

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”**

Para el tipo de Actividad Hospitalización

Publicación N° 4:

Grupo de trabajo para clasificaciones estadísticas de salud

Ministerio de Salud, Chile Mayo de 2019

Integrantes:

Silvana Santander Azar, Unidad GRD MINSAL.

Mirza Aguilera Saavedra, Servicio de Salud Araucanía Sur, Consultora GRD MINSAL.

Georgina Zepeda Mora, Unidad GRD Hospital Las Higueras, Consultora GRD MINSAL.

Daily Piedra Suarez, DEIS, MINSAL.

Elisa Aguayo, DEIS MINSAL.

Lorena Velozo, DEIS MINSAL.

Camila Medina Silva, Departamento GRD, FONASA.

María Angélica Chandía Aguilera, División de Contraloría, FONASA.

Alejandra Cavallera Rodriguez, División de Contraloría, FONASA.

Lorena Camus Bustos, Experta GRD y Codificación CIE.

Marianela Chacon Torres, Unidad GRD Hospital Dr. Luis Tisné Brousse.

Este documento recoge los aportes de codificadores de la red de hospitales públicos.

Contenido

1. Introducción.....	3
2. Generalidades y definiciones.....	3
3. Orientaciones para la correcta codificación en este capítulo.....	5
3.1. Utilización general de los códigos del capítulo XV:.....	5
3.2. Aborto	7
3.2.1 Embarazo terminado en aborto (O00-O08)	7
3.2.2 Instrucciones para la codificación de diagnósticos en el marco de la ley N°21.030 de interrupción voluntaria del embarazo	8
4. Selección del diagnóstico principal en el embarazo, parto y puerperio.....	10
4.1. Anteparto: Consideraciones de Afecciones preexistentes	10
4.2. Parto	12
4.3. Puerperio.....	16
4.3.1 Afecciones o complicaciones del puerperio.....	16
5. Afecciones Fetales que influyen en el embarazo y parto	17
6. Bibliografía	19

1. Introducción

El presente manual entrega orientaciones para la codificación de afecciones relacionadas con el capítulo XV de la CIE-10 edición 2015, 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

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

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

2. Generalidades y definiciones

Para obtener una correcta y exacta codificación de los diagnósticos presentes en un episodio de hospitalización es de vital importancia utilizar todas las fuentes de información disponibles, a fin de complementar la información y generar mayor especificidad en los diagnósticos. Entre los registros relevantes se debe considerar el ingreso, evoluciones clínicas, protocolo quirúrgico, otros informes como interconsultas, anatomía patológica, radiología y registros de enfermería.

La secuencia correcta en la selección del diagnóstico principal identificará siempre la afección o patología de la madre como la causante principal de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo la paciente durante el proceso de atención de salud. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos.

Definiciones a utilizar en este capítulo:

- 1. Embarazo:** El embarazo 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) 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 tras la fecundación.
- 2. Semanas de gestación:** Según la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, para contabilizar el embarazo de una manera objetiva los ginecólogos / obstetras prefieren calcular el embarazo por semanas, manteniendo que la duración media del embarazo es de 40 semanas contadas desde el primer día de la última regla.
Se contabilizan según los meses lunares que tienen 28 días, igual que el ciclo menstrual de la mujer. El embarazo por tanto tendría una duración de 10 meses lunares que suponen 280 días o 40 semanas.
- 3. Embarazo Prolongado:** Se define como aquel que ha alcanzado las 42 semanas de gestación o 294 días desde la fecha de la última regla. Los embarazos que se extienden entre la 41 + 1 semanas y la 42+0 semanas se denominan Embarazos en vías de Prolongación.

4. Cronología 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. El período de gestación se expresa en semanas.

- **Pretérmino:** Menos de 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación.
- **De término:** De 37 a menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación.
- **Post término (prolongado):** 42 semanas completas o más (294 días o más) de gestación
- **Primer Trimestre:** Desde la semana 1 de gestación hasta la semana 13 menos 1 día
- **Segundo Trimestre:** Desde la semana 14 de gestación hasta la semana 27 menos 1 día

- **Tercer Trimestre:** Desde la semana 28 de gestación hasta la semana 40
5. **Aborto:** Término de la gestación antes de que el feto sea viable, hasta la semana 22 o peso del feto < de 500 grs o 25 cms de corona a rabadilla.
 6. **Parto:** Término del embarazo con expulsión del feto, y finaliza con el inicio del alumbramiento.
 7. **Puerperio:** Es el período que comprende desde el alumbramiento hasta la normalización de los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo, que aproximadamente ocurre a las 6 semanas (42 días).
 8. **Trabajo de parto activo:** Conjunto de los siguientes signos o síntomas: la presencia de 2 o más contracciones en 10 minutos, de 30 o más segundos de duración (palpatorias), por un período mínimo de una hora acompañadas de modificaciones cervicales: Borramiento $\geq 50\%$ y dilatación ≥ 1 cm. (del orificio cervical interno. (es necesario destacar la diferenciación con los pródromos previos)
 9. **Falso trabajo de parto (pródromo):** Condición que aparenta ser estado de trabajo de parto, pero no cumple los requisitos de frecuencia, regularidad e intensidad de las contracciones uterinas de tal forma que no hay modificaciones cervicales, se caracteriza por contracciones irregulares e imprevisibles, no hay progresión del trabajo de parto.
 10. **Ruptura Prematura de membranas:** Se define como la pérdida de la solución de continuidad espontánea de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto, el cuál podría ser antes de las 24 horas del inicio del trabajo de parto activo o después de las 24 horas.
 11. **Parto Prematuro:** Antes de las 37 semanas de gestación.

3. Orientaciones para la correcta codificación en este capítulo

3.1. Utilización general de los códigos del capítulo XV:

- a. Los códigos de este capítulo solo deben utilizarse en la codificación del episodio de la gestante, nunca en el episodio del recién nacido y tienen prioridad en la secuencia de codificación sobre los códigos de otros capítulos.

- b. Cualquier circunstancia o condición que sucede durante el embarazo, parto o puerperio, deberá ser considerada una comorbilidad del embarazo, salvo que en la documentación clínica se 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 el embarazo no agrava dicha afección
- c. 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. Estos códigos únicamente pueden ser utilizados en el episodio de la gestante, en el que ocurre parto, nunca en el episodio del recién nacido.
- d. Sólo cuando paciente ingresa al establecimiento después de haberse producido el parto fuera de un recinto hospitalario debe asignarse además Z38.- Nacidos vivos único según lugar de nacimiento,
- e. 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).
- f. Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)
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 B20.-
En las pacientes con estado de infección asintomática por VIH ingresadas durante el embarazo, parto o puerperio, se debe asignar el código O98.7 y luego el correspondiente de la subcategoría Z21 Estado de infección asintomática por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH].
- g. Consumo de sustancias: Consideraciones generales para asignar códigos en Uso, Abuso y Dependencia de sustancias psicoactivas

Cuando la documentación clínica evidencia el uso, el abuso y la dependencia de una misma sustancia (por ejemplo, alcohol, cannabis, opiáceos, etc.), para identificar el patrón de uso, solo se debe asignar un código basado en la siguiente jerarquía:

- Si uso y abuso están documentados a la vez, asigne solo el código de abuso.
- Si están documentados a la vez abuso y dependencia, asigne solo el código de la dependencia.

- Si uso, abuso y dependencia, están documentados, asigne solo el código de la dependencia.
- Si uso y dependencia, están documentados, asigne solo el código de la dependencia
- Los códigos F10.9 - F16.9 sólo se deben utilizar cuando el consumo de sustancias psicoactivas esté asociado a un trastorno mental o del comportamiento y esté documentado por el clínico.

h) Consumo de alcohol durante embarazo, parto y puerperio:

Se deben asignar códigos de la subcategoría O99.3 Consumo de alcohol que complica el embarazo, parto y puerperio, para aquellos casos en los que la gestante consume alcohol durante el embarazo o el posparto. Se debe asignar también un código secundario de la categoría F10 Trastornos relacionados con alcohol para identificar ~~las~~ el uso, abuso y dependencia del consumo de alcohol.

i) Consumo de tabaco durante embarazo, parto y puerperio

Se deben asignar códigos de la subcategoría O99.3 Hábito de fumar (tabaco) que complica el embarazo, parto y puerperio, en todos los casos en los que la gestante consume cualquier tipo de producto del tabaco durante el embarazo o el posparto. Se debe asignar además un código secundario de la categoría F17 Dependencia de nicotina, o el código Z72.0 Tabaquismo para identificar el tipo de dependencia a la nicotina.

3.2. Aborto

3.2.1 Embarazo terminado en aborto (O00-O08)

- a) La OMS define el aborto como la Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno. La viabilidad extrauterina es un concepto cambiante que depende del progreso médico y tecnológico, estando actualmente en torno a las 22 semanas de gestación. “El aborto es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas”.
- b) 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.

Ejemplos:

Primigesta cursando embarazo de 19 semanas, que acude a control obstétrico de rutina pesquisándose latidos cardíofetales ausentes. Se hospitaliza para legrado.

Diagnóstico principal: O02.1 Aborto Retenido

Primípara cursando embarazo de 12 semanas + 4 días, 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. Es dada de alta a los 3 días siguientes.

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

Diagnóstico secundario:

O03.4 Aborto espontaneo sin complicaciones

K.35.3 Apendicitis aguda, con peritonitis localizada

3.2.2 Instrucciones para la codificación de diagnósticos en el marco de la ley N°21.030 de interrupción voluntaria del embarazo

- Causal 1

La mujer se encuentra en riesgo vital La causal se constituye cuando el profesional médico realiza el diagnóstico del riesgo vital, ya sea por un diagnóstico obstétrico o por una patología de base que se ha agravado por el embarazo o ambas situaciones concomitantes. Esta causal puede ocurrir en cualquier momento del embarazo.

Constituida la causal, el/a médico/a responsable deberá registrar en la historia clínica, el o los diagnósticos que configuran la condición clínica de riesgo vital (inminente o no inminente) que habilita a la paciente para solicitar la interrupción voluntaria del embarazo por causal 1.

Si la hospitalización se indica por la patología que genera el riesgo vital, éste diagnóstico corresponde al principal, y debe consignarse como embarazo complicado por la morbilidad

que genera el riesgo vital. Si la hospitalización se indica directamente para la realización del procedimiento de interrupción del embarazo, el diagnóstico principal será la interrupción:

- Si la IVE ocurre hasta las 21 semanas y 6 días el motivo de ingreso será aborto terapéutico, asignando el código O04.- Aborto médico, complementado con el diagnóstico de morbilidad que complica el embarazo y pone en riesgo la vida de la madre.
- Si la IVE ocurre después de las 22 semanas el motivo de ingreso será el parto complicado, donde se consigna el diagnóstico que genera el riesgo vital, más el código Z30.3 (Extracción menstrual, Interrupción de embarazo) para diferenciar de los partos que no están vinculados con IVE.

- **Causal 2**

Patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal. Esta causal puede ocurrir en cualquier momento del embarazo.

Constituida la causal, los/las médicos/as responsables registran en la historia clínica los diagnósticos que configuran el diagnóstico del feto.

- Si la IVE ocurre hasta las 21 semanas y 6 días el motivo de ingreso será aborto terapéutico, asignando el código O04.- Aborto médico, complementado con el diagnóstico de morbilidad que complica el embarazo.
- Si la IVE ocurre después de las 22 semanas el motivo de ingreso será el diagnóstico de morbilidad que complica el embarazo, más un código Z30.3 (Extracción menstrual, Interrupción de embarazo) para diferenciar de los partos que no están vinculados con IVE.
- Adicionalmente es necesario consignar como diagnóstico terciario la anomalía fetal que genera la causal.

- **Causal 3**

Embarazo resultado de una violación. La causal concurre cuando el embarazo es resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas más 0 días de gestación, tratándose de una niña menor de 14 años; y doce semanas de gestación más 0 días, para las mujeres mayores de 14 años.

Si la mujer ha decidido realizar la interrupción de forma programada, en otras palabras, la mujer es ingresada para la realización del procedimiento correspondiente para la interrupción, el motivo de ingreso será el aborto terapéutico, asignando el código O04.-

Aborto médico, complementado con el código Y05.- agresión sexual con fuerza corporal, violación.

4. Selección del diagnóstico principal en el embarazo, parto y puerperio

4.1. *Anteparto: Consideraciones de Afecciones preexistentes*

Algunas categorías de este capítulo distinguen entre las afecciones de la gestante que existían antes del embarazo (preexistentes), como, por ejemplo:

a) Hipertensión Arterial

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

Gestante de 29 años, múltipara de 1 con controles en Alto Riesgo Obstétrico (ARO) por Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE).

Consulta al servicio de urgencia con embarazo de 32 semanas + 3 días por cefalea intensa y epigastralgia. Se hospitaliza y exámenes muestran Síndrome de HELLP. Por lo que se decide interrupción por cesárea de urgencia, con resultado de recién nacido vivo prematuro.

Diagnóstico principal: O14.2 Síndrome HELLP

Diagnóstico secundario:

O60.1 Trabajo de parto prematuro espontáneo con parto prematuro.

Z37.0 Nacido vivo, único

Diabetes Mellitus

En las mujeres embarazadas que son diabéticas se debe asignar un código de esta categoría. Es un factor importante de complicación en el embarazo. La diabetes gestacional (inducida por el embarazo) suele aparecer durante el segundo o tercer trimestre de gestación en mujeres que no eran diabéticas antes del embarazo. Puede causar complicaciones similares a las de una diabetes mellitus preexistente y también pone a la mujer en situación de mayor riesgo de desarrollar diabetes después del embarazo. (O24.0-24.3)

Primigesta con antecedentes de Diabetes Mellitus Insulino requirente (Tipo 1), con controles en Alto Riesgo Obstétrico (ARO).

Consulta al servicio de urgencia con embarazo de 38 semanas en trabajo de parto espontáneo, con resultado de recién nacido vivo sano.

Diagnóstico principal: O24.0 Diabetes Mellitus Tipo 1, preexistente en el embarazo.

Diagnóstico secundario:

Z37.0 Nacido vivo, único

b) Atención materna por patología fetal

- **Códigos de la categoría O35 y O36**

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, solamente se asigna cuando la afección fetal es realmente responsable que se haya modificado el tratamiento de la gestante, por ejemplo, por necesitar estudio diagnóstico, observación adicional, cuidados especiales, hospitalización u otra atención obstétrica de la gestante o la interrupción del embarazo. 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.

Múltipara de 2, con antecedentes de Feto diagnosticado con Ventrículo único, con seguimiento en Alto Riesgo Obstétrico (ARO). Ingresada de forma programada a las 37 semanas, para cesárea.

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

Diagnóstico secundario:

Z37.0 Nacido vivo, único

Paciente de Chiloé múltipara de dos, cursando embarazo de 35 + 2 semanas, con diagnóstico prenatal de Hernia Diafrágica Congénita. Es derivada al hospital de Puerto Montt para manejo de alto riesgo obstétrico. Se hospitaliza para exámenes y seguimiento.

Se induce médicamente trabajo de parto a las 36+5, con resultado exitoso y parto vaginal con recién nacido vivo.

Diagnóstico principal: O35.8 Atención Materna por otras (presuntas) anomalías y lesiones fetales.

Diagnóstico secundario:

O60.3 Parto prematuro sin trabajo de parto espontáneo (Parto prematuro por: cesárea, sin trabajo de parto espontáneo e inducción)

Z37.0 Nacido vivo, único

- **Cirugía sobre el feto intraútero**

En casos como defectos cardiacos congénitos, mielomeningocele, etc., en que se realiza cirugía sobre el feto intraútero para corregir el defecto fetal, se debe asignar un código diagnóstico de la categoría O35.- Atención materna por anomalía o lesión fetal, conocida o presunta. No se debe utilizar en la codificación del episodio de la gestante ningún código del Capítulo XVI Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, para identificar al feto.

4.2. Parto

A continuación, se describen un conjunto de consideraciones a tener presente en la asignación del código correcto del diagnóstico principal al momento del parto. Entre estas consideraciones está el uso de códigos en el parto normal, parto prematuro, parto obstruido y complicaciones del parto representado en algunos ejemplos.

1. Parto normal (O80- O84)

El uso de estos códigos para describir la “afección principal” debe limitarse a los casos en los cuales la única información registrada es un parto o un método de parto. Las categorías O80-O84 pueden utilizarse como códigos adicionales opcionales para indicar el método o tipo de parto donde no se utiliza una clasificación de procedimientos con este propósito.

2. Parto único espontáneo (O80.-)

Este código se debe asignar cuando una gestante es ingresada por un embarazo normal a término y el resultado del parto es un recién nacido único sano sin ninguna complicación. Incluye el parto espontáneo de un recién nacido vivo, único, a término, vaginal y cefálico u occipital, que requiere asistencia, con o sin episiotomía, sin manipulación del feto (por ejemplo, rotación) y sin instrumentación (fórceps, espátulas, ventosa, etc.).

Paciente multípara de 1, cursando embarazo de 39 semanas + 1 día, que ingresa a la urgencia en trabajo de parto activo. La paciente no presentó complicaciones durante su embarazo y nace un recién nacido por parto vaginal espontáneo sano y vivo.

Diagnóstico principal: O80.0 Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice.

Diagnóstico secundario:

Z37.0 Nacido vivo, único

Los procedimientos relacionados habitualmente con el parto normal son:

- Episiotomía
- Amniotomía (ruptura de membranas)
- Anestesia
- Monitorización fetal
- Esterilización
- Asistencia manual

Trabajo de Parto prematuro sin parto: Cerclaje

Gestante de 31 años con antecedentes de aborto espontáneo, cursando embarazo de 24 semanas + 6 días. Asiste a control obstétrico, donde se pesquisa acortamiento cervical. Al examen cuello de 5 mm de longitud y funell (+).

Se hospitaliza para maduración pulmonar fetal y se realiza cerclaje técnico tipo Mc Donald.

Diagnóstico principal: O34.3 Atención materna por incompetencia del cuello uterino.

3. Frenación Trabajo de Parto

Múltipara de 1 cursando embarazo de 32 semanas + 5 días, que ingresa al servicio de urgencia con signos de inicio de Trabajo de parto activo y cuello 50% borrado.

Se ingresa para frenación con Nifedipino y administración de terapia de maduración pulmonar fetal.

Luego de 3 días de hospitalización y frenación exitosa, es dada de alta a domicilio.

Diagnóstico principal: O60.0 Trabajo de Parto prematuro sin parto.

4. Fracaso de Inducción

Primigesta con embarazo de 39 semanas + 4 días, es citada a hospitalizarse para inducción del trabajo de parto.

Luego de 10 horas de inducción médica, el equipo obstétrico concluye Inducción fallida, por lo que realiza cesárea con resultado de recién nacido único vivo y sano.

Diagnóstico principal: O61.0 Fracaso de la inducción médica del Trabajo de Parto.

Diagnóstico secundario:

Z37.0 Nacido vivo, único

5. Falso Trabajo de Parto.

Primigesta con embarazo de 33 semanas + 2 días, que ingresa al servicio de urgencia refiriendo contracciones uterinas, de dos cada 15 minutos. Al tacto vaginal no se percibe cuello borrado ni dilatación. Se hospitaliza para monitoreo fetal por posible inicio de trabajo de parto prematuro. Paciente progresa en buenas condiciones generales, con registro fetal reactivo, sin nuevo episodio de contracciones y exámenes normales. Se decide alta. (Véase definición de trabajo de parto)

Diagnóstico principal: O47.0 Falso trabajo de Parto antes de las 37 semanas completas de gestación.

6. Parto con Desgarro

Primigesta de 25 años, cursando embarazo de 37 semanas, gemelar bicorial biamniótico. Inicia período de parto activo. Ecografía obstétrica evidencia ambos fetos vivos, posición cefálica-cefálica. Se constata desgarro vaginoperineal de segundo grado que se sutura.

Diagnóstico principal: O70.1 Desgarro perineal de segundo grado durante el parto

Diagnóstico secundario:

O30.0 Embarazo doble

Z37.2 Gemelos, ambos nacidos vivos

7. 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 parto instrumentado.

- a. Los códigos para parto obstruido indican el motivo de la obstrucción y se clasifican en 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 y

O66.- Otras obstrucciones del trabajo de parto.

Primigesta con embarazo de 38 semanas + 3 días que ingresa al servicio de urgencia con trabajo de parto activo y cuello 100% borrado. Al examen vaginal se palpa extremidad inferior del feto.

Se realiza cesárea de urgencia con resultado de recién nacido vivo y sano.

Diagnóstico principal: O32.2 Atención materna por posición fetal oblicua o transversa.

Diagnóstico secundario:

Z37.0 Nacido vivo, único

Primigesta con embarazo de 39+ 3 semanas ingresa al servicio de urgencia en trabajo de parto, se traslada a sala de parto para ser intervenida ya que presenta expulsivo detenido, se resuelve con parto vaginal con fórceps, recién nacido vivo. En protocolo de parto se describe desgarro perineal de segundo grado.

Diagnóstico principal: O66.8 Otras obstrucciones especificadas del trabajo de parto

Diagnóstico secundario:

O70.1 Desgarro perineal de segundo grado durante el parto

Z37.0 Nacido vivo, único

Parto por Cesárea

Múltipara de 2 con 37 semanas + 2 días de gestación, que ingresa al servicio de urgencia con trabajo de parto activo. Con antecedentes de doble cicatriz de cesárea anterior.

Se realiza cesárea con recién nacido vivo y sano.

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

Diagnósticos secundarios:

Z37.0 Nacido vivo, único

4.3. Puerperio

4.3.1 Afecciones o complicaciones del puerperio

- **Sepsis Puerperal**

Se debe asignar el código O85 Sepsis puerperal, junto a un código secundario si desea identificar el agente infeccioso (B95-B98). Por ejemplo, en el caso de una infección bacteriana se debe asignar un código de las categorías antes mencionada. No se deben asignar para la sepsis puerperal códigos de la categoría A40.- Sepsis estreptocócica, ni de la A41.- Otras sepsis.

- **Secuelas de complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio**

Esta categoría se debe 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.

Ejemplo: Prolapso debido a laceración traumática obstétrica en parto ocurrido dos años antes.

Diagnóstico principal: N81.8 Otros Prolapsos genitales femeninos

Diagnóstico secundario: O94.X Secuelas de complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio.

Puérpera con antecedentes de parto vaginal vértice espontáneo con desgarro tipo 2 hace 8 días, con resultado de recién nacido vivo sano.

Consulta al servicio de urgencia por disnea y dolor precordial. Se pesquisa Trombo Embolismo Pulmonar 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 (Embolia pulmonar: Obstétrica SAI y Puerperal SAI)

Múltipara de 2, con doble cicatriz de cesárea anterior y embarazo de 37 semanas + 3 días. Ingresa para cesárea con resultado de recién nacido vivo sano. Al segundo día de puerperio, se pesquisa dehiscencia completa de sutura de cesárea que requiere de manejo en pabellón y terapia antibiótica. Es dada de alta al 10° día.

Diagnóstico principal: O90.0 Dehiscencia de sutura de cesárea.

Diagnóstico secundario:

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

Z37.0 Nacido vivo, único

5. Afecciones Fetales que influyen en el embarazo y parto

a) Códigos de la categoría O35 y O36

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, solamente se asigna cuando la afección fetal es realmente responsable que se haya modificado el tratamiento de la gestante, por ejemplo, por necesitar estudio diagnóstico, observación adicional, cuidados especiales, hospitalización u otra atención obstétrica de la gestante o la interrupción del embarazo. 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.

b) Cirugía sobre el feto intra-útero

En casos como defectos cardíacos congénitos, mielomeningocele, etc., en que se realiza cirugía sobre el feto intra-útero para corregir el defecto fetal, se debe asignar un código diagnóstico de la categoría O35.- Atención materna por anomalía o lesión fetal, conocida o presunta. No se debe utilizar en la codificación del episodio de la gestante ningún código del Capítulo XVI Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, para identificar al feto.

Malformación Fetal, atención Materna

Paciente de Chiloé múltipara de dos, cursando embarazo de 35 + 2 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 induce médicamente trabajo de parto a las 36+5, con resultado exitoso y parto vaginal con recién nacido vivo.

Diagnóstico principal: **O35.8** Atención Materna por otras (presuntas) anomalías y lesiones fetales.

Diagnóstico secundario:

O60.3 Parto prematuro sin trabajo de parto espontáneo (Parto prematuro por: cesárea, sin trabajo de parto espontáneo e inducción)

Z37.0 Nacido vivo, único

6. Bibliografía

1. Guía Perinatal 2015. 1º Edición y Publicación 2015. Resolución Exenta N° 271 / 04.06.2015 ISBN: 978-956-348-076- 4.
2. Norma General Técnica para la atención Integral en el puerperio. 1º Edición y Publicación 2015. Resolución Exenta N° 558 / 07.09.2015 ISBN: 978-956-348-084- 9.
3. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE-10 Edición 2015 OPS/ OMS.
4. Manual de Codificación CIE-10 ES- Diagnósticos - Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad – España; Edición 2016.
5. Manual de Codificación CIE-10-ES Diagnósticos - Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - España; Edición 2018.
6. 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.
7. ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting FY 2018 (October 1, 2017 - September 30, 2018).