

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Título original: Codificación de Embrazo, Parto y Puerperio

Autor: Cristina Jurado Pascual

Especialidad: T.S.S. de Documentación Sanitaria

Edita e imprime: **FESITESS ANDALUCÍA**

C/ Armengual de la Mota 37

Oficina 1

29007 Málaga

Teléfono/fax 952 61 54 61

www.fesitessandalucia.es

ISBN: 978-84-694-4533-4

Diseño y maquetación: Alfonso Cid Illescas

Edición Octubre 2011

CONTENIDO

UNIDAD DIDÁCTICA I	
PRESENTACIÓN Y METODOLOGÍA DEL CURSO	5
1.1 Sistema de Cursos a Distancia	7
1.2 Orientaciones para el estudio	8
1.3 Estructura del Curso	10
UNIDAD DIDACTICA II	13
EMBARAZO, PARTO Y PUEPERIO	13
2.1 Embarazo	15
2.2 Parto	16
2.3 Puerperio	17
UNIDAD DIDÁCTICA III	
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO PARTO Y PUEPERIO	19
3.1 Aborto	21
3.2 Complicaciones del embarazo	22
3.3 Complicaciones del parto	26
3.4 Complicaciones del puerperio	27
UNIDAD DIDÁCTICA IV	
PROCEDIMIENTOS SOBRE EMBARAZO PARTO Y PUEPERIO	31
4.1 Procedimientos en embarazo	33
4.2 Procedimiento en parto	36
4.3 Procedimientos en el puerperio	38

UNIDAD DIDÁCTICA V	
CODIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS DE EMBARAZO	
PARTO Y PUERPERIO	39
5.1 Normas generales de codificación en embarazo, parto y puerperio	41
5.2 Embarazo molar	43
5.3 Embarazo ectópico	46
5.4 Aborto	48
5.5 Complicaciones relacionadas con el embarazo	55
5.6 Sospecha de enfermedades descartadas	62
5.7 Cronopatía del embarazo	63
5.8 Parto	63
5.9 Complicaciones en el puerperio	72
5.10 Efectos tardíos de embarazo, parto y puerperio	76
BIBLIOGRAFÍA	77
Bibliografía	79
CUESTIONARIO	81
Cuestionario	83

**UNIDAD DIDÁCTICA I
PRESENTACIÓN Y METODOLOGÍA DEL CURSO**

Presentación, normas y procedimientos de trabajo.

Introducción

Antes de comenzar el Curso, es interesante conocer su estructura y el método que se ha de seguir. Este es el sentido de la presente introducción.

Presentación

1. Sistema de Cursos a Distancia

En este apartado aprenderá una serie de aspectos generales sobre las técnicas de formación que se van a seguir para el estudio.

2. Orientaciones para el estudio.

Si usted no conoce la técnica empleada en los Cursos a Distancia, le recomendamos que lea atentamente los epígrafes siguientes, los cuales le ayudarán a realizar el Curso en las mejores condiciones. En caso contrario, sólo tiene que seguir los pasos que se indican en el siguiente índice:

Se dan una serie de recomendaciones generales para el estudio y las fases del proceso de aprendizaje propuesto por el equipo docente.

3. Estructura del Curso

Mostramos cómo es el Curso, las Unidades Temáticas de las que se compone, el sistema de evaluación y cómo enfrentarse al tipo test.

1.1 Sistema de Cursos a Distancia

1.1.1 Régimen de Enseñanza

La metodología de Enseñanza a Distancia, por su estructura y concepción, ofrece un ámbito de aprendizaje donde pueden acceder, de forma flexible en cuanto a ritmo individual de dedicación, estudio y aprendizaje, a los conocimientos que profesional y personalmente le interesen. Tiene la ventaja de estar diseñada para adaptarse a las disponibilidades de tiempo y/o situación geográfica de cada alumno. Además, es participativa y centrada en el desarrollo individual y orientado a la solución de problemas clínicos.

La Formación a Distancia facilita el acceso a la enseñanza a todos los Técnicos Especialistas/Superiores Sanitarios.

1.1.2 Características del Curso y del alumnado al que va dirigido

Todo Curso que pretenda ser eficaz, efectivo y eficiente en alcanzar sus objetivos, debe adaptarse a los conocimientos previos de las personas que lo estudiarán (lo que saben y lo que aún no han aprendido). Por tanto, la dificultad de los temas presentados se ajustará a sus intereses y capacidades.

Un buen Curso producirá resultados deficientes si lo estudian personas muy diferentes de las inicialmente previstas.

Los Cursos se diseñan ajustándose a las características del alumno al que se dirige.

1.1.3 Orientación de los Tutores

Para cada Curso habrá, al menos, un tutor al que los alumnos podrán dirigir todas sus consultas y plantear las dificultades.

Las tutorías están pensadas partiendo de la base de que el aprendizaje que se realiza en esta formación es totalmente individual y personalizado.

El tutor responderá en un plazo mínimo las dudas planteadas a través de correo electrónico exclusivamente.

Diferenciamos para nuestros Cursos dos tipos de tutores:

- Académicos. Serán aquellos que resuelvan las dudas del contenido del Curso, planteamientos sobre cuestiones test y casos clínicos. El tutor resuelve las dudas que se plantean por correo electrónico.
- Orientadores y de apoyo metodológico. Su labor se centrará fundamentalmente en cuestiones de carácter psicopedagógicas, ayudando al alumno en horarios, métodos de trabajo o cuestiones más particulares que puedan alterar el desarrollo normal del Curso. El tutor resuelve las dudas que se plantean por correo electrónico.

1.2 Orientaciones para el estudio

Los resultados que un estudiante obtiene no están exclusivamente en función de las aptitudes que posee y del interés que pone en práctica, sino también de las técnicas de estudio que utiliza. Aunque resulta difícil establecer unas normas que sean aplicables de forma general, es más conveniente que cada alumno se marque su propio método de trabajo, les recomendamos las siguientes que pueden ser de mayor aprovechamiento.

Por tanto, aún dando por supuestas la vocación y preparación de los alumnos y respetando su propia iniciativa y forma de plantear el estudio, parece conveniente exponer algunos patrones con los que se podrá guiar más fácilmente el desarrollo académico, aunque va a depender de la situación particular de cada alumno y de los conocimientos de la materia del Curso:

- Decidir una estrategia de trabajo, un calendario de estudio y mantenerlo con regularidad. Es recomendable tener al menos dos sesiones de trabajo por semana.
- Elegir el horario más favorable para cada alumno. Una sesión debe durar mínimo una hora y máximo tres. Menos de una hora es poco, debido al tiempo que se necesita de preparación, mientras que más de tres horas, incluidos los descansos, puede resultar demasiado y descendería el rendimiento.
- Utilizar un sitio tranquilo a horas silenciosas, con iluminación adecuada, espacio suficiente para extender apuntes, etc.
- Estudiar con atención, sin distraerse. Nada de radio, televisión o música de fondo. También es muy práctico subrayar los puntos más interesantes a modo de resumen o esquema.

a) Fase receptiva.

- Observar en primer lugar el esquema general del Curso.
- Hacer una composición de lo que se cree más interesante o importante.
- Leer atentamente todos los conceptos desarrollados. No pasar de uno a otro sin haberlo entendido. Recordar que en los Cursos nunca se incluyen cuestiones no útiles.
- Anotar las palabras o párrafos considerados más relevantes empleando un lápiz o rotulador transparente. No abusar de las anotaciones para que sean claras y significativas.
- Esquematizar en la medida de lo posible sin mirar el texto el contenido de la Unidad.
- Completar el esquema con el texto.
- Estudiar ajustándose al horario, pero sin imbuirse prisas o impacientarse. Deben aclararse las ideas y fijarse los conceptos.
- Resumir los puntos considerados primordiales de cada tema.
- Marcar los conceptos sobre los que se tengan dudas tras leerlos detenidamente. No insistir de momento más sobre ellos.

b) Fase reflexiva.

- Reflexionar sobre los conocimientos adquiridos y sobre las dudas que hayan podido surgir, una vez finalizado el estudio del texto. Pensar que siempre se puede acudir al tutor y a la bibliografía recomendada y la utilizada en la elaboración del tema que puede ser de gran ayuda.
- Seguir paso a paso el desarrollo de los temas.
- Anotar los puntos que no se comprenden.
- Repasar los conceptos contenidos en el texto según va siguiendo la solución de los casos resueltos.

c) Fase creativa.

En esta fase se aplican los conocimientos adquiridos a la resolución de pruebas de autoevaluación y a los casos concretos de su vivencia profesional.

- Repasar despacio el enunciado y fijarse en lo que se pide antes de empezar a solucionarla.
- Consultar la exposición de conceptos del texto que hagan referencia a cada cuestión de la prueba.
- Solucionar la prueba de cada Unidad Temática utilizando el propio cuestionario del manual.

1.3 Estructura del Curso

1.3.1 Contenidos del Curso

- Guía del alumno.
- Temario del curso en PDF, con un cuestionario tipo test.
- FORMULARIO, para devolver las respuestas al cuestionario.
- ENCUESTA de satisfacción del Curso.

1.3.2 Los Cursos

Los cursos se presentan en un archivo PDF cuidadosamente diseñado en Unidades Didácticas.

1.3.3 Las Unidades Didácticas

Son unidades básicas de estos Cursos a distancia. Contienen diferentes tipos de material educativo distinto:

- Texto propiamente dicho, dividido en temas.
- Bibliografía utilizada y recomendada.
- Cuestionario tipo test.

Los temas comienzan con un índice con las materias contenidas en ellos. Continúa con el texto propiamente dicho, donde se desarrollan las cuestiones del programa. En la redacción del mismo se evita todo aquello que no sea de utilidad práctica.

El apartado de preguntas test serán con los que se trabajen, y con los que posteriormente se llenará el FORMULARIO de respuestas a remitir. Los ejercicios de tipo test se adjuntan al final del temario.

Cuando están presentes los ejercicios de autoevaluación, la realización de éstos resulta muy útil para el alumno, ya que:

- Tienen una función recapituladora, insistiendo en los conceptos y términos básicos del tema.
- Hacen participar al alumno de una manera más activa en el aprendizaje del tema.
- Sirven para que el alumno valore el estado de su aprendizaje, al comprobar posteriormente el resultado de las respuestas.
- Son garantía de que ha estudiado el tema, cuando el alumno los ha superado positivamente. En caso contrario se recomienda que lo estudie de nuevo.

Dentro de las unidades hay distintos epígrafes, que son conjuntos homogéneos de conceptos que guardan relación entre sí. El tamaño y número de epígrafes dependerá de cada caso.

1.3.4 Sistema de Evaluación

Cada Curso contiene una serie de pruebas de evaluación a distancia que se encuentran al final del temario. Deben ser realizadas por el alumno al finalizar el estudio del Curso, y enviada al tutor de la asignatura, con un plazo máximo de entrega para que pueda quedar incluido en la edición del Curso en la que se matriculó y siempre disponiendo de 15 días adicionales para su envío. Los tutores la corregirán y devolverán al alumno.

Si no se supera el cuestionario con un mínimo del 80% correcto, se tendrá la posibilidad de recuperación.

La elaboración y posterior corrección de los test ha sido diseñada por el personal docente seleccionado para el Curso con la intención de acercar el contenido de las preguntas al temario asimilado.

Es IMPRESCINDIBLE haber llenado el FORMULARIO y envío de las respuestas para recibir el certificado o Diploma de aptitud del Curso.

1.3.5 Fechas

El plazo de entrega de las evaluaciones será de un mes y medio a partir de la recepción del material del curso, una vez pasado este plazo conllevará una serie de gestiones administrativas que el alumno tendrá que abonar.

La entrega de los certificados del Curso estará en relación con la fecha de entrega de las evaluaciones y NUNCA antes de la fecha de finalización del Curso.

1.3.6 Aprendiendo a enfrentarse a preguntas tipo test

La primera utilidad que se deriva de la resolución de preguntas tipo test es aprender cómo enfrentarnos a las mismas y evitar esa sensación que algunos alumnos tienen de “se me dan los exámenes tipo test”.

Cuando se trata de preguntas con respuesta tipo verdadero / falso, la resolución de las mismas está más dirigida y el planteamiento es más específico.

Las preguntas tipo test con varias posibles respuestas hacen referencia a conocimientos muy concretos y exigen un método de estudio diferente al que muchas personas han empleado hasta ahora.

Básicamente todas las preguntas test tienen una característica común: exigen identificar una opción que se diferencia de las otras por uno o más datos de los recogidos en el enunciado. Las dos palabras en cursiva son expresión de dos hechos fundamentales con respecto a las preguntas tipo test:

- Como se trata de identificar algo que va a encontrar escrito, no va a ser necesario memorizar conocimientos hasta el punto de reproducir con exactitud lo que uno estudia. Por lo tanto, no debe agobiarse cuando no consiga recordar de memoria una serie de datos que aprendió hace tiempo; seguro que muchos de ellos los recordará al leerlos formando parte del enunciado o las opciones de una pregunta de test.

- El hecho de que haya que distinguir una opción de otras se traduce en muchas ocasiones en que hay que estudiar diferencias o similitudes. Habitualmente se les pide recordar un dato que se diferencia de otros por ser el más frecuente, el más característico, etc. Por lo tanto, este tipo de datos o situaciones son los que hay que estudiar.

Debe tenerse siempre en cuenta que las preguntas test hay que leerlas de forma completa y fijándose en determinadas palabras que puedan resultar clave para la resolución de la pregunta.

La utilidad de las preguntas test es varia:

- Acostumbrarse a percibir errores de conceptos.
- Adaptarse a los exámenes de selección de personal.

Ser capaces de aprender sobre la marcha nuevos conceptos que pueden ser planteados en estas preguntas, conceptos que se retienen con facilidad.

1.3.7 Envío

Una vez estudiado el material docente, se contestará la encuesta de satisfacción, la cual nos ayudará para evaluar el Curso, corregir y mejorar posibles errores. Cuando haya cumplimentado la evaluación, envíe las respuestas a la dirección indicada.

**UNIDAD DIDÁCTICA II
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO**

2.1 Embarazo

El embarazo según la OMS comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.

El embarazo se produce cuando un espermatozoide atraviesa la membrana celular del óvulo, se fusionan y dan lugar al cigoto, este proceso se denomina fecundación. La multiplicación celular de l cigoto dará lugar al embrión, que se desarrollará en individuo adulto.

Dentro del útero el feto está flotando en el líquido amniótico, que a su vez, éste está envuelto por el saco amniótico. En el cuello del útero se forma un tapón de mucosidad que dificulta el ingreso de microorganismos capaces de provocar infección intrauterina. Este tapón se expulsará al inicio del trabajo de parto.

El feto obtiene sus nutrientes y oxígeno y elimina sus desechos de su metabolismo a través de la placenta, la cual está anclada a la pared del útero estando unida al feto por el cordón umbilical.

El embarazo dura 266 días a partir del momento de la fecundación del óvulo, aunque resulta difícil precisar ese momento. Hay que tener en cuenta el primer día del último período menstrual. Si el ciclo es de 28 días, la fertilización tiene lugar el día 14º del embarazo, ya que la ovulación suele producirse unos 14 días después del inicio del período.

Por término medio el embarazo suele durar entre 38 y 42 semanas.

SIGNOS PRESUNTIVOS DEL EMBARAZO:

- Interrupción de la menstruación
- Fatiga y náuseas
- Cambio en los gustos
- Sabor metálico en la boca
- Aumento de la frecuencia de micción
- Cansancio y mareo

El embarazo se suele dividir en tres etapas de tres meses cada una:

El primer trimestre (1 a 13 semanas):

El embrión, hacia la semana 6, ya puede llamarse feto, tiene todos los órganos internos en su sitio y tiene el tamaño de una nuez aproximadamente. La mujer puede sentir necesidad de evacuar frecuentemente, tener los senos pesados y notar hormigueo y además puede sentir náuseas.

El segundo trimestre (14 a 28 semanas):

Han comenzado a formarse los dientes, se van desarrollando los músculos y comienza a moverse vigorosamente en el útero. Aparecen pliegues en las palmas de las manos y puede chuparse el dedo pulgar. Se va acumulando grasa encima y debajo de la piel, el feto se encuentra cubierto por la vérnix que le protege del líquido amniótico. Tiene los ojos abierto y puede ver. Sus pulmones están completamente desarrollados y puede medir unos 37 cm. y pesar 900 gr.

La madre puede empezar a producir calostro, se le puede hinchar la cara por la retención de líquidos y podrá notarse las venas del pecho.

El tercer trimestre (29 a 40 semanas):

En la mayoría de los casos el feto estará en posición cefálica, ganará peso continuamente. Quizá le haya crecido el pelo y las uñas. El iris del ojo es azul. Al final de la semana 40 el feto pesará unos 3kg y medirá 50 cm.

El útero de la madre empieza a contraerse para la preparación del parto. Puede sentir dolor en la pelvis por la presión de la cabeza del niño, el cuello uterino empieza a ablandarse para el parto.

2.2 Parto

El parto suele ocurrir entre la semana 37 y 42.

El inicio del trabajo de parto puede comenzar con la expulsión del tapón mucoso cervical, espasmos uterinos, aumento de la presión pélvica con frecuencia urinaria, ruptura de las membranas, etc.

En las primigestas suele durar de 12 a 14 horas. Los parto subsiguientes, unas 7. Cuanto más débiles son las contracciones más prolongado es el parto.

Se distinguen tres etapas:

Dilatación: el cuello del útero se dilata totalmente para permitir el paso de la cabeza del bebé. Para que esto suceda el cuello se adelgaza, ablanda y se estira gradualmente por las contracciones del útero, a esto se llama borramiento. La dilatación se mide normalmente en incrementos de un centímetro hasta llegar a diez, que es cuando está totalmente dilatado.

Expulsivo: en las primigrávidas no dura más de dos horas, existe una necesidad instintiva de empujar producida por la presión de la cabeza del bebé sobre el suelo pélvico y recto. Termina con la expulsión del feto al exterior gracias a las contracciones involuntarias uterinas y los pujos maternos.

Alumbramiento: transcurrido unos quince minutos de la expulsión del bebé comienza a contraerse nuevamente el útero, aunque de manera menos dolorosa, para expulsar la placenta que está adherida a las paredes del útero.

2.3 Puerperio

En la fisiología humana, el puerperio (coloquialmente cuarentena) es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas) o 40 días para que el cuerpo materno, incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino, vuelvan a las condiciones pre-gestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo. En el puerperio también se incluye el período de las primeras 2 horas después del parto, que recibe el nombre de posparto.

En este periodo surgen los entuertos, que son contracciones del útero para recuperar su antiguo tamaño. Cuanto más rápida y fuerte sea la contracción del útero, menor es la probabilidad de una hemorragia posparto.

Los loquios, flujo de sangre y mucosidad procedente del útero, duran aproximadamente seis semanas. Cuando disminuyen de intensidad adquieren una textura mas densa y color blanquecino-amarillento.

El calostro aparece durante los tres primeros días, lo produce la glándula mamaria y es de color amarillento. Contiene agua, proteínas, minerales y anticuerpos que protegen al niño de una forma inmejorable frente a enfermedades. Tras unas 72 horas, el calostro se reemplaza por leche.

Es muy frecuente experimentar sensaciones como tristeza y depresión hacia el tercer o cuarto día, si esto es más que una sensación de desánimo y se prolonga por más de dos semanas será recomendable buscar ayuda médica.

UNIDAD DIDÁCTICA III
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO

3.1 Aborto

I. AMENAZA DE ABORTO

Es la presencia de metrorragia y/o contracciones uterinas antes de las 22 semanas de gestación en la que no se produce la expulsión del feto ni hay modificaciones uterinas significativas.

Se recomienda reposo relativo, abstenerse de relaciones sexuales...

II. ABORTO EN CURSO

Gestantes de menos de 22 semanas con metrorragia y/o contracciones que reúnen alguno de estos signos:

- restos placentarios en la vagina o parcialmente retenidos en el cuello uterino
- cuello uterino abierto, con el polo inferior del huevo haciendo protusión a través de aquél.
- metrorragia intensa.

III. ABORTO CONSUMADO

Es la expulsión del feto sin maniobras que lo faciliten y sin ser inducido. Puede ser:

- Completo: se ha expulsado la totalidad del huevo.
- Incompleto: quedan restos en la cavidad uterina.

IV. ABORTO RETENIDO

Cuando en la gestación no evolutiva se demora la expulsión del producto de la concepción.

Si el cuello uterino es favorable, se puede realizar legrado espirativo e instrumental

Si el cuello uterino no es favorable, se procede a la maduración cervical y evacuación uterina.

V. ABORTO SEPTICO

Siempre que el aborto, tanto incompleto, diferido, etc., curse con fiebre de 38ºC o más y se hayan descartado otras causas, estaremos hablando de aborto séptico.

Las causas más frecuentes son:

- amniorrexis prolongada
- gestación concomitante con DIU
- aborto provocado, etc.

VI. ABORTO DE REPETICION

Cuando se ha producido tres o más abortos seguidos o cinco o más no sucesivos. Las causas de los abortos de repetición pueden ser:

- genéticas
- infecciosas
- malformaciones uterinas
- hormonales
- incompetencia cervical, etc.

3.2 Complicaciones del embarazo

I. HEMORRAGIAS

Es el sangrado que se produce a través de la vagina en cualquier momento del embarazo.

En el primer trimestre las causas son:

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

Se acompaña de molestias o dolor más o menos fuerte

En el tercer trimestre, o incluso en el segundo, las causas principales son:

- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Vasa previa

II. HIPERTENSION ARTERIAL

Hipertensión arterial crónica

Es la hipertensión que la gestante ya tenía previa al embarazo o le aparece en la primera mitad de la gestación (antes de las 20 semanas)

Hipertensión gestacional

Es la elevación de la presión arterial por encima de 140/90 mmHg y que aparece a partir de las 20 semanas de gestación en una mujer sin hipertensión previa, sin edema ni proteinuria y que se normaliza a los diez días tras el parto.

Preeclampsia

Se trata de hipertensión gestacional asociado a proteinuria (valores superiores a 300 mg/24h) y en ocasiones a edema patológico (en pies, manos y cara). La gravedad del proceso incrementa considerablemente la morbilidad (crecimiento uterino retardado, prematuridad, desprendimiento prematuro de placenta, etc.) y la mortalidad maternofetal.

El pronóstico puede empeorar por dos tipos de crisis:

- crisis convulsiva (eclampsia)
- síndrome de HELLP (crisis de hemólisis aguda, con trombocitopenia y alteración hepática).

La preeclampsia afecta tanto a la madre como al feto.

Factores de riesgo de preeclampsia:

- antecedentes familiares de preeclampsia/ eclampsia
- primíparas añosas y adolescentes
- preeclampsia en gestaciones anteriores
- obesidad
- raza negra
- gestación múltiple
- neuropatía con función renal normal
- hipertensión o diabetes previa

Eclampsia

Es la aparición de convulsiones generalizadas, que pueden sobrevenir bruscamente en una preeclampsia. Estas convulsiones aparecen en un 50% durante la gestación, en un 20% durante el parto o en un 30% después del mismo. Habrá que distinguirlas de otros cuadros convulsivos: accidentes cerebrovasculares, enfermedades infecciosas, enfermedades metabólicas y epilepsia

III. DIABETES Y EMBARAZO

Se trata de una enfermedad metabólica que se caracteriza por tener niveles altos de glucosa en sangre, ya sea por defecto de la secreción de insulina, defecto en su acción o la combinación de ambos .

diabetes pregestacional o preexistente

La embarazada ya estaba diagnosticada antes; pueden encontrarse mujeres que no tengan ninguna complicación crónica y las que tienen complicaciones vasculares crónicas que afectará a vasos, riñón y retina.

Diabetes gestacional

Es la intolerancia a los hidratos de carbono y se inicia durante el embarazo a partir del segundo o tercer trimestre. La mujer puede desarrollar diabetes tras el embarazo.

Factores de riesgo:

- obesidad o sobrepeso
- mayor de 35 años
- infertilidad
- candidiasis grave recurrente

- hipertensión o antecedentes de preeclampsia/ eclampsia
- antecedentes de anomalías congénitas
- infecciones urinarias de repetición
- antecedentes de diabetes gestacional

IV. ANEMIA EN EMBARAZO

Durante el embarazo es muy frecuente sufrir anemia (hemoglobina inferior a 10,5-11 g/dl), aunque raramente se complica. Existen varios tipos de anemia:

- anemia ferropénica
- anemia megaloblástica
- anemia por esferocitosis
- anemia hemolítica autoinmune
- anemia hipoaplásica
- hemoglobinuria paroxística nocturna

V. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Diversas enfermedades infecciosas pueden afectar a la madre durante el embarazo, unas pueden ser graves para el feto y otras ser más leves.

SIDA

El virus de la inmunodeficiencia adquirida humana es una enfermedad de duración muy variable, consecuencia de la destrucción progresiva de los linfocitos CD4+

Mecanismos de transmisión:

- transmisión parenteral
 - 1. drogadicción por vía parenteral
 - 2. transfusión de sangre y hemoderivados
 - 3. trasplante de órganos
- transmisión sexual
 - 1. relaciones homosexuales y heterosexuales
- transmisión vertical
 - 1. transplacentaria
 - 2. canal del parto
 - 3. lactancia materna

El riesgo de transmisión vertical cuando no hay tratamiento o profilaxis o de cesárea electiva es del 15-25%. Cuando hay tratamiento o profilaxis es de 0-2%

PURTADORA ESTRETOCOCO B-HEMOLITICO

Es común en la gestante ser portador asintomático del streptococcus agalactiae, sobre todo en vagina y recto. Puede producirse transmisión fetal intraparto provocando una sepsis neonatal severa. Para evitarlo se administra tratamiento profiláctico durante el parto.

INFECCIONES TRACTO URINARIO

Es una complicación muy común en el embarazo, entre un 3% y 12%.

Bacteriuria asintomática

Es la colonización persistente del tracto urinario por una bacteriuria. Ocurre en el 5-10% de las embarazas, debe tratarse para evitar la pielonefritis.

Cistitis aguda

Se caracteriza por polaquiuria, disuria e inflamación pélvica, en ausencia de fiebre y/o dolor costolumbar. Puede acompañarse de hematuria franca.

Pielonefritis aguda

Se trata de una inflamación que afecta a todo el tracto urinario. Los síntomas son: escalofríos, fiebre, náuseas, vómitos, polaquiuria, disuria y dolor costolumbar

VI. ANOMALIAS Y PROBLEMAS FETALES

CRECIMIENTO INTARUTERINO RETARDADO

Es el proceso que limita el potencial desarrollo del feto. Los factores de riesgo de CIR son:

- bajo peso durante la gestación
- antecedentes de CIR
- tabaco, alcohol o drogas
- patología materna: HTA, diabetes, enfermedad renal, etc.
- patología obstétrica: preeclampsia, gestación múltiple...
- edad materna: adolescente o añosas.

VII. ROTURA DE MEMBRANAS

Las membranas ovulares son la barrera que separa el medio interno estéril del ambiente externo. El líquido permite el desarrollo musculoesquelético del feto, que el cordón flote sin compresiones y sirve de amortiguación frente a traumatismos externos.

La rotura de membranas puede ser:

-ruptura prematura de membranas (RPM): rotura del saco gestacional al menos 1 hora antes del inicio del trabajo de parto.

-ruptura prematura de membranas pretérmino : ocurre antes de la semana 37 y en cualquier momento antes del inicio de parto.

-ruptura precoz de membranas: ruptura espontánea con inicio de la actividad en la siguiente hora

-ruptura prolongada de membranas: ruptura de membranas 24 horas o más antes de iniciarse el trabajo de parto

-ruptura artificial de membranas: es el procedimiento instrumental para la ruptura de las membranas.

VIII. PREMATURO Y AMENAZA DE PARTO PREMATURO

Es la aparición de dinámica uterina con o sin rotura prematura de membranas, se produce entre la semana 20 y 37 (criterio según la OMS) .Los factores de riesgo son:

- gestación múltiple
- antecedentes de parto pretérmino
- hidramnios
- anomalía uterina, etc.

3.3 Complicaciones del parto

I. PARTO NORMAL O EUTOCICO

Es el que termina con la expulsión espontánea de un feto y sus anexos por vía vaginal. La CIE recoge las siguientes condiciones:

- embarazo a término
- presentacióncefálica u occipital
- recién nacido único y vivo
- sin complicaciones (o resueltas)
- anteparto, durante el parto y postparto
- asistido manualmente

II. PARTO DISTOCICO

DISTOCIA MATERNA

-disfunción uterina: cuando no se producen contracciones o son irregulares (hipotonía, hipertonia, inercia...)

-distocia pélvica: existe una disminución del tamaño de la pelvis materna, tanto ósea como de las partes blandas.

DISTOCIA FETAL

-situación fetal: Consiste en la relación del eje longitudinal fetal con el eje materno. Se distinguen tres situaciones: longitudinal (la más frecuente), transversal y oblicua.

-presentación fetal: Es la parte fetal que se pone en contacto con el estrecho superior de la pelvis y puede ser: cefálica , de nalgas (nalgas puras, completas o incompletas) y presentación de hombros.

-Desproporción fetal: existen fetos macrosómicos, hidrocefalias, etc. que impiden que el parto sea normal.

-Placenta previa: la placenta está implantada en el segmento inferior uterino. Puede ser: marginal, parcial o total.

III. PARTO PROLONGADO

La duración del parto puede variar , dependiendo de la paridad de la gestante, la dinámica uterina, la anestesia, etc.

Las fases del trabajo de parto son:

- Fase de dilatación: La dilatación se produce a través de las contracciones. El útero se contrae y el cérvix se borra. Se abre un orificio de salida para el bebé en el cuello del útero. Se dilatará hasta llegar a los 10 cms. aproximadamente que será cuando el bebé ya podrá asomar la cabeza y salir en el expulsivo. Es imposible predecir el tiempo en que se conseguirá la dilatación suficiente. Esta fase es la más larga y costosa. Se diferencian dos etapas:

- dilatación latente
- dilatación activa

- el expulsivo: Cuando el útero ha dilatado lo suficiente para que la cabeza del bebé pueda pasar termina la fase de dilatación y empieza el expulsivo. El expulsivo suele durar entre media hora y una hora, en mujeres multíparas el expulsivo es mucho más corto.

- el alumbramiento: es la expulsión de la placenta y las membranas del saco amniótico. Tiene una duración de entre 4-8 minutos a 45-60 minutos.

IV. TRAUMATISMOS DEL PERINE Y VULVA DURANTE EL EXPULSIVO

Se trata de cualquier daño que sucede en los órganos genitales femeninos durante el parto, ya sea causado espontáneamente o por la episiotomía.

3.4 Complicaciones del puerperio

I. HEMORRAGIA POSPARTO

Es la pérdida excesiva de sangre que se produce después del parto. Está ligado a una morbilidad importante como el shock hipovolémico, anemia grave, insuficiencia renal, etc.

Tiene una incidencia de entre el 1-5% de los partos.

Las causas de la hemorragia:

- trabajo de parto prolongado.
- Desgarros perineales

-Hematomas pélvicos

-Causas maternas: preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, púrpura trombocitopénica idiopática...

-Atonía uterina: tras la expulsión de la placenta el útero no se contrae

-Placenta retenida: no es posible la expulsión de la misma por lo que el útero no puede contraerse

-Cotiledón retenido: es la retención de una parte de la placenta

II. INFECCIÓN PUPERAL GRAVE

Es la aparición en el puerperio de una infección del aparato genital que se acompaña de fiebre, temperatura superior a 38º, después de 24 horas del parto, durante al menos dos veces, no separadas entre sí más de 24 horas. Puede ir acompañada de taquicardia, sudoración y oliguria.

La frecuencia de puerperios febriles varía del 1-8%. La mortalidad por infección puerperal es mínima y está condicionada por el estado previo del paciente y la precocidad del tratamiento.

La infección puerperal se produce fundamentalmente por acceso de gérmenes a través de la vagina. La infección del endometrio (endometritis) es casi siempre la lesión inicial. Durante el parto es habitual la invasión microbiana del canal genital. Sin embargo, la infección no es muy frecuente porque numerosos factores estimulan las reacciones locales de defensa:

- exudación de la herida placentaria
- barrera leucocitaria que se forma en el endometrio
- resistencia tisular

La Endometritis es una inflamación del endometrio. Es la infección puerperal más común.

Los síntomas surgen del 2º al 5º día del puerperio. Aparece más frecuentemente en mujeres a las que se practica cesárea.

Factores de riesgo:

- cesárea
- RPM
- exploraciones vaginales repetidas
- anemia materna
- traumatismo obstétrico en cuello
- trabajo de parto prolongado

Signos y síntomas:

- Aparición a las 24-48 horas tras el alumbramiento.
- Dolor y tumefacción del útero.

- Olor pútrido o loquios purulentos.
- Malestar, fatiga y taquicardia.
- Aumento de la temperatura.
- Fiebre de 38-39°C
- Escalofríos

III. MASTITIS Y CONGESTION DE MAMAS

La mastitis es la infección de las mamas que se presenta dos o tres semanas después del parto, aunque también puede presentarse a partir de la primera semana.

Los factores que influyen son:

- Éxtasis lácteo.
- Traumatismo en el pezón.
- Técnica equivocada para amamantar.

La paciente se queja de dolor o sensibilidad en una masa dura, localizada y enrojecida casi siempre en un solo seno.

La infección va acompañada de fiebre, escalofríos y malestar general, y si no se trata adecuadamente puede dar lugar a un absceso.

En muchos casos la madre puede seguir dando lactancia por ambos lados, porque la succión vigorosa del niño puede vaciar con mayor eficacia los senos, mejor que las bombas de leche.

Signos y síntomas:

- fiebre de 39-40°C
- dolor en la mama, indurada y dolorosa
- linfangitis mamaria

La congestión mamaria se produce cuando se produce excesivamente leche en las primeras semanas de la lactancia.

IV. COMPLICACION DE LA HERIDA POR CIRUGIA OBSTETRICA

La infección de la episiotomía tiene una incidencia de entre el 0,5-3% de los casos. Se produce una induración y eritema alrededor de la herida, puede aparecer fiebre, sensibilidad de la zona, posibilidad de dehiscencia parcial.

Factores de riesgo:

- episiotomía prolongadas
- partos instrumentados o traumáticos
- asepsia insuficiente en la sutura, etc.

También se puede dar el caso de dehiscencia de la herida de cesárea y de las heridas perineales.

V. CEFALEA POSTPUNCION LUMBAR

Es la complicación más frecuente tras la anestesia epidural o intradural en la que se perfora la duramadre. La pérdida de líquido cefalorraquídeo a través de la aguja disminuye el volumen del LCR y la presión subaracnoidea.

Puede aparecer inmediatamente después de la punción pero lo más frecuente es que aparezca en las primeras 48 horas.

Tiene una duración de entre dos y tres días hasta una semana.

Puede aparecer visión borrosa, diplopía, náuseas, vómitos, rigidez escapulohumeral, etc.

VI. TIROIDITIS POSTPARTO

Se trata de un posible proceso autoinmune, con una tiroiditis crónica como patología subyacente.

Aparece entre 1-6 meses posparto.

Presenta una fase de hipertiroidismo transitorio, hipotiroidismo transitorio y de regresión espontánea paulatina.

VII. TRASTORNOS PSIQUIATRICOS PUPERALES

Se distingue entre un conjunto de trastornos tales como:

Depresión posparto: se da en el 10% de las mujeres.

Los síntomas más frecuentes son: llanto, tristeza, apatía hacia el bebé, nerviosismo, miedo, sentimiento de vacío...

Días azules: afecta al 55-66% de las mujeres.

Se caracteriza por: irritabilidad, cambios de humor, fatiga, insomnio...

Suele ser de carácter benigno, transitorio y de muy corta duración.

Trastornos psiquiátricos puerperales: aparece en 1 de cada 500 nacimientos.

Es más frecuente en primíparas que han sufrido trastornos psiquiátricos importantes previos al embarazo o tienen antecedentes familiares de estos trastornos.

Se distingue entre el trastorno afectivo y esquizofrénico.

**UNIDAD DIDÁCTICA IV
PROCEDIMIENTOS SOBRE EMBARAZO PARTO Y
PUERPERIO**

4.1 Procedimientos en embarazo

I. AMNIOSCOPIA

Mediante la amnioscopia se visualiza directamente del líquido amniótico. Se realiza con un amnioscopio que se introduce en el canal cervical que ha sido previamente dilatado entre 1,5 y 2,5 cm. De esta forma se consigue una visualización del líquido sin obtener muestras del mismo para análisis de laboratorio.

Esta prueba se realiza en los siguientes casos:

- embarazadas a partir se la semana 40-41
- embarazos de alto riesgo
- ante el trabajo de parto, etc.

Puede surgir ciertas complicaciones como:

- rotura de las membranas
- pequeños sangrados
- provocar trabajo de parto aunque es muy raro

II. AMNIOCENTESIS

La amniocentesis es un procedimiento diagnóstico que consiste en la extracción de líquido del saco amniótico. En este líquido existen células, proteínas y orina del feto que pueden ser analizadas para obtener información sobre su estado de salud.

Consiste en la punción de la pared abdominal de la embarazada con una jeringa, hasta llegar al saco amniótico. Puede aplicarse anestesia local en la zona de punción. El proceso puede ser guiado mediante la realización de una ecografía.

El volumen de líquido a extraer depende de las pruebas que se deseen realizar.

Está indicada para el estudio del:

- cariotipo
- enfermedades endocrinas congénitas
- enfermedades monogenéticas
- enfermedades metabólicas hereditarias de sustrato bioquímico
- evaluación de la madurez fetal
- diagnóstico de infección fetal

En la mayoría de los casos es un procedimiento muy bien tolerado, aunque en algunos casos se pueden producir contracciones uterinas y sensación de molestias abdominales.

III. CERCLAJE CERVICAL

Es la oclusión del orificio cervical interno mediante la colocación de un material de sutura a su alrededor. Se realiza cuando existe o es probable que exista incompetencia cervical.

La intervención sólo debe llevarse a cabo si:

- la bolsa está íntegra
- útero no irritable
- ausencia de defectos congénitos fetales
- ausencia de dilatación cervical
- ausencia de sangrado uterino interno

IV. BIOPSIA DE CORION

Consiste en la obtención de una pequeña muestra de placenta, que tiene los mismos cromosomas que el feto. Se realiza entre las 10-14 semanas por vía transvaginal o transabdominal a partir de las 11 semanas. Nos da un diagnóstico muy precoz para excluir pronto las alteraciones cromosómicas. Es la técnica de elección en la mayoría de enfermedades genéticas como la hemofilia.

Se puede tener así un diagnóstico ultrarrápido en 24-48 horas de las alteraciones cromosómicas más frecuentes, en particular de los cromosomas 21,18, 13 X, Y. Después siempre se realiza un cultivo para obtener un estudio de los cromosomas completo y definitivo.

Puede presentarse como complicaciones:

- Pequeño sangrado vaginal (en 30-40% de los casos)
- Aborto (en aproximadamente 1% de los casos)
- Rotura de la bolsa de las aguas ó hematoma en la zona puncionada (0.3%)

V. CONTROL SEROLOGICO DE LA GESTANTE

Consiste en detectar anticuerpos o antígenos infecciosos antes y durante el embarazo.

Esto se hace para prevenir la transmisión vertical de dichos agentes infecciosos.

Primoinfección aguda en la mujer embarazada: como el virus de la rubéola, el citomegalovirus humano, varicela...

Infección persistente de la mujer: como el virus de la hepatitis B, el VIH...

Infección recurrente de la mujer: como el virus del herpes simple o el citomegalovirus humano

VI. DIAGNOSTICO PRENATAL DE LOS DEFECTOS CONGENITOS

Se trata de los procedimientos diagnósticos que están encaminados a detectar durante el embarazo algún defecto congénito como las anomalías cromosómicas, enfermedades hereditarias mendelianas o malformaciones.

Se realiza en:

- edad materna avanzada
- hijo previo con cromosomopatía
- padres con alguna anomalía cromosómica

VII. ECOGRAFIA OBSTETRICA

La ecografía es una técnica de diagnóstico por la imagen que puede ser practicada por vía vaginal o abdominal y que permite la visualización del feto y su entorno (placenta, líquido amniótico, etc.).

Es posible practicarla rutinariamente en todos los embarazos ya que no existen pruebas de peligro fetal.

VIII. ECOGRAFIA 3D Y 4D

La ecografía tridimensional: permite capturar imágenes en 3D. Se captura la imagen y se obtiene el volumen que se procesa de distintas formas.

La ecografía en cuatro dimensiones (4D): se obtiene hasta 25-30 volúmenes por segundo, por lo que podemos ver imágenes en tiempo real de alta calidad observar al feto y el corazón en movimiento.

IX. ESTUDIO HEMODINAMICO FETAL

Es la evaluación mediante Doppler color y pulsado del flujo hemático en la arteria umbilical, de los flujos arteriales fetales en la aorta y cerebral media y de los flujos venosos fetales en la vena umbilical.

Está indicado tanto para el control biofísico rutinario como para embarazos de alto riesgo que pueden cursar por ejemplo con CIR, preeclampsia, diabetes, cardiopatía materna, etc.

X. MONITORIZACION CARDIOTOCOGRAFICA PRENATAL

Es el registro de la actividad cardiaca fetal y la actividad uterina

XI. STREPTOCOCCUS AGALACTIAE, PREVENCION

El estreptococo del grupo B (EGB) es la causa de infección bacteriana perinatal de transmisión vertical más frecuente.

El tracto gastrointestinal es el reservorio de EGB.

La transmisión al feto se produce al comienzo del parto, o tras la rotura de membranas.

Factores de riesgo:

- prematuridad
- rotura prolongada de membranas
- corioamnioitis
- fiebre intraparto

Para detectar a las portadoras debe hacerse un cultivo vaginal y rectal a todas las embarazadas entre las semanas 35 y 37 .

Si la gestante cursa el embarazo con EGB o tiene antecedente de un hijo con infección neonatal por EGB no es necesario la toma de cultivo.

La administración de antibióticos durante el embarazo es ineficaz para erradicar el estado de portadora de EGB, por lo tanto el tratamiento sólo debe realizarse al inicio del parto.

4.2 Procedimiento en parto

I. PARTO INDUCIDO

Es la provocación artificial del parto mediante procedimientos farmacológicos o quirúrgicos.

INDUCCION MEDICA

Mediante la administración de oxitocina, prostaglandinas...

Inducción médica por embarazo de riesgo elevado: el embarazo cursa con preeclampsia, desprendimiento prematura de placenta con feto muerto, eritoblastosis fetal, embarazo prolongado, diabetes mellitas, rotura prematura de membranas, infecciones maternas, etc.

Inducción médica por parto de alto riesgo: el parto precisa de un control estricto a causa de riesgos hemorrágicos, patología funicular, malformación, CIR, desproporción pelvifetal, cesárea anterior...

INDUCCION QUIRURGICA

Mediante la amniotomía o dilatación cervical.

II. PARTO INSTRUMENTAL

Para que ocurra el parto hace falta una presión determinada que está dada por la contracción uterina involuntaria y por la contracción voluntaria de los músculos abdominales y el diafragma.

Si alguna de estas no es adecuada o si existen alteraciones en el mecanismo del parto normal por feto voluminoso, alteraciones en los movimientos cardinales del parto o si la pelvis no es muy amplia, hay que recurrir al parto instrumental.

FORCEPS

El parto asistido por fórceps se realiza durante la fase del expulsivo, cuando el cuello del útero está completamente dilatado y la cabeza del feto se encuentra en el canal del parto.

Los fórceps son una especie de pinzas grandes que se encajan a los lados de la cabeza del bebé, a la altura de las orejas. Los médicos suelen ayudarse con estas pinzas cuando la cabeza del feto no consigue seguir descendiendo por la pelvis de la madre, o cuando el bebé se presenta de nalgas o en posición posterior.

ESPATULAS

Las espátulas son dos cucharas metálicas que no se articulan, actúan como calzador para facilitar la extracción de la cabeza del feto.

VENTOSA

La ventosa obstétrica se utiliza en ocasiones como alternativa al fórceps. Las ventosas funcionan como un aspirador. El médico introduce la ventosa hasta fijarla en la cabeza del feto y, ayudado por las contracciones, va sacando el bebé hacia el exterior

Al igual que los fórceps, las ventosas sólo se utilizan durante la fase de expulsión y sólo cuando existen evidencias de sufrimiento fetal o en el caso de prolongación excesiva del periodo expulsivo.

III. PARTO POR CESAREA

Consiste en una operación quirúrgica para extraer al bebé mediante una incisión en el abdomen de la mujer y en el segmento inferior del útero.

- Cuando el bebé se presenta de nalgas o de cara
- Cuando el paso del feto por el canal del parto presenta dificultades
- Cuando la pelvis de la mujer es demasiado estrecha
- Cuando existe un diagnóstico de sospecha de pérdida de bienestar fetal o de sufrimiento fetal.
- Cuando durante el embarazo se haya producido alguna complicación como el desprendimiento de placenta, hipertensión, placenta previa, ...
- Cuando a la madre ya se le ha practicado una cesárea con anterioridad, aunque no siempre
- Cuando se produce el prolapse del cordón umbilical
- En un parto gemelar cuando el primero se presenta de nalgas

IV. ANALGESIA EPIDURAL

Consiste en el bloqueo sensitivo temporal y reversible de las raíces nerviosas, mediante la inyección en el espacio epidural de un anestésico local y/o opiáceo.

Tiene como ventajas:

- máxima eficacia para el dolor
- permite cualquier maniobra obstétrica
- analgesia postoperatoria residual
- permite la participación activa de la madre durante el parto
- máxima seguridad maternofetal, etc.

4.3 Procedimientos en el puerperio

I. INHIBICIÓN DE LA LACTANCIA

En determinadas circunstancias puede estar indicada la inhibición de la lactancia. La conducta terapéutica a seguir dependerá del momento en el que esta decisión se adopte:

- Si la supresión ya está decidida antes del parto, una vez que éste se produzca y al menos antes de las primeras 24 horas, habrá que actuar inhibiendo la lactogénesis. Esto puede realizarse mediante la toma de una serie de medicamentos, como son la Bromocriptina o la Cabergolida.
- Si la indicación surge una vez iniciada la lactancia, lo que habremos de hacer en primer lugar es inhibir el reflejo de succión, ya que éste se encarga de mantener la producción de la leche, por lo tanto habrá que evitar cualquier estímulo sobre el pezón. Para evitar que las mamas se vuelvan a llenar puede ser conveniente fajarlas y en algunos casos puede ser necesaria la administración suplementaria de antiinflamatorios o analgésicos. En segundo lugar, podría plantearse la toma de alguno de los fármacos anteriormente comentados.

II. LEGRADO PUERPERAL

Consiste en la introducción de una cuchara en el útero para asegurarse de la vacuidad del órgano. El útero puerperal es sumamente friable y su perforación es facilísima.

**UNIDAD DIDÁCTICA V
CODIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS Y
PROCEDIMIENTOS DE EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO**

El capítulo 11 de la CIE-9-MC 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. 2

5.1 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.

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 embarazo.

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

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 cesárea.

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 agudos.

II. USO DE CUARTO Y QUINTO DÍGITO

1. *Aborto*

En aborto, 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 tabular.

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.

5.2 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).

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 metastático.

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

El **cociocarcinoma** es la forma de enfermedad trofoblástica más agresiva, si no se trata adecuadamente, y que puede producir metástasis (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	CODIGO CIE
Enfermedad trofoblástica	630 Mola hidatiforme
Embarazo molar	631 Otro producto anormal de la concepción
Huevo huero	631 Otro producto anormal de la 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 el 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.

5.3 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 ECTOPICO	CODIGO 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

V. 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.

3. Tratamiento médico

El tratamiento médico con metrotexate 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.**

VI. 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 más 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

5.4 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 gramos.

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**.

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 vivo.

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 codificará 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 patológica.

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.

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 I 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.

III. ABORTO INADVERTIDO

Un aborto inadvertido 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.
- 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.

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 códigos:

- **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 vivo.

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

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** 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		CODIGO 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, microlegrado	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 suppositorio (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 laminaria

5.5 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 contrario.

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.

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

CIRCUNSTANCIA	CODIFICACION
HTA crónica esencial benigna, HTA crónica	642.0X HTA esencial benigna que complica embarazo, parto y puerperio + 401.1 ó 401.9
HTA crónica secundaria a enfermedad renal crónica	642.1X HTA secundaria a enfermedad renal que complica el embarazo, parto y puerperio + código de la enfermedad renal
HTA otros tipos preexistentes	642.2X Otra HTA 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 HTA no especificada que complica embarazo, parto y puerperio + 401.9 hipertensión esencial no especificada
HTA gestacional	642.3X HTA 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 642.5XPreeclampsia 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 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

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

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,
- 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 B-hemolítico

Esta condición se codificará con la siguiente secuencia:

- **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 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

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.).
- 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).

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 asignarán:

- 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 circunstancias:

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

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 amniocentesis 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.OX 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.OX 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 cardiaca 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 madre.

X. ROTURA DE 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. Otra 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.

XI. PARTO PREMATURO Y AMENAZA DE PARTO PREMATURO

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	644.0X 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.

5.6 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 condiciones:

- 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.**

5.7 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

5.8 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 siguientes:

- ingresa con un parto normal, vaginal,
- a término (de 37+1 semanas a 40 completas),
- con presentación fetalcefálica u occipital (OAD, OAI, OPD, DPI y vértez 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:

CIRCUNSTANCIA	CÓDIGO CIE
Episiotomía sin fórceps	73.6 Episiotomía
Episiorrectia	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 principal 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).

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 circunstancias:

- 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**.

III. PARTO DISTÓCICO

Distocias maternas	Sin obstrucción	Con obstrucción
Dinámicas	661.XX	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		SIN OBSTRUCCION	CON OBSTRUCCIÓN
Situación	Longitudinal	No codificar	
	Transversa	652.3	660.0X + 652.3
	Oblicua	652.3X + 652.0	660.0X + 652.3 + 652.0
Presentación	Cefálica de vértice u occipital de sincipucio	No codificar	
	Cefálica de cara o de frente	652.4X	660.0X + 652.4X
	Nalgas puras o completas con versióncefálica	652.2X	660.0X + 652.2X
	Nalgas incompletas o de pies u otra presentación anómala sin mención de versión	652.1X + procedimiento versión	
	Nalgas incompletas o de pies u otra presentación anómala con versióncefálica	652.8X	660.0X + 652.8X
	Hombros	652.1X + procedimiento versión	
	Hombros impactados	652.8X	660.4X
	Brazo(brazo prolapsado)		660.4X
		652.7X	660.0X + 652.7X
	Desproporción fetal	653.5X-653.7	660.1X + 653.5X-653.7

DISTOCIAS OVULARES	CODIGO CIE	
	Sin obstrucción	Con obstrucción
Ovulares	641.0-641.1 + 663.X	660.8X + 641.0-641 + 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.

V. PARTO PROLONGADO

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 multíparas.

Las fases o periodos del trabajo de parto son tres:

- .Período de dilatación. **662.0X Parto prolongado. Primera fase prolongada** con 5º dígito 1 ó 3
- .Período expulsivo. **662.2X Parto prolongado. Segunda fase prolongada** con 5º dígito 1 ó 3
- .Período de alumbramiento. **660.2X Parto prolongado. Segunda fase prolongada**

Cuando se conozca la causa que motiva que el parto se estanke 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 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 tiempo.

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

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.**

3. Fórceps

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**.

4. Espátulas

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.

5. Ventosa

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.

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

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

VIII. PARTO POR CESÁREA

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 cesárea.

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.

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 episiotomía.

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 tercero 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).

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.

5.9 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 parto.

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

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.

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 la coagulación postparto

II. ATONÍA UTERINA SIN HEMORRAGIA

Cuando existe una atonía uterina que cursa sin hemorragia y es puerperal, 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

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).

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

. En el útero, dando lugar a la endometritis puerperal. Se codificará con la siguiente secuencia:

- 670.02 ó 670.04 Infección puerperal grave, según sea en el mismo episodio del parto o en un r reincidencia posterior.
- 615.9 Enfermedad inflamatoria no especificada del útero.
- Germen causante, si se conoce.

. En las heridas de cirugía obstétrica, episiotomías, desgarros y cesáreas. Se codifican:

- 674.3X Otras complicaciones de heridas por cirugía obstétrica
- 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.
- Infección generalizada: cuando la infección de la herida quirúrgica obstétrica lleva 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.

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**.

VI. MASTITIS Y CONGESTIÓN DE MAMAS

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

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

5.10 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**.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

- ✖ 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>
- ✖ Amnioscopia-saludalia. Pruebas diagnósticas, 2000. Díaz garcía, E. Disponible en:
http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/pruebas_diagnosticas/doc/amnioscopia.htm
- ✖ Diagnóstico prenatal. Ecografía de alta resolución. Diagnóstico prenatal [acceso 12 noviembre de 2010] Disponible en:
http://www.institutomarques.com/ecografia_de_alta_definicion.html
- ✖ Fisterra.com. información para pacientes sobre la amniocentesis [actualizada el 11 de marzo de 2009; acceso 12 noviembre de 2010]. Disponible en:
<http://www.fisterra.com/salud/3proceDT/amniocentesis.asp>
- ✖ La biopsia de corion. Diagnóstico prenatal en el embarazo. [acceso 20 de noviembre de 2010]. Disponible en:
http://www.institutomarques.com/biopsia_de_corion.html
- ✖ Uso de fórceps y ventosa. El bebé.[acceso 20 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.elbebe.com/index.php/es/parto/uso-de-forceps-o-ventosas>
- ✖ La primera unidad de reproducción humano de Venezuela. Fertilab. De mujer-obstetricia-Parto instrumental. Disponible en:
http://www.fertilab.net/de_mujer/emb_pi.html#que
- ✖ Clínica universidad de Navarra. Área de salud.[actualizado 3 de septiembre de 2008]. Alcázar Zambrano, JL. Futura mamá lactancia. Disponible en:
<http://www.cun.es/areadesalud/tu-perfil/futura-mama/lactancia/>
- ✖ Embarazo. Fases del parto. Disponible en:
<http://www.pregnancy-due-date.com/embrazo/parto/fases-del-parto/lespana>.
- ✖ La mujer en el puerperio. Cambios fisiológicos en el puerperio. Disponible en:
http://apuntesenfermeria.iespana.es/apuntes_htm/la_mujer_en_el_puerperio.htm

- ✖ Carrera macià JM, Mallafré Dols J, Serra Zantop B. Consejo de redacción. Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus. 4^a ed. Barcelona: Masson; 2006
- ✖ Fornieles García Y, Díaz Martínez A. Editoras. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio. 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. 2010
- ✖ Ministerio de Salud y Consumo. Clasificación Internacional de Enfermedades, 9^a Revisión Modificación Clínica. 7^a ed. Madrid: Ministerio de salud y Consumo, 2010

CUESTIONARIO

Cuestionario

PREGUNTA Nº 1.- Mujer de 20 años con 25 semanas de gestación que ingresa por urgencias por presentar hemorragia y anemia aguda secundaria a la hemorragia. Se da de alta a los 2 días.

- a) 641.93 648.23 285.1
- b) 641.93 648.75 285.1
- c) 642.93 648.23 286.1

PREGUNTA Nº 2.- El parto prematuro es el que está comprendido entre:

- a) menos de 22 semanas completas
- b) entre 22 completas y 37 completas
- c) entre las 38 semanas y las 39 completas

PREGUNTA Nº 3.- El desgarro perineal de segundo grado se codifica:

- a) 665.4X
- b) 664.0X
- c) 664.1X

PREGUNTA Nº 4.- Embaraza de 38 semanas, hipertensa crónica, que refiere rotura de la bolsa de menos de 24 horas que se confirma. Nace varón vivo de 3370 gramos por parto eutócico y monitorizado.

- a) 642.01 401.9 V27.0 73.59 75.34
- b) 642.01 401.9 65811 V27.0 76.25 75.34
- c) 642.01 401.9 65811 V27.0 73.59 75.34

PREGUNTA Nº 5.- Mujer que ingresa tras haber parido en su casa. Se realiza una revisión de la cavidad y no se encuentra nada patológico.

- a) V24.0 75.7
- b) V24.0
- c) V78.0 75.7

PREGUNTA Nº 6.- Parto normal, nacido vivo de 3300 gr., que al segundo día es vista por traumatólogo por un hallux valgus para su inclusión en lista de espera.

- a) 650 V27.0 735.0
- b) 650 V11.0 735.0
- c) 650 V27.0

PREGUNTA Nº 7.- Paciente, traída en ambulancia al hospital tras haber parido en casa, trae en una bolsa la placenta. Se observa un desgarro de segundo grado que se sutura.

- a) 644.14 .69
- b) 14 75.69
- c) 644.14 75.69

PREGUNTA Nº 8.- Embarazada a término con obesidad.

- a) 649.13 278.00
- b) 649.13
- c) 679.13 278.00

PREGUNTA Nº 9.- Embarazada de 38 semanas con VIH. Se realiza ecografía y monitores.

- a) 647.63 042 75.34 88.72
- b) 88.72
- c) 647. 88.72

PREGUNTA Nº 10.- Mujer, embarazada de 8 semanas, que presenta sangrado. Se diagnostica de aborto diferido y se realiza legrado uterino.

- a) 632 69.02
- b) 632
- c) 672 69.02

PREGUNTA Nº 11.- Gestante de 9 semanas que sufre amenaza de aborto.

- a) 740.03
- b) 640.03
- c) 640

PREGUNTA Nº 12.- Aborto incompleto (espontáneo).

- a) 64.91
- b) 634.91
- c) 634.91.01

PREGUNTA Nº 13.- Aborto espontáneo con infección urinaria.

- a) 634.70
- b) 164.65
- c) No se codifica.

PREGUNTA Nº 14.- Aborto legalmente inducido por anencefalia fetal.

- a) 635.9X 655.03
- b) 635.9X
- c) 655.03

PREGUNTA Nº 15.- Aborto espontáneo complicado por shock en el mismo episodio.

- a) 634.50
- b) 64.34.50
- c) 623.50

PREGUNTA Nº 16.- Ingreso por hemorroides puerperales.

- a) 671.106
- b) 761.84
- c) 671.84

PREGUNTA Nº 17.- Dehiscencia de sutura de episiotomía.

- a) 674.2X
- b) 74.2X
- c) 67.2X

PREGUNTA Nº 18.- Paciente que ingresa para reparación de un prolapso uterino, secundario a un trauma obstétrico durante su último parto hace dos años.

- a) 677
- b) 618.1 766
- c) 618.1 677

PREGUNTA Nº 19.- Embarazada de 38 semanas que acude al hospital para control de su preeclampsia, al cuarto día de ingreso presenta desprendimiento de placenta que obliga a practicar cesárea urgente, naciendo varón vivo de 3250 gr.

- a) 642.81 641.21 V27.0 74.1
- b) 642.41 641.21 V227.0 74.1
- c) 642.41 641.21 V27.0 74.1

PREGUNTA Nº 20.- Embarazada de alto riesgo por haber tenido varios abortos previos.

- a) 746.3X
- b) 646.3X
- c) 647.3X

PREGUNTA Nº 21.- Gestante de 13 semanas que ingresa por hiperemésis gravídica.

- a) 743.03
- b) 643.v503
- c) 643.03

PREGUNTA Nº 22.- Mujer que al tercer día del alta presenta infección de la herida quirúrgica.

- a) 674.34
- b) 74.34
- c) 774.34

PREGUNTA Nº 23.- Codificación de un parto normal:

- a) 650, v27.2, 74.1
- b) 650, v28 0, 73.59
- c) 650, v27.0, 73.59

PREGUNTA Nº 24.- Gestante de 41 semanas, que al segundo día postparto (estando aún ingresada) presenta linfagitis de mama derecha. Nace varón vivo, de 3170 gr. Mediante espátula con episiotomía.

- a) 645.11 675.22 72.8 73.6
- b) 645.11 72.8 73.6
- c) 645.11 675.22 72.8

PREGUNTA Nº 25.-Gestante de 30 semanas que ingresa por cólico nefrítico.

- a) 646.23 788.0
- b) 646 788.0
- c) 647.23 788

PREGUNTA Nº 26.- Embaraza de 36 semana, que ingresa por contracciones. Nace mujer de 2780 gr., vía vaginal.

- a) 644.21 V27.0 59
- b) 644.2 73.59
- c) 644.21 V27.0 73.59

PREGUNTA Nº 27.- Embarazada de 37 semanas, portadora de VIH asintomático, que ingresa por pródromos de parto.

- a) 647.63 V08
- b) 647 V08
- c) 64.63 V08

PREGUNTA Nº 28.- Gestante de 40 semanas, portadora de estreptococo agalactiae, que refiere bolsa roto de menos de 24 horas que se confirma. Nace mujer de 3370 gr. Mediante fórceps.

- a) V02.51 645.11 658.11 V27.0 72.0
- b) 648.91 V02.51 645.11 658.11 V27.0 72.0
- c) 648.91 V02.51 645.11 658.11

PREGUNTA Nº 29.- Mujer de 15 años, de 38 semanas de gestación. Nace varón vivo de 3000 gr. Vía vaginal, sufre desgarro perineal de tercer grado que se sutura.

- a) V27.0 75.62
- b) 659.81 664.21 V27.0 75.62
- c) 659.81 664.21 0 75.62

PREGUNTA Nº 30.-Embarazada de 40 semanas, con hipertensión preexistente, que ingresa para su control.

- a) 642.03 401.9 645.11
- b) 642.03 401.9
- c) 401.9 645.11