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

2.1 Propósito y aplicabilidad

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

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

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

de los cuales se derivan muchas estadísticas y otras informaciones sobre la situación de salud.

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

Aunque la CIE puede tener muchas aplicaciones diferentes, no siempre permite la inclusión de suficientes detalles útiles para algunas especialidades, y algunas veces se requiere información sobre distintos atributos de las afecciones clasificadas. Se ha sugerido también que la CIE debiera incluir clasificaciones que permitan la codificación de la información adicional relacionada con el estado de salud o con la atención de la salud.

Algunos expertos han pensado que la estructura principal de la CIE (para la clasificación de tres y cuatro caracteres), cubierta por los tres volúmenes de la CIE-10, no podría incorporar toda esa información adicional y seguir siendo accesible y relevante para usuarios tradicionales. Por tal razón se ha propuesto la idea de una “familia” de clasificaciones de enfermedades y de otros problemas relacionados con la salud, publicada en volúmenes separados de la CIE, para ser utilizados cuando sea necesario.

La “parte central”, es decir, el núcleo de la Clasificación Internacional de Enfermedades, está constituido por los códigos de tres caracteres, los cuales son el mínimo obligatorio que exige la OMS para formar la base de datos sobre mortalidad, y para hacer comparaciones internacionales. Las categorías de cuatro caracteres, aunque no son obligatorias para la información internacional, se recomiendan para varios propósitos y forman una parte integral de la CIE, al igual que las listas especiales de tabulación.

Hay dos tipos principales de clasificación. El primer grupo cubre datos relacionados con los diagnósticos y el estado de salud y se deriva directamente de la CIE, tanto por condensación como por expansión de la lista tabular. Las listas condensadas pueden utilizarse para muchos tipos de presentación de datos, para tablas estadísticas resumidas y, potencialmente, para información de apoyo para la atención primaria de salud (ver pág. 9), mientras que las listas expandidas se utilizan para obtener mayor detalle clínico, como en las adaptaciones basadas en las especialidades (ver pág. 5). Este grupo también incluye las clasificaciones complementarias a la lista tabular que permiten la ubicación de diagnósticos utilizando ejes diferentes de clasificación, tales como el de la morfología de los tumores.

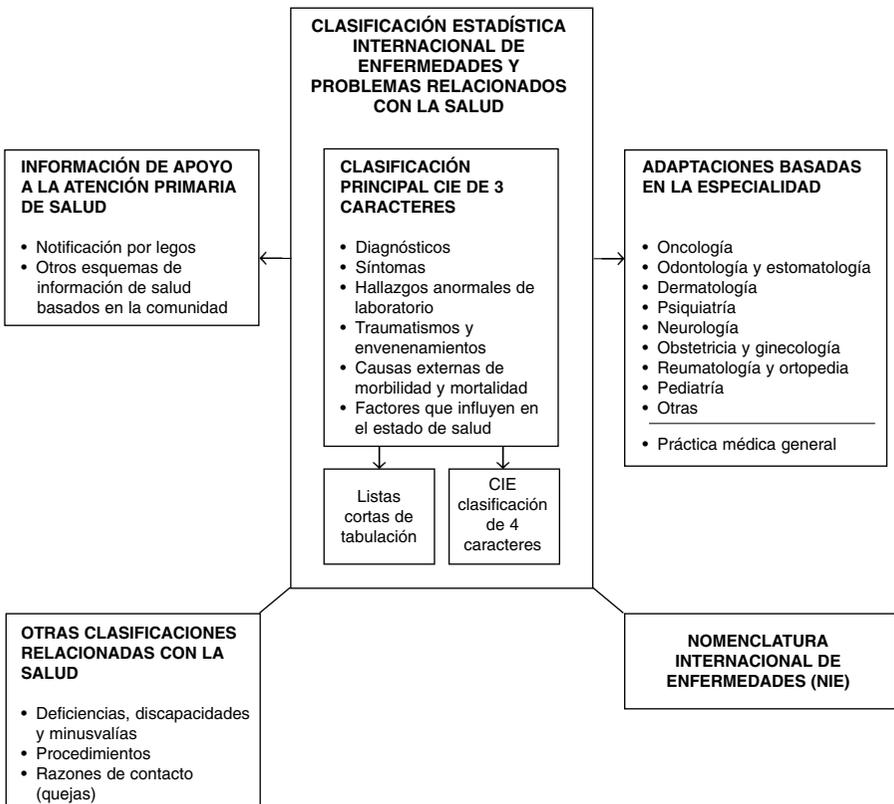
El segundo grupo de clasificaciones cubre aspectos relacionados con problemas de salud, que no son generalmente diagnósticos formales o afecciones existentes, así como las clasificaciones relacionadas con la atención de la salud. Este grupo incluye clasificaciones de discapacidades, de procedimientos médicos y quirúrgicos, y de razones para el contacto con los proveedores de servicios de salud.

La familia de la CIE también incluye un marco conceptual de definiciones, estándares y métodos que, aunque no constituyen clasificaciones por sí mismas, han estado estrechamente ligados a la clasificación por un largo tiempo. Uno de estos conceptos es el del desarrollo de métodos para apoyar la recolección local y el uso de la información para la atención primaria de salud.

Otra publicación relacionada, pero no derivada de la CIE, es la Nomenclatura Internacional de Enfermedades (NIE). La diferencia entre una clasificación y una nomenclatura se explica en la página 12.

El esquema que se presenta a continuación muestra el contenido y las interrelaciones de los varios miembros de la familia de clasificaciones.

Familia de clasificaciones de enfermedades y problemas relacionados con la salud



2.2.1 Clasificaciones relacionadas con el diagnóstico

Listas especiales de tabulación

Las listas especiales de tabulación se derivan directamente de la estructura básica de la clasificación, para utilizar en la presentación de datos y para facilitar el análisis del estado de salud y sus tendencias en los diferentes niveles: internacional, nacional y subnacional. Las listas especiales de tabulación recomendadas para comparaciones y publicaciones internacionales se incluyen en el Volumen 1 (pág. 1143). Hay cinco listas de ese tipo, cuatro para mortalidad y una para morbilidad (para detalles adicionales, ver las secciones 5.4 y 5.5).

Adaptaciones basadas en especialidades

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

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

Oncología

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

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

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

Dermatología

En 1978, la Asociación Británica de Dermatólogos publicó el *International Coding Index for Dermatology* (Índice internacional de códigos para dermatología), compatible con la Novena Revisión de la CIE. En 1994, la mencionada Asociación trabajaba en una adaptación de la CIE-10 para dermatología, bajo los auspicios de la Liga Internacional de Sociedades de Dermatología.

Odontología y estomatología

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

Neurología

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

Reumatología y ortopedia

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

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

Pediatría

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

Trastornos mentales

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

Se piensa igualmente probar una versión de la clasificación de trastornos mentales para uso en la atención primaria de salud y otra versión que utilizaría un reordenamiento en forma de un sistema multiaxial de las categorías para trastornos mentales en la niñez, que permita al mismo tiempo un conocimiento del estado clínico, de los factores ambientales relevantes y del grado de incapacidad ligado a la enfermedad.

2.2.2 Clasificaciones no diagnósticas

Procedimientos en medicina

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

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

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

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

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

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

Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)

Este manual de clasificación, que se relaciona con las consecuencias de la enfermedad (incluso traumatismos y trastornos), fue publicado en inglés por la OMS en 1980 (7). Posteriormente fue traducido a más de una docena de idiomas. La versión en español fue preparada por el Instituto Nacional de Servicios Sociales de España.

El contenido de la CIDDM (en inglés, ICIDH) corresponde a tres clasificaciones distintas, cada una relacionada con una consecuencia diferente de la enfermedad.

Deficiencias (en inglés, “impairments”), se refiere a la pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. En principio, el término deficiencias se refiere a trastornos o alteraciones a nivel de un órgano.

La estructura básica del código usado para deficiencias es de dos caracteres antes y un carácter después de un punto decimal. En algunas partes se ha utilizado un cuarto carácter. Existe un índice alfabético para esta clasificación.

Discapacidades (en inglés, “disabilities”), refleja las consecuencias de la deficiencia en términos de cualquier restricción o falta de habilidad para realizar alguna actividad en la manera o dentro del rango considerado normal para un ser humano; la discapacidad refleja entonces los trastornos a nivel de la persona.

La estructura básica del código de discapacidades está formada por dos caracteres, con la opción de un carácter suplementario después de un punto decimal. No existe índice alfabético para esta clasificación.

Minusvalías (en inglés, “handicaps”), son desventajas para un individuo determinado, que resultan de una deficiencia o una discapacidad, que limitan o impiden el cumplimiento de una función que es normal para ese individuo, dependiendo de la edad, del sexo y de factores culturales y sociales; las minusvalías reflejan así una discordancia entre el rendimiento del individuo y las expectativas de ese mismo individuo o del grupo del cual es miembro.

La clasificación de las minusvalías tiene siete dimensiones: seis dimensiones claves designadas como “funciones de supervivencia” y una séptima denominada “otras minusvalías”, la cual se ha establecido para acomodar los problemas no incluidos en las funciones de supervivencia. Una escala de un carácter se aplica para cada dimensión. Esta clasificación no es una clasificación de individuos, sino más bien una clasificación de circunstancias que colocan al individuo con discapacidades en desventaja relativa con respecto a sus iguales desde el punto de vista de las normas de la sociedad. No hay índice alfabético para esta clasificación.

Se trabaja en el uso de esta clasificación en varios países y se ha procedido a revisarla en varias reuniones internacionales celebradas en los últimos años. Se han establecido Centros Colaboradores de la OMS para el Desarrollo y la Utilización de la CIDDM, los cuales participarán en la revisión de la misma.

2.2.3 Apoyo de información para la atención primaria de salud

Uno de los desafíos de la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000 es proveer información de apoyo para la atención primaria de salud. En países que tienen información incompleta o de baja calidad, se necesita una variedad de enfoques para adaptar, suplementar o reemplazar el uso convencional de la CIE.

Desde el final de la década de 1970, varios países han experimentado con la recolección de información por personal no médico (lego). La notificación por personal no médico (“lay reporting”) ha sido subsecuentemente extendida a un concepto amplio denominado “métodos no convencionales”. En diferentes países estos métodos, que cubren una variedad de enfoques, han evolucionado como medios de obtener información acerca del estado de salud de la población

donde los métodos convencionales (censos, encuestas, estadísticas vitales y estadísticas de morbilidad) han resultado inadecuados.

Uno de tales enfoques, denominado “información basada en la comunidad”, implica la participación de la comunidad en la definición, recolección y utilización de la información relacionada con la salud. El grado de participación de la comunidad va desde el trabajo de recolección de los datos solamente hasta el diseño, el análisis y la utilización de la información. La experiencia obtenida en algunos países ha demostrado que este enfoque es más que un marco teórico. La Conferencia Internacional para la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ver Volumen 1, pág. 9) destacó en su informe los siguientes conceptos:

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

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

2.2.4 Nomenclatura Internacional de Enfermedades

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

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

descriptivos; sin embargo, muchos de esos nombres son de uso tan amplio (por ej. enfermedad de Hodgkin, enfermedad de Parkinson y enfermedad de Addison) que deben ser mantenidos.

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

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

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

2.2.5 El papel de la OMS

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

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

2.3 Principios generales de clasificación de enfermedades

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

Una clasificación es un método de generalización. Por lo tanto, diferentes clasificaciones pueden utilizarse con ventaja, según el usuario. Así, el médico, el

patólogo o el jurista, cada uno con su propio punto de vista, puede legítimamente clasificar las enfermedades y las causas de defunción de una manera que, a juicio suyo, facilite sus investigaciones y permita obtener resultados generales.

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

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

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

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

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

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

La CIE es un sistema de clasificación de eje variable. Su estructura se ha desarrollado a partir de la propuesta de William Farr en la época en que comenzaron las discusiones internacionales sobre la estructura de una

clasificación. Su esquema fue que, para todos los propósitos prácticos y epidemiológicos, los datos estadísticos relativos a las enfermedades debieran agruparse de la manera siguiente:

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

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

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

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

La CIE básica es una lista de categorías de tres caracteres, cada una de las cuales puede ser adicionalmente dividida en hasta diez subcategorías de cuatro caracteres. En lugar del sistema de codificación puramente numérico de las revisiones previas, la Décima Revisión utiliza un código alfanumérico con una letra en la primera posición y un número en la segunda, tercera y cuarta posiciones. El cuarto carácter sigue a un punto decimal. Los códigos posibles, por lo tanto, van de A00.0 a Z99.9. La letra U no se utiliza (ver pág. 16).

2.4.1 Volúmenes

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

La mayor parte del Volumen 1 está dedicada a la clasificación principal, compuesta de la lista de categorías de tres caracteres y la lista tabular de

inclusiones y subcategorías de cuatro caracteres. El “núcleo” de la clasificación —la lista de categorías de tres caracteres (Volumen 1, págs. 29–100)— es el nivel obligatorio para notificar al banco de datos de la OMS y para la comparación general internacional. Este núcleo de la clasificación también presenta los títulos de los capítulos y de los bloques o grupos. La lista tabular, que da el detalle completo hasta nivel del cuarto carácter, está dividida en 21 capítulos (págs. 101–1064 del Volumen 1).

El volumen 1 también contiene:

- *Morfología de los tumores [neoplasias]*. La clasificación morfológica de los tumores (pág. 1117–1142) puede utilizarse, si se desea, como un código adicional para clasificar el tipo morfológico de los tumores, los cuales, con unas pocas excepciones, están clasificados en el Capítulo II solamente de acuerdo con el comportamiento y el sitio (topografía). Los códigos morfológicos son los mismos que se utilizan en la adaptación especial de la CIE para oncología (CIE-O) (1).
- *Listas especiales de tabulación*. Debido a que la lista de categorías de cuatro caracteres de la CIE, e incluso la lista de categorías de tres caracteres, es demasiado larga para ser presentada en cada cuadro estadístico, la mayoría de las estadísticas de rutina utiliza una lista de tabulación que destaca algunas enfermedades en particular, y agrupa otras. Las cuatro listas para la tabulación de la mortalidad son una parte integral de la CIE. Las listas 1 y 2 son para la mortalidad general, y las listas 3 y 4 para la mortalidad infantil y en la niñez (edades de 0 a 4 años). Existe también una lista especial de tabulación para la morbilidad. Las listas se presentan en el Volumen 1, a partir de la página 1143. En la parte 5 de este volumen se dan orientaciones para el uso apropiado de los varios niveles de la clasificación y de las listas de tabulación.
- *Definiciones*. Las definiciones que se presentan en las páginas 1165–1170 del Volumen 1 han sido adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud y se incluyen para facilitar la comparabilidad internacional de los datos.
- *Reglamentos de nomenclatura*. Los reglamentos adoptados por la Asamblea Mundial de la Salud establecen las responsabilidades formales de los Estados Miembros de la OMS en relación con la clasificación de enfermedades y causas de muerte, y la recopilación y publicación de estadísticas. Estos se presentan a partir de la página 1173 del Volumen 1.

2.4.2 Capítulos

La clasificación está dividida en 21 capítulos. El primer carácter del código de la CIE es una letra, y cada letra se asocia con un capítulo en particular, con excepción de la letra D, que se utiliza en el Capítulo II, Tumores [neoplasias] y Capítulo III, Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad, y la letra H, que se utiliza en el Capítulo VII, Enfermedades del ojo y sus anexos, y en el Capítulo VIII, Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides. Cuatro

capítulos (Capítulos I, II, XIX y XX) utilizan más de una letra en la primera posición de sus códigos.

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

Los capítulos I al XVII se relacionan con enfermedades y otras entidades morbosas, y el Capítulo XIX con traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas. Los capítulos restantes completan el rango de materias incluidas actualmente en la información diagnóstica. El Capítulo XVIII cubre los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte. El Capítulo XX, Causas externas de morbilidad y de mortalidad, tradicionalmente se utilizaba para clasificar causas de traumatismos y envenenamientos, pero desde la Novena Revisión también ha permitido registrar la causa externa de enfermedades y otras entidades morbosas. Finalmente, el Capítulo XXI, Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, se utiliza para clasificar la información que explica las razones por las cuales contacta los servicios de salud una persona que no está enferma, o las circunstancias en las cuales el paciente recibe atención médica en un momento particular, o que influyen de alguna manera en la atención de una persona.

2.4.3 Grupos de categorías

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

2.4.4 Categorías de tres caracteres

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

2.4.5 Subcategorías de cuatro caracteres

Aunque no sea obligatorio para la notificación a nivel internacional, la mayoría de las categorías de tres caracteres están subdivididas por medio de un carácter

numérico después de un punto decimal, lo que permite hasta diez subcategorías. Cuando una categoría de tres caracteres no está subdividida, puede utilizarse la letra “X” para llenar la cuarta posición, de tal manera que los códigos tengan una longitud estándar cuando lo requieran los sistemas de procesamiento de datos.

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

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

Cuando las mismas subdivisiones de cuatro caracteres se aplican a un rango de categorías de tres caracteres, se listan solamente una vez al comienzo del rango. Una nota al comienzo de cada una de las categorías relevantes indica dónde se pueden encontrar los detalles. Por ejemplo, las categorías O03–O06, para diferentes tipos de aborto, tienen cuartos caracteres comunes relacionados con las complicaciones asociadas (ver Volumen 1, pág. 685).

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

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

Capítulo XIII—subdivisiones por sitio anatómico

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

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

2.4.7 Los códigos “U” no utilizados

Los códigos U00–U49 son para ser utilizados en la asignación provisional de nuevas enfermedades de etiología incierta. Los códigos U50–U99 pueden utilizarse en la investigación, por ejemplo, cuando se someta a prueba una clasificación alternativa para un proyecto especial.