

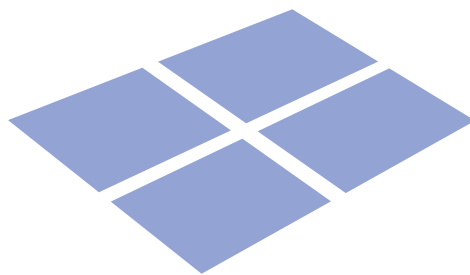
Guía de la OMS para la
aplicación de la

**CIE-10 a las muertes
ocurridas durante el
embarazo, parto y
puerperio: CIE-MM**



World Health
Organization

Guía de la OMS para la
aplicación de la **CIE-10 a**
las muertes ocurridas
durante el embarazo,
parto y puerperio:
CIE-MM



World Health
Organization

Información para el Catálogo de Publicaciones de la Biblioteca de la OMS

Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM

1. Mortalidad materna – clasificación. 2. Causa de muerte – clasificación. 3. Período postparto. 4. Parto. 5. Complicaciones del embarazo – clasificación. 6. Resultado del embarazo. 7. Clasificación. 8. Manuales.

Organización Mundial de la Salud

ISBN 978 92 4 154845 8

(Clasificación NLM: WQ 270)

© Organización Mundial de la Salud 2012

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud se encuentran disponibles en la página web de la OMS (www.who.int) o pueden adquirirse de la Imprenta de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenida Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; [e-mail: bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)).

Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS — ya sea para la venta o para su distribución sin fines comerciales — deben dirigirse a la Imprenta de la OMS a través de la página web de la OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas punteadas en los mapas representan las fronteras aproximadas por las que tal vez todavía no haya un total acuerdo.

La mención de determinadas compañías o nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros de naturaleza similar que no se mencionen. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados aparecen con mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información incluida en esta publicación. No obstante ello, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, explícita o implícita. El lector se hace responsable de la interpretación y el uso que hace de este material. Bajo ninguna circunstancia la Organización Mundial de la Salud se hará responsable de los perjuicios que pudieren surgir de su uso.

Agradecimientos

El presente documento, Aplicación de la OMS de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM fue elaborado por el Grupo de Trabajo de la OMS para la *Clasificación de la morbilidad y mortalidad maternas*. A continuación se presenta (en orden alfabético) la lista de los colaboradores que participaron en las actividades del Grupo de Trabajo de la OMS para la *Clasificación de la morbilidad y mortalidad maternas*: Linda Bartlett, Jon Barrett, Alma Camacho, José Cecatti, Veronique Filippi, Rogelio Gonzalez, Ahmet Metin Gülmezoglu, Anoma Jayathilaka, Affette McCaw-Binns, Robert C Pattinson, Mohamed Cherine Ramadan, Cleone Rooney, Lale Say, João Paulo Souza, Mary Ellen Stanton, Buyanjargal Yadamsuren, Nynke van den Broek, y Zelka Zupan. Agradecemos a los numerosos revisores por su examen crítico de los borradores anteriores.

Robert Pattinson y Lale Say prepararon los borradores alfa y beta de este trabajo siguiendo las directrices del grupo de trabajo. Lale Say, Robert Pattinson, Affette McCaw-Binns, João Paulo Souza y Cleo Rooney revisaron el borrador beta, el que fue aprobado luego por el grupo de trabajo. La versión final del documento estuvo a cargo de Doris Chou, Robert Pattinson, Cynthia Pileggi, Cleone Rooney y Lale Say.

Queremos agradecer al Grupo de Referencia Epidemiológica de la Salud Infantil (CHERG), Robert Jakob, Patricia Wood, al Grupo de Referencia de Mortalidad de CIE, y María Rodríguez por su revisión técnica y sus comentarios sobre este trabajo.

Este trabajo fue financiado por un Programa Especial de USAID, PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial para la Investigación, Desarrollo y Capacitación en Investigación en Reproducción Humana (PRH), y por una subvención de la Fundación Bill and Melinda Gates al Fondo de EUA para UNICEF para el trabajo del Grupo de Referencia Epidemiológica de la Salud Infantil.

Traducción al Español realizada por la Dra. Trinidad Ott. Revisión técnica realizada por Dr. Ricardo Fescina, Coordinador de Programa de Salud de la Mujer y Reproductiva y Director del CLAP/SMR; Dr. Pablo Duran, Asesor Regional en Salud Perinatal CLAP/SMR; Dr. Bremen De Mucio, Asesor Regional en Salud Reproductiva CLAP/SMR.

Contenido

Agradecimientos	iii
Abreviaturas y siglas	iv
Resumen ejecutivo	vii
Introducción	1
Elaboración de la Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM	3
Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio	7
Explicaciones específicas y motivaciones	17
Implicancias para la práctica profesional y la investigación	21
Conclusión	21
Referencias	22
Elaboración de la Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM materna	23
Anexo A: Lista de códigos y grupos de CIE-MM	24
Anexo B1: Lista tabular de los códigos CIE-10 que describen las afecciones que pueden ser causa de muerte (causa básica)	24
Grupo 1: Embarazo que termina en aborto	25
Grupo 2: Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio	28
Grupo 3: Hemorragia obstétrica	29
Grupo 4: Infección relacionada con el embarazo	32
Grupo 5: Otras complicaciones obstétricas	34
Muertes directas que carecen de un código obstétrico en CIE-10	37
Grupo 6: Complicaciones de manejo no previstas	40
Grupo 7: Complicaciones no obstétricas	42
Grupo 8: Desconocido/indeterminado	47
Grupo 9: Causas coincidentes	47
Anexo B2: Lista tabular de los códigos del Capítulo 15 que describen afecciones que constituyen causa improbable de defunción pero que pueden haber contribuido a la muerte (afección contribuyente)	48
Anexo B3: Lista tabulada de otros códigos de interés	65
Anexo C: Sugerencias de herramientas y ejemplos para facilitar la aplicación de la directriz y sus agrupamientos	66

Abreviaturas y siglas

CHERG	Grupo de Referencia Epidemiológica de la Salud Infantil
CIE	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Conexos con la Salud
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
HELLP	Hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas, plaquetopenia
HGAE	Hígado graso agudo del embarazo
HPP	Hemorragia postparto
HAP	Hemorragia anteparto
SOE	Sin otras especificaciones
NCOP	No clasificado en otra parte
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PRH	Programa Especial de USAID, PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial para la Investigación, Desarrollo y Capacitación en Investigación en Reproducción Humana
RV	Registro vital
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estado Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
VV	Vía vaginal

Resumen ejecutivo

La reducción de la mortalidad materna en un 75% constituye el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio. Para alcanzar este objetivo, es preciso que los países tengan un diagnóstico exacto de las causas y los niveles de muertes maternas. En tal sentido, los esfuerzos para documentar el progreso en la reducción de la mortalidad materna deben contemplar ajustes para las inconsistencias en las cifras reportadas por los países. Es preciso obtener información completa de las muertes maternas, así como mejorar la exactitud de las declaraciones de sus causas, ya que pueden comprometer los resultados de la clasificación y la codificación normalizada que se hace siguiendo las reglas de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE).

La Aplicación de la CIE-10 de la OMS a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio CIE-Mortalidad materna (CIE-MM) se basa en la 10ª revisión de la CIE (CIE-10) y sus reglas de codificación. Busca facilitar la uniformidad de la recolección, el análisis y la interpretación de la información referente a las muertes maternas. Al mejorar la comunicación también se facilitará la codificación de las diferentes afecciones. Fundamentalmente, este documento pretende ayudar a los prestadores de servicios de salud, a quienes llenan los certificados de defunción, aclarando la aplicación de la CIE-10 y normalizando la identificación de las causas directas e indirectas de muerte. Sus principios deben ser aplicables para categorizar la información sobre las muertes recabadas a partir del registro civil, las encuestas, los sistemas de información de los hospitales, autopsias verbales, investigaciones confidenciales y otros estudios especiales.

Apéndices y tablas complementarias

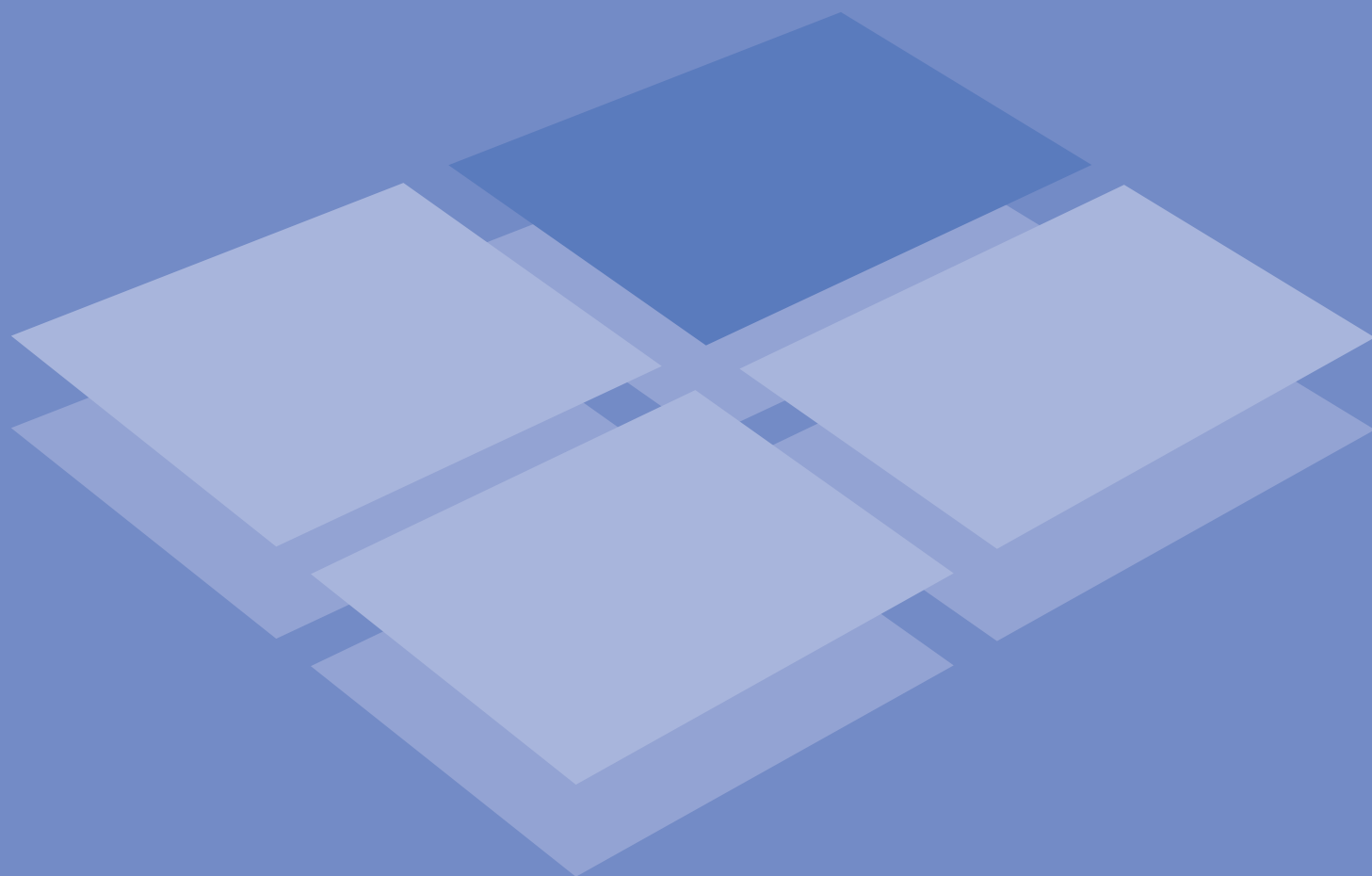
- facilitar la comunicación uniforme de las afecciones clínicas,
- identificar afecciones y códigos que sean causas improbables de muerte pero que puedan haber contribuido a la muerte,
- indicar las causas de defunción que se cuentan como muertes maternas directas o indirectas.

Finalmente, la normalización de la atribución de causas de muerte mejorará:

- la interpretación de la información sobre la mortalidad materna,
- el análisis de las causas de muerte materna,
- la asignación de recursos y programas destinados a resolver la problemática referente a la mortalidad materna.

La aplicación de CIE-MM disminuirá los errores de codificación y mejorará la atribución de las causas de muerte materna. El documento pretende facilitar el uso y la comparabilidad de las estadísticas de mortalidad materna generadas a partir de la información proveniente de la CIE. Se recomienda que los países adopten la CIE-MM y que sus oficinas estadísticas y los organismos académicos recaben datos según la CIE-MM.

La directriz siempre debería ser utilizada conjuntamente con los tres volúmenes de la CIE-10. Debe verificarse el código sugerido y si hubiere alguna información adicional se la debe codificar utilizando la versión completa de la CIE-10, con los Volúmenes 1 y 3; las reglas para la selección de la causa básica de muerte y la certificación de la defunción se aplican de la manera descrita en el Volumen 2 de la CIE-10.



Introducción

La reducción de la mortalidad materna es una de las metas clave dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Para alcanzar esa meta, los países necesitan tener un panorama exacto de los niveles y causas de muertes maternas (1). La mayoría de los países utilizan la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos, en su décima revisión (CIE-10) como herramienta estándar para orientar la recolección de datos y la codificación, tabulación y comunicación de la información estadística de mortalidad obtenida del registro civil (2).

En la CIE-10 las muertes que tienen una relación causal y/o temporal con el embarazo se tipifican y definen como muertes maternas debidas a causas directas o indirectas, muertes durante el embarazo, parto y puerperio, o muertes maternas tardías (ver Cuadro 3). A pesar de las pautas que brinda la CIE y de las definiciones de las entidades discretas, en la práctica se observa una falta de congruencia en la identificación, declaración y consiguiente clasificación de las muertes maternas (3). Se sigue constatando una aparente confusión entre los síntomas, signos y enfermedades y cuales afecciones deberían comunicarse y tabularse de forma concordante como causa de muerte. La comunicación también incide en la capacidad de codificar a las defunciones ya sea como muertes maternas indirectas o incidentales. Un análisis de las causas de muerte materna encontró variaciones en el modo en que se comunican las muertes en los diferentes países (3).

Hay una serie de afecciones comunicadas con frecuencia que inciden de manera diferente en la salud pública en lo que concierne a
 I avance de medidas destinadas a mejorar los resultados del embarazo y reducir la mortalidad materna, como el trabajo de parto obstruido, anemia, o VIH. Más adelante en este documento se presentan las razones específicas, las explicaciones y la motivación para revisar su manejo (página 34).

Como consecuencia inmediata de la inconsistencia de la atribución y comunicación de las muertes y la codificación resultante, se cometen errores en la clasificación y declaración de las muertes maternas a partir de la información extraída del registro vital (RV),

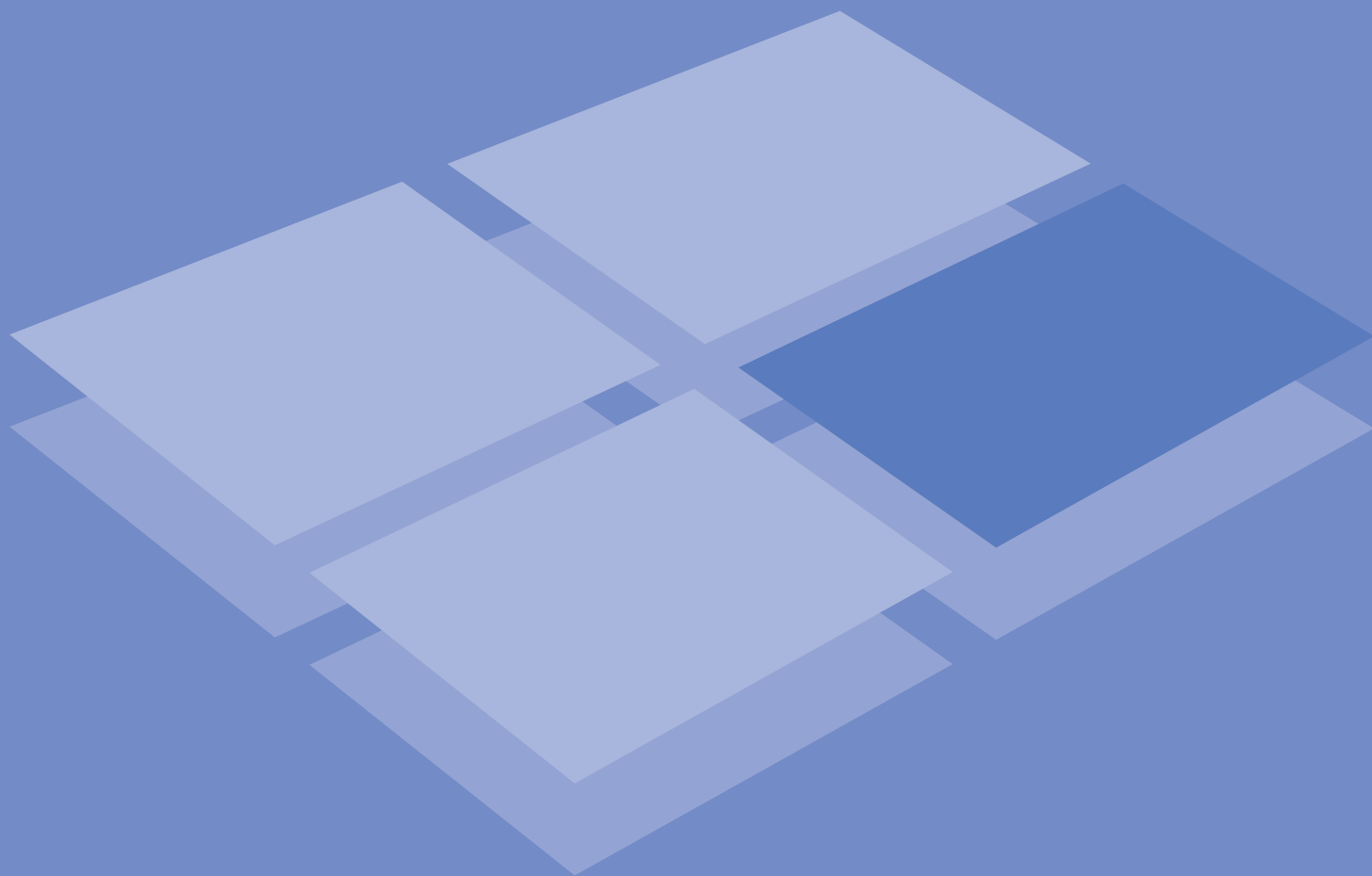
lo que a su vez puede dificultar la comprensión de la magnitud del problema y de las causas de muerte materna (4–13). Surge entonces claramente cuál es la implicancia de este sesgo en el trabajo programático y las políticas de salud pública. Reconociendo la particular dificultad de identificar las muertes maternas, en 1990 la 43ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó el agregado de un “casillero” en los certificados de defunción de la CIE, para indicar si una mujer estaba embarazada o si recientemente había terminado un embarazo o dado a luz (14). Ese agregado se incorporó en el Volumen 2 de la CIE-10 (2) y se lo aplicó en más de 30 países (15).

En respuesta a la presente necesidad de comprender mejor las causas básicas de muerte, la OMS dio inicio a una actividad que buscaba desarrollar, probar y promover la normalización de la manera en que se comunica la información y nuevas formas de tabulación de causas de muertes maternas, en línea con la CIE-10. Las “Directrices de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas en el parto, el embarazo, y el puerperio” se basan en la 10ª revisión de la CIE (CIE-10) y siguen todas las reglas de codificación de la mortalidad descritas en el Volumen 2 de la CIE. La guía de aplicación aclara la pertinencia de los códigos existentes de CIE-10 y las enfermedades conexas, y da pautas para realizar un agrupamiento lógico de las categorías de CIE que permita aplicar la codificación y las reglas de la CIE de forma uniforme, para así mejorar la recolección y el análisis de la información.

Este documento presenta:

- Un resumen breve de la elaboración de la guía;
- Un sistema de agrupamiento para identificar las muertes maternas usando los códigos de CIE-10 existentes, que los países pueden aplicar inmediatamente.

Este documento está dirigido a quienes se encargan de llenar los certificados de defunción. Pretende orientarlos a documentar la información pertinente, aclarando qué afecciones habría que considerar como causas básicas de muerte, mejorando así la atribución exacta de las muertes. Como resultado, se mejorará la información disponible a los codificadores, gestores de programas, oficinas de estadísticas y académicos e investigadores.



Elaboración de la Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM

La directriz y los agrupamientos aquí descritos, basados en CIE-10, fueron desarrollados a través de un proceso de consulta. La OMS creó un grupo de trabajo técnico que incluía médicos obstetras, matronas, epidemiólogos y salubristas de países en desarrollo y desarrollados, con el fin de preparar esta directriz normalizada para captar información sobre las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio. Para su trabajo, el grupo adoptó tres principios. En primer lugar, la nueva guía y los agrupamientos debían ser prácticos y comprensibles para sus usuarios (clínicos, codificadores, epidemiólogos, gestores de programas e investigadores). En segundo lugar, siguiendo las reglas de la CIE, las categorías de las causas básicas detalladas deberían ser mutuamente excluyentes, e identificar todas las condiciones con importancia clínica o epidemiológica. Las afecciones que se relacionan clínicamente se agregan en nuevos grupos que facilitan el análisis epidemiológico y la planificación y evaluación de los servicios de salud. En tercer lugar, la manera de agrupar que surge de este trabajo es un aporte efectivo y será compatible con la 11ª revisión de la CIE.

El borrador alfa de esta guía, los agrupamientos y las recomendaciones para clasificación fueron sometidos a la revisión arbitrada de 40 personas, sociedades profesionales (por ejemplo la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (RU), el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos) y los organismos internacionales pertinentes. Siguiendo su consejo, se sometió a prueba una segunda versión en nueve bases de datos de muertes maternas: en el registro nacional y las bases de datos de vigilancia de Colombia, Jamaica, Mongolia y Sudáfrica; incluía además otras bases de datos de dependencias sanitarias de Kenia, Malawi y Zimbabwe, así como la información de autopsias verbales de Afganistán y Nigeria. Esto fue realizado siguiendo los pasos descritos en el Cuadro 1.

Conforme la experiencia acumulada durante la prueba con las bases de datos y los aportes recibidos de los expertos, se preparó un borrador beta con las recomendaciones para los agrupamientos. Se invitó a muchos de los interesados a revisar ese borrador y a hacer sus aportes, siendo finalmente

Cuadro 1

Pasos emprendidos para probar la directriz

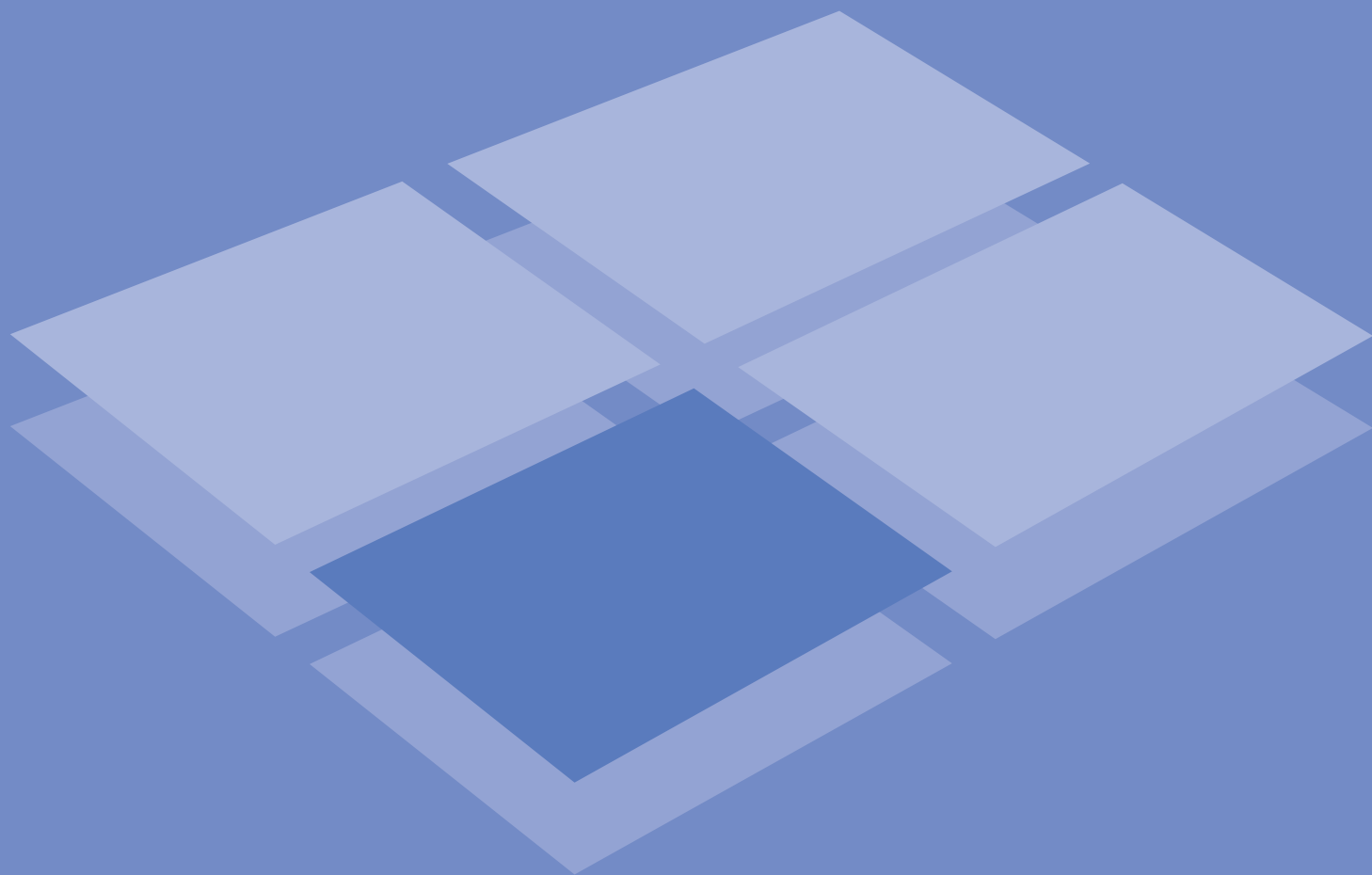
1. Identificación y descripción de la población del denominador.
2. Verificación y descripción de los procedimientos y métodos de recolección de datos (para el conjunto original).
3. Asignación de causas de muerte utilizando los nuevos agrupamientos, considerando tanto las causas básicas como las afecciones que contribuyeron.
4. Determinación de la proporción (%) de muertes que no se pudo clasificar con el nuevo sistema, y explicación de las razones por las que no se clasificó una defunción (por ejemplo: no existe la categoría, la categoría ahora queda dentro de los factores contribuyentes y deja sin poder identificar la causa real).
5. Comparación de las diferencias en la distribución de las causas con respecto a la atribución anterior.
6. Valoración de la dificultad/facilidad de uso del sistema propuesto.
7. Identificación de los aspectos específicos que requerirían un estudio prospectivo.

terminado por la OMS. La Secretaría de la CIE y el equipo de revisión de CIE-11 interactuaron todo el tiempo para asegurar la coherencia y la compatibilidad entre la guía propuesta y la CIE.

Este documento se basa en los códigos de la CIE-10 y sus principios de codificación. Sin embargo, en el curso de este trabajo, se identificó que se necesitaban otros detalles no reflejados en la CIE-10, lo que dio lugar a propuestas por incluir nuevos códigos en la CIE-11. Asimismo, los agrupamientos propuestos para las categorías arrojan nueva luz en torno a las necesidades de la salud pública en lo

concerniente a la mortalidad materna y las necesidades de realizar cambios a la CIE en el futuro. Como todavía se encuentra en curso la revisión la CIE-11, se recomienda al lector consultar la información disponible en la página web

<http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/index.html> para más detalles sobre el proceso de revisión y las modificaciones que se sugiere de la CIE. Una vez lanzada la CIE-11, se agregarán las eventuales nuevas atribuciones de muerte en el embarazo, parto y puerperio a las actualizaciones de esta guía.



Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio

Comprensión de la certificación de la muerte, términos de la CIE y relación con las muertes maternas

Causa de muerte: documentación y análisis

Certificación de la causa de muerte

La causa de muerte es determinada primero por el certificador, quien deja constancia de las condiciones mórbidas y eventos que llevaron a la muerte de una mujer en un Certificado Médico de Causa de Defunción. Es esencial que en esta etapa se comunique toda la información pertinente de forma completa. La CIE-10 fija el formato del Certificado Médico de Causa de Defunción que se diseña para ayudar al certificador a registrar en la Parte 1 toda la secuencia de eventos que llevaron a la muerte, incluyendo los pasos que comienzan a partir de la causa inmediata en la línea 1a, y volviendo a cada paso anterior en las líneas subsiguientes (de arriba abajo) hasta llegar al primer evento, habitualmente la causa básica. La Parte 1 siempre debería incluir información clara, estableciendo si el mutuo agravamiento entre la enfermedad y el embarazo llevaron a la muerte (causas indirectas de defunción).

Siguiendo las recomendaciones de la CIE, los países elaboran sus propios formularios para usar en el registro civil con las instrucciones correspondientes a los certificadores/médicos sobre cómo llenarlos. Según una resolución aprobada por la 43ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA 43.24), CIE-10 recomienda que en los certificados de defunción los países consideren la inclusión de preguntas sobre la existencia de embarazo al momento de la defunción y dentro del año previo (CIE-10 VOL 2 parágrafo 5.8.1). Está demostrado que esto reduce los déficits en la comunicación de muertes maternas (16). Sirve de recordatorio para que el certificador considere si la muerte fue debida a una complicación del embarazo. La Figura 1 presenta un ejemplo de la Certificación médica de la causa de muerte (CMCM).

Figura 1. Ejemplo de la certificación médica de la causa de muerte (CMCM).

Causa de muerte: <i>la enfermedad o afección considerada como causa básica y que debería aparecer en la línea inferior al llenar la parte I</i>		Intervalo aproximado entre el inicio y la
Parte I		
Enfermedad o afección que lleva directamente a la muerte a)		
Causas que anteceden:		
Debido a, o como consecuencia de b)		
Debido a, o como consecuencia de c)		
Debido a, o como consecuencia de d)		
Parte II Otras patologías importantes que contribuyeron a la muerte pero no conexas con la enfermedad o afección que la provoca		
La mujer estaba:		
☐ Embarazada en el momento de la muerte ☐ No embarazada en el momento de la muerte (pero embarazada dentro de los 42 días previos) ☐ Embarazada en el curso del año previo		

Los países pueden agregar casilleros al formulario del Certificado Médico de Causa de Defunción (CMCM) para indicar el embarazo.

Codificación de la causa de muerte

Una vez llenado el certificado de defunción, un codificador entrenado codifica las afecciones mencionadas en el certificado y luego de aplicar las reglas de CIE-10 para codificación y selección le asigna un único código CIE-10 a una única causa básica de muerte. El casillero de embarazo le señala al codificador que debe considerar si existe la posibilidad de codificar ese fallecimiento como muerte materna. Para causas indirectas de muerte es esencial que en la Parte 1 del certificado haya una declaración clara de si se da un agravamiento mutuo entre el embarazo y la enfermedad que llevó a la muerte.

Análisis de la causa de muerte

Los estadísticos o analistas agrupan estos códigos CIE aplicando una lógica epidemiológica y clínica y publican las estadísticas de mortalidad. Esta información estadística es utilizada por múltiples partes interesadas; pese a que sus objetivos pueden diferir, todos los usuarios confían en gran medida en la *calidad, exactitud y consistencia* de la información.

Cuadro 2

Terminología CIE-10

La causa básica de muerte es definida como la enfermedad o afección que dio inicio a la cadena de eventos mórbidos que llevaron a la muerte o las circunstancias del accidente o del episodio de violencia que produjeron una lesión fatal. La causa de muerte única identificada debe ser lo más específica posible.

Si el certificado de defunción ha sido llenado correctamente, normalmente la causa básica de muerte debería ser una única entidad que el certificador escribió en la línea más baja usada de la Parte 1. Las reglas de selección y modificación de mortalidad del Volumen 2 de CIE-10 han sido elaboradas de modo de permitir a los codificadores seleccionar la información más útil sobre la causa de muerte con fines de salud pública como la única causa básica, aún cuando el certificado no se llene correctamente, o donde sea importante considerar o combinar información con otros involucrados en el certificado. Cuando se codifican múltiples causas, a cada afección mencionada en los certificados de defunción se les asignan códigos CIE y se los mantiene para análisis estadísticos. Aparte de la causa básica de defunción, se incluyen otras afecciones que contribuyeron en la secuencia de la Parte 1 y afecciones en la Parte 2. Aquí se utiliza la causa *contribuyente* para incluir ya sea afecciones que pudieran existir desde antes de que apareciera la causa básica de muerte, o bien que aparecieran durante la cadena de eventos que llevaron a la defunción, y que por su naturaleza contribuyeran a la muerte. En este

documento, sin embargo, las causas contribuyentes también se refieren a afecciones que puedan comunicarse en la Parte 1 del certificado.¹

Se recomienda a los lectores que estén interesados consultar la instrucción sobre el manejo de CIE que se puede encontrar en línea en apps.

who.int/classifications/apps/icd/icd10training/ o

descargarlo para uso sin conexión de:

apps.who.int/classifications/apps/icd/ClassificationDownload/DLArea/OfflineTrainingPackage.zip

Esta directriz de la OMS y sus agrupamientos de muertes maternas revisados fueron elaborados considerando la información de mortalidad extraída de la Certificación médica de la causa de muerte del registro civil. Sin embargo, se la puede utilizar también en otras circunstancias, por ejemplo, en aquellos casos en que la causa de muerte sea determinada por una autopsia verbal, interrogatorio o investigación confidencial.

Utilizando los códigos CIE-10 ya existentes, este documento identifica aquellas afecciones que representen una causa de muerte potencial y que sean de alto interés para la salud pública, y las distingue de aquellas que tienen poca probabilidad de provocar la muerte, pero que puedan haber contribuido o que hayan constituido parte del curso de eventos que llevaron a la muerte.

Independientemente de las circunstancias, la guía y sus agrupamientos han sido diseñados para capturar por lo menos la información básica más importante sobre la causa de muerte, al tanto que permiten refinarla aportando detalles más específicos. En el nivel más básico, se puede enumerar 'Muertes durante el embarazo, parto o puerperio' inclusive en países o áreas donde no se dispone de información sobre la causa de muerte. Esto permite entonces comparar esas cifras de mortalidad con las obtenidas a partir de datos agregados utilizando todas las causas, de áreas donde se dispone de las causas.

¹ En este documento las causas contribuyentes se refieren a las afecciones que pueden ser comunicadas en la Parte 1 del Certificado de Defunción. En la terminología de la CIE también se las denomina "causas intervinientes".

Cuadro 3**Definición de muertes en el embarazo, parto y puerperio: CIE-10**

Se entiende por *“Muerte que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio”* a la muerte de una mujer que ocurre estando embarazada o dentro de los 42 días de haber terminado un embarazo, independientemente de la causa de muerte (obstétrica y no obstétrica).

Muerte materna

Una *muerte materna* es la muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

Las muertes maternas se subdividen en dos grupos:

- *muertes obstétricas directas*: las muertes obstétricas directas son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los arriba mencionados.
- *muertes obstétricas indirectas*: las muertes obstétricas indirectas son aquellas que derivan de enfermedad previamente existente o enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo.

Muerte materna tardía

La *muerte materna tardía* es la muerte de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después pero antes de un año de haber terminado el embarazo.

Aplicación de CIE-10 a muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio

Este documento pretende normalizar, identificando las causas de muerte pertinentes, y asegura así su comunicación exacta. De este modo las condiciones se pueden codificar de una manera más detallada, mejorando la calidad de la información vinculada a la muerte materna (ver Cuadro 3). Una vez instruidos sobre la lógica de la certificación de la muerte y sobre cómo se utilizan los datos derivados del certificado, los certificadores estarán en condiciones de llenar mejor los certificados de defunción con información relevante. Las reglas de codificación de la CIE no se ven afectadas por el reagrupamiento de sus códigos, y de hecho la normalización de las causas básicas de muertes maternas en los códigos de enfermedades asegura que se sigan las reglas de codificación de CIE. En los países que recaban información disponible en el RV obtenida de la certificación médica, los codificadores entrenados codifican la causa de muerte al mayor detalle, según la convención de codificación de CIE-10.

En condiciones donde la causa de muerte se identifica por autopsia verbal o recabando datos similares comunicados por personal que no ha recibido formación para el diagnóstico clínico o la certificación de causa de muerte, tal vez sólo sea posible clasificar las causas de muerte a grupos relativamente amplios. A menudo se ha debido recurrir a que los clínicos reformulen las historias a partir de comunicaciones hechas por legos, usando las secuencias del formato del certificado de defunción de CIE para identificar la causa básica aún a este amplio nivel de agrupamiento.

El anexo A presenta un enlace electrónico a una planilla Excel que indica el grupo para cada uno de los códigos CIE-10 existentes del Capítulo XV. Además se están desarrollando herramientas para ayudar en la implementación de esta guía y sus agrupamientos y para crear una sinergia con la revisión de muerte materna y los procesos de auditoría.

Análisis de las causas básicas de muerte

Con el fin de promover un marco común de comparaciones internacionales, se agruparon las causas básicas de muerte durante el embarazo, parto y puerperio en nueve grupos. Estos grupos son clínica y epidemiológicamente relevantes; se excluyen mutuamente e incluyen y describen todas las causas de muertes maternas y vinculadas con el embarazo. Además, simplifican la caracterización de las muertes maternas, ya sea de causas directas o indirectas.²

La Tabla 1 presenta los nueve grupos de causas durante el embarazo, parto y puerperio, con ejemplos de las afecciones correspondientes a incluir en cada grupo. Clínicamente, las afecciones que pueden dar lugar a mortalidad también pueden causar morbilidad, y las especificadas como afecciones que habría que identificar como causas básicas de muertes maternas. En los Anexos B1, B2 y B3 se presenta un listado completo de las afecciones que pueden constituir causas básicas de muerte o morbilidad materna.

En ciertos escenarios, es posible que la causa básica de muerte solo pueda ser identificada a nivel del grupo más amplio, mientras que en otras áreas, la causa de muerte puede ser atribuida con más detalle, a nivel de categoría o subcategoría. En la práctica, es posible que la adjudicación de las muertes de forma consistente a grupos amplios sea más difícil de hecho que la codificación consistente a códigos de CIE detallados y su ulterior agregación en grupos más amplios. De cualquier modo, es esencial comprender bien el significado de los términos utilizados en esas circunstancias para describir la causa de muerte y para indexar con exactitud y consistencia todos los términos a la categoría correcta al nivel que sea que se esté usando. Es de destacar que cualquier modificación local de los nueve grupos en categorías y subcategorías no ha de afectar la normalización general de atribución de causas de muerte o su clasificación y definición como “muerte materna”, o “muerte durante el embarazo, parto y puerperio”.

² Una razón importante para crear estos agrupamientos es aclarar y normalizar el reporte de afecciones que se considera tienen un alto impacto sobre la salud pública. La codificación de las afecciones identificadas, llenando correctamente los certificados de defunción, sigue los procedimientos de codificación descritos en el Volumen 2 del CIE-10. Desde la perspectiva del análisis, se las rotula como *única causa básica de muerte*, en consonancia con la CIE.

Tabla 1

Grupos de causas básicas de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio en grupos mutuamente excluyentes, y totalmente inclusivos ³

Tipo	Nombre/número del grupo	EJEMPLOS de potenciales causas de muerte
Muerte materna: directa	1. Embarazos que terminan en aborto	Aborto, pérdida de embarazo, embarazo ectópico y otras afecciones que llevan a la muerte materna y a un embarazo que termina en aborto
Muerte materna: directa	2. Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio
Muerte materna: directa	3. Hemorragia obstétrica	Enfermedades obstétricas o afecciones directamente asociadas con hemorragia
Muerte materna: directa	4. Infección relacionada con el embarazo	Enfermedades o afecciones inducidas por infecciones, vinculadas al embarazo
Muerte materna: directa	5. Otras complicaciones obstétricas	Todas las demás afecciones obstétricas directas no incluidas en los grupos 1–4
Muerte materna: directa	6. Complicaciones imprevistas del manejo	Efectos adversos severos y otras complicaciones no previstas de los cuidados médicos y quirúrgicos brindados durante el embarazo, parto o puerperio
Muerte materna: indirecta	7. Complicaciones no obstétricas	Afecciones no obstétricas • Cardiopatías (incluyendo hipertensión pre-existente) • Afecciones endócrinas • Afecciones gastrointestinales • Afecciones del sistema nervioso central • Afecciones respiratorias • Afecciones genitourinarias • Trastornos autoinmunes • Afección esquelética • Trastornos psiquiátricos • Neoplasias • Infecciones que no derivan directamente del embarazo
Muerte materna: no especificada	Desconocida / indeterminada	Muerte materna que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio en la que no se conoce o no se ha determinado la causa básica
Muerte durante el embarazo, parto y puerperio	Causas coincidentes	Muerte durante el embarazo, parto y puerperio debida a causas externas

³ Ver el listado completo y detallado en los Anexos A y B1

Afecciones que constituyen causas improbables de muerte pero que pueden haber contribuido a los eventos que la desencadenan (Afecciones contribuyentes)

Esta sección describe afecciones que puedan haber contribuido o que puedan estar asociadas con la muerte, pero que no deben ser comunicadas como la única afección en el certificado de defunción ni ser seleccionadas como la causa básica de muerte. *La causas contribuyentes pueden predisponer a las mujeres a la muerte, ya sea como afecciones preexistentes, o como factores de riesgo.* Por ejemplo, una mujer con embarazo gemelar, cuyo parto se ve complicado por una atonía uterina y sangrado postparto, shock hipovolémico, coagulopatía intravascular diseminada (CID) e insuficiencia renal. En este caso, usando la codificación múltiple, las afecciones contribuyentes incluyen embarazo gemelar (código CIE O30.0), shock, CID, e insuficiencia renal, al tanto que la causa básica de muerte es la hemorragia postparto provocada por la atonía uterina (código CIE-10 O72.1). Si se usa solo la codificación de una única causa, sólo se registraría la causa básica de muerte: hemorragia postparto (atonía uterina), es decir, O72.1.

El Anexo B2 presenta una tabla separada de las afecciones que tienen pocas probabilidades de provocar la muerte; estos códigos 'contribuyentes' se pueden usar en la codificación múltiple de la causa de muerte para describir las morbilidades maternas asociadas al embarazo, parto o el puerperio. Es posible que exista más de una afección contribuyente y en esas circunstancias se recomienda hacer codificación múltiple por estas afecciones. Estos códigos no deben seleccionarse como causa básica de muerte, porque no captan la información más útil que se necesita para los servicios de salud y las intervenciones de salud pública para evitar otras defunciones.

En el ejemplo de arriba, los otros diagnósticos de shock hipovolémico, coagulopatía intravascular diseminada e insuficiencia renal se refiere a complicaciones y están indicadas en la Parte 1 del certificado de defunción. Es preciso documentar las complicaciones que llevaron a la defunción, ya que esto podría ayudar a desarrollar protocolos de tratamiento para prevenir ese tipo de complicaciones en el futuro. Además, se puede detectar un patrón que puede ayudar en el manejo de casos parecidos en el

futuro. Las complicaciones abarcan importantes morbilidades como disfunción orgánica y sus códigos aparecen en la lista de morbilidad. Los Anexos B1 y B2 se presentan las afecciones clínicas y epidemiológicas relevantes a considerar como posibles morbilidades.

Los Anexos B1 y B2 se presentan las afecciones clínicas y epidemiológicas relevantes a considerar como posibles morbilidades

Aplicabilidad: Los siguientes ejemplos pretenden ilustrar el formato del llenado del certificado de defunción, documentando la secuencia de eventos desde la causa básica hasta la causa inmediata de muerte y la factibilidad de aplicar los agrupamientos en la práctica.

EJEMPLO 1

Una mujer que había presentado anemia durante el embarazo y después del parto tuvo una hemorragia por atonía uterina y falleció como resultado de shock hipovolémico.

Certificado Médico de Causa de Defunción

Causa de muerte: <i>la enfermedad o afección considerada como causa básica debe aparecer en la línea inferior que se llena en la Parte I</i>		Intervalo aproximado entre el inicio y la muerte
1. Enfermedad o afección que lleva directamente a la defunción	(a) shock hipovolémico Una causa contribuyente indicada en la Parte 1. Se le asigna un código cuando se realiza una codificación de múltiples causas	10 minutos
Causas que anteceden: Debida a, o como consecuencia de	(b) Hemorragia postparto	30 minutos
Debida a, o como consecuencia de	(c) atonía uterina La causa básica. Esta es la última afección en la Parte 1 y es una afección que aparece en el Anexo B1	45 minutos
Debida a, o como consecuencia de	(d)	
2. Otras afecciones importantes que contribuyen a la muerte pero que no están relacionadas con la enfermedad o afección que la provocan	Anemia	pre-existente
La mujer estaba: ☐ embarazada en el momento de la muerte ☐ no embarazada en el momento de la muerte (pero embarazada dentro de los 42 días previos) ☐ embarazada en el curso del año previo		

Si quien murió era una mujer, ¿estaba embarazada cuando falleció o dentro de los 42 días previos a su muerte?
Sí (Parte I sombreado a los fines del ejemplo)

EJEMPLO 2

Una mujer infectada con VIH que tiene un aborto espontáneo que se infecta y muere debido a un shock séptico y falla renal.

Certificado Médico de Causa de Defunción

Causa de muerte: <i>la enfermedad o afección considerada como causa básica debe aparecer en la línea inferior que se llena en la Parte I</i>		Intervalo aproximado entre el inicio y la muerte
1. Enfermedad o afección que lleva directamente a la defunción	(a) insuficiencia renal.	2 horas
Una afección contribuyente, indicada en la Parte 1		
Causas previas: Debido a, o como consecuencia de	(b) shock séptico	24 horas
Debido a, o como consecuencia de	(c) aborto séptico	36 horas
La causa básica. Esta es la última afección anotada en la Parte 1 y es una afección que aparece en el Anexo B		
Debido a, o como consecuencia de	(d)	
2. Otras enfermedades importantes que contribuyen a la defunción pero que no tienen conexión con la enfermedad o afección que la provoca	VIH	Pre existente
Una afección que contribuye, indicada en la Parte IIB		
La mujer estaba:		
☒ Embarazada en el momento de la muerte ☐ No embarazada en el momento de la muerte (pero embarazada dentro de los 42 días previos) ☐ Embarazada en el curso del año previo		

Si quien falleció era una mujer, ¿estaba embarazada cuando murió o dentro de los 42 días previos? Sí (La Parte I sombreada, a los efectos del ejemplo)

Autopsia verbal

En algunas situaciones las muertes maternas son estudiadas mediante autopsia verbal. Una vez que se han extraído los detalles pertinentes de la autopsia verbal, se puede usar también la guía de muertes maternas con sus agrupamientos para normalizar la información concerniente a la causa de muerte; ver el Ejemplo 3 (17).

EJEMPLO 3

Este era el tercer embarazo de la mujer y no había tenido ninguna complicación en los dos embarazos anteriores. Por sus creencias religiosas no había sido vacunada con el toxoide tetánico ni había consultado a médico o enfermera para el control prenatal en ninguno de los embarazos. Se alimentaba normalmente y su salud era buena, aunque a veces sufría cefaleas por las que hacía reposo en cama. A los seis meses de embarazo presentó una pérdida de la visión nocturna, pese a lo cual no consultó. No presentó hinchazón en ninguna región de su cuerpo.

A los nueve meses de embarazo, un día antes de su muerte, comenzó el trabajo de parto alrededor de las 7 de la tarde y llamó a su madre (que era curandera) para que fuera a su casa. Luego de terminar sus oraciones a las 9 de la noche, su trabajo de parto se intensificó levemente. Su madre la examinó y palpó que la cabeza del feto todavía no estaba cerca del canal de parto. A las 11 de la noche su madre la examinó nuevamente y encontró un leve sangrado vaginal. En total la examinó tres veces.

Cerca de la medianoche, el dolor de parto volvió a aumentar y tras una hora rompió la bolsa de aguas. A la 1 de la mañana tuvo un parto normal. A los cinco minutos, se produjo el alumbramiento normal. Durante el parto tuvo pérdidas normales de sangre.

Poco tiempo después del parto dijo que estaba mareada y que se quería recostar. Su suegra y cuñada (la esposa del hermano de su marido) estaban lavando al recién nacido. Súbitamente manifestó que se sentía mal, que le dolía la cabeza y manifestó que se quería sentar. En cuanto su cuñada la ayudó a incorporarse sentándose sobre la cama comenzó con un sangrado vaginal abundante. Se puso de pie sobre un felpudo de yute, empapándolo con sangre. Luego la hicieron acostar, pero seguía sangrando abundantemente y siguió así durante una hora más.

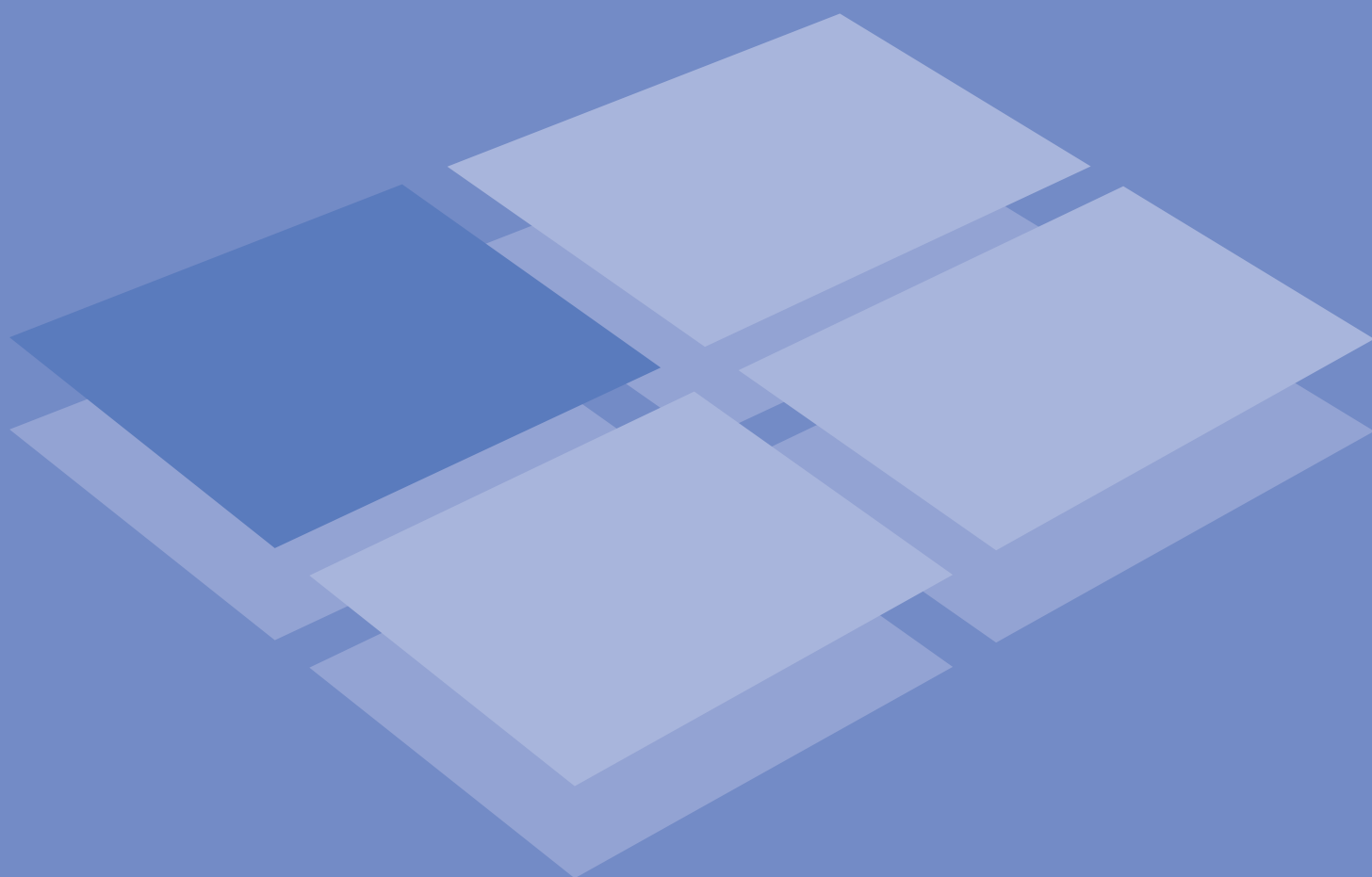
Su esposo intentó conseguir un profesional de salud, quien dijo que recién iría a la mañana siguiente. Luego de una hora de sangrado excesivo por vía vaginal, la mujer presentó enfriamiento y palidez generalizados. En ese momento comenzó a ceder el sangrado y se le aplicaron compresas calientes, pese a lo cual comenzó a temblar y le castañetaban los dientes. Tras 30 minutos en ese estado se agotó y se quedó en la cama con los ojos cerrados. A las 5 de la mañana presentó tres suspiros y murió.

Certificado Médico de Causa de Defunción

Causa de muerte: <i>la enfermedad o afección considerada como causa básica debe aparecer en la línea inferior que se llena en la Parte I</i>		Intervalo aproximado entre el inicio y la muerte
1. Enfermedad o afección que lleva directamente a la defunción	hemorragia postparto	3 horas
La causa básica. Esta es la última afección anotada en la Parte I y es una afección que se encuentra en el Anexo B		
Causas previas:	(b)	
Debido a, o como consecuencia de	(c)	
Debido a, o como consecuencia de	(d)	
2. Otras afecciones importantes que contribuyen a la muerte pero no conexas con la enfermedad o afección que la provoca	Falta de acceso a atención médica para evitar o tratar la hemorragia que sigue el parto vaginal normal	
Una afección contribuyente. Indicada en la Parte II. No se le asigna ningún código porque se usa un único código de muertes		
La mujer estaba:		
☒ Embarazada en el momento de la muerte ☐ No embarazada en el momento de la muerte (pero embarazada dentro de los 42 días previos) ☐ Embarazada en el curso del año previo		

Si quien murió era mujer, ¿estaba embarazada al fallecer o dentro de los 42 días antes de su muerte? Sí

(Parte I sombreada para los fines del ejemplo)



Explicaciones específicas y motivaciones

Trabajo de parto prolongado/ obstruido

La CIE-10 busca captar el paso inicial más relevante a la salud pública en la secuencia que lleva a la muerte, ya que al evitar esa condición se evitaría no solo la muerte sino también toda la enfermedad, sus complicaciones y la discapacidad que la precedieron. El trabajo de parto obstruido puede ser el inicio de una secuencia que lleva a la muerte, o puede ser debido a alguna afección precedente, como ser una pelvis materna estrecha o una situación fetal transversa. En este caso, la muerte podría evitarse accediendo a un procedimiento quirúrgico. Sin embargo, existe evidencia que sugiere que tal vez muchas muertes son erróneamente atribuidas a trabajo de parto obstruido, lo que lleva a una sobreestimación de la proporción que se podría evitar mediante el parto quirúrgico, subestimándose así la necesidad de otros servicios. En áreas donde los partos no son atendidos por profesionales capacitados y la mortalidad materna es elevada, es posible que se disponga de muy poca información sobre la secuencia de eventos que provocaron la muerte, o sobre la evolución del trabajo de parto. La única información proporcionada por los legos que relatan la muerte puede ser que la mujer parecía haber estado en trabajo de parto, o con dolor durante un tiempo considerable antes de su muerte, y/o que falleció sin haber dado a luz. Estas muertes pueden ser entonces atribuidas a un trabajo de parto obstruido sin que haya una buena evidencia de que esa entidad realmente existió. El grupo de trabajo de la OMS decidió que sería preferible sólo aceptar el diagnóstico si se dispusiera de evidencia adicional, por ejemplo la complicación fatal de un trabajo de parto obstruido (como ruptura uterina, atonía o hemorragia uterina o sepsis). En otras palabras, quienes certifican deberían relatar más detalles en el certificado de defunción, y no limitarse a poner “trabajo de parto obstruido”. Es de destacar que esta decisión refleja los principios utilizados para elaborar los agrupamientos y las recomendaciones de la CIE, por ejemplo que la causa básica identificada debe ser mutuamente excluyente. El uso de “trabajo de parto obstruido” como una única causa básica no alcanza, como queda ejemplificado por el caso de ruptura de útero asociado con trabajo de parto obstruido.

En esta situación clínica hay dos entidades, pero sólo se puede considerar a la ruptura uterina como la única causa básica, mientras que el parto obstruido puede tener múltiples desenlaces clínicos, dado que no es el único que contribuye a la ruptura del útero, sino que también hay otras condiciones - como ser una sepsis puerperal.

Actualmente algunos países informan “trabajo de parto obstruido” como una condición contribuyente, mientras que otros países comunican el trabajo de parto obstruido y la ruptura de útero como causas de muerte. Es importante normalizar esto para posibilitar un análisis informado comparable de la información sobre las causas de muerte. Desde un punto de vista programático el objetivo es evitar el trabajo de parto obstruido; cuando eso no es posible, o una vez que se diagnostica el trabajo de parto obstruido, hay que identificar el acceso a los cuidados obstétricos de emergencia y la prestación de servicios (por ejemplo acceso a transfusiones de sangre seguras, antibióticos y atención puerperal en caso de fístulas).

En la práctica, en las situaciones en las que la mortalidad es cubierta por el registro vital, cada país podrá desagregar los datos nacionales tanto por la causa básica como por las causas contribuyentes, donde es factible hacer la comunicación y análisis de múltiples causas, asegurando que no se pierda nada de información. En las condiciones donde la información sobre la mortalidad materna es recogida por otros mecanismos, tales como una auditoría de muertes maternas, revisión de muertes maternas o autopsia verbal, la presente guía informa a quienes certifiquen la defunción que el trabajo de parto obstruido por sí solo es insuficiente como causa de muerte. Se prevé que se les exigirá que den más información sobre las circunstancias de la muerte. Como resultado, los programas deberían poder identificar otras intervenciones de salud que se necesitaría para evitar estas muertes, como acceso a transfusiones de sangre segura y antibióticos. Este nivel adicional de detalles es factible y dará mayor robustez a la información que se ofrece a los encargados de los programas y a los responsables políticos que están en posición de influir sobre la calidad y disponibilidad de la atención para prevenir las muertes maternas evitables.

Esta recomendación está indicada por la necesidad de capacitar a los responsables de llenar los certificados de defunción (prestadores de atención médica), para que comprendan que habitualmente el diagnóstico de trabajo de parto obstruido aislado es insuficiente. En los casos en que se realiza una codificación de múltiples causas, será fácil incorporar la especificación de este detalle. Sin embargo, cuando se realiza la codificación de una única causa de muerte, si se proporcionan detalles referentes a una mujer a la que se diagnosticó trabajo de parto obstruido, estas muertes serán codificadas como se observa en el Ejemplo 4. Si no se proporciona ninguna información adicional (ver Ejemplo 5), los codificadores estarán obligados a utilizar los códigos para trabajo de parto obstruido

como la causa básica de muerte. En ambas circunstancias, la muerte es considerada como una muerte materna directa, contando cada caso de trabajo de parto obstruido, pero sólo el Ejemplo 4 brinda detalles sobre posibles carencias en la prestación de atención intraparto.

Es importante destacar que esta descripción de la información que se reconcilia en lo referente al trabajo de parto obstruido es particular de CIE-10. En las futuras revisiones de CIE, se prevé que se simplificará la codificación de trabajo de parto obstruido y sus entidades asociadas (por ejemplo, hemorragia, sepsis), proponiendo nuevos códigos conexos que identifican ambos conceptos en un código, simplificando así la codificación en una única causa de muerte.

EJEMPLO 4

Una mujer estaba cursando su tercer embarazo y no había presentado ninguna complicación en sus dos partos anteriores. No tenía la inmunización con toxoide tetánico vigente ni consulta prenatal con médico o enfermera en ninguno de sus embarazos debido a sus creencias religiosas. Se alimentaba normalmente y su salud era buena, si bien algunas veces padecía de cefaleas, en circunstancias en las cuales le gustaba acostarse en cama. Luego de seis meses de embarazo comenzó a no ver durante la noche, pero eso no la llevó a consultar médico. No presentó hinchazón corporal.

Una mujer con un bebé en posición podálica que presenta trabajo de parto obstruido y fallece de sepsis puerperal

- Causa básica: Grupo 4, infección inducida por el embarazo
- Categoría: sepsis puerperal
- Afección contribuyente: trabajo de parto obstruido debido a mala presentación fetal

EJEMPLO 5

Una mujer que fallece poco después de llegar a la dependencia sanitaria. Falleció sin haber dado a luz, pero el personal de dicho centro médico logró palpar las partes fetales al hacer el examen vaginal. La persona que acompañaba a la mujer al centro de salud sólo logró indicar que la mujer había presentado “dolores” durante más de un día y medio.

- Causa básica: Grupo 5, otras complicaciones obstétricas
- Categoría: trabajo de parto obstruido SOE (sin otra especificación)
- Afección contribuyente: no se aportan detalles

Este cambio indicará:

- El número de muertes como consecuencia de trabajo de parto obstruido,
- El número de mujeres que fallecen de entidades pasibles de tratamiento, como transfusiones o antibióticos; esta información le indicará a los responsables de los programas sobre las áreas del período prenatal e intraparto en las que hay carencias.

VIH y SIDA

En muchas partes del mundo hay tendencia a atribuir al SIDA todas las muertes de los individuos que se sabe que tienen VIH o SIDA. Sin embargo muchos de esos pacientes pueden fallecer “de SIDA” o “con VIH”. Cuando coincide con el período de embarazo, es útil distinguir esas muertes de mujeres infectadas con VIH que deberían considerarse muertes maternas.

En términos de fallecer “con VIH” o “de SIDA”, las mujeres pueden fallecer de causas obstétricas, por ejemplo, aborto incompleto, complicado por hemorragia o tétanos, o embarazo ectópico. Estas muertes son consideradas como muertes maternas directas. En estos casos, su condición de infección por VIH o portador de SIDA puede haber coexistido en el momento de la muerte, pero no constituye su causa.

Por el contrario, “las muertes maternas indirectas relacionadas con el SIDA” son muertes de mujeres infectadas con VIH que mueren debido al efecto de agravamiento del embarazo por el VIH.

Esta interacción entre embarazo y VIH es la causa básica de muerte. Estos casos están codificados como O98.7 y categorizados en el Grupo 7 (complicaciones no obstétricas). Una correcta comunicación de la influencia múltiple del VIH o SIDA y el embarazo en la Parte 1 del certificado orientará así a los codificadores.

Por otro lado, una mujer con VIH puede fallecer de una de las complicaciones fatales del VIH o SIDA mientras que está embarazada, aunque probablemente ese sea un acontecimiento raro, dado que cuando la enfermedad es muy severa es poco probable que la mujer se embarace. Por ejemplo, se puede dar cuando una mujer VIH positiva que está al principio del embarazo fallece debido al síndrome de consunción provocado por el VIH. Aquí el embarazo es incidental a la causa básica de su muerte - es decir, el síndrome de consunción por VIH. En estos casos raros, se selecciona VIH o SIDA como la causa básica de muerte y se selecciona el código correspondiente en el bloque B20-B24 del CIE-10. Los términos utilizados son “muertes relacionadas con VIH en mujeres durante el embarazo, parto o puerperio” y *no* se considera a estos casos como muertes maternas.

Al clasificarse cada uno y todos los casos en términos de la condición VIH se obtendrá una imagen más clara del papel de VIH y SIDA en las muertes maternas. La convención de utilizar O98.7 para describir las muertes maternas indirectas y los códigos B correspondientes para describir muertes de mujeres cuando el VIH o el SIDA son la causa básica y cuando el embarazo es incidental reducirá la confusión y permitirá normalizar la tabulación estadística.

Anemia

Con la excepción de una enfermedad preexistente tal como anemia falciforme o talasemia, la anemia puede ser secundaria a infecciones, desnutrición, sangrado, etc. La anemia rara vez provoca la muerte por sí sola. En esta guía y sus agrupamientos, se considera a la anemia como un factor contribuyente a la muerte materna. Aún cuando la anemia complica la hemorragia postparto, sigue siendo casi siempre la hemorragia la que realmente provoca la muerte.

Tétanos

Es raro que el tétanos obstétrico (CIE 10 código A34) sea causa de muerte materna. A los efectos de la clasificación y en ausencia de información detallada referente a la evolución clínica de la infección, se considera una causa DIRECTA de muerte materna dentro del grupo “infección vinculada al embarazo”. Donde hay evidencia que la exposición y la infección tetánica surgen de un evento obstétrico, (por ejemplo, aborto o sepsis puerperal), se clasifica la defunción con la causa de muerte DIRECTA respectiva.

Desnutrición

No es una entidad nosológica que provoque la muerte, pero puede haber contribuido a la misma.

Mutilación de los genitales femeninos

Se trata de una práctica común en algunas áreas del mundo y puede contribuir a la muerte de una mujer debido a que la cicatrización puede provocar trabajo de parto prolongado y predisponer a las mujeres a una atonía uterina, sepsis puerperal o severo traumatismo del aparato genital inferior, por desgarro del tejido cicatricial.

Cesárea previa

Puede haber contribuido a la muerte al promover la placenta ácreta, ruptura de útero o placenta previa.

Obesidad, depresión y violencia doméstica

La obesidad está convirtiéndose en un problema creciente; al facilitar la recolección de esta información en el caso de las muertes maternas permitirá comprender mejor cómo incide la obesidad sobre dichas muertes. Lo mismo se aplica a la depresión y a la violencia doméstica como condiciones contribuyentes, aunque tal vez sea más difícil recabar la información en cada uno de los casos.

Suicidio

La CIE-10 y CIE-MM recomiendan recoger toda la información pertinente describiendo los acontecimientos que llevaron a la muerte. Dentro de la convención de codificación de CIE-10, las muertes maternas debidas a suicidios y codificadas como corresponde en el Capítulo XX dentro de la información de registro vital sola según la metodología actual no se considerarían dentro de la estimación internacional de mortalidad materna.⁴ Cuando las muertes maternas debidas a suicidio son incluidas dentro de la comunicación de vigilancia, éstas podrían ser consideradas en el conjunto de datos de estudios de estimación de mortalidad materna. En esta guía el suicidio en los períodos prenatal y postparto se agrupa bajo causas directas de muerte en la categoría "Otros". Se recomienda hacerlo aunque no sea posible establecer definitivamente el diagnóstico de psicosis puerperal y/o depresión postparto. CIE-1

¹ Grupo Interinstitucional para la estimación de la mortalidad materna (MMEIG, por sus siglas en inglés). Para ver la metodología que describe cómo se identifican las muertes maternas dentro de la información del registro vital, referirse al informe completo, *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010 WHO, UNICEF, UNFPA y The World Bank estimates* (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en/index.html>) y el Volumen 2 de CIE-10.

Figura 2. Todas las muertes (muerte durante el embarazo, parto o puerperio)

TODAS LAS MUERTES (Muerte durante el embarazo, parto o puerperio)			
MUERTE MATERNA		OTRAS MUERTES	
Muerte materna directa: • Termina en aborto • Trastornos hipertensivos • Hemorragia obstétrica • Infección relacionada con el embarazo • Otras complicaciones obstétricas • Complicaciones imprevistas	Muerte materna indirecta: Complicaciones no obstétricas 	Desconocida No determinada 	Coincidente 

Implicancias para la práctica profesional y la investigación

Se espera que la guía y sus agrupamientos permitan evaluar mejor las condiciones que provocan la muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio. La aplicación de esta guía y sus agrupamientos deberían ayudar a identificar las verdaderas causas clínicas de las muertes y las deficiencias del sistema sanitario que los países tendrán que solucionar para reducir las complicaciones y los desenlaces fatales del embarazo. El Anexo C brinda más sugerencias de herramientas que pueden facilitar la aplicación. Se recomienda usar esta guía y sus agrupamientos como parte de los esfuerzos para estimar y abordar la carga de la mortalidad materna a nivel mundial.

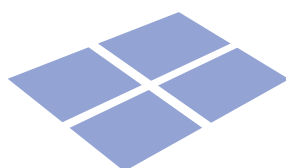
Conclusión

El documento *Directrices de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes durante el embarazo, parto y puerperio* se basa en CIE-10 para crear un marco que sirva a los gestores de programas, a los trabajadores de la salud que certifican las muertes, y a las oficinas de estadística e investigadores. Tiene el potencial de mejorar la calidad de los datos derivados de todas las fuentes de información de causas de muerte materna, lo que mejorará la comparabilidad de los datos y dará información sobre el desarrollo de los programas destinados a disminuir la mortalidad materna.

Como la guía y los agrupamientos se han armado en base a la CIE, los usuarios finales ya estarán familiarizados con los conceptos clínicos organizados dentro de sus agrupamientos. La ventaja de esta guía reside justamente en esa simplicidad. Es preciso seguir investigando sobre la aplicación de la guía y sus agrupamientos.

Para lograr el ODM5 los países tendrán que comprender no sólo la magnitud del problema, sino también la contribución de las causas de muerte. Actualmente, alrededor de un tercio de los Estados y Territorios Miembros de la OMS están en condiciones de brindar información del RV de alta calidad. Aún así, se reconoce que en estos datos se presentan errores de clasificación de las muertes que coinciden temporalmente con el embarazo. El uso de la guía, junto con el casillero para el embarazo en los certificados de defunción, pretende mejorar la captura de datos y su atribución.

Para los Estados y Territorios Miembros que tengan una cierta facilidad para capturar los eventos del RV, la guía servirá para mejorar la calidad de los datos de sus RV en lo referente a la atribución de causas. En los lugares donde se recogen los datos por medio de encuestas especiales, la *Aplicación de la CIE-10 a la mortalidad materna: CIEMM* mejorará la comparabilidad de los datos.



Referencias

1. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and The World Bank.* Geneva, World Health Organization, 2010.
2. *World Health Organization: International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision.* Geneva, World Health Organization, 1992.
3. Daniels J, et al. The WHO analysis of causes of maternal death, in preparation, 2011.
4. Karimian -Teherani D et al. Underreporting of direct and indirect obstetrical deaths in Austria, 1980–98. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2002; 81:323–327.
5. Bouvier-Colle MH et al. Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age. *International Journal of Epidemiology*, 1991, 20(3):717–721.
6. Deneux -Tharaux C et al. Underreporting of pregnancy-related mortality in the United States and Europe. *Obstetrics and Gynecology*, 2005, 106(4):684–692. Erratum in: *Obstetrics and Gynecology*, 2006, 107(1):209.
7. Gissler M et al. Pregnancy-related deaths in four regions of Europe and the United States in 1999–2000: characterisation of unreported deaths. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 2007, 133(2):179–185.
8. Schuitemaker N et al. Underreporting of maternal mortality in The Netherlands. *Obstetrics and Gynecology*, 1997, 90(1):78–82.
9. Kao S et al. Underreporting and misclassification of maternal mortality in Taiwan. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1997, 76(7):629–636.
10. Department of Health. *Report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom 1988–1990.* London, HMSO, 1994.
11. Horon IL. Underreporting of maternal deaths on death certificates and the magnitude of the problem of maternal mortality. *American Journal of Public Health*, 2005, 95(3):478–482.
12. Salanave B et al. Classification differences and maternal mortality: a European study. MOMS Group. Mothers' Mortality and Severe morbidity. *International Journal of Epidemiology*, 1999, 28(1):64–69.
13. Atrash HK, Alexander S, Berg CJ. Maternal mortality in developed countries: not just a concern of the past. *Obstetrics and Gynecology*, 1995, 86(4 Pt 2):700–705.
14. Resolution WHA 43.24. Report of the International Conference for the Tenth Revision of the International Classification of Diseases. In Forty-third World Health Assembly, Geneva. (Fourteenth plenary meeting, 17 May 1990, Committee B, third report.
15. Reported information on mortality statistics. Geneva, World Health Organization, 2005. (<http://www.who.int/healthinfo/mort2005survey/en/index.html>, accessed 8 March 2012)
16. Horon IL, Cheng D. Effectiveness of pregnancy check boxes on death certificates in identifying pregnancy-associated mortality. *Public Health Report*, 2011, 126(2):195–200.
17. *Why mothers die in Matlab.* Dhaka, ICDDR, Centre for Health and Population Research, 2005. (http://centre.icddr.org/images/Why_mothers_die_in_Matlab2.pdf, accessed 8 March 2012).

Apéndice 1: Revisores de las versiones borrador de la Clasificación de mortalidad y morbilidad materna

Dorothy Shaw, FIGO

Margaret Wash, FIGO

Barbara de Zalduondo, UNAIDS

Francisco Songane, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health

Gwyneth Lewis, Departamento de Salud, Reino Unido

Luc de Bernis, UNFPA

Vincent Fauveau, UNFPA

Wendy Graham, Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment

Zoe Matthews, Departamento para el Desarrollo Internacional, Reino Unido

Julia Hossein, Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment

Kathy Herschderfer, Confederación Internacional de Parteras

Revisores nacionales

Guillermo Carroli, Argentina

Jose Guilherme Cecatti, Brasil

Anibal Faundes, Brasil

Zhao-Gengli, China

Edgar Kestler, Guatemala

Sunita Mittal, India

Manorama-Balkisan Purwar, India

Horace Fletcher, Jamaica

Cherry Than-Than-Tin, Birmania

Prasanna-Gunasekera, Nepal

Saramma T. Mathai, Nepal

Mario Festin, Filipinas Thilina

Palihawadana, Sri Lanka Prof.

H.R. Seneviratne, Sri Lanka

Pisake Lumbiganon, Tailandia

Sompop Lim pongsa nura k, Tailandia

Tippawan Tippawan-Liabsuetrakul, Tailandia

Jose Villar, Reino Unido

Alain Prual, Estados Unidos

Tran Son Thach, Viet Nam

Asesores regionales

Oficina Regional de la OMS para África Seipati

Mothebesoane Anoh Djamila

Cabral

Oficina Regional de la OMS para las Américas Ricardo

Fescina

Bremen de Mucio

Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental Ardi

Kaptiningsih

Oficina Regional de la OMS para Europa

Gunta Lazdana

Alberta Bacci

Oficina Regional de la OMS para el Mediterraneo Oriental

Ramez Mahaini

Hossam Mahmoud

Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental

Narimah Awin

Anexo A: Lista de códigos y grupos de CIE-MM

El listado completo de los códigos CIE-10 y los grupos correspondientes de CIE-MM se encuentran disponibles en la red. Ver

www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241548458/en/

Esta lista siempre debe ser utilizada conjuntamente con los tres volúmenes de la CIE-10. Es preciso verificar el código que se sugiere y si hubiere alguna información adicional se la debe codificar utilizando la CIE-10 completa, buscando los términos en el Volumen 3 y verificando el código con el Volumen 1; las reglas para la selección de la causa básica de muerte y la certificación de la defunción se aplican de la manera descrita en el Volumen 2 de la CIE-10.

Anexo B1: Lista de los códigos CIE-10 que describen las afecciones que pueden ser causa de muerte (causa básica)

Los códigos de esta sección pueden ser utilizados en la codificación de la mortalidad o morbilidad (a no ser que el código se especifique en particular como código de mortalidad)

Los códigos se agrupan en los nueve grupos de causas obstétricas de muerte, más que en el orden de la lista del Volumen 1 de la CIE-10, o sus listas de tabulación especiales, y es posible que no contenga todos los códigos de un bloque.

A los efectos de esta guía, en esta sección solo se debería seleccionar como causas básicas de muerte a las afecciones y sus códigos asociados.

El anexo siempre debe ser utilizado conjuntamente con los tres volúmenes de la CIE-10. Se debe verificar el código sugerido y codificar toda información adicional utilizando la CIE-10 completa, con los Volúmenes 3 y 1; las reglas para certificar la defunción se aplican tal como se describe en el Volumen 2 de CIE-10. Es posible que otras modificaciones publicadas en la 11^a revisión de la CIE den lugar a cambios.

Grupo 1: Embarazo que termina en aborto

Excluye: embarazo que continúa en una gestación múltiple después del aborto de un feto o más (O31.1).
Las subdivisiones de cuatro caracteres que se presentan a continuación deben ser utilizadas con las categorías O03-O06:

Nota: El aborto incompleto incluye los productos de concepción retenidos luego de un aborto.

.0 Incompleto, complicado por infección genital y pelviana

Con afecciones en O08.0

.1 Incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía

Con afecciones en O08.1

.2 Incompleto, complicado por embolia

Con afecciones en O08.2

.3 Incompleto, con otras complicaciones y las no especificadas

Con afecciones en O08.3-O08.9

.4 Incompleto, sin complicación

.5 Completo o no especificado, complicado por infección genital y pelviana

Con afecciones en O08.0

.6 Completo o no especificado, complicado por hemorragia excesiva o tardía

Con afecciones en O08.1

.7 Completo o no especificado, complicado por embolia

Con afecciones en O08.2

.8 Completo o no especificado, con otras complicaciones y las no especificadas

Con afecciones en O08.3-O08.9

.9 Completo o no especificado, sin complicación

O00 Embarazo ectópico

Incluye: ruptura de embarazo ectópico

Si se desea, utilizar un código adicional de la categoría O08 para identificar cualquier complicación asociada.

O00.0 Embarazo abdominal

Excluye: parto de feto viable en el embarazo abdominal (O83.3)

atención materna por feto viable en el embarazo abdominal (O36.7)

O00.1 Embarazo tubario

Embarazo tubario

Ruptura de trompa (de Falopio) debida a embarazo

Aborto tubario

O00.2 Embarazo ovárico

O00.8 Otros embarazos ectópicos

Embarazo:

- cervical
- cornual
- intraligamentoso
- mural

O00.9 Embarazo ectópico, no especificado

O01**Mola hidatiforme**

Si se desea, utilizar un código adicional de la categoría O08 para identificar cualquier complicación asociada. *Excluye:* Mola hidatiforme maligna (D39.2)

O01.0 Mola hidatiforme clásica

Mola hidatiforme completa

O01.1 Mola hidatiforme incompleta o parcial

O01.9 Mola hidatiforme, no especificada

Enfermedad trofoblástica SOE

Mola vesicular SOE

O02**Otros productos anormales de la concepción**

Si se desea, utilizar un código adicional de la categoría O08 para identificar cualquier complicación asociada. *Excluye:* feto papiráceo (O31.0)

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

Mola:

- carnosa
- *carnosa*
- intrauterina SOE

Huevo patológico

O02.1 Aborto retenido

Muerte fetal temprana con retención y feto muerto

Excluye: Aborto retenido con:

- detención del desarrollo del huevo (O02.0)
- mola:
- hidatiforme (O01.-)
- no hidatiforme (O02.0)

O02.8 Otros productos anormales especificados de la concepción

Excluye: Aquellos con:

- detención del desarrollo del huevo (O02.0)
- mola:
- hidatiforme (O01.-)
- no hidatiforme (O02.0)

O02.9 Producto anormal de la concepción, no especificado

O03**Aborto espontáneo**

[Ver las subdivisiones arriba O03]

Incluye: pérdida de embarazo

O04

Aborto médico

[Ver las subdivisiones O03 arriba]

Incluye: terminación del embarazo:

- legal
 - terapéutico
- aborto terapéutico

O05

Otro aborto

[Ver las subdivisiones O03 arriba]

O06

Aborto especificado

[Ver las subdivisiones O03 arriba]

Incluye: aborto inducido SOE

O07 Intento fallido de aborto

Incluye: Intentos fallidos de inducción de aborto

Excluye: aborto incompleto (O03-O06)

O07.0 Falla de la inducción médica del aborto, complicado por infección genital y pelviana

Con afecciones en O08.0

O07.1 Falla de la inducción médica del aborto, complicado por hemorragia excesiva o tardía

Con afecciones en O08.1

O07.2 Falla de la inducción médica del aborto, complicado por embolia

Con afecciones en O08.2

O07.3 Falla de la inducción médica del aborto, con otras complicaciones y las no especificadas

Con afecciones en O08.3-O08.9

O07.4 Falla de la inducción médica del aborto, sin complicación

Falla de la inducción médica del aborto SOE

O07.5 Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, complicado por infección genital y pelviana

Con afecciones en O08.0

O07.6 Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, complicados por hemorragia excesiva o tardía

Con afecciones en O08.1

O07.7 Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, complicados por embolia

Con afecciones en O08.2

O07.8 Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, con otras complicaciones y las no especificadas

Con afecciones en O08.3-O08.9

O07.9 Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, sin complicaciones

Intento fallido de aborto SOE

Grupo 2: Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio

(Notar que O10 (hypertension preexistente) está en el Grupo 7)

O11 Trastornos hipertensivos preexistentes, con proteinuria agregada

Incluye: Afecciones en O10.- complicado por aumento de la proteinuria,
Pre eclampsia sobreagregada

O12 Edema y proteinuria gestacionales [inducidos por el embarazo] sin hipertensión

O12.0 Edema gestacional

O12.1 Proteinuria gestacional

O12.2 Edema gestacional con proteinuria

O13 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa

Incluye: Hipertensión gestacional SOE

Pre eclampsia leve

O14 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa

Excluye: pre eclampsia sobreagregada (O11)

O14.0 Pre eclampsia moderada

O14.1 Pre eclampsia severa

O14.2 Síndrome HELLP

Combinación de hemólisis, aumento de enzimas hepáticas, y plaquetopenia

O14.9 Pre eclampsia, no especificada

O15 **Eclampsia**

Incluye: convulsiones luego de afecciones bajo O10-O14 y O16 eclampsia con hipertensión inducida por el embarazo o hipertensión preexistente

O15.0 Eclampsia en el embarazo

O15.1 Eclampsia en el trabajo de parto

O15.2 Eclampsia en el puerperio

O15.9 Eclampsia, período de tiempo no especificado

Eclampsia SOE

O16 Hipertensión materna no especificada

Grupo 3: Hemorragia obstétrica

O20

Hemorragia precoz del embarazo

Excluye: embarazo que termina en aborto (O00-O08)

O20.0

Amenaza de aborto

Hemorragia especificada como debida a la amenaza de aborto

O20.8

Otras hemorragias precoces del embarazo

O20.9

Hemorragia precoz del embarazo, sin otra especificación

O43

Trastornos de la placenta

Excluye: atención materna por crecimiento fetal deficitario debido a insuficiencia placentaria (O36.5)

placenta previa (O44.-)

Desprendimiento prematuro de la placenta [abruptio placentae] (O45.-)

O43.2 Placenta ácreta (adherencia anormal)

O44

Placenta previa

O44.1

Placenta previa con hemorragia

Implantación baja de la placenta, SOE o con hemorragia

Placenta previa:

- marginal
- parcial
- total

SOE o con hemorragia

Excluye: trabajo de parto y parto complicado por hemorragia proveniente de los vasa previa (O69.4)

O45

Desprendimiento prematuro de la placenta [abruptio placentae]

O45.0

Desprendimiento prematuro de la placenta con defecto de la coagulación

Desprendimiento prematuro de la placenta con hemorragia (excesiva) asociada con:

- afibrinogenemia
- coagulación intravascular diseminada
- hiperfibrinólisis
- hipofibrinogenemia

O45.8

Otro Desprendimiento prematuro de la placenta

O45.9

Desprendimiento prematuro de la placenta, sin otra especificación

Desprendimiento prematuro de la placenta SOE

O46

Hemorragia anteparto, no clasificada en otra parte

Excluye: hemorragia en el embarazo precoz (O20.-)

hemorragia intraparto NCOP (O67.-)

placenta previa (O44.-)

Desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta [abruptio placentae] (O45.-)

O46.0 Hemorragia preparto con defecto de la coagulación

Hemorragia (excesiva) preparto asociada con:

- afibrinogenemia
- coagulación intravascular diseminada
- hiperfibrinólisis
- hipofibrinogenemia

O46.8 Otra hemorragia preparto

O46.9 Hemorragia preparto, no especificada

O67 Trabajo de parto y parto complicado por hemorragia intraparto, no clasificado en otra parte

Excluye: hemorragia preparto NCOP (O46.-)

placenta previa (O44.-)

hemorragia postparto (O72.-)

Desprendimiento prematuro de la placenta [abruptio placentae] (O45.-)

O67.0 Hemorragia intraparto con defecto de la coagulación

Hemorragia intraparto (excesiva) asociada con:

- afibrinogenemia
- coagulación intravascular diseminada
- hiperfibrinólisis
- hipofibrinogenemia

O67.8 Otra hemorragia intraparto

Hemorragia excesiva intraparto

O67.9 Hemorragia intraparto, no especificada

Ruptura de útero no establecida

O71 Otro traumatismo obstétrico

Incluye: lesión provocada por instrumentos

O71.0 Ruptura de útero antes del inicio del trabajo de parto

O71.1 Ruptura de útero durante el trabajo de parto

cuando ocurre antes del inicio del trabajo de parto

O71.3 Laceración obstétrica del cérvix

Desprendimiento anular del cuello uterino

O71.4 Laceración obstétrica vaginal alta aislada

Laceración de la pared vaginal sin mención de laceración perineal

Excluye: con laceración perineal (O70.-)

O71.7 Hematoma obstétrico de pelvis

Hematoma obstétrico de:

- periné
- vagina
- vulva

O72

Hemorragia postparto

Incluye: hemorragia posterior a la expulsión del feto o recién nacido

O72.0 Hemorragia del tercer período

Hemorragia asociada con placenta retenida, atrapada o adherida

Placenta retenida SOE

Utilizar un código adicional, si se desea, para identificar cualquier placenta con adherencia anormal (O43-O45)

O72.1 Otra hemorragia postparto inmediata

Hemorragia consecutiva al alumbramiento de la placenta

Hemorragia postparto (atónica) SOE

O72.2 Hemorragia postparto retardada y secundaria

Hemorragia asociada con porciones retenidas de la placenta o membranas

Productos retenidos de la concepción SOE, luego del parto

O72.3 Defectos de la coagulación postparto

Postparto:

- afibrinogenemia
- fibrinólisis

Grupo 4: Infección relacionada con el embarazo

O23

Infección de las vías genitourinarias en el embarazo

O23.0 Infección del riñón en el embarazo

O23.1 Infección de la vejiga en el embarazo

O23.2 Infección de la uretra en el embarazo

O23.3 Infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo

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

O23.5 Infección genital en el embarazo

O23.9 Otras infecciones y las no especificadas de las vías genitourinarias en el embarazo

Infección de las vías genitourinarias SOE en el embarazo

O41.1 Infección del saco amniótico y las membranas

Amnionitis

Corioamnionitis

Membranitis

Placentitis

O75.3 Otra infección durante el trabajo de parto

Sepsis durante el trabajo de parto

O85

Sepsis puerperal

Incluye:

endometritis

- fiebre puerperal
- Peritonitis puerperal
- Sepsis puerperal

Utilizar un código adicional (B95-B98) si se desea identificar el agente infeccioso.

Excluye: embolia pulmonar séptica y piémica, obstétrica (O88.3)

sepsis durante el trabajo de parto (O75.3)

O86

Otras infecciones puerperales

Utilizar un código adicional (B95-B98) si se desea identificar el agente infeccioso.

Excluye: infección durante el trabajo de parto (O75.3)

O86.0 Infección de herida quirúrgica obstétrica

Infección de:

- Herida quirúrgica de cesárea consecutiva al parto
- Reparación perineal consecutiva al parto

O86.1 Otra infección del aparato genital consecutiva al parto

Cervicitis

Vaginitis consecutiva al parto

O86.2 Infección de las vías urinarias consecutiva al parto

Afecciones en N10-N12, N15.-, N30.-, N34.-, N39.0 consecutivas al parto

O86.3 Otras infecciones genitourinarias consecutivas al parto

Infección puerperal de las vías genitourinarias SOE

O86.4 Pirexia de origen desconocido consecutiva al parto

Puerperal:

- infección SOE
- pirexia SOE

Excluye: fiebre puerperal (O85)

pirexia durante el trabajo de parto (O75.2)

O86.8 Otras infecciones puerperales especificadas

O91 Infecciones de mama asociadas con el parto

Incluye: las afecciones enumeradas durante el embarazo, el puerperio o la lactancia

O91.0 Infecciones del pezón asociadas con el parto

Absceso del pezón:

- gestacional
- puerperal

O91.1 Absceso de mama asociado con el parto

Absceso mamario gestacional o puerperal

Mastitis purulenta

Absceso subareolar

O91.2 Mastitis no purulenta asociada con el parto

Linfangitis de la mama

Mastitis gestacional o puerperal:

- SOE
- intersticial
- parenquimatosa

Grupo 5: Otras complicaciones obstétricas

O21.1 Hiperemesis gravídica con trastornos metabólicos

Hiperemesis gravídica que empieza antes del fin de la 22ª semana de gestación y que provoca trastornos metabólicos tales como:

- depleción de carbohidratos
- deshidratación
- desequilibrio electrolítico

O21.2 Hiperemesis gravídica tardía

Vómitos excesivos que aparecen después de las 22 semanas completas de gestación

O22 Complicaciones venosas en el embarazo

Excluye: embolia pulmonar obstétrica (O88.-)

las condiciones enumeradas como complicaciones de:

- aborto, embarazo ectópico o molar (O00-O07 , O08.7)
- parto y puerperio (O87.-)

O22.3 Flebotrombosis profunda en el embarazo

Trombosis venosa profunda, preparto

O22.5 Trombosis venosa cerebral en el embarazo

Trombosis del seno venoso cerebral en el embarazo

O22.8 Otras complicaciones venosas en el embarazo

O22.9 Complicación venosa no especificada en el embarazo

Gestacional:

- flebitis SOE
- flebopatía SOE
- trombosis SOE

O24 Diabetes mellitus en el embarazo

Incluye: durante el parto y el puerperio

O24.4 Diabetes mellitus que se origina en el embarazo

Diabetes mellitus gestacional SOE

O26.6 Trastornos hepáticos en el embarazo, parto y puerperio

Colestasis (intrahepática) en el embarazo

Colestasis obstétrica

Excluye: síndrome hepato renal consecutivo al trabajo de parto y parto (O90.4)

O26.9 Afección relacionada con el embarazo, no especificada

O71 Otro traumatismo obstétrico

Incluye: lesión provocada por instrumentos

O71.2 Inversión del útero postparto

O71.5 Otra lesión obstétrica de los órganos pelvianos

Lesión obstétrica de:

- vejiga
- uretra

O71.6 Lesión obstétrica de las articulaciones y ligamentos pelvianos

Avulsión del cartílago de la sínfisis del pubis

Diastasis (obstétrica) de la sínfisis del pubis

Lesión traumática del coxis

O71.8 Otros traumas obstétricos especificados

O71.9 Trauma obstétrico, no especificado

O73 Retención de placenta y membranas, sin hemorragia

O73.0 Retención de placenta sin hemorragia

Utilizar un código adicional, si se desea, para identificar placenta con adherencia anormal (O43-O45)

O73.1 Retención de fragmentos de la placenta y las membranas, sin hemorragia

Retención de productos de la concepción consecutiva al parto, sin hemorragia

O75.4 Otras complicaciones de la cirugía y procedimientos obstétricos

Cardíacas:

- paro
- insuficiencia

Anoxia cerebral subsiguiente a cesárea u otra cirugía o procedimientos obstétricos, incluyendo parto SOE

Excluye: complicaciones de la anestesia durante el trabajo de parto y parto (O74.-)

Herida (quirúrgica) obstétrica:

- dehiscencia (O90.0-O90.1)
- hematoma (O90.2)
- infección (O86.0)

O75.8 Otras complicaciones especificadas del trabajo de parto y parto

O75.9 Complicación del trabajo de parto y parto, no especificada

O87 Complicaciones venosas durante el puerperio

Incluye: durante el trabajo de parto, parto y puerperio

Excluye: embolia obstétrica (O88.-)

Complicaciones venosas durante el embarazo (O22.-)

O87.1 Flebotrombosis profunda durante el puerperio

Trombosis venosa profunda, postparto

Tromboflebitis pélvica, postparto

O87.3 Trombosis venosa cerebral durante el puerperio

Trombosis del seno venoso cerebral durante el puerperio

O87.9 Complicaciones venosas en el puerperio, no especificadas

- flebitis puerperal SOE
- flebopatía puerperal SOE
- trombosis puerperal SOE

O88 Embolia obstétrica

Incluye: embolia pulmonar en el embarazo, parto o puerperio

Excluye: embolia que complica el aborto, el embarazo ectópico o molar (O00-O07, O08.2) O88.0

Embolia gaseosa obstétrica

O88.1 Embolia del líquido amniótico

Síndrome anafilactoide del embarazo

O88.2 Embolia de coágulo sanguíneo, obstétrica

Embolia obstétrica (pulmonar) SOE

Embolia puerperal (pulmonar) SOE

O88.3 Embolia obstétrica piémica y séptica

O88.8 Otra embolia obstétrica

O90

Complicaciones del puerperio, no especificadas en otra parte

O90.0 Dehiscencia de la herida de la cesárea

O90.1 Dehiscencia de la herida perineal obstétrica

Dehiscencia de la herida de:

- episiotomía
- laceración perineal

Desgarro perineal secundario

O90.2 Hematoma de la herida obstétrica

O90.3 Miocardiopatía durante el puerperio

Afecciones en I42.-

O90.4 Insuficiencia renal aguda postparto

Síndrome hepato renal subsiguiente al trabajo de parto y parto

O90.5 Tiroiditis postparto

O90.8 Otras complicaciones del puerperio, no especificadas en otra parte

Pólipo placentario

O90.9 Complicación del puerperio, no especificada

Muertes directas que carecen de un código obstétrico en CIE-10

Nota: Se sabe que tal vez no sea posible establecer un vínculo entre la psicosis puerperal o depresión, no obstante lo cual cuando ocurre un suicidio durante la época de embarazo, parto, o puerperio, esas muertes serán consideradas como muertes maternas directas.

Actualmente, estas causas básicas de muerte no tienen un código "O" en CIE-10. Se aconseja que los certificadores indiquen el estado gravídico en el certificado de defunción para minimizar el subregistro de suicidio en el embarazo.

(X60-X84)	Lesiones auto infligidas intencionalmente
	<i>Incluye:</i> (intento de) suicidio por envenenamiento o lesiones auto infligidas a propósito
X60	Auto envenenamiento intencional y exposición a analgésicos no opiáceos, antipiréticos y antirreumáticos
	<i>Incluye:</i> derivados del 4-aminofenol
	Agentes antiinflamatorios no esteroideos [AINES]
	Derivados de pirazolona
	Salicilatos
X61	Auto envenenamiento intencional y exposición a antiepilépticos, sedantes hipnóticos, Medicación antiparkinsoniana, psicotrópicos no especificados en otra parte
	<i>Incluye:</i> antidepresivos
	barbitúricos
	derivados de la hidantoína
	imino estilbenos
	compuestos de metacualona
	neurolépticos
	psicoestimulantes
	succinimidas y oxazolidinadionas
	tranquilizantes
X62	Auto envenenamiento intencional y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otro lado
	<i>Incluye:</i> cannabis (derivados)
	cocaína
	codeína
	heroína
	lisérgico [LSD]
	mezcalina
	metadona morfina
	opio (alcaloides)

- X63 Auto envenenamiento intencional y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo
- Incluye:* parasimpaticolíticos [anticolinérgicos y antimuscarínicos] y espasmolíticos parasimpatomiméticos [colinérgicos]
- simpaticolíticos [antiadrenérgicos]
simpaticomiméticos [adrenérgicos]
- X64 Auto envenenamiento intencional y exposición a otros y fármacos, medicamentos y sustancias biológicas no especificados
- Incluye:* agentes que actúan fundamentalmente sobre el músculo liso y esquelético y anestésicos que actúan sobre el aparato respiratorio (general) (local)
- Drogas que afectan el:
- aparato cardiovascular
 - aparato gastrointestinal
- hormonas y sustitutos sintéticos
- agentes sistémicos y hematológicos
- antibióticos sistémicos y otros agentes anti infecciosos
- gases terapéuticos
- preparaciones tópicas
- vacunas
- agentes para restablecer el equilibrio hidroelectrolítico y medicamentos que afectan el metabolismo mineral y del ácido úrico
- X65 Auto envenenamiento intencional y exposición al alcohol
- Incluye:* alcohol:
- SOE
 - butil [1-butanol]
 - etil [etanol]
 - isopropil [2-propanol]
 - metil [metanol]
 - propil [1-propanol]
- fuel oil (diesel)
- X66 Auto envenenamiento intencional y exposición a solventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores
- Incluye:* benceno y homólogos
- Tetracloruro de carbono [tetra cloro metano]
- cloro fluoro carbonos
- petróleo (derivados)
- X67 Auto envenenamiento intencional y exposición a otros gases y vapores
- Incluye:* monóxido de carbono
- gas lacrimógeno,
- gas de caño de escape (vehículo)
- óxidos de nitrógeno
- Dióxido de sulfuro
- Gas de cañería
- Excluye:* emanaciones de metales y vapores (X69)

X68 Auto envenenamiento intencional y exposición a plaguicidas

Incluye: aerosolos de fumigación

fungicidas

herbicidas

insecticidas

rodenticidas

conservantes de la

madera

Excluye: alimentos de origen vegetal y fertilizantes (X69)

X69 Auto envenenamiento intencional y exposición a otros productos químicos no especificados y sustancias nocivas

Incluye: aromáticos corrosivos, ácidos y álcalis cáusticos y adhesivos

Metales, incluyendo gases y vapores

Pinturas y colorantes

alimentos de origen vegetal y fertilizantes

productos alimenticios tóxicos y plantas venenosas

jabones y detergentes

X70 Daño auto infligido intencional por ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación

X71 Daño autoinfligido intencional por ahogamiento e inmersión

X72 Daño autoinfligido intencional por disparo de arma de fuego

X73 Daño autoinfligido intencional por disparo de rifle, escopeta y armas de fuego de mayor tamaño

X74 Daño autoinfligido intencional por disparo de otra arma de fuego no especificada

X75 Daño autoinfligido intencional por material explosivo

X76 Daño autoinfligido intencional por humo, fuego y llamas

X77 Daño autoinfligido intencional por vapor, vapores calientes y objetos calientes

X78 Daño autoinfligido intencional por objetos filosos

X79 Daño autoinfligido intencional por objetos romos

X80 Daño autoinfligido intencional por saltar desde una altura

Incluye: caída intencional de un nivel a otro

X81 Daño autoinfligido intencional por saltar o yacer frente a un objeto en movimiento

X82 Daño autoinfligido intencional por colisión en vehículo automotor

Incluye: colisión intencional con:

- vehículo automotor
- tren
- tranvía

Excluye: accidente de aviación (X83)

X83 Daño autoinfligido intencional por otros medios especificados

Incluye: lesiones autoinfligidas intencionales por:

- sustancias cáusticas, excepto envenenamiento
- accidente de aviación
- electrocución

X84 Daño autoinfligido intencional por medios no especificados

Grupo 6 : Complicaciones de manejo no previstas

Categoría: Anestesia

O29 Complicaciones de la anestesia durante el embarazo

Incluye: complicaciones maternas originadas por la administración de un anestésico general o local, analgésicos u otros sedantes durante el embarazo

Excluye: complicaciones de la anestesia durante el:

- aborto, embarazo ectópico y embarazo molar (O00-O08)
- trabajo de parto y parto (O74.-)
- puerperio (O89.-)

O29.0 Complicaciones pulmonares de la anestesia durante el embarazo

Neumonitis por aspiración

Inhalación de contenido gástrico o secreciones SOE

Síndrome de Mendelson

Colapso pulmonar por presión

Debidos a la anestesia durante el embarazo

O29.1 Complicaciones cardíacas de la anestesia durante el embarazo

- paro cardíaco
- insuficiencia cardíaca

debidos a anestesia durante el embarazo

O29.2 Complicaciones del sistema nervioso central provocadas por la anestesia durante el embarazo

Anoxia cerebral durante el embarazo debida a la anestesia

O29.3 Reacción tóxica ante anestesia local durante el embarazo

O29.5 Otras complicaciones de la anestesia raquídea y epidural durante el embarazo

O29.6 Intubación fallida o dificultosa durante el embarazo

O29.8 Otras complicaciones de la anestesia durante el embarazo

O29.9 Complicación de la anestesia durante el embarazo, no especificada

O74 Complicaciones de la anestesia durante el trabajo de parto y parto

Incluye: complicaciones maternas originadas de la administración de un anestésico general o local, analgésico u otro sedante durante el trabajo de parto y parto

O74.0 Neumonitis por aspiración debida a anestesia durante el trabajo de parto y parto

Inhalación de contenido gástrico o secreciones SOE

Síndrome de Mendelson debido a anestesia durante el trabajo de parto y parto

O74.1 Otras complicaciones pulmonares de la anestesia durante el trabajo de parto y parto

Colapso pulmonar a presión debido a la anestesia durante el trabajo de parto y parto

O74.2 Complicaciones cardíacas de la anestesia durante el trabajo de parto y parto

- paro cardíaco
- falla cardíaca

debidos a la anestesia durante el trabajo de parto y parto

O74.3 Complicaciones del sistema nervioso central por la anestesia durante el trabajo de parto y parto

Anoxia cerebral debida a la anestesia durante el trabajo de parto y parto

O74.4 Reacción tóxica a la anestesia local durante el trabajo de parto y parto

O74.6 Otras complicaciones de la anestesia raquídea y epidural durante el trabajo de parto y parto

O74.7 Intubación fallida o dificultosa durante el trabajo de parto y parto

O74.8 Otras complicaciones de la anestesia durante el trabajo de parto y parto

O74.9 Complicación de la anestesia durante el trabajo de parto y parto, no especificada

O89 Complicaciones de la anestesia durante el puerperio

Incluye: complicaciones maternas originadas de la administración de un anestésico general o local, analgésico u otro sedante durante el puerperio

O89.0 Complicaciones pulmonares de la anestesia durante el puerperio

Neumonitis por aspiración

Inhalación de contenido gástrico o secreciones SOE

Síndrome de Mendelson

Colapso pulmonar a presión

Debidos a la anestesia durante el puerperio

O89.1 Complicaciones cardíacas de la anestesia durante el puerperio

- paro cardíaco
- insuficiencia cardíaca

debidos a la anestesia durante el puerperio

O89.2 Complicaciones del sistema nervioso central por anestesia durante el puerperio

Anoxia cerebral debida a la anestesia durante el puerperio

O89.3 Reacción tóxica a la anestesia local durante el puerperio

O89.5 Otras complicaciones de la anestesia raquídea y epidural durante el puerperio

O89.6 Intubación fallida o dificultosa durante el puerperio

O89.8 Otras complicaciones de la anestesia durante el puerperio

O89.9 Complicación de anestesia durante el puerperio, no especificada

Categoría: Otra cirugía y procedimientos obstétricos

Grupo 7: Complicaciones no obstétricas

- O10** Hipertensión preexistente que complica el embarazo, parto y puerperio
Incluye: las afecciones enumeradas con proteinuria preexistente
Excluye: con proteinuria aumentada o sobreagregada (O11)
- O10.0 Hipertensión esencial preexistente que complica el embarazo, parto y puerperio
Cualquier afección en I10 especificada como una razón para cuidados obstétricos durante el embarazo, el parto o puerperio
- O10.1 Cardiopatía hipertensiva preexistente que complica el embarazo, parto y puerperio
Cualquier afección en I11 especificada como una razón para cuidados obstétricos durante el embarazo, parto o puerperio
- O10.2 Nefropatía hipertensiva preexistente que complica el embarazo, parto y puerperio
Cualquier afección en I12 especificada como una razón para cuidados obstétricos durante el embarazo, parto o puerperio
- O10.3 Cardiopatía hipertensiva y nefropatía preexistentes que complica el embarazo, parto y puerperio
Cualquier afección en I13 especificada como una razón para cuidados obstétricos durante el embarazo, parto o el puerperio
- O10.4 Hipertensión secundaria preexistente que complica el embarazo, parto y puerperio
Cualquier afección en I15 especificada como una razón para cuidados obstétricos durante el embarazo, parto o puerperio
- O10.9 Hipertensión preexistente no especificada que complica el embarazo, parto y puerperio
- O24** Diabetes mellitus durante el embarazo
Incluye: en el parto y en el puerperio
- O24.0 Diabetes mellitus preexistente, insulino dependiente
- O24.1 Diabetes mellitus preexistente, no insulino dependiente
- O24.2 Diabetes mellitus relacionada con desnutrición preexistente
- O24.3 Diabetes mellitus preexistente, no especificada
- O24.9 Diabetes mellitus en el embarazo, no especificada

O98 Enfermedades infecciosas y parasitarias maternas clasificables en otra parte pero que complican el embarazo, parto y puerperio

Incluye: Las afecciones enumeradas, cuando complican el estado gravídico, cuando se vean agravados por el embarazo, o como una razón para cuidados obstétricos

Utilizar un código adicional (Capítulo I), si se desea, para identificar afecciones específicas.

Excluye: estado de infección asintomática con virus de inmunodeficiencia humana [VIH] (Z21)
evidencia de laboratorio del virus de inmunodeficiencia humana [VIH] (R75)

- Tétanos obstétrico (A34)
- infección puerperal (O86.-)
- sepsis puerperal (O85)

Cuando el motivo por el que se requiere atención materna es por constatación o sospecha de que la enfermedad ha afectado al feto (O35-O36)

O98.0 Tuberculosis que complica el embarazo, parto y puerperio

Afecciones en A1 5-A19

O98.1 Sífilis que complica el embarazo, parto y puerperio

Afecciones en A50-A53

O98.2 Gonorrea que complica el embarazo, parto y puerperio

Afecciones en A54.-

O98.3 Otras infecciones con modo de transmisión a predominio sexual que complican el embarazo, parto y puerperio

Afecciones en A55-A64

O98.4 Hepatitis viral que complica el embarazo, parto y puerperio

Afecciones en B15-B19

O98.5 Otras enfermedades virales que complican el embarazo, parto y puerperio

Afecciones en A80-B09, B25-B34

O98.6 Enfermedades por protozoarios que complican el embarazo, parto y puerperio

Afecciones en B50-B64

O98.7 Enfermedad por el Virus de Inmunodeficiencia Humana [VIH] que complica el embarazo, parto y puerperio

Afecciones en (B20-B24)

O98.8 Otras enfermedades infecciosas y parasitarias maternas que complican el embarazo, parto y puerperio

O98.9 Otras enfermedades infecciosas y parasitarias maternas no especificadas que complican el embarazo, parto y puerperio

En todos los casos se debe incluir O98 en la codificación (O98 – Enfermedades infecciosas y parasitarias maternas clasificables en otra parte pero que complican el embarazo, parto y puerperio).

O99

Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte pero que complican el embarazo, parto y puerperio

Nota: Esta categoría incluye afecciones que complican el estado de gravidez, que se agravan por el embarazo o que son un motivo importante para recibir atención obstétrica y para las cuales el Índice Alfabético no indica un rubro específico.

Utilizar un código adicional, si se desea, para identificar alguna afección en particular.

Ver a continuación los códigos comunes.

Excluye: Enfermedades infecciosas y parasitarias (O98.-)

Lesión, envenenamiento y ciertas consecuencias más de causas externas (S00 -T98)

Cuando la razón de requerirse atención materna es que se sabe o se sospecha que la enfermedad ha afectado al feto (O35-O36)

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

Afecciones en D50-D64

O99.1 Otras enfermedades de la sangre y los órganos productores de sangre y ciertos trastornos que comprometen el mecanismo inmunitario y que complican el embarazo, parto y puerperio

Afecciones en D65-D89

Excluye: hemorragia con defectos de la coagulación (O46.0, O67.0, O72.3)

O99.2 Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas que complican el embarazo, parto y puerperio

Afecciones en E00-E90

Excluye: diabetes mellitus (O24.-) desnutrición (O25)

Tiroiditis postparto (O90.5)

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

Afecciones en F00-F99 y G00-G99

Excluye: depresión postnatal (F53.0)

Neuritis periférica relacionada con el embarazo (O26.8)

psicosis puerperal (F53.1)

O99.4 Enfermedades del aparato circulatorio que complican el embarazo, parto y el puerperio

Afecciones en I00-I99

Excluye: miocardiopatía durante el puerperio (O90.3)

Trastornos hipertensivos (O10-O16)

embolia obstétrica (O88.-)

complicaciones venosas y trombosis del seno cerebro venoso en el:

- trabajo de parto, parto y puerperio (O87.-)
- embarazo (O22.-)

O99.5 Enfermedades del aparato respiratorio que complica el embarazo, parto y puerperio

Afecciones en J00-J99

- O99.6 Enfermedades del aparato digestivo que complican el embarazo, parto y puerperio
 Afecciones en K00-K93
Excluye: trastornos hepáticos durante el embarazo, parto y puerperio (O26.6)
- O99.7 Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo que complican el embarazo, parto y puerperio
 Afecciones en L00-L99
Excluye: herpes gestacional (O26.4)
- O99.8 Otras enfermedades y afecciones especificadas que complican el embarazo, parto y puerperio
 Combinación de afecciones clasificables dentro de O99.0-O99.7
 Afecciones en C00-D48, H00-H95, M00-M99, N00-N99, y Q00-Q99 no especificadas en otra parte
Excluye: infecciones genitourinarias durante el embarazo (O23.-)
 infección del aparato genitourinario consecutiva al parto (O86.0-O86.3)
 atención materna por anomalía conocida o sospechada de los órganos pélvicos maternos (O34.-)
 falla renal aguda postparto (O90.4)
 nefritis postparto (O90.8)

Códigos a aplicar en las causas indirectas comunes de muerte materna

Las muertes indirectas también pueden ser codificadas en otros capítulos de la CIE. Sin embargo, para hacer una buena codificación, es esencial que la declaración que aparece en el certificado de defunción claramente mencione en la Parte 1 que se produjo una agravación mutua entre la afección y el embarazo. La siguiente lista incluye las causas indirectas comunes de muerte materna. Las enfermedades raras quedan cubiertas por el rótulo “Otra – especificar”. Existe un código CIE para la mayoría de las afecciones médicas y quirúrgicas, y los codificadores deben atenerse a las reglas descritas en el Volumen 2 de la CIE-10. Cada país puede optar por ampliar esta lista de modo de incluir afecciones comunes peculiares de ese país o región (por ejemplo: melanoma en Australia, cáncer de cuello uterino en Sudáfrica). :

Enfermedades del sistema nervioso		(G00- G99)
	Epilepsia	G40
Enfermedades del aparato circulatorio		(I00–I99)
	Cardiopatía reumática	I09
	Endocarditis bacteriana	I33
	Complicaciones de válvula artificial	T82
	Cardiopatía congénita	(Q20–28)
	Infarto agudo al miocardio	I21
	Miocardopatía	I42
	Accidente cerebrovascular ^a	I61
	Apoplejía	I64
	Otras– especificar	
	No diagnosticada	I51
Enfermedades del aparato respiratorio		(J00–J99)
	Asma	J85
	Otras – especificar	
Enfermedades del aparato digestivo		(K00–K93)
	Apendicitis	K35
	Pancreatitis	K85
	Enfermedad hepática ^a – especificar	
	Intestino – especificar	
	Otra – especificar	
Enfermedades del aparato músculo esquelético y tejido conectivo		(M00–M99)
	Lupus eritematoso sistémico	M32
	Cifoscoliosis	M40
	Otra – especificar	
Enfermedades del aparato genitourinario		(N00–N99)
	Renal – especificar	
	Genital – especificar	

^a Excluyendo enfermedad hepática y hemorragia cerebral debida a pre eclampsia.

^b La infección no relacionada con el embarazo recibe ese nombre para diferenciar esta categoría de las infecciones específicas del embarazo, por ejemplo: sepsis puerperal, pérdida de embarazo séptica.

Grupo 8: Desconocido/indeterminado

O95

Muerte obstétrica de causa no especificada

Incluye: Muerte materna por causa no especificada que tiene lugar durante el embarazo, trabajo de parto y parto, o el puerperio

Grupo 9: Causas coincidentes

Estas muertes ocurren en el embarazo, parto, o el puerperio, pero por definición no se las considera muertes maternas

Categoría coincidente	Entidad nosológica	CIE-10
	Accidente por vehículo automotor	Y85
		V01–V99
	Causas externas de lesiones accidentales	W00–Y04
		Y06 –Y09
		Y98
	Ataque – agresión	X85–Y04+
		Y06 –Y09
		Y87
	Violación	Y05
	Evento de intención no determinada	Y10 –Y34
	Otros accidentes	Y86
	Hierbas medicinales	T65
	Otra – especificar	

Anexo B2: lista de los códigos del Capítulo 15 que describen afecciones que constituyen causa improbable de defunción pero que pueden haber contribuido a la muerte (afección contribuyente)

Se prefiere utilizar los códigos del Anexo B1. Los códigos de este bloque no deberían ser seleccionados como causa básica de muerte si hay alguna afección del Anexo B1.

Cuando no se haya especificado la causa, codificar como “Desconocido, Grupo 8” según MRG 1244: A menudo es difícil identificar una muerte materna, particularmente en los casos de causas obstétricas indirectas. Si hay alguna duda que la causa de muerte sea obstétrica, por ejemplo si las afecciones ingresadas en la Parte 1 no son obstétricas pero se menciona el embarazo o el parto en la Parte 2, debe buscarse información adicional del certificador. Es particularmente importante en los países en los que la tasa de mortalidad materna es alta. Si no se puede encontrar información adicional, deben considerarse que las muertes en las que se menciona el embarazo y el parto en la Parte 1 son obstétricas, pero no así en el caso de muertes donde el embarazo o el parto se mencionan solo en la Parte 2.

Otras modificaciones como las publicadas en la 11ª revisión de la CIE pueden determinar cambios.

O08 Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar

Nota: Este código se presenta fundamentalmente para codificar la morbilidad. Para utilizar esta categoría, debe hacerse referencia a las reglas de codificación de la morbilidad y las directrices del Volumen 2.

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

Endometritis

Ooforitis

Parametritis

Peritonitis pelviana

Salpingitis

Salpingo-ooforitis

Sepsis

consecutivas a afecciones clasificables dentro de O00-O07

Utilizar un código adicional (R57.2), si se desea, para identificar el shock séptico.

Excluye: embolia séptica o sépticopérmica (O08.2)

infección urinaria (O08.8)

O08.1 Hemorragia excesiva o tardía consecutiva a aborto y embarazo ectópico y molar

. Afibrinogenemia

. Síndrome de desfibrinación

. Coagulación intravascular

consecutivas a afecciones clasificables dentro de O00-O07

O08.2 Embolia consecutiva a aborto y embarazo ectópico y molar

Embolia:

- . SOE
- . gaseosa
- . líquido amniótico
- . coágulo sanguíneo
- . pulmonar
- . piémica
- . séptica o septicopiémica
- . jabonosa

consecutiva a afecciones clasificables dentro de O00-O07

O08.3 Shock consecutivo a aborto y embarazo ectópico y molar

Colapso circulatorio

Shock (postoperatorio) consecutivo a afecciones clasificables dentro de O00-O07

Excluye: shock séptico (R57.2)

O08.4 Insuficiencia renal consecutiva a aborto y embarazo ectópico y molar

- . Oliguria
- . Falla renal (aguda)
- . Supresión renal
- . Necrosis tubular
- . Uremia

consecutiva a afecciones clasificables dentro de O00-O07

O08.5 Trastornos metabólicos consecutivos a aborto y embarazo ectópico y molar

Desequilibrio electrolítico consecutivo a afecciones clasificables dentro de O00-O07

O08.6 Daño a órganos o tejidos pélvicos consecutivos a aborto y embarazo ectópico y molar

Laceración, perforación, desgarro o lesión química de:

- . vejiga
- . intestino
- . ligamento ancho
- . cuello uterino
- . tejido peri uretral
- útero

consecutivos a afecciones clasificables dentro de O00- O07

O08.7 Otras complicaciones venosas consecutivas a aborto y embarazo ectópico y molar

O08.8 Otras complicaciones consecutivas a aborto y embarazo ectópico y molar

Paro cardíaco

Infección de las vías urinarias consecutiva a afecciones clasificables dentro de O00-O07

- O08.9 Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar, no especificadas
Complicación no especificada consecutiva a afecciones clasificables dentro de O00-O07
- O21.0 Hiperemesis gravídica leve
Hiperemesis gravídica, leve o no especificada, que comienza antes del final de la semana 22 de gestación
- O21.8 Otros vómitos que complican el embarazo
Vómitos debidos a otras enfermedades clasificadas en otra parte, que complican el embarazo
Utilizar un código adicional, si se desea, para identificar la causa.
- O21.9 Vómitos del embarazo, no especificados
- O22.0 Venas varicosas de extremidades inferiores en el embarazo
Venas varicosas SOE en el embarazo
- O22.1 Várices genitales en el embarazo
varices durante el embarazo:
Perineales
Vaginales
Vulvares
- O22.2 Tromboflebitis superficial en el embarazo
Tromboflebitis de piernas en el embarazo
- O22.4 Hemorroides en el embarazo

O25

Desnutrición en el embarazo

Incluye: Desnutrición en el parto y en el puerperio

O26

Atención materna por otras afecciones predominantemente relacionadas con el embarazo

- O26.0 Aumento de peso excesivo durante el embarazo
Excluye: edema gravídico (O12.0, O12.2)
- O26.1 Aumento de peso insuficiente durante el embarazo
- O26.2 Cuidado del embarazo en una mujer con abortos habituales
Excluye: aborto habitual:
 - con aborto actual (O03-O06)
 - sin embarazo actual (N96)
- O26.3 Retención de dispositivo intrauterino durante el embarazo
- O26.4 Herpes gestacional
- O26.5 Síndrome de hipotensión materna
Síndrome de hipotensión supina

- O26.7 Subluxación de la sínfisis (pubiana) durante el embarazo, parto y puerperio
Excluye: separación traumática de la sínfisis (pubiana) durante el parto (O71.6)
- O26.8 Otras afecciones especificadas relacionadas con el embarazo
- Agotamiento y fatiga
 - Neuritis periférica
 - Nefropatía relacionada con el embarazo
- O26.9 Afección relacionada con el embarazo, no especificada

O28 Hallazgos anormales en el tamizaje prenatal de la madre

Excluye: hallazgos diagnósticos clasificados en otra parte - ver en Índice Alfabético Atención materna relacionados con el feto y cavidad amniótica y posibles problemas del parto (O30-O48)

- O28.0 Hallazgo hematológico anormal en el tamizaje prenatal de la madre
- O28.1 Hallazgo bioquímico anormal en el tamizaje prenatal de la madre
- O28.2 Hallazgo citológico anormal en el tamizaje prenatal de la madre
- O28.3 Hallazgo ecográfico anormal en el tamizaje prenatal de la madre
- O28.4 Hallazgo radiológico anormal en el tamizaje prenatal de la madre
- O28.5 Hallazgos cromosómicos y genéticos anormales en el tamizaje prenatal de la madre
- O28.8 Otros hallazgos anormales en el tamizaje prenatal de la madre
- O28.9 Hallazgo anormal en el tamizaje prenatal de la madre, no especificado

O29

- O29.4 Cefaleas producidas por la anestesia raquídea y epidural durante el embarazo
- Atención materna relacionada al feto y la cavidad amniótica y posibles problemas del parto

O30 Embarazo múltiple

Excluye: complicaciones específicas de la gestación múltiple (O31.-)

- O30.0 Embarazo gemelar
 - O30.1 Embarazo de trillizos
 - O30.2 Embarazo de cuatrillizos
 - O30.8 Otra gestación múltiple
 - O30.9 Embarazo múltiple, no especificado
 - Embarazo múltiple SOE
 - O31 Complicaciones específicas propias del embarazo múltiple
- Excluye:* gemelares unidos (siameses) que provocan desproporción (O33.7)
 parto retrasado del segundo gemelar mellizo, trillizo, etc. (O63.2)
 Presentación anormal de un feto o más (O32.5) con trabajo de parto obstruido (O64-O66)

- O31.0 Feto papiráceo
Feto comprimido
- O31.1 Embarazo que continúa después del aborto de un feto o más
- O31.2 Embarazo que continúa después de la muerte intrauterina de un feto o más
- O31.8 Otras complicaciones específicas de la gestación múltiple

O32 Atención materna por presentación anormal del feto, conocida o presunta

Incluye: las afecciones enumeradas, como motivos de observación, hospitalización u otra atención obstétrica a la madre, o con antecedentes de cesárea antes del comienzo del trabajo de parto

Excluye: las afecciones enumeradas con obstrucción del trabajo de parto (O64.-)

- O32.0 Atención materna por posición fetal inestable
- O32.1 Atención materna por presentación podálica
- O32.2 Atención materna por posición fetal oblicua o transversa
Presentación:
 - oblicua
 - transversa
- O32.3 Atención materna por presentación de cara, de frente o de mentón
- O32.4 Atención materna por cabeza alta en gestación a término
Cabeza fetal que no ingresa en el estrecho superior de la pelvis
- O32.5 Atención materna por embarazo múltiple con presentación anormal de un feto o más
- O32.6 Atención materna por presentación compuesta
- O32.8 Atención materna por otras presentaciones anormales del feto
- O32.9 Atención materna por presentación anormal no especificada del feto

O33 Atención materna por desproporción conocida o presunta

Incluye: las afecciones enumeradas, como motivos de observación, hospitalización u otra atención obstétrica a la madre, o con antecedentes de cesárea antes del comienzo del trabajo de parto

Excluye: las afecciones enumeradas con obstrucción del trabajo de parto (O65-O66)

- O33.0 Atención materna por desproporción debida a deformidad de la pelvis ósea en la madre
Deformidad pelviana SOE que causa desproporción
- O33.1 Atención materna por desproporción debida a estrechez general de la pelvis
Pelvis estrecha SOE que causa desproporción
- O33.2 Atención materna por desproporción debida a disminución del estrecho superior de la pelvis
Estrechez de la pelvis mayor que causa desproporción
- O33.3 Atención materna por desproporción debida a disminución del estrecho inferior de la pelvis
Estrechez de la: cavidad media
(pelvis menor) que causan desproporción
- O33.4 Atención materna por desproporción feto pelviana de origen mixto, materno y fetal
- O33.5 Atención materna por desproporción debida a feto demasiado grande
Desproporción:
 - de origen fetal, con feto de forma normal
 - fetal SOE

O33.6 Atención materna por desproporción debida a feto hidrocefálico

O33.7 Atención materna por desproporción debida a otra deformidad fetal

Desproporción provocada por:

Mellizos unidos (siameses)

Fetales:

- ascitis
- hidropesía
- mielomeningocele
- teratoma sacro
- tumor

O33.8 Atención materna por desproporción de otro origen

O33.9 Atención materna por desproporción de origen no especificado

Desproporción cefalopélvica SOE

Desproporción fetopélvica SOE

O34 Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pelvianos de la madre

Incluye: las afecciones enumeradas como motivos de observación, hospitalización u otra atención obstétrica a la madre, o con antecedentes de cesárea antes del comienzo del trabajo de parto

Excluye: las afecciones enumeradas con obstrucción del trabajo de parto (O65.5)

O34.0 Atención materna por anomalía congénita del útero

Atención materna por:

- útero doble
- útero bicornue

O34.1 Atención materna por tumor del cuerpo del útero

Atención materna por:

- pólipo del cuerpo del útero
- fibroma uterino

Excluye: atención materna por tumor del cuello uterino (O34.4)

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

Atención materna por cicatriz de cesárea previa

Excluye: parto vaginal luego de cesárea previa SOE (O75.7)

O34.3 Atención materna por incompetencia cervical

Atención materna por:

- cerclage
- Sutura de Shirodkar con o sin mención de incompetencia cervical

O34.4 Atención materna por otras anomalías del cérvix

Atención materna por:

- Pólipo del cérvix
- Cirugía previa del cérvix
- Estrechez o estenosis del cuello uterino
- Tumor del cérvix

O34.5 Atención materna por otras anomalías del útero grávido

Atención materna por:

- encarcelación
- prolapso
- retroversión

del útero grávido

O34.6 Atención materna por anomalía de la vagina

Atención materna por:

- cirugía vaginal previa
- vagina tabicada
- estenosis de la vagina (adquirida)(congénita)
- estrechez de la vagina
- tumor de vagina

Excluye: atención materna por várices vaginales durante el embarazo (O22.1)

O34.7 Atención materna por anomalía de vulva y periné

Atención materna por:

- fibrosis del periné
- cirugía previa del periné o vulva
- periné rígido
- tumor de la vulva

Excluye: atención materna por várices perineales y vulvares durante el embarazo (O22.1)

O34.8 Atención materna por otras anomalías de órganos pélvicos

Atención materna por:

- cistocele
- reparación (previa) del suelo de la pelvis
- abdomen pendular
- rectocele
- suelo pélvico rígido

O34.9 Atención materna por anomalía de los órganos pelvianos, no especificada

O35 Atención materna por anomalía o lesión fetal, conocida o presunta

Incluye: las afecciones fetales que se mencionan a continuación como motivo de observación, hospitalización u otra atención obstétrica a la madre o para la terminación del embarazo

Excluye: atención materna por desproporción conocida o presunta (O33.-)

O35.0 Atención materna por (presunta) malformación del sistema nervioso central del feto

Atención materna por (presunción de):

- anencefalia fetal
- espina bífida fetal

Excluye: anomalías cromosómicas en el feto (O35.1)

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

O35.2 Atención materna por (presunta) enfermedad hereditaria en el feto

Excluye: anomalía cromosómica en el feto (O35.1)

O35.3 Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a enfermedad vírica en la madre

Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a:

- infección por citomegalovirus
- rubéola

O35.4 Atención materna por (presunta) lesión al feto debida al alcohol

O35.5 Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a drogas

Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a adicción a drogas

Excluye: sufrimiento fetal durante el trabajo de parto o el parto debido a la administración de drogas (O68.-)

O35.6 Atención materna por (presunta) lesión al feto debida a radiación

O35.7 Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a otros procedimientos médicos

Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a:

- amniocentesis
- biopsias
- investigación hematológica
- dispositivo anticonceptivo intrauterino
- cirugía intrauterina

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

Atención materna por (presunta) lesión fetal por:

- listeriosis
- toxoplasmosis

O35.9 Atención materna por (presunta) anomalía y lesión fetal no especificada

O36 Atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos

Incluye: las afecciones fetales que se mencionan a continuación como motivo de observación, hospitalización u otra atención obstétrica a la madre o para la terminación del embarazo

Excluye: trabajo de parto y parto complicado por sufrimiento fetal (O68.-)

síndromes de transfusión placentaria (O43.0)

O36.0 Atención materna por isoinmunización Rhesus

Anticuerpos anti-D [Rh]

Incompatibilidad Rh (con hidropesía fetal)

O36.1 Atención materna por otra isoinmunización

Isoinmunización ABO

Isoinmunización SOE (con hidropesía fetal)

O36.2 Atención materna por hidropesía fetal

Hidropesía fetal:

- SOE
- no asociado con isoinmunización

O36.3 Atención materna por signos de hipoxia fetal

O36.4 Atención materna por muerte intrauterina

Excluye: Aborto retenido (O02.1)

O36.5 Atención materna por déficit del crecimiento fetal

Atención materna por confirmación o presunción de:

- feto liviano para su edad gestacional
- insuficiencia placentaria
- feto pequeño para la edad gestacional

O36.6 Atención materna por crecimiento fetal excesivo

Atención materna por confirmación o presunción de feto grande para la edad gestacional

O36.7 Atención materna por feto viable en embarazo abdominal

O36.8 Atención materna por otros problemas fetales especificados

O36.9 Atención materna por problema fetal no especificado

O40 Polihidramnios

Incluye: Hidramnios

O41 Otros trastornos de líquido amniótico y membranas

Excluye: ruptura prematura de membranas (O42.-)

O41.0 Oligoamnios

Oligoamnios sin mención de ruptura de membranas

O41.8 Otros trastornos especificados de líquido amniótico y membranas

O41.9 Trastornos del líquido amniótico y membranas, no especificados

O42 Ruptura prematura de membranas

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

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

Excluye: con trabajo de parto retrasado por el tratamiento (O42.2)

O42.2 Ruptura prematura de membranas, trabajo de parto retrasado por el tratamiento

O42.9 Ruptura prematura de membranas, no especificado

O43 Trastornos placentarios

Excluye: atención materna por defecto del crecimiento fetal debido a insuficiencia placentaria (O36.5)
placenta previa (O44.-)

Desprendimiento prematuro de la placenta [abruptio placentae] (O45.-)

O43.0 Síndrome de transfusión placentaria

Transfusión:

- feto-materna
- materno- fetal
- intergemelar

O43.1 Malformación de la placenta

Placenta anormal SOE

Placenta circunvalada

O43.8 Otros trastornos placentarios

- disfunción placentaria
- infarto placentario

O43.9 Trastorno placentario, no especificado

O47 Falso trabajo de parto

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

O47.1 Falso trabajo de parto a las 37 y más semanas completas de gestación

O47.9 Falso trabajo de parto, no especificado

O48 Embarazo prolongado

Incluye:

Posmaduro
Postérmino

O60 Trabajo de parto y parto pretérmino

Incluye: Inicio (espontáneo) del parto antes de las 37 semanas completas de gestación

O60.0 Trabajo de parto pretérmino sin parto

Trabajo de parto pretérmino:

- inducido
- espontáneo

O60.1 Trabajo de parto pretérmino espontáneo con parto pretérmino

Trabajo de parto pretérmino con parto SOE

Trabajo de parto pretérmino espontáneo con nacimiento pretérmino mediante cesárea

O60.2 Trabajo de parto pretérmino con nacimiento de término

Trabajo de parto pretérmino espontáneo con nacimiento de término mediante cesárea

O60.3 Parto pretérmino sin trabajo de parto espontáneo

Nacimiento pretérmino mediante:

- cesárea, sin trabajo de parto espontáneo
- inducción

O61 Fracaso de la inducción del trabajo de parto

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

Fracaso de la inducción (del trabajo) de parto (por):

- oxitócicos
- prostaglandinas

O61.1 Fracaso de la inducción instrumental del trabajo de parto

Fracaso de la inducción (del trabajo) de parto:

- mecánica
- quirúrgica

- O61.8 Otros fracasos de la inducción del trabajo de parto
- O61.9 Fracaso no especificado de la inducción del trabajo de parto

O62 Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto

- O62.0 Contracciones primarias inadecuadas
 - Disfunción hipotónica uterina primaria
 - Insuficiencia de la dilatación cervical
 - Inercia uterina durante la fase latente del trabajo de parto
- O62.1 Inercia uterina secundaria
 - Detención de la fase activa del trabajo de parto
 - Disfunción hipotónica uterina secundaria
- O62.2 Otras inercias uterinas
 - Atonía uterina
 - Trabajo de parto intermitente
 - Disfunción uterina hipotónica SOE
 - Trabajo de parto irregular
 - Contracciones uterinas débiles
 - Inercia uterina SOE
- O62.3 Trabajo de parto precipitado
- O62.4 Contracciones uterinas hipertónicas, descoordinadas y prolongadas
 - Distocia por anillo de contracción
 - Trabajo de parto descoordinado
 - Contracción uterina en reloj de arena
 - Disfunción uterina hipertónica
 - Acción uterina descoordinada
 - Contracciones tetánicas
 - Distocia uterina SOE
 - Excluye:* distocia (fetal) (materna) SOE (O66.9)
- O62.8 Otra anomalías de la dinámica del trabajo de parto
- O62.9 Anomalías de la dinámica del trabajo de parto, no especificadas

O63 Trabajo de parto prolongado

- O63.0 Prolongación del primer periodo (del trabajo de parto)
- O63.1 Prolongación del segundo periodo (del trabajo de parto)
- O63.2 Retraso de la expulsión del segundo gemelo, del tercero, etc.
- O63.9 Trabajo de parto prolongado, no especificado
 - Trabajo de parto prolongado SOE

NOTA: los códigos O64 a O66 son afecciones contribuyentes y por sí solas no proporcionan suficientes detalles sobre la causa de muerte. En los casos donde se indican los códigos O64 - O66 como causa de muerte, se los ha de tabular bajo "otras causas obstétricas", considerándolos como muerte materna directa.

O64 Trabajo de parto obstruido debido a mala posición y presentación anormal del feto

- O64.0 Trabajo de parto obstruido debido a rotación incompleta de la cabeza fetal
Detención transversa profunda
Trabajo de parto obstruido debido a persistencia (de la posición):
- occipito ilíaca
 - occipitoposterior
 - occipitosacra
 - occipitotransversa
- O64.1 Trabajo de parto obstruido debido a presentación podálica
- O64.2 Trabajo de parto obstruido debido a presentación de cara
Trabajo de parto obstruido debido a presentación de mentón
- O64.3 Trabajo de parto obstruido debido a presentación de frente
- O64.4 Trabajo de parto obstruido debido a presentación de hombro
Excluye: hombros encajados (O66.0)
Distocia de hombro (O66.0)
- O64.5 Trabajo de parto obstruido debido a presentación compuesta
- O64.8 Trabajo de parto obstruido debido a otras presentaciones y posiciones anormales del feto
- O64.9 Trabajo de parto obstruido debido a presentaciones y posiciones anormales del feto, no especificadas

O65 Trabajo de parto obstruido debido a anomalía de la pelvis materna

- O65.0 Trabajo de parto obstruido debido a deformidad de la pelvis
- O65.1 Trabajo de parto obstruido debido a estrechez general de la pelvis
- O65.2 Trabajo de parto obstruido debido a disminución del estrecho superior de la pelvis
- O65.3 Trabajo de parto obstruido debido a disminución del estrecho inferior de la pelvis
- O65.4 Trabajo de parto obstruido debido a desproporción fetopelviana, sin otra especificación
Excluye: distocia debida a anomalía del feto (O66.2-O66.3)
- O65.5 Trabajo de parto obstruido debido a anomalías de los órganos pelvianos maternos
Trabajo de parto obstruido debido a afecciones enumeradas en O34.-
- O65.8 Trabajo de parto obstruido debido a otras anomalías pelvianas maternas
- O65.9 Trabajo de parto obstruido debido a anomalía pelviana no especificada

O66 Otras obstrucciones del trabajo de parto

- O66.0 Trabajo de parto obstruido debido a distocia de hombros
Hombros encajados
- O66.1 Trabajo de parto obstruido debido a distocia gemelar
- O66.2 Trabajo de parto obstruido debido a distocia por feto inusualmente grande
- O66.3 Trabajo de parto obstruido debido a otras anomalías del feto
Distocia debida a:
- mellizos siameses
 - ascitis fetal (en inglés está separado)

- hidropesía fetal
- mielomeningocele
- teratoma sacro
- tumor
- feto con hidrocefalia

O66.4 Fracaso de la prueba del trabajo de parto, no especificada

Fracaso de la prueba del trabajo de parto, con operación cesárea subsiguiente

O66.5 Fracaso no especificado de la aplicación de fórceps o de ventosa extractora

Aplicación fallida de ventosa o de fórceps, con parto subsiguiente con fórceps, o por cesárea, respectivamente

O66.8 Otras obstrucciones especificadas del trabajo de parto

O66.9 Trabajo de parto obstruido, no especificado

Distocia:

- SOE
- fetal SOE
- materna SOE

O68 Trabajo de parto y parto complicado por sufrimiento fetal

Incluye: sufrimiento fetal durante el trabajo de parto o parto debido a administración de medicación

O68.0 Trabajo de parto y parto complicado por anomalías de la frecuencia cardíaca

- bradicardia fetal
- irregularidades de la frecuencia cardíaca fetal
- taquicardia

Excluye: líquido amniótico meconial (O68.2)

O68.1 Trabajo de parto y parto complicado por presencia de meconio en el líquido amniótico

Excluye: con anomalías de la frecuencia cardíaca fetal (O68.2)

O68.2 Trabajo de parto y parto complicado por anomalías de la frecuencia cardíaca fetal con líquido amniótico meconial

O68.3 Trabajo de parto y parto complicado por evidencia bioquímica de sufrimiento fetal

Anomalías de:

- acidemia fetal
- equilibrio ácido-base

O68.8 Trabajo de parto y parto complicado por otras evidencias de sufrimiento fetal

Evidencia de sufrimiento fetal:

- electrocardiográfica
- ecográfica

O68.9 Trabajo de parto y parto complicado por sufrimiento fetal, no especificado

O69

Trabajo de parto y parto complicado por problemas del cordón umbilical

O69.0 Trabajo de parto y parto complicado por prolapso del cordón

O69.1 Trabajo de parto y parto complicado por peri cervical del cordón, con compresión

O69.2 Trabajo de parto y parto complicados por otros enredos del cordón, con compresión

Compresión del cordón SOE

- enredo de los cordones de los mellizos en bolsa mono amniótica
- nudo del cordón umbilical

O69.3 Trabajo de parto y parto complicado por cordón umbilical corto

O69.4 Trabajo de parto y parto complicado por vasa previa

Hemorragia de la vasa previa

O69.5 Trabajo de parto y parto complicado por lesión vascular del cordón umbilical

- equimosis del cordón umbilical
- hematoma del cordón umbilical

Trombosis de los vasos umbilicales

O69.8 Trabajo de parto y parto complicado por otras complicaciones del cordón umbilical

Cordón umbilical alrededor del cuello sin compresión

O69.9 Trabajo de parto y parto complicado por problemas del cordón umbilical no especificados

O70 Laceración perineal durante el parto

Incluye: episiotomía extendida por laceración

Excluye: laceración vaginal alta obstétrica sola (O71.4)

O70.0 Laceración perineal de primer grado durante el parto

Laceración perineal, ruptura o desgarro (que compromete):

- horquilla
- labios
- piel
- leve
- vagina
- vulva

durante el parto

O70.1 Laceración perineal de segundo grado durante el parto

Laceración perineal, ruptura o desgarro como en O70.0, que también compromete:

- suelo pelviano
- músculos perineales
- músculos vaginales

durante el parto

Excluye: que comprometen el esfínter anal (O70.2)

O70.2 Laceración perineal de tercer grado durante el parto

Laceración perineal, ruptura o desgarro como en O70.1, que también compromete:

- esfínter anal
- tabique rectovaginal
- esfínter SOE

durante el parto

Excluye: que compromete la mucosa anal o rectal (O70.3)

O70.3 Laceración perineal de cuarto grado durante el parto

Laceración perineal, ruptura o desgarro como en O70.2, que también compromete:

- mucosa anal
- mucosa rectal durante el parto

O70.9 Laceración perineal durante el parto, no especificada

O74.5 Cefaleas producidas por la anestesia raquídea y epidural durante el trabajo de parto y parto

O75 Otras complicaciones del trabajo de parto y parto, no especificadas en otra parte

Excluye:

- infección puerperal (O86.-)
- sepsis puerperal (O85)

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

O75.1 Shock durante o luego del trabajo de parto y parto

Shock obstétrico

O75.2 Pirexia durante el trabajo de parto, no especificada en otra parte

O75.5 Retraso del parto después de la ruptura artificial de las membranas

O75.6 Retraso del parto después de la ruptura espontánea o no especificada de las membranas

Excluye: ruptura prematura de membranas espontánea (O42.-)

O75.7 Parto vaginal luego de cesárea previa

Parto (O80-O84)

Nota: Para utilizar estas categorías se debe hacer referencia a las guías y reglas de codificación de la mortalidad y morbilidad descritas en el Volumen 2.

O80 Parto único espontáneo

Incluye: casos sin ayuda o con ayuda mínima, parto con o sin episiotomía en un caso completamente normal

- O80.0 Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice
- O80.1 Parto único espontáneo, presentación de nalgas o podálica
- O80.8 Otros partos únicos espontáneos
- O80.9 Parto único espontáneo, no especificado
 - Parto espontáneo SOE

O81 Parto único con fórceps y ventosa extractora

Excluye: aplicación fallida de fórceps o de ventosa (O66.5)

- O81.0 Parto con fórceps bajo
- O81.1 Parto con fórceps medio
- O81.2 Parto con fórceps medio con rotación
- O81.3 Parto con fórceps de otros tipos y los no especificados
- O81.4 Parto con ventosa extractora
 - Ventosa extractora (Vacuum)
- O81.5 Parto mediante la combinación de fórceps y ventosa extractora
 - Parto por fórceps y ventosa

O82 Parto único por cesárea.

- O82.0 Parto por cesárea electiva
 - Cesárea repetida SOE
- O82.1 Parto por cesárea de emergencia
- O82.2 Parto por cesárea con histerectomía
- O82.8 Otros partos únicos por cesárea
- O82.9 Parto por cesárea, sin otra especificación

O83 Otros partos únicos asistidos

- O83.0 Extracción de nalgas
- O83.1 Otros partos únicos asistidos, de nalgas
 - Parto de nalgas SOE
- O83.2 Otros partos con ayuda de manipulación obstétrica
 - Versión con extracción
- O83.3 Parto de feto viable en embarazo abdominal

O83.4 Operación destructiva para facilitar el parto

Cleidotomía

Craneotomía

Embriotomía para
facilitar el parto

O83.8 Otros partos únicos asistidos especificados

O83.9 Parto único asistido, sin otra especificación

Parto asistido SOE

O84 Parto múltiple

Utilizar un código adicional (O80-O83), si se desea, para indicar el método de parto de cada feto o lactante.

O84.0 Parto múltiple, todo espontáneo

O84.1 Parto múltiple, todo por fórceps y extractor vacuum

O84.2 Parto múltiple, todo por cesárea

O84.8 Otro parto múltiple

Parto múltiple mediante la combinación de métodos

O84.9 Parto múltiple, no especificado

O87.0 Tromboflebitis superficial en el puerperio

O87.2 Hemorroides en el puerperio

O87.8 Otras complicaciones venosas en el puerperio

Várices genitales en el puerperio

O89.4 Cefaleas producidas por la anestesia raquídea y epidural durante el puerperio

O92 Otros trastornos de la mama y de la lactancia asociados con el parto

Incluye: las afecciones que se mencionan a continuación, cuando se presentan durante el embarazo, el puerperio o la lactancia

O92.0 Pezón retraído asociado al parto

O92.1 Fisuras del pezón asociadas al parto

Fisuras del pezón, gestacionales o puerperales

O92.2 Otros trastornos de la mama y los no especificados asociados con el parto

O92.3 Agalactia

Agalactia primaria

O92.4 Hipogalactia

O92.5 Lactancia suprimida

Agalactia:

- electiva
- secundaria
- terapéutica

O92.6 Galactorrea

Excluye: galactorreas no asociadas al parto (N64.3)

O92.7 Otros trastornos de la lactancia y otros no especificados

Galactoceles puerperales

Otras afecciones obstétricas, no especificadas en otra parte (O94-O99)

Nota: Para usar las categorías O95-O97 se debe hacer referencia a las reglas de codificación de mortalidad y las directrices en el Volumen 2.

O94 Secuelas de complicaciones del embarazo, parto y puerperio

Nota: Esta categoría se debe usar para codificar la morbilidad solo para indicar afecciones en las categorías O00-O75 y O85-O92 como la causa de secuelas, las que a su vez, están clasificadas en otra parte.

Las 'secuelas' incluyen las afecciones especificadas como tales o como efectos tardíos, o aquellas que se encuentran presentes un año o más después del inicio de la afección causal.

No se debe utilizar para complicaciones crónicas del embarazo, parto y puerperio. Éstas deben ser codificadas bajo O00-O75 y O85-O92.

Excluye: las que provocan la muerte (O96.-, O97.-)

Anexo B3: Lista tabulada de otros códigos de interés

O96 Muerte por cualquier causa obstétrica que ocurre más de 42 días pero menos de un año después del parto

Utilizar un código adicional, si se desea, para identificar causa obstétrica (directa o indirecta) de la muerte.

- O96.0 Muerte por causa obstétrica directa
- O96.1 Muerte por causa obstétrica indirecta
- O96.9 Muerte por causa obstétrica no especificada

O97 Muerte por secuelas de causas obstétricas

Incluye: Muerte por cualquier causa obstétrica (directa o indirecta) que ocurre un año o más después del parto. Utilizar un código adicional, si se desea, para identificar la causa obstétrica (directa o indirecta) (O43-O45)

- O97.0 Muerte por secuelas de causa obstétrica directa
- O97.1 Muerte por secuelas de causa obstétrica indirecta
- O97.9 Muerte por secuelas de causa obstétrica, no especificadas

Anexo C: Sugerencias de herramientas y ejemplos para facilitar la aplicación de la directriz y sus agrupamientos

Una vez que se han definido e identificado las causas básicas/entidades nosológicas, se debe enumerar las afecciones que contribuyeron al deceso.

Los países pueden incluir una lista de verificación de las afecciones contribuyentes relevantes en la plantilla de datos de muertes maternas abajo ilustradas. Las enfermedades deben marcarse en el casillero correspondiente y luego se puede seleccionar todas las muertes ocurridas con esa afección. Por lo tanto, uno tendría todas las entidades nosológicas derivadas de esa afección que contribuyó a la muerte. Los países podrían seleccionar qué afecciones les resultan relevantes e incluirlas, para que la lista no se torne agotadora.

Lista de verificación de afecciones asociadas/contribuyentes

A continuación se presenta otra información que es importante recabar en caso de muerte materna:

Associated/contributory condition checklist

	Si	No	No se sabe	No corresponde
Infección por VIH				
Anemia				
Cesárea previa				
Trabajo de parto prolongado				
Mutilación genital femenina				
Obesidad				
Depresión				
Violencia doméstica				
Etc.				

- Modalidad de parto: no nacido, parto vaginal normal, parto vaginal asistido, cesárea, aborto/pérdida de embarazo
- Desenlace del embarazo, pérdida del embarazo/aborto, muerte prenatal, muerte intraparto, muerte neonatal, vivo.

Por más información, por favor comunicarse con:
Departamento de Salud Reproductiva e Investigación
Organización Mundial de la Salud
Avenida Appia 20, CH-1211 Ginebra 27, Suiza
Fax: +41 22 791 4171
Correo electrónico: reproductivehealth@who.int
www.who.int/reproductivehealth

