
Informe de la Conferencia Internacional para la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades

La Conferencia Internacional para la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades fue convocada por la Organización Mundial de la Salud en su sede de Ginebra del 26 de septiembre al 2 de octubre de 1989. A la Conferencia asistieron delegados de 43 Estados Miembros:

Alemania, República Federal de	Kuwait
Angola	Luxemburgo
Australia	Madagascar
Bahamas	Mali
Bélgica	Malta
Brasil	Mozambique
Bulgaria	Níger
Burundi	Países Bajos
Canadá	Portugal
Corea, República de	Reino Unido de Gran Bretaña e
Cuba	Irlanda del Norte
China	República Democrática Alemana
Chipre	Senegal
Dinamarca	Singapur
Emiratos Árabes Unidos	Suecia
España	Suiza
Estados Unidos de América	Tailandia
Finlandia	Uganda
Francia	Unión de Repúblicas Socialistas
Hungría	Soviéticas
India	Venezuela
Indonesia	
Israel	
Japón	

Las Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo y las Oficinas Regionales de la OMS enviaron representantes para participar en la Conferencia, y lo propio hicieron el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y otras 12 organizaciones no gubernamentales interesadas en registros del cáncer, sordera, epidemiología, medicina familiar, ginecología y obstetricia, hipertensión, registros sanitarios, medicina preventiva y social, neurología, psiquiatría, rehabilitación y enfermedades de transmisión sexual.

La Conferencia fue inaugurada por el Dr. J.-P. Jardel, Subdirector General, en nombre del Director General. El Dr. Jardel se refirió a las extensas consultas y al trabajo de preparación que han exigido las propuestas de revisión, las cuales prolongaron más de lo habitual el intervalo entre revisiones. Señaló que la Décima Revisión tendría un nuevo título, *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*, para poner de relieve su finalidad estadística y reflejar la ampliación de su campo de acción. No obstante, por comodidad se seguirá utilizando la sigla CIE. El Dr. Jardel se refirió también al nuevo sistema alfanumérico de codificación, que ha posibilitado un mejor equilibrio en el contenido de los capítulos y que ha dejado espacio para futuras adiciones y cambios, así como a la intención de producir un manual de la CIE basado en las categorías de tres caracteres con un índice alfabético para usar cuando no sea apropiada la versión más compleja y detallada de cuatro caracteres.

La Conferencia eligió a los siguientes miembros de la mesa directiva:

Dr. R.H.C. Wells, Australia (*Presidente*)
Dr. H. Bay-Nielsen, Dinamarca (*Vicepresidente*)
Dr. R. Braun, República Democrática Alemana (*Vicepresidente*)
Sr. R.A. Israel, Estados Unidos de América (*Vicepresidente*)
Dr. R. Laurenti, Brasil (*Vicepresidente*)
Dra. P. Maguin, Francia (*Relatora*)
Sra. E. Taylor, Canadá (*Relatora*)

La secretaría de la Conferencia quedó constituida del siguiente modo:

Dr. J.-P. Jardel, Subdirector General, OMS, Ginebra, Suiza
Dr. H.R. Hapsara, Director, División de Vigilancia Epidemiológica y Evaluación de la Situación Sanitaria y de sus Tendencias, OMS, Ginebra, Suiza
Dr. J.-C. Alary, médico jefe, Desarrollo de Servicios de Epidemiología y Estadística Sanitaria, OMS, Ginebra, Suiza
Dra. G.R. Brämer, funcionaria médica, Desarrollo de Servicios de Epidemiología y Estadística Sanitaria, OMS, Ginebra, Suiza (*Secretaria*)
Sr. A. L'Hours, funcionario técnico, Desarrollo de Servicios de Epidemiología y Estadística Sanitaria, OMS, Ginebra, Suiza
Profesor W. Jänisch, República Democrática Alemana (*Asesor temporero*)
Sr. T. Kruse, Dinamarca (*Asesor temporero*)
Dr. K. Kupka, Francia (*Asesor temporero*)
Dr. J. Leowski, Polonia (*Asesor temporero*)
Sra. R.M. Loy, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (*Asesora temporera*)
Sr. R.H. Seeman, Estados Unidos de América (*Asesor temporero*)

La Secretaría de la Conferencia fue auxiliada por representantes de otros servicios técnicos pertinentes de la sede de la OMS.

La Conferencia adoptó un programa de trabajo sobre el contenido propuesto de los capítulos de la Décima Revisión y el material que se incorporaría en el manual publicado; el proceso para incorporarlo, y la familia de clasificaciones y problemas relacionados con la salud.

1. Historia y desarrollo de los usos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)

Se recordó a la Conferencia la impresionante historia de una clasificación estadística que data del siglo XVIII. Si bien las primeras revisiones de la clasificación se concentraron únicamente en las causas de defunción, su alcance se amplió con la Sexta Revisión, en 1948, para incluir las enfermedades no mortales. Este movimiento continuó con la Novena Revisión, en la que se hicieron ciertas innovaciones para satisfacer las necesidades estadísticas de organizaciones sumamente diferentes. Además, en la Conferencia Internacional para la Novena Revisión (Ginebra, 1975) (1), se aprobaron las recomendaciones de publicar, a título de prueba, clasificaciones suplementarias de procedimientos en medicina y de deficiencias, discapacidades y minusvalías.

2. Examen de las actividades en la preparación de las propuestas para la Décima Revisión de la CIE

Las propuestas sometidas a la consideración de la Conferencia fueron el fruto de una intensísima actividad desplegada en la sede de la OMS y en todo el mundo. El programa de trabajo se rigió por las reuniones regulares de los directores de los Centros Colaboradores de la OMS para la Clasificación de Enfermedades. Las orientaciones normativas fueron trazadas en varias reuniones especiales y por el Comité de Expertos sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión, que se reunió en 1984 (2) y 1987 (3) para decidir con respecto a la dirección que debían tomar los trabajos y la forma de las propuestas definitivas.

Gran parte de las actividades preparatorias se dedicó a revisar radicalmente la idoneidad de la estructura de la CIE, que es en esencia una clasificación estadística de enfermedades y otros problemas de salud, para satisfacer una amplia gama de necesidades de recopilación de datos de mortalidad y de asistencia sanitaria. Se investigaron formas de estabilizar el sistema de codificación para limitar al mínimo los trastornos en las sucesivas revisiones, y se sondeó la posibilidad de obtener mejor equilibrio en el contenido de los distintos capítulos de la CIE.

Resultó evidente que, aun con una nueva estructura, una clasificación no podía satisfacer los aspectos extremos de las necesidades. En consecuencia, surgió el concepto de una “familia” de clasificaciones, construida en torno al núcleo de la CIE. De este modo, esta última se ocuparía de atender a las necesidades centrales de las estadísticas tradicionales de mortalidad y morbilidad, mientras que las necesidades de clasificaciones menos detalladas o diferentes, así como los asuntos relacionados, serían satisfechas por otros miembros de la familia.

Los Centros Colaboradores estudiaron varios modelos alternativos para la estructura de la CIE, pero descubrieron que todos ellos presentaban características poco satisfactorias y ninguno tenía ventajas suficientes sobre la estructura existente para justificar su reemplazo. Las reuniones especiales celebradas para evaluar la Novena Revisión habían confirmado que, si bien la estructura de la CIE resultaba inadecuada para ciertos usuarios en potencia, existía un gran contingente de usuarios satisfechos que consideraban que dicha estructura tenía muchos puntos fuertes intrínsecos, a pesar de sus evidentes incongruencias, y deseaban que conservara su forma.

Se revisaron diversos esquemas de notación alfanumérica con el fin de elaborar una base de codificación que impartiera un mejor equilibrio a los capítulos y dejara margen suficiente para adiciones y modificaciones futuras sin alteración de los códigos.

Las decisiones tomadas con respecto a estos asuntos allanaron el camino para la preparación de sucesivos borradores de las propuestas de capítulos para la Décima Revisión. Dichas propuestas se distribuyeron dos veces a los Estados Miembros para que éstos hicieran llegar sus observaciones, y también fueron examinadas por otras entidades interesadas, en reuniones de los directores de los Centros y por el Comité de Expertos. Un gran número de asociaciones internacionales de especialistas, profesionales y expertos a título personal, otros servicios de la sede de la OMS y las Oficinas Regionales han brindado consejos y orientación al servicio de la OMS encargado de la CIE y a los Centros Colaboradores acerca de la preparación de las propuestas y el material correspondiente que se sometería a la consideración de la Conferencia. La OMS expresó su profundo agradecimiento por esta inmensa ayuda.

3. Características generales y contenido de la propuesta de la Décima Revisión de la CIE

La principal innovación en las propuestas para la Décima Revisión fue el uso de un sistema de codificación alfanumérico consistente en una letra seguida de tres números en el nivel de cuatro caracteres. Gracias a ello, aumentó a más del doble el tamaño de la base de codificación en comparación con la Novena Revisión, y fue factible asignar a casi todos los capítulos una letra única o grupo

de letras, con la posibilidad de obtener así 100 categorías de tres caracteres. De las 26 letras del alfabeto, se utilizaron 25 y la U se dejó vacante para adiciones y enmiendas futuras, y para posibles clasificaciones provisionales que resuelvan las dificultades surgidas en los ámbitos nacional e internacional entre una revisión y la siguiente.

Como norma, algunas categorías de tres caracteres se han dejado vacantes para futuras ampliaciones y revisiones; su número varía según los capítulos: los basados principalmente en un eje de clasificación anatómico tienen menos categorías vacantes por considerarse que los futuros cambios en su contenido serían de carácter más limitado.

La Novena Revisión tenía 17 capítulos más dos clasificaciones suplementarias: la Clasificación suplementaria de causas externas de traumatismos y envenenamientos (clave E) y la Clasificación suplementaria de los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (clave V). Como lo recomendó la Reunión Preparatoria sobre la Décima Revisión (Ginebra, 1983) (4), con la ratificación de ulteriores reuniones, estos dos capítulos han dejado de considerarse suplementarios y ahora forman parte de la clasificación principal.

Originalmente, el orden de los capítulos en las propuestas para la Décima Revisión fue el mismo que el de la Novena; no obstante, para aprovechar mejor el espacio, los trastornos del mecanismo de la inmunidad se incluyeron después con las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, mientras que en la Novena Revisión formaron parte de las enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas. El nuevo capítulo sobre “Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad” aparece ahora a continuación del capítulo sobre “Tumores [neoplasias]”, con el cual comparte la letra D.

En el curso de la redacción de los primeros borradores del capítulo sobre “Enfermedades del sistema nervioso y los órganos de los sentidos” pronto resultó evidente que no sería posible dar cabida a los detalles necesarios bajo una letra en las 100 categorías de tres caracteres. Se decidió, por tanto, crear tres capítulos independientes: “Enfermedades del sistema nervioso” con la letra G, y los dos capítulos sobre “Enfermedades del ojo y sus anexos” y “Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides” comparten la letra H.

Asimismo, los capítulos sobre “Enfermedades del sistema genitourinario”, “Embarazo, parto y puerperio”, “Ciertas afecciones originadas en el período perinatal” y “Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas” se han agrupado sucesivamente como capítulos XIV a XVII.

Como consecuencia de la inclusión de las anteriores clasificaciones suplementarias en el cuerpo principal de la clasificación y de la incorporación

de dos nuevos capítulos, la Décima Revisión tiene un total de 21. Los títulos de algunos capítulos se han modificado para dar mejor idea de su contenido.

Cuando se propusieron cambios radicales de la CIE, se consideró apropiado llevar a cabo pruebas sobre el terreno. Esto sucedió con los siguientes capítulos:

V. Trastornos mentales y del comportamiento

XIX. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas

XX. Causas externas de morbilidad y de mortalidad.

Aunque los cambios de su contenido fueron menores, el Capítulo II, “Tumores [neoplasias]”, se sometió a algunas pruebas de campo.

He aquí algunas de las características nuevas de la Décima Revisión:

- Las notas de exclusión al inicio de cada capítulo se han ampliado para explicar la jerarquía relativa de los capítulos y para dejar claro que los capítulos de “grupos especiales” tuvieran prioridad de asignación sobre los capítulos de aparatos o sistemas y, además, que entre los capítulos relativos a grupos especiales, los correspondientes a “Embarazo, parto y puerperio” y “Ciertas afecciones originadas en el período perinatal” tienen prioridad sobre los demás.
- Asimismo, al principio de cada capítulo se presenta un resumen de los grupos de categorías de tres caracteres y, donde se juzga conveniente, aparecen las categorías de asterisco; la finalidad de esto es aclarar la estructura de los capítulos y facilitar el uso de las categorías de asterisco.
- Las notas de la lista tabular son aplicables a todos los usos de la clasificación; si una nota es válida únicamente para la morbilidad o para la mortalidad, se incluyen en las notas especiales que acompañan a las reglas para la codificación correspondiente.
- En la Novena Revisión, cierto número de afecciones se identificaron como provocadas por medicamentos; este criterio prevaleció al redactar las propuestas para la Décima Revisión, de suerte que ahora muchas de esas afecciones se identifican por separado.

Otra importante innovación fue la creación, al final de ciertos capítulos, de categorías para los trastornos que son consecuencia de procedimientos médicos. En éstas se identifican afecciones importantes que constituyen problemas de atención médica por derecho propio, por ejemplo, las enfermedades endocrinas y metabólicas que se producen como resultado de la ablación de un órgano y otros cuadros concretos, como el síndrome de vaciamiento gástrico rápido después de la gastrectomía. Las afecciones consecutivas a procedimientos médicos que no son específicas de un aparato o sistema en particular, incluidas las complicaciones inmediatas tales como la embolia gaseosa y el choque postoperatorio, siguen clasificándose en el capítulo sobre “Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas”.

Otro cambio fue que en la Novena Revisión los títulos de cuatro caracteres a menudo tenían que leerse junto con los de tres caracteres para desentrañar el significado y el propósito completos de la subcategoría, mientras que en el borrador presentado a la Conferencia los títulos son casi siempre completos y pueden leerse por sí mismos.

El esquema de clasificación doble para etiología y manifestación, conocido como sistema de daga y asterisco, introducido en la Novena Revisión, ha recibido ciertas críticas. Estas se centraron principalmente en el hecho de que la clasificación contenía a menudo una mezcla de manifestaciones y otra información en los niveles de tres y cuatro caracteres con las mismas denominaciones diagnósticas que a veces aparecían bajo ambos ejes. Asimismo, muchos consideraban que el sistema no era suficientemente comprensivo. Para superar estos problemas, en el borrador de la Décima Revisión la información del asterisco se reunió en 82 categorías homogéneas de tres caracteres para uso facultativo. Este modo de proceder permite asignar dos claves a los enunciados diagnósticos que contienen a un tiempo información sobre un proceso morboso básico generalizado y sobre una manifestación o complicación en un órgano o localización determinada, lo cual permite recuperar la tabulación por cualquiera de los ejes.

Estas características de la Décima Revisión propuesta fueron aceptadas por la Conferencia.

Cada uno de los capítulos se presentó a la Conferencia con una explicación de las modificaciones efectuadas desde la Novena Revisión y ciertos antecedentes sobre algunas innovaciones. En el seno de la Conferencia se examinaron algunas cuestiones relacionadas con los cambios en la estructura y el contenido de los capítulos, y se llegó a un acuerdo sobre el seguimiento y la modificación por la secretaría.

4. Normas y definiciones relativas a la salud de la madre y el niño

La Conferencia examinó con interés las definiciones, normas y requisitos de notificación recomendados para la Décima Revisión en lo tocante a mortalidad materna y a mortalidad fetal, perinatal, neonatal e infantil. Estas recomendaciones fueron producto de una serie de reuniones y consultas especiales, y tenían como finalidad mejorar el carácter de la comparabilidad de los datos.

La Conferencia estuvo de acuerdo en que era aconsejable conservar las definiciones de “nacido vivo” y “muerte fetal” tal como aparecen en la Novena Revisión.

Tras cierto debate, la Conferencia creó un grupo de trabajo sobre la mortalidad materna y, teniendo en cuenta sus recomendaciones, también accedió a conservar la definición de “defunción materna” que figura en la Novena Revisión.

Con el fin de mejorar la calidad de los datos sobre mortalidad materna y facilitar métodos alternativos para recabar información sobre las defunciones ocurridas durante el embarazo o en relación con éste, así como estimular el registro de las defunciones por causas obstétricas que se producen después de 42 días de la terminación del embarazo, el grupo de trabajo formuló dos definiciones más: “defunción relacionada con el embarazo” y “muerte materna tardía”. [Éstas figuran en las páginas 1169 y 1170.]

La Conferencia:

RECOMENDÓ que los países consideren la inclusión en los certificados de defunción de preguntas relativas al embarazo actual y al ocurrido dentro del año que precedió a la muerte.

La Conferencia estuvo de acuerdo en que, como el número de nacidos vivos es en general mucho más asequible que el de nacimientos totales (nacidos vivos más muertes fetales), debe usarse como el denominador de los cocientes relacionados con la mortalidad materna [como aparece en el Volumen 2].

Con respecto a la mortalidad perinatal, neonatal e infantil, se aconsejó enfáticamente que las tasas publicadas basadas en cohortes de nacimiento deben identificarse y diferenciarse.

La Conferencia confirmó la práctica de expresar la edad en unidades de tiempo completas y, por tanto, designar el primer día de vida como día cero.

La Conferencia:

RECOMENDÓ la inclusión en el Manual de la Décima Revisión de la CIE, de las definiciones, las normas y los requisitos para la notificación relativa a la mortalidad materna y a la mortalidad fetal, perinatal, neonatal e infantil.

5. Reglas para la codificación y selección y listas de tabulación

5.1 Reglas de codificación y selección para la mortalidad

Se informó a la Conferencia sobre un proceso para la revisión de las reglas de selección y modificación de la causa básica de defunción y las notas relacionadas, tal y como aparecieron en la Novena Revisión, lo cual ha dado como resultado varios cambios recomendados en las reglas y extensas modificaciones en las notas.

La Conferencia:

RECOMENDÓ que las reglas para la selección de la causa de defunción para la tabulación de mortalidad primaria, tal y como aparecieron en la Novena Revisión, sean reemplazadas en la Décima Revisión [por las que figuran en el Volumen 2].

Se dio cuenta asimismo a la Conferencia de que se habían redactado y se estaban revisando otras notas suplementarias para utilizarlas en la codificación de la causa básica y en la interpretación de las notas de causas de defunción. Como la finalidad de estas notas es mejorar la consistencia de la codificación la Conferencia acordó que también fuesen incorporadas en la Décima Revisión.

La Conferencia tomó nota del uso continuado de la codificación y el análisis de condiciones múltiples en relación con las causas de defunción. Manifestó su apoyo a dichas actividades, pero recomendó que la Décima Revisión no contenga ninguna regla o método particular de análisis que deba seguirse.

Al analizar el formulario internacional del certificado médico de causas de defunción, el Comité de Expertos reconoció que la situación de una población que envejece, en la que una gran proporción de los fallecimientos suponen múltiples procesos morbosos, y los efectos relacionados con las intervenciones terapéuticas tienden a aumentar el número de posibles enunciados entre la causa básica y la causa directa de defunción, en otras palabras, que en muchos países se está anotando en el certificado de defunción un número cada vez mayor de estados morbosos. Esto impulsó al Comité a recomendar que en la parte I del certificado se añada otra línea (d).

Por tanto, la Conferencia

RECOMENDÓ que, donde se juzgue necesario, los países consideren la posibilidad de incluir una línea suplementaria (d) en la parte I del certificado médico de causa de defunción.

5.2 Reglas de codificación y selección para la morbilidad

Por vez primera, la Novena Revisión presentó orientaciones sobre el registro y la codificación de la morbilidad y, concretamente, para la selección de una sola condición para la presentación de las estadísticas de morbilidad. La experiencia adquirida en el uso de las definiciones y las reglas de la Novena Revisión ha demostrado su utilidad y ha motivado peticiones de aclaración, de mayores detalles con respecto al registro de información diagnóstica por prestadores de asistencia de salud y de mayor orientación sobre cómo resolver situaciones concretas que plantean problemas.

La Conferencia respaldó las recomendaciones de la Conferencia para la Revisión de 1975 sobre la afección que debe seleccionarse para el análisis de episodios de cuidados de salud relacionados con una sola afección, y la opinión de que, donde sea factible, la codificación y el análisis de afecciones múltiples debe llevarse a cabo para complementar las estadísticas ordinarias. Se subrayó que la Décima Revisión debe dejar bien claro que buena parte de la orientación es valedera sólo cuando la tabulación de una “afección principal” en relación con un episodio es apropiada y cuando el concepto de “episodio” por sí mismo es pertinente para la forma en que se organiza la recolección de datos.

De conformidad con lo anterior, la Conferencia

RECOMENDÓ que en la Décima Revisión se incluyan orientaciones suplementarias sobre el registro y la codificación de la morbilidad, y que deben incorporarse las definiciones de “afección principal” y “otras afecciones”, así como las reglas modificadas para hacer frente a la situación en que la “afección principal” notificada es evidentemente incorrecta. [Éstas aparecen en el Volumen 2.]

Asimismo, la Conferencia

RECOMENDÓ que cuando la “afección principal” se someta al sistema de clasificación doble previsto en la CIE, se registren por igual los códigos de la daga y del asterisco, a fin de permitir la tabulación alternativa de cualquiera de ellos.

La Conferencia estuvo de acuerdo en que, para facilitar más ayuda, es preciso agregar notas extensas y ejemplos.

5.3 Listas para la tabulación de la mortalidad y la morbilidad

Se puso al tanto a la Conferencia de las dificultades que se han suscitado con el uso de la Lista Básica de Tabulación de la Novena Revisión y sobre las actividades que se han llevado a cabo, sobre todo por la OMS, para confeccionar nuevas listas para la tabulación y publicación de datos de mortalidad. En el

proceso se ha puesto de manifiesto que, en muchos países, la mortalidad de menores de cinco años es un indicador más robusto que la mortalidad infantil y, en consecuencia, sería preferible contar con una lista que incluyese las defunciones de menores de un año y las de niños hasta los cinco años (no cumplidos) de edad, y no únicamente las primeras.

Para presentarlas a la Conferencia, se prepararon dos versiones de la lista de mortalidad general y de la mortalidad infantil (menores de un año) y del niño; la segunda versión incluía títulos de los capítulos y los puntos residuales que fuesen necesarios para los capítulos.

En vista de que se manifestaron ciertas inquietudes con respecto a las listas de mortalidad en la forma en que se presentaron, se convocó un pequeño grupo de trabajo para examinar la posible inclusión de otros puntos más. El informe de dicho grupo fue aceptado por la Conferencia y se refleja en las listas de mortalidad de las páginas 1143 a 1154.

En lo tocante a las listas para la tabulación de la morbilidad, la Conferencia revisó una lista de tabulación propuesta y una lista modelo para publicación basada en los títulos de los capítulos, con algunos ejemplos bajo cada uno. Fue considerable la inquietud expresada en relación con la posibilidad de aplicar dichas listas a toda la morbilidad en su sentido más amplio. Hubo acuerdo general en el sentido de que las listas presentadas probablemente eran más idóneas para la morbilidad de pacientes hospitalizados, y se opinó que había que hacer mayores esfuerzos para confeccionar listas adecuadas para otras aplicaciones de morbilidad y, asimismo, que en la Décima Revisión las listas de tabulación de la mortalidad y de la morbilidad deberían acompañarse de explicaciones e instrucciones apropiadas sobre su empleo.

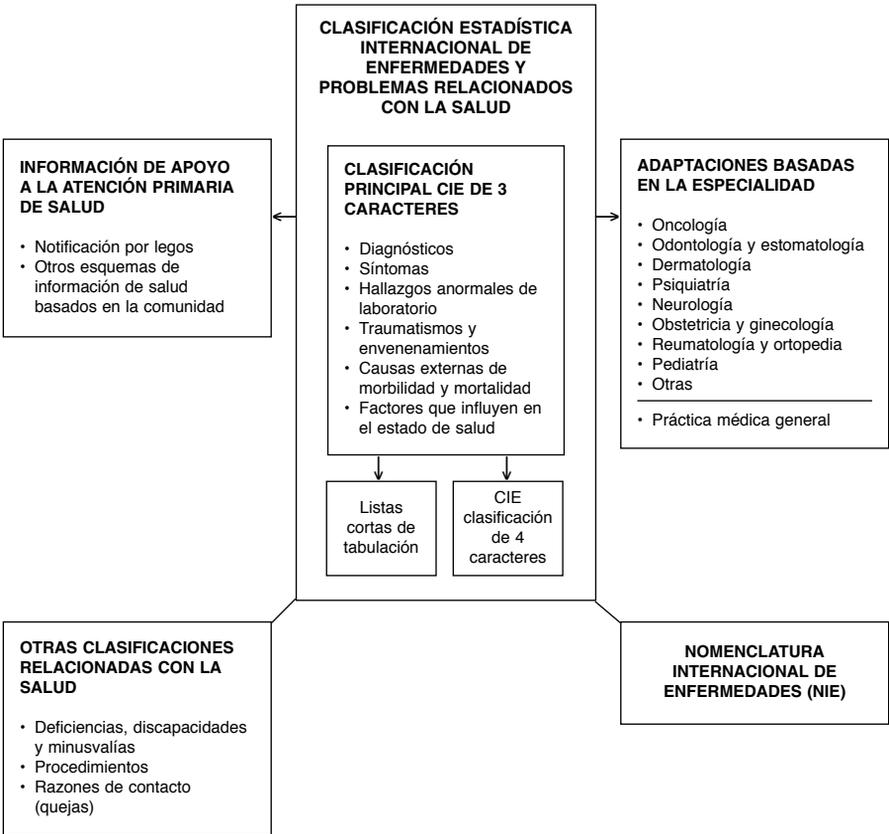
Habida cuenta de las preocupaciones expresadas en la Conferencia y de las conclusiones del grupo de trabajo, la Conferencia estuvo de acuerdo en que las listas de tabulación y de publicación debían aparecer en la Décima Revisión, mientras se siguen haciendo esfuerzos por establecer títulos más claros y descriptivos para las mismas. También se convino en preparar otra versión de la lista de tabulación de morbilidad que incluya las categorías de asterisco, para facilitar la tabulación alternativa de dichas categorías.

6. La familia de clasificaciones

6.1 Concepto de la familia de clasificaciones

Durante la preparación de la Novena Revisión se había tomado en cuenta que la CIE por sí sola no podía cubrir toda la información requerida, y que sólo una “familia” de clasificaciones de enfermedades y problemas relacionados con la salud compensaría las distintas necesidades en el campo de la salud pública. Por

Familia de clasificaciones de enfermedades y problemas relacionados con la salud



consiguiente, desde finales de los años setenta se han concebido diversas soluciones posibles; en una de ellas se parte de una clasificación primordial (la CIE) con una serie de módulos, algunos relacionados jerárquicamente con aquélla y otros de índole suplementaria.

Al cabo de una serie de estudios y discusiones con la cooperación de los diversos Centros Colaboradores, se formuló el concepto de la familia de clasificaciones, que fue revisado posteriormente por el Comité de Expertos en 1987; éste recomendó el esquema que se muestra en esta página.

La Conferencia

RECOMENDÓ que la OMS se guíe por el concepto de la familia de clasificaciones de enfermedades y problemas relacionados con la salud.

Con la finalidad de mantener la integridad de la CIE y de este concepto de familia, la Conferencia

RECOMENDÓ que, en el interés de la comparabilidad internacional, al preparar traducciones o adaptaciones no se cambie el contenido (indicado por los títulos) de las categorías de tres caracteres ni de las subcategorías de cuatro caracteres de la Décima Revisión, a menos que la OMS lo autorice. La Secretaría de la OMS es responsable de la CIE y funciona como agencia distribuidora central para lo relativo a toda publicación (salvo las publicaciones nacionales de carácter estadístico) o las traducciones basadas en dicha clasificación. Se debe notificar oportunamente a la OMS la intención de producir traducciones y adaptaciones de la CIE u otras clasificaciones relacionadas con ella.

La Conferencia vio con interés una presentación del uso y la vinculación de diferentes miembros de la familia de la CIE en la evaluación medicosocial y multidimensional de los ancianos en relación no sólo con la salud sino también con las actividades de la vida diaria así como con el entorno social y físico. Se demostró que es posible obtener información efectiva mediante el uso de la CIE y de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM), y especialmente mediante el empleo de los códigos del Capítulo XXI propuesto para la Décima Revisión.

6.2 Adaptaciones para determinadas especialidades

Se dio cuenta a la Conferencia de los planes para preparar adaptaciones de la Décima Revisión en la esfera de los programas de salud mental. Una versión destinada a los clínicos que trabajan en el campo de la psiquiatría se acompañará de directrices clínicas; se propondrán los criterios que han de regir las investigaciones acerca de los problemas de salud mental, y se prepararán presentaciones multiaxiales para utilizarlas en relación con los trastornos de la niñez y para la clasificación de los problemas de los adultos, así como una versión para los médicos generales. Se producirán asimismo recopilaciones de los códigos de la CIE pertinentes a la psiquiatría y la neurología, siguiendo la pauta de publicaciones anteriores sobre este tema.

La Conferencia se enteró también de los métodos aplicados para lograr que la estructura y función básica de la CIE se preservaran en la preparación inicial de la aplicación para los especialistas médicos en odontología y estomatología (CIE-OE), y fue informada de que está casi finalizada la preparación de una nueva revisión de la CIE-OE vinculada con la Décima Revisión.

Se hizo una exposición sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O), segunda edición, la cual es de carácter multiaxial e incluye tanto la topografía como la morfología de los tumores. Los códigos de morfología de la CIE-O, que han venido evolucionando desde hace muchos años, fueron enmendados y sometidos a extensas pruebas de campo. Los códigos de topografía de la segunda edición estarán basados en las categorías C00-C80 de la Décima Revisión y su publicación, en consecuencia, dependerá de su aprobación por la Asamblea Mundial de la Salud.

Hubo acuerdo en torno al valor de una adaptación en la esfera del ejercicio de la medicina general y se informó a la Conferencia de la disposición de ciertos grupos que trabajan en este campo a colaborar con la OMS. En relación con otras adaptaciones basadas en especialidades, que probablemente llegarán a ser numerosas, se juzgó de suma importancia la función de la OMS como agencia distribidora central.

6.3 Información de apoyo para la atención primaria de salud

De conformidad con las recomendaciones de la Conferencia para la Revisión de 1975, en 1976 la Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental convocó un grupo de trabajo en Delhi. Éste había confeccionado una lista detallada de asociaciones de síntomas que sirvió de base para elaborar dos listas breves, una de causas de defunción y otra de motivos de consulta con los servicios de salud. Este sistema se ha sometido a pruebas prácticas en países de esa Región, y los resultados se usaron para revisar la lista de asociaciones de síntomas y los formularios de notificación. Esta versión corregida fue publicada por la OMS en 1978 en el libro *Lay Reporting of Health Information (5)* (Notificación por legos en información de salud).

La Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000, puesta en práctica en 1978, planteó varios importantes problemas para la creación de sistemas de información en los Estados Miembros. En la Conferencia Internacional sobre Estadísticas de Salud para el Año 2000 (Bellagio, Italia, 1982) (6), la integración de los datos de la “notificación por legos” con otra información generada y usada para fines de gestión de salud se había identificado como uno de los principales problemas que inhiben la más amplia aplicación de sistemas de notificación por legos. La Reunión de Consulta sobre Clasificaciones de Atención Primaria (Ginebra, 1985) (7) subrayó la necesidad de un criterio capaz de unificar el apoyo informativo, la gestión de servicios de salud y los servicios comunitarios por medio de información basada en la notificación por legos en el sentido ampliado de información emanada de la comunidad.

Se dio cuenta a la Conferencia de la experiencia de varios países en la generación y aplicación de información de salud emanada de la comunidad que comprendía problemas y necesidades de salud, factores de riesgo relacionados y recursos. Esto apoyaba el concepto de crear métodos no convencionales en la

comunidad como una manera de colmar las lagunas de información en los países y de fortalecer sus sistemas de información. Se subrayó que, lo mismo para los países en desarrollo que para los desarrollados, dichos métodos o sistemas deben crearse localmente y que, a causa de factores como los patrones de morbilidad y las variaciones de idioma y culturales, no debe intentarse su transferencia a otras zonas o países.

6.4 Deficiencias, discapacidades y minusvalías

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) (8) fue publicada por la OMS en inglés en 1980 a título de prueba, de conformidad con las recomendaciones de la Conferencia para la Revisión de 1975 y la resolución WHA29.35 (9) de la Asamblea Mundial de la Salud de 1976. Desde entonces, la investigación y el desarrollo relativos a la clasificación han seguido distintos rumbos.

Las definiciones de los tres elementos principales —deficiencia, discapacidad y minusvalía— han sido indudablemente útiles para modificar las actitudes con respecto a la discapacidad. La definición de deficiencia, en un campo en el que había considerable superposición con los términos incluidos en la CIE, ha sido ampliamente aceptada. La definición de discapacidad coincidió generalmente con el campo de acción de los profesionales y grupos de rehabilitación, aunque se creyó necesario prestar más atención al código correspondiente a la gradación de la gravedad, que a menudo sirve para pronosticar la minusvalía. También se ha recibido un número creciente de solicitudes de enmendar la definición de minusvalía a fin de hacer más hincapié en el efecto de la interacción con el ambiente.

La rápida evolución de las ideas y prácticas en el manejo de la invalidez había impedido la producción de una CIDDDM revisada a tiempo para ser sometida a criterio de la Conferencia. Se dejó asentado que es poco probable la publicación de una nueva versión antes de que entre en vigor la Décima Revisión.

6.5 Procedimientos en medicina

La Clasificación Internacional de Procedimientos en Medicina (CIPM) (10) fue publicada por la OMS en 1978 a título de prueba, de conformidad con las recomendaciones de la Conferencia para la Revisión de 1975 y la resolución WHA29.35 (9) de la Asamblea Mundial de la Salud de 1976. La clasificación había sido adoptada por unos cuantos países y se usaba como base de las clasificaciones nacionales de las operaciones quirúrgicas en muchos otros.

Los Directores de los Centros Colaboradores de la OMS para la Clasificación de Enfermedades habían reconocido que el proceso de delinear propuestas, obtener observaciones, volver a redactar y solicitar nuevas observaciones —que

la OMS debe seguir forzosamente antes de finalizar y publicar algo— era inapropiado en un campo de avance tan rápido como el de los procedimientos en medicina. Los Directores de los Centros recomendaron por lo tanto que la CIPM no fuera revisada junto con la Décima Revisión de la CIE.

En 1987 el Comité de Expertos pidió a la OMS que considerara la posibilidad de poner al día para la Décima Revisión por lo menos el bosquejo del Capítulo 5, “Procedimientos quirúrgicos”, de la versión de prueba de la CIPM. Frente a esta petición, y teniendo en cuenta las necesidades manifestadas por varios países, la Secretaría ha intentado preparar una lista de tabulación para procedimientos.

La lista fue presentada a los Directores de los Centros en su reunión de 1989 y se acordó que podía servir como guía para la presentación o publicación nacional de estadísticas sobre procedimientos quirúrgicos y, además, facilitar las comparaciones entre los países. La finalidad de la lista era identificar procedimientos y grupos de procedimientos y definirlos como base para la preparación de clasificaciones nacionales, con lo cual mejoraría el carácter comparable de dichas clasificaciones.

La Conferencia convino en que dicha lista es valiosa y que deben continuar los trabajos para prepararla, aun si la publicación se produce después de entrar en vigor la Décima Revisión.

6.6 Nomenclatura Internacional de Enfermedades

Desde 1970 el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) se ha venido ocupando de preparar la Nomenclatura Internacional de Enfermedades (NIE), que vendría a ser un complemento de la CIE.

La finalidad primordial de la NIE es facilitar un solo nombre recomendado para cada entidad morbosa. Los criterios principales para seleccionar dicho nombre son que este sea específico, carente de ambigüedad, claramente descriptivo y lo más sencillo posible, y basado en la causa siempre que esto sea factible. Cada enfermedad o síndrome para los cuales se recomendó un nombre fueron definidos en los términos menos ambiguos y más sencillos posibles. Cada definición va acompañada de una lista de sinónimos.

En la fecha de la Conferencia ya se habían publicado los tomos correspondientes a las enfermedades de las vías respiratorias inferiores, las enfermedades infecciosas (virales, bacterianas, parasitarias y micóticas) y las enfermedades cardíacas y vasculares, y estaban en preparación los relativos al aparato digestivo; al aparato genital femenino; al aparato urinario y al aparato genital masculino; a las enfermedades metabólicas y endocrinas; a las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos; al sistema

inmunitario, al sistema osteomuscular y al sistema nervioso. Para futuros tomos se han propuesto las enfermedades psiquiátricas, de la piel, de oídos, nariz y garganta, y del ojo y sus anexos.

La Conferencia reconoció que una nomenclatura internacional de enfermedades autorizada y actual es importante para desarrollar la CIE y mejorar la comparabilidad de la información de salud. Por consiguiente, la Conferencia

RECOMENDÓ que la OMS y el CIOMS sean alentados a sondear posibles formas rentables de lograr la oportuna finalización y el mantenimiento de dicha nomenclatura.

7. Puesta en práctica de la Décima Revisión de la CIE

Se informó a la Conferencia de la intención que tiene la OMS de publicar la versión detallada de cuatro caracteres de la Décima Revisión en tres volúmenes: uno que contiene la lista tabular, otro que incluye las definiciones, normas, reglas e instrucciones correspondientes, y un tercero con el índice alfabético.

Además, se comunicó a la Conferencia que también se publicará una versión de tres caracteres de la Décima Revisión que contendrá, en la lista tabular, todas las notas de inclusión y exclusión. Se agregarán asimismo todas las definiciones, normas, reglas e instrucciones correspondientes y un índice alfabético abreviado.

Los Estados Miembros que se propongan producir versiones de la Décima Revisión en el idioma nacional deben comunicar sus intenciones a la OMS. Ésta proporcionará copias de los borradores de la CIE, tanto de tres como de cuatro caracteres, en forma impresa y a través de medios electrónicos.

Por lo que toca a la presentación gráfica de las páginas y los tipos de letra, tanto de la lista tabular como del índice alfabético, se aseguró a la Conferencia que se tendrán en cuenta las recomendaciones de los Directores de los Centros y las quejas de los codificadores, y que se hará todo lo posible por mejorar dichos aspectos en relación con la Novena Revisión.

Al igual que con la Novena Revisión, se pretende crear materiales de instrucción para la reorientación de los codificadores ya formados, con la ayuda de los Centros Colaboradores. Los cursos de capacitación propiamente dichos serán responsabilidad de las Oficinas Regionales de la OMS y de cada país. Se efectuarían entre finales de 1991 y finales de 1992, para terminar antes de la entrada en vigor de la Décima Revisión.

La OMS también prepararía materiales para la instrucción básica de nuevos usuarios de la CIE; no obstante, los cursos no empezarían antes de 1993.

Según se ha mencionado, la OMS estaría en posición de proporcionar la Décima Revisión (tanto la lista tabular como el índice alfabético) en medio electrónico. En el futuro, con la ayuda de los Centros Colaboradores, podría también estar disponible en otro medio. Antes de la puesta en práctica de la Décima Revisión se contaría con una clave para la conversión entre la Novena y la Décima revisiones, y viceversa.

En vista de que las actividades de preparación que habían sido respaldadas por el Comité de Expertos estaban a tiempo, la Conferencia

RECOMENDÓ que la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades entre en vigor el 1 de enero de 1993.

8. Futura revisión de la CIE

La Conferencia analizó las dificultades experimentadas durante el largo período de uso de la Novena Revisión, en lo relativo al surgimiento de nuevas enfermedades y a la falta de un mecanismo de actualización para darles espacio.

Se discutieron diversas sugerencias de mecanismos para superar estas dificultades y evitar problemas similares en relación con la Décima Revisión. Era evidente que todo el mundo percibía la necesidad del intercambio continuado de información para normalizar el uso de la Décima Revisión entre los países, pero también que cualquier cambio introducido durante su vigencia debería considerarse muy cuidadosamente desde el punto de vista de su repercusión sobre los análisis y las tendencias. Se debatió el tipo de foro en que se decidirían dichos cambios así como los posibles usos de la letra U vacante en la asignación de códigos nuevos o temporales. Se convino en que no era factible convocar conferencias de revisión en intervalos menores de 10 años.

Sobre la base de las necesidades expresadas, y teniendo en cuenta que sería inapropiado tratar de determinar o definir el proceso exacto que se usaría, la Conferencia

RECOMENDÓ que la siguiente Conferencia Internacional para la Revisión se efectúe dentro de diez años, y que la OMS haga suyo el concepto del proceso de actualización entre revisiones sucesivas y analice cómo podría instaurarse un mecanismo eficaz al respecto.

9. Adopción de la Décima Revisión de la CIE

La Conferencia hizo la siguiente recomendación:

Habiendo examinado las propuestas preparadas por la Organización sobre la base de las recomendaciones del Comité de Expertos sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión,

Reconociendo la necesidad de efectuar algunas modificaciones adicionales de poca monta para reflejar las observaciones sobre ciertos puntos presentadas por algunos Estados Miembros durante la Conferencia,

RECOMENDÓ que los capítulos revisados propuestos, con sus categorías de tres caracteres y subcategorías de cuatro caracteres, así como las listas cortas de tabulación para la morbilidad y la mortalidad, constituyan la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

Referencias

1. *Clasificación Internacional de Enfermedades, Revisión 1975*, Volumen 1. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1978: xiii–xxvii. (Publicación científica 353).
2. *Report of the Expert Committee on the International Classification of Diseases—10th Revision: First Meeting*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1984. (Documento inédito DES/EC/ICD–10/84.34).
3. *Report of the Expert Committee on the International Classification of Diseases—10th Revision: Second Meeting*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1987. (Documento inédito WHO/DES/EC/ICD–10/87.38).
4. *Report of the Preparatory Meeting on ICD–10*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1983. (Documento inédito DES/ICD–10/83.19).
5. *Lay Reporting of Health Information*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978.
6. *International Conference on Health Statistics for the Year 2000*. Budapest: Statistical Publishing House; 1984.
7. *Report of the Consultation on Primary Care Classifications*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1985. (Documento inédito DES/PHC/85.7).
8. *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales; 1983.
9. Actas Oficiales de la OMS, No. 233, 1976, pág. 18.
10. *International Classification of Procedures in Medicine*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978.