

Instituto Información Sanitaria

CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

UNIDAD TÉCNICA DE LA CIE-9-MC PARA
EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Monográfico: Complicaciones del embarazo,
parto y puerperio

Boletín número 23

Año IX

Febrero, 2005



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

Instituto Información Sanitaria

CODIFICACIÓN CLÍNICA CON LA CIE-9-MC

UNIDAD TÉCNICA DE LA CIE-9-MC PARA
EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

MONOGRÁFICO

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

COORDINACIÓN EDITORIAL:

Rogelio CÓZAR RUIZ

AUTORES

Guillermo Rodríguez Martínez
Pilar Mosteyrín Salgado
José Otero Varela
M^ª Dolores Zapata Barro

CONSULTOR CLÍNICO

Domingo Vázquez Lodeiro

MIEMBROS PERMANENTES

DEL COMITÉ EDITORIAL:

Araceli DÍAZ MARTÍNEZ
M^ª Dolores del PINO JIMÉNEZ
Paloma FERNÁNDEZ MUÑOZ
Petra A. LLUL CALDENTY
M^ª Coromoto RODRÍGUEZ DEL ROSARIO
Fernando ROJO ROLDÁN
Carmen VÍLchez PERDIGÓN
Abel FERNÁNDEZ SIERRA
María RAURICH SEGUI
Belén BENEITEZ MORALEJO
Guillermo RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Adolfo CESTAFE MARTÍNEZ
Ana VARA LORENZO
M^ª Gala GUTIÉRREZ MIRAS
L. Javier LIZÁRRAGA DALLO
M^ª Isabel MENDIBURU PÉREZ
Vicent ALBEROLA CUÑAT
Carmen SALIDO CAMPOS
Arturo ROMERO GUTIÉRREZ
Isabel DE LA RIVA JIMÉNEZ
Pilar MORI VARA

MIEMBROS ASESORES

DEL COMITÉ EDITORIAL:

Pedro MOLINA COLL
M^ª Teresa DE PEDRO
Montserrat LÓPEZ HEREDERO
Jovita PRINTZ
Soledad SAÑUDO GARCÍA
M^ª Luisa TAMAYO CANILLAS
Román GARCÍA DE LA INFANTA
José DEL RÍO MATA
Pilar RODRÍGUEZ MANZANO
Esther VILA RIBAS
Elena ESTEBAN BAEZ
José Alfonso DELGADO
Irene ABAD PÉREZ
José M^ª JUANCO VÁZQUEZ
Teresa SOLER ROS
José Ramón MÉNDEZ MONTESINO
Javier YETANO LAGUNA
Margarita LLORIA BERNACER
M^ª Mar SENDINO GARCÍA
Fernando PEÑA RUIZ
Eloísa CASADO FERNÁNDEZ
Jesús TRANCOSO ESTRADA
Eduard GUASP SITJAR
Paz RODRÍGUEZ CUNDIN
M^ª Antonia VÁREZ PASTRANA
Joan FERRER RIERA
Agustín RIVERO CUADRADO

SECRETARIA: Esther GRANDE LÓPEZ



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

CENTRO DE PUBLICACIONES

Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid.

NIPO: 351-05-003-5.

Depósito Legal: AV-42-2005.

Imprime: MIJÁN, Industrias Gráficas Abulenses.

ÍNDICE

Unidad Técnica de la CIE-9-MC	5
Tema monográfico:	
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	7

UNIDAD TECNICA DE LA CIE-9-MC

La continúa evolución de la medicina tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de las enfermedades requiere la actualización permanente de todos los profesionales. Uno de los objetivos de esta publicación es poner al alcance de cuantos se interesan por la codificación clínica una puesta al día en la interpretación de todos los cambios que se van produciendo dentro de la CIE-9-MC, bien por la incorporación de nuevas patologías o por la descripción más precisa de otras ya existentes, así como por la aparición de nuevas técnicas diagnósticas o terapéuticas.

Son numerosas las aportaciones que desde los Servicios de Salud de la Comunidades Autónomas llegan a la Unidad Técnica de la CIE-9-MC. Este monográfico, elaborado por un equipo de expertos de la Comunidad Autónoma de Galicia es fruto de esta colaboración. Sirvan estas líneas para agradecer una vez más el magnífico trabajo que están realizando todos los componentes de la Unidad Técnica de la CIE-9-MC, sin olvidar a cuantos con su trabajo y aportaciones diarios les respaldan científicamente y hacen posible que estas publicaciones puedan ver la luz.

Rogelio Cózar Ruiz

Responsable de la Unidad Técnica
de la CIE-9-MC

CAPITULO 11

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (630-677)

I. INTRODUCCIÓN Y PRINCIPIOS GENERALES:

Las circunstancias y enfermedades que afectan al embarazo, parto y puerperio están clasificadas en el capítulo 11 de la CIE-9-MC, en los códigos incluidos entre las categorías 630 y 677, ambas incluidas.

Cualquier condición o circunstancia que suceda durante el embarazo, parto y puerperio debe ser considerada, en principio, una complicación de ese período, a menos que en la historia clínica se establezca que tal condición no ha afectado al embarazo o al tratamiento que la paciente ha recibido. En este caso el código del proceso no obstétrico será el diagnóstico principal y se asignará como código adicional el **V22.2 Estado de embarazo, incidental**, siendo el uso de éste incompatible con cualquier otro código del capítulo 11.

Los episodios de hospitalización que requieran el uso de los códigos del Capítulo 11 precisarán casi siempre de la codificación múltiple, es decir, se asignará un código del capítulo 11 acompañado de otro código, que puede ser de otro capítulo, cuando sea necesaria una mayor especificación. El código del capítulo 11 ocupará siempre el primer lugar en la secuencia de códigos.

Ejemplo: «Pielonefritis aguda que complica el embarazo». Necesitaría la presencia de dos códigos, uno principal, el **646.6X Infecciones del tracto genitourinario en el embarazo** para indicar la presencia de la infección genitourinaria que complica el embarazo y otro adicional para especificar el tipo de infección **590.10 Pielonefritis aguda**, en caso de conocer el microorganismo responsable también habría que especificarlo.

Cuando en el episodio de ingreso se produce el parto, debe utilizarse un código de la categoría **V27. Resultado del Parto** para indicar cual ha sido el producto del parto y el estado del recién nacido (vivo o muerto) en el momento del parto.

Las categorías diagnósticas comprendidas en el capítulo 11, así como los códigos incluidos en la categoría V27 únicamente pueden ser usadas en los episodios del historial clínico de la madre, nunca en el historial del recién nacido.

II. SELECCIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Cuando en el episodio de hospitalización no se produzca el parto, el diagnóstico principal corresponderá con la principal complicación o circunstancia que haya motivado el ingreso. En el caso de que haya mas de una complicación y todas ellas reciban tratamiento, cualquiera de estas complicaciones puede ser diagnóstico principal.

Cuando en el episodio de hospitalización se produzca el parto, la causa de la admisión será el diagnóstico principal.

En el caso de que existan una o más complicaciones o circunstancias asociadas al momento del parto, el diagnóstico principal podrá corresponder con la principal complicación o circunstancia de ese parto. En un parto por cesárea, normalmente, el diagnóstico principal va a ser la razón por la que se le ha realizado la cesárea, pero existen ocasiones en que la causa de la admisión no tiene ninguna relación con el motivo por el que se realiza la cesárea, en estos casos la causa de la admisión será el diagnóstico principal.

Ejemplo: «Embarazada de 38 semanas que acude al hospital para control de su preeclampsia, al cuarto día del ingreso presenta un desprendimiento de placenta que obliga a practicarle una cesárea urgente». Aquí aunque el motivo de la cesárea es el desprendimiento de placenta, el ingreso se produce para el tratamiento de su preeclampsia, así el diagnóstico principal será **642.41 Preeclampsia leve o no especificada** y el **641.21 Separación prematura de la placenta** será un diagnóstico secundario.

En los episodios de hospitalización de agudos no deben de ser utilizados los códigos de la categoría **V23 Supervisión de embarazo de alto riesgo** como diagnóstico principal, debiendo ser clasificada la causa que conlleva ese alto riesgo del embarazo entre los códigos del capítulo 11. En cambio, si se pueden usar en la codificación ambulatoria.

Ejemplo: «Embarazo de alto riesgo por haber tenido varios abortos previos». El código apropiado es **646.3X Abortadora habitual** y no el código **V23.2 Embarazo con historial de aborto**.

III. USO DE LA SUBCLASIFICACIÓN DE 5° DÍGITO

Las categorías 640 a la 676 (con la única excepción de la 650.) requieren la subclasificación de quinto dígito específico del embarazo. Tal subclasificación tiene el objeto de indicar el estado obstétrico del proceso asistencial y momento de aparición de la complicación (durante el embarazo, parto o puerperio).

0. SIN ESPECIFICACIÓN CON RESPECTO A EPISODIO DE CUIDADOS

Su uso es inapropiado en episodios de hospitalización, porque indicaría que desconocemos el momento del embarazo en el que se encuentra la paciente; tal información es imprescindible para codificar el episodio. Por ello no debe ser utilizado en ningún caso.

1. PARTO, CON O SIN MENCIÓN DE ESTADO ANTEPARTO

Se ha producido el parto en este episodio y la condición obstétrica a la que hacemos referencia ya estaba presente antes o se produce durante el parto.

2. PARTO, CON O SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN POSTPARTO

Se ha producido el parto en este episodio y la condición obstétrica a la que hacemos referencia aparece después del parto.

3. ESTADO O COMPLICACIÓN ANTEPARTO

Puede ser usado en dos circunstancias muy distintas:

- Durante el embarazo, cuando en ese episodio no se produce el parto. La complicación obstétrica aparece en un episodio previo al del parto.
- En el aborto, en el código secundario necesario para indicar la causa materna o fetal del mismo, en los casos que se conozca.

4. ESTADO O COMPLICACIÓN POSTPARTO

El parto ya se ha producido en un ingreso previo. La complicación que motiva el ingreso aparece en el período puerperal.

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

Ejemplos: **644.0X Amenaza de parto prematuro** sólo puede ocurrir en el período anteparto, porque en el caso de que se produzca el parto, deja de ser una amenaza y pasa a ser un **644.2X Inicio precoz del parto**. Otro tanto ocurre con el código **667.0X Placenta retenida sin hemorragia**, que únicamente puede suceder tras el parto.

Dentro del mismo episodio de hospitalización y para diferentes diagnósticos sólo pueden utilizarse de forma simultánea los 5º dígitos 1 y 2. Cuando en un episodio se utiliza el 5º dígito 3 ó 4 en un diagnóstico, todos los demás diagnósticos que se codifiquen deberán llevar el mismo 5º dígito 3 ó 4.

IV. CODIFICACIÓN DEL PARTO NORMAL

El código **650. Parto en un caso totalmente normal**, se usa únicamente cuando el parto acaba con la expulsión espontánea del feto y sus anejos por el canal del parto, es decir, en el caso de un parto vaginal, eutócico, a término (tiene lugar entre la 37ª y la 40ª semanas de gestación), con presentación fetal cefálica y con el resultado de un recién nacido único y vivo (**V27.0**). No ha de tener ninguna complicación post-parto, y en el caso de que hubiese tenido alguna complicación durante el embarazo, ésta ha debido ser resuelta antes de la admisión de este ingreso.

Debe tratarse, además, de un parto espontáneo o asistido manualmente, *solo se admiten como procedimientos asociados a un parto normal*: la episiotomía y la amniotomía (ruptura artificial de membranas), también se permiten la analgesia o anestesia materna, la monitorización fetal y la inducción médica del parto.

Siempre que se use el código **650. Parto en un caso totalmente normal** será diagnóstico principal y su utilización es incompatible con el uso de cualquier otro código del capítulo 11.

Únicamente si en el mismo episodio del parto se realiza una esterilización quirúrgica estará permitido el uso de un código diag-

nóstico adicional **V25.2 Esterilización** y el código del procedimiento de la esterilización quirúrgica conjuntamente al del parto normal, porque se entiende que ello no implica ninguna complicación al parto.

En cambio, el **650. Parto en un caso totalmente normal** sí puede ir acompañado de códigos de otros capítulos de la CIE-9-MC, siempre que el médico responsable de la paciente documente que tales condiciones no han complicado el episodio y no guardan relación con el embarazo.

Ejemplo: «Parto normal que al segundo día es vista por el traumatólogo por un Hallux Valgus para su inclusión en lista de espera quirúrgica». En este caso el código **650. Parto en un caso totalmente normal** puede ir acompañado del código **735.0 Dedo gordo del pie valgo (adquirido)**, porque no ha complicado el parto y se trata de algo absolutamente independiente del embarazo.

V. PARTO EXTRAHOSPITALARIO o EXTRAMUROS

Es una situación especial en la que el parto se ha producido previamente a la admisión de la paciente en el Hospital. Pueden ocurrir dos circunstancias:

1º- El alumbramiento es intrahospitalario: se codifica como un parto intrahospitalario normal.

2º- El alumbramiento es extrahospitalario: se podían producir dos situaciones:

-No existe ninguna complicación y el motivo de la admisión es la realización de cuidados rutinarios del postparto, en este caso se asigna como diagnóstico principal el código **V24.0 Cuidados y examen inmediatamente después del parto** y como procedimiento el código **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, entonces se asignará el código de esa condición con el 5º dígito **4 (estado o complicación postparto)** y el código V24.0 no se codificará.

En ninguno de los dos últimos supuestos se debe asignar un código de la categoría V27, ya que en ambos casos el parto ha ocurrido previamente al episodio de hospitalización.

Ejemplo: «Paciente que es traída en ambulancia al hospital tras haber parido en el cuarto de baño de su casa, ayudada por su marido, que trae en una bolsa la placenta que el mismo ha extraído, en la admisión se observa un desgarro de segundo grado que se sutura». Como diagnóstico principal se asignará el código **664.14 Desgarro perineal de segundo grado** y como procedimiento, el **75.69 Reparación de otro desgarro obstétrico actual**.

VI. CRONOPATÍAS 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.

Puede ser útil para conocer la fecha probable de parto la *Regla de Naegele* que consiste en sumar 7 días al primer día de la última menstruación de la mujer y a esta fecha se le resta 3 meses, siendo la fecha resultante la fecha probable en que sucederá el parto.

Ejemplo: si el primer día de la última menstruación ha sido el 20 de noviembre, según la anterior regla el parto se producirá el 27 de agosto.

PARTO PREMATURO

Aquel parto que se produce después de la semana 22 de gestación pero antes de la 37 semana completa. Se le asignará el código **644.21 Inicio precoz del parto**.

EMBARAZO CRONOLÓGICAMENTE PROLONGADO

La categoría **645**. se amplía en esta 5ª edición de la CIE-9-MC, apareciendo dos subcategorías diferentes.

645.1X Embarazo postérmino, hace referencia a las mujeres cuyo embarazo ha rebasado las 40 semanas completas de gestación, pero que todavía no se considera como embarazo prolongado. Serán aquellos embarazos entre las semanas 40ª y 42ª.

645.2X Embarazo prolongado, aquel embarazo que ha rebasado la semana 42ª completa de gestación.

VII. PRESENTACIONES FETALES

Al inicio del trabajo del parto la posición del feto respecto al canal del parto puede resultar crítica en cuanto a la vía del parto, así una situación transversa al canal del parto siempre producirá una obstrucción que sólo puede terminar en cesárea.

Siempre que alguna de las circunstancias que a continuación se definen produzca una obstrucción del mecanismo del parto se debe de codificar primero esta obstrucción dentro de la categoría **660 Parto obstruido** y después la situación, presentación o posición causante.

Existen unos términos que el codificador debe conocer con respecto a las presentaciones fetales:

SITUACIÓN

Es la relación del eje longitudinal del feto con el eje de la madre, y puede ser **longitudinal**, **transversa** u **oblicua (652.3X Situación transversa u oblicua)**, esta última es cuando los ejes fetal y materno se cruzan en un ángulo de 45º, es siempre inestable (**652.0X Situación inestable**) y se convertirá en longitudinal o transversa en el curso del parto.

La situación normal es la longitudinal.

PRESENTACIÓN

Indica la porción del feto situada en la parte más anterior dentro del canal del parto o que está más próxima al mismo y que se palpa a través del cuello uterino mediante tacto vaginal.

HOMBROS: El feto está con el eje longitudinal en forma transversa, el hombro es la parte presentada. (**652.8X Otra situación o presentación anómala especificada**)

Una presentación especial dentro de la de hombros es aquella en la que un brazo del feto sale por el canal del parto (**652.7X Brazo prolapsado**).

CEFÁLICA: se clasifican según la relación de la cabeza con el cuerpo del feto.

- De **vértice u occipital:** la cabeza está fuertemente flexionada, así el mentón está en

contacto con el tórax. La fontanela occipital es el punto que se toca en el tacto.

- De **cara:** la nuca fetal está fuertemente extendida de modo que el occipucio y la espalda entran en contacto. La cara es la primera en presentarse en el canal. (**652.4X Presentación de cara o de frente**)

Existen dos formas intermedias entre las dos anteriores:

- De **sincipucio:** parcialmente flexionada , presentando la fontanela anterior (mayor) o bregma.
- De **frente:** parcialmente extendida, presentando la frente (**652.4X Presentación de cara o de frente**). Estas dos suelen ser transitorias y se suelen convertir en presentación de vértice o cara, respectivamente, conforme progresa el trabajo de parto.

NALGAS: Pueden darse tres circunstancias.

- **Nalgas puras o franca de nalgas:** los muslos flexionados y piernas extendidas sobre la superficie anterior del cuerpo. (**652.1X Presentación de nalgas u otra presentación anómala convertida con éxito en presentación cefálica o 652.2X Presentación de nalgas sin mención de versión**, según si se ha realizado o no una versión, tanto externa como interna, para convertir la presentación en una cefálica)
- **Nalgas completas:** muslos flexionados sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos. (**652.1X Presentación de nalgas u otra presentación anómala convertida con éxito en presentación cefálica o 652.2X Presentación de nalgas sin mención de versión**, según si se ha realizado o no una versión, tanto externa como interna, para convertir la presentación en una cefálica)
- **Pies o incompleta de nalgas:** uno o ambos pies, o una o ambas rodillas, pueden estar descendidos. (**652.8X Otra situación o presentación anómala especificada**)

POSICIÓN

Es la relación de una porción del feto (en general el dorso) con el lado derecho o izquierdo del canal del parto materno. Así para cada presentación puede haber dos posiciones, **derecha e izquierda**.

ACTITUD O POSTURA FETAL

Es la relación que guardan entre sí las distintas partes del feto. Como regla general el feto forma una masa ovoide que se amolda a la cavidad uterina. Así se pliega sobre sí mismo quedando la espalda convexa, flexionando la cabeza sobre el tórax y los muslos sobre el abdomen, los brazos suelen estar cruzados sobre el tórax, quedando el cordón umbilical entre ellos y las extremidades inferiores. Esta es la actitud en **flexión**.

En otras ocasiones, las menos, el feto se encuentra en una actitud de **extensión o indiferente**.

VIII. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y PARTO

HIPERTENSIÓN Y EMBARAZO

En términos generales, en adultos, cuando la presión diastólica es inferior a 90 mmHg y la presión sistólica inferior a 140 mmHg, significa presión arterial normal. Por lo tanto, la Hipertensión arterial (HTA) es la elevación de la presión arterial igual ó por encima de 140/90 mmHg.

En el embarazo, a pesar de que existe un incremento del gasto cardíaco durante el 2º trimestre, la presión arterial se reduce. Y aunque puede producirse un aumento leve durante el último mes de embarazo, un aumento de la presión sistólica de 30 mmHg o de la presión diastólica de 15 mmHg en cualquier momento de la gestación, es anormal. La mortalidad perinatal aumenta con cifras de presión arterial que en mujeres no gestantes serían normales.

El embarazo puede inducir hipertensión en mujeres normotensas o agravar la hipertensión ya existente; por tanto, la hipertensión es siempre una complicación del embarazo, parto y puerperio, y se clasifica en la categoría **642 (Hipertensión que complica embarazo, parto y puerperio)**, con un código adicional para especificar el tipo de hipertensión. La CIE-9-MC clasifica la hipertensión según su naturaleza en

benigna, maligna o sin especificar; la condición de «benigna» o «maligna» debe estar claramente definida en la expresión diagnóstica y de no ser así, se considerará como hipertensión no especificada **642.9X Hipertensión no especificada que complica embarazo, parto y puerperio + 401.9**

- **642.0x Hipertensión benigna esencial.** Es la hipertensión sin causa definible también denominada idiopática o primaria que presenta la mujer previamente al embarazo. Estas mujeres tienen un riesgo mayor de preeclampsia por lo que es importante que tengan una vigilancia para detectar el inicio de esta complicación. Si están siendo tratadas deben continuar el tratamiento antihipertensivo a lo largo de todo el embarazo.
- **642.1x Hipertensión secundaria a enfermedad renal.** Incluye la debida a enfermedad renal. En mujeres embarazadas con enfermedad renal crónica es deseable mantener una presión arterial por debajo de 120/80 mmHg, ya que la hipertensión aumenta durante el embarazo en la mayoría de las mujeres con enfermedad renal crónica.
- **642.2x Otra hipertensión preexistente.** Incluye la hipertensión maligna y la enfermedad hipertensiva cardíaca, renal o ambas.
- Existen pacientes que sin tener hipertensión preexistente, frecuentemente desarrollan hipertensión transitoria o gestacional durante el embarazo. Esto se traduce en una presión arterial elevada que se normaliza relativamente pronto, una vez que el embarazo termina. El código es **642.3x Hipertensión transitoria del embarazo**
- La hipertensión inducida por el embarazo puede dar lugar a una condición patológica descrita como **Preeclampsia**, que es una enfermedad de la fase tardía del embarazo en la que la hipertensión se acompaña de edema, albuminuria, o ambos. Si no se trata adecuadamente, la enfermedad puede progresar rápidamente a **Eclampsia (642.6x Eclampsia)**, caracterizada por la aparición de convulsiones, incluso coma.

Es costumbre diferenciar entre la preeclampsia leve o moderada (**642.4x Preeclampsia leve o no especificada**) y la preeclampsia grave (**642.5x Preeclampsia grave**). Esta última presenta las siguientes características:

1. Presión arterial sistólica 160 mmHg ó bien presión diastólica 110 mmHg, por lo menos en dos ocasiones, con un intervalo de 6 horas y con la mujer acostada.
2. Proteinuria 5 g durante 24 h.
3. Oliguria 400 ml durante 24 h.
4. Trastornos cerebrales (cefalalgias rebeldes a tratamiento ordinario) ó visuales (visión borrosa ó pérdida absoluta de la visión).
5. Edema pulmonar ó cianosis.
6. Dolores epigástricos.
7. Alteraciones de la función hepática.
8. Trombocitopenia.

Si en la preeclampsia o eclampsia existe afectación hepática, acompañada de compromiso de otros órganos, en especial el riñón y encéfalo, junto con hemólisis y trombocitopenia, se denomina Síndrome HELLP; (del inglés: Hemolysis, elevated liver-enzyme and low platelet síndrome / Síndrome de Hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetas bajas) y asignaremos el código **642.5x Preeclampsia grave**.

– Cuando la Eclampsia ó Preeclampsia se desarrollan con una hipertensión preexistente, se asigna el código **642.7x Preeclampsia ó eclampsia sobreañadida a una hipertensión previa**.

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

Ejemplo: Embarazada a término, con HTA preexistente y obesidad.

DP: 642.0x

DS.: 401.9. Pero además se debe añadir el código 278.00 Obesidad. No se debe anteponer el código 646.1x (edema o aumento de peso excesivo en embarazo, sin mención de hipertensión) porque *excluye: aquel con mención de hipertensión (642.0-642.9)*. Siempre prevalece el código de hipertensión.

Ejemplo: Embarazada a término, con obesidad.

DP: 646.1x

DS.: 278.00

SIDA Y EMBARAZO

El Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida es una enfermedad que se caracteriza por una inmunodeficiencia celular que afecta de forma predominante la función de los linfocitos T cooperadores, haciendo al individuo susceptible a infecciones oportunistas y neoplasias. El agente causal es un retrovirus (RNA) muy linfotrópico que se fija al receptor CD4. Este virus puede producir una infección latente o activa, causando un espectro muy amplio de manifestaciones clínicas.

La infección VIH en el embarazo, parto y puerperio no sigue la norma general de codificación de la infección VIH que obliga a secuenciar como diagnóstico principal la categoría **042 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia Humana**, sino que la secuencia será, en primer lugar un código del capítulo 11, **647.6x Otras enfermedades virales** y como diagnóstico secundario la enfermedad o infección por VIH. Este mismo código debe de emplearse para designar el estado de portador de la enfermedad

Ejemplo: Embarazada VIH + con enfermedad relacionada con el VIH (neumonía por *Pneumocystis carinii*)

DP.: **647.6x Otras enfermedades virales**

DS.: **042. Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia Humana**

DS.: **136.3 Neumocistosis.**

En el caso de embarazada VIH +, asintomática

DS.: **647.6x Otras enfermedades virales**

DS.: **V08 Estado de infección por VIH, asintomático.**

SUFRIMIENTO FETAL

El sufrimiento fetal es aquella circunstancia en la cual el feto está en peligro por dificultades en el intercambio gaseoso fetomaterno. Esta dificultad puede ser brusca o aguda constituyendo el Sufrimiento Fetal Agudo.

El código **656.3x** incluye el sufrimiento fetal agudo, pero relacionado con la expresión acidosis metabólica fetal, para especificar la verdadera situación clínica de estrés fetal que amenaza su vida y puede ser causa de graves secuelas, suponiendo además un cambio de actitud con respecto al tratamiento de la madre.

El código **656.8x** incluye otras expresiones diagnósticas que aunque están relacionadas con el sufrimiento fetal, no suponen una situa-

ción tan grave y aunque pueden cambiar la actitud del tratamiento, lo hacen de forma menos contundente. Dichas expresiones serían: presencia de meconio en líquido amniótico, acidosis intrauterina, equilibrio ácido-básico fetal anormal.

MADRE PORTADORA DE *STREPTOCOCO AGALACTIAE*

En las mujeres es común el estado de portador asintomático de Estreptococo Beta-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 poco después del nacimiento. Para evitar esto, si está presente en el momento del parto debe administrarse profilaxis antibiótica.

648.9x Otras enfermedades actuales clasificables bajo otros conceptos

V02.51 Portador de estreptococo del grupo B

EMBARAZO Y HEPATITIS

Dividiremos las enfermedades hepáticas en:

- Aquellas que son inducidas por el embarazo y desaparecen tras el parto: Colostasis intrahepática del embarazo, también denominada ictericia grave ó gravídica, que consiste en la presencia de prurito, ictericia ó ambas, pudiendo recidivar en los embarazos posteriores, y el Hígado graso agudo del embarazo ó atrofia amarilla grasa, que raramente recidiva. Ambas enfermedades se codifican en **646.7x Trastornos hepáticos en el embarazo**.
- Aquellas enfermedades hepáticas que son coincidentes ó pueden sobreañadirse al embarazo, como por ejemplo, Hepatitis viral aguda **647.6x Otras enfermedades virales** + código correspondiente a la infección viral aguda. En el caso de hepatitis crónica, la mayor parte de las veces se deben a una infección crónica por virus de la hepatitis B ó C, **647.6x Otras enfermedades virales** + código de la infección crónica correspondiente, pero también puede deberse a Hepatitis crónica autoinmune **646.7x Trastornos hepáticos del embarazo** + **571.49 Otras hepatitis crónicas**

Puede ocurrir que la embarazada sea únicamente portadora de Hepatitis B ó C y necesite cuidados específicos durante el ingreso

655.3x Sospecha de lesión fetal por otras enfermedades virales de la madre + V02.6x Portador de hepatitis. Pero si no ha precisado cuidados, solo se codifica el estado de portador **V02.61 Portador de hepatitis B** ó **V02.62 Portador de hepatitis C.**

EMBARAZO Y EDAD MATERNA

La edad materna por encima de 35 años ó por debajo de 16 años en la fecha esperada del parto es un factor de riesgo en relación con la mortalidad perinatal, por lo que se considera a la embarazada de alto riesgo.

Los códigos asignados para esta condición serán:

- Primer embarazo en mujer de 35 años o más en la fecha esperada del parto: **659.5x Primigrávida de edad avanzada**
- Segundo embarazo o superior en mujer de 35 años o más en la fecha esperada del parto: **659.6x Multigrávida de edad avanzada**
- Embarazo en mujer menor de 16 años en la fecha esperada del parto: **659.8x Otras indicaciones especificadas de cuidados o intervención relacionados con el trabajo del parto y parto**

ISOINMUNIZACIÓN Rh

La isoimmunización Rh es consecuencia de la entrada en la circulación de una mujer Rh- de hematíes que contienen el antígeno Rh (D) que es desconocido por el receptor; como consecuencia este último produce anticuerpos destinados a destruir los hematíes fetales. Es muy importante conocer el estado de sensibilización materna (grupo sanguíneo y Rh) para poder realizar la profilaxis con gammaglobulina anti-D en las primeras 72 horas posparto por vía intramuscular. Las indicaciones de dicha profilaxis son: primíparas Rh- que hayan tenido un feto Rh+; en abortos y embarazos ectópicos de más de 10 semanas de gestación en que se den las condiciones indicadas; la inmunización pasiva sólo es válida para prevenir la enfermedad hemolítica perinatal del embarazo siguiente; la inmunoglobulina anti-D está contraindicada en pacientes ya sensibilizadas y en madres Rh+.

Incompatibilidad Rh **656.1x Isoinmunización por antígenos Rhesus**

Profilaxis con gammaglobulina anti-D **99.11 Inyección de globulina inmune Rh**

DESGARROS PERINEALES

De acuerdo con su extensión, distinguimos cuatro grados:

Grado 1: Están afectados únicamente la piel y el tejido subcutáneo.

Grado 2: Se afecta, además, la musculatura perineal.

Grado 3: El desgarro incluye el esfínter externo del ano.

Grado 4: Está afectada la pared del recto.

Se asignará el código correspondiente:

664.0x Desgarro perineal de primer grado

664.1x Desgarro perineal de segundo grado

664.2x Desgarro perineal de tercer grado

664.3x Desgarro perineal de cuarto grado

Si existe más de un grado, solamente se asignará el código del grado más alto.

Se asignarán los siguientes procedimientos: Si se trata de desgarro de 1 o 2º grado **75.69 Reparación de otro desgarro obstétrico actual**. Si se trata de desgarro de 3º o 4º grado **75.62 Reparación de desgarro obstétrico actual de recto y esfínter anal**.

A veces, una episiotomía se amplía espontáneamente convirtiéndose en un desgarro ó laceración perineal, en este caso, se codifica el desgarro como diagnóstico, y no se asigna código para la episiotomía. La reparación de la misma está incluida en el código 75.69.

IX. PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS

PARTO MANUAL

Parto normal o eutócico 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 asignado es **73.59 Otro parto asistido manualmente**.

FÓRCEPS

Consiste en una pinza de ramas cruzadas destinada a ser aplicada sobre la cabeza fetal cuando ésta se encuentra aún contenida en

la pelvis materna, y a arrastrar esta cabeza hacia fuera y extraer el feto. Puede precisar o no episiotomía.

Según las condiciones en que se encuentra la cabeza fetal en el momento de la intervención, se ha establecido la siguiente clasificación:

FÓRCEPS	Con episiotomía	Sin episiotomía
ALTO*	72.31	72.39
MEDIO	72.21	72.29
BAJO	72.1	72.0

(*) actualmente en desuso

Hay situaciones en las que previamente a la tracción con el fórceps es necesario realizar una maniobra de rotación de la cabeza fetal **72.4 Rotación mediante fórceps de la cabeza del feto** + código correspondiente de extracción con fórceps (72.0-72.39).

En las presentaciones podálicas con extracción manual del feto, puede usarse el fórceps para ayudar a extraer la cabeza fetal **72.6 Aplicación de fórceps en cabeza última**. Si la extracción del feto es parcial (el feto nace espontáneamente hasta el ombligo y el resto del cuerpo es extraído por el médico) **72.51 Extracción parcial en presentación de nalgas mediante la aplicación de fórceps a cabeza última**. Si la extracción es total (todo el cuerpo fetal es extraído por el médico) **72.53 Extracción total en presentación de nalgas mediante aplicación de fórceps a cabeza última**.

Es importante destacar que la CIE-9-MC contempla una única circunstancia de procedimiento no completado **73.3 Operación de fórceps fallido**.

VENTOSA

Es un aparato que pretende la terminación del parto tomando la cabeza fetal, mediante una presión negativa de vacío, y haciendo tracción del dispositivo conectado al polo cefálico, para lograr la extracción del feto. Puede realizarse con o sin episiotomía.

Se asignará el código correspondiente, según sea con o sin episiotomía:

72.71 Extracción mediante ventosa con episiotomía

72.79 Otra extracción mediante ventosa

ESPÁTULAS

Son dos palancas independientes (no se articulan) que, a diferencia del fórceps, no actúan por tracción sino por pulsión. Puede realizarse con o sin episiotomía.

Se asignará el código **72.8 Otro parto instrumentado especificado**

Se añadirá el código de la episiotomía, si se realiza, ya que no hay código combinado para este procedimiento **73.6 Episiotomía**

CESÁREA

La cesárea se define como el parto de un feto a través de incisiones realizadas en las paredes del abdomen (laparotomía) y del útero (histerotomía). Se realiza cuando el parto espontáneo no es posible y se sospecha que un retraso en el mismo comprometería gravemente al feto, a la madre o a ambos.

La técnica y la localización de la zona del útero que se incide es lo que varía el tipo de cesárea

CESÁREA	CIE-9-MC
CLÁSICA, corpórea, fondo de saco	74.0
Segmento uterino superior, transperitoneal clásica	
CLÁSICA BAJA o CERVICAL BAJA*	74.1
Segmento uterino inferior, transperitoneal cervical baja	
Segmentaria transversa	
LATZKO, WATERS	74.2
Extraperitoneal, supravesical	
VAGINAL	74.4
Transperitoneal, exclusión peritoneal, NCOC	
NEOM	74.99

(*) la más frecuentemente realizada

No se considera cesárea la extracción del feto de la cavidad abdominal en casos de rotura uterina o de embarazo extrauterino. En estos casos se asignará el código **74.3 Extracción de embrión intra-peritoneal**.

El aborto terapéutico mediante incisión del útero tampoco se considera una cesárea y se clasifica en **74.91 Histerotomía para terminar el embarazo**.

ANESTESIA EPIDURAL

Aunque la CIE-9-MC indica omitir código para la anestesia, en los partos se acepta como criterio de codificación que siempre que esté registrado que fue utilizada una analgesia/anestesia espinal, es de uso opcional el código **03.91 Inyección de anestésico en conducto espinal para analgesia**, de la CIE-9-MC.

EPISIOTOMÍA

Es la incisión del perineo para ampliar el canal blando del parto. Se realiza con la intención de acortar el período del parto y evitar un posible desgarro vulvovaginal. El tipo de incisión puede ser central, mediolateral o lateral. En cualquier caso, el código es **73.6 Episiotomía**.

En caso de episiotomía combinada con ventosa o fórceps hay código específico.

OTROS PROCEDIMIENTOS

73.09 Otra ruptura artificial de membranas

75.4 Extracción manual de placenta retenida

75.7 Exploración manual de la cavidad uterina, después del parto

X. ABORTO

Se define como la interrupción de la gestación por expulsión o extracción de la placenta o membranas, en parte o en su totalidad, con o sin feto identificable cuyo peso sea inferior a 500 g. Cuando el peso del feto no pueda ser determinado, se considerará aborto cuando la gestación sea menor de 20-22 semanas completas.

Aunque está recogido en la literatura por algunos autores que la fecha para considerar el fin del embarazo como aborto es antes de la semana 20 completa (contada desde la fecha del primer día de la última menstruación normal), para efectos de codificación y con el objeto de unificar criterios, se considerará aborto la finalización del embarazo por cualquier medio **antes de la semana 22 completa de gestación**.

Para la CIE-9-MC no se aplicará el criterio de aborto si el feto presenta un peso superior a 500 g, o si el período de gestación es superior a 22 semanas completas. Tampoco se considerará aborto si tras un procedimiento orientado a la interrupción del embarazo el feto permanece un tiempo con signos de vida (presenta latido cardíaco, respiración o movimientos musculares involuntarios). En ambos casos se asignará como código principal el código **644.21 Inicio de parto, antes de 37 semanas de gestación** y como código adicional un código **V27.0 Niño único nacido con vida**.

Además siempre habrá que asignar, al menos, un código de diagnóstico que describa el proceso abortivo y otro de procedimiento que describa la técnica terapéutica utilizada.

FORMAS CLÍNICAS DEL ABORTO:

– AMENAZA DE ABORTO:

Embarazo intrauterino que, antes de la 22 semana completa de gestación, cursa con hemorragia genital procedente de la cavidad uterina, con cérvix cerrado (sin que se observe la expulsión de productos de la concepción) y, generalmente, con dolor en hipogastrio y fosas ilíacas. Se asignará el código **640.03 Amenaza de aborto en episodio antepartum**.

El tratamiento es reposo absoluto y no requiere hospitalización obligatoriamente.

– ABORTO EN CURSO:

Hemorragia genital y dolor hipogástrico con evidencia de cuello uterino dilatado. La ecografía determinará los signos de vitalidad del embrión. Se asignará un código entre las categorías 634-638, según las circunstancias en que se produzca el aborto, atendiendo a la subcategoría de 4º dígito y a la subclasificación de 5º dígito (0, 1, 2) según las normas expresadas en el epígrafe correspondiente.

El tratamiento es la evacuación uterina mediante aspiración que se codificará **69.52 Legrado por aspiración después de parto o aborto** o legrado que se codificará **69.02 Dilatación y legrado después de parto o aborto**.

– ABORTO INCOMPLETO:

Hemorragia genital, dolor en hipogastrio, dilatación cervical y

expulsión parcial de productos embrionarios y/o placentarios (res-
tos deciduo-coriales). Se asignará un código entre las categorías
634 – 638, según las circunstancias en que se produzca el abor-
to, atendiendo a la subcategoría de 4º dígito según las normas
expresadas en el epígrafe correspondiente y la subclasificación
de 5º dígito siempre será 1.

El tratamiento es la evacuación uterina mediante aspiración que
se codificará **69.52 Legrado por aspiración después de parto o
aborto** o legrado que se codificará **69.02 Dilatación y legrado
después de parto o aborto**.

– ABORTO RETENIDO O DIFERIDO:

Gestación intrauterina sin signos de vitalidad en el embrión y en
la que no se produce su expulsión espontánea. Se asignará el
código de diagnóstico **632.Aborto diferido**

El tratamiento es la preparación con prostaglandinas **75.0
Inyección intra-amniótica para inducir el aborto** o **96.49
Inserción de supositorio de prostaglandinas** y/o dilatación cervi-
cal con tallos de laminaria **69.93 Inserción de Laminaria** y, pos-
teriormente, el legrado **69.02 Dilatación y legrado después de
parto o aborto**.

Si el feto es mayor de 22 semanas se considera muerte intra-
útero de más de 22 semanas y el código diagnóstico a utilizar
será el **656.41 Muerte intrauterina**

– ABORTO TERAPÉUTICO:

Interrupción inducida del embarazo antes de la 22 semana
completa de gestación, antes del período de viabilidad fetal en
cualquiera de los tres supuestos legalmente admitidos (indica-
ción médica por causa de grave riesgo de salud materna, grave
malformación fetal o trastorno psiquiátrico materno). Se asignará
un código de la categoría **635. Aborto legalmente inducido**
atendiendo a la subcategoría de 4º dígito y a la subclasificación
de 5º dígito (0, 1, 2) según las normas expresadas en el epígrafe
correspondiente.

El tratamiento es la interrupción del embarazo por evacuación
uterina mediante aspiración que se codificará **69.51 Legrado
por aspiración del útero para terminación del embarazo** o
legrado que se codificará **69.01 Dilatación y legrado para ter-
minación del embarazo**.

– HUEVO HUERO O HUEVO ABORTIVO:

Gestación anembrionada cuyo diagnóstico es siempre ecográfico. Es conveniente repetir una segunda ecografía una vez transcurridas 48-72 horas. Se asignará el código **631. Huevo huevo**

El tratamiento es el mismo que para el aborto diferido, aunque el código de procedimiento a utilizar en este caso será **69.09 Otra dilatación y legrado** ó **69.59 Otro legrado por aspiración del útero**, ya que clínicamente no se considera el huevo huevo como embarazo.

REINGRESO TRAS ABORTO POR PERSISTENCIA DE RESTOS:

En ocasiones la paciente reingresa por retención de productos de la concepción tras un aborto espontáneo o legalmente inducido, en este caso debe de asignarse el código apropiado de la categoría 634 (Aborto espontáneo o aborto legalmente inducido), con un 5º dígito 1 (incompleto).

Esta norma es apropiada incluso, en el caso que en el ingreso previo fuese dada de alta con el diagnóstico de aborto completo.

ABORTOS DE REPETICIÓN O RECURRENTES:

Clásicamente es la producción de tres ó más abortos consecutivos, o cuatro ó más no consecutivos. En la actualidad se acepta el término para dos o más abortos consecutivos, o tres ó más no consecutivos. Para este criterio no deben ser considerados como abortos: los inducidos o provocados, los bioquímicos sin comprobación biológica, los partos inmaduros (entre 22 y 28 semanas), los embarazos ectópicos ni las molas.

En la CIE-9-MC existe el código diagnóstico **646.33 Abortadora habitual en estado antepartum** que debe asignarse en la situación clínica descrita.

Es importante tener en cuenta que este código sólo se utilizará cuando exista un ingreso con situación de embarazo y no se produzca aborto durante ese episodio de hospitalización. En caso de producirse aborto se suprimirá el **646.33 Abortadora habitual en estado antepartum** y se asignará el código perteneciente a las categorías 634, 635 636, 637 y 638 correspondiente.

Ejemplo: «Amenaza de aborto en paciente con antecedentes de dos abortos en los últimos tres años y gestación actual de 9 semanas». El diagnóstico principal será **640.03 Amenaza de aborto** y el diagnóstico adicional será **646.33 Abortadora habitual**.

XI. EMBARAZO ECTÓPICO

El embarazo ectópico es aquella gestación que anida fuera de la cavidad uterina. Debido al incremento en el uso de tecnologías reproductivas ha habido un aumento de embarazos con gestaciones múltiples en los que un embarazo intrauterino coexiste con uno ectópico, de ahí la ampliación a subclasificación de toda la categoría **633 Embarazo ectópico**.

5º dígito **0** sin embarazo intrauterino.
1 con embarazo intrauterino

La localización anómala por orden de frecuencia es:

- En la trompa de Falopio: se asignará el código **633.1X Embarazo tubárico**
- En el cuerno uterino: se asignará el código **633.8X Otros embarazos ectópicos especificados**
- En el ovario: se le asignará el código **633.2X Embarazo ovárico**
- En la cavidad abdominal: se le asignará el código **633.0X Embarazo abdominal**

El tratamiento según los casos puede seguir tres opciones:

- Laparoscopia y/o laparotomía con extirpación del embarazo ectópico. Los códigos que pueden ser utilizados son **66.01 Salpingotomía**, **66.62 Salpingectomía con extracción de embarazo tubárico** ó **74.3 Extracción de embrión intraperitoneal**
- Punción transvaginal con inyección de Metotrexate intrasácula. Los códigos que van a ser utilizados son **75.0 Inyección intraamniótica para inducir el aborto** y **99.28 Inyección o infusión de modificadores de respuesta biológica [BRM] empleados como agentes antineoplásicos**
- Administración de Metotrexate por vía sistémica. El código a utilizar será **99.28 Inyección o infusión de modificadores de respuesta biológica [BRM] empleados como agentes antineoplásicos**

NORMAS DE CODIFICACIÓN DEL ABORTO:

En la CIE-9-MC se clasifican los abortos en las siguientes categorías:

- ESPONTÁNEO **634** El aborto se produce sin ser inducido ni provocado
- LEGALMENTE INDUCIDO **635** Incluye los supuestos establecidos por la legislación vigente
- ILEGALMENTE INDUCIDO **636** Se produce fuera de los supuestos legales
- NO ESPECIFICADO **637** Incluye aborto no especificado y el aborto inducido cuando no está especificado si es legal o ilegal
- INTENTO DE ABORTO FALLIDO **638** El aborto no llega a producirse

Las categorías de estos códigos clasifican con su subcategoría de 4º dígito la presencia o ausencia de complicaciones tales como: hemorragia, infección, desordenes metabólicos, etc. Estas complicaciones serán aquellas que se originen durante el episodio de hospitalización en que se produce el aborto.

USO DE LA SUBCLASIFICACIÓN DE 5º DÍGITO EN LAS CATEGORÍAS 634-637, 639

El nivel de 5º dígito indica si el ABORTO fue:

- SIN ESPECIFICAR: 5º dígito **0**
- INCOMPLETO: 5º dígito **1**
- COMPLETO: 5º dígito **2**

Ejemplos:

- «Aborto espontáneo con infección urinaria». **634.70.**
- «Intento fallido de aborto complicado por hemorragia». **638.1.-**
- «Aborto incompleto (espontáneo)». **634.91.**
- «Aborto terapéutico, completo, con descompensación electrolítica» (complicación metabólica). **635.42.**

CODIFICACIÓN DE LA CAUSA DE ABORTO

En un elevado número de casos no se conoce la causa del aborto y no se codificará. En caso de que se conozca la causa, materna

o fetal, que ha originado el aborto ésta deberá codificarse siempre como código adicional después del código principal perteneciente a las categorías 634-639 y llevará como subcategoría de 5º dígito el 3.

Ejemplo: «Aborto legalmente inducido por Anencefalia fetal»:
635.9x+655.03.

COMPLICACIONES DESPUES DEL ABORTO. USO DE LA CATEGORÍA 639.

La categoría **639. Complicaciones después de aborto, embarazo ectópico o molar** tiene unos usos diferentes según las circunstancias:

MOTIVO DE ADMISIÓN	SECUENCIA DE CÓDIGOS
Ingreso por embarazo ectópico o molar , que desarrolla complicación durante el ingreso.	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Embarazo ectópico o molar 630-633 DIAGNÓSTICO SECUNDARIO: Complicación 639
Ingreso por complicación de un embarazo ectópico o molar (Ha existido un ingreso previo donde se le diagnosticó y trató el embarazo ectópico).	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Complicación 639
Ingreso por aborto con complicación dentro del ingreso	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Aborto 634-638 (4º dígito para indicar la complicación)
Ingreso por complicación de aborto , tras aborto anterior al ingreso	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Complicación 639

Ejemplos:

«Embarazo tubárico que desarrolla shock séptico a las 48 horas del ingreso» El diagnóstico principal es **633.10 Embarazo tubárico sin embarazo intrauterino** y el diagnóstico adicional es **639.5 Shock después de aborto, embarazo ectópico o molar.**

«Endometritis tras salpingectomía parcial laparoscópica con

extracción de embarazo ectópico en ingreso anterior» El código es **639.0 Infección pélvica y del tracto genital tras aborto, embarazo ectópico o molar.**

«Aborto espontáneo complicado por shock en el mismo episodio» El diagnóstico es **634.50 Aborto espontáneo complicado por shock.**

«Aborto autoinducido complicado por perforación uterina» El diagnóstico es **636.20 Aborto inducido de forma ilegal complicado por lesiones en los órganos o tejidos pélvicos.**

«Ingreso por hemorragia genital después de haber sido dada de alta hace 24 horas tras practicársele un legrado por aborto diferido»

El diagnóstico es **639.1 Hemorragia retardada o excesiva después de aborto, embarazo ectópico o molar.**

XII. PUERPERIO

Aunque desde el punto de vista clínico, es considerado como el período de tiempo transcurrido desde el parto hasta la aparición de la primera menstruación (1-6 meses), para la CIE-9-MC es el período iniciado inmediatamente después del parto y que comprende hasta las 6 semanas siguientes a éste.

NORMAS DE CODIFICACIÓN DE COMPLICACIONES DEL PUERPERIO (670-676)

La sección que incluye los códigos 670-676, clasifica, generalmente, las circunstancias o complicaciones obstétricas que surgen en el período puerperal: los 42 días transcurridos desde el día en que se produce el parto. Sin embargo, esta sección presenta algunos códigos incluidos en las categorías

671. Complicaciones venosas del embarazo y del puerperio,

673. Embolia pulmonar obstétrica,

674. Otras complicaciones y complicaciones no especificadas del puerperio no clasificadas bajo otros conceptos,

675. Infecciones de la mama y del pezón asociadas con el parto

y

676. Otros trastornos de la mama asociados con el parto y trastornos de la lactancia,

relativos a diagnósticos o complicaciones que pueden presentarse en distinta etapa obstétrica a la puerperal: durante el embarazo o en el episodio del parto *antepartum* y en el acto mismo del parto.

No ocurre así con los códigos incluidos en las categorías **670. Infección puerperal grave** y **672. Fiebre de origen desconocida durante el puerperio** que se refieren a complicaciones que sólo van a presentarse durante el período puerperal.

En todos estos códigos, como en el resto del capítulo 11, el 5º dígito va a indicar el episodio de cuidados en que se produce la condición o complicación:

- 1 Ingreso en el que se produce el parto, específicamente en el período *antepartum* o momento del parto: la complicación tiene lugar en el período del episodio de hospitalización previo al parto o durante el parto.
- 2 Ingreso en el que se produce el parto, específicamente en el período *postpartum* o puerperio: la complicación tiene lugar en el periodo del episodio de hospitalización posterior al parto.
- 3 Ingreso que tiene lugar durante el embarazo y en el que no se produce el parto: la complicación tiene lugar en un episodio previo al episodio de hospitalización en que se va a producir el parto.
- 4 Ingreso posterior al episodio en que se produce el parto y dentro del puerperio: la complicación tiene lugar tras el alta de la paciente del episodio en que se produjo el parto, y hasta el día 42.

Ejemplos:

- «Ingreso por hemorroides puerperales». El código es **671.84 Otras complicaciones venosas**.
- «Dehiscencia de sutura de episiotomía» (complicación post parto). Se asigna **674.22 Rotura de herida perineal**.

De manera general, la subclasificación de 5º dígito **2** indicará «COMPLICACION PUERPERAL durante el ingreso en el que se produce el parto» y el 5º dígito **4** indicará «COMPLICACION PUERPERAL que motiva reingreso».

Es importante recordar que para describir las complicaciones ocurridas en esta etapa del puerperio se deben usar todos los códigos necesarios.

XIII. EFECTOS TARDÍOS DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

El código de la categoría **677.Efectos tardíos de embarazo parto y puerperio** se asignará a aquellas complicaciones que se originen durante el período obstétrico y posteriormente causan alguna secuela que requiera cuidados y/o tratamiento a largo plazo

Cumpliendo la norma general de codificación con CIE-9-MC para todos las secuelas y efectos tardíos, el código **677.Efectos tardíos de embarazo parto y puerperio** será siempre adicional a otro código que describa la condición de la secuela.

Ejemplos:

«Paciente que ingresa para reparación de un prolapso uterino, secundario a trauma obstétrico durante su último parto hace dos años» El diagnóstico principal que debe asignarse es el **618.1Prolapso uterino** y como diagnóstico adicional el **677. Efecto tardío de complicación de embarazo, parto y puerperio**.

«Paciente que acude por fatiga y con intolerancia al frío». Su historia clínica refiere que hace siete meses tuvo una hemorragia grave, tras un parto normal. Se diagnosticó de Síndrome de Sheehan (panhipopituitarismo) y se indicó pauta de tratamiento hormonal». El diagnóstico principal que debe asignarse es el **253.2 Panhipopituitarismo (Síndrome de Sheehan)** y como diagnóstico secundario el **677 Efecto tardío de complicación de embarazo, parto y puerperio**.

AUTORES

Guillermo Rodríguez Martínez*

Pilar Mosteyrín Salgado*

José Otero Varela**

M^a Dolores Zapata Barro***

CONSULTOR CLÍNICO

Domingo Vázquez Lodeiro****

(*) Unidad de Documentación Clínica. C.H.A. Marcide-Prof. Novoa Santos. Ferrol.

(**) Unidad de Control de Gestión y Codificación Diagnóstica. C.H.Xeral-Cies. Vigo.

(***) Unidad de Documentación Clínica. C.H. de Ourense.

(****) Unidad de Reproducción Asistida. Servicio de Toco-Ginecología. C.H.Xeral-Cies. Vigo.

BIBLIOGRAFÍA

- *Manual del usuario. Normativa de Codificación.* Ministerio de Sanidad y Consumo. 4ª edición. 1997.
- *CIE-9-MC 4ª edición en castellano.* Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 1999.
- *Codificación Clínica con la CIE-9-MC,* Ministerio de Sanidad y Consumo.
- *Boletín de Codificación Diagnóstica.* Xunta de Galicia.
- *AHA Coding Clinic for ICD-9-CM,* A quarterly publication of the Central Office on ICD-9-CM.
- *ICD-9-CM Coding Handbook, with answers.* Brown, F. American Hospital Publishing, Inc. 1998.
- *Obstetricia. 20ª edición.* Williams. Panamericana. 1998.
- *Williams Obstetrics, 20th edition.* 543-563 Appleton & Lange. 1997.
- *Obstetricia.* González-Merlo, J., Del Sol, J.R. 4ª edición. Mason-Salvat Medicina. 1994.
- *Licenciatura. Obstetricia.* Esteban-Altirriba, J. 1ª edición. Salvat. 1988.
- Harrison. Principios de Medicina Interna. 13ª edición. Interamericana McGraw-Hill. 1994.
- *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Documentos de consenso 157-181* Meditex. Madrid 1996.
- *Sección de Medicina Perinatal de la SEGO. Grupo de trabajo sobre asistencia a la patología obstetricia.* Editorial E. Fabre González. INO Reproducciones. 1997.
- *Orgyn. Número Especial. Revista de Organon sobre la mujer & la salud.* Excerpta Medica Medical Communications. 2001.

INFORMACIÓN Y DUDAS SOBRE CODIFICACIÓN

Para cualquier información, duda o consulta dirigirse a:

Dirección de la Unidad Técnica de la CIE-9-MC.
Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el S.N.S.
Subdirección General de Instituto de Información Sanitaria.
Ministerio de Sanidad y Consumo.

Pº del Prado, 18-20. Despacho 1019. 28014 MADRID.

Telf: (91) 596 15 65 - (91) 596 40 89.

E-Mail: rcozar@msc.es y egrande@msc.es