

=====

Mensaje Original: (4/dic/98)

Estimados amigos

Conforme hemos tenido oportunidad de discutir con varios de ustedes, estaremos abriendo un Forum Latinoamericano de Discusiones sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y la Familia de Clasificaciones, vía correo electrónico.

Casi todos los días recibimos consultas (por correo electrónico, fax, teléfono o carta) sobre distintos aspectos relacionados con la CIE y otras clasificaciones. Muchas veces las cuestiones no tienen como solución la aplicación pura y simple de las reglas de codificación, sino dependen de interpretación, hasta mismo de opinión personal, la cual, en muchos casos, puede ser discrepante de otras.

La idea es ampliar las discusiones, lo que además de enriquecer el proceso, puede permitir consensos sobre puntos dudosos o polémicos, llegándose a recomendaciones estándar para la Región. Con esto ganamos todos en consistencia y comparabilidad.

A continuación, algunos ejemplos de las consultas que llegan con frecuencia:

- Porqué la CIE-10 Incluyó el concepto de "Mortalidad Materna Tardía"?
- Como y donde efectivamente se esta usando el sistema cruz/asterisco?
- Porque las neumonías no se encuentran en el capitulo I (Enf. Infecciosas y Parasitarias)?
- Muchas consultas específicas sobre codificación.
- Consultas relacionadas con listas cortas para tabulación.
- Consultas relacionadas con la equivalencia de códigos entre distintas revisiones.
- Consultas relacionadas con la disponibilidad de versiones electrónicas, su uso y posibilidad de reproducción.
- Disponibilidad, uso y perspectivas de otras clasificaciones, como la de Procedimientos en Medicina o la CIE-Oncología.

Actualmente existe un Forum de Mortalidad, por correo electrónico, específico sobre problemas de codificación en mortalidad con la CIE-10, coordinado por Lars Age Johansson, del NOMESCO (Centro Colaborador de la OMS en Clasificación de Enfermedades para los Países Nórdicos). De ese Forum participan algunos de ustedes.

Después de varias consultas con el CBCD (Centro Brasileiro de Classificação de Doenças), el CEVECE (Centro Venezolano para la Clasificación de Enfermedades) y en distintos países latinoamericanos, así como en España, se concluyó que el Forum de Mortalidad (de Lars) es muy restricto a problemas de codificación, además de ser limitativo a muchos participantes por ser todo en idioma inglés.

Los puntos básicos para la creación del nuevo y más amplio Forum son:

1. Iniciar con los principales grupos de personas involucradas con la Clasificación, principalmente los que ya mantienen contacto con la OPS para consultas sobre problemas relacionados con la CIE, a través de correo electrónico u otra forma y que, a su vez, tienen experiencia acumulada para aportar contribuciones significativas a las discusiones.
2. Inmediatamente se buscaría incluir por lo menos una persona de cada país de la Región, involucrada con la CIE.
3. Yo, como Asesor Regional de la OPS/OMS para la Clasificación de Enfermedades, coordinaría el Forum.
4. Todas las preguntas / consultas, así como las respuestas / contribuciones deberán ser dirigidas solamente al coordinador, que trataría de resumir, si fuera el caso, y reunir las distintas respuestas a una misma cuestión, haciendo la diseminación inmediata, tanto de las preguntas como de las respuestas, a todos los participantes.
5. Las preguntas / consultas no se limitarán a aspectos de aplicación de reglas de codificación, sino incluirán también aspectos conceptuales, uso de otras clasificaciones, uso de la CIE en morbilidad, uso de los datos, mejoramiento de las estadísticas vitales, etc. El núcleo central de las discusiones, sin embargo, es la CIE, como importante instrumento para organizar los datos e informaciones disponibles sobre enfermedades y problemas

relacionados con la salud.

6. El idioma a ser usado será el español. Las consultas y contribuciones recibidas de Brasil (que deberán estar en portugués), serán traducidas al español por el coordinador, a menos que la mayoría de ustedes solicite mantenerlas en su idioma original.

7. Muchos de ustedes (o todos) reciben consultas relacionadas con la Clasificación, de distintas personas e instituciones. Solicitamos que seleccionen las más relevantes y/o dudosas, enviándolas al coordinador del Forum para ampliar la discusión. Siempre que ya tengan una respuesta u opinión, la misma deberá ser igualmente enviada al coordinador.

8. Las consultas podrán circular con su origen, desde que solicitado por el participante. Las respuestas / contribuciones circularán con su origen, inclusive el nombre del contribuyente, desde que identificado en la respuesta.

9. La inclusión de nuevos participantes deberá ser solicitada al coordinador, que hará circular periódicamente la lista actualizada de participantes, con sus nombres, direcciones electrónicas e instituciones donde trabajan.

10. Se recomienda que tanto las consultas como las respuestas sean sintéticas y objetivas, limitándose a un único tema por mensaje, mencionando en el "Subject": FORUM-CIE. Asimismo, dado que todos van a disponer de la dirección electrónica de todos los participantes, se solicita que las comunicaciones personales o no relacionadas con el Forum no sean enviadas a la "red", sino apenas a los destinatarios específicos. Conforme lo mencionado en el punto 4, para el funcionamiento adecuado del Forum, tanto las consultas como las contribuciones deberán ser enviadas solamente al coordinador del Forum.

Para confirmar su participación en el Forum de Discusiones sobre la CIE, envíe, por favor, lo más pronto posible, un "eMail" para:

beckerro@paho.org

confirmando su nombre completo, Institución en la que trabaja (si posible informando su cargo o función en la misma), Ciudad y País, y la dirección electrónica donde deberá recibir los mensajes.

Cualquier sugerencia adicional para que el Forum sea lo más efectivo y provechoso es bienvenida.

Saludos y gracias por la atención.

Dr. Roberto Augusto Becker

Asesor Regional en Clasificación de Enfermedades

Programa SHA - OPS/OMS

Washington, DC

=====
Versiones electrónicas (29/ene/99)

Con frecuencia recibimos solicitudes de información sobre la disponibilidad de versiones electrónicas de la CIE. A continuación se ofrece la información disponible sobre versiones electrónicas para la Novena y Décima revisiones de la CIE, en español, portugués e inglés:

CIE-9: No existe una versión "oficial" en español, es decir, preparada por la OPS o la OMS. Tampoco existe en portugués. Sobre la disponibilidad de versiones electrónicas de la CIE-9 en inglés (ICD-9), consultar la siguiente página Internet: <http://www.cdc.gov/nchswww/about/otheract/icd9/icd9hp2.htm>

CIE-10: La versión en español de la CIE-10 se puede adquirir a través del Programa de Publicaciones de la OPS, solicitando por correo electrónico al Sr. Rene Noda: nodarene@paho.org. Son 3 disquetes que contienen los Volúmenes 1 y 3, en formato ASCII y también en formato WordPerfect 5.1. Además de los volúmenes 1 y 3 completos, la versión electrónica contiene un archivo con todas las categorías y subcategorías y sus descriptores, sin las notas y los términos de inclusión y exclusión, lo que facilita su importación a bases de datos.

La versión en portugués de la CIE-10 (CID-10) puede ser obtenida ("download") a través de la Internet. Se trata de un archivo tipo .HLP ("help" o "ayuda", formato Windows), con el volumen 1 completo y sistema de búsqueda e hipertexto. Una versión en disquete acompaña a los libros cuando son adquiridos. Para obtener el archivo, vía Internet:

<http://www.fsp.usp.br/~cbcd>

La versión en inglés de la CIE-10 (ICD-10), con las mismas características

de la versión en español, puede ser adquirida a través de la OMS, consultando por correo electrónico: rohc@who.ch (Sra. Catherine Roche)

TABLAS DE CONVERSION, equivalencia de códigos: CIE-9x10 y 10x9. En 1997 la OMS preparó una versión en disquetes de unas tablas de conversión (TRANSLATOR) que permiten al usuario, a partir de un código de la CIE-9, verificar cual(es) código(s) corresponde(n) en la CIE-10 y vice versa. Es importante notar que no se trata de un "software" que permita hacer la conversión de bases de datos codificados con una revisión a la otra. Tal conversión no es posible.

Se trata de tablas que facilitan la secuencia histórica en estudios específicos de grupos de causas (tanto en mortalidad como en morbilidad), y la realización de estudios puente, entre otros. Las tablas son presentadas en dos formatos: ASCII y AdobeAcrobat(R), cuyo "software" se incluye en los disquetes (5). Para la adquisición del TRANSLATOR, hacer contacto con la Sra. Catherine Roche, de la OMS, por correo electrónico: rohc@who.ch

CIE en CD-ROM: La OMS está preparando un CD-ROM (se estima que deberá estar disponible en unos 4-5 meses) que contiene:

En inglés y francés: CIE-7, 8, 9 y 10

En Español: CIE-9 y 10.

En portugués: CIE-10

El contenido es, por lo general, el "libro completo", acompañado de textos y el histórico de la CIE. No sabemos si los archivos pueden ser importados a una base de datos. Además de los "libros electrónicos", el CD contiene tablas de equivalencia de los códigos: CIE-7x8 y 8x7, CIE-8x9 y 9x8, CIE-9x10 y 10x9. Las tablas 9x10 y 10x9 son las que se encuentran en el "Translator", mencionado arriba.

=====
Actualizaciones en la CIE-10 (19/feb/99)

Como ustedes saben, la Clasificación Internacional de Enfermedades, su preparación, revisión y difusión, está a cargo de la Organización Mundial de la Salud-OMS (conforme la nueva estructura, en el Grupo de Evidencias e Informaciones para Políticas). En la práctica, la instancia "mayor" o "final" es el Secretariado (OMS) en conjunto con los 10 Directores de Centros Colaboradores (Inglaterra, Venezuela, Brasil, Estados Unidos, Francia, Rusia, Países Nórdicos, China, Australia y Kuwait). La OPS, así como otras Oficinas regionales de la OMS, también participa del proceso.

Todos los años se realiza una reunión de los Directores de Centros, en conjunto con la OMS, la OPS y algunos invitados. Uno de los temas discutidos siempre se relaciona con la preparación de la nueva Revisión de la CIE. Al mismo tiempo en que se acordó evaluar mejor la implantación y uso de la CIE-10 antes de empezar el proceso de preparación de la CIE-11, se han definido los mecanismos de actualización y/o corrección de la CIE-10 que, en resumen, son:

- Las propuestas de cambios o actualizaciones en la Lista Tabular (Vol. 1) son analizadas en mayo (del año "X") por el Grupo de Referencia para Mortalidad (presidido por Harry Rosenberg, del Centro Colaborador de Norteamérica).
- Las decisiones del Grupo de Referencia deben ser aprobadas en julio (del año "X") por el Comité de Referencia en Actualizaciones, coordinado por la OMS.
- Las decisiones del Comité deben ser aprobadas por los Directores de Centros Colaboradores en setiembre (del año "X").
- Las decisiones de los Directores son anunciadas y refrendadas por el Secretariado (OMS) en la reunión de Directores de Centros en octubre (del año "X").
- Las alteraciones en la Lista Tabular (Vol. 1) son incorporadas a la CIE-10 hasta febrero (del año "X+1"), pasan a ser divulgadas a los países, y deben entrar en vigencia en enero del próximo año (año X+2).

Así: lo que se aprobó y anunció en octubre de 1997 (Copenhague) ya se encuentra vigente desde enero de 1999. Lo que se aprobó y anunció en octubre de 1998 (París), deberá ser implementado solo en enero del 2000.

- Las propuestas de correcciones o actualizaciones pueden ser enviadas directamente a los Centros Colaboradores, a través del Forum de Mortalidad (Lars) o del Forum Latinoamericano (OPS).
- Las actualizaciones en la Lista Tabular deben ser incorporadas en todos

los miembros de la Familia de Clasificaciones derivados de la CIE (Adaptaciones por especialidades), y así mismo en el índice alfabético.

A continuación se presentan las actualizaciones en la Lista Tabular de la CIE-10 que son válidas a partir de enero de 1999. Ninguna de las actualizaciones aparece en la versión en español, impresa o electrónica, distribuida hasta el día de hoy. Su inclusión será hecha en las próximas reimpresiones (las cuales deberán mencionar el hecho). La preparación de la tabla presentada abajo ha tenido la importante colaboración de la Dra. Danuta Rajs, de Chile.

NOTA(1): Se recomienda que las modificaciones sean anotadas en los libros (Vol. 1 de la CIE-10)

NOTA(2): Las modificaciones mencionadas a continuación se aplican a la versión en español.

==> Para as modificações correspondentes à versão em português, consultar o Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português (CBCD).

CÓDIGO	OBS	MODIFICACIÓN
A07.8		- AÑADIR TÉRMINO DE INCLUSIÓN: Microsporidiosis intestinal
A81		- CAMBIAR: virus lento POR virus atípico
		- AÑADIR TÉRMINO DE INCLUSIÓN: Enfermedad del sistema nervioso central causada por prión
A81.8		- CAMBIAR: virus lento POR virus atípico
A81.9		- CAMBIAR: virus lento POR virus atípico
		- AÑADIR TÉRMINO DE INCLUSIÓN: Enfermedad del sistema nervioso central causada por prión
B60		- AÑADIR TÉRMINO DE EXCLUSIÓN: Microsporidiosis intestinal (A07.8)
E16.4	NUEVO	- AÑADIR SUBCATEGORÍA: Secreción anormal de gastrina
		- AÑADIR TÉRMINO DE INCLUSIÓN: Hipergastrinemia
		- AÑADIR TÉRMINO DE INCLUSIÓN: Síndrome de Zollinger-Ellison
E16.8		- ELIMINAR TÉRMINO DE INCLUSIÓN: Hipergastrinemia
		- ELIMINAR TÉRMINO DE INCLUSIÓN: Síndrome de Zollinger-Ellison
F31		- ELIMINAR LA REFERENCIA A F31.8
F31.8		- CAMBIAR TÉRMINO DE INCLUSIÓN: Episodios maníacos recurrentes POR Episodios maníacos recurrentes SAI
F45.0		- AÑADIR TÉRMINO DE INCLUSIÓN: Trastorno de Briquet
F48.8		- ELIMINAR TÉRMINO DE INCLUSIÓN: Trastorno de Briquet
H50.2		- AÑADIR TÉRMINO DE INCLUSIÓN: Hipertropía
		- AÑADIR TÉRMINO DE INCLUSIÓN: Hipotropía
H50.4		- ELIMINAR TÉRMINO DE INCLUSIÓN: Hipertropía
		- ELIMINAR TÉRMINO DE INCLUSIÓN: Hipotropía
J34.0		- CAMBIAR LA PALABRA carbunco POR ántrax
J34.1		- CAMBIAR LA DESCRIPCIÓN PARA: Quiste y mucocelo de la nariz y del seno paranasal
K31.7	NUEVO	- AÑADIR SUBCATEGORÍA: Pólipo del estómago y del duodeno
		- AÑADIR TÉRMINO DE EXCLUSIÓN: Pólipo adenomatoso del estómago (D13.1)
K63.5	NUEVO	- AÑADIR SUBCATEGORÍA: Pólipo del colon
		- AÑADIR TÉRMINO DE EXCLUSIÓN: Pólipo adenomatoso del colon (D12.6)
		- AÑADIR TÉRMINO DE EXCLUSIÓN: Poliposis del colon (D12.6)
K75.4	NUEVO	- AÑADIR SUBCATEGORÍA: Hepatitis autoinmune
L02.-		- CAMBIAR LA PALABRA carbunco POR ántrax (L02 y todas sus subcategorías)
Q15.0		- CAMBIAR TÉRMINO DE INCLUSIÓN: Queratoglobo congénito POR Queratoglobo congénito con glaucoma
		- CAMBIAR TÉRMINO DE INCLUSIÓN: Megalocórnea POR Megalocórnea con glaucoma
		- AÑADIR TÉRMINO DE INCLUSIÓN: Macrocórnea con glaucoma
Q35.0	SALE	- ELIMINAR SUBCATEGORÍA
Q35.1		- ELIMINAR LA PALABRA: unilateral
		- ELIMINAR EL TÉRMINO DE INCLUSIÓN
Q35.2	SALE	- ELIMINAR SUBCATEGORÍA
Q35.3		- ELIMINAR LA PALABRA: unilateral
		- ELIMINAR EL TÉRMINO DE INCLUSIÓN

- Q35.4 SALE - ELIMINAR SUBCATEGORÍA
- Q35.5 - ELIMINAR LA PALABRA: unilateral
- ELIMINAR EL TÉRMINO DE INCLUSIÓN
- Q35.8 SALE - ELIMINAR SUBCATEGORÍA
- Q35.9 - ELIMINAR LA PALABRA: unilateral
- ELIMINAR EL TÉRMINO DE INCLUSIÓN
- Q37.0-Q37.5 - ELIMINAR LA COMA después de la palabra "leporino" pues los términos "unilateral" y "bilateral" ahora se refieren solo al labio leporino.
- Q75.4 - AÑADIR TÉRMINO DE INCLUSIÓN: Síndrome de Franceschetti
- AÑADIR TÉRMINO DE INCLUSIÓN: Síndrome de Treacher-Collins
- Q87.0 - ELIMINAR TÉRMINO DE INCLUSIÓN: Síndrome de Treacher-Collins
- S37 - CAMBIAR LA DESCRIPCIÓN PARA: Traumatismo del aparato urinario y de los órganos pélvicos
- Z52.6 NUEVO - AÑADIR SUBCATEGORÍA: Donante de hígado
- Z52.7 NUEVO - AÑADIR SUBCATEGORÍA: Donante de corazón

Con la eliminación de cuatro subcategorías y la adición de seis nuevas, la CIE-10 pasa a tener un total de 12.422 códigos válidos.

=====

Actualizaciones/2 (8/abr/99)

Hace un par de meses hemos circulado un mensaje con las actualizaciones de la CIE-10, válidas desde enero de 1999.

Próximamente haremos circular las implicaciones de los cambios en el Vol. 3 (Índice alfabético) y, asimismo, algunas correcciones específicas necesarias en los 3 volúmenes de la versión en español, no incluidas en la "Tercera reimpresión - 1997" (edición subsidiada hecha en Colombia), ni en la versión electrónica, las cuales incorporaron correcciones anteriores.

==> As modificações correspondentes à versão em português, devido às diferenças de idioma, devem ser oferecidas pelo CBCD (Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português).

A continuación se ofrece una tabla con el número de categorías, subcategorías, categorías sin subcategorías, grupos y "*" en cada uno de los capítulos de la CIE-10. La misma tabla se encuentra en el "attached file" NUMCOD10.DOC, en formato Word97.

Códigos disponibles y utilizados en la CIE-10

CAP	LETRAS	DISPONIBLES		UTILIZADOS		CAT SIN SUBCAT	TOTAL CODIG	GRUPOS	CATEG *
		CATEG	SUBCAT	CATEG	SUBCAT				
I	AB	200	2000	171	738	38	776	21	-
II	C-D49	150	1500	136	716	23	739	18	-
III	D50-	50	500	34	157	7	164	6	2
IV	E	100	1000	73	338	17	355	8	2
V	F	100	1000	78	389	18	407	11	2
VI	G	100	1000	67	319	12	331	11	16
VII	-H59	60	600	47	260	2	262	11	12
VIII	H60-	40	400	24	111	2	113	4	5
IX	I	100	1000	77	377	7	384	10	8
X	J	100	1000	63	213	18	231	10	3
XI	K	100	1000	71	408	5	413	10	5
XII	L	100	1000	72	323	15	338	8	6
XIII	M	100	1000	79	543	1	544	15	12
XIV	N	100	1000	82	419	15	434	11	9
XV	O	100	1000	75	412	11	423	8	-
XVI	P	100	1000	59	327	8	335	10	1
XVII	Q	100	1000	87	619	1	620	11	-
XVIII	R	100	1000	90	296	34	330	13	-
XIX	ST	200	2000	195	1262	16	1278	23	-
-	U	100	1000	-	-	-	-	-	-
XX	VWXY	400	4000	372	3309	9	3318	35	-
XXI	Z	100	1000	84	625	2	627	7	-

TOTAL	-	2600	26000	2036	12161	261	12422	261	83

Nota: Incluye las actualizaciones incorporadas a partir de 01/01/1999

=====
Consulta C001:

El primer eje del Capítulo XX (Causas Externas) de la CIE-10 es la intencionalidad del hecho - accidente, lesión autoinfligida intencionalmente (suicidio), agresión (homicidio), intervención legal, operaciones de guerra, complicación de la atención médica y quirúrgica, y evento de intención no determinada.

Cómo codificar las lesiones provocadas por acciones de LEGITIMA DEFENSA (jurídica y/o legalmente caracterizada), la cual, por lo menos aparentemente, no se cuadra en ninguno de los grupos existentes en el Capítulo XX ? Sería el caso de proponer su inclusión en la CIE ?

=====
R001 (05/mar/99)

A pesar de que no hay unanimidad en las respuestas, la RECOMENDACION es que las lesiones provocadas en otra persona debido a actos practicados en LEGITIMA DEFENSA deben codificarse como AGRESIONES. (Roberto Becker - OPS)

Se codifican como agresión, independiente de los aspectos jurídicos (Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Se codifican como homicidios (Carlos Muñoz/CEVECE - Venezuela, Sonia Fernández y Luis Manuel Torres - México)

La CIE considera las lesiones y las causas externas. Los motivos que llevaron a la existencia de una causa externa no deberían aparecer. (Cassia Buchalla/CBCD - Brasil)

Deben codificarse como Agresiones (Moacyr L Costa - Brasil)

Deben codificarse como agresiones. Las lesiones provocadas en otra persona aún en legítima defensa son intencionales. Si la réplica a una agresión es un desquite inmediato, entonces hubo la intención de agredir. Además hay el problema de la prueba. Se necesitaría esperar hasta el final del proceso, y también el médico legista (forense) jamás lo va a indicar. Si bien es cierto que el eje del capítulo XX es la intencionalidad, las relaciones de la CIE con el Derecho deben limitarse a eso. (María Helena M Jorge - Brasil)

Habría que incluir una categoría (Alberto Concha-E - OPS)

Aunque la calificación de la legítima defensa dependa de los juristas, conceptualmente la situación es diferente de las que aparecen en la CIE. Sería conveniente crear una clase de intencionalidad de Legítima defensa. (Danuta Rajs - Chile)

Comentarios: (Roberto Becker - OPS)

Si es "legítima" y es "defensa", no parece muy lógico considerar como agresión. A pesar de que la CIE no lleva en consideración los aspectos jurídicos o legales, en la práctica, solo son codificadas como tal las agresiones INTENCIONALES, lo que equivaldría a homicidio doloso. Las lesiones provocadas en otras personas accidentalmente así fuera involuntariamente pero por negligencia, impericia o imprudencia, por lo general se codifican como accidentes, independiente de la imputabilidad legal. Sería más lógico codificar la legítima defensa como accidente, pero, en ese caso, desde el punto de vista epidemiológico no parece muy adecuado. En mi opinión debería haber una categoría propia para los casos de Legítima Defensa. Sin embargo, en la práctica sería una categoría muy poco usada, por depender de discusiones conceptuales y resultados de procesos judiciales generalmente largos. Asimismo, al parecer, la situación no es muy frecuente. También es importante, como mencionado arriba, hacer la distinción entre los conceptos legales y jurídicos y los de la Clasificación Internacional de Enfermedades, los cuales son muy distintos.

En resumen, a pesar de conceptualmente no estar de acuerdo, en la práctica no parece haber otra solución sino la de seguir la recomendación mencionada: en la CIE, las lesiones originadas por acciones de legítima defensa se deben codificar como agresiones.

=====

Consulta C002:

El INFANTICIDIO siempre se codifica en Y09.-, o solo cuando no está mencionado el mecanismo de producción de la lesión fatal ?

=====

R002 (01/feb/99)

Con relación al infanticidio, las respuestas recibidas son unánimes: Y09.- se usa apenas si no se especifica el mecanismo de producción de la lesión fatal. Si el mismo se especifica se usa un código entre X85.- y Y08.-, conforme el caso. (RM Catalunya - España, CEVECE - Venezuela, Moacyr - Brasil, Concha-E - OPS, Danuta - Chile, Alvares - Cuba, Laurenti/CBCD - Brasil, Cassia/CBCD - Brasil, Roberto Becker - OPS)

=====

Consulta C003

Clasificación Internacional de Enfermedades y la salud de los trabajadores. En un encuentro reciente con parlamentarios de América Latina se presentó la hipótesis de que uno de los problemas de los trabajadores es la aparición de nuevas enfermedades que no han sido catalogadas como enfermedades del trabajo. En particular se hizo referencia a las enfermedades mentales derivadas de los trabajos monótonos, como los que se ocupan de vigilar una cadena automatizada en las que el trabajador tiene trastornos, somnolencia, cansancio mental. El ejemplo estudiado fue el de los controladores de trenes. Como se pueden incorporar nuevas enfermedades a la CIE? Como la CIE caracteriza una enfermedad como laboral o profesional? En que podrían ellos apoyar?

=====

R003 (08/feb/99)

Muchas enfermedades incluidas en la CIE pueden ser debidas a factores profesionales. Las categorías J60-J70, por ejemplo, son típicamente (algunas exclusivamente) enfermedades laborales. Sin embargo la CIE no incluye tal calificativo. No hay noticias de "nuevas" enfermedades laborales. Lo que puede ocurrir es la asociación de factores laborales o profesionales con enfermedades ya existentes y presentes en la CIE (las cuales pueden también ocurrir sin tal asociación). La información sobre la naturaleza laboral o no de las enfermedades (así como otros calificativos o especificaciones) debe buscarse en otra fuente, otra variable que se cruce con el código de la CIE. En morbilidad se podría hacer una adaptación con el uso de un quinto carácter. (Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

La CIE en general no considera las enfermedades como laborales o profesionales. La determinación del riesgo debería ser hecha por el médico especialista. Nuevas enfermedades se deben incluir en la letra "U" (Carlos Muñoz/CEVECE - Venezuela)

La caracterización de enfermedades como laborales podría ser hecha con el uso de un quinto carácter. (Cassia Buchalla/CBCD - Brasil)

El lugar de ocurrencia para un grupo importante de causas externas permite visualizar las que ocurrieron en el lugar de trabajo y detectar así la causalidad laboral. No pasa lo mismo para las otras causas externas y para las enfermedades aparentemente no debidas a causas externas. El uso de un código adicional no es fácil en los consolidados y en las series históricas. Sin embargo no existe en la CIE un sistema específico de definiciones sobre causas laborales. Para incorporar estos contenidos a la CIE, además de elaborarlos, hay que proponer al comité de la OMS. (Danuta Rajs - Chile)

Casi siempre se podrían codificar las nuevas enfermedades en las categorías "Otros(as)". Para las más relevantes se podrían usar los códigos vacantes.
(Moacyr - Brasil)

Comentarios (Roberto Becker - OPS):

No es posible incluir en un solo código o una sola variable (causa de muerte o afección principal en morbilidad), todas sus características o factores de riesgo. Además del laboral, otros factores de riesgo podrían estar involucrados en el caso, como condiciones de vivienda, nivel de escolaridad, ingreso familiar, factores culturales, etc. Se podría añadir un quinto carácter, pero muchos de los códigos de la CIE ya tienen quintos caracteres definidos. Debería ser entonces un sexto, quizás séptimo para otros factores de riesgo? Por lo enmarañado que queda, es lógico que la solución no puede ser incluir todo en un único código. Hay que trabajar con distintas variables, cada cual relacionada con un aspecto de la enfermedad o problema relacionado con la salud.

=====
Consulta C004:

Cual código usar cuando la única información presente en un Certificado de Defunción es:

a) Diabetes no controlada

=====

R004 (10/feb/99)

La mayoría de las respuestas proponen codificar en E14.8, considerando que el "no controlada" implica que hay alguna complicación, aunque no especificada. Sería lo mismo que Diabetes "complicada". Algunas respuestas, sin embargo, no consideran "no controlada" como una complicación.

E14.8 (Diabetes Mellitus no especificada, con complicaciones no especificadas)
(Moacyr - Brasil, CNCE - Argentina, Ana Consuelo - Cuba, Roberto Becker - OPS)

E14.8 Para codificación en morbilidad, la CIE-9-Modificación Clínica en sus ediciones más recientes ofrece un 5o. dígito para Diabetes "no controlada" o "descompensada". (Carol Lewis - USA)

E14.8 "No controlada" no es una complicación especificada. Debe codificarse como complicación no especificada. Para morbilidad se podría usar un quinto carácter para "controlada" o "no controlada".
(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

E14.9 (Diabetes Mellitus no especificada, sin complicaciones) (RM Catalunya - España, Carlos Muñoz/CEVECE - Venezuela, Cassia Buchalla/CBCD - Brasil)

=====

Comentarios (Roberto Becker - OPS):

El hecho de que una respuesta ya haya circulado no excluye nuevas opiniones o participaciones. En el caso presente es interesante notar que, aunque la mayoría de las respuestas proponga E14.8, parte importante de las opiniones proponiendo E14.9 (Diabetes no especificada, sin complicaciones) vienen de personas que usan la CIE particularmente en morbilidad, más que en mortalidad. Como no se trata de aplicación de reglas de selección (causa básica o afección principal, dado que la información era única) queda la duda, de si los criterios pueden ser distintos cuando se trata de mortalidad o de morbilidad. Se agrega la opinión abajo:

No estoy de acuerdo con que el término "no controlada" modifique el código. En morbilidad yo codificaría solamente como "diabetes sin complicación".
(María Lúcia Lebrão - Brasil)

=====
Consulta C005:

Niño nacido con 1300 gr. y 22 semanas de gestación. Después del nacimiento los latidos cardíacos se mantuvieron por 10 minutos. En el certificado de defunción el médico forense (legista) informó:

- I a) Hemorragia subdural
- b) Caída de cabeza (al piso)
- c) Ingestión de Cytotec (por la madre)
- d) Prematuridad

Que código atribuir a cada información ? Cual la causa básica ?

=====

R005 (05/mar/99)

- a) ... P10.0
- b) ... W19.2
- c) ... T47.1
- d) ... P07.2

Causa Básica: W19.2 (Caída no especificada)
(Carlos Muñoz/CEVECE - VEN)

CBásica: la caída al piso
(M Gutierrez - Colombia, Cassia Buchalla/CBCD - Brasil)

- a) ... S06.5
- b) ... W19.9
- c) ... ?
- d) ... P07.2

CBásica: W19.9 (Ana Consuelo - Cuba)

- a) ... S06.5
- b) ... W17.9
- c) ... T47.1 P04.1
- d) ... P07.3

CBásica: W17.9 (Caída de un nivel a otro en sitio no especificado)
(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

- a) ... S06.5
- b) ... W19.9
- c) ... P04.1
- d) ... P07.2

CBásica: Tal como aparece, W19.9. Si la intención fue provocar el aborto, un código de homicidio. (Sonia Fernández y Luis Manuel Torres - México)

La causa básica es la caída (accidental) y la naturaleza de la lesión es la hemorragia subdural. Debería investigarse si la caída no fue ocasionada intencionalmente por la madre, por ejemplo.
(Maria Helena M Jorge - Brasil)

=====

Comentarios: Roberto Becker - OPS

- a) ... S06.5
- b) ... W17.9 (.2 si hay información de que ocurrió en el hospital)
- c) ... T47.1
- d) ... P07.2 (hay datos suficientes informados para elegir el .2)

CBásica: W17.9 (ó .2) si caracterizado que fue ACCIDENTAL. X85.9 (ó .2) (Agresión por medicamento), si la intención de la madre fue provocar el aborto. Como el niño nació vivo no ocurrió aborto.

Nota: El caso ocurrió en Brasil, donde el Cytotec tiene su uso prohibido exactamente por su efecto abortivo y por ser usado frecuentemente con ese propósito.

=====

Consulta C006:

Que se recomendaría para los casos de muertes de extranjeros (residentes o solo de tránsito), en cuanto a las informaciones estadísticas y legales al país de origen? Existe alguna disposición específica en su país para enviar copias de los certificados u otra información?

=====

R006 (23/feb/99)

Desde el punto de vista legal hay que consultar la legislación de cada país. En

cuanto a los aspectos estadísticos, si es RESIDENTE, se debe incluir normalmente como muerte de residente. Si está de tránsito se codifica como ocurrido, no entrando en las tabulaciones de defunciones de residentes. El país que recibe la información de una defunción de un residente, ocurrida en el exterior, debería incluirla en su estadística, como muerte de residente, ocurrida fuera.

(Ruy Laurenti y Cassia Buchalla/CBCD - Brasil)

En Venezuela se envía un duplicado del Certificado de Defunción original al país donde se va enterrar el cuerpo (Carlos Muñoz/CEVECE - Venezuela)

Se sugiere que la OPS pueda hacer la redistribución de la información (Moacyr Costa - Brasil)

En República Dominicana no hay disposiciones legales sobre el asunto (Pedro Castellanos - Rep. Dominicana)

Los interesados deben notificar en el Consulado del país correspondiente, presentando el certificado de defunción. (Enrique Loyola - OPS)

En México el Registro Civil envía periódicamente al Instituto Nacional de Migración el reporte de las actas de hechos vitales de extranjeros que ocurren en el país. A través de este Instituto y de la Secretaría de Gobernación se informa a los países respectivos.

(Sonia Fernández y Luis Manuel Torres - México)

=====

Consulta C007:

Algunos presos de una cárcel empezaron con huelga de hambre y fueron hospitalizados. Cuando fueron dados de alta, el diagnóstico fue:

Ayuno prolongado por huelga de hambre

Cómo se codifica ?

=====

R007 (23/feb/99)

T73.0 - Cap. IXX / X83 - Cap. XX (Maria L Lebrão - Brasil, Danuta Rajs - Chile, Moacyr L Costa - Brasil)

T73.0 (Roberto M Fernandes - Brasil, Guillermo Guibovich - Perú)

X83.- (John Silvi - OPS, RM Catalunya - España)

X83 / Z51.8 (Sara Cerdeira - Galicia-ESP)

T73.0 / Z64.2 (M Gutierrez - COL)

Comentarios (Roberto Becker - OPS): Las respuestas coinciden con T73.0 (Efectos del Hambre), para el Capítulo IXX (Consecuencias de causas externas). Los que han indicado también una Causa Externa (Capítulo XX), indican X83 (Lesión autoinfligida intencionalmente por otros medios especificados), cualquiera que sea la motivación que haya determinado la huelga de hambre. El cuarto carácter, para el local de ocurrencia debería ser el .1 (Institución residencial, que incluye prisión). Las menciones a códigos del Capítulo XXI (factores que influyen en la salud y contacto con los servicios) no parecen muy necesarias, una vez que tenemos una afección y una causa externa codificables. El Capítulo XXI sería más adecuado cuando no fuera posible encontrar otras especificaciones, o cuando no existiera una enfermedad o afección presente ni una causa externa. (ver nota en la Pág. 1065 del Vol. 1)

=====

Se agregan las siguientes opiniones referentes a la Consulta C7:

X53.1 (E Rodriguez - HON)

T73.0 / X53.1 (Sonia Fernández y Luis Manuel - México)

T73.0 parece implicar que los pacientes han tenido una "enfermedad" o "malestar" y que han sido tratados. Y si fueron hospitalizados solo para "monitoreo" ? En ese caso no cabría un código "Z" ? (Margaret Hazlewood - OPS)

Comentarios: (Roberto Becker - OPS)

1) En cuanto a la causa externa, una vez que la misma fue autoinfligida

intencionalmente, no parece adecuado usar el código X53, el cual implica accidentalidad y no intencionalidad.

2) Efectivamente, si la hospitalización se hizo por precaución y solo para monitoreo, sin afección o enfermedad presente, cabría un código "Z". Para el monitoreo el código más apropiado parece ser el Z03.8. Aún no se tratando apenas de monitoreo también se podría utilizar un código adicional (además de T73.0 y X83.1). En este caso el código Z51.8 sería más adecuado, por no se tratar apenas de "examen por sospecha", sino de atención por problema existente.

=====
Consulta C008:

Cómo codificar Colecistitis reagudizada?
Cómo codificar otras afecciones informadas como REAGUDIZADAS? (La pregunta se refiere tanto a Causa Básica de Muerte, como a Afección Principal en Morbilidad)

=====
R008 (18/feb/99)

Si la enfermedad es crónica y presenta un episodio agudo, en morbilidad se codifica como afección principal la enfermedad aguda y como secundaria la crónica. Si los episodios fueren siempre agudos (sin la cronificación), se codifica siempre como episodio agudo.
(Maria L Lebrão - Brasil)

Colecistitis reagudizada: Codificar como aguda. Si hay mención simultanea de reagudizada y de crónica, el Registro de Mortalidad de Catalunya codificaría como crónica.
(Gloria Pèrez - Catalunya-España)

K81.0 (Sonia Fernández y Luis Manuel - México, Moacyr L Costa - Brasil)

K81.8 (Otras colecistitis) ó K81.0
Como a los clínicos les gusta diferenciar "Agudo sin antecedentes" de lo "Crónico" y de lo "Crónico reagudizado", tal vez habría que proponer la creación de la subcategoría, previa revisión de todos los casos posibles.
(Danuta Rajs - Chile)

K81.0 La CIE ofrece para algunas categorías o subcategorías, la especificación de agudo o crónico, como es el caso de la colecistitis. Reagudizado debe codificarse como agudo.
(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Colecistitis reagudizada se codifica como aguda: K81.0
Otras afecciones informadas como reagudizadas se codifican como agudas, a menos que la CIE de instrucciones al caso. (Carlos Muñoz/CEVECE - Venezuela)

Comentarios (Roberto Becker - OPS): Colecistitis reagudizada: K81.0
En la página 105 del Vol. 2 de la CIE-10 hay un apartado referente a la codificación de afecciones agudas y crónicas en morbilidad. Aunque no figure el término "reagudización", se supone que una afección ha sido aguda en un momento, se ha cronificado y tiene una exacerbación aguda, lo que equivaldría a "reagudizar" o ser "recurrente". Codificar como AGUDA, a menos que la CIE tenga un código propio para la combinación de agudo + crónico, como por ejemplo en J44.1. Si el índice alfabético no ofrece la solución inmediata, se debería buscar en los códigos "vecinos", tanto de "crónico" como de "agudo", si hay uno adecuado para la combinación. Los ejemplos 63 y 64, en la página 48 del Vol. 2 (Regla E) se refieren a la misma situación para selección de la causa básica de defunción. Si hay mención tanto de forma "aguda" como de "crónica", seleccionar "aguda" (ejemplo 63) a menos que haya alguna disposición específica en contrario (ejemplo 64).

=====
Consulta C009:

Niño nacido vivo, muere con menos de 24 horas. Unica información:

I a) Hipertensión pulmonar

Cómo codificar?

=====

R009 (10/mar/99)

Hipertensión pulmonar en menor de 24 horas se codificaría en P29.8 que se encuentra en el Grupo P20-P29 (Trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del período perinatal). Es importante observar las notas de exclusión, pues entre Q20-Q28 hay varias malformaciones cardiovasculares que pueden llevar a la hipertensión pulmonar. Sin embargo, ninguna es mencionada en el caso presentado, tampoco el índice ofrece un código específico, lo que significa que se mantendría el código P29.8. Revisando la Respuesta de Martti Virtanen en el "Mortality Forum", creo que su propuesta es mejor (P29.3). Lo más importante en el caso es que definitivamente debe ser un código "P" (Capítulo XVI) y nunca "I" (Capítulo IX).
(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

P29.8 - Aunque la hipertensión pulmonar no tenga etiología conocida, está íntimamente asociada a comprometimientos vasculares e insuficiencia cardíaca derecha. Como la CIE-10 no determina un código específico, cuando se trata de defunción de recién nacido, yo codificaría en P29.8. (Paulo Grassi - Brasil)

La hipertensión pulmonar es la hipertensión en el circuito pulmonar. Puede ser primaria o secundaria a neumopatía o cardiopatía. Con alguna frecuencia en recién nacido se puede ver en broncoaspiración de meconio o hernia diafragmática. La CIE-10 en el índice alfabético no contempla como codificarlo. Se sugiere codificarlo en la categoría P28 (Otros problemas respiratorios del recién nacido, originados en el período perinatal), en la subcategoría P28.8 o crear una subcategoría de las que están vacías.
(Carlos Muñoz/CEVECE - Venezuela)

Si se codifica I27.0, hipertensión pulmonar (primaria) (idiopática) se está dando cuenta de que se trata de algo consustancial de la persona, o congénito, en otros términos, dado que, además, la persona tiene menos de 24 horas de vida. Sin embargo, salvo por el grupo de edad, aquí se perdería la connotación de muerte perinatal, que es la justificación del capítulo XVI y de todo el sistema de registro de defunciones perinatales, que todavía son importantes numéricamente en muchos países y que requieren de medidas de prevención. Si se quisiera codificar en P29.8, por ejemplo, se estaría agrupando de manera incorrecta, porque quedaría como "TRASTORNO CARDIOVASCULAR ESPECIFICO DEL PERIODO PERINATAL" y no lo es. Aunque lo más probable es que se deba a una malformación congénita, el médico no la registró y me parece que no hay forma de hacer alguna presunción de causa originaria distinta.
(Danuta Rajs - Chile)

P29.2 (Roberto M Fernandes y Moacyr L Costa - Brasil)

P22.8 (Guillermo Guibovich - Perú)

P29.8 (Sara Cerdeira - España)

Comentarios (Roberto Becker - OPS): En 1998, una consulta sobre hipertensión pulmonar en recién nacido ha circulado en el "Mortality Forum" (coordinado por Lars Age). La mayoría de las respuestas indicaron que, a pesar de no parecer lo ideal y dado que no hay mención específica en el índice, codificaban en I27.0. Sin embargo, la respuesta de Martti Virtanen (Pediatria de Finlandia y experto en la CIE) parece ser la más completa y adecuada al caso, razón por la cual está traducida a continuación:

(***)"Existe un código para la hipertensión pulmonar, solo que tiene un nombre falso. P29.3 (Persistencia de la circulación fetal). Ese es un término antiguo que no debería ser usado de ninguna forma. Persistencia de la circulación fetal significa que la sangre continúa pasando a través del foramen ovale y del

ductus arteriosus después del nacimiento. Eso ocurre por alta resistencia y alta presión en la circulación pulmonar, es decir 'Hipertensión pulmonar'. Los códigos en I27 son definitivamente falsos, porque no se trata de un problema de los pulmones sino de un trastorno de la maduración causado en la mayoría de los casos por asfixia. La prematuridad (Nota: en el caso discutido el certificado de defunción mencionaba prematuridad) no es la causa - ella en realidad protege de alguna forma contra la hipertensión pulmonar dado que niños muy inmaturos no tienen desarrollada suficiente musculatura en las arterias pulmonares para aumentar la resistencia. Sin embargo, cuando niños prematuros desarrollan hipertensión pulmonar muy frecuentemente mueren.[...]
Hay efectivamente un error en la CIE-10, que debería ser corregido al menos con la adición del término 'Hipertensión pulmonar neonatal' en P29.3."***)
Sabemos que en varios casos es muy difícil llegarse a un consenso, tal como lo demuestra el "Mortality Forum", no apenas en esa pero también en varias otras consultas circuladas. En el caso presente igualmente parece difícil llegar a un consenso. En mi opinión, la respuesta más adecuada a la Consulta C9 es P29.3.

=====
Consulta C010:

En el PERU, se trabajan tres clasificaciones de desnutrición:
1. Desnutrición Global de 1º, 2º y 3º grado, que considera las variables peso y edad
2. Desnutrición aguda de 1º, 2º y 3º grado, que considera las variables peso y talla
3. Desnutrición crónica reagudizada de 1º, 2º y 3º grado, que considera las variables peso, talla y edad
Los códigos E43, E44, E45 y E46 de la CIE-10 que variables consideran:
· Peso y Edad, Peso y Talla o Talla y Edad ?
Con que códigos, se codificaría la clasificación de desnutrición del Perú?

=====
R010 (05/mar/99)

Es frecuente que en distintos países (a veces dentro del mismo país) se usen definiciones y orientaciones propias en cuestiones de salud y la desnutrición es una de ellas. Es muy difícil asignar códigos de la CIE cuando eso ocurre, sin conocer exactamente cada definición. La forma de codificar desnutrición en la CIE-10 (y también la nota de la pág. 275 y los glosarios en E43 y E44) han sido recomendados a la OMS por expertos nutrólogos y pediatras. Desnutrición "global" podría ser entendida como "proteíco-calórica" y codificado en E44 (el cuarto carácter depende de las definiciones usadas en el Perú).
(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

La clasificación que usa a CIE-10 se refiere a las variables Peso/Edad y que no ha considerado las categorías de clasificación clínica de Waterlow.
Podrían haber 2 alternativas para enfrentar el problema:
1) Usar sólo la clasificación según Peso/Edad. Alternativa que probablemente no atiende los que se basan en la clasificación Waterlow.
2) Usar, además de la clasificación de Waterlow, la clasificación según Peso/Edad. Esta alternativa implicaría el riesgo de subregistro ante la posibilidad de tener que clasificar dos veces.
(Guillermo Guibovich - Perú)

La codificación de la desnutrición con la CIE supone la existencia de una población de referencia para comparar, según criterios estadísticos de variabilidad. Diferentes situaciones o locales pueden determinar la existencia de poblaciones de referencia distintas. Lo habitual es usar peso/edad, pero quizás cualquier criterio podría usar los mismos códigos.
(Moacyr L Costa - Brasil)

Los códigos E43, E44.0 y E44.1,; Desnutrición protéico-calórica severa, moderada y leve, respectivamente, se refieren a la afectación del peso para la edad, utilizando como referencia las tablas de OMS (NCHS). Tomar nota que ya no se clasifican "en grados" (1, 2 y 3). La "Desnutrición crónica reagudizada" -

término que no comparto plenamente- vendría a corresponder con la E45 (Retardo de desarrollo debido a desnutrición protéicocalórica o Enanismo nutricional o Retardo físico debido a desnutrición...) y esta basada en la afectación de la talla con relación a la edad, y usa como punto de corte -2 desviaciones estándares. Obviamente el ser "un punto de corte" lo que indica es que por debajo de el se "clasifica como baja talla" pero no permite tener idea de la magnitud de afectación. Por ende, no puede considerarse la clasificación en grados (1, 2 y 3). Con respecto a la "Desnutrición Aguda..." es la referente a afectación del peso con relación a la talla. En ocasiones se ha considerado -no en el código de la CIE- como ligera (entre -1 y -2 DS) moderada (Entre -2 y -3 DS) y severa por debajo de -3 DS. Pero insisto no es usual clasificarla así en "grados". Este ultimo indicador tiene importancia porque también puede dar información sobre exceso de peso relativo a la talla y dar idea de sobrepeso y obesidad... Podría ser codificada también en E43, E44.0 y E44.1.
(Manuel Peña, Asesor Regional en Nutrición - OPS)

=====
Consulta C011

Cómo codificar Intoxicación alimentaria por Clostridium difficile ?

=====
R011 (24/mar/99)

No he encontrado descripción clínica ni epidemiológica de "intoxicación alimentaria por Clostridium difficile", cosa que fue ratificada por los infectólogos del Instituto de Salud Pública. Por lo tanto, creo que debería primar el concepto de intoxicación alimentaria (o sea, que hubo toxinas bacterianas en ciertos alimentos ingeridos por quien sufrió esa enfermedad), por lo que se codificaría en A05.8.

(Danuta Rajs - Chile)

A05.8 (Maria L Lebrão - Brasil)

A04.7 (H Espinoza - Guatemala, Sara Cerdeira - Galicia-España, Moacyr L Costa - Brasil, Ana Consuelo - Cuba)

Según entiendo el C. difficile puede causar dos afecciones: la intoxicación alimentaria y la enteritis (enterocolitis) necrotizante.

En mi opinión es importante distinguir clínicamente y epidemiológicamente.

Entonces:

- Enterocolitis por C. difficile es A04.7
- Intoxicación alimentaria por C. difficile es A05.8

Véase en el Grupo A00-A09, la nota de inclusión en A02: es infección e incluye la intoxicación alimentaria por otras especies de salmonella. Eso no existe para A03 - Shigelosis.

En el índice existe intoxicación (envenenamiento) alimentaria por salmonella que indica A02.9. También la infección va al A02.9. Infección por shiguela va al A03.9; mientras envenenamiento o intoxicación alimentaria por shiguela no existe en el índice. De otra parte, véase el título de A05 - Otras intoxicaciones alimentarias. Eso significa que las de arriba también son intoxicaciones alimentarias bacterianas. El término intoxicación alimentaria siempre significa la existencia de un microorganismo que ha afectado a alguien "vía alimento".

Por otro lado puede haber (y las hay) infecciones por esos mismos microorganismos que no son intoxicaciones alimentarias.

La cuestión que queda es: interesa o es importante distinguir en la CIE? En mi opinión sí, y ese podría ser un tema importante para actualizar la CIE-10.

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Comentarios (Roberto Becker - OPS):

"El Clostridium difficile es una de las más de 30 especies de Clostridim identificadas. Es una especie que es parte de la flora bacteriana normal del colon humano en niños y algunas veces en adultos. Produce una toxina que causa enterocolitis pseudomembranosa (también llamada enterocolitis necrotizante) en pacientes que reciben antibioticoterapia." (Dorland's Medical Dictionary, 28th)

Edition). "El C. difficile es largamente distribuido en el ambiente y esta presente en carnes y, probablemente, en otros alimentos, así como en 3% de las heces de personas (asintomáticos). La tasa de portadores en recién nacidos es mucho más alta, variando de 15 a 70%." (Foodborne Pathogens - A.H.Varnam)
Hay tres puntos básicos que considerar:

- 1) A pesar de que la fuente del C. difficile puede ser algún alimento, por lo general el mismo no se caracteriza como una etiología de las intoxicaciones alimentarias. La persona queda como portadora desarrollándose la (entero)colitis pseudomembranosa (o enterocolitis necrotizante) debido a shock o isquemia, o asociada al uso de antibióticos.
- 2) Según algunos autores, la etiología de la (entero)colitis necrotizante (o pseudomembranosa) es frecuentemente, pero no exclusivamente, el Clostridium difficile.
- 3) En varios casos, la CIE asigna diferentes códigos a una misma etiología, de acuerdo con el tipo de enfermedad que causa o con sus características, o bien clínicas o epidemiológicas.

De esa forma, lo que propone el Prof. Ruy Laurenti, del CBCD (ver arriba), parece lo más acertado:

(Enterocolitis necrotizante o pseudomembranosa = A04.7

Intoxicación (envenenamiento) alimentaria por C difficile = A05.8

Cuando se mencione otra etiología para la enterocolitis necrotizante se debería buscar un código adecuado. Sin mención de etiología, o mencionando C. difficile, el código debe ser A04.7.

El único punto divergente es que no creo ser necesario actualizar la CIE. Según me parece se trata de interpretar lo que existe y añadir las entradas correspondientes en el índice.

Además, de hecho hay una incoherencia en el Índice alfabético de la CIE-10 (en inglés, español y portugués, pero no en francés), según el término principal que se busque (Nota: en portugués e inglés las entradas pueden ser un poco distintas por razones de idioma, pero la incoherencia igualmente existe):

Enteritis

- infecciosa
- - debida a
- - - Clostridium
- - - - difficile A04.7

Enterocolitis

- necrotizante
- - debida a Clostridium difficile A04.7

Infección

- Clostridium
- - difficile
- - - enterocolitis necrotizante A05.8

Esa última entrada debe ser corregida para A04.7

También debería ser incluida la entrada correspondiente a la intoxicación alimentaria, quedando así:

Infección

- Clostridium
- - difficile
- - - enterocolitis necrotizante A04.7
- - - intoxicación alimentaria A05.8 *** (nueva entrada)***

Intoxicación

- alimentaria
- - debida a
- - - Clostridium
- - - - difficile A05.8 *** (nueva entrada)***

Nota: Os ajustes necessários à versão em português devem ser definidos pelo Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português (CBCD). Tão pronto tenhamos recebido faremos circular mensagem específica.

=====

Consulta C12:

Hay tres cuestiones referentes a la mortalidad materna:

- a) Por que razón se han incorporado en la CIE los conceptos de Defunción

(mortalidad) Materna Tardía y de Defunción Relacionada al Embarazo?

b) Por qué se define el puerperio hasta los 42 días después del parto? No sería el caso de revisar y actualizar?

c) Por lo menos un código de la CIE-10, fuera del Capítulo XV (Embarazo, parto y puerperio) se debe incluir en las estadísticas de mortalidad materna: el A34 (Tétanos obstétrico). Hay otro(s) código(s) fuera del Capítulo XV que también debería(n) ser incluido(s) en las estadísticas de mortalidad materna? En que circunstancias?

=====

R12 (25/mar/99)

--->a) El origen de la incorporación de la mortalidad materna tardía fue una propuesta para la CIE-10, hecha por el Centro Brasileiro de Classificação de Doenças - CBCD (Centro Colaborador de la OMS para Clasificación de Enfermedades en Portugués) de considerar la mortalidad materna hasta un año después del parto (o aborto).

La propuesta se basó, entre otros, en los resultados de una gran investigación sobre mortalidad de mujeres en edad fértil, realizada en Brasil, los cuales, entre otros hallazgos, ha encontrado muertes por causas obstétricas directas e indirectas, ocurridas después de los 42 días postparto. En uno de los casos, por ejemplo, la mujer tuvo un coma post eclampsia, sobreviviendo por 7 meses. En las discusiones preparatorias de la CIE-10 acabó por incluirse la mortalidad materna tardía, la cual se codifica en O96, y las secuelas de causas obstétricas directas, que son codificadas en O97.

El concepto de "Defunción relacionada con el embarazo" fue incluido con el objetivo de obtener toda la información sobre muertes de mujeres en el periodo gravídico-puerperal, posibilitando, por ende, un mejor conocimiento de la mortalidad materna.

Otro punto acordado fue la recomendación de que los países añadieran en sus certificados de defunción una pregunta sobre presencia de embarazo por ocasión de la muerte, o en los 12 meses anteriores.

Actualmente en Brasil se están calculando dos tasas de mortalidad materna: la "tradicional" - hasta los 42 días, y la "total" - incluyendo la mortalidad materna tardía.

--->b) El límite de 42 días para el puerperio es un concepto clínico-obstétrico muy antiguo. No es un concepto estadístico, como es el periodo perinatal, que la CIE puede definir y alterar (tal como se ha hecho).

--->c) Las enfermedades mencionadas en las notas de exclusión del Capítulo XV (Embarazo, parto y puerperio), en la pág. 683 del Vol. 1, aunque no codificadas en ese Capítulo, deben ser incluidas como causas de mortalidad materna (y en el cálculo de la tasa de mortalidad materna) siempre y cuando estén asociadas con el embarazo, el parto o el puerperio. Son ellas:

- Tétanos neonatal (A34);
- Enfermedad por el VIH (B20-B24);
- Necrosis de la glándula hipófisis en el postparto (E23.0)
- Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio (F53.-)
- Osteomalacia puerperal (M83.0).

El tema específico en cuestión se encuentra asimismo en discusión en el Grupo de Referencia para Mortalidad (ver mensaje Forum-CIE/3 - Actualizaciones en la CIE-10).

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

--->a) Desde al menos diez o quince años se ha venido haciendo recomendaciones en las Asambleas Regionales y Mundiales de la Salud en torno a la mortalidad materna y a la maternidad sin riesgos. Una de las observaciones más frecuentemente señalada, que afecta no sólo a los países pobres, es la relativa al subregistro de defunciones maternas (o sea, relacionadas de algún modo con el embarazo, el parto y el puerperio).

Entre las causas de este subregistro se mencionó muchas veces a la extensión del periodo posterior al parto durante el cual podían producirse afecciones de origen materno que llevaran a la muerte. A la vez, diversos estudios fueron demostrando que realmente existen causas de muerte que son maternas y que ocurren después de los 42 días posteriores al parto o aborto, periodo este último establecido por los obstetras en lo clínico y que en muchos países tiene

también implicaciones en la legislación laboral, para efectos de las licencias de reposo de maternidad.

De lo anterior surgió la propuesta de acoger los nuevos conocimientos del caso, generando nuevos conceptos de muerte materna. Y para mantener la comparabilidad de las series cronológicas se mantuvo la definición tal como estaba y se agregó el nuevo concepto de "muerte materna tardía", que permitirá registrar como maternas causas de muerte que antes quedaban como de otro origen.

En cuanto a las defunciones relacionadas con el embarazo, que ya estaban mencionadas en anteriores versiones de la CIE, se las incluye como expresión de lo que la CIE debe ser, es decir, un instrumento de clasificación que represente con la mayor precisión posible a los fenómenos de salud-enfermedad a que se refiere, siendo las muertes de embarazadas y puérperas por diversas causas no propias del embarazo, una representación del mayor riesgo que las afecta en muchas esferas. Al respecto, hemos verificado en la práctica el mayor riesgo de sufrir traumatismos (de origen intencional o no) que afectaba a las embarazadas del tercer trimestre que salían a la calle en Santiago de Chile, bajo efluvios de gas lacrimógeno y lluvias de proyectiles policiales y de los otros. En una famosa manifestación de protesta las únicas personas que murieron alcanzadas por proyectiles de la policía fueron una embarazada del tercer trimestre, que huía junto con las demás personas y un niño de unos 12 años, que miraba los sucesos.

--->b) Extensión del puerperio: los argumentos anteriores permiten pensar en que el puerperio es más largo que 42 días después del parto o aborto. En ese sentido, sería correcto hacer esta revisión, pero en mi opinión, para incorporar el nuevo criterio paulatinamente y quizá, en la próxima revisión, de manera que se acumulen al menos unos 7 a 10 años de registros de las muertes maternas tardías y se pueda verificar el comportamiento de esas series cronológicas.

--->c) Las estadísticas de causas de muerte materna deben incluir obviamente a todas las defunciones que puedan ser clasificadas como tales. La CIE-10 establece que deben quedar incluidas en las estadísticas de muertes maternas los tétanos obstétricos (A34.) y las debidas a enfermedad por VIH en embarazadas o puérperas. Sin embargo, si se observa sólo los términos de exclusión que figuran en el inicio del Capítulo XV, se aprecia que E23.0 podría ser parte de este grupo, al igual que M83.0, si bien será casi imposible que aparezcan como causas originarias de muerte. Si se codifica por causas múltiples, sería factible que estuvieran presentes. Revisando por capítulo, se puede encontrar, además de lo especificado, si es que pudieran aparecer como causas originarias de muerte, o en causas múltiples, las siguientes rúbricas:

- C58 Tumor maligno de la placenta
- D39.2 Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la placenta
- F53.- Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte

A éstos se podría agregar varios traumatismos, con sus respectivas causas externas, pero como no son específicos, no los podemos mencionar.

Si se presenta las estadísticas de causas de muerte materna considerando los tres conceptos, es decir, el tradicional, el de muerte materna tardía y el de muerte relacionada con el embarazo, obviamente se amplía el campo de causas que podrán quedar incluidas. (Danuta Rajs - Chile)

---> a) Mortalidad Materna tardía. Es evidente que con el desarrollo alcanzado en el campo de la medicina, la vida se puede prolongar y una muerte que inevitablemente ocurría antes en un período X de tiempo ahora se prolonga hasta N tiempo después, pero la causa básica sigue siendo aquella que inició el proceso que finalmente llevó a la muerte. Que diferencia hay entre una defunción ocurrida a los 42 días o a los 43 días del puerperio? Este límite, sin embargo, definía la inclusión o no de una defunción como materna y lo que ocurría pasado ese período quedaba entre el resto de las causas, salvo que se utilizase algún sistema adicional de control, por los códigos contenidos en las bases de datos no se conoce.

Defunción relacionada con el embarazo. No siempre es fácil que se registren las causas adecuadamente, de forma que permita hacer una correcta codificación y posterior clasificación de las muertes ocurridas alrededor el embarazo, parto o

puerperio y más difícil aún, debe ser para muchos, su clasificación en directas e indirectas. Además hay que de no ser por esta definición no se contabilizaría dentro de la problemática de la mortalidad materna.

Tengo un caso que ejemplifica este tema:

Una embarazada sufre una caída desde un vehículo en marcha, esto provoca un desprendimiento de la placenta y muere por una hemorragia. Se trata de una muerte por accidente de tránsito. Desde luego se necesita implementar un registro adicional o un señalamiento en una base de datos para identificar esta circunstancia.

---> b) Soy de la opinión que el período puerperal hasta 42 días, está dejando de considerar muertes maternas que inobjetablemente lo son, sólo que por las razones ya mencionadas la defunción ocurrió posteriormente.

Para un parto sin complicaciones, los especialistas plantean que 42 días es correcto, ya que en ese tiempo el organismo regresa a la normalidad.

---> c) Códigos de la CIE10 fuera del capítulo XV. Hay varios:

- F53 Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte.

- M83.0 Osteomalacia puerperal

- Capítulo XVIII, excepto el R73.0. De este capítulo muchas entidades que no son tributarias de un certificado de defunción, pero algunas si.

- También las muertes maternas relacionadas con VIH están fuera del capítulo XV Ver Vol. 2 Pág. 137)

En mi opinión personal, creo hubiese sido preferible por problemas prácticos, toda la mortalidad materna mantenerla en el capítulo XV, con subcategorías especificadas para estos casos del Capítulo I.

(Ana Consuelo - Cuba)

=====

Consulta C013:

Cómo codificar el caso siguiente (causas múltiples y causa básica)?

Persona de 75 años murió en enero de 1997. Certificado de defunción:

Ia. Insuficiencia respiratoria

Ib.

Ic. Enfermedad obstructiva crónica agudizada (EPOC) por infección respiratoria

II. Tuberculosis pulmonar diagnosticada en mayo de 1996 y en tratamiento durante 7 meses

=====

R013 (12/may/99)

La causa básica debería ser EPOC (Cassia M Buchalla/CBCD - Brasil)

Causa básica: J44.0 - Entiendo que la tuberculosis pulmonar es un proceso superado (falleció un mes después de finalizar el tratamiento) y que el médico no lo considera relevante en el proceso de muerte.

(Sara Cerdeira - Galicia-España)

Causa básica: A15.3 (MOACYR L Costa - Brasil)

Insuficiencia respiratoria J96.0. La considero aguda por la secuencia en que aparece informada.

EPOC agudizada por infección respiratoria J44.0

Infección respiratoria J22

Tuberculosis pulmonar A16.2 El hecho de haber estado en tratamiento durante 7 meses no significa que esté curada.

Causa básica, por principio general solamente, J44.0

La decisión de cómo adjudicar la causa básica puede variar, en dependencia del país y la situación epidemiológica. Para nosotros resulta relativamente fácil localizar ese caso en el registro de pacientes y precisar si la tuberculosis estaba curada o no. Si acepto que 7 meses es tratamiento completo, como plantea el programa de la OMS, y lo considera curado el código de la tuberculosis pasaría a ser B90.9 (Ana Consuelo – CUB)

Causa básica: J44.1 (Luis Manuel y Sonia Fernández – México)

Como hay dos secuencias informada que terminan en la afección mencionada primero, se selecciona ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRONICA AGUDIZADA (J44.1). En el Índice hay una entrada para INFECCION RESPIRATORIA (J44.0) que es la causa que origina la secuencia. Consideramos que una enfermedad obstructiva crónica agudizada por una infección respiratoria, en este caso, es una consecuencia directa de la tuberculosis pulmonar codificada en (A16.2) como causa básica.

a) J96.9

b)

c) J44.1--J44.0

R1- J44.1

RMC- J44.0

R3- A16.2

(Carlos Muñoz/CEVECE – Venezuela)

Sobre las respuestas enviadas, hay dos aspectos que me gustaría aclarar:

a) Aceptando la tuberculosis activa uno plantea A15.3 y otro A16.2

Mi duda es, si el hecho de decir diagnosticada lleva implícito una confirmación y entonces solo utilizaría A16.2 cuando diga sospechada o algún otro calificativo similar?

Para nosotros una tuberculosis sin confirmación bacteriológica o histológica no significa que solo sea sospechada, si hay un cuadro clínico/radiológico compatible con la entidad es notificado e incluido en todo el sistema de control del Programa de tuberculosis y si fallece la causa básica se codifica como tal.

b) La explicación que envía el CEVECE sobre la aplicación de la R3, me abre dos interrogantes.

¿Puede asumirse una EPOC consecuencia directa de una Tuberculosis?

¿Puede asumirse una EPOC descompensada como consecuencia directa de la tuberculosis? Si la tuberculosis llevaba 7 meses de tratamiento, estuviese curada o no, me parece muy tarde para asumir que la infección sobreañadida se refiere a esta entidad.

(Ana Consuelo – Cuba)

Comentarios (Roberto Becker – OPS): Las cuestiones fueron discutidas con el Dr. José Ramón Cruz, Asesor del Programa de Tuberculosis de la OPS, y los comentarios a continuación se elaboraron bajo su orientación.

a) La importancia en distinguir la Tuberculosis respiratoria CONFIRMADA (A15) de la Tuberculosis respiratoria NO CONFIRMADA (A16) se relaciona con la seguridad con que se clasifica un enfermo como fuente de infección. Por esa razón, las otras formas de tuberculosis (A17–A19) no tienen códigos distintos para confirmado o no confirmado. El criterio para aceptar la CONFIRMACIÓN (laboratorial) de un caso es la que aparece en la CIE–10, es decir, bacteriología (hallazgo

microscópico con o sin cultivo) o histología. La subcategoría A15.3 solo debería ser usada cuando haya confirmación laboratorial (por alguno de los criterios mencionados), pero sin especificar cual fue. Todas las otras formas de confirmación (RX, tuberculina, clínica, terapéutica, epidemiológica, etc.), se deben codificar en la subcategoría apropiada de A16.

En el caso en discusión, por tanto, el código correcto sería el A16.2, dado que no se menciona ningún tipo de confirmación diagnóstica.

b) Sí, se puede asumir la EPOC como consecuencia directa de la tuberculosis.

Si la tuberculosis no estaba curada es perfectamente posible aceptar que la infección ocurrida sea debida a la misma. Otra vez, no hay ninguna evidencia mencionada de que la tuberculosis estuviera curada.

Basándose estrictamente en las informaciones presentadas en el certificado de defunción, la explicación del CEVECE efectivamente es la más correcta, y la causa básica seleccionada corresponde al código A16.2.

Es importante mencionar que la discusión de la selección de la causa básica de un certificado de defunción SUPONE que todas las posibilidades de aclaración han sido agotadas, ya sea con el médico certificador o con datos de la historia clínica u otros. Es evidente que si se obtiene información adicional sobre el tratamiento, si hubo cura o no, datos de laboratorio, etc., tal información debe llevarse en consideración para la codificación. De no ser posible, la "regla de oro" para codificar es atenerse a la información disponible, sin especular o hacer conjeturas. Las "suposiciones" y "conjeturas" válidas para la codificación ya están contempladas en las reglas y notas para la codificación, en el Vol. 2 de la CIE-10.

=====

Consulta C014:

Consistencia entre la causa de muerte y otras variables.

El apartado 4.2.5 del Vol. 2 de la CIE-10 (pág. 72) menciona: "Algunas categorías están limitadas a un sexo (ver la sección 3.1.5). Si después de la verificación, el sexo y la causa de muerte no son consistentes, la muerte debe codificarse en otras causas de mortalidad mal definidas o no especificadas (R99)."

Tal orientación implica aceptar que, cuando hay inconsistencia, la información referente al sexo SIEMPRE está correcta, y la referente a la causa SIEMPRE está incorrecta.

Dado que la información sobre el sexo por lo general es simplemente señalada (con una "X") en una celda o cuadrado y la información sobre la(s) causa(s) requiere que se escriban palabras, no sería de esperarse lo contrario, o por lo menos una proporción semejante de errores en cada una de las variables ?

La misma situación (no mencionada en la CIE) es aplicable con las inconsistencias entre causa y edad, como por ejemplo suicidio con edad de menos de un año.

Cuál sería la recomendación más adecuada ?

=====

R014 (06/may/99)

Se pierde más información al seguir la nota del Vol. 2. En mi opinión, la recomendación sería la de codificar las enfermedades específicas mencionadas en el certificado, y considerar el sexo como ignorado. Esto resultaría en información más útil. (Margaret Hazlewood – OPS)

En mortalidad la causa debe ser el fundamento.

(Cassia M Buchalla/CBCD – BRA)

No creo que se pueda tener una conclusión genérica para ese tema. Es necesario el conocimiento de cada sistema de información para saber el nivel de error de cada variable. El rechazo de la causa supone que la probabilidad de error en las demás variables es menor, lo que puede no ser siempre verdadero. Sería necesario hacer estudios específicos para eventualmente cambiar la recomendación.

(Moacyr L Costa – Brasil)

La solución sobre las inconsistencias entre variables del certificado dependerá en gran medida de las posibilidades de cada país. En nuestro caso tenemos acceso al documento original de la certificación de todo el país y la posibilidad de solicitar reparo al médico certificador. Por tanto, hacer la verificación es relativamente fácil y subsanar el error. Cuando eso no es posible hay que tomar decisiones. Tomando en consideración la frecuencia de presentación del hecho, en términos generales me pronuncio por dar prioridad a las causas.

(Ana Consuelo – Cuba)

Creo que el médico se puede equivocar con mayor frecuencia en asignar el sexo que en describir los diagnósticos.

Considero que todas las inconsistencias deben ser consultadas con el médico certificador antes de codificar R99

(Carlos Muñoz/CEVECE – Venezuela)

En México, antes de corregir cualquier inconsistencia primero se critica la información y sobre ello se solicita la aclaración y cuando esto no sucede, se le da mayor peso a la causa de muerte y se corrige según sea el caso sexo y/o edad. Para edad pensamos que es aún más complicada la decisión, excepto para aquellas que guardan una relación por su frecuencia o comportamiento. Cuando no se logra ubicar, se le asigna R99.

(Sonia Fernández y Luis Manuel – México)

Comentarios: (Roberto Becker – OPS)

Cuando hay inconsistencia entre las variables causa y sexo (lo mismo puede ser válido para otras variables), la primera recomendación es volver a la fuente de los datos, empezando por el certificado de defunción, el médico certificador y los registros (hospitalarios) disponibles para las aclaraciones necesarias. Agotadas todas las posibilidades de corrección, tendríamos cuatro posibles soluciones, mencionadas a continuación:

- 1 – Considerar correcta la información sobre el sexo y codificar en R99 (conforme mencionado en el Vol. 2 de la CIE-10);
- 2 – Al contrario, aceptar la información sobre la causa y codificar el sexo como ignorado o desconocido;
- 3 – Considerar ambas variables como ignoradas, dado que hay una inconsistencia y no sabemos exactamente cuál está correcta o se las dos están erradas;
- 4 – Mantener los datos tal como informados, a pesar de la inconsistencia.

Como se ha visto en las respuestas enviadas, parece haber un consenso de que la variable causa, además de más importante, sería menos probablemente la errada. Eso significa que la orientación específica que se menciona en la CIE no parece ser la más adecuada (solución 1). La solución 3 empobrece a los datos, desechando informaciones obtenidas, aunque con inconsistencia. La

solución 2 podría ser la mejor, pero también no ofrece seguridad completa. Lo ideal sería, como mencionado en una de las respuestas, hacer estudios específicos para evaluar las probabilidades. Sin embargo eso no parece muy fácil y práctico, pudiéndose inclusive llegar a resultados contrarios en lugares diferentes, sin la posibilidad de una orientación general para todos. En mi opinión, lo más recomendado es adoptar la solución 4, es decir, después de agotadas todas las posibilidades de corrección, mantener la inconsistencia en los datos. La presencia de esa solución puede verificarse en los datos de muchos países. No estoy de acuerdo con las prácticas usadas en algunos países, de proceder una "limpieza" completa de los datos, frecuentemente irreal, sin que eso signifique efectivamente corrección o mejor calidad de los datos. Al analizar datos es importante que se pueda tener una buena noción de su calidad. La presencia de inconsistencias, en mayor o menor proporción, es uno de los elementos que van a permitir evaluar la calidad de los datos. Además, es importante que el usuario, o sea, el que analiza los datos, pueda tener la oportunidad de decidir, en el análisis que hace, cual la mejor solución para cada caso. Cuando se publican datos crudos, por tanto, sería más recomendable mantener las inconsistencias. Los ajustes y correcciones, así como la "limpieza estadística" deben hacerse (y mencionarse siempre) en el momento de "trabajar" los datos, calculando o estimando tasas, analizando tendencias, etc.

=====

Consulta C015

Cuando la única causa informada en un certificado sea una afección clasificable en R00–R99 y se conozca que es una embarazada o puérpera ¿qué código adjudicar?

Ejemplo: Shock hipovolémico, Shock cardiogénico? Se debe utilizar O95?

=====

R015 (06/may/99)

Como no se usa código "R" para la causa básica, a menos que sea la única información, debemos buscar otra información.

En el caso hay! El código, en el caso, solo puede ser O95 (Muerte obstétrica de causa no especificada). No se sabe si fue directa o indirecta. El problema que siempre surge en esos casos es saber si la verdadera causa básica no tenía nada que ver con el ciclo gravídico–puerperal, o sea, no se trataba de muerte materna. Hubo apenas la información de embarazo o puerperio. Esa duda va a existir siempre. En el caso hay que aceptar el código O95.

(Ruy Laurenti – Brasil)

Los codificadores de México tienen que seguir los siguientes pasos:

1° Se tiene que aclarar y enviar al Comité de Mortalidad Materna quién tendrá que realizar la investigación correspondiente

2° Mientras tanto el codificador debe verificar la existencia o la relación con el embarazo en la variable correspondiente en el certificado de defunción (variable 17.1 y 17.2)

3° Sí hay los elementos suficientes codifica O95.

4° Si no hubiera ningún el elemento que nos oriente y relacione la muerte con el embarazo o puerperio se debe codificar caso particular R57.1.

(Luis Manuel y Sonia Fernández – México)

En mi opinión los códigos en R00–R99 son equivalentes a no conocerse la causa. Sin embargo, si se sabe que se trata de una muerte materna debe codificarse en O95.

(Moacyr L Costa – Brasil)

Cuando en un certificado de defunción hay una única Causa informada, esta se utiliza para su codificación y tabulación por instrucciones del Volumen 2 (procedimientos para la selección de la causa básica de defunción para tabulación de la mortalidad) 4.1.4, pagina 32.

Sin embargo quien hace el análisis de estos datos, si hay información en el mismo certificado como la expresada en la pregunta, en nuestra opinión se puede codificar en O95 ya que corresponde a muerte obstétrica de causa no especificada, en este caso se trata de una embarazada o puérpera.

(Carlos Muñoz/CEVECE – Venezuela)

=====

Consulta C016:

"Por que en la CIE-10 se adopta la clasificación de Ridley – Jopling para la Lepra si el programa internacional para la erradicación de la misma se basa en la clasificación de Madrid y su reagrupamiento en paucibacilares y multibacilares?"

=====

R016 (12/may/99)

Respuesta del Dr. Clovis Lombardi, Asesor Regional de la OPS/OMS en Hanseniasis (Lepra):

"Existen muchas clasificaciones para la lepra. Efectivamente la clasificación que aparece en la CIE-10 es la de Ridley & Jopling, creada en 1967. Esa clasificación tiene base inmunológica e histopatológica y es utilizada en nivel académico, de investigación. La clasificación de Madrid (de 1953) tiene base clínica y es la que sigue:

- Lepra lepromatosa (en portugués se usa preferentemente el término Hanseniasis en lugar de Lepra, y la lepromatosa se llama virchowiana)
- Lepra dimorfa
- Lepra indeterminada
- Lepra tuberculoide

No hay una equivalencia exacta entre la clasificación de Ridley & Jopling, la cual tiene base inmunológica e histopatológica y la de Madrid, cuya base es clínica.

La clasificación operacional recomendada por la OMS es: [entre colchetes a designação en português]

- Lepra [Hanseníase] multibacilar (MB) (= Baciloscopia positiva = fuente de infección)
 - lepra lepromatosa [hanseníase virchowiana]
 - lepra lepromatosa limítrofe [hanseníase dimorfa-virchowiana]
 - lepra limítrofe [hanseníase dimorfa-dimorfa]
 - lepra tuberculoide limítrofe con baciloscopia positiva (dimorfa-tuberculoide)
- Lepra [Hanseníase] paucibacilar (PB) (= baciloscopia negativa = no es fuente de infección)
 - lepra [hanseníase] indeterminada
 - lepra [hanseníase] tuberculoide
 - lepra tuberculoide limítrofe [hanseníase dimorfa-tuberculoide] con baciloscopia negativa

La Clasificación de la lepra en la CIE debería contemplar todas las necesidades, tanto operacionales y epidemiológicas como clínicas y de investigación. Es importante notar que los datos informados por los sistemas de salud (pública) informan solamente MB/PB."

Comentarios (Roberto Becker – OPS):

Aparentemente se puede cuadrar los casos clasificados conforme R/J y/o Madrid en MB/PB, pero

no al revés. De esa forma, si la mayoría de los casos viene del terreno como MB/PB, en términos de CIE tendríamos que usar siempre el código A30.9, es decir, lepra no especificada. Si la CIE adopta MP/PB, se pierde especificidad clínica e inmunológica pero hay ganancia en términos epidemiológicos. Tal situación ocurrió con la poliomielitis, cuyas subcategorías de base clínica en la CIE-9, pasaron a tener base epidemiológica en la CIE-10 (comparar 045.- con A80.-). Podría ser este uno de los casos para usarse un quinto carácter complementando la clasificación actual, para MB o PB. Sin embargo eso siempre es un gran complicador para el uso de la CIE. Otra posibilidad sería desglosar la lepra en dos categorías, conforme mencionado arriba. Quedaría (necesitando complementar con términos de inclusión): [entre colchetes a designação em português]

Otras Enfermedades Bacterianas

(A29-A49)

A29 Lepra [Hanseníase] multibacilar (MB)

A29.1 lepra lepromatosa

A29.1 lepra lepromatosa limítrofe

A29.2 lepra limítrofe [hanseníase dimorfa-dimorfa]

A29.3 lepra tuberculoide limítrofe con baciloscopia positiva

A29.9 lepra multibacilar, no especificada

A30 Lepra paucibacilar (PB)

A30.0 lepra indeterminada

A30.1 lepra [hanseníase] tuberculoide

A30.2 lepra tuberculoide limítrofe [hanseníase dimorfa-tuberculóide] con baciloscopia negativa

A30.9 lepra paucibacilar, no especificada

Conforme fue mencionado en el mensaje sobre "Actualizaciones en la CIE-10", hay mecanismos para revisión y actualización. Para tanto, sin embargo, es necesario que se llegue a un consenso sobre cuál(les) cambio(s) buscamos, confirmando que eso es muy importante para los programas de control de la enfermedad en cuestión. En el caso específico, tanto el consenso como la definición de la importancia requieren la opinión de los expertos en lepra.

=====

Consulta C017:

El Capítulo I se refiere a CIERTAS enfermedades infecciosas y parasitarias.

Qué criterio fue utilizado para la exclusión de las varias enfermedades infecciosas que no están en ese Capítulo? En especial, porqué la influenza y las neumonías no están en el Capítulo I?

=====

R017 19/may/99)

No solo las enfermedades respiratorias infecciosas están fuera del Capítulo I. Hay importantes infecciones de la piel (las cuales son "infecciosas primarias"), meningitis bacterianas, artritis estafilocócicas, entre otras, que también están fuera.

Puede haber varias razones, pero históricamente las principales razones son:

1. La influenza, en la mayoría de los casos, era acompañada por neumonías (y bronconeumonías). Aunque conocida hace mucho, su caracterización como enfermedad por virus es relativamente reciente. Por tal razón se confunden con las neumonías.
2. Las neumonías y bronconeumonías siempre han estado en el Capítulo de las enfermedades respiratorias, ya sea antes o después de su caracterización como enfermedades infecciosas o la identificación de sus agentes etiológicos. Su permanencia en el capítulo de las infecciosas ocurre en parte por tradición.

3. Sin embargo, hay un importante aspecto a considerarse: la mayor proporción de neumonías y bronconeumonías no es de enfermedades primarias, sino secundarias a otras enfermedades o terminales. Eso influyó mucho. De cierta forma no se trata de "enfermedades infecciosas" como las demás del Capítulo I. Manteniéndose las neumonías y bronconeumonías en el capítulo de respiratorias no se "inflaciona" las Infecciosas y parasitarias. A pesar de que durante el proceso de preparación de cada nueva revisión de la CIE el tema es discutido de manera más intensa, no creo que eso se va a cambiar muy pronto.

4. La recomendación es que en las tabulaciones de datos de mortalidad se puedan usar grupos específicos para enfermedades infecciosas (transmisibles), como por ejemplo, Capítulo I más neumonías y bronconeumonías.

(Ruy Laurenti y Cassia M Buchalla/CBCD – Brasil)

Comentarios (Roberto Becker – OPS)

Además de lo mencionado arriba, también se verifica que el perfil de distribución de las muertes por (bronco)neumonías es distinto de lo observado con el resto de las enfermedades infecciosas y parasitarias. Por lo general las enfermedades del Capítulo I, a pesar de que ocurren en todas las edades, son más típicamente enfermedades (y causas de muerte) de la infancia y la niñez, mientras las (bronco)neumonías tienen una concentración muy clara no solo en las primeras edades, sino también en las edades más avanzadas. Eso, al menos en parte se debe a lo mencionado en el punto 3 arriba, es decir, probablemente una importante proporción de muertes por (bronco)neumonía corresponde a complicaciones de otras enfermedades o situaciones terminales.

Uno de los cambios que trae la CIE-10 (Regla 3) y que podrá causar impacto en las estadísticas de mortalidad, con la reducción de la mortalidad que tiene (bronco)neumonía como causa básica, es relacionado con eso (ver pág. 38, último párrafo, Vol. 2): "La neumonía y la bronconeumonía pueden ser aceptadas como complicaciones de cualquier enfermedad ...".

También en relación con el punto 4 arriba, desde el inicio de los años 90 la OPS usa y recomienda la "Lista OPS-6/61, en la cual el primer grupo corresponde exactamente a "Enfermedades Transmisibles", las cuales incluyen todo el Capítulo I y más las (bronco)neumonías y las meningitis. Una Lista equivalente, para uso con la CIE-10, fue preparada y estará circulando brevemente.

A continuación se menciona lo que ocurrió con algunos grupos de enfermedades infecciosas en la secuencia de revisiones de la CIE: Neumonías (inclusive bronco), Influenza (Gripe), Gastroenteritis (y diarrea SAI) y Meningitis.

- Neumonías y bronconeumonías: siempre estuvieron en el Capítulo de Respiratorias.

- Influenza (Gripe):

Clas de Bertillon: Enfermedades generales, junto con las infecciosas

CIE-1/2/3: Enfermedades generales, junto con las infecciosas

CIE-4/5: Infecciosas y parasitarias

CIE-6/7/8/9/10: Respiratorio

Es interesante notar que la influenza fue "transferida" al capítulo de respiratorias más o menos cuando se ha identificado bien su agente etiológico, lo que parece una gran incoherencia, especialmente considerando que la influenza no es una enfermedad típicamente respiratoria. Desde la CIE-6 existen códigos para "con manifestaciones respiratorias" y "sin manifestaciones respiratorias".

- Gastroenteritis (y diarrea SAI):

Clas de Bertillon: Aparato digestivo

CIE-1/2/3/4/5: Aparato digestivo

CIE-6/7: -4 semanas: "Primera infancia"

4 semanas-2 años: Digestivo

2 años y +: Diarrea SAI = Mal definidas

Gastroenteritis = Digestivo

CIE-8: Gastroenteritis y diarrea SAI: Infecciosas y parasitarias, salvo con mención de "no infecciosa", cuando se codifica en Digestivo.

CIE-9/10: Gastroenteritis y diarrea SAI: Infecciosas y parasitarias, salvo con mención de "no infecciosa", cuando se codifica en Digestivo. Además, una nota: "en los países donde la presunción sea de no infecciosa, codificar en Digestivo."

- Meningitis (Meningocócica, cerebroespinal epidémica)

Clas de Bertillon: Meningitis simple: Sistema nervioso

CIE-1: Meningitis simple: Sistema nervioso

CIE-2: Meningitis simple y Meningitis cerebroespinal epidémica:
Sist nervioso

CIE-3: Meningitis cerebroespinal epidémica: Enfermedades epidémicas, endémicas e infecciosas. Otras: Sistema nervioso

CIE-4/5/6/7: Enf infecciosas y parasitarias (meningocócica, cerebroespinal epidémica) Otras: Sistema nervioso

CIE-8/9/10: Meningocócica y las que son complicación de enfermedades clasificables en el Capítulo I: Infecciosas y parasitarias.
Otras: Sistema nervioso.

La Meningitis tuberculosa siempre ha estado (desde Bertillon), junto con Tuberculosis, en las Infecciosas. A partir de la creación del sistema de cruz/asterisco (CIE-9), pasaron a tener un código asterisco (*) dentro del Capítulo del Sistema nervioso los casos de meningitis que son complicación de enfermedades codificables en el Capítulo I.

Comparándose la evolución de la codificación de meningitis y neumonías a lo largo de las revisiones de la CIE, sería más lógico que lo que corresponde a J13 (Neumonía debida a *Streptococcus pneumoniae*) y a J14 (Neumonía debida a *Haemophilus influenzae*) estuviera en el Capítulo I (Infecciosas). Además, Sería también lógico que la influenza o gripe (J10-J11) fuera incluida en el mismo capítulo.

Probablemente también ha influido para que permanezcan en el Capítulo de Respiratorias el hecho de que son causas frecuentes de muerte en los países de clima más frío, lo que corresponde casi siempre a los más desarrollados. De esa forma no se sobrecarga el Capítulo I (infecciosas), más lleno de defunciones en los países más tropicales y menos desarrollados. Como se nota, además de su característica multiaxial, algunos aspectos de la Clasificación Internacional de Enfermedades pueden tener determinantes que no son necesariamente taxonómicos.

=====

Consulta C018

Cómo codificar la vaginosis bacteriana?

=====

R018 (12/jul/99)

Vaginosis bacteriana N76.0

Al no estar especificada la bacteria, no puedo proponer código adicional B95–B96. Según he podido documentarme, este término, es lo que se denominaba antes vaginosis inespecífica, que a la luz de los nuevos conocimientos se expresa comúnmente de esta forma (creo que data de alrededor de los años 90 esta expresión) lo que explicaría que no aparezca explícitamente en la CIE–10.

(Ana Consuelo – Cuba)

Vaginosis bacteriana: El Índice alfabético no tiene el término "vaginosis". Como la expresión dice que es bacteriana se puede tomar como sinónimo de "Vaginitis".

Según el Índice, con excepción de "atrófica" o "senil", todas son causadas por bacterias, hongos, virus, etc. No hay "vaginitis bacteriana SAI". La codificación debe ser N76.0, que incluye vaginitis SAI (no se sabe si es aguda o crónica).

(Ruy Laurenti/CBCD – Brasil)

Comentarios (Roberto Becker – OPS)

Aunque el término "vaginosis bacteriana" sea bastante usado en ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual), no parece muy apropiado.

–La terminación "-osis" (del griego) significa acción y es usado en términos diagnósticos genéricos, es decir, sin especificidad, frecuentemente de etiología desconocida.

–La terminación "-itis" (del griego) significa presencia de enfermedad o proceso inflamatorio de un órgano o tejido, frecuentemente, pero no necesariamente, de origen infeccioso.

La vaginosis bacteriana es: "tipo de vaginitis frecuentemente asociada con cultivo positivo de Gardnerella vaginalis" (Dorland Medical Dictionary, 28th Edition).

Luego, la codificación deberá ser hecha como vaginITIS. Como la etiología mencionada no aparece en el índice, el código a usar sería el N76.0, el cual podría ser acompañado de B96.8 Otros agentes bacterianos especificados como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos, como código secundario, lo cual no añade mucho por ser un código residual.

Sin embargo, según el Dr. Rafael Mazín, Asesor Regional de la OPS para VIH/SIDA y ETS, la "vaginosis bacteriana" se considera como una enfermedad de transmisión predominantemente sexual, estando incluida en los programas de control de ETS.

Dado que existe un grupo de enfermedades (Infecciones con un modo de transmisión predominantemente sexual A50–A64) en el Capítulo I de la CIE–10, sería más adecuado codificarla en ese grupo. Como la enfermedad no aparece en la CIE–10, el código sería el A63.8 Otras enfermedades de transmisión predominantemente sexual, especificadas, una subcategoría residual de las ETS.

En resumen: la "Vaginosis bacteriana", identificada como una enfermedad de transmisión sexual debe codificarse en A63.8 y no en N76.0.

Dependiendo de las necesidades que puedan haber en los programas de control de ETS, se podría proponer la creación de un código y descripción propios para la enfermedad, que podría ser, por ejemplo, A61 o A63.1.

=====

Consulta C019

Causas externas: Causas de los accidentes.

En el Vol. I pág. 305, (cuartos caracteres de F10–F19) el .0 Intoxicación aguda, al final dice "... Entre las complicaciones pueden contarse los traumatismos, la aspiración de vómito..." Sin

embargo en el Vol. 2, pág. 69 inciso m, sólo se acepta la epilepsia como causa de accidente.
¿Puede o no aceptarse el alcoholismo agudo u otra enfermedad, afección o condición como causa de un accidente?

=====

R019 (13/jul/99)

Esa es una cuestión que se está discutiendo en el "Mortality Reference Group"(MRG).

Esa y otras cuestiones, después de la decisión del MRG van a ser divulgadas a los usuarios de la CIE. En el momento lo que se puede decir es que hay una "discordancia" (clara!) entre el volumen 1 y el volumen 2 de la CIE-10.

(Ruy Laurenti/CBCD – Brasil)

=====

Consulta C020

Cómo utilizar (y codificar) la información no médica sobre causas de muerte?

=====

R20 (14/jul/99)

Existe una tendencia o casi consenso de que la información no médica sobre causa de muerte no debe ser codificada para presentación de estadísticas generales de mortalidad por causa.

Aquellos que desean codificar deben hacer la presentación en dos tabulaciones: una para las informaciones médicas y otra para aquellos casos con información no médica. Cuando se presenta la mortalidad total, los "casos no médicos" deben ser incluidos como sin asistencia médica (mal definidos).

(Ruy Laurenti/CBCD – Brasil)

No la incluyo junto al resto de la información suministrada por personal médico.

Si una parte es suministrada por algún personal de salud (ej. Enfermera u otro con preparación que pueda aportar algún conocimiento aproximadamente real a las causas de muerte) lo procesaría en tablas aparte.

La información suministrada por otro personal no la tomaría en consideración en lo que a las causas de muerte respecta, solo contabilizaría el numero de fallecidos. Quizás en este caso, fuese posible identificar las muertes por accidente y otras violencias de las muertes naturales, y este elemento lo podría incluir en las tablas, siempre separadas del proceso indicado anteriormente.

Una vez más considero que la decisión final la tomará cada país en la medida de la magnitud del problema. Aunque si no me parece que debe utilizarse nunca junto a la información medica.

(Ana Consuelo – Cuba)

Comentarios (Roberto Becker – OPS)

Comparto las opiniones arriba de que no se debe incluir información no médica sobre causas de muerte en las tabulaciones, por dos razones principales:

1. La capacidad diagnóstica del personal no médico no puede ser comparada a la del médico. Lo que define el médico como profesional es exactamente haber sido entrenado (en su formación académica) para dos funciones exclusivamente suyas: Definición diagnóstica y definición terapéutica.

2. Al no codificar la causa de muerte natural no informada por médico en R98 (798.9 en la CIE-9) se estará perdiendo una información importante sobre cobertura de atención médica que ese código ofrece.

Además, los estudios hechos con la base de datos de la OPS, sobre los datos de algunos países

que informan causas de defunción no certificadas por médico, muestran claramente las diferencias. Por lo general hay una gran proporción de causas "mal definidas" (signos y síntomas), y la tendencia es que se informen solo las afecciones terminales, relacionadas a los sistemas respiratorio y circulatorio, provocando una "inflación" de causas en esos dos capítulos. La información no médica sobre causas de muerte, sin embargo puede ser de utilidad en el nivel local, como fuente inicial de información sobre algunas enfermedades y sobre problemas de salud. Lo que no se recomienda es mixturar las informaciones médicas y no médicas sobre causas de muerte en las mismas tabulaciones.

Las informaciones no médicas podría ser mantenidas en las bases de datos, preferentemente en un campo separado, quedando en el campo de la causa básica el código R98. También es importante la existencia de una variable que identifique quién ha certificado la muerte (es decir, si la información es médica o no).

ATENCIÓN: La codificación de las causas de muerte no informadas por médico en R98 NO ES APLICABLE A LAS CAUSAS EXTERNAS. De hecho, la información sobre la causa básica (EXTERNA) de lesiones y envenenamientos no es una información de carácter "médico", sino policial, periodístico, de testigos, etc. Por tanto, se puede aceptar perfectamente tal información, asignando el código correspondiente del Capítulo XX (Causas externas de mortalidad y morbilidad)

=====

Consulta C021

Cómo codificar en la CIE-10 (Códigos + y *):

1. Síndrome pulmonar por virus hanta
2. Fiebre hemorrágica con síndrome renal (hantavirus)

=====

R021 (12/jul/99)

Según mi interpretación de los códigos proporcionados en la 16 Edición de Control of Communicable Diseases Manual, los códigos para el síndrome pulmonar por virus hanta son A98.5+ J12.8*. Para la fiebre hemorrágica con síndrome renal (hantavirus) me parece que el código A98.5+ sería suficiente.

(Carol Lewis - USA)

Síndrome pulmonar por virus Hantaan.....A96.8+ J99.8*

Fiebre hemorrágica con síndrome renal (Hantavirus).....A98.5+ N08.0*

Según he podido investigar este virus presenta dos manifestaciones: respiratorias y renales. Pertenece al grupo de los arenavirus, por lo que me crea dudas que solo aparezca explícitamente, como termino de inclusión en la categoría A98.- Otras fiebres virales hemorrágicas, NCOP, existiendo la categoría A96.- Fiebre hemorrágica por arenavirus. Por el Índice, aparece en la pág. 196 Enfermedad Virus Hantaan A98.5 -N08.0. Como codificador no puedo aportar mas, espero por los especialistas del tema aclaren estas dudas y la respuesta correcta.

(Ana Consuelo - CUB)

La infección por el Hantavirus es denominada Fiebre Hemorrágica Renal; fiebre hemorrágica epidémica; fiebre hemorrágica Koreana; nefropatía epidémica y otras.

El cuadro o síndrome renal es parte de la enfermedad. Así, el código A98.5 indica la hantaviriosis con la manifestación renal que es propia del cuadro. No necesita asterisco (*).

En el caso de existir "Síndrome Pulmonar"(?), en mi entender debe ser una "hemorragia pulmonar",

cuyo código es R04.8.

No existe un código asterisco para "Síndrome Pulmonar" o "Hemorragia Pulmonar".

Si se quiere un doble código puede usarse el R04.8 (para morbilidad).

Si se quiere usar un código del capítulo de enfermedades respiratorias debería ser J98.4 (que también no es asterisco).

Si fuera para mortalidad, mismo con "Síndrome pulmonar" debe ser solamente A98.5. (Ruy Laurenti/CBCD – Brasil)

Comentarios (Roberto Becker – OPS)

Recientemente la OPS ha publicado la versión en español de la 16a. edición del Manual para el control de las enfermedades transmisibles (Control of communicable diseases manual – Abram S. Benenson, Editor).

El capítulo correspondiente a ENFERMEDADES CAUSADAS POR VIRUS HANTA, en la 16a. edición contiene dos subtítulos: I. Fiebre hemorrágica con síndrome renal CIE-9 078.6; CIE-10 A98.5 (los códigos suplementarios se obtienen por el Índice: 581.8* y N08.0*), y II. Síndrome pulmonar por virus Hanta 480.8; J12.8 (en ese caso no hay códigos suplementarios, pues no existe ninguna entrada para ese síndrome pulmonar en ningún índice (inglés, francés, portugués o español)).

La referida publicación (Benenson) informa que el HANTAVIRUS es un género de la familia Bunyaviridae, con varias especies antigénicamente distintas, relacionadas con el tipo de roedor:

– Fiebre hemorrágica con síndrome renal:

– – HANTAAN (Asia y menos frecuentemente Europa)

– – DOBRAVA (Belgrado, Yugoslavia)

– – PUUMALA (Europa)

– – SEOUL (Todo el mundo)

La CIE debería, por tanto, mencionar Virus HANTA o HANTAVirus, y no HANTAAN, que es solamente una de las especies. (Hantaan es el nombre del río de Corea de donde por primera vez se identificó la enfermedad)

– Síndrome pulmonar por virus Hanta:

– – SIN NOMBRE (USA occidental y Canadá) (así se dice, mismo en inglés)

– – BLACK CREEK CANAL (USA oriental)

Considerando que las especies son antigénicamente distintas, transmitidas por roedores distintos, presentando cuadros clínicos muy distintos, queda por lo menos dudosa la codificación en A98.5 para Síndrome pulmonar, dado que en el Síndrome pulmonar solo raramente son observadas manifestaciones renales o hemorrágicas, aún si se añade un código secundario para referir el síndrome pulmonar (J12.8, R04.8, J98.4 o J99.8*). Si bien es cierto que parecería más correcto codificar en B33.8 (Otras enfermedades virales especificadas), al utilizar un código residual se pierde la información sobre cual era el virus y la enfermedad exacta.

Ese parece ser otro de los casos en que se necesita un nuevo código, el cual podría ser, por ejemplo, B33.4 Síndrome pulmonar por virus Hanta. Como sabemos, eso requiere un proceso de actualización de la CIE-10 (ver mensaje anterior sobre el tema). Como en las discusiones anteriores la palabra está con los epidemiólogos, para confirmar la importancia de la identificación del Síndrome pulmonar por virus Hanta con código propio.

Obsérvese que en la publicación referida anteriormente, la cual menciona los códigos de la CIE que corresponden a las enfermedades transmisibles, aparece:

Fiebre hemorrágica con síndrome renal A98.5

Síndrome Pulmonar por virus Hanta J12.8

Si la codificación de la Fiebre hemorrágica con síndrome renal está definida en la propia CIE (A98.5 y N08.0*), lo mismo no ocurre con el Síndrome pulmonar. Parece ser necesario, hasta la definición de un nuevo código, usar la doble codificación A98.5 y J12.8.

=====

Consulta C022

Una mujer con 34 semanas de embarazo fue agredida por el esposo y empujada por la escalera al piso de abajo. Su útero se ha roto empezando un trabajo de parto prematuro, con el nacimiento del niño. A continuación la madre murió. La causa básica fue codificada originalmente como muerte materna (O71.0). La cuestión es:

1. Podría codificarse la causa básica en Y01.9 (no hay información sobre local), usándose O71.0 como código adicional (causas múltiples)? La dificultad es que las tabulaciones habituales solo consideran una causa (básica). Cualquiera que se elija, agresión o muerte materna, la otra información no aparecería.
2. El niño sobrevivió. Sin embargo, si hubiera muerto, cómo codificar si:
 - a) fuera muerte fetal ?
 - b) naciera vivo y muriera a continuación ?

=====

R022 (24/ago/99)

En mi opinión una causa externa, en algunas circunstancias puede ser considerada como "obstétrica indirecta". Podría haber una subcategoría en O99 específica para causas externas (pero no hay!). Sin embargo, la misma clasificación excluye esa posibilidad de codificar lo que se muestra en el inicio del capítulo XV (ver Excluye). Hay que considerarse, por otro lado, que el hecho de no figurar en el capítulo XV no impide que sea muerte materna. Véanse los casos: tétano obstétrico, SIDA, necrosis postparto de la hipófisis y otros. En el caso es, para mi, muy claro que fue muerte materna (obstétrica indirecta) pues si no hubiese embarazo no ocurriría ruptura del útero! La causa básica es Y01.9. En el caso la rotura de útero es S37.6 y no O71.0 (las lesiones, intoxicaciones, etc., consecuentes a causas externas siempre son codificadas en S o T). El código O71.- es usado en los casos de traumatismos obstétricos no consecuentes a causas externas. O71.- es una causa obstétrica directa. Conclusión: Es una muerte materna pero no codificada en el capítulo XV. Entra en el cálculo de la tasa de mortalidad materna. En el caso de la muerte del producto (muerte fetal o de nacido vivo que murió, se trata de muerte por traumatismo materno: P00.5. (RUY Laurenti/CBCD - Brasil)

1. El código O71.0 entiendo que es una lesión o trauma obstétrico ocurrido durante el parto. En el caso creo más correcto codificar Y01.9 como causa fundamental de defunción (agresión que causó una serie de complicaciones (ruptura uterina,...) que condujeron al fallecimiento).2. En el caso del niño, tanto en el punto 2.a como en el 2.b el código podría ser P00.5. (Sara Cerdeira - Galicia-España)

Para mi no se debe codificar esta muerte como muerte materna. Se tiene que codificar como un homicidio o un accidente, que depende de la decisión de un juez. Específicamente, la causa básica fue una caída o una empujada, la cual resultó en la muerte de la mujer. El nacimiento solamente era parte del proceso que llegó a la muerte de esta mujer y no fue la causa principal. (Tom Yerg - OPS)

A nuestra consideración, efectivamente se debe codificar en Y01.0 (.0 porque supongo que la agresión se dio en la vivienda), ya que la causa básica de muerte es la agresión. A pesar de su condición de embarazo y su vulnerabilidad

en este periodo, no podemos afirmar que ella iba a sufrir alguna complicación que la condujera a la muerte; por lo tanto, se debe tomar la agresión como la lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte. Lógicamente, es necesario implementar un sistema de vigilancia a nivel local, para detectar aquellas defunciones que, estando relacionadas con el periodo de embarazo, parto o puerperio, ocurren por otras causas, principalmente externas. En cuanto a la defunción fetal o al nacimiento vivo y posterior muerte, recomendamos codificar en P00.5, ya que este código abarca cualquier lesión o traumatismo de la madre que afecta al feto o recién nacido. Ahora, hay que considerar si el esposo tenía la intención de provocar el aborto y por ende, la muerte del producto del embarazo, lo cual cambiaría el código de la causa básica para el nacido vivo que pasaría a ser una agresión. Cualquier aclaración o recomendación a nuestra respuesta, por favor comunicarla. (A Morales - Panamá)

=====

Lista OPS-6/67 (CIE-10) (28/set/99)

En el cambio de una Revisión de la CIE a otra una de las preocupaciones se refiere al impacto potencial en las estadísticas de salud. Esta preocupación es normalmente llevada en consideración en la preparación de listas especiales de tabulación, como es el caso de las que se usan para la tabulación de datos de mortalidad.

En ese sentido, el Programa Especial de Análisis de Salud de la OPS (OPS/OMS - SHA) aprovechó la experiencia con el uso de la Lista OPS - 6/61 (CIE-9), usada para la tabulación de datos de mortalidad y en la publicación de las "Estadísticas de Salud de las Américas". Así, fue preparada una lista provisional para la CIE-10, la cual fue discutida con numerosos expertos en CIE y análisis de datos y también con los Centros Colaboradores de la OMS en Clasificación de Enfermedades de la Región. (Brasil, Venezuela y Estados Unidos)

El próximo número del Boletín Epidemiológico de la OPS presentará la Nueva lista 6/67, preparada para la tabulación de mortalidad con la CIE-10. En el mismo artículo se compara la nueva lista con la anterior 6/61 (CIE-9).

El objetivo de las listas 6/61 (CIE-9) y 6/67 (CIE-10) es ofrecer un "punto de entrada" en el análisis de datos de mortalidad, a través de los 6 grandes grupos de causas, los cuales contienen ahora un total de 67 subgrupos más detallados. A partir de la visión "panorámica" que ofrece la lista, el usuario podrá necesitar de otros tipos de tabulación, de acuerdo con el tipo de análisis que realiza. No es una lista para atender a todas las necesidades y, especialmente, no es la más adecuada para la ordenación de las principales causas de muerte.

Próximamente la OPS estará distribuyendo otras listas especiales para tabulación de datos con la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades:

- Lista para ordenación de principales causas de muerte
- Lista para tabulación de mortalidad en la niñez
- Lista para tabulación de causas de egresos hospitalarios

En los archivos adjuntos se encuentran las listas 6/61 (CIE-9) y 6/67 (CIE-10) Para mayores informaciones sobre la implantación de la CIE-10 en las Américas y también sobre las Listas cortas se recomienda consultar el Boletín Epidemiológico de la OPS, en especial los siguientes números:

Vol. 9, Nros. 2 y 3, 1988

Vol. 14, Nro. 2, 1993

Vol. 16, Nro. 1, 1995

Vol. 17, Nro. 2, 1996

Vol. 18, Nro. 1, 1997

El Boletín también está disponible vía Internet:

<http://www.paho.org/spanish/sha/bsindex.html>

=====

Consulta C023

Desde la Octava revisión de la CIE se menciona la importancia del cuidado

especial en cuanto a las variables necesarias y informaciones sobre causas, inclusive relacionadas con la madre, para el estudio de la mortalidad perinatal.

La mortalidad perinatal es la que OCURRE DURANTE el período perinatal, que se definió como el que va desde las 28 semanas completas del embarazo hasta los seis días de edad (y 23 horas y 59 minutos), es decir, los siete primeros días de vida post-nacimiento. La definición del período perinatal cambia con la CIE-10, considerándose ahora el inicio desde las 22 semanas completas del embarazo. El límite para el final del período no se ha cambiado.

Desde la Novena Revisión se definen reglas propias para la codificación y la CIE recomienda que "donde sea posible, se adopte un certificado separado para registrar las causas de mortalidad perinatal ...". (ver Vol. 2, CIE-10, pág. 89 - versión en español, 92 en portugués). En la práctica muy pocos países siguen esas recomendaciones. Sin embargo, en varios países existen modelos distintos de certificado para defunciones, conforme sean fetales, no fetales, generales, perinatales, etc.

Además de la opinión y comentarios sobre las recomendaciones antes mencionadas, se solicita a TODOS los participantes del Forum-CIE informar:

1. Cuantos son los modelos de certificados de defunción en uso en el país, y para que tipo de defunciones se usa cada uno?
2. Se usan reglas diferenciadas para la selección de causa (Básica? principal?) de muerte perinatal?
3. Existen codificadores especialmente entrenados para uso de las reglas propias?

=====

R23 13/dic/1999

A continuación, las respuestas específicas que hemos recibido de 8 países.

México

1. se utilizan dos modelos de certificados: El de defunción (para las muertes ocurridas después del nacimiento) y el certificado de muerte fetal.
 2. No se utilizan reglas diferenciadas para la selección de la causa básica en las muertes perinatales, son las mismas sean perinatales o no.
 3. No hay codificadores capacitados para la aplicación de las reglas de selección de muertes perinatales.
 4. Por el momento no hemos considerado ni recomendamos el uso del certificado de muerte perinatal ni las reglas de selección perinatal. Estamos dirigiendo nuestro esfuerzo a mejorar la calidad del registro de los certificados actuales y un nuevo certificado no sería conveniente.
- (Luis Manuel/CEMECE - México)

Brasil

1. solo existe un modelo de Certificado de Defunción (Atestado de Óbito) en Brasil. Para defunciones fetales y no fetales se usa el mismo modelo. (La ley exige registro de nacidos muertos).
 2. Las reglas de selección son las mismas, usándose el mismo criterio de causa básica para cualquier defunción, fetal o no fetal.
 3. No se capacitan codificadores en el uso de reglas específicas para la mortalidad perinatal.
- (Ruy Laurenti/Cassia M Buchalla/CBCD - Brasil)

Chile

1. hay un solo formulario de certificado, o sea, no se usa oficialmente uno de muerte perinatal, si bien en el Programa de Salud Infantil están haciendo algo en esa esfera, porque tienen muchos contactos con el CLAP.
2. No se usa reglas diferenciadas, aunque he sorprendido a la codificadora haciendo uso de esas reglas del manual, aplicándolas a los certificados existentes, que se llaman textualmente "Certificado Médico de Defunción y Estadística de Mortalidad Fetal Tardía". Cuando es muerte fetal, este certificado puede ser emitido por un profesional distinto del médico, que es el matron o matrona (similar pero no igual a una enfermera obstétrica, capacitado para controlar embarazo y puerperio, detectar morbilidad y derivar a la paciente y atender partos normales y aplicar técnicas de anticoncepción) y no es necesario que exprese la causa de muerte.

3. No hay codificadores especiales. (Danuta Rajš - CHI)

Cuba

1. en estos momentos existen 3 modelos de certificados de defunción:

- Defunciones de 28 días y Más
- Defunciones neonatales (0-27 días)
- Defunciones fetales (20 semanas o más de gestación o 500 gramos y mas de peso). A partir del año 2000, se modifica el limite inferior en semanas y se adoptara 22 semanas.

2. Para la selección de la causa básica se usan las Reglas según la CIE (Certificados de 28 días y mas) Para las muertes neonatales y fetales, no aceptamos la Regla P1 en lo concerniente a la Anoxia, pues se considera que la connotación de esta es muy diferente a la que se emplea como forma de morir en un certificado estructurado para causa básica. Las anoxias en las muertes perinatales, están condicionadas y perfectamente explicadas, en muchos casos, por afecciones maternas y/o complicaciones del parto. La codificación de la causa se realiza con el criterio de causa principal de muerte.

Existe además un documento denominado Causas Múltiples de Morbimortalidad Perinatal confeccionado por un equipo multidisciplinario (ginecobstetras, neonatólogos, pediatras, patólogos, estadísticos), el que esta dirigido a orientar a los médicos sobre el llenado de las causas de muerte.

3. La codificación de nuestros certificados, se realiza en primera instancia en las provincias, y el personal es el mismo para selección de causa básica o causa principal, pero a nivel nacional, se revisan el 100% de los certificados, por dos personas especializadas en causa básica y una persona especializada en causa principal.

Si creo que la mortalidad perinatal debe tener sus propios modelos para certificar las causas de muerte, por cuanto los aspectos relacionados con las misma difieren del resto de la mortalidad. La explicación de la muerte muchas veces se inicia con el comienzo del trabajo de parto y culmina en los primeros días de vida, pero producto del desarrollo alcanzado en el campo de la medicina y las nuevas tecnologías, la defunción que inexorablemente ocurría antes de los 7 primeros de vida hace 10 años, por ejemplo, ahora puede prolongarse este momento hasta después del 7mo día de vida, siendo esta una de las razones por la que nuestro país decidió extenderlo hasta los 27 días, no obstante, estamos revisando este limite superior, y la decisión que se tome se le comunicará.

(Ana Consuelo - Cuba)

Panamá

1. utilizamos un modelo de certificado para defunción y otro para defunción fetal, en los que incluimos a partir del año 1998, a solicitud del Ministerio de Salud para complementar las estadísticas de mortalidad materna, algunas preguntas relacionadas con embarazo en los últimos 42 días o últimos 12 meses y síntomas que presentó la mujer.

2. No se utilizan reglas especiales ni certificado distinto para las muertes perinatales.

3. Además, de las ocho personas de esta Institución que codifican la Causa Básica de muerte de las defunciones y una de defunciones fetales, solamente cuatro han sido capacitadas, a nivel técnico en el CEVECE, quienes a su vez sirven de agentes multiplicadores a nivel local; sin embargo, ninguno se ha capacitado específicamente en las reglas de selección de causa de muerte perinatal.

Opinamos que las recomendaciones que ofrece la CIE-10 con relación a la importancia del registro de la información sobre mortalidad perinatal en un certificado separado y la aplicación de reglas especiales de selección de causa básica de las mismas, podrían ser muy útiles si esta información tuviera una gran demanda por parte de los usuarios, lo que no se ha observado hasta ahora en nuestro País. (E Aguilar - Panamá)

España

Como en otros países las estadísticas de defunción (también las de nacimientos) son derivadas del Registro Civil y elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística con la colaboración de las Comunidades Autónomas.

Existe un solo modelo de Certificado de Defunción, ya sea como documento administrativo (certificado médico) o con efectos estadísticos (Boletín Estadístico de Defunción) y es el utilizado para todos los fallecidos con mas

de 24 horas de vida.

Esta limitación viene determinada por la legislación. El artículo 30 del Código Civil español dice: "Para los efectos civiles, solo se reputará nacido el feto que tuviere figura humana y viviere 24 horas enteramente desprendido del seno materno".

Por lo tanto los fallecimientos anteriores a esas 24 horas son considerados, por esta legislación, abortos. El Boletín Estadístico de Defunción utiliza el Modelo Internacional de Certificado Médico de Causa de Defunción incluido en la 9ª Revisión de la CIE (cuya Parte I únicamente tiene tres líneas).

Para la recolección de información sobre partos se diseñó el Boletín Estadístico de Parto, que recoge datos sobre nacimientos y abortos (este documento es el que contiene información sobre la defunción en una parte del periodo perinatal). Este documento tiene una parte en que se reseña si el producto de la concepción nació con vida o nació muerto y, en el primer caso, si vivió más de 24 horas. También y para el caso en que hubiera nacido muerto o viviera menos de 24 horas se reseña la causa fundamental del aborto o de la muerte en dos líneas:

Causa materna o del parto

Causa del feto o del recién nacido

La causa que se codifica y tabula para su inclusión en publicaciones estadísticas oficiales es la fetal. Este boletín estadístico se cumplimenta para todos los nacimientos, incluidos los fetos muertos con seis o más meses de gestación (muertes fetales tardías).

Durante el tratamiento estadístico a que se someten estos datos para elaborar las Estadísticas correspondientes se realizan las correcciones oportunas, de manera que en las publicaciones oficiales aparecen las muertes fetales tardías y las defunciones de menores de un año clasificadas en:

- Menos de 24 horas
- De 1 a 6 días
- De 7 a 27 días
- De 28 días a 2 meses
- De 3 a 5 meses
- De 6 a 8 meses
- De 9 a 11 meses

En el caso de las defunciones de mayores de 24 horas, la codificación y selección de la causa básica de defunción se realiza por personal entrenado específicamente en el uso de las reglas aprobadas por las distintas Conferencias para la Revisión de la CIE.

Las tareas de codificación y selección de causa de muerte las realiza en todos los casos personal entrenado específicamente.

En el caso de las defunciones ocurridas en personas que han superado las primeras 24 horas de vida, el INE ha suscrito convenios de colaboración con las administraciones autonómicas de manera que estas tareas se realizan (en la mayoría de los casos) por personas dependientes de la administración Sanitaria).

Sin embargo en el caso de las defunciones ocurridas antes de las primeras 24 horas de vida el ciclo completo de la estadística se realiza exclusivamente en la administración estadística.

En cualquier caso la responsabilidad última de la elaboración de estas estadísticas es del Instituto Nacional de Estadística por lo que se reserva la supervisión final del proceso.

Por lo que se refiere a mi opinión personal acerca de la conveniencia de usar modelos distintos para la mortalidad perinatal (22 semanas a seis días), yo no tengo mucha experiencia en el análisis de la mortalidad perinatal por causas, sin embargo creo que sería conveniente que todas las defunciones perinatales se codifiquen y tabulen con los mismos criterios, y esto solo es posible si existe un solo modelo de certificado válido para el periodo. Además en una parte importante de las defunciones perinatales (las ocurridas entre el nacimiento y 6 días) no es posible relacionar la mortalidad debida a afecciones de la madre y las del feto.

De hecho hace unos años se iniciaron conversaciones entre la administración sanitaria y la estadística que, desgraciadamente, no fructificaron.

(José Miguel Mata - España)

Venezuela

A pesar de Las recomendaciones sobre mortalidad perinatal que se describen en la Clasificación Internacional de Enfermedades, no se ha empleado el certificado especial para este periodo y las muertes perinatal se recogen en el certificado de mortalidad general si nace vivo o mortalidad fetal tardía si nace muerto.

En estos momento se emplea:

- Certificado de mortalidad general
- Certificado de mortalidad fetal temprana (menos de 20 semanas)
- Certificado de mortalidad Fetal tardía (mas de 20 semanas)

Está programado que en el año 2000 se empleara un nuevo modelo que resume en uno solo los tres descritos.

Para la mortalidad general se aplican los principios y reglas de selección de la causa básica. Para los certificado de mortalidad fetal temprana y tardía se aplican los principios de causa básica cuando es posible.

Hay codificadores entrenados especialmente solo para la selección de la causa básica de muerte. (Carlos Muñoz/CEVECE - Venezuela)

Uruguay

1. cuenta con certificado perinatal desde el año 1979, utilizándose un certificado para las defunciones de 7 días y más y, en el reverso, el certificado perinatal para las defunciones fetales tardías y recién nacidos menores de 7 días.

2. Se han aplicado en Uruguay las recomendaciones de la CIE 9 y la CIE 10.

3. Uruguay cuenta con codificadores con experiencia en la aplicación de las reglas de selección de la causa de muerte.

Se esta llevando a cabo un estudio de mortalidad neonatal precoz para evaluar la incidencia de la selección de la causa de muerte utilizando ambos modelos de certificados y poder así realizar la evaluación del certificado perinatal.

(O Prats - Uruguay)

Comentarios (Roberto Becker - OPS)

En mi opinión no parece adecuado lo que se plantea en el apartado 4.3

Mortalidad perinatal: orientaciones para la certificación y reglas de codificación (Vol. 3 de la CIE-10, pág. 89-96).

- Primero, "Se recomienda que, donde sea posible, ..." Eso implicará siempre en que cada uno pueda interpretar de su manera y, si no es "deseable" (por ejemplo por no estar de acuerdo), no es "posible". Con eso se rompe uno de los principales objetivos de la Clasificación Internacional de Enfermedades: buscar comparabilidad.

- Segundo, no veo razón para no utilizarse el concepto de causa básica para mortalidad perinatal. Si bien es cierto que (en el modelo propuesto en la pág. 90 del Vol. 2) se ofrece espacio para informar las afecciones maternas, no justifica un certificado diferente. Inclusive con la propuesta de línea d) en el modelo "general" (pág. 31), hay suficiente espacio para una información completa sobre afecciones del niño y de la madre, tanto en la parte I como en la II. Además, los códigos que se van a usar para las afecciones maternas están todos comprendidos entre P01 y P04, es decir, ya son los códigos que se usan para codificar causa básica.

- Tercero, a pesar de que las reglas de selección para muertes perinatales (las "P") son muy simplistas, su enunciado es bastante confuso. En la práctica lo único que se hace es "reponer" la información en la línea adecuada, sin preocupación con secuencia o con inicio del proceso. Se selecciona simplemente la primera información mencionada (al contrario de lo que ocurre con la causa básica).

- Cuarto, El uso de modelos diferentes y de reglas diferentes aumenta el riesgo de confusión tanto por parte de los médicos que tienen que llenar los certificados como por parte de los codificadores.

- Quinto, tabular todas las informaciones es exactamente lo que se recomienda al proponer estudios de causas múltiples. Además, lo que aparece en el apartado 4.3.3 (pág. 93), parece aún más inadecuado, pues nunca tendremos como causa "principal" de muerte perinatal una afección codificable en P00-P04. El ejemplo 6, de la pág. 96 simplemente no considera la información de eclampsia y codifica la causa de muerte como ignorada (P95). No estoy de

acuerdo. Es evidente que en muchos casos hay una interacción entre las afecciones maternas y las del feto/niño, quedando muy artificial su separación completa.

- sexto, las variables específicas propuestas en el modelo propio de certificado perinatal aparecen en casi todos los modelos de los países que adoptan un modelo único para todas las muertes. Son inclusive mucho más amplios, pues, por lo general solicitan las informaciones adicionales sobre la madre, el embarazo y el parto no solo para menores de 7 días y fetales, sino para menores de 28 o mismo de 365 días de edad. Sobre eso es importante notar que la tendencia de los países de la región de las Américas es unificar los modelos de certificados de defunción usando solo uno, tanto para muertes fetales como no fetales, tal como lo han hecho recientemente Colombia y Venezuela.

- El Programa Especial de análisis de Salud (SHA/OPS) dispone de copia de modelos de certificados de defunción de 40 países y territorios de las Américas. En 19 se usa el mismo modelo para todas las defunciones (fetales o no), en 18 hay modelos diferentes para defunciones ("generales") y defunciones fetales y solo 3 tienen modelos propios para defunciones perinatales. Sin embargo, ni los modelos usados en Uruguay, Chile y en las Islas Vírgenes Británicas (los que usan modelo específico para perinatal), ni los criterios de codificación ni rangos de edades utilizados son iguales.

En mi opinión se debería solicitar no solo a los 3 de la región, sino a los otros pocos países del mundo que lo adoptaron, una evaluación de las reales ventajas de un modelo propio (y por supuesto las desventajas). Además, deberíamos solicitar del MRG (Mortality Reference Group) una reevaluación y revisión de la recomendación.

=====

Forum-CIE/Definiciones/1 (29/oct/99)

Considerando la necesidad de estandarizar criterios, conceptos y definiciones en programas de salud, en estadísticas vitales y en el uso de datos e indicadores, el Forum-CIE circulará periódicamente aclaraciones sobre puntos que puedan generar dudas o interpretaciones controversiales.

Como sabemos, aparecen en la CIE muchos códigos relacionados con el aborto y sus complicaciones.

Sin embargo, en las definiciones que acompañan las sucesivas revisiones de la CIE, el concepto de aborto no aparece, así como raramente aparece en compendios de estadísticas vitales. Una de las dificultades es la definición de la "frontera" exacta entre aborto y mortinato. Hasta la CIE-9 se usaba dividir las pérdidas fetales en precoces (hasta 19 semanas de embarazo), intermedias (20-27 semanas) y tardías (28 y más). Las pérdidas fetales tardías caracterizaban la mortinatalidad (o natimortalidad) y las precoces los abortos, siendo que las intermedias en general también se consideraban abortos.

Con el cambio verificado en la CIE-10, no solo el período perinatal pasa a iniciar con 22 semanas de embarazo, como también queda más fácil establecer la "frontera" entre aborto y mortinato.

En el documento WHO/FHE/MSM/94.11 ("Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries"), publicado por la OMS en 1994, aparecen varias definiciones e indicadores relacionados con la situación de salud y la atención maternoinfantil, las cuales son referidas como "no oficiales de la OMS" ("These definitions are not to be considered as official WHO definitions but are provided as a guide to be used with this document").

Una de las definiciones se refiere al aborto:

"Aborto es la terminación del embarazo (expulsión o extracción del embrión/feto) antes de 22 semanas de gestación o abajo de 500 gr. de peso del feto".

Sin embargo, tal como se ha redactado la definición, hay una evidente contradicción con lo que aparece en las definiciones adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud (WHA20.19 y WHA43.24), a las cuales deberán atenerse los Estados Miembros (Reglamento de Nomenclatura, Art. 2) (Ver CIE-10, Vol. 1, pág. 1167 y 1173). En la definición de aborto es indispensable mencionar que el producto de la concepción (feto o embrión) se encuentra muerto antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre. Si el producto de la

concepción, independientemente de la duración del embarazo, respira o da cualquier otra señal de vida es un nacido vivo. No importa si es "viable" o no, si hubo un intento de aborto o no, si tenía menos de 500 gr. o más. Eso significa que para caracterizarse un aborto se debe antes excluir la posibilidad de que se trate de un nacido vivo.

La definición recomendada, por tanto, es: "Aborto es la terminación del embarazo, con la expulsión o extracción de un embrión/feto muerto (que no respira o da cualquier otra señal de vida) antes de 22 semanas de gestación o abajo de 500 gramos de peso del mismo."

Si el producto MUERTO de la concepción tiene más de 22 semanas de gestación y/o 500 gr. de peso, no es considerado aborto sino mortinato (natimorto o nacido muerto).

=====
Consulta C024

Como codificar la causa básica en los siguientes certificados:

1. (Femenino, 70 años)
I a) paro cardíaco
b) vómitos
2. (Masculino, 2 meses)
I a) asfixia por broncoaspiración
b) rinofaringitis

=====
R024 (16/nov/99)

1. Se acepta la secuencia, particularmente por se tratar de persona de 70 años. Por Principio General la Causa Básica es "vómitos"; como esta es mal definida, por Regla de Modificación A la causa sería "Paro Cardíaco". Sin embargo, en el Brasil "paro cardíaco" sin mención de enfermedad cardíaca también es "mal definida". Por ende, nos quedamos con el "mal definido" inicial:

Causa Básica = vómitos: R11.

2. La duda es aceptarse la secuencia: Rinofaringitis es afección trivial? Afecciones más graves y que podrían ser entendidas como rinofaringitis están excluidas de J00 (ver Vol. 1). En mi opinión la Rinofaringitis es afección trivial, aplicándose la Regla de Modificación B para seleccionar Asfixia por Regla 2 y luego broncoaspiración por Regla 3. La Causa básica es W84.9 (Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

1. Por Principio General selecciono Vómitos R11. No aplico ninguna otra regla, pues estoy ante dos entidades que clasifican en el Capítulo de mal definidas. (El paro cardíaco, incluso se orienta codificar R98 o R99) y solo en casos especiales se acepta, como causa básica cuando sea la única información disponible. Para este caso creo que se anotó como una forma de completamiento de la fila a) solamente.

2. Por Principio General selecciono Rinofaringitis J00. Si tomo en consideración las reglas, tal como aparecen en la CIE-10, y haciendo uso de la tabla de consistencias, debiera considerar esta entidad como una afección trivial y codificar la broncoaspiración. Tratándose de un niño de solo 2 meses de edad, en mi opinión, no aplicaría Regla B afección trivial, pues no es igual este cuadro en un niño pequeño que en un adulto o niño de mas edad, por tanto codifíco como causa básica la Rinofaringitis.

(Ana Consuelo - Cuba)

- 1) femenino, 70 años
I a) paro cardiaco I46.9
b) vómitos R11.X
PG = R11.X
RMA = COMO SI NO HUBIERA SIDO INFORMADA R11
Causa Básica = I46.9
- 2) masculino, 2 meses
I a) asfixia por broncoaspiración W84.9, T17.5
b) rinofaringitis J00

PG = J00

RMB = COMO SI NO HUBIERA SIDO MENCIONADA J00

Causa Básica = W84.9 (Carlos Muñoz/CEVECE - Venezuela)

Comentarios: (Roberto Becker - OPS)

1. Tanto el Centro Colaborador de Brasil (CBCD), como la nota bajo "Paro cardíaco" en el Índice de la CIE-10 en español, orientan que el "paro cardíaco" sin mención de enfermedad cardíaca debe considerarse "mal definido". En el caso, la aplicación de la regla A en la práctica nos llevaría a tener el paro cardíaco como única información (ignorándose vómitos, por ser mal definida). En ese caso es preferible quedarse con una "mal definida" (Vómitos, R11) do que con paro cardíaco.

A propósito de eso, acaba de ser aprobada una nueva forma de uso de la Regla A, según la cual, para efectos de aplicación de la misma, el "paro cardíaco" (I46.9) así como algunas otras afecciones deben igualmente ser consideradas "mal definidas". Sin embargo, dado que la vigencia de tal modificación no es inmediata, por el momento solo I46.9 deberá ser considerado como "mal definido", para efectos de aplicación de Regla A, tal como es la recomendación actual.

Los demás códigos serán informados oportunamente.

Asimismo, si I46.9 es información única, vale lo que aparece en la nota del Índice, es decir, codificase como causa "ignorada".

2. Con referencia a la Rinofaringitis, así como a muchas otras enfermedades y afecciones no hay una relación única de afecciones triviales adoptada por todos los países. Es nuestra intención revisar las listas de afecciones triviales usadas en la Región para llegar a una relación uniforme que pueda ser recomendada para uso en todos los países.

En el caso específico, la selección de la causa básica depende, por ahora, de la lista de afecciones triviales y de la práctica de cada uno.

Si se considera Rinofaringitis como trivial, de interpretarse la asfíxia como "no especificada", la causa básica sería W84.9. Si se considera que la aspiración fue de moco o catarro, la causa básica debería ser W80.9.

=====

Consulta C025

Mujer, 24 años

- Ia) choque séptico (2 días)
- b) peritonitis (3 días)
- c) laceración de la vejiga transcesárea (3 días)
- d) cesárea por presentación pélvica (3 días)

-Cuál código atribuir a cada información?

-Cuál la causa básica?

=====

R025 (16/nov/99)

- a) ... 075.1 (T81.1)
- b) ... 085 (K65.0)
- c) ... 071.5
- d) ... 064.1

Causa básica: 064.1

1- Tengo duda si para la codificación de cada causa deba utilizarse el Capítulo letra O, o es preferible, por proporcionar mas precisión en la información utilizar códigos de los distintos capítulos, así pudiera ser el choque séptico T81.1, Peritonitis K65.0.

2- La presentación pélvica va al O32.1, pero asumo la presencia de obstrucción, por cuanto fue necesario realizar la cesárea (aunque puede no ser esta la única causa de la misma, si creo que es altamente probable).

3. La peritonitis K65.0, como aguda, pues el tiempo informado así lo evidencia (Ana Consuelo - Cuba)

La secuencia es lógica. La causa informada en d) es una cirugía y un procedimiento nunca puede ser la Causa Básica. Siempre la Causa Básica será lo que determinó la ejecución del procedimiento. En el caso la cesárea se hizo por presentación pélvica. Por lo tanto, la Causa Básica es 064.1 (causa materna,

obstétrica directa).
(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Mujer, 24 años

I a) ... 085

b)

c) PROCEDIMIENTO

d) ... 032.X

Causa básica, por PG = 032.1

(Carlos Muñoz/CEVECE - Venezuela)

Comentarios: (Roberto Becker - OPS)

Estoy de acuerdo con lo que plantea la Lic. Ana Consuelo Mesa (de Cuba). De hecho, si la Causa Básica se codifica en el Capítulo de Embarazo parto y puerperio, para la codificación de cada diagnóstico (causas múltiples) es preferible buscar el código que nos ofrece información más precisa, en ese caso, fuera del Capítulo XV ("O").

Esa ha sido también la recomendación aprobada en la última Reunión de Directores de Centros Colaboradores de la OMS en Clasificación de Enfermedades, realizada el mes de octubre pasado en Cardiff, Wales:

Cuando la causa básica (materna) se codifica con un código del Capítulo XV ("O"), para la codificación de los demás diagnósticos (para causas múltiples) debe buscarse el código más preciso, en cualquier capítulo de la CIE. Si la Causa Básica de una muerte materna no es codificada en el Capítulo XV (lo que puede ocurrir), es importante buscar un código de ese Capítulo (XV) para asignar a algún diagnóstico en la codificación de causas múltiples. (Ver también Forum-CIE/R012)

Dado que esa recomendación no tiene implicación sobre la selección de la causa básica, debería ser implementada de inmediato.

De esa forma se garantiza la presencia en las bases de datos de por lo menos un código del Capítulo XV en algún campo (causa básica o causas asociadas), lo que facilita la identificación y el recuento de la mortalidad materna.

En relación con la codificación específica del caso presentado:

Ia) choque séptico (2 días) = T81.1 ó 085 (El término "choque séptico" se codifica como "septicemia" y no como "choque". 075.1 no es choque séptico. 075.3 es septicemia durante el trabajo de parto. Por el tiempo informado quedamos con septicemia puerperal, 085)

b) peritonitis (3 días) = K65.0 ó 085 (el mismo código se usa tanto para peritonitis como para septicemia puerperal. Ver términos de inclusión en 085).

c) laceración de la vejiga transcesárea (3 días) = 071.5 ó T81.2

d) cesárea por presentación pélvica (3 días) = 064.1 (Parto por cesárea, en morbilidad se codifica 082.- y la atención materna por mala presentación en 032.-. Dado que la causa básica es lo que determinó la realización del procedimiento, considero implícita una complicación (obstrucción) del trabajo de parto, lo que lleva al código 064.1, que es la causa básica).

Aunque los códigos alternativos mencionados anteriormente T81.1 (choque séptico resultante de un procedimiento), K65.0 (peritonitis) y T81.2 (laceración durante un procedimiento) presenten notas de exclusión cuando son obstétricos, eso es válido si son seleccionados como causa básica. Como la causa básica seleccionada fue otra, tal nota de exclusión no tiene que aplicarse para causas asociadas, considerando que la información queda más precisa.

=====
Consulta C026

Masculino, 80 años

Ia) neumonía hipostática

b) sepsis del muñón

c) amputación supracondilea del miembro inferior derecho

d) arteriosclerosis obliterante

II accidente vascular encefálico antiguo (10 años)

- Qué código atribuir a cada información?

-Cuál la causa básica?

=====

R026 (23/nov/99)

- Ia) Neumonía hipostática J18.2
- b) Sepsis del muñón T87.4
- c) Amputación supracondilea MID -
- d) Arteriosclerosis obliterante I70.9

II Accidente vascular encefálico antiguo I69.4

Causa básica, por principio general y Regla C: I69.4. Así quedaría si se siguen estrictamente las orientaciones y reglas de la CIE. Ahora bien, como este caso lo envié yo, deseo comentar lo siguiente:

- 1- En Cuba, arteriosclerosis obliterante esta referida a los miembros
 - 2- Con esta solución cambio totalmente la defunción, la cadena de acontecimientos y por ultimo la causa básica codificada no tiene relación con lo que realmente sucedió.
 - 3- Esta situación se presenta también cuando están presentes en la parte II cardiopatías isquémicas o Hipertensión, no es un caso infrecuente en mi país, y nosotros no aplicamos la regla de asociación. La solución es CAUSA BASICA I70.2, por principio general y regla D.
 - 4- En una investigación realizada sobre calidad en la certificación de las causas de muerte se pudo corroborar que este tipo de certificación estaba correcta, y que la aplicación de la regla 7 (CIE-9) solo introducía un error, por lo que como subproducto de la misma se acordó codificar solo por Regla General y R8 (CIE-9).
- (Ana Consuelo - Cuba)

La causa básica es "arteriosclerosis obliterante" (en el caso, I70.2) Neumonía hipostática es la causa terminal: J18.2
Sepsis del muñón es complicación de cirugía: T87.4
Amputación supracondilea no es enfermedad. Es procedimiento. Si uno quiere un código de complicación no especificada de cirugía, el mismo sería T88.9.
A pesar de que hay una orientación específica en el Vol. 2 para aplicación de la Regla C (asociación), según la cual la causa básica sería I69.4, prefiero codificar en I70.2. Llama la atención que el Accidente Vascular Encefálico es antiguo (10 años). No parece lógico que sea la causa básica, dado que la muerte ocurrió por una cadena de acontecimientos donde las complicaciones son recientes y se iniciaron con la arteriosclerosis obliterante del miembro inferior, lo que llevó a la amputación, infección y muerte. No hay ninguna relación con la manifestación vascular encefálica en la cadena de eventos por lo que, en mi opinión, en ese caso no se debería hacer la asociación.
(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

- I a) neumonía hipostática J18.2
- b) sepsis del muñón T87.6
- c) amputación supracondilea del miembro inferior derecho
- d) arteriosclerosis obliterante I70.9

II accidente vascular encefálico antiguo (10 años) I69.4

Principio General = I70.9

Regla de Modificación C = I69.4

(Carlos Muñoz/CEVECE - Venezuela)

Comentarios (Roberto Becker - OPS):

Ese caso se ha enviado también al "Mortality Forum" (Lars Age) y en la medida que reciba comentarios los haré circular en el Forum-CIE.
De hecho, es difícil aceptar una asociación de un problema actual con un accidente vascular encefálico ocurrido hace 10 años. Estoy de acuerdo en codificar la causa básica en I70.2. Para causas múltiples, la sepsis del muñón es T87.4 y la neumonía hipostática J18.2.
Conforme se ha mencionado en varias consultas circuladas anteriormente, la CIE-10 tiene mecanismos de actualización (o corrección, si fuera el caso). Algunas de las notas para asociación existentes en el volumen 2 ameritan revisión, y esa parece ser claramente una de ellas. Después de obtener los comentarios del "Mortality Forum" deberemos enviar sugerencia o recomendación al "Mortality Reference Group" (MGR) para que el mismo revise las notas específicas y, si hay

acuerdo, determine los cambios o correcciones necesarios.

=====
Consulta C027

Cómo codificar Síndrome de resistencia a la insulina ?
El síndrome es también conocido como Síndrome de Reaven o "Síndrome X"
=====

R27 (16/nov/99)

No existe un código específico para ese síndrome o sus sinónimos. Si hay resistencia a la insulina, significa que el metabolismo de la glucosa está perjudicado, llevando a su aumento, es decir, a una hiperglicemia.
Códigos sugeridos: R73.9 o E74.8
(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Comentarios: (Roberto Becker - OPS)

La cuestión fue enviada también al "Mortality Forum", de donde recibí dos comentarios:

1. De Leiber, Die klinischen Syndrome (traducido):

Likoff-Syndrome = Síndrome X = enfermedad de los pequeños vasos = angina microvascular

Enfermedad tipo Angina pectoris sin ECG anormal y con vasos coronarios normales en la angiografía. Códigos sugeridos: I20.8 o I25.8 dependiendo de la duración (M. Schopen, de Alemania)

2. Algunos autores informan que el "término Síndrome X es hoy muy diseminado para especificar pacientes con dolor anginoso en el pecho, ECG compatible con isquemia, angiocoronariografía normal y ninguna evidencia de espasmo coronario". (Chen, Jw et alii, Chuang Hwa I Hsueh Tsa Chih (Taipei) 1997, 60 (4): 177-83).

Otros autores describen el Síndrome X como un conglomerado de anomalías metabólicas, que incluyen hiperglicemia, hipertensión arterial, bajos niveles de colesterol de alta densidad y altos niveles de triglicéridos con impacto en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. (Trevisan, M. et alii, Am.J.Epidemiol, 1998, 148(10):958-66).

Un tercer grupo de autores cuestiona si el Síndrome X existe realmente y que un consenso sobre su definición, etiología, patología, pronóstico y tratamiento debería ser buscado. (Futterman LG, Lemberg L, Am J Crit Care, 1993, 2(5):428-30).

A pesar de toda la discusión, el diagnóstico de Síndrome X aparece y necesita un código. Sugiero dar prioridad a la enfermedad anginosa y codificar en I20.8. (A. H. Santo, de Brasil)

=====
Forum-CIE / Actualizaciones/3

Conforme mencionado en mensaje anterior, hemos preparado una lista de alteraciones, cambios y correcciones necesarias en el Índice alfabético de la CIE-10 (Vol. 3) (Ver adjunto ACTUALV3.DOC)

Se incluyen:

- correcciones de errores detectados en la versión impresa en español
- alteraciones debidas a cambios hechos en el Vol. 1 (Lista Tabular), mencionados en el mensaje Forum-CIE/Actualizaciones en la CIE-10, enviado anteriormente
- Alteraciones debidas a cambios de interpretación y correcciones aprobadas en las reuniones de los Directores de Centros Colaboradores de la OMS en CIE. La misma lista de correcciones se está enviando también a la OMS, en Ginebra, para que se incluyan en el CD-ROM ("ICD in CD-ROM"), que deberá (finalmente!) estar disponible en enero o febrero/2000.

En las próximas reimpresiones del Vol. 3 de la CIE-10 en español también se incluirán las correcciones.

Como ustedes saben, las correcciones en un índice alfabético son específicas para cada idioma.

Las correcciones al Índice en español deberán estar disponibles también, a partir de enero, en la página Internet del Programa Especial de análisis en Salud (SHA/OPS):

<http://www.paho.org/spanish/sha/SHACIE.htm>

The corrections to the English version of ICD-10 Index can be downloaded from:

<http://www.who.int/whosis/icd10/corr-eng.htm> (ICD-10 page in the WHO website)

As correções correspondentes ao Índice em português estão sendo publicadas no "Boletim do Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português" (CBCD), o

qual também aparece em versão eletrônica no "site": <http://www.fsp.usp.br/~cbcd/> do mesmo Centro. Qualquer esclarecimento adicional sobre a versão em português

pode ser solicitado por correio eletrônico diretamente ao CBCD: cbcd@fsp.usp.br

=====

Continúa en el archivo FORUM00.DOC

=====

Consulta C028

Desde la CIE-8 existe un grupo de códigos para causas externas en las que se ignora si fueron accidentales o intencionales:

CIE-8: (Vol. 1, pág. 374)

LESIONES EN LAS QUE SE IGNORA SI FUERON ACCIDENTAL O INTENCIONALMENTE INFLIGIDAS (E980-E989)

"Las categorías E980-E989 se destinan a ser usadas cuando no se haya podido determinar si las lesiones o traumatismos fueron de carácter accidental o si obedecieron a intentos suicidas u homicidas. Ellas incluyen lesiones autoinfligidas en las que no se especifique si fueron accidental o intencionalmente producidas."

CIE-9 (Vol. 1, pág. 677)

LESIONES EN LAS QUE SE IGNORA SI FUERON ACCIDENTAL O INTENCIONALMENTE INFLIGIDAS (E980-E989)

"Las categorías E980-E989 se usan cuando se declara que, después de una completa investigación, el médico u otra autoridad legal no pueden determinar si las lesiones son debidas a accidente, suicidio u homicidio. Estas categorías incluyen las lesiones autoinfligidas cuando no se especifica si fueron accidental o intencionalmente producidas."

CIE-10 (Vol.1, pág. 1036)

EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA (Y10-Y34)

"Esta sección cubre eventos donde la información disponible es insuficiente para que la autoridad médica o legal pueda distinguir entre accidente, lesión autoinfligida y agresión. Incluye lesiones autoinfligidas, pero no envenenamiento, cuando no se especifica si el daño fue accidental o intencional."

La redacción de la nota que aparece junto al referido grupo de categorías ha cambiado en las tres últimas Revisiones, permitiendo diferentes interpretaciones, lo que dificulta enormemente las comparaciones.

En un trabajo presentado en una de las Reuniones de Directores de Centros Colaboradores (Caracas, 1994), el problema fue mencionado:

"El grupo Lesiones en las que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas (E980-E989) parece similar, en relación con las causas externas, a lo que son los Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos para las muertes naturales. [...] Sin embargo, la magnitud de la proporción de muertes asignadas a ese grupo, en relación con el total de muertes por causas externas y la variabilidad entre países, muestran claramente que en la práctica ese grupo oculta contenidos de diferentes naturalezas." (Improvement of the Basic Data: Facing Lessons of ICD-9, By Edna Roberts, PAHO/WHO). Sin embargo las discusiones habidas sobre el tema no lograron llegar a un consenso.

Las proporciones de las causas externas asignadas a "lesiones en que se ignora..." desde el final de los años 70 hasta inicio de los 90 han sido muy variables en nuestra Región, como muestran los siguientes ejemplos: 0,1% en Uruguay, entre 2 y 12% en Colombia, entre 35 y 52% en Chile, entre 1,6 y 2,6 en los Estados Unidos, entre 10 y 26% en Argentina, con distintas tendencias en cada país. En Brasil hay una clara tendencia a la reducción (20,7 en 79 y 7,6 en 97), pero la variación más notable se verificó en México, donde bajó de 32% en 1979 para 9% en 1980 y luego 1% en 81. En ese caso parece haber un cambio de criterios, quizás por influencia del cambio de la octava a la novena revisión.

Mismo dentro de los países se notan variaciones muy grandes. Por ejemplo, en Brasil, las "Lesiones en que se ignora..." representaron proporciones de las causas externas (1996) que van desde 0,3% en el Estado de Alagoas y 0,8% en el Distrito Federal, hasta 22% en los estados de Goiás y Rondônia, con valores intermedios como en los estados de Rio de Janeiro (16%), Minas Gerais (9%) y São Paulo (5%).

Además de diferencias en la precisión y rapidez de la disponibilidad de resultados conclusivos de las investigaciones sobre la intencionalidad de las causas externas, en lo que influyen múltiples factores, parece haber claramente una gran diversidad de criterios para codificar una causa externa como "evento de intención no determinada" (tal como se llama en la CIE-10).

Lo que se solicita es que ustedes informen exactamente que criterios se usan en sus respectivos países para la codificación de las causas externas,

específicamente, cuándo y cómo se usan códigos del grupo "lesiones de intención no determinada", y si hubo algún cambio de criterios, vinculado o no a la adopción de las sucesivas revisiones de la CIE. Además, se solicita la opinión de cada uno, sobre cuál debería ser el criterio más adecuado para uso de los mencionados códigos, para que se pueda uniformarlos.

=====

R028 (16/may/00)

Este tema ha sido uno de los que más me ha motivado a buscar soluciones para mejorar la precisión de la información de mortalidad por causas externas, especialmente porque no es posible pensar en intervenciones preventivas de las "lesiones en que se ignora..." o "de intención no determinada". Sobre el punto debo decir:

1. Aunque ha cambiado la redacción de la nota, cambiando incluso los subgrupos de causas donde se puede aplicar, creo que la esencia de su uso ha sido desde la Octava Revisión, la de contar con códigos donde agrupar pocos casos de defunciones, en los que el médico forense o similar o la autoridad que haya emitido el certificado de defunción especifique y explicité verbalmente que "no pudo establecer la intencionalidad del evento en que actuó una causa externa". Por lo tanto, desde mi punto de vista no se puede usar este grupo de causas para codificar morbilidad (y eso debería estar escrito en las notas) ni tampoco se lo puede usar para codificar supuestas causas externas que no están escritas en certificados donde sólo se menciona algún tipo de lesión o intoxicación. Sé que esta apreciación no es compartida por todos los especialistas en Clasificación.

2. Concuero plenamente con la idea de que este es un grupo de causas mal definidas.

3. Por último, es precisamente este el principal problema de la calidad de los datos de mortalidad por causas externas en Chile, donde más del 50 por ciento de los certificados de defunción por causa externa sólo registra lesiones y omite la anotación de la causa externa. A su vez, esto ha sido interpretado por las codificadoras de mortalidad del Ministerio de Salud, como equivalente a "lesión de intención no determinada" o "en que se ignora".

En Chile, es imposible que el certificado médico de defunción refleje los resultados conclusivos de las investigaciones judiciales sobre la intencionalidad de las causas externas, por razones relacionadas tanto con el carácter legal del certificado, como con el procedimiento de registro y el procedimiento penal, que entran en permanente conflicto. Si el forense registrara la causa externa en el certificado médico de defunción, que es legalmente un "instrumento público", estaría violando el "secreto del sumario" y se expondría a ser sancionado por el juez de la causa. Como la cobertura del Servicio Médico Legal de Chile no abarca al total de la población, hay procedimientos forenses que son realizados por médicos no legistas, a quienes los jueces "designan" para hacerse cargo del peritaje. Creo que son esos médicos, que ignoran lo del secreto del sumario, pero también los legistas de localidades más pequeñas, que por lo mismo conocen los antecedentes de cada caso, los que anotan en el certificado las causas externas.

En fin, en Chile no hay un criterio establecido, que pueda ser expresado en una norma de codificación, porque no lo hay para ningún otro caso de asignación de códigos, dada la inexistencia de un organismo especializado en estadística de salud, sino que las codificadoras, basándose en la naturaleza del traumatismo o envenenamiento, infieren una probable causa externa y la ubican en ese tipo de intencionalidad no determinada. Por ejemplo, si el certificado dice "asfixia por ahorcamiento", como acostumbra a escribir los legistas, ellas codifican como "ahorcamiento de intención no determinada". Si dice otro término favorito de los legistas como "carbonización parcial (o total) de partes blandas" o "de partes blandas y óseas", etc. ellas infieren que se trata de Y26.9 ó el cuarto carácter que hayan averiguado.

Cuando los legistas escriben "politraumatismo" o "traumatismo cefálico, raquídeo y de extremidades", la cosa se les complica y al menos con la CIE-10 han entendido que deben codificar en X59, porque si no, estarían "infiendo" demasiado, además de que la Clasificación lo dice.

Desde mi punto de vista, estos códigos sólo deberían ser usados con el sentido de "imposible de determinar la intención, una vez terminada la investigación criminalística y judicial".
(Danuta Rajs - Chile)

Se incluyen en éste todas las muertes debidas a traumatismos, que no vienen señalados en el certificado de defunción como suicidio, homicidio o accidente y en la descripción donde se debe identificar si ocurrieron de una manera accidental, o intencionalmente infligida.

Conclusión: continúa la deficiencia en la descripción del suceso en las muertes violentas. Recomendaciones:

1.- En el reverso del certificado de defunción deberían especificarse muy puntualmente como se debe llenar y que datos deben estar en el certificado en caso de muertes debidas a traumatismos.

(Carlos Muñoz/CEVECE - Venezuela)

Nosotros usamos unos criterios resumidos en el "Manual de causas de defunción" elaborado por el INE (Instituto Nacional de Estadística) consensuado con las distintas Comunidades Autónomas y que transcribo mas adelante en la versión actual (CIE-10), aunque se utilizaron los mismos criterios para la CIE-9.

La tabla 1, se utiliza en el caso de que el Boletín Estadístico de Defunción venga acompañado del MNP-52 (utilizado siempre que hay intervención judicial), insuficientemente cumplimentado.

Pienso que la utilización de la tabla, es un buen sistema para unificar criterios en Registros de Mortalidad de características similares.

Cuando la muerte ha ocurrido de forma violenta, se ha de utilizar el Capítulo XX Causas Externas de morbilidad y mortalidad (V01-Y98).

Categoría de accidente: Cuando se desconoce la intención con la que se ocasionó una determinada causa externa, se busca dicha causa en el Índice alfabético (volumen 3, sección II, pág. 575-624); y si a continuación de la causa externa figura el término (accidental) entre paréntesis, se le considera accidental.

Las causas externas, que no tengan categoría de accidente, se codificarán en las categorías Y10-Y34 (Eventos de intención no determinada), excepto sobredosis droga X42.- y ahorcamiento X70.-

Tabla 1

Motivo	Supuesto	Hecho o Violencia	Lesión Producida	Codificación
blanco		blanco	blanco	Y34.-
blanco		blanco	violenta	Y34.-
blanco		blanco	no violenta	lesión producida
otro accidente		blanco	descrita	lesión producida
otro accidente		blanco	violenta	X59.-
blanco		descrita	descrita	Y10-Y34 (*) (1)
otro accidente		blanco	blanco	X59.-

(*) Excepto, aquellas causas que tengan categoría de accidente en el Índice (Volumen 3), Sobredosis droga X42.- y Ahorcamiento X70.- .

(1) Este criterio se utilizará también en los casos en los que se informa de una causa violenta en ausencia de MNP-52.

(Sara Cerdeira - Galicia/España)

Es cierto que en las tres últimas revisiones de la CIE (VII, VIII y IX) se han establecido diferentes criterios para clasificar los hechos violentos en los cuales se desconoce si fueron accidentales o intencionales.

En la octava revisión, las muertes violentas donde no se especificaba el tipo, fueron asignadas al grupo E980-E989.

Para la novena revisión, el nuevo concepto "...después de una completa investigación...cuando no se pudo lograr la información se asigna a E980-E989," no fue interpretado adecuadamente, por este motivo en los años 1981 - 1984 las muertes por este grupo bajaron en relación a la octava revisión. A partir de 1985 al aclararse este concepto, se ubicaron en la frecuencia correspondiente.

En cuanto a la revisión actual, el título de este grupo ha cambiado notablemente a "Eventos de intención no determinada" y parece la más apropiada, siempre se trata de investigar previamente para corregir el código, pero hay un detalle que no lo veo claro en el concepto: <Incluye lesiones autoinfligidas,

pero no envenenamiento, cuando no se especifica si el daño fue accidental o intencional> o sea que en este grupo clasificaremos aquellas muertes aparte de las lesiones intencionales, las que sean por envenenamiento cuando éste no se indique si fue accidente o intento de envenenamiento?

(Yolanda Pérez Marcano - Venezuela)

El certificado de defunción tiene una pregunta que dice; si es muerte violenta parece deberse a: accidente, suicidio, homicidio, otro, por investigar. El medico legista, con la información que le suministra el instructor policial, marca el escaque correspondiente al momento de hacer el certificado. En el caso que nos ocupa, si dice por investigar, se codifica como lesión en la que se ignora si fue accidental o intencionalmente infligida. si posteriormente llegan resultados de las investigaciones y se aclara, se realizan las modificaciones pertinentes, de lo contrario, queda así. Cuba ha utilizado este criterio siempre, es decir, la modificación que introducía la CIE-9 no se aplico, y la razón es que precisamente nos interesa tener bien identificados en la base de datos todos estos casos para reclamar continuamente los reparos con las aclaraciones, además de ser un indicador indirecto (pues esto no depende de salud publica) de calidad de este tipo de certificaciones. En Cuba, entre 1968 y 1998 no hay fluctuaciones importantes como se ha observado en otros países, según comentario anexo al final de la pregunta, aunque si ha habido una discreta tendencia a disminuir el numero y continuamos esta línea de trabajo para mejorar aun más. El envenenamiento, si no ha sido debidamente clasificado, también se codifica en este grupo y así se continuara, pues en nuestro país como forma de homicidio es extremadamente raro. En niños es mayoritariamente accidental, pero en adultos y principalmente sexo femenino, es frecuente como una de las formas de suicidio.

(Ana Consuelo Mesa - Cuba)

Lesiones en las que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas E980-E989 (octava y novena revisiones) y eventos de intención no determinada Y10-Y34 (décima revisión). Las proporciones de estas causas desde finales de los setentas, hasta inicio de los noventas han sido variables; en el caso de México bajó de 32% en 1979, a 9% en 1980 y 1% en 1981.

JUSTIFICACIÓN: Lo anterior se debe principalmente a que hasta 1979 los traumatismos de intencionalidad no especificada eran codificados en el grupo E980-E989 (CIE-9) por instrucciones del experto nacional, a pesar de que la CIE (8ª a 9ª revisiones) daban instrucciones precisas para que fueran codificados como accidentes, ejemplo:

Traumatismo, lesiones (accidental) E928.9 (9a.) X59.- (10a.)

Esto indica que los traumatismos y lesiones cuando no se especifica la intencionalidad se codifican como accidentes.

El cambio de criterio se dio por el acercamiento a las instancias internacionales (Centro Venezolano para la Clasificación de Enfermedades y la Organización Panamericana de la Salud). Los asesores explicaron en su oportunidad que estos eventos deberían ser codificados en el grupo de accidentes, argumentando que el criterio tomado por la CIE a este respecto se basó en el "análisis de frecuencias"; es por ello que en México, a partir de la visita en 1979 de personal de los citados organismos y con motivo de la presentación de la novena revisión, las autoridades nacionales dieron la orden para cambiar el criterio en la codificación.

Un dato adicional es que antes de la implantación del nuevo modelo de certificado de defunción, la fuente primaria para las estadísticas de mortalidad eran formatos y cuadernillos en donde se transcribían los datos a partir de las actas de defunción y del ministerio público, haciendo más difícil la codificación. Por otra parte los certificados de defunción eran heterogéneos en todo el país y no estaban bajo control. Muchos eran proporcionados por las funerarias.

En 1987 se implantó el nuevo modelo de certificado de defunción, el cual incluyó un apartado para que el médico legista y el ministerio público asentaran la presunta intencionalidad de las lesiones. Con ello el certificado sustituyó a los cuadernillos, ya que es ahora la fuente primaria para la elaboración de estadísticas y el codificador tiene un elemento más (el apartado

sobre la presunción de la intencionalidad de la lesión) para la codificación, aunque persisten problemas en la interpretación de ésta.

(Jorge Lara y Luis M. Torres P. - México)

En Colombia en el período en que se usó la CIE-9, en la mayoría de los casos de muertes violentas, cuando el médico no informaba en el certificado si existía una lesión accidental o intencionalmente infligida se utilizaban las categorías E980 - E989. En los casos en que se trataba de muertes por múltiples heridas por arma de fuego, o por arma cortopunzante, y donde se tenía información adicional acerca de los hechos, se codificaba en categorías diferentes a las mencionadas. De todas maneras resultaba casi imposible cumplir con lo establecido para el uso de las categorías en mención, puesto que los resultados de las investigaciones médicas o de la autoridad legal, se realizaban de manera posterior al diligenciamiento del certificado y no existía un mecanismo que permitiera retroalimentar al sistema.

Actualmente con la implementación de la CIE-10, Los códigos de eventos de intención no determinada, se usan:

1. Cuando en el certificado de defunción se informa muerte "Violenta" sin que se especifique la intención del evento que conlleva a la muerte, se codifican con las categorías Y10-Y33, dependiendo del mismo.

2. Cuando el médico que certifica no informa respecto al evento ni la intención, se utiliza la categoría Y34.

Además se diseñó un documento denominado "Enmienda Estadística de la defunción", el cual tiene como objetivo mejorar la información relacionada principalmente con la causa, por ejemplo los casos de muertes violentas o externas en los que posterior a la correspondiente investigación se llega a un mejor conocimiento de la cadena de eventos que condujeron finalmente a la muerte, así como a la intención de éstos, de esta forma es posible lograr un mayor afinamiento de los perfiles epidemiológicos del país.

(Grupo Estadísticas Vitales/DANE - Colombia)

En mi opinión la CIE-9 era bastante clara cuando mandaba usar E980-E989 cuando era declarado que se había hecho una investigación y el médico u otra autoridad no pudo determinar ... etc.

Aunque eso fuese claro, se sabía que el grupo E980-E989 era bastante utilizado, mismo cuando no había sido hecha una investigación.

De hecho, esas categorías pueden ser comparadas a las causas naturales mal definidas. Son las causas externas mal definidas!

En la CIE-10 es más o menos la misma cosa, aunque un poco más liberal que la CIE-9, pues no se exige... "después de una completa investigación..."

Frecuentemente surge la duda por parte de los codificadores: porqué no X59? Es necesario que quede claro que X59 es accidente (accidente SAI), mientras en Y10-Y34 no se sabe nada!

El hecho de la CIE-10 ser más liberal ha facilitado el uso de ese grupo en relación con la CIE-9.

Es lícito esperar que pueda variar mucho la frecuencia (%) del uso de estas categorías de país para país y mismo intra-país. Eso dependerá mucho de la información declarada por el médico (legista).

En el Brasil, con el intento de evitar la codificación de casos en ese grupo, se ha creado en la Declaración de Óbito (que es como se llama el certificado de defunción) un campo donde se solicita al médico que informe si se trata de suicidio, homicidio, accidente o ignorado. Aun mejor, se ha creado otro campo (abierto) donde se pide al médico para describir las "circunstancias" de la causa externa. Desafortunadamente el cambio en los modelos fueron hechos sin un adecuado preparo anterior a su implantación.

En una recién finalizada evaluación hecha en el Estado de Rio de Janeiro se verificó que el médico ha llenado el campo (abierto) en 70% de los casos, siendo que en 56% las descripciones fueran muy buenas. Nos parece muy bueno ese resultado y se ha iniciado un programa de orientación a los médicos del Estado. Mejor que intentar interpretar el grupo "indeterminado" y su uso, es necesario orientar a los médicos!

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Comentarios (Roberto Becker - OPS) (Ver también Forum-CIE/OR30, R031 y R014)
Naturalmente estamos todos de acuerdo en que es necesario un esfuerzo para mejorar la información, no solo sobre las causas externas, como también sobre todos los demás datos. Como siempre, las discusiones parten del supuesto de que se han agotado todas las posibilidades de aclaración. No nos olvidemos que la mayoría de las reglas de codificación existen debido a que la certificación médica frecuentemente es incompleta y fuera de orden lógico. En las respuestas arriba aparecen varios ejemplos de mecanismos que buscan la reducción de la proporción de causas externas de intencionalidad ignorada. Es importante recordar que la intencionalidad es el primer eje de organización de las causas externas en el Capítulo XX.

Al revisar la nota para utilización de las categorías del grupo E980-E989 de la CIE-9, se verifica que, por razones que desconozco, la expresión "pero no envenenamiento" está ausente de la versión en español, aunque presente en inglés, portugués y francés. De esa forma, la redacción debería ser:

LESIONES EN LAS QUE SE IGNORA SI FUERON ACCIDENTAL O INTENCIONALMENTE INFLIGIDAS (E980-E989)

"Las categorías E980-E989 se usan cuando se declara que, después de una completa investigación, el médico u otra autoridad legal no pueden determinar si las lesiones son debidas a accidente, suicidio u homicidio. Estas categorías incluyen las lesiones autoinfligidas, ** PERO NO ENVENENAMIENTO **, cuando no se especifica si fueron accidental o intencionalmente producidas."

Esto significa que los envenenamientos autoinfligidos, cuya intencionalidad no pudo ser determinada, se codifican como accidentales, al contrario de las demás lesiones autoinfligidas, las cuales deben ser codificadas en ese grupo, cuando la intencionalidad es ignorada.

En varias de las respuestas aparecen menciones o están implícitas la probabilidad y la frecuencia esperada. De hecho, sabemos que la frecuencia esperada influye en las disposiciones que aparecen en la CIE. Podemos aceptar que las disposiciones de la CIE basadas en frecuencia están correctas y, mismo en los casos donde los supuestos podrían no ser los más adecuados en alguna área, es recomendable adoptarlos para mantener la característica de Internacional de la Clasificación, la que garantiza la comparabilidad. Como hacer la "aplicación práctica" de las probabilidades, es decir, como (inclusive quien y cuando) redistribuir por frecuencia esperada las informaciones incompletas en los casos donde la Clasificación no lo hace automáticamente, a través de la aplicación de las reglas y notas para la codificación ?

Hay algunas situaciones muy claras, como por ejemplo, que muerte por ahogamiento casi siempre habrá sido accidental (difícilmente será homicidio o suicidio) y lesión por arma de fuego lo más probable es que se trate de homicidio. Por esta última probabilidad, la orientación general de la CIE, de codificar como accidente siempre que no haya absolutamente ninguna información, tampoco parece la más correcta. Por lo menos no para cualquier tipo de lesión. Algunas otras situaciones se encuentran mencionadas en las respuestas arriba, como la tabla usada en España.

Por otro lado, considerando lo que menciona Ana Consuelo, la experiencia de Cuba parece mostrar que no es tan correcto el supuesto de la CIE, de que envenenamiento autoinfligido es accidental "hasta que se pruebe lo contrario". Hay situaciones muy difíciles de evaluar, como es el caso de exposición al humo, fuego y llamas, que podría cuadrarse en intencional (especialmente homicidio) tanto como en accidental, o mismo intervención legal.

Por otro lado, existen estudios, como por ejemplo en Brasil, que identifican "formas (o armas) preferenciales", tanto para homicidios como para suicidios, de acuerdo con la región del país.

Como se ve, es muy difícil llegar a una orientación que pueda ser la más correcta y adecuada para cada realidad o situación específica. La tendencia, por lo general, es que en cada área se establezcan normas y tablas propias (como la de España). Por más que esas normas locales o nacionales puedan reflejar probabilidades muy concretas, existen algunos problemas relacionados con su uso:

- dificulta la comparabilidad;
- los patrones cambian de lugar para lugar y también con el tiempo;

- se pierde la noción de calidad (o falta de) de los datos;
- una vez hecho el cambio en la base de datos, en general no se puede "deshacerlo"

Por esas razones, en general mi recomendación es la de mantenerse en las bases de datos los valores "ignorados", "mal definidos" o "no determinados" de las variables (en ese caso, la causa básica), incluso las inconsistencias no resueltas. Eso permitiría hacer la distribución adecuada y deseada en el momento de tabular y analizar los datos. Hay, sin embargo, desventajas en dejar sobrecargadas tales categorías, especialmente las de "intención no determinada", ya que, aunque pongamos advertencias a los usuarios, muchos no se dan cuenta del problema, lo que puede sesgar sus conclusiones. Al menos en parte, esto puede ser obviado, haciendo la "redistribución" en el momento de preparar pretabulados, los que serían entregados a la mayoría de los usuarios, así como sería lo que aparecería en publicaciones y páginas "web".

Otro punto importante (mencionado especialmente por Colombia y Cuba) es mantener el interés en la búsqueda de datos complementarios para llegar a la información más completa y correcta posible. Una vez obtenida la información se puede corregir la base de datos de forma adecuada. Sin embargo, es necesario definir un plazo para lo que se acostumbra llamar "cierre estadístico" de una base de datos. En la disponibilidad de datos para análisis tenemos que considerar, además de cobertura y calidad, la oportunidad. En el caso de la mortalidad, parece razonable establecer como límite, a partir del cual NO SE CAMBIA MÁS NADA, unos 18 a 24 meses después de cerrado el año calendario. Durante el período en que la base de datos sigue "abierta" para eventuales correcciones, se pueden usar los datos con el rótulo de "provisionales" o "preliminares".

También quiero referir una fuente de información sobre causas externas de muerte de gran importancia, la cual siempre menciono, pero pocas veces la veo efectivamente utilizada: la prensa. Dado que la información sobre la causa básica externa no es una información de naturaleza médica (y no necesariamente jurídica), sería fundamental acompañar las páginas policiales (las más "sangrientas"...) de los periódicos, donde casi siempre tenemos nombres, apellidos, sexo, edad y causas básicas. No se justifica, por ejemplo, que las muertes por sucesos tales como homicidios, incendios, temblores, accidentes aéreos, etc., donde tenemos todos los datos, sigan siendo codificadas como "lesiones en las que se ignora ..."

Finalmente, en la misma línea de lo que dice Ruy Laurenti, queda claro que cualquier conjunto de soluciones que se adopten tendrá siempre sus problemas, los que solamente con el continuado esfuerzo de mejorar la cobertura y la calidad en la generación de los datos podrán ser totalmente superados.

=====

Consulta C029

Mujer, 26 años:

- I a) Estado postoperatorio
- b) Abdomen agudo operado
- c) Neoplasia trofoblástica gestacional.

1. Cuál la causa básica y que código atribuir a cada información ?
2. En que circunstancias y/o que tipos de neoplasias (tumores) se pueden considerar como causa materna ? En esos casos, cómo codificar ?

=====

R029 (17/mar/00)

1) Pienso que la causa fundamental de defunción es la neoplasia trofoblástica gestacional (D39.2) con entrada directa desde el índice. La otra posibilidad, Enfermedad trofoblástica SAI (O01.9) es mas inespecífica y en este caso no plantearía el problema, ya que se certificó como "neoplasia". Por otro lado "Abdomen agudo" (R10.0) al ser un mal definido no se codificaría al existir otro código, y de la misma manera "Estado postoperatorio" (R99), que tampoco se podría utilizar sabiendo el motivo de la intervención (pag.72-volumen 2). Con respecto a esto último, sólo comentar que las distintas Comunidades Autónomas de España, por consenso, determinaron que cuando solamente se indica intervención, sin poderse deducir un órgano o sitio específico, se interpreta

que ha fallecido como consecuencia de la operación asignándole el código (Y83.- o Y84.-).

No sabría contestar al punto 2, pues dependería del peso que tuviera la causa (neoplasia o complicación materna) en el fallecimiento.
(Sara Cerdeira - Galicia-España)

La secuencia es lógica y se debe aceptar. La Causa Básica informada y seleccionada es la "neoplasia trofoblástica gestacional". Esta enfermedad es la mola hidatiforme. Si es maligna el código es D39.2. Como está informado neoplasia, se supone que sea maligna pues, si no fuera, casi seguro, el médico hubiera informado "enfermedad trofoblástica" o "mola hidatiforme" (O01.9).

El Estado postoperatorio puede ser entendido como una complicación postquirúrgica y el código es T81.9. Abdomen agudo es R10.0
Las neoplasias (tumores) cuando de origen placentario tienen códigos específicos en el capítulo II. Ellos se suman a los códigos "0" (como el caso del tétanos obstétrico) para cálculo de la mortalidad materna. La causa básica en el caso es D39.2
(Cassia Buchalla y Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

1. La causa básica de la muerte se selecciona aplicando el principio general, recae en la Neoplasia trofoblástica gestacional O99.8 (D39.2). Considero recomendable acompañar el código D39.2 como código adicional para identificar el tipo y localización del tumor.
En las condiciones de embarazo, parto y puerperio, se debe considerar como complicación materna la información registrada en el certificado de defunción de cualquier neoplasia o tumor maligno, benigno, insitu o no determinado clasificables en C00-D48 y se deben codificar en O99.8 acompañada del código respectivo de la naturaleza y sitio anatómico de la neoplasia.
(Yolanda Pérez Marcano - Venezuela)

Al buscar en el índice Neoplasia dice (ver también tumor)
Tumor trofoblástico de sitio placentario: D39.2
Si buscamos como enfermedad trofoblástica (que es una forma genérica) dice: ver también Mola hidatídica (O01.9) Mola hidatídica, hidatiforme (benigna) (incompleta) (expulsada) (no expulsada) (que complica el embarazo) O01.9 - maligna D39.2
La expresión 'estado postoperatorio', realmente no proporciona información específica, es de suponer que hubo una complicación, pues el médico lo mencionó por alguna razón. El T80-T88 excluye las complicaciones de procedimientos quirúrgicos durante el embarazo, el parto y el puerperio (O00-O99), pero no me parece aplicable a este caso, sino en otras circunstancias. El abdomen agudo, de la misma manera, parece el cuadro asociado a lo anotado en c), no aporta nada nuevo.
Pudiera transferir el código D39.2 al O99.8 y decir que se trata de una muerte materna indirecta, según los términos en que se redactó el certificado. Pero, como ya hemos comentado, la información sola del certificado no sería suficiente para concluir.
Si hubiese ido por el camino de Enfermedad trofoblástica habría llegado a un código de aborto (O01.9), y estos, si son poco probables, puedan excluirse de muerte materna, incluso directa. Sin embargo, nuestros obstetras, nunca han estado de acuerdo, que la mola, en términos generales se le considere entre las causas de muerte materna y menos aun si es maligna.
Retomando el ejemplo y considerando el término neoplasia simplemente como tumor, pudiera ser una solución la causa básica O99.8, partiendo del D39.2, como ya mencione.
Una solución, puede ser, cuando no sea maligno codificar en O01, cuando se especifique que es maligno O99.8, tomando en consideración que estamos ante un capítulo prioritario. Considerar como materna solo la no maligna?
(Ana Consuelo - Cuba)

Comentarios (Roberto Becker - OPS):

Hago referencia a la consulta C025 (ver R025, circulada el 16/11/99), respecto a la recomendación aprobada en la última Reunión de Directores de Centros Colaboradores de la OMS en Clasificación de Enfermedades, realizada el mes de octubre pasado en Cardiff, Wales, la cual se reproduce a continuación, con parte de los comentarios:

Cuando la causa básica (materna) se codifica con un código del Capítulo XV ("O"), para la codificación de los demás diagnósticos (para causas múltiples) debe buscarse el código más preciso, en cualquier capítulo de la CIE. Si la Causa Básica de una muerte materna no es codificada en el Capítulo XV (lo que puede ocurrir), es importante buscar un código de ese Capítulo (XV) para asignar a algún diagnóstico en la codificación de causas múltiples. (Ver también Forum-CIE/R12, donde se presentan los códigos relacionados con mortalidad materna, fuera del capítulo específico)

Dado que esa recomendación no tiene implicación sobre la selección de la causa básica, debería ser implementada de inmediato.

De esa forma se garantiza la presencia en las bases de datos de por lo menos un código del Capítulo XV en algún campo (causa básica o causas asociadas), lo que facilita la identificación y el recuento de la mortalidad materna.

En relación con la codificación específica del caso presentado, hay dos informaciones que parecen ser las más importantes:

- 1) Debemos considerar como muerte materna (Se trata de un tumor de placenta, luego solo ocurre si hay embarazo)
- 2) El tipo específico de tumor

En mi opinión, si el sistema de procesamiento de mortalidad disponible (en el país) permite, además de la causa básica, más campos para causa(s) de muerte, sería preferible codificar la causa básica, tal como la aplicación de las reglas nos indica, en D39.2, usando como código adicional O99.8 (que nos permite el recuento de muertes maternas). T81.9 y R10.0 también podrían ser utilizados, dependiendo del número de campos disponibles para causas de muerte. Si disponemos apenas de un campo para la codificación, me parece más importante garantizar la información de muerte materna, codificando en O99.8

=====

Consulta C030

(de Colombia)

Cuando se tiene una muerte de una persona mayor de 65 años, que sufre una fractura patológica, ¿se pueden utilizar los códigos del Cap. XIX para codificar las causas antecedentes y directa y los Cap. I-XVIII para codificar la causa básica? Ejemplo:

Hombre, 92 años

- a) Embolia grasa pulmonar
- b) Fractura patológica de fémur derecho

Si en b) no se menciona que la fractura es patológica, ni hay antecedentes de osteoporosis, y teniendo en cuenta que este tipo de fracturas es más frecuente en personas afeadas, sería recomendable codificarlas como naturales o como externas?

=====

R030 (19/abr/00)

Si viene especificado "fractura patológica", existe entrada directa por el índice (M84.4). En el caso de no venir especificado, nosotros utilizamos el criterio de la edad, mayor de 75 años (M84.4) y menor de 75 años (X59) si es que no se puede obtener más información.

(Sara Cerdeira - Galicia-España)

Creo que si es posible codificar utilizando cualquier capítulo de la CIE, a pesar que el capítulo XIX, dice traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de CAUSAS EXTERNAS siempre que el resultado sea proveer más detalle o una mejor información acerca del caso la codificación como naturales o como externas es otro asunto. En esos casos donde no se establece claramente (como en este ejemplo) que no fue la fractura por osteoporosis, metástasis, etc., prefiero codificarlas como causas externas. Nos enfrentamos ante la discutida situación, de quien fue primero si la caída o la fractura (en el caso de edades avanzadas). Nosotros adoptamos que las fracturas de miembros en

personas de 60 y más años, codificarlas al W19.- y no al X59, pues con ello desapareceríamos el 50% de las caídas hasta ahora así clasificadas. Al inicio de la pregunta se menciona 65 años, cualquiera fuese la decisión final sobre estos casos, me parece que 65 años, es una edad muy baja, al menos para aplicar a mi país, y asumir como patológica una fractura no calificada. (Ana Consuelo - Cuba)

En este ejemplo la causa antecedente se codifica en el capítulo XIII, en tanto que la directa en el XIX. Embolia grasa pulmonar: T79.1 Fractura patológica de fémur derecho: M84.4

Se codifica M84.4 (fractura patológica) por principio general.

La categoría T79.1 sirve para Embolia grasa (traumática o no).

Como la afección (fractura patológica) es clasificable en los capítulos I-XVIII, la afección mórbida misma debe ser seleccionada como la causa básica.

Si no se mencionara que la fractura es patológica como en el siguiente ejemplo:

a) Embolia grasa pulmonar: T79.1

b) Fractura de fémur derecho: S79.2

Procedimiento: La causa básica es X59. Seleccionamos por principio general

S79.2. Como la afección morbosa es clasificable en el Capítulo XIX

(traumatismos, envenenamientos y ...), los códigos del Capítulo XX (causas externas) son los que deben utilizarse.

Si la embolia gaseosa o la embolia grasa se informan como debidas a un traumatismo, seleccionamos la lesión y luego un código del capítulo XX para identificar la causa externa e ingresarlo en la base de datos. Un código del capítulo XIX se puede utilizar adicionalmente para identificar la naturaleza de la lesión.

En cuanto a imputar todas las fracturas en personas mayores de 65 años, como patológicas, no estamos de acuerdo, debido a que esto podría incrementar falsamente estas patologías, una parte de las cuales pueden ser debidas a causas externas. En su lugar debería de promoverse la adecuada certificación de las causas por parte del médico.

(Luis Manuel Torres Palacios - México)

a) Embolia grasa pulmonar: T79.1

b) Fractura patológica de fémur derecho: M84.4

Principio General: M84.4

Si en b) no se menciona que la fractura es patológica, ni hay antecedentes de osteoporosis se codificara como caída accidental W19.9, S72.9. Para codificarla de esta manera como causa externa no se debe indicar que es patológica.

Como mucho otros ejemplos se debe hablar con el medico certificante de la muerte para mejorar la calidad del dato.

(Carlos Muñoz/CEVECE - Venezuela)

Fractura patológica nunca se codifica en el Capítulo XIX, el que solamente incluye consecuencias del Capítulo XX. Fractura patológica es M84.4, cuando no hay ninguna especificación.

Si hay especificación se usan otros códigos, pero siempre "M" (Capítulo XIII).

En el ejemplo, por PG la causa básica es M84.4.

Si hay mención de "fractura" sin ninguna especificación, mismo en persona añosa, siempre se debe considerar como causa externa.

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Comentarios (Roberto Becker - OPS)

No hay duda con relación a la fractura patológica / embolia grasa. La causa básica es M84.4 (con el dígito suplementario /5 ó .5 si se quiere especificar el sitio anatómico).

El problema existe en casos en los que no se menciona que la fractura es patológica. Es claro que la discusión supone que se hayan agotado las posibilidades de buscar más información.

La codificación se debe hacer con el mínimo de suposiciones posibles. Por lo general las suposiciones más obvias y aceptables se encuentran (implícitas o explícitas) en las reglas de codificación y sus notas. La ampliación de las

suposiciones puede ser riesgosa, debido a que en cada experiencia distinta se puede llegar a un resultado diferente, perdiéndose la comparabilidad. De una forma general, entiendo que las suposiciones se deben hacer al analizar los datos, no al codificarlos. Esa es la importancia de las categorías residuales: además de darnos indicaciones sobre la calidad de los datos, permiten su interpretación de distintas formas, de acuerdo con el tipo de análisis que se hace. En ese caso es siempre importante mencionar la decisión adoptada al analizar los datos. Sin embargo, si la decisión fue adoptada antes, al codificar, el análisis posterior queda mucho más limitado y, frecuentemente sesgado.

En el caso específico me parece más adecuado considerar siempre una fractura como consecuencia de una causa externa, si no hay otra información, sin asumirla como patológica.

Suponer, de otra parte, que una fractura no especificada es debida a una caída accidental, en cualquier edad, inclusive viejos, también es una suposición con la que no estoy totalmente de acuerdo. Sobre el tema, véase el mensaje "Forum-CIE/R031", que trata de fracturas no especificadas.

=====
Consulta C031

(Circulada en el "Mortality Forum", originada en Francia.)

Con la CIE-9, fractura de causa no especificadas se codifica en E887.

En la CIE-10 no existe un código correspondiente a E887, y fractura de causa no especificada se codifican en X59.- Exposición a factores no especificados, junto con todas las otras causas (no especificadas) de traumatismos.

Eso es solo un capricho de nosologistas anticuados o sería de alguna importancia epidemiológica mantenerse las fracturas (no especificadas) apartadas de otras causas?

En ese último caso, cómo podríamos codificar?

=====
R031 (19/abr/00)

Efectivamente, con la CIE-9, fractura de causa no especificada se codificaba en E887.X, sumándose al agrupar a las caídas accidentales. En países como Chile, donde los forenses casi nunca registran una causa externa, cuando se codificaba fractura de causa no especificada como E887.X se generaba una grosera sobrestimación de las caídas accidentales, tanto como causa de muerte, como en los egresos hospitalarios. Así por ejemplo, cuando se hizo el estudio con el indicador de "carga de enfermedad" (AVISA), el peso de las caídas accidentales apareció anormalmente elevado en relación con accidentes de tránsito, suicidios, etc.

Con la CIE-10, al codificar en X59 (más o menos equivalente a E928.8 ó .9), ya se produjo una reducción de esas falsas caídas accidentales, por supuesto a expensas del aumento de las exposiciones a causas no especificadas. Si bien el valor epidemiológico de este grupo es nulo en términos de generación de medidas preventivas, me parece que podría ser parte de un buen indicador de la calidad de los registros. Por supuesto, lo ideal sería realizar algún estudio que nos permita saber exactamente a qué causas externas correspondieron esos casos, pero hasta ahora no hemos tenido los recursos para ordenar la información que ya tenemos al respecto.

Por lo mismo, creo conveniente objetivar de alguna manera el volumen de todos los tipos de lesión o intoxicación por causas externas no especificadas, como indicador de calidad del registro. No tengo sugerencia de código.

(Danuta Rajcs - Chile)

Las fracturas de miembros, en personas de 60 y más años, las codificamos al W19.- En mi opinión, este cambio en la CIE-10 ha sido muy brusco y no es bien fundamentado. Si la fractura es de cráneo, por ejemplo, y no esta especificada que es por caída, u otra circunstancia que tenga su código propio, entonces utilizamos Y30 o Y31, según el caso. Si ocurre en menores de 60 años independientemente de la localización de la fractura, se codifica en Y30 o Y31. Eventos de intención no determinada.

Respecto a esta situación puedo aclarar que la mayoría de esas fracturas en personas de edad avanzada corresponden a cadera, y si asumiera la codificación

como aparece en la CIE-10, alrededor del 50% de las defunciones clasificadas como caídas en este grupo de edad no aparecería, lo que daría una falsa imagen de disminución del problema.
(Ana Consuelo - Cuba)

La CIE-10 no contempla un código específico para fracturas de causas no especificadas, la CIE-9 si tiene un código para esas fracturas. Considero que esta condición de la CIE-10 compromete de alguna manera a los Epidemiólogos Distritales a tratar de lograr que los médicos certificantes mejoren la calidad de la certificación de la muerte, de esa manera no aumentaría el grupo de la X59, y al final las causas de muertes por estas causas no serían significativas.
(Gladys Rojas - Venezuela)

E887 (CID-9) y X59.- (CID-10).
No creo que haya importancia epidemiológica! Tampoco si se podría llamar capricho de nosologistas.
Como naturaleza de la lesión, no hay duda: T14.2
Como causa externa, la CIE-10 lo manda para X59. (circunstancias desconocidas o no especificadas).
Queda como ACCIDENTE SAI. La única cosa que se puede suponer es tratarse de "accidente" y no "agresión" o "lesión autoinfligida". Eso, en mi opinión, es bastante aceptable por la frecuencia: es más común (mucho más) una fractura ser accidente que otra causa externa. Quizá esa sea una interpretación epidemiológica.
(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Buena observación, la CIE-10 no contempla código para fracturas de causas no especificadas, como se trata de un código de mortalidad, es necesario que los médicos certificantes de las muertes y los médicos epidemiólogos hagan un esfuerzo en mejorar la calidad de la certificación, de esa manera no aumentaría el grupo de X59.
Es necesario en estos casos revisar muchas opiniones para obtener un consenso de un código específico.
(Carlos Muñoz/CEVECE - Venezuela)

Comentarios de Lars Age Johansson (del Centro Colaborador para los países Nórdicos y coordinador del Mortality Forum): Hemos discutido el tema en el Grupo nórdico de mortalidad y Noruega apoya mucho la idea de introducir en la CIE-10 un equivalente a E887. Personalmente tengo muchas dudas, porque una de las principales ideas con la Décima Revisión (y pienso que buena) fue eliminar de la CIE las suposiciones sobre causas, etiologías, etc. Sin embargo, la intención no fue desarrollada por completo y quizá codificarse las fracturas no especificadas en X59 no sea práctico. En Suecia hemos aceptado el cambio e intentaremos solucionar el problema con tabulaciones cruzadas de fracturas y causas externas.

Comentarios (Roberto Becker - OPS):(Ver también: Forum-CIE/R30 y Forum-CIE/R28)
En la CIE-9, E887 era parte del grupo "caídas accidentales" (E880-E888), con base en la suposición de que "ciertamente" una fractura no especificada era debida a una caída accidental. Eso puede ser verdadero para poblaciones viejas de algunos países, pero definitivamente no es correcto en muchos casos.
Por lo menos en muchos países de América Latina, "fractura no especificada" significa simplemente falta de información sobre la causa externa y, por tal razón, generalmente ocurría una importante "inflación" en el grupo de "caídas", las cuales frecuentemente son una categoría en listas cortas para tabulación.
Por otro lado, es muy importante mantener categorías "mal definidas" o "residuales" fácilmente identificables, lo que permite a cada usuario de los datos decidir donde y cómo redistribuirlas cuando analiza los datos. Lo mismo ocurre con los "Eventos de intención no determinada", de donde, por ejemplo, uno podría redistribuir los datos como homicidios, accidente o cualquier otra causa externa, de acuerdo con la edad, el sexo, el área de estudio o el tipo de lesión.

El problema es que si la decisión de distribuir las informaciones incompletas, no especificadas o mal definidas, se toma en el momento de codificar, el usuario que realice los análisis siquiera se entera de lo que ha sido hecho en términos de suposiciones. Asimismo, se pierde información sobre calidad de los datos, generándose una calidad artificialmente más alta.

Lo que menciona Danuta Rajs, arriba, también es importante, es decir, sería deseable acompañar, de alguna forma, a qué corresponde exactamente la información incompleta o no especificada. Pero no para orientar la codificación, sino para orientar el uso de los datos, los análisis.

Yo apoyaría la idea de tener un código propio para fracturas no especificadas, pero NO haciendo ninguna suposición, es decir, no incluyendo en ningún grupo definido o específico tal como "caídas". El código debe ser parte de un grupo residual.

Donde cuadrarlo sería la próxima discusión, debido a que el grupo "Exposición accidental a otros factores y a los no especificados"(X58-X59) se encuentra "pegado" al X57 (privación no especificada) y X60-X84 (Lesiones autoinfligidas intencionalmente).

R031/B (03/may/00)

Se adjuntan nuevos comentarios de la Dra. Danuta Rajs y la respuesta del Dr. Luis Manuel Torres Palacios.

Estimados amigos: la amplia discusión sobre los temas de dónde codificar ciertas fracturas en las consultas 30 y 31, me inducen a intervenir nuevamente, en apoyo a lo expresado por Roberto Becker. No debemos hacer suposiciones y menos en los países de América Latina donde, si bien es cierto, al igual que en todo el mundo, que los ancianos son más propensos a sufrir fracturas patológicas, no es menos cierto que son también los mejores candidatos a sufrir caídas, a ser atropellados por autobuses, a ser víctimas de violencia intrafamiliar y a suicidarse, todo lo cual también puede dar origen a fracturas. Si se mira con atención los datos de defunciones por accidentes de transporte, por ejemplo, en varios de nuestros países se podrá observar que la tasa es mayor a medida que avanza la edad. Se podrá argumentar que todas las enfermedades son más graves en la ancianidad, por lo que las consecuencias de las causas externas también lo son. Sin embargo, por mi acceso a datos médico legales en Chile, he podido separar las defunciones por causas externas por el lapso que medió entre la ocurrencia del evento traumático y la muerte, separación que aparentemente no afecta al comportamiento de la tasa de mortalidad por accidentes del transporte según edad.

Incluso, si separo solamente las defunciones de peatones atropellados por vehículos diversos, que en Chile constituyen más del 50 por ciento de las muertes por accidentes del transporte terrestre, la proporción de mayores de 65 años entre ellas es mayor que la de ese grupo de edad en la población general. De aquí que no sea conveniente codificar las fracturas de los mayores de 65 años como caídas accidentales, sino que es conveniente disponer de algún código específico para todas esas lesiones, que sea más preciso que su mera agrupación en X59.

Saludos

(Danuta Rajs - Chile)

Con la CIE-9 se localiza en el grupo de caídas accidentales y se identifica con la categoría Fractura de causa no especificada(E887). Sin embargo solo puede analizarse la información a ese nivel de detalle cuando se trabaja con la lista detallada de defunción, ya que en la lista básica y en las listas especiales para tabulación se presenta como caídas accidentales.

Por otra parte, consideramos que si es conveniente tener separadas las fracturas de causa no especificada y que no se incorporen junto con todas las otras causas no especificadas de traumatismos a la X59.-. Se propone la clave U50.- Fracturas de causas no especificada con cuarto carácter en la pág. 959-960.

(Luis Manuel T. Palacios - México)

R031/C (15/jun/00)

Estimados amigos.

La cuestión de las fracturas no especificadas (Forum-CIE/C028, originalmente circulada en el Mortality Forum como 2000-02-28 Q5) sigue en discusión, por lo que adjuntamos nuevos comentarios circulados en el Mortality Forum, coordinado por Lars, de Suecia, los cuales me encargo de traducir abajo:

1. Desafortunadamente no podemos comentar sobre el impacto de la remoción del código de causa externa E887 de la CIE-10, dado que estamos solo en nuestro primer año con la Décima revisión (datos de 1999). Sin embargo, estoy de acuerdo en que esto tiene el potencial de inflar la categoría X59. Mirando nuestros datos de 1998 (CIE-9), verificamos que hubo 725 casos codificados en E887 en un total de 1182 en E880-E888. De los 725, 710 tenían 65 años y más, 689 tenían 75 y más y 453 tenían 85 y más. Considerando causas múltiples, unos 2500 certificados tenían mencionada una causa externa en el grupo E880-E888. De esos, más de 1900 casos fueron codificados en E887. En este momento estamos codificando nuestros certificados de 1999 (CIE-10) estrictamente de acuerdo con el índice alfabético.

Sin embargo, dada la significación de estos números, concuerdo con Roberto que se desarrolle un código para fractura no especificada fuera del grupo Caídas. Dadas las discusiones que se han generado y las implicaciones para los datos, debería eso ser providenciado prontamente por el Mortality Reference Group? (Maryann Wood - Australia)

2. En casos con fractura de fémur en que las circunstancias externas no son informadas, nosotros usamos caída no especificada (W19) como causa básica en Noruega (desde 1996). En ese punto divergimos del Volumen 3 de la CIE-10: fractura no especificada se codifica en X59. Nosotros "alteramos" la codificación basados en el supuesto de que una fractura del fémur está estrechamente ligada a una caída accidental. Ese supuesto/hipótesis encuentra apoyo en investigaciones sobre caídas accidentales (i.e. J.Lund. Fallulykker på samme nivå i hjem og fritid i Norden. NEK report 1983:4). Buscar más informaciones en esos casos es difícil debido al tiempo entre la fractura y la muerte, pero asumimos que si más información fuera recolectada la fractura del fémur sería codificada en caídas (W00-W19). Además, si nosotros siguiéramos estrictamente la CIE-10, aproximadamente 30 por ciento de las muertes por accidente en Noruega serían codificadas en X59 - y las estadísticas de mortalidad por accidentes serían difíciles de usar (sin notas de información de lo que se oculta en X59).

(Finn Gjertsen - Noruega)

3. Comparar estadísticas internacionales sobre caídas accidentales parece bien complicado actualmente. Quizás no haya una buena posibilidad de convencer países disidentes a usar X59. Eso es algo que ciertamente el Comité de Referencia en Actualización tiene que analizar, o no tendremos comparabilidad estadística si no podemos llegar a un acuerdo de como manejar tales casos. Personalmente, veo como atractiva la solución que sugiere Roberto: un código como el CIE-9 E887 que identifique las fracturas no especificadas, pero no en el grupo de "caídas".

(Lars Age Johansson - Suecia)

Comentarios (Roberto Becker - OPS)

Como se puede observar, no solo en la región de las Américas existen interpretaciones discrepantes. Lo que se hace en Australia es seguir estrictamente el índice, mientras en Noruega se "decide" (en el momento de codificar) que fractura de fémur es debida a una caída accidental (a menos que se informe lo contrario). Sin embargo, no se ha mencionado como se codifican las demás fracturas no especificadas.

Considerando todo lo que se ha discutido, estamos enviando (la OPS en conjunto con el Centro Brasileiro) al Mortality Reference Group, el cuál es coordinado por Harry Rosenberg del Centro Colaborador de Norteamérica, la propuesta de creación de un nuevo código (de causa externa) en la CIE-10 para fracturas no especificadas, fuera del Grupo "Caídas accidentales". Esa fue la propuesta que he hecho en mi respuesta circulada en el Mortality Forum.

=====
Consulta C032

Hombre, 62 años:

- I a) Choque séptico
- b) Insuficiencia Renal crónica agudizada
- c) Insuficiencia suprarrenal crónica
- d) Postquirúrgico de hemicolostomía

II Masa en recto

Se solicitan los códigos para cada diagnóstico y la explicación para la Causa Básica a ser seleccionada.

=====

R032 (03/may/00)

- a) ... T81.1
- b) ... N18.9
- c) ... E27.4
- d) ... -

II ... D37.5

Comentarios: No existe un código para la insuficiencia renal crónica agudizada, y el cuadro de agudización en este caso indica ser producto de las complicaciones operatorias en un paciente ya portador de una insuficiencia renal crónica, por lo que la posibilidad de codificar N99.0 existe, pero no me parece que sea correcto. No cabe duda que el certificado no ha sido llenado correctamente, sobrando en la Parte I la Insuficiencia suprarrenal crónica, que debió estar en II. La masa en recto, en mi país, es equivalente a tumoración, aunque este término es excepcional en los certificados de defunción y debió aparecer en la parte I.

Por el índice, masa en recto iría K62.9, pero reitero, este caso lo resolvería como señale anteriormente. Selecciono la masa en recto con el código D37.5.

(Ana Consuelo - Cuba)

- I a) ... A419
- b) ... N18.9
- c) ... E27.8
- d) ... -

II ... K62.8

- Regla 1: E27.8

- Regla 3: K62.8

- Causa básica: K62.8

- Comentario: no se puede aplicar Principio General por que no hay secuencia con lo mencionado en "d". Luego se aplica Regla de selección 1 y regla de modificación 3.

Se recomienda averiguar la naturaleza de la Masa del recto por lo cual se practicó la Intervención.

(Gladys Rojas - Venezuela)

El caso puede ofrecer diferentes interpretaciones. Si no hubiera "crónica" en c), se podría aceptar sin dificultad el Principio General (PG).

Si "aceptamos" que aún siendo "crónica" hay una secuencia lógica: el médico no informó tiempo e interpretemos que la cirugía ocurrió hace varios meses (tiempo largo) y la insuficiencia suprarrenal fue considerada "crónica" (por tiempo). Así, por PG, la información en d) es la causa básica. Sin embargo, procedimiento nunca es causa básica sino la causa para la cual el procedimiento fue realizado. Sería "afección del colon SAI" o "afección del intestino grueso SAI".

Hay, sin embargo, una información importante en la parte II: Masa en recto. Eso explica, claramente, una hemicolostomía. Por Regla 3 o si se quiere, por disposición para operaciones, selecciónse "Masa en recto" como la causa básica.

Por frecuencia - clínica y epidemiológica - aceptamos como siendo neoplasia.

Maligna o benigna? Aunque tengamos la tentación de aceptar como maligna, lo más correcto es no especificada: D37.5

La causa básica debe ser, entonces, D37.5

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

- I a) ... A41.9

- b) ... N18.9

- c) ... E27.8
 - d) ... -
- II ... K62.8

Como se trata de un certificado en que lo reportado en la última línea (d) es un procedimiento médico que teóricamente no debe ser codificado como trastorno del sistema digestivo, debido a procedimiento, no clasificado en otra parte por que todas las complicaciones que están encima el procedimiento no son del sistema digestivo se debe aplicar entonces REGLA 1, por que hay una secuencia que finaliza en la primera informada.

R1- E27.8 y consideramos que esa insuficiencia suprarrenal crónica es obviamente una consecuencia directa de una masa en recto - K62.8
(Carlos Muñoz/CEVECE - Venezuela)

- I a) ... A41.9
b) ... N18.9
c) ... E27.4
d) ... Y83.2 / K63.9
- II ... K62.9

Pienso que solo hay secuencia hasta b) por lo que seleccionaría esta como Causa Básica (N18.9)

Coloco dos códigos en el punto d), pues uno sería el código en si y el otro en el caso de que fuese Causa Básica de Defunción, siguiendo las instrucciones del Tomo II, pag. 72 (4.2.6) codificaría K63.9
(Sara Cerdeira - Galicia-España)

- I a) ... A41.9
b) ... N17.9
c) ... E27.9
d) ... K63.9
- II ... D37.5

Respuesta:

- 1 - Es evidente que está mal certificado
- 2 - El término masa para nuestro país se le considera masa tumoral; en este sentido se le asigna el código D37.5. Sin embargo se desconoce el país de origen que remite el caso y si tiene la misma concepción. De no ser así, el codificador puede asignar el R19.0 ó K62.9 según su experiencia e interpretación del padecimiento.
- 3.- Procedimiento: seleccionamos K63.9 Postquirúrgico de hemicolostomía por Principio General, posteriormente aplicamos la Regla 3, ya que es una consecuencia obvia de la masa en recto, por tanto la causa básica es D37.5, la masa en recto.

(Luis Manuel Torres Palacios - México)

Comentarios (Roberto Becker - OPS)

1. Como en cualquiera de las consultas que circulan en el Forum, se supone que la información posible de obtenerse está toda mencionada. Es decir, se han agotado todas las posibilidades de nuevas informaciones, ya sea en la historia clínica, con el médico, laboratorio, etc.
 2. Se nota en las respuestas arriba que no hubo consenso, no solo para la causa básica a seleccionar, como para ninguno de los códigos individuales.
 3. Respecto a la causa básica, estoy de acuerdo con lo que plantean Ruy Laurenti, Ana Consuelo y Luis Manuel, en considerar la masa en el recto como neoplasia, codificando en D37.5.
- Es importante también la observación de Luis Manuel, de que en algunos lugares el significado de "masa" puede significar otra cosa. En ese sentido es muy importante que los codificadores tengan muy presente el significado de las "jergas" médicas de su área.

CODIFICACIÓN PARA BASES DE DATOS DE CAUSAS MÚLTIPLES:

4. a) Choque séptico: parece claramente consecutivo a la cirugía, por lo que yo codificaría en T81.1. En A41 se excluye la septicemia postprocedimiento, que se codificaría en T81.4, la que incluye "septicemia consecutiva a procedimiento". Sin embargo, hay mención de "choque", lo que lleva a T81.1.

5. b) Insuficiencia renal crónica reagudizada. En ese caso el problema es saber si la consideramos crónica (N18.-) o aguda (N17.-), dado que no existe el término "reagudizada" en la CIE. Sobre el tema se reproduce a continuación el comentario de la respuesta R008, circulada el 18/02/99: "En la página 105 del Vol. 2 de la CIE-10 hay un apartado referente a la codificación de afecciones agudas y crónicas en morbilidad. Aunque no figure el término "reagudización", se supone que una afección ha sido aguda en un momento, se ha cronificado y tiene una exacerbación aguda, lo que equivaldría a "reagudizar" o ser "recurrente". Codificar como AGUDA, a menos que la CIE tenga un código propio para la combinación de agudo + crónico, como por ejemplo en J44.1. Si el índice alfabético no ofrece la solución inmediata, se debería buscar en los códigos "vecinos", tanto de "crónico" como de "agudo", si hay uno adecuado para la combinación. Los ejemplos 63 y 64, en la página 48 del Vol. 2 (Regla E) se refieren a la misma situación para selección de la causa básica de defunción. Si hay mención tanto de forma "aguda" como de "crónica", seleccionar "aguda" (ejemplo 63) a menos que haya alguna disposición específica en contrario (ejemplo 64)". Por tanto, parece más correcto en el caso codificar en N17.9.
6. c) Por el índice tenemos que la insuficiencia, adrenal NCOP (adrenal es lo mismo que suprarrenal) se codifica en E27.4. No cabe E27.8, aún menos el .9.
7. d) Estoy de acuerdo con Sara Cerdeira en usar, especialmente para información completa de causas múltiples, el código Y83.2, pero no usaría un código "K" en d).
8. II Como ya mencionado, la Masa en el recto la interpreto como neoplasia (tumor) de comportamiento desconocido, codificando en D37.5. Inicialmente se podría codificar en K62.8 (pero no K63 o R19, pues se especifica el recto), luego cambiando el código para D37.5.

=====
Consulta C033

Mujer, 72 años:

- | | |
|--|-----------|
| I a) Insuficiencia respiratoria aguda | (Aguda) |
| b) Neumonía nosocomial | (15 días) |
| c) Enfermedad arterial obstructiva crónica | (Crónica) |
| d) Cirugía aorta ilíaca bilateral | (18 días) |

II Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

- Se solicita: 1. código para cada diagnóstico
 2. Causa básica (Justificar)

=====
R033 (3/may/00)

- I.- a)... J96.0
 b)... J18.9
 c)... I74.9
 d)... -

II.- ... J44.9

Causa básica: I74.5

Regla de selección 1: I74.9

Regla de modificación "D" (Especificidad): I74.5

Conclusión: 1º No existe secuencia informada en la parte "d", por lo tanto se aplica Regla 1. 2º Regla de Modificación "D" (Especificidad).

Considerando que el procedimiento quirúrgico se realizó en la aorta-ilíaca bilateral, posterior a la bifurcación aórtica.

(Gladys Rojas - Venezuela)

- | |
|----------------|
| I a) ... J96.0 |
| b) ... J18.9 |
| c) ... I74.9 |
| d) ... - |

II ... J44.9

En este caso en la última línea informada (d) está descrito un procedimiento quirúrgico y existe una secuencia informada que termina en la afección que se menciona primero por lo que se aplica Regla 1.

R1- I74.9 y se aplica regla de modificación D (especificidad) y se codifica I74.5

(Carlos Muñoz/CEVECE - Venezuela)

Por Regla de Selección 1 (RS1) la "enfermedad arterial obstructiva crónica" es la causa básica seleccionada. Sin embargo, hay una información de que se hizo una cirugía en la aorta-iliaca (bilateral). Por Regla de Modificación D (RMD: Especificidad), seleccionase la "enfermedad arterial obstructiva crónica de la bifurcación aorto-iliaca": I74.0 (incluye la bifurcación de la Aorta). A pesar de que la categoría mencione "embolia y trombosis", es acá que se codifica. (Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

- I a) ... J96.0
- b) ... J18.9
- c) ... I77.8
- d) ... Y83.2 / I77.8
- II ... J44.0

Causa básica: I77.8, como causa desencadenante de toda la cadena de acontecimientos. Considero que hay secuencia hasta el punto c) y probablemente el punto d) también es consecuencia de la Enfermedad Arterial Obstructiva Crónica.

(Sara Cerdeira - Galicia-España)

- I a) ... J96.0
- b) ... J18.9
- c) ... I77.9
- d) ... I77.9
- II ... J44.9

1 - es evidente que el certificado está mal llenado.

2 - Seleccionamos I77.9 causa básica por Principio General, no procede aplicar ninguna otra regla de modificación.

(Luis M. Torres Palacios - México)

Comentarios (Roberto Becker - OPS)

1. Hay consenso en cuanto a los códigos de causas asociadas (para bases de datos de causas múltiples), excepto con relación al uso de un código de causa externa (Y83.2), con el cual no estoy de acuerdo en ese caso. No se menciona ni se puede interpretar ninguna de las afecciones en a, b, c o II "como la causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior ...", tal como es lo que se codificaría en Y83.- o Y84.-

2. La causa básica debe ser codificada en I74.- y no en I77.-, dado que obstrucción arterial no especificada se codifica como embolia (y/o trombosis). Luego, en la definición del cuarto carácter, se verifica, tanto por el índice como por el Vol. 1, que el I74.0 incluye la bifurcación de la aorta, donde nacen las arterias ilíacas. De esa forma, yo codificaría la causa básica en I74.0.

=====
Consulta C034

Desde 1925 la Organización de Salud de la Liga de las Naciones propuso un modelo único de certificado médico de causa de defunción. A partir de entonces varios países pasaron a adoptarlo. Finalmente, en 1948 la "Conferencia Internacional de la Revisión de la Clasificación" (Sexta Revisión), aprobó el modelo, (llamado de modelo internacional de certificado médico de causas de defunción) el cual pasó a ser usado en prácticamente todos los países del mundo.

Considerando la importancia y la ampliación del uso de la CIE en morbilidad, ¿No sería el caso de definirse un modelo análogo, por lo menos para egresos hospitalarios?

¿En ese caso, como debería ser ese modelo?

=====

R034 (7/jul/00)

Para definir un modelo único de formulario de egreso hospitalario, o de registro de consultas médicas, odontológicas, de urgencia, etc. me parece que existen más dificultades aún que para el caso de las defunciones, especialmente desde que se imbricó el registro de las causas de morbilidad con actividades no estadísticas, como es el caso de los diferentes mecanismos de asignación de recursos financieros. Sabemos que la codificación de causas no sirve a esas finalidades, pero sabemos también que la difusión de procedimientos de este tipo en el mundo es casi inconmensurable e incluso, me parece que imposible de frenar. Por ahora y considerando que en las recomendaciones para el registro que han sido publicadas en el Manual hay criterios suficientes para lograr propósitos estadísticos, si al menos los registros de morbilidad se ciñeran a ellas, se podría lograr ciertos niveles de comparabilidad. Creo que es actualmente no es posible hacer más en esa esfera.
(Danuta Rajs - Chile)

Ya que es información sobre morbilidad, debemos tomar en consideración que prácticamente todos los países tienen sistemas de vigilancia/información sobre morbilidad, en modelos más o menos estandarizados, y una de sus características principales es que por lo regular no se tienen en registros nominales o individuales, por tanto, sería difícil que los países (especialmente los servicios de salud) aceptaran manejar un formato para la morbilidad, sobre todo por la sobrecarga de trabajo que esto representaría. Hay excepciones, en sistemas de vigilancia específicos (enfermedades prevenibles por vacunación, tuberculosis, dengue hemorrágico, etc.) en que si se tienen registros nominales. Creo que el formato de morbilidad tendría que ser algo similar a los formatos de vigilancia, que casi para todos los países es un registro semanal de las principales patologías.
(Raúl Montesano - Nicaragua)

Parece muy lógico que los esfuerzos aplicados (y el progreso que se esta haciendo) en la estandarización y mejoramiento de la calidad de los datos de mortalidad se deberían extender para la inclusión de datos de egresos hospitalarios. Estos serían una excelente base de datos para complementar los datos de mortalidad. Hace tiempo que hago ese abogamiento. En el Caribe, con el intento de crear una base de datos de egresos hospitalarios, hemos solicitado que los países enviaran (al CAREC - Caribbean Epidemiology Centre, de la OPS) la siguiente información mínima: Fecha de nacimiento, edad, sexo, fecha de internación, fecha de alta, afección principal, otras afecciones (hasta 4), primera o reinternación. Eso podría ser la base para un modelo de egresos. Pensamos sobre la inclusión de procedimientos, pero se ha decidido que esto podría significar una carga muy pesada en las instituciones que no están computadorizadas.
(Yvette Holder - USA)

Ese modelo lo llamaríamos "Certificado Internacional de Morbilidad Hospitalaria", el cual debería cumplir todos los requisitos necesarios para la obtención de los datos más relevantes de la morbilidad hospitalaria por causas, el que estaría constituido de tres partes importantes:

1. parte identificativa
2. parte médica
3. parte institucional

En la parte identificativa incluiríamos los datos siguientes: -Número de historia clínica, Fecha de la admisión, Fecha del alta, Sexo, Edad, Estado civil, Profesión, Nacionalidad, Lugar de residencia (ubicación geográfica), Tipo de admisión, Actividad económica.

La parte médica estaría formada por: Afección principal (1), Otras afecciones (2), Complicaciones (1), Nombre de la(s) intervención(es) quirúrgica(s) (2), Número de días pre y post operatorios, Número clave del médico tratante.

La parte institucional tendría: Identificación del Establecimiento de Salud (nombre y código), Ubicación geográfica (nombre y código), Servicio o Departamento de atención hospitalaria (nombre y código).

Es de importancia vital, al aprobarse un supuesto certificado en estas condiciones, se establezcan simultáneamente los parámetros que deberá cumplir el médico tratante para indicar la afección principal u otras afecciones al llenar la hoja frontal de la historia clínica, con la finalidad de facilitarle la selección de la afección principal al Técnico responsable de la codificación de la Morbilidad.

(Yolanda Marcano - Venezuela)

Me parece bien la idea de intentar conciliar intereses entre los países/OPS/OMS, sobre un modelo para egresos hospitalarios. Ahora bien, creo que esta conciliación solo podrá estar referida a una parte, la que sería previamente definida como obligatoria o información mínima, y donde pudiera incluirse:

1. Datos de identificación: Nombre y apellidos, Residencia (nivel de detalle según necesidades y posibilidades), un mínimo a cumplimentar puede ser la 1ra gran división territorial del país (provincia, cantón, región, distrito, municipio, etc.), Edad, Sexo
2. Estado al egreso (vivo o fallecido)
3. Servicio de egreso (según denominación de cada país, se refiere a especialidad) Medicina, Cirugía, Oftalmología, etc.)
4. Días de estadía (tiempo que permaneció ingresado)
5. Diagnostico principal al egreso
6. Otros diagnósticos (hasta 5, 10, según posibilidades e intereses)
7. Numero de expediente clínico
8. Numero de necropsia o autopsia
9. Confirmación del diagnostico principal (Operación, biopsia, examen físico, tomografía axial computarizada[TAC], etc.)

(Ana Consuelo Mesa - Cuba)

Dando respuesta a su inquietud, opino lo siguiente:

Estoy de acuerdo en que debe existir un modelo como propuesta para Morbilidad igual que se recomendó para Mortalidad.

La propuesta de variables o contenido del mismo considero debe ser:

NOMBRE Y APELLIDOS; EDAD; SEXO; MOTIVO DE INGRESO; SERVICIO DE INGRESO; FECHA DE INGRESO; SERVICIOS A LOS QUE SE TRASLADA EL PACIENTE DE SER OCURRIR; FECHA DE LOS TRASLADOS; SERVICIO DE EGRESO; ESTADO DEL EGRESO: VIVO O FALLECIDO; NECROPSIA: SI O NO; AFECCIONES O DIAGNOSTICOS AL EGRESO: DIAGNOSTICO PRINCIPAL, OTRAS AFECCIONES; COMPLICACIONES MEDICAS O QUIRURGICAS; PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS: PRINCIPAL Y OTROS.

Esta sería la información mínima y homogénea que permitiría conocer Morbilidad Total, por Causas, por servicios, por estadía y su entrecruzamiento. Pienso además que su levantamiento pudiera ser por muestreo en unidades en donde ocurra el mayor volumen de egresos garantizando la representatividad de los diagnósticos.

Nos agradecería contribuir en estos aspectos en los cuales queremos ampliar nuestro conocimiento y desarrollo.

(María Esther - Cuba)

El hecho de no existir un modelo uniforme de formulario para egresos hospitalarios hace con que las estadísticas no sean muy confiables y, particularmente, no comparables.

Tan importante como la existencia de un formulario unificado es la necesidad de definiciones. La CIE-10 ofrece esas "definiciones" (apartado 4.4 - Morbilidad, Volumen 2). Sin embargo, aparecen más bajo la forma de conceptos y no tienen la "rigidez" (necesaria) como las definiciones de mortalidad, como por ejemplo, la causa básica.

Propongo que esa cuestión sea una actividad para el CRAES (Comité Asesor Regional de la OPS en Estadísticas de Salud).

No es algo que el Forum-CIE pueda decidir. Debe haber una discusión por un grupo con estudio piloto en varias regiones de América Latina. Es importante como eso funciona en los Estados Unidos y en algunos países de Europa, particularmente los nórdicos. Que es lo que existe en América Latina? Hay

formularios únicos (con manuales) en algún país? En esos países los datos hospitalarios se usan solo para pagos? Hay uso epidemiológico y administrativo? En fin, esa es una tarea no fácil pero, en mi opinión, necesaria! Si resultar, el Forum-CIE va a apuntar un tanto.
(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Consideramos muy importante disponer de un modelo estándar para el registro de la afección principal y las demás afecciones o motivos de atención (como en el caso del certificado de defunción). Debe destacar el orden en que se requiere anotar la afección principal y las otras patologías tratadas e investigadas así como las variables mínimas del paciente y de la atención en el registro de consulta y el resumen de egreso hospitalario (los formularios que son fuente de la estadística de morbilidad).

En México tenemos formularios diversos debido a que existen varios sistemas de información según la institución de salud de que se trate, y se está tratando de homogeneizar al menos la captura de las variables que necesita el Sistema Nacional.

(Luis Manuel T. Palacios/CEMECE - México)

Habiendo trabajado durante muchos años para mejorar las estadísticas de morbilidad, me alegra observar el interés que se está dedicando a este tema. Si bien la idea de contar con un modelo un certificado médico para morbilidad es atractiva e importante, me pregunto por que no ha sido posible llegar a un acuerdo antes.

Por 50 años la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han dirigido atención a las estadísticas de morbilidad, especialmente la hospitalaria.

La octava reunión del Comité de Expertos en Estadística Sanitaria de la OMS se celebró en Ginebra a fines de 1962 y el principal objetivo era el estudio de la organización y mejoramiento de los programas nacionales de estadísticas de hospital y la intervención que pudiera tener la OMS para facilitar el logro de esa finalidad. Para esta reunión se había preparado un proyecto de manual de estadísticas relativas al paciente sobre el cual figura la siguiente observación:

"El Comité ha examinado la conveniencia de que la Organización Mundial de la Salud publique en breve ese trabajo con el carácter de manual internacional. Los miembros del Comité están de acuerdo en que el texto ha conseguido evitar la tendencia a atribuir importancia indebida a cualquier particularismo nacional y que muchas de sus disposiciones pueden tener aplicación general. Algunas partes del proyecto deberán ser revisadas para dedicar, por ejemplo, más atención a los aspectos administrativos de la utilización de las estadísticas en contraste con los aspectos epidemiológicos y para hacer un examen más completo de ciertas cuestiones como los procedimientos de muestreo, la presentación de datos por zonas de residencia y la centralización de las claves. En consideración de la urgencia con que se necesita un manual de esa clase, el Comité cree que debería publicarse el documento con un mínimo de modificaciones y con carácter provisional sin perjuicio de establecer más tarde una versión definitiva después de haber hecho una revisión detenida."
El manual arriba citado contiene un modelo de formulario de resumen de la hospitalización.

De los muchos países que he visitado durante los últimos 40 años que notifican las causas de egreso hospitalario, no hay dos que usen el mismo modelo. En parte esto se debe al hecho que los datos de hospitalización cumplen fines muy diversos, fines que varían mucho más que los usos que se hacen de los datos de mortalidad. Además, los datos que se notifican (el número de diagnósticos, por ejemplo) están influenciados por la situación económica del país.

Por lo tanto, he creído que lo importante y factible sería llegar a un acuerdo sobre los datos básicos que se deberían recolectar para los egresos hospitalarios y permitir una flexibilidad en cuanto al formato para recolectarlos. Tengo que confesar, sin embargo, que no he observado en suficientes países como el hecho de que la CIE-10 ahora contiene normas para la codificación de morbilidad puede eliminar los obstáculos observados en el pasado.

(Carol Lewis - USA)

Comentarios (Roberto Becker - OPS)

Todas las opiniones recibidas coinciden en que sería deseable e importante que se pudiera tener por lo menos algún nivel de estandarización en relación con los datos de egresos hospitalarios, los cuales hoy día carecen de comparabilidad.

Sin embargo, en esa cuestión me pongo totalmente de acuerdo con lo planteado por Ruy Laurenti, es decir, llevar el asunto al CRAES (Comité Asesor de la OPS en Estadísticas de Salud), lo que haremos inmediatamente. Tan pronto tengamos una recomendación específica del CRAES, la haremos circular en el Forum-CIE. Naturalmente que las opiniones expresadas por ustedes en esa cuestión estarán presentes en las discusiones del tema en el CRAES.

=====
Consulta C035

(Origen: CEVECE - Venezuela)

Hombre de 51 años

- I a) Asfixia mecánica, ahorcamiento autoinfligido
- b) Crisis maníaca depresiva

En este ejemplo, que es un caso real, pareciera que la causa básica de la muerte es la crisis maníaca depresiva, ya que inicia la cadena de acontecimientos patológicos que conllevan a la muerte. Sin embargo, de todos hemos sabido que casi todos los suicidios deben tener como base una enfermedad mental y se perdería el ahorcamiento como causa básica.

- 1 - Nos gustaría conocer cual es la opinión de los participantes.
- 2 - Es posible sugerir alguna nota en el volumen 2 de la CIE-10 para la codificación de estos problemas?
- 3 - Es necesario que los médicos certificantes en estos casos no cumplan el concepto de causa básica? o los cambios deben hacerse cuando se tabulan los datos y se hacen análisis?

=====

R035 (8/jun/00)

1 - No debe perderse el suicidio por ahorcamiento como causa básica. Me parece que hay que considerar que no hay secuencia y rehacer la selección hasta el ahorcamiento autoinfligido. Hay muchos argumentos, tanto clínicos como médico legales, para fundamentar lo anterior, toda vez que el concepto de enfermedad mental y sobre todo, el de una enfermedad crónica como la mencionada, es bastante diferente del de una causa orgánica. No creo que en todos los suicidios haya como base un enfermedad mental crónica, ya que los suicidios que emanan de un estado tóxico agudo, que puede ser incluso el primero que la persona haya sufrido en la vida, no me parece que puedan ser atribuidos a algo así como una "enfermedad mental". Por otra parte, como se ha insistido, las causas externas en sí, son "diagnosticadas" por la policía o por un tribunal de justicia, más que por el médico, y hacia ellas debe ir enfocada la labor de prevención, fin último de las estadísticas de causas de muerte. Creo que hasta ahora no somos capaces de prevenir los trastornos afectivos, pero sí podríamos impedir de algún modo que los depresivos bipolares se suiciden.

2 - Siempre es posible sugerir notas para la codificación, incluso aclarando vinculaciones y relaciones entre diagnósticos, como ya lo hacen las asociaciones actualmente definidas. Para esto deberíamos consultar en profundidad a expertos en el tema de las relaciones entre algunas enfermedades mentales y el suicidio, con criterio no exclusivamente estadístico.

3 - Los médicos certificantes deben cumplir con el concepto de causa básica, con el que rara vez cumplen en estos y en otros casos. Las asociaciones pueden ser hechas al momento del análisis, pudiendo considerarse una tabulación por causas múltiples, que revele las asociaciones en cuestión, como apoyo al análisis.

(Danuta Rajs - Chile)

En este caso considero que para fines epidemiológicos y de salud pública, el hecho importante, como causa, es la crisis maníaca y el ahorcamiento es sólo el mecanismo.

(Raúl Montesano - Nicaragua)

Yo codificaría en X70 la causa básica pero con F31 como causa antecedente (o por lo menos contributoria).

(Yvette Holder - USA)

1. En el Volumen 2 de la CIE-10 podemos apreciar algo muy importante que siempre tenemos en cuenta los codificadores de mortalidad, cuando seleccionamos la causa básica de la muerte. El último párrafo de la pág. 29 reza así: "Desde el punto de vista de la prevención de la muerte, es necesario romper la cadena de sucesos o realizar la curación en algún momento de la evolución de la enfermedad. El objetivo más efectivo de los programas de salud pública es prevenir la causa que da origen a todos los demás trastornos o afecciones que conducen a la muerte".

De tal modo, que los responsables de hacer prevención, necesitamos conocer cuales han sido las patologías más importantes que debemos atender, como en este caso que nos ocupa, el trastorno mental (crisis maniaco-depresiva) de hecho lo es y está indicada por el médico certificante de la defunción que fue la causa básica de la asfixia mecánica por ahorcamiento intencional.

2. Realmente no existe ninguna nota especial, porque lo arriba señalado es una pauta muy bien definida, además no necesariamente tenemos que asignar siempre la causa básica de la muerte a las causas externas de traumatismos y envenenamientos contemplados en V01-Y89, porque hay patologías como la Epilepsia y los Trastornos mentales en F10-F19 que conducen a hechos violentos clasificados en V01-X59 y Y10-Y15.

3. Siempre será necesario que los médicos cumplan el concepto de causa básica de muerte al llenar el Certificado de Defunción, porque esa es la norma, los cambios no se deben hacer. Lo que sería posible es tabular las muertes por causas múltiples, seleccionando aquellas afecciones que tengan códigos adicionales clasificables en S00-T98 "Traumatismos y envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas" cuando se quiera analizar la información sobre hechos violentos a consecuencia de trastornos mentales o afecciones patológicas.

(Yolanda P Marcano - Venezuela)

Causa básica...X70.9

Otros códigos..T71..F31.9

Bastante frecuente es que los médicos ante las certificaciones de suicidios, hagan constar, estas entidades. En nuestro País, es raro que lo hagan en la parte I, en secuencia con las causas, sino que utilizan un acápite del certificado destinado para la descripción de "como ocurrió la lesión". Cualquiera sea el lugar de anotación, lo que tiene que estar bien aclarado para los codificadores es el proceder, independientemente de lo que el médico escribió. Es lo mismo que cuando una neoplasia maligna, una bronquitis, etc. están precedidos de la condición de "fumador". Pudiera aparecer una nota en el Vol. 2, pues realmente estas cuestiones se enseñan en los cursos, transmitiendo el conocimiento de una generación a otra, pero no está escrito.

Otro aspecto, siempre que sea posible, codificar con un código adicional, e identificar cada una de estas afecciones, para análisis y estudios.

Es bueno tratar de enseñar a los médicos certificantes que llenen correctamente la certificación de las causas, pero no podemos olvidar, que este hecho no es lo más importante para ellos, y su línea de pensamiento como profesional de la medicina, le lleva a analizar el problema, tal como fue reflejado en el ejemplo. Visto desde este ángulo, el certificado refleja, a juicio de ese médico, la cadena de acontecimientos tal como ocurrieron, solo resta, reitero, que el codificador este claro de como proceder en estos casos.

(Ana Consuelo - Cuba)

Para mi, la Causa Básica de Defunción es el Suicidio por ahorcamiento.

Completamente de acuerdo en que se pierde una información importante suministrada en el Certificado si no existe codificación múltiple.

Una anotación en el volumen 2, (entiendo con esto) un cambio de norma que llevaría a un subregistro de suicidios (en estos casos) con un aumento de

enfermedades mentales con resultados ficticios de disminución de una causa y aumento de otra.

(Sara Cerdeira - Galicia/España)

La CIE da instrucciones para la codificación de ahorcamiento autoinfligido no determinado como accidente o intencional en Y20.- (ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación no determinada). En este caso el médico no menciona la intencionalidad aunque una persona maniaco depresiva podría llegar al suicidio pero también la frecuencia de accidentes es elevada en estos pacientes.

Nuestra opinión es que mientras no se tenga información complementaria de que el ahorcamiento fue con la intención suicida trátase o no de una persona con problemas mentales se codifique como lo indica la CIE y creemos que debe especificarse en el volumen 2 para evitar las diferentes apreciaciones de los codificadores.

Por otra parte este es un claro ejemplo de la necesidad de analizar ciertas causas con el enfoque de causa múltiple, para lo cual las bases de datos de mortalidad deberían contener todas las causas de mortalidad en el orden en que son registradas (además de la causa básica), para los estudios específicos.

(Luis Manuel/CEMECE - México)

No existe nada actualmente que impida que un trastorno mental, en el caso "crisis maniaco depresivo" (F31.9) lleve a un ahorcamiento autoinfligido. Así, en el caso, se aplica el Principio General.

La CIE-10, vol. 2, apartado 4.2.2, en el literal (m), solamente determina que "cualquier accidente" (V01 - X59) no es aceptado como debido a cualquier otra causa (excepción para epilepsia). En el volumen 1, en el grupo X60-84 no existe ninguna orientación sobre esos casos, así como no hay nada en el Volumen 2 (4.2.2 o 4.2.12).

De esa forma la causa básica es, en el caso, el trastorno mental.

El médico ha certificado correctamente! Siguió la "filosofía" de la causa básica.

Análisis por causas múltiples hacen con que aparezca el suicidio. Además, si todos los certificados fuesen muy bien llenados como ese, sería posible el análisis de asociación de suicidio con trastorno mental.

En el Brasil es difícil (casi imposible) encontrarse un certificado como ese, dado que siempre sería llenado por un médico legista que declara la naturaleza de las lesiones (antiguo N y actuales códigos S y T) y las circunstancias del accidente o violencia.

En todo caso, siempre es necesario que los médicos certificantes "cumplan" el concepto de causa básica!

Es necesario ahora, darse la siguiente información: El "Mortality Reference Group" ha analizado esa cuestión y, tras mucha discusión, propuso lo siguiente: "el MRG recomienda que la nota 4.2.2. Interpretación de "altamente improbable" (CIE-10, vol. 2 pág. 68-69) se cambie para: "Como una guía para juzgar la aceptabilidad de las secuencias al aplicar el Principio General o las reglas de selección, a continuación se presentan las relaciones que se consideran altamente improbables: (n) suicidio (X60 - X84) informado como "debido a" cualquier otra causa.

Esa propuesta se va a presentar y seguramente aprobar en la reunión de octubre 2000, en el Rio de Janeiro.

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

(Comentarios del Dr. Claudio Miranda, Asesor Regional de la OPS para el Programa de Salud Mental - Washington):

El término crisis es incorrecto. Ese término es reservado para situaciones de corta duración, como crisis epiléptica. El término adecuado es episodio. La denominación "maniaco depresiva" fue abandonada. La nomenclatura usada en la CIE-10 es trastorno bipolar (caso el sujeto tenga tanto episodios maniacos como depresivos). La nomenclatura correcta sería entonces - trastorno bipolar, episodio depresivo.

Una de las grandes utilidades de este registro es su utilización para estudios estadísticos. En ese sentido parece igualmente importante evidenciar tanto el

trastorno mental como el método utilizado para cometer el suicidio. Inclusive una otra información importante sería la presencia o ausencia de intoxicación por alcohol u otra sustancia que es una asociación frecuente observada en casos de suicidio.

Un suicidio puede o no ser consecuencia de un trastorno mental. Es necesario llevar en cuenta otros factores tales como los culturales que pueden facilitar el suicidio en individuos que no son necesariamente portadores de trastorno mental. Un ejemplo extremo serían los "kamikaze" japoneses, que al final de la Segunda Guerra se echaban con sus aviones de encuentro a los barcos enemigos.

NOTA: Esa consulta fue enviada al Mortality Forum, coordinado por Lars A Johansson de Suecia, de donde se transcribe:

1. "Una de las reglas referentes a causas externas expresa que ellas no pueden ser debidas a enfermedades, excepto ... ciertos accidentes debidos a epilepsia. Esto deliberadamente significa que la causa básica de un suicidio es SIEMPRE el suicidio propiamente tal - la causa básica NO PUEDE ser codificada como debida a enfermedad depresiva o esquizofrenia, psicosis puerperal ni siquiera cáncer terminal. Como se menciona, hay un supuesto de que la mayoría de los suicidios involucra trastorno mental y la tasa de suicidio es usada como una medida de los efectos de trastornos mentales. Sería una gran confusión si algunas veces codificáramos como suicidio y otras como trastorno mental. La nota específica en el Vol. 2 se está actualizando/aclarando a través del "Mortality Reference Group". Eso también se esta actualizando en el paquete de capacitación TENDON para la CIE-10."

(Cleo Rooney / Centro Colaborador de la OMS para la CIE de Londres, Inglaterra)

2. "Como lo menciona Cleo, el Mortality Reference Group (el cual intenta mejorar la comparabilidad internacional para las estadísticas de mortalidad con la aclaración de las instrucciones para la mortalidad) recomienda que el suicidio, y no la enfermedad, se seleccione como la causa básica en casos como ese. Hemos hecho una sugerencia que será discutida en la reunión de Directores de Centros Colaboradores de la OMS en octubre: Añadir el literal (n) a la sección 4.2.2, Interpretación de "altamente improbable" (pág. 69, Vol. 2): "(n) Suicidio (X60-X84) informado como "debido a" cualquier otra causa."

(Lars Age Johansson / Centro Colaborador de la OMS para la CIE de los Países Nórdicos - Uppsala - Suecia)

Comentarios (Roberto Becker - OPS)

1. Estoy de acuerdo en que la información médica muestra la aplicación correcta de la lógica de causa básica. A pesar de que, como lo menciona Claudio Miranda, la terminología usada no es la adecuada, el médico certificante interpretó claramente que el trastorno mental fue "la enfermedad que inició la cadena...", es decir, la causa básica, tal como se define.

2. De hecho, hasta hoy no existe una instrucción específica para el caso en la CIE.

Lo que tenemos es que (pág. 62-63, Vol. 2) las causas externas solo no se seleccionan como causa básica:

- Accidentes V01-X59 si hay mención de Tétanos (A35) o resultan de Epilepsia (G40-G41).

- envenenamiento X40-X49 (accidental) y Y10-Y15 (intención no determinada) con mención de F10-F19 con cuarto carácter .2

En los casos antes mencionados la causa básica a seleccionar es Tétanos, Epilepsia o Síndrome de dependencia a drogas, conforme el caso.

Por otro lado, luego del literal (m), en la pág. 69, uno podría interpretar que en el caso presente se debería seleccionar el trastorno mental, pues la redacción es: "La lista anterior no contiene todas las secuencias "altamente improbables", PERO EN OTROS CASOS DEBE SEGUIRSE EL PRINCIPIO GENERAL, a menos que se indique lo contrario.

Aún más, en el apartado 4.2.12 se menciona: "Cuando la afección es clasificable en los Capítulos I-XVIII, la afección mórbida misma debe ser codificada como la causa básica, y las categorías correspondientes a las causas externas pueden utilizarse, si se desea, como códigos suplementarios".

Por tales razones, la actualización/aclaración que viene del Mortality Reference Group es de suma importancia.

3. Una vez más queda evidente la utilidad y necesidad de que se mantengan bases de datos de mortalidad con causas múltiples (no solo la causa básica), con lo que, especialmente en casos como el presente, podremos tener la información más completa posible.

=====
Consulta C036

(Origen: Certificado de defunción de Cali-Colombia)

Cuál es la manera correcta de interpretar y codificar el siguiente caso de muerte neonatal, el cual involucra un evento externo ocurrido antes del nacimiento?

Mujer con un embarazo entre 20 y 27 semanas de gestación, quien refiere que se le practicó un aborto fallido, obteniéndose un producto nacido vivo con un peso de 625 gramos, el que fallece a los dos días. La causa de muerte (del niño) se determina por necropsia realizada por médico legista. Los diagnósticos son los siguientes:

- I a) Membrana Hialina
- b) Sepsis neonatal temprana
- c) Prematurez

En la variable "Probable manera de muerte" el médico certificante señaló el recuadro "Homicidio".

=====

R036 (15/jun/00)

¿Sabemos en qué momento se hizo el intento de aborto? Es decir, en qué semana de la gestación. La cuestión es si el intento fue la causa del nacimiento prematuro y por tanto de la membrana hialina y sepsis.

El aspecto de homicidio es más bien una opinión personal del médico, muy discutible por cierto, en el que difícilmente podemos participar y en todo caso se debería analizar desde el punto de vista legal, de acuerdo con las leyes de cada país.

(Raúl Montesano - Nicaragua)

Desde mi punto de vista aquí hay un parto prematuro inducido, que está vinculado con la prematurez que es la causa básica de la muerte. Que el legista haya marcado homicidio, no me extraña, porque tienden a guiarse por criterios no médicos, generando medios de prueba para los jueces. He encontrado no pocas muertes fetales en que el legista marcó homicidio, porque no usan el concepto de nacido vivo vigente.

Con la información disponible para este caso, lo que cabría discutir es si se codifica directamente la prematurez en P07.2 (hay membrana hialina además) o si se busca denotar que el recién nacido fue afectado por factores maternos, como en este caso, codificando que fue afectado por inducción del trabajo de parto, en P03.8 (infiriendo sobre lo que está registrado). Si nos ceñimos estrictamente a las reglas de selección, tendríamos que preferir P07.2 y considerarlo como inconsistencia el registro de homicidio (haciendo el reparo correspondiente).

En fin, yo codificaría en P96.4, como recién nacido afectado por terminación del embarazo, pero es porque infiero lo que el legista quiso expresar cuando marcó homicidio. Sin embargo, P96.4 excluye las terminaciones legales del embarazo, lo que vuelve a complicar la selección del código, según las legislaciones de los países, por lo que cabría profundizar en el tema y definirlo, porque estos casos no son infrecuentes.

(Danuta Rajas - Chile)

Esto tiene serias implicaciones legales. Codificado como "homicidio" el caso se vuelve un caso para el sistema de justicia criminal. En un entorno más "tolerante", lo veo codificado como P96.4. Ese es un punto importante - es necesario que existan algunas instrucciones sobre como manejar ese tipo de situación. Ese caso es similar al que yo envié anteriormente (ver Forum-CIE/R022).

(Yvette Holder - USA)

- I a) Membrana hialina P22.0

- b) Sepsis neonatal temprana P36.9
- c) Prematurez P07.3

CAUSA BASICA (Regla 2): P22.0

La cuestión es que los diagnósticos no concuerdan con el término colocado por el certificante en el renglón mencionado. Aparentemente el intento fallido de aborto no ocasionó lesiones en el niño, porque las afecciones señaladas en el certificado de defunción no tienen nada que ver con el homicidio. Por otro lado, el codificador respeta lo indicado por el médico en la parte I, en caso de dudas debería conversar con el certificante para indagar los motivos que le indujeron a registrar esa defunción como homicidio.

(Yolanda P Marcano - Venezuela)

Si la legislación vigente considera que las maniobras abortivas no son parte de la atención, o sea no están consideradas como acto asistencial, entonces son violentas.

Si existió una muerte como consecuencia de un acto violento la clasificación de homicidio es correcta.

Desde el punto de vista del análisis de la mortalidad infantil la muerte es evitable en su componente antenatal dado que si no se hubiera hecho la maniobra abortiva no hubiera nacido en ese momento. Por haber nacido con un peso menor de 750 gramos, se puede considerar como una muerte inevitable.

Al catalogarla como homicidio es evitable también. Llamativamente, mucho hablan de la evitabilidad de las muertes de los menores de 1500 gr. por acciones antenatales o en la salud de la madre, sin embargo son muy pocos los que puede demostrar que han descendido la frecuencia de nacimientos de menores de 1500g. Este caso si sería evitable.

Si hubiera nacido sin vida sería un aborto criminal (si la ley lo considera ilegal) al nacer con vida y morir después, la causa violenta se mantiene.

Obviamente, no es un "aborto vivo".

(José Luis Díaz Rosselo/CLAP - Uruguay)

Causa de muerte : membrana hialina
(Ivelise Segovia - OPS)

Pienso que un código adecuado como Causa Fundamental de Defunción podría ser P96.4

(Sara Cerdeira - Galicia/España)

- a) Membrana hialina..... P22.0
- b) Sepsis neonatal temprana.. P36.9
- c) Prematurez..... P07.2
-P96.4

El código P96.4 es aplicable en la terminación del embarazo, tanto en feto como recién nacido. No obstante, en la presentación de este caso, me deja insatisfecha utilizarlo como causa básica, pues no evidencia con claridad la ocurrencia de los hechos. Vol. I, pag 1033, nota al inicio del grupo incluye: lesiones ocasionadas por otra persona con intento de lesionar o matar, por cualquier modo. No existe propiamente una lesión, pero en su defecto se desencadenó un nacimiento prematuro de un nacido vivo, no podría entonces codificar como causa básica Y08.9?. El otro problema es, para los que codificamos también el capítulo XIX que código asignar de S o T. Considerar la sepsis neonatal como complicación de un procedimiento T81.4? Pero este grupo (T80-T88), esta referido a atención medica y quirúrgica y en este caso todo indica que es una maniobra abortiva o intento de aborto ilegal. Si no se necesita codificar también la lesión, pudiera quedar como causa básica Y08.9.

(Ana Consuelo - Cuba)

Caso interesante. Hay, en el caso, que hacerse la interpretación jurídica y aquella relacionada con el uso de la CIE en mortalidad. Me quedaré solamente con esa última.

Si viene el Certificado de Defunción (C.D.) como lo presentado, sin ninguna otra información, la causa básica es, por RS2, la membrana hialina.

Si en el C.D. como causa básica hubiese la información del evento externo, en el caso fue un "aborto fallido" (?), esa sería la causa básica. Entonces sería P00.5.

Sería P00.7 si el aborto fuese hecho por médico.

No es P01.8 el cual es usado para casos de "Aborto fetal espontáneo" (Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Por Regla 2 seleccionamos P22.0

Tomando en consideración la información complementaria del médico certificante (homicidio), se localizó en el índice el término aborto ilegal homicida que afecta al feto, cuyo código es P96.4 (Terminación del embarazo, feto y recién nacido). No se utilizó un código de causa externa debido a que la CIE menciona que si la causa antecedente originaria no se encuentra dentro del capítulo XIX, no debe codificarse en el XX. (pág. 89 del Vol. 2).

Esta fue la respuesta del CEMECE como grupo.

Opinión adicional:

1. Derivado de la información del certificante también se buscó por el término "aborto criminal con tentativa de lesionar al niño" que conduce al código Y08, el cual debido a la nota citada previamente no debe ser utilizado.

2. Aunque no se utilizó el código Y08.9, de acuerdo con la información del certificante, este caso es un homicidio de un recién nacido y debería ser codificado como tal. Buscando en el índice "Homicidio" (Ver agresión) - medios especificados el código es Y08.-. En el volumen 1 se asigna el cuarto carácter .9 dado que no se especifica el lugar de ocurrencia de la agresión.

Estrictamente no corresponde a un aborto criminal (por el tiempo y peso del producto (más de 500 gr. y probablemente más de 22 semanas de gestación).

(Luis Manuel/CEMECE - México)

=====

NOTA: Esa consulta también ha circulado en el Mortality Forum (Lars Age), de donde transcribo:

1. El evento que inició la secuencia que llevó a la muerte fue APARENTEMENTE el aborto (de donde viene esa información? no del certificado de defunción como mostrado) - En Inglaterra y Gales el aborto es legal y la muerte sería codificada de acuerdo a la razón del aborto (p. ej. enfermedad de la madre) o como el intento de aborto propiamente tal, SI eso fuera informado en el certificado. Sin embargo, uno solo puede codificar lo que se escribe en el certificado, a menos que se pregunte al certificante para aclaraciones. Homicidio tiene que ser un veredicto legal en Inglaterra y Gales, lo que significa que no nos llegaría un certificado como ese - pero eso es diferente en otros países.

(Cleo Rooney / Centro Colaborador de la OMS para la CIE de Londres, Inglaterra)

2. El índice alfabético nos da P96.4 como el código para efectos en el feto o recién nacido de la terminación del embarazo, legal y no especificado. No existe un código para efectos en el feto o recién nacido en el caso de aborto ilegal. De esa forma, creo que Cleo está correcta en el sentido de que la codificación depende del aspecto legal del aborto. Si, bajo la legislación del país donde ocurrió el evento, el aborto es visto como homicidio, entonces un código para causa externa sería correcto (X85-Y09). Si, por otro lado, el aborto fue legal, P96.4 es el código correcto.

(Lars Age Johansson - Centro Colaborador para los Países Nórdicos - Suecia y Moderador del Mortality Forum)

3. Estoy de acuerdo con Cleo y Lars

(Susan Cole - Escocia)

Comentarios (Roberto Becker - OPS):

1. La primera cosa que debe quedar clara en el caso presente es que NO SE TRATA DE ABORTO. Hay información bastante clara de que el producto de la concepción nació VIVO. Las definiciones de Aborto y Nacido vivo son MUTUAMENTE EXCLUYENTES. Si nació vivo ya no importa el peso ni la edad gestacional, dado que no hay que distinguir entre aborto y mortinato.

2. Hubo, sí, como lo menciona Ruy Laurenti, un intento fallido de aborto. En ese caso, la terminología más adecuada sería "terminación del embarazo", o sea, el hecho de "abortar" el embarazo, en su sentido general, sin la preocupación

con la "frontera" de 22 semanas, 500 gramos o lo que sea, pues no se trata de aborto.

3. Yo también estoy de acuerdo con lo que expresó Lars Age. La definición de la legalidad o no del aborto (intento) es lo que define el código. En el caso, Y08.9 si se define como "ilegal" o P96.4 si no se define así (legal o ignorado).

Apenas si no existiera la información de que la terminación del embarazo fue INTENCIONAL yo codificaría la causa básica como membrana hialina (no la prematuridad, por las notas de la pág. 61 del Vol. 2, donde se establece que P07.- y P08.- no se usan como causa básica si hay otra causa de mortalidad perinatal informada, lo que existe en el caso). El código P96.4 (o Y08.9, conforme la definición legal) me parece resumir mucho mejor lo que ocurrió (terminación del embarazo), la cual fue realmente la "causa básica" de la membrana hialina.

4. Para codificación múltiple:

Membrana hialina..... P22.0

Sepsis neonatal temprana.. P36.9

Prematuridad..... P07.2

5. Como he mencionado otras veces, toda la información disponible (digna de fe) debe ser usada para llegar a la codificación de la(s) causa(s) de muerte y selección de una como básica. No necesariamente solo lo que se escribe en el certificado de defunción. Especialmente cuando existen factores (causas) externos, la información complementaria sobre las circunstancias (información de naturaleza NO médica) es de capital importancia.

=====
Consulta C37

(De Chile)

Dónde se codifica el término "síndrome coqueluchoideo"?

1. En mortalidad si se selecciona como causa básica, dado que no existe el término en la CIE, se debería seleccionar alguna otra información presente en el certificado, o buscar un código adecuado? Debería codificarse como Coqueluche (Tos ferina)?

2. En morbilidad (y también en mortalidad), hay que considerar también las implicaciones que la decisión puede tener en los sistemas de vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles. Qué opinan?

=====

R37 (20/jun/00)

De acuerdo con las clasificaciones clínicas y la misma CIE, la tos ferina es parte del Síndrome Coqueluchoide o Coqueluche, pero deberá clasificarse como tos ferina si hay evidencia clínica, de laboratorio y/o gabinete que demuestre que el cuadro es producido por Bordetella pertussis, de otra manera deberá considerarse coqueluche o la otra etiología demostrada.

Para fines de vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación, todo coqueluche debería considerarse tos ferina si no se demuestra otra etiología, pero en realidad esto depende en mucho de la calidad y capacidad de los laboratorios en cada país y región. Esto tiene implicaciones importantes desde el punto de vista de posible sobre registro de "tos ferina" ("falsos positivos estadísticos") en países donde el programa de vacunación funciona bien, pudiendo crear confusión respecto a la eficacia del programa. Para evitar esto, los epidemiólogos deberán esforzarse en desarrollar la capacidad de los laboratorios y estudiar cada caso exhaustivamente. De otra manera, el sesgo estadístico será difícil de evitar.

(Raúl Montesano - Nicaragua)

Dado que no aparece en el Vol. 3 CIE-10 (Índice Alfabético), lo hemos consultado con epidemiólogos. Se nos dice que no corresponde a Tosferina, porque las investigaciones que se hacen resultan negativas para "bordetella (pertussis) (parapertussis). Sin embargo se comenta que tiene las características similares a esta enfermedad, como la tos persistente por ejemplo. Me propongo usar el código R05 con la adición de un cuarto carácter

(R05.0) para identificarla como "tos coqueluchoide", mientras se decide el tipo de enfermedad y código que le corresponde en la CIE-10.
(Yolanda P Marcano - Venezuela)

Hace años, tuvimos esa experiencia y la solución inicial que dieron los codificadores fue codificar como tos ferina. Aunque fueron muy pocos casos y bien localizados en una o dos provincias, de inmediato surgió el problema con los epidemiólogos, los que se dieron a la tarea de investigarlos, llegándose a la conclusión que no eran tos ferina, sino procesos respiratorios con mucha tos pero no exactamente el cuadro y evolución clínica era el típico del producido por el *Haemophilus pertussis*. Ahora bien, cuando no hay otra alternativa y hay que codificar los certificados pudiera haber varias opciones:

1. R05 Mal definido
2. J22 Infección aguda de las vías respiratorias inferiores
3. ? Crear un código propio si la frecuencia lo justifica

También es importante no olvidar que cada país, como Ud. mismo lo denomino, tiene su propia jerga, y quizás en algún lugar si se esta refiriendo al bacilo pertussis.

Mientras no exista una orientación precisa, codificaría como causa básica J22.
(Ana Consuelo - Cuba)

No conozco el término. Consideraría como sinónimo de coqueluche. Principalmente para efectos de vigilancia epidemiológica!
(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

En México el síndrome coqueluchoide por acuerdo del CEMECE se codifica en tos ferina (A37.9) con la salvedad de que en éste como en otros casos de enfermedades de importancia epidemiológica, se debe hacer el reporte al epidemiólogo para su rectificación o ratificación y de acuerdo al resultado de la investigación se acepta o se modifica el código.

Sin embargo, como resultado de la discusión en el CEMECE este síndrome podría codificarse en R59.0 (adenomegalia localizada) o en R05. Ver Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, Ed. Salvat, Coqueluchoide. Se dice de cierta clase de tos quintosa en las adenopatías traquebronquiales principalmente.

Si se busca por adenopatía (Vol. 3, pág. 26).

Adenopatía (ganglio linfático) ver adenomegalia.

Adenomegalia (ganglio linfático)

-Traqueobronquial R59.0.

Si se busca por Tos bronquial (no hay quintosa) el código será R05).

(Luis Manuel/CEMECE - México)

Como la consulta la hice yo misma, sólo agrego que precisamente el problema principal es que si se codifica como A37.9, quedan afectadas la incidencia o la mortalidad por una enfermedad inunoprevenible, con las obvias consecuencias para el PAI, que en Chile tiene coberturas superiores al 90 por ciento de los expuestos. Yo preferiría, por esa razón, que quedara en J04.1 ó J04.2, o algo así.

(Danuta Rajs - Chile)

Nunca he escuchado el término síndrome coqueluchoideo, pero entiendo que se trate de un cuadro de tos convulsa, etc., no causado por la B. pertussis. Si es así, de ninguna forma se debería incluir como tos ferina. Sería como clasificar un síndrome poliomiélico como Polio.

(Maria Cristina Pedreira - OPS/R. Dominicana)

=====

Comentarios (Roberto Becker - OPS):

1. Como siempre hemos comentado, en los casos específicos de asignación de códigos, se supone que todas las posibilidades de aclaraciones se han agotado. Especialmente cuando está involucrada una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica (vinculada a un programa de control), la búsqueda de informaciones complementarias, la investigación epidemiológica del caso es muy importante. Ese caso, como cualquiera que involucre una enfermedad bajo vigilancia epidemiológica, debe ser discutido, y la información final obtenida

con el personal del programa correspondiente. Muchas veces la primera información de un caso (confirmado o no) que llega al sistema de salud pública es el certificado de defunción.

2. Desde el punto de vista del programa de control de enfermedades, en mi opinión, un "síndrome coqueluchoideo" debería ser considerado como Tos ferina (coqueluche), hasta que se pruebe lo contrario. Es decir, además de la investigación del caso, las medidas de control deberían ser adoptadas inmediatamente (tratamiento del caso, vacunación o lo que se defina para cada enfermedad).

3. Sin embargo, la clasificación final del caso depende igualmente de la enfermedad y de su situación epidemiológica en el área. Por ejemplo, hoy día para que acepte un caso como poliomielitis, es necesario que se lo probemos, pues el último caso confirmado, por virus salvaje en las Américas ocurrió en 1991.

La situación de la Tos ferina es muy distinta, lo que puede explicar porque las consultas que hemos hecho a los técnicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones no resultaron en opinión uniforme.

4. La discusión presente parte del supuesto de que ese es un diagnóstico "final", es decir, no existe posibilidad, por equis razón(es) de aclaraciones adicionales.

Entonces, si la recomendación es de que se considere el caso como Tos ferina "hasta prueba en contrario", la codificación debería hacerse de la misma forma, o sea, en A37.9.

5. Eventualmente el programa de control correspondiente podrá tener distintas clasificaciones para los casos, basadas en sus definiciones de caso sospechoso, confirmado, etc., tales como "Confirmado" (por laboratorio), "sin confirmación", o lo que sea. Esa clasificación final del caso no tiene necesariamente que ver con los cuartos caracteres usados en la CIE.

=====
Informe del CRAES (29/jun/00)

Estimados amigos

En los archivos adjuntos les envío el Informe Final de la Reunión del CRAES - Comité Regional Asesor de la OPS en Estadísticas de Salud y el plan de trabajo de los Subcomités conformados.

A los participantes de la reunión, los cuales casi todos son también participantes del Forum-CIE, ya se les ha enviado también el informe por correo regular.

El CRAES fue creado por la OPS en 1960, sesionando regularmente hasta 1975. Después de 25 años sin actividades, el Director, siguiendo recomendación del Programa SHA (Programa Especial de Análisis de Salud), reinstaló el Comité.

Los temas centrales de la reunión, realizada en la sede central de la OPS en Washington, D.C., del 27 al 29 de marzo de 2000, fueron:

- RECURSOS HUMANOS EN ESTADÍSTICAS DE SALUD
- CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES Y FAMILIA DE CLASIFICACIONES
- PROCESOS DE REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE DATOS
- DISEMINACIÓN DE INFORMACIÓN

Se han conformado tres subcomités, cuyos puntos focales en la OPS, todos del Programa SHA se indican entre paréntesis:

- Formación de Recursos Humanos (Dr. Enrique Loyola)
- Validación y Diseminación (Dr. Oscar Mujica)
- Clasificación Internacional de Enfermedades (Dr. Roberto Becker)

Saludos

=====
Consulta C038

A pesar de que no existía una nota específica, con la CIE-9 solamente las (bronco)neumonías abajo de los dos días de edad se consideraban siempre como congénitas y se codificaban en 770.0. Por ende, los códigos 485 y 486 eran perfectamente aceptables para la edad de dos días y más.

En el índice alfabético en español (y también en portugués) de la CIE-10, en la página 364 se encuentra:

Neumonía

- neonatal P23.9

Considerando que todas las afecciones que ocurren antes de los 28 días de edad son "neonatales", la pregunta es si eso significa un cambio con relación a la CIE-9. Las implicaciones pueden ser muy significativas al tabular las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA's) en menores de un año, principalmente en menores de un mes.

La única referencia para la codificación de todas las neumonías (pero no las bronconeumonías) en P23.9 es el Índice en inglés (en el cual se han basado las versiones en español y portugués). El Índice en francés no tiene esa entrada, manteniéndose igual a lo establecía la CIE-9.

=====
R38 (29/set/00)

Esa es una cuestión que ha causado dudas. El mismo MRG (Mortality Reference Group) está discutiendo el problema de una cierta confusión que existe entre "perinatal" y "neonatal". Para mí no hay ninguna confusión y las definiciones aparecen claras en el Volumen 2 de la CIE-10.

Lo que hemos recomendado a los codificadores es lo siguiente:

a) Cuando existe evidencia, información, etc. que indique que la (Bronco)neumonía ha tenido origen en el periodo perinatal, el código es P23.9 (tomar en cuenta el "Excluye" bajo el P23), independiente del tiempo (edad) de la muerte; inclusive puede ocurrir después de los 28 días (periodo neonatal). Es una "afección originada en el periodo perinatal"!

b) Cuando hay información, evidencia, etc. de que la (Bronco)neumonía inició después del periodo perinatal, mismo ocurriendo la muerte en el periodo neonatal (antes de los 28 días) se codifica en J18.0 (bronco) o J18.9 (neumonía).

c) Y cuando no se puede diferenciar entre a) y b), qué hacer?

La orientación debe ser: cuanto más cercano del período perinatal, considerar como originada en el periodo perinatal. Cuanto más lejano (cuanto? 15 ó 20 días de vida?) codificar en J18.0 ó J18.9.

Hay dudas? Siempre deberá preguntarse al médico que firma el diagnóstico y el Certificado. Esa es la práctica más correcta.

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Tanto en la CIE-9 y CIE-10 se contempla la neumonía congénita que el médico certificador debe especificar como tal.

En la Décima Revisión se ha incluido una nueva entrada en el Índice Alfabético que es neumonía neonatal que incluye como su definición lo dice desde el nacimiento hasta los 28 días completos lo que significa que las neumonías que en la Novena Revisión se codificaban en el Capítulo VIII "Enfermedades del Aparato Respiratorio", ahora con la CIE-10 se codifican en el Capítulo XVI "Ciertas Afecciones originadas en el periodo perinatal".

Sin embargo, cuando se hacen estadísticas por grupos etareos siempre se tabularán tanto neumonía codificada en uno y otro capítulo. Pero también cuando se hacen por capítulo de la CIE-10 se notará en comparación con CIE-9 un aumento que puede ser por la clasificación.

(Carlos Muñoz/CEVECE - Venezuela)

Creo que es un cambio con respecto a la CIE-9, ya que ella no aparecía en el índice alfabético solo en la lista tabular en la nota de exclusión Vol. 1, pág. 310.

En la CIE-10 aparece perfectamente descrito en el índice alfabético y en la lista tabular.

Por lo tanto si va a tener implicaciones en las infecciones respiratorias agudas en menores de 1 año y principalmente en menores de 1 mes.

Hay que recordar, que la CIE-10 es una de las revisiones con más cambios al igual que la 6ta.

(Ninette Barboza/CEVECE - Venezuela)

Ciertamente el codificar la neumonía neonatal en P23.9 hasta los 27 días de edad, significa un cambio respecto a la CIE-9. No obstante, creo que esta situación es aun un poco más compleja. Si el certificado solo dice Neumonía pero el fallecido es menor de 28 días, puede asumirse como neonatal y

codificarse en P23.9. De otra parte, la categoría J18 no tiene exclusión para la Neumonía neonatal, por lo que la asignación del código se realiza solo por mecanismo de índice. Además, la categoría P23 se denomina Neumonía congénita. Como Ud. señala, la bronconeumonía no aparece sujeta a esta clasificación, por tanto una bronconeumonía neonatal iría al J18? Me pregunto, que diferencia sustancial existe entre una y otra expresión, en lo que al llenado del certificado respecta? Sabemos que ambas entidades, con frecuencia suelen utilizarse indistintamente. De otra parte si para la versión en francés esto no se ha tenido en cuenta, partimos ya de un hecho que sesga las comparaciones. Por último debo significar que con la CIE-9, en ningún momento nos llevo orientación respecto a los límites para asumir como congénita las neumonías u otras entidades, salvo las que están explícitamente en el Vol. 1 CIE.
(Ana Consuelo - Cuba)

En México con la CIE 9 a la neumonía congénita se le asignaba el código 770.0 siempre y cuando se especificara como tal por el médico o bien la duración de la enfermedad coincidiera con la edad del niño, con lo cual se asumía que fue adquirida desde el nacimiento.

Con la CIE-10, la aparición del término neumonía (y bronconeumonía) neonatal ha hecho que asignemos el código P23.9 cuando se reporta neumonía en las siguientes situaciones:

1. en los niños menores de 28 días,
2. cuando la edad del niño y la duración de la neumonía son iguales
3. cuando se especifica como congénita en el certificado (raro)

Sin embargo el código P23.9 se refiere a la neumonía congénita como sinónimo de neumonía neonatal, motivo por el cual consideramos conveniente que se revise esta codificación, ya que es posible que no todas las neumonías en los menores de 28 días de edad sean congénitas.

El problema principal reside en el límite de edad para asignar un código de afecciones perinatales (Cap. XVI) o un código del capítulo de las enfermedades respiratorias (Cap. X) cuando se trata de un niño de menos de 28 días de edad.
(Luis Manuel Torres Palacios/CEMECE - México)

Comentarios (Roberto Becker - OPS)

Una vez más, es importante que se revisen bien las definiciones:

- Período perinatal
- Afección originada en el periodo perinatal
- Período neonatal

Como lo menciona Ruy Laurenti, en el Vol. 2 las definiciones están claras. También es importante repetir: aunque no sea lo más frecuente, una afección ORIGINADA en el periodo perinatal NO TIENE LÍMITE DE EDAD para aceptarse como causa básica de muerte. La práctica de ponerse una restricción en los sistemas de consistencia debe tener el carácter de "poco probable", "revisar y confirmar". No puede ser una restricción cerrada!

En cuanto al caso específico:

1. Hay que tener siempre el cuidado de tabular TODOS los códigos necesarios para totalizar las Infecciones Respiratorias Agudas, donde quiera que se ubiquen en términos de capítulos de la CIE.
2. Como lo menciona Ana Consuelo, la forma de codificar debe ser igual para las Bronconeumonías y las Neumonías.
3. Si hay mención de "congénita", "adquirida intraútero", "adquirida durante el nacimiento", u otra información equivalente, no hay duda de que tanto la Neumonía como la Bronconeumonía se codifican en P23.-, cualquiera que sea la edad al morir. El cuarto carácter depende del agente etiológico, lo que desafortunadamente, como sabemos, nos lleva casi siempre al .9 ("no especificado").
4. El Capítulo XVI (Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal) no incluye TODO lo que haya iniciado entre las 22 semanas de embarazo y los 7 días de vida. Ver nota de exclusión en la página 725 del Vol. 1, además de notas de exclusión detalladas en los grupos, categorías y subcategorías. A pesar de que la descripción de la categoría P23 menciona "congénita", la misma se encuentra en el grupo "Trastornos Respiratorios y cardiovasculares específicos del período perinatal". Por eso parece razonable que cuando la (bronco)neumonía

haya sido adquirida en el período perinatal (hasta la edad de 6 días - 7 incompletos), se codifique siempre en P23.-, con o sin mención de "congénito" u otra equivalente.

5. Cuando se sabe que la (bronco)neumonía fue adquirida después del periodo perinatal (es decir, con EDAD de 7 días completos o más), dado que NO ES congénita y NO FUE adquirida en el período perinatal, a pesar de lo que aparece en el índice (pero no en francés) estoy de acuerdo con Ruy: Codificar en J12-J18, conforme la información disponible sobre etiología. Tanto para lo comentado en el numeral 4., arriba, como para este (el 5.), es importante lo que menciona Luis Manuel, de verificar edad y duración de la enfermedad, que nos podría dar la solución.

6. El problema existe cuando no hay la información exacta (después, claro, del intento de buscarla con el médico). La solución está relacionada con lo que se puede esperar en términos de período de incubación y duración de la enfermedad. Al respecto hemos consultado el Programa de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), de la OPS. Según los especialistas, las (bronco)neumonías de tipo congénita o de los primeros días, es decir, las relacionadas con el embarazo o el nacimiento, son, en general, de incubación muy corta y evolución muy rápida.

De la misma forma como ocurre con otras situaciones, necesitamos un "corte" de edad, para permitir la elaboración de estadísticas útiles para la evaluación de la situación de salud y la toma de decisiones. Siempre van a ocurrir casos donde el corte puede no ser el más adecuado a situaciones individuales. A pesar de estar de acuerdo, en teoría, con lo que menciona Ruy Laurenti, los límites de edad (15 ó 20 días) que él plantea no son prácticos y no garantizan la comparabilidad.

En el caso presente, mi recomendación es de que las (bronco)neumonías sin información sobre el momento en que se inició (fue "adquirida"), solo se codifiquen en P23.- hasta la edad de 6 días. Si la edad es de 7 días o más deberán codificarse en J12-J18. Esa fue también la recomendación de los especialistas en AIEPI.

7. Finalmente (y los comentarios de Ana Consuelo son importantes en ese sentido), en relación con haber o no ocurrido un cambio entre la Novena y la Décima revisiones, dado que la única alteración se verificó en el índice en inglés (el cual sabemos que tiene muchos problemas) y solo para neumonías (no las "bronco"), en mi opinión, no existe nada que justifique ni corrobore que hubo un cambio real.

=====

Consulta C039

Esa consulta ha sido formulada por Gérard Pavillon, de Francia, en el Mortality Forum, coordinado por Lars Age. Las opiniones del Forum-CIE posteriormente se enviarán también al Mortality Forum.

Se puede aceptar una neoplasia secundaria (C77-C79) como causa básica de muerte?

=====

R039 (07/sep/00)

Comentarios (Roberto Becker - OPS):

Efectivamente la CIE-10 abre la posibilidad de que se pueda aceptar tumores secundarios (metastásicos) como causa básica, desde que no haya mención del sitio primario. Así lo han contestado María Rosa Fernández Viera (Cuba), Yvette Holder (USA) y Luis Manuel T. Palacios (México), considerando estrictamente las disposiciones del Vol. 2.

Sin embargo, la discusión no es apenas relacionada con lo que aparece en las reglas y disposiciones establecidas para la codificación. Como se nota abajo en las respuestas, no hay unanimidad de opiniones. Como la cuestión es originaria del Mortality Forum, al final se reproducen las respuestas enviadas al mismo (traducidas al español). Mi opinión, enviada al Mortality Forum, aparece más abajo, junto con las del Mortality Forum.

En resumen, tal como lo establece la CIE-10, si no hay posibilidad de información adicional, es aceptable codificar una neoplasia secundaria como causa básica.

La argumentación de que eso contradice totalmente el principio de la causa básica no me parece válido, dado que en muchos otros casos el código final de hecho no es "la enfermedad o patología que inició la cadena de eventos ..." Es suficiente ver en el Vol. 2 lo que aparece en el apartado 4.1.8 sobre modificación de la causa seleccionada. Las "Reglas de Modificación" (que ya existían en la CIE-9) sirven exactamente para ofrecer mejor y más útil información con el código de la causa básica, lo que se hace seleccionando otra enfermedad o afección como básica, aunque no haya sido "la que inició el proceso".

Es imposible hacer referencia a todas las notas del Vol. 2, para la codificación de los tumores, además de extensas, complicadas y en muchas ocasiones poco comprensibles y contradictorias. No obstante, de todo lo escrito al respecto podemos concluir que según pag 78 ejemplo 17 y pag 79 incisos IV y V, si es posible codificar como causa básica un tumor secundario. Personalmente, considero preferible utilizar estos códigos que "sitio primario desconocido" como hacíamos con la CIE-9. Conocidas las localizaciones secundarias se puede, con cierto grado de aproximación, para un número de casos, suponer la localización más probable del primario y aun cuando esto no sea posible considero la información de mas utilidad que el "sitio primario desconocido".
(Ana Consuelo - Cuba)

Si no aparece ninguna otra causa seleccionable en el certificado, creo que es mejor aceptar esta neoplasia secundaria como causa básica, lo que al menos enviará el caso al grupo correspondiente cuando se consolide la información. Obvio es que todo depende de lo que esté registrado en el Certificado.
(Danuta Rajs - Chile)

No deberían codificarse los tumores malignos secundarios como causa básica de muerte por cuanto las medidas preventivas se hacen con los tumores malignos primarios. Por tanto, el epidemiólogo debe desarrollar una actividad educativa e investigativa para que los médicos clínicos mejoren la calidad de la certificación médica en las muertes por tumores malignos.
(Yolanda P. Marcano - Venezuela)

Aunque C77-C79 se refieren a neoplasias secundarias y, por tanto, no es recomendable utilizar esos códigos como causa básica, debiendo usarse C80 - sin especificación de localización, tengo la siguiente opinión:
- codificando en C77-C79, automáticamente estoy informando que el sitio primario es desconocido.
- C77-C79, a pesar de secundario presenta una localización. Creo que eso es importante.
Supongamos que yo no tenga estadísticas de morbilidad (donde se usa C77-C79) y solo mortalidad. Al sumar "cáncer del pulmón" (C34.-) con "neoplasia maligna secundaria de pulmón" (C78.0) puedo tener una idea (aproximada) de "demanda" para cirugía pulmonar o de "radioterapia" en el tórax.
En resumen: C77-C79 ofrece más información e incluye no saberse cual el sitio primario.
(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

No, no se debe aceptar como causa básica. Tenemos el código C80 para estos casos, que no deben ser muchos, por supuesto haciendo las investigaciones correspondientes y en última instancia tener presente el código mencionado. Sin embargo, cuando se presenta el C77 hay una nota de exclusión en el volumen 1 pagina 202 que lleva a los códigos (C81-C88, C96.-)
(Nynete Barbosa/CEVECE - Venezuela)

=====
Mortality Forum: (Nota: las últimas respuestas aparecen en el inicio y las primeras al final)

*Suecia /Lars Age Johansson/: Roberto esta ciertamente correcto con que si usamos un código para neoplasia secundaria, eso implica que el sitio primario es desconocido y que obtenemos alguna información adicional. El problema, como

yo lo veo, es que rompemos el principio fundamental de la codificación de la causa básica, lo que hace mucho más difícil explicar el concepto de causa básica, tanto a los codificadores como a los usuarios. Encuentro también muy difícil de creer que información sobre diseminación metastásica tenga alguna utilidad en la prevención de cáncer - si uno no sabe el sitio primario y/o tipo de tumor, es casi imposible adoptar medidas para prevenir futuros casos.

*WHO(OMS) /André L'Hours/: Estoy de acuerdo con Roberto Becker. Él ha resumido muy bien las ventajas. Esa es la razón por la que hemos cambiado las instrucciones de codificación en la CIE-10, para permitir la codificación de tumores secundarios.

*PAHO(OPS) /Roberto Becker/: Yo discrepo de Lars y de Augusto. Está muy claro que cuando discutimos la codificación de términos o diagnósticos médicos, se supone que esos términos son "finales", la mejor información obtenida por el codificador. Si hay cualquier posibilidad real de aclaración, la misma debe ser hecha antes de la codificación.

En el caso específico, obviamente sería mejor que tuviéramos la información sobre el sitio primario de la neoplasia maligna y entonces codificarla. Creo que más importante que las reglas propiamente dichas es el uso de los datos. Esa es la razón por la cual la CIE tiene tantas reglas de codificación, con tantos detalles y supuestos, basadas en frecuencia y probabilidad. Y en mi opinión yo tengo mucha más información si puedo aceptar una neoplasia secundaria como causa básica que simplemente codificar como "sitio desconocido". Si codifico en C80 solo sé que hay una neoplasia maligna. Nada más. Usando C77-C79 yo también sé que hay una neoplasia maligna de sitio primario desconocido, pero sé también que la neoplasia se ha diseminado y para donde.

Por tanto, si el sitio primario no pudiera ser conocido, yo acepto neoplasia secundaria como causa básica de muerte, de forma semejante a muchas otras situaciones mencionadas en 4.1.11 (Vol. 2)

*Holanda /Ferry Oei/: Nosotros no usamos C77-C79 (Neoplasia maligna secundaria como causa básica). En ese caso nosotros usamos el código "C80".

*Brasil /Augusto Hasiak Santo/: Neoplasias malignas secundarias, conocidas como neoplasias metastásicas, de acuerdo con las orientaciones de la CIE-10, que se encuentran en el Manual de Instrucciones, pueden ser identificadas como causa básica de muerte "si [...]". (Pág. 76)

Sin embargo, yo comparto la preocupación de Gérard. Quiero mencionar dos argumentos. El primero es sobre la comparación de la orientación actual con la correspondiente de la Novena Revisión, en la cual la causa básica debería ser asignada a neoplasia maligna de sitio no especificado. Esa orientación anterior tiene una estructura mucho mejor que la actual de la Décima Revisión. La idea general era la de buscar el sitio primario de la neoplasia mencionado en el certificado de defunción.

El segundo argumento está relacionado a la base epistemológica de una clasificación de causas de muerte. Yo asumo que un sistema de codificación sin tales principios es apenas una lista para poner rótulos. Una clasificación científica para que sea útil debe llevar a la formulación de leyes generales y principios teóricos, los cuales van a reflejar la uniformidad del asunto en estudio. Yo entiendo que el concepto de causa básica de muerte es la idea principal que regula el uso de la CIE en mortalidad. Por tanto, las causas de muerte identificadas como básicas deben contener elementos patológicos relacionados en lo posible con la enfermedad que inició la cadena de eventos que llevaron directamente a la muerte. Esa es la razón porque una neoplasia primaria de sitio no especificado debe preferirse y no una neoplasia secundaria, mismo de sitio especificado.

*Suecia /Lars Age Johansson/: Yo solo puedo estar de acuerdo con Augusto - para mí el concepto de tener una neoplasia secundaria como causa básica es una contradicción. En la práctica, nosotros evitamos la dificultad investigando

esos certificados. Por ende, la respuesta directa a la pregunta de Gérard es "no".

=====
Consulta C040

(de Brasil)

Cuales son los límites de edad considerados adecuados para el uso de los códigos:

P22.0 (síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido) y J80 (síndrome de dificultad respiratoria del adulto).

Qué código usar para edades intermedias entre "recién nacido" y "adulto"?

=====

R040 (08/sep/00)

Según la definición del período neonatal, P22.0 es aplicable sólo en los casos de niños de 0 a 28 días. Cuando hemos recibido consultas al respecto, hemos indicado codificar en J80 si es mayor de 28 días, porque de hecho el cuadro clínico es lo que se denomina "del recién nacido" o "del adulto". Pero es cierto que causa confusión a los codificadores cuando verifican la edad registrada en el certificado. Por lo tanto, sería conveniente quizá desplegar J80 para dar lugar a una codificación más fácil para el codificador. Sin embargo, mientras el síndrome clínico del lactante y del adulto sean considerados idénticos, no sería conveniente cambiarlo a otro rubro. (Danuta Rajs - Chile)

El código P22.0 debe usarse para menores de 28 días, preferentemente. Como causa básica de muerte pudiera aparecer rebasado este límite de edad, pues aunque su origen esta muy próximo al nacimiento (generalmente antes de 72 horas) el momento de la muerte puede ser posterior. En el caso nuestro, que trabajamos causa principal, este código no debe aparecer después de 27 días. Para las edades de 28 días en adelante, debe utilizarse el J80. No se si es correcto o no, pero en varias ocasiones en los certificados aparece registrada la expresión "síndrome de dificultad respiratoria del adulto en el niño". Las causas o etiología en una edad u otra son diferentes. En los menores de 28 días, esta asociado, a la inmadurez, membrana hialina, y mas frecuente en nacimientos por cesárea. En el adulto, está asociado a infecciones, entre otras causas.

Quizás no esté bien utilizada la expresión "DEL ADULTO", siendo esto motivo de confusión, si tenemos en cuenta que generalmente llamamos adulto, a partir de los 15 años.

En la tabla de consistencias se propone límite máximo 11 meses, para el P22 podría asumirse igual respecto a la pregunta, y codificar J80 a partir de 1 año.

(Ana Consuelo - Cuba)

Creo que la OMS debe establecer un límite de edad para clasificar el Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido, aún cuando los codificadores sabemos que más frecuentemente ocurre en el período neonatal precoz (0-6 días) y sin embargo hemos visto muertes por esta causa en recién nacidos de más de 7 días y hasta los 15 días de edad. La cuestión está en que si lo asignamos a J80 después de los 7 días de edad disminuiríamos artificialmente el número de muertes por causas perinatales. Sería recomendable establecer un código para clasificar el Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido (Membrana hialina pulmonar) en cada una de las tres etapas del período perinatal (precoz, intermedia y tardía) y usar el J80 para mayores de 28 días.

(Yolanda P. Marcano - Venezuela)

Las causas del síndrome de dificultad respiratoria son diferentes en el recién nacido que en el adulto. Una posibilidad a codificar puede ser:

P22.0 desde la edad 0 hasta 11 meses (según tablas de consistencia)

J84.8 de 1-14 años

J80 de 15 años y más

(María Rosa Fernández Viera - Cuba)

P22.0 se utiliza hasta los 28 días (0-27 días), luego se utiliza la J80. Lamentablemente no existe otro código para edades intermedias, se presentan muchos casos donde el niño tiene dos (2) meses por ejemplo donde usamos el código J80. Sería interesante y lógico proponer una subcategoría para estas edades de lactantes y del niño.

(Nynette Barboza/CEVECE - Venezuela)

Para P22.0: menos de 28 días

Para J80: 18 años y más

La CIE no tiene un código específico para las edades intermedias entre estos dos códigos. Por tal motivo el código J96.9 puede ser utilizado en estos casos. Que excluye precisamente al P22.0 y J80.

(Luis Manuel T. Palacios/CEMECE - México)

Inicialmente es necesario quedar bien claro que no existe límite de edad para los códigos "P". Equivocadamente muchas personas solo aceptan en el período perinatal o neonatal. Algunos aceptan hasta 1 año.

No Hay Límite de Edad!!!

Imaginemos un Recién Nacido con P22.- que puede llevar a una anoxia grave con secuela neurológica. A los 4 años (o a los 30!) hay alguna complicación resultante del problema neurológico y ocurre la muerte. La causa básica es el P22.- independiente de la edad!

Ahora, en lo diario, cuando es P22.- o J80?

Si fuera en el período neonatal, no tengo dudas: P22.-

Si tuviera 22 años (o 10 o 30 años), también no tengo dudas: es J80.

Si hay evidencia de que empezó "perinatalmente", aún muriendo con 300 años de edad es P22.-

Si hay evidencia de que no es de inicio perinatal es J80, independiente de la edad.

Y si no hay evidencias? Yo considero con más de 1 año adecuado el código J80.

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Comentarios (Roberto Becker - OPS)

Aunque no fue exactamente esa la cuestión formulada, entiendo que lo más importante en esa discusión es que quede definitivamente aclarado que los códigos "P", es decir, el Capítulo XVI de la CIE-10, NO TIENEN LÍMITE DE EDAD para uso. Como menciona el título del Capítulo, se trata de "Ciertas afecciones ORIGINADAS en el período perinatal". Luego del título, en la página 725 del Vol. 1 aparece: "Incluye: las afecciones que tienen su ORIGEN en el período perinatal AUN CUANDO LA ENFERMEDAD O LA MUERTE OCURRAN MÁS TARDE". El hecho de que con frecuencia mencionamos de forma abreviada como "causas perinatales", sin mencionar "originadas", puede ayudar a crear o mantener la confusión. De esa forma, es de esperarse algunas muertes por causas originadas en el período perinatal, ocurran no solo después de 6 o de 28 días, sino también en mayores de 1 año. Y esto efectivamente ocurre. Por ejemplo, en los Estados Unidos, en general aproximadamente 1-2% de las muertes codificadas en el Capítulo XVI (los códigos "P") son de personas que tenían más de un año, incluso algunas con más de 40 o 50 años.

Las tablas de consistencia mencionadas en algunas respuestas, por tanto no deberían contener restricciones absolutas de edad para los códigos "P". Las tablas preparadas por el Programa SHA de la OPS (que se encuentran en revisión final en el Centro Colaborador de Brasil), asignan el carácter de POCO PROBABLE EN MAYORES DE 11 MESES para la mayoría de los códigos "P", pero ninguno aparece como "inválido", "imposible" o "incompatible" en función de la edad. El "POCO PROBABLE" tiene la finalidad de generar un alerta, recomendando que se revise el dato en la fuente, para confirmación, dado que, aunque posible y aceptable, no es muy frecuente.

En relación con la consulta específica, parece claro que:

1. Síndrome de dificultad respiratoria hasta los 27 días siempre se codifica en P22.0 (DEL recién nacido).
2. A partir de los 28 días, siempre que haya información de que fue originada en el período perinatal, también se codifica en P22.0, CUALQUIERA QUE SEA LA EDAD DEL FALLECIDO.

3. A partir de un año de edad, si no hay evidencia de que es de origen perinatal, se codifica en J80.
Queda la duda sobre la codificación de los casos en los que no se menciona origen perinatal y la edad está entre 28 días y un año.
- Usar otro códigos del Capítulo X ("J") como se ha mencionado. En mi opinión no es adecuado, dado que sería usado un código residual, donde se pierde la especificidad de la información.
- Crear nuevo(s) códigos para edades intermedias: Tampoco me parece adecuado. No es esa la práctica con la CIE.
Yo prefiero interpretar el código J80 ("del adulto"), como "postneonatal" o "no originado en el período perinatal". De esa forma yo codificaría en J80 los casos de síndrome de dificultad respiratoria a partir de los 28 días de edad, SIEMPRE QUE NO HAYA EVIDENCIA o mención de que su ORIGEN fue perinatal.

=====

Consulta C041

Considerándose los términos del apartado 4.2.12 del Vol. 2 de la CIE-10 (pág. 89 de la edición en español), sobre causas externas: "Los códigos para causas externas (V01-Y89) deben utilizarse como los códigos de elección para la codificación de causa única para las tabulaciones por causa básica, solamente cuando la afección morbosa es clasificable en el capítulo XIX (Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas)",

1. Los códigos Y40-Y84 se pueden usar como causa básica?

2. Cuál el uso correcto de los códigos Y40-Y84?

=====

R041 (21/set/00)

Primero: Y40 a Y84 no son todos lo mismo. Y40 a Y59 son efectos adversos en el uso terapéutico normal, fenómeno que debe ser objeto de vigilancia epidemiológica. Aunque la mayoría de ellas rara vez llegan a ser causas de muerte, creo que hay que admitir la posibilidad y aceptarlos en caso de que aparezcan. Similares son Y83 e Y84.

A su vez, Y60 a Y82 son incidentes que pueden llegar a causar lesiones o la muerte y que pueden ser tipificados más fácilmente como delitos y ser objeto de persecución penal, aunque los anteriores también los son.

En general, aceptarlos como causa básica de muerte me parece aceptable.

(Danuta Rajs - Chile)

Si, Vol. 3, Sección III, pag. 627-742 aparecen Y40-Y59 y todas tienen su correspondiente en el Capítulo XIX, T36-T65. Para el resto, Y60-Y84 pueden hacerse corresponder con T80-T88.

Cual es el uso correcto de los códigos Y40-Y84?

a) Cuando no se pueda establecer la causa básica y solo exista información sobre estas complicaciones.

b) Cuando es aplicable la Regla de modificación B ultima parte.

c) Cuando es aplicable nota del Vol. 2 pag. 72 inciso 4.2.6 ultima parte.

(Ana Consuelo - Cuba)

Siempre que sea posible se pueden usar los códigos Y40-Y84. En mi caso particular, en el Distrito Federal usamos muy poco estos códigos, casi no se ven muertes por reacciones adversas a tratamiento o no son registradas. Lo que sí se ve aunque muy poco, son las complicaciones de cateterismo cardíaco, tales como tromboflebitis o infección séptica que es cuando debemos usar este grupo de códigos.

(Yolanda Pérez Marcano - Venezuela)

Teóricamente, Y40-Y84 siempre son "consecuencias" de un acto médico o quirúrgico. Y la causa básica es la enfermedad para la cual se hizo el acto médico. Si no se conoce la causa, la conducta es la misma que existe en 4.2.6, Volumen 2 (operaciones): codificar en Y40-Y84.

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Y40-Y84 sería el código apropiado para causa básica cuando la afección morbosa pudiese ser codificada en T36-T50, T78-T88. Pero esa es una de las razones para

que nuestro "ICECI Working Group" tenga grandes dificultades para incluir ese conjunto de códigos en ICECI.

(Yvette Holder - USA)

****Nota:** ICECI es la International Classification of External Causes of Injury (Clasificación Internacional de Causas Externas de Lesión). Esa clasificación, que no es simplemente la expansión del Capítulo XX de la CIE-10 y cuyo uso se destina básicamente a las salas de emergencia de hospitales, se encuentra actualmente en desarrollo, debiendo posiblemente ser un nuevo miembro de la Familia de Clasificaciones a mediano plazo. (Roberto Becker - OPS)

Los códigos Y40-Y84 si pueden utilizarse como causa básica, según regla de Modificación B Afecciones Triviales. Si la muerte ocurre como resultado de una reacción adversa al tratamiento de la afección trivial, seleccione la afección trivial.

(María Rosa Fernández Viera - Cuba)

Se pueden usar como causa básica ya que la CIE no incluye restricciones para ello. Si el certificado especifica claramente que la muerte ocurrió por los efectos adversos de los medicamentos correctamente administrados, los incidentes, accidentes, descuidos, omisiones durante un procedimiento quirúrgico o médico y las fallas durante la atención o en los controles de calidad (lo cual es sumamente raro de reportarse porque implica el reconocimiento de negligencia), entonces deben codificarse como tales.

(Luis Manuel Torres Palacios/CEMECE - México)

Ejemplo de uso de una de las categorías mencionadas:

Paciente 12 años

I a) Anemia aguda

b) Complicación Post operatoria por hemorragia T81.0

c) Apendicitis aguda con peritonitis K35.0

Causa básica: Y83.6

(Nynette Barboza/CEVECE - Venezuela)

Efectivamente la interpretación de la anotación mencionada es complicada. En cualquier caso pienso que los códigos Y40-Y84 se pueden usar como causa básica, siendo útiles e informativos. Pongo el caso por ejemplo de una reacción adversa a la anestesia en una operación de rinoplastia. La causa básica de defunción es la reacción adversa.

(Sara Cerdeira - Galicia-España)

Comentarios (Roberto Becker - OPS)

La mayoría de las opiniones son coincidentes en que si, se pueden usar los códigos mencionados como causa básica y que hay orientaciones suficientes en los apartados 4.2.6 y 4.2.12 del Vol. 2 de la CIE-10. Además, en codificación múltiple, fuera la causa básica, se puede usar CUALQUIER código de la CIE.

=====
Consulta C042

(de Cuba)

Mujer de 32 años, asistente a consulta de infertilidad, portadora de un fibroma uterino, se embaraza y se le realiza cesárea a término pero la mujer fallece. En la necropsia se encuentra abscedación del fibroma y una endocarditis bacteriana.

Certificado:

a) endocarditis bacteriana

b) parto por cesárea

c) embarazo complicado por fibroma uterino abscedado

Se considera una muerte obstétrica directa o indirecta?

Cómo codificar?

=====

R042 (28/set/00)

a) Endocarditis bacteriana I33.0

b) Parto por cesárea..... O82.9

c) Embarazo complicado por fibroma uterino abscedado.... O34.1

Causa Básica: O34.1

Este caso es nuestro, y lo que resulta difícil aceptar que aun cuando el fibroma es una afección preexistente, y por tanto, se ajusta a la definición de muerte obstétrica indirecta, se clasifique como tal, teniendo una endocarditis bacteriana, cuya puerta de entrada pudo ser tanto la operación o la afección preexistente (mas probable esta ultima), pero además al codificador le resulta muy difícil asignar este código O34.1 y clasificar como indirecta, pues hay la costumbre de identificar por el código asignado si es directa o indirecta, aun cuando se plantee la independencia del mismo y su clasificación, a la vez el código facilita la identificación en las bases de datos.

(Ana Consuelo Mesa - Cuba)

Es un caso muy interesante!

El fibroma no es "propio del ciclo gravídico-puerperal", por tanto, aunque sea en el útero, sería obstétrica indirecta. Sin embargo se hizo parto cesáreo porque el fibroma "complicó" el embarazo y se hizo cesárea que ha infectado y produjo endocarditis bacteriana.

Por PG la causa básica es el embarazo complicado por fibroma uterino, la cual se codifica en O34.1.

Es directa o indirecta??

En mi opinión, la considero obstétrica directa.

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Muerte obstétrica indirecta.

Codifica el fibroma uterino O34.1 y la O99.4 es la endocarditis bacteriana que complica al embarazo, al parto o el puerperio.

(Nynette Barboza/CEVECE - Venezuela)

Por Principio General la causa básica es O34.1, por lo que se trata de una muerte obstétrica directa. El índice lleva al código O34.1.

Cabe señalar que la información adicional es insuficiente ya que pareciera que el fibroma uterino abscedado fue un hallazgo de autopsia y no el motivo de la cesárea, como se expresa en el certificado de defunción. Tampoco se precisa el tiempo transcurrido entre la cesárea y la muerte, con lo cual se podría tratar de una complicación séptica del puerperio consecutiva infección adquirida durante la cesárea.

(Luis Manuel T Palacios/CEMECE - México)

En primer lugar es aplicable el Principio General asignando el código O34.1 (atención materna por tumor del cuerpo del útero).

En segundo lugar es una muerte obstétrica indirecta, dado que el fibroma uterino era existente antes del embarazo.

En tercer lugar es recomendable usar códigos adicionales, representados por las categorías: O99.4 y D25.9

(Yolanda J P Marcano - Venezuela)

Comentarios (Roberto Becker - OPS)

1. No hay duda de que la causa básica se codifica en O34.1. Sin embargo, debería haber una nota de exclusión en O99.8, con la remisión de los tumores uterinos para O34.1 u O34.4.

2. El nombre del grupo O30-O48 y asimismo de varias de sus categorías ("Atención materna ...") no parece ser el más adecuado, dado que al usarse como causa básica, pareciera que la causa hubiera sido la "atención" y no el "problema" que motivó la atención. Tal designación es mucho más adecuada para "diagnósticos" hospitalarios, de morbilidad o motivos de contacto con servicios de salud. Por eso han ocurrido algunas confusiones de interpretación sobre el uso de esos códigos como causa básica de muerte. Ese grupo (fuera el O30) no tiene restricciones para uso como causa básica.

3. Estoy de acuerdo con que se usen códigos adicionales, los cuales deberían ser:

- endocarditis bacteriana - I33.0, que es mucho más específico que O99.4. Además no es la causa básica y ya tenemos un código del capítulo XV para la causa básica.

- Parto por cesárea - O82.9

- Fibroma uterino - D25.9

4. Como se verifica por las respuestas, no hay consenso sobre considerar la muerte del caso presente como obstétrica directa o indirecta. El Forum-CIE deberá circular en los próximos días una consulta específica sobre los criterios para considerar una causa obstétrica como directa o indirecta.

=====
Consulta C043

Las categorías O29.-, O74.- y O89.- se refieren a complicaciones de la anestesia (o analgésico u otro sedante) obstétrica. La redacción de los descriptores menciona: "Complicaciones de la anestesia administrada durante ..." (embarazo: O29, trabajo de parto y el parto: O74 y puerperio: O89) La cuestión es cómo interpretar: Lo que ocurrió "DURANTE" fue la ADMINISTRACIÓN de la anestesia, la(s) COMPLICACIÓN(ES) o la MUERTE? Cómo utilizar correctamente esos códigos? Cómo codificar un caso donde, por ejemplo, la administración ocurre antes del inicio del trabajo de parto, la complicación durante el parto, y la muerte durante el puerperio?

=====
R043 (29/set/00)

Los descriptores, unido a las notas de Inclusión y Exclusión en O29, O74 y O89 están indicando codificar en uno u otro, según el momento en que se ADMINISTRÓ, independientemente de cuando se manifieste la complicación o se produzca la muerte. (aunque las manifestaciones o complicaciones creo que generalmente son rápidas), no ocurre igual con la muerte. He tenido algún caso que de una complicación anestésica DURANTE el parto, ha dejado secuelas que llevan a la muerte hasta AÑOS después.

Visto dentro del contexto del concepto de "causa básica", se debe identificar lo "que inicia la cadena de acontecimientos que llevan a la muerte", por tanto, en el ejemplo codificaría la ADMINISTRACION DURANTE el embarazo.

(Ana Consuelo - Cuba)

Como lo señala la categoría, este tipo de complicaciones son debidas a incidentes o accidentes ocurridos con la administración de estos medicamentos. Para ello se requiere:

Que la complicación aparezca como tal en el certificado, es decir que se reconozca que la muerte fue debida a alguna de las complicaciones señaladas en estas categorías, (lo cual es también raro que así se reporte), Que se precise si la anestesia fue suministrada durante el embarazo (antes del trabajo de parto), durante el parto o en el puerperio. Como ejemplos pueden citarse una cesárea programada, un bloqueo peridural durante el parto o un legrado durante el puerperio. Con ello se puede definir la ubicación del código.

La muerte puede ocurrir inmediatamente durante el accidente o incidente anestésico o por uso de analgésicos o sedantes, pero también puede ocurrir tardíamente si la paciente sobrevive al accidente. Esto no debe modificar el código, es decir si el accidente ocurrió en la anestesia proporcionada durante el embarazo y la muerte ocurrió en el puerperio el código será O29.-.

(Luis Manuel/CEMECE - México)

Codificar O74.- porque es aquí donde comienza la complicación, en el momento de la administración no menciona ningún incidente, están mencionando la complicación durante el parto.

(Nynette Barboza/CEVECE - Venezuela)

Comentarios (Roberto Becker - OPS):

Las respuestas de Ana Consuelo y Luis Manuel definen muy bien el problema. Efectivamente se codifica según el momento en que hubo la ADMINISTRACIÓN. Creo

que así se aclaran las dudas manifestadas en varias consultas que hemos recibido sobre el tema.

El único cuidado que debemos tener es cuando tratamos de identificar muertes maternas OCURRIDAS durante el embarazo, durante el trabajo de parto y parto, o durante el puerperio. Esa división no puede hacerse simplemente por el código de la causa básica. Por ejemplo, el caso mencionado en la consulta se codifica en O29.9 (del grupo O20-O29 - Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo), a pesar de que la muerte ocurrió en el puerperio. Eso significa que las defunciones codificadas en O85-O92 (Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio) no abarcan necesariamente todas las muertes OCURRIDAS en el puerperio. Es decir, el Capítulo NO está organizado según el momento en que ocurrió la muerte.

=====
Consulta C044

(de Venezuela)

Se trata de una muerte de una mujer de 26 años de edad, cuya certificación de muerte fue hecha de la siguiente manera:

- Ia) Coagulación intravascular diseminada
- b) Shock séptico
- c) Aborto séptico

INFORMACION ADICIONAL: Se introdujo cepillo de ducha, tenía 8 meses de embarazo.

El epidemiólogo local inicia las investigaciones y consigue el informe de muerte materna siguiente:

"paciente de 26 años de edad, quien ingresó a este centro por presentar hipertermia no cuantificada y malestar general, posterior a aborto incompleto realizado con maniobras abortivas manuales intravaginales (cepillo de ducha) con salida parcial del producto de la concepción acompañada de restos ovulares, cinco días previos al inicio de su enfermedad."

Cómo codificar?

=====

R044 (02/oct/00)

	código: inicial	final
Ia) Coagulación intravascular diseminada.....	O06.1	O05.1
b) Shock séptico.....	A41.9	A41.9
c) Aborto séptico.....	O06.0	O05.0

Causa Básica: O05.0

El problema fundamental está en que hay una contradicción entre el termino usado en la certificación y la información adicional, "ABORTO"; y los conceptos que circularon en el Forum CIE, Definiciones 1, donde se plantea "ABORTO" terminación del embarazo antes de las 22 semanas completas de gestación o peso inferior a 500 gramos, ya que en este caso son alrededor de 32 semanas. No obstante revisé la CIE y diferentes posibilidades en otros códigos del Capítulo XV y fuera de este, y considero que lo que mejor refleja los hechos es el rubro indicado. Por otra parte, un codificador solo, sin otra información, no encuentra en la CIE-10 nada que le limite a utilizar los códigos indicados, pues en esta no aparece definición de "aborto".

Sería conveniente quizás, hacer una distinción entre "aborto" e "interrupción de embarazo", la primera está definida en términos de semanas o peso pero la segunda puede ocurrir en cualquier momento de la gestación sea de forma legal o ilegal .

(Ana Consuelo Mesa - Cuba)

Si realmente la edad gestacional era de 8 meses, es obvio que no es aborto. Cómo codificar la muerte de la madre? Es una causa externa? Auto agresión? Vuelvo a la información médica: "... maniobras abortivas intravaginales (cepillo de ducha) con salida parcial del producto de la concepción acompañada de restos ovulares..."

Salida parcial del producto? En un producto de 8 meses? Qué es? Un brazo? La cabeza? Y los restos ovulares?? Producto de 8 meses aun tiene restos ovulares??? Seguro que la información está totalmente equivocada!

Hay que obtener las siguientes informaciones adicionales:

- peso del producto;
- fue en el hospital? Chequear la historia clínica de la madre;
- qué son los restos ovulares?;
- qué fue esa eliminación parcial?;
- el producto ha presentado señales de vida?;
- como se llenó el certificado del producto?

No hay cómo saber realmente lo que ocurrió y cómo codificar.
(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Por Principio General 005.5

Sin embargo cabe las siguientes consideraciones dada la información adicional: Estrictamente no se trata de un aborto. La CIE no contempla un código para los casos que rebasan los 500 gramos o las 22 semanas y antes del término (partos pretérmino o prematuros) como en este caso.

Desde el punto de vista legal, algunos códigos civiles definen el aborto ilegal como cualquier interrupción del embarazo con estos fines a cualquier edad gestacional, lo que no coincide con la definición de los obstetras.

La causa básica es en realidad una causa externa; una lesión autoinfligida o agresión por otros medios especificados hecha por otra persona, en cuyo caso le corresponderían los códigos X84 o Y08, sin embargo esta situación no está prevista en la CIE.

(Luis Manuel/CEMECE - México)

Ia) Coagulación intravascular diseminada 005.1

b) Shock séptico A41.9

c) Aborto séptico 005.0

Según causas del certificado y datos adicionales, sería un aborto ilegal incompleto séptico.

Causa básica 005.0, a pesar que el aborto se define antes de las 22 semanas, no he encontrado otro código más adecuado.

(María Rosa Fernández Viera - Cuba)

Este es el único código (005.5) que tiene el Capítulo XV Embarazo, parto y puerperio donde se pudiera ubicar como causa básica.

No existe en ese capítulo otro código porque realmente no debería estar en aborto, es un embarazo de ocho meses.

Tenemos un código en el Capítulo XX Causas externas de morbilidad y mortalidad que le pudiéramos asignar Y00.9

(Nynette Barboza/CEVECE - Venezuela)

I a) Coagulación intravascular diseminada: 008.1

b) Shock séptico :008.0

c) Aborto séptico

Causa básica de la defunción: 005.3

(Sara Cerdeira-Galicia/España)

Comentarios (Roberto Becker - OPS):

Lo primero que llama la atención es que el epidemiólogo mantuvo la información referente a un "aborto" con 8 meses de embarazo. La providencia inmediata es solicitar al epidemiólogo que aclare. Aparentemente hay información que fue mal investigada o mal informada por el epidemiólogo.

Si consideramos que son 8 semanas y no meses, la causa básica es 005.0

Si efectivamente la edad gestacional es de 8 meses:

- no se puede considerar ni codificar como aborto (complicado)
- no se puede considerar como complicación de la atención médica y quirúrgica, dado que aparentemente no se trata de atención "médica" ni "quirúrgica"
- no se puede considerar como (agresión - homicidio) de la madre, dado que no parece haber intención de agredir a la madre. La situación referente al Producto de la concepción es otra discusión.
- tampoco hay información de si las lesiones fueron auto infligidas o no, y si fueron, no parecen ser intencionales (a la madre).

En ese caso, sin la obtención de informaciones adicionales (aparentemente existentes), se podría codificar en O85 (sepsis puerperal), con el código adicional X58.9.

=====

CERTIFICACIÓN MÉDICA

Estimados Amigos

A continuación se reproduce el mensaje recibido de Mabel Mutarelli, del Uruguay, referente a un tema de extrema relevancia para las estadísticas de salud. Como ustedes se habrán enterado ese es también un tema de discusiones en el Comité Asesor de la OPS en Estadísticas de Salud (ver mensaje anterior: Informe del CRAES). Lo que se solicita de los participantes es que envíen sus comentarios y experiencias referentes a la capacitación de médicos para el llenado del certificado de defunción.

Gracias y saludos a todos.

Dr. Roberto Becker
Asesor Regional en
Clasificación de Enfermedades
OPS/OMS - SHA

=====

"En esta oportunidad te escribo para plantearte el tema en el que estoy trabajando, que es el de la certificación médica de la defunción. Me preocupa en especial, porque por lo menos en mi país, resulta manejable lo relativo a la implantación y aplicación de la CIE-10, pero en cambio veo que si dejamos de realizar acciones para mejorar o mantener la calidad de la certificación médica, ésta se desmejora rápidamente. A esto contribuye, entre otros factores, la rotación de los médicos a los que se les asignan en cada servicio hospitalario la función de certificar las defunciones, siendo éstos últimos en general, los más recientemente incorporados al hospital (que además no han tenido formación en el tema en el pregrado).

Por estas razones propongo un mayor énfasis en el tema dentro del Forum, intercambiando experiencias ya probadas y ensayando otras, que puedan irse incorporando.

[...] El tema me parece de gran importancia para mantener en el tiempo la calidad de nuestras estadísticas y, a la vez uno de los más difíciles de manejar y de los menos apoyados en los países.

Quedo a la orden para intervenir en cualquier programa o actividad de intercambio de experiencias, lo que en mi país me es posible dada mi calidad de Asesora del M.S.P. para estadísticas de mortalidad.

Mabel Abella de Mutarelli"

=====

Consulta C045

(de Panamá)

Mujer de 25 años, con embarazo de 37 semanas de gestación, toma Gramoxone con intención suicida. Luego de recibir atención médica urgente, salva su vida, sin embargo el producto del embarazo nace vivo, pero a los seis (6) días muere como consecuencia de la intoxicación. El médico certifica como causa básica de muerte:

- a. Intoxicación por Gramoxone
- b. RNT - AEG - 37 sem.

Pregunta:

- 1. Qué código se le asigna a la defunción de este menor?
 - Agresión
 - Envenenamiento accidental
 - Recién nacido afectado por traumatismo de la madre
 - Qué otro código se le puede asignar, si no es ninguno de los anteriores?

=====

R45 (22/nov/00)

Como causa de defunción del recién nacido, el código que me parece mas cercano es el P04.8 (Feto y recién nacido afectados por otras influencias nocivas de la madre).

(Sara Cerdeira - Galicia/España)

Recién nacido afectado por traumatismo de la madre: P00.5
Adicionalmente pudiera utilizar un código T para indicar exactamente la
sustancia.

(Ana Consuelo Mesa - Cuba)

El caso es muy claro. Se trata de absorción de medicamento (droga, sustancia
química) utilizada por la madre, transmitido al feto vía placenta: P04.1
No importa se ha sido agresión, accidental, intento de suicidio etc. (Ver
Índice)

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

La codificación basada en la CIE-10, consiste en identificar la afección o
lesión de la madre que afecta al feto o recién nacido de la cual resulta el
código P00.5 (feto o recién nacido afectado por traumatismos de la madre),
incluye feto o recién nacido por afecciones maternas clasificables en S00-T79.
La intoxicación materna por gramoxone (herbicida) se codifica en T60.3.
No se clasifica como agresión porque la información adicional anotada por el
certificante no dice que la madre quería atentar contra el producto, tampoco se
codifica como envenenamiento accidental porque la información complementaria
dice que la madre toma la sustancia con la intención de suicidarse.

(Luis Manuel Torres Palacios/CEMECE - México)

Intoxicación por Gramoxone: P04.8 (Recién nacido afectado por otras influencias
nocivas de la madre). Lógicamente, es una influencia nociva que le transmitió
la madre al niño al tomar Gramoxone, código principal, causa básica
T60.0 [Efecto tóxico de plaguicidas: (herbicida órgano fosforado)] y X87.9
Agresión con plaguicidas, como códigos adicionales
(Yolanda Pérez Marcano - Venezuela)

Comentarios (Roberto Becker - OPS)

Las respuestas coinciden en que se debe codificar la muerte del niño en "Recién
nacido afectado por factores maternos". Como no se trata de complicación propia
del embarazo ni del parto, quedan los códigos P00 y P04. El P00 excluye
"Influencias nocivas transmitidas a través de la placenta", lo que claramente
es el caso, luego debemos buscar en P04.-. Como no hay un código específico
para la intoxicación ocurrida en ese caso, el código debe ser el residual P04.8
(otros...). No debe ser el P04.1, pues no se trata de una medicación, conforme
dice la descripción de la subcategoría. Como código adicional se puede usar el
T60.3. Es importante notar que en la CIE, los términos "traumatismo" o
"lesión", usados en sentido genérico, incluyen los envenenamientos.

=====
Consulta C046

1. Cuál la importancia de definirse una causa obstétrica como directa o indirecta?
2. Para considerar una causa obstétrica como directa o como indirecta hay que estudiar cada caso, de acuerdo con las definiciones, o es posible hacerlo según el código de la CIE asignado? En este caso, solo el código de la causa básica? Cuales son los códigos que significan causa obstétrica directa y cuales significan indirecta?

=====
R046 (29/nov/00)

1. En nuestro caso, básicamente para delimitar la responsabilidad directa de la atención medica del equipo de gineco-obstetricia.
2. Realmente debe hacerse estudiando toda la documentación de cada caso: Historia clínica, informe de necropsia, entrevista al medico de asistencia, etc., pero en la practica, y aun cuando en nuestro país se hace de la forma indicada, no creo muy factible, para la mayoría de los países este proceder, por lo que deben atenerse a la información contenida en el certificado de defunción, y de hecho el código de la CIE asignado a la causa básica debe indicar la clasificación. Por otra parte una misma causa puede resultar en

algunos casos, directa, indirecta o relacionada con el embarazo, siendo las ultimas dos mencionadas las mas difíciles de delimitar, si se tiene en cuenta que las categorías 098 y 099 abarcan casi todos los capítulos específicos de la CIE (la letra R no aparece ni las causas externas) y en la lista abreviada del VOL. 1 pagina 1146 dice " Muertes obstétricas indirectas" 098-099.

Causas obstétricas directas (Propuesta):

A34,000-008,011-016,020-023,0262-0263,0266,0268-0269,029-048,060-075,085-091,095, S376(Ruptura de útero SAI entre 12-49 años lo llevamos al 0711, si no hubiera ninguna otra información)

Causas obstétricas indirectas(Propuesta):010,024-025,0260-0261,0264-0265,0267,028,092, 098-099,B20-B24, E230 F53.-,M830, R730,

Ejemplo: Un infarto cardiaco en una embarazada sin antecedentes patológicos puede ser "relacionada con el embarazo"

Un infarto cardiaco en el transoperatorio de una cesárea o puerperio inmediato de esta u otra operación relacionada con el parto, puede ser complicación de la operación y seria directa.

Un infarto cardiaco, en una hipertensa crónica, sin otras complicaciones, puede ser una indirecta.

(Ana Consuelo Mesa - Cuba)

1- Desde el punto de vista obstétrico esa diferencia es importante para el médico. Es necesario estar alerta para la asociación de causas (diabetes, cardiopatías, etc.) en el caso de obstétricas indirectas. Desde el punto de vista de salud materna/salud pública es necesario saber si es directa o indirecta para establecer prioridades programáticas. Cuanto más alta la tasa de Mortalidad Materna, mayor es la participación de las obstétricas directas.
2- La investigación de cada caso posibilita una mejor distinción entre directas e indirectas. Sin embargo, muchas veces en el Certificado de Defunción existe una causa bien informada y que permite perfecta caracterización si es directa o indirecta.

Es importante lembrar que muchas veces es difícil saber si una patología preexistente actúa como obstétrica indirecta o, aún causando la muerte, no ha sido influenciada por el estado gravídico-puerperal.

Obstétricas directas en la a CIE-10:

000-008

010-016

020-023

026.0-026.9 (excepto 026.1)

029 (dudosa)

030-033, 035, 036, 040-048, 060-075, 080-084, 085-092

Obstétricas Indirectas en la CIE-10

024-025, 026.1, 028, 029 (dudosa), 034

098 y 099 - acá situase gran parte de las obstétricas indirectas.

NOTA: prácticamente, casi todas las obstétricas indirectas están en 098 y 099.

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

En estricto sentido la CIE-10 no presenta las definiciones de causas obstétricas directa ni indirecta, sino de defunciones obstétricas directas e indirectas. Las definiciones para las causas se deducen de estas últimas, así como de la nota de la pág. 122 del volumen 2 y de las notas de inclusión de las categorías 098-099. No hay que olvidar que las definiciones también son aplicables a la morbilidad.

La importancia de estas definiciones estriba en separar las causas (y defunciones) atribuibles a complicaciones del embarazo parto o puerperio o de los defectos de la atención, de aquellas en las que se encuentran riesgos extragestacionales agregados, es decir enfermedades fuera del capítulo XV (con excepción de las accidentales). Las excepciones en la CIE-10 son la diabetes mellitus y las categorías de complicaciones relacionadas con la anestesia, sedación y analgesia, incluidas en las causas obstétricas del capítulo XV. Los códigos para causas obstétricas directas e indirectas están bien definidos por la CIE-10;

0. Directas: 000-092, 095, 097 (Por la lista especial de tabulación 1 se deduce que ahora se incluye al aborto).

O. Indirectas: 098-099.

No se incluye la 096 porque ésta se usa para ambas (directas e indirectas) En una consulta previa al Forum, se recomendó que las causas se codifiquen en el capítulo que les corresponde y no se imputen dentro del capítulo XV, con lo cual se logra tener información más específica de ellas, a diferencia de la causa básica que si se codifica en el XV. Como se sugiere, el uso de un código adicional en las categorías 098 y 099, permite identificar la causa ajena al capítulo XV que complicó el embarazo, parto o puerperio.

Creo que el problema mayor para los codificadores estriba en la codificación de las causas obstétricas indirectas debido a los problemas de registro en el certificado. CON MUCHA FRECUENCIA EL MÉDICO SOLO ANOTA QUE LA PACIENTE ESTABA EMBARAZADA, PERO NO INDICA SI LA AFECCIÓN SE AGRAVÓ POR EL EMBARAZO O EL EMBARAZO SE COMPLICÓ CON LA ENFERMEDAD INTERCURRENTES (es posible que el médico a veces no pueda establecer si esto ocurrió).

Es frecuente que se reporten casos como el siguiente:

Ia) Hepatitis aguda

II Embarazo de 32 semanas

En México hemos agregado una pregunta adicional para que el médico indique si las causas tuvieron relación o fueron consecuencia de complicaciones del embarazo, parto y puerperio y en ocasiones el médico indica que no hubo relación. Sin embargo cómo explicar lo anterior si la paciente falleció y en muchas ocasiones también el producto. Esto es una prueba de la mutua complicación.

Por tal motivo la sola mención de embarazo en un certificado de defunción por este tipo de causas, aunque no se haga explícita la complicación, nos ha hecho recomendar que se codifiquen como indirectas, a menos que el estudio respectivo del Comité de mortalidad materna indique lo contrario.

(Luis Manuel Torres Palacios/CEMECE - México)

1. Diferenciar entre complicaciones obstétricas y complicaciones no obstétricas
2. El código de la causa básica seleccionado es el que determina si la afección es una causa directa o indirecta.

Los códigos que significan causa directa:

000-008, 010-016, 020-029, 030-048, 060-075, 085-092, 097

Los códigos que significan causa indirecta:

098-099

El uso de la categoría 095 no determina si causa directa o indirecta

Cuando se usa 096, el código adicional que se acompañe, indicará si la causa es directa o indirecta

(Yolanda Pérez Marcano - Venezuela)

Comentarios (Roberto Becker - OPS):

La importancia de la definición de una causa de muerte materna como obstétrica directa o indirecta, como se ha visto, está relacionada con las medidas de atención al embarazo, parto y puerperio. Es decir, en principio las causas obstétricas directas se podrían evitar o prevenir, por lo menos en su mayor parte, con una adecuada atención prenatal, al parto y al puerperio. Las obstétricas indirectas dependerían de condiciones de salud preexistentes y otros factores no relacionados específicamente con el embarazo.

Asimismo, estamos todos de acuerdo en que una correcta investigación de cada caso, con la máxima información posible es la mejor forma de estudiar lo que ocurre con la mortalidad materna, ya sea por causas obstétricas directas o indirectas, con el fin de actuar para su prevención.

Con referencia a los códigos de la CIE-10 que implican ser la causa obstétrica directa o indirecta, no llegamos a una opinión completamente uniforme. En resumen, aparecen abajo los códigos sobre los cuales hubo consenso:

Obstétricas directas:

000-008

011-016

020-023

026.2-026.3, 026.8-026.9

030-033

035-075

O85-O91

Obstétricas indirectas:

O98-O99

Los demás códigos aparecen en el comentario de cada uno de los cuatro que lo han enviado.

A continuación, mi opinión personal sobre los códigos en que no hubo consenso:

Obstétricas Directas:

O26.0-O26.1, O26.5, O26.7

O92

Obstétricas Indirectas:

O10

O24-O25

O26.4, O26.6

O34

Códigos que no definen "per se" si son causas obstétricas directas o indirectas:

O28

O29

O95

En esos casos, si no hay otra información posible, yo consideraría como Obstétricas Directas.

Otros códigos del Capítulo XV:

- O96 Podría ser directa o indirecta, pero no entra en el cálculo de la tasa (o razón) de Mortalidad Materna (MM). Solo entra en la Mortalidad Materna Tardía (MMT).

- O97 Por definición es causa obstétrica directa, pero no entra ni en el cálculo de la MM ni de la MMT.

Códigos fuera del Capítulo XV:

- A34 (Directa) - Usar O98.8 como código adicional. En ese caso no es aplicable la nota de exclusión bajo O98.

- B20-B24 (Indirecta) - Cuando se usa uno de esos códigos como causa básica y se trata de una muerte materna, usar O98.8 como código adicional. En ese caso no es aplicable la nota de exclusión bajo O98.

- C58 (Directa) - Usar O99.8 como código adicional.

- D39.2 (Directa) - Usar O99.8 como código adicional.

- E23.0 (Indirecta) - Cuando se usa ese código como causa básica y se trata de una muerte materna, usar O99.2 como código adicional.

- F53 (Indirecta) - Usar O99.3 como código adicional. En ese caso no es aplicable la nota de exclusión bajo O98.

- M83.0 (Indirecta) - Usar O99.8 como código adicional.

(Ver también los comentarios sobre codificación múltiple de la mortalidad materna en Forum-CIE/R25)

=====
Consulta C047

(Formulada por Lars Age Johansson, Suecia, en circulación en el Mortality Forum)

Recientemente estuvimos discutiendo hasta que límite podemos aplicar la Regla 3 relacionada a complicaciones de cirugía, cuando la cirugía fue realizada hace mucho tiempo (algunas veces muchísimo tiempo) antes de la muerte. Qué seleccionarían ustedes como causa básica en los siguientes casos?

1. Mujer, 78 años

I (a) Neumonía - 4 días

(b) Cirugía por adherencias abdominales - 1 semana

II Histerectomía hace 25 años (neoplasia maligna del útero), llevando a adherencias intestinales

2. Mujer, 83 años

I (a) Insuficiencia cardíaca - 2 días

(b) Cirugía: reemplazo de prótesis de la cadera - 5 días

(c) Falla de prótesis - dos semanas

II Fractura del fémur con reemplazo de cadera hace 20 años

=====

R47 (22/nov/00)

En mi opinión en el caso número 1, codificaría como causa básica, las adherencias abdominales (K66.0), precisamente por lo distante que está la intervención quirúrgica. De lo contrario habría que codificar la neoplasia maligna de útero, proceso que no interviene en el fallecimiento. En el caso número 2 las dos opciones que pude encontrar son: Z96.6 (Reemplazo de articulación de cadera), T93.1 (Secuelas de fractura de fémur) e Y83.1 (Operación quirúrgica con implante de un dispositivo artificial interno). Al no ser los dos primeros de utilidad en Mortalidad, codificaría Y83.1. (Sara Cerdeira - Galicia/España)

Caso 1:

En este caso seleccionaría como causa básica K66.0. El problema inicial quedo resuelto, aunque estrictamente hablando de causa básica, no cabe dudas que fue la neoplasia maligna de útero la que inicio la cadena de acontecimientos, y al no existir código para secuela de estos problemas, acordamos en una investigación realizada aquí sobre calidad de la certificación de las causas de muerte resolver estos casos de esta forma. Esperaba que con la CIE-10 aparecieran códigos para secuelas o efectos tardíos de este tipo pero al no ser así, mantenemos el acuerdo citado, a menos que hayan orientaciones precisas opuestas.

Caso 2:

Para este caso seleccionaría como causa básica Y86 (Ana Consuelo Mesa - Cuba)

Caso 1

Se selecciona por Principio General K66.0, no se aplica Regla 3 por las siguientes razones:

- a) la complicación postoperatoria (neumonía) está informada como "debida a" la cirugía por adherencias abdominales, con menos de una semana de ésta,
- b) la nota de Regla 3 dice que algunas complicaciones postoperatorias puedan ser consideradas como consecuencia directa de una operación a menos que esta haya sido realizada cuatro semanas y más antes de la muerte.

Caso 2

Por Principio General se selecciona la falla de prótesis T84.9, el punto de partida que llevó a la muerte de la paciente. No se aplica Regla 3 por el mismo motivo del caso anterior. El código de la causa externa es Y79.2 (dispositivo ortopédico con incidentes adversos) queda como causa básica. (Luis Manuel Torres Palacios - México)

Es sumamente difícil aceptar neoplasia de útero (hace 25 años) y fractura de fémur (hace 20 años) como causa básica.

Nuestra conducta es: si fuera hasta 1 año, se aplica la RS3. Caso sea más tiempo soy favorable a codificar, en esos dos casos, Y88.3.

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Caso 1:

Causa básica: Y88.3, T98.3 (Es una secuela de la histerectomía)

Caso 2:

Causa básica: Y34.9, S72.9

Es una secuela de un evento de intención no determinada, por la fractura y la edad no podemos suponer que fue accidental, necesitamos información adicional.

(Yolanda Pérez Marcano - Venezuela)

Comentarios (Roberto Becker - OPS)

Nota: mis comentarios aparecen a continuación, en la respuesta enviada al Mortality Forum

Respuestas enviadas al Mortality Forum:

[Codificación sugerida:]

Causa básica

1.

*PAHO K66.0

*CBCD Y88.3

*USA C55

2.

*PAHO Y79.2

*CBCD Y88.3

*USA Y86

[Comentarios:]

*PAHO(OPS) /Roberto Becker/: En mi opinión el tiempo total uno puede aceptar después de una complicación quirúrgica para aplicación de la Regla 3 depende de cada caso. De todas formas, para mi es muy difícil aplicar la Regla 3 para ese tipo de afección ocurrida tanto tiempo antes.

Caso 1: En ese, usando la Regla 3 se podría seleccionar C55. Sin embargo, dado que se considera una persona curada en general después de sobrevivir más de 5 años a una neoplasia maligna (tenemos en el caso por lo menos 25 años), pienso que codificando C55 se da la idea de que el tratamiento de la neoplasia no ha sido exitoso, lo que no parece ser el caso (a pesar de que C55 es la causa antecedente que origina).

Esa es exactamente la idea de las reglas de modificación: "mejorar la utilidad y precisión de la información sobre mortalidad ..." (4.1.8, Vol. 2).

Considerando la neoplasia como "curada", tenemos adherencias intestinales antiguas que podrían ser seleccionadas, con un código de secuelas (Y88.3). Sin embargo, no existe "evidencia de que la muerte ocurrió como consecuencia de los efectos residuales de esa enfermedad y no durante la fase activa ..." (Regla F). Por tanto, yo seleccionaría adherencias abdominales (1 semana) como un problema agudo que necesitó cirugía y codificaría la causa básica en K66.0.

Caso 2: Tal como en el caso 1, podríamos seleccionar la secuela de fractura (causa externa no especificada) y codificar en Y86 (o Y87.2), usando la Regla 3. Otra vez, esa no parece ser la mejor información que se puede obtener del caso para fines de tabulación y análisis. El problema actual ("agudo") es algún mal funcionamiento (?) de la prótesis. Si la falla de la prótesis fue causada por una causa externa, esa debería ser seleccionada como causa básica. Dado que tal información no existe, yo prefiero codificar en Y79.2, que me ofrece más información.

*CBCD: (Nota: los comentarios de Ruy Laurenti/CBCD se encuentran arriba)

*USA /Julia Raynor/:

Cuando las adherencias son consideradas como complicación de cirugía ocurrida menos de un año antes, nosotros usamos el código de causa externa del procedimiento quirúrgico (Y83). Si el tiempo es 1 año o más, nosotros codificamos en Y88.3, secuela de procedimiento quirúrgico. Si el motivo de la cirugía puede ser determinado, codificamos como causa básica esa afección, sin considerar el tiempo transcurrido desde la cirugía.

=====

Consulta C048

Listas Cortas para tabulación

El Forum-CIE ha recibido muchas consultas sobre tabulación de datos, en especial la presentación de datos de mortalidad con la ordenación de las principales causas de muerte. Específicamente solicitamos que ustedes nos comenten los puntos siguientes:

1. Es correcto ubicar el grupo "Eventos de intención no determinada (Y10-Y34)" en el cuerpo del cuadro Principales causas de muerte?
2. Existen normas para presentar las 10 principales causas de morbilidad/atención en la consulta externa? Como difieren de las de mortalidad, tanto en concepto como en grado de detalle?

=====

R048 (15/dic/00)

1) Si partimos del punto de vista de que el eje de agrupación de causas debe tener una base epidemiológica, asociada a la idea de medidas de control, estaríamos aportando una situación que impide definir el comportamiento y las características de los hechos violentos así como la aplicación de medidas preventivas.

Se supone que las causas de muerte informadas en el cuerpo del cuadro deben estar bien identificadas o sea referirse a afecciones definidas y a situaciones

precisas. Por lo tanto, considero que debe evitarse recargar este grupo, haciendo una campaña a nivel de los registros de mortalidad: prefecturas, emergencias de los establecimientos de salud y medicatura forense.

2) Hasta ahora, que se sepa, no he visto normas, sin embargo, considero que serían necesarias porque se entremezclan en las 10 primeras causas, las afecciones definidas (diagnósticos) con las afecciones no definidas (signos y síntomas).

La morbilidad en consulta externa difiere bastante de la mortalidad ya que la mayoría de las veces son motivos de consulta y existe una gama muy extensa y variada de afecciones, mientras que en la mortalidad el uso de los grupos de causas es más reducido y con un grado de detalle más amplio.

(Yolanda Pérez Marcano - Venezuela)

Tradicionalmente las 10 primeras causas se presentan por las 10 más frecuentes. Varía de lugar para lugar, sin embargo, se fuese hecho un estudio sobre el comportamiento en diferentes locales, se podría establecer una lista "estándar".

Difiere, es evidente, de las listas de mortalidad pues en esta lo que interesa es la causa básica. En morbilidad interesa la manifestación: cual la causa de la atención o internación.

Ejemplo: caso de Enfermedad Isquémica del Corazón (EIC) y que presenta grave arritmia cardíaca y es internado. El diagnóstico principal (internación o consulta externa) es la arritmia y, si muere, la EIC es lo que importa. Lo mismo es válido para gastroenteritis aguda y deshidratación.

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

1. El procedimiento desarrollado por el CEMECE no las incluye debido a que no son específicas.

2. Ante la ausencia de un procedimiento internacional normado y la necesidad de los usuarios, en México se desarrolló un procedimiento para la selección de las 20 (y 10) principales causas de mortalidad a partir de la lista básica de la CIE-9; dicho procedimiento fue luego adaptado para usarse con la morbilidad hospitalaria. No se ha aplicado en la morbilidad de la consulta externa. Con la CIE-10 el procedimiento fue similar con las adecuaciones necesarias, habiéndose conformado para ello una nueva lista, muy similar a la lista básica de la CIE-9. Este procedimiento fue aceptado mediante un acuerdo para ser aplicado por todas las instituciones del sistema nacional de salud, a fin de unificar los criterios para presentar las 20 principales causas. Sus principios son los siguientes:

* La lista de 20 principales causas debe contener al menos el 80% de los casos (defunciones o afecciones, en el caso de morbilidad), ordenados de acuerdo a su frecuencia.

* Los síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio no especificados en otra parte (R00-R99) y el paro cardíaco (I46) no se consideran en la selección, pero se listan después de la causa 20 y antes de "las demás causas". Tampoco se consideran las categorías residuales y las mal especificadas.

* Si las causas que ocupan los primeros 10 lugares pueden desglosarse en 1 a 3 componentes que sumen el 30% o más de la causa principal, entonces se presentarán debajo de la causa respectiva.

* La lista considera grupos de 2 y 3 caracteres. En mortalidad de antemano se definieron los siguientes grupos que participan como causas individuales, además de otros contenidos en la lista condensada: A00-A09, A50-A53, B15-B19, C00-C97, D50-D64, E00-E07, E40-E64, I00-I51, I60-I69, (J00-J06, J20-J22), J10-J18, K40-K46, K70-K76, (O00-O99, A34, F53, M83.0), (P00-P96, A33), Q00-Q99, (V01-X59, Y40-Y86).

* Para el caso de la morbilidad las modificaciones son las siguientes: Las causas del capítulo XV se separan en aborto O00-O08, Causas obstétricas directas, excepto aborto, O10-O75, O81, O92, Causas obstétricas indirectas O98-O99 y Parto único espontáneo O80; Los grupos S00-T98, al igual que los de la Z00-Z99 se incorporan y se excluye el cap. XX.

(Luis Manuel Torres Palacios/CEMECE - México)

1. Considero que no, aunque sí tiene utilidad para evaluar calidad.

2. No tengo mucha experiencia en lo concerniente a morbilidad, pero la existencia de normas no conozco. Si obviamente difieren de las listas para mortalidad, mientras estas estarán reflejando fundamentalmente causa básica o enfermedad que inicia el proceso, las de morbilidad, estarán reflejando en mayor medida complicaciones, manifestaciones y signos o síntomas, así como otros motivos de consulta que no son propiamente enfermedades. En extensión, las de morbilidad deben ser mas amplias y dependerán en gran medida del comportamiento de las enfermedades de cada país, aunque las de mortalidad también obedecerán a los intereses de los países, el grado de dispersión no debe ser tan amplio como en la morbilidad.

(Ana Consuelo Mesa - Cuba)

=====

Comentarios (Roberto Becker - OPS)

1) Eventos de intención no determinada (Y10-Y34). Como lo han mencionado arriba, es poco informativo, poco útil por lo tanto, incluirlas como "principales causas". Sin embargo, la proporción de muertes asignadas a ese grupo es significativa en algunos países (Ver Forum-CIE/R28). Especialmente cuando la proporción sea grande (por ejemplo, más de unos 5-10% de las causas externas), la solución podría ser mencionar en separado, tal como se recomienda hacer con las muertes por "Signos y Síntomas", normalmente llamadas de "mal definidas".

2) La elaboración de listas cortas para tabulación de datos debe siempre llevar en consideración el tipo de uso que se hace de los datos, es decir, el tipo de análisis. No existe una lista única capaz de atender a todas las necesidades. Asimismo, las listas para presentar y analizar datos de morbilidad podrán ser muy diferentes das que se usan para mortalidad.

En el caso de la morbilidad, lo primero a considerar es el tipo de dato a ser tabulado. Para tabulación de datos de consultas externas, los signos y síntomas pueden aparecer en el cuerpo de la lista, pues su proporción suele ser muy significativa y no tienen necesariamente la característica de "mal definidos". En morbilidad hospitalaria (egresos), de otra parte, se supone que los signos y síntomas no deberían tener proporción significativa y no deberían aparecer en el cuerpo de la lista.

También el tipo de criterio para seleccionar un diagnóstico único para tabulación de los egresos puede ser variado, determinando la necesidad de listas diferentes:

- Afección Principal, tal como aparece en la CIE-10, está más relacionada con los procedimientos, el costo y el financiamiento de los sistemas de salud. Por lo tanto, las características de una lista corta deben considerar esos aspectos.

- Problema de salud o Causa básica que determina la hospitalización, con el mismo concepto de causa básica de defunción, está más relacionado con análisis de situación de salud, al igual que los datos de mortalidad.

- Causa inmediata de la hospitalización, que está más relacionado con los problemas más agudos, con el tipo de atención necesaria en forma inmediata, algunas veces de emergencia, debiendo el personal de salud y hospital estar preparados para la atención.

Este es un tema de discusión en el Subcomité de CIE del CRAES (Comité Regional Asesor de la OPS en Estadísticas de Salud) - Ver también mensaje enviada el 29 de junio de 2000, con el Informe de la Reunión del CRAES.

A continuación se mencionan algunos lineamientos básicos para la elaboración de listas cortas PARA ORDENAR LAS PRINCIPALES CAUSAS, que necesitan ser complementados de acuerdo al tipo de dato y el criterio de selección de diagnóstico único.

- No incluir en el cuerpo de la lista a los "signos, síntomas y afecciones mal definidas" para egresos hospitalarios o para mortalidad. Esas causas deben ser informadas en separado, calculándose la proporción de cada categoría de la lista sobre el total de las causas "definidas";

- Las categorías deben ser lo más informativas posible, evitándose rubros como "otras", "las demás", etc.;

- Deben evitarse categorías muy "cargadas" y frecuentemente heterogéneas, donde se ubique una gran proporción de los casos, como por ejemplo, "neoplasias

malignas" o "enfermedades del corazón", que en algunas situaciones pueden comprender, cada una de ellas, más de 20 a 30% de los casos;
- Cada categoría no debería ser demasiado puntual y debería tener la posibilidad de figurar, por ejemplo, entre las 15 o 20 principales causas, dependiendo del tipo de indicador usado;
- Las 5 o 10 principales causas deberían incluir cerca de mitad de los casos, y las 15-20 principales, por lo menos unas tres cuartas partes;
Se anexa un archivo con la lista corta usada en México para tabular las principales causas de egresos hospitalarios (enviado por Luis Manuel Torres Palacios).
Sobre el tema, ver también mensaje enviada el 28 de setiembre de 1999 con la Lista OPS 6/67.

=====
Consulta C049

(de Argentina)
En el siguiente Certificado de Defunción:
Mujer 24 años

- I a) Choque séptico (2 días)
- b) Peritonitis (3 días)
- c) Laceración de vejiga transcesárea (3 días)
- d) Cesárea de presentación

Cuál es la Causa Básica?
La secuencia es lógica. El problema que inició la cadena de acontecimientos patológicos fue la "mala presentación", la que podría codificarse en O32.9 o, si suponemos la presencia de obstrucción (por lo que es necesario realizar una cesárea), O64.9. Pero surge la duda, por lo asentado en inciso c) "Laceración de vejiga transcesárea": Sería un caso de mala praxis?. El problema comenzó en ese momento?
Si fuera así, dejaríamos de lado la "mala presentación" y se codificaría en Y60.0 "Corte, punción, perforación o hemorragia no intencional durante la atención médica". Ese sería el código definitivo?

=====
R49 (22/nov/00)

La causa básica es la presentación (anormal) , motivo por el cual le practican la cesárea. El código es O64.9 (Trabajo de parto obstruido debido a mala posición y presentación anormal del feto, no especificada).
Como códigos adicionales usamos O71.5 y O85.
La presencia de obstrucción está indicada por la realización de la cesárea. El problema comienza en el momento que se presenta la posición anormal del feto, (O32.9) que es la causa básica, esta posición da lugar a la cesárea (O64.9) y durante este acto se presenta la laceración de la vejiga (O71.5) que da lugar a la peritonitis y finalmente al choque séptico (O85). Cada una de estas afecciones están en un orden secuencial lógico.
La laceración de la vejiga durante el acto quirúrgico, representada por el código O71.5 (cuyo título de categoría dice así: "otro trauma obstétrico") donde se incluyen las lesiones por instrumentos como casos de mala praxis médica más específicamente en muertes maternas y no podría clasificarse en Y60.0 porque se perdería la muerte materna.
(Yolanda Pérez Marcano - Venezuela)

La causa básica es lo que originó! En el caso es la "mala presentación" (O32.9).
Siendo o no "mala praxis", siempre la causa básica es lo que inició el proceso!
El código Y60.0 podría ser usado para causas múltiples y solamente sería seleccionado como causa básica si fuese la única información.
(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Se codifica O71.5 (otras traumatismos obstétricos de los órganos pelvianos); esta categoría incluye lesión por instrumentos. Podría usarse como código adicional el incidente terapéutico (Y60.0).
(Luis Manuel Torres Palacios/CEMECE - México)

En mi opinión el comienzo de la secuencia lógica es la laceración de vejiga durante la intervención de cesárea por presentación anómala, por lo que la causa básica sería Y60.0.

(Sara Cerdeira - Galicia/España)

No estoy de acuerdo en romper la cadena en el incidente medico, codificaría O64.9, el resto , en mi opinión, son complicaciones, como pudo ser una dehiscencia de sutura, o una neumonía, aunque la causa esté o no directamente relacionada con la practica médica. Para los que codifican todas o varias causas, este hecho puede quedar identificado con códigos adicionales. Además, cuantas veces estos incidentes los sospecha el codificador por la secuencia pero no se registran explícitamente?, por ultimo, esta solución propuesta, seria como retomar la Regla 12 felizmente eliminada.

(Ana Consuelo Mesa - Cuba)

Comentarios (Roberto Becker - OPS)

Tal como está presentado el caso, estoy totalmente de acuerdo con lo que plantea Ruy Laurenti:

La causa básica es la mala presentación, O32.9.

Mala presentación puede ser razón suficiente para una cesárea, mismo sin obstrucción del trabajo de parto. Debe notarse lo que aparece en Presunción de Causa Intercurrente, mencionada en 4.2.1 (Vol.2, pág. 61-62): " ... se autoriza con la finalidad de aceptar una secuencia tal como ha sido informada, pero no se debe utilizar para cambiar la codificación". Por lo tanto, en el caso presente, lo más correcto es quedarse con el código O32.9 y no el O64.9. Todos los otros problemas mencionados pueden recibir los códigos correspondientes para la codificación de causas múltiples.

=====

Consulta C050

(de Argentina)

Blastoma benigno: Han comenzado a informar este diagnóstico y en consecuencia se presenta la duda.

Blastoma, en el Volumen 3 (CIE-10) se lo considera como Tumor Maligno. Pero si se aclara que es benigno, qué código asignar? Si nos guiamos por la CIE-O, ésta al Blastoma (M8000/3), lo considera como un "Tumor SAI", con el código de comportamiento maligno (/3). Observando, en consecuencia, el lugar donde esa clasificación los agrupa, sería muy desacertado codificar al blastoma benigno como un Tumor benigno SAI y otorgarle la categoría D36.9?

=====

R50 (11/dec/00)

Estoy de acuerdo con la solución propuesta, independientemente de la asignación hecha a priori en la clasificación, si es cierto que en ciertos casos puede ser benigno, debe clasificarse como tal.

(Ana Consuelo Mesa - Cuba)

En estos casos se recomienda establecer comunicación con el certificante y, si fuera necesario con el patólogo, a fin de aclarar o corregir el diagnóstico. No es raro que se cometan errores en la anotación de las causas en el certificado.
(Luis Manuel Torres Palacios/CEMECE - México)

Lo que se evidencia es que el Blastoma SAI se considera "tumor maligno SAI", la situación cambia cuando se menciona su localización anatómica independientemente de su histología. El blastoma benigno según la CIE-10 lo remite a tumor benigno SAI "de otros sitios y de los no especificados", en este caso también cambia la situación si se menciona la localización anatómica. Resumiendo: tanto el médico certificante de la defunción debe indicar el sitio anatómico así como el codificador debe solicitar la aclaratoria para asignarle su clasificación correspondiente.

(Yolanda Pérez Marcano - Venezuela)

La CIE considera blastoma como tumor maligno.

- si el médico afirma que, a pesar de tener nombre de tumor maligno el mismo es benigno, tenemos que aceptar (hay otros casos en la CIE, pero lo que me ocurre en el momento está relacionado a ser primario o secundario - como el del hígado que en general es metastásico a menos que venga escrito tumor primario del hígado...). Parece que la única opción es la que se presenta.

(Cassia M. Buchalla/CBCD - Brasil)

=====

Continúa en el archivo FORUM01.DOC

=====
Consulta C051/02/01

(Desde Chile)

Masculino, 1 año:

Ia) Apnea

b) Síndrome hipoventilación central- Ondina

c) Enf. Genética

II. -

Cómo codificar lo que aparece en Ib)?

Es esa la causa básica?

=====
R051/02/01 (09/mar/01)

El síndrome se llama hipoventilación central congénita, mal llamado Ondine's curse o Maldición de Ondine.

No es una APNEA porque mantiene una ventilación mínima con movimientos respiratorios insuficientes, esto es mayor durante el sueño y esta enfermedad es la causa básica.

(José Luis Díaz-Rossello - Uruguay)

El síndrome de hipoventilación central o maldición de Ondina no aparece como tal en el índice, atendiendo a que dicha entidad consiste en una falla de los centros respiratorios bulbares encargados de mantener de forma automática el ritmo respiratorio pudiera ubicarse en la categoría G90.8 (Otros trastornos del sistema nervioso autónomo) y si se determina que está presente desde el nacimiento se puede asignar a una subcategoría del capítulo de Ciertas afecciones originadas en el período perinatal, la P91.8 (Otras alteraciones cerebrales del recién nacido). Otra opción sería ver si esta afección se puede catalogar como un trastorno del sueño ya que es durante el mismo que se produce la apnea y entonces pudiera codificarse en la subcategoría G47.3 (Apnea del sueño) la cual dentro de sus modificadores no esenciales se encuentra (central) o en la P28.3 (Apnea del sueño en el recién nacido) si está originada desde el período perinatal.

En el certificado en cuestión sí sería la causa básica ya que por regla A se desecharía lo mencionado en Ic) o si se quiere aplicando regla D ya que Ib) es más específica que lo que se plantea en Ic) de forma muy general.

(Miguel Angel Martínez Morales/CECUCE - Cuba)

No existe el término en la CIE-10. El síndrome de hipoventilación central, al parecer es un factor neurológico (del S. N. Central) que está llevando a la alteración en el ritmo y frecuencia respiratoria (de hecho está llevando a la apnea).

Me parece más adecuado un código "G" y no "J". Es bastante inespecífico.

Es una categoría residual!

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Ia) Apnea R06.8

b) Síndrome hipoventilación central-Ondina R06.8

c) Enf. Genética Q89.9

La apnea irreversible se encuentra sugerida como una de las causas de muerte súbita infantil. Aunque es rara en pacientes mayores, existe bajo la denominación de mal de Ondina. Comunicación 28 del Primer congreso virtual Iberoamericano de Neurología. Como síndrome de Ondina también se define como alteración del control automático de la respiración cuando el paciente se duerme. No aparece en la CIE-10 como tal, sólo como hipoventilación y - alveolar.

No es esa la causa básica, ya que por principio general se selecciona Q89.9 (Luis Manuel Torres Palacios/CEMECE - México)

Ondina (Diosa de la leyenda Germánica) tenía un amante el cual la traicionó; ella en venganza, le echó al traidor la maldición para que sólo pudiera respirar bajo el control de la conciencia; lo que significaba que no pudiera hacer ninguna otra cosa, ni siquiera dormir, porque al dejar de ser consciente de su respiración, fallecería. Paciente que por alguna patología pierde el

automatismo respiratorio y solo puede hacerlo bajo su propia control voluntario, se dice que tienen el "síndrome de Ondine". Dentro de estas patologías tenemos:

TRAUMATISMO EN LA REGIÓN DEL CUELLO
POLIOMIELITIS

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

LEUCOENCEFALOPATIA ARTERIOLAR

De acuerdo como se lleno este certificado la causa básica debe se la enfermedad genética y esta puede originar todo lo esta encima de él . Entre los sinónimos de esta enfermedad tenemos:

Síndrome hipoventilación central primario

Hipoventilación central

Hipoventilación alveolar idiopática

Hipoventilación alveolar primaria

Hipoventilación alveolar congénita

Esta ultima se debe a una tara genética autosómica en Q99.9

En el incide alfabético se puede encontrar como Síndrome hipoventilación alveolar E66.2 en la pagina 467

(Carlos Muñoz/CEVECE - Venezuela)

Comentarios (Roberto Becker/OPS)

Como se nota, no hay unanimidad de opiniones.

En relación con la definición de la enfermedad (Mal de Ondine u Ondina), me quedo con la que menciona José Luis, del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP/OPS), es decir, no es la "Apnea del sueño". En el caso específico, la causa terminal ha sido una apnea. También estoy de acuerdo con la primera codificación planteada por Miguel Angel de Cuba, la cual coincide con lo observado por Ruy Laurenti: codificar con una categoría más residual del Capítulo VI ("G").

No codificaría en "P" por dos razones:

1. No hay mención específica en el Capítulo, el cual, además, se refiere a "CIERTAS afecciones originadas en el período perinatal", lo que quiere decir que no TODAS se codifican en el mismo.

2. Si el síndrome es CONGÉNITO, el Capítulo XVI lo excluye, conforme se ve en las notas de exclusión de la página 725 del Vol. 1.

De esa forma yo codificaría el síndrome de hipoventilación (de Ondine) en G90.8.

En el caso, en mi opinión, esa es la causa básica y no una anomalía congénita ("Q"). No necesariamente todas las anomalías congénitas se codifican en el capítulo XVII. Los errores congénitos del metabolismo, por ejemplo se excluyen (E70-E90). Algunas otras afecciones de origen congénita igualmente han sido "transferidas" en la CIE-10 del Capítulo de "Congénitas" para capítulos más específicos. Además, lo que aparece en la línea c) es demasiado inespecífico y está implícito en la afección mencionada en b).

=====
Consulta C052/02/01

Dos consultas sobre causas externas no habituales:

1. (del Mortality Forum, desde Suecia)

Recientemente hemos tenido un certificado de defunción con:

I(a) Quemaduras

(b) Explosión de un Televisor

Cómo Codificar?

2. (de Venezuela)

Varón, 13 años

Ia) Traumatismo tóraco-abdominal

b) Práctica deportiva

Información adicional: En Gimnasio de Karate, otro participante le dio un golpe de puño.

Cómo codificar?

=====

R052/02/01 (22/feb/01)

*****Caso 1:**

a) Quemaduras.....T30.0

b) Explosión de un televisor..W40.9

Realmente no hay código alguno que permita codificar la causa externa e indique lo que sucedió, por lo que codificaría W40. con el punto 9 pues realmente no dice donde ocurrió.

(Ana Consuelo Mesa/CECUCE - Cuba)

Las quemaduras por explosión de un televisor no están especificadas en la CIE-10. Nosotros utilizaríamos el W86, ya que, de todas formas no es una causa que se presente con frecuencia.

(Lygia Moya - Costa Rica)

Ia) T30.0

b) W40.9

Como quiera que en el índice no aparece la especificación de Televisor o equipo electrodoméstico, lo dejaría en W40.- (Explosión de otros materiales).

(Miguel Angel Martínez Morales/CECUCE - Cuba)

Sobre las quemaduras de la explosión de un televisor, mi criterio sería el código W86.9 o codificar directamente la quemadura X09.9.

(Rafael Jaramillo - Ecuador)

Se debe buscar "quemadura" en la 2da. parte del Volumen 3 y no hay nada que oriente en el caso. Se busca "explosión" y se encuentran varias posibilidades, menos "televisor". Sin embargo, es aconsejable hacer un recorrido en los "W" del Volumen 1 y quedarse con W38 o W40. Yo particularmente preferí (en el Mortality Forum) el W40. Otros el W38.

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Respuestas del Mortality Forum:

Solo un intento: Podría W38 ser una opción si uno considera que "dispositivo presurizado" puede ser extendido a "dispositivo a vacuo"?

(Mady Roulleaux - Luxembourg)

Es la primera vez que veo un caso de quemaduras debidas a explosión de una televisor. En el Vol. 3, pág. 588 (edición en español) existen muchas posibilidades para "explosión". En mi opinión y del CBCD el código más adecuado es el W40.- Actualmente existe una considerable cantidad de equipos domésticos e industriales que pueden explotar como un televisor, microcomputadores y otros. Después de la solución de ese caso creo que sería importante discutirlo en el Mortality Reference Group (MRG).

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Si alguien muere por quemaduras debe haber mucho fuego. Es relativamente frecuente que televisores prendan fuego el cual es típicamente muy intenso. Naturalmente ellos pueden también explotar, pero por las quemaduras yo codificaría como exposición a fuego no controlado (X00.9.9)

(Martti Virtanen/Centro de Clasificación de los Países Nórdicos)

Comentarios (Roberto Becker - OPS)

Entre las respuestas se pueden encontrar 5 códigos distintos propuestos:

W38 - Explosión y rotura de otros dispositivos presurizados especificados

W40 - Explosión de otros materiales

W86 - Exposición a otras corrientes eléctricas especificadas

X00 - Exposición a fuego no controlado en edificio u otra construcción

X09 - Exposición a humos, fuegos o llamas no especificados

Se podría añadir una otra posibilidad:

W31 - Contacto traumático con otras maquinarias y las no especificadas. Se puede llegar a ese código por dos caminos: El índice nos indica que explosión de otras máquinas (en el supuesto de que un televisor es una máquina)

especificadas se codifica en W31. También en la categoría W31 se incluyen máquinas "recreativas". Es de notarse que en Francés la categoría W31 se

refiere a "contacto con otros APARATOS..." y el término de inclusión menciona "material recreativo"

La primera conclusión es que realmente parece haber una laguna en la CIE para casos como ese, y el Mortality Reference Group debería discutir el tema (Ver respuesta de Ruy Laurenti para el Mortality Forum)

Entre las propuestas, aunque todas tengan lógica, yo no consideraría la más adecuada el W86 (corriente eléctrica), por no haber mención de corriente eléctrica en la información disponible. Además, en general la muerte por corriente eléctrica no tiene como causa inmediata quemaduras.

Si consideramos quemaduras y no la explosión, como propuesto, el código no sería el X09, sino X00 (que incluye muebles, si es que si puede considerar un televisor como mueble) o X08 ("otros especificados").

En relación con el W38, no me parece que se deba considerar un televisor como un dispositivo presurizado. La explosión no ocurriría si no fuera el televisor conectado a la corriente eléctrica, es decir, no es un aparato que contiene "material explosivo" o "bajo presión". Eso tampoco nos lleva al W86, pues no se trata de que la persona haya tenido contacto con la corriente eléctrica.

Quedamos con la discusión de si la causa básica es la(s) quemadura(s) o la explosión propiamente tal. La mención de quemaduras en el certificado da a entender que esa sea la causa inmediata. Sin embargo, gran parte de las explosiones tienen como causa inmediata las quemaduras y las codificamos como explosiones (hay muchos códigos para eso). Buscando el inicio del proceso, parece mejor quedarse con la explosión y no con las quemaduras, es decir, con la causa básica y no con la terminal.

W40 o W31? A pesar de que W31 incluye explosión de "otras máquinas", parece más apropiada para otro tipo de máquinas (y no un televisor). Finalmente, sin una convicción completa, me quedaría con W40, a pesar de haber, en parte, superposición con W31 en lo referente a explosión. Es decir, un televisor parece más con "otros materiales" que "otras maquinarias".

*****Caso 2:**

Causa básica: Golpe accidental en práctica deportiva de karate por otro participante que causa traumatismo tóraco-abdominal W50.3 y T06.5.
(Yolanda Pérez Marcano - Venezuela)

Varón 13 años

- a) Traumatismo tóraco-abdominal.....(T04.1)
- b) Práctica deportiva..... W50.3.0

Lo que me parece más complicado es codificar las lesiones, pues debo utilizar la T00-T07, y no hay un código que se ajuste exactamente a lo descrito. La T00.1 no me parece adecuada pues está referida a traumatismos superficiales, (incluye los códigos S20.-, S30.- y T09.0) y por la descripción de este caso, hay mas evidencia de que fuesen órganos internos aun cuando no esté informado explícitamente. (En T04.1 incluye sitios en S28 y S38 pero también tronco SAI), aunque la descripción de aplastamiento da idea de otras situaciones, no he encontrado nada mejor.

(Ana Consuelo Mesa/CECUCE - Cuba)

Para el traumatismo por una persona y en práctica deportiva utilizaríamos el W50.3.

(Lygia Moya - Costa Rica)

- Ia) T06.8
- b) W50.3.0

Lo que debería codificarse en Ib) es lo que aparece en la información adicional y la práctica deportiva quedaría para uso de quinto carácter opcional para especificar el tipo de actividad.

(Miguel Angel Martínez Morales/CECUCE - Cuba)

No se trata propiamente de una "agresión" que siempre es intencional e induce a homicidio o tentativa de. El caso, a mi juicio es accidente. Se cuadra bien en W50.3

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Tratándose de una práctica deportiva, sería conveniente considerar como un accidente y se ubicaría en el código W50.3, o si se lo considera como una agresión su código sería Y04.3.

(Rafael Jaramillo - Ecuador)

Comentarios (Roberto Becker - OPS)

Estamos todos de acuerdo con que la causa básica es W50.3(.0)

=====
Consulta C053/02/01

(de Costa Rica)

1. En las categorías E10-E14 con cuarto carácter .5, la subcategoría I79.2* es únicamente para "angiopatía periférica"?; los términos "gangrena" y "úlceras" no están incluidos en dicha subcategoría?

2. Para efectos de codificación de causa básica de muerte (Vol. 2), las categorías: I20.-, I24.-, I25.-, con mención de I21.- se selecciona I21.-. Para codificación de morbilidad se aplica el mismo principio?

=====

R053/02/01 (12/mar/01)

1. Evidentemente los términos gangrena y úlcera no están contenidos en I79.2* según CIE-10, pero si tomo en consideración que tanto la gangrena diabética como la úlcera diabética son mandadas a codificar en el .5, (complicaciones circulatorias periféricas) y hay interés en significar estos eventos, pudiera utilizar el I98.8* para estos casos.

2. En las notas específicas por Capítulo, Vol. 2 pág. 113 en adelante, no hay referencia a esta situación, sin embargo, en la Pág. 97, 2do párrafo, hay una explicación respecto a cual debe ser la afección principal para el análisis de la morbilidad por causa única. En el ejemplo no se precisa en que lugar aparecen colocados los diagnósticos, no obstante, creo que ello no sería invalidante para aplicar la Regla MB1, y de esta forma salvaría el problema, codificando el I21.-

(Ana C. Mesa/CECUCE - Cuba)

La consulta C53/02/01 de las categorías E10-E14, la subcategoría .5, si incluye para la gangrena y la úlcera, en cambio la I79.2* no se lo considera para la codificación tanto de mortalidad y morbilidad de la causa básica o del diagnóstico definitivo, primero por su * y segundo porque el mencionado código se lo ubica dentro de la subcategoría .5, de las categorías mencionadas.

(Rafael Jaramillo - Ecuador)

1. Creo que tal como aparece en la lista tabular, el código de asterisco I79.2* se refiere únicamente a la angiopatía periférica, no habiendo código de asterisco habilitado para la úlcera y la gangrena diabética; y así ocurre también cuando se consulta el índice, es decir, al buscar angiopatía diabética se hace referencia a los dos códigos, mientras que para la úlcera y la gangrena sólo lo hace para el código de cruz.

2. En el caso de que en la hoja de egreso aparezca como afección principal una entidad clasificable en I20.-, I24.-, I25.- y se mencione entre las otras afecciones I21.-, creo que aplicando la regla MB1 se debería reelegir a I21.- como la afección principal, ya que habría una afección de duración prolongada o de menor importancia que el infarto agudo del miocardio. En el caso de que aparezcan juntas como afecciones principales, al aplicar la regla MB2, también debe salir I21.- ya que es la que generalmente causará la mayor necesidad de atención y tratamiento y la que mayor uso de recurso debe ocasionar.

(Miguel Ángel Martínez Morales/CECUCE - Cuba)

1. Si, están incluidos en el .5.

2- Las notas para codificación de causa básica obviamente solo se refiere a la mortalidad. Prácticamente no existe asociaciones en morbilidad fuera aquellas indicadas directamente por la Lista Tabular (Volumen 1) o Volumen 3 (Índice).

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

1. La subcategoría I79.2* es únicamente para "angiopatía periférica. Los términos "gangrena" y "úlceras" no están incluidos en dicha subcategoría. Por índice se encuentran sus propios códigos.
2. No se aplica este principio en la morbilidad porque no hay nada en la CIE-10 que lo especifique; además en el caso de la morbilidad es el médico quien selecciona el principal motivo de atención, que puede ser cualquiera de los códigos mencionados y es más ilustrativo. El objetivo de conocer la afección principal es diferente al de la selección de la causa básica.
(Luis Manuel Torres Palacio/CEMECE - México)

1. La subcategoría I79.2* es únicamente para angiopatía periférica no para los otros componente de la llave.
2. Cuando el médico certifica algunas de las patologías codificada con I20.-, I24.- y I25.-, con mención del I21.- de acuerdo a las reglas de modificación C para la selección de la causa básica, se selecciona el I21.- con el fin de mejorar la utilidad y precisión de la información.
En la codificación de morbilidad por causa única la afección principal diagnosticada al final del proceso de atención de salud, como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Como puede observarse son dos conceptos completamente diferente uno de causa básica para mortalidad; que es quien inicia la cadena de acontecimientos y el otro para morbilidad como causante primaria de tratamiento o investigación
(Carlos Muñoz/CEVECE - Venezuela)

Comentarios (Roberto Becker/OPS)

1. Úlcera y gangrena no se incluyen en el I79.2*, pero si en el .5 de E10-E14. Sin embargo, I79.2* no incluye solo la angiopatía diabética (de cualquier sitio), sino también otras, como por ejemplo la sífilítica (A52.0+ I79.2*). Debe notarse que la categoría I79* tiene base anatómica, con posterior subdivisión por tipo de enfermedad que ha originado: "Trastornos de las arterias, arteriolas, ...", mientras que úlcera y gangrena son procesos patológicos que se codifican según el sitio anatómico. Por ejemplo, úlcera arterial se codifica en I77.2. Por esa razón no hay código "*" directamente asociado con gangrena o úlcera diabéticas, dado que dependería del sitio, llevando a una multiplicidad de códigos posibles.
2. Los principios que se usan para la codificación de la causa básica de muerte por lo general no son aplicables para morbilidad (según "afección principal"), aun menos en el caso específico. Las asociaciones, en el caso de la morbilidad, se encuentran directamente mencionadas en la lista tabular (Vol. 1) o en el índice (Vol. 3).

=====
Consulta C054/02/01

(Del Mortality Forum, desde Estados Unidos)

En la Novena Revisión (Vol. 1), las categorías para Intervención Legal (E970-E979) tenían la nota de inclusión:

"Lesiones infligidas por la policía u otros agentes autorizados, incluso militares en servicio, en el transcurso de un arresto o del intento de arresto a infractores de la ley, en la supresión de disturbios, el mantenimiento del orden y la ejecución de otras acciones legales."

En la Décima Revisión no encontramos esa nota en el Vol. 1 ni en el 2, tampoco una definición de intervención legal. Si hubo una simple omisión, lo que se sugiere es la inclusión de la misma nota bajo la categoría Y35 de la CIE-10.

=====
R054/02/01 (15/mar/01)

Estoy de acuerdo que en la lista tabular volumen 1 en la categoría Y35, se debe incluir la nota que existía en la novena revisión sobre la intervención legal, a pesar que aquí no está estipulado constitucionalmente.

(Rafael Jaramillo - Ecuador)

Parece que hubo una omisión en la CIE-10 por lo que lo mas aconsejable es tomar la nota de la CIE9 y aplicarla.
(Ana C. Mesa/CECUCE - Cuba)

Creo que la misma nota utilizada en la CIE-9 debe ser incluida como una nota bajo la categoría Y35 de la CIE-10 para no dar cabida a la subjetividad.
(Miguel Angel Martínez Morales/CECUCE - Cuba)

Si, procede, con objeto de recordar a los codificadores cuando deben usarse estos códigos.
(Luis Manuel T. Palacios/CEMECE - México)

Realmente en la CIE-10 no aparece en Y35 - Intervención legal, una nota definiendo o aclarando lo que es intervención legal, como había en la CIE-9 (E970-E979) o en la CIE-8 (E970-E978).
El concepto de intervención legal Y35 no aparece en la CID-10 pero aparece para Y36-Operaciones de guerra. No se porque no se mantuvo como en la CIE-8 y CIE-9. Lo importante, sin embargo, es saber que el concepto (definición) es el mismo y se debe utilizar con base en la CIE-9 y CIE-8.
(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

=====
Respuestas enviadas al Mortality Forum:

Canadá /Patricia Wood/:

En relación con esa cuestión, la ausencia de notas "Incluye" y "Excluye" para intervención legal (Y35) parece haber sido un descuido. No puedo suponer que la omisión fue deliberada y ciertamente estoy de acuerdo con Julia (Nota: la que hizo la consulta original desde Estados Unidos) que las notas, tal como aparecen en la CIE-9 deben ser incluidas en la CIE-10.

São Paulo Classification Centre /Ruy Laurenti/:

En relación con la cuestión de Julia Raynor, USA, el Centro Brasileiro concuerda con la propuesta: añadir bajo Y35 la misma nota que aparece en la CIE-9 (E970-E978).

La nota de exclusión que aparece en la CIE-9 bajo E970-E978, en la CIE-10 fue transformada en nota de inclusión bajo Y36.

=====
Comentarios (Roberto Becker - OPS)

No hay dudas. Los conceptos y criterios referentes a las intervenciones legales no han cambiado de la CIE-9 a la CIE-10 y, por lo tanto, las mismas notas deben ser consideradas en ambas revisiones.

=====
Consulta C055/02/01

(desde Costa Rica)

Comentario inicial (Roberto Becker - OPS) Se supone que toda la información disponible está mencionada abajo y que no es posible ampliarla.

Un caso que ha generado mucha discusión:

Mujer de 24 años, encontrada muerta en la vivienda del novio. En el certificado de defunción confeccionado por la Morgue Judicial se anota que la causa de muerte es Desconocida, y la manera de muerte es Indeterminada. Este caso la Comisión de Mortalidad Materna lo clasifica como muerte materna ya que la mujer estaba embarazada.

Resultado de la autopsia:

CAUSA DE MUERTE: Desconocida

LESIONES ENCONTRADAS: Área genital: himen dilatado íntegro, inmediatamente por detrás del mismo se observan en el tercio distal de la vagina tres pequeñas equimosis de 1x1 cm. Cadáver en decúbito dorsal.

ALTERACIONES ENCONTRADAS: Cadáver en avanzado estado de putrefacción, fase enfisematosa, sin signos externos de violencia, en estado de gravedad de aproximadamente siete meses y medio.

Presenta obstrucción de los orificios nasales con trozos de papel higiénico, encima de estos otro trozo de papel en ese sitio y sobre la boca y por último

encima de todo esto un vendaje con cinta adhesiva blanca del cual salen proyecciones de un líquido color café oscuro seco (aparente sangre), quedando impregnado restos en la cara.

MANERA DE MUERTE: Indeterminada, desde el punto de vista médico-legal.

COMENTARIOS:

- 1) Debido al avanzado estado de putrefacción del cadáver no fue posible establecer la causa ni la manera de muerte, sin embargo se descartó la presencia de fracturas en los huesos, de proyectiles de arma de fuego y arma blanca y otro tipo de lesiones mecánicas.
 - 2) Debido al avanzado estado de putrefacción de las muestras enviadas al laboratorio, no fue posible identificar sustancia alguna en las mismas, sin que esto signifique que no las haya habido.
 - 3) Las lesiones descritas en el área genital por sí solas, no son representativas de maniobras abortivas, ya que en el resto de la vagina, cuello del útero, útero y membranas ovulares íntegras.
 - 4) No se puede descartar el caso como intoxicación, sobre todo por agentes anticoagulantes (veneno para matar ratas) debido a los restos de aparente sangrado nasobucal que presentaba.
 - 5) El vendaje de la nariz y la boca por lo elaborado del mismo y la ausencia de lesiones de defensa en el cadáver nos orienta a pensar que el mismo fue realizado post-mortem.
 - 6) Tabletillas encontradas al lado del cadáver corresponden a un producto denominado NAPROXENO, el cual es antiinflamatorio, analgésico y antipirético y no fue posible identificarlo en las muestras tomadas del cuerpo.
- El INEC codifica la causa básica de muerte, de acuerdo al certificado de defunción se codificó como R99, según la Corte de justicia fue un suicidio, ya que se le levantó causa al novio de la muchacha, pero salió absuelto. En el certificado no se anotó nada si fue suicidio, homicidio o accidente. Quisiéramos saber si con la información de la Morgue se podría codificar como una Intoxicación, y cuál sería el código más adecuado.

=====

R55/02/01 (16/mar/01)

Pienso que mejor que un R99 sería un Y34, pues parece haber datos suficientes que lleven a pensar que ha sido una muerte violenta, aunque no se sepa el tipo de intención. Siguiendo el mismo argumento y gracias al comentario nº 1, se podría ajustar más con un Y19.

(Sara Cerdeira - Galicia - España)

Con toda la información suministrada se puede hacer una novela, sin embargo no es concluyente para determinar las causas reales de muerte. Ante esta situación optaría por codificar según la única conclusión que aparece y es que la Corte de Justicia determino que se trataba de un suicidio, y le asignaría la categoría X84.0. Partiendo de este hecho, no la clasificaría como muerte materna, sino como una muerte relacionada con el embarazo.

(Ana Consuelo Mesa/CECUCE - Cuba)

Caso difícil! Sin embargo es necesario quedar muy claro, y ese caso sirve de ejemplo, de que no es por el hecho de que esté embarazada que se trata de una muerte materna. No hay ninguna indicación o justificación de tratarse de muerte materna! Es una muerte y cuando murió estaba embarazada!!

El legista describe razonablemente bien y se reconoce que hay dificultades por el estado de putrefacción. Me quedo con el legista: Causa Ignorada (todo lo demás sería adivinación!)

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

La información que ofrece la Morgue no es concluyente acerca de si hubo intoxicación, ya que no fue posible identificar sustancia alguna en las muestras enviadas al laboratorio, solamente plantea que no puede descartarse dicha posibilidad. En este caso donde en el certificado no se anota si fue suicidio, homicidio o accidente, yo lo codificaría al Y34.0 "Evento no especificado, de intención no determinada, ocurrido en una vivienda". La definición de defunción materna excluye aquellas muertes por causas accidentales o incidentales y aquí se trata de un evento donde esto no se pudo

determinar, yo lo clasificaría como una defunción relacionada con el embarazo, donde se especifica "independientemente de la causa de la defunción". Si por la decisión de la Corte de Justicia se acuerda pasar de intención no determinada a suicidio, entonces lo codificaría en X84.0 "Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados, ocurrido en una vivienda". (Miguel Angel Martínez morales/CECUCE - Cuba)

En el caso de las muertes violentas o de causa desconocida es de primordial importancia la información de otras fuentes legales y no médicas. Hay información de un juicio que determinó que se trató de un suicidio y debe ser aceptada, ya que a través de otros medios como la autopsia no pudo ser determinada la causa de la muerte. Por ello se recomienda codificar en X84.0 (Luis Manuel Torres Palacios/CEMECE - México)

No se trata de una muerte materna sino de una defunción relacionada con el embarazo (Volumen 1 páginas 1169-1170). Con esta información no se puede concluir que se trata de intoxicación. Se podría codificar como R98 Muerte en circunstancias en la que el cuerpo del fallecido fue encontrado y la causa no pudo ser descubierta. (Carlos Muñoz/CEVECE - Venezuela)

Revisada la información suministrada y bajo la premisa de que es toda la disponible, la cual no es posible ampliar, consideramos que no existen elementos suficientes para calificarla de intoxicación, que dado que fue encontrada muerta en la vivienda del novio y la causa no pudo ser establecida, la calificaríamos con el código R98.

De otra parte la clasificaríamos como una defunción relacionada con el embarazo y no como materna puesto que no existen evidencias que lleven a establecer que se trató de una causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención. Siendo de este modo, cabe las siguientes dos posibilidades para codificar la muerte.

Primera posibilidad	Segunda posibilidad
a) O95	a) O95
Causa Básica: R98	Causa Básica: O95

Por consenso el Grupo de Estadísticas Vitales de Colombia (GEVC), optaría por la segunda opción dada la importancia que representan estas defunciones para el país, además que el código O95, justamente hace relación a una muerte por causa no especificada de una mujer mientras está en el embarazo, el parto o el puerperio.

También es importante destacar el hecho de que debió certificarse tanto la muerte de la mujer como la fetal, la que podría calificarse con el código P01.6 (Cecilia, Esneda, Humberto, Lucia y Piedad/GEV - Colombia)

Comentarios: (Roberto Becker - OPS)

Como lo dice Ana Consuelo, hay información suficiente para escribir una novela, y con difícil solución.

Inicio con los puntos que parecen más claros y que también corresponde a la mayoría de las opiniones:

1. No se trata de muerte materna. Por tal razón no se puede usar el código O95 ni para causa básica ni para código adicional (causa asociada). Si se quiere registrar la información de que la mujer estaba embarazada por ocasión de la muerte, se podría usar el Z33 (Estado de embarazo incidental). Los códigos, tales como "Z", "S" y "T" y los demás que no se pueden usar como causa básica, pueden aparecer como códigos adicionales (causas o condiciones asociadas).

2. Hay indicios pero no hay información suficiente para considerar (y codificar) como intoxicación.

3. Si se considera simplemente "causa ignorada" (muerte natural), tal como lo mencionan Carlos Muñoz y el Grupo de Estadísticas Vitales de Colombia, el código correcto sería el R98 y no R99.

Se trata claramente de una muerte sin asistencia. El código R99 debe ser usado para muertes naturales con causa desconocida, pero asistida por médico. Esa es la diferencia entre R98 y R99.

4. La codificación de la muerte fetal deberá ser hecha en P01.6 si se considera que la muerte de la madre fue "natural", es decir, no por causa externa (Feto afectado por muerte materna). En ese caso la descripción más adecuada sería "muerte de la madre", pues no se trata de "causa" materna. Si se considera que la muerte de la madre fue por causa externa, la muerte fetal se codifica en P00.5 (Feto afectado por traumatismo de la madre).

5. Finalmente, estoy de acuerdo con lo planteado por Sara Cerdeira, y codificaría en Y34.0 (Evento no especificado, de intención no determinada), pues hay suficientes indicios para considerar como causa externa. Por los datos que aparecen en la "novela" arriba, queda difícil aceptar como suicidio (la "causa jurídica"), en especial considerando lo mencionado por el legista (el vendaje de la nariz y la boca probablemente se han puesto "pstmortem", lo que significa por otra persona). Con el conjunto de informaciones disponibles mi opinión es:

Causa básica de la muerte de la mujer: Y34.0

Causa básica de la muerte fetal: P00.5

=====
Forum-CIE/C056/02/01

(de Colombia)

Se trata de un recién nacido de horas abandonado en un relleno sanitario (basurero). El producto estaba a término, la muerte es certificada por medicina legal luego de practicarle la necropsia y el acto ha sido calificado como homicida. Las causas anotadas por el legista son las siguientes:

a) Destrucción craneofacial por mordedura de animales carnívoros

La cuestión es que bien podría seleccionarse como causa la Y06.9 porque el simple hecho de abandonar en un sitio como este a un bebé de horas de nacido podría explicar la causa de muerte, pero también cabe la posibilidad de que si el niño no hubiese sido mordido por los animales carnívoros, hubiera podido ser encontrado por alguien y sobrevivir, por tanto la causa básica pasaría a ser W55.8.

No resulta fácil llegar a discernir lo que ocurrió, por tanto la otra opción es determinar si cualquiera de los dos códigos hace buena calificación del hecho considerado homicida?

=====

R056/02/01 (12/mar/01)

Esto plantea algo interesante. Para que algo sea calificado de homicidio tiene que haber un elemento de culpabilidad fundado en la intencionalidad (que también puede surgir de la negligencia: la intención acá se ve como despreocupación al no tomar intencionalmente los recaudos necesarios sabiendo que hay que tomarlos, porque sino no hay intención). Si aplicamos este criterio se trataría de homicidio porque el producto fue abandonado en un basurero para hacerlo desaparecer. Sino, podría haber sido abandonado en otra parte, como sucede muchas veces (a fin de que alguien lo encuentre y se lo lleve). El hecho de que los animales lo hayan destruido no cambia la situación y, ante la duda: si otro lo hubiera encontrado antes que los animales, pienso que debe prevalecer la intención. Ahora, vale para la clasificación la intencionalidad o solo los aspectos de facto como las mordeduras?

(Monica Bolis - Asesora Regional en Legislación de Salud - OPS)

Para nosotros la causa básica de muerte es el homicidio, y por lo tanto codificamos en Y06, Negligencia y abandono, que es una agresión
(Ligia Moya - Costa Rica)

Pienso que el hecho es que el niño murió. Y que el código debe remitirse a los hechos bajo los cuales murió. Pensar en que alguien pudo pasar y rescatarlo, queda estrictamente al azar o a la "buena de Dios". De manera que el homicidio, sea premeditado o "culposo" -matar sin la intención de matar- continúa siendo homicidio y creo correcto codificarlo en Y06.9. Sin embargo pienso que para estos casos en que la muerte del niño abandonado sea irremediamente la consecuencia del abandono, más que una agresión, debería especificarse expresamente que la intención fue homicida. Otra cosa hubiese sido si lo hubiesen dejado a las puertas de un convento.

(Manuel Mosquera A. - Venezuela)

Estoy de acuerdo con el código Y06.9 como causa básica y W55.8 como causa intermedia. Independientemente de lo sucedido después, lo cierto es que si no se le hubiese abandonado, no hubiera tenido lugar todo el curso de los acontecimientos (en este caso mordedura, pero podría ser hipotermia, inanición,...).

(Sara Cerdeira - Galicia-España)

El ataque por animales, seguramente no hubiera sucedido si el abandono se hace en un lugar protegido (iglesia, portal, institución, etc.), es decir, si la intención inicial no hubiera sido homicida. No me queda claro que cuando el recién nacido fue atacado por animales, estuviera vivo. El hecho que inicia la cadena de acontecimientos que llevan a la muerte a este recién nacido es el abandono homicida, el sitio donde es abandonado (basurero), es con la única intención de que muera. Mi codificación sería Y06.9

(Jesús Carrillo Prieto - Madrid, España)

Los razonamientos expuestos son validos, pero la intención inicial es la que debe codificarse como causa básica, en Y06.9. Además, si codificamos W55.8 no iría al grupo de Agresiones (Ver Listas para tabulación, Vol.. I, página 1143 en adelante, este código aparece entre las demás causas externas).

(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

Solamente por el Certificado de Defunción la causa básica es lo que está declarado en a) que es la única información.

Sin embargo, por la historia queda claro que la causa es Y06.9: Negligencia y abandono. La hipótesis de que si no fuese mordido no hubiera muerto no es válida. Es la misma cosa que una persona atropellada y, al hacerse la autopsia se descubre que tenía un cáncer y atribuir la causa básica a esta causa, pues si no fuese atropellada moriría por el cáncer.

También se debe recordar una antigua orientación, desde la CIE-7: en accidentes sucesivos la causa básica es siempre el primero. Ejemplo: choque de carro con poste, pierde el control y el carro se vuelca y cae en el río y la persona muere ahogada. La causa básica es el choque de carro.

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Si bien es cierto que el niño hubiera sobrevivido si alguien lo encuentra antes de haber sido atacado, esto es especular, lo cierto del caso es que murió por las mordeduras de animales, por lo tanto asignaríamos el código Y06.9.

(Olga Martha - Costa Rica)

Me parece más adecuado codificar a Y06.9 "Negligencia y abandono por persona no especificada", que fue la circunstancia que inició la cadena de acontecimientos que condujeron directamente a la lesión fatal y explica mejor la intención homicida del hecho. Si bien es cierto que cabría la posibilidad de que si el niño no hubiese sido mordido por los animales carnívoros y ser encontrado por alguien hubiese podido sobrevivir, también lo es que si no hubiese sido abandonado no hubiese sido atacado por dichos animales.

(Miguel Ángel Martínez M/CECUCE - Cuba)

Si el médico no escribe más que lo que aparece, cosa típica de los forenses, yo codifico estos casos en Y06.9 SIEMPRE, ya que las demás suposiciones son sólo eso. Sólo por excepción tengo acceso a lo que resolvió el tribunal respecto de la causalidad, además.

Por otra parte, creo que si el recién nacido hubiera sido dejado en otro sitios, como la puerta de un hospital, de una iglesia o incluso de una casa urbana, se podría dudar de la intencionalidad del hecho. En este caso, para mí es obvio que dejar un recién nacido en un relleno sanitario es sólo con fines homicidas.

(Danuta Rajcs - Chile)

Y06.9. La categoría W55.8 corresponde a accidentes, que para el caso presente es obvio que no es, y la calificación legal fue de homicidio, debido al abandono.

(Luis Manuel T. Palacios/CEMECE - México)

Se trata de un caso de negligencia y abandono codificado con el grupo (X85-Y09). En este caso el Y06.9 Negligencia y abandono por persona no especificada, será la causa básica de la muerte y la causa directa es la destrucción cráneo facial por mordedura de animales carnívoros.

Al codificar la agresión de Negligencia y Abandono ya está diciendo con el código Y06.9 que se trata de un homicidio de acuerdo a la nota incluye: homicidio del grupo (X85-Y09).

(Carlos Muñoz/CEVECE - Venezuela)

Comentarios (Roberto Becker - OPS)

No parece haber ninguna duda que se trata de Homicidio (Agresión es la designación utilizada por la CIE-10) por abandono, y el código de la causa básica es Y06.9.

Se podría buscar uno o más códigos ADICIONALES para ampliar la información (tipo de lesiones u otro dato), para codificación de causas múltiples. Es importante notar que el primer eje del Capítulo de causas externas es la intencionalidad (Accidente, homicidio, suicidio, etc.) y, a pesar de que se puede usar W55 como código adicional para caracterizar el tipo específico de evento, debemos tener cuidado pues eso puede llevar a alguna confusión, dado que el código W55 es para muertes ACCIDENTALES, lo que no es el caso presente. Finalmente, a pesar de que el eje de organización de las causas externas según la intencionalidad no es JURÍDICO, en la práctica, solo se codifican como agresiones (homicidios) las que han sido provocadas por otra persona de forma DOLOSA (intencionalmente), y no las CULPOSAS (por ejemplo por impericia o imprudencia) y aún menos las ACCIDENTALES.

=====
Forum-CIE/C057/02/01

(de Colombia)

Tenemos una duda con relación a las complicaciones postquirúrgicas, más aún cuando en Colombia durante los últimos dos años se ha puesto de moda la Lipoescultura como una opción rápida para disminuir de peso y/o mejorar la apariencia física, principalmente en mujeres, por ello queremos someter a discusión el siguiente caso:

Mujer de 25 años quien fallece en un hospital, cuya causa de muerte se determina luego de practicarle una necropsia.

- I a) Hemorragia masiva abdominal
- b) Hematoma en hilio hepático y riñón derecho
- c) Complicación postquirúrgica
- d) Lipoescultura

=====
R057/02/01 (16/mar/01)

Desde mi punto de vista la causa fundamental es la complicación quirúrgica (Y83.8). Esta u otro tipo de cirugía reconstructiva, sin urgencia clínica ni un mal estado general que así lo demandara, lo interpretaría como una causa trivial. En el tomo II, Pág. 42 hablando de la Regla B (Reglas de modificación), dice que..." si la muerte ocurre como resultado de una reacción adversa al tratamiento de la afección trivial, seleccionar la reacción adversa"....

Otro punto es el código de la causa intermedia. Me inclino igualmente haciendo secuencia, por Y84.9 y R58 en la causa inmediata.

(Sara Cerdeira - Galicia-España)

La mujer de 25 años con hemorragia masiva abdominal, nosotros asignaríamos el código Y83.8, ya que es una complicación postquirúrgica.

(Olga Marta Umayá - Costa Rica)

Cuando el médico certificador informa textualmente con el término "complicación", codificamos la causa externa, aunque conozcamos la afección por la que se le ha intervenido.

El término "postquirúrgica" me indica que ha sucedido después del procedimiento, por lo que codificaría en este caso como Y83.4

(Jesús Carrillo Prieto - España)

- I a) Hemorragia masiva abdominalT81.0
- b) Hematoma en hilio hepático y riñón derecho S36.1 y S37.0
- c) Complicación postquirúrgica
- d) LipoesculturaZ41.1

Según el Vol. 2 Pag. 67, los códigos Z no deben utilizarse para causa básica, en este caso codificaría Y60.0. Por la descripción del certificado si creo que hubo accidente al momento de la operación.

(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

La causa de muerte es hemorragia y hematoma que son de por si complicaciones postquirúrgicas y tienen el mismo código, T81.0. La lipoescultura es un procedimiento quirúrgico que debería ir en otro campo y que se codificaría con otra clasificación.

(Ligia Moya - Costa Rica)

La secuencia es lógica y un procedimiento sería la causa básica informada. Sin embargo, procedimiento (lipo-aspiración) no será codificado. Ese procedimiento no fue hecho para enfermedad, la cual debería ser la causa básica.

Por tanto la causa básica es un efecto adverso o complicación de la cirugía. El mejor código es Y60.0.

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

En el volumen 2, acápite 4.2.6 referido a operaciones se indica: Si la operación no indica un órgano o sitio específico, por ejemplo "laparotomía", codifique como "otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad" (R99), a menos que haya mención de un incidente terapéutico clasificable en Y60-Y84 o una complicación postoperatoria.

En este caso aparece que hay una complicación postquirúrgica y en b) se especifica que es el hematoma en hilio hepático y riñón derecho (T81.0), pudiéndose codificar en Y83 "Cirugía y otros procedimientos quirúrgicos como la causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de incidente en el momento de efectuar el procedimiento", en la subcategoría .8 "Otros procedimientos quirúrgicos".

(Miguel Angel Martinez Morales/CECUCE - Cuba)

- I a) Hemorragia masiva abdominalR58
- b) Hematoma en hilio hepático y riñón derechoT81.0
- c) Complicación postquirúrgicaT81.9
- d) Lipoescultura

Causa Básica: Y83.4

(Luis Manuel Torres Palacios y Grupo Asesor/CEMECE - México)

Se trata de la complicación de la atención médica y quirúrgica, Y83 Cirugía y otros procedimientos quirúrgicos como la causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de incidente en el momento de efectuar el procedimiento, se codifica con Y83.4. Otra cirugía reconstructiva. La lipoescultura es el procedimiento médico que se puede codificar con 5-899 de acuerdo a la Clasificación Internacional de Procedimientos en Medicina, publicada en español en el año 1983.

(Carlos Muñoz/CEVECE - Venezuela)

Comentarios: (Roberto Becker - OPS)

1. Hematoma y hemorragia postoperatoria: T81.0, conforme lo indica el Vol. 3 (Índice alfabético). Todo lo que se informa en a), b) y c) lleva el mismo código: T81.0. T81.9 se refiere a complicaciones no especificadas. La

especificación de las complicaciones se encuentra en las líneas a) y b). R58 se refiere a hemorragia no clasificada en otra parte. A del caso presente si, se codifica en otra parte, exactamente en T81.0.

2. Estoy de acuerdo con Z41.1 como código adicional.

3. Causa básica: Como no hay una patología que determinó la necesidad de cirugía, la cual debería ser la causa básica y tampoco el procedimiento debe ser seleccionado como causa básica, por lo que esta tiene necesariamente que ser la complicación quirúrgica, conforme lo mencionaron varios de ustedes. Cuatro diferentes códigos han sido propuestos:

- Y60.0: no veo mención de accidente durante el procedimiento, sino complicación "Postquirúrgica", por lo que no me parece que ese no es lo más adecuado.
- Y84.9: tampoco me parece adecuado, porque se refiere a un procedimiento médico no especificado, lo que no es el caso. Sabemos que hubo un procedimiento quirúrgico de lipoescultura.
- Y83.4: también no es el caso, pues se refiere a "otra cirugía reconstructiva". La lipoescultura (que se hace por aspiración o succión) no es una cirugía reconstructiva sino estética, una vez que no hay una "destrucción" para "reconstruir".
- Y83.8: en mi opinión es el código más correcto para el caso. (Otros procedimientos quirúrgicos como la causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de incidente en el momento de efectuar el procedimiento).

(29/mar/01)

Se añade la siguiente observación de Luis Manuel Torres Palacios del CEMECE - México:

"Quisiera revisaras mi comentario respecto a tu recomendación con la respuesta R57.

Considero que Y83.8 es más inespecífico respecto a Y83.4. Pero además Y83.4 si permite tener una idea de lo que realmente constituye la causa básica. En una lipoescultura sí ocurre destrucción y esta es del tejido graso. También hay una reconstrucción (en este caso probablemente de la pared abdominal) puesto que se reduce su tamaño.

En la CIE-10 no hay código para la cirugía estética, por ello el código Y83.4 es más parecido e ilustrativo, desde los puntos de vista epidemiológico y estadístico de lo que ocurrió, en lugar de Y83.8 que se refiere a cualquier cirugía."

Comentarios/Roberto Becker - OPS:

Uno de los objetivos del Forum-CIE es exactamente que podamos discutir los puntos menos claros o controversiales de la CIE. Naturalmente que cada uno puede tener su opinión, pero es importante que, cuando posible, lleguemos a un consenso para estandarizar conceptos y garantizar la comparabilidad de los datos.

En el caso específico de la consulta 57, como se puede ver en mis comentarios iniciales, cuatro han sido los códigos propuestos.

La discusión está abierta para la recomendación de como codificar complicaciones de cirugía estética. El código Z41.1, como lo menciona Ana Consuelo, es de un procedimiento, luego no se usa para causa básica de muerte. En el caso sirve como código adicional.

Diferentemente de Luis Manuel, yo entiendo que una cirugía de reconstrucción se refiere a un problema anterior (traumatismo, herida, quemadura, laceración, etc.) que ha provocado una destrucción, la cual se va a reparar en la cirugía. De no ser así, se podría interpretar que cualquier cirugía provoca destrucción, por lo tanto en toda cirugía también se hace reconstrucción. Concuerdo que el código Y83.8 es más inespecífico que Y83.4, pero entiendo que el caso de cirugía estética, especialmente lipoescultura, no cuadra como "reconstrucción". Si usamos el Z41.1 como código adicional no perdemos la información sobre el tipo de cirugía, en este caso con una información aún más específica.

Espero más opiniones sobre el tema.

Saludos.

Roberto Becker

=====

Correcciones Vol. 3

(30/mar/01)

Agradecemos al Dr. Jesús Carrillo Prieto, de Madrid-España, por enviarnos las siguientes correcciones necesarias en el Vol. 3 de la CIE-10 (en español):

(As correções abaixo não se aplicam ao Vol. 3 em português)

(The corrections below do not apply to Vol. 3 in English)

Nota: Las alteraciones corresponden solo a las líneas marcadas con C. Las demás líneas se presentan para ubicación de las correcciones, no deben cambiarse y, en general, no aparecen completas en esta lista.

C = Cambiar (corregir), descripción y/o código(s). Se presenta la forma completa como debe aparecer en el Índice alfabético (Vol 3 de la CIE-10).

Aneurisma

C - arteria especificada NCOP I72.8

Encefalitis

C - diseminada aguda G04.0

Enfermedad

C - Binswanger I67.3

Estrechez

- arteria

- - congénita

C - - - coronaria Q24.5

Íleo

C - meconio, meconial E84.1+ P75*

=====

Consulta C058/03/01

(de Venezuela)

¿ Al momento de cargar los certificados de defunción a la base de datos, es necesario transcribir los códigos en el orden exacto en que aparecen las causas tal cual fueron escritas por el médico? Quisiéramos también utilizar los campos disponibles para incluir diagnósticos que aparezcan en la parte II del certificado sin importar que aparezca como causa b, c, o d. Alteraría esto el análisis posterior de los datos si no especificamos que este código proviene de la parte II?

=====

R058/03/01 (05/abr/01)

Creo que lo primero es tener en cuenta como se llenan en general los certificados en el país de que se trate. Si es muy frecuente que se llenen incorrectamente, y la causa básica con frecuencia es tomada por regla 3 de la parte II, y el principio general no es aplicable en la mayor parte de los certificados, o en buena parte de ellos (aunque esto no garantice un correcto llenado), la inclusión de los diagnósticos de la parte II puede hacerse sin mayores riesgos. En cuanto al orden en que se cargan en la base, parece aconsejable que se haga en el orden de anotación del médico, cuando hay más de un diagnóstico por línea, esto debe tomarse también en consideración, pasando uno debajo del otro, no obstante, me parece que lo esencial es que si quede delimitado en la captación que posición va a ocupar cada diagnóstico, si la anotada por el médico u otra que se decida, esto obviamente se establece a priori. Para mí, lo fundamental, es que a la hora de hacer el análisis, se tenga presente que podemos hablar de determinada CAUSA BASICA, y OTRAS CAUSAS 'MENCIONADAS'. Con los certificados originales, no debemos pretender analizar información, para hacer conclusiones sobre 'CAUSA DETERMINANTE', 'CAUSAS INTERVINIENTES', etc., como se propone para estudios de causas múltiples, para estos trabajos, debemos tener información más depurada, o al menos, certificados en los que sea aplicable para la selección de la causa básica el Principio General. Un estudio de causas múltiples con certificados incorrectamente llenados, puede hacerse, pero hay que ser extremadamente cuidadoso a la hora del análisis e interpretación de los resultados.
(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

Al captar las causas de muerte del certificado de defunción a la base de datos me parece más importante que el orden en que se escribieron por el médico, tener identificada cuál es la causa básica y para el resto de las causas mencionadas saber qué ubicación tienen respecto a ella. Esto facilitaría las tabulaciones y análisis posteriores, ya sea por causa única o por causa múltiple.

(Miguel Ángel/CECUCE - Cuba)

Si alteraría el análisis. Por ello se recomienda hacer la captura tal y como aparece en el certificado de defunción, además de incluir la duración de cada enfermedad. Esto permite:

- Efectuar estudios con el enfoque de causa múltiple.
- Revisar en la pantalla de captura o en impresión si la selección de la causa básica fue correcta de acuerdo a los códigos anotados.
- Aplicar un programa para la selección automatizada de la causa básica de defunción.

El programa de captura y procesamiento de certificados de defunción de una de nuestras instituciones (SSA) permite la introducción de las causas en el orden y líneas en que fueron escritas; más aún se tienen 12 campos para este fin, previendo el registro de dos causas por línea.

(Luis Manuel/CEMECE - México)

Si el sistema donde se transcriben los códigos selecciona la causa básica de la muerte, se puede transcribir en el orden exacto en que el médico registró cada una de las causas. Pero, si es lo contrario, se hace necesario que el codificador asigne en primer lugar el código representativo de la causa básica, el resto de acuerdo a los campos disponibles para las causas múltiples. Se pueden incluir los diagnósticos que se quieran sin importar el orden, siempre y cuando haya campos disponibles en la base de datos, luego que se ha cumplido el procedimiento principal de seleccionar causa básica. Esto no altera el análisis, cuando en la base de datos se puede configurar el orden asignado a cada expresión diagnóstica simultáneamente con su código respectivo.

(Yolanda Marcano - Venezuela)

Cuando se tiene un banco de datos con todas las informaciones del certificado de defunción (para utilización para causas múltiples), todas aquellas de la Parte I deben ingresarse en el orden en que aparecieron. Las causas registradas en la Parte II deben también ser incluidas. En un certificado de defunción bien llenado las causas en la Parte II son las verdaderas causas contribuyentes y que no entraron en la cadena de eventos que va de la causa básica para la causa terminal. Además es importante lembrar que podrá haber asociación o aplicarse la Regla 3. (Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

=====
Comentarios (Roberto Becker - OPS)

Comparto con la opinión de Yolanda. El ingreso de los diagnósticos en el exacto orden en que aparecen en el certificado de defunción solo haría sentido si la selección de la causa básica fuera hecha por algún "software" específico. Si la selección es manual no hace mucha diferencia.

En cualquier caso, debe haber un campo propio que indique claramente tratarse de la causa básica.

También estoy de acuerdo con lo que dice Ana Consuelo, pero no solo porque el llenado frecuentemente no es muy correcto.

En general, en los estudios de causas múltiples se analizan causas básicas "con mención" de otros diagnósticos y viceversa, sin la preocupación de si fue mencionado en la parte I o II, tampoco si fue causa terminal, intermedia, contribuyente, etc.

Los estudios más apurados sobre secuencias, tipo de reglas usadas para selección de la causa básica, causas terminales, etc., se hacen mejor por muestras tomadas de los mismos formularios (certificados de defunción) o hasta de las historias clínicas, y no de las bases de datos.

=====

Consulta C059/03/01

(de Costa Rica, referente a morbilidad)

Nuestra consulta se refiere a un paciente que presenta dolor y endurecimiento en el antebrazo, e indica que un curandero le aplico en ese sitio una inyección de mercurio.

En el hospital le extraen el mercurio y se resuelve su caso.

Nosotros codificaríamos esta causa de hospitalización como M79.5 junto con T56.1.

Nos interesa conocer otras opiniones.

=====

R59/03/01 (6/abr/01)

En principio estoy de acuerdo con los códigos propuestos, creo que lo interesante sería disponer de una rubrica, podría ser en el grupo Z, para identificar el problema primario, es decir la manipulación realizada por personal no medico y que en definitiva fue la causante del problema que concluyo con el ingreso.

(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

Opino lo mismo, no se menciona ninguna otra alteración debida a la inyección del mercurio, el cual actuó como un cuerpo extraño alojado en las partes blandas del antebrazo. M79.5 con código adicional T56.1.

(Miguel Ángel/CECUCE - Cuba)

La descripción corresponde a una lesión intencional que dio como resultado el dolor y entumecimiento en el antebrazo. Tratándose de la morbilidad el código primario es T56.1. Si se requiere de un código adicional opcional, este correspondería a la causa externa y no a M79.5. Debido a que no se describe la modalidad de la intención (no parece ser accidental, agresión o autoinfligida) el código adicional sería Y19.9.

(Luis Manuel/CEMECE - México)

Falta saber cual fue la afección indicada por el médico que trató al paciente durante su hospitalización, y que debe aparecer en el resumen de la historia clínica. Ningún codificador puede asignar un código "suponiendo".

(Yolanda Marcano - Venezuela)

Entiendo que el código complementario T56.1 no debe ser usado. El grupo T51-T65, en el cual se incluye T56.1, se refiere a "efecto tóxico" con manifestaciones de intoxicación de carácter general. En el caso, no había (por lo menos aún no) intoxicación, además de que no fue ese el motivo de la consulta.

El índice (Volumen 3) manda codificar en M79.5 para cuerpo extraño en músculo.

El índice no prevé código para cuerpo extraño en músculo, es decir, no trata el caso como causa externa.

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

=====

Comentarios: (Roberto Becker - OPS)

En ese caso estoy de acuerdo con todo lo que plantea Ruy Laurenti:

- No interpreto que hubo una "lesión intencional". Aunque hubiera sido por un médico y lo que ha inyectado no parece correcto, independiente del problema que existía, es perfectamente válido entender que la intención del curandero al aplicar la inyección era la de curar.

- No hay donde codificar cuerpo extraño en tejidos blandos sino en M79.5, mencionado o no como residual o antiguo.

- La referencia de que "le extraen el mercurio y se resuelve su caso", nos da a entender claramente que no se trata de efectos tóxicos, sino simplemente la presencia de cuerpo extraño.

- Tratándose de morbilidad, claramente la "afección principal" tratada fue la presencia del cuerpo extraño. Por ende, el único código para el caso es el M79.5.

- Al igual que Ana Consuelo, también he buscado alguna otra posibilidad para un código adicional, pero ni en Y90-Y98 (Factores suplementarios relacionados con causas de morbilidad y de mortalidad clasificados en otra parte) ni en "Z"

(Capítulo XXI) hay donde cuadrar el caso.

=====

Consulta C60/03/01

(del Mortality Forum, desde Suecia)

Tenemos una cuestión referente a cómo codificar hepatitis de larga duración, en el siguiente certificado:

- Ia) Cáncer de hígado - 6 meses
- b) Hepatitis C - 8 años
- c) Transfusión de sangre - tiempo desconocido

=====

R60/03/01 (6/abr/01)

Aquí el problema es más de asignación de la causa básica a mi juicio, que de definición del código de la hepatitis C. No encontré nada que impidiera codificar en B18.2, que incluso especifica la cronicidad, que es obvia. Creo que el médico está considerando que la transfusión fue la vía de ingreso del virus, porque lo pone como causa originaria de la hepatitis y a ésta, como origen del tumor, por lo que quizá valga el Principio General. Pero ¿cuál sería el código de la causa básica entonces?
(Danuta Rajs - Chile)

La codificación múltiple sería:

- Ia) C22.9
- b) B18.2
- c) Y64.0

La transfusión de sangre contaminada, podría ser a priori la causa que inicia los acontecimientos posteriores hasta llegar a la muerte por cáncer de hígado, clínicamente es posible la transformación de la hepatitis vírica en cáncer de hígado; pero las reglas de codificación son muy claras respecto a las causas antecedentes de los tumores malignos, negando que puedan ser debidos a cualquier otra enfermedad excepto el SIDA (pág. 69 vol.2).

La causa básica aplicando la regla 2, sería el cáncer de hígado, C22.9
(Jesús Carrillo - España)

Aquí parece lo mas discutible cual sería la causa básica a codificar, de una parte se plantea que una Hepatitis de este tipo puede llevar al cáncer, sin embargo la CIE-10, aun no permite esto y quedaría como causa básica el cáncer hepático por R2, aunque la enfermedad que inicio el proceso no esta identificada, que sería la que motivo la transfusión.

(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

- Ia) C22.9
- b) B18.2
- c) T80.2

En el caso del certificado que se presenta codificaría la hepatitis como Hepatitis viral tipo C crónica, ya que se plantea en la literatura que las principales consecuencias del VHC se relacionan con la infección crónica, la infección persiste en un gran porcentaje de los casos, y generalmente da lugar a una hepatitis crónica persistente o a una crónica activa, además en la secuencia se informa que el cáncer de hígado es debido a ella, por lo que debemos suponer cierta actividad. Aunque en la consulta no se pide determinar la causa básica, este sería un punto interesante ya que en el acápite 4.2.2 Interpretación de "altamente improbable", inciso b se plantea que no se acepte un tumor maligno informado como "debido a" cualquier otra enfermedad, excepto el VIH y también en el acápite 4.2.7 Tumores malignos pág. 85 vol.2, aparece un ejemplo muy parecido, así que en este caso se aplicaría la Regla 2 y se tomaría como causa básica el cáncer de hígado. Sin embargo, en la literatura también se plantea que la infección por el VHC se "asocia a" carcinoma hepatocelular (CHC), por ello quizás esta secuencia es registrada con cierta frecuencia por los médicos.

(Miguel Angel Martínez Morales/CECUCE - Cuba)

- Ia) C22.9
- b) B18.2

c) Z51.3

En este caso el médico ha descrito la secuencia correcta. De acuerdo con las investigaciones recientes una transfusión puede dar lugar a hepatitis, (presumiendo la causa intercurrente T80.2) y la hepatitis crónica incrementa el riesgo de que se presente el cáncer de hígado. Sin embargo el inciso b del altamente improbable no acepta la secuencia. De esta manera se selecciona como causa básica C22.9 por Regla 2.

Esta situación es común para varias enfermedades en las que se han encontrado riesgos elevados de asociación con algunos tipos de cáncer, pero sólo ha sido aceptada para el SIDA. Esto quiere decir que el inciso b será modificado en el futuro, según se vaya confirmando la secuencia de enfermedades que producen ciertos tipos de cáncer.

(Luis Manuel/CEMECE - México)

Como causa fundamental de defunción, seleccionaría la Hepatitis C (B18.2) pues el médico certificador transcribe una secuencia clara de evolución, con los tiempos conocidos, (información que se omite en la mayoría de las ocasiones), contribuyendo a reafirmar la secuencia.

(Sara Cerdeira - Galicia - España)

La selección, por regla 2 (C22.9), se apoya en la nota que está en el Volumen 2 CIE-10, pág. 69, aparte b) del principio "altamente improbable" que un tumor maligno sea informado como debido a cualquier otra enfermedad...

Según las instrucciones en el punto 4.2.4 en el volumen 2 CIE-10: "...Para algunas afecciones, las muertes que ocurren un año o más después de la aparición de la enfermedad o traumatismo se presumen como debidas a secuela o efecto tardío de la afección, aún cuando no se mencione explícitamente como secuela."

Es evidente que la hepatitis C de 8 años de duración es post transfusional de tiempo desconocido, podemos codificar adicionalmente la hepatitis antigua en B94.2 y la transfusión sanguínea sin informe de diagnóstico en Z51.3.

(Yolanda Marcano - Venezuela)

Ver abajo los comentarios de Ruy Laurenti para el Mortality Forum.

=====

Comentarios - Roberto Becker - OPS

De acuerdo al conjunto de los comentarios, tenemos claro lo siguiente:

1. Puede ser aceptable desde el punto de vista médico/biológico la secuencia hepatitis-->hepatoma. Sin embargo las reglas actuales de la CIE no lo aceptan y tenemos que codificar la causa básica en C22.9

2. A pesar de no haber mención (en el caso) de "crónica", el código B18.2 parece ser el más adecuado para la hepatitis C de larga duración.

Como códigos adicionales han sido mencionados:

- Y64.0/Y62.1 - En este caso, claramente lo más adecuado es Y64.0, pues lo que ocurre es la contaminación de la sangre (a partir del donante), y no una falla de esterilización durante el procedimiento de aplicación de la transfusión.

- T80.2 - A pesar de ser el código correspondiente (para naturaleza de la lesión) al Y64.0 (causa externa), es de notarse que el índice manda directamente a un código de hepatitis cuando se trata de "transfusional", no mencionando códigos del capítulo XIX. Además, si usamos el código Y64.0 el T80.2 no añade absolutamente nada al caso.

- Z51.3 - La información adicional que nos da es de que se trató de una "infusión o transfusión" de SANGRE. A pesar de que el código Z51.3 se refiere más al procedimiento que al problema, estoy de acuerdo con su uso por la información adicional de tratarse de sangre.

Finalmente, me parecen muy interesantes los comentarios de Gleb Denisov, de Estonia y, en especial lo que menciona Luis Manuel, de México, en relación con lo que podrá esperarse en el ajuste de las secuencias aceptables en la CIE, es decir, de enfermedades que pueden producir cáncer.

=====

Respuestas circuladas en el Mortality Forum:

[Codificación sugerida:]

Causa básica Causas Múltiples

Canadá	C22.9	C22.9/B17.2/Y64.0
Estonia	C22.9	C22.9[C22.0]/B18.2/Y62.1
England	C22.9	C22.9/B18.2/Y64.0
São Paulo	C22.9	.. B18.2 ..
Slovenia	C22.9	

[Comentarios:]

Slovenia /Jozica Selb/:

El grupo de doctores de Slovenia cree que desde la perspectiva de prevención primaria sería más apropiado codificar la causa básica en B18.2, pero siguiendo las reglas tiene que ser el cáncer de hígado.

Canadá /Patricia Wood/:UC:

Aplico la Regla 2 para seleccionar C22.9 como causa básica dado que las tablas de decisión del ACME no aceptan una relación causal entre cáncer de hígado y hepatitis C tampoco, por supuesto, entre cáncer de hígado y transfusión de sangre. Yo puedo ciertamente ver sentido en usar una duración de 8 años para especificar hepatitis C como crónica, pero es eso efectivamente una convención de la CIE?

Centro Brasileiro de Clasificación/Ruy Laurenti/:

La secuencia de a) para c) es clínicamente aceptable. Sin embargo, de acuerdo con el volumen 2, apartado 4.2.2 "(b) un tumor maligno..." (altamente improbable), el cáncer de hígado es seleccionado como causa básica (C22.9). En la CIE-10 hay 2 códigos para la hepatitis C: B17.1 - aguda y B18.2 - crónica. En el caso, 8 años es indicador de "crónica" y el CBCD codifica en B18.2.

Suecia/Lars Age Johansson/:

Gracias por las recomendaciones - nuestro problema con la hepatitis fue exactamente lo que Patricia menciona: una hepatitis con duración de ocho años no es probablemente aguda, por ende B17.1 no parece apropiado. Por otro lado, no encontramos en la CIE cómo codificar hepatitis de larga duración, pero no descrita como "crónica". Posiblemente alguna instrucción adicional sería necesaria.

Inglaterra/Lin Shane/:

Hepatitis C la codifico como crónica por la duración de 8 años.

Estonia /Gleb Denisov/:

Pienso que esa es una hepatitis viral tipo C crónica, código B18.2 El código para cáncer de hígado (si no especificado) es C22.9. Sobre la secuencia... Como biólogo estoy seguro que el virus de la hepatitis B (que está también siempre presente en casos de hepatitis C y D) es responsable por la transformación maligna del hígado aquí, PERO, bajo las reglas de la CIE debemos dar prioridad al cáncer. Notablemente la CIE-10 hace una exclusión para VIH (Vol. 2, 4.2.2), que también puede malignizar. De una manera muy injusta ese privilegio no se garantiza al HBV - virus de la hepatitis B. Entonces, yo codifico en C22.9, con mención de B18.2 como causa contribuyente. Sin embargo, desde el punto de vista biológico el código debe ser B18.2->C22.0 dado que el HBV afecta a los hepatocitos, generando algunas veces carcinoma hepatocelular. La transfusión parece ser la vía de infección de hepatitis B y C, así que podemos clasificar como falla de esterilización durante transfusión - Y62.1, código que es inclusive candidato a causa básica. La próxima cuestión debe ser sobre la razón de la transfusión. Bueno, cáncer de hígado es más que suficiente para codificar la causa básica.

=====

Consulta C061/03/01

(de Brasil)

En un estacionamiento cubierto de un centro comercial, si ocurre algún evento de tipo atropellamiento no se considera accidente de tránsito, cierto? Y un estacionamiento abierto no será que es una vía pública? Por qué que la Clasificación solo considera tránsito en vía pública? Si ocurre algún

accidente, por ejemplo dentro de una finca o hacienda, con un vehículo de esos camiones improvisados o adaptados no debería ser considerado tránsito, independiente de la vía donde ocurrió? (caminos, senderos, carreteritas, en el campo, etc.).

Nota: el tipo de vehículo mencionado tiene varias denominaciones populares, conforme el país.

En la pregunta original la referencia ha sido a un "Pau-de-arara". Algunas otras denominaciones usadas en América Latina: Pollero, Chiva, Bus escalera, Escalera, Camión, Camioneta, Guajolotero, Tap-tap.

=====

R061/03/01 (6/abr/2001)

Desde mi punto de vista se requeriría modificar el concepto de vía pública de la Clasificación para aceptar la idea. Pero me parece que un estacionamiento, sea abierto o cerrado no es vía pública. Es más bien sitio público, si está en un centro comercial o similar. Si la persona fue atropellada en ese lugar quedaría como no de tránsito.

Lo de las fincas o haciendas es menos claro: la única forma de definirlos como vía pública sería si esos camioncitos hicieran un recorrido periódico para dejar y retirar personas y cosas en el lugar. Si es así, quizá serían vías públicas, porque me parece que el concepto de accidente no de tránsito y específicamente en un predio agrícola, pecuario o forestal se refiere más bien a vehículos que no son del tipo descrito, sino que son especialmente diseñados para el trabajo del campo.

Lo que sí ocurre es que, al menos en Chile, es rarísimo encontrar un registro completo de la causa externa que permita diferenciar si el accidente fue o no de tránsito en la vía pública.

(Danuta Rajs - Chile)

Comparto plenamente la inquietud, preguntas similares la hemos hecho en otras ocasiones, y ahora me corresponde a mi dar una respuesta. Decisiones de la Clasificación....! Buenas? Regulares? Malas? Vale la pena que se discuta!

(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

Creo que debe ser considerado como accidente de tránsito independientemente de la vía en que ocurra (calzada, calle, avenida, autopista, carretera, terraplén) mientras sea un lugar abierto al público, destinado a la circulación de personas, vehículos y animales.

(Miguel Angel/CECUCE - Cuba)

Los elementos básicos de los accidentes de tránsito son: a) el vehículo y b) que ocurren en la vía pública. La CIE define vía pública como la distancia entre las líneas de propiedad en el terreno y que está abierta al público. Un estacionamiento y sus calles internas es una propiedad privada abierta al público, pero esta acepción no está prevista por la CIE. Por lo tanto de acuerdo con los procedimientos señalados por Clasificación no se trata de un accidente de tránsito.

(Luis Manuel/CEMECE - México)

Según las definiciones indicadas en el Vol. 1 (Lista Tabular) de la CIE-10, pág. 962, se establece que "accidente de tránsito es cualquier accidente de vehículo que ocurre en la vía pública (que se origina en, termina en, o afecta parcialmente a un vehículo en la vía pública). Se supone que un accidente de vehículo ha ocurrido en la vía pública a menos que se especifique otro lugar, excepto en el caso de accidentes que se refieren solamente a vehículos de motor diseñados para ser usados fuera de la vía pública, los que son clasificados como accidentes no de tránsito, a menos que se establezca lo contrario"

Es importante que consideremos este párrafo, pág.962:

Vía pública, calle o carretera: "...con el propósito de ser utilizada para movilizar personas o bienes de un lugar a otro. Una calzada es la parte de la calle pública destinada, mejorada y usada en forma habitual para el tránsito de vehículos".

El estacionamiento tiene que considerarse una vía pública ya que el mismo está destinado para el tránsito de vehículos, por lo tanto, el caso que nos ocupa es

un accidente de tránsito, con atropellamiento a peatón V09.2. Estamos considerando peatón, debido a que no ocupaba ni conducía ningún vehículo (aparte 3 pág. 967, Vol. 1 CIE-10)
El aparte d) en la pág. 962 Vol. 1 CIE-10 indica que el accidente no de tránsito es cualquier accidente de vehículo que ocurre enteramente en otro lugar que no sea la vía pública.
(Yolanda Marcano - Venezuela)

La diferencia entre accidente en vía pública y no en vía pública destinase particularmente a la prevención. Se trata, en el caso, de un accidente de transporte, pero, no de tránsito. Ver definiciones en el Volumen 1, bajo "Accidentes de transporte" (V00-V99).
(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

=====

Nota de tradução para o Brasil: Calçada em espanhol não é a mesma coisa que calçada em português:

Calçada: pista onde andam os veículos.

Calçada: parte da via pública destinada a pedestres.

=====

Comentarios: Roberto Becker - OPS

Como se nota, a pesar de que la CIE incluye definiciones (claras?) sobre los aspectos referentes a accidentes de transporte, no siempre las mismas son suficientes para solucionar todas las situaciones. Un ejemplo típico de algunas definiciones dudosas es de que no se considera los tranvías (bondes, em português) como vehículos de motor, como si aún fuesen tirados por burros o caballos... Tampoco son considerados vehículos "sobre rieles" (trilhos), como los trenes (de superficie o subterráneos), pues estos tienen caminos propios, aislados, mientras tranvías circulan, por lo general junto con el tráfico en las calles. De todas formas las definiciones ayudan a mejorar la comparabilidad.

En relación con las cuestiones específicas planteadas aquí, creo que la respuesta de Danuta Rajs, de Chile, resume muy bien el concepto, y estoy de acuerdo:

- Estacionamiento (cerrado o abierto) no es parte de VÍA pública, por lo tanto los accidentes que ocurran en los mismos no son "de tránsito".

- El transporte de pasajeros, de forma periódica, regular o frecuente caracteriza tránsito, en la medida que transforman las vías utilizadas en vías públicas, aún cuando no son "formalmente" consideradas como tal. Por lo tanto, si el vehículo es del tipo mencionado arriba, el tipo de uso es lo que caracteriza más un accidente como de tránsito, por el uso regular de un camino para el transporte de personas o bienes. Además, tal como dicen las definiciones del Volumen 1, un accidente que envuelve un vehículo de motor (propio para uso en el tránsito) es "de tránsito", a menos que se especifique lo contrario.

=====

Consulta C062/04/01

(de Montevideo, Uruguay)

Tenemos una duda para la selección de la causa básica de muerte de un paciente portador de melanoma maligno hace 20 años, recidivado hace un año y que presenta neoplasia de lengua de 2 años y medio de evolución. Presenta también mielitis rádica con hemiparesia izquierda (no metástasis encefálicas).

Ingresa al Sanatorio con diagnóstico de:

1. Accidente vascular encefálico isquémico
2. Probable Infarto de tronco

=====

R062/04/01 (9/may/2001)

El caso relata una historia pero no se dispone de una estructura de certificado de defunción para que un CODIFICADOR seleccione la causa básica, no obstante, me atrevo a comentar lo siguiente:

Es poco probable que el melanoma haya metastizado a lengua, más bien parece estar presente un nuevo tumor maligno (neoplasia en Cuba es sinónimo de tumor maligno). Codificaría así:

Melanoma maligno C43.9
Neoplasia de lengua C02.9
Hemiparesia izquierda G81.9
Mielitis radica G99.2*
AVE isquemico I67.8
Probable Infarto de tronco I63.9
Como causa básica I63.9

Lamentablemente, no creo que el codificador pueda ir mas allá, solo al médico corresponde establecer la cadena de sucesos y determinar la posible relación entre todos los diagnósticos. Si el Infarto hubiese estado en una secuencia en parte I debido al Melanoma, hubiese aceptado este como causa básica, independientemente que no haya metástasis cerebrales, es una afección circulatoria terminal (Vol.. 2 página 86)
(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

Según la información anotada, el melanoma es de hace 20 años, el cual se ha recidivado hace un año, por lo que nosotros codificaramos en C43.9 "Melanoma en sitio no especificado", esto con la información con que se cuenta.
(Olga Martha - Costa Rica)

Se trata de un caso con varios diagnósticos, inclusive una complicación de tratamiento (mielitis radica). Para seleccionar la causa básica es necesario:
1- saber la historia clínica y como ocurrió la muerte, ó 2- ver el certificado de defunción. Según la historia, al parecer, el melanoma maligno es la causa básica, asumiendo que, en la lengua, es metástasis.
(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Como podemos aplicar la regla de selección de la causa básica de la muerte en este caso? Cual fue la certificación del médico en el Certificado de Defunción?
(Yolanda - Venezuela)

La causa básica a mi entender sera C97.
Una neoplasia de lengua hace 2 años y medio y la recidiva del melanoma hace 1, me induce pensar que la secuencia de acontecimientos estara aquí .
(Sara Cerdeira - Galicia-España)

Investigaramos el tipo de Neoplasia en lengua hace 2 años. Seleccionaramos el Melanoma maligno como causa básica de defunción.
(Ligia Moya - Costa Rica)

Lo primero que habra que hacer es conformar cómo quedara la sección dedicada a las causas de defunción del certificado, teniendo en cuenta la información que se brinda, podra quedar de la siguiente manera:

I a) Probable infarto de tronco (I63.5)
b) Accidente vascular encefálico isquémico (I67.8)
II Mielitis radica (G04.9)
Melanoma maligno 1 año (C43.9)
Neoplasia de lengua 2 años y medio (D37.0)

Asumiendo el accidente vascular encefálico como el proceso agudo que lleva al ingreso en este paciente y que al parecer le causa la muerte, los antecedentes de mielitis y de tumores iran a Parte II, ya que aunque contribuyeron a la muerte, no estuvieron relacionados con la enfermedad que la produjo, más cuando se aclara que no existieron metástasis encefálicas. El término neoplasia no especifica el comportamiento del tumor, aunque en muchas ocasiones se utiliza para referirse a tumores malignos.

El ndice nos guía a codificar el AVE isquémico a I67.8 la cual es una subcategoría residual de una categoría también residual, sin embargo el AVE no especificado como hemorrágico o isquémico se le asigna una categoría (I64). La causa básica a seleccionar en este caso sera el infarto de tronco encefálico que es más específico que lo mencionado en b) e ignoro el "probable" que se menciona.

(Miguel ngel/CECUCE - Cuba)

Esta es la opinión del CEMECE:

Faltan datos sobre la forma en que el médico llenó el certificado de defunción, por ejemplo: el orden de las causas y los tiempos. Se pregunta sobre cuál sería la causa básica, pero se informan diagnósticos de ingreso, que no se sabe si forman parte de la cadena de acontecimientos patológicos, por lo que no es posible dar una opinión sobre cual sería la causa básica.

Estas son algunas opiniones a las que se presta este tipo de casos:

La pregunta pareciera estar planteada desde el punto de vista del médico que va a elaborar el certificado, puesto que no se presenta en el formato internacional. Por tanto puede estar sujeto a varias interpretaciones. Una de ellas es la siguiente:

- I a) Accidente vascular encefálico isquémico (I67.8)
- b) Probable infarto del tronco (tallo cerebral) (I63.9)

II Mielitis radica (G04.9) con hemiparesia izquierda (G81.9)

Por principio General I63.8. No se aplican otras reglas o notas.

Las otras enfermedades neoplásicas descritas no parecen ser motivo de la atención del episodio actual, ni parecen haber contribuido a la muerte, motivo por el cual no es necesario anotarlas en el certificado si el médico así lo considera:

O bien, si se sospecha que las otras enfermedades pudieran haber contribuido, el certificado se llenaría así:

- I a) Accidente vascular encefálico isquémico I67.8
- b) Probable infarto del tronco (tallo cerebral) I63.9
- c) Mielitis radica (G04.9) con hemiparesia izquierda (G81.9)
- II Recidiva de melanoma maligno año (C43.9)
- Neoplasia de lengua 2 y medio años (D37.0)

Por Regla 1 la causa básica es G04.9. No se aplican otras reglas o notas.

Finalmente, otra posibilidad es que el melanoma maligno podría ser registrado en I d) y ésta sería la causa básica (ver nota J de tumores).

(Luis Manuel/CEMECE - México)

=====

Comentarios: Roberto Becker - OPS

De hecho, la consulta parece ser tanto desde el punto de vista médico como de codificación. Como se nota en las respuestas, hay opiniones distintas, lo que parece deberse a la información incompleta. El proceso de selección de la causa básica y de la codificación depende mucho de cómo el médico ha llenado el certificado de defunción, lo que implica que tiene una opinión más o menos clara sobre la secuencia, la causa inicial y las afecciones que podrían haber contribuido sin ser parte de la cadena.

Ese caso muestra una vez más lo importante que es discutirse con los médicos sobre el correcto llenado del certificado de defunción. De todas formas, la información disponible en la consulta parece ser insuficiente para proporcionar un llenado adecuado de un certificado de defunción.

=====

Consulta C063/04/01

(de México)

Tuvimos un problema con la aplicación de la Regla 3 en el siguiente caso.

- I a) Bronconeumonía
- II Infección de vías urinarias

Uno de nuestro codificadores defiende que puede aplicar la regla 3 y seleccionar la infección de vías urinarias como causa básica, en tanto que el otro no considera que sea una consecuencia obvia y selecciona por principio general la bronconeumonía.

Este tipo de problemas es común en las Infecciones respiratorias debido a la importancia de estos casos en nuestro país, por lo que los sometemos a confronta entre codificadores de distintas instituciones antes de integrar la estadística definitiva. Ello ha despertado nuestro interés para revisar el uso y abuso de la regla 3 (no sólo en estas causas).

Opino que no debe aplicarse la regla 3 porque considero que la bronconeumonía no es obviamente una consecuencia directa de la infección urinaria, aunque desde luego esta última es una enfermedad transmisible pero no trivial.

¿Nos podrían dar su punto de vista?

=====

R063/04/01 (11/may/2001)

Si estuviese informado el tiempo de evolución de cada enfermedad no habría problemas, aunque también es importante conocer la edad del fallecido, un anciano con una bronconeumonía puede complicarse con una infección urinaria por mecanismos de la misma atención medica y otras causas pero también en el curso de la infección urinaria puede surgir como complicación la bronconeumonía, por tanto como no hay elementos suficientes, respeto el criterio medico y codifico la bronconeumonía.

(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

Independientemente de los signos y síntomas locales de las infecciones urinarias, también pueden evolucionar con manifestaciones sistémicas como la sepsis (especialmente bacterias gramnegativas), en cuyo caso es más que probable que se produzca una colonización pulmonar con neumonía o bronconeumonía. Sin duda el hospitalismo, la inmunodepresión, las edades extremas, la diabetes, el alcoholismo, etc. son factores que facilitan este proceso.

Dicho esto, opino que una vez establecido el diagnóstico de bronconeumonía sí puede considerarse como una consecuencia directa (complicación) de infección urinaria y se puede aplicar la regla 3 (ver último párrafo de la página 38 del vol.2).

(Jesús Carrillo - España)

Consideramos que lo más acertado sería investigar más el caso, pero partiendo de que esa es la única información con la que se dispone, creemos que tanto la regla 3 como el principio general podrían aplicarse, por lo que la causa básica de muerte sería la infección de vías urinarias. Es importante rescatar lo que se anota con respecto al uso y abuso de la regla 3, pero nos parece que en este caso, si bien es cierto la bronconeumonía puede producir la muerte, en este caso de infecciones es muy común (al menos en Costa Rica) que los y las pacientes adquieran la bronco.

(Olga Martha - Costa Rica)

De acuerdo a las instrucciones sobre neumonía y bronconeumonía en la página 38 del Manual de Instrucciones (Volumen 2): la neumonía y bronconeumonía pueden ser aceptadas como complicaciones de "cualquier enfermedad...", lo cual considero suficiente para aplicar sin ningún temor la Regla 3, cosa que en la CIE-9 no podíamos hacer. La CIE-10 nos ofrece ahora más seguridad en la aplicación de esta Regla, por cuanto contamos con la "Consecuencia directa presumida de otra afección" donde se dan instrucciones explícitas para cada uno de los casos.

(Yolanda - Venezuela)

El problema planteado en esta consulta es común a muchos de nuestros países. En Chile hemos tenido por largo tiempo un verdadero exceso de defunciones por bronconeumonía, que al ser revisado en los últimos años ha llevado a una reducción muy significativa de las defunciones por esas causas, sólo como producto de los reparos a los certificados, lo que no deja de ser problemático, en la medida en que es difícil interpretar la magnitud del efecto descrito. A pesar de que teóricamente sería posible que se estuviera abusando de la Regla 3, me parece que el primer abuso se produce en el registro, es decir, cuando el médico registra bronconeumonía y omite la secuencia de causas antecedentes.

Esto involucra desde muertes por tumores malignos hasta muertes por traumatismos, en las que con toda soltura registran "bronconeumonía", porque fue el cuadro terminal. La vieja disculpa de que no se les ha enseñado a certificar, me parece también inaceptable, porque esa situación no es absoluta y porque cada profesional debe hacer lo mejor posible lo que corresponde a su profesión, de modo que si no sabe, debe informarse y estudiar el tema. Sin embargo, en este caso específico, la escasez de la información consignada, aparte de que no figura la edad, hace difícil presumir una relación de

secuencia directa entre ambas causas, por lo que yo codificaría bronconeumonía. J18.0.

(Danuta Rajs - Chile)

Considero que la Infección Urinaria no es consecuencia directa de la otra afección (Bronconeumonía), por lo que no se puede aplicar la Regla 3, sería pues seleccionada como causa básica la Bronconeumonía si no existe ninguna información más.

(Sara Cerdeira - Galicia-España)

Seleccionamos la infección de vías urinarias ya que consideramos que la bronconeumonía es un estado terminal.

(Ligia Moya - Costa Rica)

Comparto la opinión del codificador que plantea que la Bronconeumonía no es obviamente una consecuencia directa de la infección urinaria, por lo tanto en este caso no aplicaría la regla 3, aunque el otro que la aplica no estaría actuando incorrectamente atendiendo a lo que se menciona en la nota debajo de donde se enuncia la regla 3 (vol. 2 pág. 38)

(Miguel Ángel/CECUCE - Cuba)

La cuestión de usarse la R3 en casos en los que la bronconeumonía es la causa básica viene siendo muy discutida, pues la CIE-10 amplió mucho la probabilidad en esos casos. El "Mortality Forum" ya tiene una propuesta concreta y en Octubre del 2001 (Reunión de Directores de Centros en Washington) tendremos la decisión.

En el caso, yo aplicaría la R3.

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

=====

Comentarios: Roberto Becker/OPS

Comparto la opinión de la mayoría de las respuestas sobre ese caso. Si la infección urinaria fuese mencionada en la parte I, lógicamente sería diferente. De haber sido puesta en la parte II da a entender que no es parte de la cadena, tampoco es "consecuencia obvia". No aplicaría la regla 3.

Al parecer, la dificultad de la "nueva versión" de la R3 en la CIE-10 se refiere a la forma de redacción. "Obviamente una consecuencia directa" no es tan obvia en todos los casos ni para todas las interpretaciones. También lleva a interpretaciones diferentes la mención de algunas de las consecuencias directas "puede suponerse/puede ser aceptada" y otras "debe ser considerada". Aguardemos lo que se pueda definir más claramente en la reunión de octubre.

=====

Consulta C064/04/01

(de México)

Ese es un problema que encontramos en un certificado de muerte materna:

- I a) Choque hipovolémico
- b) Ruptura hepática
- c) Eclampsia

No hay en el índice una indentación para Ruptura hepática no traumática, como es el caso observado, por lo que el código S36.1 podría ser equivocadamente asignado por el codificador y por Regla 1 seleccionar S36.1, y su equivalente en causa externa, si no conociera que la ruptura hepática es una complicación de la eclampsia.

Desde luego que tratándose de una muerte de mujer embarazada debe codificarse como muerte materna, pero la CIE-10 no tiene prevista esta situación. En tanto estamos proponiendo el código O26.6, aunque no es muy específico, pero no encontramos otro.

¿Nos podrían dar su opinión al respecto?

=====

R64/04/01 (11/may/2001)

- I a) Choque hipovolémicoR57.1
- b) Ruptura hepáticaK76.8
- c) EclampsiaO15.9

Independientemente de la limitación que establezca la CIE, la causa básica sería O15.9, ya con ello dejo establecida la condición de muerte materna, y no estoy obligada a continuar utilizando códigos del Capitulo XV que quizás complican más la situación. Antes de rechazar una secuencia planteada por el medico el codificador debe asesorarse para tener certeza de que es improbable, de lo contrario, debe asumirla como correcta.
(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

Nos parece que el código propuesto O26.6 es correcto, aún cuando no sea tan específico es el que mejor corresponde.
(Olga Martha - Costa Rica)

Me parece apropiado el código O26.6 para la ruptura hepática como complicación de la eclampsia. Como causa básica de defunción seleccionada sería O15.9
(Sara Cerdeira - Galicia-España)

Coincido en asignar el código O26.6 para la ruptura hepática debida a eclampsia. Aunque es una subcategoría que agrupa todas las afecciones del hígado durante el embarazo, el parto y el puerperio, no hay un código para esta entidad más específico fuera del capítulo XV (pudiera hacerlo ya que tengo identificada la muerte materna con el código de la eclampsia) y el código S36.1 pudiera confundir en vez de aclarar.
(Miguel Ángel/CECUCE - Cuba)

Caso muy interesante! Ruptura hepática es una "naturaleza de lesión", consecuente a una "causa externa". Excepcionalmente ocurre por causas naturales, en casos de gran hepatomegalia (Ex: Leishmaniose visceral). En el caso específico, mejor que adivinar, preferiría investigar el caso con el médico/hospital sobre lo que realmente ocurrió.
(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

=====
Comentarios: Roberto Becker/OPS

Primero la causa básica, se codifica en O15.9, como eclampsia en período no especificado.
En ese caso, la ruptura hepática (en codificación múltiple) podría ser lo que se menciona, O26.6. Lo que propone Ana Consuelo me parece muy inespecífico, sin hacer relación con el embarazo. También, por lo raro de la situación, una completa investigación, como lo menciona Ruy Laurenti, sería muy importante.

=====
Consulta C065/04/01

(de Venezuela)
Como es lógico, siempre codificamos el diagnóstico definido (A00-Q99), antes que los términos no definidos (R00-R99), cuando vamos a codificar las causas múltiples de muerte. Por tanto, creemos que en un certificado de defunción que se entremezclen términos definidos y relacionados con otros no definidos, la prioridad se le da a aquellas causas múltiples clasificables en A00-Q99, siendo que los de R00-R99 no se hace necesaria su codificación

Ejemplo:
Ia) convulsiones febriles
b) infección urinaria N39.0
c) carcinoma del riñón C64

¿Qué opinan?

=====
R065/04/01 (11/may/2001)

Ia) convulsiones febrilesR56.0
Realmente no comprendo exactamente la pregunta, si es que no hay espacio disponible en la base para todos los códigos, una decisión puede ser esa, dejar fuera los mal definidos, que por demás, cambian de una revisión a otra.
(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

En la codificación múltiple, considero que sí son necesarios los códigos mal definidos, pues reflejan la calidad de certificación, permitiendo análisis y actuaciones encaminadas a mejorarla.
(Jesús Carrillo - España)

Compartimos el criterio externado, antes de codificar en R, si existe otra información que nos ayude a clasificar la causa de muerte mejor, se debe hacer, por lo tanto los códigos anotados serían los mismos que utilizaríamos.
(Olga Martha - Costa Rica)

Pienso que en caso de codificación múltiple es importante la codificación de todos los literales existentes en el Boletín incluidos los "Mal Definidos" (R00-R99).
Ia) convulsiones febriles R56.0
(Sara Cerdeira - Galicia-España)

Si tomamos en cuenta que estamos codificando múltiple sí debemos codificar los síntomas: R56.0
(Ligia Moya - Costa Rica)

En la CIE-10 no hay ninguna indicación para omitir la asignación de códigos de la letra R en cualquier lugar donde se presente. Nuestra opinión es que para la selección de la causa básica de muerte, el primer paso es asignar el código a todas las causas reportadas en el certificado (inclusive los síntomas y signos R00-R98), recordemos que para lograr una mejor codificación es importante tomar en consideración toda la información reportada en el certificado, muchas veces estos términos contribuyen a que logremos un código más específico mediante las reglas de modificación, estos términos pueden fungir como modificadores de otro término descrito de forma general, asociarse a otros términos para dar más especificidad, etc. Ejemplo:

Masculino de 63 años

I a) Gangrena 1 mes R02
b) Arteriosclerosis 10 años I70.9

Procedimiento: Seleccionamos por el principio general la arteriosclerosis I70.9, la causa antecedente originaria seleccionada puede ser modificada mediante regla de modificación "C" I70.9 con R02 = I70.2.

Otro aspecto a considerar es que esta información es también valiosa cuando se trata de evaluar la calidad del registro o de la certificación.
(Luis Manuel/CEMECE - México)

Según lo que he leído sobre causas múltiples, el debate entre las causas bien definidas y las mal definidas (R00-R99), está en la finalidad del análisis que se desea realizar. Para determinar patrones de mortalidad por causas, las afecciones mal definidas tienen poco valor, mientras que en estudios en los que se persigue un mejor conocimiento de la historia natural de las enfermedades y de las complicaciones, sintomatología, signos y formas de morir a partir de ciertas enfermedades, este grupo posee mayor valor. Todo esto resulta de diferentes intereses entre el administrador de salud y el médico de asistencia. En mi opinión el certificado de defunción no sería la fuente ideal para llevar a cabo estudios con la segunda finalidad, ya que como principio de su llenado establece la no inclusión de síntomas, signos ni maneras de morir. De todas formas si existe espacio suficiente en la estructura de la base de datos automatizada se pueden introducir estos códigos para poder realizar dichos estudios aunque con la limitación planteada.
(Miguel Ángel/CECUCE - Cuba)

Estoy de acuerdo en codificar las causa mal definidas en codificación de causas múltiples. Particularmente, en el ejemplo, en el que "convulsiones febriles" fue la causa terminal. En historia de casos (basados en el Cert. Def.) saberse cómo murió es importante. Por otro lado, en causas múltiples, es importante saber el número de diagnósticos (total y promedio por caso). Y en esos casos interesa contar las mal definidas

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

=====
Comentarios: Roberto Becker/OPS

Concuerdo con lo que la mayoría plantea, de que en codificación múltiple debemos incluir todo lo que sea "codificable" y creo que las respuestas están muy bien explicadas, particularmente las de Luis Manuel, Miguel Ángel y Ruy Laurenti.

=====
APROBACIÓN DE LA CIF (22/may/2001)

Estimados amigos.

Les transcribo abajo la versión en español del mensaje recibido del Dr. Üstün, responsable en la OMS por el área de Clasificaciones en Salud (CIE, CIF y toda la Familia de Clasificaciones de la OMS). El Forum-CIE se encuentra abierto a todas las discusiones referentes a ese importante miembro de la Familia de Clasificaciones en Salud.

**** "Estimados Amigos de la CIDDM-2 (mejor, CIF)**

Después de muchos años de trabajo, se ha cumplido un importante paso en la adopción de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de las Discapacidades y de la Salud. La Asamblea Mundial de la Salud aprobó ayer por unanimidad la resolución sobre la clasificación (ver abajo). Dieciséis países se han manifestado y hecho comentarios muy positivos. Asimismo, en nombre de organizaciones no gubernamentales, WCPT hizo una contribución positiva. Básicamente la resolución del Comité Ejecutivo ha sido ratificada con un único cambio: El nuevo acrónimo deberá ser CIF en español, portugués y francés (ICF en inglés), y no CIDDM-2 (ICIDH-2). La CIF habrá de ser una gran compañera de la CIE dentro de la Familia de Clasificaciones de la OMS!

La CIF integra los aspectos sociales y ambientales de la discapacidad y de la salud, basada en el funcionamiento humano, con un modelo universal, integrador e interactivo. Esperamos que ese haya sido un paso adelante en el establecimiento de una herramienta culturalmente aplicable y operacional, cubriendo todo el transcurso de la vida.

Quisiera aprovechar esa oportunidad para agradecer a ustedes y sus dedicados equipos de CIDDM-2, quienes han hecho con que eso fuera posible. Sin el apoyo y el aporte de ustedes eso no se hubiera logrado. Nuestro trabajo con la CIDDM y la Familia de Clasificaciones de la OMS ciertamente continuará como una 'familia'.

Con la expectativa de nuestra futura colaboración. Con los mejores deseos.

Dr. T. Bedirhan Üstün." **

Texto de la Resolución de la AMS

La Quincuagesimacuarta Asamblea Mundial de la Salud,

(1) APRUEBA la segunda edición de la 'Clasificación Internacional del Funcionamiento, de las Discapacidades y de la Salud' (CIF).

(2) INSTA a los Estados Miembros a utilizar la CIF en sus investigaciones, vigilancia y notificación, conforme sea apropiado, considerando las situaciones específicas en los Estados Miembros y, en particular, con vistas a las potenciales futuras revisiones;

(3) SOLICITA a la Directora General que ayude a los Estados Miembros, bajo solicitud, a hacer uso de la CIF.

=====
Consulta C66/04/01

(de México)

Nuestra consulta es ahora sobre códigos a incluir en accidentes de tráfico de vehículo de motor.

Debido a que la CIE-10 no contiene una agrupación para accidentes de tráfico de vehículo de motor, tal como ocurría en la CIE-9, y por la importancia que este grupo de causas representa en la mortalidad, así como para evaluar su tendencia, hemos efectuado una agrupación con los códigos siguientes.

Quisiéramos conocer la opinión de los integrantes del Forum-CIE respecto a esta

agrupación, y en caso de que se maneje, si existe alguna diferencia o recomendación al respecto.

Accidentes de tráfico de vehículos de motor:

...

=====

R66/04/01 (22/ago/01)

Estimados amigos

Hemos recibido comentarios y recomendaciones de los siguientes participantes del Forum-CIE:

Ana Consuelo y Miguel Ángel (Cuba), Jesús Carrillo (España), Yolanda Pérez Marcano (Venezuela), Olga Martha (Costa Rica) y Ruy Laurenti (Brasil).

Además, la Consulta ha circulado en el Foro de discusiones sobre causas externas y lesiones, coordinado por el NCHS/CDC de los Estados Unidos, de donde hemos recibido comentarios de Lois Fingerhut, Coordinador del ICE on Injury Statistics (International Collaborative Effort on Injury Statistics) y de André L'Hours, Del Equipo de Clasificación (Classification, Assessment, Surveys and Terminology), de la OMS, Ginebra.

Analizando las contribuciones recibidas, la gran mayoría coincide con la lista usada por la OMS para consolidar los Accidentes de Tránsito de Vehículos de Motor (ATVM) en la CIE-10, la cual ha sido enviada por André. La única discrepancia real está relacionada con la inclusión o no del código V89.9 en los ATVM.

Tanto México lo ha excluido, como el mismo no está presente en la lista de la OMS. La mayoría de los comentarios recibidos, sin embargo, fue en el sentido de incluirlo.

En mi opinión, sí, se debe incluir V89.9, pues lo más probable es que se trate de ATVM. Lo importante es que se mantenga el esfuerzo para mejorar la calidad de la información sobre causas externas de muerte. En algunos países, además, existe una importante proporción de muertes codificadas en V99, el código menos específico de todos. En ese caso no creo recomendable incluirlo.

El problema básico para elaborar una lista de equivalencia se refiere a los códigos que no especifican si el accidente fue o no de tránsito. La lógica es considerar de tránsito cuando el tipo de vehículo se destina básicamente al tránsito, como por ejemplo, carros, autobuses, motocicletas y camiones.

Otro punto mencionado en algunos de los comentarios es que si al final se va a considerar un accidente como de tránsito, porqué ya no codificarlo como tal, y no en ".9", como por ejemplo codificar directamente en V04.1 y no V04.9 cuando no hay la especificación si fue de tránsito o no. Por lo menos por dos razones se debe mantener la codificación en el .9:

1) la asunción de que sea de tránsito se hace en el momento de analizar los datos y no de codificar. En ese caso, deberíamos redistribuir los .9 de acuerdo a las proporciones conocidas de las subcategorías de la misma categoría, que pueden ser diferentes en diferentes situaciones (local y tiempo). Si codificamos de una vez como de tránsito no podremos hacer ninguna redistribución. En la práctica, usando la lista de equivalencia 9x10 para ATVM, estaremos considerando todos los V04.9 (y casos semejantes) como ATVM, lo que será lo más correcto para la gran mayoría de los casos. Es decir, la decisión de consolidar un grupo de códigos como ATVM ya es parte del proceso de análisis.

2) la proporción de .9 en la codificación nos da una medida de la calidad de la información. Si no usamos los .9 se pierde esa información.

Finalmente, llegamos a la lista siguiente, recomendada y a ser adoptada por la OPS, siendo que la única diferencia con relación a lo que usa la OMS se refiere al código V89.9.

Lista de Equivalencia CIE-9/10 para Accidentes de tránsito de vehículo de motor (ATVM)

CIE-9: E810-E819

CIE-10:

V02-V04 (cuartos caracteres .1-.9)

V09.2, V09.3

V12-V14 (cuartos caracteres .3-.9)
V19.4-V19.6
V20-V28 (cuartos caracteres .3-.9)
V29-V79 (cuartos caracteres .4-.9)
V80.3-V80.5
V81.1
V82.1
V83-V86 (cuartos caracteres .0-.3)
V87.0-V87.8
V89.2, V89.9

=====
Hemos recibido la siguiente observación de Miguel Ángel, de Cuba:
"Revisando la lista de equivalencia CIE-9/10 para ATVM recomendada por OPS y comparándola con mis respuestas enviadas al Forum encontré algunas diferencias, pero hay una que me llama la atención. Me refiero a la subcategoría V86.4, la cual en la lista no aparece como ATVM y que yo la había dado como segura dentro de este grupo debido a que en el Vol.1 en español incluye "Persona lesionada en accidente de tránsito..." a diferencia de las subcategorías V83.4, V84.4 y V85.4 donde no se especifica que fue en accidente de tránsito y que coincido en no incluirlas."

Comentarios - Roberto Becker/OPS

De hecho, la descripción de la subcategoría V86.4, en la versión en español, menciona "... en accidente de tránsito..."
Sin embargo, al revisar las versiones en Inglés, Portugués y Francés, nos hemos dado cuenta que se trata de un error específico de la versión en español. En los otros tres idiomas no aparece mención a "tránsito" en la descripción de V86.4, lo que es coherente con las descripciones de las otras subcategorías mencionadas en la observación.
Por tanto, sigue válida la lista enviada anteriormente. Lo que se solicita es que ustedes hagan la debida corrección en sus libros y otros materiales.
Creo que al consolidar la lista de equivalencias trabajé básicamente con las versiones en portugués e inglés, razón por la cual no me he dado cuenta del error.
Gracias, Miguel Ángel.

=====
Consulta C67/05/01

(de Venezuela)

Puede ser la demencia causa básica de muerte? Que otros trastornos mentales pueden ser causa básica de muerte? En que circunstancias?

=====
R67/05/01 (22/jun/2001)

Todos los años tenemos defunciones donde la causa básica es Demencia, en algunas de sus formas, básicamente en personas de edad muy avanzada, y entre las complicaciones más frecuentes que se informan está la Neumonía hipostática. Para precisar cuales otros trastornos mentales pueden o no ser causa básica, habría que hacer una revisión detallada de todo el capítulo, pero a priori puedo decir, que el Vol. 2, pag 63 establece incluso asociaciones con el F10.- y algunas de estas quedan en el propio F10.- solo que modificando el 4to carácter. Por otra parte, en la pag 67, primera columna, entre los códigos que no se deben utilizar como causa básica no aparece ninguno de este Capítulo. En la segunda columna se plantean algunas restricciones en el uso del F01-F09 (discutible el F01, pues en la pag 65, en la asociación del I70 con F03, manda codificar F01.-) y en el uso del F70-F79, pero en ninguno de los dos casos se prohíbe su utilización. De este último grupo, también tenemos defunciones todos los años, pues no siempre se llega a informar o conocer la causa básica. En un caso circulado en el FORUM (C35) Venezuela misma planteaba codificar el trastorno mental como causa básica en un suicidio, con lo que personalmente no estoy de acuerdo.
(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

Pienso que una demencia puede ser causa básica de defunción ¿por que no?. Quizás la pregunta va orientada a que dependerá de la secuencia, de la edad y del tipo de demencia cumplimentada.
Con respecto a ¿que otros trastornos mentales puedan ser causa básica de muerte?, se me ocurre que una esquizofrenia o una depresión endógena por ejemplo, pueden serlo perfectamente (además de otras). Creo que son entidades patológicas con peso suficiente como para causar una muerte.
(Sara Cerdeira - Galicia-España)

Los códigos F00 (Demencia en la enfermedad de Alzheimer) y F02 (Demencia en otras enfermedades clasificadas en otra parte) no pueden ser utilizados como causa básica por ser códigos de asterisco. Los códigos F01 (Demencia vascular) y F03 (Demencia no especificada) sí pueden ser seleccionados como causa básica, aun cuando en las notas del volumen 2 se dice que no se deben utilizar si la afección orgánica básica está mencionada en el certificado, lo que no siempre ocurre. Además, cuando la aterosclerosis cerebral (I67.2) o la aterosclerosis generalizada y la no especificada (I70.9) son mencionadas como la causa antecedente originaria de la demencia, se indica que se codifique a la demencia vascular.

Los trastornos mentales y del comportamiento (Cap.V) son afecciones para uso fundamentalmente en la morbilidad, sin embargo, no hay restricción absoluta para su uso como causa básica de muerte, excepto para los códigos de asterisco y la indicación de que no se deben utilizar como causa básica si la afección orgánica que los origina está mencionada en el certificado para los grupos F01-F09 y F70-F79, además, muchos de los códigos de este capítulo se encuentran incluidos en el Catálogo de afecciones triviales (CEMECE), a los cuales se les podría aplicar la regla de modificación "B". Las circunstancias más comunes en la que los trastornos mentales pudieran ser causa básica son aquellos en los que la afección conlleva a un encamamiento, sobre todo en pacientes de edad avanzada, provocando fundamentalmente neumonías hipostáticas. La circunstancia de un trastorno mental ocasionando accidentes (V01-X59), está restringida por el "altamente improbable" y creo que también debiera aplicarse a las lesiones autoinfligidas intencionalmente (X60-X84).
(Miguel Ángel/CECUCE - Cuba)

La demencia y otros trastornos mentales sí pueden ser causa básica de muerte. Ni el altamente improbable ni alguna nota de la clasificación la restringe; lo mismo ocurre con los demás trastornos mentales.

Las circunstancias pueden ser:

- * Que se presente como causa única
- * Que se presente como Causa Antecedente Originaria de otras.
- * Que no aparezca como causa de una lesión (causa externa).

La CIE-10 solamente condiciona el uso de algunas categorías del capítulo V (enfermedades mentales y del comportamiento), por ejemplo, sí la demencia es la causa seleccionada y se informa junto con otras, da la instrucción para dar preferencia a otro código que puede pertenecer al mismo capítulo o a otro; o bien, para decir que las categorías de este capítulo no se pueden utilizar si se conoce la afección orgánica básica.

(Luis Manuel con equipo del CEMECE - México)

Ciertos trastornos mentales y del comportamiento, no deberían ser considerados Causa Básica de Muerte, pero ocurre que, no siempre se puede determinar la Afección Orgánica Básica, llámese esta Enfermedad, Lesión o Trauma del Cerebro. Estas situaciones obligan al Codificador a seleccionar la patología mental (tal es el caso de la Demencia y el Retraso Mental).

(Lidia Turina y Maria Lopez de Neira/Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades[CNCE] - Argentina)

La Demencia Senil si puede ser causa básica de muerte si no se encuentra una afección orgánica básica.
En el volumen 2, páginas 51-52 se encuentran las referencias de las afecciones mentales que pueden ser causa básica de muerte, y en los casos de las afecciones que aparecen en el volumen 2 se usan sin ninguna contradicción. En

la página 67 volumen 2, se encuentra el resumen de los códigos que no se utilizan en al causa de muerte.

(Ligia Moya - Costa Rica)

Comentarios - Roberto Becker/OPS

De una manera general estoy de acuerdo con todas las respuestas arriba, las cuales son complementarias, no hay incongruencias. Naturalmente que siempre se supone que hemos agotado todas las posibilidades de aclaraciones adicionales con los médicos y en las historias clínicas. También yo tengo mucha dificultad en aceptar algunas situaciones como causa básica de muerte. He visto por ejemplo certificados de defunción con "Oligofrenia leve" (F70) como única información...

Al fin y al cabo tenemos que seguir las reglas y notas, las cuales han sido muy bien comentadas arriba.

=====
Consulta C68/05/01

(de Cuba)

Donde codificarían la eutanasia los países que la adopten?

=====

R68/05/01 (3/jul/2001)

Según el diccionario se define como: muerte natural suave, indolora sin agonía. [] Muerte criminal provocada sin sufrimientos por medio de agentes adecuados. Dentro de los códigos de que dispone la CIE no creo que ninguno de respuesta, por lo que pienso debe crearse una categoría propia a fin de identificar esta circunstancia, por demás, sumamente importante. También puede pensarse, cual sería la causa básica a codificar? La enfermedad, la causa externa si fuese el caso, o la circunstancia de la eutanasia? Creo debe ser la causa que llevo a la decisión de practicar la eutanasia, y esta como un código adicional.

(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

Si existe codificación múltiple, es interesante. Como nunca sería causa básica de defunción, se podría utilizar el grupo Z "Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud", podría ser Z51.8.

(Sara Cerdeira - Galicia-España)

La eutanasia en su acepción de muerte provocada sin sufrimientos por medio de agentes adecuados, no tiene código en la CIE-10, en ella hay una acción externa que provoca la muerte, pero no creo que deba incluirse en el capítulo XX, ya que no se adecua a ninguno de sus agrupamientos ni a las reglas y notas propias de este capítulo. Pudiera ubicarse en el capítulo XXI, adecuándose a lo que plantea el inciso (a) de la nota debajo del título (vol. 1 pág. 1065). El código Z41.8 (Otros procedimientos para otros propósitos que no sean los de mejorar el estado de salud) pudiera incluir a este procedimiento, pero debido a su importancia desde el punto de vista médico y ético no debe incluirse en una subcategoría residual, por lo que se debería habilitar una subcategoría propia o una categoría específica dentro de este capítulo. Considero que ella como tal no debe ser utilizada como causa básica de muerte sino que debiera codificarse la afección por la cual fue realizada y ella destacarse en un código adicional para poder identificarla ya que actuaría como un agente reductor de la supervivencia de los pacientes con la patología de base.

(Miguel Ángel/CECUCE - Cuba)

Estas son dos propuestas para codificar la eutanasia en los países que la adopten.

1. Podría codificarse como una causa externa (homicidio) dada la intencionalidad. Sin embargo para estos casos debería efectuarse la codificación múltiple, teniendo como código adicional la causa desencadenante (Cáncer, accidente vascular cerebral, etc.)
2. Otro punto de vista es que primero debería codificarse la causa que motivó la eutanasia, más un código adicional del capítulo XX para identificar el método o causa externa. No obstante surgen interrogantes sobre cómo clasificar

estas defunciones en vista de que el primer eje clasificatorio de dicho capítulo es la intencionalidad: Accidente, lesión autoinfligida, agresión, intención no determinada, intervención legal, operaciones de guerra, complicaciones de la atención médica y quirúrgica. Una solución sería el crear un código para la codificación de estas causas.
(Luis Manuel y equipo del CEMECE - México)

Si consideramos a la Eutanasia, un procedimiento Médico, cuya finalidad, es producir una lesión que termine con el sufrimiento de un paciente, que voluntariamente lo solicita, estaríamos indicando la presencia de una Lesión producida por una Causa Externa.

El objetivo de los Programas de Salud Pública, es rescatar la causa que da origen a circunstancia, Causa Básica de Defunción - (Ni tampoco como Causa Unica) (Tal vez como Procedimiento Médico).

Para un Análisis de Causas Múltiples de Defunción, se podría crear una Categoría (Y99)- Letalidad Asistida.

(Lidia Turina y Maria Lopez de Neira/CNCE - Argentina)

Comentarios - Roberto Becker/OPS

Creo que los comentarios arriba abarcan todos los posibles aspectos relacionados con el tema, y que el mismo deberá ser propuesto a discusión en el Mortality Reference Group.

Mi opinión personal es de que donde la práctica de la eutanasia no es aceptada, se debería codificar como muerte provocada intencionalmente (causa externa X85-Y09, donde se cuadre el "método" utilizado). A pesar de que no se puede afirmar categóricamente que la muerte ocurriría y aún menos por la enfermedad o afección presente, debería usarse como código(s) adicional(es) la causa básica que sería seleccionada si la muerte fuera natural.

Donde la práctica sea legalmente aceptable, se podría codificar como causa básica la enfermedad o afección presente, como si la muerte hubiera ocurrido de forma natural. En ese caso, un código adicional "Z" sería indicado. De los dos mencionados, prefiero el Z41.8.

En todo caso, la propuesta del CNCE, de Argentina me parece la más adecuada, crear un nuevo código Y99, solo que lo llamaría exactamente de Eutanasia, pues "letalidad asistida" me suena un tanto raro. También en ese caso debería ser usado como código adicional lo que pudiera ser la causa básica en caso de muerte natural.

Se añade el comentario de Monica Bolis, Asesora Regional en Legislación de Salud de la OPS:

Roberto, una breve nota: Comparto la opinión de quien considera la eutanasia un procedimiento médico destinado a terminar con el sufrimiento de un paciente, que lo solicitó en pleno uso de sus facultades. No creo que sea homicidio ya que ha habido consentimiento y la intencionalidad es evitar un sufrimiento mayor, más que destruir una vida. Tal vez es una cuestión de interpretación de su significado y no tanto del resultado. Saludos.

A continuación el comentario recibido de Maria Helena P Mello Jorge, Abogada Salubrista, Profesora de Estadística de la Facultad de Salud Pública de la USP, Brasil y especialista en causas externas de mortalidad, con quien hemos discutido el tema recientemente en São Paulo:

- "He estado estudiando un poco sobre eutanasia. Esas son algunas cosas sobre las que estoy segura:

Definición: etimológicamente viene de "buena muerte; muerte suave, sin dolor". Su significado se ha alterado con el tiempo, pasando a abarcar nuevas situaciones, inclusive recién nacidos con graves malformaciones congénitas, recién nacidos de extremo bajo peso y pacientes en estado vegetativo irreversible, entre otros.

Clasificación: hay varias, pero la más importante es la que clasifica según la forma de ejecución:

- Eutanasia activa: basada en actos para ayudar al paciente a morir.

- Eutanasia pasiva (o por omisión): basada en la abstención deliberada de tratamiento (desligar equipos). Es llamada ortotanasia. Desde el punto de vista jurídico, al parecer no hay duda de que se trata de homicidio, aunque en la legislación brasilera haya previsión específica de disminución de pena para quien practica el crimen por motivo de relevante valor moral o social (es como se clasifica, por ejemplo, la compasión ante lo irremediable sufrimiento de la víctima).

En Brasil, una ley de 1984 (que no llegó a aprobarse) exentaba de pena al médico que, con el consentimiento de la víctima (ascendente o descendente), anticipase la muerte de paciente en estadio terminal irreversible.

Legislación de otros países:

USA: no prevé reglas específicas para el homicidio eutanásico. (Según lo que he podido saber)

Holanda: eutanasia (activa o pasiva) es considerada lícita si perpetrada por médico.

Uruguay: puede ser concedido perdón judicial al autor de homicidio que actúa impulsado por motivos piadosos y mediante súplica de la víctima.

Italia: permite mitigación de la pena cuando el agente cuenta con la petición seria y expresiva del ofendido.

Suiza: hay necesidad del móvil piadoso del agente.

Eso puesto, pienso que la codificación de la eutanasia quedaría en una de las siguientes situaciones:

Imaginemos un paciente con SIDA en las siguientes situaciones:

1) si muere, la causa está entre B20 y B24

2) si comete suicidio, por ejemplo, por salto desde lugar elevado, la causa es X80, quedando SIDA como causa asociada, si aparece en el certificado.

3) si pide al médico que lo "ayude a morir" y el médico lo hace:

3.1) si constar en el certificado que el médico ayudó al paciente a morir, pienso que va a homicidio, aunque la terminología actual - AGRESIONES - no sea adecuada.

3.2) si nada constar, la causa estará entre B20 y B24

Nota: en la hipótesis 3, se podría pensar en instigación o auxilio al suicidio (figura jurídica que no existe en la CIE)

El problema aquí será la prueba de que la eutanasia fue cometida, dado que, difícilmente, eso va a constar en el certificado.

Hablando de estos casos, sin embargo, acaba de salir publicada la condenación de un auxiliar de enfermería que administró cianuro de potasio en la vena de varios pacientes terminales en hospital de Rio de Janeiro, por solicitud de los mismos, para abreviar su sufrimiento. El caso fue a un tribunal de jurados.

Pena: 119 años!

He dicho que estaba segura de algunas cosas, pero lo que tengo son muchas dudas!

=====

Consulta C69/05/01

(dos casos de Costa Rica)

Una paciente con un parto por cesárea la cual fallece. Las causas de muerte son:

Caso 1

Ia) Septicemia.

b) Fascitis necrotizante

c) Cesárea

Se codificará como causa básica de muerte únicamente el O86.0 o se codificará el O99.8 con M72.5.? Además, este último código no indica el modificador necrotizante, por lo que desearíamos se nos aclare el código a utilizar para la fascitis necrotizante en este y cualquier caso.

Caso 2

Paciente que fallece, es una señora de 50 años, operada hace 10 días de apendicitis aguda, con absceso de pared. Causas de muerte:

Ia) Embolia Pulmonar.

b) Fascitis Necrozante.

c) Apendicectomía hace 10 días.

Desearíamos saber si fallece de M72.5 o de la infección postoperatoria (T81.4 con Y83.6).

=====

R69/05/01 (3/jul/2001)

Caso 1:

- a) Septicemia..... A40.0
- b) Fascitis necrotizante..... M72.5
- c) Cesárea..... O86.0 - B95.0 (opcional, si no utilizo A40.0)

La fascitis necrotizante (M72.5) conocida también como gangrena estreptocócica (R02), erisipela necrosante (A46), miositis necrotizante (M60.9) o fascitis supurativa (M72.5), no obstante le corresponderían códigos diferentes en la CIE. Puede tener una etiología polimicrobiana pero el agente causal más importante es el Estreptococo grupo A. Es una infección grave, afecta la piel, el tejido celular subcutáneo y la fascia muscular, se disemina a lo largo de la aponeurosis y provoca amplias zonas necróticas que luego se abscedan, generalmente se recoge el antecedente de una operación quirúrgica, pero muchas veces no es posible localizar la puerta de entrada. No hay en la CIE un código que permita reflejar con precisión el termino que se pregunta, por lo que ya consultado con el Prof. Laurenti, hace unos meses, convenimos en codificar M72.5.

En cuanto a la causa básica sería O86.0, pues es una muerte obstétrica directa, si utilizo el O99.8 estaría frente a una muerte indirecta por definición de la categoría (ver pregunta circulada recientemente sobre estos códigos y su interpretación), la septicemia no la codifico en A41.9 porque es una de las complicaciones de la enfermedad, por lo que debo aprovechar la información disponible, de lo contrario, si utilizara A41.9 debo adicionar B95.0.
(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

Me parece mas apropiado, por mas específico, el código O86.0.

No conozco un código más adecuado para la fascitis necrotizante, y estoy de acuerdo en que es un código incompleto.

(Sara Cerdeira - Galicia-España)

- Ia) Septicemia A41.9
- b) Fascitis necrotizante M72.5
- c) Cesárea O82.9

El código al que nos lleva el índice al buscar la fascitis necrotizante es el M72.5 (fascitis especificada NCOP). Me parece más correcto seleccionar como causa básica el O86.0 (Herida quirúrgica de cesárea infectada, consecutiva al parto) ya que daría mayor especificidad y además porque corresponde a un código de una muerte materna directa.

(Miguel Ángel/CECUCE - Cuba)

- I (a) Septicemia A41.9
- (b) Fascitis necrotizante M72.5
- (c) Cesárea O75.9

Se dieron dos posibles soluciones a este problema en el CEMECE:

En el primero se recomendó codificar la cesárea con O75.9 (complicación no especificada del trabajo de parto y del parto), esto con base en la nota 4.2.6 "operaciones" y en vista de que este código no puede usarse como causa básica de defunción, ver también nota de la página 61, vol. 2, CIE-10, versión en español.

Procedimiento para la selección de la causa básica de defunción: Por Principio General selecciono O75.9 (complicación no especificada del trabajo del parto y del parto), el altamente improbable no restringe. Luego mediante la regla D (especificidad), lo codifico en O99.8 (otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo parto y el puerperio), esta categoría incluye combinación de afecciones clasificadas en O99.0-O99.7 y afecciones en C00-D48, H00-H95, M00-M99, N00-N99 y Q00-Q99. Situación en la que se podría aceptar como código adicional opcional M72.5 y como código principal de la C. B. O99.8.

- I (a) Septicemia A41.9
- (b) Fascitis necrotizante O86.0, M72.5

(c) Cesárea 082.9

En el segundo, por principio General la causa antecedente originaria es 082.9. Sin embargo, de acuerdo con la misma nota del volumen 2, debido a que se hace mención de otra causa de muerte materna (la fascitis necrotizante debida a la cesárea), una complicación infecciosa de la herida quirúrgica de la cesárea (086.0) ésta se selecciona como causa básica. El código M72.5 puede utilizarse en la codificación múltiple para la fascitis necrotizante, ya que no existe en la CIE-10 el modificador necrotizante.

(Luis Manuel y equipo del CEMECE - México)

- I a) Septicemia
- b) Fascitis Necrotizante
- c) Cesárea (Causa Básica 086.0)

En codificación de Causas Múltiples, se sugiere 099.8, M72.5, A41.9 (Lidia Turina y María Lopez de Neira/CNCE - Argentina)

=====

Comentarios - Roberto Becker/OPS

Hay consenso para la selección de la causa básica: 086.0

La fascitis necrotizante se codifica en M72.5, conforme lo han mencionado varios de ustedes.

De acuerdo a lo que se ha comentado en ocasiones anteriores, siempre que sea posible, es recomendable la codificación múltiple. En ese caso, además de la C.B. 086.0, se pueden usar: A40.0 (aceptando los comentarios sobre etiología de Ana Consuelo) y M72.5.

En la utilización de códigos adicionales deben buscarse los que abarquen más información. De esa forma, la utilización de A41.9 + B95.0 resulta en A40.0, que ofrece ambas informaciones.

Dado que ya tenemos una causa básica con código "0", no hace falta el código 099.8 que, además, se refiere a causas obstétricas indirectas, lo que no es el caso.

Caso 2:

- a) Embolia pulmonar..... I26.9
- b) Fascitis necrozante..... M72.5
- c) Apendicectomía hace 10 días..... K37
- Código adicional..... B95.0
- " ".....Y83.6

El T81.4 propuesto puede utilizarse, pero dice Infección consecutiva a procedimiento, no clasificada en otra parte, si realmente puedo usar un código más específico, aun cuando no aparezca explícitamente entre las exclusiones al inicio del grupo, debo preferirlo. La causa básica sería K37.

(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

Causa básica de defunción: apendicitis aguda K35.9, fascitis necrotizante M72.5 como causa intermedia (a pesar de lo poco específico del código); causa inmediata embolia pulmonar I26.9.

(Sara Cerdeira - Galicia-España)

- Ia) Embolia pulmonar I26.9
- b) Fascitis necrozante M72.5
- c) Apendicectomía hace 10 días

En este caso siguiendo la definición de causa básica de defunción deberíamos seleccionar la afección que llevó a la apendicectomía, a partir de la cual se inició la cadena de acontecimientos que condujeron directamente a la muerte. Con la información que ofrece el certificado codificaría el K38.9 ya que según el vol. 2 pág. 72 en el acápite referido a operaciones nos dice que se codifique en la categoría residual para el órgano o el lugar indicado por el nombre de la operación. Teniendo en cuenta la información adicional que se brinda donde se plantea que la apendicectomía fue llevada a cabo por una apendicitis aguda con absceso de la pared seleccionaría como causa básica K35.1 (Miguel Ángel/CECUCE - Cuba)

I (a) Embolia Pulmonar. I26.9
b Fascitis Necrozante. M72.5
c Apendicectomía hace 10 días. K37
Por principio general la causa básica es K37
(Luis Manuel y Equipo del CEMECE - México)

I a) Embolia pulmonar
b) Fascitis Necrozante
c) Apendicectomía hace 10 días (Causa Básica K35.1)
En codificación de Causas Múltiples, se sugiere M72.5, I26.9, T81.4.
(Lidia Turina y María Lopez de Neira/CNCE - Argentina)

Comentarios - Roberto Becker/OPS

En ese caso estoy totalmente de acuerdo con Miguel Ángel.
Por las razones mencionadas en los comentarios, la causa básica es Apendicitis.
Es importante utilizar toda la información disponible, no solo la que aparece
en las partes I y II del certificado. Hay información clara de que la
apendicitis fue aguda y que había absceso de pared. Por lo tanto, el código
apropiado es el K35.1. Como códigos adicionales se pueden usar: M72.5 y I26.9.
No usaría el B95.0, pues si acepto la etiología de la fascitis necrotizante ya
lo tengo implícito. Tampoco usaría T81.4 o Y83.6, dado que el absceso existía
antes de la cirugía, no habiendo información de complicación de la misma ni de
que la infección ocurrió postprocedimiento.

=====
Consulta C70/05/01

Ana Consuelo, del CECUCE/Cuba, propone la ampliación de los términos que
aparecen bajo "Ictus" en el Índice (Vol. 3) en español. Qué opinan ustedes?
"El término Ictus, en el Índice en español aparece solo con la especificación
de solar, solis T67.0, es una copia de la versión en Inglés, y que responde a
la forma menos usual, sin embargo, en portugués, aparecen otras acepciones
similares a como se utiliza en Cuba, por ejemplo:

Ictus (ver también Doença cerebrovascular, aguda) I64
- apoplético - ver Apoplexia
- cardíaco - ver Doença, coração
- cerebral - ver Ictus encefálico
- devido ao calor T67.0
- encefálico (ver también Enfermedad, cerebrovascular, aguda) I64

.....
- solar, solaris T67.0

Me parece que debe hacerse la corrección a la versión en español, incluyendo
estos y quizás todos los demás términos que aparecen en la versión en
portugués. Por que no se averigua por el Forum-CIE la interpretación más
frecuente de la palabra Ictus en nuestra área ?"

=====
R70/05/01
(12/jul/01)

Me parece buena idea la corrección en el índice de "Ictus", añadiéndole los
términos de la versión portuguesa.
Para nosotros "Ictus", es sinónimo de accidente vascular cerebral.
(Sara Cerdeira - Galicia-España)

Coincido con lo que plantea Ana Consuelo, el término ictus significa ataque
súbito, y debieran incluirse en el índice en español todas las indentaciones
que aparecen en la versión en portugués. En Cuba se utiliza con mucha
frecuencia el término ictus para referirse a la enfermedad cerebrovascular
aguda.
(Miguel Ángel/CECUC - Cuba)

Ictus se usa también como sinónimo de ataque o accidente vascular cerebral y
cardíaco, por lo que procede la recomendación.
(Luis Manuel y Equipo del CEMECE - México)

Comentarios - Roberto Becker/OPS:

Es correcto lo que plantea Ana Consuelo.
El significado de la palabra ictus (directamente del latín: ictus) significa golpe, o ataque súbito y violento. La Real Academia Española menciona inclusive ictus apoplético, epiléptico y traumático.
El Dorland's Medical Dictionary ofrece:
Ictus epilepticus, paralyticus, sanguinis y solis.
Sin embargo en la versión en inglés solo aparece solis, tal como en español. En francés aparecen dos términos:

- Ictus
- amnésique (transitoire) G45.4
- hémorragique (voir aussi Hémorragie, intracrânienne) I62.9

En los índices de la Novena Revisión la situación era igual a la de la Décima. Creo que podríamos también incluir lo que aparece en la versión en francés. A menos que alguno de ustedes justifique lo contrario, en la próxima impresión del Vol. 3 en español haremos las siguientes inclusiones bajo Ictus:

- Ictus (ver también Enfermedad, cerebrovascular) I64
- amnésico (transitorio) G45.4
- apoplético - ver Apoplejía
- cardíaco - ver Enfermedad, corazón
- cerebral (ver también Enfermedad, cerebrovascular) I64
- corazón - ver Enfermedad, corazón
- debido al calor T67.0
- encefálico (ver también Enfermedad, cerebrovascular) I64
- epiléptico - ver Epilepsia
- hemorrágico (ver también Hemorragia, intracraneal) I62.9
- paralítico (ver también Doença, cerebrovascular, aguda) I64
- solar, solis T67.0

=====
(12/jul/2001)

Me parece que cuando nos estamos refiriendo a Ictus, debe decir ver también Enfermedad..... AGUDA

Saludos
Ana Consuelo

=====
Comentarios - Roberto Becker/OPS:

La referencia cruzada sin "aguda" me pareció más amplia, especialmente porque si hay más alguna información disponible podemos buscar más alternativas. También porque Accidente cerebrovascular no especificado se codifica en I64, con o sin mención de "agudo". Sin embargo, el término ictus implica la condición de súbito (agudo). Por eso, si ustedes están de acuerdo con que debe aparecer en la referencia el término modificador "aguda", lo pondremos.

Qué dicen?

Nota: los comentarios recibidos han sido tanto de incluir como no el término "aguda". Como el mismo está implícito, al final resulta igual.

=====
Consulta C71/05/01

(de Cuba)

Si la insuficiencia circulatoria va al I99 - Capitulo Sistema circulatorio, por qué cuando se aclara que es periférica, va al capítulo de Mal definidas (R57.9)?

En nuestro caso, cuando aparece en un certificado de defunción, está referido a arterial, en más del 99% de los casos, por lo que me parece mas adecuado codificar en I73.9.

=====
R71/05/01) (7/ago/01)

El índice lleva al código I73.9 en los casos de la insuficiencia arterial periférica y de la insuficiencia vascular periférica, mientras que la insuficiencia circulatoria periférica la lleva al R57.9. En nuestro país los médicos comúnmente utilizan estos tres términos indistintamente para referirse a la enfermedad vascular periférica, mientras que para referirse al choque usualmente certifican shock o choque. Atendiendo a que según la literatura

médica "el shock se debe a una insuficiencia aguda y progresiva de la microcirculación periférica en todo el organismo que entraña un déficit en la perfusión hística con anoxia consecutiva", tanto el índice como la lista tabular debieran incluir estos aspectos relacionados con la fisiopatología del shock, es decir, los modificadores aguda, progresiva, generalizada para que no quede lugar a dudas.

(Miguel Ángel/CECUCE - Cuba)

Insuficiencia Circulatoria Periférica - La Insuficiencia Circulatoria es una Enfermedad de las Arterias, que compromete todo el Sistema Circulatorio (I99) - Capítulo IX Enfermedades del Sistema Circulatorio.-

La Insuficiencia Circulatoria Periférica, es un síntoma que está indicando, un mal funcionamiento de la Circulación arterial, a nivel periférico. De allí que esté en el Capítulo XVIII, y no puede estar en el I73, porque esta categoría menciona Enfermedades Vasculares Periféricas.

(Lidia Turina y María Lopez de Neira/CNCE - Argentina)

=====

Comentarios - Roberto Becker/OPS, en conjunto con Ruy Laurenti/CBCD - Brasil: Tiene toda la razón Ana Consuelo, quién ha enviado la consulta.

En los cuatro idiomas con los que trabajamos, hemos encontrado:

Español:

Insuficiencia

- circulación, circulatoria NCOP I99
- - periférica R57.9
- vascular I99
- - periférica I73.9

Português:

Insuficiência

- circulatória NCOP I99
- - periférica R57.9
- vascular I99
- - periférica I73.9-

Français:

Insuffisance

- circulatoire NCA I99
- - périphérique R57.9
- vasculaire I99
- - périphérique I73.9

English:

Insufficiency

- circulatory NEC I99
- vascular I99
- - peripheral I73.9

El índice en inglés no tiene una entrada para "peripheral", bajo

"insufficiency. De hecho, en inglés el término más usado no es "insufficiency", sino "failure":

Failure, failed

- circulation, circulatory (peripheral) R57.9

El índice en inglés también no tiene una entrada para "vascular", bajo "failure".

Como se nota, español, portugués y francés mantienen coherencia. En inglés no hace sentido que "failure circulatory" se codifique en R57.9, mencionado o no que se trata de periférica. Además, si se busca por "insufficiency" solo existe la opción I99.

No es correcto que la "insuficiencia circulatoria periférica" se codifique como "mal definida".

Obsérvese que la "insuficiencia vascular periférica" se codifica en I73.9, por lo que no existe razón para codificar en R57.9 si se cambia el término "circulatoria" por "vascular", que en el caso es lo mismo.

Conclusión: Hay que corregir los índices en todos los idiomas.

Esa cuestión se está enviando para el Mortality Forum y para el Mortality Reference Group.

=====
Consulta C72/05/01

(de Venezuela)

¿Todas las cesáreas pueden considerarse partos complicados?

=====

R72/05/01 (12/jul/01)

Una definición de parto espontaneo o fisiológico: Expulsión espontanea, por las VIAS NATURALES, del feto a termino. = Parto eutócico.

La CIE-10 en el Vol. 3, el Parto normal manda codificar en O80.- y no reconoce otra posibilidad, pues se asume que la practica de una cesárea, que es un acto quirúrgico, entraña un riesgo y se practica cuando es necesario y el parto no puede realizarse de forma normal, no obstante creo que la pregunta lleva implícito aquellas circunstancias, que pueden ser más o menos frecuentes en algunos países, de realizar cesárea para complacer a la madre que no desea parir, y sin que exista alguna posibilidad de que el parto sea distócico. Aun así, creo que debe considerarse como parto complicado por las razones ya expuestas.

(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

Aunque en la clasificación se nombra "Parto por cesárea", en la operación cesárea no hay un parto como tal, entendiéndose éste como la "expulsión o extracción manual o instrumental del feto y sus anejos en una época del embarazo en que el feto es capaz de vivir fuera del claustro materno", refiriéndose a la vía transpelviana. En concordancia con esto, el grupo O60-075 (Complicaciones del trabajo de parto y del parto) no incluye la realización de una cesárea. Por lo tanto, contestando la pregunta de la consulta, creo que la cesárea no puede considerarse un parto complicado, en todo caso, a partir de ella puede surgir alguna complicación como en cualquier otra intervención quirúrgica. También cabe decir que en muchas ocasiones la cesárea se realiza por alguna anormalidad (tanto del feto como de la madre) que está complicando o que podría complicar el parto transpelviano.

(Miguel Ángel/CECUCE - Cuba)

En efecto, todas las cesáreas se realizan o deben realizar porque hay una complicación del embarazo o parto. En realidad es el procedimiento mediante el cual se resuelve la complicación.

(Luis Manuel y equipo del CEMECE - México)

Si. Esta operación se realiza ante indicaciones absolutas (Desproporción FetoMaterna, Placenta Previa Oclusiva, Inminencia de Rotura Uterina), y Relativas (Cesárea Previa, Electiva, o urgencia). Siempre responde a Causas Maternas, Fetales, Materno Fetales o Ovulares, como complicación del Embarazo o Parto.

(Lidia Turina y Maria Lopez de Neira/CNCE - Argentina)

=====

Comentarios - Roberto Becker/OPS:

Entiendo que hay varios aspectos a considerar en esa cuestión.

Según los obstetras se podría considerar que en alrededor de unos 9-10% de los partos existen indicaciones obstétricas para una cesárea. Puede considerarse, entonces, que siempre que haya una indicación obstétrica para una cesárea se trata de un parto complicado. Eso incluye las cesáreas hechas antes de que efectivamente aparezca la complicación del parto, es decir, antes mismo del inicio del trabajo de parto. Por ejemplo, cuando existe una desproporción fetopelviana o una presentación transversa.

Sin embargo, cuando vemos que en muchos lugares las proporciones de cesáreas sobrepasan hasta los 50% de los nacimientos, no podemos aceptar que más de mitad de los partos son complicados. Además de lo que menciona Ana Consuelo, la razón más frecuente para una cesárea sin indicación obstétrica es la de esterilizar a la madre, especialmente por ligadura de trompas. También ocurre que malos profesionales elijan más a las cesáreas para facturar procedimientos más caros. Otros porque pueden marcar las horas más cómodas para realizarlas (hay estudios que muestran claramente que la mayoría de las cesáreas ocurre en determinados horarios).

De esa forma, mi respuesta directa a la pregunta es no, no se puede considerar toda la cesárea como un parto complicado. Es necesario saber la razón por la cual se realizó la cesárea.

Asimismo, en mi opinión, el término parto incluye el nacimiento ocurrido por cesárea.

En cuanto a la codificación:

1. La CIE-10 ofrece la categoría O82 para partos únicos por cesárea, y cualquiera que sea la razón de la cesárea, incluso sin razón, hay como codificar. También en las Subcategorías O84.2 y O84.8 se pueden codificar los casos de partos múltiples. Claro está que estos códigos son en realidad referentes a procedimientos, y debemos seguir lo que menciona la nota en la página 714 del Vol. 1.
2. Si existe cualquier complicación que indique la cesárea, esa complicación deberá ser codificada, usándose los códigos antes mencionados como adicionales.
3. Si no existe ninguna complicación previa, pero existe complicación trans o postquirúrgica, esta complicación deberá ser codificada (hay varias posibilidades dentro del Capítulo XV), usándose los códigos antes mencionados como adicionales.
4. Si no existe complicación anterior ni trans ni postquirúrgica, basta el código del tipo de procedimiento, es decir donde se cuadre el caso, en O82 ó O84.
5. Estas consideraciones son válidas tanto para morbilidad como para mortalidad, desde que si fuera un caso de defunción, ni O82 ni O84 pueden ser la causa básica.

=====

Consulta C73/05/01

(de México)

Seguimos con algunos problemas con la Diabetes Mellitus.

Algunos de nuestro codificadores asignan el cuarto carácter .5 ó .6 a la diabetes Mellitus cuando se reporta en líneas arriba hipertensión arterial, infarto del miocardio, arteriosclerosis o insuficiencia cardíaca. Se aduce que la diabetes evoluciona con complicaciones cardiovasculares, pero éstas enfermedades no se especifican como complicaciones de la diabetes ni en el índice ni en la lista tabular. Aunque esto no afecta la selección de la Diabetes Mellitus, si modifica la estadística en lo correspondiente a especificidad de las causas.

Cual es la opinión de ustedes al respecto?.

=====

R/73/05/01 (19/jul/01)

Este problema con los cuartos dígitos de la Diabetes Mellitus lo tenemos desde la CIE-9, pues parece que la intención es identificar aquellas entidades que son complicaciones o manifestaciones "típicas" de la enfermedad, pero no reconoce como tales estas otras enfermedades. Algunos piensan, que la aparición de las mismas es "acelerada" por la Diabetes, pero no son exactamente complicaciones en el sentido que lo recoge la CIE.

No obstante, ha sido de interés para nosotros no dejar como causa básica "Diabetes sin mención de complicación" y también estamos utilizando el .6 para asociar con otras enfermedades, de hecho, recientemente en un trabajo conjunto con los colegas del DANE de Colombia, llegamos al siguiente acuerdo:

- Utilizar la subcategoría .6 para cualquier complicación o manifestación no especificada en los restantes cuartos caracteres (Ej. Infecciones, enfermedades del aparato circulatorio, excepto las contenidas en el .5, etc.).

- Utilizar la subcategoría .7 cuando están presentes 2 o más subcategorías comprendidas entre el .2 y el .5

- Siempre que se mencione una complicación clasificable en las subcategorías .0 y .1, serán prioritarias respecto a las restantes y en el mismo orden que se mencionan

(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

Respecto al cuarto Carácter .6

Lo consideramos complicación cuando el médico así lo indique.

Por ejemplo: Dermatitis (ver página 143 volumen 3, Dermatitis, diabética).

(Ligia Moya - Costa Rica)

Debido también a dudas de los codificadores del país en cuanto a la asignación de los cuartos dígitos en la Diabetes Mellitus, el CECUCE determinó circular, entre otras, las siguientes consideraciones para uniformar la codificación en cuanto a esta entidad:

1. Utilizar la subcategoría .6 para cualquier complicación o manifestación no especificada en los restantes cuartos caracteres (Ej.: infecciones, enfermedades del aparato circulatorio, excepto las contenidas en el .5, etc.)
2. Utilizar la subcategoría .7 cuando estén presentes dos o más subcategorías comprendidas entre el .2 y el .5

Por lo tanto, la hipertensión arterial, el infarto del miocardio, la arteriosclerosis y la insuficiencia cardiaca irían al .6

(Miguel Ángel/CECUCE - Cuba)

En el cuarto carácter .6, del E10-E14, (con otras complicaciones especificadas) se codifican la Insuficiencia Cardíaca, Hipertensión, Infarto, y otras Cardiovasculares.

En el cuarto carácter .5 (con Complicaciones Circulatorias Periféricas), la Arteriosclerosis.

También se utiliza este cuarto carácter .6, para indicar Infecciones. Las complicaciones de mayor frecuencia de la Diabetes, son las mencionadas en la Clasificación.

(Lidia Turina y Maria Lopez de Neira/CNCE - Argentina)

Sobre el uso del cuarto carácter para el grupo E10-E14 (Diabetes Mellitus), me parece muy interesantes estos comentarios y hay algo que deseo comentarles, que desde la novena revisión aplico el cuarto carácter .2 a todas aquellas muertes que además de la Diabetes Mellitus como causa básica aparezca indicada una complicación renal que se mencione simultáneamente, tal es el caso de las afecciones clasificadas en N00-N07, N10-N15, N18-N19, considerando que hay relación entre la Diabetes Mellitus y esas afecciones, porque el N08* indicado allí en la pág. 262 del Volumen 2 es una referencia para usarlo como código adicional, porque faltaría indicar cuales son aquellas afecciones renales que podemos tomar para ubicarle el cuarto carácter .2 al grupo E10-E14.

(Yolanda Pérez Marcano - Venezuela)

Comentarios - Roberto Becker/OPS

Creo que todas las respuestas se complementan bastante bien y aclaran la cuestión. Particularmente lo que utiliza Cuba (muy bien planteado por Ana Consuelo y complementado por Miguel Ángel) me parece resolver el problema. Estoy totalmente de acuerdo.

=====
Consulta C74/05/01

(de Venezuela)

Se tiene entendido que teóricamente el hábito de fumar cigarrillos conlleva a un cáncer de pulmón o a una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis, enfisema), por esto, confrontamos discrepancias con la mayoría de los especialistas, porque no aceptan la exclusión de los tumores malignos de los bronquios y del pulmón en C34.-, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores en J40-J47 y las enfermedades isquémicas crónicas del corazón en I20-I25, cuando son causados por los Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del tabaco (F17.-).

¿qué opinan?

=====

R74/05/01 (13/jul/01)

Es cierto que a muchos médicos les cuesta trabajo aceptar esta disposición de la CIE, pero yo también me hago las siguientes preguntas, para comprender el porque de esta orientación.

Todas las personas que padecen y mueren por alguna de estas enfermedades son fumadores?

Todos los fumadores padecen y mueren de alguna de estas enfermedades? Evidentemente no. Si está demostrado por múltiples estudios una fuerte asociación entre estos eventos, pero si tomamos este camino entonces cabria reflexionar en el siguiente sentido: cada ida son más las explicaciones que se le están dando a algunas enfermedades en su base genética, entonces, al final, terminaríamos por asignar la causa de muerte a 'TRASTORNOS GENETICOS DE TAL O CUAL TIPO? o por ejemplo el caso del hepatocarcinoma insertado en la cirrosis a partir de una hepatitis viral aguda B, donde la CIE tampoco ha aceptado la secuencia. Quizás en un futuro esto sea así, pero parece que por el momento debemos conformarnos con codificar como un diagnostico asociado el "habito de fumar" y continuar los estudios investigando sobre estas y otras muchas situaciones donde existen "múltiples factores de riesgo" que se asocian a un buen numero de enfermedades por ejemplo el sedentarismo.

A propósito de esta pregunta y pensando en factores de riesgo, resulta también discutido entre médicos si la Obesidad puede aceptarse como causa de cardiopatías isquémicas, hipertensión y otras afecciones, me gustaría conocer otras opiniones.

(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

Esta situación ya ha sido planteada en otras ocasiones al Forum. En tanto que no se efectúe la modificación en el altamente improbable con aquellas patologías en las que se demuestra plenamente la asociación causal, deben seguirse codificando como lo plantea la CIE.

(Luis Manuel y equipo del CEMECE - México)

Opino que la disposición de la CIE respecto a estos casos es correcta debido a que es más importante tener identificadas las defunciones producidas por estas enfermedades relevantes para posteriormente actuar sobre los múltiples factores de riesgo que pueden influir en su aparición entre los que está el hábito de fumar. Por otra parte la categoría F17 no incluye a todos los fumadores, ya que no todo el que fuma se puede catalogar como que tiene trastornos mentales y del comportamiento.

(Miguel Ángel/CECUCE - Cuba)

=====

Comentarios - Roberto Becker/OPS:

Estoy de acuerdo con los comentarios arriba.

Hay varias cosas importantes que considerar:

1. Uno de los principales ejes de la CIE es el etiológico, el que está fuertemente presente en el concepto de causa básica. Pero etiología y factores de riesgo son cosas distintas. Muy especialmente si existen múltiples factores de riesgo no me parece correcto que se elija solo uno como la causa básica. Eso vale tanto para el caso del tabaco como para la obesidad, mencionada por Ana Consuelo, y hay muchos otros casos en los cuales son conocidos los elementos cancerígenos, manteniéndose la codificación como neoplasia y no como efectos tóxicos de la sustancia correspondiente. Sabemos que exceso de sal en la dieta causa hipertensión, pero nunca se nos ocurrió buscar un código de "exceso de sal" en vez de codificar la hipertensión.

En mi opinión está correcto codificarse en neoplasia (o las otras afecciones mencionadas) y no en tabaquismo.

2. Las categorías F10-F19, donde se incluye la F17, se refieren a Trastornos MENTALES y del COMPORTAMIENTO y no físicos. Mismo si fuera correcto codificar el tabaquismo como causa básica de cáncer del pulmón, no sería F17 la categoría apropiada, dado que no es el trastorno mental que es cancerígeno.

3. A pesar de que obviamente no es una lista completa, factores de riesgo se codifican en el Capítulo XXI (Factores que influyen en el estado de salud y...). Hay algunos códigos "Z" relacionados al tabaquismo, pero sabemos todos que los códigos de este Capítulo no se usan como causa básica. Igualmente hay algunos códigos de efectos tóxicos del tabaco en el Capítulo XIX (Consecuencias de causas externas), como por ejemplo T65.2, pero tampoco se usan los códigos del Capítulo XIX como causa básica. Para seleccionarse el tabaquismo como causa básica tendría que ser un código de causa EXTERNA, pero en mi opinión tampoco

eso es adecuado, a menos que se trate de una intoxicación aguda, lo que no es el caso del tabaquismo.

4. Lo que yo recomendaría es buscar un código adecuado para que se pueda tener la información, en codificación múltiple, del uso de tabaco. Ese código podría ser el Z72.0 o el T65.2. Y98 es muy inespecífico.

=====

Forum-CIE/CR75/08/01 (7/ago/01)

Estimados amigos

Les transcribo una consulta recibida de la USAID, con la respuesta enviada.

=====

1. Cuando la OMS (fundada en 1949?) ha clasificado formalmente alcoholismo como una enfermedad?

2. Cuando fue la primera vez que el alcoholismo se introdujo en la CIE como una entidad?

Respuesta:

En comienzos de 1946 Brasil y China habían propuesto la creación de la Organización Mundial de la Salud y durante la Conferencia Internacional de Salud, realizada el mismo año en la ciudad de New York se creó una Comisión Provisional. En 1948 la OMS se estableció formalmente.

Definir (o clasificar) o no una "condición" como enfermedad o trastorno no es exactamente el objetivo de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) o de la OMS. Algunas veces eso depende de la interpretación personal. Por otro lado, el hecho de que una condición esté presente en la CIE (con uno o más códigos) no significa que es una enfermedad o un trastorno. Ocurre esto, por ejemplo, con el parto, incluido el parto completamente normal, presente en la CIE, principalmente para la tabulación de egresos hospitalarios. Obsérvese el nombre completo de la CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión.

Sin embargo, en mi opinión, específicamente el alcoholismo (como definido en el Dorland Medical Dictionary - * ver abajo) siempre se consideró una enfermedad en la CIE. Como la Asamblea Mundial de la Salud aprobó todas las revisiones de la CIE preparadas hasta el presente, eso implica que la OMS acepta y adopta todos los conceptos incluidos.

* Alcoholismo--un trastorno caracterizado por un modelo patológico de uso de alcohol que causa una grave deficiencia en el funcionamiento social u ocupacional. En el DSM-III-R (Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense, 3ra edición-Revisada - 1987) esto se denomina abuso del alcohol o, si la tolerancia o el síndrome de abstinencia están presentes, dependencia del alcohol.

(Dorland Medical Dictionary, 28th edition, 1994)

En todas las ediciones y revisiones de la Clasificación el alcoholismo está presente, inclusive en la clasificación de 1855, presentada en el Congreso Mundial de Estadística en Chicago, la cual no llegó a ser usada como una clasificación internacional.

Especialmente en las revisiones más recientes hay varios efectos, intoxicaciones y enfermedades relacionadas con el uso del alcohol, incluida la consejería y el tratamiento. Abajo se menciona solo lo que se define como alcoholismo (uso y abuso, adicción a alcohol).

(Entre paréntesis cuando ha iniciado el uso de la revisión)

("CIE-0") Clasificación de Bertillon (1893):

Grupo I: Enfermedades generales
34 Alcoholismo (agudo o crónico)

CIE-1 (1900)

Grupo I: Enfermedades generales
56 Alcoholismo agudo o crónico

CIE-2 (1910)

Grupo I: Enfermedades generales
56 Alcoholismo agudo o crónico

CIE-3 (1921)

Grupo II: Enfermedades generales no mencionadas anteriormente
66 Alcoholismo agudo o crónico

CIE-4 (1930)

Grupo V: Envenenamiento e intoxicación crónica
75 Alcoholismo agudo o crónico

CIE-5 (1939)
Grupo V: Envenenamiento e intoxicación crónica
77 Alcoholismo agudo o crónico (etilismo)
a. alcoholismo agudo
b. alcoholismo crónico
c. alcoholismo no especificado

CIE-6 (1949)
Sección V: Trastornos mentales, psiconeuróticos y de la personalidad
Grupo: Psicosis
307 Psicosis alcohólica
Grupo: Trastornos del carácter, del comportamiento e de la inteligencia
322 Alcoholismo
322.0 Agudo
322.1 Crónico
322.2 No especificado

CIE-7 (1958)
Sección V: Trastornos mentales, psiconeuróticos y de la personalidad
Grupo: Psicosis
307 Psicosis alcohólica
Grupo: Trastornos del carácter, del comportamiento e de la inteligencia
322 Alcoholismo
322.0 Agudo
322.1 Crónico
322.2 No especificado

CIE-8 (1968)
Sección V: Trastornos mentales
Grupo: Psicosis
291 Psicosis alcohólica
291.0 Delirium tremens
291.1 Psicosis de Korsakow (alcohólica)
291.2 Otras alucinosis alcohólicas
291.3 Paranoia alcohólica
291.9 Otras y no especificadas
Grupo: Neurosis, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos
302 Alcoholismo
303.0 Exceso alcohólico episódico
303.1 Excesos alcohólicos habituales
303.2 Adicción al alcohol
303.9 Otras formas de alcoholismo y las no especificadas

CIE-9 (1979)
Sección V: Trastornos mentales
Grupo: Psicosis
291 Psicosis alcohólica
291.0 Delirium tremens
291.1 Psicosis de Korsakow, alcohólica
291.2 otras demencias alcohólicas
291.3 otras alucinosis alcohólicas
291.4 Embriaguez patológica
291.5 Celo alcohólico
291.8 Otras
291.9 No especificada
Grupo: Trastornos neuróticos, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos
303 Síndrome de dependencia del alcohol
305 abuso de drogas, sin dependencia
305.0 Alcohol

CIE-10 (1994-2000)
Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento
Grupo: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas

- F10 Trastornos mentales y de comportamiento debidos al uso del alcohol
- F10.0 Intoxicación aguda
- F10.1 Uso nocivo
- F10.2 Síndrome de dependencia
- F10.3 Estado de abstinencia
- F10.4 Estado de abstinencia con delirio
- F10.5 Trastorno psicótico
- F10.6 Síndrome amnésico
- F10.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío
- F10.8 Otros trastornos mentales y del comportamiento
- F10.9 Trastorno mental y de comportamiento, no especificado

=====

Forum-CIE/CR76/08/01 (7/ago/01)

Les transcribo abajo una consulta recibida desde Chile, con la respuesta enviada.

=====

De acuerdo con la solicitud, abajo se menciona en detalle la presencia del término "homosexualidad" en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). El término aparece por primera vez en la Sexta Revisión, cuando la Clasificación pasó de "Lista Internacional de Causas de Muerte" a "Clasificación Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Muerte".

Es importante entender que:

- independientemente de considerar enfermedad, desviación, patología o trastorno, el hecho de que existe, mejor, existió, código específico relacionado con homosexualidad en la CIE no significa que se tenga que codificar a cualquier persona. El uso del código solo se hace si la situación (enfermedad o no) es motivo de consulta o búsqueda de algún servicio de salud o correlato, además del obvio: poder ser causa de muerte. Eso es válido para cualquier situación o enfermedad.
- el hecho de que exista un código en la CIE relacionado con una determinada situación no significa definirla como enfermedad o patología, tampoco como algo "normal". Obsérvese que existen códigos para parto completamente normal y calvicie, que no son consideradas enfermedades bajo ningún criterio.
- es interesante notar que "fetichismo", "voyeurismo" y otros aparecen como subcategorías bajo F65 Trastornos de la preferencia sexual, los mismos que antes aparecían bajo "desviación sexual" junto con homosexualidad en la CIE-9.
- aparecer o no un código específico relacionado con homosexualidad no es lo que determina si es o no enfermedad o patología, si es un comportamiento, orientación, opción o lo que sea. La CIE no tiene como finalidad definirlo, sino reflejar lo que se defina por otros criterios, ya sea anatómicos, fisiológicos, patogénicos, psicológicos, psiquiátricos o aún "políticamente (in)correctos".

Entre paréntesis el año en que se inició el uso de cada Revisión.

CIE-10 (entre 1994 y 2002)

El término "homosexualidad" no aparece directamente mencionado ni como categoría ni subcategoría, tampoco como término de inclusión. Sin embargo aparece en la nota (glosario) de tres subcategorías:

Capítulo V - Trastornos mentales y del comportamiento

Grupo: Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos

Categoría: F66 Trastornos psicológicos y del comportamiento asociados con el desarrollo y la orientación sexuales

Nota: La orientación sexual por si misma no debe ser considerada como un trastorno.

Subcategoría: F66.0 Trastorno de la maduración sexual

El paciente sufre incertidumbre con respecto a su identidad de género o a su orientación sexual, lo cual le produce angustia y depresión. Esto ocurre más frecuentemente en adolescentes que no están seguros de tener orientación homosexual, heterosexual o bisexual, o en personas que después de un período de orientación sexual aparentemente estable, a menudo con relaciones de lapsos de larga duración, encuentran que su orientación sexual está cambiando.

Subcategoría: F66.1 Orientación sexual egodistónica

No existen dudas sobre la identidad de género o la preferencia sexual (heterosexual, homosexual, bisexual, prepuberal o indefinida), pero el paciente desea que esto sea diferente por los trastornos psicológicos y del comportamiento asociados, y puede solicitar tratamiento para cambiarlas.

Subcategoría: F66.2 Trastorno de la relación sexual

La identidad o la orientación sexual (hetero, homo o bisexual) es responsable de dificultades en la construcción o en el mantenimiento de una relación con un compañero sexual.

CIE-9 (1979)

Sección V - Trastornos mentales

Grupo: Trastornos neuróticos, de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos

Categoría: 302 Desviaciones y trastornos sexuales

Subcategoría: 302.0 Homosexualidad

(Nota: Codifique aquí la homosexualidad, sea que la considere o no como trastorno mental)

CIE-8 (1968)

Sección V - Trastornos mentales

Grupo: Neurosis, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos

Categoría: 302 Desviación sexual

Subcategoría: 302.0 Homosexualidad

CIE-7 (1958)

Sección V - Enfermedades mentales, psiconeurosis y trastornos de la personalidad

Grupo: Trastornos del carácter, de la conducta y de la inteligencia

Categoría: 320 Personalidad patológica

Subcategoría: 320.6 Desviación sexual

Términos de inclusión: Desviación sexual, exhibicionismo, Fetichismo, Homosexualidad, Sadismo, Sexualidad patológica

CIE-6 (1949)

Sección V - Enfermedades mentales, psiconeurosis y trastornos de la personalidad

Grupo: Trastornos del carácter, de la conducta y de la inteligencia

Categoría: 320 Personalidad patológica

Subcategoría: 320.6 Desviación sexual

Términos de inclusión: Desviación sexual, exhibicionismo, Fetichismo, homosexualidad, Sadismo, Sexualidad patológica

=====
Nombramiento del nuevo Director del CEVECE

Estimados amigos del Forum-CIE

Tengo la satisfacción de informarles que la Ciudadana Ministra de Salud de Venezuela ha nombrado el Dr. Manuel Mosquera A. como Director del Centro Venezolano para la Clasificación de Enfermedades - CEVECE, efectivo a partir del 25 de julio de 2001.

El Dr. Mosquera, graduado por la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia (Venezuela) tiene Maestría en Salud Pública y ha sido Director de Hospital y Director Regional de Salud. Actualmente el Dr. Mosquera ocupa la Coordinación del Área de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Venezuela, en Caracas, función que mantiene junto con la de Director del CEVECE.

El correo electrónico para contactos con el CEVECE y Manuel Mosquera está reactivado: cevece@cantv.net

Saludos.

=====
Correcciones del Vol 3/c

Agradecemos a Jesús Carrillo Prieto (Madrid), Puri Molina (Barcelona) y Ana Consuelo Mesa (La Habana) por identificar más algunas correcciones necesarias en el Vol. 3 de la CIE-10 (en español).

Saludos.

(As correções abaixo não se aplicam ao Vol. 3 em português)

(The corrections below do not apply to Vol. 3 in English)

Nota: Las alteraciones corresponden solo a las líneas marcadas con A, B o C. Las demás líneas se presentan para ubicación de las correcciones, no deben cambiarse y, en general, no aparecen completas en esta lista.

A = Añadir (agregar) línea

C = Cambiar (corregir), descripción y/o código(s). Se presenta la forma completa como debe aparecer en el Índice alfabético (Vol 3 de la CIE-10).

Deterioro

C - mental (ver también Psicosis) F29

Enfermedad

- poliquística

A - - renal, tipo

A - - - adulto Q61.2

A - - - infantil Q61.1

A - - - no especificado Q61.3

- renal

A - - poliquística - ver Enfermedad, poliquística, renal

C - - quística, congénita Q61.9

Malformación

- intestino

C - - especificada NCOP Q43.8

Mesotelioma

- clasificación por sitio

C - - peritoneo C45.1

Tabla de medicamentos y productos químicos

C **Diazepam** T42.4 X41.- X61.- Y11.- Y47.1

C **Narcótico NCOP** T40.6 X42.- X62.- Y12.- Y45.0

=====

Forum-CIE/C77/08/01

(de Chile)

Tengo este certificado:

Masculino, 4 días (con 11 horas y 55 minutos)

I a) Muerte cerebral

b) Paro cardio respiratorio

c) Infarto talámico bilateral prenatal

Viene de un hospital nuevo de la capital, muy dotado y equipado.

La madre de 21 años, el embarazo de 41 semanas de edad gestacional, peso 3.350 gr.

Hice un reparo y el neonatólogo me informa: nació con muerte cerebral, porque sufrió un infarto localizado en el tálamo, antes de nacer.

Al elegir el infarto talámico o del encéfalo como causa originaria, no hay código específico en P, ya que los códigos P52.- se refieren todos a hemorragia y no a infarto. El neonatólogo sostiene que puede haber tal infarto pre o perinatal sin hemorragia.

¿Dónde codificar?

=====

R77/08/01 (14, 18 y 19/set/01)

No se encuentra en el capítulo XVI códigos que se refieran a infarto, por lo que no queda otra opción que ubicarlo en una subcategoría residual P91.8 (Otras alteraciones cerebrales especificadas del recién nacido)

(Miguel Ángel/CECUCE - Cuba)

En mi opinión, la edad (4 días de vida), restringe la codificación al capítulo XVI o XVII. Al especificar el neonatólogo que sufrió el infarto talámico antes de nacer, el código posible sería Q28.3, sin embargo se presupone que hay malformación, excluyendo la posibilidad de que haya sido otro tipo de complicación o trastorno del periodo perinatal. Por este motivo pienso que un código mas adecuado podría ser P91.8.

(Sara Cerdeira - Galicia-España)

Lo primero que uno trata es de codificar en el Capitulo Perinatal. Revisando este, obviamente no aparece un código adecuado para ese diagnostico, podría pensarse en usar el P91.8, pero resulta muy residual para lo que parece un diagnostico infrecuente y quizás por ello mismo importante. Creo que podría utilizarse I63.9 aunque no resulte agradable este tipo de códigos en una base de datos perinatales, siempre salta a la vista, pero no encuentro otro más adecuado.

(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

Se añade la respuesta recibida del Centro Brasileiro. Es importante notar que la opinión del CBCD discrepa de lo que ha circulado anteriormente:

Hemos discutido con un importante neonatólogo de São Paulo, que confirma que teóricamente lo que aparece en el certificado es posible. Quedan, sin embargo, muchas preguntas:

- Cómo hacer el diagnóstico? Cómo se hizo en ese caso?
- Habrá sido realmente prenatal? O tras el parto?
- En ese último caso se podría imaginar un traumatismo de parto llevando a una isquemia cerebral (talámica), llegando a un infarto.

Se nos quedamos solo con el Certificado, el código más apropiado es el P29.8 (Otros trastornos cardiovasculares originados en el período perinatal). No estamos de acuerdo con P91.8. De hecho, si hubo "otro trastorno de función cerebral" ese sería consecuente al infarto. Dentro de P91 lo que más se cuadraría sería el P91.0 (Isquemia cerebral neonatal). No se trata de ningún código "Q".

Ese caso sería interesante para el "Mortality Forum".

(Ruy Laurenti y equipo del CBCD - Brasil)

Como se puede notar, ese es un caso de los más complicados. Lo estamos enviando al Mortality Forum. Abajo dos otras opiniones:

Sin ser experto en el asunto, considero que es muy arriesgado hacer ese diagnóstico sin un estudio histopatológico exhaustivo. En alguna ocasión tuve una experiencia similar: alguien se atrevió a hacer un diagnóstico totalmente aberrante, en vez de decir simplemente "no sé de qué murió". Lo grave es que este tipo de situaciones pase a las estadísticas nacionales.

Sugiero que, si no hay una necropsia, se clasifique como "mal definida" y se haga un llamado de atención al neonatólogo.

(Raúl Montesano - Nicaragua)

Considero que el término "Infarto talámico bilateral prenatal" es poco frecuente, y como tal se clasifica en una categoría residual, si no tenemos un código específico para clasificarlo. Por lo tanto, el P91.8 es el más adecuado de todos. Yo particularmente lo clasificaría allí, antes que en el grupo I60-I69 lo cual no es apropiado porque se trata de una muerte perinatal (P00-P96) a menos que el infarto talámico sea mencionado como adicional a la causa básica, entonces si usaríamos los del grupo I60-I69."

(Yolanda Pérez Marcano - Venezuela)

Comentarios - Roberto Becker - OPS

Creo que el código más adecuado para la causa básica, a pesar de residual es el P91.8. Estoy de acuerdo con Sara Cerdeira de que no tenemos elementos suficientes para codificar como malformación congénita. Pero también estoy de acuerdo con Ana Consuelo, solo que usaría I63.9 como código adicional y no como causa básica.

=====
Forum-CIE/C78/08/01

(de Brasil)

Donde codificar "parálisis flácida" ? (Término usado en la vigilancia epidemiológica de la poliomielitis)

=====

R78/08/01 (27/ago y 4/set/01)

Este término no aparece en el índice alfabético indicando poliomielitis aguda paralítica y es que se refiere a una manifestación que no es única de esta afección. A veces en la vigilancia activa de algunas enfermedades se hace la pesquisa de alguna manifestación que convierte al caso como sospechoso de tener la enfermedad hasta que se realice el diagnóstico definitivo y entonces no sería de tanta utilidad asignarle un código como tal de la CIE o en caso de que se haga se realizaría en el capítulo XVIII (Mal definidos) en muchas ocasiones. Para este caso particular en un anexo con acuerdos del Grupo Asesor Interinstitucional (CEMECE) para el Uso de la CIE, sobre cómo codificar algunos términos diagnósticos que no se encuentran en el volumen 3, ubican la Parálisis Flácida Aguda con el código G61.8
(Miguel Ángel/CECUCE - Cuba)

El término como tal me parece que no existe en la CIE, pues se refiere a una definición operacional de caso para el sistema de vigilancia de polio, que equivale a "un caso probable de poliomielitis que debe ser estudiado de manera exhaustiva hasta ser confirmado o descartado". Es un término utilizado con fines de vigilancia epidemiológica y que no puede permanecer como tal para fines estadísticos o de clasificación, ya que no es una entidad nosológica en sí; en otras palabras, todo caso de PFA debe tener un diagnóstico final de acuerdo a la CIE, por ejemplo poliomielitis, síndrome de Guillain Barré, mielitis transversa, etc. En caso de no encontrar la etiología de cuadro al cabo del estudio correspondiente, podría clasificarse como parálisis de origen no determinado, y para el programa de erradicación de la poliomielitis (dependiendo de los estudios realizados o no y del cuadro clínico) probablemente se clasificaría como un "caso compatible con poliomielitis".
(Raúl Montesano - Consultor del Programa de Vacunas e Inmunizaciones - OPS/OMS Nicaragua)

Esta no es una respuesta sino una mera observación.
A mí me parece que no basta en excluir la poliomielitis como causa de la parálisis flácida. Habría que intentar de identificar la causa como síndrome Guillain-Barré o alguna de las otras causas que figuran en la página 399 del libro "Control of Communicable Diseases Manual". La pregunta tal como fue formulada no deja claro si solamente se excluyó la poliomielitis o si se investigaron y excluyeron las otras posibles causas.
(Carol Lewis - USA)

La parálisis flácida no aparece en el Volumen 3 (Índice Alfabético) de la CIE-10 como "parálisis flácida", pero si está como paraplejía flácida en la pág. 390 de dicho Volumen, donde es remitida al código G82.0.
La parálisis o paraplejía flácida es una afección que puede ser debida a muchas causas. Los casos y muertes por esta afección están sometidos a vigilancia epidemiológica para descartar la poliomielitis.
La categoría G82.0 es asignable mientras no se conozca la causa que la produce cuando se trata de mortalidad. Sin embargo, es recomendable que se investiguen las causas.
(Yolanda Pérez Marcano - Venezuela)

En los diagnósticos de hospitales en Costa Rica codificamos G83.9 con primer diagnóstico y B91 como segundo.
(Ligia Moya - Costa Rica)

En México, por acuerdo del grupo asesor del CEMECE, parálisis flácida se codifica en G61.8 (Otras polineuropatías inflamatorias). Sin embargo como en otros casos similares, estos son motivo de notificación obligatoria y son sometidos a estudio epidemiológico para descartar un caso de poliomielitis o para ratificar o rectificar el diagnóstico.
(Luis Manuel y Equipo del CEMECE - México)

No existe código para parálisis flácida. Si fuera tomada como sinónimo de poliomyelitis aguda va al A80.3. Caso contrario solo se puede codificar en G83.8.

(Ruy Laurenti y Equipo del CBCD - Brasil)

Comentarios - Roberto Becker/OPS

Ese tema ha sido discutido en varias ocasiones en mis misiones de cooperación técnica a los países y también internamente en la OPS. Con motivo de la consulta originada en Brasil, y también de una solicitud de aclaración hecha por Cuba, hemos discutido el asunto con la División de Vacunas e Inmunizaciones de la OPS. Hemos acordado en que la División deberá eliminar la mención de los códigos de la CIE en todos sus formularios de notificación de enfermedades para efectos de vigilancia epidemiológica.

De esa forma, además del aspecto específico de como codificar (o no...) la(s) parálisis flácida(s), mis comentarios son de que no es recomendable el uso de códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) para la notificación de casos de enfermedades en sistemas de vigilancia epidemiológica, ni como dato adicional ilustrativo, menos aún como código básico sin el nombre de la enfermedad. Igualmente no recomiendo el uso de códigos de la CIE en cuadros resumen de incidencia de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica.

Las principales razones para esas recomendaciones son:

1) Esa no es la finalidad de la CIE, la cual originalmente se destinaba solo a la mortalidad, ampliándose también para morbilidad con la Sexta Revisión (CIE-6), usada a partir de 1949. La CIE-10, actualmente en uso, atiende a las necesidades de codificación de diagnósticos hospitalarios y, con mucho más dificultad, diagnósticos de consultas externas. Un código (de la CIE) implica que el diagnóstico es "final", lo que con frecuencia no es el caso de las notificaciones, las cuales tienen definiciones operacionales y muchas veces pueden significar "sujeto a confirmación", "en investigación", etc.

2) La asignación de un código a una información diagnóstica requiere capacitación. Por esa razón se recomienda que la misma sea siempre hecha por un codificador entrenado, nunca por quien hace el diagnóstico.

3) Para la mayoría de las enfermedades, existen varias posibilidades de codificación (muchísimas, en el caso de la tuberculosis, de las neumonías y de las meningitis, por ejemplo), conforme las características (en la mayoría de los casos características clínicas, pero también laboratoriales, como es el caso de la TB y de la influenza) que en general no corresponden a las necesidades de la vigilancia epidemiológica. Como tales informaciones raramente son disponibles en el momento de la notificación, tenemos casi siempre el uso de las subcategorías ".9", es decir, "sin especificación". De esta forma se estaría "precodificando" cada enfermedad y, peor, con un "empobrecimiento" anticipado de la información, independientemente de si la información completa es disponible y/o importante en el momento.

4) Muchas veces, para caracterizar bien una enfermedad, necesitamos de codificación múltiple (más de un código para un mismo diagnóstico), lo que también no se justifica en una lista de notificaciones o cuadro resumen en vigilancia epidemiológica.

5) En Vigilancia epidemiológica y programas de control, cada enfermedad requiere una definición operacional de caso, la cual es dinámica, debiendo atender a las necesidades del momento epidemiológico en el que se encuentra. Las definiciones operacionales de caso pueden cambiar con el tiempo, pudiendo aún ser diferentes en un mismo momento en diferentes países. Las "definiciones de caso" incorporadas en la CIE atienden a necesidades distintas, mucho más relacionadas con la comparación internacional, pesquisas e investigaciones (ya sea de tipo clínico, laboratorio o epidemiológico), tendencias seculares y otras comparaciones temporales. Además de eso, la actualización de la CIE, ajustando sus códigos a las necesidades operacionales del momento, nunca podría ser hecha con la presteza necesaria. Ni es posible y tampoco sería recomendable o deseable que la CIE cambiase con mucha frecuencia.

6) El uso inadecuado de la CIE complica la comprensión y la interpretación, como se verifica por las dudas generadas en muchos países, especialmente por personas que tienen experiencia con el uso de la CIE. Además de la confusión,

con resultados insatisfactorios, esa situación provoca desprestigio, tanto para el sistema de información en cuestión como para la misma CIE.

7) Finalmente, para usar simplemente un código (para procesar los datos, por ejemplo), es mucho más fácil y racional codificarse con 1, 2, 3, etc., A, B, C, etc., la inicial de la enfermedad o una abreviatura de 2 o 3 letras u otro sistema cualquier. No un código de la CIE.

Nota: la expresión "parálisis flácida aguda" sin otra especificación, si fuera una información única en un registro médico (de mortalidad o morbilidad), se podría codificar en G83.9 (Síndrome paralítico no especificado). Si uno considera que la mención de "aguda" especifica de alguna forma el síndrome paralítico, podría codificar en G83.8 (Otros síndromes paralíticos agudos especificados). Estoy de acuerdo con lo que comenta Raúl Montesinos, complementando con lo de Ruy Laurenti: Si el diagnóstico final quedar en "compatible con poliomiелitis", vale lo que dice el apartado 4.2.13 del Volumen 2: "Las expresiones que indican alguna duda en relación con la precisión del diagnóstico, tales como "aparentemente", "presumiblemente", "posiblemente" (se podría añadir varias, como "compatible") deben ser ignoradas [...]. Luego, un diagnóstico final de "Compatible con poliomiелitis" se codifica en A80 (.3 o .9, conforme la información disponible).

Se añaden dos comentarios recibidos sobre parálisis flácida:

No he podido contestar pero quiero comentarle que mi propuesta era G83.9, pues no me parece que el sentido de las subcategorías del G83.- se ajustan al calificativo de 'aguda', esta para mí es una situación parecida a la del Síndrome Coqueluchoide, aunque no definan diagnóstico, si aparecen en un registro hospitalario o certificado de defunción, hay que asignarle código, pero no estaría de acuerdo con el de la entidad específica de haber sido confirmado. (Tos ferina o Poliomiелitis).
(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

Parálisis Flácida. Solicitar siempre aclaración sobre su origen; si no se obtiene esa información, adjudicar a R69. (Código exclusivo para Morbilidad). Recomendación de la Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades - CNCE, en su boletín N° 34 de Agosto 1999.
(Lidia Turina/CNCE - Argentina)

Comentarios - Roberto Becker/OPS

Mantengo los mismos comentarios anteriores:

- Parálisis (flácida) (aguda), yo codifico en G83.9 (considerando que NO se trata de poliomiелitis y no hay ninguna otra información).
- Si el diagnóstico final desde el punto de vista epidemiológico, con o sin confirmación laboratorial, fue poliomiелitis se codifica en A80.-, independiente de los adjetivos "probable", "compatible", "posible" u otro por el estilo.
- No recomiendo el uso de códigos de la CIE para notificación de enfermedades en un sistema de vigilancia epidemiológica.

=====
Forum-CIE/C079/08/01

(de Brasil)

Algunas veces ocurren accidentes con los funcionarios de mineras o siderúrgicas en el que uno cae en un alto horno (de fundición) y el cuerpo simplemente desaparece, literalmente derretido. En que categoría clasificar ese evento, accidente con caída, contacto o exposición?

Entiendo que debería haber un código específico para caídas en alto horno o cosa similar.

=====

R079/08/01 (18/sep/01)

Efectivamente, hemos visto este tipo de caída como causa de muerte.

Evidentemente, la CIE no incluye absolutamente todas las opciones, pero creo que lo más cercano sería X18.6 (contacto con metal líquido), porque la caída a otro nivel, W17.6, no sería capaz de explicar las lesiones encontradas.

Obviamente, si se codificara además el quinto carácter de la actividad que realizaba en el momento del accidente, se estaría identificando mejor el evento, pero aún así, no tendríamos la especificidad de una caída en un alto horno.

Esto sugiere siempre la necesidad de usar códigos complementarios de agente de la lesión, en el ámbito de la Salud Ocupacional, pero no todos concuerdan con este enfoque, ya que esa lista dejó de aparecer en la CIE.

Por otra parte, ¿cómo se codificaría el "derretimiento" del cuerpo? ¿Como T31.9?

(Danuta Rajš - Chile)

Me parece que no debe ir a W17.6, ya que esta categoría parece referirse a los efectos de la caída como tal y al igual que cuando se cae en el agua y hay ahogamiento, en este caso lo que produce la muerte es la quemadura, pudiendo codificarse como exposición a fuego controlado X02.6

(Miguel Ángel/CECUCE - Cuba)

El código que utilizaría sería el X18.6. Mas que la caída, es el contacto con el producto lo que causa el fallecimiento. Igual que en una caída y posterior ahogamiento por sumersión, se codifica éste último mas que la caída en si.

(Sara Cerdeira - Galicia-España)

De las 3 posibilidades que se proponen, la que menos me parece aceptable es "exposiciones".

Caída (W17.-) o Contacto (W31.-) me parecen mas adecuadas, de ellas, preferiría W31.- por dar una idea un poco mas aproximada al hecho, aunque indiscutiblemente, lo primero que ocurrió fue la Caída. Si se codifica la lesión serian quemaduras 100% (T31.9).

En sentido general, las causas externas crean bastantes dudas en muchos casos, pues los códigos disponibles no recogen múltiples situaciones, a veces muy frecuentes para un país, y que le interesa identificar con claridad y sin embargo no se ajustan a los contenidos, mal descritos en las categorías. En este sentido, la CIE-10 no mejoró respecto a la CIE-9, exceptuando quizás en algunos accidentes del transporte terrestre. Personalmente la codificación de muchas causas externas me deja muy inconforme pues no se logra ubicar un código adecuado que identifique el problemas y en otros casos pareciera que tiene cabida en mas de una categoría.

(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

Caída dentro de fuego - dice ver Exposición, fuego.

La categoría que sugiero es X00.6. (como exposición). Si lo buscamos como incineración, incinerado (accidental), la CIE nos remite a Exposición, fuego.

(Lidia Turina/Cnce - Argentina)

Juzgamos que el código más apropiado es X02.6, debido a que alto horno es "fuego controlado". Notar que incluye chimenea y estufa, es decir, no significa que incluye apenas las dos. En las inclusiones también podría estar el alto horno.

De X03 a X18 es difícil cuadrar "alto horno". Se hubiera alguna especificación (metales calientes) podría ser X18.

(Ruy Laurenti y equipo del CBCD - Brasil)

Comentarios - Roberto Becker/OPS

Los códigos mencionados han sido: (todos estamos de acuerdo en que será .6)
- W17 (caída de un nivel a otro). Primero, la caída en un alto horno no es necesariamente de un nivel a otro. Segundo, se debe notar que claramente, en la página 1000 del Vol. 1, CIE-10, las caídas EXCLUYEM, entre otras:
(en o desde)

Fuego

Maquinaria en operación.

La caída dentro de un alto horno podría cuadrarse e una de las dos, especialmente fuego.

De esa forma no cabe ningún código entre W00-W19.

La codificación podría ser

- W31 (Contacto traumático con otras maquinarias, y las no especificadas). En el caso el problema no parece ser el contacto con la máquina propiamente tal, sino con el fuego (o metal?). Por esa razón se excluye, por ejemplo, de esa categoría, corriente eléctrica que tiene códigos específicos. De la misma forma, si el problema de la máquina es estar caliente, el código sería X17 y no W31.

- X00 (Exposición a fuego no controlado). Fuego "no controlado" es típicamente el de un incendio (accidental), y no el que se usa en una cocina u horno.

Quedan:

- X02 (Exposición a fuego controlado) y

- X18 (Contacto con otros metales calientes - incluye metal líquido)

Dado que un alto horno debe mantenerse siempre encendido y no siempre contiene metales líquidos, creo que solo si se especifica que había presencia y la incineración ocurrió en metales líquidos deberíamos codificar en X18, quedando de esa forma, como más adecuado para el caso el código X02.6 Exposición a fuego controlado en área industrial. Si la información fuera completa, probablemente tendríamos un quinto carácter .2 (mientras trabaja en forma remunerada).

Finalmente, el código para la quemadura, según el índice: Incineración (cuerpo entero) T29.-, y me quedaría con .0 (quemaduras de múltiples regiones, grado no especificado).

=====

Forum-CIE/C080/08/01

(de Cuba)

En el Índice aparece Interrupción, embarazo Z30.3, sin embargo, en nuestro país, esta expresión es muy usada por los médicos, y significa aborto legal (independientemente de las semanas de gestación) al que corresponde el código 004.- (aborto médico). Para mortalidad no habría problemas, pues no se puede usar la Z, pero en morbilidad, esto puede crear confusión. Me gustaría saber en otros lugares como se utiliza la citada expresión.

=====

R080/08/01 (19 y 24/set/01)

Juzgamos que se trata de una particularidad del país. En el Brasil también interrupción del embarazo es, generalmente entendido, como aborto. En nuestro caso, también provocado, pero no existe aborto legal. (Ruy Laurenti y equipo del CBCD - Brasil)

En la subcategoría Z30.3 y la 004 hay términos de inclusión equivalentes (terminación e interrupción del embarazo son sinónimos) pero el objetivo de la Z30.3 es, como lo señala la nota del capítulo, para usarse cuando la persona no está enferma en ese momento pero presenta alguna circunstancia o problema que afecta su estado de salud (Vol. 1 pág. 1065) y debe usarse con cautela después de un episodio de hospitalización, cuando no se encontró una enfermedad codificable fuera de ese capítulo (Vol. 2 pág. 101). Supongo que este código es más usado en los países en donde se autoriza la práctica del aborto sin restricciones legales y por el sólo motivo del embarazo no deseado.

El código 004 se usa cuando hay indicaciones médicas o legales para la interrupción del embarazo. El aborto se practica porque la paciente tiene alguna enfermedad que se complica con el embarazo o el embarazo complica la evolución de la enfermedad y eleva el riesgo de morir o cuando se encuentran defectos congénitos severos en el feto; en estos casos un comité autoriza la interrupción del embarazo por razones médicas. También se usa en casos legales cuando el embarazo es producto de violación. En ambos casos no se trata de pacientes sanas.

Sin embargo, el código 004, en realidad corresponde a un procedimiento (la práctica del aborto por razones médicas o legales) y no a la descripción de una enfermedad, como ocurre con el parto y la cesárea (080-084). Por ello creo que no debería ser usado de primera intención.

En lugar de ello debería codificarse la causa que obligó a la interrupción del embarazo (generalmente en los códigos 010-028, 098 y 099) y en otros casos en Z64.0 (Problemas relacionados con embarazo no deseado). El código 004 debería

usarse solamente cuando no se usa una clasificación de procedimientos en medicina, pero no existe una instrucción al respecto en la CIE-10. En México estos códigos no son muy utilizados por las dificultades médicas y legales para llevar a cabo un aborto de este tipo y en el caso de que se realizara es muy baja la frecuencia de su reporte como tal.
(Luis Manuel y Equipo del CEMECE - México)

Siendo ilegal el aborto, ese termino no se usa como diagnostico en nuestro país; se utiliza "aborto terapéutico" y no aparece con frecuencia.
(Ligia Moya - Costa Rica)

En España para morbilidad hospitalaria, se utiliza la CIE-9-MC. Asignando un código de diagnóstico principal (637.9) y un código/s de procedimiento (69.51), además de una serie de diagnósticos secundarios que pueden completar la información.
(Sara Cerdeira - Galicia-España)

El comentario recibido de Lidia Turina, abajo, equivocadamente no lo había incluido. Aprovecho, también para hacer mis comentarios, reclamados por Ana Consuelo.

Ante la consulta efectuada a un Médico Gineco-obstetra, me informó que la expresión Interrupción Embarazo, es aplicable al embarazo terminado en aborto, (si tiene menos de 20 semanas); si es de menos de 37 semanas terminado en un Parto Prematuro, y de 37 en adelante, terminado en cesárea, ante la presencia de afecciones que afectan la atención de la madre y del Feto. Considero que interrupción embarazo no debería estar codificada como causa única en morbilidad, si alguna de estas causas, está presente en esta internación.
(Lidia Turina/CNCE - Argentina)

"He leído con detenimiento las respuestas de los colaboradores, y fundamentalmente la de México me ha creado inquietudes, que prefiero resumir preguntando con un ejemplo: Si se indica por un medico interrumpir un embarazo por riesgo para la vida de la madre (por cualquier razón) o por presuntos problemas en el feto y la mujer fallece, nosotros codificamos como causa básica 004.- lo mismo hacemos cuando se realiza la interrupción por un embarazo no deseado, y por tanto ha sido solicitado por la mujer sin mediar problema de salud previo. Es correcto o no el código?"
(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

=====

Comentarios - Roberto Becker/OPS

1. Realmente el uso de determinadas expresiones puede cambiar de sentido no solo en diferentes países, sino dentro de un mismo país. Por más que podamos tener una nomenclatura adecuada y actualizada, es imposible evitar que la jerga local, regional o nacional siga poniendo sus propios significados a determinados términos. En la CIE lo que se busca es poner en el índice la mayor cantidad de términos y sinónimos posible, incluso regionalismos. Sin embargo, los términos de doble o múltiple sentido deberían ser evitados debido a la posibilidad de llevar diferentes situaciones al mismo código, o la misma situación a diferentes códigos.

La solución para eso es desarrollar y mantener actualizado un listado de términos locales o regionales, dudosos, de doble o múltiple sentido, como un "diccionario de jerga médica", el cual podría ser complementado con los códigos correspondientes, como una ampliación del Vol. 3, de carácter local o regional. Ese es un trabajo sumamente importante, muy especialmente para un idioma, como el castellano, hablado por innúmeros países. Muchos codificadores experimentados tienen sus "diccionarios", pero desafortunadamente casi siempre solo en la cabeza y no organizados por escrito.

2. Igualmente es importante, siempre que exista la oportunidad, solicitar a los médicos que informen los diagnósticos tanto en mortalidad como en morbilidad y atención médica, con terminología más estándar, académica, técnica, no usando abreviaturas o jergas.

3. En el caso específico, la palabra "interrupción", efecto de interrumpir, significa cortar la continuidad de una cosa. La aplicación del concepto "interrupción" a "embarazo", en mi opinión, implica intencionalidad o accidentalidad debida a factores externos, excluyendo por tanto el aborto espontáneo. Así que sería aplicable a todos los posibles códigos, menos 003. Asimismo, en mi opinión, el término "interrupción del embarazo" no implica necesariamente aborto, pero muerte del feto (o embrión), mortinato o aborto. La gran mayoría de las veces será aborto.

4. El comentario recibido de México está de acuerdo a las prácticas médicas y legales de ese país. Si no es legal el aborto sin una "razón médica", estoy de acuerdo que no hace sentido usar el código 004 si no hay una "razón médica". En los países donde legalmente es permitida la interrupción de un "embarazo no deseado", independiente de razones médicas, las eventuales complicaciones maternas de tal procedimiento se codifican en 004.

5. Los códigos del grupo 000-008 (Embarazo terminado en aborto) se usan para situaciones donde el problema en la madre (muerte o no) ocurrió como consecuencia del acto - abortamiento. En esos casos no se buscan los antecedentes que hayan provocado o "justificado" la práctica del abortamiento o el aborto espontáneo. Aunque el término "aborto" o "abortamiento" pueda considerarse un procedimiento (pero también el producto - feto o embrión muerto), en el caso los códigos corresponden a sus complicaciones/consecuencias, y no al procedimiento propiamente tal.

6. Finalmente, para completar, y probablemente complicar la discusión, hablando de terminología, es muy difícil para mi aceptar como adecuado el término "aborto terapéutico". No veo sentido en llamar de "terapéutica" una práctica que provoca la muerte. Pero esa es una discusión de otra naturaleza, posiblemente para otro foro.

=====
Forum-CIE/CR081/08/01 (7/ago/01)

=====
Les transcribo la traducción de una consulta (con la respuesta) recibida (en inglés) por la OMS desde España y remitida a nosotros.

=====
Soy un médico español que algunas veces llena un certificado de defunción. Tengo la publicación de la CIE-9 y esa es la clasificación que uso para llenar el certificado. Sin embargo, hay una situación en la que no se que es lo que tengo que hacer. Algunas veces hay una persona muy vieja (más de 90 años de edad) que se está deteriorando lentamente y se muere al final, sin tener una causa claramente presente. Nosotros usamos una expresión española "se están apagando" o "desligando". No se puede encontrar algo como "consunción" en la CIE-9. Mucho agradecería si ustedes pudieron informarme sobre una causa de muerte que pudiera solucionar mis dudas en esa área.

=====
La situación que usted refiere no es rara y, con el envejecimiento de las poblaciones, es cada vez más frecuente que las muertes ocurran "como una vela que se apaga", como se dice en Brasil.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE en español, ICD en inglés) no es exactamente una guía diagnóstica, tampoco una nomenclatura. Por esa razón no siempre es fácil encontrar los términos buscados, especialmente si los buscamos en el Volumen 1, que corresponde a la lista tabular. Más fácilmente se pueden encontrar términos en el índice alfabético.

Sin embargo, la situación mencionada es contemplada en la CIE. El código 797 de la CIE-9 es usado para senilidad o senectud. En la Décima Revisión (CIE-10), el código corresponde a R54, donde se menciona, además, vejez.

A pesar de que en ambas revisiones el código se encuentra en el capítulo correspondiente a "Signos, síntomas y afecciones mal definidas", es preferible mantener así la información que "crear" un diagnóstico que realmente no se ha encontrado en el fallecido.

Uno de los temas de discusión presentes en el proceso permanente de actualización de la CIE es exactamente ese: Se podría o no aceptar como causa bien definida de muerte la senectud, la vejez, así como lo mencionamos, la

terminación biológica de la vida, sin una enfermedad claramente manifiesta que la causara?

El otro término que menciona usted, consumption (consunción en español), tiene una interpretación distinta en ambos idiomas, relacionada con deficiencia nutricional (caquexia), la cual puede haber sido provocada por distintas causas, como tuberculosis, SIDA, neoplasias, etc., también llamadas enfermedades consuntivas, pero inclusive por senilidad.

Finalmente, quiero mencionar la satisfacción de ver que hay colegas como usted, preocupados en buscar formas de mejorar la calidad de la información, tan importante en salud. Nos encontramos a sus órdenes para cualquier aclaración o información adicional.

Cordialmente,
Roberto Becker

=====
Continúa en el archivo FORUM01B.DOC

=====
Forum-CIE/C082/08/01

(consultas sobre morbilidad y mortalidad, desde Costa Rica)

1. ¿Qué código debemos utilizar cuando a un Recién Nacido se le han infectado las heridas por aplicación de fórceps (morbilidad)?.
2. ¿Dónde ubicamos el código en una paciente que presenta fiebre en el embarazo (de la cual no se sabe la causa)?, la clasificación no prevé ubicar un código para signos y síntomas, además solo podemos ubicar la fiebre puerperal o durante el parto (075.2).
3. Paciente de 26 años.
35 semanas de gestación.
Fiebre durante el parto (075.2).
Tenemos parto prematuro, madre con fiebre y el bebé fallece un día después, ¿dónde ubicaríamos la causa básica del niño, si la fiebre fue la causa del parto prematuro y las únicas afecciones del niño son prematuridad?.
4. Tenemos un diagnóstico de Síndrome Línea Media. Es un niño de 5 meses de edad el cual ingresó y muere el mismo día, tiene como único diagnóstico el Síndrome.
Según hemos investigado son malformaciones congénitas a nivel de encéfalo y cara, ¿cómo codificamos la causa de muerte?.

=====

R82/08/01 - 20/set/01

- 1- Para mortalidad el código de la causa básica es P03.2. En morbilidad además de ese código, la infección de las heridas será P39.8 (a pesar de que en el título esté "específica del período perinatal").
 - 2- Nada dice que es una fiebre debida a problemas en el embarazo. Así el código será R50.9. (Fiebre de origen desconocida)
 - 3- Si se considera que el problema materno (fiebre) fue responsable por el parto prematuro(?) el código para la causa básica de la muerte del niño es P04.8. El hecho de tener fiebre no indica necesariamente que se trata de proceso infeccioso materno (P00.2).
 - 4- No logramos saber lo que es Síndrome Línea Media! Sería muy importante preguntar al médico que diagnosticó.
(Ruy Laurenti y equipo del CBCD)
1. Podría usarse T81.4
 2. Pag. 716, Vol. 1, Nota al inicio del Grupo dice Categorías 088.-, 091.- y 092.- incluyen las condiciones enumeradas aunque ocurran durante el embarazo y el parto, como este caso no se ajusta, utilizaría R50.9.
 3. Vol. I, pag. 730, subcategoría P03.8, incluye afecciones clasificables en 060-075, por lo que codificaría P03.8.
 4. No encuentro un código que indique lo señalado de forma conjunta, podría utilizar Q87.8
(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

1. Al buscar infección de herida abierta en el índice tiene la indicación de ver Herida abierta, pudiéndose asignar el código P15.8, el cual no hace referencia a la presencia de la infección (que es lo que está siendo el motivo de la atención médica en este caso), por lo tanto, para destacar la infección en el recién nacido me parece más adecuado asignar el código P39.8
2. La categoría 099 en su nota plantea que incluye todas las afecciones que complican o son agravadas por el embarazo, o que son la principal causa de la atención obstétrica, y para los cuales el índice alfabético no provee una categoría específica en el capítulo XV, además plantea que use un código adicional si desea especificar la enfermedad. Sin embargo ninguna subcategoría incluye códigos del capítulo XVIII, que pienso debe ser incluido en el 099.8, esto forma parte de una sugerencia surgida del intercambio entre Cuba y

Colombia referente a este capítulo donde se propone incluir en O99.8 afecciones en R00-R94.8. Código adicional R50.3

3. En el caso de nuestro país la causa que se selecciona para los certificados de defunción perinatales es la enfermedad o afección principal del feto o del recién nacido, siendo la afección a codificar en este caso P07.3

(Prematuridad), ya que no aparece ninguna otra afección mencionada. En caso de otros países seleccionaría la fiebre de la madre como la causa básica de la muerte del niño, ubicándola en P03.8 donde en los términos de inclusión está "Feto o recién nacido afectado por afecciones clasificables en O60-O75...", donde está incluido el O75.2.

4. Lo ubicaría con el código Q87.8
(Miguel Ángel/CECUCE - Cuba)

1. Heridas infectadas por aplicación de fórceps: T81.4. Causa externa Y84.8 (morbilidad)

Para causas múltiples, se puede mencionar P03.2

2. Generalmente la fiebre se la asocia con procesos infecciosos, en este caso, afectando la atención de la madre. Sugiero el código O26.8, por considerar la fiebre (infección), una causa directa del embarazo. En causas múltiples R50.9.

3. Niño que muere por prematuridad. Leyendo el resumen del caso, sugiero P03.8 para la causa básica de muerte del niño y agregar P07.3 para causas múltiples.

4. Consulta realizada a una Médica Genetista, me informó que es una anomalía del Sistema Nervioso, que afecta toda la línea media del cuerpo, comprometiendo varios sistemas.- Sugiero el código Q07.8.

(Lidia Turina/CNCE - Argentina)

=====

Comentarios - Roberto Becker - OPS

Inicialmente un comentario general, no relacionado específicamente a la C82/08/01, sino a todo lo que circulamos y a la idea misma del Forum-CIE.

Es importante mencionar que no siempre estamos todos de acuerdo, lo que me parece normal. Claro está que las consultas que circulan en el Forum-CIE corresponden en general a casos dudosos, complicados, polémicos. Los casos comunes y sencillos ustedes ya los han resuelto hace tiempo y lo hacen todos los días...

Asimismo, uno puede manifestar una opinión y más adelante cambiarla, por distintas razones. Es importante que podamos discutir los casos dudosos y, cuando posible, llegar a consensos, por lo menos "acuerdos". También es importante entender que no siempre estamos totalmente concordes con las disposiciones de la CIE, pero sabemos que lo peor es que cada uno siga siempre su propia interpretación y acabe desarrollando sus "reglas individuales".

Debemos claramente distinguir entre las reglas, conceptos y principios básicos; y situaciones poco claras, no previstas, información incompleta. Espero que nuestras discrepancias puedan concentrarse siempre en las últimas.

Específicamente sobre las cuatro cuestiones:

1. Para mortalidad, como lo menciona Ruy Laurenti, estoy de acuerdo con P03.2. Para morbilidad prefiero lo que proponen Ana Consuelo y Lidia Turina, codificando en T81.4, que combina infección con procedimiento, pero asociado con P03.2, que complementa la información. No cabe el Y84.8, dado que los procedimientos de partos están todos contemplados en P03 (codificación primaria o código único), y podemos en el caso usar algo más específico como T81.4. No creo que sea mejor codificar en P39.8. Prefiero usar el grupo P35-P39 (Infecciones específicas del período perinatal) para enfermedades infecciosas, más que simplemente para infecciones. La denominación más adecuada del grupo P35-P39 podría ser "Enfermedades infecciosas EN el período perinatal". Casi todas las infecciones que aparecen en el grupo son ENFERMEDADES infecciosas y las mismas no son "específicas" del período, sino TAMBIÉN PUEDEN ocurrir en ese período, situación en la que tienen código propio. Además, muchas se excluyen del grupo.

Realmente sería muy importante que pudiéramos avanzar con una NOMENCLATURA adecuada!

Dos otros ejemplos de mala denominación en la CIE:

- A39 (Infección meningocócica). Debería ser Enfermedad meningocócica, que aparece como término de inclusión en A39.9. La infección (asintomática), también llamada de "estado de portador", se codifica en Z22.3.
- Z22 (Portador de Enfermedad infecciosa) Se trata del mismo error solo que a la inversa. En ese caso las personas no son portadoras de la enfermedad, sino del agente infeccioso, es decir, están infectadas pero no enfermas. La categoría y todas las subcategorías debería llamarse "portador de infección por ..." o algo por el estilo.

2. La codificación, de acuerdo a la información disponible, debe hacerse en R50.9.

En relación con lo que menciona Miguel Ángel, no es recomendable que se usen códigos vacantes para situaciones individuales o de algunos países en acuerdo. R50.3 no existe. Qué ocurrirá, por ejemplo, si el Comité de Actualización llegara a proponer el uso de ese código para una cosa totalmente distinta? Si efectivamente uno considera que no hay un código adecuado para algo, la mejor solución sería una codificación doble o el uso de quintos caracteres, esos sí pueden ser libremente usados. Es lo que se hace con el uso de la CIE-"CM" (clinical modification, que en realidad es ampliación y no modificación) y otras similares. Y naturalmente enviar el problema al Comité de Actualización, ya sea a través del Forum-CIE o de los centros colaboradores. Mientras el problema es discutido, otra solución sería la de usarse un código entre U50 y U99, disponibles para tales situaciones.

3. En principio yo preferiría codificar en P04.8. Nada me indica que la fiebre sea una complicación "específica" del trabajo de parto o parto. Sin embargo, como mencionado, las notas de inclusión de P03.8 nos llevan a codificar en esa subcategoría. No me parece adecuado codificar como prematuridad, ni usando las reglas "P", pues, según la información disponible, lo que ocurrió fue un parto prematuro (O60). Al recién nacido afectado por O60 se codifica en P03.8. No parece ser "parto precipitado", caso en que los códigos serían respectivamente O62.3 y P03.5. Concuero con Lidia Turina en usar P07.3 como código adicional. Sobre las reglas propuestas en la CIE para la codificación de la mortalidad perinatal, ver Forum-CIE/R23, circulada en 13/12/99.

4. Si se trata de una anomalía básicamente del sistema nervioso, aún afectando otros sistemas, en mi opinión Lidia Turina tiene la razón. Estoy de acuerdo con Q07.8.

=====

Consulta C83/09/01
(de Costa Rica)

Aclaración sobre las categorías O32.-, O33.-, O34.-, O64.- y O65.-
En el Volumen 3 (Índice Alfabético) en los partos existen diferentes orientaciones según la expresión diagnóstica; ya sea parto complicado o parto con cesárea.

En nuestro país los obstetras no utilizan en el diagnóstico de egreso el término Obstruido.

Por lo general expresan: "Parto con presentación pélvica, Cesárea" o "Parto con presentación de mano, Cesárea."

Qué códigos nos recomendarían; ya que en muy pocos casos indican complicado.

Ejemplo:

Parto con sufrimiento fetal, niño nacido vivo, pesa 3000 gr.

Operación: Cesárea

Código: O68.9 ó O36.3 ?

Los obstetras expresan que realizan la cesárea para evitar que se obstruya el parto.

En respuesta a la consulta C72/05/01, aún no queda claro al hacer uso del Volumen 3 (Índice Alfabético)

A continuación presentamos algunos ejemplos:

* Parto complicado por Desproporción: Ver atención Materna pág. 392 índice

* Atención Materna Desproporción: O33.- pág. 62 índice

* Embarazo complicado por Desproporción: Ver también Desproporción pág. 170 índice O33.-

- * Parto por cesárea desproporción NCOP: 033.- * igual mismo código
- * Parto complicado por sufrimiento fetal: 068.9 pág. 394 índice
- * Parto por cesárea por sufrimiento fetal: 036.- pág. 396 índice
- * Sufrimiento fetal embarazo: 036.3 índice pág. 476 índice
- * Parto complicado presentación: 064.- pág. 394 índice
- * Parto por cesárea presentación o posición: 032.- pág. 396 índice
- * Desproporción: 033.- pág. 395 índice
- * Parto complicado por fibroma uterino 065.5 pág. 392 índice
- * Parto por cesárea por fibroma uterino: 034.1 pág. 396 índice.

=====

R83/09/01 5/11/01

Es cierto, acá en nuestro país tampoco se utiliza el término "Parto obstruido" por parte de los obstetras. En caso similar usan el término "Parto Distócico", que es un sinónimo.

En la pregunta de Costa Rica sobre el "Parto con sufrimiento fetal, mediante cesárea, niño nacido vivo, con peso de 3.000 gr., considero que: Debemos buscar en el Vol. 3 (Índice Alfabético) pág. 396 bajo "Parto, por, cesárea, debida a, sufrimiento, fetal 036.8", siendo la categoría 036.3 la más específica por el sufrimiento fetal.

Ahora bien, las dudas se presentan cuando se lee la nota de exclusión bajo la categoría 036.- "trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal (068.-)". Es porque hay que tener muy claro que el grupo 030-048 se refiere a la "Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto" es decir, sin mención de complicaciones, porque cuando éstas se dan usaremos el grupo 060-075 "Complicaciones del trabajo de parto y del parto". Para esto, debemos encontrar en la historia clínica la palabra "complicado", "obstruido" o "distócico" para referirse al tipo de parto, porque no siempre la cesárea es motivo de obstrucción ni de complicación.

Hace poco, que le formulamos al Forum-CIE una pregunta, sobre si todas las cesáreas las podíamos considerar partos complicados y en la respuesta nos ha dicho que "No, no todas las cesáreas son partos complicados, es necesario saber la razón por la cual se realizó la cesárea" y es el médico obstetra la única persona indicada para expresarlo.

Por otra parte, es importante señalar que aquí es muy común ver en las historias clínicas el registro único de "Cesárea", o "Parto por cesárea" sin otra definición, cuando revisamos esas historias al no encontrar ningún otro acontecimiento, se lo asignamos a 082.9 (Parto por cesárea, sin otra especificación). En caso que encontremos una presentación podálica, como el presunto motivo de la cesárea, le asignamos el código 032.1 (Atención materna por presentación de nalgas), véase en el Vol. 3 (Índice Alfabético, pág. 396 bajo "Parto, por, cesárea debida a, presentación de, nalgas". Ahora, si el caso es de un Parto de nalgas, donde no hubo cesárea, porque supuestamente el obstetra no lo consideró necesario, entonces lo asignamos a la categoría 083.1 (Otros partos únicos asistidos, de nalgas) (Véase pag. 395 Vol. 3 (Índice Alfabético), bajo "Parto, nalgas NCOP").

Las categorías 060-075 la usaremos cuando en la historia clínica así lo indique el obstetra como "Parto obstruido", "Parto distócico" o "Trabajo de parto obstruido" o "Trabajo de parto distócico".

(Yolanda Pérez Marcano - Venezuela)

El Capítulo XV, está formado por 8 grupos de afecciones. Para contestar la Consulta 83, debemos referirnos a los grupos (030-048) y (060-075). Los Títulos de esos grupos, nos indican con claridad que diagnósticos o afecciones van en uno u otro grupo, es decir: en el grupo 030-048, (Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto), se ubican todas aquellas complicaciones del embarazo detectados antes del parto y aquellos embarazos terminados en Parto por Cesárea, por afecciones clasificadas en este grupo.

Ej.: Parto con Sufrimiento Fetal, cesárea 036.3
Sufrimiento Fetal embarazo 036.3

El grupo 060-075, (Complicaciones del trabajo de parto y del parto), (no hay cesárea), incluye todas las afecciones que se mencionan en ese grupo, complicando el trabajo del parto y el parto.

Ej.: Parto complicado con Sufrimiento Fetal 068.9

Las afecciones de este grupo, generalmente se informan como Parto complicado por, Parto Distócico, Parto obstruido por...

(Lidia Turina/CNCE - Argentina)

Para nosotros las categorías 032, 033, 034, 064 y 065 son muy claras:

032 - presentación (del feto) conocida (diagnosticada) o presunta.

033 - se trata de desproporción conocida, es decir, diagnosticada o presunta.

034 - se trata de anormalidad y lesiones del feto, conocida (diagnosticada) o presunta.

En 032, 033, 034 a la lectura de las subcategorías queda muy claro a que se refiere.

Puede causar cierta confusión con la 064 y la 065. Sin embargo, con la lectura atenta de la "Inclusión" y "Exclusión" en 032, 033 y 034 se queda clara la diferencia.

También en el Brasil no es muy común el diagnóstico "Obstruido" u "Obstrucción", aún cuando eso existe.

Siguen nuestras opiniones sobre los ejemplos:

1 - Parto con sufrimiento fetal: El código 036.3 se usa cuando existe hipoxia fetal y no indicación de que el parto (en si mismo) fue complicado y 068.9 es para trabajo de parto y parto complicado por sufrimiento fetal.

Realmente, la diferencia es mínima, pero existe!

2 - En cuanto a las otras cuestiones, referentes al Índice, hemos detectado algunas diferencias con el Índice en portugués. Llama la atención que no están muy claras algunas indicaciones del Índice.

En estos diagnósticos de atención al parto, al embarazo, etc. es siempre importante leer atentamente las categorías y subcategorías en el Volumen 1.

En el caso de que exista alguna confusión entre el Índice (Volumen 3) y el Volumen 1, quedar siempre con el Volumen 1.

(Ruy Laurenti y equipo del CBCD - Brasil)

Es cierto que cuando se busca en el Índice, la mayor parte de los códigos bajo Parto por cesárea lo envía al grupo 030-048, aunque hay excepciones en que manda al grupo 060-075, mi respuesta es preguntar Por qué? Realmente no se, si es que no se fue consecuente o si hay una razón de otra índole que lo explique. Si buscamos bajo Parto complicado por, en la mayoría de los casos entonces manda del 060-075, aunque también hay excepciones, tampoco tengo respuesta y me hago la misma pregunta anterior.

Si revisamos el titulo del Grupo 030-048 Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y CON POSIBLES PROBLEMAS DEL PARTO, induce a pensar que use estos códigos , solo para indicar atención materna de episodios anteriores al momento del parto y por tanto el titulo del grupo 060-075 COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL PARTO hace suponer que los utilice cuando se esta codificando el parto en si.

Por otra parte, si se espera un parto complicado (con obstrucción u otra complicación), estaría bien indicada la cesárea electiva y por tanto nunca llegaría a tener el parto complicado por otras causas, que no sea la cesárea en si misma, que de por si entraña un riesgo y no es un parto normal. Si la cesárea es de urgencia, entonces puede haberse llegado al parto complicado por diversas causas, pero tampoco lo codificaría como tal, si lo buscamos bajo Parto por cesárea.

Pareciera mas lógico utilizar el grupo 030-048 cuando no se codifica el parto, solo atención materna y el grupo 060-075 para el trabajo de parto y parto.

Indicando la circunstancia de la cesárea con un código adicional, a menos que se pueda dar una respuesta convincente del por que de esta aparente arbitrariedad.

(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

Las categorías 032-034 tienen un código similar en 064-066 cuando se menciona que hubo obstrucción del trabajo de parto. Las notas de inclusión y de

exclusión en los títulos de las categorías del primer "grupo" indican cómo proceder y al parecer están destinadas a utilizarse cuando la atención (que incluso puede que no termine en un parto al menos en ese episodio de atención) o la cesárea se realiza precisamente para evitar una complicación u obstrucción del trabajo de parto o el parto.

En mi opinión, cuando el médico menciona "parto complicado por" alguna de las afecciones incluidas en las categorías 032-034, las codificaría en la categoría correspondiente de los códigos 064-066, ya que aunque la obstrucción del trabajo de parto no es la única complicación posible debida a estas afecciones sí es la más frecuente y además seríamos consecuentes con el título del grupo 060-075 donde estas categorías están incluidas. Lo que no me parece adecuado es que cuando se mencione "parto complicado por", en ocasiones se indique asignar un código en 032-034 y en otras a 064-066.

En cuanto a los ejemplos concretos que se plantean:

- Si no se plantean los términos de "parto complicado por" o "trabajo de parto obstruido por", no lo deberíamos asumir, por lo que lo llevaría a los códigos de Atención materna...

Parto con presentación pélvica, Cesárea 032.1

Parto con presentación de mano, Cesárea 032.8

- Parto con sufrimiento fetal, Cesárea

Escogería 036.8, la categoría 068.9 la utilizaría en caso de que el parto se hubiese realizado por vía vaginal o cuando al menos se haya mencionado que la paciente estuvo en algún momento en trabajo de parto.

(Miguel Ángel/CECUCE - Cuba)

=====

Comentarios - Roberto Becker - OPS

1. Como mencionado en varias de las respuestas, las notas de exclusión e inclusión bajo las categorías 031-036 parecen suficientemente claras para que el codificador pueda elegir entre esas categorías o 064-066. Las respuestas enviadas tienen ese mismo sentido.

2. El problema aparentemente está en la palabra "obstrucción". Si uno va a los diccionarios tanto lingüísticos como médicos puede ver que la palabra "obstrucción" tiene un sentido más amplio que simplemente una barrera física, con pequeñas variaciones conforme el idioma que usamos.

Sin embargo, la palabra más adecuada para las categorías 064-066 sería distocia o "trabajo de parto distócico" ("partos distócicos", mencionado por Yolanda y Lidia).

Distocia, del griego: Dis=inperfección, dificultad, anomalía + toc(o)=parto.

Esa fue exactamente la solución adoptada en la versión francesa del Vol. 1 para 064-066. Por ejemplo: 065 Dystocie due à une anomalie pelvienne de la mère. Posiblemente las confusiones del índice se deben exactamente al uso de una palabra un tanto inadecuada (obstrucción) y no distocia.

En ese caso, como menciona Ruy, nos quedamos con el volumen 1.

A continuación se encuentran los comentarios de Luis Manuel del CEMECE, México, sobre la Consulta 83, originaria de Costa Rica, cuya respuesta se ha circulado el 5/11/01.

28/12/01

Esta opinión que ahora te envío es respecto a la CR83/09/01, aprovechando mis años de ginecoobstetra. Tengo la impresión de que las respuestas dadas no son lo suficientemente claras. La pregunta de Costa Rica también hace alusión a la R72, de la que no han quedado completamente satisfechos. Mi explicación es larga pero creo que es necesaria y además responde a mis inquietudes ante estos problemas que también se presentan entre nuestros codificadores.

Hay dos planteamientos en la C83, el primero es sobre un diagnóstico de egreso específico y el segundo sobre los problemas para identificar en el índice varios códigos relacionados con problemas del embarazo, del parto y con la cesárea.

En el primer caso "Parto con sufrimiento fetal" resuelto por operación Cesárea, yo codificaría 068.9; (la mayoría opinó que el código era 036.3 u 036.8 y algunas explicaciones son contradictorias).

Parto con sufrimiento fetal significa lo mismo que parto complicado por sufrimiento fetal y la manera correcta de escribir el diagnóstico principal sería:

Sufrimiento fetal durante el parto o sufrimiento fetal durante el trabajo de parto. La afección principal es el sufrimiento fetal y se debe buscar así en el índice (ver pág. 476), en donde puede apreciarse que ante la presencia del trabajo de parto o parto se debe usar el código O68.-, en tanto que en ausencia de trabajo de parto o parto se usa O36.8. Más aún con la nota de exclusión en O36 se excluye el parto complicado con sufrimiento fetal y se ratifica O68.-. Si "parto" se tomara como sinónimo de nacimiento entonces es necesario aclarar con el médico la presencia o ausencia de trabajo de parto o parto.

Creo que hay dos problemas en esta pregunta 83, el que se refiere a la interpretación de la palabra parto y el procedimiento para la asignación del código con ayuda del Índice y el Volumen 1.

En su primera acepción el parto es un proceso fisiológico que consta de tres períodos: 1° dilatación o trabajo de parto (contracciones uterinas), 2° expulsión (nacimiento del producto o feto), también parto propiamente dicho y 3° alumbramiento o expulsión de la placenta con sus membranas. En el ejemplo está clara la presencia de este término, lo cual obliga a usar O68.-. No entiendo por qué la mayoría de las respuestas fueron para O36.8 u O36.3. En la CIE-10 (y también en la CIE-9) la mayoría de las enfermedades que complican todo el proceso de la gestación están organizadas en grupos de acuerdo a tres etapas bien definidas de este proceso, a saber:

- a) complicaciones relacionadas principalmente con el embarazo y que pueden dar lugar a problemas en el parto (O20-O48),
- b) complicaciones del trabajo de parto y del parto y
- c) complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio.

Desde luego hay complicaciones que pueden presentarse en más de una etapa (como la preeclampsia).

Esta es la razón por la cual encontramos códigos muy similares entre las siguientes categorías y subcategorías:

O32 y O64

O33-O34 y O65-O66

O35-O36 y O66.3, O68-O69

Si el diagnóstico se realiza en ausencia de trabajo de parto o parto, se deben utilizar los códigos O32-O36, en tanto que sí el diagnóstico se lleva a cabo durante el trabajo de parto o el parto entonces se deben usar O64-O69. Así lo marcan las notas de exclusión en las respectivas categorías del Volumen 1. El codificador necesita conocer este hecho o preguntarlo al médico.

En la segunda acepción, los médicos y la gente en general usan la palabra parto como sinónimo de nacimiento, como es el caso del término "parto por cesárea". Este término sólo indica el procedimiento mediante el cual se logró el nacimiento del producto para resolver una complicación del embarazo o una complicación del parto. No es un parto estrictamente hablando, es un nacimiento por cesárea. La cesárea se puede realizar programada (en ausencia de trabajo de parto) o de urgencia cuando se presenta la complicación o se realiza el diagnóstico (antes o durante el trabajo de parto). En este caso el médico debió haber anotado como afección principal la complicación (sufrimiento fetal, desproporción, situación transversa, eclampsia, etc., por la cual se hizo la cesárea) y no el procedimiento quirúrgico, y precisar más aún que se encontraba en trabajo de parto.

Los códigos O32-O36 aluden a complicaciones que pueden ser detectadas durante el embarazo (generalmente antes del trabajo de parto y parto) y los códigos O64-O66 y O68-O69 a complicaciones durante el trabajo de parto y el parto.

Por ejemplo una mujer embarazada puede ser diagnosticada en la consulta prenatal a los 8 meses de gestación con desproporción fetopélvica debida a deformidad de la pelvis ósea de la madre (O33.0) o con desproporción fetopélvica SAI (O33.9) o con un mioma uterino (O34.1) o con signos de hipoxia fetal (O36.3). En ninguno de estos casos la madre se encuentra en trabajo de parto o parto. En estos casos el nacimiento puede ocurrir semanas después por parto normal (en el caso del mioma) o por cesárea (en los casos del mioma y la desproporción, en una fecha programada, o de urgencia en el caso del

sufrimiento fetal). Estos diagnósticos son más frecuentemente usados en la consulta externa.

Por el contrario a una mujer en trabajo de parto o durante el parto se le puede diagnosticar en ese momento una desproporción fetopélvica (O65.4), o trabajo de parto obstruido por mioma uterino (O65.5), o sufrimiento fetal (O68.9). Estos diagnósticos son más frecuentes en las pacientes hospitalizadas en las salas de labor o parto.

De ahí entonces la importancia de conocer la presencia o ausencia de trabajo de parto o parto para seleccionar el código. Una vez que se localiza en el índice debe ser ratificado o modificado en el volumen 1, tomando en cuenta las notas de inclusión y exclusión como lo señala Ruy Laurenti.

Por otra parte, el término "obstruido" generalmente no se utiliza en nuestro país ya que se supone que está implícito en la desproporción, en la situación o posición anormal del feto, en la macrosomia fetal, en la pelvis estrecha, en la mención de tumores uterinos o genitales, etc.

Por todo lo anterior mis propuestas de códigos a los ejemplos mostrados por Costa Rica son las siguientes:

Parto complicado por desproporción: O65.4. Se asume que hay trabajo de parto o parto.

Parto por cesárea Desproporción: SAI o en ausencia de trabajo de parto O33.9; diagnosticada en el trabajo de parto o parto O65.4; (aquí parece que parto se está usando como sinónimo de nacimiento).

Parto complicado por sufrimiento fetal: O68.9. Se asume que hay trabajo de parto o parto.

Parto por Cesárea por sufrimiento fetal: SAI o en ausencia de trabajo de parto O36.8; diagnosticado durante el trabajo de parto O68.9; (aquí parece que parto se está usando como sinónimo de nacimiento).

Sufrimiento fetal (durante el) embarazo O36.3. Se asume que no hay trabajo de parto.

Parto por cesárea presentación o posición (anormal): En ausencia de trabajo de parto y parto O32; durante el trabajo de parto o parto O64.-; (Aquí parece que parto se está usando como sinónimo de nacimiento).

Desproporción: SAI o en ausencia de trabajo de parto O33.9; diagnosticada en el trabajo de parto o parto O65.4.

Parto complicado por fibroma uterino: se asume que el diagnóstico se hizo durante el trabajo de parto o parto O65.5.

Parto por cesárea por fibroma uterino: en ausencia de trabajo de parto o parto O34.1; durante el trabajo de parto o parto O65.5. (aquí parece que parto se está usando como sinónimo de nacimiento).

=====

Comentarios/Roberto Becker/OPS

Al observar las respuestas a las consultas C25 (nov/99), C49 (nov/00) y C83 (nov/01) me doy cuenta que todas tratan del mismo tema. Lo más interesante es que la 25 y la 49 presentan exactamente el mismo caso, siendo que algunas de las respuestas dadas por la misma persona son diferentes, a pesar de que se trata exactamente del mismo caso! La diferencia de las dos con la 83 es que esta refiere sufrimiento fetal y no mala presentación.

De una manera general estoy de acuerdo con los comentarios de Luis Manuel, que tienen el mismo sentido de algunas de las respuestas abajo y se podrían resumir como: si el problema es detectado (ocurre) antes del inicio del trabajo de parto (y, claro, del parto), usamos O30-O48. Si inicia durante el trabajo de parto o parto o si (por ejemplo, mala presentación) obstruye (hay distocia), usamos O60-75. Además, como lo mencionaron algunos, los nombres de los grupos y las notas de inclusión/exclusión así lo indican claramente.

Dos son los problemas que confunden:

1. Si no se menciona "obstrucción", "complicación", "distocia" o algo equivalente, podremos asumir que existió? De una manera general el índice nos indica que no debemos suponer. Parece ser exactamente esta la razón para que tengamos los dos grupos de categorías.

2. La existencia de una cesárea. En mi opinión debemos "ignorar" la cesárea para seleccionar el código (O30-O48 vs. O60-O75):

- Si el trabajo de parto o parto obstruyó (hubo distocia), usamos O60-75, sea parto vaginal o cesáreo.

- Si, a pesar de los problemas existentes (desproporción, sufrimiento, etc.), no se obstruyó el parto (no hubo distocia), usamos O30-048. Ese es el único punto en el que discrepo de Luis Manuel: Yo interpreto que el parto CON sufrimiento fetal no es sinónimo de "parto COMPLICADO por ..." (de acuerdo a los términos del ejemplo original) determinó una atención materna, la cual fue una cesárea y me quedo con O36.8, de acuerdo con el índice. (ver comentarios de Ruy Laurenti). Claro está que las informaciones incompletas y/o inadecuadas en las historias clínicas y certificados nos complican mucho más que la CIE...

- Si la cesárea se realizó, como plantea la pregunta original, "para evitar que se obstruya el parto" y la misma logró evitarlo, debemos usar O32-048.

- Si se realiza la cesárea exactamente porque el trabajo de parto o parto está obstruido (distócico), debemos usar O60-75.

=====

Consulta C84/09/01
(de Cuba)

Un tema ya tratado, pero no concluido, pues la CIE no se pronuncia al respecto:

- a) Desequilibrio hidromineral severo 48 horas
- b) Oclusión intestinal por bridas con compromiso vascular 96 horas
- c) Apendicectomía 40 años

La causa básica esta clara, pero no hay código de secuela para estos casos, que codificar entonces? La oclusión? Pero la CIE no da orientaciones al respecto.

=====

R84/09/01 5/11/01

La causa básica es la apendicectomía de hace 40 años, ya que después de cualquier intervención en la cavidad abdominal se pueden formar las bridas y éstas se han complicado causando la obstrucción intestinal hace 96 horas. Si existe código para secuelas: la categoría Y88 Secuelas con atención médica y quirúrgica como causa externa, en la subcategoría Y88.3 que se refiere a "Secuelas de procedimientos médicos y quirúrgicos como la causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de incidente en el momento de efectuar el procedimiento", ya que de por sí la oclusión intestinal es la complicación resultante de las bridas o adherencias intestinales.

(Yolanda Pérez Marcano - Venezuela)

La secuencia es lógica y "apendicectomía" es la causa básica. Sin embargo apendicectoía es un procedimiento y este nunca es causa básica. Hay que conocer/saber cual la afección que motivó el procedimiento. En el caso es una cirugía y la conducta está en el apartado 4.2.6 del volumen 2. Como apendicectoía siempre (o solamente) se hace para retirada del apéndice (por apendicitis) el código será el K37.

Sin embargo eso ocurrió hace 40 años y, por tanto, es ilógico codificar apendicitis dado que eso sería la fase "aguda" o "actual" y no es el caso.

Hay dos soluciones:

- 1- codificar la complicación especificada que, en el caso, es la oclusión intestinal por bridas cuyo código es K56.6.
- 2- se trata de una complicación tardía de intervención quirúrgica cuyo código es Y83.8.

Soy favorable a usar Y83.8 pues es una complicación tardía de una cirugía. No se sabe, por ese código, cual la complicación y por causas múltiples, se puede saber que es K56.6.

(Ruy Laurenti y equipo del CBCD - Brasil)

Una intervención quirúrgica, puede producir secuelas, pero transcurrido este tiempo (40 años), considero más aceptable seleccionar la Oclusión intestinal por bridas (K56.5) - Regla General y modif.

(Lidia Turina/CNCE - Argentina)

- a) E87.8
- b) K56.5
- c) Z98.8

La secuencia es correcta, ya que como consecuencia de la operación en que se extirpa la apéndice quedan adherencias que provocan una oclusión intestinal años después con un desequilibrio hidromineral severo que llevó a la muerte del paciente. Para la selección de la causa básica habría que escoger entre los códigos K91.3 (Obstrucción intestinal postoperatoria) y Y88.3 (Secuelas de procedimientos médicos y quirúrgicos como la causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de incidente en el momento de efectuar el procedimiento). Atendiendo a que el período postoperatorio es flexible, pudiendo durar años e incluso el resto de la vida después de la intervención, me inclinaría por el código K91.3 que es más informativo, pudiéndose añadir como código opcional adicional el K56.5
(Miguel Ángel/CECUCE - Cuba)

=====

Comentarios - Roberto Becker - OPS

Como se ha dicho, existe el código para secuelas en ese caso (Y88.3)

En ese caso estoy de acuerdo con el CBCD y codificaría Y88.3.

Tal como en muchas otras situaciones, para mantener toda la información necesitamos más de un código, así que para causas múltiples los códigos adicionales podrían ser: E87.8, K37 y K56.5.

La causa básica no puede ser K91.3, dado que K91.- no puede usarse para causa básica de muerte (ver Vol. 2). Si tenemos toda la codificación múltiple tampoco hace falta, pues la información está contenida en Y88.3. Del mismo modo, Z98.8 no añade ninguna información, por lo que tampoco lo usaría.

Sobre este tema de secuelas y operaciones, tratado en esta consulta, se añade la réplica de Ana Consuelo a la R84 y también mis nuevos comentarios, la dúplica. Quedamos abiertos para la tríplica...

Asimismo, se añade el interesante comentario recibido de Jorge Lara Baéz, del CEMECE.

=====

No tengo el ánimo de crear una controversia, pero mantengo vigente el objetivo por el cual envié el ejemplo. Las soluciones planteadas son lógicas, pero no iguales, (nosotros codificábamos la oclusión por bridas con la CIE-9, pues solo teníamos oportunidad de captar la causa básica y me parece que proporciona mas información si solo puedo usar un código) pero, donde dice la CIE que proceda así?, pues la causa básica es APENDICITIS (según nota Vol. 2 pag 72, inciso 4.2.6, primera parte) y no hay código de Secuela para estas entidades. Hay que recurrir a otras habilidades para resolver el problema. No sería útil una nota en el Vol. 2 para estos casos?. "Cuando la causa básica es una entidad para la cual no se ha previsto o no proceden códigos de Secuelas de..., si se menciona una operación o esta puede inferirse por la secuencia, codifique entonces en Secuela de procedimientos..., etc, etc ?? ". Si la causa básica es un cáncer, operado hace 5 años, por ejemplo, nadie tiene dudas en codificar el cáncer, pero si hipotéticamente (en estos momentos creo yo), ese cáncer tuviera 40 años de operado? Cual es el limite superior de años para codificar la entidad o la secuela?

(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

I a) E87.8

b) K91.3, Y83.6

c) K38.9

Mi opinión sobre la solución a esta consulta es la siguiente; la codificación primaria es: E87.8 (Desequilibrio hidromineral severo), K91.3 (obstrucción intestinal postoperatoria), dado que este código no se debe usar en la codificación de la causa básica, el código para la causa externa correspondiente es Y83.6 (Cirugía como la causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención

de incidente al momento de efectuar el procedimiento, remoción de otro órgano -parcial o total-) y K38.9 (Apendicectomía), la nota 4.2.6 Operaciones da instrucciones precisas que cuando no se mencione la afección por la cual fue realizada, ni de los hallazgos de dicha operación deberá codificarse en la categoría residual del órgano.

El procedimiento para la selección de la Causa Básica es: Regla 1 = K91.3 + Causa Externa Y83.6 + Regla F = Y88.3.

Causa Básica = Y88.3 (Secuelas de procedimientos médicos y quirúrgicos como la causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de incidente en el momento de efectuar el procedimiento).

(Jorge Lara Báez/CEMECE - México)

Comentarios - Roberto Becker/OPS

1. Bueno, la discusión de controversias es uno de los principales objetivos del Forum-CIE, exactamente por que hay muchos puntos dudosos y controversiales en la CIE.

2. Es necesario, como dice Ana, recurrir a otras habilidades para resolver algunos problemas y este parece ser uno de los casos. Especialmente cuando el problema involucra dos tipos de situaciones (afecciones, enfermedades o problemas) que tienen notas específicas en la CIE, es importante revisar las notas de cada una de ellas. La nota aclaratoria que sugiere Ana ya existe, pero no en "Operaciones" (4.2.6), sino en "Secuelas" (4.2.4), en la página anterior: "Algunas categorías (... Y85-Y89) se utilizan [...] cuando esta resultó de los efectos tardíos (residuales) de una enfermedad determinada o de un traumatismo, y no ocurrió durante la fase activa. [...] Las afecciones informadas como secuelas [...] deben codificarse en la categoría apropiada de secuela, independientemente del intervalo entre [...]. Para algunas afecciones, las muertes que ocurren un año después de la aparición de la enfermedad o traumatismo se presumen como debidas a secuela o efecto tardío [...] Para la interpretación del término 'secuelas' se ofrece orientación bajo la mayoría de las categorías 'Secuelas de...' en la lista tabular."

3. Se interpretamos bien la nota de secuelas, queda claro que en el ejemplo que estamos discutiendo, no podría ser la apendicitis la causa básica, primero porque la muerte no ocurrió en la fase activa, segundo porque se supone que las bridas no son secuelas de la afección del apéndice (apendicitis u otra cosa), sino de la apendicectomía. En este caso podemos considerar como un traumatismo, razón por la que la CIE ofrece un código de causa externa para secuelas de cirugía. Cuarenta años o seis meses después, en el caso, es lo mismo.

4. Si no fuera mencionada una apendicectomía y pudiéramos aceptar las bridas como secuelas de la apendicitis (u otro problema del apéndice), la causa básica a seleccionar sería K56.5. Es el caso en que la CIE no tiene código propio para supuestas secuelas de apendicitis, pero lo tiene para el problema específico mencionado. Es importante notar que dependiendo del tipo de afecciones y de la forma que se llenan los certificados, podemos aplicar tanto la Regla 3 (consecuencia directa obvia), la Regla E (estadios precoces y avanzados) o la F (secuelas).

5. Y cuando no hay un problema (secuela) específico mencionado? Por ejemplo: "Secuela de apendicitis". En ese caso, la primera razón de no haber códigos específicos para secuelas de una afección es la baja o nula probabilidad de que la afección en cuestión tenga secuelas características. Aun así, cuando las hay y no son especificadas, si no hay código propio, no se aplica la Regla F. Si no son aplicables ni la Regla 3 ni la E con la información disponible, debemos buscar el código

referente a la afección y/o el órgano, que pueda cuadrarse más con el caso, como por ejemplo, "otro tipo", "otro especificado", "NCOP", "crónico", o mismo "no especificado". En otras palabras, no estamos codificando exactamente como una "secuela", sino como "complicación" u "otro tipo", para el cual no existe un código específico.

6. De la misma forma, considerando lo que dice la nota antes mencionada (4.2.4), si se cambia el problema en el apéndice por un cáncer operado hace 5 años (incluso menos), y hay una complicación tardía (secuela) de la cirugía, yo codificaría como secuela de la cirugía y no como cáncer.

7. La pregunta específica: Cual es el limite superior de años para codificar la entidad o la secuela? Respuesta: lo que determina si la codificación se hace de la entidad o de la secuela no es el tiempo transcurrido sino la diferencia entre la fase aguda o el efecto tardío. La definición aparece claramente en el enunciado de la Regla F (secuelas).

8. Como sabemos, una de las razones de la existencia de las distintas reglas de selección de la causa básica, en especial las de modificación, es la de obtener una información más útil, informativa y precisa. No siempre la causa antecedente originaria es la que quedará al final como causa básica. En el ejemplo actual, la información suministrada nos da la idea clara de que la causa de la muerte fue la secuela de la intervención, no el problema agudo del apéndice que determinó la necesidad de la intervención.

=====

Consulta C85/09/01
(de Cuba)

Ia) Asistolia ventricular	1 hora	I46.9
b) Bradicardia extrema	2 horas	R00.1
c) Estenosis aortica severa	1 año	I35.0 ???
d) Reumatismo articular agudo	2 anos	I00

Yo se donde hay que llegar, pero como por la CIE?

Al buscar por el índice el reumatismo agudo lo manda al M79.0, sin embargo evidentemente el médico se está refiriendo a la existencia hace dos años de fiebre reumática por lo que me parece más adecuado el I00. Esta afección se seleccionaría como Causa básica (CB) siguiendo PG, sin embargo, no explica en realidad lo que está descrito, ya que esta categoría dice sin mención de complicación cardíaca cuando todo por arriba se refiere a complicaciones cardíacas. Las notas del volumen 2 no hacen ninguna mención para cuando se selecciona I00 como CB en cuanto a combinar, para buscar algo más específico habría que ir por el índice donde manda a I06.9 y después en el volumen 1 asignar el código I06.0 que es el que me parece más adecuado para este certificado. Esto último no es como tal ninguna regla de modificación por lo que los codificadores no lo harían. Cuando a uno lo enseñan a codificar le dicen que asigne los códigos de forma independiente y por eso en c) yo puse I35.0, pero si uno tiene en cuenta lo puesto en d) se hace evidente que sería I06.0. Otra cosa fuera si en c) se hubiese puesto por el médico Estenosis aórtica reumática severa (I06.0) donde sí cabría aplicar la regla D aunque no sea el caso típico para la aplicación de esta regla. Qué opinan?

=====

R85/09/01 16/11/01

Los accesos de búsqueda son correctos para asignar los códigos a cada uno de los términos en Ia), Ib), Ic y Id) y el Principio General es aplicable. En el Vol 2 (Manual de Instrucciones) no hay indicación específica para cuando se seleccione el código I00, pero si la hay en el Vol. 3 (Índice Alfabético), en la página 213, donde ya estaremos buscando "Estenosis aórtica reumática" y

nos remite a I06.0, ya que al aplicar el Principio General de inmediato consideramos que la afección registrada en la línea d) es la causante de la que está en la línea c), evidenciándose la aplicación de la Regla D (Especificidad), dado que el término Estenosis aórtica se está calificando como "reumático".

No siempre nos vamos a ayudar del uso del Vol. 2 (Manual de Instrucciones), también es una ayuda importante el Vol. 3 (Índice Alfabético), donde podemos encontrar la mayoría de las afecciones que son asociadas con otras y aquellas que tienen un calificativo más preciso como en este caso que tratamos. (Yolanda Pérez Marcano - Venezuela)

Reumatismo articular agudo M790

Estenosis aórtica I350

La insuficiencia y la estenosis de la válvula aórtica, no se presumen que sean reumáticas, salvo que el Médico lo indique.

Yo no supondría que el Reumatismo se refiera al I00.

Sí seleccionaría como causa básica, la estenosis aórtica severa I350 por Regla 1.

(Lidia Turina/CNCE Argentina)

La secuencia es lógica y se aplica el Principio General. Así, "reumatismo articular agudo" es la causa básica informada. Sin embargo ocurrió hace 2 años y no es activo en el momento de la muerte. De esa forma califica la "estenosis aórtica" que es, por lo tanto, una "estenosis aórtica reumática" cuyo código es I06.0. Esa es la causa a codificarse.

Si se busca en el índice "reumatismo articular agudo" lo manda "ver fiebre reumática" (índice en portugués pág. 657), indicando de que se trata de fiebre reumática.

Por otro lado, en clínica, se acepta o se usa "reumatismo articular agudo" como sinónimo de fiebre reumática.

Cuando se codifican causas múltiples es usual que cada afección se "mire" como independiente o sola. Así, lo que está en d) sería I00 y lo está en c) sería I35.0.

Sin embargo, eso podría causar una cierta confusión, por lo que muchos prefieren codificar

cada causa con las calificaciones o especificaciones.

De esa forma, en el caso, el d) sigue siendo I00 y el c) pasa a I06.0.

(Ruy Laurenti y equipo del CBCD - Brasil)

=====

Comentarios - Roberto Becker/OPS

Otra vez tenemos diferencias en los idiomas!

1) En Portugués, Español e Inglés, en el índice de la CIE-9 aparece muy claramente:

Reumatismo, articular, agudo o subagudo - ver fiebre reumática.

Sin embargo, en el índice en inglés de la CIE 10 todo lo que aparece bajo Rheumatism es:

Rheumatism (articular) (neuralgic) (nonarticular) M79.0

- palindromic (any site) M12.3

En índice de la CIE-10 en español, como sabemos, ha sido muy influenciado por la versión en inglés, la única disponible cuando lo preparamos, y tiene:

Reumatismo (agudo) NCOP M79.0

- corazón ...

- febril ...

- inflamatorio ...

- palindrómico ...

- séptico ...

Como se nota, no aparece la entrada "- articular".

El índice en portugués mantuvo la misma estructura para reumatismo que fue usada para la CIE-9.

No veo razón para los cambios que se verifican tanto en inglés como en español (que además son cambios diferentes). En mi opinión estoy totalmente de acuerdo con lo planteado por Ruy, es decir, "Reumatismo articular agudo" sin otra información se entiende como Fiebre reumática. Aún más si en la secuencia

aparece una valvulopatía. En las próximas impresiones del índice de la CIE-10 haremos las debidas correcciones.
Finalmente, lo más interesante es que en francés el problema no aparece, simplemente porque no existe la expresión "Fievre Rhumatic", que sería la traducción de las dos palabras "Fiebre" y "Reumática". El nombre de esa enfermedad es: RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, es decir REUMATISMO ARTICULAR AGUDO !!! El índice en francés pone todo bajo "rhumatisme" por lo que no tiene que poner "voir" o "voir aussi" !

=====
Consulta C86/09/01
(de Uruguay)

Para codificar morbilidad, en una historia clínica que tiene una metástasis ósea de un tumor maligno extirpado anteriormente, la afección principal (y el código) corresponde a la localización secundaria.
Pero que sucede, sin no se realizó la extirpación o la misma fue parcial ?

=====
R86/09/01 16/11/01

Existe la indicación en el Vol. 2 (Manual de Instrucciones), pág. 115 que "cuando se menciona como afección principal un tumor primario que fue extirpado en una ocasión anterior, codifique como afección principal el tumor de localización secundaria".
Ahora, si es una primera admisión al Establecimiento de Salud y luego de la evaluación médica no se realizó la extirpación debe ir al tumor maligno primario. Si este caso vuelve a suceder en una segunda admisión por el mismo diagnóstico, en el mismo año y al mismo Establecimiento de Salud, se asigna a Z53.9 "Procedimiento no realizado por razón no especificada". En caso que la extirpación sea parcial, como no hay indicación específica al respecto, debería codificarse como se indica al comienzo, al tumor maligno primario. Esto es un caso muy interesante de tomar en cuenta en la próxima revisión.
(Yolanda P Marcano - Venezuela)

A mi juicio:

Si el paciente con un tumor primario que aún está presente se hospitaliza y su tratamiento está dirigido exclusivamente al tumor secundario, el sitio secundario es el diagnóstico principal (C79.5 en el ejemplo citado). El código del sitio primario se agrega como un diagnóstico adicional.
Si el paciente ingresa por un tumor primario con metástasis y el tratamiento se dirige a tanto el sitio primario como el secundario, el sitio primario debe figurar como el diagnóstico principal con un código adicional para el sitio secundario.
(Carol Lewis - USA)

El código es el de la localización secundaria que fue el motivo de la internación (diagnóstico principal).
Cualquiera que haya sido el procedimiento (cirugía, terapéutico, etc.), mismo sin ningún procedimiento el código es siempre el diagnóstico principal.
(Ruy Laurenti y equipo del CBCD - Brasil)

Afección principal tratada o investigada en un episodio de atención: C79.5.
Como código secundario se puede agregar C80 - (Pero no tiene localización).
Tampoco tiene mucha importancia, porque en un análisis de causas múltiples, no indica absolutamente nada, esté extirpado o no.
(Lidia Turina/CNCE - Argentina)

Primero hay que ver que manifestaciones están motivando el ingreso actual. Si el paciente tiene un cáncer con metástasis, que ya fue diagnosticado, tratado y codificado al egreso, con extirpación parcial o no realizada, los ingresos sucesivos deben ser por diferentes manifestaciones (complicaciones) de su enfermedad de base y codificaría como diagnostico principal las mismas, a menos

que el medico no las mencione y al cierre solo consigne el tumor primario y las metástasis, donde no quedaría otra alternativa que volver a codificarlo, pues no parece un Historia Clínica bien cerrada. No estamos codificando Mortalidad donde la causa básica es siempre el tumor primario, conózcase o no, aunque también puedo codificar el secundario. En egresos lo mas utilizado es priorizar el diagnostico directamente relacionado con el motivo de ingreso y de atención al paciente en el episodio actual, para estos casos por ejemplo (Neumonía, Anemias, Insuficiencia de órganos, etc.) o simplemente seguimiento de rutina o chequeos donde utilizaría códigos Z o la presencia de una nueva metástasis no diagnosticada anteriormente.

Si en cada egreso se codifica el tumor y/o las metástasis, al final de un periodo tendremos muchos mas Tumores de los reales, a menos que pueda hacer una depuración al relacionarlos con el dato de "reingreso".

(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

En la codificación de morbilidad debida a egresos hospitalarios por afección principal no se hace referencia a este hecho en las notas específicas por capítulo cuando se refieren a los tumores, además la clasificación no ofrece códigos combinados para la codificación de tumores primarios y secundarios. Así que considero lo siguiente:

- En primer lugar consultar al médico encargado de la atención del paciente para saber si durante el episodio de atención hubo una mayor necesidad de investigación o tratamiento de alguno de los dos y así tener elementos para la reelección.

- En caso de no poder consultar al médico que atendió al paciente y aparezca uno de los tumores, ya sea el primario o el secundario como afección principal y el otro como otras afecciones, no aplicaría ninguna regla y haría la codificación directa de la afección principal. Si aparecieran los dos tumores juntos como afección principal, aplicaría la regla de reelección MB2 y codificaría el mencionado en primer lugar.

(Miguel Ángel/CECUCE-Cuba)

=====

Comentarios - Roberto Becker/OPS

Como sabemos, hay varias posibles formas de seleccionar un diagnóstico "maestro", único, en morbilidad hospitalaria.

1) Si lo seleccionamos como "Afección básica" (tal como causa básica en mortalidad), conocida la localización primaria, ese sería el código.

2) Si seleccionamos como la "Causa inmediata", como lo menciona Ana Consuelo al inicio de su respuesta, depende de cuales fueran las manifestaciones o complicaciones del momento.

3) Finalmente, se la selección es de la "Afección principal", tal como aparece en la CIE-10, estoy totalmente de acuerdo con la respuesta de Carol Lewis, suponiéndose que se sepa la localización primaria.

En el caso de que se codifique el tumor secundario, como lo menciona Lidia Turina, si el sitio primario no es conocido, ponerse C80 como código adicional no añade ninguna información.

=====

Consulta C87/11/01

(del Brasil)

Fem., 17 años

- I- a) Fibrilación Ventricular
- b) Insuficiencia Cardíaca grado IV
- c) Miocardiopatía postparto

II- Parto hace 5 meses

Nuestra interpretación: Por Principio General la Miocardiopatía postparto es la Causa Básica. El código es O90.3.

Lo interesante es que siendo código O90.3 (causa materna) por el hecho del parto ser hace 5 meses ese caso, aunque sea "O", no entra para el cálculo de la razón (tasa) de mortalidad materna, dado que la muerte ocurrió después de 42 días.

Es esa interpretación que nos gustaría fuera discutida por el Forum-CIE.

=====

R87/11/01 - 26/12/01

Con los avances médicos/técnicos una muerte que debería de estar en una tasa, queda excluido por definición de tiempos (mortalidad perinatal por ejemplo). En esta consulta concreta, la reflexión resultante es que en los análisis de datos se tenga en cuenta mas de una tasa; o bien, explicar este déficit en las tasa usadas; o bien elaborar un análisis personalizado, en este caso (mortalidad materna+mortalidad materna tardía)/ nacidos vivos.

(Sara Cerdeira - Galicia-España)

Este problema también lo hemos percibido en nuestro país. Desde mi punto de vista, la CIE-10 no es muy clara en cuanto a las definiciones de las muertes maternas, las cuales deberían ser modificadas; mi propuesta es la siguiente: La primera definición contendría todas las muertes maternas y sería:

Defunciones relacionadas con el embarazo: Todas las muertes de mujeres que ocurren durante el embarazo, parto y puerperio independientemente de la causa (incluye las muertes por causas externas) y las que ocurren después de este período, cuando son consecuencia de complicaciones obstétricas.(a, b)

Defunciones obstétricas tempranas: las ocurridas durante el embarazo, parto o puerperio por causas obstétricas directas (incluido el aborto) e indirectas (a, b).

Defunciones obstétricas tardías: las ocurridas después del puerperio, por causas obstétricas directas o indirectas (a, b).

Defunciones no obstétricas: las debidas a causas externas.

a) Incluye A34

b) Incluye defunciones maternas con B20-B24, F53 y M83.0

(Luis Manuel y equipo del CEMECE/México)

Comentarios - Roberto Becker/OPS

1 - En mi opinión el código O90.3 no es el adecuado al caso, considerando que la muerte ocurrió cinco meses después del parto. Yo codificaría en O96, con el código adicional I42.9. Dado que tenemos un código "O" para la causa básica, no uso el O99.4 como adicional, prefiriendo el I42.9 que es más específico.

2 - Lo que comenta Sara Cerdeira de hecho fue discutido cuando de la elaboración de la CIE-10, en los años 80. Sin embargo la definición de muerte materna quedó igual, es decir, no se ha ampliado el tiempo considerado como "puerperio", que es de 42 días o 6 semanas. Es importante mencionar, sin embargo, que para que sea posible el cálculo estandarizado y comparable de tasas en todo el mundo, las definiciones y plazos límites son necesarios. Y no hay otra forma, van a ser siempre arbitrarios y los casos "border line" algunas veces entran y otras no.

3 - Lo que plantea México es prácticamente lo que tenemos actualmente definido por la CIE-10, y no creo que mejore mucho las dudas.

4 - Estoy de acuerdo con el otro punto mencionado por Luis Manuel, la inclusión de códigos fuera del capítulo XV en las tasas de mortalidad materna. En la apertura del Capítulo XV aparecen códigos que se excluyen del mismo capítulo y que deben entrar en el cálculo de la tasa (o razón) de mortalidad materna: B20-B24 (cuando relacionado con el embarazo/parto/puerperio), E23.0, M83.0, F53.- y A34. A estos se deben añadir C58 y D39.2.

5 - De otra parte, los siguientes códigos del Capítulo XV NO entran en el cálculo de la tasa de mortalidad materna: O96 y O97.

6 - Tal como lo menciona Ruy Laurenti en la R12 del Forum-CIE, circulada en 25/03/99, en el Brasil se están calculando dos tipos de tasas de mortalidad materna: La "tradicional" - hasta los 42 días después del parto y la "total" - hasta un año (Incluye el código O96, pero no el O97).

Sobre el tema, ver también Forum-CIE R12, R15, R29 y R46.

=====

Consulta C88/11/01

(de Costa Rica)

En las estadísticas hospitalarias, tenemos el caso:

Paciente con embarazo de 26 o 27 semanas agredida por el esposo, sufrió trauma abdominal que provocó muerte intrauterina y se realiza cesárea.

El programa informático actual tiene espacio para cuatro códigos.

Cómo codificar? a) O75.8 b) O36.4 c) O60.X
 S39.9 S39.9 S39.9
 S06.- Y06.- Y06.-
 Z37.1 Z37.1 Z37.1

=====

R88/11/01 27/12/01

Diagnóstico principal O36.4; Causa Externa Y09.9 (Agresión por medio no especificado). Como código secundario S39.9.

(Lidia Turina/CNCE - Argentina)

O36.4

S39.9

Y07.0

Z37.1

Yo creo que Y07.0, otros síndromes de maltrato por esposo o pareja, describe la situación y se encuentra en la sección de agresiones. Otra opción sería Y04. Me parece que la cuestión es qué se incluye en el término "abuso". Dorland's (29 edición) contiene la siguiente definición:

Physical abuse - any act resulting in a nonaccidental physical injury, including not only intentional assault but also the result of unreasonable punishment.

(Carol Lewis - USA)

La afección principal debe ser la lesión producida por el traumatismo S39.8. Se utiliza como código adicional el de la causa externa Y07.0 y el código O36.4 para indicar que la paciente presentó embarazo con muerte intrauterina debido a los traumatismos.

La secuencia sería:

S39.8

O36.4

Y07.0

No debe considerarse muerte materna, el capítulo XV excluye afecciones del embarazo, parto o puerperio debidas a traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de Causas Externas, (S00 - T98), Volumen I, página 683.

(Manuel Mosquera y equipo del CEVECE - Venezuela)

Para codificar este caso es necesario saber cómo registró el médico la afección principal y las otras afecciones. Creo que la pregunta surge porque quien codifica se ha puesto a investigar en el expediente y no nos presenta los diagnósticos. En todo caso el médico pudo haber anotado como afección principal lo siguiente:

Afec. Princ. Muerte fetal secundaria a trauma abdominal

O bien

Afec. Princ. Muerte fetal

Otra afección: Trauma abdominal

El principal motivo de atención es la muerte fetal secundaria al trauma abdominal, lo cual fue resuelto por cesárea. Por ello el código de la afección principal es O36.4.

El trauma abdominal corresponde a otra afección y se codifica como S39.9.

O75.8 no procede porque no se trata de una complicación específica del trabajo de parto o del parto sino debida a una causa externa.

O60 no procede porque la atención materna no fue debida al inicio espontáneo del parto antes de las 37 semanas. De hecho, al no ocurrir tuvo que hacerse la cesárea.

Y06.- no procede tampoco porque no se trató de negligencia sino de una agresión. En su lugar se usaría como código adicional opcional Y09.- al S39.9, si se usa la doble codificación en ese país.

Z37.1 tampoco procede. Este es un código adicional opcional.

(Luis Manuel y equipo del CEMECE - México)

Comentarios/Roberto Becker/OPS

Yo no codificaría de ninguna de las formas propuestas originalmente en la consulta. De una forma general estoy de acuerdo con lo mencionado por Luis Manuel. Mi sugerencia es:

- O36.4 - que sería la "afección principal", asociada con:
- O82.1 - No hace falta Z37.1, pues la información está contenida en O36.4
- S39.9
- Y07.0 - esa sería la causa básica de muerte en caso de fallecimiento de la madre.

Con eso tenemos toda la información (de la madre) en cuatro códigos.

En relación con el feto: Causa básica de muerte: P00.5, código adicional Y07.1 si se usa Y07.0 para la madre, o el mismo de causa externa (agresión) usado para la madre, si no fuera Y07.0.

A pesar de que no se trata de codificación de una muerte (no se trata de un certificado de defunción), lo que menciona Manuel Mosquera es lo habitual y correcto. Una causa externa no debe ser considerada "muerte materna". Sin embargo, ese es un punto en discusión. En la Respuesta a la Consulta C22 (ver R22, agosto de 1999), Ruy Laurenti plantea que en determinadas circunstancias una causa externa puede ser computada como muerte materna. Tal como el caso C22, el presente también podría ser lo mismo.

=====

Consulta C89/11/01
(de Costa Rica)

¿El código de Granuloma cúpula vaginal postoperatorio es N99.8 Trastornos del Sistema Genitourinario consecutivos a procedimientos no clasificados en otra parte, o T81.5 Complicaciones de procedimiento no clasificadas en otra parte?.

=====

R89/11/01 27/12/01

Considero correcto N99.8
(Sara Cerdeira - Galicia-España)

El índice Alfabético incluye una entrada para granuloma de herida operatoria (T81.8) con mayor especificación para la causa-cuerpo extraño (T81.5), sutura (T81.8), talco (T81.6). Creo que debería usarse uno de estos códigos.
(Carol Lewis - USA)

El código N99.- es específico para Trastornos del sistema Genitourinario consecutivo a procedimiento. Ese debe ser usado, en el caso, N99.8. Porqué T81.5? ver en el volumen I que se trata de cuerpo extraño. Por otro lado, cómo encontrar "granuloma vaginal postprocedimiento"? En el índice en portugués no existe.
(Ruy Laurenti y equipo del CBCD - Brasil)

En la página 67, volumen 2 de la CIE-10 viene una tabla resumen de Códigos que no se deben utilizar en la codificación de la Causa de muerte y dentro de ella se encuentra el N99.8. En ésta tabla se indica que tiene que ser sustituido por el R99. Por lo tanto, el código que le asignaría sería éste, el R99.
(Marisa Redondo/Asturias-España)

El Granuloma de la Cúpula Vaginal postoperatorio, es T81.8. Si se informa que es debido a cuerpo extraño dejado en cavidad debe codificarse como T81.5. (Lo indica el Índice alfabético).
Más que un Trastorno del Sistema Genitourinario, es una complicación del procedimiento.
(Lidia Turina/CNCE - Argentina)

Nos parece correcto el código N99.8 para el granuloma de cúpula vaginal postoperatorio. Para codificarlo en T81.5 debe mencionar la frase "complicaciones postoperatorias" (ver Volumen II, página 106) relacionado con

los procedimientos quirúrgicos y especificar que fue a consecuencia de un cuerpo extraño dejado accidentalmente en la herida consecutiva al procedimiento.

(Manuel Mosquera y equipo del CEVECE - Venezuela)

El granuloma de la cúpula vaginal postoperatorio es generalmente debido a una reacción al cuerpo extraño (hilos de la sutura) y el índice señala T81.8 pero es muy inespecífico. Sin embargo N99.8 sería más específico en cuanto al órgano afectado y también es consecutivo a un procedimiento. Yo preferiría éste último.

(Luis Manuel y equipo del CEMECE - México)

Comentarios/Roberto Becker/OPS:

Ese es uno de los casos que muestran algunas de las lagunas, incoherencias y enredos de la CIE... Entre las 7 opiniones arriba no hay dos razonamientos iguales! A continuación les doy el octavo...

El primer problema parece ser que ambas categorías en discusión son para situaciones "no clasificadas en otra parte". Es decir, no son mutuamente excluyentes, pues en cada una podemos considerar que "está clasificado en otra parte".

A pesar de que no existe una entrada exacta para granuloma (cúpula) vaginal "postoperatorio" o "postprocedimiento", en español tenemos la entrada "Granuloma, herida operatoria" y en portugués "Granuloma, cicatriz cirúrgica", lo que podemos aceptar como equivalente, suponiendo que el granuloma se ha formado exactamente en la herida (cicatriz) quirúrgica, codificándose en T81.8 Según el "Dorland's Dictionary", la formación de granulomas representa una respuesta inflamatoria crónica iniciada por varios agentes infecciosos y no infecciosos".

En el caso se trata de un "agente" no infeccioso, o sea, una operación y la formación de un granuloma es, sí, una complicación. Solo que tardía.

De esa forma, la indicación de codificarse en T81.8, dada por la entrada "Granuloma" queda un tanto incoherente con la nota que se encuentra en la página 107 del Índice en español (153 do Índice em português), la que precede las entradas de Complicación, procedimiento:

"Siempre que una complicación no se encuentre en el índice...

Codifique en T80-T88 las complicaciones precoces y las complicaciones mecánicas.

Codifique en el capítulo del sistema correspondiente las complicaciones tardías y las funcionales.

De hecho, especialmente en T81.-, las complicaciones que se mencionan son de tipo precoz y no tardío, lo que nos llevaría a codificar en N99.8.

Finalmente, mismo siguiendo la entrada por "granuloma" del índice y codificando en T81.8, creo que la solución de Luis Manuel es correcta: N99.8 es mucho más específico y puede ser el código usado, con base, inclusive, en la lógica de la regla MB4 - Especificidad (ver Vol. 2).

El caso presente no es informado como defunción. Si se trata de una defunción, tiene razón Marisa Redondo y ninguno de los códigos mencionados podría ser el de la causa básica. Solo que no se debería codificar en R99. Siguiendo la orientación de la página 72 del Vol. 2 (Operaciones), llegamos al código residual N89.9 que sería la causa básica, por el Índice: Trastorno, vagina (no inflamatorio). En ese caso se podría usar N99.8 como código adicional.

=====
Consulta C90/11/01

(de Costa Rica)

(Estadísticas hospitalarias - Tumores Malignos)

1 - ¿ Al utilizar las categorías Z08.- y Z51.0 - Z51.2, debe codificarse el tumor ya extirpado?.

Por ejemplo el diagnóstico de egreso es:

Tumor Metástasico de pulmón

Ca. de mama operado (no hay mención del tiempo)

El oncólogo indica que solo después de cinco años es historia personal (Z85.-) antes no.

2 - ¿Cómo se codifica el diagnóstico Linfoma no Hodgkin (C81.9) si a los médicos les interesa el sitio anatómico e indican: estómago o suprarrenal?.

3 - ¿Cómo se codifica "osteoma retroauricular" con D16.0 o D21.0?

=====

R90/11/01 28/12/01

Estas preguntas son otro indicio más que se necesitan estándares. Para C90, puntos 1 y 2, usé como referencia los estándares de Australia.

1. Si el ingreso es para el tratamiento de un tumor metastásico, el tumor metastásico es el diagnóstico principal y el sitio primario se anotaría como código adicional. Los códigos en Z85 deben ser asignados solamente cuando la fase de tratamiento, ya sea del sitio primario o del sitio metastásico, se ha completado. Si el paciente no ha recibido tratamiento de un tumor primario por un período pero después desarrolla un tumor metastásico de ese sitio primario, el código Z85.- no debe asignarse porque se considera que el paciente está recibiendo tratamiento del tumor primario asociado con una metástasis. Si el paciente se hospitaliza únicamente para recibir quimioterapia (Z51.1) o radioterapia (Z51.0), este sería el diagnóstico principal, seguido por el código del tumor.

El código Z08.- supone que el examen de seguimiento no reveló ninguna indicación de que el tumor haya recurrido. En este caso al código Z08.- se agregaría el código adicional de Z85.-.

2. A los linfomas "extraganglionares" se les asigna el código apropiado de las categorías C81-C85. Me parece que la única manera de señalar el sitio sería mediante un quinto carácter.

3. Yo interpreto "osteoma retroauricular" como un tumor de hueso ubicado detrás de la oreja. Por lo tanto, le asignaría el código D16.4.

(Carol Lewis - USA)

1 - En morbilidad, cuando se utilizan los códigos "Z" no es necesario poner la enfermedad que había y que consulta para control.

El código de la enfermedad (neoplasia o cualquier otra) está en el documento médico de egreso.

2 - El código para "Linfoma no Hodgkin" es C82.-, C83.- o C85.-, y no como fue mencionado por Costa Rica (C81.9).

Los Linfomas Hodgkin y no Hodgkin no tienen subcategorías para localización anatómica.

Si el Hospital desea, puede hacer una adaptación (para uso interno) con un 5° carácter para localización.

3 - Osteoma es tumor benigno de hueso. Por tanto es D16.-.

El cuarto carácter, en el caso, es difícil. No existe "auricular" ni "retro auricular". El .0 es omóplato y huesos largos de los miembros superiores.

Juzgamos que en el caso debe ser D16.9.

No es D21.0 porque es tejido conjuntivo y otros tejidos blandos.

(Ruy Laurenti y equipo del CBCD - Brasil)

2. El Linfoma no Hodgkin, lo codificaría como C85.9. El código C81.9, lo utilizaría en el caso de Linfoma de Hodgkin. (Debe de haber una equivocación con el literal o con el código ¿no?). En el caso de Linfoma no Hodgkin de estómago o suprarrenal seguiría codificando en C85.9 ya que cuando en la lista tabular no se especifica que se busque por sitio (ver Tumor, maligno, etc.), creo que se debe utilizar la rúbrica asignada al tipo morfológico independientemente del sitio en que asiente.

3. El código más adecuado para el osteoma retroauricular me parece que sería el D16.4. Según el índice, osteoma te remite a tumor benigno de hueso que sería el código D16.- y para retroauricular considero que sería más apropiado el .4 que el .0.

(Marisa Redondo - Asturias-España)

1. En Morbilidad, debe tenerse siempre presente la afección tratada en esa internación.- Si se realizó únicamente el examen de seguimiento consecutivo al tratamiento del tumor maligno, deberá codificarse Z08.- Si se realizó sesión de Radio o Quimioterapia, será ésta, el diagnóstico principal de Egreso (Z51.0 o Z51.2).

Si la afección por la que recibió atención, en ese periodo de internación fue el Tumor Metastásico de Pulmón, deberá codificarse este último (C78.0).-

2. Linfoma No Hodgkin (C85.9).- Los Tumores indicados Morfológicamente deben informarse como diagnósticos principales, por el grado de investigación a que fueron sometidos y como código secundario, se puede indicar la localización.

3. Osteoma. (Tumor, hueso, benigno) (D16.9). (hueso y cartílago articular) Retroauricular D16.4

La Morfología de los Tumores D21, (tejido conjuntivo y tejidos blandos), es diferente al D16.-

(Lidia Turina/CNCE - Argentina)

1) Consideramos que no debe codificarse un tumor extirpado en un ingreso anterior.

El diagnóstico de egreso actual es el de metástasis pulmonar tratada en este último episodio y referida a servicios especiales para continuar tratamiento, C78.0.

Los códigos Z08 y Z51.0-Z51.2 deben utilizarse en pacientes en control y tratamiento en ingreso posterior e insistimos en que no debe codificarse un tumor ya extirpado.

2) Los linfomas se clasifican según el tipo sin tomar en cuenta el sitio anatómico. (Volumen III, página 324). Código: C85.9 (Manuel Mosquera y equipo del CEVECE - Venezuela)

1. Si el diagnóstico de egreso es Tumor metastásico de pulmón debe codificarse como tal (C87.0). Cuando se trata de morbilidad hospitalaria hay que tener cuidado en el uso de los códigos del capítulo XXI, los cuales son generalmente usados en la consulta externa o en situaciones en que no hay una enfermedad actual o bien se acude a control después del tratamiento.

Z08 se usa solamente si el paciente fue internado con el propósito de hacer un examen después de tratar un tumor maligno.

Z51.0-Z51.2 se usaría si el paciente fue internado exclusivamente para radioterapia o quimioterapia. Se entiende que el paciente ya fue diagnosticado y tratado en otro episodio anterior.

Z85 se refiere al antecedente (historia personal de cáncer) y es principalmente para uso adicional y opcional, no para usarse como código primario en morbilidad hospitalaria.

2. Linfoma no Hodgkin corresponde a C85.9. La CIE-10 no brinda información por sitio anatómico, por lo que sí se quiere identificar la localización anatómica debería usarse un código adicional (C16 o C74) en este caso.

3. Osteoma retroauricular se codifica en D16.4 ya que corresponde a un tumor óseo (osteo = hueso) del cráneo y de la cara (en este caso podría ser del hueso temporal). D21.0 no procede porque este corresponde a tejidos blandos.

(Luis Manuel y equipo del CEMECE - México)

Comentarios/Roberto Becker/OPS

El conjunto de las respuestas ofrece razonamiento completo a las tres preguntas. En resumen:

1. No se codifica un tumor ya extirpado en morbilidad hospitalaria.

En el ejemplo presentado, el diagnóstico principal sería el del tumor metastásico.

2. Linfomas, tanto Hodgkin como no Hodgkin no tienen códigos según localización anatómica. Si fuera necesario se podría usar código adicional y, en el caso, prefiero lo que sugieren Carol Lewis y Ruy Laurenti: Quinto carácter y no el código de tumor maligno del sitio correspondiente.

Linfoma no Hodgkin sin otra especificación es C85.9.

3. Osteoma retroauricular yo codificaría en D16.4.

=====

Consulta C91/11/01
(de Venezuela)

Varón, 74 años

- Ia) Paro cardiorrespiratorio
- b) Insuficiencia respiratoria 48 hrs.
- c) SIDA
- d) Transfusión sanguínea

Se aplica el principio general, dado que la transfusión sanguínea puede ocasionar la transmisión de la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana. La cuestión son los códigos a usar:

Y84.8 / T80.8

Es una complicación de transfusión de sangre contaminada con SIDA (Y84.8) y no de tomar una muestra de sangre (Y84.7). La categoría T80.8 corresponde a complicación especificada de transfusión sanguínea. Se puede añadir el código correspondiente a SIDA B24.

¿Qué opinan?

=====

R91/11/01 31/12/01

En este caso considero que, desde el punto de vista epidemiológico y para fines de salud pública, la causa de muerte es SIDA y el mecanismo de transmisión es la transfusión.

(Raúl Montesano - Nicaragua)

Causa Básica de Defunción: B24

Transfusión sanguínea, (de interés en codificación múltiple): Y84.8

(Pienso que la vía de contagio es importante para estudios epidemiológicos concretos, pero en análisis de la mortalidad es más resaltante la causa, que en ese momento dado, inició la cadena de acontecimientos que ocasionó el fallecimiento).

(Sara Cerdeira - Galicia-España)

Tengo muchas dudas para aplicar el principio general. Sí es cierto que la transfusión sanguínea puede ocasionar la transmisión de la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana, pero en éste caso la duda que me entra es cuándo le han puesto la transfusión ya que pudo ser después de sufrir la enfermedad. Por lo tanto, codificaría el SIDA (B24) y si fuera posible confirmar que la transfusión fue la causante de la enfermedad, codificaría Y84.8.

(Marisa Redondo - Asturias-España)

Por Principio General, se acepta la transfusión sanguínea como vía de transmisión de la enfermedad mencionada arriba; es de suponer que está confirmada la vía de contagio.

El código definitivo deberá ser Y84.8 (Rescatar el Procedimiento Médico como complicación posterior, a los fines de prevenir estos accidentes.

Debe agregarse B24 para análisis de causas múltiples.

(Lidia Turina/CNCE - Argentina)

La aplicación del Principio General es clara, pero para poder tener cifras totales de muertes por SIDA en países donde sólo publicamos una causa, debemos tomar aquí B24 e informamos que la infección fue debida a transfusión con el código adicional T80.2.

(Manuel Mosquera y equipo del CEVECE - Venezuela)

Afortunadamente el inciso a) del altamente improbable impide aplicar el Principio General en este caso, con lo cual se perdería el SIDA. Aunque es cierto lo que el médico anotó en cuanto a que la transfusión dio origen al SIDA, la CIE-10 impide por el momento aceptar esta secuencia.

(Luis Manuel y equipo del CEMECE - México)

En el volumen 2, apartado 4.2.2 está muy claro que enfermedad infecciosa no puede ser debida a otras causas, con las excepciones presentadas. SIDA no está entre las excepciones.

(Ruy Laurenti y equipo del CBCD)

Comentarios/Roberto Becker/OPS

En mi opinión, en el caso presente la causa básica seleccionada debe ser B24 (SIDA), conforme la mayoría ha opinado, y las razones han sido muy bien puestas. Como código adicional yo prefiero el T80.2 que es bien específico. Dado que no se ha seleccionado una causa externa como básica, el código Y84.8 no es necesario, además de ser muy inespecífico.

Sobre el tema, la respuesta de Ruy Laurenti incluyó las recomendaciones del URC (Updating Reference Committee), las cuales haremos circular brevemente. En las recomendaciones aparece un ejemplo prácticamente igual al caso presente, originado por transfusión, siendo que la recomendación es codificar SIDA como causa básica.

A pesar de que las recomendaciones (que cambian los apartados 4.1.11 y 4.2.2 del Vol. 2 con inclusiones específicas para VIH/SIDA) deben entrar en vigencia solo en enero de 2003, para el caso presente ya tenemos suficientes justificativas para seleccionar B24 como causa básica.

=====
Estimados amigos del Forum-CIE

Tal como en ocasiones anteriores, algunas veces recibimos consultas que son respondidas directamente a los interesados y las circulamos ya con la respuesta. Como siempre, esas cuestiones ("CR" = Consulta + respuesta) están abiertas y sus comentarios adicionales son bienvenidos.

Forum-CIE/CR92/11/01 - Impacto del cambio de revisión de la CIE en las Estadísticas de Salud.

(originada en la Oficina Central de la OPS)

"Se observa una muy marcada reducción en los EEUU en las muertes de menores de 5 años debido al grupo de infecciosas intestinales al pasar de la CIE-9 (001-009) a la CIE-10 (A00-A09). Hay alguna razón por la cual el cambio de CIE ocasiona esta disminución en el número de muertes?"

Comentarios: Roberto Becker - OPS 21/11/01

Como sabemos, en los Estados Unidos se codifica la mortalidad con la CIE-10 a partir de 1999.

La cuestión fue consultada con el NCHS (Centro Nacional de Estadísticas de Salud), cuya respuesta (de Betty L. Smith) se traduce abajo, seguida de mi respuesta/comentario (traducción) al NCHS, luego retransmitido a quién originó la consulta en la OPS.

Es importante notar que el cambio de una revisión de la CIE puede ocasionar impacto en las estadísticas de salud, en el caso las estadísticas de mortalidad.

Es necesario tener cuidado con los cambios de perfil de varias causas de muerte a partir de la implantación de una nueva Revisión.

Varios tipos de "artefactos" (a veces combinados) pueden determinar cambios significativos en los números, que no reflejan necesariamente un cambio real, como los siguientes:

- Recapacitación de los codificadores
- Cambio de ubicación de enfermedades/códigos dentro de la nueva Revisión.

Ejemplos: SIDA y tétanos neonatal.

- Alteraciones de criterios de organización de la enfermedad/afección. Ejemplo: Accidentes de transporte.

- Alteraciones de Reglas de selección y/o notas para su uso. Ejemplo: Neumonías y Regla 3.

- Alteraciones/actualizaciones en las listas cortas usadas para tabulación.

- Cambio de criterios/interpretaciones en cada país o región.

Al parecer esa última fue la causa de las diferencias verificadas en la cuestión específica en los Estados Unidos.

Sobre el tema, consultar también un artículo publicado en el Boletín Epidemiológico de la OPS:

http://www.paho.org/spanish/sha/epibul_95-98/bs962cie.htm

Saludos.

Roberto Becker

"Roberto,

Para 1998, con la CIE-9, yo cuento 251 muertes abajo de 4 años y para 1999, con la CIE-10 solamente 30 muertes.

Debes querer saber sobre la comparabilidad de los códigos para las 2 revisiones de la CIE. Parece que 221 óbitos de menores de un año en 1988 correspondieron al código CIE-9 009, "Colitis, enteritis y gastroenteritis infecciosas". En 1999, con la CIE-10, la categoría comparable A09, "Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso" tiene 0 (cero) óbitos infantiles. La razón para la discrepancia entre los dos años es que con la implementación de la CIE-10, muertes debidas a diarrea, gastroenteritis o colitis en los Estados Unidos que son "no especificados" como infecciosos en el certificado de defunción son presumidos como no infecciosos y, por ende, asignados a códigos no infecciosos, como códigos "P" o "K". Con la CIE-9, óbitos no especificados como infecciosos eran considerados como infecciosos.

Si necesitas más información, [...]".

"Betty.

Muchas gracias.

Por ahora es lo que necesito.

Sin embargo, es interesante notar que la diferencia es debida a la diferente interpretación en los Estados Unidos, no realmente debida a diferencias entre CIE-9/10. De hecho, las notas bajo 009.3 y A09 (CIE-9 y 10) son exatamente las mismas. Yo entiendo que con la implementación de la CIE-10, quizás los EEUU haya revisado las probabilidades (de ser infeccioso o no) y entonces cambiado la orientación. De todas formas, como el número de muertes es muy pequeño en los EEUU, eso no representa un gran problema. [...]

Roberto."

=====

Continúa en el archivo FORUM02.DOC

=====

He recibido algunas consultas sobre la disponibilidad de una Clasificación Internacional de Medicamentos.

De hecho, no existe una clasificación internacional de uso universal, que pudiera ser incluida prontamente en la "Familia de Clasificaciones Internacionales en Salud".

Sin embargo, la más importante clasificación relacionada al tema en uso hoy día, podría considerarse dentro de esos criterios.

Se trata de la ATC Classification: Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification System and Defined Daily Dose (DDD), preparada por el NMD (Norwegian Medicinal Depot). El NMD es, desde 1982, el Centro Colaborador de la OMS para Metodología Estadística sobre Drogas. El desarrollo científico y la actualización de la Clasificación es hecho por el Centro Colaborador en coordinación con un Grupo Técnico de Trabajo de la OMS, el cual es consultado y debe aprobar las actualizaciones o modificaciones.

La ATC Classification es recomendada por la oficina de la OMS para Europa (WHO/EURO) y actualmente es usada en muchos países de todos los continentes y el número de usuarios viene ampliándose.

Para más informaciones sobre la ATC Classification, ustedes pueden acceder a la página Internet del Centro Colaborador:
<http://www.whocc.no/>
o contactar a la Farmacéutica Dra. Micheline Meiners, consultora del Programa de Medicamentos Esenciales (HSP/HSE) de la OPS en Washington, DC:
meinersm@paho.org

=====

Consulta C93/01/02
(Desde Uruguay)
Quisiéramos saber donde codificar la "Gastropatía de la Hipertensión Portal" en morbilidad.
=====

R93/01/02 01/02/02

No existe código para el término compuesto "Gastropatía de la Hipertensión Portal". Se uno quisiera mostrar que hay Gastropatía (consecuencia) de la Hipertensión Portal (causa principal) necesita utilizar doble código:
Hipertensión Portal: K76.6
Gastropatía: K31.9
(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

En relación con esta cuestión yo codificaría en hipertensión portal Y enfermedad gástrica SAI.
Claro que cualquier información adicional, conseguida por consulta a la historia clínica o directamente con el médico, sería bienvenida y podría mejorar la especificidad de los códigos (por ejemplo: causa de la hipertensión porta, cual gastropatía, etc.).
(Cassia Buchalla/CBCD - Brasil)

Gastropatía es un término inespecífico ya que sólo indica que se trata de una enfermedad del estómago, en este caso secundaria a hipertensión portal.
Recomiendo lo siguiente:

1. Preguntar al médico que tipo de complicación o enfermedad gástrica dio origen a la atención médica. (¿Hemorragia gástrica, gastritis erosiva,? etc.). Con ello será posible obtener una afección principal más adecuada.
2. Si esto no es posible codificar como afección principal K31.9 (Enfermedad del estómago y del duodeno, no especificada) y como otra afección K76.6 (Hipertensión portal). Se da por entendido que el paciente fue atendido por la complicación del estómago debida a la hipertensión portal y no por esta última.
(Luis Manuel y equipo del CEMECE - México)

Realmente la expresión me resulta bastante ajena, no se que significación pudiera tener en otro país, como lo ignoro, solo me parece codificar K31.9. (Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

Comentarios - Roberto Becker/OPS

Las respuestas son todas coincidentes, muy claras y estoy de acuerdo. Luis Manuel nos ofrece la más completa.

=====
Consulta C94/01/02
(desde Cuba)

Un fallecido de 26 días de nacido donde se certifica que muere por Insuficiencia Hepática Aguda.

La CIE (índice) indica asignar el código K72.0, sin embargo por la edad del mismo, esto ocurre en un recién nacido. Nos parece que sería mas lógico codificar en el P78.8.

Que opinan ustedes?
=====

R94/01/02 04/02/02

Sin duda en mortalidad neonatal utilizaría el código P78.8, aun perdiendo especificidad en la causa de la muerte
(Sara Cerdeira - Galicia-España)

La evolución de la insuficiencia hepática aguda puede superar los 26 días de vida que tenía el fallecido, lo que hace pensar en un origen perinatal, por tanto nuestra codificación sería P78.8
(Jesús Carrillo Prieto - Madrid-España)

Es importante lembrar que aunque la gran mayoría de las muertes perinatales se codifiquen en "P", hay casos en los que no se codifica en ese capítulo. Es el caso de accidentes/violencias (capítulo XX) y malformación congénita (capítulo XVII).

Somos favorables a que se codifique en K72.0. El P78.8 es muy inespecífico, no dando o no llevando a una información precisa sobre la existencia de una insuficiencia hepática.

Además, la información de que es defunción neonatal se obtiene por la edad.
(Ruy Laurenti, Cassia Buchalla y Equipo del CBCD - Brasil)

Se debe usar K72.0 ya que el código preciso.

P78.8 es muy inespecífico por lo cual se perdería información. No todas las enfermedades de los recién nacidos deben codificarse en el capítulo XVI (Ciertas afecciones originadas en el período perinatal).

La insuficiencia hepática aguda es en realidad consecuencia de otra patología, por lo que puede investigarse con el médico en busca de la causa antecedente originaria, la cual posiblemente sí sea del capítulo XVI.

(Luis Manuel/CEMECE - México)

Consideramos que el código adecuado es el P78.8, consideramos que la CIE permite asignar este código rescatando que es en un recién nacido.

(Olga Martha - Costa Rica)

=====
Comentarios - Roberto Becker/OPS

En ese caso estoy de acuerdo con lo planteado por el CBCD. El código P78.8 es demasiado inespecífico y la edad ofrece la información de que es neonatal. La codificación se hace directamente por el Índice: K72.0. Tampoco necesitamos un código adicional "P".

=====
Consulta C95/01/02

(de Cuba)

Como resolver este caso?

- a) Bronconeumonía bacteriana a germen no precisado.....días
- b) AVE hemorrágico.....días
- c) Insuficiencia hepática.....meses
- d) Hepatitis C.....años
- e) Insuficiencia renal crónica terminal.....años
- f) Glomerulopatía primaria.....años

Según el Vol. 2 no podría aplicarse el Principio General, pues la Hepatitis no se puede aceptar debida a otra causa..., pero...la vida es otra, y esta es una secuencia perfectamente aceptable, pues la Hepatitis C debió ser adquirida por transfusión. Al margen del interés epidemiológico, la verdadera causa básica es la glomerulopatía primaria. Que sugieren? que opinan?. De otra parte, si se tratara de un caso de SIDA y tuviera la Hepatitis descrita como esta, entonces sí iría a SIDA.

=====

R95/01/02 04/02/02

Aplicando la regla 1, la causa básica sería la hepatitis C, y por tanto el código que asignaríamos es B17.1.

Entendemos que el concepto de causa básica es puramente epidemiológico por lo que no podemos desligarlo, la finalidad es realizar una actuación preventiva. En el supuesto de que se tratara de un caso de SIDA, hubiéramos codificado B20.3.

(Jesús Carrillo Prieto - Madrid-España)

Estoy de acuerdo en que la enfermedad renal puede causar una hepatitis (imaginando causas intermediarias como diálisis). Sin embargo, la hepatitis no puede ser debida a nada (aún!)...y, del punto de vista epidemiológico (=prevención) es más fácil proponer medidas para evitar hepatitis que enfermedad renal.

(Cassia M Buchalla/CBCD - Brasil)

No se debe confundir codificación con un raciocinio clínico o epidemiológico. Si las informaciones de a) hasta f) como secuencia informada (es decir, el médico añadió las líneas e) y f) en la Parte I) y esta secuencia debería tener su causa básica seleccionada y codificada, hay lo siguiente:

- se acepta de a) hacia b)
 - se acepta de b) hacia c) (de hecho, insuficiencia hepática es un factor importante en las alteraciones de la coagulopatía, favoreciendo hemorragias).
 - se acepta de c) hacia d)
 - no se acepta de d) hacia e). Ver 4.2.2 (volumen 2 de la CIE-10) apartado (a).
- Por tanto la causa básica seleccionada es la hepatitis C, por Regla 1.

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

La causa básica es Hepatitis crónica C (B18.2), por Regla 1. No se aplica el Principio General, ver el inciso a) del Altamente improbable. No podemos suponer lo demás. En lugar de esto puede preguntarse al médico y obtener la confirmación de ello. El médico podrá modificar la secuencia de las causas y anotar la glomerulopatía como la causa antecedente originaria, anotando la hepatitis en la parte II (por ejm.).

(Luis Manuel/CEMECE - México)

Comentarios - Roberto Becker/OPS

Todas las respuestas coinciden en seleccionar la hepatitis como causa básica. Como códigos adicionales, además de la información dada en las líneas a-f, si confirmado que la hepatitis fue adquirida por transfusión, podría usarse T80.2.

=====

Consulta C96/01/02

(de Cuba)

El SIDA como causa básica, complicado con Infecciones respiratorias bacterianas (Neumonías y bronconeumonías) debe codificarse en B23.8 o B20.1? Resumiendo, el B20.- es para complicaciones de afecciones clasificables en el Capítulo I o puede incluir afecciones clasificadas en otros capítulos?

=====
R96/01/02

De acuerdo al desglose de la categoría B20, las subcategorías existentes hacen referencia a enfermedades que se clasifican en el capítulo I. Por lo que soy de la opinión que se utilice únicamente para afecciones que se clasifican en dicho capítulo.

Recuérdese que en B20.6 se clasifica la enfermedad por VIH resultante en neumonía por *Pneumocystis carinii*. Habría que investigar en los certificados donde se registra la enfermedad por VIH y la neumonía, si ésta no es debida a *P. carinii*.

(Humberto Rocha Sánchez/Colaborador del CEMECE - México)

La neumonía SAI y bronconeumonía SAI como parte del proceso del SIDA, aceptamos la secuencia pero en estos casos no modificamos la codificación, siendo esta el B24. Cuando se informa la etiología de la neumonía o bronconeumonía y se trata de un agente patógeno especificado o sin especificar, nuestra codificación es B20.- con la subcategoría adecuada. En el caso de la consulta, se especifica que son bacterianas por lo que nuestra codificación sería B20.1

El código B23.8 nos parece demasiado ambiguo, por lo que somos bastante restrictivos en su uso.

(Jesús Carrillo Prieto - Madrid/España)

Veo el B20 como una categoría donde se codifican las infecciones oportunistas. El B23.8 (Enfermedad por VIH resultando en OTRAS AFECCIONES) es un gran "basurero" donde, por ejemplo, entran todas las otras complicaciones no privilegiadas en las demás categorías. Hoy día, con el uso de los ARV tenemos casos de muertes debidas al aumento del colesterol, efecto del medicamento...donde poner? Por ejemplo: infarto agudo del miocardio en persona joven, con alta tasa de colesterol tras uso (prolongado o no) de ARV. Perdemos la información ...

(Cassia Buchalla/CBCD - Brasil)

Debe codificarse en B20.1.

B20.- no especifica que son enfermedades infecciosas y parasitarias solo del Capítulo I (ver el título del Capítulo I es: Ciertas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias.

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

B20 es para complicaciones infecciosas y parasitarias en general y no sólo para las que se encuentran en el capítulo I. Recordemos que existen varias enfermedades infecciosas fuera de este capítulo. Por lo tanto el código es B20.1.

(Luis Manuel/CEMECE - México)

Consideramos que el código más acertado, de acuerdo a la información es B20.6
(Olga Martha - Costa Rica)

Comentarios - Roberto Becker/OPS

Parece muy claro que no solo las enfermedades incluidas en el Cap. I pueden ser codificadas en B20.1 (ver respuestas). Estamos de acuerdo.

Sin embargo, en su respuesta, Jesús Carrillo, plantea algo muy interesante: (Bronco)neumonía sin ninguna especificación se puede interpretar como causa terminal del SIDA y no exactamente como una "enfermedad resultante", considerándose su mención insuficiente para "evitar" el código B24 (SIDA SAI). Qué opinan ustedes?

(a esa nueva consulta dentro de la consulta la llamo C96B/02/02)

=====
Consulta C97/01/02
(de Cuba)

Morbilidad: El Vol. 2, Pág. 97, inciso 4.4 MORBILIDAD, ultimo párrafo. "[...] se recomienda, cuando sea posible, codificar y analizar afecciones múltiples para complementar [...] Esto podría hacerse de acuerdo a reglas locales, ya que NO SE HAN ESTABLECIDO REGLAS INTERNACIONALES [...] Veamos un ejemplo:

Diag Principal: Crisis Hipertensiva

Otros Diag: Insuficiencia cardiaca

Cual debe ser el código del diag Princ.: I10 o I11.0?

=====

R97/01/02 05/02/02

En mi opinión la codificación del caso planteado es:

Diag Principal: Crisis Hipertensiva I10.X

Otros Diag: Insuficiencia cardiaca I50.9

En el volumen 3 no existe una referencia directa a "Crisis hipertensiva". Por el término principal "Hipertensión" se codifica I10.X

Para "Insuficiencia cardiaca", el índice alfabético señala:

Insuficiencia

- corazón, cardíaca (aguda) (súbita) I50.9

La subcategoría I11.0 debe emplearse para la "Insuficiencia cardíaca hipertensiva", lo cual no es señalado en el caso presentado.

En la p. 99 en la nota de "Afecciones múltiples" se señala que cuando un episodio de atención de la salud corresponde a varias afecciones relacionadas se debe seleccionar como la "afección principal" la que ha sido claramente la más grave y la que ha exigido mayores recursos, las otras deben registrarse como "otras afecciones". Todo esto, claro está, según el criterio del médico que otorga la atención.

En el caso presentado las enfermedades detalladas pudieran estar relacionadas o no (es decir, la insuficiencia cardíaca pudiera ser debida a la hipertensión), pero de acuerdo a lo registrado por el médico la afección principal fue la hipertensión. En caso contrario el médico debió anotar como afección principal "Insuficiencia cardíaca hipertensiva".

Lo recomendable sería solicitar al médico la aclaración del caso.

(Humberto Rocha Sánchez - Colaborador del CEMECE - México)

Cuestión de Morbilidad:

- Diagnósticos de morbilidad, preferentemente, deben ser todos codificados.

- El servicio debe tener un criterio para especificar lo qué/cuál diagnóstico principal (motivo de la internación/consulta, el que paga más, el que está relacionado con la clínica en la que la persona fue internada, etc..).

- En este ejemplo tenemos que considerar:

primero: podemos codificar cada una de las patologías (hipertensión y la IC)

segundo: en relación con la Insuficiencia cardíaca el codificador tendría que buscar en la historia clínica o preguntar al médico si la misma es o no debido a la hipertensión (Si no lo es, el código es I50.9, si, al contrario es, codificar en I11.0).

tercero: de acuerdo con los criterios del servicio, el diagnóstico principal puede ser la HA (enfermedad de base) o la IC (probablemente la de mayor costo de internación).

En morbilidad ese concepto de "causa/diagnóstico principal" es "móvil", no tan determinado como en mortalidad.

(Cassia Buchalla/CBCD - Brasil)

El párrafo en cuestión se refiere a lo recomendable que es codificar y capturar en los sistemas de información no solamente la afección principal, sino también las demás afecciones. De esta manera el análisis es más rico porque se cuenta con todas las afecciones tratadas en cada persona, y puede ser aprovechado para investigaciones sobre los motivos de demanda, la morbilidad adicional o

acompañante o las complicaciones. Si sólo se capta y procesa la afección principal se tiene una visión parcial de la morbilidad. Sin embargo el ejemplo presentado se refiere a una combinación de dos términos diagnósticos, lo cual permite obtener una mejor afección principal a diferencia de lo anotado por el médico. El código de la afección principal es I11.0 (enfermedad cardiaca hipertensiva con insuficiencia cardiaca congestiva). Esto está previsto por la CIE; ver pág.102 del vol. 2 la nota para "Codificación de categorías combinadas" y la pág. 276 del índice. Una combinación puede establecerse cuando en el índice aparecen combinaciones con la indentación "con" debajo del término principal. (Luis Manuel/CEMECE - México)

Se tiene que codificar lo que el médico ha indicado como diagnóstico principal. Es muy aconsejable codificar todos los otros diagnósticos. En ese caso pueden establecerse "normas" o "guías" locales. Algunas veces "local" es el mismo hospital. (Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

=====
Comentarios - Roberto Becker/OPS

Como se nota, las respuestas no son exactamente iguales, lo que refleja la falta de consolidación de los criterios y reglas para codificación en morbilidad. Además, no estoy en desacuerdo con ninguna de las respuestas... Esa falta de uniformidad es la principal razón por la cual hemos propuesto en la última reunión de Directores de Centros, la discusión y elaboración de pautas para la codificación de afección única en morbilidad (además de la recomendación obvia de codificación múltiple), según diferentes criterios: Causa Básica, Afección Principal y Razón de Hospitalización. (Ver Forum-CIE - Codificación de Morbilidad, circulada el 18/09/01)

El establecimiento de reglas locales puede ser una solución práctica y necesaria a los servicios, pero definitivamente dificulta sobremanera la comparabilidad de datos y la consolidación de la CIE como Clasificación INTERNACIONAL.

=====
El uso de ".X"
Estimados amigos.

Algunas veces nos han preguntado si es necesario o es parte de los códigos de la CIE la utilización de ".X" en las categorías que no tienen subcategorías. Por ejemplo, I10 o I10.X.

1. De hecho, las categorías que no tienen subcategorías (261 casos en la CIE-10) no requieren ".X" para completar el código. El código correcto es I10, E86, A09, etc., y no I10.X, E86.X, A09.X, etc.

2. El origen del uso de ".X" en esas categorías está relacionado con los computadores antiguos (tipo "mainframe"), cuyos programas poco flexibles, exigían que el número de dígitos o caracteres de los códigos fuera uniforme. De no ser así, el código se desplazaba a la derecha. Por ejemplo, el código 340 - esclerosis en placas no podría tener en blanco la última posición, se desplazaba a la derecha quedando en blanco la primera, lo que transformaría el código 340_ en _340 lo que equivaldría a 0340 o 034.0 - angina estreptocócica.

3. Hoy día, con computadores y "softwares" mucho más potentes y flexibles, ya no existe ese problema, y el uso de ".X" no es necesario en las categorías que no tienen subcategorías.

4. Sin embargo, muchos codificadores mantienen la tradición y mismo algunos de los nuevos son entrenados en el mismo sentido. Aunque la práctica no sea necesaria ni recomendable, tampoco compromete la codificación. Lo que no se debe es mantener ".X" en tablas y publicaciones o páginas Internet, dado que no es la notación correcta y puede confundir a los que tienen menos experiencia con la CIE.

5. En el Forum-CIE por lo general yo elimino los ".X" de los códigos y a partir de ahora los voy a eliminar sistemáticamente en la edición de sus comentarios, consultas y contribuciones. Los que siguen usando por hábito, no tienen que preocuparse mucho, pero sería deseable que poco a poco eliminasen la práctica.

6. Otro aspecto referente a los códigos es el uso del "punto" entre el tercer y el cuarto caracteres: por ejemplo, E23.0 o E230. La notación correcta, como sabemos es E23.0, pero otra vez eso está relacionado con el procesamiento electrónico. Para ahorrar espacio de memoria en computadores, por lo general no se usa el "punto" internamente cuando se procesan los datos. De la misma forma, en los computadores actuales no hay problema de espacio de memoria y podemos incluir los puntos de los códigos sin problemas.

7. Finalmente, la única cosa que es formalmente recomendable es que en la presentación de textos, tablas y publicaciones, y asimismo en presentaciones electrónicas como en Internet, se use la notación correcta de los códigos: Sin ".X" y con punto separando terceros y cuartos caracteres, cuando se informan detalladamente. La presentación de categorías enteras, sin información de datos referentes a las subcategorías se puede hacer simplemente con los 3 caracteres de la categoría, por ejemplo, I33, y no I33.-

=====
Consulta C98/02/02
(de Cuba)

Tenemos el siguiente certificado y hay dudas sobre la asignación del código de la causa básica y la clasificación en Directa o Indirecta:

34 años

Ia) Shock cardiogénico

b) Tromboembolismo de ramas gruesas y finas con infartos pulmonares bibasales

c) Trombosis venosa del plexo útero-ovario izquierdo

d) Várices del plexo venoso útero-ovario

II Aborto de 10,4 semanas.

En el curso del tromboembolismo hizo sangramientos y entre ellos, vaginal, produciéndose la expulsión espontánea del producto.

Codificar en O22.3 y considerar Directa u O99.4 y considerar Indirecta ?

=====
R98/02/02

Dentro de los procesos asociados a un aumento en el riesgo de desarrollo de la Trombosis venosa, está el embarazo, pero las lesiones vasculares, son anteriores al mismo. -En este caso, el embarazo las agravó. El código que sugiero es O99.4 (Causa Indirecta).
(Lidia Turina/CNCE - Argentina)

La secuencia es lógica y, por PG, la Trombosis Venosa del Plexo Útero-Ovariano es la causa básica. Si no existiese el estado gravídico el código sería I86.2. Juzgamos que las várices fueron consecuencia del Útero Gravídico. Por tanto el código es O22.3. No es O99.4 porque O22.3 es mucho más específico. El código O22.3 se asociaría con aborto, es decir, estaría excluido si fuera complicación de aborto (ver O22.-). Sin embargo, existe la información de que el "Tromboembolismo hizo sangramientos y entre ellos, vaginal, produciéndose la expulsión espontánea del producto", o sea, ocasionó el aborto. Por tanto la causa básica es O22.3 y es Obstétrica Directa.
(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

=====
Comentarios - Roberto Becker/OPS

Estoy de acuerdo con O22.3, causa obstétrica directa.

=====
Se añade la respuesta recibida de México, 3 minutos después de haber circulado la respuesta (de esa vez no se trató de "lapsus calami"...):

"I a) Choque cardiogénico R57.0

b) Tromboembolismo de ramas gruesas y finas con infartos pulmonares bibasales O88.2

c) Trombosis venosa del plexo útero ovárico izquierdo O22.3

d) Varices del plexo venoso útero ovárico. O22.0

II Aborto de 10.4 semanas O06.7

Por Principio General la Causa antecedente originaria es O22.0. Para este caso en particular la causa básica es O88.2 Embolia de coágulo sanguíneo, obstétrica, por Regla E; ya que se trata de un estadio avanzado de la enfermedad tromboembólica que ocurre en el embarazo. También se podría seleccionar como causa básica O06.7 (Aborto completo o no especificado complicado por embolia), sin embargo de acuerdo con la información adicional y por haber sido anotado en la parte II, parece haber sido una consecuencia de la enfermedad tromboembólica más que una causa de esta última, por lo cual preferimos O88.2.

No es posible codificar en O99.4, (ver nota de exclusión en O99.4); la causa básica tampoco sería O22.3, ya que es un estadio precoz.
(Luis Manuel y Angela Santillán Chávez/CEMECE - México)

Comentarios - Roberto Becker/OPS

Tienen razón Luis Manuel y Angela en sus comentarios y razonamientos. El código más correcto para la causa básica es O88.2.

Sobre considerarse como causa obstétrica directa o indirecta, ver Forum-CIE/R46, del 29/11/2000, donde se listan los códigos a ser considerados como causa obstétrica directa o indirecta. En el caso, tanto O22.- como O88.- son obstétricas directas.

=====

Consulta C099/02/02
(de Cuba)

Con la Hepatitis viral hay dudas de cuando usar el B94.2, pues la secuencias más frecuentes son de este tipo:

1 - Ia) Encefalopatía días
 b) Cirrosis hepática meses
 c) Hepatitis infecciosa años

2 - Ia) Encefalopatía
 b) Cirrosis hepática
 c) Hepatitis viral B

En ninguno de los dos casos se está en presencia de Secuela de Hepatitis pues la cirrosis es una entidad en si misma, pero en el primer caso el Indice manda a considerarla como B15.9 (hepatitis A), sin embargo esta forma que rara vez evoluciona hacia la cronicidad o hacia la Cirrosis, y además ocurrió hace años, (cualquier cantidad), el médico simplemente no fue explícito o no pudo precisar si fue B o C u otra. Qué hacer? Codificar B18.8? En el 2do caso, aún en ausencia del intervalo de tiempo, el hecho de estar presente la Cirrosis parece mas lógico codificar la Hepatitis crónica como causa básica. Que opinan? Por último, cuando se codifica Secuela de Hepatitis? Cuando solo se informe Insuficiencia hepática? Que otras entidades pueden indicar la codificación de Secuela?

=====
R099/02/02

En los casos, falta información por parte del Profesional que omitió especificar, en el 1º caso:

Tipo de hepatitis Viral
Insuficiencia Hepática
y en el 2º caso:

La cronicidad de la Hepatitis

Pero en los dos casos, se menciona la Cirrosis como lesión hepática crónica, consecuencia de las Hepatitis Virales. Además de la Cirrosis, aparece la Encefalopatía, pudiéndose presumir que estamos en presencia de Secuelas de Hepatitis Virales. La Regla F, nos da, finalmente, la posibilidad de asignar el código B94.2, para los dos casos.-

(Lidia Turina/CNCE - Argentina)

La secuencia es lógica, una Hepatitis Infecciosa lleva después de cierto tiempo a Cirrosis Hepática.

No hay ninguna información sobre cual el tipo de virus y tampoco si la Hepatitis Infecciosa (años) estaba presente en el momento de la muerte. Podemos interpretar que la hepatitis ocurrió en el pasado y evolucionó para cirrosis, siendo que el cuadro infeccioso desapareció.

En ese caso, si se acepta ese raciocinio, estaremos en la presencia de una secuela, cuyo código es B94.2. (Se podría discutir porque no codificar la "cirrosis" que, en el caso es la secuela de la hepatitis).

Admitiéndose que la hepatitis infecciosa esté aún activa, en nuestra opinión, el mejor código sería el B19.9.

Sin embargo, hay dos cuestiones:

- Hepatitis Infecciosa es obligatoriamente viral. Por la frecuencia.
- no estamos de acuerdo con la orientación del índice que, en ese caso, manda para B15.9 (que es hepatitis A).

(Ruy Laurenti y equipo del CBCD - Brasil)

Caso 1

- I a) Encefalopatía días
- b) Cirrosis hepática meses K74.6
- c) Hepatitis infecciosa años B15.9

El registro del certificado es incompleto porque debió haberse especificado que se trataba de Hepatitis crónica por el tiempo de evolución. No obstante, es claro que la CIE dispone de una regla y notas para codificar como causa básica B94.2 Secuelas de hepatitis viral. Cabe señalar que los términos entre paréntesis pueden estar presentes o ausentes y este no modifica el código final, por tanto el B18.8 no procede para este caso, ya que el índice cada vez que se reporte la hepatitis infecciosa (aguda) (crónica) (subaguda) se debe asignar el código B15.9. Si se hubiera registrado hepatitis viral crónica el código sería B18.9.

Caso 2

- I a) Encefalopatía
- b) Cirrosis hepática K74.6
- c) Hepatitis viral B B16.9

En este caso es más difícil aplicar la regla F. La cirrosis se puede presentar acompañando a una hepatitis crónica.

El tiempo de evolución puede ser menor de un año.

El médico no especifica que la hepatitis curó dejando como secuela a la cirrosis.

El codificador debe investigar con el certificante para poder aplicar la regla F; en caso de que no sea posible sólo puede seleccionar como causa básica B16.9.

¿Cuándo se codifica secuela de hepatitis? Yo recomendaría en orden de importancia:

- 1) Cuando se especifique como tal por el médico
- 2) Cuando se precise que la enfermedad ya había curado o esté inactiva y la muerte fue por la afección considerada como secuela.
- 3) Cuando se trate de una enfermedad crónica, presente un año o más después de afecciones que tienen categorías como secuelas.

El problema más importante radica en la presentación de las estadísticas resultantes. Las listas condensadas no toman en cuenta estos casos y, en consecuencia, un buen número de defunciones por secuelas de este tipo no estaría consignadas en el rubro correspondiente: Por ej. Hepatitis viral agrupa sólo B15-B19, cuando debería contener también a B94.2.

(Luis Manuel Torres Palacios y Angela Santillán Chávez - México)

=====

Comentarios - Roberto Becker/OPS

Particularmente estoy de acuerdo en codificar como secuela en ambos casos, aceptando la secuencia. Si en el primer caso aceptamos la cirrosis como secuela es en la suposición de que más probablemente se trata de hepatitis B, C, D o E, y no la A, como lo menciona Ana Consuelo en su consulta. De esa forma, si tenemos la información sobre el tipo en el segundo ejemplo, no hay porque codificar de forma distinta. Se podría llegar a la cirrosis, como consecuencia

de la hepatitis (Regla 3), pero dado que existe código para secuelas de hepatitis viral, por Regla F llegamos a B94.2. De hecho hay algunos problemas con el índice en lo que se refiere a hepatitis. En inglés, portugués y español, el índice indica B15.9 para hepatitis infecciosa. En francés la indicación es "voir hépatite virale", en donde se llega a B19.9. Por frecuencia, la etiología infecciosa más probable para una hepatitis será un virus, pero no necesariamente el A. El término "hepatitis infecciosa" por un largo tiempo fue usado como sinónimo de Hepatitis viral tipo A, como enfermedad de transmisión hídrica y también por alimentos. La de tipo B era más frecuentemente llamada de "hepatitis por suero homólogo", dado que su forma más conocida de transmisión era por transfusión. Hoy en día el conocimiento sobre las hepatitis virales se ha ampliado mucho. Aparentemente la CIE mantiene esas y otras denominaciones, si ya no como principales, pero aún como términos de inclusión o entradas en el índice. La verdad es que cualquier hepatitis viral es infecciosa, así como hepatitis por cualquier etiología que sea infecciosa, inclusive amebiana. Una vez más nos encontramos con los problemas de la nomenclatura de las enfermedades.

Con los procesos de actualización de la CIE-10 definidos en los últimos años (ver Forum-CIE/3 - Actualizaciones CIE-10, circulada el 19/02/1999), esperamos poco a poco corregir ese y otros problemas de nomenclatura en la CIE. (ver también Forum-CIE/R82/08/01, circulada el 29/09/01)

Finalmente, las dos últimas partes de la consulta:

1) Cuando se codifica secuelas de hepatitis: Tal como ha sido mencionado, la regla F nos da la orientación.

2) Que otras entidades pueden indicar la codificación de Secuela [de hepatitis]: no hay mucha referencia en la literatura sobre "secuelas de hepatitis". Lo que se menciona, además de insuficiencia hepática, es la cronicación, la cirrosis y el hepatocarcinoma. Sobre ese último, a pesar de que en la CIE no se acepta el cáncer de hígado como consecuencia de una hepatitis viral, la discusión sigue abierta. En ese caso, vale también la pregunta: Si acaba por aceptarse, debería codificarse en hepatitis o en secuelas de hepatitis?

=====

Estimados amigos

Con motivo de llegar al número 100 de las consultas regulares al Forum-CIE, les invito a visitar la página centenaria de la OPS:

<http://www.paho.org/English/DPI/100/english.htm>

=====

Consulta C100/04/02

(de Argentina)

Cesárea repetida

En la Reunión de la CNCE (Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades), surgió la siguiente duda:

Cuando aparece como único diagnóstico de Egreso "Cesárea repetida", el Índice nos remite (pag. 92) al código O82.0, sin embargo, el Vol. 2 pag. 121, describe que estos códigos (O80-O84) deben limitarse a los casos en los cuales la única información registrada es un parto o un método de parto; ahora bien, la cesárea repetida podría interpretarse como cesárea por cesárea anterior? en cuyo caso el código correspondiente sería O34.2, o cual sería la interpretación correcta de la cesárea repetida?

=====

R100/04/02

A mi juicio, el problema básico es que se colocó un procedimiento como diagnóstico y la solución sería pedirle al médico que indique por qué se practicó la cesárea. Si esto no se puede lograr, entonces el código que debe usarse es O82.0. No existe una contradicción con el Volumen 2 o con la nota que figura bajo O80-O84 puesto que no hay un diagnóstico.

En una época, se decía "una vez cesárea, siempre cesárea". Ahora, por supuesto, hay muchas mujeres que tienen un parto vaginal posterior a una cesárea previa. Por lo tanto, no creo que se puede asumir que la cesárea anterior es lo que ocasionó la cesárea actual, aunque probablemente lo sea. Como un control de calidad de la codificación (y de la expresión del diagnóstico) se podría analizar los casos donde la afección principal lleva un código de O82.-
(Carol Lewis - USA)

Estoy de acuerdo con la utilización del código O34.2 (Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa) ya que es preferible al código que describe el método de parto (O82.0) de acuerdo a la nota referida. Sin embargo, sería importante consultar al médico tratante para investigar si la cesárea se efectuó por el antecedente de otro parto por cesárea o por alguna otra complicación más específica que permita la utilización de otro código del capítulo XV.
(Humberto Rocha Sánchez/IMSS Integrante del CEMECE México)

Yo no sé bien como entender "Cesárea repetida", pero así está reflejada en el código O82.0. Aunque la anotación del Vol.2 página 121 dice que se utilice otro código para describir la afección principal, también dice que si no existe otra información, se codifique el procedimiento (ejemplo 22).
(Sara Cerdeira - Galicia-España)

El Centro Brasileiro (CBCD) entiende que lo más apropiado sería O82.0 que incluye "cesáreas repetidas SAI".
El O34.2 se refiere a una atención prestada a la madre por cicatriz debida a cesárea anterior. No dice que hubo cesárea en aquel momento, mas si una "atención" que podría ser por eventración, queloides, etc.
(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

En nuestro país se usan los términos cesárea repetida, cesárea por cesárea previa o anterior, cesárea iterada y cesárea reiterada para significar lo mismo, la operación cesárea se realiza de manera electiva debido a que hubo uno o más partos anteriores por cesárea. El índice nos debiera llevar al mismo código en todos los casos (O34.2), este código sería el de elección para codificar la afección principal en morbilidad, pudiéndose utilizar el O82.0 como código adicional para indicar que la "atención materna" fue un parto por cesárea.
(Miguel Ángel/CECUCE - Cuba)

=====

Comentarios - Roberto Becker/OPS

De las cinco opiniones recibidas, 2 indican codificarse en O34.2 y 3 en O82.0. Considerando estrictamente los términos que aparecen en la consulta y que no hay posibilidad de información adicional, mi recomendación es codificar el caso en O82.0.

Estoy de acuerdo con que "cesárea repetida" tiene el mismo significado que expresiones similares, como lo menciona Miguel Ángel. También estoy de acuerdo con Humberto, de que debería preferirse un código que indicara alguna afección o problema y no simplemente el tipo de parto. El problema es que no existe esa información y no podemos suponer.

Asimismo, como se trata de un egreso hospitalario y no una defunción, en ese caso no hay problema en codificar el procedimiento, ya que el mismo que tiene implícita la situación que lo ha determinado: un nacimiento/un parto. La misma cosa pasa con mucha frecuencia con los partos normales.

O34.2 se refiere a la atención materna (no necesariamente en el momento del parto y no necesariamente resultando en nueva cesárea) por la presencia de cicatriz de cesárea previa. Tampoco se menciona que hubo la atención por una cicatriz.

Por esas razones, concuerdo con lo planteado por Carol, Sara y Ruy. Además, el índice alfabético nos indica directamente el O82.0.

=====
C101/04/02
(de Argentina)

La consulta se debe a que no coincidimos en la interpretación de la nota de la pag. 553 del Volumen 3 de la CIE-10 para codificar: " Fibrosarcoma de Páncreas"

Nota: Para los tumores del tejido conjuntivo (aponeurosis, bolsa sinovial, ligamento, músculos, nervios periféricos, nervios y ganglios simpáticos y parasimpáticos, tendón, vasos sanguíneos, etc.) o tumores de tipos morfológicos que indican tejido conjuntivo, codifique de acuerdo con la lista bajo "Tumor, tejido conjuntivo"; para sitios que no aparecen en esa lista, codifique en tumor del tejido (?) mencionado, por ejemplo:

Fibrosarcoma de páncreas C25.9

Leiomiomasarcoma de estómago C16.9

Los tipos morfológicos que indican tejido conjuntivo aparecen en el lugar correspondiente del Índice alfabético, con la instrucción "ver Tumor, tejido conjuntivo...."

De acuerdo con esta nota puede interpretarse que el código que corresponde es C49.9 "Tumor maligno de tejido conjuntivo" donde prima la morfología. Sin embargo en la misma nota el ejemplo indica C25.9 , tumor maligno por localización.

=====
R101/04/02

En mi opinión la nota referida de la página 553 del volumen 3 de la CIE-10 debe interpretarse de la siguiente manera:

Nota: Para los tumores del tejido conjuntivo (aponeurosis, bolsa sinovial, ligamento, músculos, nervios periféricos, nervios y ganglios simpáticos y parasimpáticos, tendón, vasos sanguíneos, etc.) o tumores de tipos morfológicos que indican tejido conjuntivo, codifique de acuerdo con la lista bajo "Tumor, tejido conjuntivo"; para sitios que no aparecen en esa lista, codifique en tumor maligno del tejido mencionado, por ejemplo:

Fibrosarcoma de páncreas C25.9

Leiomiomasarcoma de estómago C16.9

Siendo correcto el código C25.9 para el fibrosarcoma de páncreas.

El C49.9 se reserva para cuando la información disponible es tumor maligno de tejido conjuntivo.

(Humberto Rocha Sánchez/IMSS e Integrante del CEMECE México)

Se debe seleccionar en primer lugar por sitio anatómico antes que el término morfológico. Como refleja el volumen 1 en la página 1118, tercer párrafo, "...cuando no se indica el sitio del tumor en el diagnóstico deben usarse los códigos referidos a los términos morfológicos...", entre otras razones, por que la morfología es coincidente en diferentes tumores y órganos.

Fibrosarcoma de páncreas: C25.9

(Sara Cerdeira-Registro de Mortalidad-Galicia)

Es correcta la observación, por mi parte había sustituido la palabra "tejido" por "sitio" pues es a lo que se esta refiriendo. Ver la versión en Portugués donde se menciona "sitio" no "tejido" en correspondencia con los ejemplos. La versión en Inglés está bien, el error está en la versión en Español. Además, este problema viene desde la CIE-9 con uno de los ejemplos que aparece en la misma nota.(Leiomiomasarcoma de estómago)

(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

Al parecer en la nota del vol. 3 pág. 553 de la versión en español hay un error que produce esta contradicción entre el contenido de la nota y el ejemplo que se expone. Creo que debiera decir "... para sitios que no aparezcan en la lista, codifique en tumor del sitio mencionado..."

En las versiones en inglés y portugués que consultamos, esta nota está en correspondencia con el ejemplo:

Inglés: "... for sites that do not appear in this list, code to the neoplasm of that site ..."

Portugués: "... para localizações, que não constam desta lista codifique em Neoplasia dessa localização..."

(Miguel Ángel/CECUCE - Cuba)

=====

Comentarios - Roberto Becker/OPS

Gracias Ana Consuelo y Miguel Ángel por aclarar el problema. De hecho, se trata de un error de la versión en español. La nota de referencia debería mencionar SITIO y no TEJIDO.

Para complementar, la forma como aparece en la versión francesa, igualmente refiriéndose a "sitio":

"... pour les sièges qui ne figurent pas dans la liste, choisir le code de la tumeur correspondant à ce siège ..."

Favor de corregir la nota de la página 553 del Volumen 3.

=====

C102/04/02

(de México)

1. ¿Porque no se incluyó diabetes mellitus con desnutrición en el apartado 4.1.11 Notas para usar en la codificación de la causa básica de la defunción del volumen 2, ya que el índice nos conduce a este tipo de asociación?. Sin embargo no hay elementos para su aplicación cuando se busca la asociación en el índice "desnutrición con diabetes mellitus", como tampoco alguna nota dentro del volumen 1 a nivel de grupo o categoría para codificar como desnutrición con diabetes mellitus, excepto por el término de inclusión el la categoría E12.-

2. En los siguientes ejemplos ¿Cuál sería el procedimiento adecuado?

E10, E11, E13, E14.- con mención de E40 - E46.- codifique E12.-

E40 - E46.- con mención de E10, E11, E13, E14 codifique E12.- o E40-E46.

=====

R102/04/02

Hay varias asociaciones dadas por el índice (Volumen 3) y en la lista tabular (Volumen 1) que no están en 4.1.11.

(Ruy Laurenti/CBCD)

Si nos guiamos por el Índice alfabético, indica que la asociación se establece partiendo de la Diabetes como causa básica inicialmente seleccionada (CAO), no ocurre lo mismo si parto de seleccionar la Desnutrición donde no indica asociación con la Diabetes como ya se planteó. Sin embargo en el Vol. 1, la Nota de inclusión de la categoría E12 dice: Incluye: desnutrición relacionada con la diabetes mellitus. En este caso, pareciera que estando presente las dos entidades, independientemente de cual sea la causa básica inicialmente seleccionada, (CAO) debo establecer la asociación. Teniendo en cuenta que la Diabetes tiene limitaciones en los altamente improbables y justo entre las causas que puedo aceptar dando diabetes aparece la desnutrición, aceptaría codificar E12.- cuando la diabetes aparezca como causa básica y la desnutrición se mencione en cualquier parte del certificado o cuando la desnutrición aparezca explícitamente indicada como causa de la diabetes.

Ahora bien, sobre este tipo de problema, aprovecho para ejemplificar otras situaciones similares: Vol. 2, pag 51, F10.- solo aparece la asociación con mención de Enfermedad alcohólica del hígado, codifique en K70.-. Me pregunto: Y la gastritis alcohólica? (K29.2) Y la Cardiomiopatía alcohólica? (I42.6) y la polineuropatía alcohólica (G621)?

(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

1.- Al parecer no todas las asociaciones (Regla C) aparecen en la nota 4.1.11 del vol. 2, sino que podemos encontrarlas también utilizando el índice alfabético. Coincidió en que tanto el índice como las notas podrían ser más explícitos sobre qué hacer cuando tengamos desnutrición con mención de diabetes mellitus.

2.- En los dos casos lo llevaría a E12.-

La categoría E12.- en su título plantea "Diabetes mellitus asociada con desnutrición" y como término de inclusión aparece la otra opción "desnutrición relacionada con diabetes mellitus"

Miguel Ángel (CECUCE-Cuba)

La categoría (E12), se refiere exclusivamente a la desnutrición producto del desequilibrio de los constituyentes en la dieta del diabético.

En respuesta a la consulta efectuada por México, interpreto que en el apartado 4.1.11, no hay indicación de asociación entre la Diabetes y la Desnutrición, porque la CIE 10 prevé una categoría específica para indicarla cuando la desnutrición proteínocalórica es producto de una dieta insuficiente. Respondiendo al punto 2, considero adecuado el procedimiento aceptando E10, E11, E13, E14 con mención de E40-E46, E12.-

E40-E46, con mención de E10, E11, E13, E14, codificar E12.-

El índice debería llevarnos así:

Desnutrición

- asociada con la Diabetes E12.-

(Lidia Turina/CNCE - Argentina)

En el caso de la diabetes (E10, E11, E13, E14) con mención de E40-E46, pienso que el código a utilizar sería el E12.- ya que en la página 150 del volumen 3 aparece "diabetes asociada con la desnutrición (insulinodependiente) (no insulinodependiente) asignándole el código E12.-

En el caso de E40-E46 con mención de E10, E11, E13, E14, efectivamente no aparece asociación entre desnutrición y diabetes mellitus por lo que creo que el código que se debería utilizar es E40-E46.

Un saludo,

(Marisa Redondo Cornejo - Asturias-España)

=====

Comentarios - Roberto Becker/OPS

Queda claro que el apartado 4.1.11 no indica todas las asociaciones que se pueden encontrar en el índice y/o en la Lista tabular. La asociación de diabetes y desnutrición podría estar mencionada, así como muchas otras.

En mi opinión, la descripción de la categoría E12: "Diabetes mellitus asociada con desnutrición" y la nota de inclusión: "Incluye: desnutrición relacionada con diabetes mellitus", establecen claramente que entre las dos, siempre deberemos seleccionar E12.- como causa básica. No importa el hecho de que la desnutrición sea la Causa Antecedente Originaria. Ese tipo de situación aparece muchas veces en el proceso de selección de causa básica.

En el caso estoy de acuerdo con Miguel Ángel y Lidia Turina.

Contestando específicamente el punto 2 de la consulta:

E10, E11, E13, E14.- con mención de E40 - E46.- codifique E12.-

E40-E46 con mención de E10, E11, E13, E14 codifique E12.-

En cuanto a la inclusión de la entrada específica en el índice, planteada por Lidia Turina, la idea es correcta y tal entrada deberá aparecer en las próximas impresiones del Vol. 3.

=====

C103/04/02

(de Argentina)

Infección VIH

Si buscamos en el Volumen 3, Infección VIH (pag. 301), la CIE nos indica "ver Enfermedad VIH".

La CNCE recuerda que en una reunión en la que contamos con su presencia, hace ya varios años, nos informó que era un error de la CIE 10 y que debía interpretarse como VIH + asintomático (Z21). Sabiendo que el estadio más grave de la Infección por VIH es el SIDA, y que muchas veces nos encontramos con Diagnósticos Infección por VIH, debemos seguir interpretando lo mismo?.

=====
R103/04/02

La entrada en el Índice Alfabético para Infección, inmunodeficiencia humana (HIV) después de la indicación de "ver también (palabra clave) Enfermedad, VIH dice:

- - - aguda, síndrome de B23.0
- - - asintomática Z21

Cual de estos dos códigos debe usarse dependerá de lo que indica el médico (lo preferible) o lo que la documentación indica en cuanto si hay una infección aguda o si se trata de un caso de VIH positivo sin ninguna sintomatología. (Carol Lewis - USA)

Infección VIH:

La infección por VIH no es, necesariamente enfermedad por el VIH (SIDA). El índice manda al B24 (es enfermedad) pero hay una indentación que informa "asintomático" Z21.

Cuando hay infección VIH, sin ninguna información de que existe la enfermedad el código es Z21.

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Yo considero que esa codificación es para morbilidad y no para mortalidad, dado que la persona que muere por infección VIH ciertamente tendrá presente otras afecciones que podrían ser codificadas en B20-B23. Si este es el caso, en especial registros hospitalarios, se supone que el paciente tendrá manifestaciones de la infección que podrán ser codificadas. Si se tratara de prueba de laboratorio, un código para infección inespecífica por VIH sería aplicable.

(Yvette Holder - Trinidad & Tobago)

En el Índice en Español aparece Infección VIH y manda a ver Enfermedad VIH, es decir hace equivalentes ambas expresiones. En el Índice en portugués, aparece Infección HIV [Virus de inmunodeficiencia adquirida] B24, es decir lo hace sinónimo, pero aquí hay indentaciones que permiten ver mas claro el problema, aparece, entre otras

Virus

- HIV

- - asintomático Z21

Por tanto, Infección VIH lo asumiría como enfermedad y solo cuando este especificado "asintomático" codificaría en Z21 Además frente a un certificado de defunción donde aparezca como causa básica, también codificaría igual aunque no conociera lo que dice la versión en portugués. Ya para un egreso vivo, no resulta tan claro, pero obviamente, la decisión que tome en un caso debo mantenerla. Creo que también es importante lo que cada codificador conozca de como "sus médicos se expresan" esto ayuda mucho para poder interpretar correctamente determinadas situaciones cuando los libros presentan dudas y no tenemos la posibilidad de aclararlo con el certificante. Por que no rectificar el Índice en español como esta en portugués?

Si llama la atención que la versión en ingles no presenta esta situación.

(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

Según la definición del término infección (Penetración, desarrollo o multiplicación de un agente infeccioso en el organismo de una persona o animal), éste no es sinónimo de enfermedad, pudiendo existir infección asintomática, infección inaparente y estados de portador, en los cuales hay infección pero no enfermedad. Aplicando esto al VIH, puede existir infección

por VIH sin que existan los criterios para catalogar al paciente como enfermo de SIDA.

Al buscar infección en el índice alfabético por cualquier microorganismo o localización, éste nos manda a un código de enfermedad, lo cual me parece lógico ya que cuando el médico certifica infección seguramente se está refiriendo a la infección manifiesta, pero con el VIH debiera ser diferente debido al gran período de tiempo en el cual el paciente puede estar infectado pero sin síntomas de enfermedad. Entonces se pudiera sustituir la referencia cruzada "-ver Enfermedad, VIH" por "ver también" y agregar indentaciones (tales como se hace en la versión en portugués) donde aparezca el término asintomática. Ahora, ¿cómo asumir cuando solamente el diagnóstico sea Infección por VIH? En un certificado de defunción tendría más posibilidad de ser un enfermo, pero en morbilidad pudiera tratarse de otras situaciones. Todo esto está relacionado además con la forma de expresarse los diagnósticos por los médicos de cada región o país y habría que llegar a consenso.

(Miguel Ángel/CECUCE - Cuba)

=====
Comentarios - Roberto Becker/OPS

Creo que las respuestas recibidas son todas coherentes y complementarias. Asimismo, el problema parece muy bien planteado por Yvette y por Miguel Ángel. Si se trata de defunción, lógicamente no se usaría simplemente Z21 (infección asintomática) que, además no puede ser usado como causa básica (Capítulo XXI). En ese caso la codificación podría ser hecha en B23.0 o B24. De la misma manera, si existe una internación hospitalaria y el único diagnóstico es "Infección por VIH", tenemos que usar otro código y no Z21. En la CIE-10, los siguientes son los códigos donde hay mención explícita al VIH (inclusiones):

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

F02.4* Demencia en la enfermedad por VIH (B22.0+)

R75 Evidencias de laboratorio del VIH

Z11.4 Examen de pesquisa especial para el VIH

Z20.6 Contacto con y exposición al VIH

Z21 Estado de infección asintomática por el VIH

Z71.7 Consulta para asesoría sobre el VIH

Z83.0 Historia familiar de infección por el VIH

En cualquier situación debemos buscar el máximo de información posible antes de codificar. Con la "mejor y más completa" información posible, entonces, buscamos el código que refleje mejor la situación.

Lo que aparece en la formulación de la pregunta sobre error de la CIE, se refiere a que en varios casos es mencionado el término "Infección", cuando debería aparecer "Enfermedad" y viceversa. Ese tema también fue discutido en Forum/CIE/082/08/01, circulada el 20/09/2001.

Hay mucha terminología/nomenclatura inadecuada en la CIE, como también problemas y errores en los índices, en todos los idiomas.

Esos son algunos los problemas que poco a poco esperamos corregir y para eso la participación y colaboración de todos ustedes es siempre de fundamental importancia.

=====
C104/04/02

(de Argentina)

Como codificar "Depresión del Sensorio" que es una expresión que frecuentemente utilizamos en Argentina. Inicialmente lo habíamos adjudicado a R41.8 "Otros síntomas y signos que involucran la función cognoscitiva y la conciencia y los no especificados". Pero nos surge la duda de si no sería más adecuado utilizar G31.8 "Otras enfermedades degenerativas especificadas del sistema nervioso". Que opinan?.

=====
R104/04/02

"Depresión del Sensorio" que en portugués sería "depressão sensorial" es una expresión que no hemos visto. No lo codificaríamos en G31 (Enfermedad degenerativa) pues, para nosotros "depresión" no indica enfermedad degenerativa del Sistema Nervioso. El término, como está, es "mal definido". Creemos muy importante que se consulten a los médicos para que definan exactamente de que se trata.

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

No conocía esta expresión, pero por lo que he podido averiguar me parece más adecuado R41.8. El G31.8, que se refiere a enfermedades degenerativas, es decir son entidades más específicas en cuanto a etiología y manifestación, me parece demasiado específico para este caso, no obstante, creo que es esencial saber exactamente como lo utilizan los médicos allá, a que se están refiriendo, ello puede permitir una interpretación diferente.

(Ana Consuelo/CECUCE - Cuba)

Me parece más adecuado el R41.8, esta expresión, utilizada con frecuencia en pediatría, no identifica una entidad como tal, significando algún grado de toma neurológica.

(Miguel Ángel/CECUCE - Cuba)

Esos tipo de casos deben ser aprovechados para establecer contacto con los médicos responsables del registro, después de lo cual se puede establecer la descripción correcta de los términos y mejorar la codificación.

Si por sensorio se entiende conciencia, entonces está bien codificar R41.8, pero otra opción podría ser R29.8 si se interpretara como disminución de la respuesta refleja a estímulos de diversos sentidos.

G31.8 no se debe utilizar porque en este código se ubican enfermedades degenerativas, en las cuales la depresión del sensorio sólo es una manifestación (signo o síntoma)

(Luis Manuel/CEMECE - México)

=====

Comentarios - Roberto Becker/OPS

Estamos todos de acuerdo y las respuestas recibidas ofrecen el razonamiento.

"Depresión del sensorio" se codifica como "mal definido" (signos y síntomas) en R41.8

=====
C105/04/02
(de Cuba)

Aquí le envío lo que considero un caso muy interesante, teniendo en cuenta todo esto de hasta cuando se puede o debe codificar SECUELAS 79 años

- a) Insuficiencia respiratoria aguda..... minutos
- b) Bronconeumonía bacteriana..... 10 días
- c) Úlcera y escaras de decúbito..... años
- d) Invalidez total con encamamiento post interrupción de embarazo.. 40 años

La tenemos clasificada en O97, pero es muy parecido que el caso de la apendicitis que le envié, que también tenía 40 años de operado (en este caso no hay código para secuela). El O97 dice: Muerte por cualquier causa obstétrica directa que ocurre 1 año o más después del parto, (que yo plantee fuera después de la terminación del embarazo, para incluir los problemas de abortos, como es este caso), no tiene límite superior de tiempo (lo mismo que el concepto de secuela de otras enfermedades). Codificamos como lo tenemos, o lo llevamos a Neumonía hipostática??!!, o a úlcera de decúbito??!! o en Y y T (secuelas), (averiguando lo que se supone ocurrió, que fue un problema anestésico?)

=====
R105/04/02

La secuencia es lógica y el médico informó muy bien. La CIE-10 prevé algunos códigos para secuelas (ver 4.2.4 volumen 2). La úlcera y escaras de decúbito, a rigor no son secuelas, pues están activas. Mismo que el médico informase "secuela de escara de decúbito", no existe código para esa secuela y sería el código de escara. Puede parecer raro (por los 40 años) pero el código en el caso es O97.

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

La categoría O97 se debe aceptar como válida, de acuerdo a lo informado en el certificado, ya que la causa básica es la secuela de una causa obstétrica directa.- (Interrupción de Embarazo tiene asignaciones diversas, según se informó en R80/08/01, y donde Cuba dio las explicaciones pertinentes para la asignación de esta categoría). Dejaría de lado la categoría Y88 porque es un "supuesto".

(Lidia Turina/CNCE - Argentina)

Me parece que el código más adecuado es el O97. En la CIE se utiliza indistintamente para referirse al período comprendido para las definiciones relacionadas con las muertes maternas "después del parto" y "después de la terminación del embarazo". Por ejemplo en el vol.1 en la explicación bajo el título de la categoría O97 se utiliza "... un año o más después del parto", sin embargo, en el vol.2 acápite 4.2.3 al referirse a esta categoría se utiliza "... un año o más después de la terminación del embarazo"; esta última forma es la que creo debe utilizarse siempre. En la consulta 84 (R84/09/01) se llegó a consenso de utilizar Y88.3 para el caso de la apendicitis operada hace 40 años por no haber código para secuela de apendicitis, pero en el caso actual se debiera priorizar el código del capítulo XV.

(Miguel Ángel/CECUCE - Cuba)

No se puede suponer nada para asignar un código. Si no se logra obtener la información sobre los antecedentes específicos que causaron la invalidez después de una interrupción del embarazo, o sea el motivo por el cual se interrumpió la gestación, se debe asignar a O97 Muerte por cualquier causa obstétrica directa que ocurre un año o más después del parto.

(Yolanda Pérez Marcano - Venezuela)

=====
Comentarios - Roberto Becker/OPS Estamos todos de acuerdo en que la causa básica del caso presente es O97. En condificación múltiple hay varios códigos que se

podrían usar. (Ver también R80/08/01 y R84/09/01, como mencionado). En relación con los términos "parto" y "terminación del embarazo":

La palabra "parto" puede dar como primera idea un embarazo a término, con un producto nacido vivo, por vía vaginal. Sin embargo, también es correcto usar el término "parto" para nacidos muertos y también para cesárea.

En el otro lado, la expresión "terminación del embarazo" puede dar como primera idea que el embarazo no fue a término, que el producto nació muerto, incluso la idea de una "acción de terminar", tal como aparece en los diccionarios. Sin embargo, estoy de acuerdo con que la expresión "terminación del embarazo" pueda comprender todas las formas (normal, vaginal, operatorio) y productos (nacido vivo, mortinato, aborto). Parte de la confusión terminológica viene de las traducciones. Tradicionalmente la preparación de la versión de la CIE en español usa como base solamente la versión en inglés, mientras la preparación de la versión en portugués usa tanto la en inglés como la en francés. Obsérvese la siguiente subcategoría, en distintos idiomas:

Español	P96.4 - Terminación del embarazo, feto y recién nacido
English	- Termination of pregnancy, fetus and newborn
Português	- Interrupção da gravidez afetando o feto e o recém-nascido
Français	- Interruption de la grossesse, foetus et nouveau-né

Como idioma latino, la forma más adecuada para expresar en español la idea de P96.4, debería ser "Interrupción" que da más claramente la idea de que se cortó la continuidad de algo. Estoy de acuerdo con Ana Consuelo de que no es lo habitual considerar que los abortos están incluidos en "parto". Sin embargo, en ningún lugar se explicita que estén excluidos. De hecho, parto viene de "partu", del latín, acción o efecto de parir, del latín "parere", expeler o expulsar la hembra lo que ha concebido, lo que está en el útero: feto y secundinas.

La mejor manera de incluir todo podría ser "término del embarazo", con el sentido de "final", pero en ese caso se confundiría con "embarazo a término", expresión consagrada para significar embarazo con duración de 37 hasta 41 semanas. Creo que podríamos llegar a "un acuerdo", usando la expresión "FINAL DEL EMBARAZO" para incluir todo tipo de producto, nacido vivo (a término o no) nacido muerto (a término o no) y aborto, independientemente del tipo, parto vaginal, inducido, cesárea, asistido, o lo que sea. Qué dicen? (Ver también Forum-CIE/R80/08/01, del 24/09/2001)

C106/04/02

(de Argentina)

Al revisar los archivos de egresos encontramos numerosos problemas en la parte correspondiente a diagnósticos. Entre ellos uno importante es que en algunas provincias se está colocando la causa externa de la lesión, cuando la hay, en los campos correspondientes a "Otros diagnósticos" y no en el campo correspondiente a la causa externa. Otro problema es que hasta ahora nosotros consideramos que solamente corresponde asignar como diagnóstico adicional (optativo) de la causa externa cuando la lesión se informa como diagnóstico principal. Pero yo no puedo recordar de donde surgió ese criterio y no encuentro nada en la CIE que lo mencione. Pero en algunas jurisdicciones en donde se informa un diagnóstico principal y se acompaña como otro diagnóstico con la naturaleza de la lesión, también usan el código adicional de causa externa porque les interesa de todos modos esa información.

Otro problema es si siempre se deben privilegiar los traumatismos como afección principal?

Otra consulta: no nos ponemos de acuerdo en cuanto al código que corresponde a los siguientes casos:

Traumatismo de cráneo

Traumatismo craneal

Traumatismo craneoencefálico

Correspondería interpretarlos como Traumatismo intracraneal no especificado S06.9 o bien Traumatismo no especificado de la cabeza S09.9

=====

R106/04/01

En cuanto al llenado del informe de egreso, cuando existe un campo para la causa externa pero la causa externa se anota en la sección de "Otros diagnósticos" me parece que lo que hace falta es: 1. Averiguar por qué no se usa el campo específico. Cabe señalar que si se incluyen causas externas en la sección "otros diagnósticos" puede resultar en que no haya lugar para anotar los códigos de otros diagnósticos importantes.

Las Normas de Codificación de Australia establecen que hay una serie de afecciones causadas por hechos externos que se representan por códigos dentro de los capítulos I-XVIII. Para algunos de estos códigos no es necesario asignar un código de causa externa porque la información sobre la causa externa está incluida en el código de diagnóstico y por lo tanto un código de causa externa no agrega información adicional. Ejemplos son los códigos L23.0-L25.9, L55.0-L57.9, O86.0, O90.0-O90.2, P04.0-P15.9. 2. Introducir un programa de control de calidad (o incorporar el llenado del informe de egreso como un elemento de dicho control). En este último caso es importante comunicar los resultados de la evaluación a los responsables a fin de asegurar que no se pongan peritos en el error. Aunque en la práctica en muchos casos la lesión es el diagnóstico principal, yo no veo por qué no se puede asignar una causa externa cuando el diagnóstico no es el principal, por ejemplo, una reacción adversa a un medicamento administrado durante la hospitalización. Previa a la Octava Revisión las causas externas (clave E) se limitaban a la naturaleza de la lesión (clave N) lo que puede haber dado lugar al criterio que mencionas. Si se puede asignar más de un código de causa externa pero únicamente hay lugar para anotar un código, el código elegido debe ser el que más se relaciona con el diagnóstico principal. En relación a la pregunta si se deben privilegiar los traumatismos como afección principal, para mí lo que prima es la definición de diagnóstico principal. (Otro tema es como privilegiar las causas externas cuando hay más de una.) Para mí, traumatismo de cráneo y traumatismo craneal son sinónimos y yo, después de haber intentado conseguir un diagnóstico más específico, asignaría el código S09.9 que figura en el Índice Alfabético.

Traumatismo craneoencefálico a mi juicio implica que el cerebro está comprometido y, al no haber más detalles, lo codificaría S06.9.
(Carol Lewis - USA)

Dado que los diagnósticos de egresos hospitalarios, aunque se utilizan para conocer frecuencia y distribución de enfermedades, tienen como uso principal la investigación clínica y la gestión de los hospitales, tienen como requisito básico que el primer diagnóstico o diagnóstico principal sea el que mejor explique la estancia en el hospital, por lo tanto, en este caso será la naturaleza de la lesión. Esto es indispensable si se aplica el análisis de Grupos de Diagnósticos Relacionados por el consumo de recursos (DRG). Sin embargo, la causa externa debe aparecer entre los otros diagnósticos para que no se pierda la utilidad epidemiológica de estos datos.

En la CCSS, para facilitar la consulta a las bases de datos y las tabulaciones, hemos previsto que la causa externa aparezca siempre en la segunda posición o como segundo diagnóstico. Esto lo hacemos desde 1997, cuando adoptamos la CIE-10. Con las revisiones anteriores de CIE, teníamos un campo totalmente aparte al de los diagnósticos, para las causas externas con códigos locales de dos dígitos.

(Ligia Moya - Costa Rica)

Los diagnósticos de egreso hospitalario se refieren a la afección principal por la que el paciente recibió tratamiento. Diferentemente de mortalidad, para la hospitalización en los casos de "causa externa" lo que interesa es la naturaleza de la lesión (códigos S y T de la CIE-10). Así el paciente fue tratado, como ejemplo, de "fractura del fémur" y no de "caída de escalera". En el Brasil, hace poco más de 1 año, se codifica la naturaleza de la lesión (S y T) como causa principal y las circunstancias del accidente o violencia (códigos V, W, X y Y) como diagnóstico secundario. Creemos que en el país (Argentina) debería haber una norma y, principalmente, unificación en las diferentes provincias.

(Ruy Laurenti/CBCD - Brasil)

Yo tengo codificado traumatismo intracraneal en S06.9 por ser más específico que S09.9 el cual sirve para cualquier traumatismo de cualquier parte de la cabeza, incluyendo la cara.
(Yvette Holder - Saint Lucia)

Si el traumatismo es o no siempre el diagnóstico principal dependerá de como tengan definido "el diagnóstico principal al egreso". Relacionado con el motivo de ingreso?, relacionado con la que mas costo significó en su atención?, Relacionado con otros intereses del país o la institución? etc. Traumatismo es cualquier daño o lesión, interna o externa causado con la intervención de algún agente externo, pueden ser muy simples o graves y ello será un elemento a tomar en consideración para definir el diagnóstico principal al egreso. Por ejemplo, una persona sufre un infarto del miocardio, cae y se lesiona superficialmente. No parece lógico que en estos casos el traumatismo sea el "diagnóstico principal" pues su ingreso debe haberse realizado en una sala de cuidados intensivos para el tratamiento del infarto. En cuanto a la utilización del código de la causa externa, nosotros lo hacemos cuando el diagnóstico principal es un traumatismo. En cuanto a la codificación de traumatismo de cráneo, craneal, craneoencefálico, nosotros lo llevamos al S06.9. Si hay algo con lo que no estoy de acuerdo desde las CIE anteriores y es la referencia cruzada para estos casos Ver Fractura de cráneo o ver también Fractura de cráneo.
(Ana Consuelo Mesa/CECUCÉ - Cuba)

Las muertes violentas generalmente las asignamos a V01-Y98 Causas externas de Morbilidad y de Mortalidad - ver pág. 61, Vol.2 (Manual de Instrucciones) en donde se lee S00-T98 y adicionalmente usamos los códigos referentes a la naturaleza de la lesión que son estos mismos S00-T98 correspondientes al Capítulo XIX Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas. En Morbilidad (ver pág. 124, Vol. 2), se usarán como códigos principales S00-T98 del Capítulo XIX y como códigos adicionales a los del Capítulo XX (V01-Y98). En cuanto al código correspondiente a traumatismo craneal, opino lo siguiente: 1. Traumatismo cráneo, craneal, lo remite a ver también Fractura de cráneo S09.9. Se usará cuando únicamente aparece esta definición. Si ésta definición se acompaña de Fractura de cráneo, es entonces cuando se escoge el tipo específico e identificado plenamente por el código S02.9 2. Traumatismo craneoencefálico, es cuando están involucrados el cráneo y el cerebro (encéfalo) a la vez y se asigna a S06.9, a menos que se mencione una fractura del cráneo con traumatismo del encéfalo S02.9 (ver pág. 62, Vol. 2) 3. La subcategoría S09.9, la usamos cuando se refiere solamente a traumatismo de la "cabeza", de la "cara", de la "nariz" o del "oído", sin otra especificación adicional que lo modifique.
(Yolanda Pérez Marcano - Venezuela)

Este problema se debe a que los médicos no tienen cuidado en el registro. Además hay un desconocimiento sobre el significado del concepto de naturaleza de las lesiones y de las causas externas; también sobre los conceptos de afección principal y otras afecciones. Por ello es necesario difundir estos conceptos. Nosotros estamos recomendando fotocopiar las págs. 29 a 32 y 97 a 100 del Volumen 2 para difundirlas a los médicos y recientemente actualizamos una guía de autoaprendizaje para el llenado correcto del certificado de defunción que se está difundiendo mediante impresos y se pondrá en la página electrónica de la SSA. También es recomendable que en los hospitales, al menos una vez al año se revisen las estadísticas de la unidad, dentro del programa de sesiones clínicas y se señalen los problemas de registro. Para la codificación de traumatismos y causas externas en morbilidad la CIE-10 define los lineamientos en el Volumen 2 (págs. 103 y 123-124). Destaca:

- * Se debe codificar tanto la naturaleza de la lesión como la causa externa.
- * La afección principal debe ser la que describe la naturaleza de la lesión.
- * El código de la causa externa se utilizará como adicional opcional. En México sólo se codifica como afección principal la que describe la naturaleza de la lesión, pero algunas instituciones ya iniciaron la codificación adicional de la causa externa (de manera complementaria y para tener mayor información) a partir del 2002.

(Luis Manuel/CEMECE - México)

Cuando estamos codificando morbilidad utilizando la definición de afección principal, siempre la causa a seleccionar será la naturaleza de la lesión (ver notas de las páginas 103 y 124 vol. 2), la causa externa se recomienda registrarla como un código opcional adicional. Hemos sabido de otras definiciones para seleccionar causa única en morbilidad entre las que están razón de hospitalización, modificaciones a la definición de afección principal, afección básica (causa básica) y en estos casos podría tener prioridad la causa externa sobre el traumatismo. Si la pregunta se refiere a privilegiar para la codificación única los traumatismos sobre otras afecciones, la CIE no da orientaciones para ello, es el criterio de la persona a cargo de la atención del paciente lo que determina cual fue la afección causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación o la causante primaria del mayor uso de recursos. En cuanto a los códigos en conflicto yo asignaría: Traumatismo de cráneo - S09.9, Traumatismo craneal - S09.9, en estos dos casos así lo indica el índice. Traumatismo craneoencefálico S06.9, en este caso hay mención de lesión intracraneal, por lo que le doy prioridad según excepciones de la página 123 del vol. 2.

Miguel Ángel (CECUCE - Cuba)
