

11

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

CODIFICACIÓN EN CIE-9-MC. EDICIÓN 2010

CIE-9-MC

11

**COMPLICACIONES DEL
EMBARAZO, PARTO
Y PUERPERIO**



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Editoras:

Yolanda Fornieles García
Araceli Díaz Martínez

Autores:

Araceli Díaz Martínez
Carolina Conejo Gómez
María Ana Ramos Vázquez
M^a Mercedes López Torné
Andrés del Águila González
M^a Jesús Linares Navarro
Eloisa Casado Fernández
Javier Delgado Alés
Alfonso Martínez Reina
Leonardo Calero Romero
M^a José Ferreras Fernández
Mariano Sánchez García
Jesús Pena González
Antonio Romero Campos
Javier Irala Pérez

Edita:

Servicio de Producto Sanitario. Subdirección de Evaluación y Producción Asistencial. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Coordinación de la Edición:

Área de Conocimiento Gestión de la Práctica Asistencial. Escuela Andaluza de Salud Pública

ISBN: 978-84-693-0495-2

DL: GR-1833/2010

Diseño e impresión: Gráficas Alhambra

Todos los derechos reservados

INDICE

INTRODUCCIÓN	7
NORMAS GENERALES DE CODIFICACIÓN EN EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	8
I. SELECCIÓN DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	9
II. USO DE CUARTO Y QUINTO DÍGITO	10
1. Aborto	10
2. Embarazo, parto y puerperio	11
EMBARAZO MOLAR	13
I. ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA	13
II. HUEVO HUERO	14
III. TRATAMIENTO	15
IV. COMPLICACIONES	15
EMBARAZO ECTÓPICO	16
I. TRATAMIENTO DE EMBARAZO ECTÓPICO TUBÁRICO	17
1. Técnicas quirúrgicas conservadoras	17
2. Técnicas quirúrgicas no conservadoras	17
3. Tratamiento médico	18
II. TRATAMIENTO DE RESTOS DE EMBARAZO ECTÓPICO	19
ABORTO	20
I. CLASIFICACIÓN	20
II. CODIFICACIÓN	21
1. Uso de quinto dígito	21
2. Uso de cuarto dígito	22
3. Complicaciones	23
III. ABORTO INADVERTIDO	25
IV. OTRAS SITUACIONES ESPECIALES	26
1. Feto vivo	26
2. Gestación múltiple	26
2a. Muerte fetal de uno o más fetos	26
2b. Reducción fetal	27
3. Abortos de repetición	28
V. PROCEDIMIENTOS EN ABORTO	28

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO	29
I. HEMORRAGIAS.....	29
II. HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EMBARAZO	30
1. Hipertensión gestacional	31
1a. Preeclampsia	31
1b. Eclampsia	31
2. Hipertensión crónica	32
III. DIABETES Y EMBARAZO	33
IV. ANEMIA EN EMBARAZO	34
V. ENFERMEDADES INFECCIOSAS	34
1. VIH	35
2. Portadora estreptococo β -hemolítico.....	35
3. Sepsis.....	36
VI. OTRAS ENFERMEDADES	36
I. Infección tracto urinario	36
II. Síndrome antifosfolípidos	38
VII.CIRUGÍA INTRAÚTERO	39
VIII.COMPLICACIONES DE AMNIOCENTESIS.....	40
1. Aborto.....	40
2. Infección del líquido amniótico.....	41
3. Pérdida de líquido amniótico.....	41
IX. ANOMALÍAS Y PROBLEMAS FETALES.....	42
X. ROTURA DE MEMBRANAS.....	42
XI. PARTO PREMATURO Y AMENAZA DE PARTO PREMATURO	44
XII.EMBARAZO DE ALTO RIESGO	45
SOSPECHA DE ENFERMEDADES DESCARTADAS.....	46
CRONOPATÍA DEL EMBARAZO	47
PARTO	48
I. PARTO NORMAL O EUTÓCICO.....	48
II. PARTO EXTRAHOSPITALARIO O EXTRAMUROS.....	49

III. PARTO DISTÓCICO	50
1. Distocia materna	51
1a. Distocia dinámica o disfunción uterina	51
1b. Distocia pélvica	51
2. Distocia fetal	51
2a. Situación fetal	51
2b. Presentación fetal	52
2c. Desproporción fetal	54
3. Distocia ovular	54
IV. PARTO OBSTRUIDO	56
V. PARTO PROLONGADO	56
1. Periodo de dilatación	56
2. Periodo expulsivo	57
3. Periodo de alumbramiento	57
VI. PARTO INDUCIDO	58
1. Inducción médica	58
2. Inducción quirúrgica	59
VII. PARTO INSTRUMENTAL U OPERATORIO	59
1. Fórceps	60
2. Espátulas	61
3. Ventosa	62
VIII. PARTO POR CESÁREA	63
IX. ANALGESIA EPIDURAL	63
X. ESTERILIZACIÓN CONTRACEPTIVA	63
XI. TRAUMATISMOS DEL PERINÉ Y VULVA DURANTE EL EXPULSIVO	65
COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO	67
I. HEMORRAGIA POSTPARTO	67
1. Trastornos del periodo de alumbramiento	68
2. Alteraciones sistémicas	69
II. ATONÍA UTERINA SIN HEMORRAGIA	69
III. PLACENTA O MEMBRANAS RETENIDAS SIN HEMORRAGIA	69
IV. INFECCIÓN PUERPERAL GRAVE	70
1. Definición	70
2. Infección localizada	71
3. Infección generalizada	71

V. FIEBRE PUERPERAL Y FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO	73
VI. MASTITIS Y CONGESTIÓN DE MAMAS	74
VII. COMPLICACIÓN DE HERIDA POR CIRUGÍA OBSTÉTRICA: EPISIOTOMÍA, DESGARRO Y CESÁREA	75
VIII.CEFALEA POSTPUNCIÓN LUMBAR.....	75
EFFECTOS TARDÍOS DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	76
REFERENCIAS	77

INTRODUCCIÓN

El capítulo 11 de la CIE-9-MC¹ abarca los códigos comprendidos entre las categorías 630 – 679, e identifican aquellas circunstancias y problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio, siguiendo una secuencia en el tiempo desde la fecundación hasta el puerperio, incluyendo el aborto.

Este capítulo se distribuye en las siguientes secciones:

- Embarazo ectópico y molar 630 – 633.
- Otro embarazo con resultado abortivo 634 – 639.
- Complicaciones principalmente relacionadas con el embarazo 640 – 649.
- Parto normal y otras indicaciones para cuidados durante el embarazo, trabajo de parto y parto 650 – 659.
- Complicaciones que se presentan principalmente durante el curso del parto 660 – 669.
- Complicaciones del puerperio 670 – 677.
- Otras complicaciones maternas y fetales 678 – 679.

También existen códigos relacionados con el embarazo, parto y puerperio en las categorías V22 – V28 y V89.

Los procedimientos obstétricos están incluidos, principalmente, en el **Capítulo 13 Procedimientos Obstétricos**, que comprende las categorías 72 – 75.

NORMAS GENERALES DE CODIFICACIÓN EN EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Los códigos de este capítulo tienen prioridad en la secuencia de codificación sobre otros capítulos.

La mayoría de las condiciones incluidas en este capítulo requieren de una codificación múltiple para especificar con mayor claridad las afecciones, debiéndose acompañar de códigos de otros capítulos cuando aporten mayor información.

Ejemplo:

Mujer de 30 años con 24 semanas de gestación que ingresa de urgencia por presentar hemorragia y anemia aguda secundaria a la hemorragia. En la exploración se observan varices importantes en miembros inferiores. Es dada de alta a los 4 días.

641.93 Hemorragia anteparto no especificada. Estado o complicación anteparto

648.23 Anemia. Estado o complicación anteparto

285.1 Anemia posthemorrágica aguda

671.03 Venas varicosas de piernas. Estado o complicación anteparto

Cualquier condición o circunstancia que suceda durante el embarazo, parto y puerperio debe ser codificada en este capítulo, salvo que en la historia clínica se indique claramente que no está relacionada de ninguna manera con el embarazo ni con el tratamiento que la mujer ha recibido, en cuyo caso el código del proceso no obstétrico será el diagnóstico principal y se asignará como código adicional el **V22.2 Estado de embarazo, incidental**. Es decir, será responsabilidad del médico especificar si la afección que está siendo tratada no afecta al embarazo².

Los códigos de la categoría **V22 Embarazo normal** nunca podrán acompañar a los códigos del capítulo 11 en el mismo episodio³.

Ejemplos:

- Mujer de 28 años, embarazada de 35 semanas, que tras accidente de tráfico se fractura el extremo inferior del antebrazo. Se realiza ecografía de control con resultado normal.

813.40 Fractura extremo inferior del antebrazo, no especificado

**E819.9 Accidente de tráfico de vehículo motorizado de tipo no especificado.
Persona no especificada**

E849.9 Lugar de acontecimiento. Sitio no especificado

V22.2 Estado de embarazo, incidental

- Paciente embarazada de 12 semanas que ingresa en el servicio de digestivo por una enfermedad de Crohn.

555.9 Enteritis regional. Sitio no especificado

V22.2 Estado de embarazo, incidental

En los episodios donde se produce el parto, debe asignarse un código adicional de la categoría **V27 Resultado del parto**. El 4º dígito de esta categoría indica si el resultado del parto fue único o múltiple, y si nació vivo o no.

Los códigos de este capítulo 11, así como los códigos de la categoría V27 sólo serán utilizados en la historia de la madre, nunca en la historia del recién nacido, y sólo en el episodio en el que ocurre el parto.

I. SELECCIÓN DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

El diagnóstico principal⁴ debe corresponder a la circunstancia del embarazo, parto o puerperio que haya motivado el ingreso y/o la complicación principal. Si existe más de una, y todas son tratadas, cualquiera de ellas puede ser codificada en primer lugar.

El diagnóstico principal para una cesárea se corresponderá con el motivo de indicación de la misma, salvo que el motivo del ingreso no tenga relación con la indicación de la cesárea².

Ejemplo:

Paciente embarazada primípara de 35 semanas que ingresa de urgencia por fractura de tibia tras accidente de tráfico frontal contra otro coche (conductora). Durante el ingreso rompe la bolsa y, tras más de 24 horas, se decide cesárea por presentación anómala del feto (nalgas), peso 2.750 gramos.

648.91 Otras enfermedades actuales clasificadas bajo otros conceptos. Parto, con o sin mención de estado anteparto

823.80 Fractura de tibia. Parte no especificada, cerrada

E812.0 Otro accidente de tráfico de vehículo motorizado con colisión con vehículo motorizado. Conductor de vehículo motorizado que no sea motocicleta

652.21 Presentación de nalgas sin mención de versión. Parida, con o sin mención de estado anteparto

644.21 Parto prematuro o inicio precoz del parto. Parto, con o sin mención de estado anteparto

658.21 Parto retardado después de ruptura espontánea o no de membranas. Parida, con o sin mención de estado anteparto

V27.0 Resultado del parto. Niño único nacido con vida

74.1 Cesárea clásica baja

Los códigos de la categoría **V23 Supervisión de embarazo de alto riesgo** no deben de ser utilizados como diagnóstico principal, serán siempre secundarios en los episodios de hospitalización de agudos⁴.

Su entrada en el Índice Alfabético es:

Embarazo

- complicado (por)

- - antecedente

Embarazo

- supervisión (de) (por) (para)

II. USO DE CUARTO Y QUINTO DÍGITO

1. Aborto

En aborto^{3,4}, en las categorías 634 – 638 el uso del **4º dígito** indica si existe complicación o no, especificando la complicación en caso de que se produzca y esté documentada.

En las categorías de aborto 634 – 637 se requieren además el uso de **5º dígito**, tal como se describe a continuación:

- **0: No especificado**
No debe utilizarse.
- **1: Incompleto**
Indica que el producto de la concepción no ha sido expulsado completamente del útero.
- **2: Completo**
Indica que todos los productos de la concepción han sido expulsados del útero antes o durante el ingreso.

2. Embarazo, parto y puerperio

Las categorías 640 – 676 (con la única excepción de la 650) requieren de un **5º dígito** para indicar el episodio de cuidados: embarazo, parto o puerperio.

No todos los quintos dígitos pueden ser usados en todas las subcategorías. El 5º dígito que puede ser usado en cada subcategoría aparece entre corchetes, [], debajo del número del código en la lista tabular⁴.

El 5º dígito utilizado en estas categorías será:

- **0: Sin especificación con respecto a episodio de cuidados**
Se desconoce el momento del embarazo en el que se encuentra la mujer.
No debe ser utilizado en ningún caso.
- **1: Parto, con o sin mención de estado anteparto**
Se produce el parto en este episodio y la condición obstétrica que se codifica, o bien se produce durante el parto o bien ya estaba presente antes del parto.
- **2: Parto, con mención de complicación postparto**
Se ha producido el parto en este episodio y la condición obstétrica que se codifica aparece después del parto pero en el mismo episodio de hospitalización.
- **3: Estado o complicación anteparto**
La complicación obstétrica es anteparto sin que se produzca el parto durante el episodio actual.

También puede utilizarse como códigos secundarios en un episodio de aborto para indicar, si se conoce, la causa materna o fetal que ha provocado el aborto.

- **4: Estado o complicación postparto**

La complicación que motiva el ingreso aparece en el período puerperal y el parto ha tenido lugar en un ingreso anterior.

Los quintos dígitos de los códigos de un mismo episodio deben ser coherentes unos con otros. Así, si en un episodio se produce un parto, todos los quintos dígitos de los códigos de dicho episodio deben indicar el parto.

Sólo pueden utilizarse en un mismo episodio de ingreso de forma simultánea los 5º dígitos 1 y 2.

Ejemplo:

Embarazada de 38 semanas de gestación, en tratamiento por hipertensión gestacional. Acude por dinámica de parto. A las 12 horas nace varón de 3.500 gramos. A las 24 horas se diagnostica de hemorroides externas prolapsadas postparto, por lo que se indica tratamiento que deberá continuar en su domicilio.

642.31 Hipertensión transitoria del embarazo. Parto, con o sin mención de estado anteparto

671.82 Otras complicaciones venosas. Parida con o mención de complicación postparto

455.5 Hemorroides externas con otra complicación

V27.0 Resultado del parto. Niño único nacido con vida

EMBARAZO MOLAR

I. ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA

Se conoce con el nombre de **Enfermedad Trofoblástica Gestacional** (ETG) a un conjunto de procesos benignos y malignos, poco habituales, derivados de una proliferación anormal del trofoblasto de la placenta humana (hiperplasia) y del genoma paterno, con una contribución materna ocasional. Incluye el embarazo molar, la mola hidatiforme completa (invasiva o no), la mola hidatiforme parcial y los tumores trofoblásticos gestacionales (coriocarcinoma y tumor del lecho o sitio placentario)⁵.

La ETG se caracteriza por una hipersecreción de la hormona Gonadotropina Coriónica Humana (hCG), que constituye un marcador tumoral sensible para estudiar y evaluar la progresión, persistencia y evolución de la enfermedad.

La **mola hidatiforme** es un producto de la concepción que se caracteriza por una hiperplasia trofoblástica asociada a una degeneración hidrópica de las vellosidades coriónicas. Puede ser:

- Completa, en la que falta el feto y donde todas las vellosidades presentan degeneración hidrópica.
- Parcial o incompleta, en la que hiperplasia trofoblástica es sólo focal y no todas las vellosidades presentan degeneración hidrópica, y en algunos está presente un embrión, generalmente anormal.

Los **tumores trofoblásticos gestacionales**, también llamados ETG persistentes (ETGP), ocurren tras la evacuación o el final de una gestación y pueden proceder, no sólo de la mola hidatiforme, sino después de cualquier suceso gestacional, incluido abortos, terapéuticos o espontáneos, gestaciones ectópicas y embarazos a término.

El término tumor trofoblástico gestacional, comprende la mola invasiva y el tumor maligno coriocarcinoma y tumor trofoblástico del lecho o sitio placentario. Pueden metastatizar más allá del cuerpo uterino, originando el estadio de la enfermedad denominado ETG metastásica o tumor trofoblástico metastático⁵.

La **mola invasiva** o «**corioadenoma destruens**» es una mola, generalmente completa, con vellosidades coriónicas que invaden el miometrio o sus vasos sanguíneos.

El **coriocarcinoma** es la forma de enfermedad trofoblástica más agresiva, si no se trata adecuadamente, y que puede producir metastásis (cerebro, pulmón, etc.), sangra con facilidad y destruye los tejidos donde asienta (por ejemplo en el pulmón o el útero).

II. HUEVO HUERO

El huevo huero se produce cuando las células del disco embrionario fallan en su desarrollo y el embrión no se forma, aunque las capas celulares que crean la bolsa del corion siguen creciendo por un tiempo indeterminado, produciendo hormonas. Se diagnostica por ecografía, en la que no es posible ver estructuras embrionarias dentro del saco gestacional o bolsa corial. Es importante repetir las ecografías en diferentes días para confirmar el diagnóstico, antes de indicar el legrado.

La CIE clasifica estas situaciones en los siguientes códigos:

CIRCUNSTANCIA	CÓDIGO CIE
Enfermedad trofoblástica	630 Mola hidatiforme
Embarazo molar	631 Otro producto anormal de concepción
Huevo huero	631 Otro producto anormal de concepción
Mola hidatiforme	630 Mola hidatiforme
Mola hidatiforme invasiva	236.1 Neoplasia de evolución incierta de placenta
Mola invasiva	236.1 Neoplasia de evolución incierta de los órganos genitourinarios. Placenta
Coriocarcinoma	181 Neoplasia maligna de placenta
Embarazo actual con antecedente de Mola hidatiforme previa, o enfermedad trofoblástica NEOM previa	V23.1 Embarazo con historial de enfermedad trofoblástica
Embarazo actual con antecedente de embarazo molar previa	V23.49 Embarazo con otro historial obstétrico no satisfactorio

III. TRATAMIENTO

El tratamiento del embarazo molar es habitualmente una dilatación y legrado con anestesia general. Ocasionalmente, cuando la mola es extensa y la mujer ha decidido no tener embarazos en el futuro, se puede realizar una histerectomía.

El tratamiento del huevo huero es habitualmente una dilatación y legrado con anestesia general.

El legrado uterino realizado para tratar cualquier tipo de embarazo molar se codificará, según proceda, con uno de los siguientes códigos:

- **69.01 Dilatación y legrado para terminación del embarazo.**
- **69.02 Dilatación y legrado después de parto o aborto.**
- **69.51 Legrado por aspiración del útero para terminación de embarazo.**
- **69.52 Legrado por aspiración después del parto o aborto.**

IV. COMPLICACIONES

Las complicaciones debidas a una enfermedad trofoblástica gestacional (embarazo molar, mola hidatiforme no invasiva) y a un huevo huero se recogen en la categoría **639 Complicaciones después de aborto y embarazo ectópico o molar**.

Si en una mola hidatiforme se presenta como síntoma una preeclampsia, ésta se añadirá como código adicional al código de la mola.

Ejemplo:

Embarazada de 12 semanas de gestación que acude por cifras tensionales muy elevadas, edemas en cara y pies. En la analítica se detecta albuminuria y cifras elevadas de hCG. Se realiza ecografía y se diagnostica de mola hidatiforme no invasiva con preeclampsia. Durante el ingreso se inicia sangrado vaginal. Se realiza legrado.

630 Mola hidatiforme

642.43 Preeclampsia leve o no especificada. Estado o complicación anteparto

69.02 Dilatación y legrado después del parto o aborto

EMBARAZO ECTÓPICO

Un embarazo ectópico es un embarazo anormal donde el feto se implanta fuera del endometrio uterino (trompas de Falopio, cuerno uterino, ovario o cavidad abdominal). El feto no puede sobrevivir en estos casos, por lo que debe extraerse. Si el embrión continúa creciendo puede provocar una rotura del órgano donde se implanta y producir una hemorragia interna que ponga en peligro la vida de la mujer.

El incremento en el uso de tecnologías reproductivas ha dado lugar a un aumento de embarazadas con gestación múltiple en los que un embarazo intrauterino puede coexistir con uno ectópico. Para ello, la CIE especifica con el 5º dígito de la categoría 633 si existe simultáneamente un embarazo intrauterino (1) o no existe un embarazo intrauterino (0).

EMBARAZO ECTÓPICO	CÓDIGO CIE
Trompa de Falopio	633.1X Embarazo tubárico
Cuerno uterino	633.8X Otro embarazo ectópico
Ovario	633.2X Embarazo ovárico
Cavidad abdominal	633.0X Embarazo abdominal

Se asignará código adicional de la categoría **639 Complicaciones después de aborto y embarazo ectópico o molar** para identificar cualquier complicación que surja.

Ejemplo:

Embarazo ectópico con cuadro de abdomen agudo con anemia por pérdidas agudas y shock hemorrágico por hemoperitoneo masivo por ruptura de trompas que requiere transfusión sanguínea.

633.10 Embarazo tubárico sin embarazo intrauterino

639.5 Complicación después de aborto y embarazo ectópico o molar. Shock

785.59 Shock sin mención de trauma. Otro

**639.1 Complicación después de aborto y embarazo ectópico o molar.
Hemorragia retardada o excesiva**

**568.81 Otros trastornos específicos del peritoneo. Hemoperitoneo
(no traumático)**

285.1 Anemia posthemorrágica aguda

99.04 Transfusión de concentrado de hematíes

La rotura de trompas va implícita en el código 633.10.

I. TRATAMIENTO DE EMBARAZO ECTÓPICO TUBÁRICO

El tratamiento del embarazo ectópico tubárico, que es el más frecuente de los ectópicos, variará según el momento del diagnóstico:

- Si el embarazo es de unos días y no se ha roto la trompa, la mujer puede ser tratada con el fármaco metotrexate en lugar del procedimiento quirúrgico. El metotrexate es un antagonista del ácido fólico que detiene la síntesis de ADN y así el progreso del embarazo y salva la trompa de Falopio. Después del tratamiento se debe supervisar a la mujer durante varias semanas hasta que los niveles de la hormona hCG en sangre vuelvan a cero.
- La mayoría de los embarazos ectópicos se diagnostican dentro de las 8 primeras semanas de embarazo, habitualmente antes de que se rompa la trompa, en cuyo caso el tratamiento es de cirugía conservadora mediante una pequeña apertura de la trompa de Falopio para extraer el embrión.
- Si el embarazo ectópico se diagnostica después de que la trompa de Falopio haya sufrido estiramiento (mayor de 5 cm), o si se ha roto y ha empezado a sangrar, el tratamiento es quirúrgico y no puede ser conservador: se extrae parte de ella o la totalidad.

1. Técnicas quirúrgicas conservadoras

Entre las técnicas quirúrgicas conservadoras del tratamiento de un embarazo ectópico tubárico tenemos:

- **Salpingostomía**, también llamada salpingostomía lineal (**66.02 Salpingostomía**) que se utiliza para eliminar un embrión pequeño menor de 2 cm de longitud (no complicado) y que esté situado en el tercio distal de la trompa mediante una incisión del ostio tubárico.
- **Salpingotomía** (**66.01 Salpingotomía**) que se refiere a la incisión y apertura de la trompa de Falopio lejos del ostio.

2. Técnicas quirúrgicas no conservadoras

Como técnica no conservadora del tratamiento quirúrgico de un embarazo ectópico tubárico tenemos la salpingectomía, total o parcial (**66.62 salpingectomía con extracción de embarazo tubárico**).

Esta cirugía se realiza cada vez con mayor frecuencia por escopia, y en la CIE no siempre se recoge esta condición. Por ello:

- Si no existe código de combinación, se añadirá el código correspondiente de la escopia (histeroscopia, laparoscopia, etc.).
- Si se realizan procedimientos asociados, y alguno de ellos es un código de combinación (ejemplo: ooforectomía laparoscópica), no se añadirá el código de la escopia (histeroscopia, laparoscopia, etc.) para el otro procedimiento.

Ejemplos:

- Embarazada de 10 semanas que acude por hemorragia. Se realiza eco y se diagnostica de embarazo tubárico derecho. Se practica salpingectomía parcial derecha laparoscópica.

633.10 Embarazo tubárico sin embarazo intrauterino

66.62 Salpingectomía con extracción de embarazo tubárico

54.21 Procedimientos diagnósticos de la región abdominal. Laparoscopia

- Mujer embarazada por inseminación artificial, de 8 semanas de gestación que acude por dolor abdominal. Se realiza ecografía y se observa un embarazo en trompa de Falopio izquierda y otro en útero, así como un quiste ovárico de 12 cm. Se realiza salpingotomía laparoscópica para extracción de feto tubárico y marsupialización laparoscópica del quiste ovárico.

633.11 Embarazo tubárico con embarazo intrauterino

654.43 Otras anomalías de la forma o posición del útero grávido y de las estructuras adyacentes. Estado o complicación anteparto

620.2 Otros quistes ováricos y quistes ováricos no especificados

66.01 Salpingotomía

65.23 Marsupialización laparoscópica del quiste ovárico

3. Tratamiento médico

El tratamiento médico con metotrexate en los embarazos ectópicos se puede administrar como:

- Punción transvaginal con inyección de metotrexate intrasácula, en cuyo caso se codifica con el código **75.0 Inyección intra-amniótica para inducir el aborto** más el **99.28 Inyección o infusión de modificador de respuesta biológica [BRM] empleados como antineoplásicos**.
- Por vía sistémica, se asigna el código 99.28.

II. TRATAMIENTO DE RESTOS DE EMBARAZO ECTÓPICO

Cuando el embarazo ectópico se sitúa en otra localización, como cavidad abdominal, extraperitoneal, intraligamentoso, ovárico, peritoneal diferente a las trompas, su extracción quirúrgica se codifica como **74.3 Extracción de embrión intraperitoneal**, con código adicional de laparoscopia, en su caso.

TIPO EMBARAZO ECTÓPICO	TRATAMIENTO	CÓDIGO CIE
Ectópico tubárico	Cirugía conservadora	66.02 Salpingostomía ó 66.01 Salpingotomía
	Cirugía no conservadora	66.62 Salpingectomía con extracción de embarazo tubárico
	Tratamiento médico: Metotrexate intrasácula	75.0 Inyección intra-amniótica para inducir el aborto + 99.28 Inyección o infusión de modificador de respuesta biológica [BRM] empleados como antineoplásicos
	Tratamiento médico: Metotrexate intravenoso	99.28 Inyección o infusión de modificador de respuesta biológica [BRM] empleados como antineoplásicos
Restos de embarazo ectópico	Cirugía	74.3 Cesárea y extracción de feto. Extracción de embrión intraperitoneal

ABORTO

Un aborto es la muerte fetal con expulsión o extracción, natural o provocada, de todo o parte de la placenta o membranas, con o sin feto, en el período no viable de su vida intrauterina.

A efectos de clasificación de la CIE, este periodo no viable se corresponde con un periodo inferior a las 22 semanas completas (154 días completos). En caso de no conocer las semanas de gestación, este periodo no viable se corresponderá con un peso del feto inferior a los 500 gramos⁴.

Si esa expulsión del feto se realiza en período viable (> 22 semanas completas ó > 500 gramos de peso) pero antes de las 37 semanas de gestación, se denomina parto prematuro, tanto si el feto sobrevive como si muere.

I. CLASIFICACIÓN

La CIE-9-MC clasifica el aborto en las siguientes categorías:

- **Aborto diferido**, categoría 632. Se denomina así a la retención por un período prolongado de los productos de la gestación sin vida, y que previamente habían tenido latido cardíaco. Se constata una muerte fetal antes de las 22 semanas completas de gestación, con feto muerto retenido, el cual puede expulsarse espontáneamente o requerir tratamiento quirúrgico o químico.

Si la gestación es de más de 22 semanas completas, la retención de un feto muerto se considera una muerte intrauterina y se codificará en la subcategoría **656.4 Muerte intrauterina**.

Ejemplo:

Mujer de 23 semanas de gestación, que en la última revisión hace una semana no se percibe latido cardíaco fetal. En la ecografía se identifica feto de 20 semanas. El útero se palpa duro y quizás de menor tamaño que en la visita anterior.

632 Aborto diferido

- **Aborto espontáneo**, categoría 634. Es la expulsión del feto de menos de 500 gramos de peso, en ausencia de maniobras facilitadoras y sin ser inducido. Puede ser:

- **Completo:** se produce la evacuación total (en block) de todos los productos de concepción (restos ovulares y membranas) aunque se produzca durante el ingreso.
 - **Incompleto:** se produce la evacuación parcial de restos ovulares y membranas, en cuyo caso debe completarse la evacuación, mediante técnicas instrumentales similares a las del aborto provocado.
- **Aborto legalmente inducido**, categoría 635. Es aquel realizado para terminación terapéutica o electiva del embarazo, cumpliendo los supuestos establecidos por la legislación vigente. La técnica más empleada sigue siendo la dilatación cervical con bujías de Hegar, y la evacuación mediante legrado instrumental o vacuoextracción con aspiración por vacío, manual o mecánica.
 - **Aborto ilegalmente inducido**, categoría 636. Se produce fuera de los supuestos legales. Esta categoría sólo se emplea cuando a una mujer se le ha inducido ilegalmente un aborto fuera del hospital e ingresa para asegurar que el aborto ha sido completo, o para el tratamiento de alguna complicación.
 - **Aborto no especificado**, categoría 637. Incluye aborto no especificado y el aborto inducido cuando no está especificado si es legal o ilegal. No debe usarse nunca.
 - **Intento fallido de aborto**, categoría 638. El procedimiento abortivo electivo no ha conseguido evacuar o expulsar el feto, y la mujer aún está embarazada con el feto vivo².

II. CODIFICACIÓN

1. Uso de quinto dígito

Las categorías de aborto 634 – 637 requieren el uso de 5º dígito:

- **0: No especificado**
- **1: Incompleto**
- **2: Completo**

El 5º dígito 1 se usa cuando existen productos retenidos de la concepción tras un aborto, incluso si la mujer ha sido dado de alta previamente con diagnóstico de aborto completo. Se codificará² como el mismo tipo de aborto inicial con 5º dígito 1.

No se debe asumir que un aborto es completo o incompleto sin una afirmación del facultativo o sin otra información concreta de la historia clínica. El hecho de que se realice una dilatación y legrado de seguimiento no es indicativo de aborto incompleto; el facultativo hará esta determinación en base al informe de anatomía patológica².

Ejemplos:

- Paciente ingresada la semana pasada por aborto ilegalmente inducido e ingresa hoy por sangrado abundante continuo. Se realiza dilatación y legrado. El informe de anatomía patológica indica presencia de restos deciduocoriales retenidos.

636.11 Aborto inducido de forma ilegal. Complicado por hemorragia retardada o excesiva. Incompleto

69.02 Dilatación y legrado después de parto o aborto

La persistencia de restos indica que se trata de un aborto incompleto. No se asignará código de la categoría 639.

- Mujer dada de alta hace 6 días por un aborto espontáneo. Ingres a hoy y es diagnosticada de infección por retención de restos fetales.

634.01 Aborto espontáneo. Complicado por infección pélvica y de tracto genital. Incompleto

2. Uso de cuarto dígito

En las categorías de aborto 634 – 638 el uso del 4º dígito indica la presencia o no de complicación, debiéndose especificar el tipo en caso de que exista y esté documentada.

Para indicar la complicación más destacada del aborto, o para identificar el diagnóstico materno que motivó el aborto, se deben asignar códigos adicionales de las categorías 640 – 649 y 651 – 659, con 5º dígito 3.

Ejemplos:

- Paciente con estenosis mitral congénita grave que ingresa para aborto electivo, por consejo de su médico para evitar complicaciones.

635.92 Aborto legalmente inducido. Sin mención de complicación. Completo

648.53 Trastornos cardiovasculares congénitos. Estado o complicación anteparto

746.5 Estenosis mitral congénita

69.01 Dilatación y legrado para terminación de embarazo

- Mujer que ha padecido rubéola en la sexta semana de gestación e ingresa para aborto electivo ante la posibilidad de malformación fetal.

635.92 Aborto legalmente inducido. Sin mención de complicación. Completo

655.33 Sospecha de lesión fetal por otra enfermedad viral de la madre. Estado o complicación anteparto

69.01 Dilatación y legrado para terminación de embarazo

- Mujer de 20 semanas de gestación que ingresa por placenta previa. El médico, tras evaluar los posibles tratamientos, le aconseja el aborto. Acepta y se realiza legrado.

641.03 Placenta previa sin hemorragia. Estado o complicación anteparto

635.92 Aborto legalmente inducido. Sin mención de complicación. Completo

69.01 Dilatación y legrado para terminación de embarazo

En este caso se secuenciará en primer lugar el código de la condición de placenta previa².

3. Complicaciones

Los códigos de la sección **660 – 669 Complicaciones que se presentan principalmente durante el curso del parto** no deben ser usados para complicaciones del aborto.

La categoría **639 Complicaciones después de aborto y de embarazo ectópico y molar** se usará en las siguientes circunstancias:

- Cuando la complicación provoca un reingreso una vez completado el aborto.
- Cuando sean complicaciones inmediatas, en el mismo ingreso, en embarazos ectópicos o molares y aborto diferido (630 – 633), ya que no puede identificarse la complicación mediante 4º dígito.

El uso del código 639 es incompatible con códigos de las categorías 634 – 638.

MOTIVO DEL INGRESO	CODIFICACIÓN
Embarazo ectópico o molar que desarrolla una complicación durante el ingreso	Diagnóstico principal: Embarazo ectópico o molar (630, 631, 633) Diagnóstico secundario: Complicación (639)
Reingreso por complicación de un embarazo ectópico o molar o aborto completo que ya ha sido diagnosticado y tratado en ingreso anterior	Diagnóstico principal: Complicación (639)
Aborto que desarrolla una complicación durante el ingreso	Diagnóstico principal: Aborto (634.X—638.X) con uso del 4º dígito para especificar la complicación
Aborto diferido que desarrolla una complicación durante el ingreso	Diagnóstico principal: Aborto diferido (632) Diagnóstico secundario: Complicación (639)

La endometritis (infección, inflamación y/o irritación del endometrio) es la complicación más frecuente. Los síntomas suelen aparecer entre el primer y quinto día del aborto. Se codificará:

- Cuando ocurre tras un aborto y se trata de un reingreso, u ocurre tras un embarazo ectópico o molar se codifica:
 - **639.0 Infección pélvica y del tracto genital** (sin 5º dígito).
 - **615.9 Enfermedad inflamatoria no especificada del útero.**
 - Germen causante si se conoce.
- Cuando ocurre tras un aborto y en el mismo episodio que se trata el aborto, esta infección viene recogida con el 4º dígito de la categoría correspondiente con la siguiente secuencia:
 - **634.01 Aborto espontáneo. Complicado con infección pélvica y del tracto genital, ó 635.01 Aborto legalmente inducido. Complicado con infección pélvica y del tracto genital, ó 636.01 Aborto inducido de forma ilegal. Complicado con infección pélvica y del tracto genital, ó 637.01 Aborto no especificado. Complicado con infección pélvica y del tracto genital, ó 638.01 Intento fallido de aborto. Complicado con infección pélvica y del tracto genital.**
 - **615.9 Enfermedad inflamatoria no especificada del útero.**
 - Germen causante si se conoce.

Ejemplo:

Paciente que reingresa por endometritis una semana tras el alta de un ingreso previo por aborto.

639.0 Complicaciones después de aborto y de embarazo ectópico o molar. Infección pélvica y del tracto genital

615.9 Enfermedad inflamatoria no especificada del útero

III. ABORTO INADVERTIDO

Un aborto inadvertido² a veces ocurre cuando una embarazada sufre un traumatismo mayor o es intervenida por otro diagnóstico no relacionado con el embarazo. En estos casos se asignará como diagnóstico principal aquel por el que causó el ingreso, y se añadirá un código adicional para clasificar el aborto, el cual se codificará según el tipo de intervención:

- Si se produce un aborto como consecuencia de una cirugía uterina en un proceso no relacionado con el embarazo, se secuencia primero el diagnóstico que requirió la cirugía con un código adicional de la categoría **637 Aborto no especificado**.

Ejemplo:

Paciente a la que se le realiza una histerectomía por carcinoma de útero. En la pieza quirúrgica se halló un feto de seis semanas.

182.8 Neoplasia maligna del cuerpo uterino. Otros sitios especificados

637.92 Aborto no especificado. Completo

- Si se produce un aborto como resultado de un traumatismo mayor o una cirugía no de útero, se secuencia en primer lugar el código del traumatismo o el diagnóstico que motiva la cirugía, seguido del código adicional de la categoría **634 Aborto espontáneo**, completo o incompleto según proceda.

Ejemplo:

Paciente que ingresa con apendicitis aguda con peritonitis. Se realiza una apendicectomía. Al segundo día del postoperatorio, la paciente experimenta un aborto inadvertido completo.

540.0 Apendicitis aguda. Con peritonitis generalizada

634.92 Aborto espontáneo. Sin mención de complicación. Completo

IV. OTRAS SITUACIONES ESPECIALES

1. Feto vivo

Si como resultado de un intento de aborto se extrae un feto vivo (al nacer presenta latido cardíaco, respiración o movimientos musculares involuntarios, independientemente del tiempo que sobreviva) se asignarán los siguientes códigos³:

- **644.2X Parto prematuro o amenaza de parto prematuro. Inicio precoz de parto.**
- **V27.0 Resultado del parto. Niño único nacido con vida.**
- El código de procedimiento que se haya realizado para provocar el aborto.
- No se asignará un código de aborto porque por definición el resultado del aborto no puede ser un nacido vivo⁴.

Si como resultado de un procedimiento de aborto la mujer continua embarazada se codificará en la categoría **638 Intento fallido de aborto**.

Ejemplo:

Mujer que da a luz un recién nacido vivo con inmadurez extrema tras intento de aborto mediante inserción de laminaria.

644.21 Parto prematuro o amenaza de parto prematuro. Inicio precoz de parto. Parto, con o sin mención de estado anteparto

V27.0 Resultado del parto. Niño único nacido con vida

69.93 Inserción de laminaria

2. Gestación múltiple

2a. Muerte fetal de uno o más fetos

Si una embarazada con gestación múltiple ingresa por una muerte fetal de uno o más fetos, pero siguen permaneciendo intraútero uno o más fetos vivos, no se asignará ningún código de aborto, sino uno de los siguientes códigos de complicación de embarazo:

- **651.33 Embarazo gemelar con pérdida fetal y retención de un feto. Estado o complicación anteparto.**

- **651.43 Embarazo con trillizos con pérdida fetal y retención de uno o más fetos. Estado o complicación anteparto.**
- **651.53 Embarazo con cuatrillizos con pérdida fetal y retención de uno o más fetos. Estado o complicación anteparto.**
- **651.63 Otros embarazos múltiples con pérdida fetal y retención de uno o más fetos. Estado o complicación anteparto.**

Cuando se habla de «pérdida fetal» nos referimos a muerte fetal, con o sin expulsión del feto. Cuando se habla de «retención fetal» nos referimos a un feto vivo.

El uso de la subcategoría **656.4 Muerte intrauterina** es incompatible con los códigos 651.3 – 651.6.

2b. Reducción fetal

Si una embarazada con gestación múltiple ingresa para reducción fetal de uno/s de los fetos se codificará como:

- **651.8X Otro embarazo múltiple especificado.** No se codificará con ningún código de la subcategorías 651 con mención de «pérdida fetal» (651.3 – 651.6) ni «tras reducción fetal», 651.7.
- Como procedimiento se codificará la técnica realizada.

Si el motivo por el que se realiza la reducción fetal en una embarazada con gestación múltiple es por una anomalía fetal comprobada, se codificará:

- **655.XX Anomalía fetal comprobada o sospechada que afecta al tratamiento de la madre.**
- **651.8X Otro embarazo múltiple especificado.**
- Como procedimiento se codificará la técnica realizada.

En ingresos posteriores esta embarazada a la que se le ha practicado una reducción fetal se le asignará un código de la subcategoría **651.7 Embarazo múltiple tras reducción fetal (selectiva)**.

3. Abortos de repetición

Se consideran abortos de repetición o recurrentes cuando se producen dos o más abortos consecutivos, o tres o más no consecutivos. No se contabilizarán como abortos de repetición o recurrentes los inducidos o provocados, los abortos sin comprobación biológica, los partos inmaduros (entre 22 y 28 semanas), los embarazos ectópicos ni las molas.

La codificación de la condición de **abortadora habitual o recurrente**² será:

- Con aborto actual, categorías 632 y 634 – 638. Se añade **V23.2 Supervisión de embarazo de alto riesgo. Embarazo con historial de aborto.**
- Con embarazo actual, **646.3 Abortadora habitual.** Sólo se utilizará mientras no se produzca el aborto durante ese ingreso.
- Sin embarazo actual, **629.81 Abortadora habitual sin embarazo actual.**

V. PROCEDIMIENTOS EN ABORTO

Un aborto se puede inducir con los siguientes procedimientos:

CIRCUNSTANCIA		CÓDIGO CIE
Dilatación y legrado	Aborto o mola	69.01 Dilatación y legrado para terminación de embarazo ó 69.02 Dilatación y legrado después de parto o aborto
Aspiración y legrado, microlegado	Aborto o mola	69.51 Legrado por aspiración del útero para terminación de embarazo ó 69.52 Legrado por aspiración después de parto o aborto
Prostaglandinas supositorio (ejemplo: Misoprostol)		96.49 Otra instilación genitourinaria
Prostaglandinas inyección o solución salina		75.0 Inyección intra-amniótica para inducir el aborto
Inserción laminaria		69.93 Inserción de laminaria

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO

Se considera que los diagnósticos de las categorías 642, 646, 647, 648 y 649 siempre complican el episodio obstétrico, salvo que el facultativo indique explícitamente lo contrario². En el resto de categorías indican la complicación per se (641, 643, 644, 645).

I. HEMORRAGIAS

Se entiende por hemorragia en el embarazo todo aquel sangrado que se produzca a través de la vagina en cualquier momento del embarazo.

Las causas principales de hemorragia durante el **primer trimestre** son:

- Aborto.
- Amenaza de aborto.
- Embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica.

No existe una correlación entre la cantidad del sangrado y la causa que lo provoca. Generalmente va a acompañarse de molestias en el abdomen inferior o incluso de dolor más o menos intenso.

En el **tercer trimestre**, aunque también puede ocurrir en el segundo trimestre, las principales causas de hemorragia son:

- Placenta previa: ésta se inserta sobre o muy cerca al cuello uterino.
- Desprendimiento prematuro de placenta: ésta se desprende antes del nacimiento del feto.
- Vasa previa: se rompen unos vasos del cordón que se sitúan por delante de la presentación fetal.

La CIE clasifica las hemorragias en dos categorías según las semanas de gestación:

- Categoría **640 Hemorragia en fase temprana de embarazo**, recoge las hemorragias que se producen **antes de las 22 semanas** completas de gestación, incluyéndose en ellas la amenaza de aborto (**640.0 Amenaza de aborto**).
- Categoría **641 Hemorragia prenatal, desprendimiento de placenta y placenta previa**, recoge las hemorragias que se producen **a partir de las 22 semanas** completas de gestación y hasta el momento de parto, con la excepción de **641.0 Placenta previa sin hemorragia**.

En el código 663.5 se clasifican las **hemorragias por vasa previa** y en el código 649.5 se recoge el **manchado de sangre** (hemorragia uterina escasa) si complica el embarazo.

La CIE clasifica en la categoría 666 las **hemorragias postparto**.

En la siguiente tabla se resumen los tipos de hemorragias que se pueden presentar en el embarazo, parto y puerperio acompañándose de su código CIE:

HEMORRAGIAS	CÓDIGO CIE
Antes de 22 semanas completas de gestación	640 Hemorragia en fase temprana del embarazo (incluye 640.0 Amenaza de aborto) con 5º dígito 1 ó 3
Después de 22 semanas completas de gestación hasta nacimiento	641 Hemorragia prenatal, desprendimiento de placenta y placenta previa (excepto 641.0 Placenta previa sin hemorragia) con 5º dígito 1 ó 3
Hemorragias por vasa previa	663.5 Complicación del cordón umbilical. Vasa previa con 5º dígito 1 ó 3
Manchado de sangre (hemorragia uterina escasa) si complica el embarazo	649.5 Manchado (hemorragia uterina escasa) que complica el embarazo con 5º dígito 1 ó 3
Postparto	666 Hemorragia postparto con 5º dígito 2 ó 4

II. HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EMBARAZO

La Guía Europea (ESH/ESC, 2003) establece el diagnóstico de Hipertensión Arterial (HTA) ante cifras de presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y de presión arterial diastólica > 90 mmHg. El diagnóstico de hipertensión se establecerá tras la comprobación de los valores de la presión arterial en dos o más medidas tomadas en cada una de dos o más ocasiones separadas durante varias semanas^{6,7}.

La tensión arterial durante el embarazo puede experimentar cambios fisiológicos normales como, por ejemplo, su descenso a mitad de éste. Pero en ocasiones, por anomalías que no se conocen del todo, puede producirse una elevación de la tensión arterial y derivarse de ello consecuencias negativas para la madre y el feto. Si la madre antes del embarazo fuera hipertensa, entonces, también hay que vigilarla especialmente.

La CIE clasifica en la categoría **642 Hipertensión que complica embarazo, parto y puerperio** las diferentes situaciones de la HTA en el embarazo, parto y puerperio. Sólo podrá usarse un único código de la categoría 642 en el mismo episodio.

1. Hipertensión gestacional

La hipertensión gestacional se define como aquella elevación de la presión arterial por encima de 140/90 mmHg que aparece en la segunda mitad del embarazo (a partir de la semana 20 de gestación) en una mujer previamente normotensa, sin edema ni proteinuria y con normalización de la presión arterial alrededor de 10 días tras el alumbramiento. Este grupo constituye la mayoría de las mujeres con HTA en el embarazo y suele tener buen pronóstico fetal y materno. La CIE recoge esta condición en el código **642.3X Hipertensión transitoria del embarazo**.

1a. Preeclampsia

Se denomina preeclampsia al cuadro clínico de HTA gestacional asociado a proteinuria (más de 300mg/día) y, con frecuencia, a edema patológico (en pies, manos y cara). Se acompaña de retraso del crecimiento intrauterino, lo cual ensombrece el pronóstico fetal y puede evolucionar hacia una eclampsia.

La CIE recoge esta condición diferenciando entre la preeclampsia o gestosis leve o moderada (**642.4X Preeclampsia leve o no especificada**) y la preeclampsia grave (**642.5X Preeclampsia grave**).

El **síndrome HELLP** (Hemolysis, Elevated Liver-enzyme and Low Platelet syndrome/Síndrome de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetas bajas) es una complicación de una preeclampsia en la que aparecen además de la hipertensión, hemólisis, descenso de las plaquetas y elevación de las enzimas hepáticas, transaminasas y LDH. En raras ocasiones puede aparecer con HTA leve y sin proteinuria. Se presenta aproximadamente entre un 2% y un 12% de las mujeres con preeclampsia. Generalmente se desarrolla antes del parto, pero puede presentarse también después del mismo⁸.

El Síndrome HELLP se clasificaría en el código **642.5X Preeclampsia grave**⁴.

1b. Eclampsia

La eclampsia se caracteriza por la aparición de episodios convulsivos generalizados o coma en pacientes con signos y síntomas de preeclampsia, en ausencia de otras causas de convulsiones (epilepsia, hemorragia cerebral, etc.). Es la forma de peor pronóstico materno y fetal. La CIE recoge esta condición en el código **642.6X Eclampsia**.

La presencia de presión arterial elevada, un nivel anormal de albúmina, o presencia de edema, por sí solos, no son suficientes para asignar el diagnóstico de eclampsia o preeclampsia, ya que es el clínico el que debe especificar dicha condición.

2. Hipertensión crónica

La hipertensión crónica es aquella hipertensión preexistente, o la que la embarazada desarrolla antes de la 20 semana de embarazo, o la que persiste más allá de las 6 semanas postparto^{9,10}.

La CIE recoge esta condición en los códigos **642.0X Hipertensión esencial benigna que complica embarazo, parto y el puerperio**, **642.1X Hipertensión secundaria a enfermedad renal que complica el embarazo, parto y puerperio** y **642.2X Otra hipertensión preexistente que complica el embarazo, parto y puerperio**.

Si ni el clínico ni la documentación aclaran si la HTA es gestacional o crónica se clasifica en el código 642.9X.

También pueden aparecer una preeclampsia o eclampsia cuando existe HTA crónica, siendo una complicación de ésta. En estos casos, la CIE recoge estas condiciones en el código **642.7X Preeclampsia o eclampsia sobreañadida a una hipertensión previa**.

Ejemplo:

Paciente de 35 años, embarazada de 38 semanas, portadora de Estreptococo β -hemolítico del grupo B (*Streptococcus agalactiae*), con antecedentes de 5 abortos anteriores, HTA crónica y neumonía, que acude a urgencias por presentar edemas en pies, manos y cara y referir rotura de membranas. Ante el diagnóstico de preeclampsia grave se induce parto con oxitocina. A las 12 horas, ante la evolución desfavorable se decide realizar episiotomía y finalizar parto con espátulas, naciendo mujer viva de 3.300 gramos. Se produce desgarro de vagina que se sutura.

642.71 Preeclampsia o eclampsia sobreañadida a una hipertensión previa

659.11 Fallo de inducción médica o de tipo no especificado. Parida, con o sin mención de estado anteparto

648.91 Otras enfermedades actuales de la madre clasificables bajo otros conceptos, pero que complican el embarazo, parto o puerperio

V02.51 Portador o sospechoso de ser portador de enfermedades infecciosas. Estreptococo grupo B

646.31 Abortadora habitual. Parto, con o sin mención de estado anteparto

665.4 Desgarro de la parte alta de la vagina

V27.0 Resultado del parto. Niño único nacido con vida

73.4 Inducción médica de parto

72.8 Otro parto instrumentado especificado

73.6 Episiotomía

75.69 Reparación de otro desgarro obstétrico actual

A continuación se muestran las distintas situaciones de HTA y embarazo junto con su codificación:

CIRCUNSTANCIA		CODIFICACIÓN
HTA crónica esencial benigna, HTA crónica		642.0X Hipertensión esencial benigna que complica embarazo, parto y el puerperio + 401.1 ó 401.9, según proceda
HTA crónica secundaria a enfermedad renal crónica		642.1X Hipertensión secundaria a enfermedad renal que complica el embarazo, parto y puerperio + Código de la enfermedad renal
HTA otros tipos preexistentes (maligna, enfermedad hipertensiva, etc.)		642.2X Otra hipertensión preexistente que complica el embarazo, parto y puerperio + Código del tipo de HTA o enfermedad cardíaca y renal hipertensiva, etc.
HTA no especificada si gestacional o crónica, si es benigna o maligna		642.9X Hipertensión no especificada que complica embarazo, parto o puerperio + 401.9 Hipertensión esencial no especificada
HTA gestacional		642.3X Hipertensión transitoria del embarazo
Preeclampsia/gestosis	En HTA gestacional	642.4X Preeclampsia leve o no especificada o 642.5X Preeclampsia grave
	En HTA crónica	642.7X Preeclampsia o eclampsia sobreañadida a una hipertensión previa
	Síndrome de HELLP	642.5X Preeclampsia grave
Eclampsia	En HTA gestacional	642.6X Eclampsia
	En HTA crónica	642.7X Preeclampsia o eclampsia sobreañadida a una hipertensión previa

III. DIABETES Y EMBARAZO

La diabetes es la condición patológica que con mayor frecuencia complica el embarazo. El 0,3% de las mujeres en edad fértil son diabéticas.

La **diabetes pregestacional** (preexistente) es conocida antes de la gestación actual y puede ser diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2. La CIE clasifica esta condición en el código 648.0X de diabetes en el embarazo y se acompañará de un código adicional de la categoría **250 Diabetes mellitus** para identificar el tipo de diabetes.

La **diabetes gestacional** es aquella diabetes que se diagnostica por vez primera en la gestación actual. Suele aparecer durante el segundo o tercer trimestre del embarazo. Pone a la mujer en riesgo de desarrollar diabetes tras el embarazo. La CIE clasifica esta condición en la subcategoría **648.8 Tolerancia anormal a la glucosa**. No se añadirá código de diabetes.

Estos códigos, 648.0X y 648.8X, no deben ser usados nunca juntos en el mismo episodio.

Si la paciente está siendo tratada de su diabetes, mellitus tipo 2 o gestacional, con insulina se asignará además el código **V58.67 Uso prolongado (actual) de insulina**.

IV. ANEMIA EN EMBARAZO

Las anemias son frecuentes durante el embarazo, aunque raramente es una complicación.

La anemia aparece cuando la sangre no tiene suficientes eritrocitos, o cuando los eritrocitos no suministran el oxígeno adecuado a los tejidos.

Generalmente en el embarazo, el 90% de las anemias son de tipo ferropénico, es decir, por una deficiencia de hierro. Más raramente existen lo que se denomina las anemias megaloblásticas debidas frecuentemente a un déficit de la vitamina B12.

Durante el embarazo aumenta el volumen de sangre, pero no lo hacen en la misma proporción los glóbulos rojos, lo cual provoca una anemia fisiológica común en el embarazo.

Sólo se codificarán las anemias que estén claramente identificadas por el facultativo y que compliquen el embarazo, parto o puerperio.

La CIE clasifica la anemia que complica el embarazo, parto o puerperio en el código 648.2X, al que se le añade el código de la anemia correspondiente (códigos 280 – 285), a excepción del **285.9 Anemia no especificada** por su nulo valor de información clínica.

V. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Existen infecciones que, si afectan a la madre durante el embarazo, pueden ser peligrosas para el feto ya que son capaces de pasar a través de la placenta hasta el feto y provocar lesiones. La mayoría de estas infecciones suelen ser leves o subclínicas en la madre (rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis, etc.), aunque a veces son más graves (sífilis).

Cuando estas infecciones afectan al feto, éste puede morir o nacer con una infección (VIH, toxoplasmosis, etc.), y a menudo con unas malformaciones características (por rubéola, sífilis, etc.).

La CIE clasifica las enfermedades infecciosas y parasitarias de la madre en la categoría 647 en la que se utilizará la codificación múltiple para especificar la enfermedad infecciosa.

1. VIH

Una embarazada que ingresa a causa de una afección relacionada con VIH o por una infección por VIH asintomático se codificará como diagnóstico principal **647.6X Enfermedades infecciosas y parasitarias de la madre clasificables bajo otros conceptos, pero que complican el embarazo, parto o el puerperio. Otras enfermedades virales** y se añadirá:

- **042 Enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana [VIH]** acompañado de los códigos de afecciones relacionadas con VIH,
- o si es VIH asintomático, **V08 Estado de infección por virus de inmunodeficiencia humana, asintomático [VIH]**.

Ésta es una excepción a la norma general de codificación de la infección VIH.

2. Portadora estreptococo β -hemolítico

En las mujeres es común el estado de portador asintomático de estreptococo β -hemolítico del grupo B (*Streptococcus agalactiae*), en especial en vagina y recto. Puede producirse una transmisión fetal intraparto de la madre colonizada ocasionando una sepsis neonatal severa. Para evitarlo se administra una profilaxis antibiótica en el momento del parto a las mujeres portadoras. Esta condición se codificará con la siguiente secuencia⁴:

- **648.9X Otras enfermedades actuales de la madre clasificables bajo otros conceptos, pero que complican el embarazo, parto o puerperio.**
- **V02.51 Portador o sospechoso de ser portador de enfermedades infecciosas. Estreptococo grupo B.**

3. Sepsis

La sepsis en la embarazada se codificará:

- Sepsis cuando complica **embarazo**:
 - **647.83 Otras enfermedades infecciosas y parasitarias especificadas. Estado o complicación anteparto.**
 - **038.XX Septicemia.**
 - **995.91 Sepsis ó 995.92 Sepsis severa.**
 - Disfunción(es) orgánica(s) si se identifican.
 - Infección primaria o foco si se conoce.
- Sepsis cuando complica el **parto**:
 - **659.31 Infección generalizada durante el parto. Parida, con o sin mención de estado anteparto.**
 - **038.XX Septicemia.**
 - **995.91 Sepsis ó 995.92 Sepsis severa.**
 - Disfunción(es) orgánica(s) si se identifican.
 - Infección primaria o foco si se conoce.
- Sepsis cuando complica el **puerperio**:
 - **670.0X Infección puerperal grave,** con 5º dígito 2 ó 4.
 - **038.XX Septicemia.**
 - **995.91 Sepsis ó 995.92 Sepsis severa.**
 - Disfunción(es) orgánica(s) si se identifican.
 - Infección primaria o foco si se conoce.

VI. OTRAS ENFERMEDADES

1. Infección tracto urinario

La Infección del Tracto Urinario (ITU) es la complicación infecciosa más frecuente durante el embarazo, y su incidencia fluctúa entre el 3% y 12%. La ITU puede presentarse en forma de bacteriuria asintomática, cistitis aguda o pielonefritis aguda.

Bacteriuria asintomática: es la presencia de bacterias en la orina, generalmente mayor de 100.000 UFC/ml de orina, en ausencia de síntomas en el momento de tomar la muestra para el cultivo¹¹.

Cistitis aguda: llamada también infección urinaria baja, se caracteriza por polaquiuria, disuria e inflamación pélvica de grado variable, en ausencia de fiebre y/o dolor costolumbar. El cultivo de orina es el examen que certifica esta infección.

Pielonefritis aguda: La pielonefritis aguda o infección urinaria alta, es una infección de la vía excretora alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones. Suele presentarse en el último trimestre y casi siempre secundaria a una bacteriuria asintomática no diagnosticada o no tratada correctamente. Es la forma más grave de presentación de la infección del tracto urinario¹².

La CIE clasifica la infección tracto urinario con los siguientes códigos:

CIRCUNSTANCIA	CODIFICACIÓN
Bacteriuria asintomática	646.5X Bacteriuria asintomática del embarazo
Cistitis aguda	646.6X Infecciones del tracto genitourinario en el embarazo + 595.0 Cistitis aguda
Pielonefritis aguda	646.6X Infecciones del tracto genitourinario en el embarazo + 590.10 Pielonefritis aguda. Sin lesión de necrosis medular renal
ITU no especificada	646.6X Infecciones del tracto genitourinario en el embarazo + 599.0 Infección tracto urinario, sitio no especificado

Ejemplo:

Paciente embarazada de 28 semanas que ingresa de urgencia por dolor abdominal. Se detecta en urocultivo colonia de E. Coli. Tras tratamiento con antibiótico para la infección urinaria es dada de alta a los 5 días.

646.63 Infecciones del tracto genitourinario en el embarazo. Estado o complicación anteparto

599.0 Infección tracto urinario, sitio no especificado

041.4 Infección bacteriana en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos y las de sitio no especificado. Escherichia coli [E.Coli]

2. Síndrome antifosfolípidos

El síndrome antifosfolípido (SAF)¹³ es una enfermedad del sistema inmune en la cual existen anticuerpos con aparente especificidad por fosfolípidos. Se caracteriza por un estado de hipercoagulabilidad, que favorece las trombosis arteriales, venosas o ambas, y puede cursar con abortos de repetición y trombocitopenia.

El síndrome antifosfolípidos puede ser:

- **Primario:** El 50% de las pacientes obstétricas con SAF. La mayoría no progresarán a un Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y pueden presentar períodos de remisión (clínica y de laboratorio) con escaso riesgo de manifestaciones trombóticas.
- **Secundario:** Se presenta en pacientes con LES u otras enfermedades del tejido conectivo (esclerosis sistémica, artritis reumatoide, etc.).

El tratamiento durante el embarazo suele ser heparina 5.000 UI cada 12 horas (o de bajo peso molecular) vía subcutánea, y ácido acetilsalicílico 100 mg/día oral (una vez establecida la vitalidad embrionaria, a partir de las 5-7 semanas de amenorrea).

- Si el síndrome antifosfolípido es primario se codifica:
 - **648.9X Otras enfermedades actuales de la madre clasificables bajo otros conceptos, pero que complican el embarazo, parto o puerperio.**
 - **795.79 Otros hallazgos inmunológicos inespecíficos y no especificados.**
 - **V58.61 Uso prolongado de anticoagulantes (actual)** (si procede).
 - **V58.66 Uso prolongado (actual) de aspirina** (si procede).
- Si el síndrome antifosfolípido es secundario a un LES se codifica:
 - **648.9X Otras enfermedades actuales de la madre clasificables bajo otros conceptos, pero que complican el embarazo, parto o puerperio.**
 - **710.0 Lupus eritematoso sistémico.**
 - **795.79 Otros hallazgos inmunológicos inespecíficos y no especificados.**
 - **V58.61 Uso prolongado de anticoagulantes (actual)** (si procede).
 - **V58.66 Uso prolongado (actual) de aspirina** (si procede).

Ejemplo:

Mujer de 38 semanas de gestación que ingresa de urgencia por bolsa rota hace unas horas, con antecedentes de síndrome antifosfolípido en tratamiento con heparina de bajo peso molecular secundario a LES. A las 27 horas se induce el parto, con resultado de recién nacido varón de 2.560 gramos.

658.21 Parto retardado después de la ruptura espontánea o no especificada de las membranas. Parida, con o sin mención de estado anteparto

648.91 Otras enfermedades actuales clasificables bajo otros conceptos. Parto, con o sin mención de estado anteparto

710.0 Lupus eritematoso sistémico

795.79 Otros hallazgos inmunológicos inespecíficos y no especificados

V58.61 Uso prolongado de anticoagulantes (actual)

V27.0 Resultado del parto. Niño único nacido con vida

73.4 Inducción médica de parto

73.59 Otro parto asistido manualmente

VII. CIRUGÍA INTRAÚTERO

En un número limitado de situaciones (defectos cardíacos congénitos, mielomeningocele, etc.) es necesario y beneficioso realizar una cirugía sobre el feto intraútero. El procedimiento implica la apertura de la cavidad uterina mediante un abordaje menos invasivo o mediante una cesárea abierta, corrigiendo el defecto fetal y cerrando el útero, permitiendo el desarrollo de la gestación hasta su finalización.

En estos casos se asignarán³:

- códigos de diagnóstico de la categoría **655 Anomalía fetal comprobada o sospechada que afecta al tratamiento de la madre**, para identificar la afección fetal
- y código de procedimiento **75.36 Corrección de defecto fetal**.

No deben usarse códigos del **Capítulo 15 Enfermedades del periodo perinatal** en la historia de la madre para identificar las afecciones fetales. La cirugía realizada intraútero en el feto se codifica como un contacto obstétrico.

La condición de historia personal de procedimientos intraútero se codificará según las siguientes circunstancias³:

- **V15.21 Historia personal de cirugía en útero** durante embarazo, para identificar que se ha realizado un procedimiento intraútero durante un embarazo anterior, pero en la actualidad la mujer no está embarazada.
- **V15.22 Historia personal de cirugía en útero** con un feto para identificar que se ha realizado un procedimiento intraútero durante el embarazo actual, pero en un ingreso anterior.
- **V23.86 Supervisión de embarazo de alto riesgo. Embarazo con historia de cirugía sobre útero durante un embarazo previo**, se usa para un embarazo actual con historia de cirugía intraútero durante un embarazo anterior. Los códigos de la subcategoría **V23.8 Otro embarazo de alto riesgo** se usan para informar sobre la supervisión de un embarazo de alto riesgo, mientras que los códigos de la subcategoría describen un antecedente de la paciente.

La categoría **679 Complicaciones de procedimientos sobre útero** se usará en la historia de la madre para indicar que el embarazo actual se encuentra afectado por una complicación de una intervención intrauterina realizada durante dicho embarazo. Incluyen dos tipos de complicaciones:

- **679.0 Complicaciones maternas de procedimientos sobre útero.**
- **679.1 Complicaciones fetales de procedimientos sobre útero.**

VIII. COMPLICACIONES DE AMNIOCENTESIS

La amniocentesis es un procedimiento diagnóstico utilizado como prueba prenatal, por la que se toma una muestra del líquido amniótico que rodea al feto, mediante el uso de una aguja que es insertada a través de la pared del abdomen y del útero. Se realiza para diagnosticar defectos congénitos cromosómicos y genéticos, o con mucha mayor frecuencia, descartar la presencia de ciertos defectos congénitos y trastornos genéticos. Suele realizarse entre las semanas 15 y 20.

Dentro de las complicaciones más graves que se pueden presentar tras la realización de la amniocentesis se incluyen el aborto, infección del líquido amniótico o pérdida de líquido.

1. Aborto

El riesgo de aborto como consecuencia de la amniocentesis es del 1%, lo cual está en directa relación con el momento de la gestación en la que se realiza. Así en las amnio-

centesis realizadas en el primer trimestre, el riesgo de aborto es mucho mayor que las realizadas en el segundo y tercer trimestre, en los que se considera la prueba como más segura. No obstante en el segundo trimestre la probabilidad de aborto espontáneo se sitúa en aproximadamente 1 de cada 300 - 400 procedimientos llevados a cabo.

Se codificará como:

- **679.1X Complicaciones fetales de procedimientos sobre útero** con 5º dígito 0, 1 ó 2.
- **632 Aborto diferido ó 634. XX Aborto espontáneo ó 637.XX Aborto no especificado**, según el tipo de aborto que se produzca.
- **E879.4 Otras técnicas, sin mención de accidente en el momento de practicarlas, como reacción anormal del paciente, o de complicación posterior. Aspiración de líquido.**

2. Infección del líquido amniótico

La infección del líquido amniótico puede poner en peligro la vida del feto produciéndose en menos de 1 caso de cada 1.000. Se codificará:

- **679.0X Complicaciones maternas de procedimientos sobre útero** con 5º dígito 0,1 ó 2.
- **658.43 Infección de cavidad amniótica. Estado o complicación anteparto.**
- **E879.4 Otras técnicas, sin mención de accidente en el momento de practicarlas, como reacción anormal del paciente, o de complicación posterior. Aspiración de líquido.**

3. Pérdida de líquido amniótico

Habitualmente se produce una pérdida de líquido mínima que no debe codificarse, sin embargo, si la pérdida de líquido está por encima de lo normal por rotura parcial de la bolsa (1 caso de cada 100) se codificará como:

- **679.0X Complicaciones maternas de procedimientos sobre útero** con 5º dígito 0,1 ó 2.
- **658.83 Otros problemas asociados con la cavidad y las membranas amnióticas. Estado o complicación anteparto.**

- **E879.4 Otras técnicas, sin mención de accidente en el momento de practicarlas, como reacción anormal del paciente, o de complicación posterior. Aspiración de líquido.**

IX. ANOMALÍAS Y PROBLEMAS FETALES

Los códigos de las categorías **655 Anomalía fetal comprobada o sospechada que afecta al tratamiento de la madre** y **656 Otros problemas fetales y de placenta conocidos o sospechados que afectan al tratamiento de la madre**, sólo se asignan cuando el problema fetal afecta al tratamiento de la madre (atención especial, terminación de embarazo, etc.). La existencia en sí de un problema fetal no justifica la asignación de códigos de estas categorías.

Cuando un sufrimiento fetal es el motivo de indicar una cesárea o una inducción precoz del parto, se asignará el código **656.8X Otros problemas fetales y placentarios especificados**. Cuando el sufrimiento fetal se detecta durante el parto y no modifica el tratamiento de la madre durante el mismo, no se asigna código 656.8X.

Esta norma también se aplica para el código **659.7X Anormalidad del ritmo o frecuencia cardíaca fetal**. En este código se incluye la Sospecha de Riesgo de Pérdida de Bienestar Fetal (SRPBF) siempre que se esté refiriendo a anomalías del ritmo cardíaco fetal.

El código **656.3X Sufrimiento fetal** se utiliza cuando se documenta que la acidosis metabólica fetal (que mide el pH en sangre fetal recogida del cuero cabelludo) afecta la atención de la madre².

X. ROTURA DE MEMBRANAS

Las membranas ovulares representan un mecanismo de barrera que separa el ambiente interno (estéril) del ambiente externo, representado por la vagina con sus múltiples microorganismos.

El ambiente líquido en que habita el feto permite, entre otros, el movimiento de sus extremidades, necesario para un adecuado desarrollo musculoesquelético, permite que el cordón umbilical flote libremente sin sufrir compresiones y, proporciona al feto una especie de amortiguación a las posibles injurias traumáticas.

En circunstancias normales, las membranas ovulares se rompen durante la fase activa del trabajo de parto; cuando ocurre de manera prematura es la responsable de aproximadamente un 30% de todos los partos pretérmino, y origina una morbilidad materno-perinatal seria. El riesgo principal de la ruptura de membranas es la infección en la madre y en el recién nacido.

Las rupturas de membrana pueden ser:

- **Ruptura prematura de membranas (RPM):** es la pérdida de la integridad del saco gestacional al menos 1 hora antes del inicio del trabajo de parto, independiente de la edad gestacional.
- **Ruptura prematura de membranas pretérmino:** es aquella que ocurre antes de la semana 37 de gestación y en cualquier momento antes del inicio del parto (no hace falta que transcurra esa hora).
- **Ruptura precoz de membranas:** es la ruptura espontánea de las membranas con inicio de actividad uterina en la siguiente hora. No se codificará.
- **Ruptura prolongada de membranas:** es la ruptura de membranas 24 horas o más antes de iniciarse el trabajo de parto.
- **Ruptura artificial de membranas o amniorrexix:** es el procedimiento realizado por el profesional de manera instrumental y durante el primer periodo del trabajo de parto. El procedimiento (73.0X Inducción o asistencia al parto. Ruptura artificial de membranas) debe codificarse siempre. Sólo se codificará como diagnóstico cuando el parto se inicie 24 horas o más tras la amniorrexix asignando el código 658.3X Parto retardado después de la ruptura artificial de las membranas.

CIRCUNSTANCIA	CÓDIGO CIE
RPM < 24 horas del inicio parto	658.1X Ruptura prematura de membranas
RPM con parto retardado (inicio parto > 24 horas) o rotura de membranas no prematura y no especificada	658.2X Parto retardado después de la ruptura espontánea o no especificada de las membranas
Rotura de membranas artificial	73.01 Inducción del parto por ruptura artificial de membranas ó 73.09 Inducción o asistencia al parto. Otra ruptura artificial de membranas
Rotura de membranas artificial con parto retardado	658.3X Parto retardado después de la ruptura artificial de las membranas + 73.0X Inducción o asistencia al parto. Ruptura artificial de membranas

La sospecha de una rotura de membranas que no se confirma o se descarta se clasificará con el código **V89.01 Sospecha de problema con la cavidad amniótica y membrana no encontrado**, debiéndose utilizar sólo cuando es diagnóstico principal.

Ejemplo:

Mujer de 41 años, embarazada de 38 semanas, con antecedentes de 4 partos anteriores, que acude a urgencias por referir rotura de membranas. No se observa pérdida de líquido amniótico. Se produce parto eutócico y monitorizado, naciendo mujer viva de 3.300 gramos.

659.61 Otra indicación de cuidados o intervención. Multigrávida de edad avanzada

V27.0 Resultado del parto. Niño único nacido con vida

73.59 Otro parto asistido manualmente

75.34 Otra monitorización fetal

*No codificar la rotura de membranas si no está documentada en la historia como cierta. No se codificará como **V89.01 Sospecha de problema con la cavidad amniótica y membrana no encontrado**, pues este código sólo podría ser diagnóstico principal.*

XI. PARTO PREMATURO Y AMENAZA DE PARTO PREMATURO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como pretérmino a aquel nacimiento de más de 20 semanas y menos de 37¹⁴.

Para la CIE, el **parto prematuro** es el que se produce después de las 22 semanas completas de gestación pero antes de las 37 semanas completas, y le asigna el código **644.21 Inicio precoz del parto**⁴.

Amenaza de Parto Pretérmino (APP) es la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto, con pocas modificaciones del cuello uterino, y en la que no se produce la expulsión del feto.

La CIE clasifica la amenaza de parto pretérmino según las semanas de gestación:

- Menor 22 semanas completas **640.03 Hemorragia en fase temprana de embarazo. Amenaza de aborto**.
- Entre 22 semanas y la 37 completa **644.0X Amenaza de parto prematuro**.

CIRCUNSTANCIA	SEMANAS DE GESTACIÓN	CÓDIGO CIE
Parto prematuro	Entre 22 completa y 37 completa	644.21 Inicio precoz del parto
Amenaza de parto pretérmino	Menos de 22 completas	640.0X Hemorragia en fase temprana de embarazo. Amenaza de aborto
	Entre 22 semanas y la 37 completa	644.03 Amenaza de parto prematuro
Otra amenaza de parto (se incluye falso trabajo de parto)	Entre 38 semanas y la 39 completa	644.13 Otra amenaza de parto

Tanto el código **644.0X Amenaza de parto prematuro** como el **644.1X Otra amenaza de parto** sólo pueden ocurrir en el período anteparto, es decir sólo podrá llevar de 5º dígito el 3.

XII. EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Los códigos de la categoría **V23 Supervisión de embarazo de alto riesgo** no deben de ser utilizados como diagnóstico principal en los episodios de hospitalización de agudos.

En esta categoría el 4º dígito indica la situación que define al embarazo como de alto riesgo:

- Historia obstétrica no satisfactoria (V23.41 y V23.49).
- Gran multiparidad (V23.3).
- El código **V23.2 Supervisión de embarazo de alto riesgo. Embarazo con historia de aborto**, es una excepción a lo dicho previamente pues no se asigna para la mujer embarazada (ver apartado Abortos de repetición).
- Los códigos de la subcategoría **V23.8 Supervisión de otro embarazo de alto riesgo** incluyen a la embarazada con 35 años o más, ó 16 años o menos en la fecha esperada del parto. Si la edad de la embarazada se ha convertido en una complicación, en su lugar se asignarán el código que corresponda: **659.5 Otras indicaciones especificadas de cuidados o intervención. Primigrávida edad avanzada**, **659.6 Otras indicaciones especificadas de cuidados o intervención. Multigrávida de edad avanzada**, ó **659.8 Otras indicaciones especificadas de cuidados o intervención relacionados con el trabajo del parto y parto** para jóvenes de 16 años o menos, tanto primigrávidas o multigrávidas.

SOSPECHA DE ENFERMEDADES DESCARTADAS

En la subcategoría **V89.0 Sospecha de enfermedades maternas y fetales no encontradas** se recogen las sospechas de afecciones no encontradas. Sólo se usarán en la historia de la madre.

Para su aplicación han de cumplirse las siguientes condiciones³:

- Se usará cuando el contacto se produce por sospecha de una afección materna o fetal, no hay signos ni síntomas relacionados y además se descarta la afección durante el episodio.
- No se usarán cuando la afección está confirmada o cuando están presentes signos o síntomas relacionados con la afección o problema sospechados.
- No se usará cuando esté presente cualquier otra enfermedad, es decir, sólo podrá ser diagnóstico principal.

En esta subcategoría se recogen las siguientes condiciones:

- **V89.01 Sospecha de problema con la cavidad amniótica y membrana no encontrado.**
- **V89.02 Sospecha de problema placentario no encontrado.**
- **V89.03 Sospecha de problema de anomalía fetal no encontrada.**
- **V89.04 Sospecha de problema de crecimiento fetal no encontrado.**
- **V89.05 Sospecha de problema de acortamiento cervical no encontrado.**
- **V89.09 Sospecha de otras enfermedades maternas y fetales no encontradas.**

CRONOPATÍA DEL EMBARAZO

La duración media del embarazo en la especie humana es de alrededor de 280 días, 9 meses o 40 semanas completas, contadas desde el primer día de la última menstruación.

GESTACIÓN	SEMANAS DE GESTACIÓN
Pretérmino	22 + 1 día y 37 completas
A término	37 + 1 día y 40 completas
Postérmino	40 + 1 día y 42 completas
Prolongado o avanzado	> 42 + 1 día

PARTO

I. PARTO NORMAL O EUTÓCICO

Parto normal es el que termina con la expulsión espontánea de un feto viable y de sus anexos por vía vaginal, sin que se presenten alteraciones en su evolución.

El código **650 Parto en un caso totalmente normal** sólo se utilizará si se cumplen todas las condiciones siguientes⁴:

- ingresa con un parto normal, vaginal,
- a término (de 37+1 semanas a 40 completas),
- con presentación fetal cefálica u occipital (OAD, OAI, OPD, DPI y vértex describen una presentación occipital),
- con el resultado de un recién nacido único y vivo (V27.0),
- sin complicaciones anteparto (o si ha existido ha sido resuelta antes del ingreso),
- sin complicaciones durante el parto,
- sin complicaciones en el postparto durante este episodio,
- y además, debe ser un parto espontáneo o asistido manualmente, sin que haya existido manipulación fetal (versión de rotación) ni instrumentación.

Sólo se admiten como procedimientos asociados a un parto normal^{2,4}:

CIRCUNSTANCIA	CÓDIGO CIE
Episiotomía sin fórceps	73.6 Episiotomía
Episiorrafia	73.6 Episiotomía
Amniotomía	73.0X Inducción o asistencia al parto. Ruptura artificial de membranas
Asistencia manual sin fórceps	73.59 Otro parto asistido manualmente
Analgesia o anestesia materna	03.91 Inyección de anestésico en conducto espinal para analgesia
Monitorización fetal	75.34 Otra monitorización fetal
Inducción médica, química del parto en ausencia de indicación médica	73.4 Inducción médica de parto
Esterilización	66.2X Destrucción u oclusión endoscópica bilateral de las trompas de Falopio ó 66.3X Otra destrucción u oclusión endoscópica bilateral de las trompas de Falopio

El código 650 será siempre diagnóstico principal³ y:

- es incompatible con cualquier otro código del capítulo 11,
- pueden usarse códigos adicionales de otros capítulos si no están relacionados con el embarazo o no complican de alguna forma el mismo,
- irá siempre acompañado del código V27.0,
- puede ir acompañado del código diagnóstico adicional **V25.2 Asistencia procreativa. Esterilización** si se realiza la misma durante el episodio
- y se codificará siempre la condición de parto manual (73.59).

Ejemplo:

Embarazada de 41 años primípara con fecundación in vitro (FIV), que acude a urgencias por referir rotura de membranas, de 38 semanas de gestación según ecografía, aunque la paciente refiere estar de 36 semanas. Tras la exploración no se observa nada anormal. Se produce parto eutócico y monitorizado, naciendo mujer viva de 3.300 gramos.

659.51 Primigrávida de edad avanzada

V23.85 Supervisión de embarazo de alto riesgo. Embarazo resultado de tecnología reproductiva asistida

V27.0 Resultado del parto. Niño único nacido con vida

73.59 Otro parto asistido manualmente

75.34 Otra monitorización fetal

II. PARTO EXTRAHOSPITALARIO O EXTRAMUROS

Es aquel parto que se produce antes de ser atendido en el hospital, fuera del mismo. Se pueden dar las siguientes circunstancias⁴:

- El alumbramiento (expulsión de la placenta) es intrahospitalario, en cuyo caso se codifica como un parto intrahospitalario normal.
- El alumbramiento es extrahospitalario, en cuyo caso se pueden producir dos situaciones:
 - No existe ninguna complicación y el motivo del ingreso es la realización de cuidados rutinarios del postparto, en cuyo caso se asigna como diagnóstico principal

el código V24.0 Cuidados y examen inmediatamente después del parto y como procedimiento, 75.7 Exploración manual de la cavidad uterina, después del parto, en el supuesto que tal procedimiento se realice.

- Alguna complicación postparto está presente en el momento del ingreso o surge durante el mismo, en cuyo caso se asigna el código de esa complicación con el 5º dígito 4 (estado o complicación postparto) y no se asignará el código V24.0.

En el parto con alumbramiento extrahospitalario nunca se asignará un código de la categoría **V27.X Resultado del parto**.

Ejemplos:

- Mujer que es traída por su marido al hospital tras haber parido en su casa. Se realiza revisión de la cavidad uterina no encontrando nada patológico.

V24.0 Cuidado y examen inmediatamente después del parto

75.7 Revisión de cavidad uterina

- Mujer que es traída por su marido al hospital tras haber parido en su casa, se revisa la cavidad uterina encontrando desgarro vaginal 1º grado que se sutura.

664.04 Trauma del perineo y vulva durante el expulsivo. Desgarro perineal de primer grado

75.69 Reparación de otro desgarro obstétrico actual

75.7 Revisión de cavidad uterina

III. PARTO DISTÓCICO

Es un parto anormal en el que existe una desviación de las diferentes fases del parto debido a causa materna, fetal o de las membranas ovulares.

Cuando estas distocias provoquen un parto obstruido se codificará esta obstrucción asignándole en primer lugar un código de la categoría **660 Parto obstruido** (excepto las subcategorías 660.6X y 660.7X), seguida del código que identifique la causa de la distocia.

1. Distocia materna

1a. Distocia dinámica o disfunción uterina

Se habla de distocia dinámica o disfunción uterina cuando no se producen contracciones, o las que se producen son irregulares (hipotonía, hipertonía, inercia, tetanización, taquisistolia, etc.). No lleva a un parto espontáneo. Pueden conducir a un parto estacionado o prolongado. La CIE las clasifica en la categoría **661 Anomalías de las contracciones uterinas**.

Ejemplo:

Embarazada primípara de 38 semanas que ingresa por contracciones uterinas, tras más de 4 horas sin progresión del parto se decide realizar cesárea.

661.01 Anomalías de las contracciones uterinas. Inercia uterina primaria

No se codificará además como parto prolongado ya que la dilatación uterina ni siquiera ha comenzado.

1b. Distocia pélvica

Se habla de distocia pélvica cuando hay una disminución de la dimensión de la pelvis de la madre, tanto **ósea** (códigos del 653.0X al 653.4X), como de **partes blandas** (**654.XX Anomalías de los órganos y tejidos blandos de la pelvis**). Pueden ser debidas a tumores en la zona pélvica, luxación congénita de cadera, raquitismo, alteraciones graves de la columna vertebral, etc.

2. Distocia fetal

Existe un desarrollo o presentación anormal del feto que impiden que se produzca un parto normal.

2a. Situación fetal

Es la relación entre el eje de la cabeza al cóccix del feto y el eje de la cabeza al cóccix de la madre. El feto puede presentarse en:

- Situación **longitudinal**: los dos ejes están paralelos, es lo más frecuente (99,5%) y se considera normal y no se codifica.
- Situación **transversal**: los dos ejes forman un ángulo de 90 grados. La CIE lo clasifica en el código **652.3X Situación y presentación anómala del feto. Situación transversa u oblicua**.

- Situación **oblicua**: los dos ejes forman un ángulo de 45 grados. Se genera siempre una situación inestable que habrá que codificar también. Es decir, se codificará con los códigos **652.3X Situación transversa u oblicua** más **652.0X Situación inestable**.

2b. Presentación fetal

Es la posición de la parte del feto que aparece primero (cabeza, pies, nalgas, etc.) a medida que éste baja por el canal del parto.

- **Presentación cefálica**: se considera la normal y ocurre en cerca del 97% de los partos. Pueden darse las siguientes situaciones según la relación de la cabeza con el cuerpo del feto:
 - De vértice u occipital: la cabeza está fuertemente flexionada y el mentón está en contacto con el tórax, presentando la fontanela occipital. No se codifica.
 - De sincipucio: la cabeza está parcialmente flexionada, presentando la fontanela anterior (mayor) o bregma. Conforme progresa el trabajo de parto se convierte en presentación cefálica de vértice. No se codifica.
 - De cara o frente: la cabeza del feto se extiende hacia atrás y dependiendo del grado de extensión saldrá primero la barbilla, la cara o la frente. Se asigna el código **652.4X Presentación de cara o de frente**.
- **Presentación de nalgas**: se considera anormal y pueden darse las siguientes situaciones:
 - Nalgas puras o franca de nalgas: cuando las nalgas salen en primer lugar y tanto las caderas como las rodillas están flexionadas. Se codifica con el código **652.2X Presentación de nalgas sin mención de versión**. Si se realiza una versión (interna o externa) y se llega a convertir en presentación cefálica se asignará el código **652.1X Presentación de nalgas u otra presentación anómala convertida con éxito en presentación cefálica**.
 - Nalgas completas: las caderas están flexionadas de tal manera que las piernas están completamente estiradas hacia el pecho. Se codifica igual que la anterior.
 - Nalgas incompletas o de pies (podálica): cuando uno o ambos pies, o una o ambas rodillas, están descendidos. Se codifica como **652.8X Otra situación o presentación anómala especificada**.

Los procedimientos que pueden realizarse en estas situaciones se describen en el apartado de Parto instrumentado.

- **Presentación de hombros:** el feto está en situación transversal. Este tipo de presentación es más común en partos prematuros o múltiples. Se asigna el código **652.8X Otra situación o presentación anómala especificada**.
 - Puede darse la situación de que los **hombros** queden **impactados**, y el parto vaginal es imposible. En este caso se clasifica con el código **660.4X Distocia de hombros**, siempre que no se realice una versión externa o interna a presentación cefálica.
 - Puede darse la circunstancia de que un **brazo** del feto asome por el canal del parto, en cuyo caso se asigna el código **652.7X Situación y presentación anómala del feto. Brazo prolapsado**.

Ejemplo:

Embarazada de 39 semanas de gestación, VIH estadio C1, estreptococo β -hemolítico positivo, prolapso de válvula mitral, que ingresa con pródromos de parto. En ecografía se observa posición fetal de nalgas. Con dilatación completa se intenta una versión del feto siendo esta fallida, por lo que se indica una cesárea transversa, naciendo una mujer viva de 3.500 gramos.

660.01 Obstrucción causada por posición defectuosa del feto al inicio del parto. Parto

652.21 Presentación nalgas sin mención de versión

648.61 Otras enfermedades cardiovasculares de la madre que complican el embarazo, parto o puerperio

424.0 Trastornos de la válvula mitral

647.6X Enfermedades infecciosas o parasitarias de la madre clasificables bajo otros conceptos, pero que complica embarazo, parto o puerperio. Otras enfermedades virales

042 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]

648.91 Otras enfermedades actuales clasificables bajo otros conceptos

V02.51 Portador de estreptococo del grupo B

V27.0 Resultado del parto. Niño único nacido con vida

74.1 Cesárea clásica baja

73.21 Versión interna y combinada sin extracción

El médico tiene la responsabilidad de indicar que el prolapso de la válvula mitral no complica.

Aunque no se consiga la versión del feto se considera el procedimiento realizado.

2c. Desproporción fetal

Pueden existir fetos macrosómicos, hidrocefalias, ascitis fetal, etc., que impiden la culminación en un parto normal. La CIE recoge estas condiciones en los códigos de **653.5X Feto anormalmente grande que causa desproporción**, **653.6 Feto hidrocefálico que causa desproporción** y **653.7X Otra anomalía fetal que causa desproporción**.

3. Distocia ovular

Se debe a patologías de las membranas, placenta y cordón, y en menor medida al líquido amniótico, que imposibilitan o dificultan la expulsión fetal. La CIE clasifica estas distocias en los códigos **641.0X Placenta previa sin hemorragia**, **641.1X Hemorragia por placenta previa** y **663.XX Complicaciones del cordón umbilical**.

A continuación se presentan las tablas resumen de las distintas distocias y su codificación:

DISTOCIAS MATERNAS	CÓDIGO CIE	
	Sin obstrucción	Con obstrucción
Dinámicas	661.XX	
Pélvicas de partes blandas	654.XX	660.2X + 654.XX
Pélvicas óseas	653.0 – 653.3	660.1X + 653.0 – 653.3
Fetopélvica	653.4	660.1X + 653.4

DISTOCIAS FETALES		CÓDIGO CIE	
		Sin obstrucción	Con obstrucción
Situación	Longitudinal	No codificar	
	Transversa	652.3	660.0X + 652.3
	Oblicua	652.3 + 652.0	660.0X + 652.3 + 652.0
Presentación	Cefálica de vértice u occipital o de sincipucio	No codificar	
	Cefálica de cara o de frente	652.4X	660.0X + 652.4X
	Nalgas puras o completas sin mención de versión	652.2X	660.0X + 652.2X
	Nalgas puras o completas con versión cefálica	652.1X + procedimiento versión	
	Nalgas incompletas o de pies u otra presentación anómala sin mención de versión	652.8X	660.0X + 652.8X
	Nalgas incompletas o de pies u otra presentación anómala con versión cefálica	652.1X + procedimiento versión	
	Hombros	652.8X	660.4X
	Hombros impactados		660.4X
	Brazo (brazo prolapsado)	652.7X	660.0X + 652.7X
Desproporción fetal		653.5X – 653.7	660.1X + 653.5X – 653.7

DISTOCIAS OVULARES		CÓDIGO CIE	
		Sin obstrucción	Con obstrucción
Ovulares		641.0 – 641.1 + 663.X	660.8X + 641.0 – 641.1 + 663.X

IV. PARTO OBSTRUIDO

Es aquel parto iniciado en el que el feto no puede ser expulsado de manera natural a través del canal del parto, siendo necesaria su intervención, ya sea mediante un parto por cesárea o por un parto instrumentado.

La CIE clasifica esta condición en la categoría **660 Parto obstruido**, y se usarán códigos adicionales para identificar las causas siempre que sean conocidas.

Ejemplo:

Embarazada en la semana 38 de gestación, hipertensa crónica, que ingresa por referir rotura de membranas. En ecografía se observa una desproporción fetopélvica, por lo cual se le realiza una cesárea clásica baja, obteniéndose un varón de 3.330 gramos.

653.41 Desproporción fetopelviana

642.01 Hipertensión esencial benigna que complica embarazo, parto y puerperio

V27.0 Resultado del parto. Niño único nacido con vida

74.1 Cesárea clásica baja

El parto aún no se ha iniciado, luego no existe obstrucción.

V. PARTO PROLONGADO

La duración del parto es variable y depende de una serie de condiciones como es la paridad, dinámica uterina, características fetales, etc. La anestesia, analgesia y otras intervenciones pueden modificar la duración del mismo.

Se considera que un parto se prolonga cuando, desde el inicio del trabajo de parto, supera las 24 horas en las mujeres primíparas y dura más de 12 horas en mujeres multíparas¹⁵.

Las fases o periodos del trabajo de parto son tres:

- Periodo de dilatación
- Periodo expulsivo
- Periodo de alumbramiento

1. Periodo de dilatación

En ella se produce el borramiento y dilatación progresiva del cérvix. Se subdivide en dos fases:

- **Dilatación latente o pasiva:** se produce la maduración del cuello y formación del segmento uterino. Las contracciones uterinas son en general irregulares. Esta fase finaliza cuando la dilatación cervical es menor de 3 cm en las primigestas y de 4 cm en multíparas. La duración de esta fase en primíparas es entre 6 y 8 horas y entre 4 y 5 horas en la multíparas. Según la OMS esta fase no debe durar más de 8 horas.
- **Dilatación activa:** este período se inicia con una dilatación de 3-4 cm y finaliza con la dilatación completa del cuello uterino (entre 8 y 10 cm). Las contracciones uterinas son regulares y de mayor intensidad. La duración en las primigestas es entre 3 y 5 horas y en las multíparas entre 1,5 y 2,5 horas.

Otra forma de medirlo, según la OMS, es que a partir de los 3 cm de la dilatación, la misma no será menor de un 1 cm por hora. Si se enlentece esta velocidad o esta fase dura más de 4 horas se recomienda intervenir.

Cuando este periodo de dilatación es prolongado se codifica en el código **662.0X Parto prolongado. Primera fase prolongada**, con 5º dígito 1 ó 3.

2. Periodo expulsivo

Es el período comprendido desde la dilatación completa hasta la expulsión completa del feto por el canal de parto. Puede durar entre 15 minutos y una hora y media o más, dependiendo de las condiciones de la madre, su pelvis, presentación del niño, etc. Suele ser más rápido en las multíparas.

Cuando este periodo expulsivo es prolongado se codifica en el **662.2X Parto prolongado. Segunda fase prolongada**, con 5º dígito 1 ó 3.

3. Periodo de alumbramiento

Es el período que va desde la expulsión del feto hasta la salida completa de la placenta y las membranas del saco amniótico. En condiciones normales tiene una duración promedio de 4-8 minutos hasta un máximo de 45-60. Se habla de alumbramiento prolongado si dura más de 10 minutos, y de retención placentaria si dura más de 30¹⁶. Estas dos últimas situaciones se codifican en el **662.2X Parto prolongado. Segunda fase prolongada**.

Cuando se conozca la causa que motiva que el parto se estanque hay que emplear código adicional para identificar dicha causa.

También se codificarán las técnicas y maniobras para acelerar el parto (ver apartado Parto inducido y Parto instrumental u operatorio).

El diagnóstico «**No progresión del parto (NPP)**» es una expresión inespecífica que para su correcta codificación hay que aclarar buscando en la historia clínica cuál es la causa o consultando con el clínico a qué se está refiriendo: inercia uterina, distocia, intento de parto fallido, etc.

VI. PARTO INDUCIDO

La **inducción del parto** implica comenzar artificialmente el trabajo del parto. La inducción se puede llevar a cabo en cualquier momento después de las 24 semanas de gestación si el riesgo para la madre o el feto es mayor que el hecho de que sea un feto prematuro, independientemente de la madurez de los pulmones. Para evitar esta inmadurez se administran esteroides a la madre antes de las 32 semanas.

La CIE recoge la condición de embarazo o parto inducido sólo mediante la codificación de los procedimientos correspondientes. Estos procedimientos sólo se acompañarán de códigos diagnósticos en los casos en los que tenga lugar un fallo de la inducción, identificándose ésta con los códigos **659.0X Inducción mecánica fallida** ó **659.1X Fallo de inducción médica o de tipo no especificado**.

Se considerará esta maniobra como fallida si a las 12 horas de inducción médica, el parto no ha evolucionado y no es posible un final en corto espacio de tiempo¹⁷.

La **estimulación del parto** implica acortar la duración del mismo una vez iniciado, mediante la administración de medicamentos. No se codificará esta condición de parto estimulado.

La inducción de un parto puede ser médica o quirúrgica:

1. Inducción médica

La inducción médica puede llevarse a cabo a través de:

- **Administración de la hormona prostaglandina para preparar el cuello uterino.** Se introduce en la vagina un óvulo o un gel de prostaglandina, o se administra una píldora por vía oral. Puede administrarse sola o utilizarse antes

de administrar oxitocina. Se codificará con el código **73.4 Inducción médica del parto**. Se usa con frecuencia para acelerar un trabajo de parto lento o que se ha detenido, en cuyo caso no se codificará.

- **Administración de la hormona oxitocina para inducir las contracciones.** La droga se administra en goteo por vía intravenosa. Se codificará con el código **73.4 Inducción médica del parto**. Se usa con frecuencia para acelerar un trabajo de parto lento o que se ha detenido, en cuyo caso no se codificará.

2. Inducción quirúrgica

La inducción quirúrgica se puede realizar con las siguientes técnicas:

- **Ruptura de la bolsa** (también denominado amniotomía o amniorrexis artificial). El médico usa un pequeño gancho de plástico para romper las membranas, aunque también puede hacerlo con los dedos. No se codificará como ruptura prematura de membranas de menos de 24 horas (**658.1X Ruptura prematura de membranas**) las realizadas por amniorrexis artificial en el hospital. Sin embargo, sí se codificarán los procedimientos realizados:
 - 73.01, cuando la ruptura artificial de membranas se realiza antes del inicio del parto,
 - 73.09, cuando la ruptura artificial de membranas se realiza después del inicio del parto, incluso durante el periodo expulsivo.
- **Dilatación cervical.** Se codificará con el código **73.1 Otra inducción quirúrgica del parto**.

VII. PARTO INSTRUMENTAL U OPERATORIO

Implica la utilización de algún tipo de herramienta (fórceps, espátula o ventosa) con el objetivo de ayudar a la extracción del feto en el periodo expulsivo, cuando ya está normalmente encajado y en el interior de la pelvis ósea materna. Está indicado cuando:

- el periodo expulsivo se prolonga excesivamente.
- se produce un agotamiento materno.
- la madre sufre algún tipo de enfermedad que recomiende una extracción fetal rápida.
- se detecta un sufrimiento fetal intraparto, etc.

La CIE-9-MC recoge la condición de parto instrumentado mediante los códigos de procedimientos correspondientes en la categoría 72. Estos procedimientos sólo se acompañarán de códigos diagnósticos en los casos en los que tenga lugar un fallo de la inducción mecánica, identificándose ésta con los códigos:

- **659.0X Inducción mecánica fallida.**
- **660.7x Parto obstruido. Intento fallido con fórceps, no especificado.**

1. Fórceps

El fórceps es un instrumento en forma de pinzas articuladas entre sí destinado a coger la cabeza fetal para extraerla.

El fórceps bajo o fórceps a cabeza última se aplica cuando la cabeza fetal está ya visible, cuando está en el suelo pélvico. El fórceps medio se emplea cuando la cabeza está entrando en el suelo pélvico, y el fórceps alto, antes de que la cabeza entre en el anillo pélvico.

La CIE recoge estas maniobras con fórceps diferenciando si se acompaña o no episiotomía, con los siguientes códigos:

FÓRCEPS	CÓDIGO CIE	
	CON EPISIOTOMÍA	SIN EPISIOTOMÍA
ALTO (en desuso)	72.31 Aplicación de fórceps alto con episiotomía	72.39 Otra aplicación de fórceps alto
MEDIO	72.21 Aplicación de fórceps medio con episiotomía	72.29 Otra aplicación de fórceps medio
BAJO	72.1 Aplicación de fórceps bajo con episiotomía	72.0 Aplicación de fórceps bajo

A veces también se usa para realizar la rotación de la cabeza previa a la extracción con fórceps, en cuyo caso se utilizan dos códigos:

- **72.4 Rotación mediante fórceps de la cabeza del feto**
- y el código correspondiente de extracción con fórceps (72.0 – 72.39).

Si la rotación de la cabeza se realiza manualmente se codifica con el **73.51 Parto asistido manualmente. Rotación manual de la cabeza del feto.**

Los fórceps también se utilizan para la extracción final de la cabeza en los partos con **presentación de nalgas**. La CIE clasifica estos procedimientos según se realice:

- Extracción del feto parcial, que se produce cuando el feto nace espontáneamente hasta el ombligo, y el resto del cuerpo es extraído por el médico. Se asigna el código **72.51 Extracción parcial con presentación de nalgas mediante la aplicación de fórceps en cabeza última**.
- Extracción del feto total, que se produce cuando el feto es extraído por el médico en su totalidad. Se asigna el código **72.53 Extracción total en presentación de nalgas con aplicación de fórceps en cabeza última**.

En los casos de partos con presentación del feto de nalgas en los que no se utilice fórceps se codificarán como:

- del feto parcial con cualquier otro procedimiento diferente al fórceps se codifica con el código **72.52 Otra extracción parcial con presentación de nalgas**.
- Extracción del feto total con cualquier otro procedimiento diferente al fórceps se codifica con el código **72.54 Otra extracción total con presentación de nalgas**.

En las **presentaciones podálicas** con extracción manual del feto, puede usarse el fórceps para ayudar a extraer la cabeza fetal, codificándose esta maniobra con el código **72.6 Aplicación de fórceps a cabeza última**.

Como excepción, la CIE-9-MC asigna código específico para la circunstancia de procedimiento con fórceps no completado, asignando el código **73.3 Operación de fórceps fallido**, que se acompañará del código diagnóstico **660.7X Parto obstruido. Intento fallido con fórceps o vacuum extractor, no especificado**.

2. Espátulas

Las espátulas consisten en dos cucharas metálicas, similares a las del fórceps aunque no se articulan, que actúan como calzador facilitando la extracción de la cabeza fetal y no son útiles en general para la rotación de la cabeza del feto. Este procedimiento se codifica con el código **72.8 Otro parto instrumentado especificado**.

Se añadirá el código de la episiotomía (**73.6 Episiotomía**), si se realiza, ya que no existe código de combinación.

3. Ventosa

La ventosa obstétrica es otro instrumento que consiste en su sistema de copa o cazoleta unida a un sistema de tracción y otro de vacío. La cazoleta se aplica sobre la cabeza fetal, produciéndose a continuación una presión negativa mediante el sistema de vacío y posteriormente se procederá a la tracción.

En este caso la CIE asigna código de combinación si se acompaña de episiotomía, **72.71 Extracción mediante ventosa con episiotomía**, y se utilizará el código **72.79 Otra extracción mediante ventosa** si no se realiza episiotomía.

A continuación se presenta una tabla resumen de los procedimientos utilizados en el parto instrumental acompañado de su codificación:

PROCEDIMIENTO	CODIFICACIÓN
PRESENTACIÓN CEFÁLICA:	
Extracción con fórceps	72.0 – 72.39
Extracción con fórceps + rotación previa de la cabeza con fórceps	72.4 Rotación mediante fórceps a la cabeza del feto + 72.0 – 72.39
Extracción con fórceps + rotación previa manual de la cabeza	73.51 Rotación manual de la cabeza del feto + 72.0 – 72.39
PRESENTACIÓN NALGAS:	
Extracción parcial con fórceps	72.51 Extracción parcial con presentación de nalgas con aplicación de fórceps en cabeza última
Extracción parcial con otro procedimiento	72.52 Otra extracción parcial con presentación de nalgas
Extracción total con fórceps	72.53 Extracción total con presentación de nalgas con aplicación de fórceps en cabeza última
Extracción total con otro procedimiento	72.54 Otra extracción total con presentación de nalgas
Presentación podálica: Extracción cabeza fetal con fórceps	72.6 Aplicación de fórceps a cabeza última
Operación de fórceps fallida	73.3 Operación de fórceps fallida
Extracción con espátulas, cualquier presentación	72.8 Otro parto instrumentado especificado
Extracción con ventosas, cualquier presentación	72.7X Extracción con ventosa obstétrica

VIII. PARTO POR CESÁREA

Es un tipo de parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y en el útero (histerotomía) de la madre para extraer uno o más fetos.

Suele practicarse cuando el parto vaginal no es posible o conlleva algún riesgo para la madre o el feto.

La CIE identifica estos procedimientos en la categoría **74 Cesárea y extracción de feto** con la excepción del código **74.3 Extracción de embrión intraperitoneal** que clasifica la extracción del feto de la cavidad abdominal en casos de rotura uterina o de embarazo extrauterino, procedimiento que no se considera como cesárea⁴.

En nuestro medio la técnica más frecuente de la cesárea es la ístmica transversa o cervical baja **74.1 Cesárea clásica baja**.

IX. ANALGESIA EPIDURAL

Aunque la CIE-9-MC indica omitir código para la anestesia, en los partos se acepta la codificación de la analgesia epidural cuando ésta se realice, y se codificará con el código **03.91 Inyección de anestésico en conducto espinal para analgesia**.

Se codificará la analgesia epidural tanto en los partos vaginales como en aquellos partos por cesárea que se hayan iniciado con analgesia epidural.

La anestesia raquídea utilizada en las cesáreas no se codificará.

X. ESTERILIZACIÓN CONTRACEPTIVA

Cuando se realiza una esterilización electiva o programada durante un ingreso por parto, se asignará el código **V25.2 Asistencia anticonceptiva. Esterilización** como secundario a los códigos del capítulo 11.

El código V25.2 no se asigna (ni como principal ni como secundario) cuando la esterilización resulta de otro tratamiento, o cuando se lleva acabo como parte de un tratamiento para otro diagnóstico. En estos casos se codificarán el diagnóstico original, las complicaciones y comorbilidades y los procedimientos.

Este código sólo se emplea para la esterilización por motivos contraceptivos; no es correcto asignarlo cuando la esterilización es incidental a otros tratamientos.

El código diagnóstico V25.2 se utiliza tanto para mujeres como para hombres.

Los procedimientos contraceptivos se clasifican:

- en mujeres en las subcategorías **66.2 Oclusión trompa de Falopio bilateral endoscópica** y **66.3 Oclusión trompa de Falopio bilateral, otra**
- y en hombres en la subcategoría **63.7 Vasectomía y ligadura de conducto deferente**.

Ejemplos:

- Mujer de 25 años, embarazo a término, con presentación de nalgas, que ingresa por pródromos de parto. Se produce el parto mediante extracción del recién nacido de nalgas y se realiza salpingectomía parcial bilateral endoscópica para esterilización.

652.21 Presentación nalgas sin versión a cefálica. Parto

V25.2 Asistencia anticonceptiva. Esterilización

72.52 Otra extracción parcial con presentación de nalgas

66.29 Oclusión trompa de Falopio bilateral endoscópica. Otra

- Embarazada en la semana 38 de gestación, feto con presentación podálica. Se programa cesárea, durante la cual se produce una ruptura del útero que obliga a la realización de una histerectomía abdominal total. Nace varón de 2.700 gramos.

652.8X Otra situación o presentación anómala especificada

665.11 Otro trauma obstétrico. Rotura de útero durante el parto

E870.0 Corte punción, perforación o hemorragia durante intervención quirúrgica

V27.0 Resultado del parto. Niño único nacido con vida

74.1 Cesárea clásica baja

68.49 Otra histerectomía total abdominal y la no especificada

*Sólo se codifican los diagnósticos y procedimientos obstétricos, y aunque el procedimiento cause una esterilidad no se asigna el código **V25.2 Esterilización**.*

XI. TRAUMATISMOS DEL PERINÉ Y VULVA DURANTE EL EXPULSIVO

El traumatismo perineal es cualquier daño que sucede en los órganos genitales femeninos durante el parto, ya sea espontáneamente o causado por una episiotomía¹⁸.

En la categoría **664 Traumatismo de perineo y vulva en parto** se identifican principalmente los desgarros perineales, que se subdividen según su extensión en cuatro grados:

DESGARRO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO PROCEDIMIENTO
Desgarro perineal de primer grado: incluye afectación de la horquilla, mucosa vaginal y los músculos subyacentes están expuestos pero no rotos	664.0X Desgarro perineal de primer grado	75.69 Reparación de otro desgarro obstétrico actual
Desgarro perineal de segundo grado: afectación de la pared posterior de la vagina junto a los músculos perineales, pero el esfínter anal está intacto	664.1X Desgarro perineal de segundo grado	75.69 Reparación de otro desgarro obstétrico actual
Desgarro perineal de tercer grado: afectación hasta esfínter anal, tabique rectovaginal	664.2X Desgarro perineal de tercer grado	75.62 Reparación de desgarro obstétrico actual de recto y esfínter anal
Desgarro perineal de cuarto grado: afectada mucosa anal y rectal	664.3X Desgarro perineal de cuarto grado	75.62 Reparación de desgarro obstétrico actual de recto y esfínter anal
Desgarro de vagina: sin mención de implicación perineal	665.4X Desgarro vagina alto	75.69 Reparación de otro desgarro obstétrico actual
Desgarro del esfínter anal no asociado a desgarro perineal de tercer grado	664.6X Desgarro esfínter anal sin desgarro perineal tercer grado	75.62 Reparación de desgarro obstétrico actual de recto y esfínter anal

Si existen desgarros perineales de distinto grado, solamente se asignará el código del grado más alto.

Si en un parto se realiza una episiotomía y ésta se extiende espontáneamente y se convierte en un desgarro o laceración perineal, se codificará el desgarro como diagnóstico y la reparación del mismo como procedimiento (75.62 ó 75.69), y no se codificará la episiotomía al ir implícita en el código de reparación del desgarro.

Si en un parto se realiza una episiotomía, y en el transcurso del parto se produce un desgarro o laceración perineal en un lugar distinto a la episiotomía, se codificará el desgarro

como diagnóstico y la reparación del mismo como procedimiento (75.62 ó 75.69), y también se codificará la episiotomía (73.6).

Ejemplo:

Parto de 38 semanas de gestación que se realiza episiotomía, la cual se extiende provocando un desgarro perineal de 2º grado que se sutura.

664.11 Desgarro perineal de segundo grado. Parto

V27.0 Resultado del parto. Niño único nacido con vida

75.69 Reparación de desgarro obstétrico actual

En la categoría **665 Otro trauma obstétrico**, se identifica el resto de traumas obstétricos que pueden ocurrir durante el transcurso del parto, incluyéndose tanto las lesiones espontáneas como las producidas por instrumentos. En esta categoría se incluye el desgarro de vagina sin mención de afectación perineal con el código **665.4X Otro trauma obstétrico. Desgarro de la parte alta de la vagina**.

COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO

El período postparto comienza inmediatamente después del parto y continúa hasta 6 semanas después del mismo. Una complicación postparto es una complicación ocurrida dentro de este período.

Los códigos del capítulo 11 también pueden ser usados después de las 6 semanas para describir complicaciones relacionadas con el embarazo o parto siempre que el médico documente que dicha afección tiene relación con el embarazo o parto³.

Las complicaciones postparto que ocurren durante el mismo episodio del parto están identificadas con el 5° dígito **2: Parida, con mención de complicación postparto**, mientras que si ocurren en episodios sucesivos se identifican con el 5° dígito **4: Estado o complicación postparto**.

Los códigos de la sección **Complicaciones del puerperio (670 – 676)**, con excepción de las categorías **670 Infección puerperal grave** y **672 Fiebre de origen desconocido durante el puerperio**, pueden usarse en cualquier episodio de atención a la embarazada, es decir, pueden llevar como 5° dígito los valores 1, 2, 3 ó 4.

Los códigos de complicaciones de embarazo son incompatibles con códigos de la sección **Complicaciones de cuidados quirúrgicos y médicos no clasificados bajo otros conceptos (996 – 999)** para identificar la misma complicación.

Ejemplo:

Paciente que ingresa con dolor y tumefacción en la pierna. Hace 5 semanas que tuvo un parto cesárea por preclampsia. Se le realiza una eco-doppler de miembros inferiores y se le diagnostica de trombosis venosa profunda.

671.44 Flebotrombosis profunda, postparto

88.77 Ultrasonografía diagnóstica de sistema vascular periférico

I. HEMORRAGIA POSTPARTO

La hemorragia posparto es un sangrado excesivo que se produce después del parto. Puede producirse antes o después del alumbramiento de la placenta.

Como posibles causas de hemorragia postparto tenemos:

- Trastornos del periodo de alumbramiento.
- Alteraciones sistémicas.

La CIE las clasifica en la categoría **666 Hemorragias postparto**, las cuales sólo podrán codificarse con 5º dígito 2 ó 4.

1. Trastornos del periodo de alumbramiento

Entre los trastornos del periodo de alumbramiento que pueden provocar hemorragias tenemos:

- **Hipotonía y atonía uterina:** tras la expulsión de la placenta el útero no se retrae ni se contrae por lo que se altera la hemostasia. Es la causa más frecuente de hemorragia postparto. Se codificará:
 - **666.2X Hemorragia postparto retardada y secundaria**, si se produce después de 24 horas tras el alumbramiento.
 - **666.1X Otra hemorragia inmediata postparto**, si se produce durante las primeras 24 horas tras el alumbramiento.
- **Placenta retenida:** es la no expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos que suceden tras la expulsión del feto. La placenta se encuentra adherida o bien encarcelada en el útero, por lo que no puede ser expulsada. La cavidad uterina así ocupada por la placenta, no logra contraerse eficazmente por lo que el sangrado continúa. El tratamiento convencional de la placenta retenida es el alumbramiento manual tras la separación digital de la placenta de la pared uterina. Se codifica como **666.0X Hemorragia postparto. Hemorragia del tercer periodo del parto**.
- **Cotiledón retenido:** se retiene una parte de la placenta. El mecanismo de la hemorragia es el mismo que el anterior. Se codificará:
 - **666.2X Hemorragia postparto retardada y secundaria**, si se produce después de 24 horas tras el alumbramiento.
 - **666.1X Otra hemorragia inmediata postparto**, si se produce durante las primeras 24 horas tras el alumbramiento.

2. Alteraciones sistémicas

Se incluyen alteraciones sistémicas como los defectos de la coagulación. Son poco frecuentes. Se codifican con el código **666.3X Hemorragia postparto. Defectos de coagulación postparto**.

En la siguiente tabla se resumen las posibles causas de las hemorragias postparto así como su codificación:

CAUSAS DE HEMORRAGIA POSTPARTO		CÓDIGO CIE
Trastornos del periodo de alumbramiento	Hipotonía y atonía uterina	666.2X Hemorragia postparto retardada y secundaria , si se produce después de 24 horas tras el alumbramiento ó 666.1X Otra hemorragia inmediata postparto , si se produce durante las primeras 24 horas tras el alumbramiento
	Placenta retenida	666.0X Hemorragia postparto. Hemorragia del tercer periodo del parto
	Cotiledón retenido	666.2X Hemorragia postparto retardada y secundaria , si se produce después de 24 horas tras el alumbramiento ó 666.1X Otra hemorragia inmediata postparto , si se produce durante las primeras 24 horas tras el alumbramiento
Alteraciones sistémicas		666.3X Hemorragia postparto. Defectos de coagulación postparto

II. ATONÍA UTERINA SIN HEMORRAGIA

Cuando existe una atonía uterina que cursa sin hemorragia y es puerperal², se asignará **669.8X Otras complicaciones de la dilatación y el expulsivo** y sólo podrá codificarse con 5º dígito 2 ó 4.

III. PLACENTA O MEMBRANAS RETENIDAS SIN HEMORRAGIA

Cuando se produce la retención de la placenta (total, porciones o membranas retenidas) sin hemorragia se asignarán los siguientes códigos de la categoría 667, los cuáles sólo podrán codificarse con 5º dígito 2 ó 4:

- **667.0X Placenta retenida sin hemorragia.**
- **667.1X Porciones de placenta o membranas retenidas, sin hemorragia.**

IV. INFECCIÓN PUERPERAL GRAVE

1. Definición

La infección puerperal es una enfermedad causada por invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales externos o internos antes, durante o después del aborto o parto, incluyendo las cesáreas, y que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo ocurridos durante la gestación y el parto.

La infección puerperal se define como la aparición en el puerperio de una infección del aparato genital que se acompaña de una temperatura superior a 38°, después de 24 horas del parto o aborto, durante al menos dos veces, no separadas entre sí más de 24 horas, en los 10 primeros días del puerperio. Puede ir acompañada de taquicardia, sudoración y oliguria¹⁹.

Se reconocen como sinónimos, aunque ya están en desuso, sepsis puerperal, septicemia puerperal o fiebre puerperal.

Existen factores que pueden predisponer al desarrollo de una infección al disminuir las defensas de la madre, como son la rotura prematura de las bolsas, deshidratación de la madre, grandes hemorragias, un trabajo de parto prolongado, la realización de maniobras para solucionar partos complicados y la presencia de excoriaciones y heridas en el canal del parto.

El código de la categoría **670 Infección puerperal grave** y el **672 Fiebre de origen desconocido puerperal** se codificará con 4º dígito 0 y 5º dígito 2 ó 4.

Se describen dos formas clínicas:

- **Infección puerperal localizada:** es la infección de lesiones, laceraciones o pérdida de continuidad del periné, vulva, vagina y cuello reparados, en el sitio de la episiorrafia, en la herida quirúrgica de la cesárea o en el endometrio (endometritis).
- **Infección puerperal diseminada:** compromiso de varios órganos genitales internos y el peritoneo, que si no se tratan oportunamente pueden llegar a condicionar un estado de shock séptico a través de diferentes vías de propagación de la infección.

2. Infección localizada

Las localizaciones más frecuentes donde se produce la infección puerperal son:

- Útero, dando lugar a una endometritis puerperal. Es una infección, inflamación y/o irritación del endometrio. Los síntomas surgen entre el primer y quinto día del puerperio. Es la infección puerperal más frecuente. Cuando ocurre tras el parto se codifica con la siguiente secuencia:
 - **670.02 ó 670.04 Infección puerperal grave**, según sea en el mismo episodio del parto o en un reingreso posterior.
 - **615.9 Enfermedad inflamatoria no especificada del útero**.
 - Germen causante, si se conoce.
- Heridas de cirugía obstétrica, episiotomías, desgarros y cesáreas se codifican:
 - **674.3X Otras complicaciones de heridas por cirugía obstétrica**.

Ejemplo:

Paciente de 32 años de edad con antecedentes de parto por ventosa hace 7 días que consulta de urgencia por fiebre 39° y disuria. Se realiza ecografía uterina y analítica. Diagnóstico al alta de endometritis puerperal.

670.04 Infección puerperal grave. Estado o complicación postparto

615.9 Enfermedad inflamatoria no especificada del útero

3. Infección generalizada

Cuando la infección de la herida quirúrgica obstétrica conlleva a una sepsis se codificará esta condición con su correspondiente código adicional con la siguiente secuencia de códigos (ver apartado Sepsis):

- **674.3X Otras complicaciones de heridas por cirugía obstétrica** con 5º dígito 2 ó 4.
- **670.0X Infección puerperal grave**, con 5º dígito 2 ó 4 más secuencia de la sepsis.
- **038.XX Septicemia**.
- **995.91 Sepsis ó 995.92 Sepsis severa**.
- Disfunción(es) orgánica(s) si se identifican.
- Infección primaria o foco si se conoce.

Una **sepsis puerperal** es una infección puerperal grave y siempre se codifica como:

- **670.0X Infección puerperal grave**, con 5º dígito 2 ó 4 más secuencia de la sepsis.
- **038.XX Septicemia**.
- **995.91 Sepsis** ó **995.92 Sepsis severa**.
- Disfunción(es) orgánica(s) si se identifican.
- Infección primaria o foco si se conoce.

Ejemplo:

Embarazada de 38 semanas de gestación que se le realiza cesárea por alteración del ritmo cardíaco fetal. Nace varón de 3.800 gramos. A los 2 días del parto se produce infección de la herida de cesárea. A los 5 días comienza con fiebre alta e insuficiencia respiratoria, y se diagnostica de sepsis con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a infección por estreptococo de herida quirúrgica.

656.81 Otros problemas fetales y placentarios especificados

674.32 Infección herida cesárea. Parida, con mención de complicación postparto

670.02 Infección puerperal grave. Parida, con mención de complicación postparto

038.0 Septicemia estreptocócica

995.92 Sepsis severa

518.81 Fracaso respiratorio agudo

V27.0 Resultado del parto. Niño único nacido con vida

74.1 Cesárea clásica baja

A continuación se sintetiza la codificación de la infección puerperal en función de la forma clínica:

INFECCIÓN PUERPERAL			
LOCALIZADA	Útero-endometritis	Tras parto	670.02 ó 670.04 Infección puerperal grave + 615.9 Enfermedad inflamatoria no especificada del útero + Germen causante si se conoce
		Reingreso de aborto, o embarazo ectópico o molar	639.0 Complicaciones después de aborto y de embarazo ectópico o molar. Infección pélvica y del tracto genital + 615.9 Enfermedad inflamatoria no especificada del útero + Germen causante si se conoce
		Tras aborto en el mismo episodio	634.0 ó 635.0 ó 636.01 ó 637.01 ó 638.01 + 615.9 Enfermedad inflamatoria no especificada del útero + Germen causante si se conoce
	Herida cirugía obstétrica	674.3X Otras complicaciones de heridas por cirugía obstétrica	
GENERALIZADA	Sepsis tras herida de cirugía obstétrica	674.3X Otras complicaciones de heridas por cirugía obstétrica + 670.0X Infección puerperal grave, con 5º dígito 2 ó 4 + 038.XX Septicemia + 995.91 Sepsis ó 995.92 Sepsis severa + Disfunción(es) orgánica(s) si se identifican + Infección primaria o foco si se conoce	
	Sepsis puerperal	670.0X Infección puerperal grave, con 5º dígito 2 ó 4 + 038.XX Septicemia + 995.91 Sepsis ó 995.92 Sepsis severa + Disfunción(es) orgánica(s) si se identifican + Infección primaria o foco si se conoce	

V. FIEBRE PUERPERAL Y FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO

El código de la categoría **672 Fiebre de origen desconocido durante el puerperio** se codificará con 4º dígito 0 y 5º dígito 2 ó 4.

Si la fiebre puerperal tiene su origen en el tracto urinario o en enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos se clasifica en los códigos **646.6X Infección del tracto genitourinario en el embarazo**, con 5º dígito 2 ó 4, y no se codificará la fiebre. Sólo en el caso de que esta infección urinaria llegara a evolucionar a septicemia, se añadiría el código **670.0X Infección puerperal grave** en la secuencia correspondiente según el motivo de ingreso (ver apartado Infección del tracto urinario).

Si en el ingreso no se identifica el origen de la fiebre puerperal ni se diagnostica de fiebre séptica o infección puerperal se codificará en el **672.0X Fiebre de origen desconocido durante el puerperio**.

Ejemplo:

Paciente de 21 años con parto normal hace 6 días, que ingresa de urgencia por fiebre de 38° y dolor hipogástrico. Episiotomía bien cicatrizada. Loquios escasos malolientes. Útero bien involucionado. Ecografía útero: útero puerperal en el que no se aprecian imágenes compatibles con restos intracavitarios, anejos normales, no líquido libre en Douglas. Analítica dentro de lo normal. Diagnóstico al alta de fiebre puerperal.

672.04 Fiebre de origen desconocido durante el puerperio

VI. MASTITIS Y CONGESTIÓN DE MAMAS

La **mastitis puerperal** es una afección inflamatoria de las mamas, la cual puede acompañarse o no de infección. Habitualmente se asocia con la lactancia. Es más frecuente en la segunda y tercera semanas postparto. Por lo general es unilateral. Suele ser secundaria a grietas del pezón, obstrucción de los conductos galactóforos y éstasis de leche. Los síntomas clínicos son dolor, hipersensibilidad, enrojecimiento, induración y fiebre.

En las mastitis infecciosas el agente infeccioso más común es el *Staphylococcus aureus*.

La mastitis puerperal se codifica con el código **675.2X Infecciones de la mama y pezón asociados con el parto. Mastitis no purulenta**.

El **absceso mamario** es una colección de pus localizada dentro de la mama y es una complicación grave de la mastitis. Es más frecuente en las primeras 6 semanas postparto, pero puede ocurrir más tarde. Se clasificará con el código **675.1X Infecciones de la mama y pezón asociados con el parto. Absceso de mama**.

La **congestión de mamas** se produce cuando hay un exceso de producción de leche en las primeras semanas de lactancia. El pecho se endurece y duele. Se asignará el código **676.2X Otros trastornos de la mama asociados con el parto y trastornos de la lactancia. Congestión de mamas**.

VII. COMPLICACIÓN DE HERIDA POR CIRUGÍA OBSTÉTRICA: EPISIOTOMÍA, DESGARRO Y CESÁREA

En la episiotomía, desgarro y cesárea pueden darse las siguientes complicaciones:

- **Infección**
Se codificará con el código **674.3X Otras complicaciones de heridas por cirugía obstétrica**, con 5º dígito 2 ó 4. Si además se acompaña de fiebre y cumple los criterios de infección puerperal, se añadirá el código **670.0X Infección puerperal grave**.
- **Hematoma o hemorragia**
Se codificará con el código **674.3X Otras complicaciones de heridas por cirugía obstétrica**, con 5º dígito 2 ó 4.
- **Dehiscencia o rotura de herida de cesárea**
Se asignará el código **674.1X Rotura de herida cesárea**. Incluye tanto la dehiscencia como la rotura, tanto del útero como de la herida de la pared abdominal, laparotomía. (En el Índice Alfabético se entra por **Dehiscencia-herida de cesárea**.) Si se realiza una resutura de la pared abdominal se añadirá el código de procedimiento de la categoría **54.6X Sutura de pared abdominal y peritoneo** que le corresponda.
- **Dehiscencia o rotura de las heridas perineales (desgarros y episiotomía)**
Se codificará con el código **674.2X Rotura de herida perineal**, con 5º dígito 2 ó 4.

VIII. CEFALEA POSTPUNCIÓN LUMBAR

La cefalea postpunción es una complicación frecuente de la anestesia espinal debida a la pérdida de líquido cefalorraquídeo por la perforación del saco dural, intencionada en la técnica intradural y accidental en la epidural. Puede presentarse inmediatamente después de la punción espinal, pero frecuentemente se presenta de 24 a 72 horas después. Se trata de un proceso autolimitado (5-10 días), de intensidad proporcional al calibre de la aguja, que aumenta en bipedestación-sentado y que requiere tratamiento sintomático, abundantes líquidos y decúbito hasta la mejoría. Es frecuente en mujeres jóvenes y obstétricas.

Se codificará con el código **668.8X Otras complicaciones de anestesia u otro tipo de sedación en el parto**²⁰.

EFECTOS TARDÍOS DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

El código **677 Efectos tardíos de complicaciones del embarazo, parto y puerperio** se asignará en casos donde una complicación inicial del embarazo desarrolla posteriormente una secuela que requiere cuidados o tratamiento a largo plazo.

Esta condición de efecto tardío puede ser usada en cualquier momento tras el inicio del período de postparto.

La secuencia de códigos sigue las normas de codificación de los efectos tardíos: en primer lugar el código que identifique la secuela y en segundo lugar el código **677 Efectos tardíos de embarazo, parto y puerperio**.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Consumo. Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión Modificación Clínica. 7ª ed. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo, 2010.
2. Brown F. ICD-9-CM Coding Handbook 2008. Chicago: AHA Press, 2008.
3. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Fourth Quarter 2008; 25(4).
4. Rodríguez Martínez G, Mosteyrín Salgado P, Otero Varela J, Zapata Barro, MD. Unidad Técnica de la CIE-9-MC para Sistema Nacional de Salud. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Boletín 23. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. Disponible en: <http://www.msc.es/ecie9mc-2008/html/bcc/boletin23.pdf>.
5. Ezpeleta JM, López Cousillas A. Enfermedad trofoblástica gestacional: Aspectos clínicos y morfológicos. Rev Esp Patol 2002; Vol 35, nº 2: 187-200.
6. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Guía Española de Hipertensión Arterial 2005. Hipertensión 2005; 22 (supl 2, mayo). Disponible en: <http://www.seh-lilha.org/guiahta05.htm>.
7. Mancia G et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypert 2007; 25: 1005-1187. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17563527&ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum.
8. University Of Virginia. Health System. El embarazo de alto riesgo. El síndrome de HELLP. Disponible en: http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_hrpregnant_sp/hellp.cfm.
9. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Club del hipertenso. Disponible en: <http://www.seh-lilha.org/club/cuestion38.htm>.
10. University Of Virginia. Health System. El embarazo de alto riesgo. La hipertensión crónica. Disponible en: http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_hrpregnant_sp/hyperten.cfm.
11. Contreras Duverger DM, Valverde Medel M, de la Cruz Sánchez M, González León T, Valdéz NA. Aspectos de la infección urinaria en el adulto. Rev Cub Med Gen Integr 1998; 14 (1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14_1_98/mgi10198.htm.
12. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolo de la infección urinaria durante el embarazo. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud 2005; 29. Disponible en: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2InfecUrinariaEmbarazo.pdf.
13. Correa A, Valderrama O, Angel R, Sáez J, Villablanca E. Síndrome antifosfolípidos y embarazo. Rev Chil Obstet Ginecol 2002; 67(3): 196-202.
14. Goldenberg RL. The management of preterm labor. Obstet Gynecol 2002; 100:1020-37.
15. Diccionario ilustrado de términos médicos. Medciclopedia. Disponible en: <http://www.iqb.es/diccio/p/pa3.htm>.

16. Gabbe SG, Niebyl JF, Simpson JL, eds. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*, 5th Ed. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone Elsevier, 2007.
17. Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad Técnica de la CIE-9-MC para Sistema Nacional de Salud. Embarazo, parto y puerperio. Boletín 2. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995. Disponible en: <http://www.msc.es/ecie9mc-2008/html/bcc/bcc2.htm>.
18. Kettle C: Perineal Trauma. In *Clinical Evidence*. BMJ Publishing Group London: BMJ Publishing Group, 1999, 522-532.
19. Patología del puerperio. Infección puerperal. Hemorragias puerperales. Revista electrónica de portales médicos.com, 2008. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1042/1/Patologia-del-puerperio-Infeccion-puerperal-Hemorragias-puerperales.html>.
20. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Second Quarter 1999; 16(2).