

La nueva clasificación internacional de enfermedades y el diagnóstico multiaxial en medicina general

The new international classification of diseases and multiaxial diagnosis in medicine.

Mezzich Juan Enrique*, Zapata María Isabel, Schwartz Kart**.**

*Profesor Principal de Psiquiatría y Jefe de División de Psiquiatría Epidemiológica, Universidad de la Ciudad de Nueva York. Profesor Honorario, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

**Estudiante de Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico tiene un papel fundamental en medicina. En él se basa el Clínico para recordar, pensar y actuar. Con vistas al mejor cumplimiento de sus objetivos, la estructura y formulación del diagnóstico han experimentado desarrollos substanciales en tiempos recientes. Esto ha llevado a avances en su confiabilidad o reproducibilidad, y, más incipientemente, en su validez o utilidad. Muchos de este progreso y reto está conectado a innovaciones recientes en la Clasificación Internacional de Enfermedades.

La importancia fundamental de una clasificación internacional es que organiza el universo de problemas de salud en base a una teoría de la realidad pertinente a la época y con vistas a optimizar la acción profesional clínica y epidemiológica. Más aún, tal clasificación codifica los problemas de salud, tal clasificación codifica los problemas de salud para facilitar su utilización práctica y su procesamiento informático de una manera internacionalmente comparable. De esto se desprende que el sistema de clasificación diagnóstica define el campo profesional y constituye herramienta crucial para una intervención clínica competente. Es pues responsabilidad de cada profesional de la salud el familiarizarse con los sistemas actuales de clasificación diagnóstica y adquirir destreza en su uso diario.

A un siglo de la primera Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte y posterior a sus primeras nuevas revisiones, se puede describir un proceso encaminado a obtener una mayor sistematización y utilidad de la información clínica que permitan comprender los problemas de salud del individuo en un contexto biopsico-social. El presente artículo revisa someramente el desarrollo histórico del modelo multiaxial de diagnóstico y la presentación multiaxial de la CIE-10 en el ámbito de la medicina general. Adicionalmente se presenta un caso clínico para ilustrar el uso de estos avances metodológicos.

La Clasificación Internacional de Enfermedades

Las raíces de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) pueden encontrarse en el trabajo de taxonomía biológica de Carolus Linnaeus en el siglo XVIII. Luego, el Primer Congreso del Instituto Estadístico Internacional que se llevó a cabo en Bruselas en 1853 comisionó al inglés William Farr y al italiano Marc D'Espine para preparar una "nomenclatura uniforme de causas de muerte aplicable a todos los países". En base a esto, Jacques Bertillon de París preparó la Primera Clasificación de Causas de Muerte adoptada por el Congreso Estadístico Internacional del 1883.

Desde aquel entonces se han hecho revisiones de la CIE aproximadamente cada diez años. La Sexta Revisión (2) extendió su cobertura a morbilidad, y como parte de ella se consideró a la enfermedad mental por primera vez. Fue recién en la Novena Revisión (3) donde se inauguró el uso de un glosario aplicado a los trastornos mentales.

La Décima Revisión de la Clasificación Internacional: CIE-10.

La preparación de la Décima Revisión de la CIE se acordó en 1979, el mismo año en que la Novena Revisión fue puesta en efecto. El proceso de desarrollo ha involucrado la participación de los ocho Centros de Colaboración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la Clasificación de Enfermedades, divisiones especializadas en las sedes y oficinas regionales de la OMS, organizaciones no gubernamentales (como la Organización Internacional de Especialidades Médicas), y paneles misceláneos de grupos e individuos interesados, todos bajo la coordinación de la Unidad de Desarrollo de servicios de Epidemiológicos y Estadísticos de Salud de la OMS.

El primer aspecto notable de la CIE-10 es la amplitud de su campo, tal como denota su título "Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud". Esto reconoce que para lidiar efectivamente con los problemas de salud se requiere considerar algo más que las enfermedades en sentido estricto.

La CIE-10 emplea un código alfanumérico compuesto por una letra en la primera posición seguida por varios dígitos separados por un punto entre el tercer y cuarto carácter. Los códigos pueden abarcar del A00.0 al Z99.9. Los primeros cuatro caracteres del código son oficialmente internacionales. El quinto y sexto carácter se dispusieron para acomodar adaptaciones de tipo local o especial.

La CIE-10 contiene 21 capítulos centrales, listados en la [tabla N°1](#). El primer carácter del código, una letra, está en general asociada a un capítulo en particular. Una excepción corresponde al capítulo en particular. Una excepción corresponde al capítulo ampliado de Neoplasias, el cual cubre una letra entera y comparte otra con los Trastornos Hematológicos, capítulo que incluye condiciones inmunológicas como la infección por el virus del SIDA.

Tabla N°1. Lista de los capítulos centrales de la CIE-10.

- I. Enfermedades infecciosas y parasitarias.
- II. Neoplasias.
- III. Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y trastornos del mecanismo inmune.
- IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.
- V. Trastornos mentales y del comportamiento.
- VI. Enfermedades del sistema nervioso.
- VII. Enfermedades del ojo y anexos.
- VIII. Enfermedades del oído y procesos mastoideos.
- IX. Enfermedades del sistema circulatorio.
- X. Enfermedades del sistema respiratorio.
- XI. Enfermedades del sistema digestivo.
- XII. Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo.
- XIII. Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo.
- XIV. Enfermedades del sistema génitourinario.
- XV. Embarazo, parto y puerperio.
- XVI. Condiciones originadas en el periodo perinatal.
- XVII. Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas.
- XVIII. Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio anormales no clasificados en otra parte.
- XIX. Injurias, envenenamiento y otras consecuencias de causas externas.
- XX. Causas externas de morbilidad y mortalidad.
- XXI. Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con servicios de salud.

Es también innovativo el concepto de la CIE-10 como una *familia de clasificaciones* de enfermedades y problemas relacionados con la salud. En el centro de la familia se encuentran los 21 capítulos tradicionales de enfermedades (Tabla N°1) y las listas cortas de causas de muerte y morbilidad, que corresponden a la información mínimamente exigida internacionalmente. Periféricamente situadas a las siguientes clasificaciones: 1) Clasificaciones dirigidas a la práctica especializada (v.g. par Oncología) y donde las diferencias principales con la clasificación central yace en el refinamiento de la tipología mórbida y en una mayor extensión de los códigos diagnósticos 2) Clasificaciones para la atención primaria en salud, caracterizadas por la condensación de categorías y el énfasis en terminología diagnóstica más flexible y de utilidad terapéutica inmediata, 3) Clasificaciones de Discapacidades: en relación a las consecuencias de la enfermedad y 4) Clasificaciones de procedimientos médicos, que incluyen procedimientos usados para el diagnóstico, prevención, terapia, cirugía, laboratorio, radiología y fármacos.

También forma parte de la familia la Nomenclatura Internacional de Enfermedades, la cual abarca una lista de nombres recomendados para todas las enfermedades reconocidas especialidades, tales como las enfermedades infecciosas y circulatorias.

Es importante resaltar el desarrollo de una versión para atención primaria de salud correspondiente al Capítulo V de Trastornos Mentales y del Comportamiento en la CIE-10. Se focaliza esta versión en 24 condiciones frecuentemente vistas en atención primaria y que podrían ser manejadas efectivamente por médicos generales. La clasificación se explicita en un grupo de tarjetas, una para cada una de las 24 categorías. Las tarjetas contienen en un lado pautas diagnósticas y en el otro pautas sobre manejo, tratamiento y referencias (4).

Se encuentra disponibles traducciones de la CIE-10 en numerosas lenguas así como un

número creciente de instrumentos educacionales, enderezados a presentar la familia de clasificaciones CIE-10 en todos los países miembros de la Organización Mundial de la Salud.

El Modelo Multiaxial de Diagnóstico

El diagnóstico multiaxial puede ser descrito como un intento de comprensibilidad en la descripción de la condición del paciente a través de un esquema estandarizado, confiable y estructuralmente coherente. Los propósitos generales del diagnóstico multiaxial, como un particular enfoque a la tarea diagnóstica, son los mismos que los del diagnóstico en general: descripción clínica, comunicación profesional, plan de tratamiento, pronóstico, investigación clínica y entrenamiento profesional.

Además de esto, la capacidad y pontencialidad descriptiva del modelo multiaxial han sido aplicadas tanto en psiquiatría como en medicina general con dos objetivos: lidiar con la complejidad de la enfermedad, así como con la condición clínica del paciente en su totalidad. La articulación de estos dos tópicos ha constituido durante las últimas décadas el propósito principal del diagnóstico multiaxial (5).

Articular o estructurar los componentes fundamentales de una enfermedad fue el propósito original del diagnóstico multiaxial tanto en psiquiatría como en medicina general. En psiquiatría este primer propósito motivó el desarrollo de los primeros esquemas de diagnósticos multiaxial, tales como los desarrollados por Essen – Möller y Wohlfar (6) en Suecia y Lecomte et al (7) en Francia, quienes propusieron describir un trastorno psiquiátrico especificando el síndrome y la etiología, por separados. Posteriormente, Bilikiewicz (8) en Polonia y Leme Lopes (9) en Brasil publicaron sistemas triaxiales incluyendo síndromes psiquiátricos generales, condiciones de personalidad y constelaciones etiopatogénicas biopsicosociales.

En medicina general, la primera propuesta multiaxial parece haber sido la Nomenclatura Estándar de patología (SNOP) (10) que incluía los siguientes ejes: Topografía, Morfología, Biología y Síntomas. El sucesor del SNOP, llamado Nomenclatura Estándar para Medicina (SNOMED) (11) adicionó ejes como entidades nosológicas o enfermedades, suplementando la aproximación elemental y analítica del SNOP. La actual Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (12), uno de los miembros especiales de la familia de clasificaciones CIE-10(13), incluye dos ejes: Topografía (localización del tumor) y Morfología (tipo tumorales). Los responsables de esta taxonomía consideraron que el uso de estos dos ejes era la única manera razonable para describir las neoplasias efectivamente.

El segundo pronóstico del uso del diagnóstico multiaxial es el describir no sólo la enfermedad sino la condición total del paciente. Esto último incluye el contexto de la enfermedad y su impacto sobre el funcionamiento del individuo. Este segundo propósito ha sido prominentemente conectado a la necesidad de facilitar la preparación de un plan de tratamiento comprensivo, se espera con esto llamar la atención de los clínicos a ciertas características críticas de la condición del paciente que apunten a la necesidad de considerar varias modalidades de tratamiento y a la justificación del trabajo con un equipo multidisciplinario.

En consecuencia, el modelo multiaxial proporciona una descripción biopsicosocial de la condición clínica global del paciente. Abarca no sólo patología (mental y no-mental), sino también factores ambientales psicosociales y las consecuencias de la enfermedad sobre el

funcionamiento del individuo y su calidad de vida (14).

La presentación Multiaxial de la CIE -10.

La presentación multiaxial de la CIE-10 ha sido desarrollada por la División de Salud Mental de la OMS pero es pertinente a todas las ramas de la medicina y la atención a la salud (15).

El esquema multiaxial de la CIE-10 contiene los siguientes tres ejes:

I. Diagnósticos clínicos.

Incluye los trastornos mentales y de medicina general. Todos los trastornos identificables en un individuo deben ser listados y codificados de acuerdo con los veinte capítulos de enfermedades en la clasificación central de la CIE-10.

II. Discapacidades.

Valora las consecuencias de la enfermedad en términos de impedimento en el desempeño de roles sociales básicos. Debe ser evaluado con la versión revisada y acortada de la Escala de Evaluación de Discapacidades de la OMS (16). Cuatro facetas mayores deben ser consideradas: cuidado personal, funcionamiento ocupacional (como trabajador remunerado, estudiante o ama de casa), funcionamiento con la familia (evaluando tanto regularidad como calidad de las interacciones) y comportamiento social en general (interacción con otros individuos y la comunidad en general y actividades de tiempo libre).

III. Factores contextuales

Se trata aquí de describir el ambiente en el que emerge la enfermedad en término de dominios ecológicos. Se incluyen problemas relacionados con la familia o grupo primario de apoyo, ambiente social general, educación, empleo, vivienda y economía, asuntos legales, historia familiar de enfermedad y estilo de vida personal. Esta estructura está basada en los códigos – Z seleccionados del capítulo XXI de la CIE-10: "Factores que influyen sobre el Estado de Salud y el Contacto con Servicios de Salud".

Caso Clínico

Mujer de 20 años, mestiza, soltera, católica, nacida en y procedente de La Libertad. La paciente hace dos años inició su enfermedad con dolores articulares a predominio de rodillas y caderas y tenue eritema malar por lo que acudió al hospital donde se le diagnosticó Lupus Eritematoso Sistémico y, por biopsia renal de Nefritis Lúpica. Se inició terapia con prednisona 20 mg. al día, con lo que las molestias disminuyeron de intensidad. Hace tres semanas se exacerbó la debilidad muscular particularmente en los segmentos proximales de las extremidades inferiores, agregándose fatiga, lo cual dificultó la deambulaci3n. Además, presentó lesiones blanquecinas algodonosas en la mucosa oral, que producci3n sensaci3n de quemaz3n durante la alimentaci3n. El apetito ha disminuido acompa3ado de p3rdida de peso. El sue3o est3 alterado, despierta 2 a 3 veces por noche y le es dif3cil conciliar el sue3o nuevamente. Estado de ánimo deprimido, refiere haber pensado en matarse. El resto de funciones biol3gicas est3n conservadas. La apariencia personal es razonablemente limpia y adecuada. La familia est3 compuesta por 7 personas (la paciente es la mayor de cuatro

hermanos), quienes habitan en una casa alquilada. El único sustento familiar proviene del padre, quien no cuenta con un trabajo estable y actualmente está desempleado. La economía familiar ha empeorado últimamente, pues la hermana de la paciente ha tenido un niño hace 2 meses y es soltera.

La historia personal consigna que la paciente nació de gestación general, parto eutócico sin complicaciones. Desarrollo psicomotor aparentemente normal hasta el inicio de su enfermedad. Desde entonces la paciente se ha aislado y limitado su trabajo a labores del hogar. Últimamente "todo le molesta" y discute irritada con sus familiares. Además refiere no estar conforme con la labor que realiza. El desenvolvimiento escolar fue inadecuado, repitió tres años, pues según refiere no "aprendía rápido", terminó la secundaria a los 20 años. Menarquía a los 13 años. Régimen catamenial: 5/30 días. Fecha de la última regla: hace 15 días. Nunca ha gestado. Niega haber tenido relaciones sexuales. No ofrece indicaciones de tratamiento psiquiátrico previo. Actualmente su hermana gemela está en tratamiento por tuberculosis pulmonar. Al examen físico, no presenta eritema malar ni aspecto cushinoide, pero se confirma por otro lado lo referido en la historia.

Diagnóstico Multiaxial CIE-10

I. Diagnósticos Clínicos:	Código:
1. Lupus Eritematoso Sistémico	M32.9
2. Nefritis Lúpica	M32.1
	N08.5
3. Miopatía Esteroidea (Miopatía inducida por drogas)	G72.0
4. Candidiasis Oral	B37.0
5. Episodio Depresivo Moderado	F32.1

II. Discapacidades:

- A. Cuidado Personal: Ninguna Discapacidad
- B. Funcionamiento Ocupacional: Discapacidad discernible
- C. Funcionamiento con la Familia: Discapacidad sustancial
- D. Funcionamiento Social General: Discapacidad severa

III. Factores Contextuales

- 1. Problemas educacionales: Bajo rendimiento escolar (Z55.3)
- 2. Problemas económicos: Ingreso familiar insuficiente (Z59.6)
- 3. Enfermedades familiares: Hermana con TBC (Z83.1)

Como vemos, la paciente experimenta una pluralidad de trastornos físicos y mentales, además presenta considerable merma en su funcionamiento adaptativo, particularmente en las áreas interpersonales, así como bajo rendimiento escolar, insuficiente ingreso familiar y

(probablemente relacionado con esto último) una hermana con TBC.

La delimitación de este perfil diagnóstico puntualiza la necesidad de considerar intervenciones médico generales (v.g. corticoterapia y antimicóticos para la paciente; anti-TBC para la hermana), psiquiátricos (v.g. antidepresivos, psicoterapia de apoyo, evaluación intelectual) y sociales (v.g. orientación familiar en lo social y económico).

Conclusión

La Clasificación Internacional de Enfermedades constituye el instrumento fundamental para la comunicación mundial sobre los problemas de salud. Representa esta clasificación una determinada conceptualización y organización de tales problemas, enderezados a contribuir a una atención clínica eficaz y a la obtención de parámetros epidemiológicos de relevancia universal. Su más reciente revisión, la CIE-10, ha expandido el campo de esta clasificación para incluir una amplia gama de problemas relacionados con la salud, y no sólo la enfermedad *sensu stricto*. Consistente con la tendencia, el modelo multiaxial de la CIE-10 ofrece la oportunidad de aproximarse a la condición total del paciente, diagnosticando todos sus trastornos, así como el impacto de estos sobre el funcionamiento del individuo y el contexto en el cual vive. Esto se ha ilustrado con un caso clínico que muestra la frecuente complejidad de la condición global del paciente y la necesidad de esfuerzo terapéutico comprensivo y multidisciplinario.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.WHO. International Classification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision (ICD-10). Geneva 1992.
- 2.WHO. Manual of the International Classification of Diseases, Sixth Revision (ICD-6). Geneva 1948.
- 3.WHO. Manual of the International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9). Geneva WHO; 1977.
- 4.Sartorius N. Progress in the development of the classification of mental disorders in the ICD-10. In: Mezzich JE, Honda Y, Kastrup MC (eds). Psychiatric diagnosis: A world perspective. New York: Sprynger-Verlang; 1994.
- 5.Mezzich JE. Multiaxial Diagnosis: Purposes and challenges. In: Mezzich JE, Honda Y, Kastrup MC (eds). Psychiatric diagnosis: A World perspective. New York: Springer-Verlag; 1994.
- 6.Essen – Möller E. and Wohlfahrt S. Suggestions for the amendment of the Official Swedish Classification of Mental Disorders. Acta Psychiatr Scand (Suppl) 1947; 47: 551-555.
- 7.Lecomte M, Damey A, Delage E, Marty P. Essa d'une statistique synoptique de médecine psychiatrique Techniques Hospitaliers 1947 ; 18 : 5-8.
- 8.Bilikiewicz T. Próba układu nozograficznego etioepigenetycznego W psychiatrii, Neurol Neurochir Pol 1951; 1: 68-78.

9. Leme Lopes J. As Dimensoes do Diagnóstico Psiquiátrico. Rio de Janeiro: Agir, 1954.
10. College of American Pathologists. Systematized Nomenclature of Pathology (SNOP). Chicago, College of American Pathologists, 1965.
11. College of American Pathologists. Systematized Nomenclature of Medicine (SNOMED). Skokie, Illinois, College of American Pathologists, 1977.
12. Percy C, Van Holten V, Muir C. International Classification of Diseases for Oncology. Geneva. World Health Organization, 1990.
13. Bramer GR. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, World Health Statistics. Quarterly 1988; 41: 32-36.
14. Mezzich JE. International perspectives on psychiatric diagnosis. In: Kaplan HI, Sadock BJ (eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sixth Edition. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.
15. Janca A, Kastrup MC, Katsching H, López-Ibor JJ, Mezzich JE, Sartorius N. La presentación multiaxial de la CIE-10. J Nerv Ment Dis, in press.
16. WHO. Disabilities Assessment Schedule. Geneva:WHO; 1985.

Correspondencia:

Juan E. Mezzich, M.D., Ph. D.

Professor of Psychiatry and Head.

Division of Psychiatric Epidemiology

Mount Sinai School of Medicine of the City

University of New York. Box 1230

Fifth Avenue & 100th. Street

New York, New York 10029-6574, U.S.A.