

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCION DE REGULACION
DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN
UNIDAD DE INFORMACIÓN EN SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
PARA EL REGISTRO Y
PROCESAMIENTO DE CAUSAS DE
MORBILIDAD – MORTALIDAD,
DISCAPACIDAD Y PROCEDIMIENTOS
MEDICOS ATENDIDOS EN LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

EL SALVADOR, C.A MARZO 2009

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCION DE REGULACION
DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN
UNIDAD DE INFORMACIÓN EN SALUD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
PARA EL REGISTRO Y
PROCESAMIENTO DE CAUSAS DE
MORBILIDAD – MORTALIDAD,
DISCAPACIDAD Y PROCEDIMIENTOS
MEDICOS ATENDIDOS EN LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

EL SALVADOR, C.A MARZO 2009

AUTORIDADES

Dr. José Guillermo Maza Brizuela
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. José Ernesto Navarro Marín
Vice Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dra. Ena García
Directora de Planificación

Dr. José Roberto Rivas Amaya
Director de Regulación

Dr. Humberto Alcides Urbina
Director General de Salud

Lic. Judith Zárate de López
Directora Administrativa

Dr. Mario Vicente Serpas
Director de Vigilancia de la Salud

CREDITOS:

Lic. Marlene de Barrientos
Jefe Unidad de Información en Salud

Lic. Marta Ivonne Posada García
Técnico Estadístico Nivel Central

PARTICIPANTES EN LA VALIDACIÓN

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE OCCIDENTE

Lic. Douglas Tejada
Coordinador Unidad de Información

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD METROPOLITANA

Lic. Maricela de Sosa
Coordinadora Unidad de Información

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CENTRAL

Lic. Luz del carmen Salomón
Coordinadora Unidad de Información

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PARACENTRAL

Lic. Milagro Bolaños de Majico
Coordinadora Unidad de Información

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ORIENTAL

Lic. Maria Luisa de Pacheco
Coordinadora Unidad de Información

PARTICIPANTES EN LA REVISIÓN

Ing. Alma de Arevalo
Jefe de ESDOMED Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

Sra. Felicita Rivera
Técnico ESDOMED Hospital Nacional de Maternidad
Sr. Erick Astul Ayala
Estadístico SIBASI Centro

Sra. Dalila de Cáceres
Jefe ESDOMED Hospital Nacional de San Bartolo

Sra. Concepción de Palacios
Estadístico Región Metropolitana

Sra. Yanira Segovia
Estadístico Región Metropolitana

Lic. Maricela de Sosa
Jefe Coordinador de Información Región Metropolitana

I N D I C E

Presentación.....	1
I. Propósito y objetivos de la normativa para registro y procesamiento de Causas de morbilidad y mortalidad.....	2
II. "Descripción de la organización del sistema estadístico de morbilidad y mortalidad en línea"	4
III. Descripción de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades Y Problemas Relacionados con la Salud-Décima Revisión (CIE-10)	5
IV. Divulgación y Educación Permanente de la Normativa para Registro Y Procesamiento de Causas de Morbilidad- Mortalidad, Discapacidad y Procedimientos Médicos Atendidos en los Establecimientos de Salud.....	7
V. Lineamientos para registro de causas de morbilidad, mortalidad y otros datos.....	8
VI. Lineamientos para selección del diagnóstico principal de morbilidad y mortalidad.....	12
VII. Lineamientos para especificación de diagnóstico principal y secundario de morbilidad y mortalidad	13
VIII. Lineamientos para la Especificación de Diagnostico de Discapacidad.....	18
IX. Lineamientos para revisión, Codificación y Mecanización de datos de Morbilidad y Mortalidad.....	20
IX. Glosario.....	23
X. Bibliografía.....	26
XI. Anexos.....	27

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de la Dirección de Planificación y la Unidad de Información en Salud, presenta el documento titulado Manual de Procedimientos para el Registro y Procesamiento de Causas de Morbilidad-Mortalidad, Discapacidad y Procedimientos Médicos Atendidos en los Establecimientos de Salud, el cual será utilizado por personal médico y por otras disciplinas autorizadas, para el adecuado registro del diagnóstico principal, diagnóstico secundario, causa externa, discapacidad, procedimientos y otras variables específicas (edad, sexo, procedencia, etc.) en el Registro Diario de Consulta por Morbilidad y Atenciones Preventivas, así como en la Hoja de Ingreso y Egreso Hospitalario y las hojas de los pacientes que se atienden en los consultorios externos y emergencia.

Para obtener una exitosa aplicación de este Manual, es fundamental que el Personal Médico y otras disciplinas autorizadas tenga conocimiento de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades – Décima Revisión (CIE-10), Clasificación Estadística Internacional de Procedimientos con Modificaciones Clínicas (CIE-9 MC), a fin de que aplique el nivel de especificidad requerido para registrar los diagnósticos, lo que permitirá al final del procesamiento de datos disponer de Estadísticas de Morbilidad y Mortalidad de la más alta calidad, las cuales son indispensables para monitorear y evaluar el impacto de los programas de salud, apoyar la toma de decisiones y realimentar continuamente la implantación de estrategias orientadas a disminuir los índices de Morbilidad y Mortalidad en nuestro país.

El presente Manual ha sido sometido a una amplia revisión técnica por personal médico y estadístico en representación de los diferentes niveles que conforman este ministerio y otras instituciones que integran el Sector Salud, a fin de obtener un documento útil que contribuya en apoyar y resolver las necesidades prácticas de orientación para una adecuada obtención de información.



Dr. José Guillermo Maza Brizuela
MINISTRO DE DALUD

I. PROPÓSITO Y OBJETIVOS DE LA NORMATIVA PARA REGISTRO Y PROCESAMIENTO DE CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD

1.1 PROPÓSITO

Contribuir y garantizar la calidad de la información estadística sobre causas de Morbilidad-Mortalidad, Causa Externa, Discapacidad y Procedimientos Médicos Atendidos en los establecimientos de salud y otras instituciones que integran el Sector.

1.2 OBJETIVO GENERAL

Orientar al personal Médico y Estadístico de los establecimientos de salud de los diferentes niveles de complejidad, en el registro del diagnóstico, codificación, procesamiento y presentación de las Estadísticas de Morbilidad y Mortalidad Institucional, detallando claramente en la presente normativa las responsabilidades correspondientes que deben asumirse y las acciones que deben realizarse en las diferentes etapas del proceso.

1.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Unificar entre el personal de salud, la forma adecuada de registrar los diagnósticos, procedimientos y procesamientos de datos, a fin de producir y difundir Estadísticas de Morbilidad y Mortalidad de calidad.
- Aplicar en los establecimientos de toda complejidad del Ministerio de Salud, el presente MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA REGISTRO Y PROCESAMIENTO DE CAUSAS de Morbilidad-Mortalidad, Causa Externa, Discapacidad y Procedimientos Médicos ATENDIDAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.
- Garantizar la adecuada inducción del personal médico y estadístico, sobre las diferentes etapas de captación de datos y su procesamiento.
- Contar con causas de Morbilidad y Mortalidad que sean representativas al perfil de salud, a fin de constituir bases sólidas para la gestión de las instituciones, los trabajos de investigación científica y docencia.

II. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA ESTADISTICO DE MORBI- MORTALIDAD EN LINEA.

Se describe el Sistema de Morbi-Mortalidad en línea en este Manual, para orientar y conducir al lector hasta el objetivo final, que es la obtención de Estadísticas de Morbilidad y Mortalidad. El Sistema tiene organizados sus recursos humanos, tanto físicos como materiales dependiendo del nivel de complejidad de los establecimientos de salud, todos los recursos se coordinan estrechamente para lograr un óptimo procesamiento de los datos lo cual requiere del siguiente proceso desarrollado en etapas:

Primera etapa. Es responsabilidad del médico y otras disciplinas autorizadas, llevar el registro correcto, legible y completo del diagnóstico de las causas de morbilidad, mortalidad, discapacidad y procedimientos médicos atendidos en consulta externa, emergencia y servicios de hospitalización, todas las variables requeridas en el formulario Registro Diario de Consulta por morbilidad y atenciones preventivas, Hoja de Ingreso y Egreso hospitalario, en concordancia con el Expediente Clínico; en las consultas, atenciones y procedimientos médicos, realizados fuera de los establecimientos de salud utilizarán de igual forma los registros antes mencionados.

Es responsabilidad del médico tratante el llenado correcto del Registro de Defunción establecido por la Dirección General de Estadística y Censos a los pacientes que fallecen dentro de la Institución, con el propósito de que los familiares registren el hecho en la Alcaldía Municipal correspondiente; con ello contribuye el hospital a mejorar la calidad de los datos de mortalidad que procesa la Dirección General de Estadística y Censos.

Segunda etapa. Se inicia con la recolección y revisión del llenado completo y confiable de todos los formularios antes referidos, lo que básicamente realiza el estadístico en los hospitales y la secretaria(o) en los establecimientos de menor complejidad. Corresponde al director, epidemiólogo, jefes de consulta externa, emergencia y servicios de hospitalización, realizar auditoría al registro de los diagnósticos.

Tercera Etapa constituye la codificación de las diferentes variables y los diagnósticos, lo cual se hace en base a la última versión revisada de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Esta etapa es responsabilidad del personal estadístico con el apoyo del personal médico y otras disciplinas autorizadas.

Cuarta etapa. La correcta digitación de todos los datos anotados en los Registros Diarios de Consulta por morbilidad y atenciones preventivas y Hoja de Ingreso y Egreso Hospitalario, es responsabilidad del Digitador, en los diferentes establecimientos de salud.

Quinta Etapa. La validación, el procesamiento y presentación de la información, es responsabilidad del estadístico. La interpretación y análisis le corresponden al Director o medico delegado, en cualquier nivel de atención. La información es utilizada por diferentes disciplinas de la institución para apoyar la toma de decisiones en general, realimentar la determinación de necesidades presupuestarias, la programación de actividades de salud, investigaciones médicas, docencia y otros usos.

Los usuarios autorizados por el nivel superior ingresarán directamente al Sistema de Morbi-Mortalidad en línea; Sistema que permite generar reportes de los Datos, Tablas y Gráficos a fin de sustentar la formulación de los análisis correspondientes.

Corresponde al MSPAS definir la divulgación de las estadísticas de Morbilidad-Mortalidad a nivel país a los usuarios que los requiera.

La descripción de los formularios básicos que se utilizan en Sistema de Morbi-Mortalidad en línea (ver anexo No.1) el flujograma para procesamiento de las causas de morbilidad y mortalidad institucional (ver anexo No.2)

III. DESCRIPCIÓN DE LA CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD-DECIMA REVISIÓN (CIE-10).

La Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud es la más reciente de una serie de clasificaciones que datan de 1893, se comenzó a preparar por un comité de expertos en 1983 con la coordinación de la OMS, fue aprobada por la Conferencia Internacional para la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades en 1989, aprobada por la 43ª. Asamblea Mundial de la Salud y efectuada su divulgación en los países latinoamericanos en 1995.

La Clasificación Internacional de Enfermedades es un sistema de categorías a las cuales se les asigna entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos. Su propósito es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de morbilidad y mortalidad 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 clasificación actual las afecciones se han agrupado con fines epidemiológicos generales y para la evaluación de la atención de salud, resultando cinco grandes grupos: enfermedades epidémicas, enfermedades constitucionales o generales, enfermedades localizadas ordenadas por sitio anatómico, enfermedades del desarrollo y traumatismos. Estos grupos se han estructurado en 21 capítulos en el volumen 1 de la CIE-10.

La Décima Revisión se presenta en tres volúmenes:

Volumen 1.

Lista tabular. Contiene el informe de la Conferencia Internacional para la Décima Revisión, la clasificación de enfermedades de tres y cuatro caracteres, la clasificación para la morfología de los tumores, listas especiales de tabulación para mortalidad y morbilidad, definiciones y el reglamento de nomenclatura. El Volumen 1 contiene los códigos asignados a cada enfermedad o problema relacionado con la salud formada por tres caracteres llamados categorías los cuales a su vez se dividen en códigos de cuatro caracteres llamados subcategorías. Las categorías y subcategorías son códigos alfanuméricos, para obtener un marco de codificación más vasto, además de brindar margen a futuras revisiones a fin de que no trastornen el sistema de numeración como había venido ocurriendo en las anteriores.

Volumen 2.

Manual de instrucciones. Orientará la manera de usar el Volumen 1, sobre las tabulaciones de causas de morbilidad y mortalidad y sobre la planificación necesaria para emplear la CIE-10.

Volumen 3.

Índice alfabético. Además del propio índice y su correspondiente introducción, se dan instrucciones amplias sobre como utilizarlo.

En nuestro país el Ministerio de Salud Pública adoptó la CIE-10 a partir del mes de enero del año 1997, gracias al apoyo de la Organización Panamericana de la Salud los volúmenes de la CIE-10 fueron entregados en el mes de Julio de 1996, siendo implementada ese mismo año por la Unidad de Estadística a través de capacitaciones sobre codificación de causas de consulta médica y egresos hospitalarios al personal estadístico de nivel departamental y hospitalario; la digitación de todo el listado de enfermedades y códigos que contiene el volumen 1 de la CIE-10 con las variables estadísticas de cada paciente (sexo, edad, procedencia, tipo de consulta, condición de egreso, días de estancia, etc.) para la captura de datos y la preparación y divulgación de la normativa correspondiente para su adecuada implantación en cada nivel que conforman este Ministerio.

IV. DIVULGACIÓN Y EDUCACIÓN PERMANENTE DE LA NORMATIVA PARA REGISTRO Y PROCESAMIENTO DE CAUSAS DE MORBILIDAD- MORTALIDAD, DISCAPACIDAD Y PROCEDIMIENTOS MÉDICOS ATENDIDOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

El Expediente Clínico, el Registro Diario de Consulta por morbilidad y atenciones preventivas, Hoja de Ingreso y Egreso Hospitalario y el Registro de Defunción deberán contener información clara y suficiente que identifiquen al paciente que justifique el diagnóstico con exactitud. De esta manera cumple como un medio eficiente para una mejor atención al paciente y para garantizar el procesamiento de la información sobre causas de morbilidad y mortalidad institucional, para cumplir con ello el personal médico debe actualizarse permanentemente sobre la forma adecuada del registro de los diagnósticos médicos, sus avances y limitaciones, lo cual es posible lograr solamente con una educación continua.

1. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como ente rector será el responsable de capacitar en la aplicación del presente manual al médico, otras disciplinas autorizadas, epidemiólogo y estadísticos de los diferentes niveles.
2. El Director del Establecimiento de Salud con el apoyo del Médico Epidemiólogo, deben divulgar el presente manual a las diferentes jefaturas Médicas, Estadísticos y otras disciplinas autorizadas, quienes posteriormente lo harán con personal antiguo y de nuevo ingreso a su cargo.
3. El Médico Director garantizará a través de un monitoreo permanente, con el apoyo del médico epidemiólogo, la calidad de los diagnósticos y el cumplimiento de la presente normativa en cada establecimiento de salud.
4. El Médico Director del Establecimiento de Salud con el apoyo del Epidemiólogo y Estadístico deben promover diferentes actividades de Educación Permanente con Personal Médico y otras disciplinas autorizadas (personal antiguo y de nuevo ingreso), para que conozcan y apliquen la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)

5. El Personal Médico de los Establecimientos de Salud deben conocer y aplicar el nivel de especificidad diagnóstica del Volumen 1 de la CIE-10, para registrar los diagnósticos en el Expediente Clínico, en el Registro Diario de Consulta por morbilidad y atenciones preventivas, Hoja de Ingreso y Egreso Hospitalario y Certificado de Defunción (cuando proceda)
6. El Director del establecimiento de salud debe nombrar un Comité Médico para que realice auditoria al registro de las causas de morbilidad y mortalidad anotadas en el Registro Diario de Consulta por morbilidad y atenciones preventivas, Hoja de Ingreso y Egreso Hospitalario y Expedientes Clínicos de los pacientes atendidos en los diferentes servicios, a fin de velar por la calidad de la información que se utiliza para la atención al paciente, realimentando al personal médico sobre los resultados de la auditoria.
7. El personal médico de establecimientos de salud con apoyo del personal estadístico, elaborará trimestralmente el análisis de la información sobre causas de morbilidad y mortalidad para apoyar la gerencia institucional, las investigaciones médicas y la docencia.

V. LINEAMIENTOS PARA REGISTRO DE CAUSAS DE MORBILIDAD, MORTALIDAD Y OTROS DATOS.

Antes de especificar los diagnósticos, se debe tomar en cuenta aspectos generales que contribuyen a fortalecer el registro del diagnóstico.

1. El médico y otras disciplinas autorizadas que utilizaran el Registro Diario de Consulta por morbilidad y atenciones preventivas, lo harán con letra y números legibles los que tendrán concordancia con lo escrito en el Expediente Clínico.
2. Toda atención preventiva deberá ser registrada con el número correspondiente detallado en la parte inferior del registro de acuerdo a la atención brindada (no utilizar cheques).
3. El médico tratante y otras disciplinas autorizadas son responsables de registrar el Diagnóstico Principal y el Diagnóstico Secundario según el nivel de especificidad

de la CIE – 10 en el Expediente Clínico y Registro Diario de Consulta por morbilidad y atenciones preventivas.

4. El diagnóstico de un paciente que por la complejidad de su estado o por otras razones es visto por diferentes especialidades, será registrado por el médico.
5. El médico y otras disciplinas autorizadas esta obligado a escribir en forma completa y legible los diagnósticos, no utilizando siglas, ni abreviaturas en el Expediente Clínico y Registro Diario de Consulta por morbilidad y atenciones preventivas, cuando le sea requerido por el personal estadístico debe aclarar la terminología a fin de garantizarle una adecuada codificación de morbilidad. Los diagnósticos anotados en el Registro Diario de Consulta, deben ser iguales a los escritos en el Expediente Clínico.
6. El Director de cada hospital con el Médico Epidemiólogo y el Médico Jefe de la Unidad de Emergencia deben definir las enfermedades o lesiones que se consideran verdaderas urgencias y entregar el listado de los diagnósticos seleccionados al personal médico destacado en el área o unidad de emergencia para el adecuado registro de datos en el formulario Registro Diario de Consulta por morbilidad y atenciones preventivas. También deberá entregarse un listado al Jefe Estadístico para utilizarlo al revisar el llenado de los formularios.
7. En la unidad de emergencia existirán dos registros, cuando un paciente sea atendido por una enfermedad o lesión que el medico considera una urgencia para prolongar su vida o prevenir consecuencias criticas, se anotara en el Registro Diario de Consulta por morbilidad y atenciones preventivas marcado con código 2, las que no se consideren urgencias las anotara en otro registro especificando con código 1.
8. Los procedimientos médicos que se realicen se anotarán en el formulario denominado **Registro Diario de Procedimientos Médicos**, evitando el uso del Registro Diario de consulta por morbilidad y atenciones preventivas.
9. Al paciente que se le diagnóstica mas de una enfermedad o lesión identificada como importante, debe seleccionarse para registro del Diagnostico Principal, la que necesito mayores recursos para su atención o se catalogo de mayor gravedad o riesgo para su salud.

10. Al egreso de un paciente hospitalizado que no se le establece un diagnóstico definitivo por falta de medios de confirmación u otra razón, debe registrarse como diagnóstico principal de egreso un síndrome y **no** utilizar términos tales como: sospecha, descartar; Se exceptúan de lo anterior algunas enfermedades de vigilancia epidemiológica. Ejemplo: sospecha de dengue, Sospecha de cólera, Sospecha de parálisis flácida, etc.
11. Los diagnósticos de egreso hospitalario deben ser anotados por el médico tratante en la Hoja de Ingreso y Egreso Hospitalario del Expediente Clínico, anotando un diagnóstico en cada línea y escribiendo primero el diagnóstico principal y después los diagnósticos secundarios por orden de importancia.
12. Los médicos jefes de la consulta externa, unidad de emergencia y servicios de hospitalización son responsables de monitorear los diagnósticos anotados en el Registro Diario de Consulta por Morbilidad y Atenciones Preventivas; los jefes de los servicios de hospitalización, la Hoja de Ingreso y Egreso Hospitalario del Expediente Clínico, evaluado diariamente por el médico director en los establecimientos de menor complejidad y por el médico epidemiólogo en los hospitales.
13. Cuando un paciente fallece en un establecimiento de Salud el médico tratante es responsable de llenar el formulario de Registro de Defunción, establecido por la Dirección General de Estadística y Censos. La unidad de emergencia debe incluir en esta disposición aquellos pacientes que cuando fallecieran ya están siendo atendidos.
14. Se deben de llenar dos formularios originales de Registro de defunción y se anexara uno al Expediente Clínico y el otro que se entrega al Familiar para el trámite correspondiente.
15. El Registro de Defunción debe llenarse con letra y números legibles, especificando en cada línea una Enfermedad, Lesión o Complicación y anotándolas en la secuencia lógica que se presentaron hasta llegar a la muerte (anexo No. 5 numeral 13, romano I, literales: a) causa terminal, b) y c) causas intermedias y d) causa básica u original de defunción.

16. Anotar en el Registro de Defunción (cuando proceda) otras enfermedades que contribuyeron a la muerte, pero que no están relacionadas con la Causa Directa o terminal de la muerte. (ver anexo No. 5 numeral 13, romano II).
17. El médico tratante de los pacientes fallecidos en los servicios de hospitalización o en la unidad de emergencia, debe garantizar que los diagnósticos anotados en el Registro de Defunción guarden relación con el Diagnóstico Principal y los Diagnósticos Secundarios anotados en la Hoja de Ingreso y egreso Hospitalario del Expediente Clínico del paciente. La unidad de emergencia debe incluir en esta disposición aquellos pacientes que cuando fallecieran ya están siendo atendidos con expediente clínico.
18. Cuando la causa básica de muerte de un paciente sea por un Accidente, Suicidio, Homicidio u otro Acto de Violencia, ésta causa externa se anotará en el numeral 13, romano I, literal (d) del Registro de Defunción (ver anexo No.5); en el expediente clínico el diagnóstico principal será el traumatismo, lesión o daño más severo que produjo el hecho de violencia.
19. Elaborar el Registro de Nacido Muerto establecido por la Dirección General de Estadística y Censos, a cada niño nacido muerto en el hospital, especificando la causa de muerte intrauterina con base a la CIE-10 (ver anexo No. 6)
20. Cuando no se pueda establecer una causa probable de muerte al Recién Nacido, anotar en el Registro de Defunción como causa de muerte el término: **nacido muerto**; no utilice el término Óbito Fetal, porque no está reconocido en el Índice de la CIE-10 versión en español.
21. Los formularios para registro de defunciones maternas, infantiles y del niño (a) de 1 a menos 10 años implantado por las Unidades de Atención Integral a la Mujer y a la Niñez, debe ser llenado de acuerdo a los lineamientos para Vigilancia de Mortalidad establecidos por dichas Unidades. (Ver anexo No. 7)

VI- LINEAMIENTOS PARA SELECCIÓN DEL DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD.

Se facilitan los siguientes lineamientos para orientar al personal médico y otras disciplinas autorizadas en el registro del diagnóstico principal; sin embargo cada profesional es responsable de garantizar la confiabilidad y comparabilidad del diagnóstico anotado de acuerdo a la CIE-10.

1. El diagnóstico principal de una consulta en la que se atienda una enfermedad aguda y una enfermedad crónica en tratamiento, será la enfermedad aguda la que se clasificara como diagnóstico principal. Ejemplos: Infección por VIH mas Moniliasis Oral; Tuberculosis Pulmonar y Bronquitis Aguda. La moniliasis oral y la bronquitis aguda serán los diagnósticos principales no olvidando colocar segundo diagnóstico VIH o Tuberculosis Pulmonar ya que su codificación es diferente a la misma patología en otros paciente sin esas condiciones.
2. El diagnóstico principal de una consulta en la que se detecta una enfermedad aguda infecciosa y una aguda no infecciosa, será la aguda infecciosa la principal. Ejemplo: Faringoamigdalitis Aguda y Parasitismo intestinal. La Faringoamigdalitis Aguda será el diagnóstico principal.
3. El diagnóstico principal de una consulta por una enfermedad aguda infecciosa entérica y una aguda infecciosa no entérica, será la infecciosa entérica el diagnóstico principal. Ejemplo: Escabiosis y Disentería Amebiana aguda. Seleccione la Disentería Amebiana como causa principal.
4. En consulta por enfermedad parasitaria y con examen de laboratorio reportando presencia de varios parásitos, seleccionar como diagnóstico principal la infección parasitaria que considere más severa o que puede causar más daño a la salud del paciente.
5. En atenciones médicas por enfermedades o lesiones múltiples relacionadas entre sí, seleccione como diagnóstico principal la enfermedad o lesión que ha sido la mas grave o la que ha demandado mayor uso de recursos (médicos, exámenes, medicamentos, etc.) ejemplo: Fractura en diáfisis de tibia y peroné más Fractura

falange distal dedo de mano. La Fractura de tibia y peroné será el diagnóstico principal.

6. En atenciones por parto y que se realiza una esterilización con fines anticonceptivos, el diagnóstico principal será la atención del parto. Ejemplo: Parto por cesárea debida a presentación fetal podálica. La esterilización se anotará entre los procedimientos médicos realizados.
7. En atención a un paciente por inscripción o control subsecuente en programa preventivo, pero que consulta también por alguna enfermedad aguda o lesión, el diagnóstico principal será la enfermedad o lesión y la atención preventiva el Diagnóstico secundario. Ejemplo: Infección vías urinarias – mas las semanas de gestación.

VII- LINEAMIENTOS PARA ESPECIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Y SECUNDARIO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD.

Cada diagnóstico debe anotarse con todos los calificativos posibles, para que la enfermedad se codifique en una categoría apropiada de la CIE-10. Se proporcionan algunas normas al respecto.

1. Las enfermedades que requieren medios de confirmación para la especificación del diagnóstico, deben anotarse en el Registro Diario de Consulta por morbilidad y atenciones preventivas y en el Expediente Clínico según criterio medico, en base al resultado del examen indicado en una consulta posterior, se consideran ambas como consultas de primera vez. Ejemplo: Parasitismo Intestinal; posterior al examen de laboratorio, Amibiasis Intestinal.
2. Los diagnósticos de consultas con respuesta de exámenes de laboratorio, estudios radiológicos u otros exámenes de imagenología deben anotarse según el resultado del estudio. Ejemplo: Paludismo por plasmodium vivax, Fractura de fémur en tercio medio e inferior.
3. Ante una Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar especificar el medio por el que fue confirmada. Ejemplo: Tuberculosis de pulmón confirmada por baciloscopia; Tuberculosis de ganglios linfáticos confirmada histológicamente.

4. El diagnóstico de un paciente que adolece de VIH/SIDA y que consulta por otra afección relacionada, debe contener el término modificativo de que es una enfermedad oportunista. Ejemplo: Candidiasis debida a enfermedad VIH; Neumonía por pneumocystis carinni asociada con enfermedad VIH.
5. Los diagnósticos por Diarrea, Colitis, Enteritis y Gastroenteritis deben ser especificados según etiología. Ejemplo: Diarrea amebiana, Enteritis por rotavirus, Gastroenteritis debida a salmonella, Colitis giardiásica.
6. Los diagnósticos por tumores deben registrarse de acuerdo a sitio anatómico de localización y comportamiento dependiendo del resultado de la biopsia, (éste último se clasifica en maligno, benigno, in situ, e incierto) Ejemplo: Tumor benigno de ovario; Leucemia mieloide subaguda; Tumor maligno del cartilago laríngeo.
7. Los diagnósticos por tumores malignos deben ser especificados según origen primario o secundario (metástasis) Ejemplo: Tumor maligno primario en cuadrante superior externo de mama; Tumor maligno secundario de rótula.
8. El diagnóstico principal de un paciente que es atendido por adolecer de un tumor primario y secundario, será el del tumor que más se trato o investigo durante la atención que se registra.
9. El diagnóstico de diabetes mellitus debe especificarse con los términos modificativos: dependencia de insulina o no dependencia de insulina o tipo I, tipo II. Y la especificación de la complicación si fuese el motivo de la consulta. Ejemplo: Diabetes insulino dependiente con catarata; Diabetes no insulino dependiente con úlcera del miembro inferior, Diabetes mellitus tipo II.
10. Los diagnósticos de pacientes embarazadas o atendidas por parto y que padecen Diabetes mellitus, además de especificarse dependencia o no dependencia de insulina, deben contener también la etapa en que ha padecido la enfermedad. Ejemplo: Diabetes mellitus preexistente insulino dependiente en embarazo; Diabetes mellitus preexistente no insulino dependiente en embarazo; Diabetes mellitus originada en el embarazo.

11. Cuando proceda los trastornos de las válvulas cardíacas y vasculares (mitral, tricúspide, pulmonar y aórtica), deben especificarse si son o no de origen reumático. Ejemplo: Endocarditis mitral no reumática, Insuficiencia aórtica reumática.
12. Algunas enfermedades del Sistema Circulatorio, deben ser especificadas cuando sean debidas a hipertensión o con presencia de hipertensión. Ejemplo: Insuficiencia cardiaca hipertensiva; Insuficiencia renal con hipertensión.
13. En todas las enfermedades que aplique el calificativo aguda o crónica debe especificarse como parte del diagnóstico. Ejemplo: Rinofaringitis aguda; Amigdalitis crónica.
14. Los diagnósticos médicos de pacientes con embarazo o en período puerperal (hasta los 42 días después del parto) atendidas en consulta ambulatoria y servicios de hospitalización deben contener todos los calificativos necesarios de su estado. Ejemplo: Embarazo complicado por anemia; Hipertensión esencial preexistente en el embarazo; Infección de herida quirúrgica obstétrica; Infección de las vías urinarias consecutiva al parto; Anemia puerperal.
15. Todo diagnóstico médico por atención de parto debe incluir las complicaciones que se presente durante el trabajo del parto y el parto mismo. Ejemplo: Parto complicado por hidramnios, Desgarro perineal especificando el grado durante el parto.
16. Los diagnósticos de los partos atendidos a través de cesárea, deben tener una clara especificación sobre la causa que origina la operación cesárea. Ejemplo: Parto por cesárea debida sufrimiento fetal, Parto por cesárea debida a meconio en líquido amniótico, Parto por cesárea debida a obstrucción por mala presentación del feto.
17. Los diagnósticos de las atenciones médicas brindadas en consulta y hospitalización por complicaciones surgidas posteriormente a un aborto, un embarazo ectópico y un embarazo molar, deben incluir el término de

consecutividad como parte del diagnóstico Ejemplo: Septicemia consecutiva al aborto. Oliguria consecutiva a embarazo molar.

18. Los diagnósticos médicos de consultas por contestación de citología del cuello uterino, deben ser especificados de acuerdo al resultado microscópico. Ejemplo: Infección vaginal por tricomonas; Neoplasia intraepitelial cervical grado II, Contestación de PAP negativa.
19. Los diagnósticos de las enfermedades que se originan en el período perinatal, deben incluir el período como parte del diagnóstico. Ejemplo: Sepsis del recién nacido debida a Escherichia coli; Fractura de cráneo por traumatismo del nacimiento.
20. El origen congénito o adquirido de algunas enfermedades o lesiones debe ser especificado como parte del diagnóstico. Ejemplo: Desviación adquirida del tabique nasal; Desviación congénita del tabique nasal; Sífilis congénita precoz; Sífilis adquirida.
21. Los diagnósticos por heridas, fracturas, luxaciones, esguinces o torceduras y otros traumatismos deben contener el sitio anatómico afectado y causa externa que lo origina. Ejemplo: Traumatismo superficial de la nariz; amputación traumática dedo índice de la mano; Fractura de la epífisis superior de tibia; Herida de labio y cavidad bucal debida a accidente laboral, accidente de transito, violencia, etc.
22. Los diagnósticos principales por traumatismos, envenenamientos, y otros efectos adversos, deben contener la causa externa de morbilidad o mortalidad que originó la lesión. Ejemplo: Fractura de clavícula (diagnóstico principal) Accidente de trabajo (causa externa); Herida de cuero cabelludo (diagnóstico principal) Agresión con arma punzante (causa externa).
23. El diagnóstico principal de las consultas u hospitalizaciones debidas a quemaduras causadas por electricidad, líquido u objeto caliente, llama, vapor y radiación, debe contener sitio anatómico preciso y grado de la quemadura, así como también debe registrarse la causa externa que origino la quemadura Ejemplo: Quemadura grado I de brazo y mano (diagnóstico principal) – Quemadura por aceite de cocina (causa externa); Quemadura grado II de

miembro inferior excepto tobillo y pie (diagnóstico principal) – Quemadura por incendio intencional (causa externa).

24. El diagnóstico principal de las atenciones médicas debidas a quemaduras causadas por sustancias ácidas, cal, cáustica u otras sustancias químicas, deben especificarse como corrosiones agregando sitio anatómico y grado de la corrosión. Ejemplo: Corrosión grado I en ambas muñecas y manos. Corrosión grado II en pierna. Así también debe registrarse la causa externa que origino la corrosión.
25. Los diagnósticos sobre atenciones por cuerpos extraños que han penetrado en el organismo, deben incluir el sitio anatómico preciso donde se encuentra alojado. Ejemplo: Cuerpo extraño en seno paranasal; Cuerpo extraño en zona retroocular, registrando la causa externa.
26. El diagnóstico por atención de una enfermedad que es secuela o efecto tardío de otra enfermedad que ya no está presente o activa, debe registrarse de acuerdo a la naturaleza de la afección residual o actual. Ejemplo: Contractura del tendón de Aquiles (producida por lesión de tendón); Epilepsia por absceso antiguo del cerebro; Esterilidad debida a obstrucción tubarica por tuberculosis antigua.
27. Los diagnósticos por complicaciones de atención médica, atención quirúrgica u otro procedimiento, deben especificarse de acuerdo al daño o enfermedad actual. Ejemplo: Dehiscencia de herida operatoria obstétrica, Choque anafiláctico por suero; Hemorragia por extracción dental.
28. Los diagnósticos por atenciones médicas debidas a reacción adversa de medicamento prescrito y correctamente administrado deben contener la reacción como parte del diagnóstico. Ejemplo: Gastritis medicamentosa por prescripción de eritromicina.
29. Las atenciones médicas a pacientes que sufren efectos tóxicos o envenenamientos, deben ser diagnosticadas de acuerdo al medio causal que las origino: tipo de droga, medicamento, alimento sustancias químicas u otro tipo de sustancia ingerida o en contacto con la piel ejemplo: Envenenamiento por almejas; Envenenamiento con sicotran; Intoxicación con metomil (Lannate), Intoxicación con gas de uso doméstico, registrando causa externa.

30. El diagnóstico principal de egreso de los pacientes atendidos en hospitalización para realizarles un procedimiento, será el procedimiento mismo y no la enfermedad que se investiga o que se está tratando. Ejemplo: Diálisis peritoneal; Quimioterapia por tumor de colon. Si la enfermedad fuese atendida durante la hospitalización, sería del diagnóstico secundario.
31. Cuando un paciente es atendido en hospitalización por una morbilidad y se le realice un procedimiento quirúrgico será la morbilidad el diagnóstico principal y el procedimiento se registrará en el lugar correspondiente. Ejemplo: Apendicitis como morbilidad y apendicetomía como procedimiento quirúrgico.
32. Los diagnósticos de los pacientes que ya han sido tratados por alguna enfermedad o traumatismo, pero que están bajo seguimiento o cuidados profilácticos o atención para consolidar el tratamiento, deben tener especificada la razón de la atención y no la enfermedad o traumatismo que padecieron. Ejemplo: Atención de colostomía; Prueba y ajuste de dispositivo ortopédico.

VIII. LINEAMIENTOS PARA LA ESPECIFICACIÓN DE DIAGNOSTICO DE DISCAPACIDAD

DISCAPACIDAD: Toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considere normal para un ser humano.¹

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO EN DISCAPACIDAD: Es la identificación o descubrimiento oportuno, de las consecuencias de una enfermedad o proceso patológico, deterioro físico,

¹ - Definición de la OMS: Extraído de "Aplicación de la terminología propuesta por la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías". Gutiérrez, Emmanuelle.

intelectual, psíquico, emocional o sensorial, que sea potencialmente causante de una deficiencia.

1. Cada diagnóstico debe anotarse con todos los calificativos posibles para que la enfermedad se codifique en una categoría apropiada.
2. El médico tratante es el responsable de registrar el diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios según nivel de especificidad de la CIE – 10 en el expediente clínico y Registro Diario de Consulta por morbilidad y atenciones preventivas.
3. El médico u otro personal autorizado está obligado a identificar y registrar la discapacidad del paciente consultante.
4. Todo paciente que sea atendido por una morbilidad en un establecimiento de salud que presente una discapacidad deberá ser referido a la institución competente para brindarle rehabilitación si aun no está recibiendo dicho tratamiento.

ESPECIFICIDAD DE LA DISCAPACIDAD:

5. Las discapacidades deben identificarse como:
 - Discapacidad Congénita
 - Discapacidad Patológica
 - Discapacidad Traumática
6. Los tipos de discapacidad deben clasificarse según grados de complicación: Ligera, Moderada y Completa, Parcial o Total.
7. Los diagnósticos de discapacidad deben registrarse de acuerdo al sitio anatómico de localización y grado de complicación anotándola en una secuencia lógica.
8. Cuando la causa básica de discapacidad de un paciente sea por un accidente u otro acto de violencia esta causa externa se anotará en el registro diario de consulta por morbilidad y atenciones preventivas

IX. LINEAMIENTOS PARA REVISIÓN, CODIFICACIÓN Y MECANIZACIÓN DE DATOS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD.

El personal estadístico debe garantizar la calidad de la codificación, digitación y elaboración de la información de morbilidad y mortalidad, para lo cual se detallan algunas normas al respecto, las que pueden ser fortalecidas creando una normativa interna más amplia.

1. Es responsabilidad del Medico Director, mantener en todos los consultorios externos, fotocopias del capítulo de la CIE- 10 que compete a cada especialidad, para que el personal médico y otras disciplinas autorizadas las utilice como texto de consulta al especificar los diagnósticos en el Expediente Clínico y Registro Diario de Consulta por morbilidad y atenciones preventivas. Así como también deben disponer de las fotocopias correspondientes la unidad o área de emergencia y cada servicio de hospitalización.
2. Las diferentes jefaturas en coordinación con el personal estadístico de todos los establecimientos de salud, serán los responsables de revisar diariamente que el médico llene correctamente los Registros Diarios de Consulta por morbilidad y atenciones preventivas en Consulta Externa y Emergencia, en la Hoja de Ingreso y Egreso Hospitalario del Expediente Clínico de los pacientes egresados de hospitalización, a fin de garantizar una buena codificación de las causas de morbilidad y mortalidad.
3. El personal estadístico u otro recurso autorizado de los establecimientos de salud serán los responsables de la codificación de causas de morbilidad y mortalidad, para lo cual debe utilizar adecuadamente los tres volúmenes de la CIE-10 y CIE-9 MC el uso adecuado será fortalecido anualmente por el Nivel Superior y Regiones de Salud, así será para la utilización de nuevas versiones de Morbilidad, Mortalidad y Procedimientos Quirúrgicos.
4. El médico tratante y otras disciplinas autorizadas son los responsables de establecer el diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios en los registros diarios de consulta por morbilidad y atenciones preventivas, Hoja de Ingreso y Egreso Hospitalario de los pacientes atendidos en los servicios de

hospitalización, cuando los registre incorrectamente, se devolverán a la jefatura respectiva para su modificación.

5. La codificación del diagnóstico principal de egreso hospitalario y de procedimientos quirúrgicos practicadas (si fuese el caso) debe efectuarse después de realizar el análisis cuantitativo al expediente clínico del paciente egresado. aplicando Las Reglas para reselección en pagina 107 – volumen 2 de la CIE-10 y en anexo No... de este documento.
6. Es responsabilidad del estadístico digitar correctamente el diagnóstico principal y secundario de egreso de la Hoja de Ingreso y Egreso Hospitalario del Expediente Clínico al Sistema de Morbi-Mortalidad en línea (ver anexo No).
7. Los parámetros de codificación para los Departamentos de Estadística y Documentos Médicos de los diferentes niveles deben tener una producción diaria (8 horas) de:

Codificación de causas:

Tercer Nivel de Atención	400 códigos
Segundo Nivel de Atención	500 códigos
Primer Nivel de Atención	200 códigos

Digitación y validación de datos:

Digitar de 500 a 700 registros diarios ó de acuerdo a experiencia del digitador, capacidad de procesamiento de datos de los equipos, legibilidad y calidad de la codificación y dependiendo de la velocidad del servidor central.

8. Los establecimientos de salud de menor complejidad que dispongan de equipo de cómputo e Internet, digitarán los datos de la consulta medica en sus instalaciones, lo cual realizará la secretaria o recurso asignado por el director. Para los establecimientos que no disponen de equipo e Internet el recurso asignado tendrá que trasladarse a la sede del SIBASI o Región para realizar la digitación de la consulta médica.

9. El estadístico jefe de cada hospital colaborará trimestralmente en la elaboración del análisis sobre comportamiento de las causas de morbilidad y mortalidad atendidas a fin de realimentar la gerencia institucional.
10. Los Registro Diario de Consulta por morbilidad y atenciones preventivas deben conservarse por seis meses, a partir del mes que hallan sido digitados. Quedando a discreción del comité Local de expediente el tipo de destrucción que se realizara.
11. El personal estadístico de los diferentes niveles de atención realizarán periódicamente control de calidad a la codificación y digitación de causas de morbi-mortalidad atendidas en consulta ambulatoria y servicios de hospitalización de los establecimientos de salud correspondientes a su área.
12. El Nivel Superior será el responsable de realizar capacitación en relación al uso y aplicación de los Clasificadores Internacionales en versiones existentes y futuras.
13. El personal estadístico de las Regiones de Salud, SIBASIS y Niveles Locales, realizará periódicamente jornadas de educación continua o actualización en codificación de causas de morbilidad y mortalidad, las cuales deben planificarse de acuerdo a las necesidades detectadas en el control de calidad que se realizan periódicamente y en las visitas de apoyo técnico a los establecimientos de salud.
14. El Personal estadístico de los diferentes niveles de atención trimestralmente deben elaborar la información para sustentar los análisis sobre la situación de la morbilidad y mortalidad, a fin de apoyar la gerencia institucional.

GLOSARIO

Causas de Defunción

Son las enfermedades, o lesiones relacionadas con la cadena de acontecimientos que condujeron a la muerte o contribuyeron a ella y las circunstancias del accidente o violencia que produjeron dichas lesiones. Las causas de defunción se dividen en causa directa e indirecta, causa intermedia, causa externa y causa básica de muerte.

Causa Directa ó Terminal de Defunción

Es la enfermedad o estado patológico que causó la muerte directamente. Esta definición no incluye síntomas ni condiciones de morir, tales como paro cardíaco, insuficiencia respiratoria, debilidad cardíaca, astenia, etc. Significa propiamente la enfermedad traumatismo o complicación que causó la muerte.

Causa Indirecta de Defunción

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo.

Causas Intermedias o Intervenientes de Defunción

Son las enfermedades que produjeron la causa directa o terminal

Causa Externa de Defunción

Las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal

Causa Básica u Original de Defunción

Es la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron a la muerte. Es de suma importancia la enfermedad o lesión registrada en este literal ya que el objetivo primordial de los programas de Salud Pública, es prevenir la causa que da origen a todos los demás trastornos o afecciones que conducen a la muerte.

Complicación de una enfermedad

Diagnóstico adicional que describe un estado patológico que ha surgido después de iniciarse la observación y el tratamiento del paciente en el hospital y que modifica el curso de la enfermedad o la atención médica referida.

Consulta Ambulatoria

Atención de salud brindada por un profesional calificado a una persona no hospitalizada. Una misma persona puede tener varias consultas en un año por la misma causa o por causas diferentes.

Persona con discapacidad física: es la que ve afectados los movimientos, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectadas son los brazos y/o las piernas.

Criterios de identificación

Las causas de la discapacidad física muchas veces están relacionadas a problemas durante la gestación, a la condición de prematuro del bebé o a dificultades en el momento del nacimiento como por ejemplo en los casos como la Espina bífida, Parálisis cerebral. También pueden ser causadas por lesiones de causa externa como en el caso de accidentes o problemas del organismo (Accidente Cerebrovascular).

Persona con discapacidad visual: Es la que tiene en ambos ojos, una agudeza visual, con la mejor corrección posible, de menos de 0.05; equivalentes a menor que 5/100, 3/60 ó 20/400. Se incluye en esta clasificación, la ausencia de ambos ojos. Todas las demás disminuciones de la visión se consideran como "deficiencia de la agudeza visual".

Es decir, el término **discapacidad visual** incluye

- a) Ceguera
- b) Baja Visión (también llamada disminución visual o visión subnormal)

Persona con discapacidad auditiva: presenta dificultad o imposibilidad de usar el sentido del oído debido a una pérdida de la capacidad auditiva parcial (hipoacusia) o total (cofosis), y unilateral o bilateral. Ésta puede ser un rasgo hereditario o puede ser consecuencia de una enfermedad, traumatismo, exposición a largo plazo al ruido, o medicamentos agresivos para el nervio auditivo.

Personal con discapacidad mental: Tiene una "función intelectual significativamente por debajo del promedio, que coexiste con limitaciones relativas a dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, auto-cuidado, habilidades sociales, participación familiar y comunitaria, autonomía, salud y seguridad, funcionalidad académica, de ocio y trabajo. Se manifiesta antes de los dieciocho años de edad." Dentro de las principales causas existen: Factores genéticos, como en el caso del síndrome de Down, es decir trisomía del cromosoma 21, errores congénitos del metabolismo, como la fenilcetonuria, alteraciones del desarrollo embrionario, en las que se incluyen las lesiones prenatales, problemas perinatales, relacionados con el momento del parto, enfermedades infantiles, que pueden ir desde una infección grave a un traumatismo, graves déficit ambientales, en los que no existen condiciones adecuadas para el desarrollo cognitivo, personal y social, accidentes de tráfico y accidentes laborales.

Criterios de identificación

La consideración de discapacidad intelectual requiere de la coexistencia de tres criterios relacionados entre sí:

- la existencia de un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media; es decir que debe estar por debajo de 70 y produce problemas adaptativos.
- La presencia de dificultades en dos o más habilidades adaptativas; hacen referencia a la eficacia de las personas para adaptarse y satisfacer las exigencias de su medio. Estas habilidades deben ser relevantes para la edad de que se trate, de tal modo que la ausencia de ellas suponga un obstáculo.
- Se manifiesta se haya dado antes de los 18 años.

X BIBLIOGRAFIA

- Glosario Epidemiológico, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Programa para Formación de Docentes, 1984
- Glosario de Términos Hospitalarios. Organización Panamericana de la Salud 1973
Publicación Científica No.261.
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión

A N E X O S

XI ANEXOS

1. Descripción de formularios básicos utilizados en el Sistema de Morbi-Mortalidad en Línea.
2. Flujograma para Registro y Procesamiento de Causas de Morbilidad y Mortalidad
3. Registro Diario de Consulta Médica
4. Ficha de Ingreso y Egreso
5. Registro de Defunción
6. Registro de Nacido Muerto
7. Registro de Defunciones Maternas, Infantiles y del niño de 1 hasta 9 años 364 días
8. Reglas para reelección de Diagnostico principal

ANEXO No. 1

DESCRIPCIÓN DE FORMULARIOS BASICOS UTILIZADOS EN EL SISTEMA ESTADISTICO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Los formularios básicos más importantes que se utilizan para el procesamiento de causas de morbilidad y mortalidad en los establecimientos del Ministerio de Salud son: Expediente Clínico, Registro Diario de Consulta Médica, Registro Diario de Egresos Hospitalarios.

EXPEDIENTE CLÍNICO

El expediente clínico esta integrado por un conjunto de formularios básicos y especiales que se llenan de forma narrativa y algunos en forma grafica, en los cuales el personal médico, enfermería u otro personal de salud autorizado anota detallada y ordena. los datos mas indispensables sobre situación, diagnostico, tratamiento dado y evolución de la enfermedad o atención brindada al paciente en la institución. El expediente clínico es la fuente primaria o básica en el procesamiento de las causas de morbilidad y mortalidad.

REGISTRÓ DIARIO DE CONSULTA MÉDICA

Es el formulario en el cual el personal registra los datos personales mas importantes, el diagnostico principal y secundario de cada uno de los pacientes que atiende diariamente en consulta externa o en emergencia. La fuente para el llenado de este formulario es el expediente clínico.

REGISTRO DIARIO DE EGRESOS HOSPITALARIOS

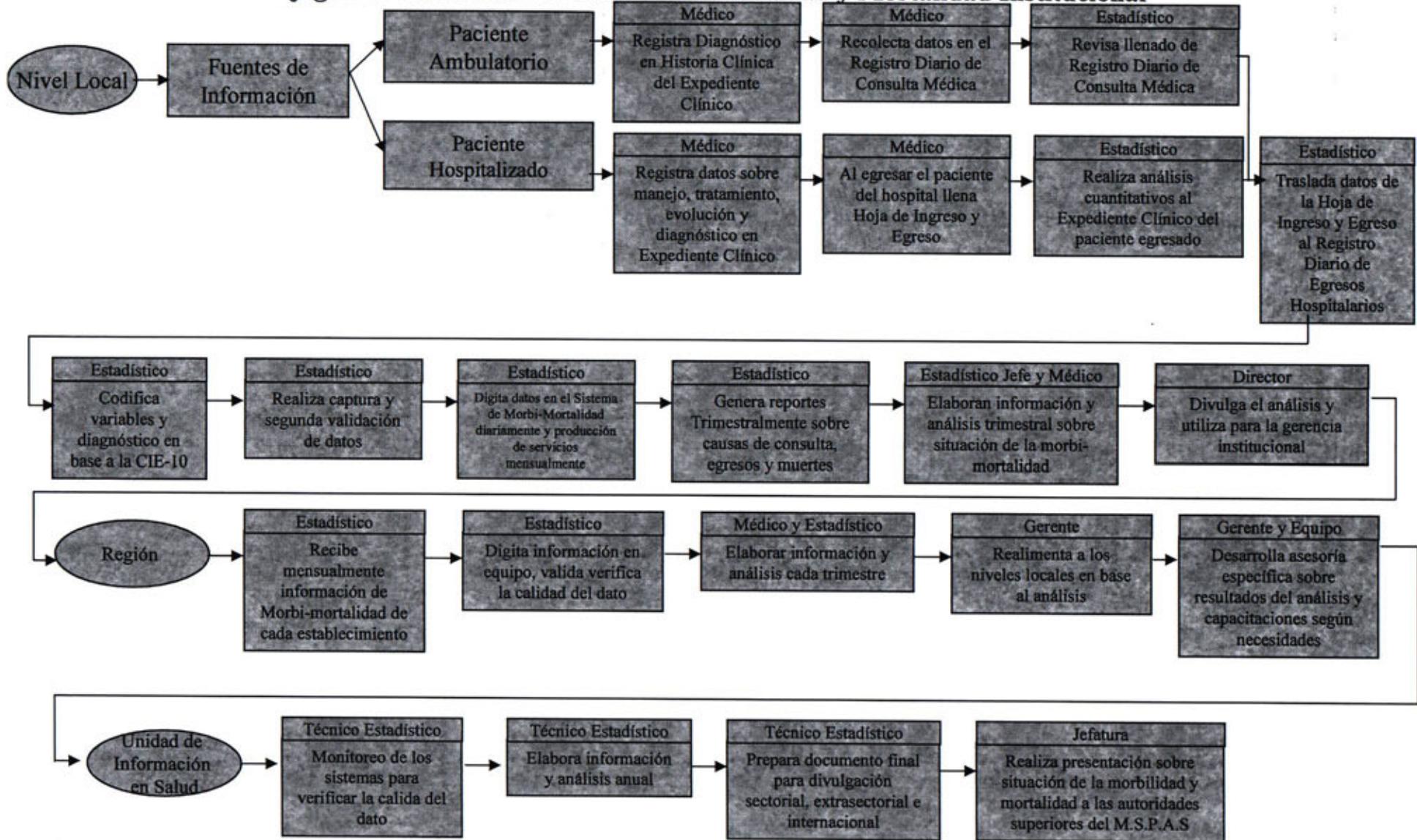
Es el formulario en el cual el estadístico registra los datos personales mas importantes, el diagnostico principal, el diagnostico secundario, condición del egreso y días de estancia de cada paciente atendido por el personal médico en los servicios de hospitalización. La fuente para el llenado de este formulario es la Hoja de Ingreso y Egreso del Expediente Clínico que llena el médico por cada paciente que egresa de hospitalización.

REGISTRO DE DEFUNCIÓN

Es el formulario oficial por la Dirección General de Estadística y Censos para registrar los datos personales del paciente fallecido y las diferentes enfermedades o causas externas relacionadas con la cadena de acontecimientos que condujeron directamente al paciente hacia la muerte, así como para indicar otras enfermedades que hubieran contribuido, pero que no están relacionadas con la causa directa de la muerte, este desglose de causas facilita la selección de la causa básica de defunción cuando se registran dos o mas causas

Anexo No. 2

Flujograma del Proceso de Causas de Morbilidad y Mortalidad Institucional



REGISTRO DIARIO DE CONSULTA POR MORBILIDAD Y ATENCIONES PREVENTIVAS

FORMULARIO No: _____

Recursos:
 Médico Enfermería Psicólogo clínico Nutricionista

Modalidad FOSALUD Servicio:
 Consulta externa Consulta de Emergencia

NOMBRE DEL SIBASI _____ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____ UBICACIÓN (MUNICIPIO O CANTÓN) _____
 DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____ SEMANA EPIDEMIOLOGICA: _____

No	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	ESCUELA SALUDABLE	NOMBRE DEL PACIENTE	SEXO	EDAD				DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCION	AREA	PLANIFICACION FAMILIAR										DIAGNOSTICOS				CAUSA EXTERNA DE MORBILIDAD	CODIGO DE CIE-10	TIPO DE CONSULTA	DISCAPACIDAD	CODIGO DE CIF	INGRESO HOSPITALARIO	DERECHOHABIENTE	ISSS		REFERIDO											
					INSCRIPCION	CONTROL SUBSECUENTE	ESTADO NUTRICIONAL	LACTANCIA MATERNA					INSCRIPCION/CONTROL	TIPO DE METODO	USUARIA ACTIVA	CONTROL TECNICA	CITOLOGIAS - PROSTATA - VVA	TIPO DE CONSULTA	SOSPECHA	PRINCIPAL	CODIGO DE CIE-10	TIPO DE CONSULTA	SECUNDARIO	CODIGO DE CIE-10	NUMERO DE AFILIACION	TIPO								NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	HORA												
(1)	(2)	(3)	(4)*	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)*	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	(27)	(28)	(29)	(30)	(31)	(32)	(33)	(34)	(35)	(36)	(37)	(38)	(39)	(40)	(41)	(42)						

REGISTRAR EN CADA CASILLA EL NUMERO CORRESPONDIENTE

3-Escuela Saludable
Registrar las consultas y atenciones brindadas dentro y fuera de la institución a niños (as) de Escuela Saludable

4 Y 13 Solamente se llenarán cuando la causa de la consulta sea por

5. SEXO
1. MASCULINO
2. FEMENINO
6. DEPARTAMENTO
1. ATOCHA
2. AZUZCAR
3. BAJA CERRILLOS
4. CHALATENANG
5. CHIMEL
6. EL PARAISO
7. EL PROGRESO
8. LA PAZ
9. CABAÑAS
10. SAN VICENTE
11. USulután
12. SAN ANA
13. MIGUEL MORAZÁN
14. LA LIMÓN
15. GUATEMALA
16. HONDURAS
17. NICARAGUA
18. COSTA RICA
19. PANAMÁ
20. OTROS
15. Inscipciones
1. Infantil, Adolescente o Adulto Mayor
2. Materno inscritas menos de 12
3. Materno mas de 12 semanas
4. Climaterio y Menopausia
16. Controles Subsecuente
1. Infantil , Adolescentes o Adulto Mayor
2. Materno
3. Puerperal
4. Climaterio y menopausia

(17) Estado Nutricional (primera atención en el año calendario)

1. Normal
2. Desnutrido (a)
3. Desnutricion Severa
4. Delgadez
5. Sobrepeso
6. Obesidad

(18) Lactancia Materna (Evaluado de 5 a 6 meses de edad, en la inscripción o control)

1. Exclusiva
2. Predominante o Complementaria
3. Sin lactancia

19) Planificación Familiar (Métodos Temporales)

1. INSCRIPCION
2. CONTROL NORMAL
3. CONTROL MORBILIDAD
4. CONTROL POR FALLA

(20) Planificación Familiar (Métodos Temporales) Tipo de Método

1. INYECTABLES
2. ORALES
3. BARRERA
4. DISPOSITIVO INTRAUTERINO
5. NATURALES
6. INTRADERMICO
7. OTROS

(21) Planificación Familiar (Métodos Temporales) Usuaria Activa

1. INYECTABLES
2. ORALES
3. BARRERA
4. DISPOSITIVO INTRAUTERINO
5. NATURALES
6. INTRADERMICO
7. OTROS

(22) Planificación Familiar (Métodos Permanentes)

1. CONTROL NORMAL
2. CONTROL MORBILIDAD
3. CONTROL POR FALLA

(23) Planificación Familiar (Métodos Permanentes) Técnica de Esterilización

1. POST PARTO

(24) Detección Precoz del Cáncer (Exmín Clínico)

1. Toma de citología vaginal de 1a. Vez en la vida
2. Toma de citología vaginal subsecuente del programa
3. Exámen de Próstata
4. Inspección Visual con Acido Acético (VAA)

25 TIPO DE CONSULTA

1. PRIMERA VEZ
2. SUBSECUENTE

26. SOSPECHA

37) INGRESO HOSPITALARIO

38. DERECHOHABIENTE

40. TIPO DE REFERENCIA
1. A OTRO ESTABLECIMIENTO
2. OTRO ESTABLECIMIENTO

Libro No. _____

REGISTRO DE DEFUNCION

Partida No. _____

1. Nombre y Apellido del Difunto : _____

2. Fecha de la Defunción : Mns _____ Hora _____ Mes: _____ Día: _____ Año: _____

3. Lugar de la Defunción:

Departamento. _____ Municipio : _____ Cantón: _____

4. Local de la Defunción:

Hospital o Clínica: _____ 1 Casa de Habitación: _____ 2 Otros: _____ 3 5. Sexo: Masculino : 1 Femenino: 2

6. Estado Civil:

Soltero: 1 Casado : 2 Viudo : 3 Unido: 4 Divorciado : 5 Ignorado: 6 Impúber: 7

7. Edad:

Para mayores de 1 año (años cumplidos) : _____

Para menores de 1 año :

Minutos: _____ Horas: _____ Meses: _____ Días: _____

Complete:

Madre casada : Si : 1 No : 2

Edad de la madre _____ Duración del Embarazo : _____

8. Ocupación Habitual _____

9. Jubilado o Pensionado Si: 1 No: 2

10. Lugar de Residencia del Fallecido (menores de 1 año, indicar residencia de la madre)

Departamento o País: _____ Municipio : _____ Cantón : _____

11. Fecha de Registro: _____

12 Nombre y Apellido de la Madre: _____

Nombre y Apellido del Padre: _____

CAUSA DE DEFUNCION

13. Anote sólo una causa en cada una de las líneas (a), (b), (c) y (d).

Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte.

I. Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) _____
debido a (o como consecuencia de)b) _____
debido a (o como consecuencia

Causas antecedentes

Estados morbosos, si existiera alguno, que produjo la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica

c) _____
debido a (o como consecuencia de)d) _____
debido a (o como consecuencia de)

II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo

* No quiere decirse con esto la manera o modo de morir, por ejemplo debilidad cardiaca, astenia, etc. Significa propiamente la enfermedad, traumatismo o complicaciones que causó la muerte.

14. Solo para Sexo Femenino (12 a 50 años):

Existía embarazo al momento de su muerte: Si: 1 No: 2 Existió embarazo un año antes de su muerte: Si: 1 No: 2

MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTAL

15. Accidente: 1 Suicidio: 2 Homicidios: 3

16. Causas de Muerte:

Arma de fuego: 1 Arma blanca: 2 Caída: 3 Ahogamiento: 4 Acc. de Tránsito: 5 Envenenamiento: 6

Artefacto Ahorcamiento o Por objeto

Explosivo: 7 estrangulamiento: 8 Contundente: 9 Otro: _____ 0

CERTIFICACION Y ASISTENCIA MEDICA

17- Tuvo Asistencia Médica durante su enfermedad : Si: 1 No: 2 Defunción certificada por Médico: Si: 1 No: 2

18- Observaciones _____

COMO COMPLETAR LA BOLETA DE DEFUNCIONES

- 1- Escriba el nombre y apellido completo del fallecido.
- 2- Escriba la fecha en al que ocurrió la defunción.
- 3- Especifique el departamento, municipio y cantón donde ocurrió la defunción.
- 4- Marque con una "x" el local donde ocurrió la defunción; si es hospital especifique el nombre.
- 5- Marque con una "x" el sexo de la persona fallecida.
- 6- Indique con una "x" el estado civil de la persona fallecida, si es un niño hasta 13 años o una niña hasta 11 años marque la casilla de impúber.
- 7- Complete los años cumplidos que tenía la persona fallecida. **CUANDO SEA MENOR DE UN AÑO**, indique el tiempo de vida que tuvo ese niño en minutos, hora, meses y días; además debe completar los datos de la madre.
- 8- Especifique la ocupación habitual, como por ejemplo: carpintero, agricultor, etc.....
- 9- Marque con una "x" la casilla si era una persona jubilado (a) o pensionado (a).
- 10- Especifique el departamento, municipio y cantón donde residía la persona fallecida; si se tratase de un menor de edad especifique el lugar donde reside la madre.
- 11- Escriba la fecha en que fue registrada la defunción.
- 12- Escriba el nombre y apellido del madre y el padre del fallecido.
- 13- Especifique la causa de la muerte:
Si el certificado es llenado en un hospital por un médico, especifique: La causa que produjo la muerte siguiendo la secuencia del certificado médico que aparece en esta boleta. Si el registrador de la alcaldía es el que tomo los datos debe tratar de Interrogar al informante sobre la causa directa de la muerte y no su terminal, como por ejemplo es informado el paro cardiaco como la mayoría de los casos.
- 14- Marque con una "x" si y solo si es una mujer entre 12 a 50 años de edad. Si existía embarazo al momento de su fallecimiento o si existió embarazo un año antes de su muerte.
- 15- Marque una "x", si la causa de la muerte fue violenta o accidental, a demás deberá completar las causas de muerte de la pregunta 16.
- 17- Complete si la persona fallecida tuvo o no asistencia médica o en el último de los casos si existió una certificación de parte de un médico.
- 18- Escriba en este espacio alguna observación que considere necesario sobre esta defunción.

Libro No. _____

REGISTRO DE NACIDOS MUERTO

Partida No. _____

N
A
C
I
D
O
R
T
O

1. Nombre Completo del Nacido Muerto : _____

4. Sexo: Masculino : 1 Femenino: 2

2. Lugar del Parto:
Departamento: _____
Municipio : _____
Cantón: _____

5. Clase de Parto:
Unico 1 Gemelo 2 Triple 3

3. Fecha del parto: Día _____ Mes _____ Año _____

6. Duración del Embarazo : (meses) _____

7. Causa de Muerte: _____

D
E
L
A
M
A
D
R
E

8. Nombre Completo de la Madre: _____

9. Edad _____

15. Lugar de Residencia:
Departamento: _____
Municipio : _____
Cantón: _____

10. Local del Parto:
Hospital o Clínica: 1
Casa de Habitación: 2 Otro : 3

16. Número de Hijos:
Cuántos hijos están vivos :.....
Cuántos nacidos vivos han muerto:.....
Cuántos nacieron muertos incluyendo este:.....

11. Nombre del Asistente: _____
Médico : 1 Enfermera o Partera: 2 Otro: 3

12. Madre Casada : Si : 1 No : 2

17. Número de hijos en un Parto Multiple:
Cuántos hijos nacieron en este parto.....
Cuántos nacieron vivos
Cuántos nacieron muertos.....

13. Sabe Leer y Escribir:
Si: 1 No: 2 Ignorado: 3

14. Ocupación Habitual: _____

P
A
D
R
E

18. Nombre Completo del Padre: _____

19. Edad: _____

21. Ocupación Habitual: _____

20. Sabe Leer y Escribir:
Si: 1 No: 2 Ignorado: 3

OTRO

22. Fecha de Registro: _____

23. Observaciones: _____

COMO COMPLETAR LA BOLETA DE NACIDOS MUERTOS

- 1- Escriba el nombre y apellido completo del nacido muerto.
- 2- Especifique el departamento, municipio y cantón donde ocurrió el parto.
- 3- Escriba la fecha en la que ocurrió el parto.
- 4- Marque con una "x" el sexo del nacido muerto.
- 5- Indique con una "x" la clase de parto, si el parto es doble o triple llene una boleta por cada nacido muerto
- 6- Especifique el número de meses que tuvo la duración del embarazo.
- 7- Especifique la causa de muerte.
- 8- Escriba el nombre completo de la madre del nacido muerto.
- 9- Especifique la edad en años cumplidos de la madre.
- 10- Marque con una "x" el local donde ocurrió el parto. Si es hospital indique el nombre.
- 11- Complete el nombre de la persona que asistió el parto y marque con una "x" si la madre fue asistida: "1" por médico, "2" por una enfermera o partera y "3" por otra persona.
- 12- Marque con una "x", el estado civil actual de la madre.
- 13- Marque con una "x", el número "1" si sabe leer o escribir la madre, "2" si no sabe leer y escribir o "3" si desconoce algunas de las anteriores si el informante es otra persona.
- 14- Escriba la ocupación habitual de la madre, como por ejemplo: profesora, secretaria, oficios domésticos, etc.
- 15- Especifique el departamento, municipio y cantón donde reside la madre del recién nacido.
- 16- Escriba el número de hijos de la siguiente manera:
Cuántos hijos están vivos, cuántos nacidos vivos han muerto y cuántos nacieron muertos incluyendo este parto.
- 17- Escriba el número de hijos de la siguiente manera si es un **parto multiple**:
Cuántos hijos nacieron en este parto, cuántos nacieron vivos y cuántos nacieron muertos.
- 18- Escriba el nombre completo y apellido del padre del nacido muerto.
- 19- Especifique la edad del padre en años cumplidos.
- 20- Marque con una "x", el número "1" si sabe leer o escribir el padre, "2" si no sabe leer y escribir o "3" si desconoce alguna de las anteriores si el informante es otra persona.
- 21- Especifique la ocupación del padre por ejemplo: carpintero, albañil, mecánico, jornalero, etc.
- 22- Especifique la fecha en que fué registrado éste nacido muerto.
- 23- Escriba en este espacio alguna observación que considere necesario sobre este nacido muerto



107
ANEXO 7
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCION DE REGULACION
GERENCIA DE ATENCION INTEGRAL A LA MUJER Y NIÑEZ
REGISTRO DE DEFUNCIONES PERINATALES, INFANTILES Y DE LA NIÑEZ

DATOS GENERALES						Defunción No.					
Nombre del SIBASI:		Código:	Nombre del establecimiento que notificó:			Código:					
Nombre del fallecido:											
No. de expediente:		Semana epidemiológica:		Fecha ocurrencia de la muerte	Día	Mes	Año				
Tipo de defunción: <input type="checkbox"/> 1 = Nacido muerto 2 = Menor de 8 días 3 = de 8 días a 28 días 4 = de 29 días a 364 días 5 = de 1 año hasta 9 años 364 días		Lugar de ocurrencia de la muerte: <input type="checkbox"/> 1 = MSPAS 2 = ISSS 3 = Privado 4 = Casa 5 = Otro		Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año				
				Dirección completa del fallecido:							
				Municipio:				Código:			
				Departamento:				Código:			
Si falleció en establecimiento de salud del MSPAS, ISSS o Privado, anotar nombre del establecimiento:						Código:	Area de residencia: <input type="checkbox"/>				
Edad del fallecido:		Peso al morir		Kilogramos		1 = Urbana 2 = Rural 3 = No dato					
Sexo: <input type="checkbox"/> 1 = Masculino 2 = Femenino 3 = Ambiguo		País: <input type="checkbox"/> 1 = El Salvador 2 = Otro									
Causas de defunción:											
A. Causa final de la muerte						Código CIE-10					
B. Causa antecedente						Código CIE-10					
C. Causa antecedente						Código CIE-10					
D. Causa básica de la muerte						Código CIE-10					
MUERTES FETALES											
Nombre del establecimiento donde nació:						Código:					
Enfermedad de la madre que afectó al recién nacido:											
Fórmula obstétrica: G ___ P ___ P ___ A ___ V ___			Tipo de parto <input type="checkbox"/> 1 = Vaginal 2 = Cesárea		Edad gestacional			Semanas			
Talla al nacer		Centímetros	Peso al nacer		Kilogramos	Madre llevó control prenatal <input type="checkbox"/> 1 = Sí 2 = No 3 = No dato					
Si llevó control prenatal, anotar cuantos:				Nombre del establecimiento donde llevó el control prenatal:			Edad materna	años			
MUERTES NEONATALES											
Nombre del establecimiento donde nació:						Código:					
Persona que atendió el parto: <input type="checkbox"/> 1 = Médico 2 = Enfermera 3 = Auxiliar 4 = Partera 5 = Promotor de salud 6 = Sola 7 = Otra persona 8 = No dato											
Lugar del parto: <input type="checkbox"/> 1 = Establecimiento MSPAS 2 = ISSS 3 = Privado 4 = Casa 5 = Otro lugar 6 = No dato											
Edad gestacional		Semanas	Talla al nacer		Centímetros	Peso al nacer		Kilogramos			
Tipo de parto: <input type="checkbox"/> 1 = Vaginal 2 = Cesárea			Necesitó reanimación al nacer: <input type="checkbox"/> 1 = Sí 2 = No 3 = No dato								
Madre llevó control prenatal: <input type="checkbox"/> 1 = Sí 2 = No 3 = No dato				Si llevó control prenatal, anotar cuantos:			Edad materna	años			
Fórmula obstétrica: G ___ P ___ P ___ A ___ V ___				Infección nosocomial: <input type="checkbox"/> 1 = Sí 2 = No 3 = No dato							
MUERTES NEONATALES, INFANTILES Y DE LA NIÑEZ											
Control de crecimiento y desarrollo del niño (a): <input type="checkbox"/> 1 = Sí 2 = No 3 = No dato											
Estado nutricional: <input type="checkbox"/> 1 = Normal 2 = Desnutrición leve 3 = Desnutrición moderada 4 = Desnutrición severa											
Consultó previamente por esta enfermedad en algún establecimiento de salud: <input type="checkbox"/> 1 = Sí 2 = No 3 = No dato											
Recibió etnoprácticas: <input type="checkbox"/> 1 = Sí 2 = No 3 = No dato											

Nombre, Firma y cargo del Médico responsable del llenado

Vo. Bo. Director del Establecimiento

Director Región SIBASI

ANEXO No. 8

REGLAS PARA RESELECCION DE DIAGNOSTICO PRINCIPAL

REGLA MB1:

La afección menos importante se registra como "afección principal" y la mas importante como "otra afección".

Cuando una afección de duración prolongada o de poca importancia o un problema incidental se registra como la "afección principal" y se registra como "otra afección" una mas importante o pertinente al tratamiento que se aplica al paciente o a la especialidad que lo atendió, seleccione esta ultima como "afección principal" Ejemplo

Afección principal

Artritis reumatoide

Otras afecciones:

Diabetes mellitas

Hernia femoral estrangulada

Arteriosclerosis generalizada

Paciente hospitalizado dos semanas

Procedimiento:

Herniorrafia

Especialidad:

Cirugía

Reseleccione hernia femoral estrangulada como la "afección principal" y codifique en K41.3

REGLA MB2:

Varias afecciones registradas como afección principal:

Si varias afecciones que no pueden codificarse en forma combinada se registraran en la parte destinada a la "afección principal" y otros detalles presentes en el registro indican que una de ellas es la "afección principal" por la cual se atendió al

paciente, seleccione dicha afección. En caso contrario, seleccione la afección mencionada en primer lugar. Ejemplo:

Afección principal: Ruptura prematura de las membranas
Presentación podálica
Anemia

Otras afecciones:

Procedimiento: Parto espontáneo

Seleccione ruptura de las membranas, primera afección mencionada, como la "afección principal" y codifique en O42.9.

REGLA MB3:

La afección mencionada como "afección principal" es un síntoma de una afección diagnosticada y tratada.

Se registrara un síntoma o signa (generalmente clasificable en el capítulo XVIII), o un problema clasificable en el capítulo XXI como la "afección principal" y este es obviamente un síntoma o signo de una afección diagnosticada y mencionada en otra parte, y fue por esta última que se dio atención al paciente, reseleccione la "afección principal" Ejemplo:

Afección principal: Dolor abdominal
Otras afecciones: Apendicitis aguda
Procedimiento: Apendicectomía

Reseleccione apendicitis aguda como la "afección principal" y codifique en K35.9

REGLA MB4:

Especialidad

Cuando el diagnóstico registrado como "afección principal" describe una afección en términos generales y en otra parte se registrara un termino que proporciona información mas precisa sobre el sitio o naturaleza de la afección, reseleccione este ultimo como la "afección principal" Ejemplo:

Afección principal:	Accidente cerebrovascular
Otras afecciones:	Diabetes mellitus
	Hipertensión
	Hemorragia cerebral

Reseleccione hemorragia cerebral, como la "afección principal" y codifique I61.9

REGLA MB5:

Diagnósticos principales alternativos

Cuando un síntoma o signo registrado como la "afección principal" contiene una indicación de que puede deberse a mas de una afección, seleccione el síntoma como la "afección principal" .Cuando se registran dos o mas afecciones como opciones diagnosticas de la "afección principal" seleccione la mencionada en primer lugar. Ejemplo:

Afección Principal: Gastroenteritis debida a infección o intoxicación alimentaria
Otras afecciones

Seleccione gastroenteritis infecciosa como la "afección principal" y codifique en A09