

# Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Monográfico de embarazo,  
parto y puerperio

Actualización COVID-19

Preguntas a la Unidad

**NÚMERO 10. 2º SEMESTRE 2020**

**UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES**

**MINISTERIO DE SANIDAD**



# Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Monográfico de embarazo,  
parto y puerperio

Actualización COVID-19

Preguntas a la Unidad

**NÚMERO 10. 2º SEMESTRE 2020**

**UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES**

MINISTERIO DE SANIDAD

## **EQUIPO EDITORIAL**

### **COORDINACIÓN EDITORIAL**

Dolores PASTOR SANMILLÁN  
Subdirección General de Información Sanitaria. MS

Susana PATO ALONSO  
Colaborador ISDEFE. Subdirección General de Información Sanitaria. MS

Antonio RUIZ POLONIO  
Colaborador ISDEFE. Subdirección General de Información Sanitaria. MS

### **AUTORES DEL MONOGRÁFICO DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO**

SARA HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ  
Facultativo Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.  
Hospital Universitario La Paz. Madrid.  
Representante de la Comunidad Autónoma de Madrid en la UT CIE-10-ES.

GUILLERMO RODRÍGUEZ MARTÍNEZ  
Médico de Admisión y Documentación Clínica.  
Hospital Abente y Lago. EOXI A Coruña.  
Representante de la Comunidad Autónoma de Galicia en la UT CIE-10-ES.

### **UNIDAD TÉCNICA DE CODIFICACIÓN CIE-10-ES**

Jesús TRANCOSO ESTRADA  
Representante de la Comunidad Autónoma de Andalucía en la UT-CIE-10-ES

M<sup>a</sup> Dolores DEL PINO JIMÉNEZ  
Representante de la Comunidad Autónoma de Aragón en la UT-CIE-10-ES

Dolores SILVA MANZANO  
Representante del Principado de Asturias en la UT-CIE-10-ES

Fernando María VARELA NOREÑA  
Representante de la Comunidad Autónoma de Baleares en la UT-CIE-10-ES

Balbina SANTANA EXPÓSITO  
Representante de la Comunidad Autónoma de Canarias en la UT-CIE-10-ES

Ángel RÍO VARONA  
Representante de la Comunidad Autónoma de Cantabria en la UT-CIE-10-ES

Carmen VERDE LÓPEZ  
Representante de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha en la UT-CIE-10-ES

Paula ASENSIO VILLAHOZ  
Representante de la Comunidad Autónoma de Castilla y León en la UT-CIE-10-ES

Susana MARÍN DURÁN  
Representante de la Comunidad Autónoma de Cataluña en la UT-CIE-10-ES

Belén BENEÍTEZ MORALEJO  
Representante de la Comunidad Autónoma de Extremadura en la UT-CIE-10-ES

Guillermo RODRÍGUEZ MARTÍNEZ  
Representante de la Comunidad Autónoma de Galicia en la UT-CIE-10-ES

M<sup>a</sup> de los Ángeles MORENO JIMÉNEZ  
Representante de la Región de Murcia en la UT-CIE-10-ES

Ana GARIJO LARAÑA  
Representante de la Comunidad Foral de Navarra en la UT-CIE-10-ES

Idoia ANSO BORDA  
Representante de la Comunidad Autónoma de País Vasco en la UT-CIE-10-ES

Montserrat SÁNCHEZ FUENTES  
Representante de la Comunidad Autónoma de La Rioja en la UT-CIE-10-ES

Sara HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ  
Representante de la Comunidad Autónoma de Madrid en la UT-CIE-10-ES

Pilar PALAU MUÑOZ  
Representante de la Comunidad Autónoma de Valencia en la UT-CIE-10-ES

Begoña CURIEL IGLESIAS  
Representante de la SEDOM en la UT-CIE-10-ES

M<sup>a</sup> Carmen SALIDO CAMPOS  
Colaborador MS. UT-CIE-10-ES

Susana PATO ALONSO  
Colaborador MS. UT-CIE-10-ES

Antonio RUIZ POLONIO  
Colaborador MS. UT-CIE-10-ES

Dolores PASTOR SANMILLÁN  
MS. Coordinadora Unidad Técnica CIE-10-ES

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD  
Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO en línea: 133-20-057-2

Maquetación: Miján, Industrias Gráficas Abulenses, S.L.

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducir total o parcialmente su contenido para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

<http://cpage.mpr.gob.es>

# Cuadernos de Codificación CIE-10-ES

Monográfico de embarazo,  
parto y puerperio

Actualización COVID-19

Preguntas a la Unidad



GOBIERNO  
DE ESPAÑA    MINISTERIO  
DE SANIDAD

Las actualizaciones normativas contenidas en este cuaderno tienen vigencia para la codificación de altas con fecha a partir del 01-01-2021

# Índice

<b>Presentación</b>	9
<b>A. Monográfico de embarazo, parto y puerperio</b>	11
Introducción	11
1. Normas Generales	13
2. Cronología del embarazo	22
3. Parto Normal	25
4. Selección de diagnóstico principal	27
5. Embarazo de alto riesgo	31
6. Circunstancias fetales y de la cavidad amniótica que afectan a la atención del embarazo	33
7. Otras enfermedades o circunstancias que complican el embarazo, parto o puerperio	43
8. Complicaciones del trabajo del parto	69
9. Posparto o puerperio y complicaciones	83
10. Secuelas de complicaciones del embarazo, parto o puerperio	91
11. Afecciones maternas y fetales que se descartan	91
12. Procedimientos obstétricos	92
13. Aborto	128
14. Embarazo ectópico y molar	139
15. Atención reproductiva	146
Bibliografía	151
<b>B. Actualización COVID-19</b>	155
<b>C. Preguntas a la unidad</b>	159
COVID-19	159
Neoplasias	167
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	170

Enfermedades del sistema nervioso	173
Enfermedades del aparato circulatorio	175
Enfermedades del aparato digestivo	179
Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo	182
Enfermedades del aparato genitourinario	183
Embarazo, parto y puerperio	189
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	194
Causas externas de morbilidad	195
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	195
Miscelánea	196
Bibliografía	197



# Presentación

Me complace presentar este nuevo ejemplar de “Cuadernos de Codificación” que en esta ocasión, dedica su trabajo monográfico a la codificación del embarazo, parto y puerperio.

Complementaria a los manuales de codificación, la principal finalidad de esta línea editorial es servir de guía para la codificación clínica, profundizando en materias específicas y proporcionando recomendaciones, criterios y, normas oficiales para el uso de la CIE10ES en la codificación de diagnósticos y procedimientos. Tras más de cuatro años desde la edición del primer número, los cuadernos de codificación se han consolidado como una herramienta más de trabajo en el ámbito de la codificación clínica.

Adicionalmente a la revisión monográfica, el cuaderno se hace eco de las actualizaciones que en la actual pandemia por COVID-19 es necesario adoptar en relación con la codificación de las múltiples afecciones y problemas de salud relacionados con dicha infección. De ese modo, en este cuaderno se incluyen varias preguntas centradas en la codificación del COVID-19, así como una nota de codificación, para dar a conocer los nuevos códigos de procedimientos relacionados con el COVID-19 que entran en vigor en enero de 2021, así como la normativa de codificación que debe aplicarse.

Por último, como es habitual en todos los cuadernos, hay una parte importante dedicada a la resolución de las preguntas formuladas a la Unidad Técnica.

Los cuadernos de codificación son fruto del trabajo de la Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES y de los expertos que con ella colaboran. En ellos se recogen los acuerdos adoptados por dicha unidad en relación con el uso de la clasificación y para la resolución de preguntas dirigidas a la Unidad, referente en España para la normalización de diagnósticos y procedimientos del Registro de Atención Especializada RAE-CMBD estatal. Deseo desde estas líneas reconocer y agradecer la activa participación de todos los miembros de la Unidad Técnica que, entre otros muchos trabajos, hacen posible

esta publicación. Su implicación y esfuerzo en la tarea de mejorar la calidad de la codificación sirve, sin ninguna duda, para dotarnos de un cada vez mejor Registro, haciendo más útil la información que resulta del mismo

Mercedes Alfaro Latorre  
Subdirectora General de Información Sanitaria

# A. Monográfico de embarazo, parto y puerperio

## Introducción

En este monográfico se hace una revisión de la codificación de los diagnósticos y procedimientos más frecuentes en Obstetricia, con CIE-10-ES 3ª Edición Enero 2020. En cuanto a los procedimientos obstétricos se incluyen tanto procedimientos que se realizan sobre productos de la concepción como procedimientos que se realizan en las mujeres embarazadas para diagnóstico o tratamiento.

Es preciso recordar que es fundamental disponer de una documentación clínica de calidad para que la codificación se ajuste a la realidad del episodio asistencial y también contar con la colaboración de los clínicos cuando la documentación genere dudas a la hora de codificar un determinado diagnóstico o procedimiento.

Sara Hernández Gutiérrez  
Facultativo Especialista en Medicina  
Preventiva y Salud Pública.  
Hospital Universitario La Paz. Madrid.  
Representante de la Comunidad Autónoma  
de Madrid en la UT CIE-10-ES.

Guillermo Rodríguez Martínez  
Médico de Admisión y Documentación Clínica  
Hospital Abente y Lago. EOXI A Coruña.  
Representante de la Comunidad Autónoma  
de Galicia en la UT CIE-10-ES



# 1. Normas Generales

Para codificar la patología obstétrica, ya sean enfermedades o circunstancias relacionadas con el embarazo, parto o puerperio, o que se complican o agravan en esta etapa, se utilizan los códigos incluidos en el capítulo 15 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO de la CIE-10-ES Diagnósticos. Este capítulo incluye las categorías **O00-O9A**, y se estructura en las siguientes secciones:

- O00-O08 Embarazo con resultado abortivo**
- O09 Supervisión de embarazo de alto riesgo**
- O10-O16 Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio**
- O20-O29 Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo**
- O30-O48 Atención materna relacionada con el feto y cavidad amniótica y posibles problemas en el parto**
- O60-O77 Complicaciones del trabajo de parto y del parto**
- O80-O82 Contacto para el parto**
- O85-O92 Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio**
- O94-O9A Otras afecciones obstétricas no clasificadas bajo otro concepto**

Además, existen otros códigos relacionados con el embarazo, parto, puerperio y reproducción en el capítulo 21 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS SANITARIOS, en las categorías:

- Z30 Contacto para atención anticonceptiva**
- Z31 Contacto para atención reproductiva**
- Z32 Contacto para prueba de embarazo e instrucciones en el parto y cuidado de los hijos**
- Z33 Estado de embarazo**
- Z34 Contacto para supervisión de un embarazo normal**
- Z36 Contacto para cribado prenatal de la madre**
- Z3A Semanas de gestación**
- Z37 Resultado del parto**
- Z39 Contacto para reconocimiento médico y atención materna posparto**

Y en la subcategoría:

- Z03.7 Contacto por sospecha de afecciones maternas y fetales que se descartan**

Entre las normas generales cabe destacar, en primer lugar, que cualquier condición o circunstancia que suceda durante el embarazo, parto o puerperio debe ser considerada como una complicación de ese período, excepto en los casos en que la documentación clínica establezca que tal condición no ha afectado a ese período o al tra-

tamiento que la paciente ha recibido. En caso de duda, es responsabilidad del clínico determinar que la afección que se trata no está afectando el embarazo o que el embarazo no agrava dicha afección. En estos episodios, la afección no obstétrica será el diagnóstico principal y se asignará como código adicional el **Z33.1 Estado de embarazo incidental**, para informar que la paciente está embarazada. El código **Z33.1 Estado de embarazo incidental** no puede ser utilizado como diagnóstico principal y su uso es incompatible con cualquier otro código del capítulo 15.

Paciente embarazada de 24 semanas que es atendida en urgencias con dolor en tobillo izquierdo tras caída casual en su casa. Su diagnóstico es esguince de tobillo izquierdo, que no afecta al embarazo de la paciente ni a sus cuidados, y recibe alta médica.

- S93.402A** Esguince de ligamento no especificado de tobillo izquierdo, contacto inicial
- W19.XXXA** Caída no especificada, contacto inicial
- Y92.009** Lugar no especificado de residencia no institucional (privada) no especificada, como lugar del acontecimiento de la causa externa
- Z33.1** Estado de embarazo incidental

Se utiliza, por tanto, el código **Z33.1 Estado de embarazo incidental** y no códigos del capítulo 15, en casos de afecciones que no tienen relación con el embarazo actual, que no son complicaciones, en las que no se recibe atención obstétrica y cuando el embarazo no influye en la atención que la paciente recibe.

Los códigos del capítulo 15 tienen prioridad en la secuencia de codificación sobre los códigos de otros capítulos, pero se puede y se deben utilizar códigos adicionales de otros capítulos cuando aporten información o para especificar más las afecciones.

Mujer de 30 años, gestante de 18 semanas, que acude a urgencias por dolor en flanco izquierdo siendo ingresada y diagnosticada de litiasis ureteral con hidronefrosis.

- O26.832** Enfermedad renal relacionada con el embarazo, segundo trimestre
- N13.2** Hidronefrosis con obstrucción litiasica renal y ureteral
- Z3A.18** 18 semanas de gestación

Por último, recordar que los códigos del capítulo 15 solo pueden utilizarse en la codificación de los episodios de la madre, nunca deben ser utilizados en la codificación del episodio del recién nacido.

## 1.1. Semanas de gestación

El embarazo en la especie humana tiene una duración aproximada de 280 días, 9 meses o 40 semanas completas. Esto puede variar mucho de unas mujeres a otras, llegando incluso algunos embarazos hasta la semana 42. Durante esas semanas se van sucediendo todas las fases del desarrollo fetal, por lo que el control del embarazo semana a semana es muy importante. Los obstetras calculan siempre la edad gestacional en semanas, porque es la forma más exacta para datar momentos importantes del embarazo, las principales pruebas diagnósticas, comprobar que el crecimiento fetal es correcto, etc. El cálculo de las semanas de gestación se realiza contando desde el primer día de la última menstruación.

En la codificación del episodio de la madre se deben utilizar códigos de la categoría **Z3A Semanas de gestación** para indicar las semanas de gestación del embarazo. En la documentación clínica, las semanas de gestación del embarazo aparecen expresadas mediante la fórmula: semanas + días. Así, 26 + 6 significa 26 semanas y 6 días de embarazo, contadas desde la fecha de la última regla. El día siguiente, cuando se suman 7 días, comienza una nueva semana, la semana 27 + 0 días o semana 27. A la hora de codificar se deben tener en cuenta las semanas completas de gestación.

Gestante de 26 + 6 semanas que ingresa por hipertensión gestacional. En el momento actual no presenta otros problemas.

**O13.2** Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa, segundo trimestre

**Z3A.26** 26 semanas de gestación

En caso de embarazos de 42 semanas o más de gestación, se utilizan los códigos **Z3A.42 42 semanas de gestación** o **Z3A.49 Más de 42 semanas de gestación**. Por ejemplo, 42 + 3 semanas de gestación corresponde a 42 semanas completas más 3 días de la semana 43, por lo que se asignará el código **Z3A.42 42 semanas de gestación**. Así, cualquier número de días de la semana 42 hasta la siguiente se codifica con el código **Z3A.42 42 semanas de gestación**. Para 43 semanas o más se codificará con el código **Z3A.49 Más de 42 semanas de gestación**.

En algunas ocasiones existe discordancia entre la edad gestacional, calculada por la fecha de la última regla o menstruación (FUR o FUM), y la obtenida por ecografía, a partir de la medición del feto. En estos casos, siempre se debe utilizar la referida por el obstetra en la documentación clínica como semanas de gestación, edad gestacional (EG) o cronológica, para la asignación del código correcto de la categoría **Z3A Semanas de gestación**.

En ingresos que comprendan más de una semana de gestación se debe utilizar la fecha de ingreso para determinar las semanas de gestación, es decir, se codificarán las semanas de gestación en el momento del ingreso.

No se deben utilizar estos códigos de la categoría **Z3A Semanas de gestación** junto con las categorías **O00-O08 Embarazo con resultado abortivo**, el código **Z33.2 Contacto para interrupción voluntaria del embarazo**, ni para afecciones posparto, ya que esa información se considera irrelevante, por ejemplo, en el caso de embarazos no viables donde no es posible un desarrollo normal del feto.

## 1.2. Carácter final para el trimestre del embarazo

Otro término utilizado habitualmente en el control del embarazo es el trimestre. Las semanas de gestación se agrupan en tres trimestres. Los intervalos temporales de los trimestres se calculan contando desde el primer día del último período menstrual y se definen en CIE-10-ES 2020 de la siguiente forma:

**Tabla 1.** Intervalos temporales de los trimestres del embarazo

TRIMESTRE DEL EMBARAZO	INTERVALO TEMPORAL
Primer trimestre	Menos de 14 semanas
Segundo trimestre	Desde las 14 semanas y 0 días hasta menos de 28 semanas
Tercer trimestre	Desde las 28 semanas y 0 días hasta el parto

La mayoría de códigos, en el capítulo 15 de la CIE-10-ES Diagnósticos, tienen un carácter final para especificar el trimestre del embarazo. Se debe revisar la Lista Tabular de Enfermedades para asignar el séptimo carácter apropiado que indique el trimestre del embarazo.



La asignación del carácter final de trimestre se realiza teniendo en cuenta el trimestre en que se produce el ingreso o contacto. Se revisa el número de semanas de gestación, en la documentación clínica, para identificar el trimestre adecuado al asignar el código. Esto se aplica a la asignación de trimestre para afecciones preexistentes al embarazo, así como para las que se desarrollan o se deben al embarazo.

Paciente embarazada de 15 semanas de gestación con diabetes preexistente tipo I que ingresa por pielonefritis aguda.

- O23.02** Infecciones renales en el embarazo, segundo trimestre
- N10** Pielonefritis aguda
- O24.012** Diabetes mellitus tipo 1 preexistente, en el embarazo, segundo trimestre
- Z3A.15** 15 semanas de gestación

Existen, también, códigos en el capítulo 15 que no tienen un carácter final para el trimestre del embarazo. Esto se debe a que se trata de afecciones que siempre aparecen durante un trimestre específico o porque la edad gestacional no es aplicable. Además, algunos códigos solo tienen caracteres para determinados trimestres porque la afección no se produce en todos ellos, aunque puede aparecer en más de uno.

Cuando una paciente es ingresada en el hospital por complicaciones del embarazo en un determinado trimestre y permanece en el hospital durante el trimestre siguiente, debe asignarse el código en base al trimestre en que se produce el ingreso o contacto, y no en el que tiene lugar el alta.

Mujer gestante de 27 + 5 semanas que ingresa con dolor abdominal intenso, epigástrico irradiado hacia fosa ilíaca derecha, de 24 horas de evolución. Es diagnosticada de apendicitis aguda e intervenida de urgencia realizándose apendicectomía laparoscópica. A los 4 días comienza con infección urinaria y se le da el alta una semana después.

- O99.612** Enfermedades del aparato digestivo que complican el embarazo, segundo trimestre
- K35.80** Apendicitis aguda no especificada
- O23.43** Infección no especificada del tracto urinario en el embarazo, tercer trimestre
- Z3A.27** 27 semanas de gestación

Sin embargo, en ingresos en los que se produzca el parto, siempre que exista la posibilidad de utilizar códigos para describir la complicación obstétrica que incluyan en su literal “durante el parto” se debe asignar dicho código.

Paciente embarazada de 35 semanas que ingresa por malnutrición. La paciente permanece en el hospital con control y tratamiento de su malnutrición hasta que tiene lugar el parto. El resultado del parto es un nacido único vivo.

<b>O25.2</b>	Desnutrición en el parto
<b>Z3A.35</b>	35 semanas de gestación
<b>Z37.0</b>	Nacido vivo único

Una paciente embarazada de 39 semanas de gestación ingresa con trabajo de parto. La paciente presenta infección del tracto urinario, que se confirma mediante urocultivo y recibe tratamiento. No existen más incidencias y nace un niño sano.

<b>O23.43</b>	Infección no especificada del tracto urinario en el embarazo, tercer trimestre
<b>Z3A.39</b>	39 semanas de gestación
<b>Z37.0</b>	Nacido vivo único

Aunque las categorías que incluyen códigos de trimestre tienen un código para “trimestre no especificado”, solo se utilizará este código cuando la documentación de la historia clínica sea insuficiente para determinar el trimestre y no sea posible obtener una aclaración.

### 1.3. Códigos con séptimo carácter

El embarazo múltiple requiere un control muy minucioso para prevenir complicaciones. Cuantos más órganos compartan los fetos dentro del útero materno (placenta y bolsa amniótica), el riesgo es mayor. Por eso, es tan importante el seguimiento de la gestación por parte del obstetra y esto debe quedar registrado tanto en la documentación clínica como en la codificación de estos episodios.

En el capítulo 15 de la CIE-10-ES Diagnósticos, existen códigos que requieren un séptimo carácter para identificar el feto de una gestación múltiple que se ve afectado por la condición que se está codificando. Se debe añadir el séptimo carácter apropiado a cada código de las siguientes categorías y subcategorías:

- O31**      **Complicaciones específicas del embarazo múltiple**
- O32**      **Atención materna por presentación anómala del feto**
- O33.3**    **Atención materna por desproporción debida a estrechez inferior de la pelvis**
- O33.4**    **Atención materna por desproporción de origen mixto materna y fetal**
- O33.5**    **Atención materna por desproporción debida a feto inusualmente grande**
- O33.6**    **Atención materna por desproporción debida a hidrocefalia fetal**
- O33.7**    **Atención materna por desproporción debida a otras malformaciones fetales**

- O35 Atención materna por anomalía y daño fetal conocida o sospechada**
- O36 Atención materna por otros problemas fetales**
- O40 Polihidramnios**
- O41 Otros trastornos del líquido y de las membranas amnióticas**
- O60.1 Trabajo de parto prematuro con parto prematuro**
- O60.2 Parto a término con trabajo de parto prematuro**
- O64 Trabajo de parto obstruido debido a mala posición y mala presentación feto**
- O69 Trabajo de parto y parto complicados por complicaciones del cordón umbilical**

Los séptimos caracteres aplicables son:

- **0** no aplicable o no especificado
- **1** feto 1
- **2** feto 2
- **3** feto 3
- **4** feto 4
- **5** feto 5
- **9** otro feto

En estos casos es necesario revisar en la Lista Tabular de Enfermedades las notas de séptimo carácter al principio de la categoría o subcategoría para asignar el código adecuado.

El séptimo carácter del 1 al 9 se utiliza en gestaciones múltiples e identifica el feto al que el código hace referencia. Se debe revisar la documentación clínica para asignar el séptimo carácter 1 a 9 apropiado. Cuando se asigne un código de las anteriores categorías o subcategorías, con el séptimo carácter del 1 al 9, se debe usar también un código apropiado de la categoría **O30 Gestación múltiple**, para proporcionar información sobre el número de fetos, número de sacos amnióticos y número de placentas, puesto que el riesgo de complicaciones y el tratamiento de estos casos puede verse influido por estos factores.

Gestante gemelar de 39 semanas que acude por parto en curso. Presenta una circular de cordón sin compresión en el segundo feto. Ambos recién nacidos fueron vivos y sanos.

- O30.003** Embarazo gemelar, no especificado el número de placentas ni de sacos amnióticos, tercer trimestre
- O69.81X2** Trabajo de parto y parto complicados por cordón alrededor del cuello, sin compresión, feto 2
- Z3A.39** 39 semanas de gestación
- Z37.2** Gemelos, ambos nacidos vivos

Gestante gemelar de 33 + 2 semanas. Presenta ruptura prematura de membranas, inicio del parto tres horas más tarde. Parto espontáneo con presentación vértex gemelar, ambos recién nacidos vivos y sanos.

<b>O42.013</b>	Rotura prematura de membranas pretérmino, inicio del trabajo de parto en las primeras 24 horas de la rotura, tercer trimestre
<b>O60.14X1</b>	Trabajo de parto prematuro, tercer trimestre con parto prematuro del tercer trimestre, feto 1
<b>O60.14X2</b>	Trabajo de parto prematuro, tercer trimestre con parto prematuro del tercer trimestre, feto 2
<b>O30.003</b>	Embarazo gemelar, no especificado el número de placentas ni de sacos amnióticos, tercer trimestre
<b>Z3A.33</b>	33 semanas de gestación
<b>Z37.2</b>	Gemelos, ambos nacidos vivos

La asignación de séptimo carácter 0 se realizará:

- Para gestaciones únicas.
- Cuando la documentación en la historia es insuficiente para determinar el feto afectado y no es posible obtener más información.
- Cuando clínicamente no es posible determinar el feto afectado.

Paciente embarazada de 36 + 5 semanas diagnosticada de placenta previa oclusiva total (PPOT) que acude a urgencias por metrorragia mayor que regla de unas horas de evolución. Se indica cesárea urgente por PPOT y nace un varón sano.

<b>O44.13</b>	Placenta previa completa con hemorragia, tercer trimestre
<b>O60.14X0</b>	Trabajo de parto prematuro en el tercer trimestre con parto prematuro del tercer trimestre, no aplicable o no especificado
<b>Z3A.36</b>	36 semanas de gestación
<b>Z37.0</b>	Nacido vivo único

En alguna ocasión podemos encontrar en la documentación clínica la identificación de los fetos de una gestación múltiple con letras (feto A, feto B, feto C, etc.) en lugar de números. En estos casos se codificará feto A como feto 1, feto B como feto 2, feto C como feto 3, y así sucesivamente.

**Tabla 2. Asignación de séptimo carácter**

	SÉPTIMO CARÁCTER
Gestación única Documentación insuficiente para determinar feto afectado No es posible determinar clínicamente feto afectado	0
Feto 1 o A afectado	1
Feto 2 o B afectado	2
Feto 3 o C afectado	3
Feto 4 o D afectado	4
Feto 5 o E afectado	5
Otro feto afectado	9

## 1.4. Resultado del parto

En los episodios en que se produzca el parto se asignará, junto a los códigos que describan el episodio del parto, un código adicional de la categoría **Z37 Resultado del parto**, para indicar el número y el estado (vivo o muerto) del recién nacido en el momento del parto.

Mujer que ingresa con gestación gemelar bicorial, biamniótica de 38 semanas y malposición del segundo feto. En la exploración se detecta ausencia de latidos cardiacos en segundo feto. El primer feto nace vivo y el segundo nace muerto.

- O32.9XX2** Atención materna por presentación anómala del feto no especificada, feto 2
- O30.043** Embarazo gemelar dicoriónico/diamniótico, tercer trimestre
- O36.4XX2** Atención materna por muerte intrauterina, feto 2
- Z3A.38** 38 semanas de gestación
- Z37.3** Gemelos, uno nacido vivo y el otro mortinato

Estos códigos únicamente pueden ser utilizados en el episodio de la madre, en el que ocurre el parto, nunca en el episodio del recién nacido. No se deben asignar códigos de la categoría **Z37 Resultado del parto** cuando el parto ocurre fuera del hospital antes del ingreso hospitalario (parto extrahospitalario o extramuros) salvo en el caso de que el alumbramiento (expulsión de la placenta) se produzca una vez que la paciente ha ingresado en el hospital (ver punto **9.1. Atención materna posparto tras parto extrahospitalario**).

## 2. Cronología del embarazo

El embarazo o gravidez es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el parto. En la especie humana la duración media del embarazo 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 días o semanas completas.

Así, por ejemplo, semana 38 + 4 se entiende como la semana 38 completa y 4 días de la semana 39. A la hora de codificar sólo se registrarán las semanas completas, así la semana 38 + 4 se codificará **Z3A.38 38 semanas de gestación** (ver punto **1.1. Semanas de gestación**).

La **Regla de Naegele** es un método estandarizado de calcular la fecha prevista de parto para una gestación normal. Se llamó así en honor de **Franz Karl Naegele** (1778-1851), el obstetra alemán que la desarrolló e inventó. La fórmula estima la fecha probable de parto (FPP) en función de la fecha de la última menstruación (FUM) de la mujer. A esta fecha se le añade un año, se restan 3 meses y se suman 7 días. Es decir,  $FPP = FUM + 7 \text{ días} + 1 \text{ año} - 3 \text{ meses}$ . Esta aproximación se basa en la duración normal de una gestación humana, que dura por término medio 40 semanas (280 días) desde la FUM, o 38 semanas (266) desde la fecha de fecundación.

Se considera **parto a término** a aquel parto que se produce entre la semana 37 completa y la semana 40 completa. Todo parto anterior a la semana 37 se considera **parto prematuro**, y aquel que se produce después de la semana 40 completa se considera **embarazo cronológicamente avanzado**.

**Tabla 3.** Cronología del embarazo

CIRCUNSTANCIA	SEMANAS DE GESTACIÓN
Pretérmino	20 + 1 día a < 37 semanas completas
A término	37 a 40 semanas completas
Posttérmino	40 + 1 día a 42 semanas completas
Prolongado	≥ 42 + 1 día

## 2.1. Parto Prematuro

El parto prematuro es definido médicamente como el parto ocurrido antes de las 37 semanas de gestación, en oposición a la mayoría de los embarazos que duran más de 37 semanas, contadas desde el primer día de la última menstruación. El nacimiento prematuro ocurre en un 6-12% de los nacimientos. Cuanto más corto es el período del embarazo, más alto es el riesgo de complicaciones. Los niños que nacen de forma prematura tienen un alto riesgo de muerte en sus primeros años de vida. Existe también un alto riesgo de desarrollar serios problemas de salud como: parálisis cerebral, enfermedades crónicas pulmonares, problemas gastrointestinales, retraso mental, problemas de visión y oído.

A la hora de codificar un **parto prematuro** se debe tener en cuenta que se considera prematuro al parto que ocurre después de la semana 20 completa (semana 20 + 1) y antes de la semana 37 completa (36 + 6). Se codificará con el código de 7 caracteres **O60.1 Trabajo de parto prematuro con parto prematuro**, y se registrará siempre que ocurra un parto prematuro, independientemente que haya tenido trabajo de parto o no. Se usarán los códigos de subcategoría adecuados para identificar el trimestre en el que se produzca el parto prematuro, procurando no usar nunca el código **O60.10 Trabajo de parto prematuro con parto prematuro, trimestre no especificado**, ya que en el momento del parto se debería saber en qué trimestre de la gestación se encuentra la paciente.

**Embarazo** (simple) (uterino)- véase además Parto y puerperio  
- complicado por (cuidados, asistencia afectada por)  
- - parto  
- - - pretérmino O60.10

**Parto** (nacimiento) (trabajo de parto)  
- prematuro (véase además Embarazo, complicado por, trabajo de parto pretérmino) O60.10

**Prematuro** (-a), véase además enfermedad específica  
- parto (véase además Embarazo, complicado por, trabajo de parto pretérmino) O60.10

**Pretérmino**  
- parto (véase además Embarazo, complicado por, trabajo de parto pretérmino) O60.10

Paciente de 36 + 5 semanas que acude por cesárea programada por podállica de feto único.

- O32.8XX0** Atención materna por otra presentación anómala del feto, no aplicable o no especificado
- O60.14X0** Trabajo de parto prematuro en el tercer trimestre con parto prematuro del tercer trimestre, no aplicable o no especificado
- Z3A.36** 36 semanas de gestación
- Z37.0** Nacido vivo único

## 2.2. Embarazo cronológicamente avanzado

Se considera un embarazo cronológicamente avanzado a aquel que sobrepasa las 40 semanas completas de gestación (semana 40 + 1) y diferenciamos entre embarazo postérmino y embarazo prolongado.

### 2.2.1. Embarazo postérmino

El embarazo postérmino o posmaduro, es aquel que sobrepasa la semana 40 completa de gestación (semana 40 + 1) hasta la semana 42 completa de gestación (semana 42). Debe de identificarse con el código **O48.0 Embarazo postérmino** siempre que ocurra tal circunstancia, sea o no diagnóstico principal.

Parto vaginal de feto único en embarazada de semana 40 + 2.

- O48.0** Embarazo postérmino
- Z3A.40** 40 semanas de gestación
- Z37.0** Nacido vivo único

### 2.2.2. Embarazo prolongado

Es aquel embarazo que sobrepasa la semana 42 completa de gestación (semana 42 + 1). Debe codificarse siempre que ocurra tal circunstancia con el código **O48.1 Embarazo prolongado**, sea o no diagnóstico principal.

Embarazada con DM tipo I que ingresa en la semana 42 + 2 para inducción del parto por embarazo prolongado. Nace niño vivo.

- O48.1** Embarazo prolongado
- O24.02** Diabetes mellitus tipo 1 preexistente, en el parto
- Z3A.42** 42 semanas de gestación
- Z37.0** Nacido vivo único



### 3. Parto normal

El parto normal es el proceso fisiológico con el que una mujer finaliza una gestación a término. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, termina con el nacimiento de un bebé y no necesita más intervención que un apoyo integral y respetuoso. Después del nacimiento la madre se encuentra en buenas condiciones.

Se debe asignar el código **O80 Admisión para el parto a término no complicado** cuando una mujer es ingresada por un embarazo normal a término y el resultado del parto es un recién nacido único vivo, sin ninguna complicación anteparto, en el parto ni el posparto. Incluye el parto espontáneo de un recién nacido vivo, único, a término, vaginal y con presentación cefálica u occipital, que requiere una asistencia mínima o nula, con o sin episiotomía, sin manipulación del feto (por ejemplo, rotación) y sin instrumentación (fórceps, espátulas, ventosa, etc.).

El código **O80** es siempre diagnóstico principal y es incompatible (es decir, no se puede utilizar) si se necesita cualquier otro código del capítulo 15 para describir una complicación del episodio del parto. El único código de resultado del parto apropiado para utilizar con el código **O80** es el **Z37.0 Nacido vivo único**.

Gestante de 39 semanas que acude al hospital por parto en curso. La paciente no presentó complicaciones durante su embarazo y nace un recién nacido vivo. Periné intacto.

**O80** Admisión para el parto a término no complicado  
**Z3A.39** 39 semanas de gestación  
**Z37.0** Nacido vivo único

Gestante de 39 semanas que acude al hospital por parto en curso. La paciente no presentó complicaciones durante su embarazo y nace un recién nacido vivo. Periné intacto. Unas horas tras el parto comienza con una hemorragia severa.

**O72.1** Otras hemorragias del posparto inmediato  
**Z3A.39** 39 semanas de gestación  
**Z37.0** Nacido vivo único

Se pueden utilizar códigos adicionales de otros capítulos de la CIE-10-ES Diagnósticos junto con el código **O80** si tales afecciones no están relacionadas con el embarazo o no lo complican de ninguna forma.

Gestante de 38 semanas, con parto normal, que al segundo día es vista por cirujano plástico por lipoma en pierna derecha para su inclusión en lista de espera quirúrgica.

<b>O80</b>	Admisión para el parto a término no complicado
<b>Z3A.38</b>	38 semanas de gestación
<b>Z37.0</b>	Nacido vivo único
<b>D17.23</b>	Neoplasia lipomatosa benigna de piel y tejido subcutáneo pierna derecha
<b>8850/0</b>	Lipoma, SAI

Se puede utilizar el código **O80 Admisión para el parto a término no complicado** si la paciente tuvo una complicación en algún momento del embarazo, pero dicha complicación no está presente en el momento del ingreso para el parto.

Gestante de 37 semanas que acude al hospital por parto en curso. Parto vaginal espontáneo y nace un recién nacido vivo. En el primer trimestre de embarazo la paciente fue controlada en consulta por niveles anormales de glucosa que se resolvieron sin más incidencias durante su embarazo.

<b>O80</b>	Admisión para el parto a término no complicado
<b>Z3A.37</b>	37 semanas de gestación
<b>Z37.0</b>	Nacido vivo único

En algunas ocasiones en el mismo episodio del parto se realiza una esterilización. En estos casos se asignará un código diagnóstico adicional **Z30.2 Contacto para esterilización** y el código del procedimiento de esterilización (ver punto **12.3. Esterilización quirúrgica**).

**Tabla 4. Condiciones asociadas a Parto Normal**

**CONDICIONES ASOCIADAS A PARTO NORMAL (CÓDIGO O80)**

- Parto vaginal
- Espontáneo
- A término (37 a 40 semanas completas)
- Situación longitudinal
- Presentación fetal cefálica u occipital
- Recién nacido único y vivo
- Sin complicaciones en el episodio del parto (aunque existieran durante el embarazo, pero han sido resueltas antes del ingreso)
- Sin complicaciones en el posparto (durante este episodio)
- Puede ir acompañado del código diagnóstico adicional **Z30.2 Contacto para esterilización** (si se realiza la misma durante el episodio)

**Tabla 5. Procedimientos asociados a Parto Normal**

**PROCEDIMIENTOS ADMITIDOS COMO ASOCIADOS A UN PARTO NORMAL**

- Asistencia manual sin instrumentación
- Episiotomía
- Episiorrafia (reparación de episiotomía)
- Amniotomía (ruptura artificial de membranas)
- Analgesia o anestesia materna
- Monitorización fetal
- Administración de estimuladores/aceleradores del parto
- Esterilización

Embarazada de 37 + 5 semanas que ingresa con trabajo de parto activo. Se realiza amniotomía y se administra oxitocina en vena periférica para aumentar las contracciones. Tiene un parto vaginal espontáneo sin complicaciones con recién nacido vivo.

<b>O80</b>	Admisión para el parto a término no complicado
<b>Z3A.37</b>	37 semanas de gestación
<b>Z37.0</b>	Nacido vivo único

## 4. Selección de diagnóstico principal

Debe respetarse el concepto de **diagnóstico principal** como aquella circunstancia o condición que después del estudio pertinente se establece como la razón o causa que motivó el ingreso del paciente en el centro. Este concepto debe mantenerse en todos los ingresos del embarazo, parto y puerperio, se produzca el parto en el mismo o no.

Embarazada de 27 + 4 semanas con hipertensión y diabetes gestacional que ingresa por hemorragia por placenta baja.

<b>O44.52</b>	Implantación baja de placenta con hemorragia, segundo trimestre
<b>O13.2</b>	Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa, segundo trimestre
<b>O24.419</b>	Diabetes mellitus gestacional en el embarazo, con control no especificado
<b>Z3A.27</b>	27 semanas de gestación

## 4.1. Episodios sin parto

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

Embarazada de 27 + 3 semanas que ingresa por elevación de la tensión arterial e hiperglucemia. Se le diagnostica diabetes gestacional e hipertensión gestacional, que se tratan con antihipertensivos y anti diabéticos orales.

- O13.2** Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa, segundo trimestre
- O24.415** Diabetes mellitus gestacional en el embarazo, controlada con hipoglucémicos orales
- Z3A.27** 27 semanas de gestación

## 4.2. Episodios con parto

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

Embarazada de 39 + 1 semanas que ingresa para control de preeclampsia, al tercer día se produce desprendimiento de placenta que obliga a realizarle una cesárea urgente. Nace niño vivo.

- O14.94** Preeclampsia no especificada, que complica el parto
- O45.93** Desprendimiento prematuro de placenta, no especificado, tercer trimestre
- Z3A.39** 39 semanas de gestación
- Z37.0** Nacido vivo único

En algunas ocasiones, en el episodio en que tiene lugar el parto, el diagnóstico principal es una condición que no está presente en el momento del ingreso. El diagnóstico principal en estos casos son afecciones o complicaciones que se producen durante el episodio. Por ejemplo, si el motivo

de ingreso es trabajo de parto, sin ningún problema preparto, y durante el episodio se presenta una afección o complicación, esta última será el diagnóstico principal. Si no existiesen otras afecciones o complicaciones durante el episodio el diagnóstico principal sería **O80 Admisión para el parto a término no complicado** (ver punto **3. Parto Normal**).

Embarazada de 38 + 3 semanas que ingresa en trabajo de parto. Parto normal, varón vivo. Desgarro de segundo grado.

**O70.1** Desgarro perineal de segundo grado en el parto

**Z3A.38** 38 semanas de gestación

**Z37.0** Nacido vivo único

### 4.3. Consulta ambulatoria prenatal rutinaria

En las consultas ambulatorias prenatales rutinarias y que no tengan ningún tipo de complicación se usará como diagnóstico principal un código de la categoría **Z34 Contacto para supervisión de embarazo normal**. Estos códigos no deben ser utilizados en combinación con códigos del capítulo 15.

Primigrávida de 35 + 3 semanas que acude a consultas para control de embarazo (G1P0)

**Z34.03** Contacto para supervisión del primer embarazo normal, tercer trimestre

**Z3A.35** 35 semanas de gestación

### 4.4. Consulta ambulatoria prenatal en pacientes de alto riesgo

Las unidades de embarazo de alto riesgo atienden embarazos que requieren un protocolo de seguimiento más estricto y cuidadoso durante la gestación. En estas unidades se ofrece un control de las gestaciones más complejas de forma individualizada.

Estas unidades realizan el seguimiento de pacientes derivadas por múltiples causas, como patología materna previa al embarazo (diabetes, nefropatías, trombofilias, enfermedades autoinmunes, etc.) o patología que surge durante la propia gestación (hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia, restricción del crecimiento, anomalía fetal, amenaza de parto pretérmino, etc.). También se hace un control más

exhaustivo de pacientes con antecedentes obstétricos de riesgo, para realizar un correcto cribado y prevención de posibles patologías en la actual gestación (abortos previos, partos prematuros, etc.).

En las consultas de alto riesgo se debe utilizar como diagnóstico principal:

- Un código de la categoría **O09 Supervisión de embarazo de alto riesgo**, cuando con estos códigos se recoja con precisión el motivo de la atención en la consulta (si es necesario para describir otras afecciones se pueden utilizar otros códigos del capítulo 15 en combinación con el **O09**).
- Otro código del capítulo 15 distinto del **O09** para identificar el motivo de atención concreta en esa consulta de embarazos de alto riesgo (ver punto **5. Embarazo de alto riesgo**).

Los códigos de la categoría **O09 Supervisión de embarazo de alto riesgo**, identifican determinadas circunstancias por las cuales el embarazo es considerado de alto riesgo. Estos códigos se utilizan solo durante el periodo prenatal y permiten identificar el trimestre de gestación en que se produce el contacto.

Las subcategorías de 4 y 5 dígitos son las siguientes:

- O09.0 Supervisión de embarazo con historia de esterilidad
- O09.1 Supervisión de embarazo con historia de embarazo ectópico
- O09.A Supervisión de embarazo con historia de embarazo molar
- O09.2 Supervisión de embarazo con otra historia obstétrica o reproductiva deficiente
  - O09.21 Supervisión de embarazo con historia de parto prematuro
  - O09.29 Supervisión de embarazo con otra historia obstétrica o reproductiva no satisfactoria
- O09.3 Supervisión de embarazo con atención prenatal insuficiente
- O09.4 Supervisión de embarazo en gran multipara
- O09.5 Supervisión de primigrávida y multigrávida añosa
  - O09.51 Supervisión de primigrávida añosa
  - O09.52 Supervisión de multigrávida añosa
- O09.6 Supervisión de primigrávida y multigrávida joven
  - O09.61 Supervisión de primigrávida joven
  - O09.62 Supervisión de multigrávida joven
- O09.7 Supervisión de embarazo de alto riesgo debido a problemas sociales
- O09.8 Supervisión de otros embarazos de alto riesgo
  - O09.81 Supervisión de embarazo resultante de técnica de reproducción asistida
  - O09.82 Supervisión de embarazo con historia de procedimiento uterino en el embarazo anterior
  - O09.89 Supervisión de otros embarazos de alto riesgo
- O09.9 Supervisión de embarazo de alto riesgo, no especificado

Primigrávida de 45 años en la semana 37 + 5 que acude a consultas de alto riesgo para control de embarazo (G1P0)

- O09.513** Supervisión de primigrávida añosa, tercer trimestre  
**Z3A.37** 37 semanas de gestación

Supervisión de embarazo alto riesgo por FIV, semana 20 de embarazo, mujer DM tipo I.

- O09.812** Supervisión de embarazo resultante de técnica de reproducción asistida, segundo trimestre  
**O24.012** Diabetes mellitus tipo 1 preexistente, en el embarazo, segundo trimestre  
**Z3A.20** 20 semanas de gestación

Consulta de alto riesgo por embarazo triple. Semana 25.

- O30.102** Embarazo triple, no especificado el número de placentas ni de sacos amnióticos, segundo trimestre  
**Z3A.25** 25 semanas de gestación

## 5. Embarazo de alto riesgo

El embarazo de alto riesgo (EAR) es, en ocasiones, el resultado de una enfermedad o circunstancia materna presente desde antes del embarazo, y en otros casos, una enfermedad o circunstancia de la madre o del feto que se presentan durante el embarazo (ver punto **4.4. Consulta ambulatoria prenatal en pacientes de alto riesgo**).

Algunos de los factores específicos que podrían contribuir a que un embarazo sea considerado de alto riesgo son los siguientes:

- Edad avanzada de la madre. Las madres de más de 35 años corren mayores riesgos en el embarazo.
- Estilo de vida. Fumar, beber alcohol y consumir drogas ilegales puede poner en riesgo el embarazo.
- Historia clínica. Un antecedente de hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus, trastornos cardíacos, problemas respiratorios (como asma mal controlada), infecciones y trastornos de coagulación sanguínea (como trombosis venosa profunda) puede aumentar los riesgos del embarazo.

- Antecedentes quirúrgicos. Un antecedente de cirugía en el útero, que incluye múltiples cesáreas, muchas cirugías abdominales o una cirugía para extraer tumores uterinos, puede aumentar los riesgos del embarazo.
- Complicaciones en el embarazo. Diversas complicaciones que se producen durante el embarazo pueden plantear riesgos. Algunos ejemplos son una ubicación anormal de la placenta, un crecimiento fetal inferior al percentil 10 para la edad gestacional (restricción del crecimiento fetal) y sensibilización al Rh (rhesus).
- Embarazo múltiple. Los riesgos en el embarazo son mayores para las mujeres embarazadas de mellizos o de más bebés.

Y otras circunstancias que incluyan al embarazo como un embarazo de alto riesgo.

Algunas circunstancias del embarazo que definen un embarazo de alto riesgo (EAR), están incluidas en los códigos de la sección **O09 Supervisión de embarazo de alto riesgo** (p.e. primigrávida añosa, **O09.51 Supervisión de primigrávida añosa**), otros EAR están en otras secciones del capítulo 15 (p.e. HTA y embarazo, categorías **O16 Hipertensión materna no especificada**, **O10 Hipertensión preexistente que complica el embarazo, parto y puerperio**, **O11 Preeclampsia superpuesta a hipertensión preexistente**, etc.).

Aunque los códigos de la categoría **O09 Supervisión de embarazo de alto riesgo**, están concebidos para ser utilizados en las consultas obstétricas de alto riesgo (ver punto **4.4. Consulta ambulatoria prenatal en pacientes de alto riesgo**), también se permite su uso durante los ingresos hospitalarios en el período prenatal, pero únicamente como diagnósticos secundarios porque con ellos se describe una circunstancia importante que requiere seguimiento o atención especial durante el embarazo.

En el episodio del parto no se permite el uso de estos códigos **O09**. Sólo se registrarán las complicaciones de un embarazo de alto riesgo en el parto con códigos correspondientes del capítulo 15 distintos al **O09**. Si no hay complicaciones durante el episodio del parto, se asignará el código **O80 Admisión para el parto a término no complicado**.



Embarazo de alto riesgo por dependencia a heroína. Semana 35 de embarazo. Acude por amenaza de parto prematuro. Problema de exclusión social. Contacto con Servicios Sociales, alta a casa de acogida.

- O60.03** Trabajo de parto prematuro sin parto, tercer trimestre
- O99.323** Consumo de drogas que complica el embarazo, tercer trimestre
- F11.20** Dependencia de opiáceos, sin complicaciones
- O09.73** Supervisión de embarazo de alto riesgo debido a problemas sociales, tercer trimestre
- Z60.4** Exclusión y rechazo social
- Z3A.35** 35 semanas de gestación

Niña de 15 años que es ingresada en el hospital por neumonía neumocócica. Durante el ingreso se descubre que está embarazada de su primer hijo en la semana 33.

- O99.513** Enfermedades del aparato respiratorio que complican el embarazo, tercer trimestre
- J13** Neumonía por *Streptococcus pneumoniae*
- O09.613** Supervisión de primigrávida joven, tercer trimestre
- O09.33** Supervisión de embarazo con atención prenatal insuficiente, tercer trimestre
- Z3A.33** 33 semanas de gestación

Niña de 15 años ingresada hace un mes por neumonía neumocócica, durante el mismo se descubre embarazo oculto. Ahora ingresa en el transcurso de la semana 38 por parto vaginal. Nace RN vivo.

- O80** Admisión para el parto a término no complicado
- Z3A.38** 38 semanas de gestación
- Z37.0** Nacido vivo único

## 6. Circunstancias fetales y de la cavidad amniótica que afectan a la atención del embarazo

### 6.1. Gestación múltiple

El embarazo múltiple es el desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos. En España se calcula que la incidencia del embarazo múltiple se sitúa alrededor del 1-2%.

Según la ley biológica de Hellin, la frecuencia disminuye según aumenta el número de gemelos, en el orden de la potencia de  $1/85^{(n-1)}$ , siendo la potencia n, la cantidad de gemelos en la gestación. La frecuencia de gemelos es  $1/85^1$  (1,18%), la de trillizos sería  $1/85^2$  (1/7200), la de cuatrillizos  $1/85^3$  (1/600.000), la de quintillizos  $1/85^4$  (1/52.000.000), etc.

Un embarazo múltiple puede resultar de la fecundación de un óvulo por un espermatozoide que se divide, el cual es denominado embarazo **monocigótico**.

Los embarazos múltiples también pueden resultar de la fecundación de dos o más óvulos, denominándose entonces embarazo múltiple **bicigótico**. Los gemelos bicigóticos aparecen cuando dos óvulos son fecundados por un espermatozoide cada uno. Se forman luego dos sacos amnióticos por separado, dos coriones y dos placentas. Las placentas en los gemelos bicigóticos pueden fusionarse si los sitios de implantación están próximos. Las placentas fusionadas pueden ser fácilmente separadas después del nacimiento.

El desarrollo de los gemelos **monocigóticos** ocurre cuando un óvulo fecundado se divide en dos durante las primeras 2 semanas después de la concepción. Los gemelos monocigóticos son también llamados “gemelos idénticos”. Si la división del huevo fecundado ocurre dentro de los primeros 2-3 días después de la fecundación, los gemelos monocigóticos producirán un saco amniótico y un corion separados del otro. Estos gemelos bicoriales tienen placentas diferentes que pueden ser separadas o fusionadas. Aproximadamente el 30% de los gemelos monocigóticos tienen placentas bicoriales y biamnióticas.

Si la división del huevo ocurre de 3-8 días después de la fertilización, se traduce en gemelos con placentación monocorial y biamniótica, porque ya se ha formado el corion pero no la cavidad amniótica. Aproximadamente el 70% de los gemelos monocigóticos son monocoriales y biamnióticos.

Si la división se produce después del 9-13 día después de la fecundación, la placentación suele ser monocorial y monoamniótica. Los gemelos monocoriales y monoamnióticos son poco frecuentes y sólo el 1% de los gemelos monocigóticos tienen este tipo de placentación. Estos gemelos monocoriales y monoamnióticos tienen una placenta común con las comunicaciones vasculares entre las dos circulaciones. Estos dos gemelos pueden desarrollar el síndrome de transfusión gemelo a gemelo (ver punto **6.2. Síndrome de transfusión feto-fetal (STFF)**).

Si la división se produce más de 13 días después de la fecundación, los gemelos monocigóticos sólo logran dividirse parcialmente y quedan unidos por alguna parte (tórax, nalgas, cabeza, etc.), son los gemelos adheridos, unidos o siameses.

Los trillizos pueden ser monocigóticos, bicigóticos, o tricigóticos. Los trillizos tricigóticos ocurren cuando 3 espermatozoides fecundan un óvulo cada uno. Los trillizos bicigóticos se desarrollan a partir de la unión de gemelos monocigóticos y un tercer individuo derivado de un cigoto aparte.

Por último, dos divisiones cigóticas consecutivas dan como resultado un feto desaparecido y trillizos monocigóticos.

Las complicaciones maternas son 3-7 veces más frecuentes en los embarazos múltiples. Por lo general, el embarazo múltiple tiene mayor morbilidad y mortalidad perinatal, de tal forma que puede decirse que prácticamente todos los riesgos del embarazo único aumentan en el embarazo múltiple.

La codificación de la gestación múltiple se hace en la categoría **O30 Embarazo múltiple**, donde se registrará el número de fetos (**O30.0 Embarazo gemelar**, **O30.1 Embarazo triple**, **O30.2 Embarazo cuádruple** o **O30.8 Otro embarazo múltiple especificado**, cuando es superior a cuatro y **O30.9 Embarazo múltiple, no especificado**), el trimestre en el que se encuentra el embarazo y el número de placentas (corión) y sacos amnióticos (amnios) que presentan cada uno de los mismos. Además, se codificará cualquier complicación específica de la gestación múltiple, estableciendo el orden de los mismos la causa del ingreso.

Embarazo gemelar monocorial/biamniótico que ingresa en la semana 38 + 3 por pródomos de parto: parto vaginal, ambos niños nacidos vivos.

**O30.033** Embarazo gemelar monocoriónico/diamniótico, tercer trimestre  
**Z3A.38** 38 semanas de gestación  
**Z37.2** Gemelos, ambos nacidos vivos

Embarazo de trillizos en la semana 35 + 2. Ingresa para cesárea programada por presentación de cara del segundo y tercer gemelo. Nacen los tres vivos.

<b>O32.3XX2</b>	Atención materna por presentación de cara, frente y mentón, feto 2
<b>O32.3XX3</b>	Atención materna por presentación de cara, frente y mentón, feto 3
<b>O30.103</b>	Embarazo triple, no especificado el número de placentas ni de sacos amnióticos, tercer trimestre
<b>O60.14X1</b>	Trabajo de parto prematuro en el tercer trimestre con parto prematuro del tercer trimestre, feto 1
<b>O60.14X2</b>	Trabajo de parto prematuro en el tercer trimestre con parto prematuro del tercer trimestre, feto 2
<b>O60.14X3</b>	Trabajo de parto prematuro en el tercer trimestre con parto prematuro del tercer trimestre, feto 3
<b>Z3A.35</b>	35 semanas de gestación
<b>Z37.51</b>	Trillizos, todos nacidos vivos

## 6.2. Síndrome de transfusión feto-fetal (STFF)

El **síndrome de transfusión feto-fetal (STFF)** es una complicación específica y única de las gestaciones múltiples monocoriales (con una única placenta) que aparece cuando uno de los fetos pasa sangre al otro de forma desequilibrada, a través de las comunicaciones vasculares (anastomosis) que tienen en su placenta compartida. El feto que pasa sangre se denomina “donante” y el que recibe la sangre “receptor”.

El síndrome de transfusión feto fetal es una patología que ocurre en el 10-15% de las gestaciones múltiples monocoriales, por tanto afecta aproximadamente a 1 de cada 3.000 embarazos.

La clasificación del **STFF** se basa en datos de la ecografía y se correlaciona con la gravedad del síndrome en 5 estadios (I-V). Los estadios I y II son aquellos en los que los fetos no presentan alteraciones cardiovasculares graves. En el III, empieza a haber alteraciones más graves, y en el estadio IV, uno de los dos fetos presenta un fallo cardíaco avanzado.

- **Estadio I.** Discordancia de líquido amniótico entre el donante y el receptor (Polihidramnios/Oligohidramnios). Existe, también, una discordancia en el tamaño de las vejigas: el receptor presenta la vejiga distendida y llena durante toda la exploración, mientras que el donante tiene una vejiga de menor tamaño.
- **Estadio II.** En este estadio ya no se identifica la vejiga del feto donante.

- **Estadio III.** Representa un estadio más avanzado de la enfermedad en el que aparecen alteraciones de la circulación fetal del receptor y/o del donante que son la manifestación de los cambios hemodinámicos secundarios al aumento (hipervolemia) o disminución (hipovolemia) del volumen total de la sangre que circula por el organismo. Las alteraciones más frecuentes son:
  - Flujo diastólico ausente-revertido en la arteria umbilical en el donante y/o en el receptor.
  - Flujo ausente o revertido en la onda A en el ductus venoso (habitualmente del receptor).
  - Vena umbilical con flujo pulsátil (habitualmente del receptor).
- **Estadio IV.** Hidrops (acúmulo de líquido en dos o más compartimentos fetales –subcutáneo, derrame pleural, ascitis, derrame pericárdico–) en cualquiera de los dos fetos.
- **Estadio V.** Muerte intrauterina de uno o ambos gemelos.

Se codifica en el código **O43.02 Síndrome de transfusión placentaria de feto a feto**, indicando con el 6º carácter el trimestre en el que se produce el ingreso del STFF.

Actualmente está establecido que el tratamiento de elección es la **fulguración con láser** (ver punto **12.4.5. Coagulación láser de las anastomosis placentarias**) de las anastomosis entre ambos fetos, consiguiendo una supervivencia de uno o ambos fetos en alrededor de 80% de casos, y reduciendo el daño neurológico a menos de 50%.

Mujer de 25 años con embarazo gemelar monocorial/monoamniótico que ingresa en la semana 26 + 2 por hidrops de los dos fetos comprobada en la última ecografía. Se diagnostica síndrome de transfusión feto-fetal estadio IV. Es dada de alta provisional, pendiente de ingreso en la próxima semana para fulguración.

**O43.022** Síndrome de transfusión placentaria de feto a feto, segundo trimestre

**O30.012** Embarazo gemelar monocoriónico/monoamniótico, segundo trimestre

**Z3A.26** 26 semanas de gestación

### 6.3. Embarazo tras reducción fetal electiva

La reducción fetal o embrionaria (RE) selectiva es la interrupción electiva y selectiva del desarrollo de uno o varios fetos en el primer trimestre de un embarazo múltiple (trillizos, cuatrillizos o más) de alto riesgo. Es una

práctica que se ha desarrollado con el auge de las técnicas de reproducción asistida. Sin embargo, también se dan algunos casos de embarazos múltiples espontáneos que recurren a una reducción embrionaria.

La reducción embrionaria (ver punto **12.4.4. Reducción fetal electiva**) se lleva a cabo principalmente para reducir los riesgos asociados a los embarazos múltiples de alto riesgo: prematuridad, fallecimiento de uno o varios fetos en el útero, retraso de crecimiento intrauterino (RCIU), pero también riesgo de ruptura uterina, hemorragias o complicaciones cardiovasculares graves para la embarazada. El objetivo de esta intervención también puede ser evitar las complicaciones sociales y psicológicas asociadas a los embarazos múltiples.

El momento adecuado para realizar el procedimiento es entre la 12 y 14 semana de embarazo.

Los códigos de siete caracteres de la subcategoría **O31.3 Embarazo que continúa después de la reducción fetal electiva de uno o más fetos**, se utilizan en los episodios que ocurren después del episodio en el que se realizó la reducción fetal electiva. Se identificará el trimestre en el que se produce el ingreso actual (no el trimestre en el que se realizó la reducción fetal selectiva) y con el séptimo carácter identificamos el o los fetos que se redujeron en su momento. Además, se debe añadir un código de la categoría **O30 Embarazo múltiple**, cuando corresponda, para informar sobre el número de fetos viables en el episodio actual.

Mujer con embarazo actual gemelar bicorial/biamniótico (tras reducción fetal en la semana 14 del feto 3 y 4 de un embarazo cuádruple). Ingresó en la semana 30 + 2 por falso trabajo de parto. Se controla con medicación y se da el alta.

<b>O47.03</b>	Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación, tercer trimestre
<b>O30.043</b>	Embarazo gemelar dicoriónico/diamniótico, tercer trimestre
<b>O31.33X3</b>	Embarazo que continúa después de la reducción fetal electiva de uno o más fetos, tercer trimestre, feto 3
<b>O31.33X4</b>	Embarazo que continúa después de la reducción fetal electiva de uno o más fetos, tercer trimestre, feto 4
<b>Z3A.30</b>	30 semanas de gestación

Los códigos **O31.1 Embarazo que continúa después del aborto espontáneo de uno o más fetos** y **O31.2 Embarazo que continúa después de la muerte intrauterina de uno o más fetos**, se usan de igual manera que el código **O31.3 Embarazo que continúa después de la reducción fetal**

**electiva de uno o más fetos**, pero en los episodios posteriores a aborto espontáneo y muerte intrauterina, respectivamente.

Parto normal en la semana 37 + 5 tras embarazo gemelar con muerte intrauterina de gemelo 1 en la semana 24. Nace niño vivo.

**O31.23X1** Embarazo que continúa después de la muerte intrauterina de uno o más fetos, tercer trimestre, feto 1

**Z3A.37** 37 semanas de gestación

**Z37.0** Nacido vivo único

## 6.4. Rotura prematura de membranas

El líquido amniótico es el líquido que rodea al feto en el útero. Las membranas o capas de tejido que contienen este líquido se llaman saco amniótico. A menudo, las membranas se rompen durante el trabajo de parto. Esto con frecuencia se llama “romper aguas” y no debe ser considerada una patología, sino una parte más del trabajo de parto, ya que para que se produzca el parto, es imprescindible la rotura del saco amniótico. Si ésta no se produce de manera espontánea se debe provocar su ruptura de manera artificial (ver punto **12.2.1.a. Rotura artificial de membranas**).

En ocasiones, las membranas se rompen antes de que la mujer entre en trabajo de parto. Cuando esto sucede de forma temprana, se denomina **ruptura prematura de membranas (RPM)**, y como tal debe estar especificado en la historia clínica de la madre. La mayoría de las mujeres entrará en trabajo de parto espontáneamente en el curso de 24 horas.

Si la ruptura de membranas se da antes de la semana 37 del embarazo, se denomina **ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP)**. Cuanto más temprano se rompen las aguas, más riesgo existe para la madre y para el feto.

Estas circunstancias se codifican en la categoría **O42 Rotura prematura de membranas**, debiéndose especificar el tiempo que ha transcurrido entre el momento que se ha producido la ruptura de membranas, estableciendo un plazo de 24 horas entre el momento que se “rompe aguas” hasta el momento que se inicia el trabajo de parto.

**O42.0 Rotura prematura de membranas, inicio del trabajo de parto en las primeras 24 horas de la rotura**, cuando el inicio de parto (no el parto en sí) empieza dentro de las 24 horas desde la RPM. **O42.1 Rotura prematura de membranas, inicio del trabajo de parto después de las 24 horas de la**

**rotura**, cuando el inicio del trabajo del parto es después de cumplirse las 24 horas tras la RPM. **O42.9 Rotura prematura de membranas, no especificado el tiempo entre la rotura y el inicio del trabajo de parto**, esta última circunstancia es para cuando se desconoce el tiempo que ha transcurrido entre la RPM y el inicio del trabajo del parto.

Es importante volver a recalcar que el límite de 24 horas no es entre la RPM y el parto, sino entre la RPM y el inicio del trabajo del parto.

Además, debemos diferenciar entre la **ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP)** y **ruptura prematura de membranas (RPM)** sin más.

La **ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP)** es la que se produce antes de la semana 37 completa de gestación, por lo que además debería ir acompañada de un código **O60.1 Trabajo de parto prematuro con parto prematuro** (ver punto **2.1. Parto Prematuro**) en el caso que se produzca el parto prematuro en el mismo episodio. En las RPMP debemos especificar el trimestre del embarazo en el que se produce el parto. Los códigos adecuados serán dependiendo de si el trabajo del parto se produce antes de pasadas 24 horas de la RPMP (**O42.01 Rotura prematura de membranas pretérmino, inicio del trabajo de parto en las primeras 24 horas de la rotura**) o después de pasadas 24 horas de la RPMP (**O42.11 Rotura prematura de membranas pretérmino, inicio del trabajo de parto después de las 24 horas de la rotura**) o bien se desconoce el tiempo que ha pasado entre la RPMP y el inicio del trabajo del parto (**O42.91 Rotura prematura de membranas pretérmino, no especificado el tiempo entre la rotura y el inicio del trabajo de parto**).

La **ruptura prematura de membranas (RPM)** cuando ocurre en o después de la 37 semana completa de gestación, se considera una RPM a término y se codificará con las subcategorías de 5 dígitos:

**O42.02 Rotura prematura de membranas a término, inicio del trabajo de parto en las primeras 24 horas de la rotura.**

**O42.12 Rotura prematura de membranas a término, inicio del trabajo de parto después de más de 24 horas de la rotura.**

**O42.92 Rotura prematura de membranas a término, no especificado el tiempo entre la rotura y el inicio del trabajo de parto.**



Mujer en la semana 35 + 6 que acude por RPM de 12 horas de evolución, con trabajo de parto al ingreso. Nace niño vivo a las 28 horas de la admisión.

- O42.013** Rotura prematura de membranas pretérmino, inicio del trabajo de parto en las primeras 24 horas de la rotura, tercer trimestre
- O60.14X0** Trabajo de parto prematuro en el tercer trimestre con parto prematuro del tercer trimestre, no aplicable o no especificado
- Z3A.35** 35 semanas de gestación
- Z37.0** Nacido vivo único

Embarazada de 38 + 4 que ingresa por RPM a las 03:30 horas. El trabajo de parto debe ser inducido con oxitocina al segundo día del ingreso. Nace niño vivo.

- O42.12** Rotura prematura de membranas a término, inicio del trabajo de parto después de más de 24 horas de la rotura
- Z3A.38** 38 semanas de gestación
- Z37.0** Nacido vivo único

Mujer embarazada en el curso de la semana 27 + 3 que acude por RPM de 12 horas de evolución. Tras permanecer ingresada dos semanas, se da el alta con indicación de reposo absoluto.

- O42.912** Rotura prematura de membranas pretérmino, no especificado el tiempo entre la rotura y el inicio del trabajo de parto, segundo trimestre
- Z3A.27** 27 semanas de gestación

El código **O75.5 Retraso del parto después de rotura artificial de membranas**, debe ser usado cuando tras una ruptura **artificial** de membranas el parto se retrasa o se pospone.

## 6.5. Isoinmunización Rh

La isoinmunización Rh consiste en la producción materna (madre Rh -) de anticuerpos hacia un antígeno de membrana de los hematíes fetales (feto Rh +) ausente en la madre (y por tanto de origen paterno), como respuesta a una sensibilización previa. Los hematíes son destruidos por el sistema retículo-endotelial fetal después de producirse una reacción antígeno-anticuerpo. La anemia fetal o neonatal secundaria a una hemólisis de origen inmunológico se ha llamado también enfermedad hemolítica perinatal (EHP) o antiguamente eritroblatosis fetal.

El grupo antigénico principalmente implicado en la generación de anticuerpos maternos es el RhesusB (Rh), que comprende D, Cc y Ee. Otros grupos potencialmente generadores de isoinmunización materna son Kell, Duffy, Kidd, etc.

Se consideran eventos sensibilizantes previos:

- Parto o cesárea de un feto RhD (+)
- Aborto
- Embarazo ectópico
- Procedimientos invasivos (biopsia corial, amniocentesis, cordocentesis, fetoscopia, etc.)
- Muerte de un feto “in útero”
- Versión cefálica externa
- Traumatismo abdominal materno
- Hemorragia ante-parto
- Etc.

En gestantes RhD (-) no sensibilizadas:

- Debe administrarse una dosis intramuscular de 300 µg de Gamaglobulina anti-D (ver punto **12.2.6. Profilaxis Anti-D**) en las primeras 72 horas del proceso sensibilizante.
- Si no se ha administrado en las primeras 72 horas todavía es útil hasta 4 semanas.
- El efecto protector dura como mínimo 3 semanas.

Los códigos de siete caracteres de la subcategoría **O36.01 Atención materna por los anticuerpos anti-D [Rh]**, identifican estas pacientes en el trimestre de gestación en que se encuentren y el feto afectado con el séptimo carácter. El diagnóstico de **isoimmunización Rh** lo debe establecer el clínico, la simple presencia de madre Rh negativa y feto Rh positivo no establece este diagnóstico.

Embarazada de 37 semanas (Rh A-) diagnosticada de Isoimmunización Rh (aborto hace un año de feto Rh +, recibió Inmunoglobulina anti-D en aquel momento y durante este embarazo), ingresa para inducción del parto. Se administra oxitocina i.v. Nace niño vivo.

<b>O36.0130</b>	Atención materna por los anticuerpos anti-D [RH], tercer trimestre, no aplicable o no especificado
<b>Z67.11</b>	Grupo sanguíneo A, Rh negativo
<b>Z3A.37</b>	37 semanas de gestación
<b>Z37.0</b>	Nacido vivo único

Una embarazada Rh negativa (Rh -), con historia o no de evento sensibilizante previo, y aunque el feto sea Rh positivo (Rh +) pero que el médico no establezca el diagnóstico concreto de **Isoimmunización Rh**, y aunque se le administre a la paciente una inyección profiláctica de in-

munoglobulina anti-D, el codificador no debe presuponer el diagnóstico de **isoimmunización Rh**.

Esta circunstancia descrita debe codificarse como **O26.89 Otras afecciones especificadas relacionadas con embarazo**, con la especificación del trimestre de hospitalización, **Z67.91 Grupo sanguíneo no especificado, Rh negativo**, si el tipo de sangre materno no es conocido. Si el tipo de sangre de la madre se conoce, debe asignarse un código más específico de la categoría **Z67 Grupo sanguíneo**. Sólo se debe registrar el grupo sanguíneo de la madre, no el del feto. Y el código adecuado de **Z3A Semana de gestación**.

Embarazada (Rh O negativo) de 39 semanas de gestación que pare a término feto vivo (A positivo). Se le administra Inmunoglobulina anti-D profiláctica durante el ingreso.

<b>O26.893</b>	Otras afecciones especificadas relacionadas con embarazo, tercer trimestre
<b>Z67.41</b>	Grupo sanguíneo O, Rh negativo
<b>Z3A.39</b>	39 semanas de gestación
<b>Z37.0</b>	Nacido vivo único

## 7. Otras enfermedades o circunstancias que complican el embarazo, parto o puerperio

Ciertas enfermedades o circunstancias pueden complicar el embarazo, parto o puerperio y otras se van a ver agravadas por este periodo de la vida de la mujer. En ambos casos se puede ver afectada la salud de la madre, del feto, o de los dos y deben ser registradas tanto en la documentación clínica como en la codificación.

Condiciones como trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio se clasifican en las categorías **O10-O16 Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio**. Otros trastornos maternos como hemorragias, vómitos o hiperemesis gravídica, complicaciones venosas, infecciones genitourinarias, diabetes mellitus, malnutrición, etc., se clasifican en las categorías **O20-O29 Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo**. Ciertas enfermedades infecciosas como enfermedad por VIH, hepatitis viral, tuberculosis y enfermedades venéreas son clasificadas en la categoría **O98 Enfermedades infecciosas y parasitarias maternas clasificadas bajo otro concepto pero que complican el embarazo, parto y puerperio**.

Algunas categorías del capítulo 15 distinguen entre afecciones de la madre que existían antes del embarazo (preexistentes) y las que son resultado directo del embarazo como:

- O10 Hipertensión preexistente que complica el embarazo, parto y puerperio**
- O13 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa**

Al asignar códigos del capítulo 15, es importante asegurarse sobre si la afección ya existía antes o se ha desarrollado durante la gestación o como resultado del embarazo. Las categorías que no distinguen entre afecciones preexistentes y las relacionadas con el embarazo pueden utilizarse en cualquiera de las dos circunstancias.

## 7.1. Hipertensión

La hipertensión (tensión arterial  $\geq 140/90$  mmHg, TA diastólica  $\geq 90$  mmHg, o ambas) en el embarazo siempre se considera una complicación del embarazo, parto y puerperio y puede presentarse durante el embarazo o antes. CIE-10-ES Diagnósticos clasifica los trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio en las siguientes categorías:

- O10 Hipertensión preexistente que complica el embarazo, parto y puerperio**
- O11 Preeclampsia superpuesta a hipertensión preexistente**
- O13 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa**
- O14 Preeclampsia**
- O15 Eclampsia**
- O16 Hipertensión materna no especificada**

La **hipertensión gestacional** es la presión arterial alta que se desarrolla mientras la mujer está embarazada. Aparece después de las 20 semanas de gestación (típicamente, después de la semana 37) y remite después de la sexta semana posparto. Aparece en el 5 ó 10 % de los embarazos y es más frecuente en embarazos múltiples. No se presenta un exceso de proteínas en la orina ni otros signos de daño en los órganos. En CIE-10-ES Diagnósticos se clasifica en la categoría **O13 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa**.

La **hipertensión crónica** es la presión arterial alta que existe antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación. La hipertensión crónica complica el 1 a 5 % de todos los embarazos. Se clasifica en la categoría **O10 Hipertensión preexistente que complica el embarazo,**

**parto y puerperio.** Esta categoría incluye códigos para la cardiopatía hipertensiva, la enfermedad renal crónica hipertensiva y ambas. Cuando se asigna un código de esta categoría que incluye cardiopatía hipertensiva o enfermedad renal crónica hipertensiva, es necesario añadir un código adicional de la categoría adecuada de enfermedades hipertensivas para especificar el tipo de cardiopatía hipertensiva (**I11 Enfermedad cardíaca hipertensiva**) o de enfermedad renal crónica hipertensiva (**I12 Enfermedad renal crónica hipertensiva**), así como los códigos para identificar el tipo de insuficiencia cardíaca, si existe (categoría **I50 Insuficiencia cardíaca**) y el estadio de la enfermedad renal crónica (categoría **N18 Enfermedad renal crónica**). La categoría **O10** también incluye las subcategorías **O10.0 Hipertensión esencial preexistente que complica el embarazo, parto y puerperio** (es la hipertensión sin causa definible, también denominada idiopática o primaria) y **O10.4 Hipertensión secundaria preexistente que complica el embarazo, parto y puerperio** (incluye la hipertensión debida a enfermedad renal y a otros trastornos). En este último caso también hay que añadir el código correspondiente de la categoría I15 para especificar el tipo de hipertensión secundaria.

Una paciente embarazada de 29 semanas de gestación ingresa para control de hipertensión transitoria del embarazo. Se pauta tratamiento antihipertensivo y control de tensión arterial en su centro de salud.

- O13.3** Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa, tercer trimestre
- Z3A.29** 29 semanas de gestación

Embarazada de 12 semanas que ingresa para control de hipertensión esencial de larga duración.

- O10.011** Hipertensión esencial preexistente que complica el embarazo, primer trimestre
- Z3A.12** 12 semanas de gestación

Embarazada de 18 semanas que ingresa para control de cardiopatía hipertensiva y enfermedad renal crónica.

- O10.312** Enfermedad cardíaca y renal crónica hipertensiva preexistente que complica el embarazo, segundo trimestre
- I13.10** Enfermedad cardíaca y renal crónica hipertensiva sin insuficiencia cardíaca, con enfermedad renal crónica en estadio 1 a 4 o enfermedad renal crónica no especificada
- N18.9** Enfermedad renal crónica, no especificada
- Z3A.18** 18 semanas de gestación

Tanto la hipertensión gestacional como la hipertensión crónica aumentan el riesgo de preeclampsia y de eclampsia.

La **hipertensión crónica con preeclampsia superpuesta** es la afección que aparece en mujeres que padecen hipertensión crónica antes del embarazo y que presentan un empeoramiento de la presión arterial alta y de proteínas en la orina u otras complicaciones relacionadas con la presión arterial durante el embarazo. Se codifica en la categoría **O11 Preeclampsia superpuesta a hipertensión preexistente**, utilizando código adicional de la categoría **O10 Hipertensión preexistente que complica el embarazo, parto y puerperio**, para identificar el tipo de hipertensión preexistente.

La **preeclampsia** aparece cuando la hipertensión se presenta después de las 20 semanas de gestación, es decir, es una enfermedad del embarazo, y está asociada a signos de daño en sistemas u órganos como riñones, hígado, sistema cardiovascular o cerebro. Se codifica en la categoría **O14 Preeclampsia**, diferenciando entre la preeclampsia leve a moderada (**O14.0 Preeclampsia leve a moderada**) y la preeclampsia grave (**O14.1 Preeclampsia grave**). En caso de existir una preeclampsia leve o moderada que empeora durante la estancia hasta preeclampsia grave solo se asignará el código correspondiente a esta última.

El **Síndrome de HELLP** (nombre que proviene de las siglas en inglés de hemolysis, elevate liver enzymes y low platelet count) se considera una variante de la preeclampsia y cursa con hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia. Es una afección poco frecuente pero grave. Se codifica en la subcategoría **O14.2 Síndrome de HELLP**.

La preeclampsia, si no se trata adecuadamente, puede provocar complicaciones graves, incluso mortales, como convulsiones (**eclampsia**), tanto para la madre como para el niño. La eclampsia se codifica en la categoría **O15 Eclampsia**.

Gestante de 39 semanas que ingresa con trabajo de parto. Se indica cesárea por obstrucción debida a presentación fetal podálica. Hipertensión preexistente con preeclampsia leve. Nace un niño sano.

<b>O64.8XX0</b>	Trabajo de parto obstruido debido a otros tipos de mala posición y mala presentación
<b>O11.4</b>	Hipertensión preexistente con preeclampsia, que complica el parto
<b>O10.02</b>	Hipertensión esencial preexistente que complica el parto
<b>Z3A.39</b>	39 semanas de gestación
<b>Z37.0</b>	Nacido vivo único

Mujer gestante con hipertensión inducida por embarazo que ingresa a las 39 + 1 semanas para inducción del parto debido a preeclampsia. Da a luz sin complicaciones y nace un niño sano.

**O14.94** Preeclampsia no especificada, que complica el parto  
**Z3A.39** 39 semanas de gestación  
**Z37.0** Nacido vivo único

Una paciente embarazada de 27 semanas de gestación ingresa con preeclampsia leve que progresa durante su estancia hasta preeclampsia severa.

**O14.12** Preeclampsia grave, segundo trimestre  
**Z3A.27** 27 semanas de gestación

Paciente sin antecedentes de hipertensión que durante el puerperio comienza con tensión arterial elevada y proteinuria siendo diagnosticada de preeclampsia leve.

**O14.05** Preeclampsia leve a moderada, que complica el puerperio

Gestante de 39 semanas que ingresa con trabajo de parto. Se indica cesárea por obstrucción debida a presentación fetal podálica y nace un niño sano. La paciente no presentó complicaciones durante el embarazo pero al día siguiente de la cesárea se detecta hipertensión que requiere tratamiento.

**O64.8XX0** Trabajo de parto obstruido debido a otros tipos de mala posición y mala presentación  
**O16.5** Hipertensión materna no especificada, que complica el puerperio  
**Z3A.39** 39 semanas de gestación  
**Z37.0** Nacido vivo único

En casos de **edema gestacional, proteinuria gestacional o ambos** (edema y proteinuria gestacional) sin hipertensión se utilizarán los códigos de la categoría **O12 Edema y proteinuria gestacional [inducidos por el embarazo] sin hipertensión**.

## 7.2. Diabetes

La diabetes mellitus es un factor importante de complicación en el embarazo y requiere un minucioso control de los niveles de glucosa para evitar complicaciones como macrosomías, organomegalias, complicaciones metabólicas, abortos, mayor necesidad de recurrir a cesáreas, etc. De hecho, valores de glucosa que fuera del embarazo se considerarían normales en la gestación son desaconsejables y lo ideal parece ser mantener niveles de glucosa normales pero más bien bajos dentro del rango de normalidad.

En caso de diabetes también es importante distinguir entre mujeres que no tenían diabetes antes del embarazo y que la desarrollan durante la gestación (diabetes gestacional) y las mujeres con diabetes antes del embarazo. Entre éstas últimas, también es importante distinguir entre las que tienen diabetes mellitus tipo 1, tipo 2 u otro tipo de diabetes, por ejemplo, secundaria a tratamiento.

CIE-10-ES Diagnósticos clasifica la diabetes en el embarazo, parto y puerperio en la categoría **O24 Diabetes mellitus en el embarazo, parto y puerperio** y distingue entre:

- O24.0** Diabetes mellitus tipo 1 preexistente, en el embarazo, parto y puerperio
- O24.1** Diabetes mellitus tipo 2 preexistente, en el embarazo, parto y puerperio
- O24.3** Diabetes mellitus preexistente no especificada en el embarazo, parto y puerperio
- O24.4** Diabetes mellitus gestacional
- O24.8** Otro tipo de diabetes mellitus preexistente en el embarazo, parto y puerperio
- O24.9** Diabetes mellitus no especificada en el embarazo, parto y puerperio

En las mujeres embarazadas diabéticas se debe asignar en primer lugar un código de la categoría **O24 Diabetes mellitus en el embarazo, parto y puerperio** seguido de los códigos correspondientes a la diabetes (**E08-E13**) del capítulo 4, solamente si existen manifestaciones o complicaciones asociadas para especificar esa información, en las siguientes subcategorías:

- O24.0** Diabetes mellitus tipo 1 preexistente, en el embarazo, parto y puerperio + E10
- O24.1** Diabetes mellitus tipo 2 preexistente, en el embarazo, parto y puerperio + E11
- O24.3** Diabetes mellitus preexistente no especificada en el embarazo, parto y puerperio + E11
- O24.8** Otro tipo de diabetes mellitus preexistente en el embarazo, parto y puerperio + E08, E09, E13

El quinto carácter especificará si es en el embarazo, parto o puerperio y el sexto carácter el trimestre del embarazo.

Gestante de 19 semanas con diabetes mellitus tipo I que ingresa para estudio de su diabetes.

- O024.012** Diabetes mellitus tipo 1 preexistente, en el embarazo, segundo trimestre
- Z3A.19** 19 semanas de gestación

Gestante de 26 semanas con diabetes mellitus tipo I en tratamiento con insulina que ingresa por cetoacidosis diabética.

- O024.012** Diabetes mellitus tipo 1 preexistente, en el embarazo, segundo trimestre
- E10.10** Diabetes mellitus tipo 1 con cetoacidosis sin coma
- Z3A.26** 26 semanas de gestación



Se debe asignar el código adicional **Z79.4 Uso prolongado (actual) de insulina**, o **Z79.84 Uso prolongado (actual) de medicamentos hipoglucemiantes orales** si la diabetes mellitus está siendo tratada con insulina o antidiabéticos orales. Si la paciente está en tratamiento con ambos medicamentos, solo se registrará el código de tratamiento con insulina. En los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo I el uso de la insulina va implícito, por lo que no se asignará el código **Z79.4 Uso (actual) prolongado de insulina**.

Una paciente embarazada de 35 semanas de gestación es ingresada por descompensación hipoglucémica de su diabetes mellitus tipo II en tratamiento con metformina e insulina.

**O24.113** Diabetes mellitus tipo 2 preexistente, en el embarazo, tercer trimestre

**E11.649** Diabetes mellitus tipo 2 con hipoglucemia sin coma

**Z3A.35** 35 semanas de gestación

**Z79.4** Uso prolongado (actual) de insulina

La **diabetes gestacional** (inducida por el embarazo) suele aparecer durante el segundo o el tercer trimestre de gestación en mujeres que no eran diabéticas antes del embarazo. Aunque es más fácil de controlar que la diabetes pregestacional, puede causar complicaciones en el embarazo 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. Los códigos de diabetes gestacional se encuentran en la subcategoría **O24.4 Diabetes mellitus gestacional**. El quinto carácter de estos códigos especifica si el episodio tiene lugar durante el embarazo, parto o puerperio:

**O24.41** Diabetes mellitus gestacional en el embarazo

**O24.42** Diabetes mellitus gestacional en el parto

**O24.43** Diabetes mellitus gestacional en el puerperio

No se debe utilizar ningún otro código de la categoría **O24 Diabetes mellitus en el embarazo, parto y puerperio**, junto con un código de la subcategoría **O24.4**. Los códigos de la subcategoría **O24.4** tienen un sexto carácter para especificar las formas “con control dietético”, “controlada con insulina”, “controlada con hipoglucémicos orales” y “con control no especificado”.

**O24.410** Diabetes mellitus gestacional en el embarazo, con control dietético

**O24.414** Diabetes mellitus gestacional en el embarazo, controlada con insulina

**O24.415** Diabetes mellitus gestacional en el embarazo, controlada con hipoglucémicos orales

**O24.419** Diabetes mellitus gestacional en el embarazo, con control no especificado

Si una paciente con diabetes gestacional es tratada con dieta e insulina, sólo se necesita el código de “diabetes controlada con insulina”. Si una paciente con diabetes gestacional es tratada con dieta y con antidiabéticos orales, solo debe utilizarse el código de “controlada con hipoglucémicos orales”. Los códigos **Z79.4 Uso prolongado (actual) de insulina o Z79.84 Uso prolongado (actual) de medicamentos hipoglucemiantes orales**, no se deben asignar junto con los códigos de la subcategoría **O24.4**.

Embarazada de 38 semanas con diabetes gestacional en tratamiento con dieta e insulina. Ingresa con trabajo de parto. Nace un niño sano.

**O24.424** Diabetes mellitus gestacional en el parto, controlada con insulina  
**Z3A.38** 38 semanas de gestación  
**Z37.0** Nacido vivo único

El código **Z86.32 Historia personal de diabetes gestacional** se usará si una paciente tiene antecedente personal de diabetes gestacional en un embarazo anterior, siempre que en el embarazo actual no tenga un diagnóstico de diabetes mellitus gestacional. También se puede utilizar este código en mujeres que no están embarazadas actualmente y han tenido diabetes gestacional en embarazos previos.

En el embarazo puede aparecer también una **tolerancia anormal a la glucosa** que se codifica con códigos de la subcategoría **O99.81 Glucemia anormal que complica embarazo, parto y puerperio**. No pueden ser utilizados los códigos **O24.4 Diabetes mellitus gestacional** para codificar esta entidad, salvo que exista un diagnóstico de diabetes gestacional reflejado como tal en la documentación clínica.

Gestante de 21 semanas que es ingresada al detectar cifras elevadas de glucosa en sangre en control rutinario de seguimiento de su embarazo. Tras ser controlados sus niveles de glucosa recibe el alta con diagnóstico de intolerancia a la glucosa.

**O99.810** Glucemia anormal que complica el embarazo  
**Z3A.21** 21 semanas de gestación

### 7.3. Enfermedades hepáticas

Las alteraciones o enfermedades hepáticas más frecuentes durante la gestación pueden ser: propias del embarazo (aparecen y desaparecen con la gestación y suelen desarrollarse en un momento determinado de la misma), previas al embarazo, y concomitantes (que se presentan durante el embarazo).

Entre las enfermedades hepáticas propias del embarazo tenemos la **colestasis gravídica** o **colestasis intrahepática del embarazo**, que se presenta habitualmente en el tercer trimestre y se caracteriza por prurito, sobre todo en palmas y plantas, y aumento de las sales biliares, pudiendo terminar con repercusiones fetales graves como insuficiencia placentaria, anoxia, prematuridad y muerte fetal. La ictericia es poco frecuente. Tiene la misma duración que el embarazo, y se resuelve habitualmente después del parto en un tiempo máximo de 4 semanas.

Otra enfermedad hepática propia del embarazo es la **esteatosis aguda del embarazo**, también denominada, hígado graso agudo del embarazo o atrofia hepática. Este proceso aparece usualmente en el tercer trimestre del embarazo y se caracteriza por una infiltración hepática masiva de grasa microvesicular con repercusiones graves para madre e hijo. En el 50% de los casos se trata de mujeres jóvenes, nulíparas, que tienen embarazos gemelares. El inicio de la enfermedad es inespecífico con náuseas, vómitos, pérdida de peso, cansancio y dolor abdominal epigástrico o localizado en el cuadrante superior derecho. Con frecuencia puede evolucionar a formas más graves y las manifestaciones clínicas y analíticas mejoran sólo después del parto.

Ambas enfermedades se clasifican en **O26.6 Trastornos hepáticos y del tracto biliar en el embarazo, parto y puerperio** y se debe utilizar un código adicional para identificar el trastorno específico.

Mujer gestante de 35 semanas diagnosticada de colestasis intrahepática en semana 31. Acude a urgencias por prurito generalizado no controlado con tratamiento pautado. Durante el ingreso se realiza ajuste de tratamiento para mejorar la clínica de la paciente.

**O26.613** Trastornos hepáticos y del tracto biliar en el embarazo, tercer trimestre

**K83.1** Obstrucción de conducto biliar

**Z3A.35** 35 semanas de gestación

Entre las enfermedades hepáticas concomitantes o coincidentes con el embarazo y enfermedades hepáticas previas al embarazo destacan las **hepatopatías víricas**. En gestantes con hepatitis viral durante el embarazo, el episodio de parto o el puerperio se asignan códigos de **O98.4 Hepatitis viral que complica el embarazo, parto y puerperio** y se añaden códigos del capítulo de enfermedades infecciosas entre las categorías (**B15-B19 HEPATITIS VIRAL**) para informar sobre el virus responsable y la forma de hepatitis, aguda o crónica y, en su caso, la presencia de insuficiencia hepática en forma de coma. En aquellos casos en los que sea necesario identi-

ficar una insuficiencia hepática secundaria a la hepatitis vírica y no existan códigos de combinación para ello en las categorías (**B15-B19 HEPATITIS VIRAL**) se utilizará un código de la categoría **K72 Insuficiencia hepática, no clasificada bajo otro concepto**. En caso de insuficiencia hepática por otras causas, que complica embarazo, parto y puerperio, se utilizarán códigos de la subcategoría **O26.6 Trastornos hepáticos y del tracto biliar en el embarazo, parto y puerperio** y se debe utilizar un código adicional de la categoría **K72 Insuficiencia hepática, no clasificada bajo otro concepto** para identificar el tipo de insuficiencia hepática.

Gestante de 36 semanas que ingresa por feto CIR diagnosticado en la semana 32 para finalización de gestación. Hepatopatía crónica VHC. Se induce el parto farmacológicamente y nace un niño sano.

- O36.5930** Atención materna por otro tipo de crecimiento fetal insuficiente, conocido o sospechado, tercer trimestre, no aplicable o no especificado
- O60.14X0** Trabajo de parto prematuro en el tercer trimestre con parto prematuro del tercer trimestre, no aplicable o no especificado
- O98.42** Hepatitis viral que complica el parto
- B18.2** Hepatitis vírica crónica tipo C
- Z3A.36** 36 semanas de gestación
- Z37.0** Nacido vivo único

Una paciente embarazada de 34 semanas de gestación presenta un cuadro de fallo hepático agudo.

- O26.613** Trastornos hepáticos y del tracto biliar en el embarazo, tercer trimestre
- K72.00** Insuficiencia hepática aguda y subaguda sin coma
- Z3A.34** 34 semanas de gestación

## 7.4. Infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca al sistema inmunitario y las personas infectadas se vuelven más vulnerables a infecciones oportunistas y al desarrollo de ciertos tipos de tumores. A medida que el virus va destruyendo las células inmunitarias e impide su normal funcionamiento, la persona infectada va cayendo progresivamente en una situación de inmunodeficiencia. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de linfocitos CD4. La inmunodeficiencia aumenta el riesgo de contraer numerosas infecciones, tumores y enfermedades que las personas normalmente pueden combatir con un sis-

tema inmunitario normal. La fase más avanzada de la infección por el VIH es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que en función de la persona puede tardar de 2 a 15 años en manifestarse si no se trata. Las personas con SIDA pueden contraer ciertos tipos de cáncer e infecciones o presentar otras manifestaciones clínicas de gravedad.

Los síntomas de la infección por VIH difieren según la etapa. Aunque la máxima infectividad se suele alcanzar en los primeros meses, muchos infectados ignoran que son portadores hasta fases más avanzadas porque, a veces, en las primeras semanas que siguen al contagio la persona no manifiesta ningún síntoma, mientras que en otras ocasiones presenta un cuadro seudogripal con fiebre, cefalea, erupciones o dolor de garganta. A medida que la infección va debilitando el sistema inmunitario, la persona puede presentar otros signos y síntomas, como inflamación de ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre, diarrea, etc. En ausencia de tratamiento pueden aparecer enfermedades graves como tuberculosis, meningitis criptocócica, infecciones bacterianas graves, linfomas o sarcoma de Kaposi.

Actualmente se sigue utilizando la clasificación de los CDC de 1993 que clasifica a los pacientes según los datos clínicos (categoría clínica) y el número de linfocitos CD4 (categoría inmunológica).

**Tabla 6.** Categorías clínicas para la codificación VIH en mayores de 13 años

CATEGORÍAS INMUNOLÓGICAS*	A	B	C
	INFECCIÓN AGUDA ASINTOMÁTICA o <b>LPG</b>	INFECCIÓN SINTOMÁTICA NO <b>A</b> NO <b>C</b>	PROCESOS INCLUIDOS EN LA DEFINICIÓN DE SIDA
<b>1</b>	A1	B1	C1
<b>2</b>	A2	B2	C2
<b>3</b>	A3	B3	C3

\* Categoría 1. Linfocitos CD4 mayor o igual 500/mm<sup>3</sup> en número absoluto o bien CD4 mayor o igual al 29%.  
 Categoría 2. Linfocitos CD4 entre 200 y 499/mm<sup>3</sup> o bien entre 14-28%.  
 Categoría 3. Linfocitos CD4 menor de 200/mm<sup>3</sup> o bien CD4 menor del 14%.

- **Categoría A.** Se aplica a los pacientes con infección primaria y a los pacientes asintomáticos con o sin Linfadenopatía Generalizada Persistente (LPG) asintomáticos.

- **Categoría B.** Se aplica a los pacientes que presentan o han presentado síntomas o enfermedades relacionadas con la infección por el VIH (no pertenecientes a la categoría C), o cuyo manejo o tratamiento puedan verse complicados debido a la presencia de la infección por VIH. Ejemplo de estas patologías son:
  - Angiomatosis bacilar.
  - Candidiasis oral (muguet).
  - Candidiasis vulvo-vaginal persistente, frecuente (más de un mes), o que responde mal al tratamiento.
  - Displasia cervical (moderada o grave) o carcinoma in situ.
  - Fiebre ( $>38,5^{\circ}\text{C}$ ) o diarrea de más de un mes de evolución.
  - Leucoplasia oral vellosa.
  - Herpes zóster (dos o más episodios o un episodio multidérmico que afecte a más de un dermatoma).
  - Púrpura trombocitopénica idiopática.
  - Listeriosis.
  - Enfermedad inflamatoria pélvica, sobre todo si se complica con absceso tuboovárico.
  - Neuropatía periférica.
  - Endocarditis bacteriana, meningitis, neumonía o sepsis.
  - Otras complicaciones menores asociadas a la infección VIH-1.
- **Categoría C.** Se aplica a los pacientes que presenten o hayan presentado alguna de las complicaciones ya incluidas en la definición de SIDA, cuando el paciente tiene una infección por el VIH demostrada y no existen otras causas de inmunodeficiencia que pueda explicarla. Son procesos oportunistas, infecciosos o neoplásicos cuya presencia define SIDA en el paciente VIH positivo:
  - Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar.
  - Candidiasis esofágica.
  - Carcinoma de cérvix invasivo.
  - Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar (en una localización diferente o además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
  - Criptococosis extrapulmonar.

- Criptosporidiasis intestinal de más de un mes.
- Infección por citomegalovirus con afectación de órganos distintos del hígado, bazo o ganglios linfáticos, en un paciente de más de un mes de edad.
- Retinitis por citomegalovirus.
- Encefalopatía por VIH.
- Infección por virus del herpes simple que cause una úlcera mucocutánea de más de un mes de evolución, o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración, que afecten a pacientes de más de un mes de edad.
- Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar (en una localización diferente o además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
- Isosporidiasis intestinal crónica (más de un mes).
- Sarcoma de Kaposi.
- Linfoma de Burkitt o equivalente.
- Linfoma inmunoblástico o equivalente.
- Linfoma cerebral primario en menores de 60 años.
- Infección por *M. Avium-intracelulare* o *M. Kansasii* diseminada o extrapulmonares.
- Tuberculosis diseminada, pulmonar o extrapulmonar.
- Infección por otras micobacterias, diseminada o extrapulmonar.
- Neumonía por *Pneumocystis Jiroveci* (anteriormente *P. carinii*).
- Neumonía recurrente.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Sepsis recurrente por especies de *Salmonella* diferente a *S. Tiphy*.
- Toxoplasmosis cerebral en un paciente de más de un mes de edad
- Enfermedad debilitante “Wasting Syndrome” debida al VIH.

En gestantes infectadas por el VIH la transmisión vertical de madre a hijo oscila entre el 14 y el 25% en ausencia de tratamiento antirretroviral. Dentro de esta transmisión, podemos distinguir tres tipos:

- Transmisión intraútero, a través de la placenta, con un riesgo del 25 al 40% de transmisión de madre a hijo.
- Transmisión intraparto, a través del canal del parto por ascenso del virus a través de la vagina, absorción del virus a través del tracto

digestivo o microtransfusiones sanguíneas. En estos casos existe el mayor riesgo de transmisión con un porcentaje entre el 60 y el 75%.

- Lactancia materna, a través de la leche de la madre, con un riesgo de 16% a 29%.

Actualmente, debido a los tratamientos antirretrovirales de gran actividad y a las medidas preventivas como: cesáreas electivas en casos seleccionados, lactancia artificial, profilaxis intraparto y tratamiento del recién nacido, se ha conseguido disminuir la transmisión vertical a un 0,5-2%. Es importante recordar que la gestación no altera la evolución clínica, inmunológica ni virológica de la enfermedad. Pero, la infección por VIH y el propio tratamiento antirretroviral que se administra a las embarazadas, pueden producir complicaciones obstétricas como abortos, rotura prematura de membranas, crecimiento intrauterino retardado, muerte fetal intraútero, preeclampsia, diabetes gestacional **o prematuridad**.

La codificación de los casos de sospecha del VIH es una excepción a la norma general, al igual que la codificación de la gripe A, la gripe aviar, la infección por virus Zika y por SARS-CoV-2 (COVID-19) (ver punto **7.5. Infección por SARS-CoV-2 (COVID-19)**). Solo se codificará como infección VIH cuando la existencia de la infección esté claramente documentada (no hace falta documentación de positividad serológica o de cultivo de VIH; es suficiente si el médico indica que es VIH positivo), no codificándose como cierta la sospecha. Solo se codifican los casos confirmados de infección/enfermedad por VIH. El código **B20 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]** solo debe utilizarse en los casos en que la documentación clínica indique: SIDA, que la paciente tiene alguna enfermedad relacionada con VIH o una afección resultante del estado de VIH.

En una paciente que ingresa durante el embarazo, el parto o el puerperio debido a una enfermedad relacionada con el VIH se debe asignar un diagnóstico principal de la subcategoría **O98.7 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica embarazo, parto y puerperio**, seguido del código **B20 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]** y de los códigos de las enfermedades relacionadas con el VIH.



Gestante de 12 semanas que ingresa con neumonía por *Pneumocystis carinii* debida a estado VIH positivo.

- O98.711** Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica el embarazo, primer trimestre
- B20** Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]
- B59** Neumocistosis
- Z3A.12** 12 semanas de gestación

En las pacientes con estado de infección asintomática por VIH ingresadas durante embarazo, parto o puerperio, se debe asignar el código correspondiente de la subcategoría **O98.7** junto con el código **Z21 Estado de infección asintomática por virus de inmunodeficiencia humana [VIH]**.

Gestante de 39 + 5 semanas VIH positivo asintomática que ingresa con trabajo de parto y nace un niño sano.

- O98.72** Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica el parto
- Z21** Estado de infección asintomática por virus de inmunodeficiencia humana [VIH]
- Z3A.39** 39 semanas de gestación
- Z37.0** Nacido vivo único

Gestante de 27 semanas VIH positivo asintomática en terapia antirretroviral.

- O98.712** Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica el embarazo, segundo trimestre
- Z21** Estado de infección asintomática por virus de inmunodeficiencia humana [VIH]
- Z3A.27** 27 semanas de gestación
- Z79.899** Otra terapia prolongada (actual) con medicamentos

## 7.5. Infección por SARS-CoV-2 (COVID-19)

En diciembre de 2019, se informó sobre la aparición de un brote de enfermedad que cursaba con neumonía de etiología desconocida, en Wuhan (China). En enero de 2020, se identificó un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae como causante del brote que fue denominado SARS-CoV-2. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) como una emergencia de salud pública de importancia internacional y en marzo declaró la existencia de una pandemia.

La vía de transmisión entre humanos se considera similar a la de otros coronavirus, a través de secreciones de personas infectadas, principal-

mente por contacto directo con gotas respiratorias y las manos o los fómites contaminados con estas secreciones, seguido del contacto con la mucosa de la boca, nariz u ojos. Otras vías de transmisión como la transmisión por aerosoles, la transmisión vertical de madre a hijo, etc., se encuentran en estudio.

La infección por SARS-CoV-2 puede cursar de forma asintomática. Los casos sintomáticos se manifiestan frecuentemente como una infección respiratoria aguda. Los síntomas y signos más frecuentes incluyen, entre otros: fiebre, tos, astenia, disnea, dolor de garganta, cefalea, mialgia o artralgia, escalofríos, náuseas, vómitos, congestión nasal, diarrea, hemoptisis, congestión conjuntival, etc. También se han descrito otros síntomas relacionados con distintos órganos y sistemas: neurológicos, cardiológicos, oftalmológicos, otorrinolaringológicos, dermatológicos, hematológicos, etc. Entre las complicaciones descritas asociadas a COVID-19 encontramos: Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), arritmias, lesión cardíaca aguda, shock, cardiomiopatía, tromboembolismo pulmonar, accidente cerebrovascular, respuesta inflamatoria excesiva, etc.

Solo deben codificarse como COVID-19 los diagnósticos confirmados por el clínico o los casos en los que exista una prueba con resultado positivo a COVID-19. Esta es una excepción a la normativa general de codificación en hospitalización. Si durante el embarazo, parto o puerperio una paciente ingresa, o tiene un episodio de atención médica, por una afección relacionada con COVID-19, se asignará en primer lugar un código de la subcategoría **O98.5 Otras enfermedades virales que complican el embarazo, parto y puerperio**, seguido del código **U07.1 COVID-19** y de los códigos apropiados para las manifestaciones asociadas.

Gestante de 34 semanas ingresada por COVID-19 con neumonía bilateral.

<b>O98.513</b>	Otras enfermedades virales que complican el embarazo, tercer trimestre
<b>U07.1</b>	COVID-19
<b>J12.89</b>	Otros tipos de neumonía vírica
<b>Z3A.34</b>	34 semanas de gestación

En los casos en que se documente COVID-19 “sospechoso”, “posible”, “probable” o “no concluyente” no se debe asignar el código **U07.1 COVID-19**. Se asignarán los códigos del capítulo 15 que expliquen el motivo de ingreso y se añadirá el código **Z20.828 Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles**.

Gestante de 25 semanas ingresada por neumonía por posible COVID-19.

- O99.512** Enfermedades del aparato respiratorio que complican el embarazo, segundo trimestre
- J18.9** Neumonía, microorganismo no especificado
- Z20.828** Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles
- Z3A.25** 25 semanas de gestación

En los casos asintomáticos, o en aquellos en los que no exista información sobre manifestaciones clínicas, cuando el motivo de ingreso o atención esté relacionado con COVID-19, se utilizará como diagnóstico principal el código de la subcategoría **O98.5 Otras enfermedades virales que complican el embarazo, parto y puerperio**, seguido del código **U07.1 COVID-19**.

Embarazada de 12 semanas asintomática a la que se realiza PCR para detección de COVID-19 con resultado positivo.

- O98.511** Otras enfermedades virales que complican el embarazo, primer trimestre
- U07.1** COVID-19
- Z3A.12** 12 semanas de gestación

Si el motivo de ingreso no tiene relación con la enfermedad COVID-19 pero la paciente tiene un diagnóstico de COVID-19 o una prueba diagnóstica positiva a COVID-19 o manifestaciones debidas a COVID-19 durante el episodio, se secuenciará en primer lugar el código apropiado para el motivo de ingreso y los códigos **O98.5 Otras enfermedades virales que complican el embarazo, parto y puerperio** y **U07.1 COVID-19**, así como los códigos apropiados para las manifestaciones asociadas si existen.

Gestante de 30 + 4 semanas que ingresa por amenaza de parto pretérmino. Al ingreso se realiza prueba de PCR SARS-CoV-2, con resultado positivo. La paciente se encuentra en todo momento asintomática desde el punto de vista respiratorio y sin ninguna manifestación asociada a COVID-19. Dada la estabilidad clínica de la paciente durante su ingreso se decide alta a domicilio con recomendaciones.

- O60.03** Trabajo de parto prematuro sin parto, tercer trimestre
- O98.513** Otras enfermedades virales que complican el embarazo, tercer trimestre
- U07.1** COVID-19
- Z3A.30** 30 semanas de gestación

## 7.6. Sepsis que complica embarazo y parto

La sepsis materna es poco frecuente en países desarrollados, siendo el periodo puerperal el de mayor riesgo (ver punto **9.3. Sepsis puerperal**).

Los criterios de sepsis para la población general pueden sobre o infra-estimar el diagnóstico en embarazadas, dados los cambios fisiológicos que se presentan durante la gestación y el puerperio. La identificación y tratamiento precoz de la paciente obstétrica que presenta una sepsis, o riesgo de desarrollarla es fundamental para la evolución de estas pacientes.

En una sepsis existe una respuesta sistémica del organismo a una infección. El 50% de las infecciones en gestantes y puérperas que evolucionan a sepsis son de origen genital (endometritis, corioamnionitis, infección de herida quirúrgica, aborto séptico), del tracto urinario y del tracto respiratorio. El origen más frecuente, a diferencia de la población general, es polimicrobiano (origen genital). El germen más frecuente es *Escherichia coli* junto con *Streptococo b-hemolítico* del grupo A (*Streptococcus pyogenes*).

En el caso de una sepsis que complica el embarazo se secuenciará en primer lugar un código de la subcategoría **O98.81 Otras enfermedades infecciosas y parasitarias maternas que complican el embarazo** seguido de un código de sepsis, para el tipo específico de infección, **A40 Sepsis estreptocócica - A41 Otras sepsis**. Si además, existe una sepsis severa o grave se debe añadir un código de la subcategoría **R65.2 Sepsis grave**, y también los códigos para la disfunción orgánica asociada.

En caso de sepsis que complica el parto se asignará el código **O75.3 Otra infección durante el trabajo de parto** seguido de un código de sepsis, para el tipo específico de infección, **A40 Sepsis estreptocócica - A41 Otras sepsis** y **R65.2 Sepsis grave**, si procede.

Gestante de 37 + 5 semanas con parto complicado por shock séptico e insuficiencia renal aguda.  
Nace niño vivo.

<b>O75.3</b>	Otra infección durante el trabajo de parto
<b>A41.9</b>	Sepsis, microorganismo no especificado
<b>R65.21</b>	Sepsis grave con shock séptico
<b>N17.9</b>	Fallo renal agudo, no especificado
<b>Z3A.37</b>	37 semanas de gestación
<b>Z37.0</b>	Nacido vivo único

## 7.7. Alcohol, tabaco y otras drogas

El **alcohol** en sangre de una mujer embarazada pasa al feto a través del cordón umbilical y no hay ningún nivel de alcoholemia que se haya podido establecer como seguro durante el embarazo, por lo que se recomienda la abstinencia total a las gestantes.

El consumo de alcohol durante el embarazo puede causar trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF). Son un grupo de afecciones que pueden incluir problemas físicos y del comportamiento y aprendizaje. Normalmente, una persona con un TEAF tiene una combinación de estos problemas. Los casos más leves presentan solo características faciales o solo problemas conductuales, cognitivos e, incluso, se pueden ver pacientes con un cociente intelectual normal pero que no desarrollan todo su potencial. En casos extremos en los que existe un consumo abusivo de alcohol durante el embarazo puede existir muerte fetal y el síndrome alcohólico fetal (SAF). Este síndrome representa el extremo más grave de los trastornos del espectro alcohólico fetal. Es una de las causas más conocidas de retraso mental, ya que el alcohol produce daños irreversibles en el sistema nervioso central, además de afectar otros órganos y sistemas. También suelen presentar un aspecto característico con talla baja y características faciales anormales.

En casos en los que una mujer embarazada consuma alcohol durante el embarazo o el puerperio se deben asignar códigos de la subcategoría **O99.31 Consumo de alcohol que complica el embarazo, parto y puerperio**. Se debe asignar también un código secundario de la categoría **F10 Trastornos relacionados con alcohol** para identificar las manifestaciones del consumo de alcohol.

El **tabaco** es la sustancia tóxica más ampliamente usada entre las embarazadas. Fumar durante el embarazo afecta negativamente a la salud materna y fetal. Se ha asociado, entre otros, a mayor tasa de abortos, placenta previa, desprendimiento de placenta, rotura prematura de membranas, parto prematuro, bajo peso al nacer, muerte súbita del RN y asma durante la infancia.

Se deben asignar códigos de la subcategoría **O99.33 Trastorno por consumo de tabaco que complica el embarazo, parto y puerperio**, en todos los casos en los que la madre consuma cualquier tipo de producto del tabaco durante el embarazo o el puerperio. Se debe asignar también un

código secundario de la categoría **F17 Dependencia de nicotina** para identificar el tipo de dependencia a la nicotina (tipo de tabaco: cigarrillos, tabaco de mascar, u otro producto de tabaco).

Gestante de 37 semanas que ingresa con trabajo de parto. Nace un niño sano mediante parto vaginal espontáneo. No existieron complicaciones durante embarazo, parto y puerperio salvo hábito tabaquico de 10 cigarrillos/día.

- O99.334** Hábito de fumar (tabaco) que complica el parto
- F17.210** Dependencia de nicotina, cigarrillos, sin complicaciones
- Z3A.37** 37 semanas de gestación
- Z37.0** Nacido vivo único

El consumo de **drogas** por mujeres embarazadas conlleva riesgos muy importantes para el feto como abortos, prematuridad, bajo peso al nacer, síndrome de abstinencia neonatal, problemas cognitivos y conductuales, etc.

En los casos en los que una mujer embarazada consuma drogas durante el embarazo o el puerperio se deben asignar códigos de la subcategoría **O99.32 Consumo de drogas que complica el embarazo, parto y puerperio**. Se debe asignar también un código secundario de las siguientes categorías para identificar las manifestaciones del consumo:

- F11** Trastornos relacionados con opiáceos
- F12** Trastornos relacionados con cannabis
- F13** Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F14** Trastornos relacionados con cocaína
- F15** Trastornos relacionados con otros tipos de estimulantes
- F16** Trastornos relacionados con alucinógenos
- F18** Trastornos relacionados con inhalantes
- F19** Trastornos relacionados con otras sustancias psicoactivas

Gestante de 9 semanas que ingresa por varicela. Hábitos tóxicos: consumidora de cocaína. La paciente recibe Aciclovir intravenosos durante su estancia y presenta buena evolución por lo que se da de alta con Aciclovir oral.

- O98.511** Otras enfermedades virales que complican el embarazo, primer trimestre
- B01.9** Varicela sin complicaciones
- O99.321** Consumo de drogas que complica el embarazo, primer trimestre
- F14.90** Consumo de cocaína no especificado sin complicaciones
- Z3A.09** 9 semanas de gestación

## 7.8. Neoplasias

Una mujer puede desarrollar una neoplasia antes, durante la gestación, o el puerperio o haber padecido una neoplasia en el pasado y en la actualidad encontrarse libre de enfermedad. Las neoplasias malignas más frecuentes en el embarazo son de mama, cervicouterinas, melanomas y linfomas (en particular, el linfoma de Hodgkin). Además, de las neoplasias en otros órganos de la madre, pueden desarrollarse tumores trofoblásticos gestacionales a partir de la placenta (ver punto **14.2. Embarazo molar (ETG)**).

Cuando una paciente tiene una neoplasia maligna durante el embarazo, el parto o el puerperio se debe asignar primero un código de la subcategoría **O9A.1 Neoplasia maligna que complica el embarazo, parto y puerperio**, seguido del código correspondiente del capítulo de neoplasias, para indicar el tipo específico de neoplasia. Esta subcategoría se utiliza para afecciones clasificadas entre **C00-C96 Neoplasias malignas**. El quinto dígito permite diferenciar entre estado de embarazo, parto o puerperio y el sexto dígito se refiere al trimestre dentro del embarazo:

**O9A.11 Neoplasia maligna que complica el embarazo**

**O9A.111 Neoplasia maligna que complica el embarazo, primer trimestre**

**O9A.112 Neoplasia maligna que complica el embarazo, segundo trimestre**

**O9A.113 Neoplasia maligna que complica el embarazo, tercer trimestre**

**O9A.119 Neoplasia maligna que complica el embarazo, trimestre no especificado**

**O9A.12 Neoplasia maligna que complica el parto**

**O9A.13 Neoplasia maligna que complica el puerperio**

En el caso de existir un tumor benigno en el cuerpo del útero durante el embarazo se utilizará la subcategoría **O34.1 Atención materna por tumor benigno en el cuerpo del útero** y si se tratase de un tumor benigno de cuello uterino se asignará un código de la subcategoría **O34.4 Atención materna por otra anomalía del cuello uterino**.

Una paciente fue diagnosticada de carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda durante su embarazo. La paciente dio a luz hace dos semanas y ahora ingresa para tercer ciclo de quimioterapia.

**Z51.11** Contacto para quimioterapia antineoplásica

**O9A.13** Neoplasia maligna que complica el puerperio

**C50.912** Neoplasia maligna de localización no especificada de mama femenina izquierda

**8500/3** Carcinoma ductal infiltrante, SAI

Mujer de 37 años gestante de 25 + 3 semanas con leiomioma uterino intramural que acude a urgencias con dolor intenso en flanco derecho e hipogastrio que se ha iniciado hoy y ha aumentado de intensidad desde hace unas horas. Al ingreso también se objetiva dinámica uterina regular que se controla con medicación. Se da el alta con diagnóstico de amenaza de parto prematuro e indicación de reposo absoluto.

<b>O60.02</b>	Trabajo de parto prematuro sin parto, segundo trimestre
<b>O34.12</b>	Atención materna por tumor benigno en el cuerpo del útero, segundo trimestre
<b>D25.1</b>	Leiomioma intramural de útero
<b>8890/0</b>	Leiomioma, SAI
<b>Z3A.25</b>	25 semanas de gestación

## 7.9. Intoxicación, efectos tóxicos, efectos adversos e infradosificación

Las lesiones, efectos adversos o reacciones adversas a medicamentos (RAM), intoxicaciones o envenenamientos, efectos tóxicos o infradosificación, durante el embarazo, parto o puerperio, se clasifican en la subcategoría **O9A.2 Lesión, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas que complican el embarazo, parto y puerperio**. Esta subcategoría se utiliza para afecciones clasificadas en **S00 a T88 LESIONES TRAUMÁTICAS, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS**, excepto **T74 Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos, confirmados** y **T76 Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos, sospecha**.

A la hora de codificar se deben secuenciar en primer lugar los códigos de la subcategoría **O9A.2 Lesión, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas que complican el embarazo, parto y puerperio**. A continuación, se asignará el código adecuado de lesión, o el de envenenamiento o efecto tóxico y los códigos adicionales que especifiquen la afección que se ha producido, según establece la normativa general de codificación de lesiones, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas. En el caso de efectos adversos o RAM e infradosificación, se secuenciarán en primer lugar los códigos de la subcategoría **O9A.2 Lesión, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas que complican el embarazo, parto y puerperio**. A continuación, se asignarán los códigos que espe-



cifiquen la afección o manifestación que se ha producido, seguido del código del fármaco que produjo el efecto adverso o infradosificación (**T36-T50**).

Una paciente embarazada de 18 semanas de gestación que toma paracetamol por dolores de espalda presenta una erupción generalizada a consecuencia de la medicación.

<b>O9A.212</b>	Lesiones traumáticas, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas que complican el embarazo, segundo trimestre
<b>L27.0</b>	Erupción cutánea generalizada debida a drogas y medicamentos ingeridos
<b>T39.1X5A</b>	Efecto adverso de derivados de 4-aminofenol, contacto inicial
<b>Z3A.18</b>	18 semanas de gestación

## 7.10. Maltrato

Los casos de maltrato físico, sexual o psicológico, sospechados o confirmados, durante el embarazo, parto o puerperio se clasifican en las subcategorías:

**O9A.3 Maltrato físico que complica el embarazo, parto y puerperio**

**O9A.4 Maltrato sexual que complica el embarazo, parto y puerperio**

**O9A.5 Maltrato psicológico que complica el embarazo, parto y puerperio**

Los códigos incluidos en esas subcategorías se deben secuenciar en primer lugar. A continuación, se asignarán los códigos apropiados que identifiquen cualquier lesión asociada actual debida al maltrato físico o al abuso sexual, y por último, un código de la categoría **Y07 Autor de agresión, maltrato y abandono** para identificar al autor del maltrato.

Mujer embarazada de 22 + 3 semanas de gestación. Ingresó por fuerte golpe en la cabeza (Hemorragia subdural) tras agresión por su novio, que le arrojó un cenicero tras una fuerte discusión en una cafetería. Nunca perdió el conocimiento. Ingresó para control.

<b>O9A.312</b>	Maltrato físico que complica el embarazo, segundo trimestre
<b>S06.5X0A</b>	Hemorragia subdural traumática sin pérdida de conciencia, contacto inicial
<b>Y00.XXXA</b>	Agresión con objeto sin filo, contacto inicial
<b>Y07.03</b>	Pareja masculina, autor de maltrato y negligencia
<b>Y92.511</b>	Restaurante o cafetería como lugar del acontecimiento de la causa externa
<b>Z3A.22</b>	22 semanas de gestación

## 7.11. Otras enfermedades maternas

La categoría **O99 Otras enfermedades maternas clasificadas bajo otro concepto pero que complican el embarazo, parto y puerperio** incluye afecciones que complican el embarazo o que se ven agravadas por el embarazo que se codifican en las siguientes subcategorías:

- O99.0** Anemia que complica el embarazo, parto y puerperio
- O99.1** Otras enfermedades de la sangre, órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo inmunitario que complican el embarazo, parto y puerperio
- O99.2** Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas que complican el embarazo, parto y puerperio
- O99.3** Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo, parto y puerperio
- O99.4** Enfermedades del aparato circulatorio que complican el embarazo, parto y puerperio
- O99.5** Enfermedades del aparato respiratorio que complican el embarazo, parto y puerperio
- O99.6** Enfermedades del aparato digestivo que complican el embarazo, parto y puerperio
- O99.7** Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo que complican el embarazo, parto y puerperio
- O99.8** Otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, parto y puerperio

Algunas afecciones, aquí incluidas y frecuentes durante el embarazo, se han tratado anteriormente, como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (ver punto **7.7. Alcohol, tabaco y otras drogas**) o la tolerancia anormal a la glucosa (ver punto **7.2. Diabetes**).

Mujer gestante de 29 semanas que ingresa con diagnóstico de migraña.

- O99.353** Enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo, tercer trimestre
- G43.909** Migraña, no especificada, no intratable, sin estatus migrañoso
- Z3A.29** 29 semanas de gestación

Paciente de 39 años asmática, en tratamiento con Ventolín a demanda, gestante de 39 + 3 semanas acude a urgencias para ingreso para cesárea programada por presentación podálica. Recién nacido vivo.

- O32.8XX0** Atención materna por otra presentación anómala del feto, no aplicable o no especificado
- O99.52** Enfermedades del aparato respiratorio que complican el parto
- J45.909** Asma no especificada, sin complicaciones
- Z3A.39** 39 semanas de gestación
- Z37.0** Nacido vivo único

Una paciente es ingresada a las tres semanas postparto por colecistitis aguda con colelitiasis.

**O99.63** Enfermedades del aparato digestivo que complican el puerperio

**K80.00** Cálculo de vesícula biliar con colecistitis aguda sin obstrucción

Cuando se utilizan códigos de esta categoría se debe utilizar un código adicional siempre que aporte información para identificar la condición o la afección específica que se está codificando.

### 7.11.1. Anemia

La anemia durante el embarazo es una afección frecuente que se puede presentar en cualquier etapa del mismo. Existe una disminución en el número de glóbulos rojos (hematíes o eritrocitos) en sangre o en los niveles de hemoglobina respecto a los valores normales, demostrado mediante análisis de sangre (hemograma).

La principal función de los glóbulos rojos es el transporte de oxígeno en sangre y su liberación en los distintos tejidos. El oxígeno se transporta en el interior del hematíe unido a la hemoglobina. La hemoglobina es la molécula dentro de los eritrocitos que necesita del hierro para transportar el oxígeno. La ingesta/captación insuficiente de hierro y la pérdida de hierro (hemorragia) puede causar anemia ferropénica, que es la causa más frecuente de anemia durante el embarazo. Un porcentaje bajo de anemias en el embarazo se pueden deber a un déficit de vitamina B12 o de ácido fólico (anemias megaloblásticas). En ocasiones, se puede tratar de una anemia mixta, por coincidencia de ambas causas.

Los síntomas de anemia incluyen cansancio, disnea, mareo, palidez de piel y mucosas y taquicardia. Muchas embarazadas presentan anemia que puede empeorar como resultado de una hemorragia durante el parto. En cuanto al feto, aunque se suelen compensar los niveles bajos de oxígeno en sangre de manera fisiológica, si la anemia es muy prolongada y grave se puede retrasar su crecimiento e incluso puede aparecer sufrimiento fetal. La anemia se ha relacionado, además, con otras complicaciones del embarazo como la preeclampsia o el desprendimiento de placenta.

El tratamiento para la anemia ferropénica incluye comprimidos de hierro o una solución inyectada por vía intravenosa. Otra opción es restaurar los eritrocitos mediante la transfusión de sangre de un donante o el estímulo de la formación de eritrocitos con eritropoyetina. En el caso

de anemias megaloblásticas el tratamiento será vitamina B12 y ácido fólico. Por lo general, el tratamiento se instaura en el momento en que se detecta la anemia y continúa hasta unos meses después del parto.

En el caso de anemia durante el embarazo, parto o puerperio se asignarán códigos de las subcategorías:

**O99.01 Anemia que complica el embarazo**

**O99.011 Anemia que complica el embarazo, primer trimestre**

**O99.012 Anemia que complica el embarazo, segundo trimestre**

**O99.013 Anemia que complica el embarazo, tercer trimestre**

**O99.02 Anemia que complica el parto**

**O99.03 Anemia que complica el puerperio**

Solo se codificará una anemia cuando esté especificada como tal en la documentación clínica por el facultativo responsable del paciente. Nunca se debe codificar una anemia solo a partir de los datos de un hemograma.

Se debe añadir un código del capítulo 3, que clasifica las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, para especificar el tipo de anemia, si se conoce.

Mujer gestante de 26 semanas con anemia ferropénica.

**O99.012** Anemia que complica el embarazo, segundo trimestre

**D50.9** Anemia ferropénica, no especificada

**Z3A.26** 26 semanas de gestación

Es preciso diferenciar entre anemia gestacional y la anemia que surge en el posparto inmediato (por pérdida de sangre) o puerperio y que no existían antes del parto, ya que estas últimas se clasifican en la subcategoría **O90.81 Anemia puerperal** (ver punto **9.5. Anemia posparto**).

### 7.11.2. Portadora de estreptococo agalactiae

Los estreptococos del grupo B son un grupo de bacterias entre las cuales se encuentra el estreptococo agalactiae. Estas bacterias se encuentran en el tubo digestivo y aparato urinario de un ser humano sano. En las mujeres es frecuente (20-30% de todas las mujeres gestantes van a presentar esta bacteria) y normal el estado de portadora de estreptococo beta-hemolítico del grupo B (*Streptococcus agalactiae*), en especial en vagina y recto. Su diagnóstico se realiza mediante la denominada

toma de exudado vaginal que se suele realizar en consulta en un momento próximo al parto. Del mismo modo, se realiza una toma rectal para posterior cultivo.

Esta bacteria no va a crear problemas ni infecciones en las mujeres sanas y con un sistema inmunitario competente. Pero en una mujer embarazada se puede producir una transmisión fetal intraparto de la madre colonizada ocasionando una sepsis neonatal severa. Para evitar esta transmisión se administra profilaxis antibiótica en el momento del parto a las mujeres portadoras.

En el caso de una mujer portadora se utilizarán los códigos:

**O99.820 Estado de portadora de estreptococo B que complica el embarazo**

**O99.824 Estado de portadora de estreptococo B que complica el parto**

**O99.825 Estado de portadora de estreptococo B que complica el puerperio**

Mujer de 20 años gestante de 39 semanas que ingresa con trabajo de parto. Cultivo para estreptococo beta-agalactiae positivo: profilaxis intraparto. Recién nacido único vivo.

**O99.824** Estado de portadora de estreptococo B que complica el parto  
**Z3A.39** 39 semanas de gestación  
**Z37.0** Nacido vivo único

## 8. Complicaciones del trabajo del parto

El **trabajo de parto** consiste en una serie de contracciones progresivas y continuas del útero que ayudan a que se abra (dilata) y afine (vuelva más delgado) el cuello del útero para permitir al feto pasar por el canal de parto.

Entre las señales del trabajo de parto se incluyen las siguientes:

- **Pérdida del tapón mucoso.** Expulsión de la vagina de una pequeña cantidad de mucosidad, mezclada con sangre.
- **Contracciones.** Las contracciones (espasmos musculares uterinos) que se presentan en intervalos inferiores a diez minutos son una indicación de que comenzó el trabajo de parto. Las contracciones pueden volverse más frecuentes e intensas a medida que **progresas el trabajo de parto.**
- **Ruptura del saco amniótico** (bolsa de aguas). El trabajo de parto comienza generalmente cuando sale el fluido amniótico de la vagina.

La mayoría de las mujeres comienzan el trabajo de parto dentro de varias horas después de romper el saco amniótico. Si el trabajo de parto no comienza antes de 24 horas, se debe hospitalizar a la mujer para inducirle el trabajo de parto. Esto se realiza para evitar infecciones y complicaciones en el parto (ver punto **6.4. Rotura prematura de membranas**).

El trabajo de parto está dividido en tres etapas:

**Primera etapa o DILATACIÓN.** Este es el inicio del trabajo de parto para completar la dilatación y está dividido en tres fases:

- **Fase latente:** las contracciones se hacen más frecuentes (generalmente cada 5 a 20 minutos) y más fuertes. Las mujeres pueden tener contracciones muy fuertes y dolorosas durante esta fase. El cuello del útero se dilata (se abre aproximadamente 3 ó 4 centímetros) y se adelgaza.
- **Fase activa:** está marcada por la dilatación del cuello del útero de 4 a 6 centímetros. Las contracciones se vuelven más largas e intensas, y más frecuentes (generalmente cada 3 a 4 minutos).
- **Fase de transición:** Durante la transición, el cuello del útero se dilata de 3 a 5 centímetros más hasta que se dilata completamente a un total de 10 centímetros. Por lo general, las contracciones son muy fuertes y duran entre 60 y 90 segundos y se presentan cada pocos minutos.

Generalmente, las fases activa y de transición son más cortas que la fase latente.

El código **O63.0 Primera fase (del trabajo de parto) prolongada**, identifica las indicaciones de partos instrumentales o cesáreas por prolongación de la primera fase del trabajo del parto o dilatación detenida.

**Segunda etapa o EXPULSIÓN.** La segunda etapa del trabajo de parto comienza cuando el cuello del útero está totalmente dilatado y finaliza cuando nace el feto. Esta segunda etapa es conocida generalmente como la etapa de “pujar”. Se denomina “coronamiento” cuando se visualiza la cabeza del bebé en el orificio externo de la vagina. La segunda etapa suele ser más corta que la primera y puede durar entre 30 minutos a 3 horas.

El código **O63.1 Segunda fase (del trabajo de parto) prolongada**, identifica las indicaciones de partos instrumentales o cesáreas por prolongación de la segunda fase del trabajo del parto o para abreviar expulsivo.

**Tercera etapa o ALUMBRAMIENTO.** Tras el parto (nacimiento del bebé), se produce la tercera y última etapa del trabajo de parto, el alumbramiento o eliminación de la placenta. Esta etapa generalmente dura desde algunos minutos a media hora. Es la expulsión de la placenta fuera del útero, a través de la vagina.

Cuando se produce una retención de la placenta sin hemorragia tras el parto debe ser identificada con los códigos **O73.0 Placenta y membranas retenidas, sin hemorragia** (Placenta retenida sin hemorragia), **O73.1 Porciones de placenta y membranas retenidas, sin hemorragia** (Parte de la placenta retenida sin hemorragia), cuando se produce hemorragia y retención de placenta se deben utilizar los códigos **O72.0 Hemorragia del tercer período del parto** (Placenta retenida con hemorragia) o **O72.2 Hemorragia posparto secundaria y tardía** (Parte de la placenta retenida con hemorragia).

Si no se expulsa la placenta, debe ser extraída (ver punto **12.1.2. Extracción. EXTRACCIÓN MANUAL DE PLACENTA RETENIDA**)

El código **O63.9 Trabajo de parto prolongado, no especificado** se usa cuando no sabemos la fase del trabajo del parto que se ha prolongado o enlentecido.

## 8.1. Falso trabajo de parto

La mayoría de las mujeres embarazadas sienten contracciones leves antes de que comience el verdadero trabajo de parto. Estas se denominan contracciones de Braxton Hicks, las cuales:

- Son generalmente cortas.
- No son dolorosas.
- No se dan en intervalos regulares.
- No están acompañadas de sangrado, pérdida de líquido o disminución del movimiento fetal.

Esta etapa se denomina trabajo de parto “prodrómico” o “latente”.

Debe ser el clínico el que establezca este diagnóstico en base al estudio materno, y se codificará en la categoría **O47 Falso trabajo de parto**, identificando cuando se produce el mismo, antes de las 37 semanas de gestación (**O47.0 Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación**) con identificación del trimestre en el que se produce el

episodio, o después de las **37 semanas de gestación (O47.1 Falso trabajo de parto en o después de las 37 semanas completas de gestación)**.

No debemos confundir el falso trabajo de parto con el diagnóstico **O60.0 Trabajo de parto prematuro sin parto**, ya que en este caso sí que se trata de un verdadero trabajo de parto pero que se detiene por el motivo que sea y no termina en parto. Tanto uno como el otro deben estar especificados como tal en el diagnóstico.

Embarazada de 35 semanas que ingresa por contracciones uterinas. Falso trabajo de parto.

**O47.03** Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación, tercer trimestre

**Z3A.35** 35 semanas de gestación

Embarazada de 36 + 5 semanas de gestación que ingresa por trabajo prematuro de parto. Estabilización y alta a los 2 días.

**O60.03** Trabajo de parto prematuro sin parto, tercer trimestre

**Z3A.36** 36 semanas de gestación

## 8.2. Inducción fallida del trabajo de parto

La inducción del trabajo de parto o parto inducido, consiste en la estimulación mecánica o química de las contracciones uterinas durante el embarazo, antes de que el trabajo de parto comience, para poder tener un parto vaginal. Uno de los factores más importantes para predecir la probabilidad de éxito de la inducción del trabajo de parto es determinar cuán blando y distendido está el cuello del útero (maduración del cuello uterino).

Las indicaciones de la inducción del parto son varias:

- Embarazo postérmino.
- Rotura prematura de las membranas.
- Corioamnionitis.
- Restricción del crecimiento fetal.
- Oligohidramnios.
- Diabetes gestacional.
- Trastornos del embarazo con presión arterial alta.
- Desprendimiento de placenta.
- Etc.



Hay varios métodos para inducir el trabajo de parto (ver puntos **12.2.1. Inducción del parto, 12.2.1.a Rotura artificial de membranas, 12.2.1.b. Administración de medicación**). En ocasiones, la inducción del parto no es efectiva y se produce un fracaso de la inducción del mismo. Alrededor del 25% de las inducciones en primíparas no son efectivas, por lo que el parto deberá terminar con una cesárea. Debe ser el profesional sanitario el que establezca esta circunstancia, que se codificará en la categoría **O61 Inducción fallida del trabajo de parto**, con las subcategorías de cuatro dígitos identificamos el método usado para la inducción fallida del trabajo del parto.

**O61.0 Inducción fallida médica del trabajo de parto**

**O61.1 Inducción instrumental fallida del trabajo de parto**

**O61.8 Otras formas de inducción fallidas del trabajo de parto**

**O61.9 Inducción fallida del trabajo de parto, forma no especificada**

Embarazada postérmino (41 + 5 semanas) que ingresa para inducción electiva del parto (oxitocina i.v.) que resulta fallida por lo que se le practica una cesárea urgente. Niño vivo.

**O48.0** Embarazo postérmino

**O61.0** Inducción fallida médica del trabajo de parto

**Z3A.41** 41 semanas de gestación

**Z37.0** Nacido vivo único

### 8.3. Parto obstruido

El parto obstruido es aquel que una vez iniciado el trabajo del parto, el feto no puede ser expulsado de manera natural por el canal del parto, siendo necesario la realización de un parto instrumental o una cesárea.

El parto obstruido, en sentido estricto, implica que existe un obstáculo para el nacimiento por vía vaginal. Este obstáculo es causado por el feto o bien por la pelvis de la madre. Así identificaremos los partos obstruidos por mala presentación o posición fetal, tales como presentaciones podálicas, de cara, de hombro, etc. (**O64 Trabajo de parto obstruido debido a mala posición y mala presentación del feto**), partos obstruidos por anomalías pélvicas maternas, tales como pelvis estrecha o deformadas (**O65 Trabajo de parto obstruido debido a anomalías de la pelvis materna**) u otras obstrucciones del parto por motivos tales como gemelos abrazados, feto grande, hidropesía fetal, etc. (**O66 Otras obstrucciones del trabajo de parto**).

En todos estos casos, es importante recalcar que para considerar un parto obstruido, el trabajo de parto debe haber empezado antes de producirse la detención u obstrucción del parto.

Mujer en la semana 39 + 1 de gestación que ingresa en trabajo de parto activo. Se le pone gotero de oxitocina para ayuda y tras 12 horas de trabajo de parto se indica cesárea urgente por obstrucción debida a desproporción pelvifetal. Nace niño vivo.

**O65.4** Trabajo de parto obstruido debido a desproporción fetopélvica, no especificada  
**Z3A.39** 39 semanas de gestación  
**Z37.0** Nacido vivo único

Embarazada a término (40 semanas) que ingresa por trabajo de parto. Tras varias horas de trabajo de parto se indica cesárea por obstrucción del parto por presentación fetal podálica. Niño vivo.

**O64.8XX0** Trabajo de parto obstruido debido a otros tipos de mala posición y mala presentación, no aplicable o no especificado  
**Z3A.40** 40 semanas de gestación  
**Z37.0** Nacido vivo único

## Presentaciones fetales

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

Siempre que alguna de las circunstancias que a continuación se definen produzca una obstrucción del mecanismo del parto se debe de codificar como **O64 Trabajo de parto obstruido debido a mala posición y mala presentación del feto**. En otras ocasiones algunas de estas presentaciones no producen obstrucción y la expulsión del feto puede terminar en un parto vaginal normal, por lo que se codificarán en la categoría **O32 Atención materna por presentación anómala del feto**.

De la misma manera una alteración pélvica que produzca obstrucción se codificará dentro de la categoría **O65 Trabajo de parto obstruido debido a anomalías de la pelvis materna**. Si esta circunstancia pélvica no produce obstrucción se codificará dentro de la categoría **O33 Atención materna por desproporción**.

Existen algunos conceptos que el codificador debe conocer con respecto a las presentaciones fetales:

## Situación

Es la relación del eje longitudinal del feto con el eje de la madre, y puede ser longitudinal, transversa u oblicua (**O32.2 Atención materna por posición transversa y oblicua**), esta última es cuando los ejes fetal y materno se cruzan en un ángulo de 45°, es siempre inestable (**O32.0 Atención materna por posición inestable**) y se convertirá en longitudinal o transversa en el curso del parto.

La situación normal es la longitudinal.

## Presentación

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

**A HOMBROS:** El feto está con el eje longitudinal en forma transversa, el hombro es la parte presentada (**O32.2 Atención materna por posición transversa y oblicua**).

Una presentación especial dentro de la de hombros es aquella en la que un brazo del feto sale por el canal del parto (**O32.2 Atención materna por posición transversa y oblicua**).

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

- **De vértice u occipital:** la cabeza está fuertemente flexionada, así el mentón está en contacto con el tórax. La fontanela occipital es el punto que se toca en el tacto.
- **De cara:** la nuca fetal está fuertemente extendida de modo que el occipucio y la espalda entran en contacto. La cara es la primera en presentarse en el canal. (**O32.3 Atención materna por presentación de cara, frente y mentón**).

Existen dos formas intermedias entre las dos anteriores:

- **De sincipucio:** parcialmente flexionada, presentando la fontanela anterior (mayor) o bregma.
- **De frente:** parcialmente extendida, presentando la frente (**O32.3 Atención materna por presentación de cara, frente y mentón**). Estas dos suelen ser transitorias y se suelen convertir en presentación de vértice o cara, respectivamente, conforme progresa el trabajo de parto.

## C NALGAS: Pueden darse tres circunstancias:

- **Nalgas puras o franca de nalgas:** los muslos flexionados y piernas extendidas sobre la superficie anterior del cuerpo. **(O32.1 Atención materna por presentación de nalgas).**
- **Nalgas completas:** muslos flexionados sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos. **(O32.1 Atención materna por presentación de nalgas).**
- **Pies, podálica o incompleta de nalgas:** uno o ambos pies, o una o ambas rodillas, pueden estar descendidos. **(O32.8 Atención materna por otra presentación anómala del feto).**

## Posición

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

## Actitud o postura fetal

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

Embarazada a término (40 semanas) que ingresa para cesárea electiva por presentación fetal podálica. Niño vivo.

- O32.8XX0** Atención materna por otra presentación anómala del feto, no aplicable o no especificado
- Z3A.40** 40 semanas de gestación
- Z37.0** Nacido vivo único

Embarazada de 38 semanas (G4P3) que ingresa en trabajo de parto con desproporción por feto grande (4.500 gramos). Parto vaginal con episiotomía.

- O33.5XX0** Atención materna por desproporción debida a feto inusualmente grande, no aplicable o no especificado
- Z3A.38** 38 semanas de gestación
- Z37.0** Nacido vivo único

## 8.4. Riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF)

El **bienestar fetal** es el término empleado para mostrar el equilibrio de la homeostasis como resultado del funcionamiento e intercambio adecuado entre los 3 compartimentos: materno, fetal y trofoblasto.

La valoración del bienestar fetal permite identificar a los fetos que pueden estar en riesgo a través de una serie de pruebas que evalúan el crecimiento y vitalidad del feto durante el embarazo y el trabajo del parto, y así poder diagnosticar precozmente y evitar el **sufrimiento fetal (O77 Otro tipo de sufrimiento fetal que complica el trabajo de parto y parto)** y poder prevenir un daño irreversible o la muerte.

Hoy día se utilizan otras terminologías, ya que los obstetras junto con los neonatólogos consideran que el término es impreciso y no establece una correspondencia adecuada con el daño fetal planteado, al no estar presente en un número importante de casos y ser imposible predecirlo mediante las pruebas existentes para su diagnóstico.

Así, en los últimos años se ha introducido el término **Riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF)** que describe la interpretación del obstetra sobre el estado del feto intraútero en el que no puede asegurar su bienestar. Si en la documentación sólo consta el diagnóstico de Riesgo de pérdida de bienestar fetal y no existe más descripción, el código adecuado será uno de la subcategoría **O36.9 Atención materna por problema fetal, no especificado**.

En la documentación debería constar una descripción de la valoración clínica global o de la evaluación de los resultados de las pruebas que conducen a tal conclusión y que condicionan la indicación para la finalización del embarazo o del parto.

La categoría **O76 Anormalidad de la frecuencia o ritmo cardiaco fetal que complica el trabajo de parto y el parto**, incluye desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal, taquicardia fetal, alteración del registro electrocardiográfico, etc.).

La categoría **O68 Trabajo de parto y parto complicados por equilibrio ácido-básico fetal anormal**, incluye alcalosis, acidosis o acidemia fetal.

El líquido amniótico teñido o manchado de meconio se recogerá en el código **O77.0 Trabajo de parto y parto complicados por meconio en el líquido amniótico**.

Todos estos códigos solo se asignan si están documentadas y afectan al tratamiento de la madre.

Embarazada a término (40 semanas) que ingresa en trabajo de parto. Indicación de ventosa por RPBF por taquicardia fetal. Niño vivo.

- O76** Anormalidad de la frecuencia o ritmo cardíaco fetal que complica el trabajo de parto y el parto
- Z3A.40** 40 semanas de gestación
- Z37.0** Nacido vivo único

Embarazada a término (40 semanas) que ingresa en trabajo de parto. Indicación de cesárea por RPBF. Niño vivo.

- O36.93X0** Atención materna por problema fetal, no especificado, tercer trimestre, no aplicable o no especificado
- Z3A.40** 40 semanas de gestación
- Z37.0** Nacido vivo único

En caso de que existan anomalías de la frecuencia o ritmo cardíaco fetal como taquicardia, bradicardia, desaceleraciones, etc., durante el periodo anteparto, se codificarán con códigos de la subcategoría **O36.83 Atención materna por anomalías de la frecuencia o ritmo cardíacos fetales**.

Embarazada 32 semanas que ingresa para monitorización por taquicardia fetal. Alta tras estabilización fetal.

- O36.8330** Atención materna por anomalías de la frecuencia o ritmo cardíacos fetales, tercer trimestre, no aplicable o no especificado
- Z3A.32** 32 semanas de gestación

## 8.5. Distocia dinámica

Parto distócico es un término muy genérico que indica que el parto no cursa con normalidad. Existen dos tipos de partos distócicos: distocias del periodo de dilatación y distocias del periodo expulsivo (ver punto **8. Complicaciones del trabajo del parto**), con causas variadas, así pueden ser debidas a anomalías en las contracciones uterinas (**distocia dinámica**), a la desproporción pelvi-fetal o a presentaciones fetales inadecuadas (**distocias mecánicas**) (ver punto **8.3. Parto obstruido**).

Con frecuencia, las distocias dinámicas y las mecánicas están asociadas. En ambas, es habitual que se produzca **Riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF)**, lo que obliga a dar por finalizado el parto con carácter de urgencia, para evitar lesiones fetales.

Las **distocias dinámicas (O62 Anormalidades de dinámica del trabajo de parto)** son aquellas producidas por unas contracciones o actividad uterina defectuosa, ineficaz o inapropiada para conseguir la dilatación cervical y/o el descenso del feto. Podemos diferenciar:

**Distocia Hipodinamia:** Las hipodinamias son un tipo de alteraciones de la dinámica uterina caracterizadas por una disminución de la frecuencia, intensidad o del tono basal del útero. Las hipodinamias pueden ser primarias cuando el útero nunca llega a contraerse normalmente (**O62.0 Contracciones primarias inadecuadas**). Las hipodinamias secundarias ocurren cuando, una vez iniciadas las contracciones uterinas normales y por razón de algún impedimento en el mecanismo del parto, generalmente cansancio del miometrio, se altera la dinámica uterina (**O62.1 Inercia uterina secundaria**).

**Distocia Hiperdinamia:** Las distocias por hiperdinamias se caracterizan por una dinámica uterina excesiva e inefectiva, lo que conlleva a un parto prolongado (**O62.4 Contracciones uterinas hipertónicas, incoordinadas y prolongadas**).

**Atonía uterina:** pérdida del tono de la musculatura del útero que lleva a la ausencia de contracción del mismo y el consecuente retraso en su involución tras el parto (**O62.2 Otros tipos de inercia uterina**).

**Parto precipitado:** es aquel que tiene una duración total de menos de 3 horas, suele ser el resultado de contracciones anormalmente fuertes junto con una disminución de la resistencia de las partes blandas del canal del parto (**O62.3 Trabajo de parto precipitado**).

Embarazada a término (40 semanas) que ingresa en trabajo de parto. Indicación de cesárea por atonía uterina. Niño vivo.

<b>O62.2</b>	Otros tipos de inercia uterina
<b>Z3A.40</b>	40 semanas de gestación
<b>Z37.0</b>	Nacido vivo único

Embarazada de 36 + 2 que ingresa por contracciones tetánicas. Indicación de cesárea por distocia uterina. Niño vivo.

<b>O62.4</b>	Contracciones uterinas hipertónicas, incoordinadas y prolongadas
<b>O60.14X0</b>	Trabajo de parto prematuro en el tercer trimestre con parto prematuro del tercer trimestre, no aplicable o no especificado
<b>Z3A.36</b>	36 semanas de gestación
<b>Z37.0</b>	Nacido vivo único

El código **O62.9 Anomalía de la dinámica del trabajo de parto, no especificada**, se usará cuando no se especifique el tipo de alteración de la dinámica uterina como causante de la distocia.

Embarazada a término (40 semanas) que ingresa en trabajo de parto. Indicación de ventosa para ayuda materna. Niño vivo.

<b>O75.81</b>	Agotamiento materno que complica el trabajo de parto y parto
<b>Z3A.40</b>	40 semanas de gestación
<b>Z37.0</b>	Nacido vivo único

En ocasiones el clínico especifica que el parto instrumental (en menos ocasiones, la cesárea) es para **“ayuda materna”**. Este es un término muy inespecífico en el que presuponemos un cansancio o agotamiento de la madre en el trabajo de parto. Si no obtenemos más información al respecto esta situación de “ayuda materna” debe registrarse en el código **O75.81 Agotamiento materno que complica el trabajo de parto y parto**.

## 8.6. Desgarros perineales

Los desgarros o laceraciones perineales, suceden cuando la cabeza del bebé que sale por la abertura vaginal es demasiado grande para que la vagina se estire o es de un tamaño normal, pero la vagina no se estira con facilidad. Este tipo de desgarro es bastante común. El desgarro perineal puede clasificarse en cuatro estadios:

- **Primer grado: O70.0 Desgarro perineal de primer grado en el parto.** Los desgarros de primer grado son los menos graves e involucran solamente la piel perineal, es decir, la piel entre la abertura vaginal y el recto y el tejido que se encuentra directamente debajo de la piel. Estos desgarros pueden requerir suturas o no y suelen curarse en el plazo de algunas semanas.
- **Segundo grado: O70.1 Desgarro perineal de segundo grado en el parto.** Los desgarros de segundo grado involucran la piel y los músculos del perineo y pueden extenderse dentro de la vagina. Por lo general, los desgarros vaginales de segundo grado requieren suturas y se curan en unas semanas.
- **Tercer grado: O70.20 Desgarro perineal de tercer grado en el parto, no especificado.** Los desgarros de tercer grado se extienden al músculo que rodea el ano (esfínter anal). Algunas veces, estos desgarros



requieren una reparación con anestesia en un quirófano, en lugar de una sala de parto, y pueden tardar un poco más de algunas semanas en curarse. Es posible que haya complicaciones, como escape de las heces (incontinencia fecal) y coito doloroso.

Según la afectación del desgarro del espesor del esfínter anal externo (EAE), hablamos de 3 subgrados distintos:

- **IIIa: O70.21 Desgarro perineal de tercer grado en el parto, IIIa.**  
Desgarro perineal de tercer grado en el parto con desgarro de menos del 50% del espesor del esfínter anal externo (EAE).
- **IIIb: O70.22 Desgarro perineal de tercer grado en el parto, IIIb.**  
Desgarro perineal de tercer grado en el parto con desgarro de más del 50% del espesor del esfínter anal externo (EAE).
- **IIIc: O70.23 Desgarro perineal de tercer grado en el parto, IIIc.**  
Desgarro perineal de tercer grado en el parto con desgarro de esfínter anal externo (EAE) y esfínter anal interno (EAI).
- **Cuarto grado: O70.3 Desgarro perineal de cuarto grado en el parto.** Los desgarros de cuarto grado son los más graves. Se extienden por todo el esfínter anal hasta la membrana mucosa que recubre el recto (mucosa rectal). Suelen requerir reparación con anestesia en un quirófano, en lugar de una sala de parto, y a veces requieren una reparación más especializada. La curación también puede llevar más de algunas semanas. Es posible que haya complicaciones, como incontinencia fecal y relaciones sexuales dolorosas.

Existe un código muy inespecífico **O70.9 Desgarro perineal en el parto, no especificado**, para el caso de desgarros perineales sin identificación del grado. El codificador debe revisar la historia clínica para poder identificar el grado del desgarro y codificarlo en su grado específico.

Las localizaciones anatómicas que hay que reparar son estructuras maternas, por tanto el procedimiento deberá ser codificado en la sección Médico-Quirúrgica (ver punto **12.2.5. Reparación desgarro obstétrico**).

Embarazada de 38 + 2 que ingresa por contracciones. Parto vaginal, con desgarro 1er grado. Niño vivo.

<b>O70.0</b>	Desgarro perineal de primer grado en el parto
<b>Z3A.38</b>	38 semanas de gestación
<b>Z37.0</b>	Nacido vivo único

Embarazada de 41 + 1 que ingresa para inducir parto. Trabajo de parto precipitado con desgarro periné de 2º grado que se sutura. Niño vivo.

<b>O48.0</b>	Embarazo postérmino
<b>O62.3</b>	Trabajo de parto precipitado
<b>O70.1</b>	Desgarro perineal de segundo grado en el parto
<b>Z3A.41</b>	41 semanas de gestación
<b>Z37.0</b>	Nacido vivo único

## 8.7. Uso del código O75.82 Comienzo (espontáneo) del parto después de 37 semanas completas de gestación pero antes de 39 semanas completas de gestación, con parto por cesárea (programada)

El código **O75.82 Comienzo (espontáneo) del parto después de 37 semanas completas de gestación pero antes de 39 semanas completas de gestación, con parto por cesárea (programada)** se usa para identificar el parto por cesárea programada cuando se produce el inicio del parto después de las 37 semanas completas de gestación (37 + 0 semanas) pero antes de 39 semanas completas de gestación (38 + 6 semanas).

El código permite la recopilación de datos para indicadores de calidad que impliquen cesáreas electivas realizadas entre las 37 y las 39 semanas de gestación.

Para poder usar este código deben cumplirse tres premisas:

- La cesárea debe estar **programada**.
- La paciente debe ingresar con **trabajo de parto**.
- La paciente debe estar entre la **37 + 0** y **38 + 6** semanas de gestación.

Este código debe ser siempre un diagnóstico secundario, siendo el diagnóstico principal el motivo específico de la cesárea programada.

Embarazada de 37 años (G2P1) con historia previa de cesárea y programada para cesárea electiva por este motivo. Ingresar por trabajo de parto en la 38 semana completa de gestación. Se realiza cesárea con niño vivo.

<b>O34.219</b>	Atención materna por cicatriz de tipo no especificado de cesárea anterior
<b>O75.82</b>	Comienzo (espontáneo) del parto después de 37 semanas completas de gestación pero antes de 39 semanas completas de gestación, con parto por cesárea (programada)
<b>Z3A.38</b>	38 semanas de gestación
<b>Z37.0</b>	Nacido vivo único

## 9. Posparto o puerperio y complicaciones

El periodo **posparto o puerperio** comienza inmediatamente después del parto y continúa durante las siguientes seis semanas. Una complicación posparto o puerperal es una complicación que ocurre en el plazo de las seis semanas siguientes al parto.

El periodo **periparto** se define como el que abarca desde el último mes del embarazo hasta cinco meses después del parto.

Los códigos del capítulo 15 también se pueden utilizar para describir las complicaciones relacionadas con el embarazo después del periodo periparto o posparto si el clínico considera que dicha condición está relacionada con el embarazo, parto o puerperio.

Las complicaciones posparto se clasifican en las categorías **O85-O92 Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio**.

### 9.1. Atención materna posparto tras un parto extrahospitalario

Cuando un parto ocurre fuera del hospital (parto extrahospitalario o extramuros) y la madre ingresa para cuidados rutinarios del posparto, sin que se observen complicaciones, se debe asignar como diagnóstico principal el código **Z39.0 Contacto para atención y reconocimiento médico de la madre inmediatamente después del parto**. En el caso de que en el momento del ingreso existiese alguna complicación posparto o surgiese durante el mismo, se asignaría el código de complicación en lugar del código **Z39.0**. No se deben asignar códigos de las categorías **Z37 Resultado del parto**, ni **Z3A Semanas de gestación**, en ninguno de los dos supuestos anteriores, puesto que en ambos casos el parto ha ocurrido antes del ingreso hospitalario y la paciente ya no está embarazada.

En caso de que el alumbramiento (expulsión de la placenta) se produzca una vez que la paciente ha ingresado en el hospital se debe codificar como parto intrahospitalario. Estos episodios, al ser considerados como partos hospitalarios, deben incluir los códigos correspondientes de las categorías **Z37 Resultado del parto** y **Z3A Semanas de gestación**.

**Tabla 7. Parto extrahospitalario**

ALUMBRAMIENTO INTRAHOSPITALARIO	ALUMBRAMIENTO EXTRAHOSPITALARIO	
Parto intrahospitalario + Z37.- Z3A.-	SIN COMPLICACIÓN	CON COMPLICACIÓN
	DP: Z39.0	DP: Complicación puerperal
	No Z37.- No Z3A.-	No Z37.- No Z3A.-

Mujer que ingresa tras parto espontáneo en su coche. Recién nacido único vivo. Ya ha expulsado placenta.

**Z39.0** Contacto para atención y reconocimiento médico de la madre inmediatamente después del parto

Mujer traída a urgencias tras parto espontáneo en su casa de un recién nacido vivo. Ya ha expulsado placenta. En revisión de canal del parto se aprecia desgarro de segundo grado que se repara sin más incidencias.

**O70.1** Desgarro perineal de segundo grado en el parto

La placenta es un producto de la concepción y, por tanto, en casos de parto extrahospitalario pero alumbramiento intrahospitalario, el código de procedimiento para la expulsión de la placenta es **10E0XZZ Parto de productos de la concepción, abordaje externo**.

Sección	1 Obstetricia		
Sistema Orgánico	0 Embarazo		
Tipo de Procedimiento	<b>E Parto:</b> Asistencia en el paso de los productos de la concepción a través del canal genital		
Localización anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
0 Productos de la Concepción	<b>X</b> Externo	<b>Z</b> Ninguno	<b>Z</b> Ninguno

Solo se utilizará el código de extracción manual de placenta, **10D17Z9 Extracción, productos de la concepción, retenidos, abordaje orificio natural, manual**, si en la documentación clínica existe un diagnóstico de placenta o restos de placenta retenidos, ya que el alumbramiento manual de la placenta forma parte del procedimiento del parto **10E0XZZ Parto de productos de la concepción, abordaje externo**.

<b>Sección</b>	1 Obstetricia		
<b>Sistema Orgánico</b>	0 Embarazo		
<b>Tipo de Procedimiento</b>	D <b>Extracción:</b> Retirar, extirpar o arrancar total o parcialmente una estructura anatómica aplicando una fuerza		
<b>Localización anatómica</b>	<b>Abordaje</b>	<b>Dispositivo</b>	<b>Calificador</b>
1 Productos de la Concepción, Retenidos	7 Orificio Natural o Artificial 8 Orificio Natural o Artificial, Endoscópico	Z Ninguno	9 Manual Z Ninguno

Mujer que ingresa tras parto espontáneo, extramuros. Gestación bien controlada de curso normal. Edad gestacional: 40 + 4. Refiere parto espontáneo en taxi mientras venía al hospital. Al ingresar en hospital se lleva a paritorio para alumbramiento manual de placenta y revisión de canal de parto. Recién nacido único vivo.

**O48.0** Embarazo postérmino  
**Z3A.40** 40 semanas de gestación  
**Z37.0** Nacido vivo único  
**10E0XZZ** Parto de productos de la concepción, abordaje externo

## 9.2. Infección de la herida quirúrgica obstétrica

Tras el parto puede existir infección de la incisión perineal o de la herida de la cesárea. La evidencia en los estudios de investigación favorece una política hospitalaria de uso limitado de la episiotomía. Sin embargo, en muchas partes del mundo todavía es muy frecuente la práctica de la misma entre las pacientes con un parto por vía vaginal. La incidencia de infección por episiotomía parece ser relativamente baja y se calcula entre el 0,3% y el 5%, según el país de que se trate. Por otra parte, la infección del sitio quirúrgico es una de las principales complicaciones de las pacientes sometidas a una cesárea, cuya incidencia oscila entre 1,46-30%, según el país. Se considera sitio quirúrgico o sitio operatorio al espacio anatómico comprendido desde la incisión en la piel hasta cualquier cavidad, espacio o región donde se genera la herida, en este caso el útero.

Existen códigos en la subcategoría **O86.0 Infección de herida quirúrgica obstétrica** para identificar la localización en la que se ha producido la infección de acuerdo a su profundidad:

**O86.00 Infección de herida quirúrgica obstétrica, sin especificar**

**O86.01 Infección de herida quirúrgica obstétrica, zona de incisión superficial**

**O86.02 Infección de herida quirúrgica obstétrica, zona de incisión profunda**

**O86.03 Infección de herida quirúrgica obstétrica, zona de órgano y espacio**

**O86.09 Infección de herida quirúrgica obstétrica, otra localización quirúrgica**

Cuando se utilicen estos códigos se acompañarán de los códigos que procedan para especificar el tipo de infección y los microorganismos implicados (códigos de la sección **B95-B97 AGENTES INFECCIOSOS BACTERIANOS Y VIRALES**).

Mujer de 41 años que es ingresada tras parto vaginal, hace una semana, por infección superficial de herida de episiotomía: celulitis con cultivo positivo para *S. pyogenes* y *P. aeruginosa*.

- O86.01** Infección de herida quirúrgica obstétrica, zona de incisión superficial
- L03.315** Celulitis de periné o perineo
- B95.0** Estreptococo, grupo A, como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto
- B96.5** *Pseudomonas (aeruginosa) (mallei) (pseudomallei)* como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto

Mujer de 38 años que acude a urgencias por induración, dolor y enrojecimiento en la cicatriz de cesárea desde hace 5 días. Cesárea realizada en otro hospital hace 13 días. A la exploración tumoración de 4 cm, 1 cm sobre incisión de cesárea compatible con absceso en tejido celular subcutáneo. Se realiza apertura de herida de cesárea y drenaje. Cultivo positivo para *Staphylococcus epidermidis*. Tratamiento antibiótico intravenoso.

- O86.01** Infección de herida quirúrgica obstétrica, zona de incisión superficial
- L02.211** Absceso cutáneo en pared abdominal
- B95.7** Otros estafilococos como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto

### 9.3. Sepsis puerperal

La sepsis puerperal es un proceso infeccioso grave que ocurre en el puerperio. Afecta a todo el organismo y desencadena una respuesta inflamatoria generalizada. Los gérmenes implicados con más frecuencia son: *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus pyogenes* o *Escherichia coli*, que colonizan e infectan el tracto genitourinario. Si los gérmenes invaden el endometrio se produce una extensión de la infección a la circulación linfática y el torrente sanguíneo.

Para codificar la sepsis puerperal, se debe asignar el código **O85 Sepsis puerperal**, junto con un código adicional de la sección **B95-B97 AGENTES INFECCIOSOS BACTERIANOS Y VIRALES** para identificar el microorganismo implicado. Por ejemplo, en el caso de una sepsis bacteriana se debe asignar un código de las categorías **B95-B96** que clasifican los agentes bacterianos como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto. No se deben asignar para la sepsis puerperal códigos de la categoría **A40 Sepsis estreptocócica**, ni de la **A41 Otras sepsis**. En caso de sepsis grave se deben añadir como códigos adicionales **R65.2- Sepsis grave** y los códigos que procedan para identificar cualquier disfunción orgánica aguda asociada.

Paciente de 37 años que ingresa por sepsis puerperal severa, sospecha de pielonefritis aguda. Cesárea por podállica hace 6 días. Herida quirúrgica buen aspecto. Urocultivo y hemocultivos: E. Coli. Juicio clínico: Septicemia + pielonefritis aguda con insuficiencia renal aguda secundaria.

<b>O85</b>	Sepsis puerperal
<b>N10</b>	Pielonefritis aguda
<b>B96.20</b>	Escherichia coli [E. coli] no especificado como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto
<b>R65.20</b>	Sepsis grave sin shock séptico
<b>N17.9</b>	Fallo renal agudo, no especificado

## 9.4. Sepsis debida a infección de herida quirúrgica obstétrica

La sepsis debida a una infección de herida quirúrgica obstétrica se codifica secuenciando, en primer lugar, un código de los comprendidos entre **O86.00 a O86.03 Infección de herida quirúrgica obstétrica**, para identificar la localización de la infección y, si se conoce, la profundidad de la misma, seguido del código que especifique el tipo de infección. A continuación, se debe asignar el código **O86.04 Sepsis después de un procedimiento obstétrico**. Además, tal como indica la lista tabular se debe usar un código adicional que identifique la sepsis específica según el germen causal. Si el paciente presenta una sepsis grave se debe asignar también el código apropiado de la subcategoría **R65.2 Sepsis grave** junto con los códigos adicionales de cualquier disfunción orgánica aguda asociada a la sepsis.

Paciente que ingresa por fiebre alta tras ser dada de alta hace 6 días tras cesárea que cursó con infección de herida. Se diagnostica de sepsis por estafilococo aureus con origen en absceso subfrénico e insuficiencia renal aguda.

<b>O86.03</b>	Infección de herida quirúrgica obstétrica, zona de órgano y espacio
<b>K65.1</b>	Absceso peritoneal
<b>O86.04</b>	Sepsis después de un procedimiento obstétrico
<b>A41.01</b>	Sepsis debida a Staphylococcus aureus sensible a meticilina
<b>R65.20</b>	Sepsis grave sin shock séptico
<b>N17.9</b>	Fallo renal agudo, no especificado

## 9.5. Anemia posparto

Es preciso diferenciar entre anemia gestacional que complica el puerperio (anemia que ya estaba presente en el embarazo o el parto y que persiste en el puerperio) y se codifica con el código **O99.03 Anemia que complica el puerperio** (ver punto **7.11.1. Anemia**) y la anemia que surge en el posparto inmediato (por pérdida de sangre) o puerperio y que no existían antes del parto, ya que estas últimas se clasifican en la subcategoría **O90.81 Anemia puerperal**.

Mujer dada de alta hace una semana por parto normal. Durante su embarazo fue diagnosticada de anemia por déficit de ácido fólico. Acude por intensificación de sus síntomas. Se diagnostica de anemia folicopénica reagudizada en el puerperio, probablemente por carencia en la dieta.

<b>O99.0</b>	Anemia que complica el puerperio
<b>D52.0</b>	Anemia por carencia dietética de ácido fólico

Mujer dada de alta hace una semana por parto normal. Acude por debilidad generalizada. Se diagnostica de anemia posparto.

<b>O90.81</b>	Anemia puerperal
---------------	------------------

## 9.6. Depresión posparto y psicosis puerperal

Durante el embarazo y el puerperio se producen cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que pueden llegar a desencadenar trastornos psíquicos en la mujer.

La **depresión posparto** es un trastorno/episodio depresivo de inicio en el posparto que dura más de dos semanas. Se estima que una de cada diez



mujeres sufre una depresión después del parto durante el primer año de vida del recién nacido. Suele comenzar, con más frecuencia, durante las primeras semanas hasta los tres primeros meses después de dar a luz. Sin embargo, en algunas mujeres se inicia posteriormente y es difícil de distinguir de la depresión que no está asociada con el parto. Los síntomas varían de unas mujeres a otras, pero se suele caracterizar por un estado de tristeza mantenido, pérdida de interés e ilusión, ansiedad, disminución de la energía o fatiga, alteraciones del apetito y el sueño y sentimientos de culpa e inutilidad, que pueden ir acompañados de pensamientos suicidas en algunos casos. Para codificar una depresión posparto se debe asignar, en primer lugar, el código **O99.345 Otros trastornos mentales que complican el puerperio** y, a continuación, el código **F53.0 Depresión posparto**.

No se debe confundir la depresión posparto con la disforia posparto o “maternity blues”, que es un estado de tristeza transitorio y con cambios de humor que presentan muchas mujeres en los días siguientes al parto. Se trata de una reacción emocional asociada a los importantes cambios que se producen en la vida de la mujer tras el nacimiento de un hijo. En este caso, los síntomas suelen desaparecer espontáneamente en menos de dos semanas. Estos casos se clasificarán en el código **O90.6 Trastornos del estado de ánimo posparto**.

Paciente que ingresa 12 días tras el parto de su primer hijo por depresión posparto.

**O99.345** Otros trastornos mentales que complican el puerperio

**F53.0** Depresión posparto

La **psicosis puerperal** es un trastorno mental grave y la forma más grave de enfermedad psiquiátrica posparto. Se estima que afecta a una o dos madres por cada 1.000 nacimientos. Suele aparecer durante el primer mes después del parto, pero puede aparecer también varios meses tras el parto. Las mujeres con historia personal de enfermedad mental previa, con antecedentes familiares de trastorno bipolar y aquellas con episodios previos en partos anteriores tienen mayor riesgo de padecerla, pero también puede aparecer en mujeres sin ningún antecedente de enfermedad mental. Su inicio suele ser brusco, con síntomas de confusión mental que dan inicio a la psicosis, que puede incluir: alucinaciones, delirios y alteraciones graves del comportamiento. Constituye una verdadera urgencia psiquiátrica que suele requerir la hospitalización de la paciente y tratamiento inmediato. Se debe codificar asignando en pri-

mer lugar el código **O99.345 Otros trastornos mentales que complican el puerperio**, seguido del código **F53.1 Psicosis puerperal**.

Paciente de 23 años con antecedente de psicosis puerperal después de su primer parto. Es traída por sus familiares a urgencias a las dos semanas de su segundo parto con confusión grave, alucinaciones y manía persecutoria. Es ingresada y tratada con medicación antipsicótica con el diagnóstico de psicosis posparto.

**O99.345** Otros trastornos mentales que complican el puerperio

**F53.1** Psicosis puerperal

## 9.7. Miocardiopatía periparto

La miocardiopatía periparto es una enfermedad rara que afecta a mujeres en las últimas fases de embarazo o en las fases iniciales del puerperio. Se caracteriza por el desarrollo de insuficiencia cardiaca acompañada de disfunción sistólica ventricular izquierda (FEVI < 45%). Su etiología es desconocida y aparece en mujeres sin enfermedad cardíaca previa. Puede diagnosticarse en el tercer trimestre del embarazo y continuar su progresión meses después del parto. Estos casos se codificarán con el código **O90.3 Miocardiopatía periparto**. Este código solo debe utilizarse cuando la cardiomiopatía se desarrolla como resultado del embarazo en una mujer que no tenía cardiopatía previa. Sin embargo, en el caso de una paciente con enfermedad cardiaca preexistente que complica el embarazo, parto o puerperio se deben utilizar códigos de la subcategoría **O99.4 Enfermedades del aparato circulatorio que complican el embarazo, parto y puerperio**, añadiendo los códigos adicionales necesarios para especificar las afecciones.

Paciente con insuficiencia cardiaca congestiva. Disfunción ventricular izquierda sistólica muy severa (FE<10%) secundaria a miocardiopatía puerperal.

**O90.3** Miocardiopatía periparto

**I50.20** Insuficiencia cardiaca sistólica (congestiva), no especificada

Gestante de 40 semanas que acude a urgencias por trabajo de parto. Enfermedades previas: Miocardiopatía no compactada con función cardiaca normal. Asistencia al parto con recién nacido sano varón. El puerperio evolucionó con normalidad.

**O99.42** Enfermedades del aparato circulatorio que complican el parto

**I42.8** Otras miocardiopatías

**Z3A.40** 40 semanas de gestación

**Z37.0** Nacido vivo único

## 10. Secuelas de complicaciones del embarazo, parto o puerperio

El código de la categoría **O94 Secuelas de complicaciones del embarazo, parto y puerperio** se asignará en aquellas complicaciones que se originen durante el período obstétrico y posteriormente causen alguna secuela que requiera cuidados y/o tratamiento a largo plazo. Cumpliendo la norma general de codificación con CIE-10-ES, para todas las secuelas y efectos tardíos, el código **O94 Secuelas de complicaciones del embarazo, parto y puerperio** será siempre adicional a otro código que describa la condición de la secuela.

Mujer que ingresa por prolapso uterino de tercer grado secundario a desgarros vaginales en partos múltiples.

**N81.3** Prolapso uterovaginal completo  
**O94** Secuelas de complicaciones del embarazo, parto y puerperio

Síndrome de Sheehan (Panhipopituitarismo) secundaria a hemorragia grave tras un parto normal hace 1 año.

**E23.0** Hipopituitarismo  
**O94** Secuelas de complicaciones del embarazo, parto y puerperio

## 11. Afecciones maternas y fetales que se descartan

Los códigos de la subcategoría **Z03.7 Contacto por sospecha de afecciones maternas y fetales que se descartan** se utilizan en circunstancias muy limitadas. Solo deben ser utilizados cuando una embarazada está en observación por sospecha de una enfermedad que finalmente se descarta durante dicho episodio.

**Z03.71** Contacto por sospecha de problema con la cavidad y membranas amnióticas descartado

**Z03.72** Contacto por sospecha de problema en placenta descartado

**Z03.73** Contacto por sospecha de anomalía fetal descartada

**Z03.74** Contacto por sospecha de problema en el crecimiento fetal descartado

**Z03.75** Contacto por sospecha de acortamiento cervical descartado

**Z03.79** Contacto por sospecha de otras afecciones maternas o fetales descartadas

Estos códigos de observación no se deben utilizar cuando está presente una lesión o enfermedad, o signos o síntomas relacionados con la afección sospechada. En esos casos se asignará el código de diagnóstico o síntoma. Se deben utilizar solo como diagnóstico principal y se pueden utilizar códigos adicionales solo cuando no están relacionados con la afección sospechada que está siendo evaluada.

Los códigos de la subcategoría **Z03.7 Contacto por sospecha de afecciones maternas y fetales que se descartan** no pueden ser utilizados para encuentros de cribado prenatal de la madre.

En los casos en que exista una afección fetal sospechada y los resultados finales de las pruebas no sean concluyentes, se debe asignar el código apropiado de las categorías **O35 Atención materna por anomalía y daño fetal conocida o sospechada**, **O36 Atención materna por otros problemas fetales**, **O40 Polihidramnios** u **O41 Otros trastornos del líquido y de las membranas amnióticas**.

Mujer de 23 años, gestante de 31 + 2 semanas, que acude a urgencias por sensación de pérdida de líquido desde ayer. Durante el ingreso no se evidencia salida de líquido amniótico. RCTG reactivo y sin dinámica. Se descarta RPM en la actualidad. Es dada de alta para control ambulatorio.

**Z03.71** Contacto por sospecha de problema con la cavidad y membranas amnióticas descartado

**Z3A.31** 31 semanas de gestación

## 12. Procedimientos obstétricos

En este punto incluiremos tanto los procedimientos que se realizan sobre los productos de la concepción (Sección **1 Obstetricia**) como procedimientos realizados en las mujeres gestantes (Sección **0 Médico-Quirúrgica**).

Se entiende como **producto de la concepción** al óvulo fecundado y todas sus membranas en las diferentes etapas del desarrollo intrauterino, desde la implantación hasta el nacimiento (es decir, feto, placenta, saco amniótico, líquido amniótico y cordón umbilical).

Por ejemplo, una amniocentesis o la extracción manual de una placenta retenida posparto, se codifican en la sección **1 Obstetricia**; pero una episiotomía o una reparación de un desgarro perineal, se codificarán en la sección **0 Médico-Quirúrgica**.

Si bien la sección **1 Obstetricia**, solo incluye procedimientos realizados sobre productos de la concepción, hay otras secciones que también incluyen procedimientos realizados sobre productos de la concepción; por ejemplo en la sección **3 Administración** se incluyen sustancias administradas a productos de la concepción, en la sección **4 Medición y Monitorización**, es posible codificar procedimientos de medición y monitorización fetal o en la sección **B Imagen**, podremos codificar ecografías fetales, de placenta o de cordón umbilical.

## 12.1. Asistencia al parto

La asistencia al parto se define como los procedimientos usados en el fin del embarazo, que culminan con el nacimiento del recién nacido.

### 12.1.1. Parto manual

Parto manual, natural, normal o eutócico es el que termina con la expulsión espontánea o asistida manualmente de un feto viable y de sus anexos por vía vaginal (ver punto **3. Parto Normal**).

La asistencia manual que se presta a un aborto espontáneo, también se considera como asistencia al paso de los productos de la concepción a través del canal genital y por tanto se codifica como un parto espontáneo.

Sólo hay un código posible en el procedimiento **E Parto** de la sección **1 Obstetricia**, y es el código **10E0XZZ Parto de productos de la concepción, abordaje externo**.

Sección	1 Obstetricia		
Sistema Orgánico	0 Embarazo		
Tipo de Procedimiento	E Parto: Asistencia en el paso de los productos de la concepción a través del canal genital		
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
0 Productos de la Concepción	X Externo	Z Ninguno	Z Ninguno

### 12.1.2. Extracción

El resto de los procedimientos usados en la asistencia al parto se codificarán con el tipo de procedimiento **D Extracción** dentro de la sección **1 Obstetricia**.

#### Cesáreas

El parto por cesárea es un procedimiento quirúrgico utilizado para extraer un recién nacido a través de incisiones en el abdomen (laparotomía) y el útero (histerotomía).

Desde 1985 y según la OMS la tasa ideal de cesáreas debe oscilar entre el 10% y el 15% de los partos. Desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en el año 2018 la tasa de cesáreas en España ha aumentado hasta llegar al 26%.

Para codificar las cesáreas se debe usar la primera fila de la tabla 10D (Sección **1 Obstetricia**, Sistema Orgánico **0 Embarazo**, y tipo de procedimiento **D Extracción**). Los partos por cesárea siempre se codifican con el valor de abordaje **0 Abierto**, el calificador permite especificar el tipo de incisión o técnica utilizada:

- **Alta (calificador 0):** Es llamada también incisión clásica y se realiza con una incisión vertical en la línea media útero. Aunque es la técnica más rápida de cesárea, se usa rara vez, porque es más susceptible de complicaciones.
- **Baja (calificador 1):** Incluye la incisión del segmento inferior del útero. Es la más común y se utilizan como sinónimos: cesárea clásica baja, transperitoneal cervical baja o segmentaria transversa. Este tipo de cesárea es la más frecuente.
- **Extraperitoneal (calificador 2):** Incluye la cesárea supravesical.

<b>Sección</b>	1 Obstetricia		
<b>Sistema Orgánico</b>	0 Embarazo		
<b>Tipo de Procedimiento</b>	<b>D Extracción:</b> Retirar, extirpar o arrancar total o parcialmente una estructura anatómica aplicando una fuerza		
<b>Localización Anatómica</b>	<b>Abordaje</b>	<b>Dispositivo</b>	<b>Calificador</b>
<b>0</b> Productos de la Concepción	<b>0</b> Abierto	<b>Z</b> Ninguno	<b>0</b> Alta⊕ <b>1</b> Baja⊕ <b>2</b> Extraperitoneal

Parto por cesárea cervical inferior.

**10D00Z1** Extracción de productos de la concepción, baja, abordaje abierto

Parto por cesárea extraperitoneal.

**10D00Z2** Extracción de productos de la concepción, extraperitoneal, abordaje abierto

En algunas ocasiones, cuando la extracción fetal es dificultosa durante una cesárea, puede utilizarse un fórceps o ventosa para ayudar en la extracción de la cabeza fetal. Se considera parte del procedimiento de la cesárea y no deben codificarse aparte.

## Partos instrumentales

Los partos vaginales instrumentales representan alrededor del 15-20% del total de partos vaginales. El instrumento (fórceps/espátulas/ventosa) se aplica sobre la cabeza fetal y se obtiene la presentación mediante tracción de la misma y/o ampliando el canal del parto.

La segunda fila de la tabla 10D con el tipo de procedimiento **D Extracción** permite codificar los partos instrumentales. Las extracciones instrumentales vaginales siempre se presentan con el valor de abordaje **7 Orificio Natural o Artificial** y el calificador proporciona una mejor especificación del tipo de parto instrumental:

- 3 Fórceps bajo
- 4 Fórceps medio
- 5 Fórceps alto
- 6 Vacuum
- 7 Versión interna
- 8 Otra

<b>Sección</b>	1 Obstetricia		
<b>Sistema Orgánico</b>	0 Embarazo		
<b>Tipo de Procedimiento</b>	D <b>Extracción:</b> Retirar, extirpar o arrancar total o parcialmente una estructura anatómica aplicando una fuerza		
<b>Localización Anatómica</b>	<b>Abordaje</b>	<b>Dispositivo</b>	<b>Calificador</b>
0 Productos de la Concepción	7 Orificio Natural o Artificial	Z Ninguno	3 Fórceps Bajo 4 Fórceps Medio 5 Fórceps Alto 6 Vacuum 7 Versión Interna 8 Otra⊕

## Fórceps

Consiste en una pinza de ramas cruzadas destinada a ser aplicada sobre la cabeza fetal cuando ésta se encuentra aún contenida en la pelvis materna, para sujetar la cabeza fetal y así guiarla o arrastrarla hacia fuera del canal del parto y extraer el feto. El fórceps permite la flexión cefálica, la tracción y la rotación.

Los planos de Hodge y Dee Lee son una forma imaginaria de dividir en cuatro planos (I, II, III y IV) la pelvis materna, por donde pasará el feto durante el parto, desde su estrecho superior a su estrecho inferior, y así establecer la posición de la cabeza fetal en su trayecto por el canal del parto, posibilitando evaluar su descenso o progresión. Según el plano donde se encuentre el feto al aplicar el fórceps se clasifican:

- **Fórceps bajo (calificador 3):** La cabeza fetal está totalmente encajada y se encuentra entre III-IV y IV plano de Hodge.
- **Fórceps medio (calificador 4):** la cabeza fetal aún no está totalmente encajada y se encuentra entre III y III-IV plano de Hodge.
- **Fórceps alto (calificador 5):** la cabeza se encuentra por encima del II plano, aún en el estrecho superior de la pelvis. Actualmente su uso está excluido de la práctica obstétrica.

En caso que no se especifique en la documentación clínica el tipo de fórceps o nivel en el que fue aplicado, asumiremos que este fue un fórceps bajo.



Aplicación de fórceps en parto.

**10D07Z3** Extracción de productos de la concepción, fórceps bajo, abordaje por orificio natural o artificial

## Ventosa

La ventosa permite la flexión cefálica y la tracción. El elemento fundamental es la campana que se aplica a la presentación, existiendo modelos metálicos y copas blandas o flexibles, en ambos casos unidas a un sistema de succión y un elemento de tracción. La inserción del tubo de vacío en la copa metálica puede ser central o no. En los modelos flexibles, el tubo de vacío y el tractor quedan integrados centralmente en la copa. El tubo de vacío une la campana con el sistema de succión, que en cualquier caso estará dotado de un manómetro para permitir el control continuo de la presión realizada.

Las campanas flexibles causan menos abrasión, pero permiten ejercer menos tracción, por lo que se producen más desprendimientos de la campana y más fracasos de parto vaginal que con las copas rígidas, especialmente en posiciones posteriores, transversas, con caput marcado o con cierto grado de deflexión.

Para su aplicación es necesario que nos encontremos ante una presentación cefálica, membranas rotas, punto guía en III plano de Hodge, dilatación completa o casi completa.

El calificador adecuado del procedimiento **D Extracción** sería **6 Vacuum**.

Aplicación de ventosa en parto.

**10D07Z6** Extracción de productos de la concepción, vacuum, abordaje orificio natural o artificial

## Espátulas de Thierry

Son dos palancas independientes (no articuladas) cuya acción fundamental es ampliar el canal del parto, pero también permiten la tracción de la cabeza fetal. La espátula se apoya sobre la cara fetal en su mitad distal, de manera que la cabeza resbala sobre la cara interna de las espátulas.

Cada espátula consiste en un mango o empuñadura y la espátula propiamente dicha. La parte externa del mango está diseñada para contactar con la palma de la mano, el borde superior con el dedo pulgar y las cuatro escotaduras del borde inferior se destinan para los cuatro dedos restantes, aunque Thierry recomendaba introducir en ellas el índice y el medio.

La curvatura pelviana es muy poco marcada, lo que limita su aplicación a sólo las partes bajas de la excavación. La curvatura cefálica que es de mayor radio, se aplica a la cara del feto, pero sólo en su mitad distal porque la mitad proximal de la espátula, que es de menor radio, se separa del cráneo. Además, por fuera, separa los tejidos maternos. En estos dos aspectos las diferencias con el fórceps son sustanciales.

Para su aplicación es necesario que las membranas estén rotas, el cuello esté totalmente dilatado y la cabeza esté encajada.

Para su codificación se usa el Calificador **8 Otra** del tipo de procedimiento **D Extracción**.

Parto con espátulas.

**10D07Z8** Extracción de productos de la concepción, otra, abordaje orificio natural o artificial

Cuando en un parto se intenta una extracción vaginal mediante ventosa o fórceps, pero finalmente, acaba realizándose una cesárea, se codificará el procedimiento con el que se ha producido la extracción efectiva (en este caso, la cesárea), y se debe añadir el diagnóstico **O66.5 Intento de utilización de ventosa o fórceps**, para indicar la utilización de ventosa o fórceps no efectiva.

### Versión interna

La **versión interna** es la maniobra por la cual se transforma la presentación fetal existente en una presentación podálica, al introducir una mano dentro del útero y tomar uno o ambos pies del feto. Se continúa con la **gran extracción** pelviana, que es el conjunto de maniobras que se realizan para exteriorizar al feto en presentación podálica (primitiva o secundaria a una versión interna), desde el estrecho superior de la pelvis.

Por ser una maniobra obstétrica de alta morbilidad y mortalidad materno-fetales su realización está prácticamente en desuso; su indicación se reserva para la situación transversa del segundo gemelo. Excepcio-

nalmente se efectuará en presentaciones transversas, ante la urgencia e imposibilidad de practicar una cesárea.

Se codifica con el calificador **7 Versión Interna** en la tabla con el tipo de procedimiento **D Extracción**

Parto con gran extracción tras versión interna.

**10D07Z7** Extracción de productos de la concepción, versión interna, abordaje orificio natural o artificial

La **versión externa** es la maniobra obstétrica que se realiza previamente al parto para corregir una presentación anómala por otra más corriente y de mejor pronóstico para el desarrollo del parto, mediante manipulaciones efectuadas sobre el abdomen materno. Se codifica como **Reposición**. Por ejemplo, la versión cefálica externa (VCE), es una maniobra dirigida a conseguir una presentación cefálica y una estática fetal más favorable en el momento del inicio del parto, reduciendo la tasa de cesáreas. En los centros donde actualmente se realiza la técnica, se hace mediante relajación uterina con beta adrenérgicos y bajo control ecográfico.

Sección	1 Obstetricia		
Sistema Orgánico	0 Embarazo		
Tipo de Procedimiento	S <b>Reposición</b> : Recolocar en su localización habitual, o en otra localización adecuada, toda o parte de una estructura anatómica		
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
0 Productos de la Concepción	<b>X Externo</b>	Z Ninguno	Z Ninguno

Mujer embarazada de 38 semanas con feto en presentación de nalgas, acude para VCE.

**10S0XZZ** Reposición de productos de la concepción, abordaje externo

Una **versión externa fallida**, es decir, que no ha producido el efecto esperado, debe codificarse como una **J Inspección** en la sección 1 Obstetricia, con el abordaje **X Externo**.

El código adecuado será el **10J0XZZ Inspección de productos de la concepción, abordaje externo**.

Sección	1 Obstetricia		
Sistema Orgánico	0 Embarazo		
Tipo de Procedimiento	J Inspección: Explorar una estructura anatómica visual y/o manualmente		
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
0 Productos de la Concepción	X Externo	Z Ninguno	Z Ninguno

### Extracción manual de placenta retenida

Dentro de los procedimientos de **D Extracción** de la sección **1 Obstetricia**, tenemos los códigos adecuados para la extracción de la placenta retenida tras un parto (ver punto **8. Complicaciones del trabajo del parto**).

La extracción **manual** de la placenta retenida será el código **10D17Z9 Extracción de productos de la concepción, retenidos, manual, abordaje orificio natural o artificial**, la realizada con **legrado 10D17ZZ Extracción de productos de la concepción, retenidos, abordaje orificio natural o artificial**.

Sección	1 Obstetricia		
Sistema Orgánico	0 Embarazo		
Tipo de Procedimiento	D Extracción: Retirar, extirpar o arrancar total o parcialmente una estructura anatómica aplicando una fuerza		
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
1 Productos de la Concepción, Retenidos	7 Orificio Natural o Artificial 8 Orificio Natural o Artificial, Endoscópico	Z Ninguno	9 Manual Z Ninguno

#### 12.1.3. Parto múltiple

En el caso de parto múltiple (gemelos, trillizos, etc.) solo se aplicará la codificación múltiple de procedimientos, si el parto de los recién nacidos se ha realizado de forma diferente en cada uno de ellos (por ejemplo, una extracción con fórceps y otra por cesárea), ya que los calificadores son distintos. Si la asistencia prestada ha sido igual para todos los nacidos, se asignará un único código.

Parto gemelar. Primer gemelo por parto vaginal manual. El parto del segundo gemelo se estanca por lo que debe ser extraído con ventosa.

**10E0XZZ** Parto de productos de la concepción, abordaje externo

**10D07Z6** Extracción de productos de la concepción, vacuum, abordaje orificio natural o artificial

Parto gemelar. Cesárea cervical baja.

**10D00Z1** Extracción de productos de la concepción, abordaje abierto, baja

## 12.2. Otros procedimientos en el parto

Además de la asistencia al parto, la embarazada puede requerir durante el parto la realización de otros procedimientos tales como la inducción del parto (por rotura artificial de membranas o por administración de medicamentos), episiotomía, monitorización fetal o anestesia materna.

### 12.2.1. Inducción del parto

La inducción electiva del trabajo de parto, también denominada «parto inducido», consiste en la iniciación del trabajo de parto mediante la estimulación de las contracciones uterinas durante el embarazo antes de que el trabajo de parto comience solo para poder tener un parto vaginal.

Esto se consigue mediante la ruptura artificial del saco amniótico o mediante la administración de medicación.

#### 12.2.1.a. Rotura artificial de membranas

La rotura artificial de membranas o **amniotomía**, se realiza para inducir o acelerar el parto. Este procedimiento se realiza por vía vaginal realizando una pequeña punción o incisión de la bolsa amniótica lo que permite la salida del líquido amniótico. Se realiza solo si el cuello uterino está parcialmente dilatado y adelgazado, y si la cabeza del bebé se encuentra en lo profundo de la pelvis.

Se trata por tanto de un tipo de procedimiento **9 DRENAJE** con el calificador **C LÍQUIDO AMNIÓTICO, TERAPÉUTICO**.

Existe una entrada directa desde el índice alfabético de procedimientos por **RAM (ruptura artificial de membranas)** y el código que debe asignarse es **10907ZC** Drenaje en productos de la concepción, de líquido amniótico, terapéutico, abordaje orificio natural o artificial.

Sección	1 Obstetricia		
Sistema Orgánico	0 Embarazo		
Tipo de Procedimiento	9 Drenaje: Extraer o dejar salir líquidos y/o gases de una estructura anatómica		
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
0 Productos de la Concepción	7 Orificio Natural o Artificial	Z Ninguno	C Líquido Amniótico, Terapéutico

### 12.2.1.b. Administración de medicación

La inducción del parto mediante medicación se puede hacer de dos maneras, **maduración del cuello uterino** o **medicamento intravenoso**.

**Maduración del cuello uterino.** Las prostaglandinas (PG) sintéticas o semisintéticas como el misoprostol (análogo semisintético de la prostaglandina E<sub>1</sub>, Cytotec®) o la dinoprostona (Prostaglandina E<sub>2</sub>, Propess®) son hormonas que se colocan en forma de óvulos por vía vaginal, para hacer más delgado el cuello uterino o para ablandarlo (madurarlo).

Las PG se unen a receptores específicos y realizan su acción tanto en el miometrio (produciendo contracciones) como a nivel del cérvix (produciendo cambios en la matriz celular del colágeno). Las PG estimulan y coordinan la actividad miometrial a través de la liberación de calcio del retículo endoplásmico, la apertura de los canales del calcio dependientes del receptor y estimulando o inhibiendo el sistema adenil-ciclasa (produciendo tanto relajación como contracción miometrial). La biodisponibilidad de la PG administrada por vía vaginal es tres veces mayor que por la vía oral.

La codificación correcta para la PG vaginal para **inducción del parto** es **3E0P7VZ Introducción en reproductor femenino de hormona, abordaje orificio natural o artificial.**

Sección	3 Administración		
Sistema Orgánico	E Sistemas Fisiológicos y Regiones Anatómicas		
Tipo de Procedimiento	0 <b>Introducción:</b> Administrar una sustancia terapéutica, diagnóstica, nutricional, fisiológica o profiláctica, con excepción de sangre o hemoderivados.		
Localización Anatómica	Abordaje	Sustancia	Calificador
P Reproductor Femenino	7 Orificio Natural o Artificial	V <b>Hormona</b>	Z Ninguno

Embarazo postérmino (41 + 3). Ingreso para inducción del parto mediante Misoprostol vaginal.

**3E0P7VZ** Introducción en reproductor femenino de hormona, abordaje orificio natural o artificial

Debemos diferenciar la administración de PG por vía vaginal, cuando se utiliza para la inducción del parto o para la eliminación de restos tras un aborto espontáneo o retenido (código **3E0P7VZ Introducción en reproductor femenino de hormona, abordaje orificio natural o artificial**) con la administración de la misma cuando se utiliza para la interrupción legal del embarazo (Aborto terapéutico) (código **10A07ZX Aborto de productos de la concepción, con abortivo, abordaje orificio natural o artificial**) (ver punto **13.5. Aborto terapéutico**).

**Utilizar un medicamento intravenoso.** El fármaco más utilizado para la inducción farmacológica del parto es la oxitocina (Pitocin®) administrada por vía intravenosa. Solo debe codificarse cuando se administra con el propósito de inducir el parto; si solo se administra para aumentar el trabajo de un parto ya activo, no se codifica por separado.

La administración intravenosa por vía periférica de oxitocina se codifica **3E033VJ Introducción en vena periférica de hormona, otra hormona, abordaje percutáneo.**

Sección	<b>3</b> Administración		
Sistema Orgánico	<b>E</b> Sistemas Fisiológicos y Regiones Anatómicas		
Tipo de Procedimiento	<b>0</b> <b>Introducción:</b> Administrar una sustancia terapéutica, diagnóstica, nutricional, fisiológica o profiláctica, con excepción de sangre o hemoderivados.		
Localización Anatómica	Abordaje	Sustancia	Calificador
<b>3</b> Vena Periférica	<b>3</b> Percutáneo	<b>V</b> Hormona	<b>J</b> Otra Hormona

Embarazo postérmino (41 + 3). Ingreso para inducción del parto mediante oxitocina i.v.

**3E033VJ** Introducción en vena periférica de hormona, otra hormona, abordaje percutáneo

Embarazo a término. Ingresos en trabajo de parto, se administra oxitocina i.v. para acelerar el parto

**No se codifica la oxitocina i.v.**

### 12.2.2. Episiotomía

Una episiotomía es una incisión que se hace en el perineo (tejido entre la abertura vaginal y el ano) de la mujer embarazada durante el parto. La incisión puede ser en la línea media que se hace verticalmente o bien una incisión mediolateral que se realiza en un ángulo. La incisión en la línea media es más fácil de reparar, pero tiene un mayor riesgo de extenderse hacia el área anal. La incisión mediolateral ofrece la mejor protección contra un desgarramiento prolongado que afecte el área anal, pero a menudo es más dolorosa y más difícil de reparar.

Al realizarse sobre una estructura de la mujer que no afecta a los productos de la concepción se codificará en la Sección **0 Médico-Quirúrgica**, Sistema Orgánico **W Regiones Anatómicas Generales** y con el tipo procedimiento **8 División**.

La realización de una episiotomía, implica la reparación de la misma y por tanto no debe codificarse la episiorrafia como otro procedimiento adicional. El código adecuado es el **0W8NXZZ División de perineo, femenino, abordaje externo**.



Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema Orgánico	W Regiones Anatómicas Generales		
Tipo de Procedimiento	8 División: Cortar una estructura anatómica, sin drenar líquidos ni gases, con el fin de separar o seccionar transversalmente dicha estructura anatómica		
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
N Perineo, Femenino	X Externo	Z Ninguno	Z Ninguno

### 12.2.3. Anestesia epidural y analgesia materna

El dolor durante el trabajo de parto va ligado a la intensidad de las contracciones uterinas y a los cambios en las estructuras distensibles del canal de parto, y suele ser de una intensidad alta, aunque con una gran variabilidad de una embarazada a otra.

La anestesia epidural es una forma de anestesia regional que proporciona alivio del dolor durante el parto mediante el bloqueo sensitivo de las raíces nerviosas encargadas de transmitir el dolor durante el mismo; actualmente se utiliza en el 80% de los partos atendidos. Consiste en la introducción (Sección **3 Administración**) de un fármaco anestésico en el espacio epidural espinal (canal espinal) a través de un catéter.

Se debe codificar este procedimiento en todos los partos vaginales (espontáneos o instrumentales), incluso en aquellos partos que, empezando como parto vaginal, terminan en cesárea. En los partos por cesárea programada o cesáreas urgentes que no tienen comienzo como parto vaginal, no debe codificarse la anestesia epidural.

El código adecuado es **3E0R3BZ Introducción en canal espinal de agente anestésico, abordaje percutáneo.**

Sección	3 Administración		
Sistema Orgánico	E Sistemas Fisiológicos y Regiones Anatómicas		
Tipo de Procedimiento	0 Introducción: Administrar una sustancia terapéutica, diagnóstica, nutricional, fisiológica o profiláctica, con excepción de sangre o hemoderivados.		
Localización Anatómica	Abordaje	Sustancia	Calificador
R Canal Espinal	3 Percutáneo	B Agente Anestésico	Z Ninguno

La anestesia epidural no es el único tratamiento que puede ayudar a la mujer a controlar el dolor y la tensión durante el trabajo de parto. La administración de otros tratamientos también se codificarán en la sección **3 Administración** teniendo en cuenta la estructura a través de la que se administren (vena periférica, canal espinal, etc.) y la sustancia administrada (analgésico, anestésico, etc.).

#### 12.2.4. Monitorización fetal

La **monitorización fetal** o **test basal no estresante** es un método de evaluación del estado de salud fetal durante el embarazo (ver punto **8.4. Riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF)**), basado en el estudio de las características de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) y la actividad uterina. Su objetivo fundamental es la evaluación del estado de salud fetal durante el embarazo, identificando el feto que presumiblemente está sano y el feto que posiblemente pueda estar en situación comprometida. Nos permite tomar las medidas oportunas, según los protocolos establecidos para estas situaciones y poder corregir la situación antes de que se produzcan daños irreversibles en el feto.

El test basal estudia la FCF en condiciones basales en relación con tres aspectos:

- a) características de la línea de base de la FCF.
- b) existencia o no de aceleraciones transitorias de la FCF en respuesta a los movimientos fetales.
- c) existencia o no de aceleraciones transitorias de la FCF en respuesta a las contracciones uterinas espontáneas.

La existencia de aceleraciones transitorias de la FCF durante el test basal es un fenómeno conocido con el nombre de reactividad. Este hecho es considerado universalmente como un signo de salud o de bienestar fetal.

Existen dos tipos de monitorización fetal: la externa y la interna.

#### **Monitorización externa**

La monitorización externa se hace colocando dos placas o transductores sobre la piel del abdomen de la madre. Una registra la frecuencia del latido cardíaco fetal y la otra las contracciones uterinas.

El código correcto es **4A1HXCZ Monitorización de frecuencia, productos de la concepción, cardíaco, abordaje externo.**

<b>Sección</b>	4 Medición y Monitorización		
<b>Sistema Orgánico</b>	A Sistemas Fisiológicos		
<b>Tipo de Procedimiento</b>	1 <b>Monitorización:</b> Determinar el nivel de una función fisiológica o física repetitivamente a lo largo de un periodo de tiempo		
<b>Localización Anatómica</b>	<b>Abordaje</b>	<b>Dispositivo/ Función</b>	<b>Calificador</b>
<b>H</b> Productos de la Concepción, Cardíaco	<b>X</b> Externo	<b>C</b> Frecuencia	<b>Z</b> Ninguno

### Monitorización interna

En la monitorización interna se conecta un electrodo al cuero cabelludo del feto introduciéndolo a través del cuello uterino, por lo que la bolsa debe estar rota.

La inserción del electrodo se codifica con el código: **10H073Z Inserción en productos de la concepción de electrodo de monitorización, abordaje orificio natural o artificial.**

La monitorización puede ser de diversos parámetros (frecuencia, ritmo, sonido, etc.) por lo que se deberá utilizar el código adecuado. Lo más habitual es que se monitorice la frecuencia cardíaca: **4A1H7CZ Monitorización de frecuencia, productos de la concepción, cardíaco, abordaje orificio natural o artificial.**

<b>Sección</b>	4 Medición y Monitorización		
<b>Sistema Orgánico</b>	A Sistemas Fisiológicos		
<b>Tipo de Procedimiento</b>	1 <b>Monitorización:</b> Determinar el nivel de una función fisiológica o física repetitivamente a lo largo de un periodo de tiempo		
<b>Localización Anatómica</b>	<b>Abordaje</b>	<b>Dispositivo/ Función</b>	<b>Calificador</b>
<b>H</b> Productos de la Concepción, Cardíaco	<b>7</b> Orificio Natural o Artificial	<b>C</b> Frecuencia	<b>Z</b> Ninguno

### 12.2.5. Reparación desgarro obstétrico

Una de las complicaciones más frecuentes de la asistencia al parto es el desgarro obstétrico. El desgarro perineal puede clasificarse en

cuatro estadios (ver punto **8.6. Desgarros perineales**). Los desgarros que implican solamente la piel alrededor de la vagina suelen curarse por sí solos en algunas semanas. Algunos desgarros son más extensos y requieren tratamiento. Deben ser los especialistas los que establezcan en la documentación clínica el grado de desgarro obstétrico y si este fue reparado o no.

Las localizaciones anatómicas que hay que reparar son estructuras maternas, por tanto el procedimiento deberá ser codificado en la sección **0 Médico-Quirúrgica**. La reparación de un desgarro obstétrico debe codificarse teniendo en cuenta la capa corporal más profunda que se ha reparado.

Si en la documentación solo aparece la expresión reparación y el grado de desgarro, sin especificar las estructuras o tejidos reparados, debemos asumir la codificación por defecto que aparece en la siguiente tabla.

**Tabla 8.** Reparación desgarro obstétrico

DESGARRO PERINEAL EN EL PARTO	CÓDIGO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO PROCEDIMIENTO	LOCALIZACIÓN ANATÓMICA
1º grado	O70.0	0HQ9XZZ	Reparación de piel periné, abordaje externo
2º grado	O70.1	0KQM0ZZ	Reparación de músculo perineal, abordaje abierto
3º grado 3a grado 3b grado 3c grado	O70.20 O70.21 O70.22 O70.23	0DQR0ZZ	Reparación del esfínter anal, abordaje abierto
4º grado	O70.3	0DQP0ZZ	Reparación de recto, abordaje abierto

Reparación de desgarro perineal de 2º grado

**0KQM0ZZ**Reparación de músculo perineo, abordaje abierto

Cuando el desgarro obstétrico no se corresponde con ninguno de los cuatro grados definidos, la reparación se codificará teniendo en cuenta la localización anatómica afectada.

### 12.2.6. Profilaxis Anti-D

Las mujeres que son Rh negativo pueden formar anticuerpos Rh en el embarazo. Los anticuerpos, con mayor frecuencia, se forman después de las 28 semanas de embarazo. Si los anticuerpos están presentes en un embarazo posterior, pueden causar recién nacidos anémicos. Si el cuadro es severo y no tiene tratamiento, el recién nacido puede morir. Los objetivos de la inyección con anti-D son disminuir las posibilidades de que una mujer forme anticuerpos. (Ver punto **6.5 Isoinmunización Rh**).

La inyección de inmunoglobulina anti-D o inmunoglobulina Rh (D) administrada a las mujeres Rh negativas a las 28 y 34 semanas de embarazo es efectiva para detener la formación de anticuerpos RhD después del nacimiento. Si el recién nacido es Rh positivo se puede administrar Ig anti D en el episodio del parto en las primeras 72 horas tras el mismo.

La inmunoglobulina anti-D (inmunoglobulina G anti-D) se obtiene a partir del plasma humano y contiene niveles altos de anticuerpos contra los antígenos RhD fetales. Las vías de administración actuales para este producto incluyen la vía intramuscular e intravenosa.

La administración de inmunoglobulinas cuando se utilicen por su efecto inmunomodulador, como es el caso de la Ig anti-D en mujeres embarazadas, se codificará en la tabla **3E0** (sección **3 Administración**, sistema orgánico **E Sistemas Fisiológicos**, tipo de procedimiento **0 Introducción**), eligiendo los valores adecuados de localización anatómica (**2 Músculo, 3 Vena Periférica, 4 Vena Central**) y abordaje **3 Percutáneo** y el valor de sustancia **4 Suero, Toxoide y Vacuna**.

Por defecto, y si no se especifica lo contrario, se codificará con el abordaje intramuscular, ya que es la vía de administración más frecuente: **3E0234Z Introducción en músculo de suero, toxoide y vacuna, abordaje percutáneo**.

<b>Sección</b>	3 Administración		
<b>Sistema Orgánico</b>	E Sistemas Fisiológicos y Regiones Anatómicas		
<b>Tipo de Procedimiento</b>	0 <b>Introducción:</b> Administrar una sustancia terapéutica, diagnóstica, nutricional, fisiológica o profiláctica, con excepción de sangre o hemoderivados.		
<b>Localización Anatómica</b>	<b>Abordaje</b>	<b>Sustancia</b>	<b>Calificador</b>
2 Músculo 3 Vena Periférica 4 Vena Central	3 Percutáneo	4 Suero, Toxoide y Vacuna	Z Ninguno

**Tabla 9. Profilaxis Anti-D según vía de administración**

INMUNOGLOBULINA AntiD	
Intramuscular (I.M.)	3E0234Z
Vena periférica (I.V.)	3E0334Z
Vena central (I.V.)	3E0434Z

### 12.2.7. Maduración pulmonar

Durante el desarrollo del feto intraútero, ninguno de los órganos vitales alcanza la maduración y el funcionamiento correcto hasta el final de la gestación, y algunos incluso no lo hacen hasta después de nacer. Concretamente, el pulmón no alcanza la madurez hasta las 34 semanas de embarazo. Asimismo, al nacer, los pulmones todavía tienen que ampliarse, porque durante todo el embarazo, al no entrar todavía aire, están comprimidos.

La maduración pulmonar fetal artificial, hace referencia al uso de fármacos (betametasona) para, en el caso de los prematuros antes de las 34 semanas, acelerar el desarrollo pulmonar en fetos prematuros. Estimula la síntesis y liberación de **surfactante**, que lubrica los pulmones y permite que los sacos de aire se deslicen uno contra otro sin pegarse cuando el bebé respira. Cuando el médico considera que es necesaria la maduración pulmonar farmacológica, administra corticoides vía inyección intramuscular a la madre durante unas 48 horas, aproximadamente (una inyección al día).

En el caso de tener que extraer el feto cuando la mujer llega al hospital, o en el caso de que el parto se precipite antes de tiempo (si no es posible

esperar las 48 horas que tarda en conseguirse la maduración pulmonar tras la administración de corticoides), entonces no se llevará a cabo el tratamiento.

El procedimiento se codificará en la tabla **3E0** (sección **3 Administración**, sistema orgánico **E Sistemas Fisiológicos**, tipo de procedimiento **0 Introducción**), eligiendo los valores adecuados de localización anatómica (**2 Músculo**) y abordaje **3 Percutáneo** y el valor de sustancia **G Otra Sustancia Terapéutica** y el séptimo valor de calificador **C Otra Sustancia**.

El código correcto será **3E023GC Introducción en músculo de otra sustancia terapéutica, otra sustancia, abordaje percutáneo**.

Sección	3 Administración		
Sistema Orgánico	E Sistemas Fisiológicos y Regiones Anatómicas		
Tipo de Procedimiento	0 <b>Introducción</b> : Administrar una sustancia terapéutica, diagnóstica, nutricional, fisiológica o profiláctica, con excepción de sangre o hemoderivados.		
Localización Anatómica	Abordaje	Sustancia	Calificador
2 Músculo	3 Percutáneo	G Otra Sustancia Terapéutica	C Otra Sustancia

### 12.3. Esterilización quirúrgica

La **esterilización quirúrgica** consiste en la interrupción de la continuidad de las trompas de Falopio con el objetivo de impedir un embarazo. Para la realización de dicho procedimiento pueden realizarse diferentes técnicas, que se codifican en la Sección **0 Médico Quirúrgica** con el tipo de procedimiento **OCCLUSIÓN** o bien **ESCISIÓN/RESECCIÓN**:

- **OCCLUSIÓN (L)**: sección y ligadura de las trompas, uso de anillos y clips (Yoon, Filshie, Hulka) que se identificarán con el valor de dispositivo **C Dispositivo Extraluminal**, o bien la inserción de un dispositivo dentro de las trompas, con valor de dispositivo **D Dispositivo Intraluminal**, como es el caso del dispositivo Essure, actualmente retirado del mercado.
- **ESCISIÓN (B)/RESECCIÓN (T)**: en estos casos la interrupción de las trompas implica su extirpación parcial o total. Técnicas de Pomeroy, Kroener, Uchida, Oxford, Irving y otras.

Esterilización quirúrgica mediante electrocoagulación laparoscópica bilateral

**OUL74ZZ** Oclusión de trompas de Falopio, bilateral, abordaje endoscópico percutáneo

Esterilización quirúrgica mediante anillos de Yoon laparoscópica bilateral

**OUL74CZ** Oclusión de trompas de Falopio, bilateral, con dispositivo extraluminal, abordaje endoscópico percutáneo

Esterilización quirúrgica mediante técnica de Pomeroy bilateral laparoscópica

**OUB74ZZ** Escisión de trompas de Falopio, bilateral, abordaje endoscópico percutáneo

Esterilización quirúrgica mediante resección abierta total de trompas de Falopio bilateral

**OUT70ZZ** Resección de trompas de Falopio, bilateral, abordaje abierto

Siempre que se realice un procedimiento de esterilización quirúrgica, debe ir acompañado del código diagnóstico **Z30.2 Contacto para esterilización**, que recordemos puede utilizarse como diagnóstico secundario junto al código **O80 Admisión para el parto a término no complicado** (ver punto **3. Parto Normal**).

En ocasiones, tras una esterilización quirúrgica la paciente decide volver a tener hijos, por lo que debe someterse a una recanalización de las trompas de Falopio. Este es un proceso en el que, mediante microcirugía, se logra reconectar los extremos de las trompas para restablecer la permeabilidad de las mismas. Deben ser identificadas estas pacientes con el código **Z31.0 Contacto para reversión de esterilización anterior**, y el procedimiento adecuado es **Q Reparación** de las trompas de Falopio dentro de la sección **0 Médico-Quirúrgica** y sistema orgánico **U Reproductor Femenino**.

Admisión para reversión laparoscópica de ligadura bilateral de Trompa de Falopio hace 10 años

**Z31.0** Contacto para reversión de esterilización anterior

**OUC74ZZ** Reparación de trompas de Falopio, bilateral, abordaje endoscópico percutáneo



<b>Sección</b>	0 Médico-Quirúrgica		
<b>Sistema Orgánico</b>	U Sistema Reproductor Femenino		
<b>Tipo de Procedimiento</b>	L <b>Oclusión:</b> Cierre completo de un orificio o de la luz de una estructura anatómica tubular		
<b>Localización Anatómica</b>	<b>Abordaje</b>	<b>Dispositivo</b>	<b>Calificador</b>
<b>5</b> Trompa de Falopio, Derecha <b>6</b> Trompa de Falopio, Izquierda <b>7</b> Trompas de Falopio, Bilateral	<b>0</b> Abierto <b>3</b> Percutáneo <b>4</b> Endoscópico Percutáneo	<b>C</b> Dispositivo Extraluminal <b>D</b> Dispositivo Intraluminal <b>Z</b> Ninguno	<b>Z</b> Ninguno
<b>5</b> Trompa de Falopio, Derecha <b>6</b> Trompa de Falopio, Izquierda <b>7</b> Trompas de Falopio, Bilateral	<b>7</b> Orificio Natural o Artificial <b>8</b> Orificio Natural o Artificial, Endoscópico	<b>D</b> Dispositivo Intraluminal <b>Z</b> Ninguno	<b>Z</b> Ninguno

## 12.4. Procedimientos fetales intrauterinos

En la actualidad, el feto se considera un “paciente”, por lo que puede enfermar o presentar anomalías congénitas que sólo una intervención quirúrgica intrauterina puede mejorar su pronóstico en la vida extrauterina. Hoy en día, la cirugía fetal se limita casi exclusivamente a procedimientos endoscópicos y percutáneos, aunque también se realizan abordajes abiertos (por ejemplo, el tratamiento fetal abierto de la espina bífida). Con el propósito de mejorar el pronóstico de algunas patologías fetales, diversas técnicas han ganado aceptación clínica.

En casos de síndrome de transfusión feto-fetal el láser placentario en gemelos monocoriales con restricción del crecimiento intrauterino selectivo, y la oclusión de cordón son los procedimientos de elección. En fetos con hernia diafragmática congénita aislada e hipoplasia pulmonar grave, la oclusión traqueal endoscópica puede mejorar las probabilidades de supervivencia; con ello disminuye el riesgo de hipertensión pulmonar y la morbilidad neonatal. En casos seleccionados con obstrucción urinaria baja (megavejiga) y sin insuficiencia renal, la cistoscopia fetal es un método diagnóstico que excluye la posibilidad de estenosis o atresia uretral y puede permitir una ablación láser de valvas de la ure-

tra posterior y con ello restaurar la permeabilidad uretral y preservar la función vesical y renal. En fetos con masas pulmonares primarias o debidas a obstrucción de la vía aérea existe un alto riesgo de mortalidad por compresión cardiaca e hipoplasia pulmonar contralateral. En estos casos la broncoscopia fetal es un procedimiento terapéutico de mínima invasión factible para liberar la obstrucción.

Todos estos procedimientos fetales intraútero suelen acompañarse de una ecografía que ayuda a localizar con mayor precisión la localización exacta sobre la que se va a actuar tanto en el feto, como en la placenta o cordón umbilical. Así, aunque su uso no es obligatorio, los códigos de ecografía obstétrica correspondiente (ver punto **12.6. Ecografía obstétrica**) pueden ser utilizados como códigos adicionales para describir mejor estas técnicas de procedimientos intraútero.

#### 12.4.1. Fetoscopia

Consiste en la introducción de un fetoscopio o trócar muy fino, de aproximadamente 2-3 mm de diámetro, a través de una incisión de milímetros en la piel del abdomen materno, atravesando la pared del útero, hasta llegar a la bolsa amniótica. Este tubo incorpora un sistema de visión por fibra óptica y un canal de trabajo, a través del que se pueden introducir líquidos de lavado, una fibra láser, un microbalón, etc.

Debido al pequeño calibre del instrumento el campo de visión es muy reducido, por eso debe realizarse simultáneamente con control ecográfico, lo que nos permite orientarnos y dirigirnos a la zona deseada.

La fetoscopia puede tener diferentes objetivos, desde la simple observación, a la obtención de sangre fetal o toma de biopsias fetal o placentaria, hasta la realización de técnicas quirúrgicas.

La localización anatómica siempre será **0 Productos de la Concepción**, que no sólo identificará al feto, sino también a la cavidad amniótica, cordón umbilical y placenta.

Si el único objetivo de la fetoscopia es la comprobación de la viabilidad del producto de la concepción sin otro acto diagnóstico o terapéutico, se codificará con el tipo de procedimiento **J Inspección** dentro de la sección **1 Obstetricia** con el código **10J04ZZ Inspección de productos de la concepción, abordaje endoscópico percutáneo**.

Sección	1 Obstetricia		
Sistema Orgánico	0 Embarazo		
Tipo de Procedimiento	J Inspección: Explorar una estructura anatómica visual y/o manualmente		
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
0 Productos de la Concepción	4 Endoscópico Percutáneo	Z Ninguno	Z Ninguno

Cuando se realiza otro acto diagnóstico o terapéutico en los productos de la concepción mediante fetoscopia, ésta se identifica por la vía de abordaje **4 Endoscópico Percutáneo** y se codificará el procedimiento realizado con el correspondiente valor de la tercera posición, tipo de procedimiento adecuado.

Por ejemplo, cuando el feto tiene una obstrucción en las vías urinarias, mediante este procedimiento se le puede colocar un catéter para el drenaje de la orina. En este caso, el tipo de procedimiento será **Q Reparación**, con la vía de abordaje **4 Endoscópico Percutáneo** (para identificar la fetoscopia) y con dispositivo **Y Otro Dispositivo** para identificar el catéter de drenaje que se le inserta al feto, y el calificador **S Sistema Urinario**.

Sección	1 Obstetricia		
Sistema Orgánico	0 Embarazo		
Tipo de Procedimiento	Q Reparación: restablecer en lo posible una estructura anatómica a su estado o función anatómica normal		
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
0 Productos de la Concepción	4 Endoscópico Percutáneo	Y Otro dispositivo	S Sistema urinario

Feto con obstrucción urinaria. Colocación de nefrostomía en riñón derecho con fetoscopio.

**10Q04YS** Reparación en productos de la concepción, de sistema urinario, con otro dispositivo, abordaje endoscópico percutáneo

#### 12.4.2. Transfusión fetal intraútero de hematíes

Una transfusión intrauterina proporciona sangre a un feto Rh + cuando los glóbulos rojos fetales están siendo destruidos por anticuerpos Rh (ver punto **6.5. Isoinmunización Rh**). Se hace una transfusión de sangre

para sustituir los glóbulos rojos fetales que están siendo destruidos por el sistema inmunitario de la madre que tiene sensibilización al Rh. Este tratamiento tiene como objetivo mantener sano al feto hasta que esté lo suficientemente maduro para nacer.

Las transfusiones pueden administrarse a través del abdomen fetal o, más frecuentemente, suministrando la sangre dentro de la vena o la arteria umbilicales de la placenta. La transfusión por un vaso sanguíneo del cordón umbilical es el método preferido, porque permite una mejor absorción de la sangre y tiene un índice de supervivencia más alto que la transfusión hecha a través del abdomen. Una transfusión sanguínea fetal intrauterina se realiza en el hospital. Se usa la ecografía para dirigir la aguja a través del abdomen de la madre dentro del abdomen del feto o de una vena del cordón umbilical. Es posible que después del procedimiento, la madre deba permanecer en el hospital por la noche.

A pesar de ser un tratamiento en el feto (producto de la concepción), la CIE-10-ES permite la codificación de transfusión fetal en la Sección **3 Administración**, y no en la sección **1 Obstetricia**.

Así, la Sección **3 Administración**, dispone de una localización anatómica para **7 Productos De La Concepción, Circulatorios**, sistema orgánico **0 Circulatorio**, Tipo de Procedimiento **2 Transfusión**, la vía de abordaje será **3 Percutáneo**, con la sustancia **N Hematíes**, el calificador siempre tendrá el valor **1 No Autólogo**.

El código adecuado para la transfusión fetal de hematíes será **30273N1 Transfusión en productos de la concepción, circulatorios de hematíes, no autólogo, abordaje percutáneo**.

Sección	3 Administración		
Sistema Orgánico	0 Circulatorio		
Tipo de Procedimiento	2 Transfusión: Administrar sangre o hemoderivados		
Localización Anatómica	Abordaje	Sustancia	Calificador
7 Productos de la Concepción, Circulatorios	3 Percutáneo	N Hematíes	1 No autólogo

Se puede acompañar el código de la transfusión con un código de ecografía (ver punto **12.6. Ecografía obstétrica**) para diferenciar la trans-

fusión a través de una vena del cordón umbilical o en el interior de la cavidad abdominal fetal.

**BY47ZZZ** Ecografía con el valor **7 Cordón Umbilical Fetal** de localización anatómica, sin importar ni el trimestre ni si la gestación es única o múltiple, cuando la transfusión se realiza a través de un vaso del cordón umbilical.

**BY4(-)ZZZ** Ecografía con el valor de localización anatómica correspondiente al trimestre de gestación y a la gestación única o múltiple según sea el caso, cuando la transfusión se realiza a través del abdomen fetal.

### 12.4.3. Cordocentesis

La cordocentesis, también denominada muestreo percutáneo de sangre del cordón umbilical, es un análisis de diagnóstico prenatal en el que se toma una muestra de la sangre del feto del cordón umbilical para analizarla. Se acompaña de una ecografía detallada, con estudio anatómico fetal completo, y localización de la inserción placentaria del cordón umbilical. Por lo general, la cordocentesis se realiza después de la semana 18 del embarazo. El análisis puede usarse para estudio citogenético (cariotipo), detectar ciertos trastornos genéticos, enfermedades sanguíneas (anemia de Fanconi, isoimmunización, trombocitopenia fetal, etc.) e infecciones (infección fetal por CMV, infección PVB19 etc.).

La codificación para este procedimiento debe ser recogida en el tipo de procedimiento **9 Drenaje** de la sección **1 Obstetricia**, la localización anatómica será **0 Productos De La Concepción** con el calificador **9 Sangre Fetal**.

El código adecuado será el **10903Z9 Drenaje en productos de la concepción, de sangre fetal, abordaje percutáneo**.

Sección	1 Obstetricia		
Sistema Orgánico	0 Embarazo		
Tipo de Procedimiento	9 Drenaje: Extraer o dejar salir líquidos y/o gases de una estructura anatómica		
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
0 Productos de la Concepción	3 Percutáneo	Z Ninguno	9 Sangre Fetal

#### 12.4.4. Reducción fetal electiva

**La reducción fetal o embrionaria** de los embarazos múltiples se desarrolló para mejorar los resultados finales maternos y fetales en las gestaciones múltiples con un número elevado de fetos (ver punto **6.3. Embarazo tras reducción fetal electiva**). Esta intervención se lleva a cabo entre la 10ª y 14ª semanas de la gestación mediante la inyección de cloruro potásico en el corazón fetal, por vía transabdominal y guiada con ecografía. La reducción fetal o embrionaria es una intervención segura en manos de clínicos con experiencia, con una tasa de pérdidas totales del embarazo del 5-6%, comparable a la tasa de abortos espontáneos de los embarazos con dos fetos e inferior a la misma tasa en gestaciones triples. **La interrupción selectiva** es técnicamente similar, pero se lleva a cabo hasta la 24ª semana de gestación en fetos anormales. Se codificaría con el tipo de procedimiento **Aborto** de la tabla **10A** La tasa de abortos es de 4% y el parto se produce a una edad gestacional comparable a la de los embarazos con feto único.

La sección **3 Administración** con el tipo de procedimiento **0 Introducción**, dispone de la localización anatómica **E Productos de la Concepción** y dentro de esta localización de la sustancia **T Agente Destructivo**, con el abordaje **3 Percutáneo**, que describe a la perfección la inyección percutánea de cloruro potásico en el corazón fetal para detener el desarrollo fetal.

El código adecuado es **3E0E3TZ Introducción en productos de la concepción de agente destructivo, abordaje percutáneo**. Con el fin de diferenciar la técnica, cuando se realiza por abordaje percutáneo con ayuda de ecografía se puede añadir un código de ecografía apropiado (ver punto **12.6. Ecografía obstétrica**), cuando se realiza a través de fetoscopia se debe añadir el código del mismo (ver punto **12.4.1. Fetoscopia**).

<b>Sección</b>	<b>3 Administración</b>		
<b>Sistema Orgánico</b>	<b>E Sistemas Fisiológicos y Regiones Anatómicas</b>		
<b>Tipo de Procedimiento</b>	<b>0 Introducción:</b> Administrar una sustancia terapéutica, diagnóstica, nutricional, fisiológica o profiláctica, con excepción de sangre o hemoderivados.		
<b>Localización Anatómica</b>	<b>Abordaje</b>	<b>Sustancia</b>	<b>Calificador</b>
<b>E</b> Productos de la Concepción	<b>3</b> Percutáneo <b>7</b> Orificio Natural o artificial <b>8</b> Orificio Natural o artificial, Endoscópico	<b>T</b> Agente destructivo	<b>Z</b> Ninguno

#### 12.4.5. Coagulación láser de las anastomosis placentarias

Es el tratamiento de elección del Síndrome de transfusión feto-fetal (STFF) (ver punto **6.2 Síndrome de transfusión feto-fetal (STFF)**). La base anatómica son las anastomosis vasculares interfetales de la placenta monocorial, que favorecen el desequilibrio crónico del intercambio de sangre entre ambos fetos.

El feto donante desarrollará hipovolemia marcada, oligoanuria y oligoanhydramnios, con alteraciones del crecimiento e hipoxia, mientras su gemelo receptor sufrirá hipervolemia extrema, poliuria, polihidramnios severo resultando en fallo cardíaco por sobrecarga. La transfusión feto-fetal se asocia con mortalidad de 100% cuando ocurre antes de la semana 20 y más de 80% cuando ocurre entre las semanas 21-26, con más de 50% de secuelas neurológicas graves en los supervivientes. La mortalidad resulta de la combinación de los trastornos hemodinámicos fetales con la prematuridad derivada del polihidramnios extremo. El tratamiento causal y, por lo tanto, de elección es la coagulación láser de las anastomosis placentarias por fetoscopia, que elimina las anastomosis interfetales y revierte el proceso hemodinámico.

El tratamiento se hace normalmente entre las 18 y 26 semanas (a partir de la semana 15 hasta la 26 semana de gestación, aunque algunos centros ya han demostrado su factibilidad incluso a las 29 semanas de gestación), utilizando un fetoscopio de 3 a 4 mm recto o curvo, quemando los vasos anastomosados por el lado del feto transfundido mediante alguna de las 3 técnicas:

- a) **Técnica no selectiva**, que fulgura siguiendo el meridiano de implantación del amnios.
- b) **Técnica selectiva**, que ubica los vasos anastomosados para fulgurarlos.
- c) **Técnica de Solomon**, que fulgura todo el meridiano que ocupan los vasos anastomosados. Es la que obtiene mejores resultados.

La fulguración o coagulación láser de las anastomosis vasculares interfetales de la placenta monocorial debería ser codificada como **Destructión**, pero ese tipo de procedimiento no existe en la sección **1 Obstetricia**, por lo que para recoger este procedimiento debemos utilizar el tipo de procedimiento **Q Reparación**, y el calificador debe ser **Y Otro Sistema Corporal**.

El código correcto es **10Q04ZY Reparación en productos de la concepción, de otro sistema corporal, abordaje endoscópico percutáneo**.

Sección	1 Obstetricia		
Sistema Orgánico	0 Embarazo		
Tipo de Procedimiento	Q <b>Reparación</b> : restablecer en lo posible una estructura anatómica a su estado o función anatómica normal		
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
0 Productos de la Concepción	4 Endoscópico Percutáneo	Z Ninguno	Y Otro Sistema Corporal

Es frecuente que tras la fulguración láser se proceda al amniodrenaje del feto receptor a través del propio trócar de fetoscopia, con el objetivo de disminuir el polihidramnios. En este caso añadiríamos el código **10904ZC Drenaje en productos de la concepción, de líquido amniótico, terapéutico, abordaje endoscópico percutáneo**.

#### 12.4.6. Intervencionismo cardíaco fetal

Existe un pequeño número de situaciones en las que la cardiopatía congénita evoluciona a lo largo de la gestación y en las que dicha evolución puede ser alterada mediante el intervencionismo cardiaco fetal. Este procedimiento intenta frenar la evolución natural de algunas cardiopatías a lo largo de la vida intrauterina para mejorar el pronóstico de estos pacientes tras el nacimiento.



Estas situaciones son: estenosis aórtica grave, estenosis crítica o atresia de la válvula pulmonar con tabique interventricular íntegro, cierre del tabique interauricular en el síndrome del corazón izquierdo hipoplásico.

El procedimiento suele hacerse entre las 20 y 30 semanas de gestación (la mayoría alrededor de las 23 semanas). Consiste en la introducción de una aguja larga en el abdomen de la madre y guiados por la ecografía ir atravesando las diferentes estructuras del abdomen materno y el tórax fetal hasta llegar al corazón y pinchar la pared del corazón fetal hasta llegar a la estructura que queremos dilatar. Cuando se trata de dilatar la válvula aórtica o la válvula pulmonar, la aguja debe quedar justo por debajo de estas válvulas y cuando se trata de crear o dilatar una comunicación interauricular la aguja debe atravesarlo. Posteriormente, se introduce a través de la luz de la aguja con la que se ha pinchado un catéter que lleva un pequeño globo en la punta, tratando de que el globo quede en el sitio exacto que queremos dilatar (la válvula aórtica, la válvula pulmonar o el tabique interauricular), y en ese momento se infla el globo una o varias veces. Tras esto, se retira primero el catéter y posteriormente la aguja. En ocasiones, debido a la punción, se acumula sangre alrededor del corazón fetal, que puede aspirarse con la misma aguja con la que se ha pinchado, antes de extraerla completamente.

Dentro de la sección 1 **Obstetricia** existe el tipo de procedimiento **Q Reparación** y la localización anatómica **0 Productos de la Concepción**, para identificar todos los procedimientos que se realizan al feto intraútero, como en el caso que comentamos.

El órgano sobre el que se actúa en la intervención vendrá recogido en el séptimo valor del calificador, tal como **E Sistema Nervioso**, **F Sistema Cardiovascular**, **K Sistema Respiratorio**, etc.

Dentro del tipo de procedimiento **Q Reparación**, en la posición 6 de dispositivo sólo existen 2 valores **Y Otro Dispositivo** o **Z Ninguno**, de manera que cuando se deje en el feto cualquier tipo de dispositivo este debe ser recogido con el valor **Y Otro Dispositivo**.

El código correcto para cualquier intervencionismo cardíaco fetal (sin dispositivo) será **10Q03ZF Reparación en productos de la concepción, de sistema cardiovascular, abordaje percutáneo** o **10Q04ZF Reparación en productos de la concepción, de sistema cardiovascular, abordaje endoscópico percutáneo**, según se realice percutáneo o con fetoscopia, respectivamente.

Sección	1 Obstetricia		
Sistema Orgánico	0 Embarazo		
Tipo de Procedimiento	Q <b>Reparación:</b> restablecer en lo posible una estructura anatómica a su estado o función anatómica normal		
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
0 Productos de la Concepción	3 Percutáneo 4 Endoscópico Percutáneo	Z Ninguno	F Sistema Cardiovascular

#### 12.4.7. Trasplante de células madre fetal intraútero

El trasplante de células madre de médula ósea es una de las posibles opciones que se investigan para el tratamiento durante la gestación de muchas enfermedades genéticas; la estrategia de trasplante celular fetal consistiría en obtener células sanas de la médula ósea o células madre de sangre periférica de un donante compatible e injertarlas en el feto mediante inyecciones guiadas por imágenes con ecografía. De esta forma, las células hematológicas del feto se renovarían a partir de las células injertadas sanas, lo que podría revertir alteraciones como la anemia de células falciformes y determinadas enfermedades autoinmunes y neurológicas, entre otras patologías genéticas que se diagnostican durante el primer trimestre del embarazo. El sistema inmunológico del feto, aún inmaduro, no opondría mucha resistencia al trasplante, por lo que no sería necesaria la terapia inmunosupresora.

La normativa de codificación indica que tanto el trasplante de células madre sanguíneas como el de médula ósea deben ser codificados con un procedimiento de **3 Transfusión**, sin embargo para la localización anatómica **7 Productos de la Concepción, Circulatorios**, no existe un valor apropiado de sustancia para **células madre hematopoyéticas** o **médula ósea**, y en la actualidad no es posible codificarlo como **Transfusión**. Por lo tanto el trasplante de células madre sanguíneas o de médula ósea, debe codificarse en la sección **3 Administración** con el procedimiento **0 Introducción** en la localización anatómica **E Productos de la Concepción** y como sustancia **G Otra Sustancia Terapéutica** y el calificador **C Otra Sustancia**.

El código adecuado es **3E0E3GC Introducción en productos de la concepción de otra sustancia terapéutica, otra sustancia, abordaje percutáneo**.

<b>Sección</b>	<b>3 Administración</b>		
<b>Sistema Orgánico</b>	<b>E Sistemas Fisiológicos y Regiones Anatómicas</b>		
<b>Tipo de Procedimiento</b>	<b>0 Introducción:</b> Administrar sangre o hemoderivados. Administrar una sustancia terapéutica, diagnóstica, nutricional, fisiológica o profiláctica, con excepción de sangre o hemoderivados.		
<b>Localización Anatómica</b>	<b>Abordaje</b>	<b>Sustancia</b>	<b>Calificador</b>
<b>E Productos de la Concepción</b>	<b>3 Percutáneo</b>	<b>G Otra Sustancia Terapéutica</b>	<b>C Otra Sustancia</b>

#### 12.4.8. Amniocentesis

La **amniocentesis** es un procedimiento diagnóstico prenatal en el que se extrae líquido amniótico del útero grávido para llevar a cabo un análisis del mismo. El líquido amniótico es el líquido que rodea y protege al feto durante el embarazo. Este líquido contiene células fetales y diversas proteínas.

La amniocentesis por lo general se realiza entre las semanas 15 y 20 de embarazo. A través de la pared abdominal, se introduce una aguja larga y delgada dentro del útero, guiado mediante una ecografía obstétrica. La muestra del líquido amniótico se extraerá con una jeringa y tras la extracción del líquido amniótico se quitará la aguja. La cantidad específica de líquido amniótico extraído depende del número de semanas que tenga el embarazo.

Se trata de un procedimiento de **9 Drenaje** dentro de la sección **1 Obstetricia**, con el calificador **U Líquido Amniótico, Diagnóstico** y el abordaje **3 Percutáneo**.

El código adecuado es el **10903ZU Drenaje en productos de la concepción, de líquido amniótico, diagnóstico, abordaje percutáneo**.

<b>Sección</b>	<b>1 Obstetricia</b>		
<b>Sistema Orgánico</b>	<b>0 Embarazo</b>		
<b>Tipo de Procedimiento</b>	<b>9 Drenaje:</b> Extraer o dejar salir líquidos y/o gases de una estructura anatómica		
<b>Localización Anatómica</b>	<b>Abordaje</b>	<b>Dispositivo</b>	<b>Calificador</b>
<b>0 Productos de la Concepción</b>	<b>3 Percutáneo</b>	<b>Z Ninguno</b>	<b>U Líquido Amniótico, Diagnóstico</b>

#### 12.4.9. Biopsia de Vellosidades Coriales

La **biopsia de vellosidades coriales (BVC)**, **biopsia de corion**, **biopsia corial** o **coriocentesis**, es un procedimiento diagnóstico prenatal invasivo que consiste en la extracción de un pequeño trozo de corion (o vellosidades coriónicas, que es el tejido externo que rodea el feto y la placenta) y su análisis mediante técnicas FISH (hibridación fluorescente in situ) o PCR (reacción en cadena de la polimerasa). Se realiza habitualmente en las semanas 10-14 de embarazo (esta es su gran ventaja con respecto a la amniocentesis, que se realiza a partir de la semana 15).

Existen dos vías para la realización de la BVC, la **transcervical** y la **transabdominal**. La tasa de complicaciones y pérdidas gestacionales es similar. En ambos abordajes es precisa la guía del mismo mediante ecografía obstétrica.

La **BVC transcervical** se puede realizar entre las 10 + 0 y las 14 + 6 semanas, aunque es preferible entre las 11 + 0 y 13 + 6 semanas. La realización de la BVC transcervical (BVC-TC) tiene 3 tiempos: el primero consiste en avanzar una pinza o trocar hasta el orificio cervical interno (OCI), el segundo llegar hasta el corion y el tercero realizar la extracción de vellosidades coriales.

La **BVC transabdominal** (BVC-TA) se puede realizar usando dos técnicas: aspiración o pinza. En la BVC-TA por aspiración se utiliza una aguja para acceder a la placenta, bajo control ecográfico continuo. La técnica con pinza utiliza un trócar y se introduce una pinza fina hasta el corion hasta que macroscópicamente se considere una muestra suficiente.

El código adecuado para registrar este procedimiento debería ser **Escisión**, pero este procedimiento no existe en la sección Obstétrica. Mientras no haya un código más adecuado se codificará como la amniocentesis en el código **10903ZU Drenaje en productos de la concepción, de líquido amniótico, diagnóstico, abordaje percutáneo** (ver punto **12.4.8. Amniocentesis**).

## 12.5. Recogida de células madre del cordón umbilical

Las células madre son el origen del resto de células, de las cuales se derivan todas las estructuras: piel, músculos, huesos, sangre, fibras nerviosas y todos los órganos. Durante toda la vida, las células madre asumen importantes funciones de reparación en caso de lesión o enfermedad.

La sangre del cordón umbilical es rica en células madre progenitoras hematopoyéticas, que tienen la propiedad de multiplicarse y dar lugar a cualquier tipo de célula de la sangre (glóbulos rojos, blancos y plaquetas). Estas células madre son responsables de mantener la producción de sangre a lo largo de nuestras vidas, y han sido usadas durante muchos años en trasplantes hematopoyéticos para tratar más de 70 enfermedades hematológicas y otras sistémicas de base genética graves.

Existen varios estudios que sugieren que la sangre del cordón puede contener otros tipos de células madre capaces de producir células especializadas que no pertenecen a la sangre, como las células nerviosas. Estos hallazgos son muy controvertidos entre los científicos y no han sido aun totalmente aceptados.

El procedimiento de recogida de células madre del cordón umbilical se codificará con el procedimiento **5 Aféresis** dentro de la sección **6 Terapias Extracorpóreas o Sistémicas**, en la localización anatómica **5 Circulatorio** y el calificador **T Células Madre, Sangre Cordón Umbilical**. La quinta posición describe la **duración** del procedimiento, si fue realizado de forma única (valor 0) o múltiple (valor 1).

Así el código correcto para este procedimiento será **6A55(0/1)ZT Aféresis, circulatorio, de células madre, sangre cordón umbilical, (único o múltiple)**.

Sección	6 Terapias Extracorpóreas o Sistémicas⊕		
Sistema Orgánico	A Sistemas Fisiológicos		
Tipo de Procedimiento	5 Aféresis: Separación extracorpórea de productos sanguíneos		
Localización Anatómica	Duración	Calificador	Calificador
5 Circulatorio ⊕	0 Único⊕ 1 Múltiple	Z Ninguno	T Células Madre, Sangre Cordón Umbilical

## 12.6. Ecografía obstétrica

La ecografía obstétrica consiste en la visualización del embrión o feto u otros productos de la concepción dentro del útero materno en tiempo real mediante captura de ondas sónicas de alta frecuencia reflejadas y atenuadas. Se trata de un método de diagnóstico imprescindible durante el embarazo. Hoy en día, se establece un control ecográfico seriado en todos los embarazos.

El número de ecografías a realizar para el control de un embarazo dependerá de varios factores, especialmente del hecho de que el embarazo sea de bajo riesgo o de alto riesgo obstétrico.

En general, el control ecográfico de un embarazo de evolución normal implica:

- **Ecografía del primer trimestre:** Al principio de la gestación se realizará una ecografía para determinar el número de embriones y establecer la edad gestacional.
- **Ecografía de segundo trimestre incipiente:** Nos permitirá valorar los marcadores ecográficos que se utilizan para el cálculo de riesgo combinado de Síndrome de Down. También podremos hacer una valoración anatómica inicial.
- **Ecografía morfológica (20-22 semanas):** Suele ser la exploración ecográfica más larga de todo el control del embarazo. En esta ecografía se lleva a cabo una valoración completa y exhaustiva de todos los órganos del feto con el fin de intentar descartar la presencia de anomalías estructurales. Asimismo, se valoran ciertos parámetros del útero y la placenta para poder obtener información sobre la evolución del embarazo.
- **Ecografía del tercer trimestre:** Ecografía destinada fundamentalmente a valoración del crecimiento fetal. Asimismo, se valora la cantidad de líquido amniótico y la posible aparición de algún tipo de patología fetal evolutiva.

Finalmente, se realizará también una exploración ecográfica alrededor de la **semana 39-40**, a fin de evaluar la correcta posición del feto, su tamaño y el bienestar fetal intrauterino.

En el caso de gestaciones de alto riesgo, embarazos gemelares y otras circunstancias personales de la paciente, el número de ecografías ne-

cesarias para controlar la evolución del embarazo puede verse incrementado.

La **ecografía tridimensional (3D)**, como su nombre indica, es una representación en las tres dimensiones del espacio de las imágenes obtenidas mediante la ecografía bidimensional convencional.

La **ecografía 4D** es una técnica que permite la visualización del feto en tres dimensiones y en tiempo real, es decir nos permite observar el feto en movimiento.

Las características **3D** y **4D** de la ecografía obstétrica no afecta a la asignación del código.

<b>Sección</b>	<b>B</b> Imagen		
<b>Sistema Orgánico</b>	<b>Y</b> Feto y Obstetricia		
<b>Tipo de Técnica</b>	<b>4 Ecografía:</b> Visualización en tiempo real de estructuras anatómicas o de fluidos desarrolladas mediante captura de ondas sónicas de alta frecuencia		
<b>Localización Anatómica</b>	<b>Contraste</b>	<b>Calificador</b>	<b>Calificador</b>
<b>7</b> Cerdón Umbilical Fetal <b>8</b> Placenta <b>9</b> Primer Trimestre, Feto Único <b>B</b> Primer Trimestre, Gestación Múltiple <b>C</b> Segundo Trimestre, Feto Único <b>D</b> Segundo Trimestre, Gestación Múltiple <b>F</b> Tercer Trimestre, Feto Único <b>G</b> Tercer Trimestre, Gestación Múltiple	<b>Z</b> Ninguno	<b>Z</b> Ninguno	<b>Z</b> Ninguno

Ecografía gemelar en la semana 22 de embarazo.

**BY4DZZZ** Ecografía de segundo trimestre, gestación múltiple

Ecografía feto único semana 37 de embarazo.

**BY4FZZZ** Ecografía de tercer trimestre, feto único

Aunque su uso no es obligatorio, estos códigos de ecografía obstétrica correspondiente pueden ser utilizados como códigos adicionales para describir mejor las técnicas de procedimientos intraútero (ver punto **12.4. Procedimientos fetales intrauterinos**) y otros procedimientos en los que se usen.

El uso de códigos de ecografía obstétrica está **permitido** en episodios con patologías comprendidas en la sección **Embarazo Con Resultado Aborto**.

**tivo (O00-O08).** En estos casos, cuando existe feto (p.e. en embarazos ectópicos, aborto retenido, mola hidatídica parcial, etc.) se pueden usar códigos de ecografía obstétrica con la localización anatómica feto único o gestación múltiple y el trimestre en el que se encuentre (valores 9, B, C, D). Si no existe feto, pero quedan restos de trofoblasto (abortos espontáneos incompletos, restos tras abortos, huevo huero, etc.) o malformaciones del trofoblasto (mola hidatídica completa, etc.) la localización anatómica de la ecografía obstétrica debe ser placenta (valor 8).

Ecografía aborto diferido semana 10 de embarazo.

**BY49ZZZ** Ecografía de primer trimestre, feto único

Ecografía huevo huero semana 16 de embarazo.

**BY48ZZZ** Ecografía de placenta

## 13. Aborto

A efectos de clasificación CIE-10-ES Diagnósticos, un aborto es la interrupción de un embarazo en curso dentro de las primeras 20 semanas completas de gestación. Es importante distinguir entre los episodios que tienen lugar para la asistencia de un aborto natural (espontáneo o diferido), con o sin complicaciones, y los episodios motivados por una interrupción inducida de un embarazo o abortos electivos. Además, si tras un procedimiento orientado a la interrupción de un embarazo el feto permanece un tiempo con signos de vida (latido cardíaco, respiración o movimientos musculares involuntarios) no se considerará aborto establecido o embarazo con resultado abortivo, ya que el término aborto implica la muerte del feto (ver punto **13.6. Aborto inducido con resultado de feto nacido vivo**). Por otro lado, la pérdida de un embarazo después de 20 semanas completas de gestación es una muerte fetal intrauterina, que se codificará asignando el código **O36.4 Atención materna por muerte intrauterina**.

No se deben utilizar códigos de la categoría **Z3A Semanas de gestación** junto con las categorías **O00-O08 Embarazo con resultado abortivo**, ni con el código **Z33.2 Contacto para interrupción voluntaria del embarazo** (ver punto **1.1. Semanas de gestación**).



## 13.1. Amenaza de aborto

Embarazo intrauterino que, en algún momento dentro de las primeras 20 semanas completas de gestación, cursa con hemorragia genital procedente de la cavidad uterina, con cérvix cerrado (sin que se observe la expulsión de productos de la concepción) y que suele acompañarse de dolor en hipogastrio y fosas ilíacas. Su tratamiento, en general, es el reposo absoluto y no requiere hospitalización en todos los casos. Se debe asignar el código **O20.0 Amenaza de aborto** para identificar a estas pacientes.

Una paciente embarazada de 11 semanas de gestación es ingresada por amenaza de aborto.

<b>O20.0</b>	Amenaza de aborto
<b>Z3A.11</b>	11 semanas de gestación

Si la amenaza de aborto evoluciona hacia un aborto espontáneo se codificará solo con un código de la categoría **O03 Aborto espontáneo** (ver punto **13.2. Aborto espontáneo**).

Una paciente embarazada de 11 semanas de gestación es ingresada por amenaza de aborto. Finalmente evoluciona hacia un aborto espontáneo que es asistido manualmente.

<b>O03.9</b>	Aborto espontáneo completo o no especificado sin complicación
<b>10E0XZZ</b>	Parto de productos de la concepción, abordaje externo

## 13.2. Aborto espontáneo

Es la pérdida de un embarazo de forma natural dentro de las primeras 20 semanas completas de gestación. Aproximadamente, del 10 al 20 por ciento de los embarazos conocidos terminan en un aborto espontáneo. Aunque el número real probablemente sea mayor, ya que muchos abortos espontáneos suceden en etapas tan tempranas del embarazo que la mujer no llega a saber que estaba embarazada. La mayoría ocurren antes de la semana 12 y son debidos a que el feto no se está desarrollando normalmente. Cursan con hemorragia genital y dolor hipogástrico con evidencia de cuello uterino dilatado. La ecografía determinará los signos de vitalidad del embrión.

Los códigos de las subcategorías **O03.0 a O03.4** se deben asignar cuando el aborto es incompleto (expulsión parcial de productos embriónicos y/o placentarios con retención de productos de la concepción),

mientras que los códigos de las subcategorías **003.5** a **003.9** se deben asignar cuando el aborto es completo o no especificado. Se debe revisar la documentación clínica para determinar si el aborto es incompleto o completo. Además, los códigos de estas subcategorías indican si existe o no alguna complicación, y en caso de existir identifican el tipo de complicación asociada con el aborto incompleto o completo (infección pélvica y del tracto genital, hemorragia tardía o excesiva, embolia, shock, insuficiencia renal, trastorno metabólico, lesión de órganos pélvicos, complicaciones venosas, etc.).

El tratamiento de un aborto espontáneo suele ser quirúrgico. Consiste en la dilatación del cuello uterino para poder llevar a cabo la evacuación de los productos de la concepción mediante aspiración o legrado. Estos procedimientos se codifican con el tipo de procedimiento **D Extracción** de la sección **1 Obstetricia**. La tercera fila de la tabla permite codificar la extracción de productos de la concepción retenidos.

<b>Sección</b>	1 Obstetricia		
<b>Sistema Orgánico</b>	0 Embarazo		
<b>Tipo de Procedimiento</b>	<b>D Extracción:</b> Retirar, extirpar o arrancar total o parcialmente una estructura anatómica aplicando una fuerza		
<b>Localización Anatómica</b>	<b>Abordaje</b>	<b>Dispositivo</b>	<b>Calificador</b>
<b>1</b> Productos de la Concepción, Retenidos	<b>7</b> Orificio Natural o Artificial <b>8</b> Orificio Natural o Artificial, Endoscópico	<b>Z</b> Ninguno	<b>9</b> Manual <b>Z</b> Ninguno

La dilatación previa del cuello uterino se considera una parte del procedimiento y, por tanto, no requiere código adicional.

Mujer de 40 años que acude a urgencias por metrorragia en cantidad menor que regla. Refiere molestias abdominales tipo dismenorrico. A la exploración no se evidencia sangrado activo espontáneo ni al Valsalva. Ecografía: útero con restos heterogéneos de hasta 30 mm. Se realiza legrado evacuador por gestación interrumpida.

**003.4** Aborto espontáneo incompleto sin complicaciones

**10D17ZZ** Extracción de productos de la concepción, retenidos, abordaje orificio natural o artificial

Actualmente, también son alternativas importantes al tratamiento quirúrgico: el control expectante, que consiste en esperar la expulsión espontánea de restos, y el tratamiento médico, que consiste en la ad-

ministración de medicación (generalmente Misoprostol) vía oral o vaginal, dirigida a desencadenar contracciones uterinas para conseguir la expulsión de restos.

La asistencia manual que se presta a un aborto espontáneo se considera como asistencia al paso de los productos de la concepción a través del canal genital y, por tanto, se codifica como un parto espontáneo, con el tipo de procedimiento **E Parto** de la sección **1 Obstetricia**: código **10E0XZZ Parto de productos de la concepción, abordaje externo**.

Sección	1 Obstetricia		
Sistema Orgánico	0 Embarazo		
Tipo de Procedimiento	E Parto: Asistencia en el paso de los productos de la concepción a través del canal genital		
Localización anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
0 Productos de la Concepción	X Externo	Z Ninguno	Z Ninguno

El tratamiento que se ha realizado mediante la administración de prostaglandinas, como el Misoprostol vía vaginal, para la eliminación de restos tras un aborto espontáneo, se codificará con el procedimiento **3E0P7VZ Introducción en reproductor femenino de hormona, abordaje orificio natural o artificial**.

Sección	3 Administración		
Sistema Orgánico	E Sistemas Fisiológicos y Regiones Anatómicas		
Tipo de Procedimiento	0 Introducción: Administrar una sustancia terapéutica, diagnóstica, nutricional, fisiológica o profiláctica, con excepción de sangre o hemoderivados.		
Localización Anatómica	Abordaje	Sustancia	Calificador
P Reproductor Femenino	7 Orificio Natural o Artificial	V Hormona	Z Ninguno

La retención de productos de la concepción después de un aborto indica que el aborto no fue completo. En episodios asistenciales motivados por la retención de productos de la concepción tras un aborto espontáneo sin complicaciones, se debe asignar el código **O03.4 Aborto espontáneo incompleto sin complicaciones**. Esta indicación es pertinente incluso aunque la paciente hubiese sido dada de alta previamente con el

diagnóstico de aborto completo. Si la paciente, además de los productos retenidos de la concepción, presenta una complicación específica asociada con el aborto espontáneo se debe asignar el código adecuado a la complicación de las subcategorías **O03.0-O03.3**. Además, deberá codificarse el procedimiento realizado para la evacuación de los productos de la concepción retenidos utilizando para ello la tabla **10D** (sección **1 Obstetricia**, sistema orgánico **0 Embarazo**, tipo de procedimiento **D Extracción**) y la localización anatómica **1 Productos de la Concepción Retenidos**.

Paciente que una semana tras el alta por aborto espontáneo reingresa con diagnóstico de infección por retención de restos fetales. Tratamiento con misoprostol vaginal y legrado obstétrico evacuador.

<b>O03.0</b>	Infección pélvica y del tracto genital después de un aborto espontáneo incompleto
<b>10D17ZZ</b>	Extracción de productos de la concepción, retenidos, abordaje orificio natural o artificial
<b>3E0P7VZ</b>	Introducción en reproductor femenino de hormona, abordaje orificio natural o artificial

### 13.3. Aborto retenido o diferido

Se trata de una gestación intrauterina sin signos de vitalidad en el embrión y en la que no se produce una expulsión espontánea de los productos de la concepción. Se debe usar el código **O02.1 Aborto retenido**, para identificar estos episodios.

En el tratamiento de estas situaciones existen tres posibilidades: la aspiración del contenido uterino o legrado instrumental, el tratamiento farmacológico o el control expectante. Hasta hace poco tiempo la mayoría de las mujeres recibían tratamiento quirúrgico porque se asumía que el tejido retenido aumentaba el riesgo de infección y hemorragia. No obstante, hay estudios que sugieren que estas complicaciones afectan a menos del 10% de mujeres. Por este motivo, la elección del tratamiento debe realizarse según la situación clínica de las pacientes y teniendo en cuenta también sus preferencias.

Los casos de aspiración o legrado se codificarán mediante el tipo de procedimiento **D Extracción** de la sección **1 Obstetricia** y la tercera fila de la tabla **10D**.

<b>Sección</b>	1 Obstetricia		
<b>Sistema Orgánico</b>	0 Embarazo		
<b>Tipo de Procedimiento</b>	<b>D Extracción:</b> Retirar, extirpar o arrancar total o parcialmente una estructura anatómica aplicando una fuerza		
<b>Localización Anatómica</b>	<b>Abordaje</b>	<b>Dispositivo</b>	<b>Calificador</b>
<b>1</b> Productos de la Concepción, Retenidos	<b>7</b> Orificio Natural o Artificial <b>8</b> Orificio Natural o Artificial, Endoscópico	<b>Z</b> Ninguno	<b>9</b> Manual <b>Z</b> Ninguno

En el caso de tratamiento farmacológico, normalmente se administra misoprostol por vía vaginal, para producir contracciones del útero y expulsar los productos de la concepción. Dicho fármaco se suele administrar en una sola dosis y días más tarde se realiza un control ecográfico para comprobar la adecuada evacuación uterina y, en caso contrario, valorar la realización de un legrado evacuador. La administración de misoprostol por vía vaginal se codificará con el procedimiento **3E0P7VZ Introducción en reproductor femenino de hormona, abordaje orificio natural o artificial.**

<b>Sección</b>	3 Administración		
<b>Sistema Orgánico</b>	E Sistemas Fisiológicos y Regiones Anatómicas		
<b>Tipo de Procedimiento</b>	<b>0 Introducción:</b> Administrar una sustancia terapéutica, diagnóstica, nutricional, fisiológica o profiláctica, con excepción de sangre o hemoderivados.		
<b>Localización Anatómica</b>	<b>Abordaje</b>	<b>Sustancia</b>	<b>Calificador</b>
<b>P</b> Reproductor Femenino	<b>7</b> Orificio Natural o Artificial	<b>V</b> Hormona	<b>Z</b> Ninguno

Mujer embarazada de 19 semanas que ingresa por metrorragia y dolor abdominal. ECO: gestación no viable. Diagnóstico: aborto diferido. Tratamiento: dilatación y legrado.

**002.1** Aborto retenido

**10D17ZZ** Extracción de productos de la concepción, retenidos, abordaje orificio natural o artificial

**BY4CZZZ** Ecografía, de segundo trimestre, feto único

Los códigos de la categoría **008 Complicaciones después de un embarazo ectópico y molar** se deben utilizar para identificar cualquier complicación asociada a un aborto retenido o diferido. Si la complicación se desarrolla durante el mismo episodio en que tiene lugar la asistencia del

aborto retenido se secuenciará en primer lugar el código **O02.1 Aborto retenido** seguido del código de la categoría **O08** que identifique la complicación. Si la complicación tiene lugar en otro episodio tras el alta de la asistencia a un aborto retenido, el diagnóstico principal será un código de la categoría **O08**.

Por otra parte, si la pérdida del embarazo ha tenido lugar después de 20 semanas completas de gestación se trata de una muerte fetal intrauterina, que se codificará asignando el código **O36.4 Atención materna por muerte intrauterina**.

Mujer de 38 años, gestante de 37 + 2 semanas, acude a Urgencias por sensación de contracciones de unas horas de evolución. No metrorragia ni amniorrea. Refiere haber percibido movimientos fetales con normalidad hasta la noche anterior. Ecografía en urgencias: MCF negativos. Diagnóstico: Muerte fetal anteparto extraclínica en gestación de 37 + 2 semanas. Asistencia al parto eutócico, inducido mediante oxitocina intravenosa, bajo anestesia epidural.

- O36.4XX0** Atención materna por muerte intrauterina, no aplicable o no especificado
- Z3A.37** 37 semanas de gestación
- Z37.1** Niño único mortinato
- 10E0XZZ** Parto de productos de la concepción, abordaje externo
- 3E0R3BZ** Introducción en canal espinal de agente anestésico, abordaje percutáneo
- 3E033VJ** Introducción en vena periférica de otra hormona, abordaje percutáneo
- BY4FZZZ** Ecografía de tercer trimestre, feto único

## 13.4. Abortos de repetición o aborto recurrente

Es la pérdida de tres o más gestaciones consecutivas dentro de las 20 primeras semanas. Según otros criterios, también se puede hablar de abortos de repetición o recurrentes en el caso de pérdidas no consecutivas e incluso cuando existen dos o más abortos espontáneos. Los códigos de la subcategoría **O26.2 Atención en el embarazo de paciente con pérdida repetida de embarazo** se utilizarán para identificar a estas pacientes siempre y cuando no exista un aborto durante el episodio en cuestión, ya que entonces solo se asignará el código de aborto correspondiente.

Gestante de 10 semanas que ingresa con amenaza de aborto. Antecedentes personales: dos abortos en los últimos cinco años.

- O20.0** Amenaza de aborto
- O26.21** Atención en el embarazo de paciente con pérdida repetida de embarazo, primer trimestre
- Z3A.10** 10 semanas de gestación

## 13.5. Aborto terapéutico, electivo o interrupción inducida del embarazo

Los episodios para llevar a cabo la terminación de un embarazo, si no se producen complicaciones, deben ser codificados con el código **Z33.2 Contacto para interrupción voluntaria del embarazo**. Además, deberá codificarse el procedimiento realizado, según la técnica especificada en la documentación clínica como la utilizada, para la terminación del embarazo.

Una paciente embarazada de 13 semanas ingresa para interrupción de gestación por anomalías cromosómicas del feto.

**Z33.2** Contacto para interrupción voluntaria del embarazo  
**O35.1XX0** Atención materna por (sospecha de) anomalía cromosómica del feto, no aplicable o no especificado

En los casos en que existan complicaciones se asignarán códigos de la categoría **O04 Complicaciones después de interrupción (inducida) del embarazo**.

Mujer de 31 años que acude a urgencias, derivada de la clínica en que se le ha realizado IVE en gestación de 21 semanas, por hemorragia

**O04.6** Hemorragia tardía o excesiva después de interrupción (inducida) del embarazo

La codificación de un aborto electivo o terapéutico implica necesariamente utilizar el código diagnóstico **Z33.2 Contacto para interrupción voluntaria del embarazo**, o bien un código de la categoría **O04 Complicaciones después de interrupción (inducida) del embarazo**. Se deben asignar también, el código o códigos que proporcionen información sobre las afecciones fetales o maternas por las que tiene lugar el aborto electivo. La secuencia de dichos códigos dependerá de las circunstancias del ingreso.

Las técnicas para provocar un aborto o IVE se pueden clasificar en:

- aborto instrumental y quirúrgico
- aborto farmacológico
- combinado

El aborto instrumental y quirúrgico consiste en realizar la evacuación de la cavidad uterina por vía vaginal con una dilatación previa

del cuello uterino. La evacuación se puede realizar por aspiración con cánula, legra o pinzas quirúrgicas o combinación de los anteriores. La dilatación se puede realizar en el momento de la intervención con dilatadores mecánicos y en otras ocasiones es necesario hacerlo previamente con sustancias químicas (Misoprostol) o con dilatadores osmóticos naturales o sintéticos. La aspiración se realiza dilatando el cuello uterino y provocando una evacuación del útero mediante cánula de aspiración con un sistema de vacío. La evacuación por legra o pinzas es una técnica similar a la aspiración, aunque la evacuación uterina se realiza mediante diversas maniobras instrumentales con pinzas especiales.

A la hora de codificar estos episodios se utilizará el tipo de procedimiento **Aborto**. Este procedimiento solo se debe utilizar cuando el objetivo es finalizar una gestación en curso. Todos los procedimientos que se realicen dentro del marco de un aborto terapéutico o electivo deben codificarse con el tipo de procedimiento **Aborto**. El calificador permite especificar si se ha llevado a cabo una aspiración (**10A07Z6 Aborto, de productos de la concepción, con vacuum, abordaje orificio natural o artificial**), se han usado laminarias (**10A07ZW Aborto, de productos de la concepción, con laminaria, abordaje orificio natural o artificial**) o se ha realizado un legrado (**10A07ZZ Aborto, de productos de la concepción, abordaje orificio natural o artificial**).

Sección	1 Obstetricia		
Sistema Orgánico	0 Embarazo		
Tipo de Procedimiento	A Aborto: Interrupción artificial del embarazo		
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
0 Productos de la Concepción	7 Orificio Natural o Artificial	Z Ninguno	6 Vacuum W Laminaria X Abortivoø Z Ninguno

En caso de no poder realizar el aborto por vía vaginal, la técnica de elección suele ser una histerotomía o microcesárea. Consiste en abordar el contenido uterino haciendo una incisión en el útero a través de la pared abdominal. Se suele utilizar en casos como: placenta previa oclusiva, cirugía uterina previa que contraindique la inducción farmacológica, anomalías uterinas, etc., siempre que no



se pueda realizar una evacuación instrumental. Se codificará con el tipo de procedimiento **A ABORTO** con el valor de abordaje **0 Abierto: 10A00ZZ Aborto de productos de la concepción, abordaje abierto.**

Sección	1 Obstetricia		
Sistema Orgánico	0 Embarazo		
Tipo de Procedimiento	A Aborto: Interrupción artificial del embarazo		
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
0 Productos de la Concepción	0 Abierto 3 Percutáneo 4 Endoscópico Percutáneo 8 Orificio Natural o Artificial, Endoscópico	Z Ninguno	Z Ninguno

El aborto farmacológico se realiza utilizando distintos medicamentos para conseguir una evacuación uterina completa. En caso de fracaso y que la evacuación no sea completa se deberá continuar con una evacuación instrumental. El método que se ha mostrado más eficaz en la interrupción médica del embarazo es la combinación de mifepristona y un análogo de prostaglandina (fundamentalmente misoprostol). La mifepristona bloquea la acción de la progesterona en el útero lo que produce el desprendimiento del embarazo. Además, aumenta la sensibilidad del útero a las prostaglandinas como el misoprostol, y madura el cuello uterino. El misoprostol es un análogo semisintético de la prostaglandina E1, que estimula la maduración cervical y las contracciones uterinas causando la evacuación uterina. La vía de administración más utilizada en la actualidad suele ser la vaginal, ya que los efectos secundarios son algo menores que cuando se administra por vía oral. El código apropiado para el aborto realizado utilizando medicamentos es **10A07ZX Aborto de productos de la concepción, con abortivo, abordaje orificio natural o artificial.**

<b>Sección</b>	1 Obstetricia		
<b>Sistema Orgánico</b>	0 Embarazo		
<b>Tipo de Procedimiento</b>	A Aborto: Interrupción artificial del embarazo		
<b>Localización Anatómica</b>	<b>Abordaje</b>	<b>Dispositivo</b>	<b>Calificador</b>
0 Productos de la Concepción	7 Orificio Natural o Artificial	Z Ninguno	6 Vacuum W Laminaria X Abortivoø Z Ninguno

Paciente de 19 + 3 semanas que ingresa para interrupción legal del embarazo. Diagnóstico: Cardiopatía fetal: Atresia tricuspídea. Hipoplasia VD y anillo pulmonar. Al ingreso se inicia protocolo con misoprostol vaginal y se realiza legrado uterino evacuador.

- Z33.2** Contacto para interrupción voluntaria del embarazo
- O35.8XX0** Atención materna por (sospecha de) otra anomalía y daño fetal, no aplicable o no especificado
- 10A07ZX** Aborto de productos de la concepción, con abortivo, abordaje orificio natural o artificial
- 10A07ZZ** Aborto de productos de la concepción, abordaje orificio natural o artificial

Paciente de 19 + 3 semanas que ingresa para observación por posible cardiopatía fetal. Durante el ingreso se confirma atresia tricuspídea, hipoplasia VD y anillo pulmonar, por lo que por consejo terapéutico y de acuerdo con la paciente, se realiza inducción con misoprostol y se produce expulsión fetal tras dos dosis de misoprostol por vía vaginal.

Diagnóstico: Cardiopatía fetal en semana 19 + 3.

- O35.8XX0** Atención materna por (sospecha de) otra anomalía y daño fetal, no aplicable o no especificado
- Z33.2** Contacto para interrupción voluntaria del embarazo
- 10A07ZX** Aborto de productos de la concepción, con abortivo, abordaje orificio natural o artificial

Paciente de 19 + 3 semanas que ingresa para observación por posible cardiopatía fetal. Durante el ingreso se confirma atresia tricuspídea, hipoplasia VD y anillo pulmonar, por lo que por consejo terapéutico y de acuerdo con la paciente, se realiza inducción con misoprostol y se produce expulsión fetal tras dos dosis de misoprostol por vía vaginal. En las horas siguientes la paciente comienza con síndrome miccional: disuria intensa, tenesmo vesical, polaquiuria y dolor hipogástrico intenso. Es diagnosticada de sepsis por Escherichia Coli y es tratada con antibioterapia intravenosa.

Diagnóstico: Cardiopatía fetal en semana 19 + 3. Sepsis por E. Coli.

- O35.8XX0** Atención materna por (sospecha de) otra anomalía y daño fetal, no aplicable o no especificado
- O04.87** Sepsis después de interrupción (inducida) del embarazo
- B96.20** Escherichia coli [E. coli] no especificado como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto
- 10A07ZX** Aborto de productos de la concepción, con abortivo, abordaje orificio natural o artificial
- 3E03329** Introducción en vena periférica de anti-infeccioso, otro anti-infecciosos, abordaje percutáneo

Tras un aborto inducido puede existir una retención de productos de la concepción. En episodios asistenciales motivados por la persistencia de restos tras un aborto voluntario se debe asignar el código **O07.4 Intento fallido de interrupción del embarazo sin complicaciones**. Si la paciente, además de los productos retenidos de la concepción, presenta una complicación específica asociada con la terminación electiva del embarazo, se debe asignar el código adecuado a la complicación de las subcategorías:

- O07.0 Infección pélvica y del tracto genital después de intento fallido de interrupción del embarazo**
- O07.1 Hemorragia tardía o excesiva después de intento fallido de interrupción del embarazo**
- O07.2 Embolia después de intento fallido de interrupción del embarazo**
- O07.3 Intento fallido de interrupción del embarazo con otras complicaciones y complicaciones no especificadas**
  - O07.30 Intento fallido de interrupción del embarazo con complicaciones no especificadas**
  - O07.31 Shock después de intento fallido de interrupción del embarazo**
  - O07.32 Insuficiencia renal después de intento fallido de interrupción del embarazo**
  - O07.33 Trastorno metabólico después de intento fallido de interrupción del embarazo**
  - O07.34 Lesión de órganos pélvicos después de intento fallido de interrupción del embarazo**
  - O07.35 Otras complicaciones venosas después de intento fallido de interrupción del embarazo**
  - O07.36 Paro cardíaco después de intento fallido de interrupción del embarazo**
  - O07.37 Sepsis después de intento fallido de interrupción del embarazo**
  - O07.38 Infección del tracto urinario después de intento fallido de interrupción del embarazo**
  - O07.39 Intento fallido de interrupción del embarazo con otras complicaciones**

## 13.6. Aborto inducido con resultado de feto nacido vivo

Cuando un intento de interrupción del embarazo da como resultado un feto vivo, se debe asignar el código **Z33.2 Contacto para interrupción voluntaria del embarazo** y un código de la categoría **Z37 Resultado del parto**.

## 14. Embarazo ectópico y molar

Tanto el embarazo ectópico (óvulo fecundado e implantado fuera de la cavidad uterina) como el embarazo molar (crecimiento anormal de trofoblastos) son circunstancias que no pueden continuar con normalidad. El óvulo fecundado no puede sobrevivir.

## 14.1. Embarazo ectópico

El embarazo ectópico es aquella gestación en la que el huevo fecundado anida fuera de la cavidad uterina.

La localización ectópica por orden de frecuencia según la Sociedad Española de Fertilidad es:

- 95% en la trompa de Falopio: se asignará un código de la subcategoría **O00.1 Embarazo tubárico.**
- 3% en el cuerno uterino: se asignará un código de la subcategoría **O00.8 Otro embarazo ectópico.**
- 1,3% en la cavidad abdominal: se le asignará un código de la subcategoría **O00.0 Embarazo abdominal.**
- 0,5% en el ovario: se le asignará un código de la subcategoría **O00.2 Embarazo ovárico.**

La subcategoría **O00.8 Otro embarazo ectópico** además incluye aquellos embarazos ectópicos situados en el cérvix, los intraligamentarios y los murales. La subcategoría **O00.9 Embarazo ectópico, no especificado** debería evitarse en hospitalización, ya que se debe conocer la localización del embarazo ectópico.

Debido al incremento en el uso de técnicas reproductivas ha habido un aumento de embarazos con gestaciones múltiples en los que un embarazo intrauterino coexiste con uno ectópico, de ahí la ampliación de quinto dígito de las subcategorías de toda la categoría **O00 Embarazo ectópico.**

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

Para las localizaciones tubáricas y ováricas (**O00.1 Embarazo tubárico** y **O00.2 Embarazo ovárico**, respectivamente) se ha creado el sexto dígito para indicar la lateralidad de la localización.

6º dígito: **1 derecho**  
**2 izquierdo**  
**9 no especificado**

Los embarazos ectópicos no pueden continuar con normalidad. El óvulo fecundado no puede sobrevivir, y el aumento de tejido puede provocar hemorragias potencialmente fatales si no se trata.

El tratamiento del embarazo ectópico tubárico suele ser la salpingectomía, con extirpación de embarazo tubárico.

Para codificar una salpingectomía con extirpación de embarazo tubárico, deben utilizarse dos códigos. Un código de la sección **1 Obstetricia** con el tipo de procedimiento **T Resección**, con la localización anatómica **2 Productos de la Concepción, Ectópicos**, y otro código de la sección **0 Médico-Quirúrgica** con el procedimiento que corresponda de **Escisión** o **Resección** para identificar la estructura donde se implantó el embarazo ectópico (trompa, ovario, etc.) que se elimina.

<b>Sección</b>	1 Obstetricia		
<b>Sistema Orgánico</b>	0 Embarazo		
<b>Tipo de Procedimiento</b>	T <b>Resección</b> : Eliminar o cortar, sin sustituir, una estructura anatómica		
<b>Localización Anatómica</b>	<b>Abordaje</b>	<b>Dispositivo</b>	<b>Calificador</b>
<b>2</b> Productos de la Concepción, Ectópicos	<b>0</b> Abierto <b>3</b> Percutáneo <b>4</b> Endoscópico Percutáneo <b>7</b> Orificio Natural o Artificial <b>8</b> Orificio Natural o Artificial, Endoscópico	<b>Z</b> Ninguno	<b>Z</b> Ninguno

Embarazo ectópico en trompa izquierda. Salpingectomía laparoscópica, con extirpación de embarazo tubárico

- 000.102** Embarazo tubárico izquierdo sin embarazo intrauterino
- 10T24ZZ** Resección de productos de la concepción, ectópicos, abordaje endoscópico percutáneo
- 0UT64ZZ** Resección de trompa de Falopio izquierda, abordaje endoscópico percutáneo

El **metotrexate** es un antagonista del ácido fólico, que actualmente se emplea por vía intramuscular para el tratamiento médico del embarazo ectópico o como adyuvante al tratamiento quirúrgico. Se utilizan dos tipos de protocolos para su administración:

- La **pauta multidosis** emplea 1 mg/kg, alternándose de forma diaria con 0,1 mg/kg de ácido fólico. Un máximo de 4 dosis.
- La **pauta monodosis** se basa en la superficie corporal, empleando 50 mg/m<sup>2</sup> en una sola dosis. No requiere el rescate con ácido fólico.

No existen evidencias de que la vía de administración local, ya sea por control laparoscópico, guiada por ecografía o por canulación del cérvix, sea más efectiva que la sistémica por vía intramuscular, aunque disminuye los efectos adversos. Ofrece además riesgos adicionales como la propia laparoscopia y la anestesia.

En la actualidad el tratamiento más utilizado es el metotrexate intramuscular. La codificación correcta es **3E023GC Administración, introducción en músculo, otra sustancia terapéutica, otra sustancia.**

**Tabla 10.** Metotrexate en embarazo ectópico según vía de administración

METOTREXATO	
Intramuscular (I.M.)	3E023GC
Vía laparoscópica	3E0E4GC
Punción eco guiada (*)	3E0E3GC
Canulación de cérvix sin/con histeroscopia	3E0E(7/8)GC
(*) Se puede añadir un código de ecografía (ver punto 12.6. Ecografía obstétrica)	

## 14.2. Embarazo molar (ETG)

Un **embarazo molar**, también conocido como **mola hidatiforme o mola vesicular**, es un tipo de **enfermedad trofoblástica gestacional (ETG)**.

La **enfermedad trofoblástica gestacional (ETG)** se define como una complicación poco común de la gestación caracterizada por la proliferación anormal del tejido trofoblástico, que son las células que normalmente se convierten en la placenta. Incluye un amplio espectro de entidades clínico-patológicas que va desde la **ETG benigna** (mola hidatiforme completa y mola hidatiforme Parcial) hasta patologías malignas (Mola Hidatiforme Invasora o Corioadenoma Destruens, coriocarcinoma, tumor trofoblástico del lecho placentario) también conocidas como **neoplasia trofoblástica gestacional (NTG)**.

Hay dos tipos de **ETG benigna**: el embarazo molar completo y el embarazo molar parcial. En un **embarazo molar completo (O01.0 Mola hidatiforme clásica)**, el tejido placentario es anormal y está hinchado; además, parece formar quistes llenos de líquido. Otra característica es que no hay

formación de tejido fetal. En un **embarazo molar parcial (O01.1 Mola hidatiforme incompleta o parcial)**, es posible que haya tejido placentario normal junto con tejido placentario formado de manera anormal. También puede haber un feto, pero no hay posibilidades de que sobreviva, y, por lo general, se produce un aborto al principio del embarazo.

Un embarazo molar es provocado por un óvulo fecundado de forma anormal. Las células humanas normalmente contienen 23 pares de cromosomas. Un cromosoma de cada par proviene del padre y el otro, de la madre. El embarazo molar tiene una incidencia muy superior en Extremo Oriente (una gestación molar por cada 120-400 embarazos) con relación a Occidente (una mola vesicular por cada 1.000-2.000 embarazos).

En un **embarazo molar completo (O01.0 Mola hidatiforme clásica)**, se fecunda un óvulo vacío con uno o dos espermatozoides, y todo el material genético proviene del padre. En esta situación, los cromosomas del óvulo de la madre se pierden o se inactivan y los cromosomas del padre se duplican.

En un **embarazo molar parcial o incompleto (O01.1 Mola hidatiforme incompleta o parcial)**, permanecen los cromosomas de la madre, pero el padre provee dos grupos de cromosomas. Como resultado, el embrión tiene 69 cromosomas en lugar de 46. Esto suele ocurrir cuando dos espermatozoides fecundan un óvulo, lo que provoca que haya una copia adicional del material genético del padre.

El código **O01.9 Mola hidatiforme, no especificada** se reserva para cuando se desconoce si se trata de una mola completa o parcial. Y el código **O02.0 Huevo huero y mola no hidatidiforme**, para cuando únicamente se indique embarazo molar NCOC o mola intrauterina NEOM o mola carnosa.

El código **O02.0 Huevo huero y mola no hidatidiforme** también se usa para el **Huevo Huero**, o **embarazo anembrionado o anembrionario**, que 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 80% de los casos de embarazo anembrionado son debidos a las alteraciones cromosómicas del óvulo y/o espermatozoides que generan un error en la fecundación y la detención precoz del desarrollo embrionario. Otra de las causas es la división anómala o reabsorción del embrión después de la fecundación.

Se trata de un embarazo clínicamente reconocido, en el que se observa un saco gestacional vacío sin señales de que exista un embrión en su interior. El test de gestación (gonadotropina coriónica humana-beta HCG) da positivo porque esta hormona es producida por las capas celulares del saco gestacional, aunque no haya embrión.

El tratamiento del huevo huero y la mola hidatídica consiste en terminar la eliminación o evacuación del contenido uterino, ya sea mediante succión o dilatación y raspado, lo cual debe hacerse lo más pronto posible tras el diagnóstico en el caso de la mola hidatídica, para evitar que se malignice y se desarrolle una **neoplasia trofoblástica gestacional (NTG)**. Las pacientes son controladas continuamente hasta que los niveles de la hormona gonadotropina coriónica humana hayan disminuido hasta niveles indetectables. Las molas invasivas o malignas a menudo requieren un tratamiento con quimioterapia, y a menudo responden bien al metotrexato.

La **NTG** a menudo se presenta después de embarazos molares pero también puede ocurrir después de cualquier evento obstétrico (abortos espontáneos, embarazos a término y embarazo ectópico). Las entidades malignas como el coriocarcinoma y la mola invasiva se caracterizan por su potencial invasivo o metastásico. Esto hace que el tratamiento sea habitualmente quimioterápico y eventualmente quirúrgico.

En la actualidad, las **NTG** constituyen un grupo de neoplasias con alta tasa de curación y tasas de supervivencia cercanas al 100%. Por lo tanto, la indicación del tratamiento debe estar basada en el deseo de la paciente de futuros embarazos. En su codificación, dado que son neoplasias, deberemos añadir el correspondiente código morfológico CIE-O-3.1:

### **Mola hidatídica invasiva, maligna o destruens**

**D39.2** Neoplasia de comportamiento incierto de placenta

**9100/1** Mola hidatiforme invasora

### **Coriocarcinoma**

**C58** Neoplasia maligna de placenta

**9100/3** Coriocarcinoma, SAI



## Tumor trofoblástico del lecho placentario

**D39.2** Neoplasia de comportamiento incierto de placenta

**9104/1** Tumor trofoblástico de localización placentaria

Tanto la succión, como la dilatación y raspado se codificarán dentro de la sección **1 Obstetricia** como un tipo de procedimiento **D Extracción** de la localización anatómica **0 Productos De La Concepción**, utilizando para la succión el calificador **6 Vacuum** y para la dilatación y legrado el calificador **8 Otra**.

Sección	1 Obstetricia		
Sistema Orgánico	0 Embarazo		
Tipo de Procedimiento	D Extracción: Retirar, extirpar o arrancar total o parcialmente una estructura anatómica aplicando una fuerza		
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
0 Productos de la Concepción	7 Orificio Natural o Artificial	Z Ninguno	3 Fórceps Bajo 4 Fórceps Medio 5 Fórceps Alto 6 Vacuum 7 Versión Interna 8 Otra

Mola hidatídica parcial. Eliminación mediante legrado

**O01.1** Mola hidatiforme incompleta o parcial

**10D07Z8** Extracción de productos de la concepción, abordaje orificio natural o artificial, otra

Huevo huero. Evacuación mediante succión

**O02.0** Huevo huero y mola no hidatidiforme

**10D07Z6** Extracción de productos de la concepción, vacuum, abordaje orificio natural o artificial

Los códigos de la categoría **O08 Complicaciones después de un embarazo ectópico y molar**, deben usarse para identificar cualquier complicación asociada a un embarazo ectópico, embarazo molar o huevo huero. Si la complicación ocurre en el primer episodio de cuidado de los mismos, se secuenciará primero un código de las categorías **O00-O02** seguidos de un código de la categoría **O08**. En el caso que la complicación ocurra en un ingreso posterior al tratamiento de un embarazo ectópico, molar o huevo huero, el diagnóstico principal será un código

de la categoría **O08**, y se debe asignar un código adicional que describa más específicamente la complicación.

Ruptura de embarazo tubárico derecho con peritonitis debida a Streptococo grupo A.

- O00.101** Embarazo tubárico derecho sin embarazo intrauterino
- O08.0** Infección pélvica y del tracto genital después de un embarazo ectópico y molar
- B95.0** Estreptococo, grupo A, como causa de enfermedades clasificadas bajo otro concepto

Hemorragia tras evacuación de huevo huero hace una semana en otro hospital.

- O08.1** Hemorragia tardía o excesiva después de un embarazo ectópico y molar

## 15. Atención reproductiva

En el capítulo 21 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS SANITARIOS existen códigos relacionados con la reproducción. Estos códigos se utilizan cuando una mujer consulta porque quiere quedarse embarazada y tiene dificultades para conseguirlo, cuando se realizan estudios, pruebas o asesoramiento genético con fines reproductivos, cuando se va a revertir una esterilización previa, etc. Se encuentran en la categoría **Z31**

### **Contacto para atención reproductiva:**

- Z31.0** Contacto para reversión de esterilización anterior
- Z31.4** Contacto para estudio e investigación con fines reproductivos
- Z31.5** Contacto para asesoramiento genético reproductivo
- Z31.6** Contacto para asesoramiento y consejos generales sobre reproducción
- Z31.7** Contacto para atención y consejos reproductivos de portadora gestacional
- Z31.8** Contacto para otra atención reproductiva
- Z31.9** Contacto para atención reproductiva, no especificada

Cuando una mujer quiere volver a tener hijos tras una esterilización quirúrgica tiene que someterse a una recanalización de las trompas de Falopio. A la hora de codificar estas pacientes se asignará el código **Z31.0 Contacto para reversión de esterilización anterior** (ver punto **12.3. Esterilización quirúrgica**).

El código **Z31.41 Contacto para pruebas de fertilidad** se utilizará para codificar a los pacientes que acuden para realizar un seminograma para estudio de fertilidad o en aquellas pacientes que son atendidas para estu-

diar la permeabilidad de las trompas de Falopio, siempre que se realicen con fines reproductivos. En el caso en que se realice un seminograma después de una reversión de una esterilización anterior se utilizará el código **Z31.42 Cuidados posteriores después de reversión de esterilización**, en lugar de **Z31.41 Contacto para pruebas de fertilidad**.

En los episodios de pacientes que son atendidos para realizar pruebas o estudio y consejo genético, siempre que se realicen con fines reproductivos, se utilizarán los códigos de las subcategorías **Z31.43 Contacto para análisis genético femenino con fines reproductivos**, **Z31.44 Contacto para estudio genético masculino con fines reproductivos** o **Z31.5 Contacto para asesoramiento genético reproductivo**.

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que estiman conveniente y determinar el intervalo entre sus embarazos. El control o planificación familiar puede tener como objetivo engendrar o no hijos y, en caso de querer hijos, decidir sobre el número, el momento y las circunstancias personales y sociales en las que se desea tenerlos. Cuando una mujer es atendida para ser asesorada sobre los métodos naturales para planificar y lograr un embarazo se utilizará el código **Z31.61 Asesoramiento y consejo reproductivos utilizando planificación familiar natural**.

La fertilidad de una persona puede verse afectada por el empleo de tratamientos dirigidos contra neoplasias malignas u otras enfermedades o trastornos. La preservación o conservación de la fertilidad es el proceso de guardar o proteger óvulos, espermatozoides o tejido reproductivo para que una persona pueda utilizarlos en el futuro con el fin de tener hijos biológicos. Hay varias opciones para la preservación de la fertilidad como la criopreservación de espermatozoides, la protección gonadal, la congelación de embriones, la criopreservación de ovocitos o la trasposición ovárica. Se asignará el código **Z31.62 Contacto para asesoramiento en la preservación de la fertilidad** en el caso de los pacientes que acuden para asesoramiento y consejo sobre las opciones para conservar su fertilidad antes de someterse a terapia contra una neoplasia maligna, o antes de la extirpación quirúrgica de las gónadas u otros tratamientos o condiciones que puedan afectar a su fertilidad. El código **Z31.84 Contacto para procedimiento de preservación de la fertilidad** se utilizará para los episodios en los que se realice un tratamiento para conservación de la fertilidad.

El código **Z31.7 Contacto para atención y consejos procreativos de portadora gestacional** se debe utilizar para la atención de una mujer que está embarazada de un niño genéticamente no relacionado, es decir, se ha creado un embrión por fertilización in vitro, se le ha implantado y tras el parto será entregado a los padres genéticos.

El código **Z31.82 Contacto por estado de incompatibilidad Rh** se utilizará cuando una embarazada Rh negativa es atendida por feto Rh positivo. Este código solo se utilizará en el caso de consultas prenatales (ver punto **6.5. Isoinmunización Rh**).

Gestante de 30 semanas, Rh negativa, con antecedente de parto anterior de niño Rh positivo, recibe una inyección profiláctica de inmunoglobulina anti-D intramuscular durante una visita prenatal. La paciente no tiene isoimmunización.

<b>Z31.82</b>	Contacto por estado de incompatibilidad Rh
<b>Z29.13</b>	Contacto para administración profiláctica de inmunoglobulinas Rho (D)
<b>Z67.91</b>	Grupo sanguíneo no especificado, Rh negativo
<b>Z3A.30</b>	30 semanas de gestación
<b>3E0234Z</b>	Introducción en músculo de suero, toxoide y vacuna, abordaje percutáneo

El código **Z31.83 Contacto para ciclo de fertilidad de reproducción asistida** se debe utilizar en los episodios de pacientes que son sometidas a un ciclo de fertilización. Además, se debe usar un código adicional para identificar el tipo de infertilidad femenina o masculina.

Admisión para fertilización in vitro por infertilidad debida a factor masculino.

<b>Z31.83</b>	Contacto para ciclo de fertilidad de reproducción asistida
<b>Z31.81</b>	Contacto por infertilidad en una paciente mujer, por factor masculino

## 15.1. Fecundación in vitro (FIV)

La fecundación in vitro (FIV) es un tratamiento de reproducción asistida que consiste en la unión del óvulo con un espermatozoide en el laboratorio, con el fin de obtener embriones que puedan dar lugar a un embarazo, tras su transferencia al útero de la madre. Este procedimiento requiere la estimulación ovárica hormonal previa de la paciente y la obtención de sus óvulos, que posteriormente son fecundados in vitro en el laboratorio. Uno o varios de esos embriones se transfieren luego al útero materno.

La punción ovárica, o punción folicular, consiste en realizar una punción en los folículos del ovario con el fin de aspirar su contenido y obtener óvulos, necesarios para realizar una fecundación in vitro. Los óvulos son extraídos, transvaginalmente, mediante aspiración. Es un procedimiento quirúrgico sencillo que suele ser realizado bajo anestesia (sedación). La punción ovárica y la extracción de ovocitos se identificarán con el tipo de procedimiento **D Extracción** de la sección **0 Médico-Quirúrgica**, código **0UDN(\*)ZZ Extracción de óvulos, abordaje\***.

Sección	0 Médico-Quirúrgica		
Sistema Orgánico	U Sistema Reproductor Femenino		
Tipo de Procedimiento	<b>D Extracción:</b> Retirar, extirpar o arrancar total o parcialmente una estructura anatómica aplicando una fuerza		
Localización Anatómica	Abordaje	Dispositivo	Calificador
N Óvulos	<b>0</b> Abierto <b>3</b> Percutáneo <b>4</b> Endoscópico Percutáneo	<b>Z</b> Ninguno	<b>Z</b> Ninguno

En el caso de que se trate de una ovodonación para fecundación in vitro, el episodio de la punción ovárica y extracción de ovocitos de la mujer donante se codificará con códigos de la subcategoría **Z52.81 Donante de óvulo (ovocito)**, en lugar del código **Z31.83 Contacto para ciclo de fertilidad de reproducción asistida**. El procedimiento para la punción ovárica y la extracción de ovocitos será el mismo: **0UDN(\*)ZZ Extracción de óvulos, abordaje\***.

Para identificar el procedimiento de la fertilización in vitro de los ovocitos se puede utilizar el código **8E0ZXY1 Otros procedimientos, otro método, fertilización in vitro, abordaje externo**.

Sección	8 Otros Procedimientos		
Sistema Orgánico	E Sistemas Fisiológicos y Regiones Anatómicas		
Tipo de Procedimiento	<b>0 Otros Procedimientos:</b> Métodos que intentan paliar o curar una afección o enfermedad		
Localización Anatómica	Abordaje	Método	Calificador
Z Ninguno	<b>X</b> Externo	<b>Y</b> Otro Método	<b>1</b> Fertilización in Vitro <b>2</b> Terapia de Yoga <b>5</b> Meditación <b>6</b> Aislamiento

La transferencia del embrión en el útero se realiza con ayuda de una cánula en quirófano y suele ser un procedimiento ambulatorio. Se codificará con el procedimiento **3E0P7Q0 Introducción en reproductor femenino de óvulo fecundado, autólogo, abordaje orificio natural o artificial**, en el caso de que el óvulo fecundado sea de la propia mujer o **3E0P7Q1 Introducción en reproductor femenino de óvulo fecundado, no autólogo, abordaje orificio natural o artificial**, en caso de tratarse de una ovodonación.

Sección	3 Administración		
Sistema Orgánico	E Sistemas Fisiológicos y Regiones Anatómicas		
Tipo de Procedimiento	0 <b>Introducción:</b> Administrar una sustancia terapéutica, diagnóstica, nutricional, fisiológica o profiláctica, con excepción de sangre o hemoderivados.		
Localización Anatómica	Abordaje	Sustancia	Calificador
P Reproductor Femenino	7 Orificio Natural o Artificial	Q Óvulo fecundado	0 Autólogo 1 No Autólogo

## 15.2. Inseminación artificial

La inseminación artificial es un tratamiento de reproducción asistida que consiste en introducir semen, ya sea de la pareja o de un donante, en el útero de la mujer. Con este procedimiento aumentan las probabilidades de embarazo porque el espermatozoide es tratado previamente en laboratorio para aumentar su calidad, seleccionando los espermatozoides de mejor movilidad, y también se estimula previamente el ovario para controlar el crecimiento y maduración de los óvulos. Además, disminuye la distancia que los espermatozoides tienen que recorrer hasta el óvulo aumentando las posibilidades de fecundación y embarazo. La introducción de la muestra de semen se realiza, tras la colocación de un espéculo, mediante una cánula hasta el interior del útero. El código para este procedimiento es **3E0P7LZ Introducción en reproductor femenino de espermatozoide, abordaje orificio natural o artificial**.

<b>Sección</b>	3 Administración		
<b>Sistema Orgánico</b>	E Sistemas Fisiológicos y Regiones Anatómicas		
<b>Tipo de Procedimiento</b>	0 <b>Introducción:</b> Administrar una sustancia terapéutica, diagnóstica, nutricional, fisiológica o profiláctica, con excepción de sangre o hemoderivados.		
<b>Localización Anatómica</b>	<b>Abordaje</b>	<b>Sustancia</b>	<b>Calificador</b>
<b>P</b> Reproductor Femenino	7 Orificio Natural o Artificial	<b>L</b> Esperma	<b>Z</b> Ninguno

Los códigos de la subcategoría **009.81 Supervisión de embarazo resultante de técnica de reproducción asistida** deben ser asignados en posteriores visitas a consulta ambulatoria prenatal o en hospitalización, en este último caso siempre en episodios prenatales (nunca en el episodio del parto) y únicamente como diagnóstico secundario (ver puntos **4.4. Consulta ambulatoria prenatal en pacientes de alto riesgo** y **5. Embarazo de alto riesgo**).

## Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª revisión. Modificación clínica. Tomo I: Diagnósticos. 3ª edición. Madrid: Ministerio de la Presidencia-Boletín Oficial del Estado; enero de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3lqJHKe>
2. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª revisión. Sistema de Clasificación de Procedimientos. Tomo II: Procedimientos. 3ª edición. Madrid: Ministerio de la Presidencia-Boletín Oficial del Estado; Enero de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3lqJHKe>
3. Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES. Manual de codificación CIE-10-ES Diagnósticos. Edición 2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; Enero 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3lqJHKe>
4. Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES. Manual de codificación CIE-10-ES Procedimientos. Edición 2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; Enero 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3lqJHKe>
5. Enfermedad por coronavirus, COVID-19 [Internet]. Madrid: Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Ministerio de Sanidad.; 2020 [citado 28 agosto 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/33wXzMZ>

6. Anuncio de cambio y nueva normativa para la codificación de la infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) [Internet]. Madrid: Subdirección General de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad.; 2020 [citado 30 noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3lqJHKe>
7. Pirla Carvajal JJ, Pato Alonso S, Pastor Sanmillán D, Ruiz Polonio A, Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES. Nuevos códigos CIE-10-ES 2020. Diagnósticos y Procedimientos. Cuadernos de Codificación CIE-10-ES. Madrid. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019; (7). Disponible en: <https://bit.ly/2JpGrSm>
8. ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting [Internet]. EEUU: The Centers for Medicare & Medicaid Services; 2020 [citado 30 noviembre 2020]. Disponible en: <https://go.cms.gov/39G0Iy7>
9. ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting FY 2020 [Internet]. EEUU. [citado 30 noviembre 2020]. Disponible en: <https://go.cms.gov/2KYVGIU>
10. ICD-10-PCS Official Guidelines for Coding and Reporting 2020 [Internet]. EEUU. [citado 30 noviembre 2020]. Disponible en: <https://go.cms.gov/36v0IV1>
11. American Hospital Association (AHA). Coding Clinic for ICD-10-CM/PCS. Chicago: 2012-2019.
12. American Medical Association (AMA). ICD-10-CM. The Complete Official Codebook. 2019 ICD-10-CM Official Guidelines for Coding and Reporting.
13. Nelly Leon-Chiser, RHIA. American Hospital Association (AHA). ICD-10-CM and ICD-10-PCS Coding Handbook 2016.
14. Rodríguez Martínez G, Mosteyrín Salgado P, Otero Varela J, Zapato Barro MD, Unidad Técnica de Codificación CIE-9-MC. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín número 23, Febrero, 2005. Disponible en: <https://bit.ly/3lqJHKe>
15. ¿Cuántas semanas dura un embarazo? [Internet]. Natalben. 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/37ocsCe>
16. Parto normal [Internet]. En familia. 2011 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3qcXk3s>
17. Friel LA. Hipertensión en el embarazo [Internet]. Manual MSD. 2020 [citado 30 noviembre 2020]. Disponible en: <https://msdmnls.co/2VkkdUp>
18. Presión arterial alta y embarazo: datos clave [Internet]. Mayo Clinic. 2020 [citado 30 noviembre 2020]. Disponible en: <https://mayoclinic.in/3mmSqyh>
19. Presión arterial alta en el embarazo [Internet]. MedlinePlus. 2019 [citado 30 noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2HPGJKK>
20. Calle JR. Diabetes y embarazo [Internet]. Fundación para la diabetes Novo Nordisk. 2017 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3qdbph7>



21. Salmerón J. Enfermedades hepáticas durante la gestación [Internet]. Granada: Hospital Universitario San Cecilio; 2020 [citado 15 octubre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2JtmkTf>
22. VIH/sida [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/39rKmc5>
23. VIH y embarazo: Cómo prevenir el contagio del bebé [Internet]. Natalben. 2020 [citado 30 noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3obUQka>
24. Protocolo sepsis y shock séptico en gestación y puerperio [Internet]. Barcelona: Centre de Medicina Materno Fetal y Neonatal. Hospital Clínic-Hospital Sant Joan de Déu. Servei de Medicina Maternofetal. Hospital Clínic de Barcelona. Servei d'Obstetrícia i Ginecologia. Hospital Sant Joan de Déu. Servei d'Anestesiologia, Reanimació i Tractament del Dolor. Hospital Clínic de Barcelona. Servei d'Anestesiologia. Hospital Sant Joan de Déu. Protocolo Sepsis y shock séptico en gestación y puerperio; 2016 [citado 30 noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2VpBnjf>
25. Hidalgo MI. El pediatra ante el síndrome alcohólico fetal. Un trastorno infradiagnosticado. *Pediatría Integral* [Internet]. 2014 [citado 18 noviembre 2020];(23):715-717. Disponible en: <https://bit.ly/2VluVK9>
26. Alcohol, tabaco y drogas en el embarazo [Internet]. Natalben. 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/39rPvkv>
27. Cuenca D. Por qué el embarazo es el momento ideal para dejar el tabaco [Internet]. Natalben. 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/33s7gfO>
28. Uso de drogas ilegales y embarazo [Internet]. Stanford Children's Health. 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3oaxCdU>
29. Greene MF, Longo DL. Neoplasia durante el embarazo. En: *Harrison Principios de Medicina Interna*. 19.<sup>a</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2016.
30. ¿Qué es eso del estreptococo agalactiae? [Internet]. Natalben. 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3fP0mpI>
31. Bonet M, Ota E, Chibueze CE, Oladapo OT. Antibiotic prophylaxis for episiotomy repair following vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;11(11):CD012136. Published 2017 Nov 2. doi:10.1002/14651858.CD012136.pub2
32. Roca A, Torres A, García L, Andrés S. Depresión posparto [Internet]. Hospital Universitari Clínic Barcelona. 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3mnI01J>
33. España duplica las recomendaciones de nacimientos por cesárea de la OMS [Internet]. Consalud.es. 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3mnzZd1>
34. Stem cells: What they are and what they do Print [Internet]. Mayo Clinic. 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://mayoclinic.in/2VmSAtC>

35. Protocolo: Asistencia al embarazo y parto de gestaciones múltiples [Internet]. Barcelona: Unidad Clínica de Gestación Múltiple, Área de Medicina Fetal, Servicio de Medicina Maternofetal. BCNatal. Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona. Hospital Clínic. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.; 2020 [citado 15 octubre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/33szsPm>
36. Amniocentesis [Internet]. Mayo Clinic. 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://mayocl.in/3fSo7gG>
37. Embarazo ectópico [Internet]. Sociedad Española de Fertilidad. 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3o3jm6K>
38. Mola hidatiforme [Internet]. MedlinePlus. 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3o3jm6K>
39. Corticoides antenatales para acelerar la maduración fetal. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2012;(9):465-478. DOI 10.1016/j.pog.2012.10.001
40. Aborto espontaneo [Internet]. Mayo Clinic. 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://mayocl.in/3oaKoZU>
41. Dulay AT. Aborto espontáneo [Internet]. Manual MSD. 2019 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://msdmnls.co/3lnSIUu>
42. García Gallego F, Rodríguez Armario E, Stolzemburg Ramos A. Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado IVE. [Internet]. Asociación de clínicas acreditadas para la interrupción del embarazo (ACAI); 2019 [citado 15 octubre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2Vq2jiR>
43. López Arregui E, Mari Juan JM, Gutiérrez Ales J, Lertxundi Barañano R. Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado IVE. [Internet]. Sociedad Española de Contracepción; 2019 [citado 15 octubre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/36n0mdz>
44. Tratamiento médico del aborto diferido [Internet]. *É-saúde*; 2017 [citado 15 octubre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/39tLonS>
45. Encinas Romero A, Lapuente Ocamica O, López Picado A, Cuadra Cestafe M, Ugarte Rubio L., Martinicorena Satrustegi L. La influencia del tiempo de reevaluación en el éxito del tratamiento del aborto diferido con misoprostol. *Prog Obstet Ginecol*. 2016; 59(4):247-251.
46. ¿Qué es la conservación de la fertilidad? [Internet]. National Institutes of Health. 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2VjPjLQ>
47. Fecundación In Vitro (FIV) [Internet]. IVI. 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/39qwU8o>
48. Inseminación Artificial (IA) [Internet]. IVI. 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3ln9sLu>

# B. Actualización COVID-19

## Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES

Nuevos códigos de procedimientos orientados fundamentalmente a la codificación de terapias utilizadas para el tratamiento del COVID-19

Los Centros para Medicare y Medicaid, han publicado, en agosto de 2020, un conjunto de códigos dirigidos fundamentalmente a identificar algunas de las terapias que están siendo más utilizadas en el tratamiento del COVID-19. Todos estos códigos pertenecen a la adenda correspondiente al año fiscal americano 2021 (FY2021), y por tanto su implementación en nuestro país, debería publicarse en la edición de CIE10ES 2022, pero dada la relevancia que está teniendo dicha enfermedad en nuestro sistema sanitario, la Unidad Técnica de Codificación, ha considerado adecuado adelantar, con carácter extraordinario, la incorporación de dichos códigos a nuestra clasificación<sup>1</sup>.

Estos códigos son:

**XW013F5** Introducción en tejido subcutáneo de otra sustancia terapéutica nueva tecnología, abordaje percutáneo, nueva tecnología grupo 5.

**XW033E5** Introducción en vena periférica de remdesivir anti-infeccioso, abordaje percutáneo, nueva tecnología grupo 5.

**XW033F5** Introducción en vena periférica de otra sustancia terapéutica nueva tecnología, abordaje percutáneo, nueva tecnología grupo 5.

**XW033G5** Introducción en vena periférica de sarilumab, abordaje percutáneo, nueva tecnología grupo 5.

**XW033H5** Introducción en vena periférica de tocilizumab, abordaje percutáneo, nueva tecnología grupo 5.

---

<sup>1</sup> <https://go.cms.gov/2JJbeKf>

**XW043E5** Introducción en vena central de remdesivir anti-infeccioso, abordaje percutáneo, nueva tecnología grupo 5.

**XW043F5** Introducción en vena central de otra sustancia terapéutica nueva tecnología, abordaje percutáneo, nueva tecnología grupo 5.

**XW043G5** Introducción en vena central de sarilumab, abordaje percutáneo, nueva tecnología grupo 5.

**XW043H5** Introducción en vena central de tocilizumab, abordaje percutáneo, nueva tecnología grupo 5.

**XW0DXF5** Introducción en boca y faringe de otra sustancia terapéutica nueva tecnología, abordaje externo, nueva tecnología grupo 5.

**XW13325** Transfusión en vena periférica de plasma, de donante convaleciente (no autólogo), abordaje percutáneo, nueva tecnología grupo 5.

**XW14325** Transfusión en vena central de plasma, de donante convaleciente (no autólogo), abordaje percutáneo, nueva tecnología grupo 5.

La entrada en vigor de dichos códigos será el **1 de enero de 2021**.

## Normas de aplicación de los nuevos códigos

Si bien estos códigos han surgido con el propósito fundamental de identificar los fármacos más habituales que se están utilizando para el tratamiento del COVID-19, algunos de ellos son medicamentos que también se utilizan para el tratamiento de otras patologías. Si existe un código específico para dicho medicamento, éste debe ser utilizado para clasificar adecuadamente dicho fármaco, con independencia de la patología para la que se esté utilizando. La clasificación CIE-10-ES Procedimientos, tal y como se expresa en la guía de construcción de la misma, debe ser independiente de la información diagnóstica.

Por otra parte, en la sección X Nueva Tecnología, están apareciendo códigos con los siguientes literales:

**XW033F3** Introducción en vena periférica de otra sustancia terapéutica nueva tecnología, abordaje percutáneo, nueva tecnología grupo 3.

**XW043F3** Introducción en vena central de otra sustancia terapéutica nueva tecnología, abordaje percutáneo, nueva tecnología grupo 3.

**XW033F5** Introducción en vena periférica de otra sustancia terapéutica nueva tecnología, abordaje percutáneo, nueva tecnología grupo 5.

**XW043F5** Introducción en vena central de otra sustancia terapéutica nueva tecnología, abordaje percutáneo, nueva tecnología grupo 5.

Estos códigos no deben utilizarse mientras no esté disponible un listado que identifique cuales son los fármacos que pertenecen a cada grupo determinado de nueva tecnología, (Otra Sustancia Terapéutica Nueva Tecnología). Los fármacos o sustancias que no tengan un código específico en la sección X Nueva Tecnología, deben codificarse con un código de la sección 3 Administración.



# C. Preguntas a la unidad

## COVID-19

**1. Códigos Z03.818 y Z20.828.** Tengo dudas respecto al uso de los códigos Z03.818 Contacto para observación por sospecha de exposición a otros agentes biológicos descartada, y Z20.828 Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles. En la normativa de Covid-19 del primer semestre hay un par de referencias respecto al uso de los códigos Z03.818 y Z20.828. Básicamente la diferencia era que para usar el Z20.828 el paciente tenía que tener signos o síntomas y para usar el Z03.818 no.

En la normativa del segundo trimestre no se hace mención alguna al código Z03.818, ni viene ningún caso concreto de paciente asintomático, que ha estado en contacto (o lo sospecha) con un caso positivo de Covid-19 y las pruebas le dan negativo o no están disponibles. Entiendo que como no hay documentación nueva ni nuevas preguntas a la unidad técnica en este sentido, sigue prevaleciendo lo puesto en la normativa del primer semestre, y el código acertado para este supuesto sería el Z03.818.

## RESPUESTA

El código **Z20.828 Contacto y (sospecha) exposición a otras enfermedades virales transmisibles**, es el indicado para clasificar los **contactos reales o sospechados** a la enfermedad viral COVID-19, independientemente de que los individuos sean **sintomáticos o asintomáticos**. Si se confirma la enfermedad COVID-19 debe codificarse con el código **U07.1 COVID-19**.

Si bien en los primeros momentos de expansión de la enfermedad, se propuso el código **Z03.818 Contacto para observación por sospecha de exposición a otros agentes biológicos, descartada**, para intentar diferenciar los contactos reales de los contactos sospechados, el código **Z03.818** es un código de **Observación** (sospecha de una enfermedad que tras

estudio, se descarta) y no es un código adecuado para identificar contactos reales o sospechados a Covid-19 por lo que no debe utilizarse con dicho propósito.

**2. COVID 19 en hotel medicalizado. Varón de 47 años sin antecedentes médicos de interés ingresa en Hotel medicalizado derivado desde Salud Pública por contacto estrecho con paciente PCR positivo para SARS-Cov-2. Previo a su ingreso se realizan PCR de control los días 17/07/2020 y 21/07/2020 resultando ambas negativas. Durante su estancia, se mantiene asintomático, con saturación basal 96-98% y hemodinámicamente estable. Afebril. Sin incidencias médicas. ¿Qué código sería el adecuado? ¿Z03.818 O Z20.828?**

RESPUESTA

Tal como se especifica en la pregunta anterior para identificar los contactos o sospecha de los mismos al SARS-CoV-2 debe utilizarse el código **Z20.828 Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles**.

**3. Cuaderno 9 pregunta 20. Es el caso del ingreso de un recién nacido asintomático que ingresa para observación por madre COVID-19 y tiene PCR negativa. En la respuesta la unidad dice que se pone Z05.1 de observación más el código Z20.828. En este código no estoy de acuerdo porque anteriormente se dice que se usa para pacientes con síntomas, y PCR negativa. ¿No debería usarse en su lugar el código Z03.818 que es para pacientes asintomáticos y que se descarta tras la evaluación del paciente como pone en el Cuaderno (pregunta 11)?**

RESPUESTA

La contestación a la pregunta es correcta. El código que debe acompañar al Z05 para indicar el contacto (o sospecha del mismo) con su madre COVID-19 positiva es el **Z20.828 Contacto y (sospecha de) exposición a otras enfermedades víricas transmisibles**. La categoría Z03 tiene un Excluye 1 para la categoría Z05 y además, en la situación actual de pandemia, el código Z20.828 debe utilizarse tanto para contactos sintomáticos como para asintomáticos.



**4. Reinfeción por COVID-19.** Un paciente con antecedentes de infección por COVID-19 curada y sin secuelas que ingresa para una colecistectomía y durante el ingreso se le realiza PCR para SARS-CoV-2 y el resultado es positivo, ¿Cómo debemos codificarlo? ¿Pueden utilizarse simultáneamente el código Z86.19 y el código U07.1? ¿Y si un paciente con antecedentes de infección por COVID-19 curada y sin secuelas ingresa con sintomatología respiratoria y PCR positiva para SARS-CoV-2?

RESPUESTA

El *excluye 1* bajo la subcategoría **Z86.1** Historia personal de enfermedades infecciosas y parasitarias, dice:

*Excluye 1:*

- *historia personal de enfermedades infecciosas específicas en un sistema corporal*
- *secuelas de enfermedades infecciosas y parasitarias (B90-B94)*

No existe por tanto incompatibilidad de uso entre ambos códigos pudiendo usarse en un mismo episodio los códigos **Z86.19 Historia personal de otras enfermedades infecciosas y parasitarias**, y el código **U07.1 COVID-19**.

**5. Enfermedad tromboembólica y COVID-19.** ¿Cómo debemos codificar un paciente que ingresa por una TVP (trombosis venosa profunda) y que hace un mes estuvo ingresado por una neumonía por COVID-19? Estamos viendo pacientes que han tenido una infección por SARS-Cov-2 y que pasado un tiempo ingresan por distintas afecciones que el clínico considera asociadas o relacionadas a la infección por COVID-19, por ejemplo una TVP, o un TEP. La PCR del paciente ya es negativa y no precisa aislamiento ni tratamiento dirigido a la infección por COVID. ¿Debemos codificarlo como una secuela? ¿O debemos codificar la afección en cuestión y el código de historia personal de infección por COVID-19?

RESPUESTA

Diversos estudios apoyan que es la respuesta inflamatoria que provoca el virus la que favorece la aparición de trombosis venosa o arterial. Por otro lado, las personas infectadas por el coronavirus tienen un ma-

por riesgo de padecer una enfermedad tromboembólica venosa (ETV, trombosis venosa y embolia pulmonar) porque presentan parámetros de coagulación de la sangre anormales, sus niveles de D-dímero son muy elevados (lo que se sabe que indica riesgo de ETV) y en la mayoría de pacientes con un diagnóstico peor aparece coagulación intravascular diseminada.

Todo ello unido a que los enfermos graves o críticos están inmovilizados durante muchos días, siendo éste uno de los principales factores de riesgo de ETV. Además, algunos tratamientos antivirales interactúan con los anticoagulantes de acción directa y esto hace que unas de las complicaciones que pueden presentar los enfermos graves hospitalizados o incluso no hospitalizados pero aislados con poca movilidad sean las tromboembólicas. Sin olvidar los antecedentes personales como otros posibles factores de riesgo. Estas patologías o complicaciones pueden aparecer tanto durante el ingreso como tras él (hasta dos meses después refieren).

Se entiende que si aparecen dentro del mismo ingreso no hay problemas con su codificación, aunque no se sepa realmente su causa u origen.

Ante lo descrito en la pregunta se pueden considerar dos escenarios:

1. Si en la documentación clínica, el ingreso por COVID-19 está reflejado como un antecedente previo y la patología actual (el tromboembolismo/TVP) no está vinculada de alguna manera como “causa/efecto”, entonces la enfermedad por COVID 19, debe codificarse como “Historia de”.

**DP: TVP/TEP**

**DS: Z86.19 Historia personal de otras enfermedades infecciosas y parasitarias**

2. Si el clínico hace referencia en la documentación a que la patología actual es consecuencia, asociada o relacionada a una infección ya pasada por COVID-19 se consideraría secuela de la misma.

**DP: TVP/TEP**

**DS: B98.4 Secuelas de otras enfermedades infecciosas y parasitarias especificadas**

La documentación clínica debe expresar la vinculación entre COVID19 y TVP/TEP. El codificador no debe presuponerla en los casos de presentación postCOVID19 en los que no esté documentada dicha vinculación.

**6. COVID + en neonato de menos de 28 días. Neonato de 22 días que ingresa con fiebre. COVID positivo. Contacto estrecho en el mismo domicilio hace 48 horas con su primo de 2 meses que ha resultado positivo para COVID, realizado por febrícula. No ha presentado vómitos ni diarrea, ligeramente irritable, pero toma bien y está activo. ¿Cómo se codifica en este caso la enfermedad por coronavirus? ¿P39.8 + U07.1?**

## RESPUESTA

Las infecciones que aparecen después del nacimiento y en los primeros 28 días de vida podrán o no codificarse en el capítulo 16, en función de si la infección es congénita o es adquirida en la comunidad. En el caso que usted nos plantea, es una infección de un neonato pero **adquirida en la comunidad** y por tanto solo debe utilizarse el código correspondiente a la infección específica **U07.1 COVID-19**.

El epígrafe 16.1.6 del manual de codificación, también sirve de referencia: Si en el período perinatal aparecen patologías que se deben a causas no perinatales, como es el caso de algunos traumatismos, infecciones o complicaciones producidas por procedimientos realizados al neonato, se codificarán con códigos diferentes a los del capítulo 16. Estas patologías suelen aparecer una vez dado de alta el recién nacido de la maternidad, aunque también pueden aparecer en las unidades de neonatología.

Hasta la fecha la transmisión de la madre al hijo en los casos en los que ocurre, se considera que se produce por el contacto estrecho entre ellos tras el nacimiento y, solo en un número muy limitado de casos se ha demostrado transmisión vertical.

**7. PCR positiva no infectiva. Paciente dado de alta con el siguiente diagnóstico principal: sepsis origen respiratorio con neumonía basal derecha por broncoaspiración más insuficiencia respiratoria parcial más SCASEST. En marzo del 2020 estuvo ingresada por infección respiratoria por COVID. Ahora en el actual ingreso en el mes de septiembre le realizan PCR cuyo resultado es el siguiente: positivo. Y el informe dice: se detecta RNA de coronavirus SARS-CoV-2 con ciclo de amplificación del gen N2 muy alto, lo cual indica presencia residual del virus, sin capacidad infectante. ¿Qué código debo utilizar para reflejar esta situación? ¿U07.1 o por el contrario el Z86.19?**

## RESPUESTA

La normativa actual de codificación indica que solo deben codificarse como COVID-19 los diagnósticos confirmados que hayan sido constatados por el clínico o por la presencia documental de una prueba con resultado positivo a COVID-19. En este caso, hay documentada una prueba positiva, que debería codificarse con el código **U07.1**. No obstante, si la documentación o la descripción del resultado de la prueba ofrecen dudas al codificador (como es el caso que usted envía) debe ser el clínico quien determine si la infección está o no presente.

**8. Síndrome inflamatorio multisistémico postCOVID. Paciente con fiebre, mialgias, malestar general que ingresa por síndrome inflamatorio multisistémico postCOVID. Infección por COVID leve pasada reciente (4 semanas antes del comienzo del cuadro actual) con PCR negativa actual y serología IgM e IgG positivas. En este caso ¿habría que codificarlo como una sepsis actual por COVID? Aunque nos digan que ahora es COVID negativo, ¿serían correctos los códigos U07.1 + R65.20?**

## RESPUESTA

Desde abril 2020 se ha descrito un síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) asociado con la infección actual o reciente por SARS-CoV-2. Este síndrome ha sido descrito predominantemente en niños aunque también se han dado casos en adultos. No existe una definición única para este síndrome y diferentes organismos (OMS, CDC, etc.) han elaborado criterios de definición del mismo.

Hasta que dispongamos de un código específico para este síndrome debe ser codificado bajo el código **M35.8 Otros tipos especificados de afectación sistémica de tejido conectivo**.

Si este síndrome aparece en el seno de la infección por COVID debe codificarse primero el U07.1 COVID-19.

### **U07.1 COVID-19**

### **M35.8 Otros tipos especificados de afectación sistémica de tejido conectivo**

Si el síndrome aparece como resultado de una exposición (confirmada o sospechada) al COVID, sin evidencia de infección en las cuatro

semanas anteriores a la aparición del síndrome inflamatorio, se codificará el SIM, secuenciando a continuación el código de exposición. M35.8

**M35.8 Otros tipos especificados de afectación sistémica de tejido conectivo**

**Z20.828 Contacto y (sospecha) exposición a otras enfermedades virales transmisibles**

Si el clínico indica en la documentación que la patología actual es consecuencia de una infección por COVID-19 ya pasada se consideraría secuela de la misma.

**M35.8 Otros tipos especificados de afectación sistémica de tejido conectivo**

**B94.8 Secuelas de otras enfermedades infecciosas y parasitarias especificadas**

**9. Administración de dexametasona en pacientes COVID +. La administración intravenosa del glucocorticoide dexametasona en pacientes positivos para SARS-CoV-2, ¿es correcto codificarla como administración de antiinflamatorio e inmunosupresor: 3E0333Z + 3E033WL?**

RESPUESTA

el código correcto para la administración intravenosa de dexametasona (suponiendo que se haga a través de una vena periférica) es el siguiente: **3E0333Z Introducción en vena periférica de anti-inflamatorio, abordaje percutáneo**

**10. Infusión de linfocitos de memoria. ¿Cómo se codificaría una infusión de linfocitos de memoria como parte de un ensayo clínico en un paciente COVID positivo?**

RESPUESTA

Los linfocitos T de memoria son un subtipo de linfocitos T importantes en la respuesta inmunitaria adaptativa. Los linfocitos son un tipo de glóbulos blancos y por lo tanto la codificación debe hacerse como una administración de glóbulos blancos:

### **302(3,4)3Q1-Transfusión en (vena periférica/vena central) de glóbulos blancos, no autólogo, abordaje percutáneo**

**11. *Transfusión de plasma de convaleciente. ¿Cuál es el código apropiado para clasificar el uso de plasma de convaleciente en enfermos COVID +?***

RESPUESTA

A partir del 01 de enero de 2021 entran en vigor nuevos códigos de procedimientos, entre ellos los que permiten codificar de forma específica la administración de plasma de convaleciente. Los códigos apropiados son:

**XW13325 Transfusión en vena periférica de plasma, de donante convaleciente (no autólogo), abordaje percutáneo, nueva tecnología grupo 5**

**XW14325 Transfusión en vena central de plasma, de donante convaleciente (no autólogo), abordaje percutáneo, nueva tecnología grupo 5**

Para altas previas al 01 de enero de 2021 puede consultar la pregunta publicada en el Cuaderno n° 9 del primer semestre de 2020. En dicho Cuaderno se establece que el código a emplear para la infusión de plasma convaleciente en pacientes infectados por COVID-19 es el siguiente: **302(3,4)3S1 Transfusión en (vena periférica, vena central) de globulina, no autólogo, abordaje percutáneo.**

**12. *TEP asociado a COVID-19. Se trata de un paciente que ingresa por una neumonía por COVID-19 y un TEP asociado a la misma simultáneamente. ¿Debemos considerar ese TEP como séptico y utilizar el código I26.90 Embolia pulmonar séptica sin cor pulmonale agudo?***

RESPUESTA

No debe utilizar el código **I26.90 Embolia pulmonar séptica sin cor pulmonale agudo**, si el clínico no le especifica que la embolia pulmonar es séptica. No es lo habitual en los casos asociados a la infección COVID-19. Con la información que aporta el código adecuado para relejar el TEP sería **I26.99 Otra embolia pulmonar sin cor pulmonale agudo.**

# Neoplasias

**13. *Ascitis maligna*. ¿Cómo debe codificarse un episodio de un paciente que acude para realizarse exclusivamente una paracentesis evacuadora de una ascitis maligna? En el Manual de Codificación de Diagnósticos en el punto 2.11.3. dice: “Cuando el motivo del contacto es el tratamiento de una complicación asociada a la neoplasia, y el tratamiento solamente se dirige a la complicación, se codifica la complicación en primer lugar seguida de los códigos apropiados para la neoplasia”. Por otra parte, en la lista tabular de CIE-10-ES bajo el código R18.0 de Ascitis maligna, aparece una nota de instrucción “codifique primero la neoplasia maligna”.**

## RESPUESTA

Las notas de instrucción de CIE-10-ES tienen prioridad sobre la normativa de codificación. La normativa publicada específicamente sobre ascitis maligna también indica que se codifique primero la neoplasia maligna.

En el caso que usted plantea debe codificarse en primer lugar la neoplasia maligna responsable de la ascitis maligna (junto con su código de morfología) seguido del código de la ascitis maligna. Deberá codificar también la paracentesis realizada.

**14. *Teratoma quístico maduro en ovario*. ¿Cómo debemos codificar un diagnóstico de teratoma quístico maduro de ovario? En el IAE encontramos:**

### **Teratoma**

- quístico (adulto) - véase Neoplasia, benigna, por localización
- maduro - véase Neoplasia, comportamiento incierto, por localización

**No hay quístico maduro combinado ¿Es correcto benigno o comportamiento incierto?**

## RESPUESTA

Los teratomas quísticos maduros de ovario suponen el 10-20% de las tumoraciones ováricas, cifra que se eleva al 50% en los grupos de edad

de niñas y adolescentes. Son tumores benignos derivados de una línea germinal multipotencial, caracterizados por la presencia de tejidos procedentes de las tres hojas embrionarias.

Su codificación correcta es un código (en función de la localización) de la categoría **D27 Neoplasia benigna de ovario**, añadiendo el código correspondiente de morfología **9080/0 Teratoma benigno**, como indica la CIE-O-3.

### **9080/0 Teratoma benigno**

Teratoma adulto, SAI

Teratoma diferenciado

Teratoma maduro

Teratoma quístico adulto

Teratoma quístico, SAI

**15. *Terapia intratecal para LLA B común.* Nos gustaría saber cómo debemos codificar el siguiente tratamiento: triple terapia intratecal con Metotrexato 12 mg, Citarabina 30 mg e Hidrocortisona 12 mg. ¿Son correctos los códigos: 3E0R305 y 3E0R33Z?**

### RESPUESTA

La terapia intratecal suele administrarse mediante punción lumbar o mediante un reservorio de Ommaya. El valor de localización anatómica a elegir es R Canal Espinal. Y el valor de abordaje correcto es 3 Percutáneo.

Para la administración de antineoplásicos (metotrexato y citarabina) el código correcto es **3E0R305 Introducción en canal espinal de antineoplásico, otro antineoplásico, abordaje percutáneo.**

Para la administración de corticoides (hidrocortisona) el código correcto es **3E0R33Z Introducción en canal espinal de antiinflamatorio, abordaje percutáneo.**

**16. *Carcinoma ductal infiltrante de mama y carcinoma intraductal.* Se trata de una paciente operada de un carcinoma infiltrante de mama que ingresa para ampliación de márgenes. En la nueva anatomía patológica**



**describen un carcinoma intraductal in situ. A la hora de codificar los diagnósticos ¿debemos poner solo el carcinoma in situ?**

RESPUESTA

El motivo de la segunda cirugía es continuar el tratamiento del carcinoma ductal infiltrante por lo que debe poner esa neoplasia como diagnóstico principal (Código correspondiente de la categoría **C50 Neoplasia maligna de mama**, más el código de morfología **8500/3 Carcinoma ductal infiltrante, SAI**.)

En un carcinoma ductal infiltrante puede haber áreas o márgenes que aún no estén infiltrados por la neoplasia maligna (áreas con tejido sano o con carcinoma intraductal in situ). Al tratarse de la misma extirpe y morfología del tumor solo codificamos la neoplasia maligna.

**17. Síndrome de Meigs. Paciente con derrame pleural bilateral, fibroma de ovario gigante y ascitis. Se diagnostica de Síndrome de Meigs. ¿Cómo se debe codificar este caso? ¿Cuál sería el diagnóstico principal?**

RESPUESTA

El síndrome de Meigs es una enfermedad neoplásica poco frecuente caracterizada por una tríada clínica compuesta por tumor benigno de ovario (normalmente fibroma ovárico o tumor tipo fibroma), hidrotórax y ascitis, que se resuelven tras la resección tumoral.

Al no existir un código específico para este síndrome deben codificarse cada una de las manifestaciones inherentes al mismo, en este caso el fibroma de ovario, la ascitis y el derrame pleural.

El diagnóstico principal dependerá de las circunstancias del ingreso, y será el proceso patológico o circunstancia que, después del estudio pertinente y al alta del paciente, y según criterio del facultativo, se establezca como causa del ingreso. Cuando existan dos o más afecciones que pueden cumplir los criterios de ser diagnóstico principal cualquiera de ellas puede serlo, salvo que las circunstancias de la admisión, el tratamiento, o las instrucciones de la lista tabular o del índice alfabético de enfermedades indiquen lo contrario.

# Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

**18. Supresión del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. ¿Qué código CIE 10 ES debemos utilizar para la supresión crónica del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal secundaria a suspensión por indicación médica de un tratamiento a largo plazo con corticoides?**

RESPUESTA

El síndrome de deprivación glucocorticoidea se manifiesta en pacientes con hipercortisolismo endógeno después de la cirugía adrenal o hipofisaria, y en individuos que han recibido tratamientos con dosis elevadas de glucocorticoides durante más de 2 semanas. En estas situaciones el enfermo ha estado expuesto a concentraciones elevadas de cortisol y hormona sintética similar, y al disminuir bruscamente los niveles de estas hormonas, presentan manifestaciones de insuficiencia adrenal. El eje hipotálamo-hipófisis-adrenocortical regula la secreción diaria de cortisol y presenta un ritmo circadiano. El ritmo puede perderse por estrés, enfermedad, o por la administración farmacológica de glucocorticoides. La retirada de corticoides puede causar insuficiencia adrenal secundaria, síndrome de retirada o deprivación de corticoides, y reactivación de la enfermedad de base para la cual fueron indicados. La insuficiencia adrenal secundaria es la complicación más temida, y constituye la principal causa de crisis adrenal e insuficiencia adrenal secundaria en la actualidad.

La codificación de la supresión crónica del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal se hará teniendo en cuenta la complicación a la que ha dado lugar y su etiología. Por ejemplo, en el caso de que la complicación sea una insuficiencia adrenal por el uso prolongado de corticoides, la codificación será:

**E27.3 Insuficiencia corticosuprarrenal inducida por fármacos**

+ el código (con el séptimo carácter que corresponda):

**T38.0X5- Efecto adverso de glucocorticoides y análogos sintéticos**

**Z79.52 Uso prolongado (actual) de esteroides sistémicos**

**19. Paratiroidectomía total con reimplante de paratiroides en antebrazo. En una intervención quirúrgica, tras realizar una paratiroidectomía total, se hace un reimplante de paratiroides superior derecha en antebrazo derecho. ¿Con qué procedimiento es adecuado codificar el implante de paratiroides en antebrazo?**

RESPUESTA

El autotrasplante de tejido paratiroideo se utiliza tras una paratiroidectomía total en pacientes con hiperparatiroidismo secundario a enfermedad renal. Para codificar la recolocación del tejido paratiroideo en el antebrazo el tipo de procedimiento a utilizar es REPOSICIÓN: recolocar en su localización habitual, o en otra localización adecuada, toda o parte de una estructura anatómica. Elegiremos el valor de localización anatómica en función de la glándula paratiroidea de la que se extrae el tejido que luego es colocado en el antebrazo del paciente. En este caso el tejido se obtiene de la glándula paratiroidea superior derecha y se recoloca en el antebrazo derecho mediante abordaje abierto. El código sería:

**0GSL0ZZ Reposición de glándula paratiroidea superior, derecha, abordaje abierto**

**20. Test de Miller o de restricción hídrica. Paciente que ingresa por sospecha de diabetes insípida. ¿Qué código de procedimiento podríamos utilizar en este episodio para identificar el Test de Miller o restricción hídrica?**

RESPUESTA

El test de Miller consiste en mantener al paciente libre de ingestión hídrica durante una serie de horas y periódicamente (cada hora o cada dos horas) realizar una serie de determinaciones: TA, peso, osmolalidad y sodio plasmático y osmolalidad y densidad urinaria. La duración de la prueba es variable, entre cuatro y 16 horas en función de los resultados de la misma.

La clasificación de procedimientos no incluye ningún código que permita codificar el test de restricción hídrica, ni las determinaciones analíticas. Si lo desea, y aunque no parece muy relevante puede codificar la monitorización de constantes que precisa el paciente.

**21. Mastopatía diabética. ¿Cómo podemos codificar el diagnóstico de mastopatía diabética en una paciente diabética tipo 1? La mastopatía diabética es una complicación evolutiva de la diabetes mellitus, infrecuente y poco estudiada. Se cree que el mecanismo inicial es la alteración de la microvascularización, que se correlaciona con alteraciones renales, neuronales y en la retina. Sería importante poder recuperar estos casos.**

RESPUESTA

No existe un código específico para la mastopatía diabética. Deberá utilizar codificación múltiple:

**Diabetes, diabético (mellitus) (sacarina) E11.9**

-tipo 1 E10.9

--con

---complicación E10.8

----especificado NCOC E10.69

En primer lugar, debe utilizar el código **E10.69 Diabetes Mellitus tipo 1 con otras complicaciones especificadas**, y añadir el código correspondiente de la mastopatía que, sin más información, sería el **N64.89 Otros trastornos especificados de mama**.

**22. Diabetes tipo 2 y pospancreatectomía. Se trata de un paciente con diabetes mellitus tipo 2 al que le realizan una duodenopancreatectomía cefálica. Desde entonces está en tratamiento con insulina y en el juicio diagnóstico del episodio aparece: Diabetes Mellitus (tipo 2 + pancreopriva). ¿Debemos codificar los dos tipos de diabetes?**

RESPUESTA

Bajo la categoría **E11 Diabetes Mellitus tipo 2**, aparece una nota Excluye 1 para la diabetes pospancreatectomía (E13.-). Codifique la situación reflejada en su consulta de la siguiente manera:

**E11.9 Diabetes mellitus tipo 2 sin complicaciones**

**E89.1 Hipoinsulinemia posprocedimiento**

**Z90.411 Ausencia adquirida parcial de páncreas**

**Z79.4 Uso prolongado (actual) de insulina**

# Enfermedades del sistema nervioso

**23. Potenciales evocados somatosensoriales. ¿Cómo deben codificarse los potenciales evocados somatosensoriales? ¿Sería correcto el siguiente código 4A10X2Z Monitorización de conductividad, nervioso central, abordaje externo?**

RESPUESTA

Los potenciales evocados somatosensoriales (PESS) son el registro de los potenciales eléctricos generados principalmente por las fibras gruesas de la vía somatosensorial en las porciones centrales y periféricas del sistema nervioso, en respuesta a un estímulo reproducible.

Para su realización se colocan unos electrodos de detección en el cuero cabelludo, cuello y espalda. A continuación, se generan pequeños estímulos eléctricos desde la muñeca o el tobillo. La respuesta a esa estimulación eléctrica se registra a través de los electrodos mediante un equipamiento específico.

El código adecuado para codificar los potenciales evocados somatosensoriales es el siguiente:

**F01Z9JZ Evaluación de la función motora y/o nerviosa, potenciales evocados somatosensoriales, con somatosensorial**

Los potenciales evocados somatosensoriales pueden utilizarse como parte de la monitorización neurofisiológica intraoperatoria (MNIO) en la cirugía de columna. La MNIO permite conocer el estado de las funciones neurológicas durante la cirugía, guiando al cirujano y minimizando los riesgos de lesión. En este contexto los PESS dan información sobre la integridad de las vías sensitivas. Para su obtención se estimula un nervio periférico y se registran las respuestas en diferentes puntos a lo largo de la vía. La elección del nervio y el lugar a estimular vienen determinados por el nivel de la cirugía.

En este contexto el código adecuado sería:

**4A11329 Monitorización de conductividad, sensorial, nervioso periférico, abordaje percutáneo**

**24. *Sympatectomía lumbar.* ¿Cómo debemos codificar el siguiente procedimiento quirúrgico en un paciente con obliteración por arteriosclerosis fémoro-poplíteas izquierda y distal derecha que ingresa por claudicación y dolor de reposo?**

***Intervención:*** Previo estudio preoperatorio es intervenido quirúrgicamente realizándose sympatectomía lumbar izquierda.

***Descripción de la intervención:*** Anestesia General. Decúbito supino en posición de Pilet. Incisión transversa paraumbilical izquierda. Dislaceración de los planos musculares, rechazo del saco peritoneal y abordaje de la cadena simpática lumbar izquierda en el borde interno del músculo psoas.

**Gangliectomía de L2-L3.**

**Hemostasia del lecho quirúrgico y cierre de la herida operatoria por planos, con puntos de vycril y piel con grapas.**

***Anatomía patológica quirúrgica:*** Diagnóstico: ganglio simpático (2 fragmentos) reconocidos sin lesiones relevantes.

***Datos clínicos:*** Sympatectomía lumbar izquierda. Cadena simpática.

**¿Qué código es más adecuado? ¿01BN0ZZ Escisión de nervio simpático lumbar, abordaje abierto, o 01BB0ZZ Escisión de nervio lumbar, abordaje abierto?**

RESPUESTA

En los Anexos C Términos Clave de Localizaciones Anatómicas y E Definiciones de Localizaciones Anatómicas, el término Nervio Simpático Lumbar incluye el Ganglio lumbar y el Nervio esplácnico lumbar, por lo que el valor de localización anatómica correcto es N Nervio Simpático Lumbar.

**01BN0ZZ Escisión de nervio simpático lumbar, abordaje abierto**

**25. ¿Cómo se codifica el test de infusión lumbar para estudio de una hidrocefalia comunicante?** La descripción del procedimiento es la siguiente: anestesia local con lidocaína al 2%. Se realiza punción lumbar y tras evidenciar salida de LCR claro se conecta el sistema. Se obtiene una presión de apertura de 15mmH<sub>2</sub>O. Se infunden 17 ml del Ringer Lactato alcanzando a los 10 minutos (durante 2 min seguidos) valores

**por encima de 40 mmH<sub>2</sub>O, decidiéndose parar el test. Se retira aguja y se coloca apósito.**

RESPUESTA

Con este test se mide la presión intracraneal (PIC) basal y su comportamiento ante la infusión de líquido. Ante el aumento de volumen de LCR se ponen en marcha una serie de mecanismos amortiguadores cuyo funcionamiento se puede medir con este tipo de test. Por tanto, los test de infusión nos dan información no solo de la situación de compensación de la PIC (elastancia cerebral) en un determinado paciente, sino de su capacidad de reabsorción de LCR.

Este procedimiento debemos reflejarlo con un código de Medición de Presión Intracraneal.

**4A003BD Medición de presión, intracraneal, nervioso central, abordaje percutáneo**

## Enfermedades del aparato circulatorio

**26. Aterectomía rotacional y balón de corte. ¿Cómo debemos codificar una aterectomía rotacional? En muchas ocasiones en las angioplastias de arterias coronarias, antes de colocar el stent, realizan una aterectomía rotacional. Otras veces utilizan un balón de corte que fragmenta la placa antes de realizar la dilatación y posterior colocación del stent. ¿Cómo debemos codificar este procedimiento? En la tabla de fragmentación no hay localización anatómica para arteria coronaria.**

RESPUESTA

La **aterectomía rotacional** se realiza mediante la aplicación de un catéter guía que soporta una corona (oliva) que contiene diminutas puntas de diamante y que se hace girar a 140.000-190.000 rpm mediante aire comprimido. Las placas de ateroma que sobresalen dentro de la luz del vaso son pulverizadas en pequeñas partículas, que pasan distalmente a través de la microcirculación coronaria y son captadas por el sistema reticuloendotelial. Se utiliza antes de la implantación del stent para pulir los componentes duros de la placa, dejando intactos los componentes blandos y los tejidos.

**Codificación:** debe codificarse con el tipo de procedimiento **C** Extirpación, en la tabla **02C**, eligiendo los valores adecuados en el resto de posiciones. Esta aterectomía no debe confundirse con la aterectomía orbital, que teniendo el mismo fundamento es más novedosa y debe ser codificada en la sección X Nueva Tecnología.

Por otro lado, **los balones de corte** son balones de angioplastia coronaria que, gracias a unos filamentos de nitinol que recorren su superficie de manera helicoidal, consiguen una fractura de la placa de ateroma. Esto permite una mayor fuerza de cizalladura con una dilatación homogénea a lo largo del balón. Su función principal es la preparación de la placa, previo al implante del stent. Los escenarios donde mayoritariamente se utilizan son las lesiones calcificadas, las reestenosis intra-stent, las bifurcaciones y las lesiones ostiales.

**Codificación:** en este caso el objetivo es la preparación de la placa para el procedimiento de dilatación e inserción de stent. Codificaremos por tanto la angioplastia en la tabla **027** con el valor correspondiente de dispositivo.

**27. Implante TAVI (implante transcáteter de válvula aórtica) de válvula autoexpandible. Para codificar las válvulas autoexpandibles Acurate-Neo® ¿sería correcto utilizar el siguiente código X2RF332? ¿Las válvulas autoexpandibles son las válvulas de despliegue rápido?**

RESPUESTA

Los dispositivos de TAVI consisten en una válvula específicamente diseñada y en un sistema de implante, el cual habitualmente es insertado sobre una guía a través de una vaina o mediante métodos sin vaina. La válvula consta de un delgado stent, el cual es expandible con balón (acero inoxidable o cobalto-cromo) o **autoexpandible** (habitualmente nitinol). Acurate Neo autoexpandible es una válvula de pericardio porcino montada sobre un stent de nitinol que consta de varias partes: arcos estabilizadores que permiten el autoalineamiento de la válvula durante el implante, un segmento central (upper crown), donde van cosidos los velos, y el segmento más distal (lower Crown) que se implanta en el tracto de salida del ventrículo izquierdo penetrando en este mínimamente. Este tipo de válvula debe codificarse en la tabla 02R.



Las válvulas de despliegue rápido son diferentes a las descritas previamente y son las que se deben codificar en la tabla X2R.

## **28. Stent reductor del seno coronario. ¿Cómo se codifica la colocación de un stent reductor del seno coronario para el tratamiento de la angina refractaria?**

### RESPUESTA

El stent reductor del seno coronario es un dispositivo en forma de reloj de arena que se implanta en el seno coronario a través de un abordaje transvenoso percutáneo desde la vena yugular interna derecha o cualquier otra vena periférica grande.

Es una alternativa terapéutica para los pacientes con angina de pecho refractaria crónica (APRC) a pesar de tratamiento médico óptimo, en los que no existe opción de tratamiento de revascularización y que presentan isquemia miocárdica en el territorio de la coronaria izquierda. El objetivo de este tratamiento es reducir el área efectiva del seno coronario lo que genera un incremento de presión venosa que a su vez ocasiona una redistribución del flujo en el miocardio desde epicardio a endocardio, así como la generación de neovasos arteriales.

Esta técnica quirúrgica de **reducción del calibre del seno venoso coronario** se utilizó para el tratamiento de la angina a mediados del siglo pasado con buenos resultados, si bien posteriormente se abandonó con la aparición de la cirugía coronaria<sup>8,9 y 10</sup>.

**Codificación:** el objetivo terapéutico es aumentar la revascularización arterial coronaria mediante la redistribución del flujo sanguíneo y la generación de neovasos. Se consigue reduciendo el calibre de la principal vena del corazón: el seno venoso coronario. No existe actualmente en las tablas del sistema orgánico 2 Corazón y grandes vasos, con el tipo de procedimiento **RESTRICCIÓN**, localización anatómica ni valor de dispositivo adecuado para poder codificar ahí este procedimiento.

Utilizaremos por tanto el tipo de procedimiento **INSERCIÓN**, tabla 02H. El anexo de localizaciones anatómicas nos dice:

Seno venoso - buscar Aurícula, Derecha

Elegiremos el valor de localización anatómica **6** Aurícula Derecha, y el valor de dispositivo **D** Dispositivo Intraluminal.

En esta tabla tenemos también la localización anatómica Vena Coronaria, pero el anexo de localizaciones anatómicas nos remite a Aurícula Derecha (para el seno venoso).

Dado que la técnica es percutánea el código apropiado es **02H63DZ Inserción en aurícula, derecha, de dispositivo intraluminal, abordaje percutáneo**

**29. *Uso de anticoagulantes.* Si un paciente que toma anticoagulantes deja de tomarlos por indicación médica (por ejemplo, sustituye los anticoagulantes orales por heparina) para someterse a una intervención quirúrgica y días después sufre un ictus que el médico relaciona con el cese o cambio del tratamiento anticoagulante, ¿podemos reflejarlo de alguna manera en la codificación?**

RESPUESTA

No es adecuado utilizar códigos de infradosificación. Según el manual de Codificación de Diagnósticos, ed. 2020, la infradosificación “significa tomar menos cantidad de medicación de la prescrita o de la indicada por un profesional. La interrupción del uso de un medicamento prescrito, por iniciativa del paciente (sin indicación del médico) se clasifica también como una infradosificación”.

Si el paciente suspendió o sustituyó la medicación según la indicación médica no puede considerarse una infradosificación. La circunstancia que usted plantea no puede ser reflejada en la codificación.

**30. *Angio TAC de TSA y arterias cerebrales.* ¿Cuál es el código adecuado para la realización de un angio TAC de troncos supraaórticos (TSA) y arterias cerebrales?**

RESPUESTA

El angio TAC de troncos supraaórticos y arterias cerebrales debe codificarse en la sección B Imagen, sistema orgánico 3 Arterias Superiores y tipo de procedimiento 2 Tomografía Computarizada (Scanner TC). Deberá elegir los valores adecuados de localización anatómica según el territorio explorado. En general suelen explorarse arterias carótidas (común, interna), arterias vertebrales y arterias intracraneales, pero debe comprobarlo

en la documentación clínica. Debe elegir también el valor adecuado según el tipo de contraste utilizado. Es posible que precise de varios códigos para reflejar los diferentes territorios arteriales explorados.

## Enfermedades del aparato digestivo

**31. Oclusión TIPS. Un paciente es ingresado porque le van a ocluir el TIPS (Derivación Portosistémica Intrahepática Transyugular) con un dispositivo Amplatzer ya que le provoca una encefalopatía hepática. Mi pregunta es: ¿cuál sería el procedimiento apropiado para la oclusión del TIPS?, ¿sería adecuado utilizar el 06Q43ZZ Reparación en vena hepática, abordaje percutáneo?**

### RESPUESTA

Los oclusores vasculares Amplatzer® Vascular Plug (St. Jude Medical) también llamados AVPs son dispositivos indicados para realizar embolizaciones tanto arteriales como venosas, solos o en combinación con otros agentes embolizantes.

Todos los Amplatzer® Vascular Plug son oclusores autoexpandibles fabricados con una o varias capas de nitinol, con dos marcadores radiopacos en sus extremos y con un microtornillo al que va a acoplada la guía portadora. Son flexibles, ocluyen el vaso tratado con un único dispositivo y se pueden reposicionar, liberar e incluso recapturar con facilidad. Existen tres tipos de Amplatzer con características diferentes que los hacen adecuados a distintas situaciones anatómicas o terapéuticas. Son compatibles con la RMN y causan poco o ningún artefacto en el TAC.

Tras la realización de un TIPS, se puede producir un incremento del retorno venoso al sistema cardiaco derecho, lo que puede provocar la exacerbación de una insuficiencia cardiaca subyacente. La hipertensión pulmonar también está relacionada con los cambios hemodinámicos inducidos por la colocación del TIPS. Otras complicaciones de la derivación portosistémica que pueden requerir del cierre del *stent* son la encefalopatía severa o la insuficiencia hepática. El empleo de taponos vasculares permite la oclusión del TIPS de forma simple, rápida, segura y efectiva.

En la pregunta que usted plantea se está **actuando sobre un dispositivo** que no da los resultados esperados y **no sobre una estructura anatómica**. El objetivo del procedimiento es anular funcionalmente el TIPS. La colocación inicial de este dispositivo (TIPS) se clasifica bajo el tipo de procedimiento “DERIVACIÓN”, no bajo el tipo de procedimiento “SUSTITUCIÓN”.

Tal como se indica en el Cuaderno de Codificación Número 8. 2º SEMESTRE 2019 (pág. 28): *“Todos los procedimientos que se realicen sobre una derivación vascular no coronaria para que vuelva a funcionar sin extraerla o cambiarla, teniendo en cuenta que el injerto de derivación no sustituye en sí a ningún vaso, se deben codificar con el tipo de procedimiento (W) REVISIÓN. Esto no se aplica sobre las derivaciones coronarias, cuya normativa es específica y diferente al resto así como sus tablas de codificación. En el caso de las arterias coronarias, las actuaciones sobre el injerto o baipás deben entenderse como si fueran realizadas sobre la propia arteria coronaria, como si hubiese sido sustituida, y por tanto se codificará según el tipo de procedimiento realizado”.*

Así, se debe codificar como **06WY3JZ Revisión en vena inferior, de sustituto sintético, abordaje percutáneo**.

**32. Alto débito por ileostomía. ¿Cómo se codifica el alto débito por una ileostomía? Paciente con colectomía subtotal con ileostomía terminal en flanco derecho. Deshidratación por pérdidas por ileostomía, así como anemia y desnutrición multifactorial. Ingresó inicialmente con suero-terapia y corrección hidroelectrolítica. Además, nutrición enteral para optimizar cirugía. Se decide reconstrucción del tránsito intestinal. Diagnóstico al alta: Fracaso renal agudo por pérdidas de ileostomía. Deshidratación. Si lo consideramos una complicación del estoma, ¿el código podría ser el K94.19 y añadir la deshidratación y el fallo renal agudo?**

RESPUESTA

El alto débito de una ileostomía se considera una complicación del estoma. Debe estar bien documentada y en caso de duda consultar al clínico responsable. La ostomía de alto débito es una complicación frecuente en pacientes portadores de ileostomía. Si bien durante los primeros días tras la realización de una ostomía normalmente hay un aumento del efluente, este disminuye rápidamente por la “adaptación intestinal”. Cuando esta

adaptación falla o precisa de un largo tiempo, los pacientes se enfrentan al desafío de controlar las grandes pérdidas que pueden llevar a un estado de deshidratación crónica. En estos pacientes ostomizados comienzan a aparecer grandes pérdidas de agua, sodio y magnesio, así como desnutrición y pérdida de peso a largo plazo. Este evento se conoce como Ostomía de Alto Débito (OAD) y en algunos estudios ha sido identificado como precursor de deshidratación y disfunción renal.

La entrada en el Índice Alfabético es:

### **Ileostomía**

-mal funcionamiento K94.13

#### **K94.13 Mal funcionamiento de enterostomía**

Además, deben codificarse el fallo renal agudo y la deshidratación, así como la anemia y la desnutrición multifactorial si están presentes.

**33. Trombectomía hemorroidal. Se trata de un paciente con trombosis hemorroidal externa al que realizan una trombectomía hemorroidal. ¿Cómo debemos codificar este procedimiento? ¿Es adecuado el código 06CY0ZZ Extirpación en vena inferior, abordaje abierto? La localización anatómica Y Vena Inferior, no tiene en esta tabla el calificador Plexo Hemorroidal.**

**34. Drenaje de hemorroides. Se trata de un paciente con hemorroides trombosadas al cual le realizan un drenaje con analgesia. ¿Cuál sería la localización anatómica correcta?**

### RESPUESTA

Cuando hacen una trombectomía o drenaje hemorroidal habrá que diferenciar en primer lugar si se trata de un DRENAJE o una EXTIRPACIÓN en función de la naturaleza líquida o sólida de lo que drenen o extraigan.

Respecto a la localización anatómica el calificador **C Plexo Hemorroidal**, aparece en las tablas **065** (Destrucción), **06B** (Escisión) y **06L** (Oclusión), para la localización anatómica **Y Vena Inferior**. Aunque este calificador no aparece en las tablas de Extirpación o Drenaje, el valor de localización anatómica que debe utilizar es **Y Vena Inferior**.

**35. *Banding hemorroidal.* El tratamiento quirúrgico de las hemorroides con la técnica de “Banding” (bandas elásticas) se codifica como Oclusión ¿con dispositivo o sin dispositivo?**

RESPUESTA

El banding hemorroidal consiste en la colocación de unas bandas elásticas alrededor de las hemorroides, consiguiendo que se caigan por isquemia. Es un proceso sencillo y poco doloroso que se utiliza para hemorroides no muy grandes grados I y II.

Se introduce un instrumento de observación (anoscopio) en el ano. Se sujeta la hemorroide (habitualmente interna) con un instrumento y un dispositivo coloca una banda elástica alrededor de la base de la hemorroide, que se encoge y muere, y en el plazo de una semana se cae.

Dado que las bandas quedan puestas debe codificarse “con dispositivo” y con el tipo de procedimiento OCLUSIÓN.

El código sería: **06LY\*CC Oclusión de vena inferior, plexo hemorroidal, con dispositivo extraluminal, abordaje \***

Dado que la tabla **06L** no dispone del valor de abordaje adecuado, de momento, y hasta que dispongamos de uno mejor utilizaremos el valor **3 Percutáneo**.

## Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo

**36. *Procedimiento para pie plano.* Paciente con pie plano derecho. Intervención quirúrgica: osteotomía de medialización de calcáneo con dos tornillos de compresión canulados y tenodesis del FDL (Flexor largo de los dedos) al TP (tibial posterior) del pie derecho. ¿Cómo debemos codificar esta intervención quirúrgica?**

RESPUESTA

Las osteotomías de calcáneo con desplazamiento medial del mismo pretenden mejorar el alineamiento osteoarticular, la altura del arco longitudinal plantar y el balance musculotendinoso. Con frecuencia es preciso combinarlas con procedimientos de partes blandas, habitualmente con una transferencia del FDL.

En el caso que usted expone los tipos de procedimiento a utilizar son REPOSICIÓN para la osteotomía del calcáneo y TRANSFERENCIA para la tenodesis TP a FLD.

**0QSL\*4Z Reposición de tarso, derecho, con dispositivo de fijación interna, abordaje \***

**0LXV\*ZZ Transferencia de tendón pie, derecho, abordaje \***

**37. Polimialgia paraneoplásica. ¿Cómo debemos codificar la polimialgia paraneoplásica?**

RESPUESTA

En CIE-10-ES Diagnósticos hay algunas afecciones paraneoplásicas con código específico. Es el caso de la Neuromiopatía y neuropatía paraneoplásica (G13.0), que es un código de manifestación, o el código del Pénfigo paraneoplásico (L10.81).

En el caso de la polimialgia paraneoplásica no existe código específico por lo que debe codificar la polimialgia y la neoplasia del paciente por separado, siendo el orden de los códigos el que determinen las circunstancias del ingreso.

## Enfermedades del aparato genitourinario

**38. Enfermedad renal crónica y diabetes. Paciente con enfermedad renal crónica y diabetes. A la hora de codificar ¿debemos asociar siempre estas dos entidades?**

RESPUESTA

Ambas entidades están interrelacionadas (anidadas) en el IAE bajo el término “con”.

**Diabetes, diabético (mellitus) (sacarina) E11.9**

- con

- - enfermedad

- - - renal crónica E11.22

Debe, por tanto, aplicar la normativa actual en relación con el término “con” que está recogida en el Manual de Codificación ed. 2020, en el punto A.2.3. INSTRUCCIONES DE LA LISTA TABULAR DE ENFERMEDADES.

“Con”: Los términos “con” o “en” deben ser interpretados como “asociado con” o “debido a” cuando aparecen en un literal de un código en el IAE (bajo un término principal o un subtérmino) o en una nota de instrucción de la LT. La clasificación supone una relación causal entre las dos afecciones vinculadas por este término en el IAE o en la LT. Estas afecciones deben ser codificadas como relacionadas, incluso aunque la documentación del clínico no las asocie de forma explícita, salvo que en la documentación se indique claramente que dichas afecciones no guardan relación, o salvo que exista otra directriz que específicamente requiera que esté documentada dicha relación entre las dos afecciones (por ejemplo, la normativa para la disfunción orgánica aguda que no está claramente relacionada con la sepsis).

En el caso de la ERC y la diabetes, si no nos especifican una causa diferente para la ERC, ambas entidades (enfermedad renal crónica y diabetes) deben codificarse asociadas.

**39. *Función retardada del injerto renal. Paciente que ingresa para trasplante renal, que se lleva a cabo. En la evolución del mismo precisa una sesión de diálisis y el facultativo indica en el juicio diagnóstico “Función retardada del injerto” ¿Debemos considerarlo una complicación y utilizar el T86.19? ¿O puede considerarse una situación normal?***

RESPUESTA

En el escenario que usted plantea y sin más información, pensamos que debe ser considerado una complicación del trasplante a la hora de codificar este episodio y debería reflejarse con el código **T86.19 Otra complicación de trasplante de riñón.**

El término “función renal retrasada (FRR)” define un evento característico del trasplante renal tras la cirugía. Si bien la principal causa es intrínseca, relacionada con la agresión renal por la isquemia y posterior reperfusión asociada a factores inmunológicos, en algunos casos puede existir un componente pre-renal o pos-renal. La definición más aceptada de FRR es la de necesidad de diálisis en la primera semana pos-trasplante.



La función renal retrasada es más probable que aparezca en algunos trasplantes de riñón (por ejemplo cuando el riñón procede de un donante en asistolia). Es por ello que ante la duda y para que la codificación refleje lo mejor posible la situación descrita por el médico es recomendable consultar al clínico.

**40. Cálculos urinarios de lateralidad diferente. Se trata de un paciente con el siguiente diagnóstico: Ectasia ureteropélica derecha secundaria a ureterolitiasis próxima a meato sin signos de complicación aguda. Nefrolitiasis izquierda no obstructiva.**

**¿La codificación de dichos cálculos sería independiente dado que son de lateralidad diferente? ¿Deberíamos utilizar dos códigos: N20.0 Cálculo del riñón y N20.1 Cálculo del uréter? ¿O bastaría con un único código: N20.2 Cálculo de riñón con cálculo de uréter?**

RESPUESTA

Debe codificar de forma separada la nefrolitiasis izquierda no obstructiva y la ureterolitiasis con ectasia ureteropélica derecha.

Los códigos a utilizar son:

**N20 Cálculo de riñón y uréter**, siguiendo la siguiente entrada en el IAE:

**Cálculo, cálculos, calculoso**

- riñón, renal (cuerno de ciervo) (impactado) (múltiple) (pelvis) (recurrente) N20.0

Más el código:

**N13.2 Hidronefrosis con obstrucción litiasica renal y ureteral**, siguiendo la siguiente entrada en el IAE:

**Pielectasia** - véase Hidronefrosis

**Hidronefrosis** (atrófica) (intermitente) (primaria) (secundaria) (sin función) (temprana) NCOC N13.30

- con [+]

- - obstrucción (debida a) (de)

- - - cálculos renales N13.2

- - - ureteral NCOC N13.1

- - - - cálculo N13.2

**41. Liposucción de mama. Tenemos pacientes a los que, como tratamiento de una ginecomastia se les realiza una liposucción de mama. ¿Cómo debemos codificar esta técnica? ¿Lo codificamos como una Extracción en Tejido Subcutáneo y Fascia de Tórax?, o ¿lo codificamos como una Escisión de Mama, ya que no disponemos, en la tabla 0HD de la localización anatómica Mama?**

RESPUESTA

El tratamiento de la ginecomastia mediante una liposucción se codifica mediante el tipo de procedimiento EXTRACCIÓN (D): retirar, extirpar o arrancar total o parcialmente una estructura anatómica aplicando una fuerza. El sistema orgánico es Tejido Subcutáneo y Fascia (J) y la localización anatómica Tejido Subcutáneo y Fascia de Tórax (6). El abordaje es Percutáneo (3).

Mediante la liposucción se aplica una fuerza y por tanto el procedimiento es Extracción y no Escisión. El sistema orgánico es Tejido Subcutáneo y Fascia (tabla 0JD) y no es Piel y Mama (tabla 0HD), donde además de no existir la localización anatómica “Mama”, no existe el abordaje Percutáneo. En el sistema orgánico J Tejido Subcutáneo y Fascia, no disponemos de la localización anatómica “Mama” por lo que utilizaremos el valor 6 Tejido Subcutáneo y Fascia, Tórax.

**0JD63ZZ Extracción de tejido subcutáneo y fascia, tórax, abordaje percutáneo**

**42. Rectocele. ¿Se codifica un rectocele en un paciente con cistocele grado IV, histerocele grado I, rectocele grado I? Al buscar por el Índice Alfabético, rectocele nos dirige a -con --prolapso de útero. Entiendo que ya no se codificaría el rectocele, pero al ver el código N81.6 Rectocele, donde hay un Excluye 2 para el rectocele con prolapso uterino (N81.2-N81.4) me ha surgido la duda.**

RESPUESTA

Los diagnósticos que constan en su consulta son: Cistocele grado IV + histerocele grado I + rectocele grado I.

Las entradas del índice alfabético tanto para el cistocele como para el rectocele cuando se asocian a un prolapso uterino (histerocele) nos di-

rigen a códigos de prolapso uterino, en este caso al **N81.2 Prolapso uterovaginal incompleto**

**Cistocele** (-uretrocele)

- durante el embarazo o parto O34.8-

- femenino N81.10

- - con prolapso del útero - véase Prolapso, útero

**Rectocele**

- en el embarazo - véase Embarazo, complicado por, anormal, órganos pélvicos o tejidos NCOC

- femenino (sin prolapso uterino) N81.6

- - con

- - - prolapso uterino N81.4

- - - - incompleto N81.2

Una vez utilizado el Índice Alfabético debemos consultar la lista tabular y las notas de instrucción que puedan existir. En este caso, bajo el código **N81.6 Rectocele**, aparece una nota Excluye 2 que aplica para los códigos N81.2-N81.4), permitiendo su uso junto con estos códigos.

En el supuesto que usted plantea la patología de la paciente debe codificarse:

**N81.2 Prolapso uterovaginal incompleto + N81.6 Rectocele**

**43. Biopsia de cérvix por colposcopia. ¿Cómo debemos codificar la vía de acceso de una biopsia o escisión de cérvix por colposcopia? El término colposcopia en el Índice Alfabético nos dirige al código 0UJH8ZZ Inspección de vagina y fondo de saco, abordaje orificio natural o artificial endoscópico. Una colposcopia es una forma especial de examinar el cuello uterino. Se utiliza luz y un microscopio (externos) de baja potencia para hacer que el cuello uterino aparezca mucho más grande. En realidad, no se introduce ninguna óptica como en la histeroscopia. El microscopio y la luz son externos. Para hacer la biopsia o escisión introducen unas pinzas. ¿No habría que codificar la colposcopia con biopsia de cérvix con el valor de abordaje 7 Orificio Natural o Artificial?**

## RESPUESTA

Efectivamente si no se introduce ninguna óptica para visualizar el lugar del procedimiento y lo único que se utiliza es la luz externa del colposcopio debería utilizar el valor de abordaje 7 Orificio Natural o Artificial. Sería algo similar a lo que ocurre en el caso de la inserción del tubo endotraqueal, donde el laringoscopio se utiliza para aportar luz.

**44. Capsulotomía de mama en paciente con capsulitis por implante. Paciente con capsulitis debida a implante mamario que se trata con un recambio de prótesis y una capsulotomía. Además de la Retirada y Sustitución, ¿deberíamos añadir un código de Escisión para la capsulotomía? ¿Se considera parte del procedimiento?**

## RESPUESTA

Cuando se inserta un implante dentro del bolsillo de la glándula mamaria se produce una reacción defensiva natural que consiste en la formación de una cicatriz alrededor de la prótesis. Esta cicatriz se denomina cápsula. La formación de la cápsula indica una buena curación. Su función es permitir la adherencia del implante a los tejidos impidiendo que queden cavidades abiertas y evitando la formación de seromas e infecciones.

A simple vista la cápsula es una fina tela que rodea el implante, blanquecina, brillante y del mismo tamaño que el implante que contiene en su interior. A nivel microscópico es tejido conectivo con fibroblastos, fibras de colágeno y vasos sanguíneos.

En la pregunta que formula habla de que se realiza una “capsulotomía”. El sufijo -tomía hace referencia a “incisión”. Es decir incisión y apertura de la cápsula con el objetivo de realizar la sustitución de la prótesis. Debe codificar por tanto:

RETIRADA de la prótesis antigua.

SUSTITUCIÓN de la mama por una prótesis nueva.

Debe consultar el protocolo quirúrgico para confirmar qué es lo que hacen a la paciente independientemente de la terminología utilizada para expresarlo.

# Embarazo, parto y puerperio

**45. Versión cefálica externa fallida. ¿Cómo debemos codificar el procedimiento de versión cefálica externa en una embarazada con el feto en podálica cuando no consiguen el objetivo? ¿Se codifica la reposición, aunque no se consiga cambiar la presentación a cefálica?**

RESPUESTA

En el Monográfico de Obstetricia, publicado en este mismo Cuaderno de Codificación, puede encontrar la respuesta a su consulta. En el punto 12.1.2. EXTRACCIÓN, en el apartado de VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA puede encontrar lo que es una versión externa y cómo se codifica. Además se indica lo siguiente: Una **versión externa fallida**, es decir, que no ha producido el efecto esperado, debe codificarse como una **J Inspección** en la sección 1 Obstetricia, con el abordaje **X Externo**. El código adecuado será el **10J0XZZ Inspección de productos de la concepción, abordaje externo**.

**46. Embarazo postérmino o prolongado. Un parto de una gestante de 42 semanas y 12 horas, con recién nacido único, ¿se clasificaría como embarazo postérmino o como embarazo prolongado?**

RESPUESTA

En el Manual de Codificación de Diagnósticos, ed. 2020, en la tabla 15.1 Cronología del embarazo, aparece lo siguiente:

Postérmino: 40 + 1 día a 42 semanas completas.

Prolongado: mayor o igual a 42 + 1 día.

El criterio se basa en lo que ya está completo. En este caso al sobrepasar las 42 semanas completas debe codificarse como Prolongado.

**47. Metrorragia del primer trimestre. Una paciente que ingresa con RPM en la semana 38 de gestación. Tiene un parto eutócico. En el primer trimestre del embarazo tuvo una metrorragia. ¿Hay que codificar la metrorragia en el episodio del parto?**

## RESPUESTA

Si la paciente tuvo una complicación en algún momento del embarazo, pero dicha complicación no está presente en el momento del ingreso para el parto, ésta no deberá codificarse.

### **48. Categoría O30. ¿Qué código de la categoría O30 Embarazo múltiple, utilizaríamos para un parto múltiple de trillizos bicoriónico y biamniótico?**

## RESPUESTA

Un embarazo triple bicoriónico y biamniótico significa que dos fetos comparten una placenta y un saco amniótico y otro feto tiene su propia placenta y su saco amniótico.

Los códigos a aplicar en este caso (en el que no se especifica el trimestre de gestación) son:

**O30.119 Embarazo triple con dos o más fetos monocoriónicos, trimestre no especificado, y**

**O30.129 Embarazo triple con dos o más fetos monoamnióticos, trimestre no especificado**

**49. Rh materno negativo y Rh fetal positivo. Se trata de una paciente de 24 años gestante de 39 + 3 que acude a urgencias por dinámica uterina. Inicio de parto espontáneo. Tipo de parto: eutócico. Analgesia para dilatación y parto: epidural. Episiotomía: no. Desgarro: no. Evolución y comentarios: se administró gammaglobulina anti D por Rh materno negativo y Rh fetal positivo.**

## RESPUESTA

En este caso y si no se ha establecido el diagnóstico de Isoinmunización Rh por parte del clínico el código a utilizar será el **O26.893 Otras afecciones especificadas relacionadas con embarazo, tercer trimestre**, por lo que ya no sería de aplicación el uso del código **O80 Admisión para el parto a término no complicado**. Debe añadir los códigos correspondientes de resultado del parto, semanas de embarazo y grupo sanguíneo de la madre.

Puede consultar el punto 6.5. Isoinmunización Rh, del Monográfico de Obstetricia publicado en este mismo Cuaderno de Codificación, donde podrá encontrar información y ejemplos al respecto.

**50. Categorías O47 y O60. ¿Cuál es la diferencia entre las subcategorías O47.0 Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación y O60.0 Trabajo de parto prematuro sin parto?**

RESPUESTA

La categoría **O47 Falso trabajo de parto**, hace referencia a las contracciones leves que siente la embarazada antes de que comience el verdadero trabajo de parto. Se denominan contracciones de Braxton Hicks y son generalmente cortas, no dolorosas y no aparecen en intervalos regulares. Debe ser el clínico el que establezca este diagnóstico. En la categoría **O47** tenemos dos códigos:

**O47.0 Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación**, y **O47.1 Falso trabajo de parto en o después de las 37 semanas completas de gestación**.

Este falso trabajo de parto no debe ser confundido con el verdadero trabajo de parto prematuro que codificaremos bajo **O60.0 Trabajo de parto prematuro sin parto**. Como hemos reflejado en este caso el trabajo de parto es verdadero, pero se detiene por la causa que sea y no termina en parto.

Es el clínico el que debe documentar si estamos ante un falso trabajo de parto o un trabajo de parto verdadero.

**51. Hipertensión gestacional que complica el embarazo y el parto. Se trata de una embarazada que ingresa para control de hipertensión gestacional a la que se indica reposo. Durante el ingreso se produce el parto con complicaciones (una de ellas que aumenta aún más la tensión arterial de la madre). ¿Debemos utilizar el código O13.3 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa, tercer trimestre, o el O13.4 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa, que complica el parto? ¿O podemos utilizar ambos códigos?**

## RESPUESTA

En el Manual de Codificación de Diagnósticos ed. 2020, en el punto 15.1.3. **CARÁCTER FINAL PARA EL TRIMESTRE DEL EMBARAZO**, dice lo siguiente: “En ingresos en los que se produzca el parto, siempre que exista la posibilidad de utilizar códigos para describir la complicación obstétrica que incluyan en su literal “durante el parto”, se debe asignar dicho código.

Por tanto, en este caso el código a utilizar es el **O13.4 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa, que complica el parto.**

**52. Código O36.83 en el episodio del parto. Se trata de una paciente que envían a urgencias porque en la consulta de monitores observan deceleraciones en la frecuencia cardíaca fetal y la ingresan para provocar el parto. La paciente ingresa sin trabajo de parto, pero el parto provocado se produce en ese ingreso. ¿Podemos utilizar el código O36.83 Atención materna por anomalías de la frecuencia o ritmo cardíacos fetales? ¿O debemos utilizar el O76 Anormalidad de la frecuencia o ritmo cardíaco fetal que complica el trabajo de parto y el parto?**

## RESPUESTA

Dado que la paciente ingresa para inducir el parto por las alteraciones en el registro de la monitorización utilice como diagnóstico principal el código **O76 Anormalidad de la frecuencia o ritmo cardíaco fetal que complica el trabajo de parto y el parto.** Y codifique los procedimientos utilizados para la inducción del mismo.

**53. Feto con quiste coroideo. ¿Qué código se debe asignar a una embarazada cuyo feto tiene un quiste coroideo?**

## RESPUESTA

En el Manual de Codificación de Diagnósticos, ed. 2020, en el punto 15.4.1. **CÓDIGOS DE LAS CATEGORÍAS O35 Y O36** aparece lo siguiente en relación de la codificación de las afecciones fetales en la historia de la madre:



Los códigos de las categorías O35 Atención materna por anomalía y daño fetal conocida o sospechada, y O36 Atención materna por otros problemas fetales, solo se asignan cuando la afección fetal es realmente la responsable de que se haya modificado el tratamiento de la madre, por ejemplo, por necesitar estudio diagnóstico, observación adicional, cuidados especiales, hospitalización u otra atención obstétrica de la madre 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 madre.

Si el quiste coroideo fetal cumple estas condiciones el código apropiado para clasificarlo es:

**O35.0XX- Atención materna por (sospecha de) malformación del sistema nervioso central del feto**, aplicando el séptimo carácter que corresponda.

**54. Inducción del parto con sonda de Foley. Consiste en introducir por el cuello del útero una sonda de goma fina y blanda que tiene en su extremo un pequeño globo que se llena de agua creando una esfera de tamaño similar a una almendra. La sonda de Foley producirá unas contracciones suaves, en muchos casos apenas perceptibles, que irán favoreciendo las condiciones del cuello uterino para continuar al día siguiente con otro método de inducción del parto si con este no se consiguiera el mismo. ¿Cómo debemos codificar la utilización de la sonda de Foley para la inducción del parto?**

RESPUESTA

El uso de catéteres transcervicales para la inducción del parto ha sido utilizado desde 1890. Se ha propuesto que la sonda de Foley produce estiramiento mecánico al inflar el balón, lo que conlleva a un aumento en las concentraciones de prostaglandinas endógenas en las células miometriales y amnióticas lo cual a su vez causa maduración cervical.

La sonda de Foley, al igual que otros dispositivos como el balón de Cook se consideran métodos mecánicos para la inducción del parto (dilatación cervicales).

El código adecuado cuando se usa para la inducción del parto es **0U7C7ZZ Dilatación de cérvix, abordaje orificio natural o artificial.**

**55. Inducción del parto con balón de Cook. Paciente que ingresa para inducción del parto. El clínico pone en el informe “parto inducido con balón de Cook y oxitocina” ¿Cómo se codifica el balón de Cook? Es una dilatación de cérvix. ¿Sería correcta la codificación 10E0XZZ (parto) + 0U7C7ZZ (dilatación de cérvix) + 3E033VJ (oxitocina)?**

RESPUESTA

Efectivamente el código adecuado para codificar la dilatación cervical con balón de Cook es el **0U7C7ZZ Dilatación de cérvix, orificio natural o artificial**. El cérvix uterino es una estructura anatómica del aparato genital femenino y, por tanto, el código de dilatación debe ser de la sección Médico-Quirúrgica. Los códigos de parto y administración de oxitocina son correctos siempre teniendo en cuenta que la oxitocina solo debe codificarse cuando se haya utilizado para inducir el parto.

## Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

**56. Delirio inducido por fentanilo. Paciente con metástasis óseas que presenta estado confusional agudo tipo delirium agitado con intensas alucinaciones visuales, de inicio tras incremento de dosis de fentanilo. La etiología del delirium es secundaria a neurotoxicidad opiode. ¿Debemos codificarlo con R41.0 + T40.2X5A o debemos utilizar el código F11.921?**

RESPUESTA

En este caso se trata de un paciente que presenta un estado confusional tipo delirium con alucinaciones visuales como reacción adversa al tratamiento con fentanilo (por prescripción facultativa). Los códigos a utilizar son:

**R41.0 Desorientación, no especificada, más + R44.1 Alucinaciones visuales + T40.4X5A Efecto adverso de otros narcóticos sintéticos, contacto inicial + Z79.899 Otra terapia prolongada (actual) con medicamentos**

# Causas externas de morbilidad

**57. Código Y92.9. ¿Qué uso tiene el código Y92.9 Lugar no especificado o no aplicable?**

RESPUESTA

En el Manual de Codificación de Diagnósticos ed. 2020, en el punto 20.1.3. NORMAS SOBRE EL LUGAR DEL ACONTECIMIENTO, encontrará información sobre el uso de los códigos Y92 Lugar del acontecimiento. En ese punto, en el último párrafo dice: “No se debe utilizar el código Y92.9 Lugar no especificado o no aplicable, si no hay información sobre dicho lugar o no es aplicable”.

En nuestro medio, por tanto, es un código que tendrá poco uso, ya que no aporta información a la codificación del episodio.

CIE-10-ES es traducción de la versión original en inglés ICD-10-CM, donde aparece ese código.

**58. Código de causa externa. ¿Qué código de causa externa debemos utilizar junto a los códigos de la categoría T18 Cuerpo extraño en tubo digestivo?**

RESPUESTA

No es necesario utilizar código de causa externa para reflejar el cuerpo extraño en tubo digestivo. Es suficiente el código diagnóstico que aporta toda la información. Además, el IA de Causas Externas remite a veces al IAE en el caso de los cuerpos extraños.

## Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud

**59. Presencia de implante anticonceptivo subdérmico. ¿Qué código debemos utilizar para reflejar la presencia de un anticonceptivo subdérmico en el brazo? ¿Es el mismo que para el dispositivo anticonceptivo intrauterino, Z97.5 Presencia de dispositivo anticonceptivo (intrauterino)?**

## RESPUESTA

Utilice el código **Z97.5 Presencia de dispositivo anticonceptivo (intrauterino)**, para reflejar la presencia de un dispositivo anticonceptivo subdérmico.

La entrada en el IAE nos dirige:

### **Contracepción, anticonceptivo**

-dispositivo (intrauterino) (in situ) Z97.5

“intrauterino” es modificador no esencial tanto en el IAE como en la lista tabular.

## Miscelánea

**60. POA. ¿Cómo debemos utilizar los POA cuando los episodios en un hospital comarcal proceden de un ingreso anterior en el hospital de referencia, donde se han desarrollado infecciones nosocomiales, aun no resueltas? Son dos ingresos distintos, ya que el paciente es dado de alta en el hospital de referencia e ingresado en el hospital comarcal. Las afecciones nosocomiales que arrastra ¿qué POA deben llevar en el nuevo ingreso en el hospital comarcal?**

## RESPUESTA

Entendemos que se trata de un paciente trasladado de un hospital de referencia a un hospital comarcal con una serie de afecciones aún no resueltas. El paciente por tanto ingresa en el hospital comarcal con esas afecciones (están presentes en el momento del ingreso) y por tanto deben registrarse con un POA Sí. Da igual si las afecciones estaban presentes cuando ingresó en el hospital de referencia o las adquirió allí. El caso es que cuando ingresa en el hospital comarcal viene con ellas.

Aunque el diagnóstico por ejemplo fuera “Neumonía nosocomial” queriendo decir que la adquirió en el hospital de referencia y que se ha terminado de tratar en el hospital comarcal, en este último (el hospital comarcal) debe figurar con POA Sí.

# Bibliografía

1. Álvarez Castaño E, Et al. Tratamiento quirúrgico de los quistes dermoides de ovario: laparoscopia frente a laparotomía. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2016 [citado 18 noviembre 2020];(49):479-484. DOI: 10.1016/S0304-5013(06)72641-3
2. Portal de información de enfermedades raras y medicamentos huérfanos [Internet]. Orphanet. 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2V-BeYQi>
3. Díaz C, Turcios SE, Robles E, García Y. Síndrome de privación glucocorticoidea. *Revista Cubana de Endocrinología* [Internet]. 2014 [citado 24 agosto 2020];(3):198-205. Disponible en: <https://bit.ly/2YKzoIL>
4. Imirizaldu L, Urriza J, Olaziregi O, Hidalgo A, Pabón R. Monitorización neurofisiológica intraoperatoria en cirugía de columna. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [Internet]. 2009 [citado 25 agosto 2020];(32):125-133. Disponible en: <https://bit.ly/3gsErn9>
5. García de Sola R. Hidrocefalia comunicante [Internet]. Unidad de Neurocirugía RGS. 2011 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/33Dw04L>
6. McKeown L. La Aterectomía Orbital sigue siendo Eficaz y Rentable a los 2 Años en el Manejo de las Calcificaciones Severas [Internet]. *tctMD/the heart beat*. 2015 [citado 24 agosto 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2FMJphD>
7. Cequier Ángel, Esplugas E. Aterectomía rotacional: ser o no ser en el intervencionismo coronario actual. *Revista Española de Cardiología* [Internet]. 2001 [citado 24 agosto 2020];(4):422-424. Disponible en: <https://bit.ly/2QmOhMF>
8. Lesiones arteriales coronarias complejas [Internet]. México: DDMATA Cardiología; 2018 [citado 24 agosto 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3jc8XmG>
9. Valencia Martín J. Los balones de scoring son útiles en un escenario clínico nuevo [Internet]. *Cardiva*. 2020 [citado 24 agosto 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3gq-meGu>
10. Garrido JM, Cánovas S, Cuenca J, Barquero JM, Silva J, Araji O. Abordaje integral de la valvulopatía aórtica. Implante transcáteter de válvula aórtica. Posición y recomendaciones de la Sociedad Española de Cirugía Torácica y Cardiovascular. *Cirugía Cardiovascular* [Internet]. 2018 [citado 25 agosto 2020];(2):102-111. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.circv.2018.02.002>
11. Paz Y, Shinfeld A. El stent reductor del seno coronario para el tratamiento de la angina de pecho refractaria crónica. *Revista Española de Cardiología*. 2011;(7):628. DOI: 10.1016/j.recesp.2010.11.015
12. Dispositivo reductor del seno coronario es útil en angina refractaria [Internet]. *IntraMed*. 2015 [citado 25 agosto 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2FVUsoZ>

13. Raposeiras Roubín S, Martín Asenjo R, Rodríguez Leor O. Nuevas estrategias terapéuticas para el manejo de la angina refractaria [Internet]. Sociedad Española de Cardiología. 2019 [citado 25 agosto 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2EBdujz>
14. Peiró J, Camúñez F, Urbano J. Aplicaciones clínicas de los oclusores vasculares Amplatzer™ [Internet]. 2020 [citado 15 noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3IHSI6F>
15. Arenas Villafranca José Javier, Abilés Jimena, Moreno Gloria, Tortajada Goitia Begoña, Utrilla Navarro Pilar, Gándara Adán Norberto. Ostomías de alto débito: detección y abordaje. Nutr. Hosp. [Internet]. 2014 Dic [citado 2020 Dic 04]; 30(6): 1391-1396. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112014001300026](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014001300026)
16. Marín Calahorrano J. Hemorroides, tratamiento sin dolor ¿es posible?: Banding, láser. [Internet]. Cirugía Online-Blogs Quironsalud. 2019 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2L7LDek>
17. Argüelles Rodríguez C, Alvareda J, Mesa Ramos M. Revisión del tratamiento del pie plano adquirido del adulto en el estadio II. Revista de la Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia [Internet]. 2015 [citado 18 noviembre 2020];(32):41-52. Disponible en: <https://bit.ly/2L1udQl>
18. Pérez Tamajón L. Complicaciones médicas precoces tras el trasplante renal [Internet]. Nefrología al día. 2020 [citado 25 agosto 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/32rsw41>
19. Contractura Capsular [Internet]. Cirugía Estética Barcelona. 2020 [citado 18 noviembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/37OiojN>
20. Fuenmavor Beltrán M, Et al. Sonda de Foley transcervical-oxitocina u oxitocina sola para la inducción del parto en embarazos a término. Revista Peruana Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2017 [citado 18 noviembre 2020];(63):191-197. Disponible en: <https://bit.ly/39BrTKi>
21. Sánchez Rojo C. Tendencias actuales en la maduración cervical e inducción de parto. Revista Matronas [Internet]. 2013 [citado 18 noviembre 2020];(1):38-50. Disponible en: <https://bit.ly/39FrWEX>

# Información y dudas sobre codificación

Se autoriza la reproducción total o parcial de los Cuadernos de Codificación CIE-10-ES siempre que sea para uso no comercial y haciendo referencia al documento: “Subdirección General de Información Sanitaria. Cuadernos de Codificación CIE-10-ES. Madrid. Ministerio de Sanidad”.

Para la notificación de erratas de la CIE-10-ES de la edición vigente, solicitamos la cumplimentación del formulario disponible a tal efecto, en la siguiente página electrónica: <https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecie-Maps/errata/errata.html>

Para la consulta de dudas relacionadas con la asignación de códigos o aplicación de la normativa en codificación clínica, solicitamos la cumplimentación del formulario disponible a tal efecto, en la siguiente página electrónica:

<https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/question/question.html>

Para otras informaciones, puede dirigirse al Servicio de Información de Actividad Sanitaria Subdirección General de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad. Pº del Prado, 18-20. 28014 MADRID. E-mail: [icmbd@mscbs.es](mailto:icmbd@mscbs.es)



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

[www.mscbs.gob.es](http://www.mscbs.gob.es)