



**Clasificación Estadística Internacional de  
Enfermedades y Problemas Relacionados con la  
Salud, CIE-10**

**Manual de Orientaciones de Codificación  
para Capítulo XV “Embarazo, parto y puerperio”**

Actualización N° 1:

**Grupo de Trabajo para Clasificaciones Estadísticas de Salud.**

**Santiago, julio 2025.**

**Integrantes:**

Yeni Varas M., Depto. de Planificación Financiera y Gestión de la Información, MINSAL.

Daily Piedra Suarez, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, MINSAL.

Karina Cuevas Lang, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, MINSAL.

Camila Medina Silva, Departamento Modelos de Financiamiento, FONASA.

Bárbara Lagos Espinoza, Departamento Modelos de Financiamiento, FONASA.

Blanca Arredondo Marín, Subdepartamento Validación de Prestaciones, FONASA.

Karina Mattioni Vиейtes, Subdepartamento Fiscalización y Auditoría GRD, FONASA.

Carmina Valencia Saldías, Subdepartamento Fiscalización y Auditoría GRD, FONASA.

Mirza Aguilera Saavedra, Depto. Integración de la Red, Servicio de Salud Araucanía Sur.

Georgina Zepeda, Unidad Análisis de Gestión Clínica por GRD, Hospital Las Higueras.

# Contenido

Introducción.....	3
Definiciones .....	4
Normas para la codificación del embarazo, parto y puerperio .....	6
Normas generales.....	6
Selección del diagnóstico principal.....	7
Embarazo terminado en aborto .....	7
I. Aborto retenido y huevo anembrionado.....	7
II. Aborto completo e incompleto .....	8
III. Complicaciones del aborto, embarazo ectópico y embarazo molar .....	11
IV. Codificación de diagnósticos en el marco de la ley N°21.030 de interrupción voluntaria del embarazo .....	13
Patologías que complican el embarazo, parto y puerperio.....	13
I. Patologías preexistentes que complican el embarazo, parto y puerperio.....	13
a) Hipertensión arterial preexistente .....	14
b) Diabetes mellitus preexistente .....	16
c) Otras patologías preexistentes .....	17
II. Patologías inducidas por el embarazo.....	19
a) Hipertensión gestacional o Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE).....	19
b) Diabetes gestacional.....	22
III. Patologías maternas que complican el embarazo, parto y puerperio .....	23
a) Consumo de sustancias psicoactivas .....	23
b) Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) .....	24
c) Traumatismos, envenenamientos y causas externas .....	25
d) Insuficiencia o incompetencia cervical .....	26
e) Cuello corto .....	28
IV. Problemas relacionados con el feto, la cavidad amniótica, anomalías pelvianas fetales que complican el embarazo .....	29
a) Atención materna por anomalías, lesiones o problemas fetales conocidos o presuntos.....	29
b) Ruptura prematura de membranas .....	31
c) Amenaza o Síntomas de parto prematuro.....	32

V. Complicaciones del trabajo de parto y parto .....	33
a) Trabajo de parto prematuro y parto .....	33
b) Fracaso de la inducción del trabajo de parto .....	35
c) Dilatación estacionaria.....	36
d) Expulsivo detenido .....	37
e) Trabajo de parto obstruido.....	38
f) Problemas del cordón umbilical .....	40
g) Desgarros perineales.....	42
Parto (O80 – O84).....	45
a) Parto espontáneo.....	45
b) Parto por fórceps o ventosa extractora .....	47
c) Parto por cesárea .....	48
Complicaciones del puerperio .....	50
Secuelas de complicaciones del embarazo, parto y puerperio .....	51
Bibliografía .....	53

## Introducción

El presente manual entrega orientaciones para la codificación de afecciones relacionadas con el Capítulo XV de la CIE-10 edición 2018 <sup>1</sup>, y tiene como propósito orientar en la correcta asignación de códigos a través de la entrega de las definiciones básicas utilizadas y la aplicación de reglas de codificación.

Este documento corresponde a una versión actualizada de la publicada en 2019, incorporando ejemplos adicionales y un mayor nivel de detalle en las categorías que así lo requieren, con el fin de facilitar la correcta aplicación de los criterios de codificación.

Los códigos incluidos en este capítulo son utilizados para las afecciones relacionadas con el embarazo o agravadas por éste, con el parto y el puerperio. Comprende los códigos entre los grupos (O00-O99).

### **Este capítulo excluye:**

- Ciertas enfermedades o lesiones que complican el embarazo, el parto o el puerperio clasificadas en otra parte:
- Causas externas (para mortalidad) (V01 – Y98)
- Necrosis de la glándula hipófisis en el postparto (E23.0)
- Osteomalacia puerperal (M83.0)

### Supervisión del embarazo:

- de alto riesgo (Z35.-)
- normal (Z34.-)
- Tétanos obstétrico (A34)
- Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio (F53.-)
- Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00 – T88.1, T88.6 – T98)

### **Este capítulo contiene los siguientes grupos:**

O00–O08 Embarazo terminado en aborto

O10–O16 Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio

O20–O29 Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo

O30–O48 Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto

O60–O75 Complicaciones del trabajo de parto y parto

O80–O84 Parto

O85–O92 Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio

O94–O99 Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte

## Definiciones

Las siguientes definiciones se utilizarán en el capítulo:

- **Embarazo:** el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (5 o 6 días después de la fecundación) este atraviesa el endometrio 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 días tras la fecundación y finaliza con la expulsión o extracción del feto y sus anexos (membranas amnióticas, placenta, y cordón umbilical).
- **Edad gestacional:** es el número de días transcurridos desde el primer día de la última menstruación del ciclo concepcional (FUM) hasta la fecha actual. La edad gestacional se expresa en semanas y días. Por ejemplo, 26<sup>+2</sup> semanas significa 26 semanas y 2 días.<sup>2</sup>
- **Cronología del Embarazo:** la duración normal de la gestación es de aproximadamente 280 días, contados desde la fecha de última menstruación, en la mayoría de las mujeres sanas.<sup>3</sup> El embarazo según su duración se clasifica en:
  - **Embarazo de pretérmino:** embarazo entre las 22 semanas y las 36<sup>+6</sup> semanas de gestación.
  - **Embarazo de término:** embarazo entre las 37 y 40 semanas completas de gestación.
  - **Embarazo de post término:** embarazo entre las 40<sup>+1</sup> semanas y 42 semanas completas de gestación.

- **Embarazo en vías de prolongación:** Los embarazos que se extienden entre las 41<sup>+1</sup> y las 42 semanas se denominan embarazos en vías de prolongación.<sup>3</sup> Corresponde a una subclasificación del embarazo de post término.
- **Embarazo prolongado:** se define como aquél que ha alcanzado las 42 semanas de gestación o 294 días desde la fecha de la última regla (FUR).<sup>3</sup>
- **Óbito fetal:** es la ocurrencia de muerte fetal desde las 22 semanas de edad gestacional o desde que el feto tenga un peso de 500 gramos y hasta el momento del parto.
- **Trabajo de parto:** operacionalmente se define como la presencia de 2 o más contracciones en 10 minutos, de 30 o más segundos de duración (palpatoria), por un período mínimo de 1 hora acompañadas de modificaciones cervicales: borramiento  $\geq 50\%$  y dilatación  $\geq 1$  cm. (del orificio cervical interno).<sup>4</sup>
- **Inducción del trabajo de parto:** es la iniciación de las contracciones uterinas en una mujer embarazada que no está en la fase del trabajo de parto, con el fin de lograr un parto vaginal. Los métodos de inducción del trabajo de parto son farmacológicos y mecánicos. Dentro de los métodos farmacológicos está el uso de Prostaglandina E2 (Dinoprostona) vía vaginal, Análogos de Prostaglandina E1 (Misoprostol) vía vaginal y la infusión endovenosa de oxitocina. Dentro de los métodos mecánicos está el uso de dispositivos de balón (balón de cook o sonda Foley N° 14 – 18). Los métodos mecánicos, comúnmente no son efectivos en la inducción del parto por sí solos y a menudo requieren oxitocina para la inducción o conducción del parto. <sup>3</sup>
- **Conducción del trabajo de parto:** es la intensificación de las contracciones en una mujer embarazada que ya se encuentra en trabajo de parto (aceleración).<sup>3</sup>
- **Parto:** el período del parto corresponde al momento en que se produce la expulsión del recién nacido y los anexos ovulares. Se define como normal aquel parto que tiene un comienzo espontáneo, desde su inicio y se mantiene como tal hasta después del alumbramiento. El niño o la niña nace espontáneamente en presentación cefálica entre las 37 a 42 semanas. Después del parto, tanto la madre como el niño(a) se encuentran en buenas condiciones (OMS). <sup>4</sup>
- **Puerperio:** período que va desde la salida de la placenta y hasta en promedio, a los 42 días desde nacimiento o 6 semanas post parto. Es un proceso

involutivo, que tiene como fin restituir órganos y sistemas a su estado pregestacional.<sup>4</sup>

## Normas para la codificación del embarazo, parto y puerperio

### Normas generales

- Los códigos de este capítulo sólo deben utilizarse en la codificación del episodio de la gestante, nunca en el episodio del recién nacido.
- Los códigos del capítulo XV tienen prioridad en la secuencia de codificación sobre los códigos de otros capítulos.
- Se deben agregar códigos adicionales de otros capítulos junto a códigos del Capítulo XV para aportar más información o para dar mayor especificidad a las afecciones. Un ejemplo son las categorías O98 y O99, entre otras.
- Cualquier circunstancia o condición que sucede durante el embarazo, parto o puerperio, deberá ser considerada una comorbilidad y/o complicación de estos, salvo que en la documentación clínica el médico establezca que tal condición no ha afectado ese período o al tratamiento que la paciente ha recibido. Por tanto, es responsabilidad del clínico determinar que la afección que se trata no está afectando el embarazo o la gestación no agrava dicha afección.
- En el caso que una afección no esté afectando el embarazo o no tiene ninguna relación con la gestación (indicado por el médico), el código del proceso no obstétrico será el diagnóstico principal y se asignará como adicional y secundario el código **Z33 Estado de embarazo, incidental**. El uso de este código anula la utilización en conjunto a códigos del Capítulo XV.
- En los episodios donde se produce el parto se asignará, junto a los códigos que describan el episodio del parto, un código adicional de la categoría **Z37.- Producto del parto**, para indicar el número y estado del recién nacido (vivo o muerto). Estos códigos únicamente pueden ser utilizados en el episodio de la gestante, en el que ocurre el parto, nunca en el episodio del recién nacido. Y siempre serán diagnósticos secundarios.
- La categoría de códigos **Z38.- Nacidos vivos según lugar de nacimiento**, tal como la glosa lo describe, se utilizan para indicar el lugar de nacimiento, por lo tanto, sólo cuando la paciente ingresa al establecimiento después de haberse producido el parto fuera de un recinto hospitalario, deben asignarse

los siguientes códigos: **Z38.1 Producto único, nacido fuera de hospital;** **Z38.4 Gemelos, nacidos fuera de hospital** o **Z38.7 Otros nacimientos múltiples, fuera del hospital.**

## Selección del diagnóstico principal

Para la selección del diagnóstico principal se utilizará la siguiente priorización:

1. La patología prima frente a la normalidad.
2. La patología obstétrica prima frente a la patología no obstétrica.

**Nota:** En caso de fórceps o cesárea, el diagnóstico principal será la causa que justifica su realización.

## Embarazo terminado en aborto

### I. Aborto retenido y huevo anembrionado

#### i. Definición:

Corresponden a la interrupción del embarazo, antes de viabilidad fetal o antes de las 22 semanas de gestación y/o un peso menor a 500 gramos que no se expulsa.

#### ii. Codificación:

El aborto retenido se codificará mediante la categoría **O02.1 Aborto retenido** mientras el huevo anembrionado, se codificará con el código **O02.0 Detención del desarrollo del huevo y mola no hidatiforme**. El huevo anembrionado sucede cuando el óvulo fecundado por el espermatozoide, tras implantarse en la cavidad uterina, tiene un desarrollo anormal en el que únicamente da lugar al saco gestacional, el que se observa vacío, sin señales de que exista un embrión en su interior.

iii. Ejemplos:

**Ejemplo 1. Aborto retenido como diagnóstico principal.**

Primigesta cursando embarazo de 19 semanas, acude a control obstétrico de rutina pesquisándose latidos cardio fetales (LCF) ausentes. Al examen no se evidencia sangrado genital. Se hospitaliza para legrado.

**Diagnóstico principal:**

O02.1 Aborto retenido

**Observación:**

- *En este caso, el aborto se clasifica como retenido al no existir una expulsión completa o incompleta del feto en embarazo menor de 22 semanas.*

**Ejemplo 2. Huevo anembrionado como diagnóstico principal.**

Embarazada de 10 semanas consulta en Urgencia por sangrado vaginal. Ecografía evidencia huevo anembrionado. Se realiza legrado uterino.

**Diagnóstico principal:**

O02.0 Detención del desarrollo del huevo y mola no hidatiforme.

**Observación:**

- *Se utiliza el código O02.0 Detención del desarrollo del huevo y mola no hidatiforme, ya que en el saco gestacional existe una detención del desarrollo del huevo quedando un saco gestacional vacío o anembrionado.*

## II. Aborto completo e incompleto

i. Definición:

Interrupción del embarazo, antes de viabilidad fetal o antes de las 22 semanas de gestación y/o un peso menor a 500 gramos, espontáneo o inducido. (El peso solo se considerará cuando no exista edad gestacional segura).<sup>5</sup>

ii. Codificación:

La codificación del aborto se realizará mediante los códigos de las categorías O03 - O06 para identificarlo desde la forma que se produce o su resolución (O03.-Aborto espontáneo, O04.- Aborto médico, O05.- Otro aborto y O06.- Aborto no especificado) definiendo mediante su subcategoría la expulsión incompleta o completa de los productos de la concepción y la presencia o ausencia de complicaciones asociadas al aborto actual.

iii. Ejemplos:

**Ejemplo 1. Aborto incompleto como diagnóstico principal.**

Gestante de 12 semanas con estenosis mitral congénita ingresa por sangramiento genital. A la ecografía se constata aborto incompleto. Se realiza legrado uterino.

**Diagnóstico principal:**

O03.4 Aborto espontáneo, incompleto, sin complicación.

**Diagnósticos secundarios:**

O99.8 Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio

Q23.2 Estenosis mitral congénita

**Observaciones:**

- *El aborto se clasifica incompleto según lo indicado en la evolución y sin complicación por no existir registro o especificación de dicha condición.*
- *Se codificará como diagnóstico secundario la comorbilidad de la paciente. En este caso quedará codificado en O99.8 Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio y se complementará y especificará la comorbilidad mediante un código de otro capítulo (Q23.2 Estenosis mitral congénita).*

### **Ejemplo 2. Aborto con complicaciones durante el episodio.**

Paciente de 21 años y 9 semanas de embarazo, consulta por sangrado vaginal abundante, dolor abdominal intenso y fiebre cuantificada en 40°C.

Se hospitaliza para estudio. Ecografía transvaginal informa restos de aborto. Se toman exámenes de laboratorio: PCR elevada y leucocitosis. Médico de turno diagnostica infección pelviana por aborto en evolución.

Se indica pabellón para legrado y antibióticos por 7 días.

**Diagnóstico principal:**

O03.0 Aborto espontáneo, incompleto, complicado con infección genital y pelviana.

**Diagnóstico secundario:**

---

**Observaciones:**

- *El aborto se clasifica incompleto según lo indicado en la evolución (restos de aborto) y con complicación por estar registrada y especificada la infección asociada.*
- *Dado que el código combinado especifica la complicación, se codificará el diagnóstico O03.0 Aborto espontáneo, incompleto, complicado con infección genital y pelviana.*

### **Ejemplo 3. Aborto incompleto como diagnóstico secundario.**

Primípara cursando embarazo de 12<sup>+4</sup> semanas, que acude al servicio de urgencia por dolor abdominal. Se diagnostica Apendicitis Aguda con peritonitis localizada por lo que ingresa para apendicectomía laparoscópica. Cursando el segundo día post operatorio, presenta aborto espontáneo incompleto por lo que se debe realizar legrado uterino.

**Diagnóstico principal:**

O99.6 Enfermedades del sistema digestivo que complican el embarazo, el parto y el puerperio.

**Diagnósticos secundarios:**

K35.3 Apendicitis aguda, con peritonitis localizada.

O03.4 Aborto espontáneo, incompleto, sin complicación.

**Observaciones:**

- *El diagnóstico de aborto se codificará como secundario al ser una complicación del episodio actual de hospitalización.*
- *Se debe recordar que, en el caso de patologías que se clasifican mediante códigos de la categoría O99.- se deberá registrar como diagnóstico secundario un código de otro capítulo que especifique la afección.*

### III. Complicaciones del aborto, embarazo ectópico y embarazo molar

i. Definición:

Se refiere a complicaciones consecutivas o posteriores al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar. Entre las más comunes están las infecciones como la endometritis, hemorragias, traumatismos, etc.

ii. Codificación:

La categoría **O08.- Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar** no se debe utilizar para codificar la “afección principal”, excepto cuando un nuevo episodio de atención tiene como único propósito el tratamiento de una complicación, por ejemplo, una complicación actual de un aborto previo. Esta categoría se puede utilizar como código adicional opcional a las categorías O00 – O02 para identificar complicaciones asociadas, y a las categorías O03 – O07 para ampliar los detalles de la complicación.

iii. Ejemplos:

**Ejemplo 1. Complicación posterior al aborto como diagnóstico principal.**

Paciente de 27 años tras aborto espontáneo con legrado, reingresa a los 2 días post procedimiento por fiebre, algia pélvica y flujo genital sanguinolento de mal olor. Se hospitaliza para tratamiento antibiótico endovenoso por endometritis post aborto.

**Diagnóstico principal:**

O08.0 Infección genital y pelviana consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar.

**Diagnóstico secundario:**

---

**Observación:**

- *En este caso la endometritis por aborto será el diagnóstico principal ya que el propósito de la hospitalización de la paciente es el tratamiento de dicha complicación.*

**Ejemplo 2. Gestante con embarazo ectópico.**

Múltipara de 1, con hipertensión arterial crónica en tratamiento, consulta con Test Pack (+), FUM 15/04/2025 e intenso dolor abdominal. Se realiza ecografía transvaginal evidenciando embarazo tubárico derecho, se toman exámenes y se indica pabellón de urgencia. Diagnóstico de egreso embarazo ectópico derecho.

**Diagnóstico principal:**

O00.1 Embarazo tubárico

**Diagnóstico secundario:**

O10.0 Hipertensión esencial preexistente que complica el embarazo, parto y el puerperio

**Observación:**

- *En estos casos se debe identificar y precisar en la lectura el sitio anatómico donde se da a lugar el embarazo ectópico en este caso es en la trompa de Falopio.*

**Ejemplo 3. Gestante con embarazo molar.**

Mujer de 25 años, gestante de 12 semanas que acude al servicio de obstetricia debido a un sangrado vaginal irregular y abundante, náuseas persistentes y vómitos intensos. No tiene antecedentes de embarazos anormales o enfermedades significativas. La ecografía obstétrica muestra un útero aumentado de tamaño con una imagen característica de "copos de nieve" y ausencia de feto viable, Se diagnostica mola hidatiforme y anemia aguda. Se realiza legrado y se transfunden glóbulos rojos.

**Diagnóstico principal:**

O01.0 Mola hidatiforme clásica

**Diagnósticos secundarios:**

M9100/0 Mola hidatiforme SAI (O01.9)

O99.0 Anemia que complica el embarazo, parto y puerperio.

D62 Anemia post hemorrágica aguda.

**Observaciones:**

- *Se codificará la mola hidatiforme como diagnóstico principal y su respectiva morfología como diagnóstico secundario.*
- *Se debe recordar que, en el caso de patologías que se clasifican mediante códigos de la categoría O99.- se deberá registrar como diagnóstico secundario un código de otro capítulo que especifique la afección.*

#### IV. Codificación de diagnósticos en el marco de la ley N°21.030 de interrupción voluntaria del embarazo

Consultar Guía para la Codificación de Diagnósticos, haciendo uso de la CIE - 10, en el Marco de la Ley N°21.030 de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Departamento de Estadísticas e Información de Salud División de Planificación Sanitaria. Versión 1.0. 2018.

<https://repositoriodeis.minsal.cl/ContenidoSitioWeb2020/uploads/2013/08/Gu%C3%ADa-para-la-codificaci%C3%B3n-casos-IVE-09-07-2018.pdf>

### Patologías que complican el embarazo, parto y puerperio

#### I. Patologías preexistentes que complican el embarazo, parto y puerperio

Algunas categorías del Capítulo XV distinguen entre las afecciones de la gestante que existían antes del embarazo (preexistentes) y las que son resultado directo del embarazo (gestacionales).

Dentro de las afecciones preexistentes en las pacientes obstétricas se tienen:

## a) Hipertensión arterial preexistente

### i. Definición:

Es la elevación tensional detectada antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación y que persiste en el postparto alejado. Predomina en mujeres sobre los 30 años, habitualmente múltiparas, con antecedentes familiares de hipertensión. <sup>3</sup>

La hipertensión arterial se puede presentar en la paciente obstétrica como una patología preexistente, ser superpuesta por otra afección obstétrica o estar incluida en otra afección.

### ii. Codificación:

La hipertensión arterial preexistente en la embarazada se codificará mediante las categorías:

- O10.- Hipertensión preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio
- O11 Trastornos hipertensivos preexistentes, con proteinuria agregada
- O12.- Edema y proteinuria gestacionales [inducidos por el embarazo] sin hipertensión

### iii. Ejemplos:

#### **Ejemplo 1: Hipertensión arterial preexistente que complica el embarazo como diagnóstico principal.**

Primigesta de 42 años, embarazo de 32+3 semanas y antecedente de hipertensión arterial diagnosticada 2 años antes de su embarazo. Ingresa por crisis hipertensiva y aumento excesivo de peso detectados durante control prenatal. Se hospitaliza para ecografía obstétrica, monitoreo fetal, control de diuresis y presión arterial.

#### **Diagnóstico principal:**

O10.0 Hipertensión esencial preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio.

#### **Diagnóstico secundario:**

O26.0 Aumento excesivo de peso en el embarazo

**Observación:**

- *Se codificará la hipertensión arterial preexistente como diagnóstico principal por ser la patología que motiva el ingreso y se relaciona con la conducta terapéutica.*

**Ejemplo 2: Hipertensión arterial preexistente que complica el embarazo como diagnóstico secundario.**

Gestante 29 años, multipara de 1 y embarazo de 37<sup>+3</sup> semanas, en control en Alto Riesgo Obstétrico (ARO) por hipertensión arterial crónica. Consulta al Servicio de Urgencia por molestias urinarias y fiebre. Se realizan exámenes de laboratorio compatibles con infección urinaria, dado el diagnóstico médico, se hospitaliza y administra tratamiento antibiótico endovenoso.

**Diagnóstico principal:**

O23.4 Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo

**Diagnóstico secundario:**

O10.0 Hipertensión esencial preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio.

**Observación:**

- *En este caso, la clínica y tratamiento de la usuaria están en el contexto de la infección urinaria por lo cual se asigna esta patología como diagnóstico principal y la hipertensión arterial preexistente se codificará como diagnóstico secundario.*

**Ejemplo 3: Afección obstétrica superpuesta a hipertensión arterial preexistente.**

Nulípara, embarazo de 38<sup>+1</sup> semanas con antecedente de hipertensión arterial crónica, acude al Servicio de Urgencia por presentar edema en extremidades superiores e inferiores y cara. Ante el diagnóstico de Preeclampsia severa se decide realizar cesárea de urgencia con producto recién nacido vivo.

**Diagnóstico principal:**

O11 Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica

**Diagnósticos secundarios:**

O82.1 Parto por cesárea de emergencia

Z37.0 Nacido vivo, único

**Observación:**

- *En este caso, se vinculará mediante código de combinación la superposición de la preeclampsia severa sobre la hipertensión arterial preexistente de la gestante.*

**b) Diabetes mellitus preexistente**

i. Definición:

El término diabetes pregestacional o preexistente se refiere a una mujer con diabetes, tipo 1 o 2, que se embaraza, o que cumple con los criterios de diagnóstico de diabetes de la OMS durante el primer trimestre del embarazo. <sup>3</sup>

ii. Codificación:

La diabetes mellitus pregestacional o preexistente se consignará mediante la categoría **O24.- Diabetes mellitus en el embarazo**, en particular:

- O24.0 Diabetes mellitus tipo 1 preexistente, en el embarazo
- O24.1 Diabetes mellitus tipo 2 preexistente, en el embarazo
- O24.2 Diabetes mellitus preexistente relacionada con desnutrición, en el embarazo
- O24.3 Diabetes mellitus preexistente, sin otra especificación, en el embarazo

iii. Ejemplo:

**Ejemplo: Diabetes Mellitus tipo 1 preexistente en el embarazo.**

Gestante de 35 años con antecedentes mórbidos de Diabetes mellitus tipo 1 con retinopatía y nefropatía diabética, Enfermedad Renal Crónica terminal (ERCT) etapa V en hemodiálisis trisemanal desde el año 2015.

Ingresa derivada desde otro recinto con un embarazo de 29<sup>+5</sup> semanas, Diabetes mellitus tipo 1 descompensada de difícil manejo, con necesidad de monitoreo continuo de glicemias y requerimientos de hemodiálisis diaria. Paciente es evaluada por equipo multidisciplinario. Finalmente se decide interrumpir a las 33 semanas mediante cesárea programada. Nace recién nacido vivo.

**Diagnóstico principal:**

O24.0 Diabetes mellitus Tipo 1, preexistente en el embarazo

**Diagnósticos secundarios:**

O60.3 Parto prematuro sin trabajo de parto espontáneo.

O99.8 Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio.

E10.3 Diabetes Mellitus Tipo 1. Con complicaciones oftálmicas

H36.0\* Retinopatía diabética (E10-E14† con cuarto carácter común .3)

E10.2 Diabetes Mellitus Tipo 1. Con complicaciones renales

N08.3\* Trastornos glomerulares en diabetes mellitus (E10-E14† con cuarto carácter común .2)

N18.5 Enfermedad renal crónica, estadio 5

Z99.2 Dependencia de diálisis renal

O82.0 Parto por cesárea electiva

Z37.0 Nacido vivo, único

**Observaciones:**

- *Se codificará la Diabetes mellitus (DM) tipo 1 preexistente en el embarazo como diagnóstico principal ya que motiva el ingreso y justifica la conducta terapéutica.*
- *El parto prematuro, se codificará sin trabajo de parto, por no existir dicha condición y como diagnostico secundario.*
- *Se codificarán como diagnósticos secundarios las complicaciones asociadas a la DM tipo 1 como la retinopatía y nefropatía diabética, la ERCT etapa V y la dependencia a hemodiálisis con códigos pertinentes de otros capítulos para especificar las afecciones.*
- *En el caso de las complicaciones asociadas a la DM tipo 1 como la retinopatía y nefropatía diabética se agregarán además sus respectivos códigos con asterisco (\*).*

**c) Otras patologías preexistentes**

Dentro de las comorbilidades preexistentes más comunes de las gestantes se encuentran el hipotiroidismo, la obesidad, los trastornos mentales, trombofilias, etc.

**i. Codificación:**

Para la codificación de otras comorbilidades o afecciones preexistentes que complican el embarazo, parto y puerperio, se utilizará la categoría **O99.- Otras**

**enfermedades maternas clasificables en otra parte, que complican el embarazo, el parto y el puerperio** a menos que el Índice Alfabético de la CIE - 10 derive la afección a un código específico, por ejemplo, diabetes o hipertensión preexistentes.

Además, se adicionará un código de otro capítulo para complementar y especificar la afección que complica el embarazo, parto y puerperio.

ii. Ejemplo:

**Ejemplo: Gestante con otras comorbilidades preexistentes.**

Múltipara de 2, doble cicatriz de cesárea anterior (2CCA), 37<sup>+3</sup> semanas de gestación y antecedentes personales de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y feto en presentación cefálica. Consulta de urgencia por contracciones uterinas dolorosas (CUD). Al tacto vaginal se palpa dilatación de 2 cms. y dinámica uterina (D.U) de 3 contracciones en 10 min. Se indica y realiza cesárea de urgencia por antecedente de doble CCA. Recién nacido vivo.

**Diagnóstico principal:**

O34.2 Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa

**Diagnósticos secundarios:**

O99.8 Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio

M32.9 Lupus eritematoso sistémico, sin otra especificación

O82.1 Parto por cesárea de emergencia

Z37.0 Nacido vivo, único

**Observaciones:**

- *Se codificará la causa de la cesárea como diagnóstico principal, en este caso, la doble cicatriz de cesárea anterior.*
- *Se codificará como diagnóstico secundario la afección preexistente Lupus eritematoso sistémico mediante los códigos complementarios O99.8 + M32.9.*
- *Para determinar que la complementariedad es correcta, se debe validar con la convención que se encuentra bajo el código y descripción que señala el rango de afecciones que incluye.*

*Por ejemplo: O99.8 Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio*

*Afecciones en C00-D48, H00-H95, **M00-M99**, N00-N99 y Q00-Q99 no clasificadas en otra parte.*

## II. Patologías inducidas por el embarazo

### a) Hipertensión gestacional o Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE)

#### i. Definición:

El síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) se clasifica en:

- Preeclampsia (PE): es la hipertensión específicamente inducida por el embarazo, que se caracteriza por aumento de la presión arterial en la segunda mitad de la gestación asociada a proteinuria y es característicamente reversible en el postparto.
- Eclampsia (E): es la forma más severa de PE, en la que la magnitud del alza tensional y del daño endotelial provoca una encefalopatía hipertensiva capaz de producir un cuadro convulsivo y/o coma en ausencia de patología neurológica previa.
- Hipertensión transitoria o Hipertensión gestacional sin proteinuria: Corresponde al aumento de la presión arterial después de las 20 semanas sin asociación con proteinuria. Puede presentarse en forma fugaz, como hipertensión tardía del embarazo o de los primeros días del puerperio, sin signos de repercusión visceral materna ni perinatal, o como alzas tensionales a lo largo del tercer trimestre, sin proteinuria. Se presenta en forma recurrente en embarazos sucesivos, iniciándose en forma cada vez más precoz.

#### ii. Codificación:

La codificación del Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE) se realizará mediante las siguientes categorías de la CIE 10:

- O13 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo]
- O14.- Preeclampsia
- O15.- Eclampsia

iii. Ejemplos:

**Ejemplo 1: Embarazada con Síndrome hipertensivo del embarazo (SHE).**

Gestante de 28<sup>+4</sup> semanas con aumento excesivo de peso, consulta por cefalea asociada y cifras tensionales elevadas. Se hospitaliza en Maternidad por Síndrome hipertensivo del embarazo para estudio y evaluación de bienestar fetal.

**Diagnóstico principal:**

O13 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo]

**Diagnóstico secundario:**

O26.0 Aumento excesivo de peso en el embarazo

**Observación:**

- *Se codificará el Síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) como diagnóstico principal ya que motiva la hospitalización de la paciente y la conducta terapéutica.*

**Ejemplo 2: Preeclampsia que complica el embarazo, parto y puerperio.**

Primigesta, embarazo de 32<sup>+3</sup> semanas, Diabetes Gestacional controlada con dieta, consulta en urgencia por cefalea y visión borrosa. Al examen físico, latidos cardio fetales (LCF) de frecuencia regular, edema (++), fotopsia y tinitus (+). Cifras tensionales elevadas. Se hospitaliza para estudio.

Durante su hospitalización se toman exámenes de laboratorio y proteinuria de 24 hrs. Se diagnostica Preeclampsia moderada. A los 5 días gestante es dada de alta con controles en Policlínico.

**Diagnóstico principal:**

O14.0 Preeclampsia leve a moderada

**Diagnóstico secundario:**

O24.4 Diabetes Mellitus que se origina en el embarazo

**Observación:**

- *Se codificará la Preeclampsia moderada como diagnóstico principal ya que motiva la hospitalización de la paciente a diferencia de la Diabetes Gestacional que se codificará como diagnóstico secundario al ser una afección controlada.*

### **Ejemplo 3: Eclampsia que complica el embarazo, parto y puerperio.**

Primigesta, embarazo de 37 semanas completas y antecedentes de Preeclampsia Moderada y Diabetes gestacional en control, ingresa en la noche para cesárea electiva al día siguiente. Durante la noche estable, exámenes normales, sin embargo, en la madrugada comienza con cefalea abrupta y visión borrosa, mientras se realiza control de signos vitales y bienestar fetal convulsiona en sala. Se permeabiliza vía venosa, se estabiliza y se traslada a cesárea de urgencia. LCF (+). Recién nacido sano, vigoroso.

#### **Diagnóstico principal:**

O15.0 Eclampsia en el embarazo

#### **Diagnósticos secundarios:**

O24.4 Diabetes Mellitus que se origina en el embarazo

O82.1 Parto por cesárea de emergencia

Z37.0 Nacido Vivo, Único

#### **Observaciones:**

- *Se codificará la eclampsia como diagnostico principal.*
- *Ya que la preeclampsia evolucionó a eclampsia, condición más severa, no se requiere de su codificación como diagnostico secundario.*
- *Considerar que, en este caso, si bien, la paciente ingresa a cesárea electiva, ésta se realiza de urgencia dada la condición de la paciente. Por otra parte, frente a una eclampsia no se realizará una cesárea programada aun cuando la paciente ingresa de manera electiva.*

### **Ejemplo 4: Síndrome de HELLP que complica el embarazo, parto y puerperio.**

Primigesta de 31 años, cursando embarazo de 25<sup>+5</sup> semanas. Ingres a sala de urgencia por presentar epigastralgia en barra asociado a crisis hipertensiva.

Exámenes de laboratorios evidencian Síndrome de HELLP y en ecografía obstétrica se evidencia ausencia de latidos cardíacos fetales (LCF). Se realiza intubación en secuencia rápida y cesárea de urgencia. Se confirma Óbito fetal.

En UCI, paciente estable. Se realiza control de hipertensión con bomba de infusión continua (BIC) de labetalol. Tras compensación ingresa a sala para ajuste antihipertensivo.

**Diagnóstico principal:**

O14.2 Síndrome HELLP

**Diagnósticos secundarios:**

O36.4 Atención Materna por muerte intrauterina

O60.3 Parto pretérmino, sin trabajo de parto espontáneo

O82.1 Parto por cesárea de urgencia

Z37.1 Nacido muerto, único

**Observaciones:**

- *Síndrome de HELLP: El acrónimo HELLP proviene de las iniciales de sus síntomas en inglés: Anemia hemolítica, (Hemolytic anemia), Elevación de enzimas hepáticas, (Elevated Liver enzyme), Trombocitopenia (Low Platelet count).<sup>7</sup>*
- *Por la gravedad e implicancias del Síndrome de HELLP corresponde su codificación como diagnóstico principal y por ser la causa de la cesárea.*
- *En este caso, el parto prematuro se codificará como secundario ya que es una consecuencia del Síndrome de HELLP.*

**b) Diabetes gestacional****i. Definición:**

Se refiere a cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se manifiesta o se detecta durante el embarazo.

- Glicemia en ayunas entre 100 y 125 mg/dL en 2 días diferentes y/o
- Glicemia a las 2 horas post carga mayor o igual a 140 mg/dL, en el 2do o 3er trimestre del embarazo.

**ii. Codificación:**

La codificación de la Diabetes Gestacional se realizará mediante el código **O24.4 Diabetes mellitus que se origina con el embarazo.**

iii. Ejemplo:

**Ejemplo: Embarazada con diabetes gestacional.**

Embarazada de 38 semanas con diabetes gestacional en tratamiento con dieta e insulina ingresa en trabajo de parto inicial. PTVE, recién nacido único vivo.

**Diagnóstico principal:**

O24.4 Diabetes mellitus que se origina con el embarazo

**Diagnósticos secundarios:**

O80.0 Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice

Z37.0 Nacido vivo, único

**Observación:**

- *Se codificará la diabetes gestacional como diagnóstico principal por ser la patología que complica el embarazo y frente a la ausencia de otras patologías concomitantes.*

### III. Patologías maternas que complican el embarazo, parto y puerperio

#### a) Consumo de sustancias psicoactivas

##### i. Definición:

Se refiere al uso de sustancias psicoactivas que generan una gran variedad de trastornos, de diferente gravedad y formas clínicas, pero todos atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas, algunas de las cuales pueden o no haber sido prescritas por el médico y que afectan tanto a la madre como al feto y/o recién nacido.

##### ii. Codificación:

Se deben asignar códigos de la subcategoría **O99.3 Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo, el parto y el puerperio**, para aquellos casos en los que la gestante consume una sustancia psicoactiva durante el embarazo o el postparto. Se debe asignar también como diagnóstico secundario un código del grupo (F10 - F19) para identificar el uso, abuso y dependencia u otras manifestaciones.

iii. Ejemplo:

**Ejemplo: Consumo de sustancias psicoactivas que complica el embarazo, parto y puerperio.**

Embarazada de 35 años, múltipara de 5 y embarazo de 37<sup>+1</sup> semanas, ingresa en trabajo de parto inicial. Antecedente personal de tabaquismo crónico en tratamiento por dependencia, fuma incluso durante el embarazo. Diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). PTVE, recién nacido vivo y PEG.

**Diagnóstico principal:**

O36.5 Atención materna por déficit del crecimiento fetal

**Diagnósticos secundarios:**

O99.3 Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo, el parto y el puerperio

F17.2 Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de tabaco, síndrome de dependencia

O80.0 Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice

Z37.0 Nacido vivo, único

**Observaciones:**

- *Se codificará como diagnóstico principal la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).*
- *Como diagnóstico secundario se codificará el consumo de sustancia psicoactiva mediante códigos complementarios (O99.3 + F17.2)*
- *El consumo crónico de sustancias psicoactivas se clasifica como dependencia. Revisar las aclaraciones de las subdivisiones de cuarto carácter al inicio del grupo F10 – F19.*

**b) Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)**

i. Definición:

El VIH o Virus de la Inmunodeficiencia Humana, es un virus que se transmite entre las personas a través del contacto sexual, sanguíneo y vertical (de una gestante que vive

con el VIH a sus hijos(as) durante la gestación, parto o lactancia y que afecta el desempeño del sistema inmunológico del ser humano.

ii. Codificación:

En el caso de una paciente que ingrese durante el embarazo, el parto o el puerperio debido a una enfermedad relacionada con el VIH se debe asignar el diagnóstico principal de la subcategoría **O98.7 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica el embarazo, el parto y el puerperio** y luego como diagnóstico secundario un código del grupo B20-B24.

iii. Ejemplo:

**Ejemplo: Embarazada con enfermedad relacionada con el VIH.**

Primigesta de 25<sup>+2</sup> semanas VIH positivo ingresa a hospitalización por neumonía por *Pneumocystis jirovecii*. Se trata con oxigenoterapia por nariz y antibióticos. Se realiza ecografía obstétrica con resultado normal.

**Diagnóstico principal:**

O98.7 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica el embarazo, el parto y el puerperio

**Diagnóstico secundario:**

B20.6 Enfermedad por VIH, resultante en neumonía por *Pneumocystis jirovecii*

**Observación:**

- *Se codificará como diagnóstico principal el VIH que complica, en este caso el embarazo (O98.7), y como diagnóstico secundario la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* mediante código del grupo B20-B24.*

c) **Traumatismos, envenenamientos y causas externas**

i. Codificación:

Durante el embarazo todos los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas deben ser codificadas en los **grupos (S00 - T88.1 T88.6 - T98)** ya que constituyen una exclusión del Capítulo XV. Para identificar la

condición de paciente obstétrica se asignará el código **Z33 Estado de embarazo, incidental** como diagnóstico secundario.

ii. Ejemplo:

**Ejemplo: Embarazada con traumatismo y causa externa.**

Embarazada de 35<sup>+1</sup> semanas, pasajera de autobús, tras choque con poste del alumbrado público, sufre fractura cerrada del extremo distal del antebrazo. Se ingresa a hospitalización y se realiza ecografía obstétrica de control con resultado normal. Es evaluada por Traumatólogo e indica ingreso programado para reducción y osteosíntesis en 2 días.

**Diagnóstico principal:**

S52.80 Fractura de otras partes del antebrazo. Cerrada

**Diagnósticos secundarios:**

V77.6 Ocupante de autobús lesionado por colisión con objeto fijo o estacionado.

Pasajero lesionado en accidente de tránsito

Z33 Estado de embarazo, incidental

**Observaciones:**

- *Al ser los traumatismos y causas externas una exclusión del Capítulo XV, estos deben registrarse mediante códigos del Capítulo XXI (Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas) y el Capítulo XX (Causas externas de morbilidad y de mortalidad).*
- *Para identificar el estado de embarazo de la paciente, éste debe registrarse mediante el código Z33 Estado de embarazo, incidental.*

**d) Insuficiencia o incompetencia cervical**

i. Definición:

Corresponde a la presencia de modificaciones cervicales como reblandecimiento, acortamiento y dilatación del cuello uterino en ausencia de actividad uterina detectable (dilatación pasiva del cuello) que impide retener al feto in útero. La historia clásica son abortos espontáneos en el segundo trimestre del embarazo sin

contracciones uterinas e incluso puede presentarse en el inicio del tercer trimestre siendo causa de parto prematuro.

ii. Codificación:

La insuficiencia o incompetencia cervical se codificará mediante el código **O34.3 Atención materna por incompetencia del cuello uterino.**

iii. Ejemplo:

**Ejemplo: Embarazada con incompetencia cervical.**

Gestante de 28 años y 20<sup>+2</sup> semanas es derivada al Policlínico de Obstetricia debido a una historia de pérdidas gestacionales recurrentes en el segundo trimestre. Al examen ginecológico se palpa un cuello uterino acortado y dilatado. La ecografía transvaginal confirma el diagnóstico de incompetencia cervical. Se hospitaliza para cerclaje y monitoreo fetal.

**Diagnóstico principal:**

O34.3 Atención materna por incompetencia del cuello uterino.

**Diagnóstico secundario:**

O26.2 Atención del embarazo en una abortadora habitual.

**Observaciones:**

- *Se codificará como diagnóstico principal la incompetencia cervical que motiva el ingreso para la realización del cerclaje.*
- *El cerclaje consiste en realizar una sutura alrededor del cérvix, a nivel del orificio cervical interno en mujeres en riesgo de parto prematuro.*
- *Las técnicas descritas más utilizadas en la actualidad son las propuestas por Shirodkar y McDonald.*

## e) Cuello corto

### i. Definición:

Un cuello uterino corto se define como una longitud cervical menor a 25 mm entre las 16 y 24 semanas de gestación, medida por ecografía transvaginal. Esta condición puede aumentar el riesgo de parto prematuro y otras complicaciones obstétricas.

### ii. Codificación:

La insuficiencia o incompetencia cervical se codificará mediante el código **O34.4 Atención materna por otra anomalía del cuello uterino**.

### iii. Ejemplo:

#### **Ejemplo: Gestante con diagnóstico de cuello uterino corto.**

Embarazada de 32 años y 22<sup>+6</sup> semanas de gestación, acude al Policlínico de Obstetricia para una ecografía transvaginal dado sus antecedentes de partos prematuros y pérdidas gestacionales. La ecografía transvaginal muestra un cuello uterino de 18 mm de longitud, se hospitaliza para observación y monitorización fetal por diagnóstico de cérvix corto. Se da de alta sin complicaciones a las 48 horas.

#### **Diagnóstico principal:**

O34.4 Atención materna por otra anomalía del cuello uterino

#### **Diagnóstico secundario:**

O26.2 Atención del embarazo en una abortadora habitual.

#### **Observación:**

- *Se codificará como diagnóstico principal el cérvix corto que motiva el ingreso y la conducta terapéutica.*

#### IV. Problemas relacionados con el feto, la cavidad amniótica, anomalías pelvianas fetales que complican el embarazo

##### a) Atención materna por anomalías, lesiones o problemas fetales conocidos o presuntos

###### i. Definición:

La atención materna por anomalías, lesiones o problemas fetales conocidos o presuntos hace referencia a las atenciones brindadas en el contexto de necesitar un estudio diagnóstico, observación adicional, cuidados especiales, hospitalización, u otra atención obstétrica de la gestante o para la interrupción del embarazo.

###### ii. Codificación:

Los códigos de la categoría **O35.- Atención materna por anomalía o lesión fetal, conocida o presunta y O36.- Atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos** se asignan únicamente cuando la afección fetal es realmente responsable que se haya modificado el tratamiento de la gestante, El hecho de que la afección fetal exista no justifica el que se asigne un código de estas categorías en la historia clínica de la gestante.

###### iii. Ejemplos:

##### **Ejemplo 1: Atención materna por anomalía cromosómica conocida.**

Múltipara de 2, con antecedentes de feto diagnosticado con Síndrome de Down, con seguimiento en Alto Riesgo Obstétrico (ARO). Ingresada programada a las 37 semanas para cesárea.

##### **Diagnóstico principal:**

O35.1 Atención materna por (presunta) anomalía cromosómica en el feto.

##### **Diagnóstico secundario:**

O82.0 Parto por cesárea electiva

Z37.0 Nacido vivo, único

##### **Observación:**

- Se codificará como diagnóstico principal la causa de la cesárea que en este caso es el Síndrome de Down.

### **Ejemplo 2: Atención materna por anomalía fetal conocida.**

Paciente de Chiloé, multípara de 2, cursando embarazo de 35<sup>+2</sup> semanas, con diagnóstico prenatal de hernia diafragmática congénita. Es derivada al Hospital de Puerto Montt para manejo de alto riesgo obstétrico. Se hospitaliza para exámenes y seguimiento. Se decide programar cesárea con resultado exitoso con recién nacido vivo.

**Diagnóstico principal:**

O35.8 Atención materna por otras (presuntas) anomalías y lesiones fetales.

**Diagnósticos secundarios:**

O60.3 Parto prematuro sin trabajo de parto espontáneo

O82.0 Parto por cesárea electiva

Z37.0 Nacido vivo, único

**Observación:**

- *Se codificará como diagnóstico principal la afección prenatal de hernia diafragmática congénita como una anomalía fetal especificada.*

### **Ejemplo 3: Atención materna por problema fetal presunto.**

Multípara de 3, gestación de 33<sup>+4</sup> semanas, en ecografía de control se realiza una estimación del peso fetal (EPF) bajo el percentil 10 por lo que se hospitaliza para estudio. Registro basal no estresante (RBNS) y Doppler arteria uterina y cerebral dentro de rangos normales, se descartan malformaciones fetales e insuficiencia placentaria. Egresos con diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).

**Diagnóstico principal:**

O36.5 Atención materna por déficit del crecimiento fetal

**Diagnóstico secundario:**

---

**Observación:**

- *Se codificará como diagnóstico principal la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) como un problema fetal especificado.*

## b) Ruptura prematura de membranas

### i. Definición:

La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la solución de continuidad espontánea de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto. Al romperse las membranas, comienza el período de latencia para iniciar el trabajo de parto, aumentando así el riesgo de infección materno-fetal y la posibilidad de compresión del cordón umbilical. <sup>3</sup>

### ii. Codificación:

Para la codificación se utilizarán los códigos de la **categoría O42.- Ruptura prematura de las membranas**. Cabe destacar que, al momento de la captura del CMBD se debe identificar las horas transcurridas entre la RPM y el inicio del trabajo de parto (antes o después de las 24 horas) de manera de poder seleccionar el cuarto carácter apropiado:

- O42.0 Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas
- O42.1 Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto después de las 24 horas

### iii. Ejemplo:

#### **Ejemplo: Gestante con ruptura prematura de membranas.**

Múltipara de 1 y gestación de 38<sup>+1</sup> semanas, ingresa de urgencia por rotura prematura de membranas de 3 horas de evolución. Se decide inducción de trabajo de parto. Luego de 12 horas de trabajo de parto inducido nace por parto vaginal RN masculino de 2.560 gramos, Apgar 5´: 8.

#### **Diagnóstico principal:**

O42.0 Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas

#### **Diagnósticos secundarios:**

O83.8 Otros partos únicos asistidos especificados

Z37.0 Nacido vivo, único

**Observación:**

- *En este caso, el inicio del trabajo de parto ocurre una vez inicia la inducción de éste, considerando las 12 horas de inducción, el trabajo de parto inicia en dentro de las 24 horas.*
- *Dado que, en este caso, el parto vaginal ocurre tras un trabajo de parto inducido, no espontáneo, se utilizará el código O83.8 para especificar el tipo de parto.*

c) Amenaza o Síntomas de parto prematuro

i. Definición:

El diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro (APP) o Síntoma de Parto Prematuro (SPP) se basa en la presencia de dinámica uterina y de modificaciones cervicales. Los criterios diagnósticos son dinámica uterina 1 a 2 contracciones en 10 minutos por 30 minutos y borramiento de 50% o más y/o dilatación de 1 cm. antes de las 37 semanas completas de gestación.<sup>7</sup>

ii. Codificación:

La amenaza y el síntoma de parto prematuro se codificará mediante el código **O47.0 Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación.**

iii. Ejemplo:

**Ejemplo: Gestante con Amenaza de Parto Prematuro.**

Múltipara de 2, 31 años, embarazo de 31<sup>+3</sup> semanas, se hospitaliza en Maternidad con contracciones uterinas persistentes, más de 6 en 30 min., cuello borrado en un 50% y 1 cm dilatación, para manejo de amenaza de parto prematuro (APP), administrándose corticoides para maduración pulmonar, tocolisis con nifedipino lo que permite el cese de las contracciones, gestante egresa luego de 5 días de hospitalización.

**Diagnóstico principal:**

O47.0 Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación.

**Diagnóstico secundario:**

---

**Observación:**

- *Se codificará como diagnóstico principal el embarazo complicado por la amenaza de parto antes de las 37 semanas, dado las 31<sup>+3</sup> semanas de gestación.*

## V. Complicaciones del trabajo de parto y parto

### a) Trabajo de parto prematuro y parto

#### i. Definición:

El diagnóstico de trabajo de parto prematuro es clínico, y sus criterios diagnósticos son 6 o más contracciones uterinas en 30 minutos, borramiento del cuello uterino de un 100% o dilatación de más de 3 cms y edad gestacional entre 22 y 36<sup>+6</sup> semanas.

El parto prematuro se define como aquel embarazo que finaliza, espontánea o por indicación médica, antes de las 37 semanas de gestación. Los partos prematuros se pueden clasificar operacionalmente en: 1) Iatrogénicos o por indicación médica y 2) Espontáneos. Los partos prematuros espontáneos tienen dos grandes presentaciones clínicas: a) con membranas íntegras y b) membranas rotas. Estas presentaciones clínicas dividen equitativamente las causas de prematuridad espontánea, y tienen como sus principales causas a las originadas por infecciones ascendentes en el canal del parto, sobredistensión uterina, incompetencia o insuficiencia cervical e isquemia útero-placentaria (disfunción placentaria).<sup>3</sup>

#### ii. Codificación:

Para la codificación del trabajo de parto prematuro se utilizarán los códigos de la categoría **O60.- Trabajo de parto prematuro y parto**. Además, se deberá especificar si hubo o no parto y si éste fue prematuro o de término mediante el cuarto carácter. O, por el contrario, si existió un parto prematuro sin trabajo de parto.

Si no se encuentra documentada la causa del parto prematuro, se codificará como diagnóstico principal. En el caso de registrarse la causa del parto prematuro por patología obstétrica o fetal, éste se codificará como diagnóstico secundario.

iii. Ejemplos:

**Ejemplo 1: Gestante con trabajo de parto y parto prematuro como diagnóstico principal.**

Mujer de 30 años, gestante de 32<sup>+3</sup> semanas con antecedentes de diabetes gestacional, acude al servicio de obstetricia debido a contracciones uterinas regulares (cada 5 a 7 minutos) y dolor en la región lumbar, además sensación de presión pélvica. Tiene antecedentes de un parto prematuro previo en la semana 34 de gestación. El tacto vaginal revela un cuello uterino dilatado y borrado. Se realiza monitoreo fetal y cesárea de urgencia por trabajo de parto prematuro inicial.

**Diagnóstico principal:**

O60.1 Trabajo de parto pretérmino espontáneo con parto pretérmino

**Diagnósticos secundarios:**

O24.4 Diabetes mellitus que se origina en el embarazo.

O82.1 Parto por cesárea de emergencia

Z37.0 Nacido vivo, único

**Observación:**

- *En este caso, no se establece la causa origen del parto prematuro, por lo tanto, se codificará éste como diagnóstico principal.*

**Ejemplo 2: Gestante con parto prematuro como diagnóstico secundario.**

Mujer de 30 años, gestante de 32<sup>+3</sup> semanas con antecedentes de diabetes gestacional, acude al servicio de obstetricia debido a contracciones uterinas regulares (cada 5 a 7 minutos) y dolor en la región lumbar, además sensación de presión pélvica. Tiene antecedentes de un parto prematuro previo en la semana 34 de gestación. El tacto vaginal revela pérdida del líquido amniótico de mal olor. Se realiza monitoreo fetal y cesárea de urgencia por diagnóstico de infección ovular.

**Diagnóstico principal:**

O41.1 Infección de la bolsa amniótica o de las membranas

**Diagnósticos secundarios:**

O60.1 Trabajo de parto pretérmino espontáneo con parto pretérmino  
O24.4 Diabetes mellitus que se origina en el embarazo.  
O82.1 Parto por cesárea de emergencia  
Z37.0 Nacido vivo, único

**Observación:**

- *A diferencia del caso anterior, en este caso se establece la causa origen del parto prematuro (infección ovular), por lo tanto, se codificará como diagnóstico secundario el trabajo de parto prematuro.*

**b) Fracaso de la inducción del trabajo de parto**

i. Definición:

Concepto que involucra la incapacidad de alcanzar la fase activa del trabajo de parto (4 cm), en una mujer sometida a inducción, habiendo complementado ésta con una ruptura artificial de las membranas (RAM).<sup>3</sup>

ii. Codificación:

El fracaso de la inducción del trabajo de parto se codificará mediante los códigos de la categoría **O61.- Fracaso de la inducción del trabajo de parto**. Cabe destacar que se codificará siempre y cuando se consigne como tal en la ficha clínica.

iii. Ejemplo:

**Ejemplo: Gestante con inducción del trabajo parto fracasada.**

Embarazada de 35 años y 40<sup>+5</sup> semanas de gestación, con antecedentes de anemia gestacional, ingresa para inducción del parto. Luego de 8 horas de goteo oxitócico controlado, el cuello no ha progresado en borramiento ni dilatación, por lo que se decide cesárea de urgencia por fracaso de la inducción del parto. Resultado es recién nacido femenino de 3.550 gramos, Apgar 5´ : 9

**Diagnóstico principal:**

O61.0 Fracaso de la inducción médica del trabajo de parto

**Diagnósticos secundarios:**

O99.0 Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio

O82.1 Parto por cesárea de emergencia  
Z37.0 Nacido vivo, único

**Observaciones:**

- *En este caso se codificará la inducción médica del trabajo de parto como diagnóstico principal ya que constituye la causa de la realización de la cesárea de urgencia.*
- *La inducción se especifica como médica dado que se realiza mediante el uso de oxitocina. Revisar convención bajo la descripción del código.*

**c) Dilatación estacionaria**

i. Definición:

Se define como la falta de progreso de la dilatación del cuello uterino en el trabajo de parto, durante su fase activa.

ii. Codificación:

Se codificará la dilatación estacionaria mediante el código **O62.0 Contracciones primarias inadecuadas**, ya que es este tipo de contracciones las que generan una falta o insuficiente progresión de dilatación del cuello uterino. Revisar convención bajo la descripción del código.

iii. Ejemplo:

**Ejemplo: Gestante en trabajo de parto con dilatación estacionaria.**

Primigesta de 26 años, 40<sup>+2</sup> semanas de gestación, con antecedentes de anemia y diabetes gestacional en control, ingresa con contracciones uterinas rítmicas, con una frecuencia 3 en 10 minutos y de 40 segundos de duración, con borramiento cervical del 90% y dilatación de 4 cm. Se hospitaliza por diagnóstico de trabajo de parto activo, luego de 3 horas desde el ingreso, la dilatación no progresa a más de 5 cms pese a la conducción con oxitocina. Se decide cesárea de urgencia por dilatación estacionaria. Resultado RN masculino de 3.560 gramos, Apgar 5´: 10

**Diagnóstico principal:**

O62.0 Contracciones primarias inadecuadas

**Diagnósticos secundarios:**

O99.0 Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio  
O24.4 Diabetes mellitus que se origina en el embarazo.  
O82.1 Parto por cesárea de emergencia  
Z37.0 Nacido vivo, único

**Observaciones:**

- *En este caso se codifica la dilatación estacionaria como diagnostico principal, ya que, como señala la evolución, no hubo progresión de la dilatación, pese a la conducción oxitócica y por ser la causa de la cesárea.*
- *Para la búsqueda del código en el Índice Alfabético se podrán utilizar términos como “dilatación” o “insuficiencia”, entre otros.*

**d) Expulsivo detenido****i. Definición:**

El expulsivo detenido, también conocido como detención del descenso fetal o parto detenido, se refiere a una situación en la que el trabajo de parto ha progresado hasta el punto en que el feto debería estar descendiendo por el canal de parto, pero el progreso se detiene y el feto no avanza adecuadamente.

**ii. Codificación:**

El expulsivo detenido se codificará mediante el código **O63.1 Prolongación del segundo período (del trabajo de parto)**.

**iii. Ejemplo:****Ejemplo: Gestante en expulsivo detenido.**

Primigesta con embarazo de 38<sup>+3</sup> semanas ingresa al servicio de urgencia en trabajo de parto, en la unidad de preparto evoluciona con dilatación completa, se traslada a sala de parto, pero luego de 20 minutos el parto no se ha producido, se avisa a obstetra, y ante expulsivo detenido, se resuelve parto vaginal con fórceps bajo, recién nacido vivo. En protocolo de parto se describe desgarro perineal de segundo grado.

**Diagnóstico principal:**

O63.1 Prolongación del segundo periodo (del trabajo de parto)

**Diagnósticos secundarios:**

O70.1 Desgarro perineal de segundo grado durante el parto

O81.0 Parto con fórceps bajo

Z37.0 Nacido vivo, único

**Observaciones:**

- *En este caso se codifica el expulsivo detenido como diagnóstico principal por ser la causa de la cesárea.*
- *El segundo período del trabajo de parto corresponde al período expulsivo. El primer período del trabajo de parto corresponde al período de dilatación.*
- *Para la búsqueda del código en el Índice Alfabético se podrán utilizar términos como “prolongación” o “trabajo de parto”, entre otros.*

### e) Trabajo de parto obstruido

#### i. Definición:

Trabajo de parto obstruido es aquel en el que, una vez iniciado el trabajo de parto, el feto no puede ser expulsado de manera natural a través del canal del parto, siendo necesaria la intervención mediante cesárea o fórceps.

Así mismo, anomalías en la pelvis materna y posición/presentación anormal del feto pueden producir obstrucciones del trabajo de parto.

#### ii. Codificación:

Siempre que alguna circunstancia produzca una obstrucción del mecanismo del parto se debe codificará esta obstrucción con las categorías:

- O64.- Trabajo de parto obstruido debido a mala posición y presentación anormal del feto
- O65.- Trabajo de parto obstruido debido a anomalía de la pelvis materna

- O66.- Otras obstrucciones del trabajo de parto

iii. Ejemplo:

**Ejemplo: Trabajo de parto obstruido debido a mala posición del feto.**

Primigesta de 35 años, con 37<sup>+4</sup> semanas de gestación y antecedentes de hipertensión gestacional en control en Alto Riesgo Obstétrico, ingresa en trabajo de parto, sin embargo, después de horas, al tacto vaginal se palpa falta de progresión del descenso de la cabeza fetal por posición occipito sacra (OS), por lo que se decide realización de fórceps bajo. Resultado es RN femenino de 2.920 gramos, Apgar 5´ : 8

**Diagnóstico principal:**

O64.0 Trabajo de parto obstruido debido a rotación incompleta de la cabeza fetal

**Diagnósticos secundarios:**

O13 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo]

O81.0 Parto con fórceps bajo

Z37.0 Nacido vivo, único

**Observaciones:**

- *En este caso se codifica el trabajo de parto por posición occipito sacra (OS) como diagnóstico principal, ya que, es la causa de la realización del fórceps.*
- *En la convención del código O64.0 se detallan las posiciones de la cabeza fetal que obstruyen el trabajo de parto.*
- *Las posiciones más favorables para el parto es la occipito ilíaca izquierda anterior (OIIA) y la occipito ilíaca derecha anterior (OIDA).*

**Trabajo de parto obstruido versus Atención materna por.**

La diferencia entre ambos conceptos recae en la presencia o no de trabajo de parto. En el “trabajo de parto obstruido”, como su nombre lo indica, hay presencia de trabajo de parto, mientras que en la “atención materna por” los códigos detallados por esta descripción se utilizan en los casos en que se infiere o predice que ciertas circunstancias producirían una obstrucción del trabajo de parto por lo que se decide realizar una cesárea. Estos códigos se utilizan en casos donde la paciente no ha estado en trabajo de parto.

### **Ejemplo: Atención materna sin trabajo de parto.**

Primigesta de 26 años, 39<sup>+3</sup> semanas, con antecedentes de diabetes preexistente con tratamiento de insulina, en control regular, última ecografía peso estimado fetal (PEF) de 5.300 gramos, se programa para cesárea electiva por macrosomía fetal, resultado es RN masculino de 5.510 gramos, Apgar 5´: 9.

#### **Diagnóstico principal:**

O36.6 Atención materna por crecimiento fetal excesivo

#### **Diagnósticos secundarios:**

O24.0 Diabetes mellitus preexistente insulino dependiente, en el embarazo

O82.0 Parto por cesárea electiva

Z37.0 Nacido vivo, único

#### **Observaciones:**

- *En este caso se codifica atención materna por macrosomía fetal como diagnóstico principal, debido a la ausencia de trabajo de parto.*
- *En estos casos hay que recordar que el diagnóstico principal es la causa de la cesárea.*

### **f) Problemas del cordón umbilical**

#### **i. Definición:**

Los problemas del cordón umbilical pueden ser variados y algunos pueden complicar el embarazo y el parto. Entre los problemas más comunes se encuentran el cordón umbilical alrededor del cuello o “circular al cuello” reductibles (sin compresión) o irreductibles (con compresión). Dentro de los menos habituales encontramos el cordón corto o largo, los nudos falsos o verdaderos, el prolapso del cordón, problemas vasculares, entre otros. Estas complicaciones pueden derivar en otras como restricción del crecimiento fetal, sufrimiento fetal, complicaciones durante el parto, etc.

#### **ii. Codificación:**

Los problemas del cordón umbilical que complican el trabajo de parto y parto se codificarán mediante los códigos de la categoría **O69.- Trabajo de parto y parto complicados por problemas del cordón umbilical.**

Para la codificación de una circular al cuello reductible que no implique mayor riesgo para el recién nacido se deberá omitir su codificación, salvo que el clínico lo especifique en su registro. Esto aplica también si la circular reductible corresponde sólo a un hallazgo descrito en el protocolo de atención de parto. En caso contrario, la circular reductible se registrará asociada a la complicación que origina.

La circular irreductible, la cual implica una oclusión del cordón y, por lo tanto, un riesgo para el recién nacido, por ejemplo, desaceleraciones variables u otras complicaciones derivadas y registradas por el médico como asfixia perinatal, secuelas e incluso la muerte fetal que, además requiere de un manejo especial en la conducta obstétrica, se codificará también asociada a las complicaciones debidamente registradas.

iii. Ejemplos:

**Ejemplo 1: Parto complicado por problemas del cordón umbilical.**

Paciente de 21 años primigesta 38<sup>+1</sup> semanas, con diagnóstico de trabajo de parto activo ingresa a hospitalización. Al tacto vaginal, matrona detecta dilatación completa y protrusión del cordón umbilical a través del cuello uterino, adicionalmente a la auscultación se percibe bradicardia fetal, por lo que médico indica traslado urgente a pabellón para cesárea. Producto recién nacido masculino de 3.510 gramos, Apgar 5´: 7.

**Diagnóstico principal:**

O69.0 Trabajo de parto y parto complicados por prolapso del cordón umbilical

**Diagnósticos secundarios:**

O68.0 Trabajo de parto y parto complicados por anomalía de la frecuencia cardíaca fetal

O82.1 Parto por cesárea de emergencia

Z37.0 Nacido vivo, único

**Observación:**

- *Se codificará la protrusión o prolapso del cordón umbilical como diagnóstico principal por ser causa de la cesárea.*

## **Ejemplo 2: Parto con presencia o hallazgo de circular reductible.**

Múltipara de 1, embarazo de 38<sup>+3</sup> semanas y antecedente de CCA, ingresa en trabajo de parto inicial. Durante las 6 horas siguientes se mantiene con conducción ocitócica y monitoreo fetal normal. Se atiende PTVE, a la salida de la cabeza fetal, se observa una circular reductible al cuello, la que se reduce. Recién nacido vivo con llanto vigoroso.

### **Diagnóstico principal:**

O75.7 Parto vaginal posterior a una cesárea previa

### **Diagnósticos secundarios:**

O80.0 Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice

Z37.0 Nacido vivo, único

### **Observaciones:**

- *Se codificará como diagnóstico principal el PTVE actual con antecedente de CCA anterior.*
- *Como diagnóstico secundario se codificará el tipo de parto.*
- *En este caso, no se codificará la circular reductible al cuello ya que sólo constituye un hallazgo del período expulsivo y sin asociación a complicaciones.*

## **g) Desgarros perineales**

### **i. Definición:**

El desgarro perineal es una complicación del parto y constituyen soluciones de continuidad que pueden estar acompañadas de otras complicaciones del piso pélvico, además de edema, hematomas, entre otras.

### **ii. Codificación:**

El desgarro perineal se codificará de acuerdo con el compromiso del tejido o planos afectados, clasificándose en desgarros o laceraciones de primer, segundo, tercer y cuarto grado.

Para ello se utilizarán los códigos de la **categoría O70.- Desgarro perineal durante el parto**. Esta categoría incluye la propagación o desgarro de la episiotomía. Para poder determinar el grado del desgarro a partir del plano afectado, revise la convención que se encuentra bajo la descripción de los códigos de la categoría. Se deberá tener en consideración que ante la presencia de más de un desgarro perineal se codificará aquel de mayor grado.

El criterio de asignación del desgarro perineal como diagnóstico principal o secundario dependerá de su grado y/o de la concomitancia con otras afecciones obstétricas y no obstétricas.

Se codificará el desgarro perineal como diagnóstico secundario, cuando patologías obstétricas o preexistentes de la madre hayan sido relevantes desde el punto de vista de la conducta terapéutica, como haber motivado el ingreso, el tratamiento otorgado, ser la causa de la interrupción del embarazo, etc. Este criterio aplicará principalmente en desgarros de primer o segundo grado.

Cuando el desgarro se encuentre registrado junto a otras patologías obstétricas o preexistentes que se encuentren bajo control, sin descompensaciones o que no hayan motivado la hospitalización o una conducta terapéutica especial, se codificará como diagnóstico principal por considerarse una complicación aguda del parto o traumatismo obstétrico. Este criterio aplicará principalmente en desgarros de tercer o cuarto grado. No obstante, en el caso de desgarros de tercer o cuarto grado donde las patologías obstétricas impliquen mayor relevancia que el propio desgarro perineal, sea por su complejidad o conducta terapéutica, se codificará como diagnóstico secundario.

Se deberá utilizar el criterio clínico basado en el registro para la asignación más apropiada del desgarro perineal como diagnóstico principal o secundario. Estos criterios constituyen una orientación a la codificación los que deberán apoyarse en un análisis de cada caso en particular.

iii. Ejemplos:

**Ejemplo 1: Gestante con un desgarro perineal como diagnóstico principal.**

Primigesta con embarazo de término e hipotiroidismo en control, ingresa en expulsivo. Una vez atendido el parto, se constata desgarro profundo y extenso de esfínter y mucosa anal. Se llama a médico coloproctólogo para la sutura del desgarro. RN de 4.100 gramos en buenas condiciones.

**Diagnóstico principal:**

O70.3 Desgarro perineal de cuarto grado durante el parto

**Diagnósticos secundarios:**

O99.2 Enfermedades endocrinas, de la nutrición y del metabolismo que complican el embarazo, el parto y el puerperio

E03.9 Hipotiroidismo, no especificado

O80.0 Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice

Z37.0 Nacido vivo, único

**Observaciones:**

- *Se codificará como diagnóstico principal el desgarro perineal ya que se trata de un desgarro perineal grado 4, que requiere de la intervención de especialista para su resolución mediante realización de sutura de los tejidos y órganos afectados. En este caso, si bien la paciente presenta una patología concomitante (hipotiroidismo), ésta se encuentra compensada y en control.*
- *Recuerde que la categoría O99.- se debe complementar por un código de otro capítulo para dar mayor especificidad y detalle.*

**Ejemplo 2: Gestante con desgarro perineal como diagnóstico secundario.**

Primigesta de 24 años con embarazo de 37<sup>+5</sup> semanas consulta de urgencia por fiebre, orina de mal olor, tenesmo y dolor lumbar asociado a contracciones uterinas. Se realiza orina completa y urocultivo. Médico indica ingreso por orina completa compatible con infección de tracto urinario (ITU), para tratamiento antibiótico endovenoso, control de dinámica uterina (D.U) y bienestar fetal. Contracciones uterinas ceden tras el inicio de hidratación parenteral y terapia antimicrobiana. A los 3 días de tratamiento inicia trabajo de parto espontáneo. Nace por PTVE recién nacida viva Apgar: 8 – 9. Se sutura desgarro de primer grado.

**Diagnóstico principal:**

O23.4 Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo

**Diagnósticos secundarios:**

O70.0 Desgarro perineal de primer grado durante el parto

O80.0 Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice

Z37.0 Nacido vivo, único

**Observaciones:**

- *Se codificará como diagnóstico principal la infección del tracto urinario ya que motiva el ingreso de la paciente y la conducta terapéutica.*
- *El desgarro perineal por ser una complicación del parto y por su grado, se codificará como diagnóstico secundario.*

## Parto (O80 – O84)

El uso de los códigos de estas categorías, para describir el diagnóstico principal debe limitarse a los casos en los cuales la única información registrada es un parto o un método de parto. Es decir, en los casos donde se cursa un embarazo totalmente fisiológico, sin comorbilidades o complicaciones asociadas.

Las categorías O80 - O84 deben utilizarse como diagnóstico secundario, para indicar el método o tipo de parto, en el resto de los casos.

A continuación, se describen un conjunto de consideraciones a tener presente en la asignación del código correcto como diagnóstico principal o secundario al momento del parto. Entre estas consideraciones está el uso de códigos en el parto normal o parto de término de vértice espontáneo (PTVE), fórceps, cesárea, parto múltiple y parto extrahospitalario representado en algunos ejemplos.

### a) Parto espontáneo

#### i. Definición:

Incluye el parto espontáneo de un recién nacido vivo, a término, vaginal y cefálico u occipital, sin complicaciones anteparto (o si ha existido una complicación, esta ha sido resuelta antes del ingreso), sin complicaciones durante el parto, sin

complicaciones en el postparto durante este episodio que requieran asistencia, con o sin episiotomía, sin manipulación del feto (por ejemplo, rotación) y sin instrumentación (fórceps, espátulas, ventosa, etc.).

ii. Codificación:

Se deberá asignar el código **O80.0 Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice** como diagnóstico principal cuando una gestante que es ingresada por un embarazo fisiológico a término y el resultado del parto es un recién nacido único.

Se codificará como diagnóstico secundario cuando existan otras comorbilidades o complicaciones que afecten el embarazo, parto y puerperio, para indicar el tipo de parto.

Para la codificación de O80.0 se considera la realización de los siguientes procedimientos:

- Monitorización fetal
- Analgesia epidural
- Amniotomía o Ruptura artificial de membranas (RAM)
- Asistencia manual del parto
- Episiotomía
- Esterilización femenina

iii. Ejemplo:

**Ejemplo: Parto espontáneo como diagnóstico principal.**

Múltipara de 1, embarazo de 39<sup>+1</sup> semanas, presentación cefálica, ingresa a urgencia en trabajo de parto activo. La paciente no presentó complicaciones durante su embarazo y nace recién nacido vivo por parto vaginal.

**Diagnóstico principal:**

O80.0 Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice

**Diagnóstico secundario:**

Z37.0 Nacido vivo, único

**Observación:**

- *En este caso se codifica O80.0 Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice, como diagnóstico principal, ya que, como señala la evolución, el embarazo se desarrolla sin complicaciones. De igual forma se codificará, en el caso donde se describa un curso fisiológico del embarazo y/o en ausencia de registro clínico de comorbilidades o complicaciones.*

**b) Parto por fórceps o ventosa extractora**

i. Codificación:

Se codificará como diagnóstico principal un código de la categoría **O81.- Parto único con fórceps y ventosa extractora**, en los casos donde no exista información relacionada a las causas de aplicación del fórceps o ventosa extractora.

En la mayoría de los casos se codificará un código de la categoría O81.- como diagnóstico secundario, para identificar el tipo de instrumentalización aplicada al parto y como diagnóstico principal la causa que justifica la utilización de fórceps o ventosa.

ii. Ejemplo:

**Ejemplo: Gestante con fórceps bajo como diagnóstico secundario.**

Primigesta de 18 años y 37 semanas recién cumplidas, ingresa a urgencia en trabajo de parto inicial. Durante el período expulsivo la paciente presenta un estado de agotamiento que dificulta el pujo, por lo que se aplica fórceps bajo debido a la fatiga materna. Producto recién nacido vivo, sexo femenino y peso 3.400 gramos.

**Diagnóstico principal:**

O75.0 Sufrimiento materno durante el trabajo de parto y el parto

**Diagnósticos secundarios:**

O81.0 Parto con fórceps bajo

Z37.0 Nacido vivo, único

**Observaciones:**

- *En este caso se codificará el agotamiento materno como diagnóstico principal, debido a que es la causa del fórceps bajo.*
- *Se codificará el parto por fórceps bajo como diagnóstico secundario para identificar el tipo de parto.*

c) Parto por cesárea

i. Definiciones:

- Cesárea electiva: corresponde a una cesárea programada cuya justificación puede ser una causa obstétrica o una decisión de la paciente. En el caso del sector público de salud, las cesáreas electivas se realizan por indicación médica bajo una justificación obstétrica o por otra causa. Sin embargo, en el sector privado o pensionados de hospitales públicos, las pacientes tienen la posibilidad de optar por su realización aun cuando no exista una justificación obstétrica.
- Cesárea de emergencia: corresponde a una cesárea de urgencia o no programada cuya decisión de realización surge de un evento o situación que la justifique. En estos casos están incluidas las cesáreas que, mientras la paciente se mantiene hospitalizada, se programa una fecha de parto.

ii. Codificación:

Debido a lo anterior, en el sector público se espera que el código **O82.0 Parto por cesárea electiva** sea un diagnóstico secundario y la causa de la cesárea se deberá codificar como diagnóstico principal. Sólo se codificará como principal en el caso de no estar registrada la causa de la cesárea. Por el contrario, en el sector privado, podrá utilizarse como diagnóstico principal, si es una decisión de la paciente o un criterio médico y codificar como diagnósticos secundarios otras afecciones.

iii. Ejemplos:

**Ejemplo 1: Cesárea electiva como diagnóstico secundario.**

Primigesta de 23 años, con 39<sup>+1</sup> semanas de gestación, con antecedentes de talla materna de 1.48 cms, peso 50 kilos, una estimación de peso fetal (EPF) de 3.600 gramos y pelvimetría que objetiva pelvis estrecha, por lo que se decide programar cesárea electiva. Se obtiene recién nacida de sexo femenino, peso de 3.450 gramos, Apgar 9-10.

**Diagnóstico principal:**

O33.1 Atención materna por desproporción debida a estrechez general de la pelvis.

**Diagnósticos secundarios:**

O82.0 Parto por cesárea electiva

Z37.0 Nacido vivo, único

**Observaciones:**

- *En este caso se codifica la atención materna por pelvis estrecha como diagnostico principal, debido a que, por los antecedentes de la paciente, es citada para cesárea electiva y no presenta trabajo de parto.*
- *En estos casos hay que recordar que el diagnostico principal es la causa de la cesárea.*

**Ejemplo 2: Cesárea de urgencia como diagnóstico secundario.**

Múltipara de 3 ingresa a servicio de urgencia con 38<sup>+2</sup> semanas de gestación, por trabajo de parto inicial, a las 2 horas inicia cuadro de sangrado vaginal abundante, dolor uterino asociado a contracción uterina sostenida. Ecografía obstétrica de urgencia confirma desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI) por hipertonía uterina. Se traslada a pabellón para cesárea de urgencia.

**Diagnóstico principal:**

O45.9 Desprendimiento prematuro de la placenta, sin otra especificación

**Diagnósticos secundarios:**

O62.4 Contracciones uterinas hipertónicas, incoordinadas y prolongadas

O82.1 Parto por cesárea de emergencia

Z37.0 Nacido vivo, único

**Observaciones:**

- *En este caso se codifica el desprendimiento prematuro de la placenta, sin otra especificación, para identificar el DPPNI.*
- *Se codificará como diagnóstico principal, debido a que esta patología es una urgencia obstétrica que justifica interrupción inmediata del embarazo para asegurar el bienestar materno fetal.*
- *En estos casos hay que recordar que el diagnóstico principal es la causa de la cesárea.*

## Complicaciones del puerperio

i. Definición:

Dentro de las complicaciones del puerperio se encuentran la sepsis puerperal, infecciones puerperales, dehiscencias de la cicatriz de cesárea o de la episiotomía, mastitis puerperal, tromboembolismo pulmonar postparto, etc.

ii. Codificación:

Las complicaciones del puerperio se codificarán con los códigos de las categorías comprendidas en el grupo **O85 - O92 Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio.**

iii. Ejemplos:

**Ejemplo 1: Complicación del puerperio como diagnóstico principal.**

Puérpera con antecedentes de parto vaginal de vértice espontáneo (PTVE) con desgarro tipo 2 hace 8 días y resultado de recién nacido vivo. Consulta al servicio de urgencia por disnea y dolor precordial. Se pesquisa Trombo Embolismo Pulmonar (TEP) postparto a derecha, por lo que se hospitaliza. Luego de 6 días de tratamiento anticoagulante, es dada de alta.

**Diagnóstico principal:**

O88.2 Embolia de coágulo sanguíneo obstétrica

**Diagnóstico secundario:**

---

**Observación:**

- *En pacientes que reingresan al hospital por complicaciones del puerperio, éstas siempre se codificarán como diagnóstico principal.*

**Ejemplo 2: Complicación del puerperio como diagnóstico secundario.**

Múltipara de 2, embarazo de 37<sup>+3</sup> semanas y doble cicatriz de cesárea anterior (2CCA). Ingresa para cesárea con resultado de recién nacido vivo. Al segundo día de puerperio, se pesquisa dehiscencia parcial de sutura de cesárea que requiere de manejo en pabellón y terapia antibiótica. Es dada de alta al 10° día.

**Diagnóstico principal:**

O34.2 Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa

**Diagnósticos secundarios:**

O90.0 Dehiscencia de sutura de cesárea.

O82.0 Parto por cesárea electiva

Z37.0 Nacido vivo, único

**Observación:**

- *En pacientes que se mantienen hospitalizadas, las complicaciones del puerperio se codificarán como diagnóstico secundario a excepción que el embarazo tenga un curso fisiológico y las complicaciones del puerperio sean las únicas afecciones presentes. En cuyo caso se codificarán como diagnóstico principal.*

## Secuelas de complicaciones del embarazo, parto y puerperio

i. Definición:

Una secuela es una afección residual de una enfermedad que ya no está presente o activa. Las secuelas incluyen afecciones especificadas como tales o como efectos tardíos o como aquellos presentes un año o más después del inicio de la afección causante.

ii. Codificación:

La categoría **O94 Secuelas de complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio**, se deberá utilizar en aquellos casos en que a partir de una complicación inicial de un embarazo se desarrolla una secuela que requiere cuidados o tratamiento en una fecha posterior.

Se deberá codificar en primer lugar la afección resultante o secuela de la complicación. Este código puede ser utilizado en cualquier momento después del periodo inicial posparto.

iii. Ejemplo

**Ejemplo: Secuela de complicación del parto.**

Prolapso genital incompleto debido a laceración traumática obstétrica en parto ocurrido hace dos años.

**Diagnóstico principal:**

N81.8 Otros Prolapsos genitales femeninos

**Diagnóstico secundario:**

O94 Secuelas de complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio.

**Observación:**

- *En este ejemplo se codificará N81.8 Otros Prolapsos genitales femeninos, ya que en su convención específica “Laceración antigua de músculos del piso pelviano”.*

## Bibliografía

- 1.- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE-10 Edición 2018 OPS/ OMS.
- 2.- Manual de Obstetricia y Ginecología. Dr. Jorge A Carvajal y Dra. Karen F García. Decimoquinta Edición. 2024
- 3.- Guía Perinatal 2015. Subsecretaría de Salud Pública. División Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Ciclo Vital. Programa Nacional Salud de la Mujer
- 4.- MANUAL DE ATENCIÓN PERSONALIZADA EN EL PROCESO REPRODUCTIVO. Departamento Ciclo Vital División Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública 2008
- 5.- NORMA GENERAL TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA DE LA LEY 21.371 PARA EL ACOMPAÑAMIENTO INTEGRAL DE LAS PERSONAS EN DUELO GESTACIONAL Y PERINATAL 2022. Subsecretaría de Salud Pública Subsecretaria de Redes Asistenciales
- 6.- Weinstein L (1982). «Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy». Am. J. Obstet. Gynecol. 142 (2): 159-67. PMID 7055180
- 7.- Guía Clínica Prevención del Parto Prematuro, Ministerio de Salud, 2010