundamental
- Visualización de múltiples ascendientes en una lista tabular. Ejemplo para el cáncer de esófago: la neoplasia maligna que es el código primario aparecerá en negro, y en el sistema digestivo el cáncer de esófago aparecerá en gris

En el Componente Fundmental, las notas de "exclusión" de estos ejemplos mencionarán posibles padres o ascendientes (padres múltiples). Sin embargo, para la tabulación de resultados estadísticos de cualquier lista tabular, sólo puede haber un padre para la tabulación primaria. Cuando existen estos padres múltiples, en la vista del Componente Fundamental, ambos padres se mostrarán de la misma manera. Sin embargo, en una lista tabular, el lugar del padre primario mostrará la entidad y sus padres en negro, y el posible padre secundario en gris.

Cada vez que una entidad sea emparentada con otra, seguirá mostrando el código del padre primario. El padre primario se denomina a veces "padre de la lista tabular".

3.4 El modelo de contenido

El modelo de contenido es un marco estructurado que define cada entidad que se encuentra en la CIE de una manera estándar. El propósito del modelo de contenido es presentar el conocimiento de fondo que proporciona la base para la descripción de cada entidad de la CIE de forma sistemática para permitir su manejo computarizado. La CIE-11 alberga todo su contenido en el Componente Fundamental. Aquí, cada entidad se especifica mediante una descripción, propiedades legibles por la aplicación que tienen valores y una o varias relaciones padre-hijo. Los enlaces adicionales proporcionan información para la poscoordinación. Toda esta información multidimensional se combina entonces para formar una lista con categorías mutuamente excluyentes: las listas tabulares. El Componente Fundmental incluye información sobre dónde y cómo se representa una determinada entidad en una lista tabular. Una entidad puede convertirse en una agrupación, en una categoría o simplemente en un término que, por ejemplo, aparece en el índice.

Cada entidad de la CIE puede verse desde diferentes dimensiones. El Modelo de Contenido representa cada una de estas dimensiones como una "propiedad".

Los componentes clave de las descripciones de la enfermedad se incluyen como diferentes propiedades dentro del modelo de Contenido. Las principales propiedades del modelo de Contenido son:

1. Título del Concepto en la CIE
2. Jerarquía, Tipo y Uso
    - Padres
    - Tipo
    - Uso
3. Definiciones textuales
    - Descripción (breve)
    - Descripción (larga)
4. Términos
    - Términos del índice
        - Términos de inclusion, Sinónimos
    - Términos de exclusión
5. Descripciones clínicas
    - Sistema(s) corporal(es)
    - Parte(s) del cuerpo (sitio(s) anatómico(s))
    - Propiedades de la manifestación
        - Signos y síntomas
        - Hallazgos
    - Propiedades causales
    - Tipo de etiología
        - Infección (agentes)
        - Lesión (mecanismos)
    - Factores de riesgo
    - Características genómicas
    - Propiedades temporales
    - Propiedades de la gravedad
    - Propiedades funcionales
    - Propiedades de la afección específica
    - Propiedades del tratamiento
    - Criterios de diagnóstico

Para cada entidad de la CIE, se pueden dar varias propiedades si es necesario para llegar al resultado de codificación correcto. Un codificador puede utilizar las propiedades para entender mejor una afección y cómo codificarla, y las propiedades permiten a un codificador determinar dónde se coloca una afección. Sólo se han definido las propiedades que son absolutamente necesarias para evitar la necesidad de actualizaciones frecuentes. Las adiciones de valores de propiedades a nivel internacional se gestionan a través del ciclo de actualización regular siempre que los problemas de codificación indiquen la necesidad de hacerlo. A continuación se presenta un ejemplo de las propiedades básicas:

Entidad de la CIE: Carcinoma ductal invasor de la mama

Propiedades	Valor
Anatomía	Mama
Morfología	Carcinoma ductal invasor

La gama completa de valores diferentes para cada propiedad dada está predefinida utilizando terminologías y ontologías estándar. Esta gama de valores se denomina "conjunto de valores".

Las descripciones de las entidades de la CIE-11 informan a los analistas y traductores sobre el significado de una entidad y sus características descriptivas. Hay dos tipos diferentes de descripciones: una descripción breve (de un máximo de 100 palabras) que está disponible tanto en el modelo de contenido como en la lista tabular, y una descripción detallada con un detalle exhaustivo al nivel requerido para cada entidad. La descripción detallada está etiquetada como "información adicional" y sólo aparece en las versiones electrónicas en línea. Se advierte a los codificadores que no deben utilizar las descripciones para la codificación. Los codificadores deben asignar los códigos basándose en los diagnósticos documentados por el clínico. Sin embargo, la información de los descriptores que se incluye para las entidades individuales de la CIE-11 proporciona a los usuarios de la CIE una visión clara sobre el significado y el alcance previstos de las rúbricas o los términos de la lista tabular y del componente básico. Los descriptores guían a los traductores, codificadores y usuarios de los datos codificados. El objetivo es mejorar la comparabilidad, la coherencia y la interpretación de la información codificada para todos, en cualquier lugar. Hay cuatro niveles de información descriptiva en el modelo de contenido de la CIE-11:

- **Término totalmente especificado** - Se trata de un título inequívoco que no asume el contexto. Por ejemplo, "enfermedad sistémica con síntomas diarreicos gastrointestinales predominantes atribuibles al cólera vibriforme", en lugar de "cólera" u "otros" (donde el significado de otros habría quedado claro por el contexto jerárquico).

- **Descripción** breve - La descripción breve es una caracterización (de un máximo de 100 palabras) de la entidad que expone cosas que siempre son ciertas sobre una enfermedad o afección y que son necesarias para comprender el alcance de la rúbrica. Las descripciones no contienen necesariamente elementos destinados a la epidemiología común o cosas que son criterios clínicos.

- **Información adicional** - Este es un campo de texto que no es obligatorio, pero que puede contener información adicional sobre, o características de las enfermedades o condiciones incluidas en la entidad. Este campo de texto proporciona más contexto para la entidad. Por ejemplo, las circunstancias epidemiológicas más comunes, los agentes etiológicos putativos o altamente sospechosos, u otra información que puede no ser siempre cierta pero que puede ser común, típica o esperada.

- **Criterios clínicos o de diagnóstico** - Se pretende que contenga uno o más escenarios de criterios y características clínicas que serían suficientes para diagnosticar la(s) afección(es) o síndrome(s) de la clase o concepto dado.

Dichos escenarios contendrán múltiples variaciones, o una lógica incorporada para acomodar "x de n" variaciones, que son necesarias o útiles para realizar el diagnóstico. Por ejemplo, un infarto del miocardio (IM) en unidades médicas de diagnóstico de alto nivel incluiría normalmente un patrón longitudinal de enzimas cardíacas, cambios específicos en el electrocardiograma y síntomas estereotipados. Sin embargo, sólo es necesario que estén presentes dos de estos tres, ya que existen los llamados "IM silenciosos" (sin síntomas) y variaciones similares.

Se espera que estos escenarios se dividan en función de las capacidades tecnológicas. Por ejemplo, el diagnóstico de un infarto de miocardio en las unidades de diagnóstico con altos recursos implicaría probablemente una tecnología y unos criterios diferentes a los de las unidades con bajos recursos. Los criterios de diagnóstico de la CIE se basan en varias directrices de la OMS que han identificado reglas de diagnóstico. Las extensiones de la CIE, como las linealizaciones por especialidad, pueden utilizar dichas reglas de diagnóstico.

La arquitectura de la CIE-11, y la futura evolución de este componente de la información, podrían servir eventualmente a los algoritmos de decisión basados en estos criterios. La asignación de diagnósticos y afecciones podría proponerse automáticamente a partir de los datos que surjan en las historias clínicas electrónicas.

Los criterios de diagnóstico describen la metodología de diagnóstico que determina cómo los proveedores de servicios de salud diagnostican los casos que se clasifican en una entidad. Contiene la información diagnóstica básica necesaria y suficiente para describir una categoría, y permite la representación digital de los algoritmos de diagnóstico utilizando una terminología estandarizada y otros elementos según corresponda. Puede haber diferentes conjuntos de criterios de diagnóstico para diferentes entornos. Los criterios de diagnóstico se basarán en el contenido de otros atributos.

3.5 Entidades de la CIE independientes del idioma

Las entidades de la CIE-11 son independientes del idioma. Todas las entidades tienen un identificador único o identificador uniforme de recursos (URI) y ocupan un lugar específico en una jerarquía de grupos (bloques), categorías y términos más reducidos. El mantenimiento de la CIE-11 a nivel internacional se lleva a cabo en lengua inglesa, pero el modelo de contenido de la CIE-11 es independiente del idioma y permite vincular cualquier idioma deseado a los elementos de su base. De este modo, una base de traducción internacional facilita las traducciones y la navegación multilingüe. El URI sigue siendo válido independientemente de si una entidad de la CIE sigue siendo válida o se ha retirado. La estructura jerárquica de grupos, categorías, subcategorías e inclusiones (padres, hijos y términos más reducidos) sirve también como columna vertebral independiente del idioma para las traducciones de la CIE. Esta estructura es esencial cuando se construye un índice en una lengua local. Ayuda (junto con la plataforma de traducción de la CIE) a identificar lo que hay que traducir para poder abordar las categorías de la CIE con los términos reportados en el idioma local.

3.6 Innovación en la codificación de la mortalidad en la CIE-11

Las instrucciones de codificación de la mortalidad de la CIE han madurado con el tiempo y básicamente se han mantenido para la CIE-11, mientras que el texto se ha formateado utilizando una redacción más sencilla para mejorar la comprensión común y la aplicación estandarizada. En las instrucciones de codificación de la mortalidad se han incorporado cambios importantes en la clasificación.

Los nuevos conceptos o la terminología de la CIE-11, por ejemplo, la poscoordinación o codificación por conglomerados (clúster), las instrucciones "codifique también" y "utilice un código adicional si lo desea" funcionarán para captar más información registrada en el certificado de defunción. En la codificación de la mortalidad con la CIE-10, la codificación de causas múltiples, varias reglas de modificación en el paso M4 o ciertas alertas utilizadas en los sistemas de codificación automatizados se han utilizado para captar los detalles notificados en el certificado de defunción y para facilitar la selección precisa de la causa básica. Y en este sentido, se considera que la función de poscoordinación, etc., ha quedado integrada en la práctica de codificación de la mortalidad de la CIE-10, mientras que en la CIE-11 los conceptos son más evidentes y se han añadido varias instrucciones nuevas para informar sobre cómo aplicar estos nuevos conceptos (véase la parte 2 de esta Guía de referencia).

La siguiente tabla utilizada en el Paso M1 para la codificación de las complicaciones de la diabetes mellitus se proporciona para uso opcional. Esta lista no es una lista completa de las posibles complicaciones de la diabetes mellitus, y se pretende que no se actualice, sino que se mantenga para los usuarios que estén interesados en la coherencia entre la codificación de la CIE-10 y la CIE-11.

CBP **Complicación diabética en la CIE-11**	Si se desea, se puede utilizar la poscoordinación para especificar la complicación de la diabetes mellitus
	Con mención de:
(coma)	*MB20.1 Coma*
(cetoacidosis)	*5C73 Acidosis*
	5C50.G Trimetilaminuria
	MA18.Y Otros resultados anormales especificados en los análisis bioquímicos de la sangre
(complicaciones renales)	*GB40-GB4Z Enfermedades glomerulares*
	GB61 Enfermedad renal crónica
	GB6Z Insuficiencia renal, sin especificación
	MF54.0 Riñón contraído y liso
	GB90.4Z Trastornos funcionales de los túbulos renales, sin especificación

(complicaciones oftálmicas)	*9A96.Z Uveítis anterior, sin especificación*
	9B10.Z Catarata, sin especificación
	9B65.2 Inflamación coriorretiniana
	9B78.1 Retinopatía de fondo y cambios vasculares retinianos
	9B78.2 Otras retinopatías proliferativas
	9B7Z Trastornos de la retina, sin especificación
(complicaciones neurológicas)	8C12 *Algunas mononeuropatías especificadas*
	8C1Z *Mononeuropatía, de sitio no especificado*
	8C0Z *Polineuropatía, sin especificación*
	8C4Y *Otros trastornos especificados de la raíz nerviosa, plexo o de los nervios periféricos*
	8C7Y *Otras miopatías primarias especificadas*
	8D8Z *Trastornos del sistema nervioso autónomo, sin especificación*
(complicaciones circulatorias periféricas)	*BD40.0 Ateroesclerosis de la extremidad inferior*
	BD4Z Enfermedad oclusiva arterial crónica, sin especificación
	EE80.1 Necrobiosis lipoidea
	MC85 Gangrena
(otras complicaciones especificadas)	*ME60.2 Úlcera de piel de naturaleza incierta, especificada como de miembro inferior*
	FA2Z Artropatías inflamatorias, sin especificación
	MG30.5Z Dolor neuropático crónico, sin especificación
	cuando se informa como la causa de:
(coma)	*MB20.1 Coma*
(complicaciones oftálmicas)	*9C81.Z Parálisis del nervio motor ocular, sin especificación*
	9D90 Deterioro de la visión, incluida la ceguera
(complicaciones neurológicas)	*8E7Y Otras enfermedades especificadas del sistema nervioso*
	DA7Z Enfermedades del estómago o del duodeno, sin especificar

(complicaciones circulatorias periféricas)	
(otras complicaciones especificadas)	*1A40 Gastroenteritis o colitis sin especificación del agente infeccioso*
	1G40-1G41 Sepsis
	1C41 Infección bacteriana de localización no especificada
	1F28 Dermatofitosis
	1F2D Dermatomicosis superficiales no dermatofíticas
	1F23 Candidiasis
	3B20 Coagulación intravascular diseminada
	5A41 Hipoglucemia sin diabetes asociada
	5C80.00 Hipercolesterolemia primaria
	5C80.1 Hipertrigliceridemia
	5C80.2 Hiperlipidemia mixta
	5C80.Z Hiperlipoproteinemia, sin especificación
	5C76 Hiperpotasemia
	5D2Z Trastornos metabólicos, sin especificación
	8A42.Y Otra encefalomielitis diseminada aguda especificada
	8A42.Z Otra encefalomielitis diseminada aguda, sin especificación
	BA00.Z Hipertensión esencial, sin especificación
	BA01 Enfermedad cardíaca hipertensiva
	BA40-BA6Z Enfermedades isquémicas del corazón
	BB40-BB4Z Endocarditis aguda o subaguda
	BC0Z Enfermedades de las válvulas cardíacas, sin especificación
	BC43.0Z Cardiomiopatía dilatada, sin especificación
	BC43.Z Cardiomiopatía, sin especificación
	BC81.3 Fibrilación auricular

	BC81.20 Taquicardia auricular por rentrada dependiente del istmo cavotricuspídeo
	BC81.2Z Taquicardia auricular macrorrentrante, sin especificación
	BC60 Despolarización auricular prematura
	BC61 Despolarización prematura de la unión AV
	BC70 Despolarización ventricular prematura
	BC71.1 Fibrilación ventricular
	BC80.20 Síndrome de disfunción sinusal
	BC9Y Otra arritmia cardíaca especificada
	BC9Z Arritmia cardíaca, sin especificación
	BD10-BD1Z Insuficiencia cardíaca
	BE2Z Enfermedades del sistema circulatorio, sin especificación
	8B00 Hemorragia intracerebral
	8B02 Hemorragia subdural sin causa traumática
	8B03 hemorragia extradural sin traumatismo
	8B0Z Hemorragia intracraneal, sin especificación
	8B11 Accidente cerebrovascular isquémico
	8B20 Accidente cerebrovascular y se desconoce si es isquémico o hemorrágico
	8B22.Y Otra enfermedad cerebrovascular especificada
	8B2Z Enfermedades cerebrovasculares, sin especificación
	8B25.1 Efectos tardíos de una hemorragia intracerebral
	8B25.3 Efectos tardíos de otra hemorragia intracraneal sin causa traumática
	8B25.0 Efectos tardíos de un accidente cerebrovascular isquémico
	8B25.4 Efectos tardíos de un accidente cerebrovascular sin saber si fue isquémico o hemorrágico
	8B25 Efectos tardíos de la enfermedad cerebrovascular

	8D40.1 Neuropatía por deficiencia nutricional
	8D40.2 Miopatía por deficiencia nutricional
	8D40.Y Otras neuropatías especificadas por deficiencia de nutrientes
	8D40.Z Neuropatías por deficiencia de nutrientes, sin especificación
	BD30.20 Oclusión arterial tromboembólica aguda de la extremidad inferior
	BD30.0 Oclusión arterial aguda de la extremidad superior
	BD30.2 Oclusión arterial aguda de la extremidad inferior
	BD70 Tromboflebitis superficial
	BD72 Tromboembolia venosa
	CA40.1 Bronconeumonía viral
	CA40 Neumonía
	DA60-DA63.Z Úlcera del estómago o duodeno
	ME24.Y Otras manifestaciones clínicas especificadas del aparato digestivo
	1B70.3 Linfangitis bacteriana ascendente
	1B70.Y Otra celulitis bacteriana, erisipela o linfangitis especificada
	1B70.Z Celulitis bacteriana, erisipela o linfangitis, sin especificación
	EB21 Piodermia gangrenosa
	EA3Z Trastorno no especificado de la piel atribuible a infección viral
	EA89 Dermatitis eccematosa generalizada de tipo no especificado
	EH90 Úlceración por presión
	FA26.2 Condrocalcinosis
	1B71 Fascitis necrosante
	GC08.Z Infección urinaria, localización y microbio patógeno no especificados

3.7 Innovación en la codificación de la morbilidad en la CIE-11

'Presente en la admisión'

La inclusión de los nuevos códigos de extensión en la CIE-11 brinda la capacidad para codificar información que califica los códigos de base vinculados. Entre las nuevas características de calificación se encuentra la función de visualización del estado particularmente importante que permite distinguir los diagnósticos presentes en el momento del ingreso, de los diagnósticos que surgen después de iniciada la estadía en el hospital.

3.8 Sección de funcionamiento

En la CIE-11 se ha incorporado una sección opcional de funcionamiento para permitir la clasificación y la medición del impacto de las condiciones de salud en términos de funcionamiento. Para más información, véase la sección 1.1.6.2.

En general, la vinculación entre la CIE-11 y la CIF puede ayudar en los siguientes casos de uso:

- evaluación para la práctica médica general (p. ej., el trabajo en la evaluación de la capacidad)
- evaluación para las prestaciones sociales (p. ej., pensión de invalidez)
- fines de pago o reembolso
- evaluaciones de las necesidades (p. ej., para la rehabilitación, la asistencia ocupacional, los cuidados a largo plazo)
- evaluación de los resultados de las intervenciones

Siempre que se desee y se requiera un informe completo de *funcionamiento*, debe utilizarse la CIF.

3.9 Características generales de la CIE-11

La principal innovación estructural de la CIE-11 es que está construida sobre un Componente Fundamental del que puede derivarse la lista tabular. La lista tabular de referencia internacional es la Clasificación Estadística de Mortalidad y Morbilidad. Debido a la adición de un Componente Fundamental, y al diseño electrónico de la CIE-11, hubo que introducir una nueva terminología que no se había utilizado en versiones anteriores de la CIE. (Véase la sección 2.13 para más información).

Para más detalles sobre la terminología de la CIE-11, véase la sección 1.1.6.1 Uso integrado con terminologías.

3.10 Condiciones de la medicina tradicional - Módulo 1 (MT1)

Un gran porcentaje de la población mundial utiliza alguna forma de medicina tradicional. Sin embargo, los datos estandarizados y la información sobre el estado de salud de estos usuarios siguen estando muy ausentes en la recolección de datos de salud nacionales e internacionales. El uso de las terapias de Medicina Complementaria y Alternativa (MCA) se ha convertido en una enorme industria y se espera que crezca. Como consecuencia de esta carencia de información sobre la MT y del tamaño de la industria, se han invertido recursos en la creación de una herramienta de clasificación que permita recoger y analizar los datos.

El capítulo complementario de la CIE-11 sobre los trastornos y patrones de la medicina tradicional está diseñado para integrarse en la codificación de los casos junto con los conceptos de la medicina occidental de los capítulos 1 a 25 de la CIE.

Al igual que otros capítulos de la CIE, el capítulo MT1 es una herramienta para clasificar, diagnosticar, contar, comunicar y comparar las condiciones de la MT, también ayudará a la investigación y evaluación para valorar la seguridad y eficacia de la MT. Este capítulo no juzga la práctica de la MT ni la eficacia de ninguna intervención de la MT.

Este capítulo no debe utilizarse en la codificación de la mortalidad.

3.11 Preparativos para la undécima revisión

En 2003, la OMS y los Centros Colaboradores tenían claro que una nueva revisión de la CIE no podía demorarse mucho. La estructura de la CIE-10 limitaba el alcance de la actualización de la CIE, y algunas cuestiones necesitaban un desarrollo más amplio y un debate con grupos de expertos. En una reunión especial de los Centros Colaboradores celebrada en Helsinki en 2004 se debatió la necesidad de una revisión y las cuestiones que debían abordarse como parte del proceso de revisión. Posteriormente, la reunión de la FCI de la OMS de 2004 adoptó un plan de trabajo para el proceso de revisión que se fue desarrollando progresivamente en las reuniones posteriores.

En 2007, la OMS lanzó formalmente el proceso de revisión. La supervisión se ha llevado a cabo a través de un Grupo Directivo de Revisión de amplia base. El trabajo técnico ha sido realizado por una serie de Grupos Asesores Técnicos, con grupos transversales que examinan la mortalidad, la morbilidad y las cuestiones de calidad y seguridad. Por primera vez, se ha incluido un capítulo sobre la descripción de las enfermedades y los patrones de enfermedades desde el punto de vista de la medicina tradicional.

Se ha desarrollado un modelo de contenido que incluye una serie de componentes para cada entidad de la CIE, lo cual proporciona una rica base para la CIE. Otras clasificaciones y terminologías están vinculadas o incluidas cuando es posible para asegurar que la CIE esté alineada con ellas, y los elementos utilizados en otros miembros de la familia de clasificaciones de la OMS se han alineado siempre que ha sido posible. La clasificación estadística más tradicional para la mortalidad y la morbilidad se obtiene del Componente Fundamental de la CIE-11 como una lista tabular. Los códigos de extensión se utilizan para limitar el volumen del contenido, pero siguen permitiendo una clasificación detallada de las entidades de enfermedad. Los capítulos y secciones suplementarios permiten captar de forma opcional información sobre los diagnósticos y el funcionamiento de la medicina tradicional. Basándose en las experiencias con la CIE-9 y la CIE-10 se diseñó un mecanismo de actualización que permite mejorar la orientación al usuario y las actualizaciones científicas sin comprometer el uso estadístico de la clasificación.

La revisión de la CIE-11 se ha llevado a cabo en varias fases. En primer lugar, se recopiló una lista de problemas que se conocían por el uso de la CIE-10 y que no podían resolverse en su estructura de clasificación y se formularon posibles soluciones.

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

Por último, se llevó a cabo una edición centralizada, destinada a ajustar los desequilibrios de contenido generados por los múltiples grupos de expertos que operaron de forma independiente en la fase anterior de la revisión, y a garantizar que la estructura general sea consistente y practicable para los usuarios de las estadísticas de mortalidad y morbilidad. La versión final también recibió las aportaciones de las pruebas de campo, los comentarios de los Estados miembros y la presentación y el procesamiento de propuestas en curso.

3.12 Anexo A: Actualización y mantenimiento de la CIE-11

Este anexo describe el proceso de revisión, los ciclos de publicación y el flujo de trabajo de las propuestas para la actualización de la CIE-11.

Las publicaciones oficiales de la CIE-11 se elaboran anualmente para su uso internacional en materia de mortalidad y morbilidad (lo que se conoce como el "navegador azul"). En cambio, el Componente Fundamental de la CIE-11 se actualiza continuamente. La actualización se lleva a cabo a diferentes niveles con las correspondientes frecuencias diferentes.

La CIE-11 se publica en versiones "estables" quinquenales para uso internacional (contiene actualizaciones que afectan a la estructura de cuatro y cinco caracteres), a menos que las necesidades urgentes de salud pública requieran otra cosa. Las versiones se complementan con identificadores de versión que se utilizan para la elaboración de informes junto con los códigos. Con cada versión se proporcionan tablas de transición y materiales que muestran las diferencias. Las actualizaciones a un nivel más detallado que los cuatro y cinco caracteres pueden publicarse anualmente. Las pequeñas correcciones de errores que sirven para aclarar el significado, la indexación o los errores, pueden comunicarse anualmente. Las adiciones al índice pueden hacerse de forma continua.

Las reglas de mortalidad y morbilidad se actualizarán en ciclos de mayor duración, cada 10 años. Se anima a todos los países que han implantado la CIE-11 a que adopten las actualizaciones para garantizar la mayor normalización posible de los resultados de la codificación. Si un país, por la razón que sea, no puede aplicar un determinado año de actualizaciones, deberá al menos garantizar que los datos notificados se ajustan a la versión más reciente de la CIE-11.

La OMS ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en la CIE y sus diferentes versiones y ediciones. Sin embargo, la CIE se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni expresa ni implícita. La responsabilidad de la interpretación y el uso de la CIE recae en el usuario. En ningún caso la OMS será responsable de los daños derivados de su uso. El editor de la información codificada por la CIE es responsable de garantizar el uso adecuado de la CIE y de presentar claramente la metodología de recopilación de datos y los mecanismos que se utilizaron para modificar los datos originales con el fin de indicar la comparabilidad de los resultados presentados. Para los datos de mortalidad, no se permite ninguna desviación de la metodología indicada en la CIE.

Para información sobre estructura y taxonomía, véase el apartado 1.2.

A.6 Antecedentes

La actualización de la CIE-11 garantiza que la CIE satisfaga las necesidades de los usuarios en cuanto a contenido y terminología.

La actualización y las decisiones siguen los principios establecidos en 1.2.1 Taxonomía.

Las actualizaciones incluyen cambios en los capítulos 01-24 de la CIE, el capítulo suplementario para las afecciones de la medicina tradicional (incluido el desarrollo de módulos adicionales), la

sección suplementaria para la evaluación del funcionamiento, los códigos de extensión, las vistas especiales y las listas de tabulación especiales, los elementos del Componente Fundamental de la CIE, así como cambios en la Guía de referencia.

Todas las propuestas se introducen en una plataforma de mantenimiento en línea, para la verificación de la integridad, la discusión y la edición. La plataforma proporciona la infraestructura para dirigir las propuestas a los revisores y expertos, y para proporcionar comentarios a los autores originales. La plataforma de mantenimiento también muestra el resultado final de la propuesta que se ha introducido en la plataforma de autoría y pasa a formar parte de la CIE. Cualquier usuario individual de la clasificación puede presentar una propuesta de actualización de la CIE. Estas actualizaciones pueden referirse a una o varias entidades de la CIE. Pueden referirse a la posición de las entidades en una lista tabular, en el Componente Fundamental, y a cualquier elemento del modelo de contenido. La plataforma de mantenimiento de la CIE-11 (conocida como el "navegador naranja") se utiliza para las propuestas y los comentarios. Cualquier aportación a la CIE-11 y a sus componentes requiere que se anoten adecuadamente las fuentes o referencias, los detalles de las pruebas científicas y el permiso del propietario de cualquier material con derechos de autor (cuando proceda).

Las propuestas serán revisadas por expertos científicos y de la clasificación. La decisión sobre el resultado de una propuesta concreta se basará en las recomendaciones de estos expertos.

Un flujo de trabajo entre un grupo de referencia de mortalidad (MRG) y un grupo de referencia de morbilidad (MbRG), un comité consultivo médico-científico (MSAC) y el comité consultivo de clasificación y estadística (CSAC) que lo supervisa todo garantizará que se consideren todos los aspectos relativos a una propuesta. Las revisiones de la síntesis por parte de expertos en clasificación garantizan la adecuación de los cambios propuestos a los diversos casos de uso de la CIE.

El proceso se basa en el consenso de los miembros del CSAC sobre un cambio propuesto. Todas las rondas de edición se llevarán a cabo a través de plataformas electrónicas. Cuando no se logre el consenso, la propuesta puede aplazarse a ciclos posteriores de edición a la espera del arbitraje de la OMS o resolverse en una reunión presencial de expertos en clasificación y contenido. En todos los demás casos, se entregará una recomendación consensuada a la OMS para que tome la decisión final.

Todas las propuestas de cambio deben presentarse a través del mecanismo de propuestas para garantizar una revisión clara y transparente del contenido propuesto. Los diferentes tipos de propuestas pueden pasar por un flujo de trabajo con el fin de garantizar la coherencia, la integridad estructural y la corrección científica de la clasificación. Los diferentes flujos de trabajo garantizan el uso adecuado de los recursos disponibles de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS y de la Red de la Familia (FCI-OMS). Todos los cambios son reportados. Pueden ser necesarios varios pasos para la verificación de las actualizaciones.

A.7 Ciclo de actualización

La actualización se realiza a diferentes niveles con distintas frecuencias. Eso mantendrá la estabilidad para la mortalidad y permitirá una actualización más rápida para el uso en la morbilidad.

- Las actualizaciones que repercuten en la información internacional (la estructura de cuatro y cinco caracteres de los códigos de base) se publicarán cada cinco años.
- Las actualizaciones a un nivel más detallado pueden publicarse con carácter anual y, en función de las necesidades de modificaciones clínicas, también dos veces al año.
- Las adiciones al índice pueden hacerse de forma continua.
- Las reglas de mortalidad y morbilidad se actualizarán en un ciclo de 10 años.
- Se pueden publicar otras actualizaciones de la Guía de referencia con carácter anual.

A.7.1 Tipos de propuestas para el mantenimiento de la EMM CIE-11

Tras revisar los tipos de propuestas y criterios establecidos de la CIE-10 y los utilizados hasta ahora durante la revisión de la CIE-11, teniendo en cuenta las necesidades de la CIE-11, se proponen los siguientes tipos de propuestas para la CIE-11 (véase el cuadro siguiente para conocer el impacto en las estadísticas de morbilidad y mortalidad (EMM)).

- **Añadir una nueva entidad**:
  - añadir una entidad (convirtiéndose en una entrada del índice en la EMM como término de inclusión) "en el Componente Fundamental tiene un URI, pero NO aparece como código de base en la linealizaciones"
  - añadir una entidad (convirtiéndose en una categoría en EMM) "en el Componente Fundamental corresponde a un código de base"
- **Eliminar una entidad**:
  - aplicable a una entidad (eliminando un término de inclusión en el índice del EMM)
  - aplicable a una entidad (eliminando una categoría del EMM)
- **Cambio del estado de codificación**:
  - trasladar algo del índice a la EMM (por ejemplo, dándole un código individual), o trasladar algo de la EMM al índice (por ejemplo, eliminando el código individual y dirigiéndolo a otra parte)
- **Mejora del contenido**, incluyendo los siguientes subtipos:
  - Cambio de término preferido (título) (No se permiten cambios en un código que afecten al significado del mismo y no se aceptarán. Si un concepto está obsoleto y

debe actualizarse, o si es necesario un nuevo concepto, deben utilizarse los tipos de propuesta pertinentes de eliminar entidad o añadir nueva entidad, o ambos).
    - Adición / Supresión de un sinónimo
    - Adición / Supresión de una exclusión
    - Cambio de descripción (definición)
    - Cambio de información adicional (definición larga)
    - Corrección ortográfica o gramatical (en cualquier campo)
    - Adición / Supresión de una combinación de poscoordinación obligatoria de códigos de base
    - Adición / Supresión del contenido de la rúbrica de la entidad (no se permite cambiar el significado)
- **Cambio estructural que** incluye los siguientes subtipos:
    - Cambiar un enlace de códigos con padres o ascendientes primarios
    - Modificar un enlace de códigos secundarios
- **Cambio en la Guía de referencia** aplicable a cualquier texto de la Guía de referencia de la CIE-11, incluidas las reglas de codificación y los valores predeterminados, etc. Los subtipos incluyen:
    - Corrección de la ortografía o la gramática
    - Aclaración de una regla
    - Cambio de una regla (que afecta a la integridad de los datos), incluyendo el cambio de una pista de codificación
- Propuestas de aclaración que no requieren un cambio en la clasificación
- Corrección de incoherencias entre volúmenes

Lo ideal es que cada propuesta especifique si se refiere al Componente Fundamental o a una clasificación, incluso si se trata de una modificación clínica nacional o de una linealización de especialidad. Las casillas de verificación en las propuestas permitirán indicar el alcance.

No todos los autores estarán familiarizados con estas distinciones. Por defecto, se puede asumir que la propuesta se refiere a la EMM de la CIE-11, a menos que se especifique lo contrario. En cualquier caso, el CSAC deberá determinar si la propuesta, una vez aceptads, estará sólo en el Componente Fundamental o como categoría en la linealización.

No todas las propuestas requerirán el mismo nivel de escrutinio, ya que cada una puede considerarse en el contexto de su impacto en la clasificación estadística y la conveniencia de una clasificación científicamente precisa y actualizada. Cuando sea necesario, se establecerá una "vía rápida" para revisar las actualizaciones que se necesiten con urgencia, como las modificaciones clínicas nacionales. Existen criterios y un flujo de trabajo específico para cada "vía" utilizada para las propuestas.

Tabla 1: Visión general de los tipos de propuestas de mantenimiento de la CIE-11 y su posible impacto en los datos recogidos por el EMM. La lista *no* implica una jerarquía de prioridades. La 'X' significa que se aplica.

Tipo de propuesta	Mayor	Menor	Ninguno
Añadir nueva entidad	X	X	
Borrar entidad (+)	X		
Cambio de estado de codificación		X	
Mejora del contenido			
Cambio de término preferente (título)	X	X	X
Adición/supresión de un sinónimo		X	
Adición/supresión de una exclusión		X	
Cambio de descripción	X	X	X
Cambio de información adicional (descripción larga - fuera de la OMS)			X
Corrección de una errata (en cualquier campo)			X
Adición/supresión de la combinación obligatoria de códigos de base poscoordinación	X		
Adición/supresión del contenido de la rúbrica de la entidad - sin cambio de significado			X
Cambio estructural			
Cambiar un padre primario	X		
Cambiar un padre secundario			X
Cambio de la Guía de referencia			
Corrección de un error tipográfico			X
Aclaración de una regla			X
Cambio de una regla (que afecta a la integridad de los datos), incluyendo el cambio de una pista de codificación	X		

(+) Se eliminan los errores; no se eliminan los términos y entidades obsoletos, ya que ayudan a la asignación y codificación, y pueden seguir siendo utilizados

Tabla 2: Grupos responsables del mantenimiento de los posibles cambios.

Tipo de propuesta	CSAC	MSAC	MRG	MbRG	FDRG o TMRG
Añadir nueva entidad	X	X	X	X	X+
Borrar entidad (+)	X	X	X	X	X+
Cambio de estado de codificación	X	X	X	X	
Mejora del contenido					
Cambio de término preferente (título)	X	(X)			X+
Adición/supresión de un sinónimo**					X+
Adición/supresión de una exclusión**					
Cambio de descripción	X	X	X	X	X+
Cambio de información adicional (descripción larga - fuera de la OMS)		(X)			X+
Corrección de una errata (en cualquier campo)**					
Adición/supresión de la combinación obligatoria de códigos de base después de la coordinación	X		X	X	
Cambio estructural					
Cambiar un padre primario	X	(X)	X	X	X+
Cambiar un padre secundario	X	X			
Cambio de la Guía de referencia					
Corrección de una errata**					
Aclaración de una regla	X		X	X	X+
Cambio de una regla (que afecta a la integridad de los datos), incluido el cambio de una pista de codificación	X	(X)	X+	X+	X+

(+) se eliminan los errores; los términos y entidades obsoletos no se eliminan, ya que ayudan a la asignación y codificación, y que pueden seguir siendo utilizados. (X) se aplica sólo en situaciones especiales. X+ se aplica sólo para el caso de uso específico. ** Equipo de la OMS

A.8 Integridad de la propuesta

Cualquier persona puede presentar una propuesta de actualización de la CIE. Las propuestas se presentarán en el formato de una breve explicación (de aproximadamente 500 palabras) con referencias a la literatura de apoyo y a la evidencia (publicaciones en revistas revisadas por pares, o en reuniones oficiales de la OMS, su CC u ONG en relaciones oficiales). La propuesta

también deberá visualizar los cambios en la posición y abordar el impacto potencial en entidades ajenas a la propuesta.

- El autor debe registrarse con su nombre completo y su afiliación y declarar cualquier posible conflicto de intereses.
- Todas las propuestas deben tener una justificación claramente escrita y convincente, con citas para establecer la base de pruebas de las propuestas.
- Las propuestas que sugieren añadir entidades deben tener una definición, y una descripción de la entidad. Esto asegura la correcta ubicación en la Fundación. La justificación debe tener una base científica, con referencias a publicaciones en revistas revisadas por pares, o en reuniones oficiales de la OMS, su CC u ONG en relaciones oficiales.
- Las propuestas de nuevos códigos deben incluir información sobre cómo se codificaría el caso si no se acepta el nuevo código propuesto.
- Las propuestas con impacto en las estadísticas deben incluir una descripción o análisis del impacto resultante como la frecuencia.
- Las propuestas que sugieren cambios en las normas deben ir acompañadas de un análisis de impacto.
- Una propuesta incompleta será devuelta al autor.
- El mecanismo de propuestas no permitirá que se presenten propuestas sin justificación o con falta de descripción o definición, adecuadas para procesar la propuesta.

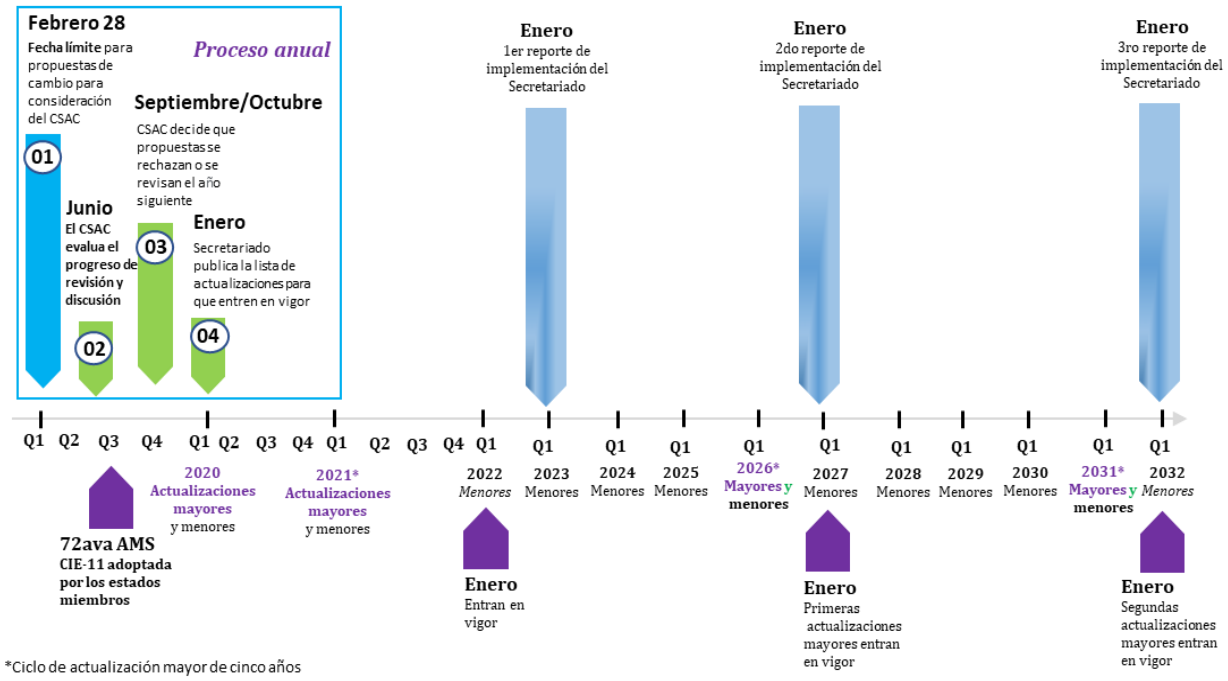
A.9 Plazos de la propuesta

Las propuestas pueden presentarse en cualquier momento. Las propuestas de impacto no se procesan de forma continua, las propuestas que requieren ser revisadas por cualquiera de los grupos y comités que participan en el flujo de trabajo, se agrupan cada 28 de febrero de un año y se encaminan en el flujo de trabajo necesario.

Las propuestas se procesan en paralelo por los grupos correspondientes. Los comentarios formales se proporcionan en dos rondas (dos meses, un mes) -ofreciendo la oportunidad de realizar ediciones en el medio.

La decisión final sobre la aceptación, el rechazo o la "discusión adicional" se toma en una teleconferencia del CSAC en la reunión anual de la FCI-OMS en octubre de cada año. Los comunicados oficiales se publican a finales de septiembre para que tengan validez según el ciclo de actualización del tipo de propuesta, siendo las más tempranas las propuestas de adopción en enero del año siguiente (un mínimo de seis meses para la traducción, tres meses para la difusión formal, por ejemplo, para detalles clínicos, padres secundarios o sinónimos).

Calendario de revisión y publicación



Plazos de propuestas y lanzamiento de las aceptaciones

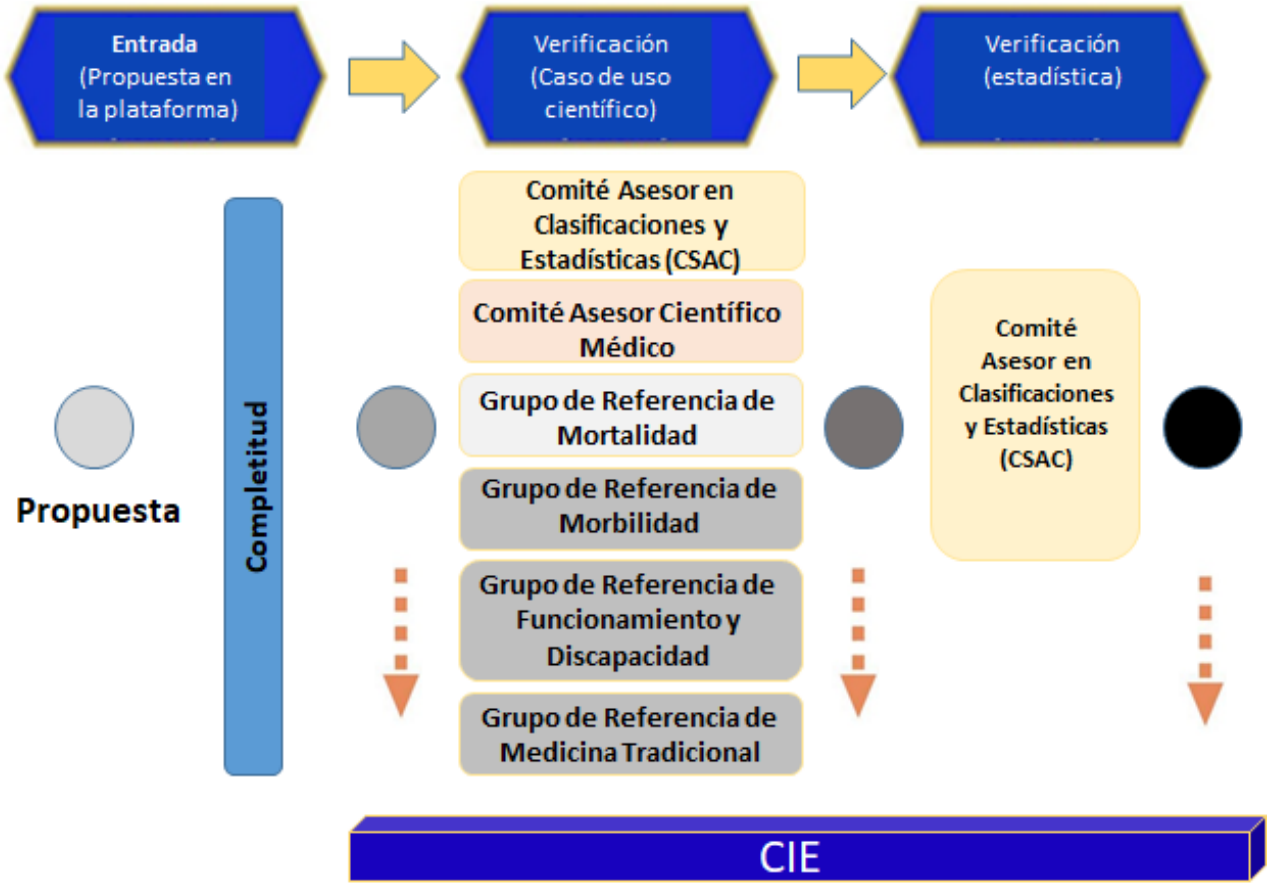
A.10 Flujo de trabajo de la propuesta

El mantenimiento de la CIE es un proceso que requiere una amplia experiencia en estadística y ciencia médica, así como en diferentes casos de uso. Ya se ha establecido que la estructura asociada a la actualización y el mantenimiento de la CIE se revisará en función de las nuevas necesidades y del uso eficiente de los recursos limitados. La figura siguiente muestra el flujo por el que las propuestas recibidas a través de la plataforma de actualización podrían pasar por los grupos de expertos para su revisión y recomendación a la OMS. Un "tamiz de propuestas" revisará inicialmente todas las propuestas recibidas para asegurarse de que están completas y se han presentado correctamente. A continuación, las propuestas se remitirán a la(s) siguiente(s) etapa(s) adecuada(s). Este triaje puede identificar propuestas que puedan o deban ser procesadas en un proceso acelerado, por ejemplo, debido al tipo de propuesta o en casos de extrema urgencia. La tipología que se propone para estas propuestas puede ayudar a identificar el impacto en la clasificación que, a su vez, informará si la propuesta es una mejora o aclaración que puede aplicarse de forma continua, o si el cambio debe ponerse en la fila de espera para su aplicación en el ciclo de actualización. El umbral para considerar las propuestas al Componente Fudamental es bajo, lo que permite establecer reglas sencillas para identificar lo que es "admisible / accesible", es decir, si es completa y correcta, puede ser considerada. La consideración no garantiza la aceptación.

El CSAC está compuesto por:

- Los centros colaboradores de la FCI-OMS y los representantes técnicos designados oficialmente por los estados miembros de la OMS. Los participantes y observadores tienen conocimientos específicos y experiencia en las clasificaciones
- Dos copresidentes de cada Grupo de Referencia (Grupo de Referencia de Mortalidad (MRG), Grupo de Referencia de Morbilidad (MbRG) y Grupo de Referencia de Funcionamiento y Discapacidad (FDRG), Grupo de Medicina Tradicional (TMRG)), así como dos copresidentes del Comité Asesor Médico y Científico (MSAC), también que son incluidos ex officio, con derecho a comentarios pero sin derecho a voto.
- Se puede invitar a otros expertos a participar en las reuniones del CSAC para que comenten temas específicos.

Todas las decisiones se basan en el consenso. Los términos de referencia de los grupos de trabajo se incluyen en el documento que describe la Red de la FCI-OMS.



Flujo de trabajo de actualización de propuestas

Para mayor información sobre los Términos de Referencia y la gobernanza de los diferentes grupos consulte la "Red de la FCI-OMS"

Grupo pequeño del CSAC

Este grupo está formado por los copresidentes y las secretarías del CSAC, personal de la OMS y expertos seleccionados por la OMS.

El Grupo Pequeño del CSAC revisa cada propuesta y determina si está lista para ser revisada por el CSAC en pleno. El Grupo Pequeño también hace una recomendación por consenso sobre si la propuesta debe ser aceptada o rechazada. Si una propuesta requiere más información o está incompleta, el Grupo Pequeño del CSAC puede solicitar más asesoramiento al MSAC o a otros comités y grupos de referencia (C&GR) o devolver la propuesta al autor. A veces, el Grupo Pequeño, el MSAC y/o un C&RG hacen una recomendación de modificación de la propuesta original, y esto es registrado en la sección de comentarios públicos de la propuesta por la secretaría del grupo. Estos comentarios y propuestas de modificación son entonces considerados por el CSAC en pleno.

Cuando una propuesta está lista para ser revisada por el CSAC en pleno, la Secretaría del CSAC registra la recomendación del Pequeño Grupo del CSAC, así como cualquier modificación sugerida y las razones de la misma, en la sección de comentarios públicos de la propuesta y asigna a la propuesta el estatus de "Votación del CSAC". Los miembros del CSAC pueden entonces indicar su acuerdo y/o comentario sobre la propuesta, tal y como fue modificada por el Pequeño Grupo del CSAC, según el caso.

A.11 Cambios que no pueden realizarse durante el proceso normal de actualización

Los cambios que crean nuevas estructuras que entran en conflicto con la estructura o codificación existente de una revisión actual sólo pueden llevarse a cabo dentro de una nueva revisión de la CIE e incluyen:

1. Cambiar un código existente de una categoría
2. Cambiar una agrupación existente en una categoría si tiene hijos en la linealización (Permitir esto obligaría a cambiar los códigos de los hijos, por lo que no está permitido)
3. Cambiar una categoría existente en una agrupación si tiene hijos en la linealización (Igual que arriba)
4. Inserción de una categoría entre dos categorías hermanas existentes. Las categorías a una hermandad existente deben introducirse al final, antes de las categorías residuales.
5. No será posible realizar ningún tipo de reordenación, ya que ésta se basará en los códigos, que no cambiarán.
6. Eliminar una entidad que contiene hijos que no están eliminados y sustituirla por otra entidad que contiene los hijos antiguos. (Esto no es posible porque la nueva entidad no puede mantener el mismo código de la que fue eliminada y si se le da un código nuevo su código no será compatible con los hijos).
7. Mover una categoría existente de forma que implique cambiar su código. Por ejemplo, no se puede mover la categoría 2B01.2 que está bajo la 2B01 como hija de la 2B00

Para el capítulo X "Códigos de extensión" la única limitación es el número 1 anterior. Cualquier otro cambio podría hacerse ya que los códigos del capítulo X no se basan en su ubicación jerárquica.

3.12.1 Aplicabilidad y propiedad intelectual

El siguiente párrafo ofrece un extracto de algunas de las normativas legales en relación con la CIE. Se señala que este texto no prejuzga en modo alguno la redacción de los acuerdos legales que se realicen entre la OMS y otras partes relevantes. La versión oficial vinculante de la licencia del CIE está disponible en https://icd.who.int/en.

La CIE es propiedad intelectual de la OMS y los cambios en la CIE están sujetos a acuerdos contractuales y a la aprobación a través del mecanismo de actualización.

La CIE -11 está autorizada bajo la licencia Creative Commons Attribution-NoDerivs 3.0 IGO (CC BY-ND 3.0 IGO, o la "Licencia CIE-11", disponible en https://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/igo/). De acuerdo con los términos de la Licencia, NO está permitido hacer "adaptaciones" de la CIE-11, tal como se define en la Licencia. A este respecto, y sin limitar de otro modo los términos de la Licencia de la CIE-11, la OMS ofrece las siguientes aclaraciones:

- Para evitar que se diluya el propósito de la CIE de proporcionar un estándar definitivo para la identificación de la información en salud, ni los Materiales con Licencia, ni ninguna parte de los mismos, pueden utilizarse con el fin de desarrollar o promulgar un estándar diferente.
- La OMS no considera que la incorporación de la CIE-11 en un producto de software sea una "adaptación", siempre que no se haga nada de lo siguiente
    a. Reproducir la CIE-11 en parte o en su totalidad y distribuirla con un nombre diferente o sin atribución;
    b. Reproducir y distribuir la CIE-11 en parte o en su totalidad sin los códigos de la CIE-11;
    c. Reproducir la CIE-11 en parte o en su totalidad sin los URI de la CIE-11; o
    d. Reproducir y distribuir la CIE-11, en parte o en su totalidad, con cualquier combinación anterior de a-c.
- Las correspondencias o cruces entre otras clasificaciones y terminologías y la CIE-11 no están cubiertas por la licencia de la CIE-11 y están sujetas a un acuerdo por escrito separado de la OMS
- La adición de campos de datos a los conceptos de la CIE-11 está permitida si tales adiciones se identifican claramente como adiciones que no proceden de la OMS.
- Los servicios web para la codificación y navegación de la CIE y otros programas informáticos están disponibles bajo una licencia no exclusiva, intransferible y no cedible, libre de derechos, para utilizar e incorporar el Software CIE-11 en aplicaciones o sistemas informáticos (la "Licencia de Software"). Dichas aplicaciones informáticas o sistemas que incorporan el Software CIE-11, pueden ser licenciados a los usuarios para fines comerciales y no comerciales. No se concede a los usuarios el derecho a vender o licenciar el Software CIE-11 como producto independiente. Para evitar cualquier duda, el Software CIE-11 no

está licenciado bajo la licencia Creative Commons para la CIE-11 descrita en la Sección 1, más arriba.

La CIE puede ser traducido a cualquier idioma. Para la traducción, se pide a las partes interesadas (el traductor) que se pongan en contacto con la OMS y cumplan con la normativa pertinente y reciban el permiso por escrito en un contrato formal. Normalmente, los derechos de traducción se conceden sólo a los Ministerios de Salud.

Las traducciones a los idiomas de la ONU son un producto de la OMS y todos los derechos pertenecen a la OMS. Las traducciones a otros idiomas son un producto del traductor.

El traductor utilizará la plataforma de traducción de la OMS, lo que permitirá a la OMS verificar que es correcta e íntegra la traducción.

Se concede automáticamente a la OMS un derecho perpetuo e irrevocable, mundial, libre de regalías y sublicenciable para utilizar, cambiar, adaptar, traducir, publicar y difundir dicho producto de trabajo de cualquier manera y en cualquier formato en relación con el trabajo de la OMS.

En algunos casos, los usuarios determinan la necesidad de cambiar partes de la CIE para producir una versión especial de la misma. La producción de versiones especiales requiere un acuerdo contractual específico con la OMS.

Tales versiones serán producidas desde la plataforma de producción de la OMS por la OMS.

Todos los cambios o sugerencias de cambios en la CIE deben enviarse a la plataforma de mantenimiento de la CIE de la OMS (para más detalles, véase 3.12 Anexo A: Actualización y mantenimiento de la CIE-11).

Las solicitudes de producción de una versión especial estarán sujetas a la provisión de los recursos necesarios para que la OMS genere la versión especial.

No se puede mostrar publicidad o propaganda en las páginas de codificación o de navegación. En caso de incrustar la clasificación en un sitio web local, o de ejecutar una versión local, deberá incluirse un enlace a la página principal de la CIE en la OMS.

No está permitido mostrar publicidad o propaganda en las versiones impresas de la CIE.

Lo ideal es que los usuarios accedan a la CIE en línea o a través de los servicios web proporcionados por la OMS. Esto garantizará un uso conjunto adecuado del índice, el modelo de contenido y las listas tabulares, y facilitará la difusión de las actualizaciones, en su caso. Cualquier mecanismo de codificación producido por terceros debe proporcionar los mismos resultados de codificación que la herramienta de codificación en línea de referencia.

Para el registro y la presentación de informes nacionales e internacionales, debe utilizarse la versión más actualizada de la CIE, tal como se estipula en el Reglamento de Nomenclatura (1967).

Modificaciones para la codificación de la morbilidad

El uso de la CIE en el contexto específico del sistema de salud de un país puede requerir detalles que no forman parte actualmente de la CIE-11, por ejemplo, debido a entornos específicos o a los requisitos del sistema de reembolso. Dichos cambios se someterán al mismo proceso internacional que el resto de cambios de la CIE y pasarán a formar parte del Componente Fundamental y, eventualmente, de las Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad (EMM), idealmente antes de su aplicación en el país solicitante.

Puede surgir una situación en la que un gobierno nacional o una institución nacional afín necesite que una modificación se aplique inmediatamente. En tales circunstancias, deben evitarse los conflictos con el actual Componente Fundamental, y las modificaciones pertinentes estarán sujetas a mecanismos especiales para el proceso de actualización internacional. Todos los países que planeen producir modificaciones deberán establecer los acuerdos contractuales pertinentes con la OMS. Esto incluye las regulaciones sobre la distribución dentro y fuera del país respectivo y los recursos necesarios para que la OMS añada dichas modificaciones a la Fundación.

Para desarrollar una modificación nacional de la CIE-11 deben respetarse las siguientes reglas 1. Las modificaciones serán acordadas por los organismos de mantenimiento de la CIE-11 antes de que se apliquen a nivel nacional. 2. Las modificaciones no deben repercutir en las estadísticas de morbilidad y mortalidad, y no deben entrar en conflicto con la Fundación. 3. La aprobación de todas las modificaciones estará sujeta a la consideración de si ya existen detalles adicionales adecuados en la Fundación. 4. Si se produce un cambio en la versión internacional de la CIE-11, la modificación correspondiente deberá incorporar el cambio lo antes posible.

Ejemplo

La "diabetes tipo 1" en la versión de la OMS de la CIE-11 está clasificada como 5A10. Una modificación nacional puede requerir que se añadan detalles adicionales a los códigos de la CIE-11. Por ejemplo, la 'Diabetes tipo 1, no controlada' podría añadirse como subcategoría a la 5A10, como 5A10.1 Diabetes tipo 1, no controlada. Sin embargo, cuando el mecanismo de poscoordinación proporciona el detalle necesario, puede no ser necesaria la adición de una nueva subcategoría.

3.13 Anexo B: Historia del desarrollo de la CIE

3.13.1 Origen

Sir George Knibbs, el eminente estadístico australiano, atribuyó a François Bossier de Lacroix (1706-1777), más conocido como Sauvages, el primer intento de clasificar las enfermedades de forma sistemática (1). El exhaustivo tratado de Sauvages se publicó con el título de *Nosologia methodica*. Un contemporáneo de Sauvages fue el gran metodólogo Linneo (1707-1778), autor de *Genera morborum*, un catálogo de enfermedades. Más recientemente, Moriyama et al (2) se han referido a los predecesores del siglo XVI y XVII Fernel y Sydenham. A principios del siglo XIX, la clasificación de enfermedades de uso más generalizado era la de William Cullen (1710- 1790, de Edimburgo, que se publicó en 1785 con el título Synopsis N*osologiae Methodicae*.

Sin embargo, para efectos prácticos, el estudio estadístico de las enfermedades comenzó un siglo antes con el trabajo de John Graunt sobre las Tablas de Mortalidad de Londres, publicadas en 1662. El tipo de clasificación previsto por este pionero queda ejemplificado por su intento de estimar la proporción de niños nacidos vivos que morían antes de cumplir los seis años, cuando no se disponía de registros de la edad al morir. Tomó todas las muertes y las clasificó utilizando términos de la época, como aftas, convulsiones, raquitismo, enfermedades de los dientes y gusanos, abortos, recién nacidos sin bautizar (crisomas), lactantes e hígado grande. Junto a ellos, añadió las muertes clasificadas como viruela, viruela porcina, sarampión y gusanos sin convulsiones. A pesar de la crudeza de esta clasificación, su estimación de un 36% de mortalidad antes de los seis años parece, según pruebas posteriores, haber sido acertada. Aunque tres siglos han contribuido a la exactitud científica de la clasificación de las enfermedades, hay muchos que dudan de la utilidad de los intentos de recopilar estadísticas de enfermedades, o incluso de causas de defunción, debido a las dificultades de la clasificación. A éstos se les puede citar a Major Greenwood: "*El purista científico, que piensa 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*" (3).

Afortunadamente para el progreso de la medicina preventiva, la Oficina del Registro General de Inglaterra y Gales, en sus inicios en 1837, encontró en William Farr (1807-1883) su primer estadístico médico. Farr fue un hombre que no sólo hizo el mejor uso posible de las imperfectas clasificaciones de enfermedades disponibles en la época, sino que se esforzó por conseguir mejores clasificaciones y una uniformidad internacional en su uso.

Farr encontró que la clasificación de Cullen estaba en uso en los servicios públicos. No había sido revisada para incorporar los avances de la ciencia médica, ni la consideraba satisfactoria para fines estadísticos. Farr se dio cuenta de que las pequeñas cifras que resultarían de una clasificación detallada no permitirían hacer inferencias estadísticas. Por ello, en el primer Informe Anual del Registrador General (4), analizó los principios que debían regir una clasificación estadística de las enfermedades e instó a la adopción 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 nombre vagos e inconvenientes y en lugar de las enfermedades primarias se han registrado las complicaciones. La nomenclatura es tan importante para este tipo 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 constante estudio y consideración por parte de Farr en sus "Cartas" anuales al Registrador General publicadas en los Informes Anuales del Registrador General. Farr hizo mucho por promover su clasificación, pero no pudo encontrar una aceptación general (4). Sin embargo, la utilidad de una clasificación uniforme de las causas de defunción fue reconocida con tanta fuerza en el primer Congreso Internacional de Estadística, celebrado en Bruselas en 1853, que el Congreso pidió a William Farr y a Genevan Marc d'Espine que prepararan una clasificación uniforme de las causas de defunción aplicable internacionalmente.

En el siguiente Congreso, celebrado en París en 1855, Farr y d'Espine presentaron dos listas distintas que se basaban en principios muy diferentes. La clasificación de Farr estaba ordenada en cinco grupos: enfermedades epidémicas, enfermedades constitucionales (generales), enfermedades locales ordenadas según el sitio anatómico, enfermedades del desarrollo y enfermedades que son el resultado directo de la violencia. D'Espine clasificó las enfermedades según su naturaleza (gotosas, herpéticas, hemáticas, etc.). El Congreso adoptó como una solución conciliatoria una lista de 139 rúbricas. En 1864, esta clasificación se revisó en París sobre la base del modelo de Farr y posteriormente se volvió a revisar en 1874, 1880 y 1886. Aunque esta clasificación nunca fue aceptada universalmente, la disposición general propuesta por Farr, incluido el principio de clasificar las enfermedades por su etiología seguida de su localización anatómica, sobrevivió como base de la Lista Internacional de Causas de Defunción.

Es importante destacar que el Congreso de 1855 también recomendó que cada país pidiera información sobre las causas de la muerte al médico que había atendido al fallecido, y que cada país tomara medidas para garantizar que todas las muertes fueran verificadas por los médicos (4).

3.13.2 Adopción de la Lista Internacional de Causas de Defunción

En su reunión de 1891 en Viena, el Instituto Internacional de Estadística, sucesor del Congreso Internacional de Estadística, encargó a un comité presidido por Jacques Bertillon (1851- 1922), jefe de los servicios estadísticos de la ciudad de París, la elaboración de una clasificación de causas de defunción. El informe del comité fue presentado y aprobado en la reunión del Instituto Internacional de Estadística celebrada en Chicago en 1893.

Para los epígrafes principales, Bertillon adoptó el lugar anatómico en lugar de la naturaleza de la enfermedad, según el plan de Farr. La lista de Bertillon incluía las enfermedades definidas más importantes de estudio por su naturaleza transmisible o su frecuencia de aparición. De acuerdo con las instrucciones del Congreso de Viena, Bertillon incluyó tres clasificaciones: una clasificación abreviada de 44 títulos, una clasificación de 99 títulos y una clasificación de 161 títulos. Bertillon también preparó algunas reglas o directrices sobre la resolución de problemas; por ejemplo, cómo deben clasificar los estadísticos lo que está escrito sin imputar lo que el médico podría haber querido decir (5). La "Clasificación Bertillon de las Causas de Defunción", como se denominó por primera vez, recibió la aprobación general y fue adoptada por varios

países, así como por muchas ciudades. La clasificación fue utilizada por primera vez en Norteamérica por Jesús E. Monjarás para las estadísticas de San Luis de Potosí, México (5). En 1898, la Asociación Americana de Salud Pública, en su reunión de Ottawa, Canadá, recomendó la adopción de la Clasificación de Bertillon por parte de los registradores de Canadá, México y los Estados Unidos de América. La Asociación sugirió además que la clasificación se revisara cada diez años.

En la reunión del Instituto Internacional de Estadística en Cristiania en 1899, Bertillon presentó un informe sobre el progreso de la clasificación, incluyendo las recomendaciones de la Asociación Americana de Salud Pública para las revisiones decenales. El Instituto Internacional de Estadística adoptó entonces la siguiente resolución (6):

> El Instituto Internacional de Estadística, convencido de la necesidad de utilizar nomenclaturas comparables en los diferentes países:
>
> *Toma nota con agrado de la adopción por todas las oficinas de estadística de América del Norte, algunas de las de América del Sur y algunas de Europa, del sistema de nomenclatura de las causas de defunción presentado en 1893;
>
> Insiste enérgicamente en que este sistema de nomenclatura sea adoptado, en principio y sin revisión, por todas las instituciones estadísticas de Europa;
>
> Aprueba, cuando menos en sus términos generales, el sistema de revisión decenal propuesto por la Asociación Americana de Salud Pública en su sesión de Ottawa (1898);
>
> Insta a las oficinas estadísticas que aún no lo hayan hecho a que se adhieran sin demora y que contribuyan de este modo a la comparabilidad de la nomenclatura de causas de defunción.*

En consecuencia, el Gobierno francés convocó en París, en agosto de 1900, la primera Conferencia Internacional para la Revisión del Bertillon o Lista Internacional de Causas de Defunción. A esta Conferencia asistieron delegados de 26 países. El 21 de agosto de 1900 se adoptó una clasificación detallada de las causas de defunción que consta de 179 grupos y una clasificación abreviada de 35 grupos. Se reconoció el deseo de realizar revisiones decenales y se pidió al Gobierno francés que convocara la siguiente reunión en 1910. De hecho, la siguiente conferencia se celebró en 1909, y el Gobierno de Francia convocó las siguientes en 1920, 1929 y 1938. Bertillon continuó siendo la fuerza guía en la promoción de la Lista Internacional de Causas de Defunción, y las revisiones de 1900, 1910 y 1920 se llevaron a cabo bajo su liderazgo. Como Secretario General de la Conferencia Internacional, envió la revisión provisional de 1920 a más de 500 personas, solicitando comentarios. Su muerte, en 1922, dejó a la Conferencia Internacional sin una mano que la guiara.

En la sesión de 1923 del Instituto Internacional de Estadística, Michel Huber, sucesor de Bertillon en Francia, reconoció esta falta de liderazgo e introdujo una resolución para que el Instituto Internacional de Estadística renovara su postura de 1893 respecto a la Clasificación Internacional de Causas de Defunción y cooperara con otras organizaciones internacionales en la preparación de revisiones posteriores. La Organización Sanitaria de la Liga de Naciones también se interesó activamente por las estadísticas vitales y nombró una Comisión de Expertos en Estadística para estudiar la clasificación de las enfermedades y las causas de defunción, así como otros problemas en el campo de las estadísticas médicas. E. Roesle, jefe del Servicio de

Estadística Médica de la Oficina de Salud alemana y miembro de la Comisión de Expertos en Estadística, preparó una monografía en la que se enumeraba la ampliación de las rúbricas de la Lista Internacional de Causas de Defunción de 1920 que sería necesaria si la clasificación se utilizaba en la tabulación de las estadísticas de morbilidad. Este minucioso estudio fue publicado por la Organización Sanitaria de la Liga de Naciones en 1928 (7). Para coordinar el trabajo de ambos organismos, se creó una "Comisión Mixta" internacional con igual número de representantes del Instituto Internacional de Estadística y de la Organización Sanitaria de la Sociedad de Naciones. Esta Comisión redactó las propuestas para la cuarta (1929) y la quinta (1938) revisiones de la Lista Internacional de Causas de Defunción.

3.13.3 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 anteriores, fue convocada por el Gobierno de Francia y se celebró en París en octubre de 1938. La Conferencia aprobó tres listas: una lista detallada de 200 títulos, una lista intermedia de 87 títulos y una lista abreviada de 44 títulos. Aparte de actualizar las listas de acuerdo con los avances de la ciencia, sobre todo en el capítulo de las enfermedades infecciosas y parasitarias, y de los cambios en los capítulos de las afecciones puerperales y de los accidentes, la Conferencia introdujo los mínimos cambios posibles en el contenido, el número e incluso la numeración de los títulos. También se elaboró una lista de causas de muerte fetal que fue aprobada por la Conferencia.

En lo que respecta a la clasificación de las enfermedades para las estadísticas de morbilidad, la Conferencia reconoció la creciente necesidad de disponer de una lista correspondiente de enfermedades para satisfacer los requisitos estadísticos de organizaciones muy diferentes, como las organizaciones de seguros médicos, los hospitales, los servicios médicos militares, las administraciones sanitarias y organismos similares. Por lo tanto, se adoptó la siguiente resolución (8):

3.13.3.1 Listas internacionales de enfermedades

- En vista de la importancia de la compilación de listas internacionales de enfermedades correspondientes con las listas internacionales de causas de defunción: La Conferencia recomienda que el Comité Mixto designado por el Instituto Internacional de Estadística y la Organización Sanitaria de la Liga de Naciones emprenda, como en 1929, la elaboración de listas internacionales de enfermedades, en colaboración con expertos y representantes de las organizaciones especialmente interesadas. En espera de la elaboración de las listas internacionales de enfermedades, la Conferencia recomienda que las diversas listas nacionales en uso se ajusten, en la medida de lo posible, a la Lista Internacional detallada de Causas de Defunción (los números de los capítulos, epígrafes y subepígrafes de dicha Lista figuran 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 defunción en la siguiente resolución (9):

– Certificado de defunción y selección de las causas de la muerte cuando se anota más de una causa (causas conjuntas). La Conferencia,

- Considerando que, en 1929, el Gobierno de los Estados Unidos tuvo la bondad de emprender el estudio de los medios para unificar los métodos de selección de la causa básica de la defunción que se debe tabular en aquellos casos en los que se mencionan dos o más causas en el certificado de defunción,
- Y considerando que las numerosas encuestas realizadas o en curso de preparación en varios países revelan la importancia de este problema, que aún no ha sido resuelto,
- Y considerando que, según estas encuestas, la comparabilidad internacional de las tasas de mortalidad por las distintas enfermedades requiere, no sólo la solución del problema de la selección de la principal causa de muerte para la tabulación, sino también la solución de varias otras cuestiones;

1. Especialmente agradece al Gobierno de los Estados Unidos por el trabajo que ha realizado o promovido en esta dirección;
2. Solicta al Gobierno de los Estados Unidos que continúe sus investigaciones durante los próximos diez años, en cooperación con otros países y organizaciones, sobre una base un poco más amplia, y
3. Sugiere que, para estas futuras investigaciones, el Gobierno de los Estados Unidos cree un subcomité compuesto por representantes de los países y organizaciones que participen en las investigaciones realizadas en este respecto.

3.13.4 Clasificaciones previas de enfermedades para las estadísticas de morbilidad

Hasta entonces, la clasificación de enfermedades había sido presentada casi en su totalidad en relación con las estadísticas de causas de defunción. Sin embargo, Farr reconoció que era deseable "extender el mismo sistema de nomenclatura a las enfermedades que, aunque no son mortales, causan discapacidad en la población, y que ahora figuran en las tablas de enfermedades de los ejércitos, las armadas, los hospitales, las prisiones, los manicomios, las instituciones públicas de todo tipo y las sociedades de enfermedades, así como en los censos de países como Irlanda, donde se enumeran las enfermedades de toda la población" (10). Por ello, en su "*Informe sobre la nomenclatura y la clasificación estadística de las enfermedades*", presentado en el Segundo Congreso Internacional de Estadística, incluyó en la lista general de enfermedades la mayoría de las que afectan a la salud, así como las enfermedades mortales. En el Cuarto Congreso Internacional de Estadística, celebrado en Londres en 1860, Florence Nightingale instó a adoptar la clasificación de enfermedades de Farr para la tabulación de la morbilidad hospitalaria en la ponencia "*Propuestas para un plan uniforme de estadísticas hospitalarias*".

En la Primera Conferencia Internacional para revisar la Clasificación de Causas de Defunción de Bertillon, celebrada en París en 1900, se adoptó una clasificación paralela de enfermedades para su uso en las estadísticas de enfermedad. En la segunda conferencia, celebrada en 1909, también se adoptó una lista paralela. Las categorías adicionales para las enfermedades no mortales se formaron mediante la subdivisión de ciertas rúbricas de la clasificación de causas de defunción en dos o tres grupos de enfermedades, cada uno de los cuales se designó con una letra. La traducción al inglés de la Segunda Revisión Decenal, publicada por el Departamento de Comercio y Trabajo de Estados Unidos en 1910, se tituló Clasificación Internacional de Causas de Enfermedad y Muerte. Las revisiones posteriores incorporaron algunos de los grupos a la Lista

Internacional de Causas de Defunción detallada. La Cuarta Conferencia Internacional adoptó una clasificación de enfermedades que sólo se diferenciaba de la Lista Internacional de Causas de Defunción detallada por la adición de otras subdivisiones de 12 títulos. Sin embargo, estas clasificaciones internacionales de enfermedades no consiguieron una aceptación general, ya que sólo suponían una ampliación limitada de la lista básica de causas de defunción.

A falta de una clasificación uniforme de las enfermedades que pudiera utilizarse satisfactoriamente para las estadísticas de enfermedades, muchos países se vieron en la necesidad de preparar sus propias listas. El Consejo de Salud del Dominio de Canadá preparó un Código de Morbilidad Estándar que se publicó en 1936. Las principales subdivisiones de este código representaban los 18 capítulos de la Revisión de la Lista Internacional de Causas de Defunción de 1929, y éstos se subdividían en unas 380 categorías de enfermedades específicas. En la Quinta Conferencia Internacional de 1938, el delegado canadiense presentó una modificación de esta lista para que fuera considerada como la base de una lista internacional de causas de enfermedad. Aunque no se tomó ninguna medida sobre esta propuesta, la Conferencia adoptó la resolución citada anteriormente.

En 1944, se publicaron clasificaciones provisionales de enfermedades y lesiones tanto en el Reino Unido como en Estados Unidos para su uso en la tabulación de las estadísticas de morbilidad. Ambas clasificaciones eran más extensas que la lista canadiense, pero, al igual que ésta, seguían el orden general de las enfermedades en la Lista Internacional de Causas de Defunción. La clasificación británica fue elaborada por el Comité de Estadísticas de Morbilidad Hospitalaria del Consejo de Investigación Médica, creado en enero de 1942. Se titula "*Una clasificación provisional de enfermedades y lesiones para su uso en la elaboración de estadísticas de morbilidad*" (8). Se preparó con el propósito de proporcionar un esquema para recoger y registrar las estadísticas de los pacientes ingresados en los hospitales del Reino Unido, utilizando una clasificación estándar de enfermedades y lesiones, y fue utilizada en todo el país por los organismos gubernamentales y de otro tipo.

Unos años antes, en agosto de 1940, el Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y el Director de la Oficina del Censo de los Estados Unidos publicaron una lista de enfermedades y lesiones para la tabulación de las estadísticas de morbilidad (9). El código fue preparado por la División de Métodos de Salud Pública del Servicio de Salud Pública en cooperación con un comité de consultores nombrado por el Cirujano General. El *"Manual para la codificación de las causas de enfermedad según un código de diagnóstico para la tabulación de las estadísticas de morbilidad*", compuesto por diagnósticos, una lista tabular de inclusiones y un índice alfabético, se publicó en 1944. La lista se utilizó en varios hospitales, en un gran número de planes de seguros hospitalarios voluntarios y planes de asistencia médica, y en estudios especiales de otros organismos en Estados Unidos.

3.13.5 Comité de los Estados Unidos para las Causas Conjuntas de Defunción

En cumplimiento de la resolución de la Quinta Conferencia Internacional, el Secretario de Estado nombró en 1945 el Comité de Estados Unidos sobre Causas Conjuntas de Defunción bajo la presidencia de Lowell J. Reed, profesor de bioestadística de la Universidad Johns Hopkins. Entre los miembros y consultores de este comité se encontraban representantes de los gobiernos de Canadá y el Reino Unido y de la Sección de Salud de la Liga de Naciones. Reconociendo una

tendencia, el comité decidió que sería ventajoso considerar las clasificaciones desde el punto de vista de la morbilidad y la mortalidad, ya que el problema de las causas conjuntas pertenecía a ambos tipos de estadísticas.

El comité también tuvo en cuenta la parte de la resolución sobre las Listas Internacionales de Enfermedades de la anterior Conferencia Internacional que recomendaba que las "diversas listas nacionales en uso deberían, en la medida de lo posible, ajustarse a la Lista Internacional detallada de Causas de defunción". Reconoció que la clasificación de enfermedades y lesiones está estrechamente vinculada a la clasificación de las Causas de defunción. La opinión de que dichas listas son fundamentalmente diferentes surge de la creencia errónea de que la Lista Internacional es una clasificación de causas terminales, mientras que en realidad se basa en el estado morboso que inició la cadena de acontecimientos que finalmente desembocó en la muerte. El comité creyó que, para utilizar plenamente tanto las estadísticas de morbilidad como las de mortalidad, no sólo debe ser comparable la clasificación de las enfermedades para ambos fines, sino que, a ser posible, debe haber una única lista.

Además, un número cada vez mayor de organizaciones estadísticas utilizaba registros médicos que incluían tanto la enfermedad como la muerte. Incluso en las organizaciones que sólo elaboran estadísticas de morbilidad, era necesario codificar tanto los casos mortales como los no mortales. Una lista única, por tanto, facilita enormemente sus operaciones de codificación. También proporciona una base común para comparar las estadísticas de morbilidad y mortalidad.

Por ello se nombró un subcomité que preparó un borrador de una Propuesta de Clasificación Estadística de Enfermedades, Lesiones y Causas de Defunción. El comité adoptó un borrador final después de haberlo modificado sobre la base de los ensayos realizados por diversos organismos de Canadá, el Reino Unido y los Estados Unidos de América.

Tabla 1: *Revisiones de la CIE bajo los auspicios de la OMS*

Revisión	Fecha de entrada en vigor	Año de adopción por la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), WHA por sus siglas en inglés)
6ª Revisión	1948	1948 (WHA1.36)
7ª Revisión	1 de enero de 1958	Mayo de 1956 (WHA9.29)
8ª Revisión	1 de enero de 1968	Mayo de 1966 (WHA19.44)
9ª Revisión	1 de enero de 1979	Mayo de 1976 (WHA29.34)
10ª Revisión	1 de enero de 1993	Mayo de 1990 (WHA43.24)
11ª Revisión	1 de enero de 2022	Mayo de 2019 (WHA72.15)

3.13.6 Sexta Revisión de las Listas Internacionales

La Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en la ciudad de Nueva York en junio y julio de 1946 (11) encomendó a la Comisión Interina de la Organización Mundial de la Salud la responsabilidad de "revisar los recursos existentes y emprender los trabajos preparatorios que sean necesarios en relación con (i) la próxima revisión decenal de las 'Listas Internacionales de Causas de Defunción' (incluidas las listas adoptadas en virtud del Acuerdo Internacional de 1934, relativo a las Estadísticas de Causas de Defunción); y (ii) el establecimiento de Listas Internacionales de Causas de Morbilidad".

Para cumplir con esta responsabilidad, la Comisión Interina nombró el Comité de Expertos para la Preparación de la Sexta Revisión Decenal de las Listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción. Este Comité, teniendo plenamente en cuenta la opinión predominante en materia de clasificación de la morbilidad y la mortalidad, examinó y revisó la mencionada propuesta de clasificación que había sido preparada por el Comité de Causas Conjuntas de Muerte de los Estados Unidos.

La clasificación resultante se distribuyó a los gobiernos nacionales que elaboran estadísticas de morbilidad y mortalidad para que hicieran comentarios y sugerencias bajo el título de Clasificación Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Defunción. El Comité de Expertos examinó las respuestas y preparó una versión revisada que incorporaba cambios para mejorar la utilidad y la aceptabilidad de la clasificación. El Comité también recopiló una lista de términos de diagnóstico que debían aparecer bajo cada título de la clasificación. Además, se nombró un subcomité para que preparara un índice alfabético completo de enunciados de diagnóstico clasificados en la categoría correspondiente de la clasificación. El Comité también consideró la estructura y los usos de las listas especiales de causas para la tabulación y publicación de las estadísticas de morbilidad y mortalidad y estudió otros problemas relacionados con la comparabilidad internacional de las estadísticas de mortalidad, como la forma del certificado médico y las normas de clasificación. La Conferencia Internacional para la Sexta Revisión de las Listas Internacionales de Enfermedades y Causas de Defunción fue

convocada en París del 26 al 30 de abril de 1948 por el Gobierno de Francia en virtud del acuerdo firmado al término de la Quinta Conferencia de Revisión en 1938. Su secretaría fue confiada conjuntamente a las autoridades francesas competentes y a la Organización Mundial de la Salud, que había realizado los trabajos preparatorios en virtud del acuerdo suscrito por los gobiernos representados en la Conferencia Internacional de la Salud de 1946 (12).

La Conferencia adoptó la clasificación preparada por el Comité de Expertos como Sexta Revisión de las Listas Internacionales (13). También consideró otras propuestas del Comité de Expertos relativas a la compilación, tabulación y publicación de las estadísticas de morbilidad y mortalidad. La Conferencia aprobó el Formulario Internacional de Certificado Médico de Causas de Defunción, aceptó la causa básica de muerte como la principal causa para las tabulaciones y refrendó las reglas de selección de la causa básica de defunción, así como las listas especiales para la tabulación de los datos de morbilidad y mortalidad. Además, recomendó que la Asamblea Mundial de la Salud adoptara un reglamento en virtud del artículo 21(b) de la Constitución de la OMS para orientar a los Estados miembros en la compilación de estadísticas de morbilidad y mortalidad de acuerdo con la Clasificación Estadística Internacional. En 1948, la Primera Asamblea Mundial de la Salud hizo suyo el informe de la Sexta Conferencia de Revisión y adoptó el Reglamento Nº 1 de la Organización Mundial de la Salud, elaborado a partir de las recomendaciones de la Conferencia. La Clasificación Internacional, incluida la Lista Tabular de Inclusiones que define el contenido de las categorías, se incorporó, junto con el formulario del certificado médico de causa de muerte, las reglas de clasificación y las listas especiales para la tabulación, al Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Defunción (22). El Manual constaba de dos volúmenes, siendo el Volumen 2 un índice alfabético de términos diagnósticos codificados a las categorías correspondientes. En la Sexta Revisión, los estados mórbidos resultantes de lesiones, envenenamientos y otras causas externas se clasificaron según las circunstancias externas que dieron lugar a la lesión y según el tipo de lesión.

La adopción de esta doble clasificación se consideró en su momento un paso audaz para hacer frente al interés simultáneo por más de un aspecto de las lesiones. La Sexta Conferencia de Revisión Decenal marcó el inicio de una nueva era en las estadísticas vitales y de salud internacionales. Además de aprobar una lista exhaustiva tanto para la mortalidad como para la morbilidad y de acordar normas internacionales para la selección de la causa básica de defunción, recomendó la adopción de un amplio programa de cooperación internacional en el ámbito de las estadísticas vitales y de salud. Un punto importante de este programa era 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. Además, se preveía que dichos comités nacionales, por separado o en cooperación con otros comités nacionales, estudiaran problemas estadísticos de importancia para la salud pública y pusieran los resultados de sus investigaciones a disposición de la OMS.

3.13.7 La Séptima y Octava Revisiones

La Conferencia Internacional para la Séptima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades se celebró en París bajo los auspicios de la OMS en febrero de 1955 (14). De acuerdo con una recomendación del Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias de la OMS,

esta revisión se limitó a los cambios esenciales y a la corrección de errores e incoherencias (15). La Octava Conferencia de Revisión convocada por la OMS se reunió en Ginebra, del 6 al 12 de julio de 1965 (16). Esta revisión fue más radical que la Séptima, pero dejó inalterada la estructura básica de la Clasificación y la filosofía general de clasificar las enfermedades, siempre que sea posible, en función de su etiología y no de una manifestación concreta. Durante los años en que estuvieron en vigor la Séptima y la Octava Revisiones de la CIE, el uso de la CIE para indexar las historias clínicas de los hospitales aumentó rápidamente y algunos países prepararon adaptaciones nacionales que proporcionaban los detalles adicionales necesarios para esta aplicación de la CIE.

3.13.8 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 (17). En los debates previos a la conferencia, en un principio se había pretendido que hubiera pocos cambios, salvo la actualización de la clasificación. Esto se debía principalmente a los gastos de adaptación de los sistemas de procesamiento de datos cada vez que se revisaba la clasificación. El interés por la CIE había crecido enormemente y había que encontrar formas de responder a ello, en parte modificando la propia clasificación y en parte introduciendo disposiciones especiales de codificación.

Los organismos especializados que se habían interesado por la utilización de la CIE para sus propias estadísticas presentaron una serie de alegatos. Algunas áreas temáticas de la clasificación se consideraron inadecuadas y se ejerció una presión considerable para que se detallara más y se adaptara la clasificación para hacerla más relevante para la evaluación de la atención médica, clasificando las afecciones en los capítulos relativos a la parte del cuerpo afectada en lugar de en los que tratan la enfermedad generalizada subyacente. En el otro extremo de la escala, hubo representaciones de países y zonas en las que una clasificación detallada y sofisticada era irrelevante, pero que, sin embargo, necesitaban una clasificación basada en la CIE para evaluar sus progresos en la asistencia a la salud y en el control de las enfermedades. Las propuestas finales presentadas y aceptadas por la Conferencia mantuvieron la estructura básica de la CIE, aunque con muchos detalles adicionales a nivel de las subcategorías de cuatro caracteres, y algunas subdivisiones opcionales de cinco caracteres. En beneficio de los usuarios que no requieren tal detalle, se tuvo cuidado de garantizar que las categorías a nivel de tres caracteres fueran adecuadas.

En beneficio de los usuarios que desean elaborar estadísticas e índices orientados a la atención médica, la Novena Revisión incluyó un método alternativo opcional para clasificar los enunciados diagnósticos, que incluía información tanto sobre una enfermedad general subyacente como sobre una manifestación en un órgano o lugar concreto. Este sistema pasó a conocerse como el sistema de daga y asterisco. La Vigésima Novena Asamblea Mundial de la Salud, tomando nota de las recomendaciones de la Conferencia Internacional para la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, aprobó la publicación, con fines de ensayo, de las clasificaciones suplementarias de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías y de Procedimientos en Medicina como complementos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, pero no como partes integrantes de la misma.

3.13.9 La Décima Revisión

Incluso antes de la Conferencia para la Novena Revisión, la OMS había estado preparando la Décima Revisión. Ya se había aceptado que la gran expansión del uso de la CIE requería un replanteamiento profundo de su estructura y un esfuerzo por concebir una clasificación estable y flexible, que no requiriera una revisión fundamental durante muchos años. En consecuencia, se pidió a los Centros Colaboradores de la OMS para la Clasificación de Enfermedades (véase www.who.int/classification) que experimentaran con modelos de estructuras alternativas para la CIE-10.

También había quedado claro que el intervalo establecido de diez años entre revisiones era demasiado corto. El trabajo en el proceso de revisión tuvo que comenzar antes de que la versión actual de la CIE hubiera estado en uso el tiempo suficiente para ser evaluada a fondo, principalmente porque la necesidad de consultar a tantos países y organizaciones hacía que el proceso fuera muy largo. Por lo tanto, el Director General de la OMS escribió a los Estados miembros y obtuvo su acuerdo para posponer una Conferencia de Revisión de 1985 hasta 1989, y para retrasar la introducción de la Décima Revisión que habría estado prevista en 1989. Además de permitir la experimentación con modelos alternativos para la estructura de la CIE, esto dio tiempo para la evaluación de la CIE-9, por ejemplo, mediante reuniones organizadas por algunas de las Oficinas Regionales de la OMS y mediante una encuesta organizada en la sede.

La Conferencia Internacional para la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, a la que asistieron delegados de 43 Estados miembros, fue convocada por la Organización Mundial de la Salud en Ginebra del 26 de septiembre al 2 de octubre de 1989. Las Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo y las Oficinas Regionales de la OMS enviaron representantes para participar en la Conferencia, al igual que el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas. También fueron invitadas otras doce organizaciones no gubernamentales relacionadas con el registro del cáncer, la sordera, la epidemiología, la medicina familiar, la ginecología y la obstetricia, la hipertensión, los registros sanitarios, la medicina preventiva y social, la neurología, la psiquiatría, la rehabilitación y las enfermedades de transmisión sexual.

Se había dedicado una amplia actividad preparatoria a una revisión radical de la idoneidad de la estructura de la CIE, esencialmente una clasificación estadística de enfermedades y otros problemas de salud, para servir a una amplia variedad de necesidades de datos de mortalidad y atención a la salud. Se había investigado la forma de estabilizar el sistema de codificación para minimizar los trastornos en las sucesivas revisiones, así como la posibilidad de proporcionar un mejor equilibrio entre el contenido de los distintos capítulos de la CIE. Incluso con una nueva estructura, era evidente que una sola clasificación no podía hacer frente a los extremos de las necesidades. Por lo tanto, se había desarrollado el concepto de una "familia" de clasificaciones, que incluiría la CIE para las estadísticas tradicionales de mortalidad y morbilidad, mientras que las necesidades de clasificaciones más detalladas, menos detalladas o diferentes y los asuntos asociados serían tratados por otros miembros de la familia. Se reconoció el potencial de los diferentes miembros de la "familia" en la evaluación médico-social y multidimensional en relación no sólo con la salud sino también con las actividades de la vida diaria, así como con el entorno social y físico. Se demostró que se podía obtener información eficaz mediante el uso de

la CIE y la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) (18), y mediante el uso de los códigos del capítulo XXI de la Décima Revisión.

La principal innovación de la Décima Revisión fue el uso de un esquema de codificación alfanumérico de una letra seguida de tres números en el nivel de cuatro caracteres. Esto tuvo el efecto de duplicar con creces el tamaño del marco de codificación en comparación con la Novena Revisión y permitió asignar a la gran mayoría de los capítulos una única letra o grupo de letras, cada una de las cuales podía proporcionar 100 categorías de tres caracteres. De las 26 letras disponibles, se han utilizado 25, quedando la letra U vacante para futuras adiciones y cambios, y para posibles clasificaciones provisionales que resuelvan las dificultades que surjan a nivel nacional e internacional entre revisiones.

Otra innovación importante fue la creación, hacia el final de algunos capítulos, de categorías para los trastornos postprocedimiento. Éstas identificaban afecciones importantes que constituían un problema de atención médica por derecho propio. Las afecciones postprocedimiento que no eran específicas de un sistema corporal concreto siguieron clasificándose en el capítulo de "Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas". La Revisión incluyó definiciones, normas y requisitos de notificación relacionados con la mortalidad materna y con la mortalidad fetal, perinatal, neonatal e infantil. Se publicó en tres volúmenes: uno que contenía la lista tabular, un segundo que contenía todas las definiciones, normas, reglas e instrucciones relacionadas, y un tercero que contenía el índice alfabético.

La Décima Conferencia de Revisión debatió las dificultades experimentadas durante el largo periodo de uso de la Novena Revisión, relacionadas con la aparición de nuevas enfermedades y la falta de un mecanismo de actualización para acomodarlas. Reconoció que no sería factible celebrar conferencias de revisión con más frecuencia que cada 10 años. También reconoció que cualquier cambio que se introdujera durante la vigencia de la Décima Revisión tendría que ser considerado cuidadosamente en relación con su impacto en los análisis y las tendencias.

3.13.10 La Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS

Aunque la CIE es adecuada para muchas aplicaciones diferentes, no satisface todas las necesidades de sus diversos usuarios. No ofrece suficientes detalles para algunas especialidades y, en ocasiones, puede ser necesaria la información sobre diferentes atributos de las condiciones de salud. Además, la CIE no es útil para describir el funcionamiento y la discapacidad como aspectos de la salud y no incluye toda la gama de intervenciones sanitarias o motivos de atención. Los cimientos establecidos por la Conferencia Internacional sobre la CIE-10 en 1989 proporcionaron la base para el desarrollo de una "familia" de clasificaciones de salud. Esto recibió un impulso adicional durante la década de 1990 con el desarrollo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (19), aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2001.

En 2001 se creó la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (FCI-OMS). El núcleo de la Familia son sus clasificaciones de referencia, actualmente la CIE y la CIF; la Clasificación Internacional de Intervenciones en Salud (CIIS), actualmente en desarrollo, es la tercera clasificación de referencia. La FCI-OMS también incluye clasificaciones derivadas, que proporcionan detalles adicionales a las Clasificaciones de Referencia o son reordenamientos o

agregaciones de términos en las clasificaciones de referencia; la OMS ha autorizado a varios países a desarrollar modificaciones nacionales de la CIE como clasificaciones derivadas. Además, la FCI-OMS incluye clasificaciones relacionadas para cubrir funciones sanitarias que no están cubiertas (o lo están sólo parcialmente) por otros miembros de la FCI-OMS. La FCI-OMS cuenta con el apoyo de una red de Centros Colaboradores, basada en los antiguos Centros Colaboradores para la CIE y la CIF, pero ampliada continuamente con la incorporación de nuevos centros.

Tabla 2: *Evolución de la CIE*

Iteración	Año	Documento	Nota
0	1891	Clasificación de las Causas de Defunción de Bertillon	Elaborada por el Instituto Internacional de Estadística
1	1900	Bertillon/Lista Internacional de Causas de Defunción	Primera Conferencia Internacional para la Revisión de la Lista de Causas de Defunción
2	1910	Lista Internacional de Causas de Defunción	179 títulos, llamada a revisión cada 10 años
3	1920	Lista Internacional de Causas de Defunción	
4	1929	Lista Internacional de Causas de Defunción	Redactada conjuntamente por el Instituto Internacional de Estadística y la Organización de la Salud de la Sociedad de Naciones
5	1938	Lista Internacional de Causas de Defunción	200 títulos, adiciones a infecciosas y parasitarias
6	1948	Clasificación Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Defunción	Reconocimiento de la clasificación de enfermedades y lesiones, además de las causas de defunción
7	1955	Clasificación Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Defunción	
8	1965	Clasificación Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Defunción	
9	1976	Clasificación Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Defunción	Ensayo de suplemento en Deficiencias y Minusvalías, y Procedimientos en Medicina
10	1990	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados	Introducción del esquema de codificación alfanumérica, trastornos posteriores al procedimiento; actualizaciones periódicas intermedias
11	2019	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud	Poscoordinación (codificación en clústers); adición de la Medicina Tradicional, codificación de eventos adversos

3.13.11 Actualización de la CIE entre revisiones

Tal y como se previó en la conferencia de la Décima Revisión, la actualización de la décima revisión de la CIE comenzó en el año 2000. Las propuestas de actualización provinieron de la OMS y los Centros Colaboradores, y fueron consideradas cuidadosamente, incluyendo el impacto

en las tendencias. El proceso de actualización ha permitido prolongar la vida de la Décima Revisión manteniendo su vigencia clínica y científica.

3.13.12 Principales pasos en la Revisión de la CIE-11

La revisión de la CIE-11 se ha llevado a cabo en varias fases. Primero; se recopiló una lista de observaciones que se conocían por el uso de la CIE-10 y que no podían resolverse en su estructura de clasificación y se formularon posibles soluciones. En segundo lugar; se recibieron aportaciones de muchos grupos científicos de las áreas temáticas clave, centrándose en las perspectivas clínicas.

Por último, se llevó a cabo una edición centralizada, destinada a ajustar los desequilibrios de contenido generados por múltiples grupos de expertos que operaron de forma independiente en la fase anterior de la revisión, y a garantizar la consistencia y la viabilidad de la estructura general para las estadísticas de mortalidad y morbilidad.

La versión final también recibió las aportaciones de las pruebas de campo, los comentarios de los Estados miembros y la presentación y tramitación de propuestas en curso.

3.13.13 Preparativos para la Undécima Revisión

En 2003, la OMS y los Centros Colaboradores tenían claro que ya no se podía retrasar una nueva revisión de la CIE. La estructura de la CIE-10 limitaba el alcance de la actualización de la CIE, y algunas observaciones necesitaban un desarrollo más amplio y un debate con grupos de expertos. En una reunión especial de los Centros Colaboradores celebrada en Helsinki en 2004 se debatió la necesidad de una revisión y las cuestiones que debían abordarse como parte del proceso de revisión. Posteriormente, en la reunión de la red de la FCI-OMS de 2004 se adoptó un plan de trabajo para el proceso de revisión que se fue desarrollando progresivamente en las reuniones posteriores.

En 2007, la OMS lanzó formalmente el proceso de revisión. La supervisión se ha llevado a cabo a través de un Grupo Directivo de Revisión de amplia base. El trabajo técnico ha sido realizado por una serie de Grupos Asesores Temáticos, con grupos transversales que examinan la mortalidad, la morbilidad y las cuestiones de calidad y seguridad. Por primera vez, se ha incluido un capítulo sobre la descripción de enfermedades y patrones de enfermedades desde el punto de vista de la medicina tradicional.

Se ha desarrollado un modelo de contenido que incluye una serie de componentes para cada entidad de la CIE, lo que proporciona una rica base para la CIE. Otras clasificaciones y terminologías están vinculadas o incluidas cuando es posible para asegurar que la CIE esté alineada con ellas, y los elementos utilizados en otros miembros de la familia de clasificaciones de la OMS se han alineado siempre que ha sido posible. La clasificación estadística más tradicional para la mortalidad y la morbilidad se obtiene del Componente Fundamental de la CIE-11 como una lista tabular. Los códigos de extensión se utilizan para limitar el volumen del contenido, pero siguen permitiendo una clasificación detallada de las entidades de enfermedad. Los capítulos y secciones suplementarios permiten captar de forma opcional información sobre los diagnósticos de la medicina tradicional y el funcionamiento. Basándose en las experiencias con la CIE-9 y la CIE-10 se diseñó un mecanismo de actualización que permite mejorar la

orientación al usuario y las actualizaciones científicas sin comprometer el uso estadístico de la clasificación.

3.13.14 Referencias para la historia de la CIE

1. Knibbs G.H. The International Classification of Disease and Causes of Death and its revision. Medical journal of Australia, 1929, 1:2-12.
2. Moriyama IM, Loy RM, Robb-Smith AHT. History of the statistical classification of diseases and causes of death. Rosenberg HM, Hoyert DL, eds. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2011.
3. Greenwood M. Medical statistics from Graunt to Farr. Cambridge, Cambridge University Press, 1948.
4. First annual report. London, Registrar General of England and Wales, 1839, p. 99.
5. Bertillon J. Classification of the causes of death (abstract). In: Transactions of the 15th International Congress on Hygiene Demography. Washington, 1912.
6. International list of causes of death. The Hague, International Statistical Institute, 1940.
7. 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 organisation, 1928 (document C.H. 730)
8. Medical Research Council, Committee on Hospital Morbidity Statistics. A provisional classification of diseases and injuries for use in compiling morbidity statistics. London, Her Majesty's Stationery Office, 1944 (Special Report Series No. 248).
9. US Public Health Service, Division of Public Health Methods. Manual for coding causes of illness according to a diagnosis code for tabulating morbidity statistics. Washington, Government Publishing Office, 1944 (Miscellaneous Publication No. 32).
10. Sixteenth annual report. London, Registrar General of England and Wales, 1856, App. p.73.
11. Official Records of the World Health Organisation, 1948, 11, 23.
12. Official Records of the World Health Organisation, 1948, 2, 110.
13. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Sixth revision. Geneva, World Health Organisation, 1949.
14. Report of the International Conference for the Seventh Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death. Geneva, World Health Organisation, 1955 (unpublished document WHO/HA/7 Rev. Conf./17 Rev. 1.
15. Third Report of the Expert Committee on Health Statistics. Geneva, World Health organisation, 1952 (WHO Technical Report Series, No. 53).
16. Report of the International Conference for the Eighth Revision of the International Classification of Diseases. Geneva, World Health Organisation, 1965 (unpublished document WHO/ICD9/74.4.
17. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death, Volume 1. Geneva, World Health Organisation, 1977.
18. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Geneva, World Health Organisation, 1980.
19. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, World Health organisation, 2001
20. Eleventh revision of the International Classification of Diseases, Report by the Director-General, 2019, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_29Add1-en.pdf

3.14 Anexo C Anexos para la codificación de la mortalidad

3.14.1 Formulario internacional del certificado médico de la causa de la defunción

Datos administrativos (puede especificarse más por el país)

Sexo ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Desconocido

Fecha del nacimiento D D M M A A A A Fecha de la defunción D D M M A A A A

***Sección A:* Información médica: Parte 1 y Parte 2**

1 Anote la enfermedad o condición que condujo directamente a la muerte en la línea a Informe la cadena de eventos en el orden "debido a" (si aplica) Anote la causa básica de defunción en la línea más baja utilizada.		Causas de la defunción	Tiempo desde el inicio hasta la muerte
	a		
	b	Debida a	
	c	Debida a	
	d	Debida a	

2 Otras condiciones importantes que contribuyeron a la muerte (la duración puede incluirse entre paréntesis después de cada condición)

***Sección B:* Otra información médica**

¿Se practicó alguna **cirugía** en las últimas 4 semanas?	☐ Sí	☐ No	☐ Desconocido
Si la respuesta es sí, especifique la fecha de la cirugía	D D M M A A A A		
Si la respuesta es sí, especifique el motivo de la cirugía (enfermedad o condición)			
¿Se solicitó una autopsia?	☐ Sí	☐ No	☐ Desconocido
Si la respuesta es sí ¿fueron los hallazgos utilizados en la certificación?	☐ Sí	☐ No	☐ Desconocido

Manera de morir

☐ Enfermedad	☐ Agresión	☐ No pudo ser determinada
☐ Accidente	☐ Intervención legal	☐ Pendiente de investigación
☐ Lesión autoinfligida	☐ Guerra	☐ Desconocido

Si es causa externa o intoxicación: Fecha de la lesión D D M M A A A A

Describa cómo se ocurrió la causa externa (si se trata de una intoxicación, especifique la sustancia)

Lugar de ocurrencia de la causa externa

☐ Hogar	☐ Institución residencial	☐ Escuela, otra institución, área administrativa pública	☐ Área de deportes y atletismo
☐ Calle y carretera	☐ Área de comercio y servicios	☐ Área industrial y de construcción	☐ Granja
☐ Otro lugar (especifique)			☐ Desconocido

Muerte fetal o infantil

Embarazo múltiple	☐ Sí	☐ No	☐ Desconocido
Muerte fetal	☐ Sí	☐ No	☐ Desconocido

Si falleció en las primeras 24 horas especifique las horas de sobrevivida ☐☐ Peso al nacer (gramos) ☐☐☐☐

Número de semanas completas de embarazo ☐☐ Edad de la madre (años) ☐☐

Si la muerte fue perinatal anote las condiciones de la madre que afectaron al feto y neonato

Para las mujeres, ¿la fallecida estaba embarazada? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

☐ En el momento de la muerte	☐ Dentro de los 42 días antes de la muerte
☐ Entre 43 días y hasta 1 año antes de la muerte	☐ Desconocido
☐ ¿El embarazo contribuyó a la muerte?	☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Formulario internacional de certificado médico de defunción

Los datos adicionales que puedan ser necesarios para el sistema de reporte de los países pueden añadirse al certificado. El formulario tiene una Sección A que sirve para informar de la(s) causa(s) de la defunción, la secuencia de las causas, la duración de las enfermedades hasta la muerte y otras condiciones que contribuyen al fallecimiento. Las causas de la muerte deben informarse con el mejor detalle disponible. Por ejemplo, "depresión al nacer" para un recién nacido que murió, debe complementarse con la razón de la depresión al nacer, como asfixia intraparto o hipoxemia preparto.

La Sección B está diseñada para ayudar con el reporte de los detalles relevantes para la codificación y los análisis epidemiológicos de las muertes debidas a causas externas, las muertes maternas, las muertes perinatales y las muertes debidas a afecciones posprocedimiento. Complementa la información de la Sección A. El reporte completo de las causas de defunción se basa en un examen preciso del cadáver, la evaluación de las circunstancias locales y la información disponible en los registros sanitarios. El establecimiento correcto de la causa de la muerte y la cumplimentación del certificado de defunción requieren una capacitación que debe comenzar en la facultad de medicina y actualizarse en los programas regulares de enseñanza. También es importante la experiencia práctica en la certificación de defunciones que se adquiere bajo la supervisión de colegas más experimentados. Hay que tener en cuenta que los certificadores médicos que establecen la causa de la muerte pueden no estar siempre disponibles. La certificación por parte de personas que no son médicos puede dar lugar a un cambio en el patrón de las causas de defunción reportadas.

Cuando el cadáver no está disponible para su examen, por ejemplo debido a la escasa cobertura del personal médico o a los procedimientos tradicionales de inhumación rápida, una autopsia verbal puede proporcionar alguna información limitada sobre la causa de defunción. En tal caso, rara vez se identificará una secuencia de causas que condujeron a la muerte, y las causas identificadas con la autopsia verbal deben notificarse por separado de las disponibles en el proceso formal de certificación de la muerte.

3.14.2 Guía de referencia rápida para el formulario internacional de certificado médico de defunción (folleto del CMCD)

```
La información sobre las causas de defunción sirve para:
- la prevención y la vigilancia epidemiológica
- gestionar la asistencia a la salud
- comparar la salud entre diferentes poblaciones
```

El certificado de defunción es uno de los primeros pasos para obtener una visión general de la salud de las personas. Las enfermedades o condiciones registradas en un certificado de defunción representan la mejor opinión médica. Un certificado de causa de defunción debidamente cumplimentado proporciona una descripción del orden, el tipo y la asociación de los acontecimientos que han provocado el fallecimiento. Los diagnósticos consignados en el certificado se codifican con la Clasificación Internacional de Enfermedades. El llenado de las causas de defunción en el certificado es independiente de la revisión de la CIE. Estos datos codificados se analizan y utilizan tanto a nivel nacional como internacional, sin importar el idioma que se haya utilizado para completar el certificado.

Causas de la defunción en el certificado: ¿cómo anotarlas?

Sección A: Los certificados de defunción pueden contar con diferentes asepctos en la mayoría de los países, pero la sección sobre la causa de la muerte es idéntica en todo el mundo. La sección A tiene dos partes, denominadas Parte 1 y Parte 2, y un apartado para registrar el intervalo de tiempo entre la aparición de cada afección y la fecha de la muerte.

Parte 1 - se utiliza para las enfermedades o afecciones que forman parte de la **secuencia de acontecimientos** que conducen directamente a la muerte. La causa inmediata (terminal o directa) de la muerte se registra en la primera línea, 1(a). Siempre debe haber una causa anotada en la línea 1(a). La anotación en la línea 1(a) puede ser la única afección consignada en la parte 1 del certificado. Cuando haya **dos o más afecciones** que formen parte de la secuencia de acontecimientos que conducen directamente a la muerte, cada acontecimiento de la secuencia debe registrarse en una línea separada.

En cualquier caso, se debe registrar la enfermedad, la lesión o la causa externa que provocó la muerte. No registre sólo el **modo de morir,** como el paro cardíaco, la insuficiencia respiratoria o la insuficiencia cardíaca.

Intente ser lo más específico posible. La causa de muerte "**Desconocida**" se debe registrar en los casos en los cuales no se puede determinar la causa de la muerte mediante pruebas exhaustivas o un examen de autopsia. Describir como "Desconocida" es mejor que cualquier especulación sobre la posible causa de la muerte.

Exprese siempre de forma completa todos los términos. **Las abreviaturas** pueden interpretarse de diferentes maneras. Los términos como "sospechoso" o "posible" se ignoran en la evaluación de las afecciones anotadas. Por ejemplo, "sospecha de diabetes" se interpretará como "diabetes". Es posible que las cuatro líneas no proporcionen suficiente espacio para la cadena de acontecimientos. No desperdicie espacio con **palabras innecesarias**. Algunos términos clínicos son muy vagos. Por ejemplo, "tumor" no especifica el comportamiento (véase también la última página de esta sección).

Duración: es el intervalo de tiempo entre el inicio de cada afección que se anota en el certificado (no el momento del diagnóstico de la afección), y la fecha de la muerte. La información sobre la duración es útil para codificar ciertas enfermedades y también proporciona una comprobación útil del orden en la secuencia de las afecciones notificadas.

Parte 2: se utiliza para las afecciones que no pertenecen a la parte 1 pero su presencia contribuyó a la muerte.

Sección B: A menudo se olvidan algunos detalles en las partes 1 y 2 (sección A). Las preguntas detalladas por separado piden detalles como la cirugía previa, el modo de morir o el lugar de ocurrencia. La sección B no aparece en esta hoja de información. Se explica por sí misma.

Causas de la defunción en el certificado - paso a paso

- **Empiece** en la línea 1(a), con la causa inmediata (directa), y luego retroceda en el tiempo a las condiciones precedentes hasta llegar a la que inició la secuencia de acontecimientos. Se acercará mucho al momento en que el paciente estaba sano.
- **Ahora**, usted debería haber reportado la causa básica u originaria en la línea más baja utilizada y una secuencia de eventos conducirá desde la causa básica hasta la causa inmediata (directa) en la primera línea 1(a).
- **Por último**, registre el intervalo de tiempo entre el inicio de cada afección anotada en el certificado y la fecha de la muerte. Cuando no se conozca la hora o la fecha de inicio, se debe registrar el mejor estimado. Anote la unidad de tiempo (minutos, horas, días, semanas, meses, años).

Ejemplo

Sección A: Información médica: Parte 1 y Parte 2

		Causas de la defunción	Tiempo desde el inicio hasta la muerte
1 Anote la enfermedad o condición que condujo directamente a la muerte en la línea a Informe la cadena de eventos en el orden "debido a" (si aplica) Anote la causa básica de defunción en la línea más baja utilizada	**a**	***Hemorragia cerebral***	***4 horas***
	b	Debida a ***Metástasis al cerebro***	***4 meses***
	c	Debida a ***Cáncer de mama***	***5 años***
	d	Debida a	
2 Otras condiciones importantes que contribuyeron a la muerte (la duración puede incluirse entre paréntesis después de cada condición)			

Ejemplo

- **Escriba con claridad** y no utilice abreviaturas.
- Verifique que toda la información se encuentre **completa**.
- **No especule** sobre la causa de la muerte.
- No registre resultados del laboratorio o declaraciones como "encontrado por un colega" (puede haber campos separados en el formulario para este tipo de información).
- Una afección por línea debería ser suficiente.

Términos mal definidos de uso frecuente

Término	Instrucción
Accidente	Especifique las **circunstancias**. Especifique la **intención**, como accidente de automóvil, suicidio o agresión. Especifique el **lugar** de ocurrencia.
Alcohol, drogas	Especifique el **uso**: largo plazo o único, adicción
Complicación de la cirugía	Especifique la **enfermedad** que fue el motivo de la cirugía
Demencia	Especifique **la causa**: por ejemplo, debido a la enfermedad de Alzheimer, cerebrovascular, cuerpos de Lewy
Hepatitis	Especifique el **curso, la etiología**: aguda o crónica, alcohólica. Si es viral (especifique el tipo A, B, C..)
Infarto	Especifique el **lugar**: corazón, cerebro... Especifique la **causa**: arteriosclerótica, trombótica, embólica
Infección	Especifique: primaria o secundaria, **organismo** causante. Si **es primaria: especifique si es** bacteriana, vírica, fúngica o parasitaria. Si **es secundaria: especifique** la infección primaria
Leucemia	Especifique: **tipo, por** ejemplo, mieloide, monocítica, linfoide, también si es aguda o crónica
Neumonía	Especifique: primaria, aspiración, **causa**, **organismo** causante. Si se debe a la inmovilidad: especifique la causa de la inmovilidad
Embolia pulmonar	Especifique la **causa** de la embolia. Si es **posquirúrgica** debida a la inmovilidad, indique la enfermedad que fue causa de la cirugía o de la inmovilidad
Insuficiencia renal	Especifique: aguda, crónica o terminal, la **causa** básica de la insuficiencia, como la arteriosclerosis o la infección. Si se debe a la inmovilidad: especifique la causa de la inmovilidad
Trombosis	Especifique: arterial o venosa. Especifique: el vaso sanguíneo. Si es posquirúrgica o de inmovilidad: especifique la enfermedad que fue causa de la cirugía o de la inmovilidad
Tumor	Especifique: comportamiento, localización, metástasis
Infección del tracto urinario	Especifique: lugar del tracto urinario, **organismo** causante, **causa** básica de la infección. Si se debe a la inmovilidad: especifique la causa de la inmovilidad

3.14.3 Detalles adicionales sugeridos para las muertes perinatales

Identificación de detalles particulares												
El niño nació vivo el	D	D	M	M	A	A	a las		Hs		Min	
El niño nació muerto el	D	D	M	M	A	A	a las		Hs		Min	
☐ Falleció antes del parto			☐ Durante el trabajo de parto					☐ Se ignora				

Madre							
Fecha de nacimiento	D	D	M	M	A	A	

Número de embarazos previos		**Fecha de último embarazo**	D	D	M	M	A	A
		Resultado de último embarazo						
Nacidos vivo	_____	☐ Nacido vivo						
Mortinato	_____	☐ Mortinato						
Aborto	_____	☐ Aborto						

Primer día de la última menstruación	D	D	M	M	A	A	

Parto	**Atención prenatal, dos o más controles:**
☐ Normal, espontáneo de vértice	☐ SI
☐ Otro (especificar)	☐ NO
	☐ Se ignora

Atendió el parto	
☐ Médico	☐ Otro personal capacitado (Especificar)
☐ Enfermera capacitada	☐ Otro (Especificar)

Recién nacido	
☐ Único	☐ Segundo gemelo
☐ Primer gemelo	☐ Otro múltiple (Especificar)

Detalles adicionales sugeridos para Muertes perinatales

3.14.4 Diagrama de flujo de trabajo para la codificación de la mortalidad

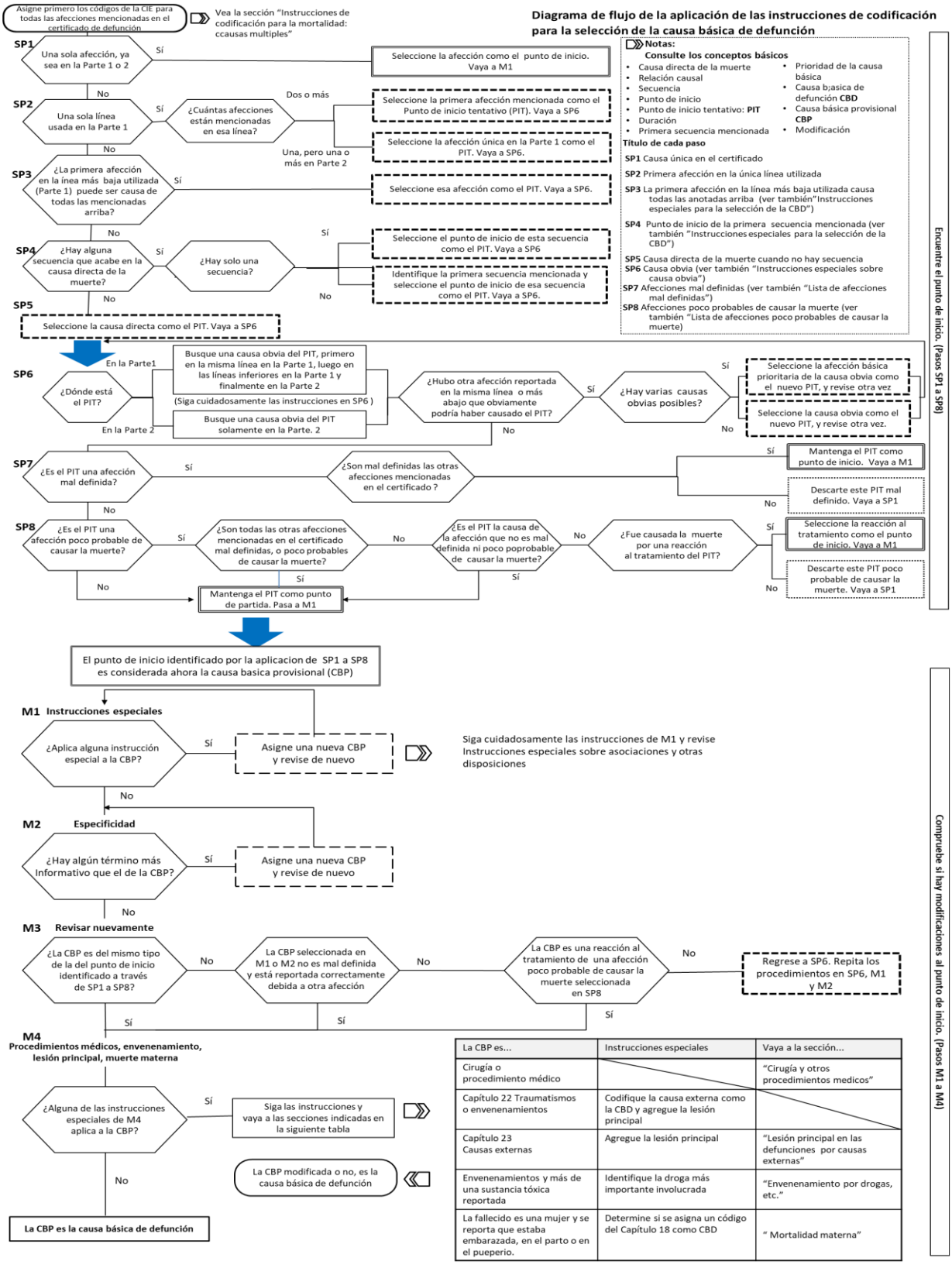


Diagrama de flujo

Diagrama de flujo de trabajo de los pasos SP1 a SP8, y de los pasos M1 a M4 para la codificación de la mortalidad.

3.14.5 Clasificación de prioridad de los códigos de la naturaleza de la lesión

La clasificación de prioridad de los códigos de naturaleza de las lesiones se elabora para normalizar y facilitar la codificación de la lesión principal. La lista se creó con una importante aportación del Esfuerzo de Colaboración Internacional (ICE por sus siglas en inglés) sobre Estadísticas de Lesiones. La lista inicial se introdujo en 2011 tras ser probada en varios países, y se realizaron actualizaciones para corregir errores en la lista inicial.

(1 = rango de prioridad más alto)

Código	Título	Rango
NA00	Traumatismo superficial en la cabeza	6
NA01	Herida abierta de cabeza	6
NA02	Fractura del cráneo o de los huesos faciales	
NA02.0	Fractura de la bóveda del cráneo	3
NA02.1	Fractura de la base de cráneo	4
NA02.2	Fractura orbitaria	6
NA02.3	Fractura de los huesos nasales	6
NA02.4	Fractura de maxilar	6
NA02.5	Fractura del hueso cigomático	6
NA0D.02	Fractura de dentina-esmalte	6
NA02.7	Fractura de la mandíbula	6
NA02.8	Fracturas múltiples que afectan el cráneo o los huesos faciales	3
NA02.Y	Otra fractura especificada del cráneo o de los huesos faciales	4
NA02.Z	Fractura del cráneo o de los huesos faciales, sin especificación	3
NA03	Luxación, distensión o esguince de articulaciones o ligamentos de la cabeza	
NA03.0	Luxación de la mandíbula	5
NA03.1	Luxación del cartílago septal de la nariz	6
NA0D.12	Luxación extrusiva de diente	6
NA03.3	Torcedura o esguince de la mandíbula	6
NA03.Y	Otra luxación, distensión o esguince de articulaciones o ligamentos de la cabeza especificado	6
NA03.Z	Luxación, distensión o esguince de articulaciones o ligamentos de la cabeza, sin especificación	6
NA04	Traumatismo en los nervios craneales	6
NA05	Traumatismo en los vasos sanguíneos de la cabeza	5
NA06	Traumatismo en el ojo o la órbita	
NA06.0	Traumatismo en el párpado	6
NA06.1	Herida penetrante en la órbita, con o sin cuerpo extraño	6
NA06.2	Cuerpo extraño retenido después de una herida penetrante en la órbita	6
NA06.3	Hemorragia orbitaria traumática	6
NA06.4	Traumatismo en la conjuntiva o abrasión corneal sin mención de cuerpo extraño	6
NA06.5	Traumatismo en el esfínter del iris	6

NA06.6	Traumatismo en la retina	6
NA06.7	Hemorragia retiniana traumática	6
NA06.80	Cuerpo extraño magnético intraocular retenido, unilateral	6
NA06.81	Cuerpo extraño no magnético intraocular retenido, unilateral	6
NA06.82	Traumatismo cerrado en el globo ocular, unilateral	6
NA06.83	Traumatismo cerrado en el globo ocular, bilateral	6
NA06.84	Herida penetrante en el globo ocular sin cuerpo extraño, unilateral	6
NA06.85	Avulsión en un ojo, unilateral	5
NA06.86	Avulsión en un ojo, bilateral	5
NA06.87	Laceración ocular o ruptura con prolapso o pérdida de tejido intraocular, unilateral	6
NA06.88	Laceración ocular o ruptura con prolapso o pérdida de tejido intraocular, bilateral	6
NA06.89	Herida penetrante en el globo ocular, bilateral	6
NA06.8A	Herida perforante en el globo ocular, bilateral	6
NA06.8B	Cuerpo extraño magnético intraocular retenido, bilateral	6
NA06.8C	Cuerpo extraño no magnético intraocular retenido, bilateral	6
NA06.8D	Laceración ocular sin prolapso ni pérdida de tejido intraocular, unilateral	6
NA06.8E	Laceración ocular sin prolapso ni pérdida de tejido intraocular, bilateral	6
NA06.8Y	Otro traumatismo especificado en el ojo o la órbita	6
NA06.8Z	Traumatismo en el ojo ola órbita, sin especificación	6
NA06.9	Contusión en el globo ocular o los tejidos orbitarios	6
NA06.A	Traumatismo en el cristalino	6
NA06.Y	Otro traumatismo especificado en el ojo o la órbita	6
NA06.Z	Traumatismo en el ojo o la órbita, sin especificación	6
NA07	Traumatismo intracraneal	
NA07.0	Conmoción	6
NA07.1	Hemorragia traumática intracerebral	2
NA07.2	Edema cerebral traumático	1
NA07.3	Traumatismo cerebral difuso	1
NA07.4	Traumatismo cerebral focalizado	2
NA07.5	Hemorragia epidural traumática	2
NA07.6	Hemorragia subdural traumática	2
NA07.7	Hemorragia subaracnoidea traumática	2
NA07.8	Hemorragia traumática en el tejido cerebral	2

NA07.Y	Outro traumatismo intracraneal especificado	2
NA07.Z	Traumatismo intracraneal, sin especificación	2
NA08	Traumatismo por aplastamiento de la cabeza	
NA08.0	Traumatismo por aplastamiento del cerebro	1
NA08.1	Traumatismo por aplastamiento de la cara	5
NA08.2	Traumatismo por aplastamiento del cráneo	1
NA08.3	Cuero cabelludo aplastado	1
NA08.Y	Otro traumatismo por aplastamiento especificado de la cabeza	1
NA08.Z	Traumatismo por aplastamiento de la cabeza, sin especificación	1
NA09	Amputación traumática de parte de la cabeza	
NA09.0	Avulsión del cuero cabelludo	6
NA09.1	Amputación traumática de la oreja	6
NA09.2	Amputación traumática de la nariz	4
NA09.3	Amputación traumática de labio	4
NA09.Y	Otro amputación traumática especificada de parte de la cabeza	4
NA09.Z	Amputación traumática de parte de la cabeza, sin especificación	4
NA0A	Algunos traumatismos especificados de la cabeza	
NA0A.0	Heridas complejas en la cabeza	2
NA0A.1	Traumatismo en tendón, fascia o músculo de la cabeza	6
NA0A.2	Ruptura traumática de la membrana del tímpano del oído	6
NA0A.3	Traumatismos múltiples en la cabeza	4
NA0A.Y	Otros traumatismos especificados en la cabeza	6
NA0B	Traumatismos en el pabellón auricular	3
NA0C	Traumatismo en el oído medio o interno	3
NAOD	Lesión de dientes o estructuras de soporte	6
NA0Z	Traumatismos en la cabeza, sin especificación	3
NA20	Traumatismo superficial en el cuello	6
NA21	Herida abierta en el cuello	
NA21.0	Laceración en el cuello, sin cuerpo extraño	5
NA21.1	Laceración en el cuello, con cuerpo extraño	5
NA21.2	Herida punzante en el cuello, sin cuerpo extraño	5
NA21.3	Herida punzante en el cuello, con cuerpo extraño	5
NA21.4	Mordedura o picadura abierta en el cuello	5
NA21.5	Heridas abiertas múltiples en el cuello	5

NA21.Y	Otra herida abierta especificada en el cuello	6
NA21.Z	Herida abierta en el cuello, sin especificación	6
NA22	Fractura del cuello	3
NA23	Luxación, distensión o esguince de las articulaciones o los ligamentos al nivel del cuello	
NA23.0	Ruptura traumática de un disco cervical intervertebral	6
NA23.1	Luxación de vértebra cervical	3
NA23.2	Luxación de otras partes o de partes no especificadas del cuello	3
NA23.3	Luxaciones múltiples del cuello	3
NA23.4	Distensión o esguince de la columna cervical	5
NA23.5	Distensión o esguince de la región tiroidea	6
NA23.Y	Otra luxación, distensión o esguince de las articulaciones o los ligamentos al nivel del cuello especificado	3
NA23.Z	Luxación, distensión o esguince de las articulaciones o los ligamentos al nivel del cuello, sin especificación	3
NA30	Conmoción o edema de la médula espinal cervical	5
NA31	Algunos traumatismos especificados en la médula espinal cervical	3
NA3Z	Traumatismo en la médula espinal a nivel del cuello, sin especificación	3
NA40	Traumatismo en la raíz nerviosa de la columna cervical	6
NA41	Traumatismo en el plexo braquial	6
NA42	Traumatismo en los nervios periféricos del cuello	6
NA43	Traumatismo en los nervios cervicales simpáticos	6
NA44	Traumatismo en el nervio frénico	5
NA4Y	Traumatismo en otros nervios especificados a nivel del cuello,	5
NA4Z	Traumatismo en los nervios anivel del cuello, sin especificación	5
NA60	Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel del cuello	
NA60.0	Traumatismo en la arteria carótida	1
NA60.1	Traumatismo en la arteria vertebral	2
NA60.2	Traumatismo en la vena yugular externa	3
NA60.3	Traumatismo en la vena yugular interna	3
NA60.4	Traumatismo en múltiples vasos sanguíneos a nivel del cuello	1
NA60.Y	Traumatismo en otros vasos sanguíneos especificados a nivel del cuello	1
NA60.Z	Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel del cuello, sin especificación	1
NA61	Traumatismo en tendón, fascia o músculo a nivel del cuello	6
NA62	Traumatismo por aplastamiento en el cuello	3

NA63	Amputación traumática a nivel del cuello	1
NA64	Traumatismos múltiples en el cuello	3
NA6Y	Otro traumatismos especificados en el cuello	4
NA6Z	Traumatismos en el cuello, sin especificación	5
NA80	Traumatismo superficial en el tórax	6
NA81	Herida abierta en el tórax	5
NA82	Fractura de costilla, del esternón o de la columna torácica	
NA82.0	Fractura de vértebra torácica	5
NA82.1	Fracturas múltiples de la columna torácica	5
NA82.2	Fractura del esternón	6
NA82.3	Fractura de costilla	6
NA82.4	Fracturas múltiples de costillas	5
NA82.5	Tórax inestable	2
NA82.Y	Otra fractura especificada de costilla, del esternón o de la columna torácica	5
NA82.Z	Fractura de costilla, del esternón o de la columna torácica, sin especificación	5
NA83	Luxación, distensión o esguince de articulaciones o ligamentos del tórax	
NA83.0	Ruptura traumática de un disco intervertebral torácico	6
NA83.1	Luxación de vértebra torácica	5
NA83.2	Luxación de otra parte del tórax o de una parte no especificada	5
NA83.3	Distensión o esguince de los ligamentos de la columna dorsal	6
NA83.4	Distensión o esguince de costillas o esternón	6
NA83.Y	Otra luxación, distensión o esguince especificada de articulaciones o ligamentos del tórax	6
NA83.Z	Luxación, distensión o esguince de articulaciones o ligamentos del tórax, sin especificación	6
NA90	Conmoción o edema de la médula espinal torácica	4
NA91	Otros traumatismos especificados en la médula espinal torácica	4
NA9Z	Traumatismo en la médula espinal a nivel del tórax, sin especificación	5
NB00	Traumatismo en las raíces nerviosas de la columna torácica	5
NB01	Traumatismo en los nervios periféricos del tórax	5
NB02	Traumatismo en los nervios simpáticos torácicos	5
NB0Y	Otro traumatismo especificado en los nervios a nivel del tórax	5
NB2Y	Otro traumatismo especificado en los nervios o la médula espinal a nivel del tórax	5

NB2Z	Traumatismo en los nervios o la médula espinal a nivel del tórax, sin especificación	5
NB30	Traumatismo en los vasos sanguíneos del tórax	
NB30.0	Traumatismo en la aorta torácica	1
NB30.1	Traumatismo en la arteria innominada o subclavia	5
NB30.2	Traumatismo en la vena cava superior	1
NB30.3	Traumatismo en la vena innominada o subclavia	3
NB30.4	Traumatismo en los vasos sanguíneos pulmonares	1
NB30.5	Traumatismo en los vasos sanguíneos intercostales	4
NB30.6	Traumatismo en múltiples vasos sanguíneos del tórax	3
NB30.Y	Traumatismo en otros vasos sanguíneos especiificados del tórax	4
NB30.Z	Traumatismo en los vasos sanguíneos del tórax, sin especificación	4
NB31	Traumatismo en el corazón	2
NB32	Traumatismo en otros órganos intratorácicos o en órganos intratorácicos no especificados	
NB32.0	Neumotórax traumático	3
NB32.1	Hemotórax traumático	3
NB32.2	Hemoneumotórax traumático	3
NB32.3	Otros traumatismos pulmonares	2
NB32.4	Traumatismo bronquial	2
NB32.5	Lesión traumática de la tráquea torácica	2
NB32.6	Traumatismo pleural	4
NB32.7	Traumatismos múltiples en órganos intratorácicos	1
NB32.8	Traumatismo en otros órganos intratorácicos especificados	2
NB32.Y	Otro traumatismo especificado en otros órganos intratorácicos o en órganos intratorácicos no especificados	2
NB32.Z	Traumatismo en otros órganos intratorácicos o en órganos intratorácicos no especificados, sin especificación	2
NB33	Traumatismo por aplastamiento del tórax o amputación traumática de parte del tórax	3
NB34	Traumatismo en tendón, fascia o músculo a nivel del tórax	6
NB35	Traumatismos múltiples en el tórax	3
NB3Y	Otros traumatismos especificados en el tórax	6
NB3Z	Traumatismos en el tórax, sin especificación	3
NB50	Traumatismo superficial en el abdomen, la zona lumbar o la pelvis	6
NB51	Herida abierta en el abdomen, la zona lumbar o la pelvis	6

NB52	Fractura de la columna lumbar o la pelvis	
NB52.0	Fractura de vértebra lumbar	6
NB52.10	Fractura del hueso sacro sin interrupción de anillo pélvico	6
NB52.11	Fractura del cóccix	6
NB52.12	Fractura del hueso ilíaco sin interrupción del anillo pélvico	6
NB52.13	Fractura del acetábulo sin interrupción de anillo pélvico	5
NB52.14	Fractura del pubis sin interrupción del anillo pélvico	6
NB52.15	Fractura del isquion sin interrupción del anillo pélvico	5
NB52.1Y	Otra fractura de hueso pélvico sin interrupción del arco posterior del anillo pélvico	5
NB52.1Z	Fractura de hueso pélvico sin interrupción del arco posterior del anillo pélvico, sin especificación	5
NB52.2	Fractura del anillo pélvico con interrupción incompleta del arco posterior	5
NB52.3	Fractura del anillo pélvico con interrupción completa del arco posterior	5
NB52.4	Fracturas múltiples de la columna lumbar o la pelvis	5
NB52.Y	Otro fractura especificada de la columna lumbar o la pelvis	5
NB52.Z	Fractura de la columna lumbar o la pelvis, sin especificación	5
NB53	Luxación, distensión o esguince de articulaciones o ligamentos de la columna lumbar o la pelvis	
NB53.0	Ruptura traumática de disco intervertebral lumbar	6
NB53.1	Luxación de vértebra lumbar	6
NB53.2	Luxación de articulación sacrococcígea o sacroilíaca sin interrupción del anillo pélvico	6
NB53.3	Luxación de otras partes o de partes no especificadas de la columna lumbar o la pelvis sin alteración del anillo pélvico	5
NB53.4	Ruptura traumática de la sínfisis del pubis sin alteración del anillo pélvico	6
NB53.5	Distensión o esguince de la columna lumbar	6
NB53.6	Distensión o esguince de la articulación sacroilíaca	6
NB60	Conmoción o edema en la médula espinal lumbar	6
NB61	Conmoción o edema en la médula espinal sacra	6
NB62	Algunos traumatismos especificados de la médula espinal lumbar	6
NB63	Algunos traumatismos especificados en la médula espinal sacra	6
NB6Z	Traumatismo en la médula espinal en el abdomen, la zona lumbar o la pelvis, sin especificación	6
NB70	Traumatismo en la raíz nerviosa de la columna lumbar	6

NB71	Traumatismo en la raíz nerviosa de la columna sacra	6
NB72	Traumatismo en la cola de caballo	6
NB73	Traumatismo en el plexo lumbosacro	6
NB74	Traumatismo en los nervios simpáticos lumbares, sacros o pélvicos	6
NB75	Traumatismo en los nervios periféricos del abdomen, la región lumbar o la pelvis	6
NB7Y	Otro traumatismo especificado de los nervios a nivel del abdomen, la zona lumbar o la pelvis	5
NB7Z	Traumatismo en los nervios a nivel del abdomen, la zona lumbar o la pelvis, sin especificación	5
NB90	Traumatismos en los vasos sanguíneos a nivel del abdomen, la zona lumbar o la pelvis	
NB90.0	Traumatismo en la aorta abdominal	1
NB90.1	Traumatismo en la vena cava inferior	1
NB90.2	Traumatismo en la arteria celíaca	3
NB90.3	Traumatismo en la arteria mesentérica	
NB90.4	Traumatismo en las venas porta y esplénica	2
NB90.5	Traumatismo en los vasos sanguíneos renales	5
NB90.6	Traumatismo en los vasos sanguíneos iliacos	3
NB90.7	Traumatismo en múltiples vasos sanguíneos a nivel del abdomen, la zona lumbar o la pelvis	2
NB90.Y	Traumatismos en otros vasos sanguíneos especificados a nivel del abdomen, la zona lumbar o la pelvis	5
NB90.Z	Traumatismos en los vasos sanguíneos a nivel del abdomen, la zona lumbar o la pelvis, sin especificación	5
NB91	Traumatismo en los órganos intrabdominales	3
NB92	Traumatismo en los órganos urinarios o pélvicos	5
NB93	Traumatismo por aplastamiento o amputación traumática de parte del abdomen, la zona lumbar y la pelvis	
NB93.0	Traumatismo por aplastamiento de órganos genitales externos	6
NB93.1	Traumatismo por aplastamiento de otras partes o de partes no especificadas del abdomen, la zona lumbar o la pelvis	5
NB93.2	Amputación traumática de órganos genitales externos	4
NB93.3	Amputación traumática de otras partes o de partes no especificadas del abdomen, la zona lumbar o la pelvis	3
NB94	Traumatismo en tendón, fascia o músculo del abdomen, la zona lumbar o la pelvis	6

NB95	Traumatismo en órgano intrabdominal y órgano pélvico	3
NB96	Otros traumatismos múltiples en el abdomen, la zona lumbar o la pelvis	4
NB97	Otros traumatismos especificados en el abdomen, la zona lumbar o la pelvis	6
NB98	Traumatismo en los genitales femeninos sin otra especificación	5
NB99	Traumatismo en los genitales masculinos sin otra especificación	5
NB9Y	Otros traumatismos especificados en el abdomen, la zona lumbar, la columna lumbar o la pelvis	4
NB9Z	Traumatismos en el abdomen, la zona lumbar, la columna lumbar o la pelvis, sin especificación	4
NC10	Traumatismo superficial del hombro o de la parte superior del brazo	6
NC11	Herida abierta en el hombro o la parte superior del brazo	
NC11.0	Desgarro sin cuerpo extraño en el hombro o la parte superior del brazo	6
NC11.1	Desgarro con cuerpo extraño en el hombro o la parte superior del brazo	6
NC11.2	Herida punzante sin cuerpo extraño en el hombro o la parte superior del brazo	6
NC11.3	Herida punzante con cuerpo extraño en el hombro o la parte superior del brazo	6
NC11.4	Mordedura o picadura abierta en el hombro o la parte superior del brazo	6
NC11.5	Heridas abiertas múltiples en el hombro o la parte superior del brazo	6
NC11.Y	Otra herida abierta especificada en el hombro o la parte superior del brazo)	5
NC11.Z	Herida abierta en el hombro o la parte superior del brazo, sin especificación	5
NC12	Fractura del hombro o de la parte superior del brazo	
NC12.0	Fractura de la clavícula	6
NC12.1	Fractura del omóplato	5
NC12.2	Fractura de la epífisis superior del húmero	5
NC12.3	Fractura de la diáfisis del húmero	5
NC12.4	Fractura de la epífisis inferior del húmero	6
NC12.5	Fracturas múltiples en la clavícula, el omóplato o el húmero	5
NC12.6	Fractura de otras partes del hombro o de la parte superior del brazo	5
NC12.7	Fractura del hombro y del brazo, parte no especificada	5
NC12.Z	Fractura del hombro o de la parte superior del brazo, sin especificación	5
NC13	Luxación, distensión o esguince de las articulaciones o ligamentos de la cintura escapular	6

NC14	Traumatismo en los nervios a nivel del hombro o la parte superior del brazo	6
NC15	Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel del hombro o la parte superior del brazo	
NC15.0	Traumatismo en la arteria axilar	3
NC15.1	Traumatismo en la arteria braquial	3
NC15.2	Traumatismo en la vena axilar o braquial	5
NC15.3	Traumatismo en la vena superficial a nivel del hombro o de la parte superior del brazo	5
NC15.4	Traumatismo en múltiples vasos sanguíneos a nivel del hombro o la parte superior del brazo	5
NC15.Y	Traumatismo en otros los vasos sanguíneos especificados a nivel del hombro o la parte superior del brazo	5
NC15.Z	Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel del hombro o la parte superior del brazo, sin especificación	5
NC16	Traumatismo de músculo, fascia, tendón o bursa al nivel del hombro o la parte superior del brazo	6
NC17	Traumatismo por aplastamiento del hombro o de la parte superior del brazo	5
NC18	Amputación traumática del hombro o de la parte superior del brazo	3
NC19	Traumatismos múltiples en el hombro o la parte superior del brazo	5
NC1Y	Otros traumatismos especificados en el hombro o la parte superior del brazo	6
NC1Z	Traumatismos en el hombro o la parte superior del brazo, sin especificación	6
NC30	Traumatismo superficial en el antebrazo	6
NC31	Herida abierta en el antebrazo	6
NC32	Fractura del antebrazo	5
NC33	Luxación, esguince o distensión de articulaciones o ligamentos del codo	6
NC34	Traumatismo en los nervios a nivel del antebrazo	6
NC35	Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel del antebrazo	
NC35.0	Traumatismo en la arteria cubital a nivel del antebrazo	6
NC35.1	Traumatismo en la arteria radial a nivel del antebrazo	5
NC35.2	Traumatismo en una vena a nivel del antebrazo	5
NC35.3	Traumatismo en múltiples vasos sanguíneos a nivel del antebrazo	5
NC35.Y	Traumatismo en otros vasos sanguíneos especificados a nivel del antebrazo	6

NC35.Z	Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel del antebrazo, sin especificación	6
NC36	Traumatismo en tendón, fascia, músculo o bolsa sinovial a nivel del antebrazo	6
NC37	Traumatismo por aplastamiento del antebrazo	6
NC38	Amputación traumática del antebrazo	4
NC39	Traumatismos múltiples en el antebrazo	4
NC3Y	Otros traumatismos especificados en el codo o el antebrazo	6
NC3Z	Traumatismos en el codo o el antebrazo, sin especificación	5
NC50	Traumatismo en la uña	5
NC51	Traumatismo superficial en la muñeca o la mano	6
NC52	Herida abierta en la muñeca o la mano	6
NC53	Fractura a nivel de la muñeca o la mano	
NC53.0	Fractura del hueso escafoides de la mano	6
NC53.1	Fractura de otro hueso del carpo	6
NC53.2	Fractura del primer hueso metacarpiano	6
NC53.3	Fractura de otros huesos metacarpianos	6
NC53.4	Fracturas múltiples de huesos metacarpianos	6
NC53.5	Fractura de la falange del pulgar	6
NC53.6	Fractura de otro hueso de un dedo de la mano	6
NC53.7	Fracturas múltiples de los dedos de la mano	6
NC53.Y	Otra fractura especificada de la muñeca o la mano	5
NC53.Z	Fractura de la muñeca o la mano, sin especificación	5
NC54	Luxación, distensión o esguince de las articulaciones o los ligamentos a nivel de la muñeca o la mano	6
NC55	Traumatismo en los nervios a nivel de la muñeca o la mano	6
NC56	Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel de la muñeca o la mano	
NC56.0	Traumatismo en la arteria cubital a nivel de la muñeca o la mano	6
NC56.1	Traumatismo en la arteria radial a nivel de la muñeca o la mano	5
NC56.2	Traumatismo en el arco palmar superficial	6
NC56.3	Traumatismo en el arco palmar profundo	6
NC56.4	Traumatismo en vaso sanguíneo del pulgar	6
NC56.5	Traumatismo en vaso sanguíneo de otro dedo de la mano	6
NC56.6	Traumatismo en múltiples vasos sanguíneos a nivel de la muñeca o la mano	6

NC56.Y	Otro traumatismo especificado en los vasos sanguíneos a nivel de la muñeca o la mano	5
NC56.Z	Traumatismo de vasos sanguíneos a nivel de la muñeca o de la mano, sin especificación	5
NC57	Traumatismo en tendón, fascia o músculo a nivel de la muñeca o la mano	6
NC58	Traumatismo por aplastamiento de la muñeca o la mano	6
NC59	Amputación traumática de la muñeca o la mano	
NC59.0	Amputación traumática del pulgar	6
NC59.1	Amputación traumática de otro dedo solamente	6
NC59.2	Amputación traumática de dos o más dedos solamente	6
NC59.3	Amputación traumática combinada de un dedo con otras partes de la muñeca o la mano	6
NC59.4	Amputación traumática de la mano a nivel metacarpiano	6
NC59.Z	Amputación traumática de la muñeca o la mano, sin especificación	4
NC5A	Traumatismos múltiples de la muñeca o la mano	5
NC5Y	Otros traumatismos especificados en la muñeca o la mano	5
NC5Z	Traumatismos en la muñeca o la mano, sin especificación	5
NC70	Traumatismo superficial en la cadera o el muslo	6
NC71	Herida abierta en la cadera o el muslo	6
NC72	Fractura de fémur	
NC72.0	Fractura de la cabeza del fémur	3
NC72.1	Fractura de la epífisis superior del fémur	3
NC72.2	Fractura del cuello del fémur	3
NC72.3	Fractura de la sección trocantérica del fémur	3
NC72.4	Fractura subtrocantérea de fémur	3
NC72.5	Fractura de la diáfisis del fémur	4
NC72.6	Fractura de la epífisis distal del fémur	4
NC72.7	Fracturas múltiples del fémur	4
NC72.8	Fractura de otras partes del fémur	4
NC72.Y	Otra fractura especificada de fémur	4
NC72.Z	Fractura de fémur, sin especificación	4
NC73	Luxación, distensión o esguince de la articulación o de los ligamentos de la cadera	6
NC74	Traumatismo en los nervios a nivel de la cadera o el muslo	
NC74.0	Traumatismo en el nervio ciático a nivel de la cadera o del muslo	6

NC74.1	Traumatismo en el nervio femoral a nivel de la cadera o del muslo	6
NC74.2	Traumatismo en el nervio sensorio cutáneo a nivel de la cadera o del muslo	5
NC74.3	Traumatismo en múltiples nervios a nivel de la cadera o el muslo	5
NC74.Y	Traumatismo en otros nervios especificados a nivel de la cadera o el muslo	6
NC74.Z	Traumatismo en los nervios a nivel de la cadera o el muslo, sin especificación	6
NC75	Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel de la cadera o el muslo	
NC75.0	Traumatismo en la arteria femoral	4
NC75.1	Traumatismo en la vena femoral a nivel de la cadera o el muslo	5
NC75.2	Traumatismo en la vena safena interna a nivel de la cadera o el muslo	6
NC75.3	Traumatismo en múltiples vasos sanguíneos a nivel de la cadera o del muslo	5
NC75.Y	Traumatismo en otros vasos sanguíneos especificados a nivel de la cadera o el muslo	6
NC75.Z	Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel de la cadera o el muslo, sin especificación	6
NC76	Traumatismo en tendón, fascia, músculo o bolsa articular a nivel de la cadera o del muslo	6
NC77	Traumatismo por aplastamiento de la cadera o del muslo	5
NC78	Amputación traumática de la cadera o del muslo	3
NC79	Traumatismos múltiples en la cadera o el muslo	5
NC7Y	Otros traumatismos especificados en la cadera o el muslo	5
NC7Z	Traumatismos en la cadera o el muslo, sin especificación	5
NC90	Traumatismo superficial en la rodilla o la parte inferior de la pierna	6
NC91	Herida abierta en la rodilla o la parte inferior de la pierna	6
NC92	Fractura de la pierna, incluido el tobillo	5
NC93	Luxación, distensión o esguince de articulaciones o ligamentos de la rodilla	6
NC94	Traumatismo en los nervios de la parte inferior de la pierna	6
NC95	Traumatismo en los vasos sanguíneos de la parte inferior de la pierna	
NC95.0	Traumatismo en la arteria poplítea	5
NC95.1	Traumatismo en la arteria tibial anterior	6
NC95.2	Traumatismo en la arteria tibial posterior	6
NC95.3	Traumatismo en la arteria peronea	6

NC95.4	Traumatismo en la vena safena mayor en la parte inferior de la pierna	5
NC95.5	Traumatismo en la vena safena menor en la parte inferior de la pierna	6
NC95.6	Traumatismo en la vena poplítea	6
NC95.7	Traumatismo en múltiples vasos sanguíneos a nivel de la pierna	5
NC95.Y	Traumatismo en otros vasos sanguíneos especificados a nivel de la parte inferior de la pierna	6
NC95.Z	Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel de la parte inferior de la pierna, sin especificación	5
NC96	Traumatismo en tendón, fascia, músculo o bolsa sinovial en la parte inferior de la pierna	
NC96.0	Traumatismo en el tendón de Aquiles	6
NC96.1	Traumatismo en tendón, fascia o músculo del grupo muscular posterior en la parte inferior de la pierna	6
NC96.2	Traumatismo en tendón, fascia o músculo del grupo muscular anterior en la parte inferior de la pierna	6
NC96.3	Traumatismo en tendón, fascia o músculo del grupo muscular peroneo en la parte inferior de la pierna	6
NC96.4	Traumatismo en múltiples tendones, fascias o músculos en la parte inferior de la pierna	6
NC96.5	Traumatismo en la bolsa sinovial de la rodilla	5
NC96.Y	Traumatismo en otro tendón, fascia, músculo o bolsa sinovial especificado en la parte inferior de la pierna	5
NC96.Z	Traumatismo en tendón, fascia, músculo o bolsa sinovial en la parte inferior de la pierna, sin especificación	6
NC97	Traumatismo por aplastamiento de la parte inferior de la pierna	
NC97.0	Traumatismo por aplastamiento de la rodilla	6
NC97.Y	Traumatimo por aplastamiento de otra parte especificada de la parte inferior de la pierna	5
NC97.Z	Traumatismo por aplastamiento de la parte inferior de la pierna, sin especificación	5
NC98	Amputación traumática de la parte inferior de la pierna	
NC98.0	Amputación traumática de la parte inferior de la pierna derecha a nivel de la rodilla	3
NC98.1	Amputación traumática de la parte inferior de la pierna izquierda a nivel de la rodilla	3
NC98.2	Amputación traumática a nivel de rodilla, bilateral	3
NC98.3	Amputación traumática entre la rodilla y el tobillo derechos	3

NC98.4	Amputación traumática entre la rodilla y el tobillo izquierdos	3
NC98.5	Amputación traumática entre la rodilla y el tobillo, bilateral	3
NC98.Y	Otra amputación traumática especificada de la parte inferior de la pierna	4
NC98.Z	Amputación traumática de la parte inferior de la pierna, sin especificación	4
NC99	Traumatismos múltiples en la parte inferior de la pierna	5
NC9Y	Otros traumatismos especificados en la rodilla o la parte inferior de la pierna	5
NC9Z	Traumatismos en la rodilla o la parte inferior de la pierna, sin especificación	5
ND10	Traumatismo en las uñas de los dedos del pie	6
ND11	Traumatismo superficial en el tobillo o el pie	6
ND12	Herida abierta del tobillo o del pie	6
ND13	Fractura del pie, excepto el tobillo	6
ND14	Luxación, distensión o esguince de articulaciones o ligamentos a nivel del tobillo o del pie	6
ND15	Traumatismo en los nervios a nivel del tobillo o del pie	6
ND16	Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel del tobillo o el pie	
ND16.0	Traumatismo en la arteria dorsal del pie	6
ND16.1	Traumatismo en la arteria plantar del pie	5
ND16.2	Lesión en la vena dorsal del pie	6
ND16.3	Traumatismo en múltiples vasos sanguíneos a nivel del tobillo o del pie	6
ND16.Y	Trumatismo en otros vasos sanguíneos especificados a nivel del tobillo o el pie)	6
ND16.Z	Traumatismo en los vasos sanguíneos a nivel del tobillo o el pie, sin especificación	6
ND17	Traumatismo en tendón, fascia o músculo a nivel del tobillo o del pie	6
ND18	Traumatismo por aplastamiento del tobillo o del pie	
ND18.0	Traumatismo por aplastamiento del tobillo	6
ND18.1	Traumatismo por aplastamiento de dedo del pie	5
ND18.2	Traumatismo por aplastamiento de otra parte del tobillo o del pie	6
ND18.Z	Traumatismo por aplastamiento del tobillo o del pie, sin especificación	6
ND19	Amputación traumática del tobillo o del pie	
ND19.0	Amputación traumática del pie derecho a nivel del tobillo	4
ND19.1	Amputación traumática del pie izquierdo a nivel del tobillo	4

ND19.2	Amputación traumática del pie a nivel del tobillo, bilateral	4
ND19.3	Amputación traumática del pie derecho a nivel del metatarso	6
ND19.4	Amputación traumática del pie izquierdo a nivel del metatarso	6
ND19.5	Amputación traumática del pie a nivel metatarsiano, bilateral	6
ND19.6	Amputación traumática de un dedo del pie	6
ND19.7	Amputación traumática de dos o varios dedos del pie	6
ND19.8	Amputación traumática de otras partes del pie	6
ND19.Z	Amputación traumática del tobillo o del pie, sin especificación	6
ND1A	Traumatismos múltiples en el tobillo o el pie	5
ND1Y	Otros traumatismo especificados en el tobillo o el pie	5
ND1Z	Traumatismo en el tobillo o el pie, sin especificación	5
ND30	Traumatismos superficiales que afectan múltiples regiones del cuerpo	6
ND31	Heridas abiertas que afectan múltiples regiones del cuerpo	5
ND32	Fracturas que afectan múltiples regiones del cuerpo	3
ND33	Luxaciones, distensiones o esguinces que afectan múltiples regiones del cuerpo	5
ND34	Traumatismos por aplastamiento que afectan múltiples regiones del cuerpo	5
ND35	Amputaciones traumáticas que afectan múltiples regiones del cuerpo	5
ND36	Otros traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo, no clasificados en otra parte	3
ND37	Traumatismos múltiples no especificados	2
ND50	Fractura de la columna vertebral, nivel no especificado	5
ND51	Otros traumatismos en la columna o el tronco, nivel no especificado	
ND51.0	Luxación, esguince o distensión de ligamento o articulación no especificada del tronco	6
ND51.1	Traumatismo en nervio, raíz de nervio espinal o plexo del tronco no especificado	4
ND51.2	Traumatismo en la médula espinal, nivel no especificado	3
ND51.3	Traumatismo en tendón, fascia o músculo no especificado del tronco	6
ND51.4	Traumatismo por aplastamiento de la columna vertebral o del tronco, nivel no especificado	5
ND51.Y	Otros traumatismos especificados en la columna o el tronco, nivel no especificado	5
ND51.Z	Traumatismos en la columna o el tronco, sin especificación, nivel no especificado	5
ND52	Fractura de brazo, nivel no especificado	5

ND53	Otros traumatismos en el brazo, nivel no especificado	6
ND54	Fractura de pierna, nivel no especificado	5
ND55	Otros traumatismos en la pierna, nivel no especificado	6
ND56	Traumatismo en región no especificada del cuerpo	
ND56.0	Traumatismo superficial en región no especificada del cuerpo	6
ND56.1	Herida abierta de región del cuerpo no especificada	5
ND56.2	Fractura de región no especificada del cuerpo	5
ND56.3	Luxación, distensión o esguince de parte del cuerpo no especificada	6
ND56.4	Traumatismo en un nervio de región no especificada del cuerpo	6
ND56.5	Traumatismo en vaso sanguíneo de región no especificada del cuerpo	5
ND56.6	Traumatismo en tendones o músculos de región no especificada del cuerpo	6
ND56.7	Traumatismo por aplastamiento de región del cuerpo no especificada	2
ND56.8	Amputación traumática de parte no especificada del cuerpo	2
ND56.9	Traumatismo que complica el embarazo	6
ND56.Y	Otro traumatismo especificado de región no especificada del cuerpo	6
ND56.Z	Traumatismo de parte del tronco, extremidad o región del cuerpo, sin especificación	6
ND57	Efecto secundario de trauma	6
ND5Y	Otros traumatismos especificados de una parte no especificada del tronco, miembro o región del cuerpo	6
ND5Z	Traumatismos en una parte no especificada del tronco, miembro o región del cuerpo, sin especificación	6
ND70	Cuerpo extraño en la parte externa del ojo	
ND70.0	Cuerpo extraño en la córnea	6
ND70.1	Cuerpo extraño en el saco conjuntival	6
ND70.2	Cuerpo extraño en múltiples partes de la parte externa del ojo	6
ND70.Y	Cuerpo extraño en otra parte externa especificada del ojo	6
ND70.Z	Cuerpo extraño en la parte externa del ojo, sin especificación	5
ND71	Cuerpo extraño en el oído	6
ND72	Cuerpo extraño en las vías respiratorias	5
ND73	Cuerpo extraño en el tubo digestivo	
ND73.0	Cuerpo extraño en la boca	6
ND73.1	Cuerpo extraño en el esófago	6
ND73.2	Cuerpo extraño en el estómago	6

ND73.3	Cuerpo extraño en el intestino delgado	5
ND73.4	Cuerpo extraño en el colon	5
ND73.5	Cuerpo extraño en el ano o el recto	6
ND73.Y	Cuerpo extraño en otra parte especificada del tubo digestivo	6
ND73.Z	Cuerpo extraño en el tubo digestivo, sin especificación	6
ND74	Cuerpo extraño en el aparato genitourinario	
ND74.0	Cuerpo extraño en la uretra	6
ND74.1	Cuerpo extraño en la vejiga	6
ND74.2	Cuerpo extraño en la vulva o la vagina	5
ND74.3	Cuerpo extraño en el útero, cualquier parte	6
ND74.Y	Otro cuerpo extraño especificado en el aparato genitourinario	6
ND74.Z	Cuerpo extraño en el aparato genitourinario, sin especificación	5
ND7Z	Efectos de cuerpo extraño que penetra por orificio natural, sin especificación	6
ND90	Quemadura en la cabeza o el cuello, excepto la cara	
ND90.0	Quemadura epidérmica en la cabeza o el cuello, excepto la cara	6
ND90.1	Quemadura superficial de espesor parcial en la cabeza o el cuello, excepto la cara	6
ND90.2	Quemadura profunda de espesor parcial en la cabeza o el cuello, excepto la cara	6
ND90.3	Quemadura de espesor total en la cabeza y el cuello, excepto la cara	3
ND90.4	Quemadura profunda o compleja de espesor total en la cabeza o el cuello, excepto la cara	3
ND90.Z	Quemadura en la cabeza o el cuello, excepto la cara, sin especificación	6
ND91	Quemadura en la cara excepto el ojo o los anexos oculares	
ND91.0	Quemadura epidérmica en la cara, excepto el ojo y los anexos oculares	6
ND91.1	Quemadura superficial de espesor parcial en la cara, excepto el ojo y los anexos oculares	6
ND91.2	Quemadura parcial de espesor profundo en la cara, excepto el ojo y los anexos oculares	6
ND91.3	Quemadura de espesor total en la cara, excepto el ojo y los anexos oculares	3
ND91.4	Quemadura profunda o compleja de espesor total en la cara, excepto el ojo y los anexos oculares	3
ND91.Z	Quemadura en la cara excepto el ojo o los anexos oculares, sin especificación	6

ND92	Quemadura en el tronco, excepto el perineo o los genitales	
ND92.0	Quemadura epidérmica en el tronco, excepto el perineo o los genitales	6
ND92.1	Quemadura superficial de espesor parcial en el tronco, excepto el perineo o los genitales	6
ND92.2	Quemadura profunda de espesor parcial en el tronco, excepto el perineo o los genitales	6
ND92.3	Quemadura de espesor total en el tronco, excepto el perineo o los genitales	3
ND92.4	Quemadura profunda o compleja de espesor total en el tronco, excepto el perineo o los genitales	3
ND92.Z	Quemadura en el tronco, excepto el perineo o los genitales, sin especificación	6
ND93	Quemadura en el perineo o los genitales	
ND93.0	Quemadura epidérmica en el perineo o los genitales	6
ND93.1	Quemadura superficial de espesor parcial en el perineo o los genitales	6
ND93.2	Quemadura profunda de espesor parcial en el perineo o los genitales	6
ND93.3	Quemadura de espesor total en el perineo o los genitales	3
ND93.4	Quemadura profunda o compleja de espesor parcial en el perineo o los genitales	3
ND93.Z	Quemadura en el perineo o los genitales, sin especificación	6
ND94	Quemadura del hombro o del brazo, excepto la muñeca o la mano	
ND94.0	Quemadura epidérmica en el hombro o el brazo, excepto la muñeca y la mano	6
ND94.1	Quemadura superficial de espesor parcial en el hombro o el brazo, excepto la muñeca y la mano	6
ND94.2	Quemadura profunda de espesor parcial en el hombro o el brazo, excepto la muñeca y la mano	6
ND94.3	Quemadura de espesor total en el hombro o el brazo, excepto la muñeca y la mano	5
ND94.4	Quemadura profunda o compleja de espesor total en el hombro o el brazo, excepto la muñeca y la mano	5
ND94.Z	Quemadura del hombro o del brazo, excepto la muñeca o la mano, sin especificación	6
ND95	Quemadura en la muñeca o la mano	
ND95.0	Quemadura epidérmica en la muñeca o la mano	6
ND95.1	Quemadura superficial de espesor parcial en la muñeca o la mano	6

ND95.2	Quemadura profunda de espesor parcial en la muñeca o la mano	6
ND95.3	Quemadura de espesor total en la muñeca o mano	5
ND95.4	Quemadura profunda o compleja de espesor total en la muñeca o la mano	5
ND95.Z	Quemadura en la muñeca o la mano, sin especificación	6
ND96	Quemadura en la cadera o la pierna, excepto el tobillo y el pie	
ND96.0	Quemadura epidérmica en la cadera o la pierna, excepto el tobillo y el pie	6
ND96.1	Quemadura superficial de espesor parcial en la cadera o la pierna, excepto tobillo y pie	6
ND96.2	Quemadura profunda de espesor parcial en la cadera o la pierna, excepto el tobillo y el pie	6
ND96.3	Quemadura de la cadera o la pierna, excepto el tobillo o el pie, quemadura de espesor total	5
ND96.4	Quemadura profunda de espesor total en la cadera o la pierna, excepto el tobillo y el pie	5
ND96.Z	Quemadura en la cadera o la pierna, excepto el tobillo y el pie, sin especificación	6
ND97	Quemadura en el tobillo o el pie	
ND97.0	Quemadura epidérmica en el tobillo o el pie	6
ND97.1	Quemadura superficial de espesor parcial en el tobillo y el pie	6
ND97.2	Quemadura profunda de espesor parcial en el tobillo o el pie	6
ND97.3	Quemadura de espesor total en el tobillo o el pie	5
ND97.4	Quemadura profunda o compleja de espesor total en el tobillo o el pie	5
ND97.Z	Quemadura en el tobillo o el pie, sin especificación	6
ND99.1	Quemadura química debida al contacto de la piel con sustancias corrosivas	6
ND99	Traumatismo agudo de la piel debido al contacto de la piel con sustancia corrosiva	6
ND9Y	Quemaduras en la superficie externa del cuerpo, de otro sitio especificado	6
ND9Z	Quemaduras en la superficie externa del cuerpo, sitio sin especificación	6
NE00	Quemadura en el ojo o los anexos oculares	6
NE01	Quemadura en las vías respiratorias	3
NE02	Quemadura en otros órganos internos	3
NE0Z	Quemaduras del ojo o de sus órganos internos, sin especificación	6
NE10	Quemaduras de varias regiones corporales	6

NE11	Quemadura en región anatómica no especificada	6
NE2Z	Quemaduras, sin especificación	3
NE40	Congelación superficial	6
NE41	Congelación con necrosis tisular	6
NE42	Congelación que afecta a varias regiones corporales	6
NE4Z	Congelamiento, sin especificación	5
NF00	Efectos de la radiación, no clasificados en otra parte	6
NF01	Efectos del calor	
NF01.0	Golpe de calor	3
NF01.1	Síncope por calor	6
NF01.2	Agotamiento por calor debido a la depleción de líquidos	6
NF01.3	Fatiga por calor, transitoria	6
NF01.Y	Otros efectos especificados del calor	6
NF01.Z	Efectos del calor, sin especificación	5
NF02	Hipotermia	3
NF03	Otros efectos de la reducción de la temperatura	
NF03.0	Sabañones	5
NF03.1	Mano o pie de inmersión	6
NF03.Y	Otros efectos especificados de la reducción de la temperatura	4
NF03.Z	Efectos de la reducción de la temperatura, sin especificación	4
NF04	Efectos de la presión del aire y la presión del agua	
NF04.0	Barotrauma ótico	5
NF04.1	Barotrauma sinusal	4
NF04.2	Enfermedad de Caisson	5
NF04.3	Efectos de líquidos con alta presión	6
NF04.Y	Otros efectos especificadps de la presión del aire y la presión del agua especificado(a)(s)	6
NF04.Z	Efectos de la presión del aire y la presión del agua, sin especificación	5
NF05	Asfixia	1
NF06	Efectos del ejercicio físico extenuante	
NF06.0	Golpe de calor por esfuerzo excesivo	3
NF06.1	Hipotensión postural después de ejercicio	6
NF06.2	Deshidratación después de esfuerzo excesivo	6
NF06.3	Calambre muscular por ejercicio	6

NF06.Y	Otros efectos especificados del ejercicio físico extenuante	6
NF06.Z	Efectos del ejercicio físico extenuante, sin especificación	6
NF07	Efectos de otras privaciones	
NF07.0	Efectos del hambre	3
NF07.1	Efectos de la sed	5
NF07.2	Agotamiento debido a exposición a la intemperie	6
NF07.Y	Otro efectos especificados de otras privaciones	6
NF07.Z	Efectos de otras privaciones, sin especificación	6
NF08	Efectos de algunas causas externas especificadas	
NF08.0	Efectos del rayo	4
NF08.1	Ahogamiento o sumersión no mortal	2
NF08.2	Efectos de la vibración	6
NF08.3	Malestar por movimiento	6
NF08.4	Efectos de la corriente eléctrica	3
NF0Y	Otro efectos especificados de causas externas	6
NF0Z	Efectos de causas externas, sin especificación	6
NF2Y	Otros traumatismos, intoxicaciones u otras consecuencias especificadas de causas externas	6
NF2Z	Traumatismos, intoxicaciones u otras consecuencias de causas externas, sin especificación	6

3.14.6 Lista de afecciones mal definidas

Utilice esta tabla en el paso SP7. Las afecciones de esta tabla se consideran mal definidas y no deben utilizarse como causa básica de defunción.

Código o capítulo	Título de la categoría
BD10-BD1Z	Insuficiencia cardíaca en BD10-; especificada como aguda (XT5R)
BA2Z	Hipotensión, sin especificación
BE2Y	Otras enfermedades especificadas del sistema circulatorio
BE2Z	Enfermedades del sistema circulatorio, sin especificación
CB41.0	Insuficiencia respiratoria aguda
CB41.2	Insuficiencia respiratoria, no especificada como aguda o crónica
KB2D	Insuficiencia respiratoria del recién nacido
KB2E	Paro respiratorio en el recién nacido
Capítulo 21	Síntomas, signos o hallazgos clínicos, no clasificados en otra parte; excepto las condiciones enumeradas a continuación:
	MA15 Resultados microbiológicos en la sangre, los órganos hematopoyéticos o el sistema inmunitario
	MG43 Síntomas y signos relativos a la ingesta de alimentos y líquidos
	MG44.1 Falta del desarrollo fisiológico normal esperado
	MH11 Síndrome de muerte súbita del lactante

3.14.7 Lista de afecciones que pueden causar la enfermedad del VIH

Esta lista se utilizará como apoyo a las instrucciones especiales sobre las secuencias aceptadas y rechazadas Pasos SP3-SP4 para evaluar la secuencia de las muertes en las que se informa de la enfermedad por el VIH en el certificado de defunción. Tenga en cuenta que esta lista no es completa y debe considerarse indicativa. Acepte la enfermedad por el VIH como debida a:

Código	Categoría
Neoplasias malignas	
2B50-2E2Z	Neoplasias malignas, **excepto** neoplasias primarias de tejidos linfoides, hematopoyéticos, del sistema nervioso central o afines
Ciertas anemias u otros trastornos eritrocitarios	
3A00-3A03	Anemias nutricionales o metabólicas
3A10-3A4Z	Anemias hemolíticas
3A60-3A6Z	Aplasia pura de células rojas
3A50	Talasemias
3A51	Trastornos drepanocíticos u otras hemoglobinopatías
3A70	Anemia aplásica
3A71	Anemia debida a una enfermedad crónica
3A72	Anemia sideroblástica
3A73	Anemia diseritropoyética congénita
3A90	Anemia debida a enfermedad aguda
3A9Y	Otras anemias especificadas y trastornos de los eritrocitos
3A9Z	Anemias u otros trastornos de los eritrocitos, sin especificación
3B10-3B6Z	Defectos de coagulación, púrpura u otras enfermedades hemorrágicas o afecciones relacionadas

Ciertos trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos

6C43	Trastornos debidos al consumo de opioides
6C44	Trastornos debidos al consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
6C45	Trastornos debidos al consumo de cocaína
6C46	Trastornos debidos al consumo de estimulantes, incluidas las anfetaminas, la metanfetamina o la metcatinona
6C48	Trastornos debidos al consumo de cafeína
6C49	Trastornos debidos al consumo de alucinógenos
6C4C	Trastornos debidos al consump de MDMA (metilendioximetanfetamina) u o drogas relacionadas, incluida la MDA

6C4D	Trastornos debidos al consumo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP]
6C4E	Trastornos debidos al consumo de otras sustancias psicoactivas especificadas, incluidos los medicamentos
6C4F	Trastornos debidos al consumo de múltiples sustancias psicoactivas especificadas, incluidos los medicamentos
6C4G	Trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas
6C4Y	Otros trastornos especificados debidos al consumo de sustancias
6C4Z	Trastornos por consumo de sustancias, sin especificación

Pruebas de laboratorio del VIH

MA14.0 Prueba de laboratorio positiva al VIH

Ciertas lesiones										
	Cabeza	Cuello	Tórax	Abdomen	Brazo superior	Antebrazo	Muñeca Mano	Cadera	Parte inferior de la pierna	Pie de tobillo

Herida abierta	NA01	NA21	NA81	NB51	NC11	NC31		NC71	NC91	
Fractura	NA02	NA22	NA82	NB52	NC12	NC32		NC72	NC92	
Lesión de los vasos sanguíneos	NA05	NA60		NB90	NC15	NC35	NC56	NC75	NC95	ND16
Lesión de órganos				NB91 NB92						
Traumatismo por aplastamiento	NA08	NA62	NB33	NB93	NC17	NC37	NC58	NC77	NC97	ND18
Amputación traumática	NA09	NA63	NC18	NC38	NC59	NC78	NC98	ND19		
Laceración de músculo, fascia o tendón	NA0A.11	NA61.1	NB34.1	NB94.3 NB94.4 NB94.5	NC16.01 NC16.11 NC16.21 NC16.31 NC16.41	NC36.01 NC36.11 NC36.21 NC36.31 NC36.41 NC36.51		NC76.01 NC76.11 NC76.21 NC76.31	NC96.01 NC96.11 NC96.21 NC96.31	
Múltiples traumatismos	NA0A.3	NA64	NB35	NB95 NB96	NC19	NC39	NC5A	NC79	NC99	ND1A
Otras o ciertas lesiones especificadas	NA0A.0 NA0A.Y	NA6Y	NB3Y	NB97 NB98 NB99 NB9Y	NC1Y	NC3Y	NC5Y	NC7Y	NC9Y	ND1Y
Traumatismos, sin especificar	NA0Z	NA6Z	NB3Z	NB9Z	NC1Z	NC3Z	NC5Z	NC7Z	NC9Z	ND1Z

	Múltiples lesiones corporales	Parte no especificada del tronco, miembro, etc.	Brazo	Pierna	Región del cuerpo no especificada
Lesión superficial			ND53.Y	ND55	
Herida abierta	ND31	ND51.Y	ND53.Y	ND55	ND56.1
Fractura	ND32	ND50 (columna vertebral)	ND52	ND54	ND56.2
Luxaciones, torceduras o esguinces	ND33		ND53.Y	ND55	
Traumatismo por aplastamiento	ND34			ND55	ND56.7
Amputación traumática	ND35	ND51.Y	ND53.Y	ND55	ND56.8
Otras traumatismos especificados	ND36	ND51.Y	ND53.Y	ND55	ND56.5 (Vaso sanguíneo) ND56.Y
Traumatismos, sin especificar	ND37	ND51.Z	ND53.Y	ND55	ND56.Z

Algunas lesiones (continuación)

ND70-ND7Z	Efectos de cuerpo extraño que penetra por orificio natural
ND90-NE2Z	Quemaduras
NE80	Traumatismo o daño resultante de infusión, transfusión o inyección terapéutica, no clasificado en otra parte
Ciertas causas de daños o lesiones relacionadas con la asistencia a la salud	
PK80-PK8Z	Cirugía u otros procedimientos médicos asociados con lesión o daño en el uso diagnóstico o terapéutico
PL11.0	Corte, punción o desgarro, como modo de lesión o daño
PL11.4	Falla en las precauciones de esterilización, como modo de lesión o daño
PL14.4	Otro problema asociado a la transfusión

3.14.8 Lista de afecciones que pueden causar diabetes mellitus

Esta lista se utilizará como apoyo a las instrucciones especiales sobre las secuencias aceptadas y rechazadas Pasos SP3-SP4 para evaluar la secuencia de las muertes en las que se informa de la diabetes mellitus en el certificado de defunción.

5A10 Diabetes mellitus de tipo 1	
1D82.1	Pancreatitis por citomegalovirus
5B52	Desnutrición aguda en lactantes, niños o adolescentes
5B71	Deficiencia de proteínas
5B7Z	Desnutrición sin especificación
5A11 Diabetes mellitus de tipo 2	
5A70	Síndrome de Cushing
5B52	Desnutrición aguda en lactantes, niños o adolescentes
5B71	Deficiencia de proteínas
5B7Z	Desnutrición sin especificación
5A12 Diabetes mellitus relacionada con la desnutrición	
5B52	Desnutrición aguda en lactantes, niños o adolescentes
5B71	Deficiencia de proteínas
5B7Z	Desnutrición sin especificación
5A13 ***Diabetes mellitus, otro tipo especificado*** 5A14 **Diabetes mellitus, tipo no especificado***	
1D82.1	Pancreatitis por citomegalovirus
1D80.4	Pancreatitis debida al virus de la parotiditis
2C10	Neoplasia maligna del páncreas
2D81	Metástasis de neoplasia maligna en el páncreas
2E92.8	Neoplasia benigna del páncreas
2E92.9	Neoplasia benigna del páncreas endocrino
4A40-4A4Z	Trastornos autoinmunes sistémicos no específicos de órganos
5A02	Tirotoxicosis
5A03	Tiroiditis
5A60.0	Acromegalia o gigantismo hipofisario
5A70	Síndrome de Cushing
5B52	Desnutrición aguda en lactantes, niños o adolescentes *(* sólo para* 5A14*)*
5B71	Deficiencia de proteínas *(* sólo para* 5A14*)*

5B7Z	Desnutrición no especificada *(* sólo para* 5A14*)*
5C58.1	Porfirias
5C64.1	Trastornos del metabolismo del hierro
5D41	Hipoinsulinemia tras un procedimiento
6C40.1	Patrón nocivo de consumo de alcohol
6C40.2	Dependencia del alcohol
8A01.10	Enfermedad de Huntington
8A03	Trastornos atáxicos
8A0Z	Trastornos anormales del movimiento, sin especificación
8C71	Trastornos miotónicos
CA25	Fibrosis quística
DC31	Pancreatitis aguda
DC32	Pancreatitis crónica
DC3Z	Enfermedades del páncreas, sin especificación
JA63.2	Diabetes mellitus que aparecepor primera vez en el embarazo
KA62.8	Síndrome de rubéola congénita
LD20-LD2Z	Múltiples anomalías o síndromes del desarrollo
LD40.0	Trisomía 21 completa
LD50.0	Síndrome de Turner
LD50.3	Síndrome de Klinefelter
LD52.1	Cariotipo masculino doble o múltiple Y
LD53	Anomalías estructurales del cromosoma Y
LD54	Cariotipo masculino con mosaicismo de cromosomas sexuales
LD5Y	Otras anomalías especificadas de los cromosomas sexuales
LD7Y	Otras anomalías cromosómicas especificadas, con exclusión de las mutaciones genéticas
NB91.4	Traumatismo en el páncreas
NE60	Efectos adversos de las drogas, medicamentos o sustancias biológicas, no clasificados en otra parte
PL00	Fármacos, medicamentos o sustancias biológicas asociadas con lesión o daño en el uso terapéutico

3.14.9 Lista de afecciones que deben considerarse consecuencias obvias de la cirugía y otros procedimientos médicos invasivos

La lista de esta sección contiene afecciones que podrían desarrollarse como complicaciones de la cirugía u otros procedimientos médicos invasivos. Esto no significa que las afecciones de la lista deban considerarse siempre como complicaciones, y se aplican las siguientes restricciones:

- No considere una afección de la lista como una complicación de una cirugía o un procedimiento médico invasivo si la cirugía o el procedimiento se llevaron a cabo más de cuatro semanas antes de la muerte.
- No considere una afección de la lista como una complicación de una cirugía o un procedimiento invasivo si hay pruebas de que la afección estaba presente antes de que se realizara la cirugía o el procedimiento invasivo.
- No considere una afección marcada con **"OCPR" (Otra Causa de Procedimiento Requerida)** como una complicación de la cirugía o de un procedimiento invasivo a menos que el certificado informe de otra afección del mismo lugar que fue tratada mediante cirugía o algún otro procedimiento invasivo.
- No considere una afección marcada con **"DSAP" (Duración Establecida, Desarrollada Después del Procedimiento)** como 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 deben considerarse como complicaciones de la cirugía o de un procedimiento invasivo en el mismo lugar o región, incluso después de más de cuatro semanas desde la fecha de la cirugía o del procedimiento invasivo. Si el procedimiento se realizó más de un año antes de la muerte, utilice los códigos para las secuelas de la atención médica.

3.14.9.1 Lista de afecciones que deben considerarse consecuencias directas de la cirugía

Infecciones	**Alerta**
Absceso	OCPR
Bacteriemia	
Fístula	OCPR, y para un procedimiento del mismo sitio o región solamente
Gangrena gaseosa	
Infección, hemolítica	
Infección SAI	DSAP
Infección en la herida quirúrgica	
Sepsis	
Séptico	
Hemorragia, hemólisis	**Alerta**
Coagulopatía, consumo	
Coagulación intravascular diseminada (CID)	
Hemorragia SAI	
Hemorragia, gastrointestinal	OCPR
Hemorragia intraabdominal	OCPR
Hemorragia rectal	OCPR
Hemorragia, herida quirúrgica	
hemorragia, sitio especificado	Sólo para un procedimiento del mismo sitio o región
Hematemesis	OCPR
Hematoma	OCPR
Hemotórax	OCPR
Hemólisis	
Melaena	OCPR
Complicaciones cardíacas	**Alerta**
Paro cardíaco	
Arritmia SAI	DSAP
Asistolia	
Bloqueo, cardíaco	DSAP

Fallo/insuficiencia, cardíaca	
Fibrilación auricular	DSAP
Fibrilación ventricular	
Infarto (miocardio)	
Isquemia miocárdica (aguda)	
Ruptura, miocardio	
Complicaciones cerebrovasculares y otras complicaciones cerebrales	
Apoplejía	DSAP
Daño, cerebro (anóxico)	DSAP
Embolia, cerebral	DSAP
Hemorragia, cerebral/intracraneal	DSAP
Infarto, cerebral	DSAP
Isquemia, cerebral/cerebrovascular	DSAP
Lesión, cerebral/cerebrovascular	DSAP
Meningitis	DSAP
Edema cerebral	DSAP
Accidente cerebrovascular	DSAP
Trombosis cerebral	DSAP
Otras complicaciones vasculares	**Alerta**
Paro, circulatorio	
Embolia (arterial)	
Embolia, grasa/aire	
Embolia, gas	
Embolia, pulmonar	
Embolia, venosa	
Falla/insuficiencia, circulatoria	
Hipotensión	
Infarto, pulmonary	
Infarto (cualquier sitio)	

Oclusión (cualquier sitio)	
Flebitis (cualquier sitio)	
Flebotrombosis (en cualquier sitio)	
Tromboflebitis (cualquier sitio)	
Trombosis, arterial	
Trombosis, venosa	
Trombosis SAI (cualquier sitio)	
Complicaciones respiratorias	**Alerta**
Síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA)	
Alcalosis y acidosis respiratoria	
Paro, respiratorio	
Aspiración	
Atelectasia	
Bronquitis	DSAP
Derrame, pleura	
Empyema	OCPR
Fístula, broncopleural o esofágica	OCPR
Falla/insuficiencia, pulmonar	
Falla/insuficiencia respiratoria	
Mediastinitis	
Obstrucción, vías aéreas superiores	OCPR
Edema, laríngeo	OCPR
Edema/hipóstasis, pulmonar	
Neumonía	
Neumotórax	OCPR
Complicaciones gastrointestinales	**Alerta**
Absceso, intraabdominal	OCPR
Constipación, estreñimiento	OCPR

Dilatación, gástrica	OCPR
Trastorno, circulatorio, gastrointestinal	OCPR
Embolia, mesentérica	OCPR
Insuficiencia, hepática	DSAP
Fístula, biliar/intestinal/rectovaginal	OCPR
Ileo	OCPR
Isquemia, intestinal	OCPR
Necrosis, gastrointestinal	OCPR
Obstrucción, intestinal (mecánica)	OCPR
Peritonitis	OCPR
Úlcera, gastrointestinal (estrés)	OCPR
Vólvulo	OCPR
Complicaciones renales y urinarias	**Alerta**
Anuria	
Falla/insuficiencia renal	
Fístula, urinaria	OCPR
Infección, urinaria	
Pielonefritis	DSAP
Retención, orina	
Estrechez, uretra	OCPR
Uraemia	
Urosepsis	
Otras complicaciones	**Alerta**
Adherencias	Sólo para un procedimiento del mismo sitio o región
Síndrome compartimental	OCPR
Complicación(es) SAI	
Crisis tirotóxica	DSAP
Desplazamiento, prótesis	
Fallo, (multi)órgano	
Gangrena	
Insuficiencia, anastomosis	OCPR

Necrosis, grasa/herida	OCPR
Ataques (epilépticos)	DSAP
Choque SAI	
Choque, anafiláctico	
Úlcera, decúbito	

3.14.9.2 Lista de afecciones que deben considerarse consecuencias directas de otros procedimientos médicos invasivos

Consecuencias obvias del cateterismo cardíaco PK80.11 Procedimiento cardíaco para reparar anomalía congénita asociada con lesión o daño, abordaje percutáneo* PK80.15 Otro procedimiento cardíaco asociado con lesión o daño, abordaje percutáneo*.	
Sepsis, choque séptico	
Bacteriemia	
Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM)	
Sepsis por hongos	
Fungemia	
Infección del catéter vascular o del puerto	
Tromboflebitis séptica	
Endocarditis infecciosa	
Infarto de miocardio	Sólo si está indicado como continuación del cateterismo
Trombosis coronaria	Sólo si está indicado como continuación del cateterismo
Embolia coronaria	Sólo si está indicado como continuación del cateterismo
Ruptura coronaria	Sólo si está indicado como continuación del cateterismo
Paro cardíaco	
Embolia cardíaca	
Síndrome embólico del colesterol	
Embolia pulmonar	
Hemorragia	
Pérdida de sangre	
Hemoperitoneo	

Choque cardiogénico	Sólo si está indicado como continuación del cateterismo
Choque hipotensivo	Sólo si está indicado como continuación del cateterismo
Consecuencias obvias de la aspiración de líquidos PK81.2 Aspiración o drenaje de una cavidad corporal o de líquido acumulado asociado con lesión o daño en su uso terapéutico*.	
Hemotórax	Si la aspiración o la punción es del mismo sitio
Hemorragia	Si la aspiración o la punción es del mismo sitio
Consecuencias obvias de la biopsia PK81.4 Aspiración o biopsia de médula ósea asociada conlesión o daño en su uso terapéutico* PK81.5 Procedimiento de biopsia, no clasificado en otra parte, asociado conlesión o daño en su uso terapéutico*	
Hemorragia	Si es del mismo sitio
Neumotórax	Si es del mismo sitio
Adherencias	Si es del mismo sitio

Consecuencias obvias de la diálisis renal PK81.6 Diálisis asociada conlesión o daño en su uso terapéutico*	
Sepsis, choque séptico	
Bacteriemia	
MRSA	
Endocarditis infecciosa	
Sepsis por hongos	
Fungemia	
Infección del catéter vascular o del puerto	
Tromboflebitis séptica	
Peritonitis	
Neumonía	
Hipotensión (durante la diálisis)	
Choque hipovolémico	
Hemorragia	
Consecuencias obvias de sonda de alimentación, PEG (gastrostomía endoscópica percutánea) PK81.8 Inserción de tubo asociada con lesión o daño en su uso terapéutico*	
Neumonía por aspiración	
Infección de la herida abdominal	
Infección de la pared abdominal	
Consecuencias obvias de la reanimación PK81.E Reanimación cardiopulmonar asociada con lesión o daño en su uso terapéutico*	
Fractura(s) de costillas	

Otros procedimientos quirúrgicos o médicos PK8Y Otraa cirugía o procedimiento médico especificado asociado con lesión o daño en el uso diagnóstico o terapéutico*.	
Consecuencias obvias de la aplicación de vía intravenosa/catéter arterial	
Sepsis, choque séptico	
Bacteriemia	
MRSA	
Sepsis fúngica	
Fungemia	
Infección del catéter vascular o del puerto	
Tromboflebitis séptica	Si la infección del sitio del catéter o del puerto
Endocarditis infecciosa	Si la infección del sitio del catéter o del puerto
Celulitis	Si la infección del sitio del catéter o del puerto
Absceso	Si la infección del sitio del catéter o del puerto
Hematoma	Si la infección del sitio del catéter o del puerto
Hemorragia	Si la infección del sitio del catéter o del puerto
Hemotórax	Si la infección del sitio del catéter o del puerto

Consecuencias obvias del trasplante de médula ósea	
Sepsis, choque séptico	
Bacteriemia	
MRSA	
Sepsis por hongos	
Fungemia	
Fascitis necrosante	
Trombocitopenia	
Enfermedad de injerto contra huésped	
Consecuencias obvias de procedimientos radiológicos y de la terapia	
Pericarditis	Si la radiación del mismo sitio
Enfermedad pulmonar restrictiva	Si la radiación del mismo sitio
Obstrucción del intestino delgado	Si la radiación del mismo sitio
Mielitis cervical	Si la radiación del mismo sitio
Fibrosis (intersticial)	Si la radiación del mismo sitio
Osteonecrosis	Si la radiación del mismo sitio
Mucositis	Si la radiación del mismo sitio
Fístula	Si la radiación del mismo sitio
Estrechez o cicatrización	Si la radiación del mismo sitio

Consecuencias obvias de sonda urinaria PK93.10 Dispositivos de gastroenterología o urología asociados con lesión o daño:, sonda urinaria*	
Infección del tracto urinario	
Urosepsis	

3.14.10 Lista de afecciones poco probables de causar la muerte

Utilice esta tabla en el paso SP8 Las afecciones de esta tabla son poco probables de causar la muerte.

Código	Título
1A94.0	Infección genital o urogenital por herpes simple
1B21.2	Infección cutánea micobacteriana no tuberculosa
1B72	Impétigo
1C10.Y	Otras formas especificadas de actinomicosis
1C20	Conjuntivitis por Clamidia
1C23	Tracoma
1D84	Conjuntivitis viral
1E76	Molusco contagioso
1E80	Verrugas comunes
1F00.0	Infección mucocutánea por herpes simple
1F00.1	Infección ocular por herpes simple
1F00.Y	Otras infecciones especificadas por herpes simple
1F0Y	Otras infecciones virales especificadas caracterizadas por lesiones cutáneas o mucosas
1F28	Dermatofitosis
1F2D	Dermatomicosis superficiales no dermatofíticas
1G00	Pediculosis
1G03	Ptiriasis
6A00	Trastornos del desarrollo intelectual
6A01	Trastornos del desarrollo del habla o el lenguaje
6A02	Trastorno del espectro autista
6A03	Trastorno del desarrollo del aprendizaje
6A04	Trastorno del desarrollo de la coordinación motora
6A06	Trastorno por movimientos estereotipados
6A0Y	Otros trastornos especificados del neurodesarrollo
6A0Z	Trastornos del neurodesarrollo, sin especificación
6B84	Síndrome de pica
6B8Y	Otro trastornos especificados del comportamiento alimentario
6B8Z	Trastornos del comportamiento alimentario, sin especificación
6C00	Enuresis
6C01	Encopresis
6C20	Trastorno de distrés corporal
6C50-6C5Z	Trastornos debidos a conductas adictivas
6C70-6C7Z	Trastornos del control de los impulsos

6D10-6D11	Trastornos de la personalidad y rasgos relacionados
6D30-6D3Z	Trastornos parafílicos
6D50-6D5Z	Trastornos facticios
7A00-7A0Z	Trastornos de insomnio
7A25	Hipersomnia asociada con un trastorno mental
7A26	Síndrome de sueño insuficiente
7A82	Calambres en las piernas durante el sueño
7A83	Bruxismo durante el sueño
7A85	Mioclonías benignas del sueño en la lactancia
7A86	Mioclonía propioespinal al inicio del sueño
7A88	Trastorno del movimiento relacionado con el sueño debido a un medicamento o sustancia
7A8Y	Otros trastornos especificados del movimiento relacionados con el sueño
7A8Z	Trastornos del movimiento relacionados con el sueño, sin especificación
7B00.1	Trastorno de sonambulismo
7B00.2	Terror del sueño
7B01.2	Pesadillas
7B01.Y	Otras parasomnias especificadas relacionadas con el sueño REM
7B01.Z	Parasomnias relacionadas con el sueño REM, sin especificación
7B2Y	Otros trastornos especificados del sueño y la vigilia
7B2Z	Trastornos del sueño y la vigilia, sin especificación
8A05	Trastornos por tics
8A80	Migraña
8A81	Cefalea tensional
8A82	Cefaleas autonómicas del trigémino
8B10	Accidente cerebral isquémico transitorio
8B82	Trastornos del nervio trigémino
8B88	Trastornos del nervio facial
8B90-8B9Z	Trastornos de los plexos o raíces nerviosas
8C10	Mononeuropatías de extremidad superior
8C11	Mononeuropatías de extremidad inferior
8C12.1	Mononeuritis múltiple
8E43.00	Síndrome del miembro fantasma
9A00-9A0Z	Trastornos del párpado o de la zona periocular
9A10-9A1Z	Trastornos del aparato lagrimal

9A60-9B3Z	Trastornos del segmento anterior del globo ocular
9B50-9C0Z	Trastornos del segmento posterior del globo ocular -
9C40-9C4Z	Trastornos de las vías o centros ópticos
9C60-9C6Z	Glaucoma o sospecha de glaucoma
9C80-9C8Z	Estrabismo o trastornos de la movilidad ocular
9D00-9D0Z	Trastornos de refracción o acomodación
9D50-9D7Z	Deficiencia de las funciones visuales
9D90-9D9Z	Deficiencia de la visión
9E1Y	Otras enfermedades especificadas del sistema visual
9E1Z	Enfermedades del sistema visual, sin especificación
AA10-AA6Z	Enfermedades del oído externo
AB33	Otosclerosis
AB37	Efectos del ruido en el oído interno
AB3Y	Otras enfermedades especificadas del oído interno
AB3Z	Enfermedades del oído interno, sin especificación
AB50-AB5Z	Trastornos con deficiencia auditiva
AB70-AB7Y	Trastornos del oído, no clasificados en otra parte
AC0Y	Otras enfermedades especificadas del oído o de la apófisis mastoides
AC0Z	Enfermedades del oído o de la apófisis mastoides, sin especificación
BD90.0	Linfadenitis aguda
CA00	Nasofaringitis aguda
CA04	Laringofaringitis aguda
CA07	Infecciones respiratorias agudas de vías altas, en localizaciones múltiples y no especificadas
CA08	Rinitis alérgica o vasomotora
CA0D	Desviación del tabique nasal
CA0F	Enfermedades crónicas de las amígdalas palatinas o faríngeas
CA0J	Pólipo nasal
DA03	Enfermedades de la lengua
DA04	Enfermedades de las glándulas salivales
DA05	Quistes de la boca, la cara o el cuello
DA06	Algunas enfermedades especificadas de los maxilares
DA07	Trastornos de la formación o erupción de los dientes
DA08	Enfermedades de los tejidos duros de los dientes
DA09	Enfermedades de la pulpa o de los tejidos periapicales

DA0A	Algunos trastornos especificados de los dientes o de las estructuras de sostén
DA0B	Enfermedades gingivales
DA0C	Enfermedad periodontal
DA0D	Algunos trastornos especificados del reborde gingival o alveolar desdentado
DA0E	Anomalías dentofaciales
DA0F	Trastornos sensitivos que afectan al complejo bucofacial
DA0F.0	Síndrome de la boca ardiente
DA0Y	Otras enfermedades y trastornos especificados del complejo bucofacial
DA0Z	Enfermedades o trastornos del complejo bucofacial, sin especificación
EA10	Pitiriasis rosada
EA12	Acrodermatitis papulosa infantil
EA80-EA8Z	Dermatitis y eccema
EA91	Liquen plano
EA92	Dermatosis liquenoides
EA93	Pitiriasis liquenoide
EA94	Pitiriasis rubra pilaris
EA95	Parapsoriasis en placas pequeñas
EB20-EB2Y	Dermatosis neutrofílica
EB30	Celulitis eosinofílica
EB60-EB61	Dermatosis inflamatorias cicatriciales o esclerosantes
EB90.1	Mucinosis cutánea
EC10-EC7Y	Trastornos genéticos y del desarrollo con afectación de la piel, **excepto** EC31 Epidermólisis ampollosa de la unión
EC90-EC9Y	Alteraciones de la sensibilidad cutánea
ED00-ED2Z	Condiciones psicológicas o psiquiátricas con afectación de la piel
ED50-EE21	Trastornos de la piel con afectación de estructuras cutáneas específicas
EE40-EE7Y	Trastornos del tejido cojuntivo cutáneo
EE60-EE6Y	Fibromatosis y queloides
EE80-EE8Y	Trastornos histiocíticos-granulomatosos de la piel
EF40.0	Capilaritis
EG40-EG9Z	Trastornos de la piel con afectación de ciertas regiones corporales específicas
EH40.0	Dermatitis seborreica del lactante
EH40.1	Dermatosis del pañal
EH75	Fotosensibilidad por medicamentos
EH92	Dermatosis provocada por fricción o acción mecánica

EH93	Dermatosis por cuerpos extraños
EJ0Y	Otras dermatosis especificadas provocadas o exacerbadas por exposición al frío
EJ10-EJ1Y	Dermatosis provocadas por el calor o la electricidad
EJ20-EJ2Y	Efectos crónicos de la radiación ultravioleta en la piel
EJ30	Fotodermatosis autoinmunitarias y otras
EJ40-EJ4Z	Efectos agudos de la radiación ultravioleta en la piel normal
EJ6Y	Otras dermatosis especificadas provocadas por la luz o la radiación ultravioleta
EJ71-EJ7Z	Dermatosis por radiación ionizante
EK00	Dermatitis alérgica de contacto
EK01	Dermatitis fotoalérgica de contacto
EK02	Dermatitis irritante de contacto
EK11	Dermatitis de contacto por proteínas
EK12	Sensibilización alérgica de contacto
EK20-EK2Z	Reacciones fototóxicas por contacto de la piel con sustancias fotoactivas
EK5Y	Otro trastornos de la piel especificados provocados por factores externos
EK70	Quistes cutáneos
EK90.0	Queratosis actínica
EK91.0	Parapsoriasis en placas grandes
EM0Y	Otras enfermedades especificadas de la piel
EM0Z	Enfermedades de la piel, sin especificación
FA22	Polimialgia reumática
FA30	Deformidades adquiridas de los dedos de las manos o de los pies
FA31	Otras deformidades adquiridas de las extremidades
FA32	Afecciones de la rótula
FA33	Trastorno interno de la rodilla
FA34	Algunas artropatías especificadas
FA35	Desgaste de la superficie de carga de una prótesis articular
FA36	Derrame de la articulación
FA37	Algunas artropatías no clasificadas en otra parte
FA5Y	Otras artropatías especificadas
FA5Z	Artropatías, sin especificación
FA70.0	Cifosis
FA70.2	Lordosis
FA71	Tortícolis
FA82	Estenosis del conducto vertebral

FB10	Inestabilidad de la columna vertebral
FB1Y	Otras afecciones especificadas asociadas a la columna vertebral
FB1Z	Afecciones asociadas con la columna vertebral, sin especificación
FB30	Miositis infecciosa
FB40	Tenosinovitis
FB41	Ruptura espontánea de la membrana sinovial o del tendón
FB42	Algunos trastornos especificados de la membrana sinovial o del tendón
FB50	Bursitis
FB52	Trastornos de los tejidos blandos en enfermedades clasificadas en otra parte
FB53	Lesiones del hombro
FB54	Entesopatías de la extremidad inferior
FB55	Algunas entesopatías especificadas
FB56	Trastornos de tejidos blandos especificados, no clasificados en otra parte
FB6Z	Trastornos de los tejidos blandos, sin especificación
FC00	Ciertas deformidades adquiridas especificadas del sistema musculoesquelético o del tejido conjuntivo, no clasificadas en otra parte
GA12	Dispareunia
GA13	Anomalías adquiridas de la vulva o del perineo
GA14	Anomalías adquiridas de la vagina
GA15	Anomalías adquiridas del cuello uterino
GA16	Anomalías adquiridas del útero, a excepción del cuello uterino
GA1Y	Otros trastornos no inflamatorios especificados del aparato genital femenino
GA1Z	Trastornos no inflamatorios del aparato genital femenino, sin especificación
GA20-GA2Z	Hemorragia uterina o vaginal anormal
GA30.02	Sangrado menstrual excesivo en el período premenopáusico
GA31	Infertilidad femenina
GA33	Pérdida recurrente de embarazo
GA34	Dolor pélvico femenino asociado a órganos genitales o ciclo menstrual
GB04	Infertilidad masculina
GB05	Prepucio redundante, fimosis o parafimosis
GB20	Enfermedad benigna de la mama
GB23.0	Ectasia de conducto mamario
HA00-HA8Z	Capítulo 17 Condiciones relacionadas con la salud sexual
LA10-LA1Z	Anomalías estructurales del desarrollo del ojo, el párpado o el aparato lagrimal
LA20-LA2Z	Anomalías estructurales del desarrollo del oído

LA30-LA5Z	Anomalías estructurales del desarrollo de la cara, la boca o los dientes
LA60-LA6Z	Anomalías estructurales del desarrollo del cuello
LB60-LB6Z	Anomalías estructurales del desarrollo de la mama
LB70.00	Plagiocefalia
LB74	Anomalías estructurales del desarrollo prenatal de la cintura pélvica
LB75	Braquidactilia
LB76	Pulgar trifalángico
LB77	Hiperfalangia
LB78	Polidactilia
LB79	Sindactilia
LB80	Deformidades congénitas de los dedos de la mano
LB90	Anomalías articulares congénitas
LB91	Luxación congénita del hombro
LB92	Luxación congénita del codo
LB93	Luxación congénita de la rodilla
LB94	Luxación congénita de la rótula
LB95	Aplasia o hipoplasia de rótula
LB96	Curvatura congénita de huesos largos
LB98	Deformidades congénitas de los pies
LB99	Defectos por reducción de la extremidad superior
LB9A	Defectos por reducción de la extremidad inferior
LB9B	Defectos por reducción de las extremidades superiores e inferiores
LB9Y	Otras anomalías estructurales especificadas del desarrollo del esqueleto
LB9Z	Anomalías estructurales del desarrollo del esqueleto, sin especificación
LC00-LC7Z	Anomalías estructurales del desarrollo de la piel
NA00	Traumatismo superficial en la cabeza
NA06.4	Traumatismo en la conjuntiva o abrasión corneal sin mención de cuerpo extraño
NA06.9	Contusión en el globo ocular o los tejidos orbitarios
NA06.Y	Otro traumatismo especificado en el ojo o la órbita
NA20	Traumatismo superficial en el cuello
NA80	Traumatismo superficial en el tórax
NB50	Traumatismo superficial en el abdomen, la zona lumbar o la pelvis
NC10	Traumatismo superficial del hombro o de la parte superior del brazo
NC30	Traumatismo superficial en el antebrazo
NC51	Traumatismo superficial en la muñeca o la mano

NC70	Traumatismo superficial en la cadera o el muslo
NC90	Traumatismo superficial en la rodilla o la parte inferior de la pierna
ND11	Traumatismo superficial en el tobillo o el pie
ND56.0	Traumatismo superficial en región no especificada del cuerpo
ND90.0	Quemadura epidérmica en la cabeza o el cuello, excepto la cara
ND92.0	Quemadura epidérmica en el tronco, excepto el perineo o los genitales
ND94.0	Quemadura epidérmica en el hombro o el brazo, excepto la muñeca y la mano
ND95.0	Quemadura epidérmica en la muñeca o la mano
ND96.0	Quemadura epidérmica en la cadera o la pierna, excepto el tobillo y el pie
ND97.0	Quemadura epidérmica en el tobillo o el pie

3.14.11 Lista de categorías limitadas a, o más probables de ocurrir en mujeres

Código	Título
1C14	Tétanos obstétrico
1F23.10	Candidiasis vulvovaginal
2B58.1	Leiomiosarcoma del útero
2B5C	Sarcoma del estroma endometrial sitio primario
2B5D.0	Tumor maligno mesenquimatoso y epitelial mixto del ovario
2B5D.1	Tumor maligno mixto mesenquimatoso y epitelial del cuerpo del útero
2B5F.0	Sarcoma del útero, no clasificado en otra parte
2B5G	Miosarcoma de útero, parte no especificada
2C65	Síndrome hereditario de cáncer de mama y de ovario
2C70-2C7Z	Neoplasias malignas de los órganos genitales femeninos
2E05	Metástasis de neoplasia maligna en el aparato reproductor femenino
2E66	Carcinoma in situ del cuello uterino
2E67.0	Carcinoma in situ del endometrio
2E67.1	Carcinoma in situ de la vulva
2E67.2	Carcinoma in situ de vagina
2E67.3	Carcinoma in situ de otros órganos genitales femeninos o de los no especificados
2E86.0	Leiomioma del útero
2E88	Nódulo estromal endometrial benigno
2F31	Neoplasias benignas no mesenquimatosas del útero
2F32	Neoplasia benigna de ovario
2F33	Neoplasia benigna de otros órganos genitales femeninos o de los no especificados
2F76	Neoplasias de comportamiento incierto de los órganos genitales femeninos
2F96	Neoplasias de comportamiento desconocido de los órganos genitales femeninos
4A45.2	Síndrome antifosfolipídico en el embarazo
5A71.0	Trastornos del desarrollo sexual 46,XX provocados por andrógenos de origen fetal
5A71.1	Trastornos del desarrollo sexual 46,XX provocados por andrógenos de origen materno
5A80	Disfunción ovárica
5D44	Insuficiencia ovárica tras un procedimiento
6E20	Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, sin síntomas psicóticos

6E21	Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, con síntomas psicóticos
6E2Z	Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, sin especificación
BD75.2	Várices vulvares
EA83.00	Liquen simple de la vulva
EA87.1	Dermatitis o eccema de los genitales femeninos
EB60.0	Liquen escleroso de la vulva
ED61.11	Mácula melanótica vulvar
ED70.1	Alopecia de patrón femenino
ED70.31	Efluvio telógeno posparto
EE40.10	Estrías del embarazo
EK02.13	Dermatitis de contacto irritante de la vulva
FB83.10	Osteoporosis idiopática premenopáusica
FB83.11	Osteoporosis posmenopáusica
FC01.9	Osteoporosis postooforectomía
GA00-GA6Z	Enfermedades del aparato genital femenino
GB23.4	Galactorrea no asociada al parto
GC04.1	Fístulas del aparato genital femenino
GC04.2	Fístula ureteral
GC40-GC4Z	Disfunción del suelo pélvico femenino
GC50.10	Sensibilidad vesical ausente o disminuida asociada a prolapso de órganos pélvicos
GC51	Mutilación genital femenina
GC70	Adherencias vaginales postoperatorias
GC71	Prolapso de la cúpula vaginal tras histerectomía
GC77	Metrorragia tras un procedimiento
GC78	Enfermedad inflamatoria pélvica femenina aguda tras un procedimiento
HA01.0	Disfunción de la excitación sexual femenina
HA20	Trastorno sexual por dolor asociado a la penetración
JA00-JB6Z	Embarazo, parto o puerperio
KA83.9	Hemorragia vaginal o uterina neonatal
LA90.32	Malformaciones arteriovenosas uterinas
LB40-LB4Z	Anomalías estructurales del desarrollo del aparato genital femenino
LD2A.1	Disgenesia gonadal 46,XY
LD2A.4	Trastorno del desarrollo sexual 46,XY por resistencia a los andrógenos

LD50.0	Síndrome de Turner
LD50.1	Cariotipo 47,XXX
LD50.2	Mosaicismo, líneas con número anormal de cromosomas X
LD50.Y	Otras anomalías especificadas en el número del cromosoma X
LD50.Z	Anomalías en el número del cromosoma X, sin especificación
LD90.4	Síndrome de Rett
MF30-MF3Y	Síntomas, signos o resultados clínicos anormales relativos al aparato genital femenino
MF60-MF6Z	Resultados clínicos anormales en muestras de órganos genitales femeninos
MG24.01	Temor al cáncer de mama femenino
MG24.D	Temor a las complicaciones del embarazo
MG24.E	Temor a la enfermedad de transmisión sexual femeninas
MG24.F	Temor a una enfermedad de la mama o de los órganos genitales femeninos
NB92.4	Traumatismo en el ovario
NB92.5	Traumatismo en la trompa de Falopio
NB92.6	Traumatismo uterino
NB93.02	Traumatismo por aplastamiento de la vulva
NB93.24	Amputación traumática completa de la vulva
NB93.25	Amputación traumática de parte de la vulva
NB98	Lesión en los genitales femeninos sin otra especificación
ND56.9	Traumatismo que complica el embarazo
ND74.2	Cuerpo extraño en la vulva o la vagina
ND74.3	Cuerpo extraño en el útero, cualquier parte
PK80.5	Procedimiento ginecológico o de mama asociado con lesión o daño en su uso terapéutico
PK80.7	Procedimiento obstétrico asociado con lesión o daño en su uso terapéutico
PK96	Dispositivos, implantes, o injertos obstétricos o ginecológicos asociados con lesión o daño
QA00.9	Examen ginecológico
QA09.4	Examen especial de detección por neoplasia del cuello uterino
QA21.0	Contacto con los servicios de salud para anticoncepción poscoital
QA21.2	Contacto con los servicios de salud para inserción de dispositivo anticonceptivo
QA21.4	Contacto con los servicios de salud para extracción menstrual
QA21.6	Vigilancia de dispositivo anticonceptivo
QA30.00	Contacto con los servicios de salud para la transferencia de gametos intratubárica

QA30.01	Contacto con los servicios de salud para la procreación mediante inseminación artificial
QA30.02	Contacto con los servicios de salud para la inseminación de esperma médicamente asistida
QA30.0Y	Contacto con los servicios de salud para otras inseminación asistida especificada
QA30.0Z	Contacto con los servicios de salud para inseminación asistida, sin especificación
QA30.1	Contacto con los servicios de salud para tecnología de reproducción asistida
QA30.2	Contacto con los servicios de salud para otros métodos de fertilización asistida
QA30.Y	Otro contacto especificado con los servicios de salud para la reproducción médicamente asistida
QA40	Examen o prueba de embarazo
QA41	Estado de embarazo
QA42	Supervisión de embarazo normal
QA43	Supervisión de embarazo de alto riesgo
QA45	Evaluación prenatal
QA46	Resultado del parto
QA48	Atención o examen en el posparto
QA49	Problemas relacionados con embarazo no deseado
QA4A	Problemas relacionados con la multiparidad
QA4B	Contacto con los servicios de salud para consejo sobre menopausia
QB51.C	Presencia de dispositivo anticonceptivo
QB62.5	Atención de la vagina artificial
QD31	Contacto con los servicios de salud por preocupación acerca de la imagen corporal relacionada con el embarazo
QF01.10	Ausencia adquirida de los órganos genitales femeninos

3.14.12 Lista de categorías limitadas a, o más probables de ocurrir en hombres

Código	Título
1A70.00	Gonorrea del pene
1D80.1	Orquitis por el virus de la parotiditis
1F23.11	Balanopostitis por Candida
2B55.2	Rabdomiosarcoma de los órganos genitales masculinos
2B59.2	Liposarcoma de los órganos genitales masculinos
2C80-2C8Z	Neoplasias malignas de los órganos genitales masculinos
2E06	Metástasis de neoplasia maligna en los órganos genitales masculinos
2E67.4	Carcinoma in situ del pene
2E67.5	Lesión intraepitelial de próstata de alto grado
2E67.6	Carcinoma in situ de otros órganos genitales masculinos o de los no especificados
2F34	Neoplasia benigna de los órganos genitales masculinos
2F77	Neoplasias de comportamiento incierto de los órganos genitales masculinos
2F97	Neoplasias de comportamiento desconocido de los órganos genitales masculinos
5A81	Disfunción testicular o trastornos de origen testosterónico
5D45	Hipofunción testicular tras un procedimiento
BD75.1	Várices escrotales
EA83.01	Liquen simple de los genitales masculinos
EA87.0	Dermatitis o eccema de los genitales masculinos
EB60.1	Liquen escleroso del pene
EC92.0	Dolor disestésico escrotal y peneano
ED61.10	Mácula melanótica del pene
GA80-GB0Z	Enfermedades del aparato genital masculino
HA01.1	Disfunción eréctil masculina
HA03	Disfunciones eyaculatorias
LB50-LB5Z	Anomalías estructurales del desarrollo del aparato genital masculino
LD2A.0	Trastorno ovotesticular del desarrollo sexual
LD2A.2	Agenesia testicular
LD2A.3	Trastorno del desarrollo sexual 46,XY por defecto del metabolismo de la testosterona
LD50.3	Síndrome de Klinefelter
LD52	Anomalías en el número del cromosoma Y
LD53	Anomalías estructurales del cromosoma Y
LD54	Cariotipo masculino con mosaicismo de cromosomas sexuales

MA14.1B	Antígeno prostático específico positivo
MF40-MF4Y	Síntomas, signos o resultados clínicos anormales relativos al aparato genital masculino
MF70-MF7Z	Resultados clínicos anormales en muestras de los órganos genitales masculinos
MG24.02	Temor al cáncer de los genitales masculinos
MG24.G	Temor a una enfermedad de transmisión sexual masculina
MG24.H	Temor a una enfermedad de los órganos genitales masculinos
NB93.00	Traumatismo por aplastamiento del pene
NB93.01	Traumatismo por aplastamiento de los testículos o el escroto
NB93.20	Amputación traumática completa del pene
NB93.21	Amputación traumática de parte del pene
NB93.22	Amputación traumática de testículos o escroto completos
NB93.23	Amputación traumática de parte de los testículos o del escroto
NB97.1	Pene fracturado
NB99	Traumatismo en los genitales masculinos sin otra especificación
QA09.5	Examen especial de detección de neoplasia de próstata
QB82	Contacto con los servicios de salud para circuncisión de rutina o ritual
QF01.11	Ausencia adquirida de órganos genitales masculinos

3.15 Anexo D: Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11

3.15.1 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 01

El capítulo incluye más categorías infecciosas que en el pasado. Además, la influenza se ha trasladado del capítulo de enfermedades respiratorias al de enfermedades infecciosas. La tuberculosis y la lepra se han agrupado en "micoplasmas", ya que la identificación, el curso y el tratamiento son similares. Las enfermedades priónicas se han trasladado al sistema nervioso.

Tabla 1: Comparación de la estructura de bloques de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Bloques de la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
A00-A09 Enfermedades infecciosas intestinales	Gastroenteritis o colitis de origen infeccioso
A15-A19 Tuberculosis	Parte de la agrupación - Enfermedades micobacterianas
A20-28 Ciertas enfermedades bacterianas zoonóticas	Ciertas enfermedades bacterianas zoonóticas
A30-A49 Otras enfermedades bacterianas	Otras enfermedades bacterianas
A50-A64 Infecciones con un modo de transmisión predominantemente sexual	Predominantemente las infecciones de transmisión sexual
A65-A69 Otras enfermedades debidas a espiroquetas	Parte de la agrupación - Otras enfermedades bacterianas especificadas
A70-A74 Otras enfermedades causadas por clamidias	Parte de la agrupación - Otras enfermedades bacterianas
A75-A79 Rickettsiosis	Parte de la agrupación - Otras enfermedades bacterianas
A80-A89 Infecciones virales del sistema nervioso central	Infecciones virales del sistema nervioso central
A92-A99 Fiebres virales transmitidas por artrópodos y fiebres virales hemorrágicas	Dividido en dos grupos - Otras fiebres virales transmitidas por artrópodos y Ciertas enfermedades virales zoonóticas
B00-B09 Infecciones virales caracterizadas por lesiones de la piel y de las mucosas	Infecciones virales caracterizadas por lesiones en la piel o en las mucosas
B15-B19 Hepatitis viral	Hepatitis viral
B20-B24 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana
B25-B34 Otras enfermedades virales	Algunas otras enfermedades virales
B35-B49 Micosis	Micosis
B50-B64 Enfermedades debidas a protozoarios	Parte de la agrupación - Enfermedades parasitarias
B65-B83 Helmintiasis	Parte de la agrupación - Enfermedades parasitarias
B85-B89 Pediculosis, acariasis y otras infestaciones	Parte de la agrupación - Enfermedades parasitarias
B90-B94 Secuelas de enfermedades infecciosas y parasitarias	Secuelas de enfermedades infecciosas
B95-B98 Bacterias, virus y otros agentes infecciosos	Ahora forma parte de los códigos de extensión de organismos infecciosos

B99-B99 Otras enfermedades infecciosas y las no especificadas	Algunos otros trastornos de origen infeccioso

3.15.2 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 02

El cambio más significativo en la jerarquía del capítulo 02 es la inclusión de ciertos tipos de morfología dentro del capítulo (que antes se encontraban en el Apéndice A de la CIE-10). Ahora hay códigos precoordinados que constan tanto de la morfología como del sitio. Otros tipos de morfología y una mayor especificidad de sitio no incluidos en el capítulo 02 se encuentran en el capítulo X, Códigos de extensión, y pueden utilizarse para la poscoordinación.

Otros cambios son: la agrupación de todas las neoplasias del cerebro y del sistema nervioso central independientemente del comportamiento; la agrupación de todos los tejidos hematopoyéticos y linfoides; y la adición del nuevo grupo Neoplasias mesenquimatosas malignas. El anterior grupo de la CIE-10 Neoplasias de comportamiento incierto o desconocido se ha dividido en dos grupos distintos: Neoplasias de comportamiento incierto y Neoplasias de comportamiento desconocido.

Tabla 1: Comparación de la estructura de bloques de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Bloques de la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
C00-C97 Neoplasias malignas	Neoplasias del cerebro o del sistema nervioso central
	Neoplasias de los tejidos hematopoyéticos o linfoides
	Neoplasias malignas, excepto neoplasias primarias de los tejidos linfoide, hematopoyético, del sistema nervioso central o de tejidos relacionados
D00-D09 Neoplasias in situ	Neoplasias in situ, excepto de los tejidos linfoide, hematopoyético, del sistema nervioso central o tejidos relacionados
D10-D36 Neoplasias benignas	Neoplasias benignas, excepto las de tejidos linfáticos o hematopoyéticos, del sistema nervioso central o de tejidos afines
D37-D48 Neoplasias de comportamiento incierto o desconocido	Neoplasias de comportamiento incierto, excepto las de tejidos linfoide o hematopoyéticas, el sistema nervioso central o tejidos afines
	Neoplasias de comportamiento desconocido, excepto los de tejidos linfáticos, hematopoyéticos, del sistema nervioso central, o de tejidos relacionados

3.15.3 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 03

El capítulo 03 de la CIE-10, Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos del mecanismo inmunitario, se ha dividido en dos capítulos: uno para las

enfermedades de la sangre o de los órganos hematopoyéticos (capítulo 03) y otro para los trastornos del sistema inmunitario (capítulo 04). En la CIE-10 había cinco secciones principales para los trastornos de la sangre que ahora se han reclasificado en tres secciones en la CIE-11.

Una amplia agrupación Anemias y otros trastornos eritrocitarios contiene ahora, Anemias nutricionales, Anemias hemolíticas y Anemias aplásicas y otras, con subdivisiones para las adquiridas y las congénitas.

Tabla 1: **Comparación de la estructura de bloques de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11**

Bloques de la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
D50-D53 Anemias nutricionales	Parte de la agrupación – Anemias y otros trastornos de los eritrocitos
D55-D59 Anemias hemolíticas	Parte de la agrupación – Anemias y otros trastornos de los eritrocitos
D60-D64 Anemias aplásticas y otras anemias	Parte de la agrupación – Anemias y otros trastornos eritrocitarios
D65-D69 Defectos de la coagulación, púrpura y otras afecciones hemorrágicas	Defectos de la coagulación, púrpura y otras afecciones hemorrágicas y relacionadas
D70-D77 Otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	Conceptos redistribuidos a una de las siguientes agrupaciones: Anemias y otros trastornos eritrocitarios, Defectos de la coagulación, púrpura y otras afecciones hemorrágicas y afines o Enfermedades del bazo
D80-D89 Ciertos trastornos del mecanismo inmunitario	Pasar al capítulo 04 “Enfermedades del sistema inmunitario

3.15.4 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 04

El capítulo 03 de la CIE-10, Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos del mecanismo inmunitario, se ha dividido en dos capítulos: uno para las enfermedades de la sangre o de los órganos hematopoyéticos (capítulo 03) y otro para los trastornos del sistema inmunitario (capítulo 04). Este nuevo capítulo (Cap. 04) se creó para captar mejor la complejidad de los procesos de enfermedad del sistema inmunitario.

Tabla 1: Comparación de la estructura de bloques de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Bloques de la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
D80-D89 Ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	Inmunodeficiencias primarias
	Inmunodeficiencias adquiridas

	Trastornos autoinflamatorios
	Afecciones alérgicas o de hipersensibilidad
	Trastornos del sistema inmunitario que afectan a los linajes de células blancas
	Ciertos trastornos del sistema inmunitario
	Enfermedades del timo

3.15.5 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 05

Se han realizado cambios y adiciones en la sección de diabetes mellitus con la inclusión de categorías para la hiperglucemia intermedia (incluida la alteración de la regulación de la glucosa) y los síndromes de resistencia a la insulina. La sección de trastornos nutricionales incorpora la terminología actual y contiene una clasificación detallada para las deficiencias de vitaminas y minerales, así como para la obesidad. La sección de trastornos metabólicos también incluye más detalles y se ha mejorado la organización de los distintos tipos de trastornos metabólicos.

Tabla 1: **Comparación de la estructura de bloques de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11**

Bloques de la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
E00-E07 Trastornos de la glándula tiroides	Trastornos de la glándula tiroidea o del sistema de hormonas tiroideas. La estructura de esta sección no ha cambiado, pero se ha revisado para reflejar mejor los procesos de enfermedad actuales.
E10-E14 Diabetes mellitus	Diabetes mellitus (Especifica el "tipo" de diabetes mellitus, es decir, tipo 1, tipo 2, otros y no especificados. Las complicaciones 'diabéticas' están principalmente emparentadas con el capítulo de su sistema corporal respectivo).
E15-E16 Otros trastornos de la regulación de la glucosa y de la secreción interna del páncreas	Otros trastornos de la regulación de la glucosa o de la secreción interna del páncreas – ha permanecido sin cambios.
E20-E35 Trastornos de otras glándulas endocrinas	Este bloque se ha desagregado y las secciones se han renombrado para reflejar mejor las afecciones clasificadas dentro de cada entidad:
	Trastornos del sistema de hormonas paratiroideas y paratiroides
	Trastornos del sistema hormonal hipofisario
	Trastornos de las glándulas suprarrenales y del sistema hormonal suprarrenal

	Trastornos del sistema hormonal gonadal
	Ciertos trastornos de la pubertad
	Disfunción poliglandular
	Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y ciertas lipidemias especificadas
E40-E46 Desnutrición	Desnutrición – Se han añadido dos nuevas subsecciones para la Desnutrición basada en criterios antropométricos o clínicos y la Desnutrición debida a deficiencias nutricionales específicas
E50-E64 Otras deficiencias nutricionales	Parte de la agrupación – Desnutrición
E65-E68 Obesidad y otros tipos de hiperalimentación	Sobrepeso, obesidad o excesos de nutrientes específicos
E70-E90 Trastornos metabólicos	Trastornos metabólicos con subsecciones basadas en la etiología

3.15.6 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 06

Los cambios en este capítulo incluyen la reestructuración de la jerarquía, la inclusión de una terminología más actual y agrupaciones específicas para los episodios únicos de consumo perjudicial, el patrón de consumo perjudicial, la dependencia, la intoxicación y la abstinencia por tipo de sustancia.

En la CIE-10, el número de grandes agrupaciones, o "bloques", de trastornos se vio restringido artificialmente por el sistema de codificación decimal utilizado en la clasificación, de forma que sólo era posible tener un máximo de diez grandes agrupaciones de trastornos dentro del capítulo de trastornos mentales y del comportamiento (correspondientes a los dígitos del 0 al 9). Esto significó que se crearon algunas agrupaciones que no estaban basadas en la utilidad clínica o en la evidencia científica. En la CIE-10, por ejemplo, un bloque (F30-F39) está dedicado a los trastornos del humor (afectivos), mientras que los trastornos de ansiedad representan sólo una parte de un bloque amplio y heterogéneo (F40- F49) denominado "Trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos". Otro bloque – "Síndromes de comportamiento asociados a alteraciones fisiológicas y factores físicos"- reúne trastornos que no están relacionados en términos de síntomas clínicos y sintomatología, salvo que tienen algo que ver con el cuerpo.

Dados los restringidos parámetros estructurales de la CIE-10, los desarrolladores de la clasificación proporcionaron un conjunto razonable de agrupaciones diagnósticas. Sin embargo, las características estructurales más flexibles de la CIE-11 permiten incorporar características clave basadas en las pruebas científicas disponibles y en la práctica actual para una nosología más óptima.

Tabla 1: Comparación de la estructura de bloques de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Bloques de la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	Trastornos neurocognitivos
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas	Parte de la agrupación – Trastornos por consumo de sustancias o conductas adictivas
F20-F29 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes	Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios
F30-F39 Trastornos del humor (afectivos)	Trastornos del estado de ánimo
F40-F48 Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	Trastornos relacionados con la ansiedad o el miedo
F50-F59 Síndromes de comportamiento asociados a alteraciones fisiológicas y factores físicos	Redistribuido entre Trastornos de la alimentación o de la dieta, Trastornos mentales o del comportamiento asociados al embarazo, el parto y el puerperio y nuevos capítulos para Trastornos del sueño y Salud sexual
F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	Trastornos de la personalidad y rasgos relacionados
F70-F79 Retraso mental	Parte de la agrupación – Trastornos del neurodesarrollo
F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico	Parte de la agrupación – Trastornos del neurodesarrollo
F90-F98 Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	Parte de la agrupación – Trastornos del neurodesarrollo
F99 Trastorno mental no especificado	Residuo no especificado para el capítulo

3.15.7 El capítulo 07 es una nueva adición a la CIE-11 y no se encontraba en ediciones anteriores

Tabla 1: Comparación de la estructura de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Ubicación previa en la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
Códigos de los capítulos de Salud Mental y Sistema Nervioso	Trastornos de insomnio
Concepto no incluido en la CIE-10	Trastornos del movimiento relacionados con el sueño
Códigos de los capítulos de Salud Mental y Sistema Nervioso	Trastornos de hipersomnolencia
Códigos de los capítulos de Neurología y Endocrinología	Trastornos respiratorios relacionados con el sueño
Códigos del capítulo de salud mental	Trastornos de parasomnia
Códigos del capítulo de Neurología	Trastornos del horario de sueño-vigilia
Códigos del capítulo de Neurología	Ciertos trastornos del sueño especificados

3.15.8 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 08

En este capítulo ha habido una importante reestructuración y desplazamiento de los conceptos anteriores de la CIE-10. También se han añadido varios conceptos nuevos. Las enfermedades cerebrovasculares se han trasladado al capítulo de Neurología y con 458últiples relaciones de paternidad con el capítulo del sistema circulatorio. El ataque isquémico transitorio (AIT) se encuentra ahora también bajo las enfermedades cerebrovasculares y aparece en Enfermedades del sistema nervioso.

La CIE-11 supone una importante revisión de la organización de los bloques que componen el capítulo de neurología. El restrictivo sistema de codificación decimal de la CIE-10, con su capacidad para contener sólo 11 bloques de trastornos por capítulo, daba lugar a bloques que contenían entidades neurológicas diversas que no encajaban lógicamente, como el bloque de trastornos episódicos y paroxísticos, que contenía trastornos de cefalea, epilepsia, ataques isquémicos transitorios y trastornos del sueño. La CIE-11 sitúa ahora los trastornos de cefalea, la epilepsia y los trastornos cerebrovasculares a nivel de bloque, y los trastornos del sueño a nivel de capítulo (capítulo 07).

No sólo ha cambiado la estructura del capítulo neurológico, sino que el enfoque de la clasificación también integra la práctica clínica actual y los avances en la comprensión de las enfermedades neurológicas. En el tiempo transcurrido desde la publicación de la CIE-10, se han producido enormes avances en los campos de la genética, la biología molecular y las tecnologías médicas. El aumento del número de códigos es inevitable si se tiene en cuenta la reciente ganancia de conocimientos en neurología, por lo que el objetivo es lograr un equilibrio entre la exhaustividad, la utilidad clínica y el mantenimiento de un enfoque de salud pública. Los grupos de trabajo abordaron esta cuestión considerando los trastornos más comunes que debían aparecer en el capítulo, mientras que las variaciones etiológicas menos comunes de estos trastornos fueron objeto de una técnica de “doble codificación”. Un cambio importante que ilustra el avance de los conocimientos es la adición de un bloque titulado “Trastornos paraneoplásicos y autoinmunes del sistema nervioso". Es“e bloque contiene las enfermedades neurológicas inmunomediadas, un campo en el que los conocimientos se han disparado en los últimos años. Un segundo ejemplo de cómo la nueva versión refleja los avances de la biología molecular es la concesión del estatus de

bloque a las enfermedades priónicas a pesar de su rareza. Anteriormente, formaban parte del bloque de infecciones del sistema nervioso central, pero el interés de la investigación tras el gran problema de salud pública que se produjo en Europa en la década de 1990 ha llevado a descubrir nuevas variantes de enfermedades priónicas.

Tabla 1: **Comparación de la estructura de bloques de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11**

Bloques de la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
G00-G09 Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central	Esta sección se encuentra ahora en el capítulo 1 en un nuevo bloque llamado Infecciones no virales del sistema nervioso central
G10-G14 Atrofias sistémicas que afectan principalmente al sistema nervioso central	Dividido entre los Trastornos del movimiento y la Enfermedad de la neurona motora y trastornos relacionados
G20-G26 Trastornos extrapiramidales y del movimiento	Trastornos del movimiento
G30-G32 Otras enfermedades degenerativas del sistema nervioso	Trastornos neurocognitivos
G40-G47 Trastornos episódicos y paroxísticos	Epilepsia y convulsiones, Trastornos de cefalea y bloqueos cerebrovasculares. Los trastornos del sueño son ahora un capítulo independiente (cap. 07)
G50-G59 Trastornos de los nervios, de las raíces y de los plexos nerviosos	Trastornos de la raíz nerviosa, el plexo y los nervios periféricos
G60-G64 Polineuropatías y otros trastornos del sistema nervioso periférico	Trastornos de la raíz nerviosa, plexo o de los nervios periféricos
G70-G73 Enfermedades musculares y de la unión neuromuscular	Enfermedades de la unión neuromuscular y del músculo
G80-G83 Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	Parálisis cerebral
G90-G99 Otros trastornos del sistema nervioso	Otros trastornos del sistema nervioso: los siguientes se han desplazado a su propia agrupación: Enfermedades del sistema nervioso autónomo, Trastornos de la presión y el flujo del líquido cefalorraquídeo, Trastornos de la médula espinal, excluyendo los traumatismos
A81 Infecciones del sistema nervioso central por virus atípico	Enfermedades priónicas

3.15.9 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 09

Ha habido cambios importantes en la estructura y la jerarquía de este capítulo para la CIE-11. La convención de etiología/manifestación (daga/asterisco) de la CIE-10 no se ha mantenido en la CIE-11.

Tabla 1: Comparación de la estructura de bloques de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Bloques de la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
H00-H06 Trastornos del párpado, aparato lagrimal y de la órbita	Trastornos de los anexos oculares o de la órbita
H10-H13 Trastornos de la conjuntiva	Trastornos de la conjuntiva
H15-H22 Trastornos de la esclerótica, córnea, iris y cuerpo ciliar	Redistribuido entre las agrupaciones Trastornos del globo ocular - segmento anterior y Trastornos del globo ocular - segmento posterior
H25-H28 Trastornos del cristalino	Trastornos del cristalino
H30-H36 Trastornos de la coroides y de la retina	Categorías separadas en Trastornos del globo ocular - segmento posterior
H40-H42 Glaucoma	Glaucoma o sospecha de glaucoma
H43-H45 Trastornos del cuerpo vítreo y del globo ocular	Redistribuido entre las agrupaciones Trastornos del globo ocular-segmento posterior y Trastornos del globo ocular que afectan a los segmentos anterior y posterior
H46-H48 Trastornos del nervio óptico y de las vías ópticas	Trastornos de las vías o centros visuales
H49-H52 Trastornos de los músculos oculares, del movimiento binocular, de la acomodación y de la refracción	Redistribuido entre las agrupaciones Estrabismo o motilidad ocular y Trastornos de la refracción o acomodación
H53-H54 Alteraciones de la visión y ceguera	Deficiencia visual
H55-H59 Otros trastornos del ojo y sus anexos	Redistribuido entre las agrupaciones Nistagmo y Trastornos postprocedimiento del ojo o de los anexos oculares

3.15.10 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 10

Este capítulo ha conservado una estructura similar a la de la CIE-10, con sólo pequeños cambios.

Tabla 1: Comparación de la estructura de bloques de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Bloques de la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
H60-H62 Enfermedades del oído externo	Enfermedades del oído externo
H65-H75 Enfermedades del oído medio y de la mastoides	Enfermedades del oído medio o de la mastoides
H80-H83 Enfermedades del oído interno	Enfermedades del oído interno
H90-H95 Otros trastornos del oído	Redistribuido en las agrupaciones Trastornos con discapacidad auditiva, Trastornos del oído, no clasificados en otra parte y Trastornos postprocedimiento del oído o de la apófisis mastoides

3.15.11 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 11

Se ha realizado una reestructuración y reagrupación a lo largo de este capítulo, añadiendo nuevos conceptos basados en los avances médicos de los últimos 20 años. Se ha actualizado la terminología médica. Se han ampliado las secciones sobre Hipertensión y Valvulopatías cardíacas. Las valvulopatías cardíacas han pasado de una clasificación basada en la etiología (reumática/no reumática), seguida del tipo de válvula y la fisiología de la enfermedad, a una jerarquía encabezada por el tipo de válvula, luego la fisiología de la enfermedad, seguida de la etiología, de acuerdo con la práctica clínica actual. Por tanto, la valvulopatía no reumática se ha trasladado de "Otras formas de cardiopatía" a la sección de valvulopatías. La fiebre reumática aguda se ha trasladado al capítulo 1.

Las enfermedades cerebrovasculares se han trasladado al capítulo de Neurología (08) como su padre principal, siendo el capítulo de Circulación un padre secundario.

Tabla 1: **Comparación de la estructura de bloques de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11**

Bloques de la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
I00-I02 Fiebre reumática aguda	Trasladado al capítulo 01 Enfermedades infecciosas
I05-I09 Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	Valvulopatías cardíacas - Cambio de jerarquía en la clasificación de los trastornos de las válvulas cardíacas por tipo de válvula cardíaca y luego por etiología
I10-I15 Enfermedades hipertensivas	Enfermedades hipertensivas - Se mantiene relativamente igual con la ampliación de algunas categorías, la hipertensión esencial incluye ahora subcategorías para la hipertensión diastólica/sistólica
I20-I25 Enfermedades isquémicas del corazón	Cardiopatías isquémicas - Cambio en la terminología del IAM para reflejar sólo el IAMCEST/IMSEST. Inclusión del marco temporal para el IAM antiguo. Ampliación de las complicaciones tras un IAM. Nueva sección para "Enfermedades de las arterias coronarias" para incluir la aterosclerosis coronaria, el aneurisma de la arteria coronaria, la disección, la fístula
I26-I28 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar	Cardiopatía pulmonar o enfermedades de la circulación pulmonar - Ampliación de algunas categorías (por ejemplo, hipertensión pulmonar) para incluir nuevos conceptos, en particular la hipertensión pulmonar.
I30-I52 Otras formas de enfermedad del corazón	Este título de categoría de bloque ya no existe en la CIE-11 y los conceptos que contiene se han convertido en entidades distintas y se han ampliado para incluir nueva terminología y procesos de enfermedad
I60-I69 Enfermedades cerebrovasculares	Reclasificado en el capítulo 08 Enfermedades del sistema nervioso
I70-I79 Enfermedades de las arterias, de las arteriolas y de los vasos capilares	Las enfermedades de los capilares se han trasladado a Enfermedades de la piel
I80-I89 Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos, no clasificadas en otra parte	Esta sección se ha separado en dos bloques principales: Enfermedades de las venas y Trastornos de los vasos linfáticos y los ganglios linfáticos. Las varices esofágicas y las hemorroides se han reclasificado en el capítulo 13 Enfermedades del aparato digestivo - Trastornos vasculares del esófago y Enfermedades vasculares del ano y del conducto anal, respectivamente
I95-I99 Otros trastornos y los no especificados del sistema circulatorio	Ampliación de la sección de trastornos postprocedimiento con nuevos códigos para los trastornos postprocedimiento tras la reparación de anomalías congénitas.

3.15.12 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 12

Se ha realizado una reestructuración y reagrupación de este capítulo, con la adición de nuevos conceptos y la inclusión de una terminología actualizada y actual.

- Se ha añadido una nueva sección, Enfermedad pulmonar por inhalación, ocupacional y ambiental, para mejorar la clasificación de los trastornos respiratorios según su etiología.
- Los trastornos del sueño relacionados con la respiración y el control respiratorio se han trasladado al nuevo capítulo de Trastornos del sueño (capítulo 7) y se han incluido de forma secundaria en el capítulo del Sistema Respiratorio.
- La fibrosis quística se ha trasladado al capítulo respiratorio y la pluripatología al capítulo 05 "Enfermedades endocrinas, nutricionales o metabólicas".

Tabla 1: **Comparación de la estructura de bloques de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11**

Bloques de la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
J00-J06 Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	Sección de trastornos del tracto respiratorio superior, Enfermedades infecciosas por agente infeccioso
J09-J18 Influenza (gripe) y neumonía	Infecciones pulmonares
J20-J22 Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	Combinado en la agrupación - Infecciones pulmonares
J30-J39 Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	Combinado en la agrupación - Trastornos del tracto respiratorio superior
J40-J47 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	Ciertas enfermedades del tracto respiratorio inferior
J60-J70 Enfermedades del pulmón debidas a agentes externos	Enfermedades pulmonares debidas a agentes externos
J80-J84 Otras enfermedades respiratorias que afectan principalmente al intersticio	Enfermedades respiratorias que afectan principalmente al intersticio pulmonar
J85-J86 Afecciones supurativas y necróticas de las vías respiratorias inferiores	Combinado en la agrupación - Infecciones pulmonares
J90-J94 Otras enfermedades de la pleura	Trastornos pleurales, del diafragma y del mediastino
J95-J99 Otras enfermedades del sistema respiratorio	Ciertas enfermedades del sistema respiratorio Los trastornos respiratorios posteriores al procedimiento se han trasladado a una agrupación propia. Los trastornos del mediastino y del diafragma se han trasladado a la sección de trastornos pleurales, del diafragma y del mediastino

3.15.13 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 13

En este capítulo se ha producido una importante reestructuración y cambio de los conceptos anteriores de la CIE-10. Se han añadido grupos anatómicos detallados a la jerarquía, como "Enfermedades del duodeno", "Enfermedades del conducto anal" o "Enfermedades del páncreas". También se han incluido categorías independientes para los trastornos gastrointestinales funcionales y las enfermedades inflamatorias del intestino, con el fin de cubrir amplias zonas anatómicas. Hay dimensiones adicionales disponibles en la sección de hallazgos clínicos del capítulo 21 y en el capítulo X "Códigos de extensión" para su uso en la poscoordinación. Por ejemplo, con y sin hemorragia, con y sin obstrucción, con y sin ascitis, lateralidad y mayor especificidad de sitio, etc.

Aunque la CIE-10 incluía las enfermedades de la cavidad oral, las glándulas salivales y los maxilares, la sección correspondiente del capítulo 13 de la CIE-11 se ha mejorado en estructura y contenido para incluir las enfermedades y los trastornos del complejo orofacial.

Tabla 1: Comparación de la estructura de bloques de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Bloques de la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
K00-K14 Enfermedades de la cavidad oral, de las glándulas salivales y de los maxilares	Enfermedades o trastornos del complejo orofacial
K20-K31 Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	Ahora en dos grupos - Enfermedades del esófago y Enfermedades del estómago o del duodeno
K35-K38 Enfermedades del apéndice	Enfermedades del apéndice
K40-K46 Hernia	Hernia
K50-K52 Enteritis y colitis no infecciosas	Ahora en dos grupos - Gastritis, bajo Enfermedades del estómago y Ciertas colitis o proctitis no infecciosas
K55-K64 Otras enfermedades de los intestinos	Redistribuidos en varios grupos nuevos en función de los lugares anatómicos
K65-K67 Enfermedades del peritoneo	Enfermedades del peritoneo
K70-K77 Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado
K80-K87 Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	Ahora en dos grupos - Enfermedades de la vesícula o vías biliares y Enfermedades del páncreas
K90-K93 Otras enfermedades del sistema digestivo	Redistribuido en varios grupos, incluyendo Trastornos posprocedimiento del aparato digestivo y Hallazgos clínicos en el aparato digestivo

3.15.14 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 14

El capítulo 14 ha sufrido una importante reestructuración, con la adición de entidades más detalladas. La terminología se ha actualizado para ser más actual. Los detalles proceden de la fusión de las terminologías dermatológicas estadounidense, británica y alemana.

Tabla 1: Comparación de la estructura de bloques de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Bloques de la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
L00-L08 Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	Ciertos trastornos de la piel atribuibles a una infección o infestación
L10-L14 Trastornos flictenulares	Rebautizadas como enfermedades inmunobullosas de la piel e incluidas en las dermatosis inflamatorias
L20-L30 Dermatitis y eczema	Dermatitis y eczema
L40-L45 Trastornos papuloescamosos	Dermatosis papuloescamosas (incluidas en las dermatosis inflamatorias)
L50-L54 Urticaria y eritema	Parte de las agrupaciones - Urticaria, angioedema y otros trastornos urticariales y Eritemas inflamatorios y otras dermatosis inflamatorias reactivas
L55-L69 Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo relacionados con la radiación	Dermatosis provocadas por la luz o la radiación UV
L60-L75 Trastornos de las faneras	Trastornos de la epidermis y de los apéndices epidérmicos
L80-L99 Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Redistribuido a varios grupos a lo largo del capítulo reestructurado de la Piel

3.15.15 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 15

Los bloques de este capítulo se han reordenado y se ha añadido un nuevo bloque, Síndromes autoinflamatorios, al capítulo de Inmunología, al que se ha vinculado secundariamente. El área de afecciones de la columna vertebral se ha reestructurado y se ha renombrado como Afecciones asociadas a la columna vertebral.

Tabla 1: Comparación de la estructura de bloques de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Bloques de la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
M00-M25 Artropatías	Artropatías
M30-M36 Trastornos sistémicos del tejido conjuntivo	Trasladado al capítulo 04 "Enfermedades del sistema inmunitario
M40-M54 Dorsopatías	Afecciones asociadas a la columna vertebral
M60-M79 Trastornos de los tejidos blandos	Trastornos de los tejidos blandos
M80-M94 Osteopatías y condropatías	Osteopatías o condropatías
M95-M99 Otros trastornos del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Redistribuido a varias agrupaciones, incluyendo Ciertas deformidades adquiridas especificadas del sistema osteomuscular o del tejido conjuntivo, no clasificadas en otra parte y Trastornos musculoesqueléticos posprocedimiento, no clasificados en otra parte

3.15.16 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 16

El capítulo 16 se ha reordenado para distinguir las enfermedades del aparato genital femenino, del aparato genital masculino y del aparato urinario. Hay más especificidad dentro de las áreas de Amenorrea, Disfunción ovárica, Dolor pélvico femenino, Endometriosis, Adenomiosis, Infertilidad femenina, Infertilidad masculina, Pérdida precoz del embarazo y fesultados del embarazo que reflejan los conocimientos científicos actuales. La jerarquía se divide ahora en trastornos no inflamatorios y trastornos inflamatorios, que a su vez se dividen por agrupaciones anatómicas. Estas agrupaciones siguen el orden de los exámenes ginecológicos y obstétricos, es decir, de los genitales externos a los internos. Las neoplasias del aparato urinario se encuentran principalmente en el capítulo 02 "Neoplasias", las anomalías estructurales del desarrollo del aparato urinario se encuentran principalmente en el capítulo 20 y los síntomas, signos o hallazgos clínicos que afectan al aparato urinario se encuentran principalmente en el capítulo 21.

Todas las enfermedades relacionadas con el riñón se clasifican ahora en la categoría principal de "Enfermedades del sistema urinario". La insuficiencia renal aguda y la enfermedad renal crónica incorporan ahora la clasificación por etapas actualmente utilizada, tal como propone la organización Kidney Disease | Improving Global Outcomes (KDIGO por sus siglas en inglés).

La clasificación de las enfermedades glomerulares se ha reestructurado y ahora se divide en características clínicas/síndromes. Se ha añadido un nuevo bloque para la enfermedad renal quística y displásica, originalmente, clasificada en la CIE-10 en el capítulo 17 "Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas", con entidades relevantes agrupadas y basadas en las guías KDIGO de 2015.

Tabla 1: **Comparación de la estructura de bloques de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11**

Bloques de la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
N00-N08 Enfermedades glomerulares	Enfermedades glomerulares - Clasificadas en Enfermedades del sistema urinario. Esta sección se clasifica ahora según las características clínicas o los síndromes. Sigue incluyendo: Síndrome nefrítico Síndrome nefrótico Proteinuria aislada y albuminuria. Las subdivisiones que describen la morfología determinada típicamente por la biopsia se han trasladado al capítulo 21, en el apartado Hallazgos clínicos del aparato urinario. Las subdivisiones de los hallazgos por microscopía electrónica e inmunofluorescencia se han eliminado de la proteinuria con lesión morfológica. Ahora se clasifica en proteinuria aislada y albuminuria.
N10-N16 Enfermedad renal tubulointersticial	Enfermedades renales-tubulares-intersticiales - Clasificadas en Enfermedades del sistema urinario. La sección sigue siendo relativamente la misma. La necrosis tubular y cortical se ha desvinculado de la insuficiencia renal aguda para ser una entidad codificable distinta clasificada en esta sección.
N17-N19 Insuficiencia renal	Insuficiencia renal - Clasificada en Enfermedades del sistema urinario. La insuficiencia renal aguda ha dejado de ser un concepto agrupado que antes identificaba el daño renal agudo, es decir, la necrosis tubular aguda.
N20-N23 Litiasis urinaria	Urolitiasis - Clasificada en Enfermedades del sistema urinario. Subdividida en vías urinarias superiores (incluye riñón y uréter) y vías urinarias inferiores (incluye vejiga y uretra). El cólico renal se ha reclasificado en el capítulo 20 Síntomas, signos y hallazgos clínicos relacionados con el sistema urinario
N25-N29 Otros trastornos del riñón y del uréter	Ciertos trastornos especificados del riñón o del uréter - Clasificados en Enfermedades del sistema urinario. Reclasificación de los trastornos relacionados con el tamaño del riñón al capítulo 21 Síntomas, signos o hallazgos clínicos relacionados con el sistema urinario - Cambios macroscópicos del tamaño del riñón
N30-N39 Otras enfermedades del sistema urinario	Ciertas enfermedades especificadas del sistema urinario - sigue siendo similar a la CIE-10
N40-N51 Enfermedades de los órganos genitales masculinos	Enfermedades de los órganos genitales masculinos- sigue siendo similar a la CIE-10
N60-N64 Trastornos de la mama	Trastornos de la mama- sigue siendo similar a la CIE-10

N70-N77 Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	Trastornos inflamatorios del aparato genital femenino - Clasificados en Enfermedades del aparato genital femenino.
N80-N98 Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos	Trastornos no inflamatorios del aparato genital femenino - Clasificados en Enfermedades del aparato genital femenino
N99 Otros trastornos del sistema genitourinario	Otros trastornos del sistema genitourinario - Los trastornos del sistema genitourinario posteriores a procedimientos se han desplazado de esta sección para constituir una agrupación propia

3.15.17 El capítulo 17 es una nueva adición a la CIE-11 y no se encontraba en ediciones anteriores

Tabla 1: Comparación de la estructura de bloques de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Ubicación previa en la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
Códigos de la categoría de salud mental F52 Disfunción sexual, no causada por un trastorno o enfermedad orgánica	Disfunciones sexuales
Códigos de la categoría de salud mental F52 Disfunción sexual, no causada por un trastorno o enfermedad orgánica y categoría genitourinaria N94 Dolor y otras afecciones asociadas a los órganos genitales femeninos y al ciclo menstrual	Trastornos de dolor sexual
Códigos de la categoría de Salud Mental F64 Trastornos de identidad de género	Discordancia de género

3.15.18 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 18

El capítulo se ha reordenado pero el contenido sigue siendo similar al de la CIE-10. Se han realizado algunos cambios y adiciones en las secciones Cuidados maternos relacionados con el feto y la cavidad amniótica y posibles problemas en el parto y Complicaciones del trabajo de parto y el parto. Se han incluido especificaciones adicionales para la "Pérdida temprana del embarazo". Se ha añadido una nueva sección Hemorragia obstétrica para poder agrupar todos los tipos de hemorragia.

Tabla 1: Comparación de la estructura de bloques de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Bloques de la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
O00-O08 Embarazo terminado en aborto	Embarazo que finaliza en aborto
O10-O16 Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio	Edema, proteinuria o trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto o el puerperio
O20-O29 Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	Ciertos trastornos maternos especificados relacionados predominantemente con el embarazo
O30-O48 Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	Cuidados maternos relacionados con el feto, la cavidad amniótica o posibles problemas en el parto
O60-O75 Complicaciones del trabajo de parto y del parto	Complicaciones del trabajo de parto o del parto
O80-O84 Parto	Parto
O85-O92 Complicaciones relacionadas principalmente con el puerperio	Complicaciones relacionadas predominantemente con el puerperio
O94-O99 Otras afecciones obstétricas, no clasificadas en otra parte	Ciertas afecciones obstétricas, no clasificadas en otra parte

3.15.19 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 19

Se ha reordenado este capítulo, pero sigue siendo similar al de la CIE-10. Hay una nueva agrupación para los trastornos neurológicos específicos del periodo perinatal o neonatal y una ampliación de los códigos para la edad gestacional del recién nacido.

Tabla 1: Comparación de la estructura de bloques de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Bloques de la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
P00-P04 Feto y recién nacido afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto	Feto o recién nacido afectado por factores maternos o por complicaciones del embarazo, el trabajo de parto o el parto
P05-P08 Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal	Trastornos del recién nacido relacionados con la duración de la gestación o el crecimiento fetal
P10-P15 Traumatismo del nacimiento	Traumatismo del nacimiento
P20-P29 Trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del periodo perinatal	Divididos en dos grupos: Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal o neonatal; Trastornos cardiovasculares presentes en el periodo perinatal o neonatal
P35-P39 Infecciones específicas del periodo perinatal	Infecciones del feto o del recién nacido
P50-P61 Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	Trastornos hemorrágicos o hematológicos del feto o del recién nacido
P70-P74 Trastornos endocrinos y metabólicos transitorios específicos del feto y del recién nacido	Trastornos endocrinos o metabólicos transitorios específicos del feto o del recién nacido
P75-P78 Trastornos del aparato digestivo del feto y del recién nacido	Trastornos del sistema digestivo del feto o del recién nacido
P80-P83 Afecciones asociadas con la regulación tegumentaria y la temperatura del feto y del recién nacido	Se dividen en dos grupos: Trastornos del tegumento del feto o del recién nacido; Alteraciones de la regulación de la temperatura del recién nacido
P90-P96 otros trastornos originados en el periodo perinatal	Ciertos trastornos originados en el período perinatal - Bloque 91 otras alteraciones del estado cerebral del recién nacido se ha trasladado a una nueva agrupación Trastornos neurológicos específicos del período perinatal o neonatal

3.15.20 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 20

Este capítulo ha sufrido una importante reestructuración que incluye un cambio de título, de Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas a Anomalías del desarrollo. Todos los síndromes genéticos sin anomalías estructurales del desarrollo se han reasignado a los capítulos apropiados de la CIE, según el sistema o sistemas corporales afectados.

Tabla 1: Comparación de la estructura de bloques de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Bloques de la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
Q00-Q07 Malformaciones congénitas del sistema nervioso	Anomalías estructurales del desarrollo del sistema nervioso - Una agrupación bajo Anomalías estructurales del desarrollo que afectan principalmente a un sistema corporal
Q10-Q18 Malformaciones congénitas del ojo, del oído, de la cara y del cuello	Dividido en cuatro grupos separados bajo Anomalías estructurales del desarrollo que afectan principalmente a un sistema corporal: Anomalías estructurales del desarrollo del ojo, del párpado o del aparato lagrimal Anomalías estructurales del desarrollo del oído Anomalías estructurales del desarrollo de la cara, la boca o los dientes Anomalías estructurales del desarrollo del cuello

Q20-Q28 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Anomalías estructurales del desarrollo del sistema circulatorio - Una agrupación bajo Anomalías estructurales del desarrollo que afectan principalmente a un sistema corporal
Q30-Q34 Malformaciones congénitas del sistema respiratorio	Anomalías estructurales del desarrollo del sistema respiratorio - Una agrupación bajo Anomalías estructurales del desarrollo que afectan principalmente a un sistema corporal
Q35-Q37 Fisura del paladar y labio leporino	Las hendiduras de labio, alvéolo o paladar es una subsección en la agrupación Anomalías estructurales del desarrollo de la cara, la boca o los dientes
Q38-Q45 Otras malformaciones congénitas del sistema digestivo	Anomalías estructurales del desarrollo del aparato digestivo - Una agrupación bajo Anomalías estructurales del desarrollo que afectan principalmente a un sistema corporal
Q50-Q56 Malformaciones congénitas de los órganos genitales	Dividido en dos grupos separados bajo Anomalías estructurales del desarrollo que afectan principalmente a un sistema corporal: Anomalías estructurales del desarrollo del aparato genital femenino; Anomalías estructurales del desarrollo del aparato genital masculino
Q60-Q64 Malformaciones congénitas del sistema urinario	Anomalías estructurales del desarrollo del sistema urinario - Una agrupación bajo Anomalías estructurales del desarrollo que afectan principalmente a un sistema corporal
Q65-Q79 Malformaciones y deformaciones congénitas del sistema osteomuscular	Anomalías estructurales del desarrollo del esqueleto
Q80-Q89 Otras malformaciones congénitas	Redistribuidos en varias agrupaciones dentro de la nueva estructura del capítulo
Q90-Q99 Anomalías cromosómicas, no clasificadas en otra parte	Anomalías cromosómicas, excluyendo las mutaciones genéticas

3.15.21 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 21

Este capítulo ha sufrido una importante reestructuración, con una jerarquía de alto nivel que ahora se ajusta a los capítulos de la CIE. Algunas formas clínicas que antes se encontraban en otros capítulos como códigos asterisco se encuentran ahora aquí. Se ha añadido una nueva categoría para los hallazgos de microorganismos resistentes a los fármacos antimicrobianos.

Tabla 1: Comparación de la estructura de bloques de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Bloques de la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
R00-R09 Síntomas y signos que involucran los sistemas circulatorio y respiratorio	Dividido en dos grupos: Síntomas, signos o resultados clínicos del sistema circulatorio; Síntomas, signos o resultados clínicos del sistema respiratorio
R10-R19 Síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen	Síntomas, signos o hallazgos clínicos del sistema digestivo o del abdomen
R20-R23 Síntomas y signos que involucran la piel y al tejido subcutáneo	Síntomas, signos o resultados clínicos anormales relativos a la piel
R25-R29 Síntomas y signos que involucran los sistemas nervioso y osteomuscular	Dividido en dos grupos: Síntomas, signos o resultados clínicos del sistema nervioso; Síntomas, signos o resultados clínicos del sistema musculoesquelético
R30-R39 Síntomas y signos que involucran el sistema urinario	Síntomas, signos o resultados clínicos del sistema genitourinario - parte de la agrupación Síntomas, signos o resultados clínicos del sistema genitourinario
R40-R46 Síntomas y signos que involucran el conocimiento, la percepción, el estado emocional y la conducta	Reorganizado en varias subsecciones bajo Síntomas, signos o hallazgos clínicos mentales o conductuales
R47-R49 Síntomas y signos que involucran el habla y la voz	Síntomas, signos o resultados clínicos del habla o la voz
R50-R69 Síntomas y signos generales	Síntomas, signos o resultados clínicos generales
R70-R79 Hallazgos anormales en el examen de sangre, sin diagnóstico	Incluido en la agrupación Síntomas, signos o hallazgos clínicos de la sangre, los órganos hematopoyéticos o el sistema inmunitario
R80-R82 Hallazgos anormales en el examen de orina, sin diagnóstico	Hallazgos clínicos en el examen de orina, sin diagnóstico bajo la agrupación Síntomas, signos o hallazgos clínicos que involucran al sistema urinario
R83-R89 Hallazgos anormales en el examen de otros líquidos, sustancias y tejidos corporales, sin diagnóstico	Hallazgos clínicos en muestras de otros órganos, sistemas y tejidos especificados bajo la agrupación Síntomas generales, signos o hallazgos clínicos
R90-R94 Hallazgos anormales en el diagnóstico por imágenes y en los estudios de función, sin diagnóstico	Dividido en dos subsecciones: Resultados anormales del diagnóstico por imagen no clasificados en otra parte; Resultados anormales de los estudios de función de otros órganos y sistemas en la agrupación Resultados anormales no clasificados en otra parte

R95-R99 Causas de mortalidad mal definidas y desconocidas	Causas de mortalidad mal definidas y desconocidas

3.15.22 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 22

Las categorías de alto nivel sólo tienen unos pocos cambios. Los cambios se producen principalmente en el nivel de caracteres inferiores e incluyen la adición de categorías más específicas de tipos de lesiones y de localización corporal de la lesión. Ya no hay códigos separados para las quemaduras y para las corrosiones. Están todos juntos bajo Quemaduras. Hay dimensiones adicionales disponibles en los códigos de extensión del capítulo X, para que la coordinación posterior añada más detalles, como la lateralidad o la profundidad de la quemadura. Se han realizado cambios importantes en la sección de complicaciones de la atención médica y quirúrgica. El GAT de calidad y seguridad ha revisado la codificación de las lesiones y eventos relacionados con la atención sanitaria. El concepto de complicación mecánica de un dispositivo se clasifica ahora como causa externa del daño.

Tabla 1: Comparación de la estructura de bloques de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Bloques de la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
S00-S09 Traumatismos de la cabeza	Traumatismos en la cabeza
S10-S19 Traumatismos del cuello	Traumatismos en el cuello
S20-S29 Traumatismos del tórax	Traumatimos en el tórax
S30-S39 Traumatismos del abdomen, de la región lumbosacra, de la columna lumbar y de la pelvis	Traumatimos en el abdomen, la parte baja de la espalda, la columna lumbar o la pelvis
S40-S49 Traumatismos del hombro y del brazo	Traumatismos en el hombro o en la parte superior del brazo
S50-S59 Traumatismos del antebrazo y del codo	Traumatismos en el codo o el antebrazo
S60-S69 Traumatismos de la muñeca y de la mano	Traumatismos en la muñeca o en la mano
S70-S79 Traumatismos de la cadera y el muslo	Traumatismos en la cadera o el muslo
S80-S89 Traumatismos de la rodilla y de la pierna	Traumatismos en la rodilla o en la parte inferior de la pierna
S90-S99 Traumatismos del tobillo y del pie	Traumatismos en el tobillo o en el pie
T00-T07 Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo	Traumatismos que afectan a varias regiones del cuerpo
T08-T14 Traumatismos departe no especificada del tronco, miembro o región del cuerpo	Traumatismos en una parte no especificada del tronco, miembro o región del cuerpo
T15-T19 Efectos de cuerpos extraños que penetran por orificios naturales	Efectos de cuerpo extraño que penetra por un orificio natural
T20-T32 Quemaduras y corrosiones	Quemaduras
T33-T35 Congelamiento	Congelación
T36-T50 Envenenamiento por drogas, medicamentos y sustancias biológicas	Ahora se incluye en el grupo principal Efectos nocivos de las sustancias
T51-T65 Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal	Ahora se incluye en el grupo principal Efectos nocivos de las sustancias
T66-T78 Otros efectos y los no especificados de causas externas	Otros efectos o efectos no especificados de causas externas
T79 Algunas complicaciones precoces de traumatismos	Ahora se incluyen en la agrupación principal

T80-T88 Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra parte	Traumatismo o daño resultante de la atención médica o quirúrgica, no clasificados en otra parte
T90-T98 Secuelas de traumatismos, de envenenamiento y de otras consecuencias de causas externas	Redistribuido a la agrupación corporal específica como términos índice. Las secuelas se indicarán ahora mediante una agrupación que identifique la afección que es la secuela, un código del capítulo 24 QC50 y la lesión original.

3.15.23 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 23

El eje principal para todas las causas externas, excepto la exposición a fuerzas extremas de la naturaleza, el maltrato, la intervención legal, los conflictos armados y los daños o lesiones relacionados con la atención médica, se basa ahora en la "intención". Los códigos son una combinación de la intención, seguida del mecanismo y el objeto o sustancia implicados en la aparición de la lesión. Se han ampliado las áreas de tipos de vehículos, lugares de ocurrencia, tipos de actividades, códigos legales/de guerra y sustancias. Se han revisado y mejorado las áreas de complicaciones de la atención médica y quirúrgica y Síndromes de maltrato. Se dispone de dimensiones adicionales de los códigos de extensión del capítulo X, para su uso en la poscoordinación. Además, se han eliminado las categorías para las secuelas de causas externas y estos casos se codifican principalmente en las categorías apropiadas que describen el acontecimiento, lo que da lugar a un aumento de las frecuencias de las categorías específicas. Se puede utilizar un código de extensión en la poscoordinación cuando dichas secuelas deban identificarse por separado.

Tabla 1: Comparación de la estructura de bloques de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Bloques de la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
V01-X59 Accidentes	Redistribuidos en las agrupaciones principales de Causas no intencionales, Autolesiones intencionales, Agresión y Intención no determinada
X60-X84 Lesiones autoinfligidas intencionalmente	Lesión autoinfligida intencionalmente
X85-Y09 Agresiones	Agresiones
Y10-Y34 Evento de intención indeterminada	Intención no determinada
Y35-Y36 Intervención legal y operaciones de guerra	Dividido en dos grupos: Intervención legal; Conflicto armado
Y40-Y84 Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	Causas de daños o lesiones relacionadas con la atención médica
Y85-Y89 Secuelas de causas externas de morbilidad y de mortalidad	Redistribuido en la agrupación de causas externas específicas como términos índice. Las secuelas se indicarán ahora con una agrupación que identifique la condición que es la secuela, un código del capítulo 24 QC50 y el código de la causa externa original.
Y90-Y98 Factores suplementarios relacionados con causas de morbilidad y de mortalidad clasificadas en otra parte	Las entidades de este bloque se encuentran ahora en el capítulo 21 Síntomas, signos y hallazgos clínicos (por ejemplo, hallazgos de nivel de alcohol en sangre) o se han añadido a la sección X "Códigos de extensión" (por ejemplo, afección nosocomial)

3.15.24 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 24

Este capítulo ha sido reorganizado y se divide en dos secciones principales: Motivos de contacto con el sistema de salud y Factores que influyen en el estado de salud. Se ha ampliado la sección relacionada con la reproducción con la adición de una nueva sección Contacto con los servicios de salud para el manejo de la reproducción. También hay una nueva sección para los acontecimientos adversos relacionados con la atención sanitaria que se producen pero que no provocan ningún daño al paciente.

Tabla 1: Comparación de la estructura de bloques de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Bloques de la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
Z00-Z13 Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	Contacto con los sistemas de salud con fines de examen o investigación - una sección bajo la agrupación Motivos de contacto con los servicios de salud
Z20-Z29 Personas con riesgos potenciales para la salud relacionados con enfermedades transmisibles	Contacto o exposición a enfermedades transmisibles - una sección bajo la agrupación Motivos de contacto con los servicios de salud
Z30-Z39 Personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias relacionadas con la reproducción	Contacto con los servicios de salud por motivos asociados a las enfermedades de la reproducción - una sección bajo la agrupación Motivos de contacto con los servicios de salud
Z40-Z54 Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y cuidados de salud	Dividido en dos nuevas secciones, bajo Motivos de contacto con los servicios de salud: Contacto con los servicios de salud para intervenciones quirúrgicas específicas; Contacto con los servicios de salud para intervenciones no quirúrgicas que no implican dispositivos
Z55-Z65 Personas con riesgos potenciales para la salud relacionados con las circunstancias socioeconómicas y psicosociales	Reorganizado y ahora aparece bajo la agrupación principal de Factores que influyen en el estado de salud
Z70-Z76 Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	Reorganizado y ahora aparece bajo la agrupación principal de Factores que influyen en el estado de salud
Z80-Z99 Personas con riesgos potenciales para la salud relacionados con su historia familiar y personal y algunas condiciones que influyen sobre su estado de salud	Reorganizado y ahora aparece bajo la agrupación principal de Factores que influyen en el estado de salud

3.15.25 Diferencias entre la CIE-10 y la CIE-11 en el capítulo 25

Las enfermedades que antes se codificaban en este capítulo se han trasladado a sus lugares principales dentro de la CIE-11. Se han incluido nuevos códigos para su uso como códigos provisionales internacionales.

Tabla 1: Comparación de la estructura de bloques de la CIE-10 con la estructura equivalente de la CIE-11

Bloques de la CIE-10	Estructura equivalente a la CIE-11
U00-U49 Asignación provisional de nuevas enfermedades de etiología incierta o de uso emergente	Dividido en dos nuevas secciones: Asignación provisional internacional de nuevas enfermedades de etiología incierta; Asignación provisional nacional de nuevas enfermedades de etiología incierta
U82-U85 Resistencia a los medicamentos antimicrobianos y antineoplásicos	Trasladado al capítulo 21 con el nuevo título Hallazgo de microorganismos resistentes a los medicamentos antimicrobianos