

El Código Internacional de Enfermedades (CIE).

Comentarios para su interpretación.

Autor: Dr. Jorge Federico Eufrazio Téllez.

A raíz de la incorporación del Síndrome Post-Poliomielitis en el Código Internacional de Enfermedades (CIE) especificándolo con el código G 14, es que se nos ha despertado el interés por este código, pero únicamente para saber que por fin después de muchos años de lucha ya aparece nuestra enfermedad con reconocimiento oficial. Gracias al arduo trabajo de médicos de la Universidad Federal de Sao Paulo Brasil, su Escuela de Medicina y su Hospital Universitario fue que lograron la incrustación de este código a nivel mundial, ya que técnicamente fue lo que el mismo sistema llama “una modificación mayor”.

Fue Bertillon en 1893 quien hizo la primera clasificación de las enfermedades, de la revisión de esta primera clasificación en el año de 1900 es que nace lo que ya fue llamado CIE 1, tomando la determinación de que se revisaría cada 10 años, esto se llevó a cabo hasta 1979 cuando es publicado el CIE 9, siendo a petición de muchos países que la versión 10 de este código fuera retrasada hasta el año de 1994, fecha en que inicia su uso en Europa. A partir del año 1995 se ha ido implementado en forma gradual en el resto del mundo.

En la Conferencia Internacional para el CIE 10 auspiciada por la OMS llevada a cabo en 1989 se tomó la determinación de definir un mecanismo de actualizaciones que permitiera incorporar cambios entre las revisiones. Para dar seguimiento a estos procesos fueron creados dos grupos, el Grupo de Referencia de Mortalidad (MRG, por sus siglas en inglés) en 1997 y el Comité de Referencia para la Actualización, (URC, por sus siglas en inglés) en 1999.

El Grupo de Referencia de Mortalidad (MRG) lo integran miembros de los diferentes Centros Colaboradores de la OMS teniendo la encomienda de tomar decisiones en la aplicación e interpretación del CIE en cuanto a mortalidad, así como hacer recomendaciones al Comité de Referencia para la Actualización (URC), en cuanto a las propuestas de actualizaciones para el CIE, que a su vez presentan las recomendaciones sobre las actualizaciones propuestas para la morbilidad y mortalidad a los Centros Colaboradores. Este mecanismo diferencia lo que ocurría anteriormente, las recomendaciones refuerzan el proceso de actualización del CIE 10 y hace innecesario crear una base para un CIE 11. En el Continente Americano, en idioma inglés, el Centro Colaborador se encuentra en el Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias de los Estados Unidos (NCHS), en lengua española es el Centro Venezolano para Clasificación de Enfermedades (CEVECE) y en idioma portugués está en la Universidad de Sao Paulo (CBCD). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) como representación de la OMS para América desempeña el papel de enlace entre los países y el URC para la actualización de la clasificación.

En el caso que nos ocupa se considera un cambio mayor ya que se agregó un código inexistente (G14).

El Código Internacional de Enfermedades (CIE) tiene como propósito permitir el registro sistemático, análisis, interpretación, y comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, y en diferentes épocas. Se utiliza para convertir los términos diagnósticos y otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información.

El CIE 10 consta de tres volúmenes.

Volumen 1: contiene.

- Introducción.
- Centros Colaboradores de la OMS para la Clasificación de Enfermedades
- Informe de la Conferencia Internacional para la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades
- Lista de categorías de tres caracteres
- Lista tabular de inclusiones y subcategorías de cuatro caracteres
- Morfología de los tumores [neoplasias]
- Listas especiales de tabulación para la mortalidad y morbilidad
- Definiciones
- Reglamento

Volumen 2: contiene.

- Manual de instrucciones

Volumen 3: contiene.

- Índice alfabético.

En la actualidad el CIE 10 contiene XXI capítulos con cerca de 12,500 códigos distribuidos en más de 2,000 categorías.

Los capítulos se refieren a familias de enfermedades que agrupan las categorías por códigos alfanuméricos que constan de tres dígitos siendo el primero una letra y los dos siguientes son números, así tenemos en teoría códigos desde A00 a Z99 (se exenta la letra U ya que 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). Las categorías a su vez pueden tener subcategorías que se agregan a la categoría con otro número (cuarto dígito) del 1 al 9 precedida por un punto, *ejemplo* A00.9 (Cólera, no especificado). Cuando el código no tiene subcategoría se puede agregar la letra X como cuarto dígito cuando el sistema de captación de datos es por computadora y su programa exige el cuarto dígito, *ejemplo* G72.X.

Con estos parámetros básicos iremos a analizar el problema específico que nos ocupa, la Poliomiélitis, sus Secuelas y el recientemente incorporado Síndrome Post-Poliomiélitis.

El capítulo I del CIE 10 comprende las **Enfermedades Infecciosas y Parasitarias** y los códigos que van del A00-B99, al entrar a este capítulo nos muestra los códigos para cada una de las categorías, en la categoría **Enfermedades del sistema nervioso central producidas por virus** que tiene los códigos A80-A89, encontramos el A80 **Poliomielitis Aguda**, y las siguientes subcategorías (cuatro dígitos).

- A80.0 **Poliomielitis paralítica aguda, asociada a vacuna**
- A80.1 **Poliomielitis paralítica aguda debida a virus salvaje importado**
- A80.2 **Poliomielitis paralítica aguda debida a virus salvaje autóctono**
- A80.3 **Otras poliomieltis paralíticas agudas y las no especificadas**
- A80.4 **Poliomielitis aguda no paralítica**
- A80.9 **Poliomielitis aguda, sin otra especificación**

Continuando en el capítulo I, **Enfermedades Infecciosas y Parasitarias** encontramos la categoría **Secuelas de enfermedades infecciosas y parasitarias** que abarca los códigos B90-B94, se enumeran como sigue:

- B90 Secuelas de Tuberculosis
- **B91 Secuelas de Poliomieltis**
- B92 Secuelas de lepra
- B94 Secuelas de otras enfermedades infecciosas y parasitarias y de las no especificadas.

B91, que es la que nos ocupa, aparece sin subcategorías. Las categorías para secuelas se proveen para secuelas de afecciones que ya no están en fase activa:

B90-B94, E64.-, E68, G09, I69.-, O97, T90-T98, Y85-Y89. Existen orientaciones para codificar las secuelas tanto en el caso de la mortalidad como de la morbilidad.

Las secuelas incluyen afecciones especificadas como tales, o como “*efectos tardíos*” y residuales de estas enfermedades, que se describen como detenidas, curadas, sanadas, inactivas o antiguas, a menos que haya evidencia de enfermedad activa. Las secuelas también incluyen enfermedades crónicas informadas como debidas a, o afecciones residuales presentes un año o más después de la aparición de, afecciones clasificables en las categorías A00-B89. Las secuelas de una enfermedad que ya no está presente o activa, la secuela y su origen deben describirse en forma completa aclarándose simultáneamente que la enfermedad original ya no está presente. Por ejemplo “desviación de tabique nasal (actual), secuela o efecto tardío, de fractura de la nariz en la infancia (ya no existe), esterilidad por obstrucción tubaria (actual), secuela o efecto tardío, de tuberculosis antigua (ya no existe).

Cuando hay secuelas múltiples y el tratamiento o la investigación no se dirigen predominantemente a una de ellas, una expresión como secuelas de accidente cerebro vascular o secuelas de poliomieltis es aceptable. Ejemplo: Afección principal: Efectos tardíos de poliomieltis: Codifique la secuelas de poliomieltis (B91) como la “afección principal”, ya que no hay ninguna otra información disponible. La frase “efecto tardío” no tiene ninguna clasificación.

En el capítulo VI **Enfermedades del Sistema Nervioso** en su apartado **Enfermedades Atróficas** aparecen los códigos G10-G14, los enumera como sigue:

- G10 Enfermedad de Huntington
- G11 Ataxia hereditaria
- G12 Atrofia muscular espinal y síndromes afines
- G13 Atrofias sistémicas que afectan primariamente el sistema nervioso central en enfermedades clasificadas en otra parte
- **G14 Síndrome Post-Poliomielitis.**

G14 aparece sin subcategorías, de hecho no las tiene. Es una enfermedad única y específica.

Es importante hacer notar que este código no es de uso común en la inmensa mayoría de los médicos, en los hospitales y clínicas se concretan a reportar su trabajo diario en diagnóstico o diagnósticos para cada uno de los pacientes vistos, ingresados o dados de alta, su reporte diario pasa a los archivos en donde están los codificadores que transforman el diagnóstico en código y son reportados a otros centros para su captación a nivel regional y nacional de donde pasan a la OPS, en lo que respecta a América, para su almacenamiento y consultas para investigaciones específicas, morbilidad y mortalidad, etc. incluyendo la asignación de presupuestos gubernamentales para determinados programas que así lo requieran.

Para ser codificador se requiere de un entrenamiento especial y mucha experiencia, de los médicos, los únicos que manejan este código son los epidemiólogos, especialistas en salud pública y los investigadores.

En cuanto a la recolección de datos, 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 gran 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 el siguiente concepto:

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 culturales y de idioma, 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.

Fuente: Código Internacional de Enfermedades, Versión 10, Volúmenes 1, 2, y 3, y datos de actualización.