

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL
UNIDAD TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



**"INSTRUCTIVO PARA EL USO
DE LA CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA
INTERNACIONAL CIE 10"**

JUNIO - 2007

PRESENTACIÓN

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social a través de su política de modernización y desarrollo institucional ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, el Consejo Directivo aprobó la creación de la Unidad Técnica Normativa, quién a través del Departamento de Normalización es la responsable de estandarizar los procedimientos asistenciales de la prevención secundaria y terciaria en salud.

En este sentido, el "Instructivo para el uso de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades CIE 10" será el documento normativo que tendrá como objetivo, guiar a los profesionales en el proceso de toma de decisiones sobre que intervenciones son las más adecuadas para el registro de los diagnósticos en el expediente clínico, el Informe Diario de Consulta Externa y Emergencia, la Orden de Hospitalización y Alta, el Registro de Defunción, el Informe de Intervenciones Quirúrgicas y el Registro de Defunción Perinatal Infantil y de la Niñez; dentro de los Centros de atención del ISSS quienes deberán proceder a su divulgación, implantación y cumplimiento obligatorio.

Lo que se transcribe para el conocimiento y efectos pertinentes.



DR. NELSON NOLASCO PERLA
Director General ISSS

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL
UNIDAD TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



**"INSTRUCTIVO PARA EL USO DE LA
CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA
INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES, CIE 10"**

JUNIO - 2007

COMITÉ NORMATIVO

JEFE UNIDAD TÉCNICA NORMATIVA	DR. SIMÓN BALTAZAR AGREDA
JEFE DEPARTAMENTO NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN	DR. GUILLERMO JOSÉ VALDÉS F.
COLABORADOR TÉCNICO MEDICO NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN.	DRA. IZAYANHET MARITZA DE BAIZA

CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN.....	6
2.	OBJETIVO GENERAL	6
3.	CONSIDERACIONES GENERALES.	6
4.	RESUMEN DE LA CIE 10.....	9
4.1.	ANTECEDENTES E IMPORTANCIA DE LA CIE	9
4.2.	PROPÓSITO Y APLICABILIDAD DE LA CIE.....	11
4.3.	FUENTE BÁSICA DE LA INFORMACIÓN.....	13
4.3.1.	FORMULARIOS PARA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN.	13
4.3.2.	REGISTRO DE LAS CAUSAS DE MUERTE.	15
4.3.3.	REGISTRO DE LAS AFECCIONES EN MORBILIDAD.....	16
5.	CONTENIDO Y MANEJO DE LA CIE 10	18
5.1	ESTRUCTURA Y CONTENIDO DEL VOLUMEN 1:	18
	¿QUÉ ES UNA CATEGORÍA?:	19
	EJEMPLOS DE CATEGORÍAS:	19
	¿QUÉ ES UNA SUBCATEGORÍA?	19
	EJEMPLOS DE SUBCATEGORÍAS:	20
	LOS CAPÍTULOS SON LOS SIGUIENTES (ENTRE PARÉNTESIS SE ENCUENTRAN LAS CATEGORÍAS QUE COMPRENDE CADA UNO):	21
	ESTRUCTURA DE LA CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA INTERNACIONAL,	22
	CIE 10.....	22
	EL CAPÍTULO I:	22
6.	OBSERVANCIA DEL INSTRUCTIVO.....	24
7.	OTRAS DISPOSICIONES	25
8.	VIGENCIA	25

1. INTRODUCCIÓN

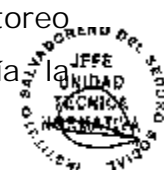
A efecto de mantener o mejorar la calidad de la atención es necesario vigilar el proceso de generación de la estadística. Una parte importante de este proceso es el registro de los formularios primarios y la certificación, lo que obliga a hacer partícipes del cambio a los prestadores de servicio, sobre todo a los médicos que proporcionan la atención y elaboran los registros. Por lo tanto, el médico debe conocer las recomendaciones para mejorar el registro de las causas en el certificado de defunción y los motivos de egreso o de atención que están contenidas en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), esperando que esta acción repercuta enormemente en la codificación, verificación y validación de la información, como parte del proceso de generación de la estadística, pero sobre todo en el uso gerencial de la misma para apoyar actividades de salud y la toma de decisiones.

2. OBJETIVO GENERAL

Que el equipo de trabajadores de la salud (Médico, Psicólogo, Nutricionista, otro profesional) utilice adecuadamente la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (Décima revisión) CIE 10 en los diferentes procesos que se relacionan con ella.

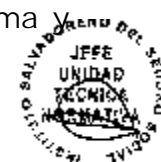
3. CONSIDERACIONES GENERALES.

- 3.1 El Director del Establecimiento de Salud con el apoyo del resto de jefaturas del Centro de Atención y en general de su equipo de trabajo, deben promover diferentes actividades de Educación Permanente con el Personal Médico y otros profesionales autorizados (personal antiguo y de nuevo ingreso), para que conozcan y apliquen la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).
- 3.2 La Dirección local debe garantizar a través de un monitoreo permanentemente, con el apoyo del Comité Local de Epidemiología,



operativización de un Plan para verificar la calidad de los diagnósticos médicos y el cumplimiento de las pautas presentes en cada Centro de Atención.

- 3.3 El Director del Establecimiento de Salud con el apoyo del Comité Local de Epidemiología, deben divulgar la presente información a las diferentes jefaturas Médicas, nutricionistas, Psicología y de Estadística, quienes posteriormente lo harán con personal antiguo y de nuevo ingreso a su cargo.
- 3.4 El Personal Médico de los Establecimientos de Salud debe conocer y aplicar el nivel de especificidad diagnóstica del Volumen 1 de la CIE- 10, para escribir los diagnósticos en el expediente clínico, en la hoja de Registro Diario de Consulta Médica y Certificado de Defunción, así como en el resto de documentos en donde se requiera consignar en forma escrita diagnósticos de los derechohabientes (cuando proceda).
- 3.5 El Director del Establecimiento de Salud, debe encomendar al Comité Local de Epidemiología, que realice auditoria al registro de las causas de morbilidad y mortalidad anotadas en el Informe Diario de Consulta Externa y Emergencia y en los Expedientes Clínicos de los pacientes atendidos en su Centro de Atención, a fin de cuidar por la calidad de la información que se utiliza para la atención al paciente, realimentando al personal médico sobre los resultados de la auditoria.
- 3.6 El Director del Establecimiento de Salud con el apoyo de sus jefaturas, del Médico Epidemiólogo y estadístico local y del Comité Local de Epidemiología, debe elaborar al menos cada tres meses, el análisis de la información sobre causas de morbilidad y mortalidad.
- 3.7 El médico, Psicólogo y Nutricionista que brindan consulta, son responsables de anotar el diagnóstico principal y los secundarios, así como las variables requeridas en el Informe Diario de Consulta Externa y Emergencia y en el Expediente Clínico con letra clara de preferencia de molde, números legibles y veracidad, según lo establecido en la Clasificación Internacional de Enfermedades, en lo que se refiere a los procesos regulados en la misma y en este documento.



- 3.8 Los diagnósticos deben ser escritos en forma completa, no debe usarse siglas ni abreviaturas, aunque sean aceptadas entre el personal médico. (Por ejemplo: IVU, IM, HTA, DM2, FAA, RPM).
- 3.9 El médico u otro profesional autorizado, esta obligado a completar o aclarar la terminología usada al anotar los diagnósticos en el expediente clínico, en el Informe Diario de Consulta Externa y Emergencia y en el Informe de Intervenciones Quirúrgicas; cuando le sea requerido por el personal estadístico u otro miembro del equipo de salud, a fin de garantizarle una adecuada codificación de morbilidad.
- 3.10 Los procedimientos Médicos que se realicen en Consulta Externa (por ejemplo: cauterio de verruga, quimioterapia, endoscopia, crioterapias, etc.) no deben anotarse en el Informe Diario de Consulta Externa y Emergencias sino en el formulario específico denominado Registro Diario de Procedimientos Médicos.
- 3.11 Cuando al paciente atendido en hospitalización no se le establece un diagnóstico definitivo por falta de medios de confirmación u otra razón, debe registrarse como principal un diagnóstico sindrómico o un hallazgo anormal o sospechoso consignado en la CIE-10, a fin de no utilizar términos tales como posible, dudoso, sospecha, descartar etc. Se exceptúan de lo anterior algunas enfermedades de Vigilancia Epidemiológica. Ejemplo: Sospecha de dengue, Sospecha de cólera, Sospecha de parálisis flácida, etc.



4. RESUMEN DE LA CIE 10

4.1. ANTECEDENTES E IMPORTANCIA DE LA CIE

La necesidad de registrar y analizar el comportamiento de las enfermedades y de las defunciones según sus causas, ha sido una preocupación constante de la humanidad desde hace muchos siglos.

El conocimiento de su frecuencia, su distribución por región, edad, sexo y algunas características socioeconómicas asociadas, así como sus cambios en el tiempo, es usado principalmente para:

- 1) Investigar los factores que causan las enfermedades y las muertes
- 2) Evaluar la situación de salud de la población en diversos períodos
- 3) Evaluar los resultados de los programas de salud aplicados
- 4) Planear los servicios de salud que requiere la población
- 5) Aplicar medidas para prevenir las enfermedades y las muertes prematuras.

Para poder disponer de esa información se requiere que su producción esté sistematizada, es decir, organizada y con procedimientos homogéneos aplicados por cada una de las partes que intervienen en su elaboración.

Para producir la información se deben cumplir las siguientes etapas:

- a) Diseño del sistema de información.
- b) Captación de la información.
- c) Procesamiento de la información.
- d) Difusión y uso de la información en el análisis de la situación, en la toma de decisiones y la evaluación.

A. DISEÑO:

Consiste en la elaboración del plan general para generar y difundir la información; incluye los objetivos del sistema, los procedimientos para captar y procesar los datos para obtener tabulados estadísticos definidos.



B. CAPTACIÓN:

Consiste en el registro de los datos en los formatos primarios por los responsables de la atención y su recopilación periódica para ser concentrados y procesados. (A cargo de los médicos y otras personas que dan la atención a los pacientes)

C. PROCESAMIENTO:

Consiste en la codificación de los datos captados en los formularios, su ingreso a la base de datos y la elaboración de tabulados estadísticos para el análisis.

(A cargo de los codificadores, el personal de informática y los estadísticos).

D. DIFUSIÓN Y USO:

Consiste en la distribución de la información procesada, para ser utilizada por los usuarios en el análisis de la situación de salud, evaluar los efectos de las medidas aplicadas, explicar los cambios y tomar decisiones que modifiquen el comportamiento de las enfermedades. (A cargo de los médicos, investigadores y autoridades sanitarias)

Para lograr que la información sea útil se requiere que sea de calidad, es decir confiable, oportuna, completa y homogénea y que estas características perduren con el tiempo.

Un sistema de información basado en enfermedades requiere de una clasificación específica, con claves predefinidas para facilitar su identificación, almacenamiento, agregación y otros procesos. Este requerimiento se cumple con la disponibilidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) cuya importancia y utilidad ha quedado demostrada por más de 100 años de uso. La primera edición, resultó de los trabajos de un comité dirigido por Jacques Bertillon y fue presentada en el año 1893.



Desde entonces la Clasificación ha sido revisada, actualizada y editada en períodos aproximados de 10 años hasta llegar a la décima revisión, cuyo nombre completo es Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, y que abreviamos como CIE-10.

Las primeras cinco revisiones fueron convocadas por el gobierno francés y las posteriores han quedado a cargo de la Organización Mundial de la Salud.

4.2. PROPÓSITO Y APLICABILIDAD DE LA CIE.

Desde su inicio la CIE ha sido utilizada por los países para la elaboración de estadísticas de mortalidad, dada la relevancia que tiene este indicador para evaluar la situación de salud. Por ello originalmente la CIE fue usada para elaborar estadísticas de mortalidad; sin embargo, los sistemas de atención a la salud tienen necesidad de contar con estadísticas de las causas que motivan la atención en los distintos niveles de atención, como por ejemplo: puestos o centros de salud y hospitales, que no necesariamente ocasionan la muerte.

En la actualidad y con el avance de la tecnología, es posible contar con información sobre las enfermedades y motivos de atención, así como de las causas de defunción con una gran oportunidad, lo que aumenta su importancia y uso en todos los niveles de atención a la salud.

El procesamiento de códigos es mucho más rápido que el de palabras, por lo cual se acorta el tiempo para efectuar operaciones con ellos y generar cuadros estadísticos.

La función de los codificadores consiste en asignar el código apropiado a los diagnósticos y efectuar la selección del o de los que van a ser ingresados a la base de datos.

En el caso de la CIE-10 los códigos están compuestos por una letra en la primera posición seguida de números es decir son alfanuméricos. Esta estructura permitió incluir un mayor número de códigos y términos



diagnósticos en comparación con las revisiones anteriores, cuyos códigos eran sólo numéricos.

Una aplicación de la CIE-10 se presenta en los en los siguientes ejemplos:

Afecciones tratadas en un episodio de atención, anotadas en el apartado correspondiente de un resumen de egreso hospitalario:

	Código
Diagnóstico o afección principal:	
Tuberculosis del pulmón confirmada por cultivo_____	A15.1
Otra afección: Desequilibrio hidroelectrolítico _____	E87.8
Otra afección: Desnutrición leve _____	E44.1

Causas de muerte registradas en el apartado correspondiente de un certificado de defunción:

	Código
a) Choque séptico _____	A41.9
b) Úlcera gástrica con perforación ____ _____	K25.5

|_K|_2_|_5_| 5_|

Causa Básica

Cuando el codificador asigna las claves A15.1, E87.8 y E44.1 a las enfermedades descritas en la hoja de egreso hospitalario, o las claves A41.9 y K25.5 del certificado de defunción, está traduciendo nombres de padecimientos a códigos que serán procesados generalmente en una computadora.

La CIE comprende reglas para seleccionar una afección (afección principal) o una causa de defunción (causa básica), para la obtención de estadísticas de morbilidad y mortalidad, respectivamente, basadas en una sola causa.



Los registros médicos y los Registros de defunción, frecuentemente contienen más de una información diagnóstica y o causa por paciente; sin embargo, en la mayoría de las veces sólo una de ellas es considerada y procesada para la obtención de estadísticas.

Los datos registrados de cada paciente atendido o de cada persona fallecida, son codificados y capturados para integrar una base de datos que contiene la información de cada caso para un período y área determinados.

La base de datos puede ser procesada para obtener cuadros sobre la distribución de las causas según la edad, el sexo, la residencia habitual, la localidad, el nivel de escolaridad, la situación laboral, etc. Que permitan establecer relaciones entre las enfermedades y estas otras variables.

Las decisiones que tomen las autoridades Institucionales dependen mucho de la calidad de la información que es producida; de ahí la importancia de llenar adecuadamente los registros y procesar cuidadosamente la información, verificando que la cobertura sea lo más completa posible y con el mínimo de errores en la codificación y captura de los datos.

4.3. FUENTE BÁSICA DE LA INFORMACIÓN.

En las unidades de Estadística se revisan los formularios de registro que son la fuente primaria para la captación de los datos; los cuales son codificados, capturados y procesados para obtener las estadísticas de morbilidad y mortalidad.

4.3.1. FORMULARIOS PARA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN.

En los formularios básicos se obtiene la información de cada paciente o de la persona fallecida, que se utiliza en las instituciones con fines epidemiológicos, estadísticos y administrativos.

Los formularios para el registro de la morbilidad y la mortalidad varían en su diseño y contenido tanto entre las instituciones de salud como entre países y pueden tener diferentes denominaciones.

En el ISSS son los siguientes:



- a) Informe Diario de Consulta Externa y Emergencia.
- b) Orden de Hospitalización y Alta.
- c) Informe de intervenciones Quirúrgicas.
- d) Registro de Defunción.
- e) Registro de Defunción Perinatal Infantil y de la Niñez.

La forma y el contenido de cada formulario dependen de su propósito y de las necesidades de información de cada institución y pueden contener diferentes apartados para el registro, entre los que se encuentran los siguientes:

1. Datos del paciente atendido o de la persona fallecida.
2. Datos de la atención y de la defunción cuando es el caso.
3. Datos de importancia administrativa o jurídica.

Los datos del paciente atendido o de la persona fallecida constituyen variables que pueden ser sujetas a captura y procesamiento, en su totalidad o parcialmente. El procesamiento y la tabulación permitirán analizar el comportamiento de las enfermedades y las causas de defunción según el sexo, los diferentes grupos de edad, las regiones geográficas, el tipo de ocupación, Condición de trabajo, etc.

Los tabulados que resultan son utilizados para analizar la influencia de estos factores en el comportamiento de las enfermedades, definir prioridades en la atención para algunos grupos de edad, sexo, condición socioeconómica o región y establecer medidas de prevención.

Los formularios, en general, incluyen las siguientes variables:

- a) Nombre del Paciente.
- b) Numero de afiliación al Seguro Social.
- c) Edad/ Sexo.
- d) Lugar de residencia o domicilio.



- e) Ocupación.
- f) Nombre del último Patrono, etc.

Cuando se trata de un egreso hospitalario, disponen de un apartado para los diagnósticos finales y/o principales además algunas de las siguientes variables relacionadas con la atención prestada:

- Servicio de atención.
- Numero de cama.
- Diagnostico de Ingreso y Alta.
- Total días de hospitalización.
- Operación Practicada.
- Estado de salida (Curado/Mejorado/Igual/antes o después de 48 horas, etc.)
- Fecha del Alta /hora de salida.
- Atención obstétrica.
- Documentos que presenta (Carta de 12 semanas/Certificado de derechos/Referencias).
- Condición del Nacimiento (Vivo/Muerto).
- Peso del recién nacido.
- Sexo del recién nacido.
- Condición del recién nacido (Normal/Prematuro).

4.3.2. REGISTRO DE LAS CAUSAS DE MUERTE.

Para las causas externas, los códigos que aparecen son del capítulo XX en las siguientes cuatro columnas:

- 1) Accidental (Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas) (X40-X49).
- 2) Suicidio (Lesiones auto infligidas intencionalmente) (X60-X69).
- 3) No determinado (Envenenamiento de intención no determinada) (Y10- Y19).
- 4) Efectos adversos (Drogas, medicamentos y sustancias biológicas causantes de efectos adversos en su uso terapéutico) Y40-Y59.



4.3.3. REGISTRO DE LAS AFECCIONES EN MORBILIDAD

La CIE recomienda que la recopilación de la información sobre morbilidad se organice mediante el uso de métodos estándares de registro.

Para la morbilidad los formularios deben especificar el lugar para anotar el diagnóstico o la afección principal.

Al término del episodio de atención, el médico debe anotar el diagnóstico principal por el que el paciente fue tratado durante el episodio de atención.

La CIE define la afección principal como:

“La afección diagnosticada al final del proceso de atención a la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente”

Si hay más de una afección así caracterizada, la principal será la que se considera causante del mayor uso de recursos, y si no se hizo ningún diagnóstico, el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante será tomado como afección principal.

La afección principal es la que será ingresada a la base de datos para la elaboración de estadísticas de morbilidad por causa única.

Las otras afecciones “son aquellas que coexistieron o se desarrollaron durante el episodio de atención y afectaron el tratamiento del paciente”.

La persona a cargo del tratamiento del paciente, generalmente el médico, debe seleccionar la afección principal y anotarla en el renglón respectivo del formulario institucional.

Cuando se trata de una defunción se dispone de un formulario para las causas de muerte, además de este se deben incluir las siguientes:

- a. Local de la Defunción (Hospital/Centro de Atención).



- b. Ocupación habitual (Jubilado o Pensionado).
- c. Edad en años cumplidos.
- d. Estado Civil (Casado/Soltero/Viudo/Divorciado, etc.)

Cuando se trate del Registro de Nacidos Muertos, es importante incluir además de los datos generales del parto los siguientes datos:

- 1) Nombre completo de la madre y edad.
- 2) Estado Civil de la madre.
- 3) Ocupación habitual de la Madre.
- 4) Nombre completo del Padre.
- 5) Duración del embarazo.
- 6) Número de Hijos nacidos (Vivos/Muertos).
- 7) Partos múltiples.

Entre los datos administrativos y legales pueden ser incluidas las siguientes:

- 1. Identificación de la unidad de atención
- 2. Persona que atendió al paciente o certificó la defunción según es el caso.
- 3. Datos completos del registro de la defunción.

Para la aplicación de la CIE10 cobran relevancia los apartados que registran los diagnósticos, sin embargo, el resto de la información contenida en ellos es muy importante para la asignación de un código de acuerdo con la edad, sexo y otras características de la atención o de la ocurrencia de la muerte.



5. CONTENIDO Y MANEJO DE LA CIE 10

La CIE ha cambiado con el tiempo respondiendo a los avances de la medicina y a las necesidades de los usuarios; la 10ª Revisión consta de tres volúmenes que se usan conjuntamente en la codificación.

El volumen 1 contiene principalmente lo que es la Clasificación de enfermedades propiamente dicha. Las categorías con sus correspondientes términos diagnósticos se encuentran ordenadas en capítulos por grupos de padecimientos, lesiones o motivos de atención, desde el Capítulo I hasta el capítulo XVII, que comprenden las Enfermedades Infecciosas y Parasitarias (A00- B99) hasta Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99).

El volumen 2 está constituido por los capítulos XVIII hasta el Capítulo XXI, que comprenden: Los Síntomas, Signos y hallazgos anormales Clínicos Y de Laboratorio no clasificados en otra parte (R00- R99) hasta los factores que influyen en el estado de Salud y contacto con los Servicios de Salud (Z00- Z99)

El codificador debe revisar estos volúmenes para conocer su contenido y aprender su manejo en la codificación.

5.1 ESTRUCTURA Y CONTENIDO DEL VOLUMEN 1:

El volumen 1, que es el que se ha distribuido en esta capacitación, contiene:

- 1) La clasificación principal compuesta de: La lista de categorías de tres caracteres y, La lista tabular de inclusiones y subcategorías de cuatro caracteres ordenadas en 21 capítulos.
- 2) Las listas especiales para tabulación.
- 3) La clasificación morfológica de tumores.
- 4) Las definiciones propuestas por la CIE para algunos términos fundamentales.
- 5) El reglamento de nomenclatura.
- 6) La lista de categorías de tres caracteres que constituye el núcleo de la clasificación. Esta lista representa el nivel mínimo obligatorio para



que los países informen a la OMS. Consta de 2,036 categorías y a partir de ella se obtiene una lista expandida y cinco (5) listas abreviadas.

- 7) La lista tabular de inclusiones y subcategorías de cuatro caracteres, también conocida como lista detallada, es una expansión de la anterior. Contiene 12,422 subcategorías o códigos, además de las 2,036 categorías de la lista anterior.

¿QUÉ ES UNA CATEGORÍA?:

Una categoría "Es la clave o código de tres caracteres que corresponde a una enfermedad o término diagnóstico". En la CIE-10 están compuestas por una letra en la primera posición seguida de dos números, es decir son alfanuméricas.

Las categorías ocupan las letras de la A a la Z, con excepción de la U. Los códigos U00-U49 son para ser utilizados en la asignación provisional de nuevas enfermedades de etiología incierta. Los códigos U50-U99 pueden utilizarse en la investigación, por ejemplo cuando se someta a prueba una clasificación alternativa para un proyecto especial.

EJEMPLOS DE CATEGORÍAS:

A00 Cólera.

E40 Kwashiorkor.

V17 Ciclista lesionado por colisión con objeto estacionado o fijo.

¿QUÉ ES UNA SUBCATEGORÍA?

Es una subdivisión de la categoría a la cual corresponde también un término diagnóstico y consta de cuatro caracteres, el último de los cuales está separado del anterior por un punto.

Las subcategorías permiten obtener un mayor grado de especificidad de las patologías o motivos de atención.



Cada categoría tiene un número variable de subcategorías y algunas pueden tener hasta un máximo de 10 que van del “.0” al “.9”. En general las primeras subdivisiones se utilizan para enfermedades, circunstancias, etiología o características específicas, mientras que el cuarto carácter .8 se reserva para “otras afecciones” de la categoría de tres caracteres, en general las que por su frecuencia e importancia, no ameritan un código propio y el cuarto carácter .9 para la categoría sin otra especificación o detalle.

EJEMPLOS DE SUBCATEGORÍAS:

A00.0	Cólera debido a <i>Vibrio cholerae</i> O1, biotipo cholerae
C25.3	Tumor maligno del conducto pancreático
H50.8	Otros estrabismos especificados
I37.9	Trastorno de la válvula pulmonar, no especificado
V17.4	Conductor de bicicleta lesionado por colisión con objeto Estacionado o fijo, en accidente de tránsito

Algunas categorías no tienen subdivisiones. En estos casos se puede agregar una X, también separada por un punto, con objeto de igualar la longitud del campo de captura o bien dejar en blanco el espacio. No es recomendable usar un carácter numérico en estos casos.

Las categorías y subcategorías se encuentran ordenadas en grupos y estos en capítulos.



LOS CAPÍTULOS SON LOS SIGUIENTES (ENTRE PARÉNTESIS SE ENCUENTRAN LAS CATEGORÍAS QUE COMPRENDE CADA UNO):

Capítulos	Categorías
I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.	(A00-B99)
II. Tumores [neoplasias].	(C00-D48)
III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad.	(D50-D89)
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.	(E00-E90)
V. Trastornos mentales y del comportamiento.	(F00-F99)
VI. Enfermedades del sistema nervioso	(G00-G99)
VII. Enfermedades del ojo y sus anexos	(H00-H59)
VIII. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides.	(H60-H95)
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	(I00-I99)
X. Enfermedades del sistema respiratorio	(J00-J99)
XI. Enfermedades del sistema digestivo	(K00-K93)
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	(L00-L99)
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.	(M00-M99)
XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	(N00-N99)
XV. Embarazo, parto y puerperio	(O00-O99)
XVI. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal.	(P00-P96)
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.	(Q00-Q99)



ESTRUCTURA DE LA CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA INTERNACIONAL, CIE 10.

La clasificación mantiene un orden sobre la base de varios ejes como fue recomendado por William Farr. Dada su funcionalidad gran parte de este diseño ha perdurado hasta la fecha. Los ejes de clasificación utilizados entonces fueron:

- 1) Enfermedades epidémicas.
- 2) Enfermedades constitucionales o generales.
- 3) Enfermedades localizadas, ordenadas por sitio anatómico.
- 4) Enfermedades del desarrollo.
- 5) Traumatismos.

Con las sucesivas revisiones, los ejes han sido diversificados y ampliados.

La CIE-10 tiene múltiples ejes para organizar los capítulos y luego su estructura interna en grupos, los cuales pueden usar el mismo eje del capítulo o no. Ejemplos:

EL CAPÍTULO I:

Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, es un capítulo "etiológico". Internamente hay varios tipos de ejes:

- a. Etiológico: Rickettsiosis (A75-A79).
- b. Epidemiológico: Infecciones con modo de transmisión predominante sexual (A50-A64).
- c. Mixto (clínico y etiológico): Infecciones virales caracterizadas por lesiones de la piel y de las membranas mucosas (B00-B09).

El capítulo II Tumores [Neoplasias] es un capítulo "anatomopatológico". Su primer eje interno es el comportamiento:

1. Malignos.
2. In situ.
3. Benignos.
4. Comportamiento incierto o desconocido.



Dentro de las agrupaciones por comportamiento hay grupos organizados según un eje netamente anatómico:

- a) Tumores malignos de las vías urinarias (C64-C68).
- b) Tumores malignos de los órganos digestivos (C15-C26).

Varios capítulos tienen eje anatómico según el sistema corporal y sus órganos:

- a) Digestivo.
- b) Nervioso.
- c) Circulatorio.

MORFOLOGÍA DE LOS TUMORES [NEOPLASIAS]:

El volumen 1 contiene además una clasificación adicional que aunque no es parte de la CIE es bastante utilizada en oncología y se usa como complemento. Esta se conoce como Morfología de los tumores [neoplasias]. Sus códigos están organizados por las características histológicas de los distintos tipos celulares.

Esta lista difiere del capítulo II, en donde los tumores están organizados preferentemente por su comportamiento y sitio anatómico.

Los códigos constan de cinco caracteres, después de la letra M; los primeros cuatro identifican el tipo histológico y el último separado por una diagonal es para indicar su comportamiento (benigno, maligno, incierto etc.). Esta clasificación se utiliza como complemento, pero también es auxiliar para la identificación de los códigos de tumores de capítulo II, ya que frecuentemente se anotan con esas características en los registros.

El Volumen 2 contempla al igual que el volumen 1 categorías y subcategorías que se encuentran ordenadas en grupos y estos en capítulos.



CAPÍTULOS		CATEGORÍAS
XVIII.	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	(R00-R99)
XIX.	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	(S00-T98)
XX.	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	(V01-Y98)
XXI.	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	(Z00-Z99)

El capítulo XX, Causas externas de morbilidad y de mortalidad ((V01- Y98), es etiológico, y tiene un primer nivel interno de agrupación según la intencionalidad:

- 1) Accidentes.
- 2) Lesiones auto infligidas intencionalmente.
- 3) Agresiones.
- 4) Eventos de intención no determinada, etc.

Esa multiplicidad de ejes, a pesar de que pueda representar una dificultad para comprender y manejar la CIE, es consecuencia de la necesidad de acomodar múltiples usos y aplicaciones de una misma clasificación, favoreciendo además su carácter internacional.

6. OBSERVANCIA DEL INSTRUCTIVO

La implantación, Divulgación y Vigilancia del cumplimiento del "INSTRUCTIVO PARA EL USO DE LA CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES CIE 10", corresponde a los Directores de los Centros de Atención y los miembros de su equipo de trabajo en quienes se deleguen estas funciones; y su cumplimiento es responsabilidad directa de todos los miembros del



equipo de salud que en el ámbito de sus competencias requieran aplicar las regulaciones aquí contenidas.

7. OTRAS DISPOSICIONES

Las disposiciones no contempladas en estos Lineamientos Normativos, serán consideradas por la Unidad Técnica Normativa y aprobadas por la Subdirección de Salud.

8. VIGENCIA

El presente instructivo entrará en vigencia con la firma de las autoridades después de la respectiva Implantación y Divulgación Local, sustituyendo a todos los instructivos y lineamientos elaborados anteriormente.

San Salvador, Junio 2007.

AUTORIZACIÓN

DR. GUILLERMO JOSÉ VALDES FLORES
JEFE DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN

DR. SIMÓN BALTAZAR ÁGREDA
JEFE UNIDAD TÉCNICA NORMATIVA

DR. JOSÉ GUILLERMO GONZÁLEZ G.
SUB-DIRECTOR DE SALUD

