

Protocolos de Atención para Obstetrícia y Ginecología

Volumen I



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



Protocolos de Atención para Obstetría y Ginecología

Santo Domingo, D. N.
Marzo 2016

Ministerio de Salud Pública

Título original:

Protocolos de Atención para Obstetricia y Ginecología, Volumen I

Coordinación editorial:

Viceministerio de Garantía de la Calidad

Copyright © Ministerio de Salud Pública. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud.

ISBN: 978-9945-591-36-1

Formato gráfico y diagramación:

Tyrone Then

Impresión:

Primera edición:

Impreso en República Dominicana

Marzo, 2016



EQUIPO RESPONSABLE

Grupo formulador

Protocolo para la Prevención y el Manejo de la Hemorragia Posparto Primaria (HPPP)

Dra. Erika Saint-Hilaire

Dra. Rina Carrasco

Lic. Alcides Torres

Dra. Jaqueline Gómez

Dr. Héctor Eusebio

Protocolo de Atención del Embarazo Ectópico

Dr. Pablo Wagner

Dr. Víctor Martínez

Dr. Leonardo Aquino Rosario

Dra. Rosanna M. Egalite

Dr. Donatilo Santos

Protocolo de Atención de Manejo del Aborto Espontáneo

Dr. José Figueroa

Dra. Natalia Frías Guzmán

Licda. Sarah Iglesias Ramírez

Licda. Claudia Saleta González

Dr. Alejandro Paradas Caba

Dr. Juan Fco. Mejía

Dr. Rafael Brea

Lic. Virginia Luna

Lic. Mercedes Tejada

Dr. Donatilo Santos

Giselle Carino

Dr. Pío Iván Gómez

Dr. Leonel Briozzo

**Protocolo de Atención de Diagnóstico y Manejo del
Desprendimiento Prematuro de Placenta**

Dr. Anthony Árias Bravo
Dra. María M. De la Rosa Seballos
Dr. Wander Ferreras Encarnación
Dra. Roxanna Batista
Dr. Carlos Heredia Jorge
Dra. Lauris de los Santos
Lic. Rosa Ventura0

**Protocolo de Atención para la Prevención y
Tratamiento de la Hipertensión del Embarazo**

Dr. Amauris Guillén
Dr. Hector Mercedes Méndez
Dra. Migelina Pérez
Dr. Luis Miguel de Jesús Escaño García
Dra. Casilda Nova

Protocolo de Atención Durante el Parto Normal

Dra. Dionni Eunice Batista De León
Dr. Lúis Jiménez Terrero
Dra. Lissa Nicolle De Óleo
Dra. Esterbina Pirón Pérez
Dra. Birmania Nolasco Álvarez
Dr. Borit de los Santos
Dra. Lina Indiana Ovalles Read
Allison Joheydi Vargas Roa

Revisado por:
La Sociedad Dominicana de Ginecología y Obstetrícia

**Unidad de Formulación y Elaboración de
Guías y Práctica Clínica y Protocolos de Atención**

Servicio Nacional de Salud

CONTENIDO

Protocolo para la Prevención y el Manejo de la Hemorragia Posparto Primaria (HPPP)	1
Protocolo de Atención del Embarazo Ectópico	21
Protocolo de Atención de Manejo del Aborto Espontáneo	35
Protocolo de Atención de Diagnóstico y Manejo del Desprendimiento Prematuro de Placenta	71
Protocolo de Atención para la Prevención y Tratamiento de la Hipertensión del Embarazo	85
Protocolo de Atención Durante el Parto Normal	109



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA


"Año del Fomento de la Vivienda"

000010

30 MAR 2016

RESOLUCIÓN NO. _____

QUE PONE EN VIGENCIA LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN PARA DIVERSOS EVENTOS CLÍNICOS.

CONSIDERANDO: Que los Ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, la leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo. 

CONSIDERANDO: Que la Ley General de Salud No. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social No. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de las funciones de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, las cuales son asignadas al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

CONSIDERANDO: Que desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

CONSIDERANDO: Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector del sector salud, establecidas por la Ley General de Salud No. 42-01, es la de formular todas las políticas, medidas, normas y procedimientos que conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada, con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

000010

30 MAR 2016

CONSIDERANDO: Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que la implantación y apego a protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios

VISTA: La Constitución dominicana del 13 de junio de 2015.

VISTA: La Ley Orgánica de la Administración Pública, No. 247-12 de fecha 14 de agosto del 2012. 

VISTA: La Ley General de Salud, No. 42-01 del 8 de marzo de 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, No. 87-01 de fecha 8 de mayo del 2001 y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, No. 1-12 de fecha 25 de enero del 2012.

VISTA: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, No. 166-12 del 19 de junio de 2012.

VISTA: La Ley que crea el Sistema Nacional de Salud, No. 123-15 de fecha 16 de julio de 2015.

VISTO: El Decreto No. 434-07, que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas, de fecha 18 de agosto del 2007.

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud No. 42-01, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

PRIMERO: Se instruye con carácter de obligatoriedad a todos los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG a acatar el uso de protocolos de atención para los principales eventos en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para mejoría continua de la calidad de los servicios prestados.

000010

30 MAR 2016

SEGUNDO: Se ordena la puesta en vigencia de los siguientes protocolos de atención:

1. Protocolo de Atención quirúrgica para Apendicitis Aguda.
2. Protocolo de Atención para Cierre de Colostomía.
3. Protocolo de Atención Quirúrgica para Bocio Tiroideo.
4. Protocolo de Atención para Hernia Inguinal.
5. Protocolo de Atención Quirúrgica para Colelitiasis.
6. Protocolo de Atención para Valorar el Estudio del Receptor de Trasplante.
7. Protocolo de Atención para la Prevención y el Manejo de la Hemorragia Posparto Primaria (HPPP).
8. Protocolo de Atención del Embarazo Ectópico.
9. Protocolo de Atención para el Manejo del Aborto Espontaneo.
10. Protocolo de Atención durante el Parto Normal.
11. Protocolo de Atención de Diagnóstico y Manejo del Desprendimiento Prematuro de Placenta.
12. Protocolo de Atención de Prevención y Tratamiento de la Hipertensión del Embarazo.
13. Protocolo de Atención de Tratamiento del Cáncer de Mama.
14. Protocolo de Atención de Diagnóstico y Manejo de Pancreatitis Aguda.
15. Protocolo de Atención para el Manejo de Colitis Ulcerativa.
16. Protocolo de Atención del Manejo de Enfermedad de Crohn.
17. Protocolo de Atención de Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Crónica.
18. Protocolo de Atención de Manejo de la Enfermedad Celíaca.
19. Protocolo de Atención para el Tratamiento de Hepatitis Crónica por Virus C.
20. Protocolo de Atención de Diagnóstico y Manejo Sangrado Digestivo Alto No Variceal.
21. Protocolo de Atención de Diagnóstico y Manejo Síndrome Diarreico Agudo.
22. Protocolo de Atención del Manejo de la Esclerosis Múltiple.
23. Protocolo de Atención para el Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto.
24. Protocolo de Atención para el Diagnóstico y Tratamiento de Lupus Eritematoso Sistémico en Adultos.
25. Protocolo de Atención a las Urgencias Psiquiátricas en Pacientes Adultos.
26. Protocolo de Atención para el Tratamiento del Trastorno Bipolar.
27. Protocolo de Atención a las Emergencias por Intoxicación al Uso y Abuso de Sustancias.
28. Protocolo de Atención para el Uso de la Terapia Electroconvulsiva.
29. Protocolo de Atención para el Tratamiento de las Esquizofrenias.
30. Protocolo de Atención para el Manejo de los Trastornos Depresivos en el Adulto.
31. Protocolo de Atención de diarrea en niños y niñas menor de 5 años.
32. Protocolo de Atención de Tratamiento de la Sepsis Neonatal.
33. Protocolo de Atención al Recién Nacido con Síndrome de Dificultad Respiratoria.
34. Protocolo de Atención de neumonía en niños y niñas mayores de 2 meses.
35. Protocolo de Atención para el Uso de la Hormona de Crecimiento.
36. Protocolo de Atención a Niñas y Niños con Sepsis Grave y Choque Séptico.
37. Protocolo de Atención de Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis.

000010

3 0 MAR 2016

38. Protocolo de Prevención y Atención para Personas Agredidas por Animales Transmisores del Virus de la Rabia.
39. Protocolo de Actuación en Casos Sospechosos de Enfermedad por Virus del Ebola.
40. Protocolo de Enfermería de Esterilización de Equipos y Material Quirúrgico.
41. Protocolo de Atención de Enfermería para la Prevención de Caída en el Adulto Mayor Hospitalizado.
42. Protocolo de Atención de Enfermería para la Seguridad en terapia Nutricional Especializada.
43. Protocolo de Atención de Enfermería para la Promoción de Lactancia Materna.
44. Protocolo de Atención de Enfermería para la Prevención y Cuidado de Ulceras por Presión.
45. Protocolo de Atención de Enfermería para la Valoración y Manejo del Dolor del Paciente Hospitalizado.
46. Protocolo de Atención de Enfermería para Prevención de Bacteriemias Asociadas a la Inserción, Mantenimiento y Retiro de Catéter Periférico y Venoso Central.

TERCERO: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá el uso de protocolos de atención dentro del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los centros de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud, en tanto representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

CUARTO: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente disposición.

SEXTO: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información a publicar en el portal web institucional el contenido de la presente disposición.

DADA, FIRMADA Y SELLADA, en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los Treinta (30) días del mes de MARZO del año dos mil dieciséis (2016).

DRA. ALTAGRACIA COZZI DE MARCELINO
Ministra de Salud Pública y Asistencia Social



**PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA
PREVENCIÓN Y EL MANEJO DE LA
HEMORRAGIA POSPARTO PRIMARIA
(HPPP)**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO PRIMARIA (HPPP)

INTRODUCCIÓN

La hemorragia posparto primaria (HPPP) es la causa principal de mortalidad materna en países de bajos ingresos y la causa principal en casi un cuarto de todas las defunciones maternas en el mundo. La mayoría de las muertes provocadas por HPPP ocurren en las primeras 24 horas después del parto. La HPPP podría evitarse con el uso profiláctico de agentes uterotónicos durante el alumbramiento y de un tratamiento oportuno y apropiado.

En la República Dominicana, el 11.2% de las muertes son atribuidas a la hemorragia asociada al embarazo y al parto.

1. OBJETIVO

Estandarizar los lineamientos para la prevención y el manejo oportuno por hemorragia posparto primaria en pacientes, por parte de los prestadores responsables de la atención al parto, utilizando intervenciones basadas en la mejor evidencia disponible.

2. EVIDENCIA

Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15 ISBN: 978-958-57937-4-3 Bogotá. Colombia, abril de 2013.

3. **USUARIOS DEL PROTOCOLO**

Médicos y médicas generales, médicos y médicas especialistas en medicina familiar, medicina interna, obstetricia y ginecología, emergenciológica; bioanalistas, personal de enfermería y paramédico.

4. **POBLACIÓN DIANA**

Mujeres que cursan el periodo de puerperio o que presentan cuadros de hemorragia posparto.

5. **DEFINICIÓN**

La hemorragia posparto es definida como una pérdida de sangre mayor a 500 ml o una cantidad que afecta adversamente la fisiología materna, el gasto cardiaco, la presión sanguínea y el hematocrito.

6. **CRITERIOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSPARTO. MANEJO ACTIVO DE LA TERCERA ETAPA DEL PARTO (MAP)**

- Administrar oxitocina a dosis de 10 UI intramuscular, cuando el cordón umbilical deje de latir (3min), o 5 UI intravenosas administradas lentamente.
- Medicación alterna: misoprostol, 600 mcg sublingual.

Nota: *El MAP puede complementarse con tracción y contra tracción del cordón umbilical y masaje del útero.*

7. DIAGNÓSTICO

7.1 Signos y síntomas

- a. Presencia de útero relajado, desgarro o retención de la placenta.
- b. Hemorragia transvaginal persistente durante el tercer periodo del parto.
- c. Aumento pulso materno.
- d. Taquicardia.
- e. Hipotensión.
- f. Diaforesis.
- g. Alteración del estado de conciencia.

7.2 Análisis de laboratorio

- a. Hemograma que incluya conteo de plaquetas.
- b. Tipificación y cruces sanguíneos.
- c. Tiempo de sangría, coagulación, TP y TPT.

7.3 Diagnóstico clínico según escenario

- 7.3.1 En prehospitalario. Mujer que presenta señales de parto que se acompaña de hemorragia externa o signos de choque hipovolémico. Cuadro caracterizado por útero relajado con o sin desgarro, desorientación, piel fría, palidez, taquicardia e hipotensión.
- 7.3.2 En área de emergencia/urgencia. Mujer que cursa el puerperio inmediato y se presenta con hemorragia externa o signos de choque hipovolémico. Cuadro caracterizado por sangrado persistente, útero relajado con o sin desgarro, desorientación, piel fría, palidez, taquipnea, taquicardia e hipotensión.

- 7.3.3 En sala de parto. Mujer que tras un parto presenta hemorragia externa o signo de choque hipovolémico. Cuadro caracterizado por: útero relajado con o sin retención de placenta (atonía uterina), desgarros de cérvix o vagina con vasos sanguíneos sangrantes, placenta retenida y aumento de hemorragia por manipulación (acretismo placentario), desorientación, piel fría, palidez, taquipnea, taquicardia, hipotensión, retención urinaria (oliguria, no retención) o anuria.
- 7.3.4 En sala de cirugía. Mujer que durante el acto quirúrgico o inmediatamente después presenta hemorragia de ángulos o línea de sutura, hematoma disecante, desgarro que involucra el segmento uterino, útero relajado o infiltrado, desorientación, piel fría, palidez, taquipnea, taquicardia, hipotensión, retención urinaria (oliguria) o anuria.
- 7.3.5 En sala de puerperio. Mujer que tras el parto distócico o eutócico presenta hemorragia externa o signo de choque hipovolémico, cuadro caracterizado por: útero relajado con o sin retención de placenta, desorientación, piel fría, palidez, taquipnea, taquicardia, hipotensión, retención urinaria (oliguria) o anuria.

8. MANEJO SEGÚN EL ÁREA DE ATENCIÓN

8.1 Servicios de salud a la parturienta en nivel básico de atención

8.1.1 Hemorragia posparto con signo de choque hipovolémico.

- a. Iniciar procedimiento para referimiento inmediato de la paciente.
- b. Alertar al equipo médico del área de emergencia del establecimiento receptor y organizar el traslado.
- c. Canalizar con catéter No. 18 o 20 dos vías permeables. Iniciar infusión con cristaloides, de preferencia con solución salina a razón de 45 gotas por minuto, o con un mayor ritmo de goteo, según la condición clínica de la mujer.
- d. Si la placenta está en franca expulsión proceder a su extracción. En caso de retención o resistencia, se recomienda no intentar su tracción y trasladar a la mujer con placenta in situ.
- e. Aplicar masaje uterino durante el traslado.
- f. Administrar 5 UI de Oxitocina por vía IV lenta, mientras se inicia una infusión de 30 UI de oxitocina diluida en 500 ml de cristaloides para pasar en cuatro horas.
- g. Aplicar una inyección de 0.2 mg de Ergometrina por vía IM. Repetir una sola dosis adicional después de 20 minutos. Puede continuarse con 0.2 mg cada 4-6 horas, con un máximo de cinco ampollas en 24 horas.

Nota: *el medicamento está contraindicado en mujeres con hipertensión o enfermedad cardiaca.*

- h. Utilizar 800 mcg de Misoprostol por vía sublingual, sólo si no se cuenta con Oxitocina o Maleato de metilergonovina para el manejo de la hemorragia posparto.
- i. Mantener la comunicación constante con el establecimiento receptor.

8.1.2 Hemorragia profusa que no responde al tratamiento anterior

- a. Canalizar otra vía; aumentar la infusión de cristaloides, solución salina o lactato de Ringer.
- b. Colocar sonda vesical y realizar la compresión bimanual del útero por cinco minutos.
- c. Añadir 10 unidades de Oxitocina en 500 ml. de solución, a razón de 20 gotas por minuto y administrar oxígeno mediante máscara con reservorio.
- d. Solicitar opinión experta sobre otras acciones al establecimiento receptor.

8.2 Atención de la parturienta en el área de Emergencia/Urgencia

- a. Alertar al equipo médico especializado de guardia.
- b. Activar el código rojo, desarrollar la secuencia establecida o movilizar al personal de Emergencia.
- c. Asegurar la línea de acceso vascular con catéter No. 14 o 16, en dos vías permeables.
- d. Continuar la infusión con cristaloides, preferiblemente una solución salina, a razón de 45 gotas por minuto o con un mayor ritmo de goteo, según la condición clínica de la paciente.
- e. Colocar sonda vesical.
- f. Si la placenta está en franca expulsión, proceder a extraerla. En caso de retención o resistencia, se recomienda no intentar su tracción y trasladar a la mujer con placenta in situ a la sala de parto.
- g. Administrar 10 uds. de Oxitocina por vía EV lenta, diluida en 10 ml de solución cristaloides, durante un período mínimo de tres minutos y mantener la infusión de Oxitocina.

- h. Trasladar a la paciente a la sala de parto, sin demoras de tipo administrativo.

8.3 Atención de la mujer en la sala de parto

Reconocimiento con nemotecnia 4 “T”: Tono, Trauma, Tejido y Trombina. Para el diagnóstico rápido de hemorragia pos parto primario.

T/ Tono: Atonía, útero relajado y ausencia de desgarro.

T/ Trauma. Desgarro, datos de ruptura uterina.

T/ Tejido. Retención de placenta, alumbramiento retrasado, datos de acretismo.

T/ Trombina. Alteración de la coagulación, pruebas de coagulación alterada.

8.3.1 Manejo de la hemorragia posparto de cualquier etiología en la sala de parto

- a. Activar código rojo del hospital y seguir secuencia o alertar al personal correspondiente.
- b. Comunicar al equipo responsable de la atención (médico general, médico obstetra, médico anestesiólogo, enfermera, bioanalista, gerente clínico).

8.3.2 Resucitación

- a. Iniciar infusión de cristaloides preferiblemente calentados a 39°C, con bolus de 500 ml, si alguno de los parámetros clínicos se encuentra alterado.
- b. Mantener el apoyo circulatorio. Continuar con la administración de soluciones.
- c. Colocar una sonda vesical y registrar la diuresis.
- d. Administrar oxígeno con máscara y reservorio.
- e. Vigilar los signos vitales cada cinco minutos.
- f. Controlar sangrado, interviniendo la causa de base.

8.3.3 Manejo no farmacológico

- a. Masaje transabdominal del cuerpo uterino.
- b. Compresión bimanual del útero.
- c. Colocación de balón intrauterino, si está disponible.
- d. Colocación de sonda vesical.

Nota: *no se recomienda realizar taponamiento uterino con gasa.*

8.3.4 Manejo farmacológico

a. Oxitocina

Administrar 5 UI de Oxitocina por vía IV lenta, diluida en 500 ml de solución cristaloide para pasar en cuatro horas. Nivel “B” de evidencia.

b. Ergometrina

Administrar 0.2 mg de Ergometrina por vía IM. Repetir una sola dosis adicional después de 20 minutos. Puede continuarse con 0.2 mg cada 4-6 horas, con un máximo de cinco ampollas en un lapso de 24 horas. Nivel “B” de evidencia.

Nota: *la ergometrina está contraindicada en mujeres con hipertensión.*

c. Misoprostol

Administrar 800 mg de Misoprostol por vía sublingual, sólo si no se cuenta con Oxitocina o Maleato de metilergonovina para el manejo de la hemorragia posparto. Nivel “B” de evidencia.

d. Ácido tranexámico

En dosis de 1 g por vía IV, el ácido tranexámico puede ser utilizado como tratamiento para la hemorragia posparto, si la administración de la

Oxitocina seguido de las opciones de tratamiento de segunda línea y el Misoprostol no han logrado detener la hemorragia; o como complemento a la sutura de traumatismos del canal del parto identificados como causa del sangrado (desgarros del canal del parto). Nivel “D” de evidencia.

8.3.5 Procedimiento quirúrgico

Se recomienda iniciar medidas de hemostasia quirúrgica lo más pronto posible, si el manejo inicial falla. El período de espera no debe superar nunca los 20 minutos. Nivel “C” de evidencia.

- Histerectomía, de acuerdo con la condición clínica particular de cada mujer, las condiciones técnicas del sitio operatorio y su experiencia profesional, el obstetra definirá el tipo de histerectomía a realizar.
- Sutura compresiva. Nivel “C” de evidencia.
 - Sutura de B-Lynch.
 - Ligadura bilateral de arterias uterinas.
 - Ligadura bilateral de arterias ilíacas internas.
 - Embolización arterial selectiva.

8.3.6 Transfusión sanguínea

- a. En los casos en que las pruebas cruzadas no estén disponibles iniciar con sangre tipo “O negativo” o sangre específica sin pruebas cruzadas hasta que la sangre específica con pruebas cruzadas esté disponible.

Nota: *En caso de choque hemorrágico grave abruptio de placenta con feto muerto o coagulopatía intravascular diseminada (CID) clínicamente evidente, aplicar el protocolo de código rojo.*

- b. Reponer glóbulos rojos plasma fresco congelado y plaquetas en una relación 1:1:1; aplicar un concentrado de plaquetas si el conteo es menor de 50,000. Administrar un crioprecipitado si el fibrinógeno es menor de 1 g/L.

8.3.7 Monitoreo clínico

- a. Registrar cada cinco minutos la respuesta basada en los signos de choque sensorio conservado, llenado capilar < 5 segundos, pulso radial presente y presión arterial sistólica mayor de 90 mmHg.
- b. Continuar monitoreo hasta lograr la estabilización de los signos vitales.

8.3.8 Retención de la placenta

- a. Extraer la porción retenida de la placenta con técnica de extracción manual de preferencia bajo anestesia general.
- b. Administrar una dosis de antibiótico profiláctico (cefazolina 1gr. por vía endovenosa) antes o después de la revisión (descartar antecedentes de reacción alérgica).
- c. Colocar sonda vesical y medir diuresis.
- d. Aplicar masaje uterino.
- e. Administrar 5 UI de Oxitocina por vía IV lenta, diluida en 500 ml de solución cristaloide para pasar en cuatro horas.
- f. Monitoreo clínico del posparto cada media hora durante las primeras 4 horas, luego cada una hora por 24 horas post parto.

8.3.9 Desgarros

- a. Identificar el lugar y tipo de desgarro implicado.
- b. Reparar desgarro con material sintético de absorción estándar.
- c. Mantener apoyo circulatorio y monitoreo e signos vitales.
- d. Administrar una dosis de antibiótico profiláctico (cefazolina 1gr. por vía IV) antes o después de la revisión (descartar antecedentes de reacción alérgica).
- e. Colocar sonda vesical y medir diuresis.
- f. Administrar ácido tranexámico, en dosis de 1 gr por vía IV.
- g. Realizar monitoreo clínico del posparto cada media hora durante las primeras 4 horas, luego cada una hora por 24 horas post parto.

8.4 Atención de la mujer con hemorragia posparto en la sala de puerperio

- a. Activar código rojo o alertar al personal del área.
- b. Asegurar al recién nacido con un familiar o con el servicio de neonatología.
- c. Identificar y tratar causa del sangrado.
- d. Trasladar a la paciente al área de procedimientos y continuar con la atención de acuerdo con la causa de sangrado.
- e. Mantener apoyo circulatorio y monitoreo e signos vitales.
- f. Colocar sonda vesical y medir diuresis.
- g. Administrar 5 UI de Oxitocina por vía IV lenta, diluida en 500 ml de solución cristaloide, para pasar en cuatro horas.

- h. Descartar un trastorno de la coagulación mediante la realización de pruebas sanguíneas.
- i. Realizar monitoreo clínico del posparto cada media hora durante las primeras 4 horas, luego cada una hora por 24 horas post parto.

8.4.1 Atención poscesárea de la mujer

- a. Activar el código rojo o alertar al personal del área.
- b. Trasladar a la mujer a la sala de procedimientos.
- c. Integrar al servicio de anestesiología, identificar y registrar las condiciones clínicas de la paciente.
- d. Ante sospecha razonable de hemoperitoneo se debe proceder a realizar laparotomía
- e. Manejar la hemorragia perioperatoria según la causa específica.

8.4.2 Hemorragia transoperatoria:

- a. Activar código rojo
- b. Solicitar apoyo al personal de mayor experiencia quirúrgica.
- c. Explorar ambos ángulos de la histerotomía. En caso de borde sangrante, aplicar el control hemostático.
- d. Explorar el segmento uterino e identifique y controle los desgarros.
- e. Explorar e identificar el hematoma disecante y yugular el vaso sangrante.
- f. Valorar la necesidad de transfusión de acuerdo a la condición hemodinámica de la paciente.

8.5 Atención de la mujer con hemorragia posparto tardía:

- a. Activar código rojo o alertar al personal del área.
- b. Solicitar apoyo al personal con mayor experiencia en el servicio.
- c. Trasladar a la mujer a la sala de procedimientos.
- d. Administrar un antibiótico terapéutico: 2.0 g de ampicilina por vía EV de inicio; luego 1.0 g EV cada seis horas o 600 mg de clindamicina por vía EV, cada ocho horas.
- e. Revisar la cavidad uterina y adoptar las medidas de asepsia y antisepsia.
- f. Indicar pruebas de laboratorio: hemograma, orina y glicemia; además, tipificación, cruce sanguíneo y cultivos.
- g. Valorar la necesidad de transfusión.
- h. Valorar la necesidad de cirugía.

8.6 Atención de la mujer en la sala de UCI

- a. Aplicar protocolo de UCI.
- b. Manejo avanzado del choque hipovolémico.

9. CRITERIOS DE EGRESO

- a. Mujer con niveles de hemoglobina superior a 9 g o 27 % de hematocrito.
- b. Mujer afebril, con foco de infección descartado.
- c. Ausencia de reacción hemolítica o alergia a sangre o hemoderivados.
- d. Control total de la causa de hemorragia.
- e. Estabilidad de los signos vitales y de la función cardiaca.

Nota: Es indispensable no proceder al egreso antes de las 72 horas de ingreso.

10. INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

Un miembro del equipo médico deberá ofrecer las siguientes informaciones a los acompañantes y familiares de la paciente:

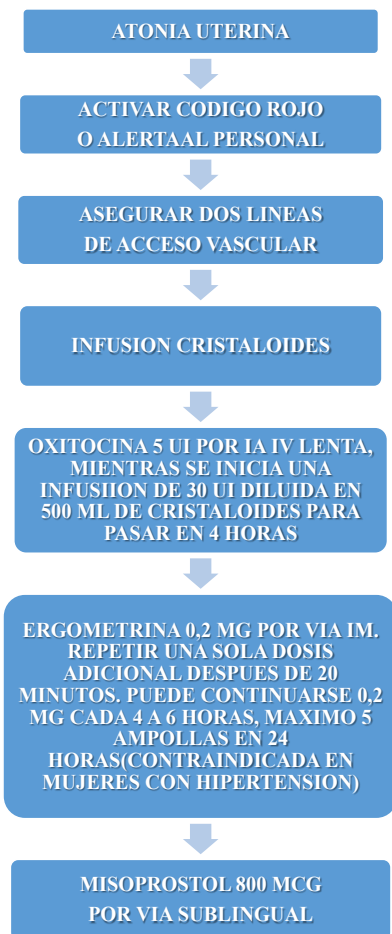
10.1 Durante el proceso de manejo

- a. Gravedad de la situación e implicaciones médico-quirúrgicas.
- b. Detalles de los procedimientos necesarios (entre ellos cirugía y transfusiones sanguíneas).
- c. Pronóstico materno y fetal.

10.2 Durante el egreso

- a. Terapias de recuperación.
- b. Respuestas a todas las inquietudes expresadas por familiares y relacionados.

11. ALGORITMO DE MANEJO DE LA ATONÍA UTERINO



12. BIBLIOGRAFÍA

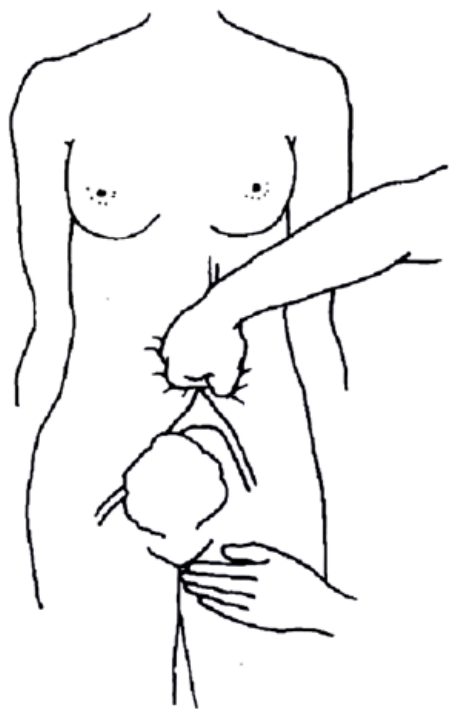
1. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. Organización Mundial de la Salud, 2014.
2. Guías de atención a las principales urgencias obstétricas, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, Primera Edición, 2008.
3. Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15 ISBN: 978-958-57937-4-3 Bogotá. Colombia , Abril de 2013
4. Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011(11). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007412.pub3/abstract>
5. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. Geneva: WHO; 2011. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502221_eng.pdf

ANEXOS

COMPRESIÓN BIMANUAL DEL ÚTERO



COMPRESIÓN DE LA AORTA ABDOMINAL Y PALPACIÓN DEL PULSO FEMORAL



Taponar el útero es ineficaz y ocasiona el desperdicio de un tiempo precioso.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL EMBARAZO ECTÓPICO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL EMBARAZO ECTÓPICO

INTRODUCCIÓN

El sitio más común de implantación ectópica son las trompas de Falopio, con un 95%. El establecimiento de un óvulo fecundado fuera de las trompas de Falopio es raro: ocurre sólo en el 1.3% de los embarazos. La etiología de la entidad está relacionada con desequilibrios hormonales, alteraciones en la motilidad tubárica u otros factores desencadenantes de la destrucción anatómica de las trompas.

En nuestro país, la ubicación más frecuente sigue siendo la trompa uterina.

1. OBJETIVO

Estandarizar la atención de la gestación ectópica formulando los lineamientos clínico-quirúrgicos para su manejo oportuno e integral de parte de los prestadores, desarrollando intervenciones costo efectivas basadas en la mejor evidencia disponible.

2. EVIDENCIA

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Embarazo Ectópico en Mujeres de Edad Reproductiva en el Segundo y Tercer Nivel de Atención. Secretaría de Salud, México, 2013.

3. DEFINICIÓN

El embarazo ectópico es aquel en el que el blastocito se implanta fuera del revestimiento endometrial de la cavidad uterina.

4. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos y médicas generales, especialistas en medicina familiar, medicina interna, obstetricia y ginecología, emergenciología; bioanalistas y personal de enfermería y paramédico.

5. POBLACION DIANA

Mujeres que cursen con cuadro de embarazo ectópico.

6. FACTORES DE RIESGO

Dentro de los factores de riesgo para el embarazo ectópico (EE) se encuentran:

- Daño en las trompas de Falopio por cirugía tubárica, cesárea, ooforectomía apendicetomía
- La enfermedad inflamatoria pélvica comúnmente causada por *Chlamydia trachomatis* se ha relacionado con un 30 a 50% de todos los embarazos ectópicos.

7. DIAGNÓSTICO

7.1 Cuadro clínico

La triada clínica clásica del embarazo ectópico la constituyen:

- a. Sangrado transvaginal.
- b. Dolor abdominal (abdomen agudo).
- c. Amenorrea.
- d. Masa palpable en anexo.

Nota: la manifestación clínica depende de la localización del embarazo ectópico, y su evolución de no roto a roto, que va desde asintomática hasta abdomen agudo y choque hemorrágico. El diagnóstico de la ruptura de las trompas es evidente cuando las pacientes están hemodinámicamente inestables.

7.2 Diagnóstico por imágenes

- a. Ecografía.
- b. Ultrasonido transvaginal: ausencia de gestación intrauterina con concentraciones de B-HCG superiores a 1500 mUI/mL.
- c. Doppler color.

Nota: una posible excepción son las gestaciones múltiples normales (se ha informado gestaciones múltiples normales con concentraciones de B-HCG >2300 mUI/mL antes de la identificación por ultrasonido transvaginal. Alrededor del 26% de los embarazos ectópicos tienen una exploración ecográfica transvaginal normal.

7.3 Diagnóstico de laboratorio

Medición seriada de la gonadotropina coriónica humana fracción beta (B-HCG).

8. TRATAMIENTO

El tratamiento puede ser expectante, médico o quirúrgico, dependiendo del momento en que se realice el diagnóstico.

8.1 Tratamiento farmacológico

8.1.1 Pre requisitos básicos para manejo farmacológico de la gestación ectópica

- a. Identificada y documentada de forma razonable estabilidad hemodinámica.
- b. Nivel de B-HCG inicial <1000 UI/ml y evolutivamente descendente.
- c. Ecografía que muestra escasa o nula cantidad de líquido libre en fondo de saco de Douglas (<100 cc).
- d. Ecografía con masa anexial pequeña (<2 cm).

8.1.2 Esquema de dosis única de metotrexate:

- a. Administrar metotrexate por vía intramuscular, a razón de 50mg/kg de peso.
- b. Medir los niveles de B-HCG los días cuarto y séptimo de administración de la droga. Su valor debe descender al menos en un 15%.

8.1.3 Esquema de dosis seriadas de metotrexate

- a. Administrar 1.0 mg/kg de metotrexate por vía intramuscular en los días primero, segundo, quinto y séptimo.
- b. Medir los niveles de B-HCG previo al cumplimiento de las dosis subsecuentes. Su valor debe descender al menos en un 15%.

Nota: Aplicar procedimiento de consentimiento informado antes de iniciar el tratamiento, haciendo énfasis en los efectos colaterales del metotrexate.

8.2 Tratamiento quirúrgico

8.2.1 Criterios para tratamiento quirúrgico (laparotomía o laparoscopias) de emergencia

- a. Paciente termodinámicamente inestable.
- b. Presencia de hemoperitoneo/ abdomen agudo.
- c. Determinación de B-HCG cuantitativa por encima de 1000 UI/mL).
- d. Ultrasonografía que muestra masa ectópica con diámetro superior a 40 mm.

8.2.2 Criterios de salpingectomía

- a. Recidiva del embarazo en la misma trompa.
- b. Trompa gravemente lesionada.
- c. Hemorragia local no controlada.
- d. Embarazo heterópico.
- e. Solicitud expresa de la mujer de esterilización quirúrgica.

8.2.3 Criterios de salpingostomía

- a. Mujeres en edad reproductiva que desean preservar su fertilidad.

8.3 Manejo del embarazo abdominal

- a. Laparotomía y la extracción del feto

Nota: cuando la placenta se encuentra insertada en un órgano no se debe intentar desprenderla por el sangrado que produce se deja la placenta in situ.

- b. Seguimiento posterior con determinaciones seriadas semanales de B-HCG.

Nota: ante la evidencia de persistencia de tejido trofoblástico activo, debe ser iniciado un tratamiento con metotrexato.

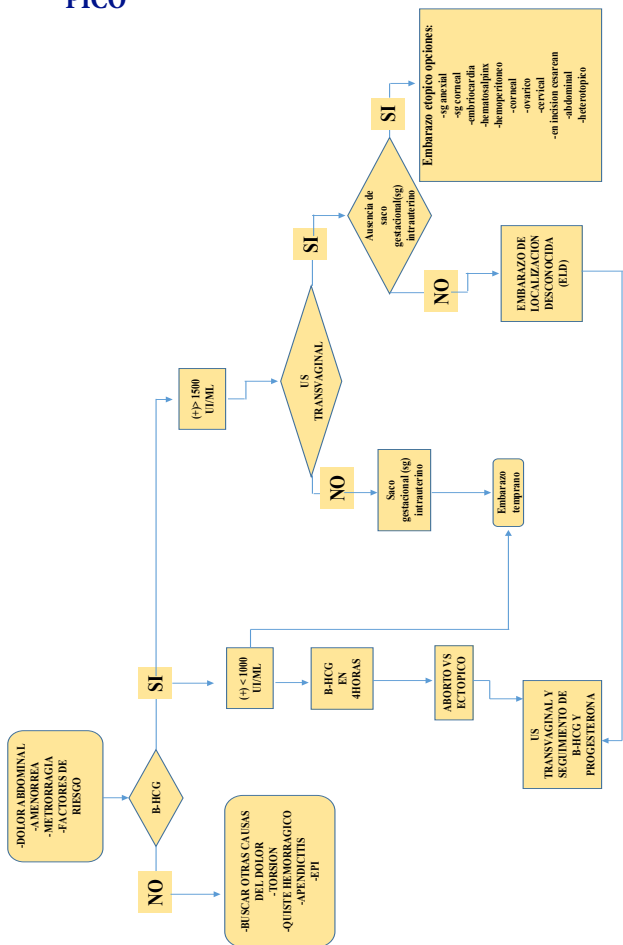
9. CRITERIOS DE EGRESO

- a. Pacientes con manejo médico, con metotrexate: el alta hospitalaria dependerá de su evolución y del cumplimiento de la terapia.
- b. Paciente con estabilidad hemodinámica.
- c. Ausencia demostrada de complicaciones.

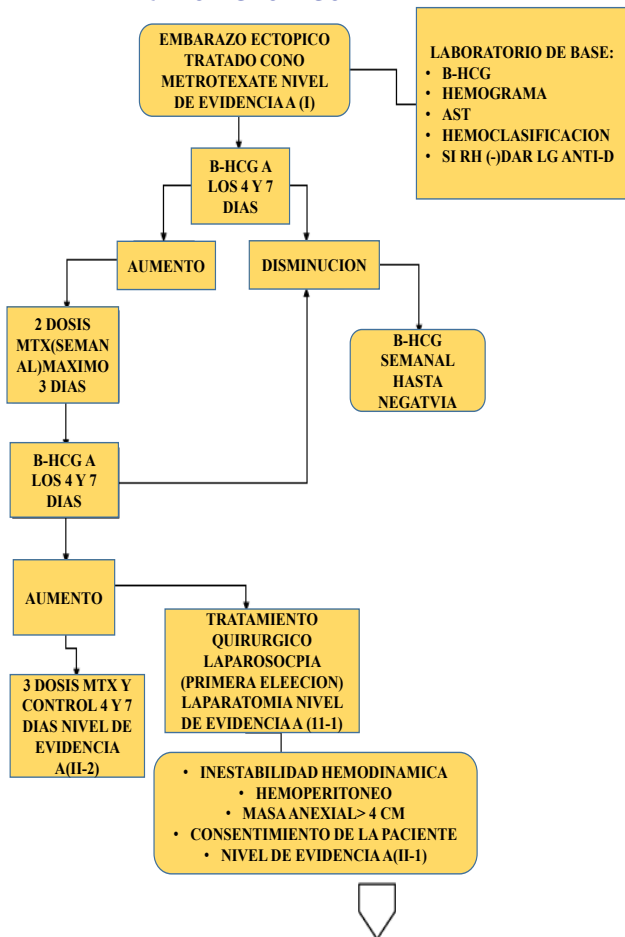
10. INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

Debe informarse a la paciente, familiares y acompañantes acerca de la condición clínica de ésta, así como sobre los procedimientos a que será sometida y asegurar el consentimiento informado. Merecen una especial atención los casos que puedan requerir de transfusión sanguínea, manejo en UCI y tratamiento con metotrexate.

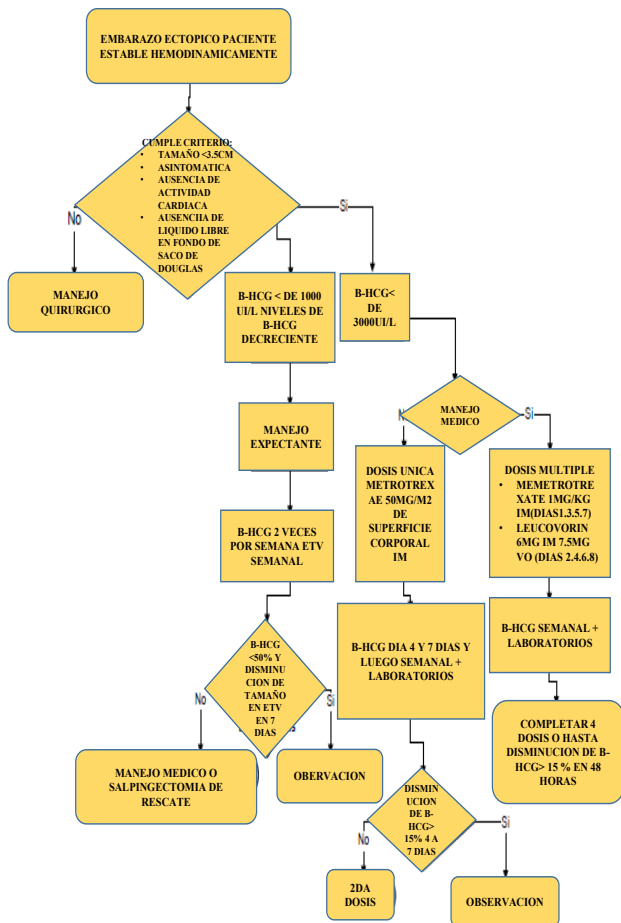
11. ALGORITMO DIAGNOSTICO EMBARAZO ECTOPICO



TRATAMIENTO MEDICO Y QUIRURGICO DEL EMBARAZO ECTOPICO



TRATAMIENTO MEDICO NO QUIRURGICO DEL EMBARAZO ECTOPICO



12. BIBLIOGRAFÍA

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Medical management of ectopic pregnancy. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2008 Jun. 7 p. (ACOG practice bulletin;no. 94).
2. Centers for Disease, Control and Prevention (CDC). Ectopic Pregnancy -- United States, 1990-1992. MMWR 1995; 44:46-8.
3. Cole L, Kardama A, Seifer D, Bohler H. Urine hcg subcore fragment a sensitive test for ectopic pregnancy. J Cli Endocrinol Metab 1994; 78:497-499
4. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Embarazo ectópico en Mujeres de Edad Reproductiva en el Segundo y Tercer Nivel de Atención. México, Secretaría de Salud, 2013.
5. Hahn SA, Lavonas EJ, Mace SE, Napoli AM, Fesmire FM, American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues in the initial evaluation and management of patients presenting to the emergency department in early pregnancy. Ann Emerg Med. 2012 Sep;60(3):381-90. e28. [55 references] PubMed.

6. Hoopmann M, Wilhelm L, Possover M, Nawroth F. Heterotopic triplet pregnancy with bilateral tubal and intrauterine pregnancy after IVF. *Reprod BioMed Online* 2003; 6:345-8.
7. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Ectopic pregnancy and miscarriage. Diagnosis and initial management in early pregnancy of ectopic pregnancy and miscarriage. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2012 Dec. 38 p. (Clinical guideline; no. 154).
8. Sommer E, Reisenberger K, Bogner G, Nagele F. Laparoscopic management of an unrecognized spontaneous bilateral tubal pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:366-8.

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE
MANEJO DEL ABORTO ESPONTANEO**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE MANEJO DEL ABORTO ESPONTANEO

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, se calcula que aproximadamente 800 mujeres mueren diariamente por causas asociadas al embarazo, el parto y el puerperio; y que, en la mayoría de los casos, se trata de fallecimientos prevenibles.

En 2013, en América Latina y el Caribe fueron registradas unas 9,300 muertes maternas, principalmente por complicaciones asociadas a la hipertensión arterial, la hemorragia posparto y las infecciones. Como cuarto factor de riesgo, es identificada la ocurrencia del aborto inseguro. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que, aproximadamente, el 13% de las muertes maternas está asociado a complicaciones del aborto inseguro, lo que equivale a unos 47,000 decesos por año.

En República Dominicana, según el Reporte de Indicadores Básicos de Salud 2014, la mortalidad materna ajustada es de 109.7 muertes/100,000 nacidos vivos.

1. OBJETIVO

Establecer las pautas de recepción y manejo integral del aborto, para contribuir con la disminución de la morbilidad y mortalidad materna.

2. USUARIOS/AS DEL PROTOCOLO

Médicos y médicas generales, especialistas en medicina familiar, ginecología y obstetricia, emergenciólogía y personal de enfermería.

3. POBLACIÓN DIANA

Mujeres en edad reproductiva que cursen con aborto.

4. DEFINICIONES

Aborto: expulsión de un feto antes de las 20 semanas de edad gestacional o de un peso menor de 500 g al nacer.

Aborto inseguro: según la OMS, es un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o efectuado en un entorno sin un estándar médico mínimo, o en ambas situaciones.

Edad gestacional: número de días o semanas de embarazo, contabilizados desde el día de inicio del último sangrado menstrual. Cuando existen dudas en relación a la fecha de la última menstruación, la edad gestacional puede ser valorada por sonografía o mediciones clínicas.

Consejería integral: es la intervención donde se promueve la toma de decisiones consciente, autónoma e informada. Este acompañamiento puede ser realizado por profesionales de medicina, psicología, enfermería o servicio social, siempre que estén debidamente capacitados/as y entrenados/as para tales fines.

Malformación congénita letal: error en el desarrollo estructural o funcional de un órgano o sistema que conduce invariablemente a la muerte del feto en el útero o del recién nacido en el período neonatal, independientemente del tratamiento.

5. PROCEDIMIENTO

5.1 Recepción y acogida de la usuaria que cursa con aborto

Todo el personal involucrado en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva debe ofrecer a la usuaria un trato digno, respetuoso y sensible, con una actitud neutral y libre de discriminaciones de cualquier tipo.

Es importante que la mujer con un aborto en curso se sienta acogida desde el inicio por las personas involucradas en la atención, así como durante todo el proceso de manejo y en los procedimientos posteriores. Los/as profesionales a cargo de los servicios de salud deben:

1. Proteger la salud y la vida de las mujeres adultas y adolescentes, además de sus derechos humanos.
2. Brindar respeto, apoyo y trato humanizado a las pacientes, mientras son atendidas sus necesidades clínicas inmediatas.
3. Responder a las inquietudes de las mujeres para que expresen libremente sus puntos de vista, dudas y preguntas, mostrando una actitud positiva, aplicando técnicas de comunicación interpersonal y utilizando un lenguaje sencillo.

4. Mantener una atmósfera de confianza entre el personal de salud y las usuarias.
5. Proveer información a la paciente sobre su condición de salud, el retorno de su fertilidad y el autocuidado.
6. Garantizar la toma de decisiones clínicas de manera informada y voluntaria por parte de la paciente, a través del cumplimiento del proceso de elección informada y la firma del documento de consentimiento, libre de error, fuerza y dolo.
7. Favorecer la autonomía de la usuaria en la toma de decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva.
8. Asumir una actitud libre de prejuicios, sin discriminación ni coerción en la prestación de los servicios de salud.
9. Evidenciar un respeto absoluto de la confidencialidad y la privacidad en el manejo de los casos.

5.2 Identificación de los riesgos psicosociales de la usuaria

Al momento de recibir a una usuaria para atención del aborto, la persona prestadora del servicio debe identificar si la misma cursa con riesgos psicosociales que requieran de la toma medidas especiales, como apoyo emocional o atención psicológica. Las siguientes condiciones son consideradas riesgos psicosociales:

1. Adolescente o de menor edad.
2. Escolaridad baja o ninguna.

3. Antecedentes de depresión emocional, tendencias suicidas y cualquier otro tipo de trastorno emocional o retraso mental.
4. Identificación de antecedentes o exposición actual a la violencia basada en el género o al abuso sexual.
5. Antecedente de consumo de alcohol o sustancias ilícitas.
6. Antecedentes de pérdidas reproductivas, espontáneas o inducidas.
7. Inasistencia a control prenatal, con embarazo de edad gestacional de 15 semanas o más.
8. Apoyo familiar o social bajo o ninguno.
9. Antecedentes de embarazo con malformaciones congénitas.
10. Seropositividad conocida para el virus de la inmunodeficiencia humana.

Nota: *ante la ocurrencia de uno o más factores de riesgo psicossocial, la usuaria debe ser manejada en conjunto o referida a un/a profesional de Psicología.*

5.3 Consejería integral durante el manejo del aborto

Al momento de recibir a una mujer con un aborto, se debe iniciar la prestación de servicios con información y orientación, optimizando todas las acciones durante su intervención. Estas orientaciones deben ser ofrecidas previo, durante y posterior al procedimiento clínico, basadas en los siguientes enfoques.

ENFOQUES DE LA CONSEJERÍA		
Antes de la Atención	Durante de la Atención	Después de la Atención
Estructurar una relación en la cual la mujer pueda adquirir confianza, expresar sus sentimientos, temores y dudas. Es fundamental prepararla para el procedimiento, proporcionándole información sobre el mismo.	Acompañar y brindar apoyo emocional a la mujer para el manejo conductual del dolor y todos los efectos esperados según el manejo al cual es sometida, facilitando así la labor del equipo de salud.	Verificar el estado emocional, indicar a la usuaria sobre los cuidados que debe tener e informar sobre las señales de alarma y posibles efectos colaterales por el uso del anticonceptivo, si los hay.

Los resultados esperados de esta atención son:

- a. Usuarías informadas sobre su estado clínico, procedimientos a ser realizados y decisión libre e informada sobre sus opciones anticonceptivas.
- b. Autorización firmada del consentimiento informado.

6. TRATAMIENTO

Los tipos de abordaje terapéutico para el manejo del aborto a ser utilizados son: farmacológico y quirúrgico.

6.1 Tratamiento farmacológico

Manejo del aborto con Misoprostol como agente único.

El/la proveedor/a a cargo de la atención debe informar de manera detallada acerca de las ventajas y desventajas descritas para cada uno de los abordajes terapéuticos posibles, cuya oferta debe estar basada en la mejor opción según las condiciones clínicas de la usuaria y la edad gestacional al momento del manejo (Tabla 1). La opinión de la usuaria siempre debe ser determinante. En los casos en los que haya un riesgo actual o inminente para la salud o la vida de la misma, deben ser aseguradas la inmediatez y la oportunidad de estas decisiones.

6.2 Tratamiento quirúrgico

- Aspiración endouterina, manual o eléctrica.
- Dilatación cervical y evacuación uterina.

MANEJO DE USUARIA CON ABORTO ≤12 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL	
TIPO Y	Atención ambulatoria, ofrecida en centros de salud donde se ofrezcan servicios de salud sexual y reproductiva de segundo y tercer nivel de atención, pertenecientes tanto a los sectores públicos como privados, incluyendo los de organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro y militares.
ÁMBITO DE LA ATENCIÓN	Uso de esquema de misoprostol (agente único) según los criterios establecidos a continuación en el presente Protocolo.

**MANEJO DE USUARIA CON ABORTO
≤12 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL**

<p align="center">TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</p>	<p>Manejo quirúrgico con aspiración endouterina o dilatación y evacuación uterina, en los centros de servicio donde no se disponga de la primera técnica. En ambos casos, aplicar los criterios que se establecen a continuación en el presente Protocolo.</p>
--	--

**MANEJO DE USUARIA CON ABORTO DE
13-20 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL**

<p align="center">TIPO Y ÁMBITO DE LA ATENCIÓN</p>	<p>Atención bajo ingreso hospitalario, ofrecida en centros de salud donde se ofrezcan servicios de salud sexual y reproductiva, de segundo y tercer nivel de atención, pertenecientes tanto a los sectores públicos como privados, incluyendo los de organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro y militares.</p>
<p align="center">ÁMBITO DE LA ATENCIÓN</p>	<p>Uso de esquema de misoprostol (agente único) según los criterios establecidos a continuación en el presente Protocolo.</p>
<p align="center">TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</p>	<p>Manejo quirúrgico con dilatación y evacuación uterina, según las indicaciones, las contraindicaciones y los criterios de manejo establecidos a continuación en el presente Protocolo.</p>

6.3 Atención antes del manejo farmacológico del aborto

- a. Cumpla con la acogida de la usuaria.
- b. Usuarias con aborto espontáneo de ≤ 12 semanas de edad gestacional: maneje de manera ambulatoria.
- c. Usuarias con aborto espontáneo de 13 a 20 semanas de edad gestacional: realice el ingreso hospitalario y establezca los cuidados clínicos generales que correspondan.
- d. En usuarias hospitalizadas, valore y justifique la necesidad de cruce y reserva de sangre.
- e. Escuche cuidadosamente a la usuaria y responda a todas sus inquietudes.

Realice una historia clínica y un examen físico completo, donde debe incluir:

- Confirmación de ausencia de antecedentes o condiciones mórbidas que contraindiquen el uso de algún fármaco.
- Verificación de riesgos psicosociales.
- Interconsulta con Apoyo Emocional o Psicología en los casos con criterios para hacerlo.
 - Tome una muestra para la realización de hemograma, tipificación sanguínea y prueba hormonal de embarazo en sangre.
 - Si existe duda en relación a la edad gestacional o sospecha clínica de embarazo ectópico o de masa anexial, realice una sonografía pélvica transvaginal para la confirmación diagnóstica.
 - En usuarias a ser manejadas de manera ambulatoria, durante el proceso de consejería y consentimiento informado facilite todas las informaciones

sobre la eficacia y los efectos secundarios de los medicamentos indicados; así como de las señales de alarma, a fin de que la paciente en situación de urgencia pueda contactar rápidamente con la persona prestadora del servicio de salud.

- Procure el consentimiento informado y firmado por parte de la usuaria.
- Cumpla con la consejería y la oferta de métodos anticonceptivos.
- Administre inmunoglobulina antiRhD en casos de mujeres Rh negativas.

6.4 Consentimiento informado para el manejo farmacológico

Durante la consejería, la elección informada y la firma del consentimiento para el manejo farmacológico de aborto con el uso de misoprostol, las siguientes informaciones deben ser enfatizadas y ampliamente descritas:

- Síntomas clínicos esperados durante el proceso.
- Instrucciones sobre el manejo del dolor.
- Información sobre la reanudación de la menstruación después del tratamiento, pudiendo ser por períodos más prolongados cuando han sido manejadas con edades gestacionales del segundo trimestre.
- La ovulación puede ocurrir entre ocho días y 12 semanas después de la terminación del embarazo, a partir de lo cual se recupera la capacidad reproductiva.

- Se debe ofrecer a la usuaria información completa de todos los métodos anticonceptivos disponibles, oferta que debe velar por:
 - Libertad de selección de método por parte de la usuaria, respetando sus propias necesidades, valores, creencias y bienestar social.
 - Prevención de cualquier tipo de discriminación.
 - Respeto a la privacidad de la atención en anticoncepción.
 - Garantía de la confiabilidad y continuidad del servicio.

6.5 Dosificación

DOSIFICACIÓN DEL MISOPROSTOL PARA MANEJO FARMACOLÓGICO DEL ABORTO		
TIPO DE ABORTO	DOSIS / VÍA	
	≤12 semanas de edad gestacional	13 - 20 semanas de edad gestacional*.
Huevo anembrionado		No aplica
Aborto retenido (muerte fetal)	Opción A10, 11 800 microgramos (4 tabletas) vía vaginal, dosis única. Opción B10, 11 600 microgramos (3 tabletas) vía sublingual, dosis única.	≤17 semanas 14 200 microgramos (1 tableta) vía vaginal, cada 6 horas, máximo 4 dosis consecutivas. 18 semanas o más 14 100 microgramos (½ tableta) vía vaginal, cada 6 horas, máximo 4 dosis consecutivas.

DOSIFICACIÓN DEL MISOPROSTOL PARA MANEJO FARMACOLÓGICO DEL ABORTO		
Aborto incompleto, aborto inevitable		No aplica

7. CRITERIOS DE REFERENCIA DE USUARIAS CON ABORTO ≤ 12 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL DE MAYOR COMPLEJIDAD DE ATENCIÓN

Las usuarias con 12 semanas de edad gestacional o menos, deben ser referidas a un centro de servicio de mayor nivel de complejidad de la atención o con indicación de manejo quirúrgico del aborto, en los siguientes casos:

- a. El centro de servicio de salud no dispone de personal capacitado e instalaciones apropiadas para la oferta de la atención al aborto seguro.
- b. Aborto incompleto o retenido.
- c. Ocurrencia de sangrado transvaginal profuso.
- d. Sospecha clínica de infección.

7.1 Seguimiento después del manejo farmacológico del aborto con ≤ 12 semanas de gestación

- a. Luego del manejo farmacológico del aborto, cite a la usuaria para control clínico una semana después de administrado el medicamento.
- b. Durante este primer control clínico, realice un examen físico completo.

- c. Para considerar que el manejo se ha completado con éxito, verifique la desaparición de los síntomas de embarazo y la ausencia de sangrado transvaginal abundante, persistente o intermitente.
- d. Luego del manejo del aborto y verificado como completo, si la usuaria no ha iniciado con la anti-concepción, insista con la consejería sobre el tema y con la oferta inmediata de algún método de planificación familiar, previo consentimiento de la misma.

7.2 Seguimiento del aborto de entre 13 y 20 semanas de edad gestacional

- a. El pronóstico más frecuente es que las usuarias hospitalizadas, sometidas a manejo farmacológico del aborto, deben completar la expulsión fetal y placentaria en el marco de las primeras 24 horas de haber recibido el tratamiento.
- b. En caso de duda de que se haya completado el manejo, indique una sonografía pélvica que confirme la presencia de restos ovulares.
- c. Luego de la determinación de éxito de manejo farmacológico del aborto de entre 13 y 20 semanas de edad gestacional, cumpla con la consejería sobre anticoncepción y la oferta inmediata de algún método anticonceptivo, previo consentimiento de la usuaria.
- d. En las mujeres con aborto de entre 13 y 20 semanas de edad gestacional en las que no ocurre la expulsión de los productos de la gestación en el marco de un esquema completo (24 horas) de misoprostol y en ausencia de sangrado transvaginal

excesivo, persistente o intermitente, repita el esquema luego de 12 horas de reposo, previa información y aceptación de parte de la usuaria.

- e. Administre el segundo esquema de misoprostol cumpliendo exactamente con los mismos criterios que en la primera ocasión.

7.3 Criterios de tratamiento quirúrgico después del manejo farmacológico del aborto de entre 13 y 20 semanas de edad gestacional

- a. Falta de expulsión, luego de un primer esquema de uso de misoprostol, y rechazo por parte de la usuaria a recibir un segundo esquema.
- b. Falta de expulsión de los productos de la gestación después de la administración del segundo esquema de misoprostol.
- c. Todos los casos de expulsión incompleta.
- d. Ocurrencia de sangrado transvaginal, con signos de repercusión hemodinámica.
- e. Signos clínicos de infección.

8. MANEJO QUIRÚRGICO DEL ABORTO

8.1 Indicaciones del manejo quirúrgico del aborto

- Aborto en cualquier edad gestacional, en todas sus presentaciones clínicas. (Ver anexo 1).
- Aborto en cualquier edad gestacional, luego de falla del manejo farmacológico.

8.2 Técnicas para el manejo quirúrgico del aborto

- Aspiración endouterina manual o eléctrica, aplicable hasta las 12 semanas de edad gestacional.

- Dilatación cervical y evacuación uterina, aplicable en cualquier edad gestacional.

8.3 Atención antes del manejo quirúrgico del aborto

1. Cumpla con la acogida de la usuaria.
2. Realice la admisión ambulatoria en un Centro de Segundo o Tercer Nivel de Atención o el manejo hospitalario si existen condiciones clínicas, vinculadas o no al manejo del aborto, que así lo requieran.
3. Realice una historia clínica y un examen físico completos, donde debe incluir:
 - a. Confirmación de ausencia de antecedentes o condiciones mórbidas.
 - b. Verificación de riesgos psicosociales.
 - c. Interconsulta con Apoyo Emocional o Psicología en los casos con criterios para hacerlo.
4. Tome una muestra para realización del hemograma y la tipificación sanguínea.
5. Evalúe la necesidad de cruce y reserva de sangre.
6. Si existe duda en relación a la edad gestacional o sospecha clínica de embarazo ectópico o de masa anexial, realice una sonografía pélvica transvaginal para la confirmación diagnóstica.
7. Facilite a la usuaria todas las informaciones sobre el procedimiento.
8. Gestione el consentimiento informado y firmado.
9. Administre antibioterapia profiláctica, de 15 a 60 minutos antes de la realización del procedimiento.

El esquema de antibioterapia recomendado es de:

- a. Doxiciclina 100 mg por vía oral, una hora antes del procedimiento y 200 mg por vía oral después de completado el mismo.
 - b. Se acepta el uso de un esquema antibiótico basado en la disponibilidad del mismo en el centro de servicio y en las características de la población atendida.
10. Las dependencias en donde son ofrecidos abortos quirúrgicos deberían hacer los esfuerzos necesarios para asegurar la provisión de antibióticos adecuados. Sin embargo, si no se dispone de antibióticos, de igual manera pueden realizar los procedimientos de manejo quirúrgico del aborto.
 11. Realice el procedimiento de maduración cervical según los criterios establecidos en este Protocolo.
 12. Ofrezca consejería sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos.
 13. Administre la inmunoglobulina antiRhD en casos de mujeres Rh negativas. Debe ser aplicada justo antes o dentro de las primeras 72 horas después de completado el procedimiento.
 14. Envíe los tejidos extraídos a estudio histopatológico.
- 8.4 Maduración cervical antes del aborto quirúrgico**
- a. Madurar el cuello antes del aborto quirúrgico en las mujeres con embarazos de 12 semanas de edad gestacional o más, aunque el procedimiento puede ser efectuado en cualquier edad gestacional.

- b. Para la maduración cervical prequirúrgica, debe administrar a la paciente una dosis de 400 microgramos (dos tabletas) de miprostol por vía vaginal, de tres a cuatro horas antes del procedimiento; o con dos o tres horas de anticipación, mediante el método sublingual.
- c. Dicha dosis puede ser autoadministrada o dispensada en el centro de servicio antes de la realización del procedimiento, para lo que se debe proveer de un espacio de espera confortable.
- d. En el momento de preparar el cérvix se debe suministrar a la paciente una terapia analgésica basada en el uso de antiinflamatorios no esteroideos (600 mg de ibuprofeno por vía oral u otra opción disponible en caso de alergia).
- e. Si la mujer sometida a una maduración cervical comienza a sangrar profusamente por la vagina, el procedimiento de evacuación debe ser realizado sin demoras.

8.5 Consentimiento informado para el manejo quirúrgico del aborto

Durante la consejería, la elección informada y la firma del consentimiento para el manejo quirúrgico del aborto, las siguientes informaciones deben ser enfatizadas y ampliamente descritas a las usuarias:

- Posibilidad de sangrado y dolores de tipo cólico con el uso del procedimiento de maduración cervical.

- Ante sangrado transvaginal abundante, se requerirá la realización inmediata del procedimiento quirúrgico programado.
- Explicar a las pacientes en qué consiste la técnica seleccionada.
- Advertir sobre la preservación de su estado de conciencia durante el procedimiento de aspiración endouterina manual.
- Brindar informaciones generales sobre el procedimiento anestésico que será utilizado.
- Exponer detalladamente acerca de los riesgos y las complicaciones vinculadas a la técnica seleccionada.
- Advertir sobre la ocurrencia de dolor de intensidad variable, el cual será manejado de acuerdo a las características clínicas de cada usuaria.
- Indicar el uso de antibioterapia profiláctica, cuando aplique.
- Informar sobre la reanudación de la menstruación después del tratamiento, pudiendo ser por períodos más prolongados cuando han sido manejadas con edades gestacionales del segundo trimestre.
- Explicar que la ovulación puede ocurrir de ocho días a 12 semanas después de la terminación del embarazo, a partir de lo cual la mujer recupera su capacidad reproductiva.
- Ofrecer a la usuaria información sobre los métodos anticonceptivos disponibles, haciendo énfasis en los siguientes aspectos:
 - Libertad de selección de método por parte de la usuaria, basada en sus propias necesidades, valores, creencias y bienestar social.

- Prevención de cualquier tipo de discriminación.
 - Respeto a la privacidad de la atención en anti-concepción.
 - Garantía de la confiabilidad y continuidad del servicio.
- Cuando la usuaria haya seleccionado el dispositivo intrauterino como método anticonceptivo, explicar que el mismo puede ser colocado inmediatamente concluido el tratamiento. En estos casos, incluir también este procedimiento dentro del documento de consentimiento informado.

8.6 Seguimiento después del manejo quirúrgico del aborto

- Refiera a la usuaria al servicio de Apoyo Emocional o de Psicología, cuando hayan sido detectados factores de riesgo psicosocial.
- Cumpla con la consejería enfocada al posaborto y con la oferta de métodos anticonceptivos.
- Informe sobre condiciones esperadas después del manejo quirúrgico del aborto.
- Advierta sobre las señales de alarma por las que debe procurar atención médica urgente, específicamente sangrado abundante persistente o intermitente, dolor pélvico o abdominal severo y persistente, fiebre.
- Otorgue el alta hospitalaria cuando las funciones vitales estén estables, sea verificada la ocurrencia de sangrado mínimo, la usuaria pueda deambular sin asistencia y haya recibido información para su seguimiento.

9. ANTICONCEPCIÓN POSABORTO

Todos los servicios de salud en donde se trate a pacientes por aborto, deben garantizar:

- La oferta de consejería y servicio de anticoncepción.
- La promoción del empoderamiento de la usuaria en la prevención de embarazos no deseados.¹⁷
- La provisión de información sobre el espaciamiento óptimo entre embarazos, en favor de la salud de la usuaria y de la prevención de las muertes maternas, neonatales e infantiles.

La consejería sobre la anticoncepción puede ser ofrecida de manera transversal, desde la acogida y durante y después del manejo del aborto, por cualquier profesional de la salud con cualificación para hacerlo. Es preferible no postergar la consejería para las visitas de control posteriores al manejo del aborto.¹¹ Este proceso, además de la información y la educación, debe enfatizar los Derechos Sexuales y Reproductivos de la mujer¹¹, según se describe a continuación:

- Información. Todas las personas tienen derecho a solicitar, recibir e impartir información. En el caso de anticoncepción, la mujer tiene derecho a recibir información completa sobre todos los métodos de planificación familiar disponibles.
- Libertad. Capacidad de hacer elecciones básicas sobre la vida y la atención en salud en general, la que incluye la salud sexual y reproductiva.

- Privacidad. Las decisiones sobre la salud sexual y reproductiva incluido el tamaño de la familia, son de carácter privado, pues estas son tomadas teniendo en cuenta los valores, las necesidades, la familia, el bienestar social, la religión y las circunstancias personales relacionadas con la salud.
- Igualdad. Los métodos anticonceptivos deben ser dados a conocer en todos los servicios de salud y estar disponibles para todas las mujeres que los soliciten; sin discriminación de raza, color, sexo, idioma, religión, ideas políticas, opiniones, origen nacional, origen geográfico, nivel socioeconómico u otra condición.
- Justicia sanitaria. Se garantiza el derecho al nivel más alto de salud física y mental que se pueda obtener.

10. COMPLICACIONES DEL ABORTO

10.1 Infecciones

Los síntomas más frecuentes de una infección son fiebre o escalofríos, secreción vaginal o cervical con mal olor, dolor abdominal o pélvico, sangrado vaginal prolongado, sensibilidad uterina y leucocitosis. Debe ser manejada con antibioterapia y, en caso de estar asociada a la retención de restos ovulares, procederse a la reevacuación uterina. Dependiendo la severidad del caso, podría requerirse la hospitalización de la usuaria.

10.2 Hemorragia

Sus causas más frecuentes son la retención de restos ovulares, traumatismo o laceración cervi-

cal, la perforación uterina y la hipotonía uterina. Por tanto, el tipo de manejo de la hemorragia posaborto depende de su causa, pudiendo incluir desde solo masaje uterino, administración de uterotónicos, hasta manejos quirúrgicos. Dependiendo la severidad del volumen del sangrado, la reposición del mismo puede ser realizada con soluciones parenterales cristaloides o reposición con hemotransfusión.

Todo centro de salud en donde sea realizado el manejo quirúrgico del aborto debe tener la capacidad de estabilizar y tratar a las usuarias; o de referir oportunamente a otros centros especializados a las que puedan presentar complicaciones hemorrágicas.

10.3 Retención de restos placentarios

Los signos y síntomas incluyen sangrado genital, dolor abdominal o evidencias de infección. La reevacuación uterina con aspiración al vacío es el método de elección para tratar un aborto incompleto, prestando atención a la posibilidad de hemorragia o infección. En aquellos lugares en donde la aspiración no esté disponible, es válido el uso de la dilatación y la evacuación uterinas.

10.4 Perforación uterina

Es una complicación que puede pasar desapercibida y no requerir de ningún manejo en particular. Cuando la perforación es detectada puede ser manejada solo con observación y antibioterapia.

En caso de sospecha de lesiones mayores, la laparoscopia es la vía diagnóstica de elección. La detección de trauma intestinal, vascular o de otra estructura podría requerir de un abordaje con laparotomía.

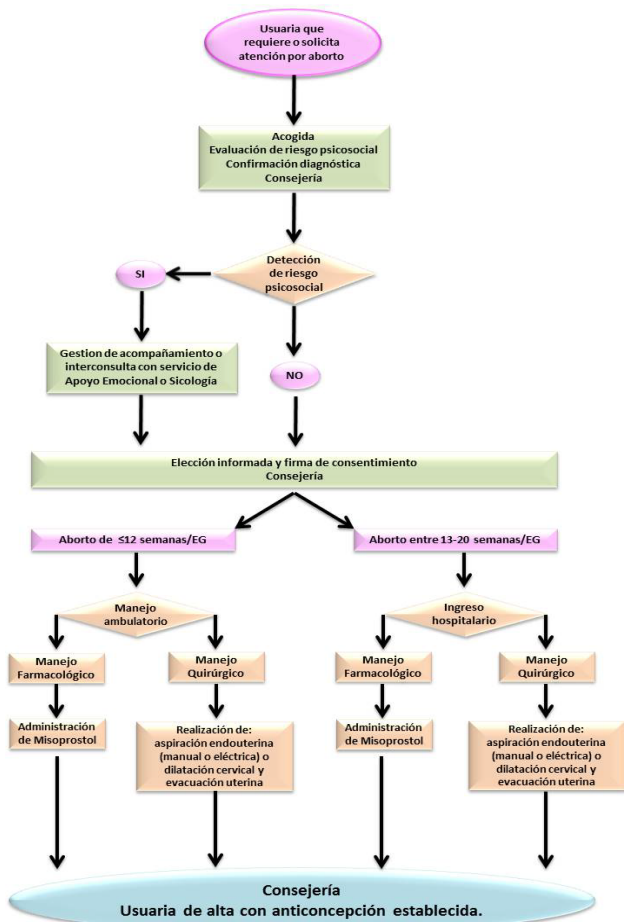
10.5 Complicaciones vinculadas a la anestesia

En los casos de manejo quirúrgico del aborto con administración de cualquier tipo de anestésico, es posible la ocurrencia de complicaciones inherentes al fármaco y a las vías utilizadas. Siempre que sea empleado algún tipo de procedimiento anestésico, la persona proveedora del servicio debe disponer de las competencias para el manejo de complicaciones.

10.6 Complicaciones generales no específicas del manejo del aborto

Pueden presentarse reacciones anafilácticas y broncoespasmo, entre otras complicaciones que deben ser manejadas según el caso.

11. ALGORITMO DE MANEJO EL ABORTO



12. BIBLIOGRAFÍA

1. Nota descriptiva No. 348, mayo 2014. Centro de Prensa de la Organización Mundial de la salud. “Mortalidad Materna”. Disponible en línea en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>. (Último acceso, 5 de julio, 2015).
2. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, et al. “Trends in Maternal Mortality: 1990-2013. World health Organization”. Ginebra, 2014. 56 p. Disponible en línea en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=1 (Último acceso: 5 de julio, 2015).
3. Department of Reproductive Health and Research. “Unsafe abortion: Global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008”. Sixth edition. World Health Organization. Ginebra, 2011. p1. Disponible en línea en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/. (Último acceso: 5 de julio, 2015).
4. Dirección General de Epidemiología. Ministerio de Salud Pública. “Indicadores Básicos de Salud República Dominicana 2014”. p4. Disponible en línea en: http://www.digepisalud.gob.do/?page_id=93&drawer=Análisis%20de%20Situaci%C3%B3n*Informe%20de%20Situaci%C3%B3n%20de%20Salud*Indicadores%20B%C3%A1sicos%20de%20Salud. (Último acceso: 5 de julio, 2015).

5. Congreso Nacional de la República Dominicana. “Ley No. 550-14, que establece el Código Penal de la República Dominicana”. 26 de diciembre, 2014. p.34 Disponible en línea en: <https://voces.intec.edu.do/wp-content/uploads/2014/10/251865974-Ley-No-550-14-Que-establece-el-Codigo-Penal-de-La-Republica-Dominicana.pdf>. (Último acceso: 5 de julio, 2015).
6. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Norma Técnica No. 119: “Orientaciones Técnicas para la atención Integral de las mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas”. Santiago, 3 de mayo, 2014. p41. Disponible en línea en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/b53faf5d1d527a52e04001011e010ef5.pdf>. (Último acceso: 5 de julio, 2015).
7. Ministerio de Salud. “Guía técnica para la atención integral del aborto no punible”. Buenos Aires, junio 2014. 64p. Disponible en línea en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000667cnt-Guia-tecnica-web.pdf> (Último acceso: 5 de julio, 2015).
8. Ministerio de Salud. “Guía para el mejoramiento de la atención post aborto”. Buenos Aires, diciembre 2009. 64p. Disponible en línea en: <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/grafica/post-aborto/guia-post-aborto.pdf>. (Último acceso: 10 de julio, 2015).

9. Organización Mundial de la Salud. “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud”. 2da edición. Ginebra, 2012. 134p. Disponible en línea en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf. (Ultimo acceso: 5 de julio, 2015).
10. Organización Mundial de la Salud. “Manual de práctica clínica para un aborto seguro”. Ginebra, 2014. 72p. Disponible en línea en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134747/1/9789243548715_spa.pdf?ua=1&ua=1. (Ultimo acceso: 5 de julio, 2015).
11. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas. “Prevención del aborto inseguro en Colombia: Protocolo para el sector salud”. Ciudad de Bogotá, 2014. 114p.
12. The American College of Obstetricians and Gynecologists. “Practice Bulletin No. 143: Medical Management of the First Trimester abortion”. *Obstet Gynecol.* 2014 Mar; 123(3): 676-92.
13. The American College of Obstetricians and Gynecologists. “Practice Bulletin No. 135: Second trimester abortion”. *Obstet Gynecol.* 2013 Jun; 121(6): 1394-406.
14. Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. “Uso del misoprostol en Obstetricia y Ginecología”. Mayo, 2013. p97.

15. Low N, Mueller M, Van Vliet HAAM, Kapp N. “Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion”.Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 3. Art.No.: CD005217. Disponible en línea en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005217.pub2/abstract> (Último acceso: 6 de julio, 2015).

16. Kapp N, Lohr PA, Ngo TD, Hayes JL. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 2. Art. No.: CD007207. Disponible en línea en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007207.pub2/abstract> (Último acceso: 6 de julio, 2015).

ANEXO

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DEL ABORTO

PRESENTACIONES CLÍNICAS DEL ABORTO ESPONTÁNEO	
TIPO DE ABORTO	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Aborto completo	<ul style="list-style-type: none">• Más frecuente con edad gestacional igual o menor de ocho semanas.• Expulsión completa de los productos de la gestación, que puede estar precedido de sangrado transvaginal y dolor pélvico de tipo cólico e intensidades variables.• Disminución o desaparición del sangrado y dolor después de la expulsión.• Orificio cervical cerrado o semipermeable.• Utero bien contraído.
Aborto incompleto	<ul style="list-style-type: none">• Expulsión parcial de los productos de la gestación.• Sangrado transvaginal de intensidad variable.• Dolor pélvico de tipo cólico e intensidad variable.• Dilatación cervical evidente.• Volumen uterino por debajo del correspondiente para la edad gestacional.
Aborto inminente	<ul style="list-style-type: none">• Expulsión inminente de los productos de la gestación.• Dolor pélvico de tipo cólico e intensidad progresiva.• Sangrado transvaginal persistente.• Dilatación cervical.• Volumen uterino por debajo del correspondiente para la edad gestacional.

TIPO DE ABORTO	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Aborto inevitable	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado transvaginal de intensidad variable. • Ruptura de membranas, con salida evidente del líquido amniótico. • Puede haber o no dilatación cervical.
Aborto retenido o huevo muerto retenido	<ul style="list-style-type: none"> • Volumen uterino por debajo del correspondiente a la edad gestacional. • Ausencia de vitalidad fetal (falta de frecuencia cardíaca fetal). • Ausencia de modificaciones cervicales.
Aborto séptico	<ul style="list-style-type: none"> • Complicación posible en cualquiera de las presentaciones clínicas previas. • Salida de secreción hemato-purulenta y fétida a través del cuello del útero. • Fiebre • Hipersensibilidad al tacto del área suprapúbica y dolor intenso durante la movilización lateral de cuello y útero. • Alteración del estado general. • Leucocitosis.

ANEXO

RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES DEL MANEJO DEL ABORTO

SOBRE EL MANEJO FARMACOLÓGICO DEL ABORTO		
Recomendaciones	NE	RB
El uso del misoprostol como agente único es efectivo para el manejo farmacológico del aborto de un feto mayor de 13 semanas.	A	13
En edad gestacional ≤ 12 semanas, el método recomendado para el aborto médico es 800 μg de misoprostol administrado por vías vaginal o sublingual. Es posible administrar un máximo de tres dosis repetidas de 800 μg con intervalos de al menos tres horas, pero no durante más de 12 horas.	A	9
En edad gestacional >12 semanas, la dosis recomendada para el manejo del aborto farmacológico es de 400 μg de misoprostol administrado por vía vaginal o sublingual, repetido cada tres horas con un máximo de cinco dosis.	A	9
El seguimiento posterior al manejo farmacológico del aborto es importante, pero no siempre es necesario.	A	12
En edad gestacional ≥ 13 semanas, cuando existe sospecha de inserción anormal de la placenta, la dilatación y la evacuación uterinas son preferibles al manejo farmacológico.	B	13
El uso de antiinflamatorios no esteroideos para el control del dolor no está contraindicado durante el manejo farmacológico del aborto.	B	12

SOBRE EL MANEJO FARMACOLÓGICO DEL ABORTO

Recomendaciones	NE	RB
Considerando que el riesgo de ruptura uterina con el uso de misoprostol es similar en usuarias con o sin antecedentes de cesárea, se considera seguro el uso del citado fármaco para el manejo farmacológico del aborto de usuarias con antecedentes de una cesárea previa.	A	13
Las mujeres sometidas a manejo farmacológico deben tener acceso expedito o posibilidad de referimiento oportuno al manejo quirúrgico de emergencia.	C	12
Los/as proveedores de servicios de atención de salud que ofrecen manejo farmacológico del aborto deben estar entrenados/as en el manejo quirúrgico o en capacidad de realizar un referimiento oportuno a otro/a proveedor/a que pueda manejarlo.	C	12
No existen evidencias suficientes sobre la necesidad de antibioterapia profiláctica para el manejo farmacológico del aborto del primer trimestre.	C	9, 12
La inmunoglobulina antiRhD debe ser administrada en las usuarias Rh negativas.	C	12
Son recomendables, tanto la dilatación y la evacuación (DyE), como los métodos médicos para el aborto cuando la edad gestacional supera el período de 12 a 14 semanas. Los centros médicos deben ofrecer al menos uno de estos métodos (preferentemente ambos), según la experiencia del profesional y la disponibilidad de capacitación.	A	9

SOBRE EL MANEJO FARMACOLÓGICO DEL ABORTO

Recomendaciones	NE	RB
Antes de un aborto quirúrgico, se recomienda preparar el cuello uterino en el caso de todas las mujeres con un embarazo de 12 a 14 semanas de gestación. Su empleo puede considerarse en las pacientes con un embarazo en cualquier edad gestacional.	A	9, 13
Todas las mujeres a las que se les practicará la dilatación y la evacuación (DyE) con un embarazo de más de 14 semanas de gestación, deben ser sometidas a la preparación del cuello uterino antes del procedimiento.	A	9, 13
Los métodos recomendados para la preparación del cuello uterino antes de la dilatación y evacuación (DyE), después de las 14 semanas de gestación, son los dilatadores osmóticos o el misoprostol.	A	9
Todas las mujeres que se sometan a un aborto quirúrgico, independientemente del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, deben recibir profilaxis con antibióticos antes de la cirugía o durante ésta.	A	9, 13
Excepto por la esterilización por histeroscopia, el diafragma y la copa cervical, todos los métodos anticonceptivos pueden ser utilizados después del manejo quirúrgico del aborto e iniciados el mismo día del procedimiento.	A	13

NE: Nivel de Evidencia

RB: Referencia Bibliográfica

SOBRE LA ANTICONCEPCIÓN POSABORTO		
Recomendaciones	NE	RB
Las mujeres pueden comenzar a utilizar la anticoncepción hormonal en el momento del aborto quirúrgico o tan pronto como se le administre el primer comprimido de un régimen para un aborto médico. Después del aborto médico, puede insertarse un dispositivo intrauterino (DIU) cuando se haya establecido razonablemente que se ha completado el manejo del aborto.	A	9

NE: Nivel de Evidencia

RB: Referencia Bibliográfica

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE
DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL
DESPRENDIMIENTO PREMATURO
DE PLACENTA**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

INTRODUCCIÓN

El desprendimiento prematuro de placenta normo inserta corresponde al 30 % de las hemorragias de la segunda mitad de la gestación, esta complicación está asociada a una mortalidad materna del 1 %.

El desprendimiento ha sido relacionado a un incremento en la incidencia de coagulación intravascular diseminada, falla renal, necesidad de transfusiones e histerectomía. El desprendimiento prematuro puede presentarse con sangrado entre las membranas y la decidua a través del cérvix o permanecer confinado al útero con sangrado por detrás de la placenta.

1. OBJETIVO

Estandarizar la atención de las embarazadas que cursen con un cuadro de desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta estableciendo los lineamientos necesarios para reducir las variaciones en las prácticas de los profesionales involucrados y asumiendo practicas obstétricas basadas en las mejores evidencias.

2. EVIDENCIAS

- a. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones

del embarazo, parto o puerperio. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, Colombia: Abril de 2013.

- b. Guía de Práctica Clínica Detección y tratamiento Inicial de la Emergencias Obstétricas. México: Secretaría de Salud, elaboración 2010, actualización 2011.
- c. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia Obstétrica de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato. México: Secretaría de Salud, 2009.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos y médicas generales, especialistas en ginecología y obstetricia, medicina familiar, medicina interna, emergenciológica; personal de enfermería y paramédico.

4. POBLACION DIANA

Mujeres embarazadas que cursan con cuadro de desprendimiento prematuro parcial o total de la placenta.

5. DEFINICIÓN

Es el desprendimiento o la separación total o parcial del sitio de implantación de una placenta normo inserta antes del nacimiento del feto y después de la semana número 22 de la gestación.

6. FACTORES DE RIESGO

- Un mayor riesgo de desprendimiento de la placenta se ha demostrado en pacientes menores de 20 años y mayores de 35 años.
- Otros factores: traumas, hipertensión del embarazo, infección intrauterina, rotura prematura de membranas, restricción de crecimiento fetal, amenaza de parto pre término, anemia, tabaquismo, multiparidad, embarazo múltiple, alcoholismo, poli hidramnios, abrupcio de placenta mutaciones genéticas del factor V Leiden y mioma uterino.

7. DIAGNÓSTICO

7.1 Diagnóstico clínico

- a. Presencia de sangrado vaginal acompañado de dolor abdominal.
- b. Contracciones uterinas, sensibilidad uterina y aumento del tono.
- c. Dificultad para identificar la frecuencia cardiaca fetal.
- d. Signos y síntomas de descompensación cardiovascular.

Nota: *el desprendimiento puede presentarse sin manifiesta hemorragia transvaginal.*

7.2 Diagnóstico por imagen

- a. Ecografía que muestra hematoma retro placentario.

Nota: *La resonancia magnética constituye un método de imagen muy confiable en ambiente en el que se dispone de este recurso.*

7.3 Pruebas de laboratorio

- a. Hemograma completo.
- b. Tiempo de protrombina.
- c. Tiempo parcial de tromboplastina.
- d. Fibrinógeno y productos de degradación del fibrinógeno.
- e. Perfil hepático.
- f. Pruebas de aglutinación de los d-dímeros.
- g. Endoglina soluble, la cual se ha usado como marcador temprano.
- h. Hemoclasificación.

7.4 Criterios de patología para el diagnóstico de desprendimiento

- a. Hematoma
- b. Depósitos de fibrina
- c. Infarto vellositario e histiocitos con hemosiderin-laden, en los casos con hematomas mayores.

7.5 Criterios de coagulopatía de consumo

- a. Recuento plaquetario menor a 100,000.
- b. Tiempo de protrombina y parcial de tromboplastina prolongados.
- c. Fibrinógeno menor a 100mg/dL.

8. MANEJO CLINICO

El manejo de la hemorragia obstétrica por abrupcio de placenta debe realizarse en centro especializado con capacidad instalada para manejo activo de la coagulopatía y soporte vital avanzado.

Nota: considerar protocolo de transfusión masiva.

8.1 Medidas generales

- a. Ingresar sin demoras
- b. Canalizar con catéteres Nos. 14 y 16 (dos vías permeables). Iniciar infusión con cristaloides, de preferencia con solución salina, a razón de 45 gotas/minuto o a un mayor ritmo de goteo, según la condición clínica.
- c. Dar monitoreo permanente de signos vitales.
- d. Indicar reposo absoluto.
- e. Cruzar y reservar como mínimo dos (2) unidades de concentrado de hematíes o sangre total.
- f. Preparar a la paciente para cesárea de emergencia con exámenes auxiliares completos y culminar la gestación.

8.2 Manejo obstétrico

- Si el feto está vivo, proceder con la realización de la cesárea inmediatamente.
- Si hay óbito fetal y la paciente se encuentra hemodinámicamente estable y con un trabajo de parto con dilatación igual o mayor a 8 cm, se procederá con la realización del parto por vía vaginal, atendiendo de cerca los signos de descompensación hemodinámica. Asegurar la disponibilidad de sangre y oxitócicos.
- Si en el transcurso de su evolución se presentara algún signo de descompensación hemodinámica o el expulsivo no se diera dentro de las dos horas, se procederá con la cesárea de emergencia.
- Si hay óbito fetal y la madre se encuentra hemodinámicamente inestable, se procederá con la cesárea.

- Luego del alumbramiento, será manejada la hemorragia posparto por posible atonía uterina.
- Toda paciente que, luego de culminada la gestación, presente inestabilidad hemodinámica o trastornos marcados de los exámenes hematológicos, será referida a un centro de mayor complejidad.
- Toda paciente con inestabilidad hemodinámica, útero infiltrado en más del 50% y atonía uterina, será sometida a una histerectomía, independientemente de la edad y de la paridad.

8.3 Paquetes globulares de hemoderivados

8.3.1 Transfusión sanguínea

- En los casos en que las pruebas cruzadas no estén disponibles, se recomienda iniciar con sangre tipo “O negativo” o sangre específica sin pruebas cruzadas hasta que la sangre específica con pruebas cruzadas esté disponible.
- Se recomienda, en caso de choque hemorrágico grave, abruptio de placenta con feto muerto o coagulopatía intravascular diseminada (CID) clínicamente evidente, seguir el Código Rojo.
- En aquellos sitios que tengan disponibilidad, se recomienda reponer glóbulos rojos, plasma fresco congelado y plaquetas en una relación 1:1:1. Debe ser administrado a la paciente un concentrado de plaquetas, si el conteo es menor de 50,000; así como un crioprecipitado, si el fibrinógeno es menor de 1 g/L.

9. CRITERIOS DE EGRESO

Las pacientes serán dadas de alta hospitalaria de acuerdo a su evolución, lo cual dependerá del grado de DPP previo. Además de cumplir, como mínimo, con las siguientes condiciones:

- a. Hospitalización no menor a 48 horas.
- b. Estabilidad hemodinámica con niveles de hemoglobina superior a 8 gr.
- c. Ausencia de complicaciones hematológicas (tiempos de sangría, coagulación y plaquetas) en límites normal.
- d. Función renal, hepática y respiratoria en límites normal.

10. CRITERIOS PARA REFERIMIENTO

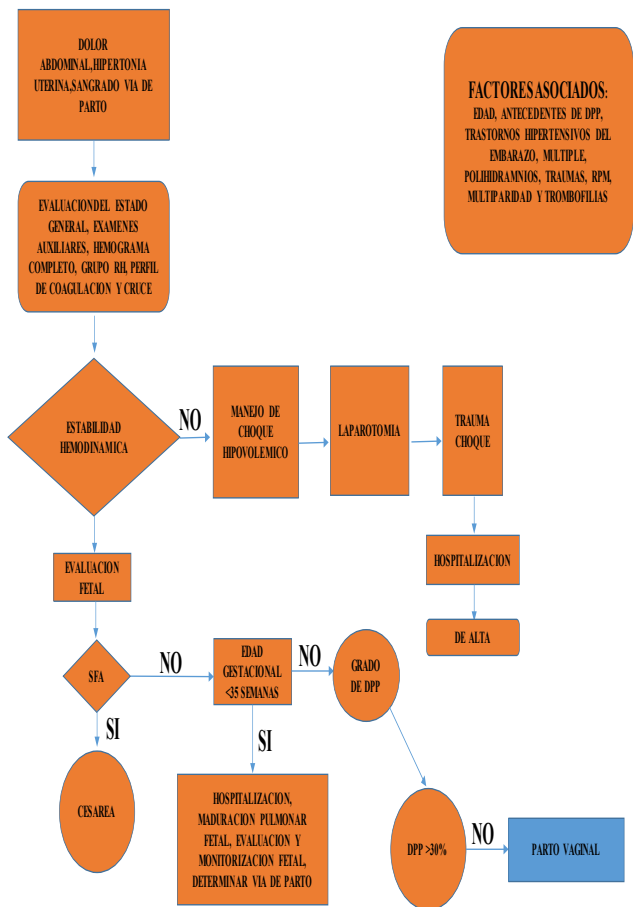
- Pacientes o puérperas con coagulopatía de consumo o CID después del parto.
- Pacientes que requerirán más de dos unidades de sangre o manejo en UCI.

11. INFORMACIÓN A LA USUARIA Y FAMILIARES

Las mujeres y sus familiares o acompañantes deben recibir información apropiada, con explicaciones sobre:

- a. Condición clínica de la madre y pronóstico fetal.
- b. Naturaleza de los procedimientos y terapias.
- c. Necesidad de cuidados intensivos.
- d. Necesidad de transfusión sanguínea.
- e. Medidas para recuperación y seguimiento.

12. ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO Y EL MANEJO DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA



13. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Mortalidad materna. Nota descriptiva N°348, mayo de 2014.
2. Código Rojo para el Manejo de la Hemorragia Obstétrica. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Programa Nacional de Salud Reproductiva. Primera Edición, 2013.
3. Royal College Obstetric and Gynecologist. Antepartum Haemorrhage. 1st ed. Green-top Guideline No. 63. November 2011.
4. Fescina R, De Mucio B, Ortiz EI, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. OPS/CLAP/SMR. Publicación científica 1594, Montevideo, 2012. p33-37.
5. Shad H Deering, MD. Abruptio Placentae. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/25281overview# 4/5/2015>.
6. Sindy H. Wei & Mohammad Helmy & Allen J. Cohen. CT evaluation of placental abruption in pregnant trauma patients. *Emerg Radiol* (2009) 16:365–373.
7. Hasegawa J , Nakamura M, Hamada S, Ichizuka K, Matsuoka R, Sekizawa A, Okai T. Capable of identifying risk factors for placental abruption. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2014.Jan; 27(1):526. Visitado Pubmed 17 mayo 2015.

8. Yang Q , Wen SW, Phillips K, Oppenheimer L, Black D, Walker MC. Comparison of maternal risk factors between placental abruption and placenta previa. *Am J Perinatol.* 2009 Apr; 26(4):27986. Pubmed revisado 20/5/2015.
9. Aliyu MH , Lynch O, Nana PN, Alio AP, Wilson RE, Marty PJ, Zoorob R, Salihu HM. Alcohol consumption during pregnancy and risk of placental abruption and placenta previa. *Matern Child Health J.* 2011 Jul; 15(5):6706. Visitado Pubmed 17 mayo 2015.
10. Bajo Arena JM, Melchor Marcos JC. *Fundamentos de Obstetricia.* SEGO. Grafica Marte, SL. Madrid, España 2007. P.492.
11. Diagnosis of Placental Abruption: Relationship between Clinical and Histopathological Findings. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* Author manuscript; available in PMC 2011 Feb 1.
12. CT evaluation of placental abruption in pregnant trauma patients. *Emerg Radiol.* 2009 Sep; 16(5): 365–373. Published online 2009 Mar 11.
13. MR imaging in the evaluation of placental abruption: correlation with sonographic findings. *Radiology.* 2011 Apr; 259(1):222–30. Do: 10.1148/radiol.10101547. Epub 2011 Feb 17.

14. CIRCULATING SOLUBLE ENDOGLIN AND PLACENTAL ABRUPTION: *Prenat Diagn.* 2008 September; 28(9): 852–858. doi:10.1002/pd.2065.
15. Guía de práctica clínica de obstetricia. Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital “San José” del Callao. 2013. P 41-46.

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE
LA HIPERTENSIÓN DEL EMBARAZO**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN DEL EMBARAZO

INTRODUCCION

Los trastornos hipertensivos del embarazo son una causa importante de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte entre las madres, los fetos y los recién nacidos. En África y Asia, casi una décima parte de las defunciones maternas están relacionadas con estos trastornos, mientras que en América Latina, una cuarta parte de las defunciones maternas se relacionan con esas complicaciones. Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, la pre eclampsia y la eclampsia sobresalen como las causas principales de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales. La mayoría de las muertes causadas por la pre eclampsia y la eclampsia se pueden evitar prestando atención oportuna y eficaz a las mujeres que tienen estas complicaciones.

En la República Dominicana entre las principales causas de muertes reportadas durante el 2009-2013 se destaca la hipertensión gestacional con un 23.4%.

1. OBJETIVO

Estandarizar los lineamientos para la prevención y atención integral a la mujer que presenta cuadro de hipertensión asociada al embarazo incorporando las prácticas basadas en la mejor evidencia disponible, por parte del equipo responsable de la atención.

2. EVIDENCIAS

Guías de Práctica Clínica para la Prevención, Detección Temprana y Tratamiento de las Complicaciones del Embarazo, Parto o Puerperio, 2013. Guías 11-15. Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud (CINETES), Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. ISBN: 978-958-57937-4-3 Bogotá. Colombia, Abril de 2013.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos y médicas generales, especialistas en medicina familiar, medicina interna, obstetricia y ginecología, emergenciológica; bioanalistas y personal de enfermería y paramédico.

4. POBLACION DIANA.

Mujeres embarazadas con presencia de hipertensión arterial durante el período de gestación.

5. DEFINICIÓN

- 5.1 Pre eclampsia. Patología exclusiva del embarazo que se presenta a partir de las 20 semanas de embarazo, con presencia de hipertensión arterial y la participación de uno o más órganos, sistemas o el feto. La proteinuria también es común, pero no debe considerarse obligatoria para establecer el diagnóstico.
- 5.2 Hipertensión gestacional. Presencia de hipertensión arterial igual o mayor de 140 mmhg sistólica y 90 mmhg. diastólica por primera vez durante el embarazo, luego de las 20 semanas de gestación, durante el parto o el puerperio inmediato, sin proteinuria y desaparece 12 semanas después del parto.

- 5.3 Hipertensión arterial crónica. Hipertensión preexistente manifiesta durante el período pre gestacional o antes de las 20 semanas y que persiste 12 semanas después del parto.
- 5.4 Pre eclampsia superpuesta a hipertensión crónica. Es el cuadro de hipertensión preexistente con características sistémicas de pre eclampsia que se presenta después de 20 semanas de gestación.
- 5.5 Síndrome HELLP. Es una variante del pre eclampsia severa y la eclampsia caracterizada por hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia.

6. DIAGNOSTICO CLINICO

6.1. Pre eclampsia no severa

Cifras tensionales iguales o mayores a 140/90 mmhg y menor de 160/110 mmhg, en embarazo superior a 20 semanas confirmada por dos o más registros con intervalos de 4 horas, en ausencia de síntomas.

6.2 Pre eclampsia severa

Cifras tensionales iguales o mayores a 160/100 mm Hg, proteinuria igual o mayor de 2.0 gramos por litro en orina de 24 horas o más de 2++ con tirilla colorimétrica.

6.3 Criterios de mayor certeza de pre eclampsia

- a. Oliguria: menos de 500 ml de orina en 24 horas
- b. Cefalea
- c. Epigastralgia

- d. Tinnitus
- e. Fosfenos
- f. Plaquetas: menor de 100 mil
- g. Creatinina: mayor de 1.2 mg/dl (a menos que no se sepa que estaba elevada antes)
- h. Aumento de las transaminasas séricas: AST o ALT.

6.4 Pruebas de laboratorio

- a. Proteinuria significativa: se confirma si el valor de la relación proteinuria – Creatinuria en muestra aislada es mayor de 30 mg/mmol.
- b. Proteinuria de 1 cruz con tirilla colorimétrica.
- c. Proteína en orina recolectada en 24 horas es mayor a 300 mg.
- d. En casos severos, plaquetas < 100,000 /mm³.
- e. Urea > 20 mg/dl - Creatinina sérica > a 110 mmol/L
- LDH > 200 U/L
- f. AST > 31 U/L - ALT > 34 U/L.

7. FACTORES DE RIESGOS

7.1 Riesgo moderado

- Primer embarazo
- Adolescentes
- Edad mayor o igual a 40 años
- Intervalo intergenesico mayor a 10 años
- IMC (índice de masa corporal) mayor o igual a 35 kg/m² en la primera consulta
- Embarazo múltiple
- Antecedente familiar de pre eclampsia

7.2 Riesgo alto

- Trastorno hipertensivo en embarazo anterior
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico o síndrome anti fosfolípidos
- Diabetes tipo 1 y 2
- Hipertensión crónica
- Trombofilias (congénitas y adquiridas)

8. TRATAMIENTO

8.1 Intervenciones para reducción de incidencia de pre eclampsia

- a. Administración oral de 75 a 100 mg de aspirina todos los días a partir de la semana 12 de gestación y hasta el día del parto a las mujeres con alto riesgo de pre eclampsia.
- b. Administración oral de calcio en dosis de 1.200 mg por día a todas las mujeres embarazadas a partir de la semana 14 de gestación.
- c. Profilaxis y prevención de enfermedad infecciosa dental, gingivitis y lesión de cavidad oral durante el periodo prenatal.

8.2. Tratamiento de la pre eclampsia no severa

8.2.1 En embarazo menor de 37 semanas

- a. Si la condición materna y fetal es estable, los exámenes de laboratorio se encuentran en límites normales, continuar el embarazo de manera ambulatoria.
- b. Controles médicos cada semana.
- c. Pruebas de bienestar fetal cada semana.

- d. Inducir la madurez fetal (entre 24 a 34 semanas).
- e. Ingresar a las 37 semanas para resolución del embarazo.

8.2.2 Criterios para finalización del embarazo

- Aumento de los valores de las cifras tensionales.
- Aumento en los valores de la proteinuria.
- Elevación de los parámetros de pruebas renales, hepáticas, trombocitopenia.
- Restricción del crecimiento fetal intrauterino.
- Oligoamnios severo.
- 37 semanas o más sin labor de parto.

8.2.3 En mujeres con pre eclampsia antes de la semana 34 con cuadro de hipertensión severa refractaria al tratamiento con otras complicaciones maternas o fetales.

- a. Ofrecer el parto, previo al siguiente esquema de Corticosteroides
- b. Ciclo único de corticosteroides para las mujeres embarazadas entre las 24 y 34 semanas de gestación (para la maduración pulmonar del feto):
 - **Betametasona:** 12 mg por vía intramuscular cada 12 horas (2 dosis) o,
 - **Dexametasona:** 6 mg por vía intramuscular Cada 12 horas (4 dosis), como segunda línea.

8.2.4 En mujeres con pre eclampsia no severa antes de la semana 34 con cuadro de hipertensión controlado y feto con patrón de FCF normal o monitoreo electrónico patrón tranquilizador.

- a. Se administra un único ciclo de Corticosteroides

para las mujeres embarazadas entre las 24 y 34 semanas según esquema Betametasona o Dexametasona.

- b. Se dispone manejo según plan de seguimiento y controles obstétricos continuos hasta alcanzar las 37 semanas.

8.2.5 Seguimiento a las mujeres con pre eclampsia no severa después de las 34 semanas

- a. Monitorizar la embarazada al menos dos veces por semana, dando seguimiento a la función renal, deshidrogenasa láctica (LDH), electrolitos, conteo completo de células sanguíneas, transaminasas y bilirrubinas.
- b. Realizar monitoreo fetal electrónico dos veces por semanas o auscultación intermitente con doppler o estetoscopio tres veces al día.
- c. Solicitar doppler de arteria umbilical y circuito vascular fetal en casos de sospechar condición de sufrimiento fetal o RCIU.
- d. Completar esquema de corticosteroides, para maduración pulmonar fetal.
- e. Favorecer el parto en embarazadas con pre eclampsia no severa a las 37 semanas, o antes, de evidenciar complicación materna o fetal.

8.3 Tratamiento en mujeres con pre eclampsia severa después de la semana 34

- a. Controlar la presión arterial administrando antihipertensivos.
- b. Prevenir y controlar las convulsiones administrando sulfato de magnesio.

- c. Monitoreo fetal electrónico o auscultación intermitente con doppler o estetoscopio.
- d. Favorecer el parto cuando la presión arterial y las convulsiones estén controladas.

8.3.1 En mujeres con pre eclampsia grave, un feto viable y de menos de 34 semanas de gestación

- a. Manejar en el nivel especializado de atención integrando al equipo multidisciplinario.
- b. Ofrecer a la embarazada acompañamiento y apoyo continuo.
- c. Realizar monitoreo intensivo de la madre y el feto.
- d. Controlar la presión arterial.
- e. Prevenir y controlar las convulsiones administrando sulfato de magnesio.
- f. Dar seguimiento estrecho a resultados de laboratorio.
- g. Desembarazar en caso de descompensación demostrada.

8.3.2 Pautas para tratamiento de embarazadas con pre eclampsia severa

- a. Asegurar que la mujer este acompañada en todo momento.
- b. Alertar al equipo interdisciplinario y ofrecer manejo institucional, de ser posible en UCI.
- c. Canalizar vías e iniciar infusión con cristaloides. Evitar la infusión de volumen sin control de presión venoso central.
- d. Individualizar el volumen y administrar líquidos endovenosos, teniendo en cuenta que la mayoría de las pacientes no requiere más de 100 cc/horas.

Nota: *la administración de grandes volúmenes de líquidos por vía intravenosa antes o después del nacimiento pueden causar pulmonar edema o empeorar de edema periférico.*

- e. Colocar sonda vesical y cuantificar el gasto urinario frente a oliguria u orina coluria.
- f. Administrar oxígeno a razón de 5 litros/minutos frente a antecedentes, presencia de convulsiones o dificultad ventilatoria manifiesta.
- g. Aspirar secreción de vías aéreas, en casos necesarios.
- h. Evitar colocar mordaza que pueda obstruir la ventilación.
- i. Colocar cánula de mayo para mantener vías aéreas permeables.
- j. Evitar ruidos y estimulación con luz intensa.

10. ESQUEMA FARMACOLÓGICO

10.1 Uso de anticonvulsivante:

- a. Administrar sulfato de magnesio intravenoso a dosis de 4-6 gramos en bolo diluido en tiempo no menos de 15 minutos (dosis de inicio) y seguir con dosis de 1 gr. por hora E.V. de preferencia con bomba de infusión continua como dosis de mantenimiento.
- b. En caso de convulsiones recurrentes, estas deben ser tratadas con dosis adicional de 2-4 g en 5 minutos.
- c. Medicación alterna para pacientes que han convulsionado y continúan con convulsiones luego de la administración del Sulfato de magnesio: Difenhidantoina a dosis de 100 mgr. IV cada 8 horas, o Benzodiazepina 10 mgr. IV, o Fenobarbital 120 mg. I.V dosis única. Asegurar debida asistencia ambulatoria.

10.2 Control de la hipertensión arterial

- a. **Manejo general.** Utilizar una de las siguientes drogas:
- Nifedipina 10 mg. y repetir cada 30 minutos si es necesario. Continuar luego con 1 tableta cada 6 horas.
 - Labetalol en bolo E.V. de 20 mg. Si la respuesta es sub óptima seguir con dosis respuesta de 20 mg cada 10-15 minutos, aplicar tres dosis (dosis máxima 300 mg).
 - Hidralazina bolo de 5 mg E.V. hasta 20 mg. Seguir respuesta clínica.
- b. **Manejo de hipertensión crónica.** Utilizar una de las siguientes drogas:
- Labetalol 100 mg dos veces al día.
 - Nifedipina oral a dosis de 10 mg. c/ 8 horas.
 - Alfa metil dopa 500 mg. Cada 8 horas vía oral.

11. VÍA DEL PARTO

- El parto vaginal se debe considerar la vía de elección, a menos que se requiera una cesárea por indicación obstétrica específica.
- Si se ha previsto el parto vaginal y el cuello uterino es desfavorable, se debe iniciar maduración cervical.
- El tratamiento antihipertensivo y anticonvulsivo debe continuarse durante el parto y el nacimiento y mantener por periodo no menor a 24 horas del puerperio.

11.1 Atención de la mujer con pre eclampsia en período pos parto

- a. Monitorizar a todas las mujeres luego del parto, registrando la presión arterial durante 6 horas. Se debe incluir el pulso, la frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno, contractilidad del útero y loquios sanguíneos.
- b. Completar esquema de Sulfato de magnesio por un mínimo de 24 horas pos parto.
- c. Seguir esquema antihipertensivo e interconsultar con el servicio de cardiología.
- d. Mantener estrecha vigilancia a estado neurológico, función respiratoria y gasto urinario.
- e. Seguir datos de laboratorio: hemoglobina, plaquetas, urea, creatinina, AST ALT.
- f. Administrar trombo profilaxis (Heparina de bajo peso molecular posparto). Puede usarse Nadroparina 86 UI/kg por 24 horas. La Warfarina se administra dosis inicial de 5 a 10 mg al día, a menos que esté contraindicada (hemorragia activa, trombofilia).

12. MANEJO BÁSICO DEL SÍNDROME HELLP

- a. Ingresar a UCI.
- b. Canalizar 2 venas, iniciar administración de soluciones cristaloides.
- c. Iniciar esquema de sulfato de magnesio.
- d. Controlar la presión arterial si la TAD es igual o mayor de 110 mmHg.
- e. Solicitar pruebas de laboratorio e imágenes:

- hemograma completo con plaquetas
 - frotis de sangre periférica
 - perfil de coagulación
 - perfil renal
 - proteínas en orina
 - perfil hepático
 - LDH
 - fosfatasa
 - alcalina
 - amilasa
 - glicemia
 - electrolitos (sodio, potasio, cloro y calcio)
 - Dímero D
 - gases arteriales
 - radiografía de tórax
 - ultrasonografía hepática
- f. Solicitar preparación de hemoderivados y transfundida según condición de cada paciente.
- g. Transfundir plaquetas si están igual o menor de 50 mil/mm³.
- h. Valorar el estado fetal:
- confirmar edad gestacional;
 - verificar presentación fetal;
 - Doppler y perfil biofísico, si la condición lo permite;
 - flujometría;
 - monitoreo fetal electrónico.
- i. Programar parto en el corto plazo. Realizar cesárea sólo por indicación obstétrica.
- j. En el postparto, continuar manejo en UCI.
- k. Si se administraba esteroide continuar administrándolo por 48 a 72 horas.

1. Administrar antibióticos, monitorear plaquetas (empiezan a aumentar al tercer día del parto, alcanzan valores superiores a 100 mil x ml³. Transaminasas, continúan en aumento 24 a 48 horas post parto, luego se normalizan.).

13. CRITERIOS DE EGRESO HOSPITALARIO DE LA MUJER PUERPERA CON PREECLAMPSIA

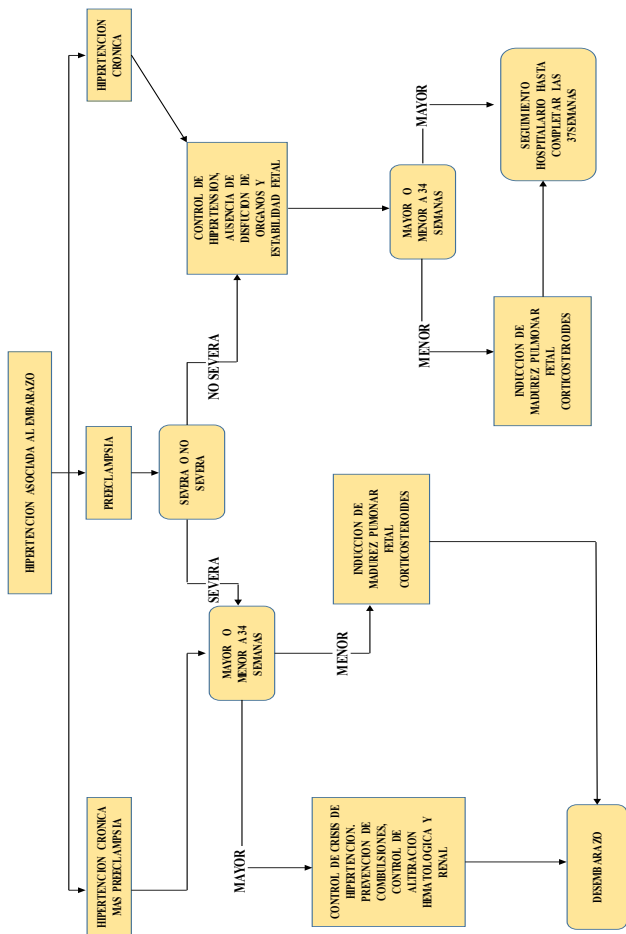
- En caso de pre eclampsia severa: otorgar alta si la condición clínica está controlada en un periodo no menor a 72 horas (3 días).
- En caso de eclampsia: otorgar alta si la condición clínica está en los límites normales, en un periodo no menor a 96 horas (4 días).
- Escenario para referencia y redes de servicios: las mujeres que en los centros de nivel básico de atención presenten un patrón de alto riesgo serán referidas de inmediato a centros de atención especializada.

14. INFORMACION A LA MUJER, FAMILIARES Y ACOMPAÑANTES

La mujer, la familia y acompañantes deben recibir información detallada de su condición que incluya:

- a. Localización de centros de referencia para atención especializada.
- b. Importancia de adherencia a tratamientos y autocuidados.
- c. Detalles de todos los procedimientos y tratamientos.
- d. Información para recuperación tratamientos ambulatorios.
- e. Consejería en anticoncepción.

15. ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION DEL EMBARAZO



16. BIBLIOGRAFÍA

1. Atkinson MW, Maher JE, Owen J, Hauth JC, Goldenberg RL, Copper RL. The predictive value of umbilical artery Doppler studies for preeclampsia or fetal growth retardation in a preeclampsia prevention trial. *Obstet Gynecol.* 1994; 83 (4):609-12. Epub 1994/04/01.1.
2. Antartani R, Ashok K. Effect of lycopene in prevention of preeclampsia in high risk pregnant women. *Journal of the Turkish German Gynecology Association.* 2011; 12(1):35-8.428. Banerjee S, Jeyaseelan S, Guleria R. Trial of lycopene to prevent pre-eclampsia in healthy primigravidas: results show some adverse effects. *J Obstet Gynecol Res.* 2009; 35(3):477-82. Epub 2009/06/17.
3. Basaran A, Basaran M, Topatan B. Combined vitamin C and E supplementation for the prevention of preeclampsia: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol Surv.* 2010; 65(10):653-67. Epub 2010/12/25.
4. Bujold E, Morency AM, Roberge S, Lacasse Y, Forest JC, Giguere Y. Acetylsalicylic acid for the prevention of preeclampsia and intra-uterine growth restriction in women with abnormal uterine artery Doppler: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009; 31(9):818-26. Epub 2009/11/28.

5. Bujold E, Roberge S, Lacasse Y, Bureau M, Audibert F, Marcoux S, et al. Prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction with aspirin started in early pregnancy: a metaanalysis. *Obstet Gynecol.* 2009; 116(2 Pt 1):402-14. Epub 2010/07/29.
6. Catov JM, Nohr EA, Bodnar LM, Knudson VK, Olsen SF, Olsen J. Association of periconceptional multivitamin use with reduced risk of preeclampsia among normal-weight women in the Danish National Birth Cohort. *Am J Epidemiol.* 2009; 169(11):1304-11. Epub 2009/04/18
7. Cifuentes, *Obstetricia basada en evidencias*, pág. 449, 2014.
8. C. Diuretics for preventing pre-eclampsia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, (1):CD004451.
9. Conde-Agudelo A, Villar J, Lindheimer M. Maternal infection and risk of preeclampsia: systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 198(1):7-22. Epub 2008/01/02. 414. Siqueira FM, Cota LO, Costa JE, Haddad JP, Lana AM, Costa FO. Maternal periodontitis as a potential risk variable for preeclampsia: a case-control study. *J Periodontol.* 2008; 79(2):207-15. Epub 2008/02/07.
10. Conde-Agudelo A, Althabe F, Belizan JM, Kafury-Goeta AC. Cigarette smoking during pregnancy and risk of preeclampsia: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 181(4):1026- 35. Epub 1999/10/16.

11. Conde-Agudelo A, Romero R, Kusanovic JP, Hassan SS. Supplementation with vitamins C and E during pregnancy for the prevention of preeclampsia and other adverse maternal and perinatal outcomes: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 204(6):503 e1-12. Epub 2011/05/03.
12. Duley L, Gulmezoglu AM, Henderson- Smart DJ, Chou D. Magnesium sulfate and other anticonvulsants for women with preeclampsia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (11):CD000025.
13. Duley L, Henderson-Smart DJ, Meher S, King JF. Antiplatelet agents for preventing preeclampsia and its complications. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(2):CD004659. Epub 2007/04/20.
14. Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Seminars in Perinatology*, 2009, Jun; 33(3):130–137.
15. Fescina R. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas, pag. 17, 2012
16. Haugen M, Brantsaeter AL, Trogstad L, Alexander J, Roth C, Magnus P, et al. Vitamin D supplementation and reduced risk of preeclampsia in nulliparous women. *Epidemiology.* 2009; 20(5):720-6. Epub 2009/05/20.

17. HUCA, Resumen del protocolo de trombopprofilaxis, Hospital de Asturias, edic.1, 2011
18. Churchill D, Duley L. Interventionist versus expectant care for severe pre-eclampsia before term. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002, (3):CD003106.
19. Introducing WHO's sexual and reproductive health guidelines and tools into national programmes: principles and process of adaptation and implementation. Geneva, World Health Organization, 2007. (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_07_09/en/index.html, accessed 16 August 2011).
20. Jabeen M, Yakoob MY, Imdad A, Bhutta ZA. Impact of interventions to prevent and manage pre-eclampsia and eclampsia on stillbirths. BMC Public Health. 2011; 11 Suppl 3:S6. Epub 2011/04/29.
21. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet, 2006 Apr 1; 367(9516):1066–1074. CampbellOM, Graham WJ; Lancet Kuc S, Wortelboer EJ, van Rijn BB, Franx A, Visser GH, Schielen PC. Evaluation of 7 serum biomarkers and uterine artery Doppler ultrasound for first-trimester prediction of preeclampsia: a systematic review. Obstet Gynecol Surv. 2011; 66(4):225–39. Epub 2011/07/16.

22. Levine RJ, Lam C, Qian C, Yu KF, Maynard SE, Sachs BP, et al. Soluble endoglin and other circulating antiangiogenic factors in preeclampsia. *N Engl J Med.* 2006; 355 (10): 992-1005. Epub 2006/09/08.
23. Levine RJ, Thadhani R, Qian C, Lam C, Lim KH, Yu KF, et al. Urinary placental growth factor and risk of preeclampsia. *JAMA.* 2005; 293(1):77-85. Epub 2005/01/06.
24. Magee LA, Yong PJ, Espinosa V, Cote AM, Chen I, von Dadelszen P. Expectant management of severe pre-eclampsia remote from term: a structured systematic review. *Hypertension in Pregnancy*, 2009, (3):312–347.
25. Magee L, Sadeghi S, von Dadelszen P. Prevention and treatment of postpartum hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (1):CD004351. The WHO Reproductive Health Library. Geneva, World Health Organization (www.who.int/rhl, accessed 16 August 2011).
26. Manzur-Verastegui S, Mandeville PB, Gordillo-Moscoso A, Hernandez-Sierra JF, Rodriguez- Martinez M. Efficacy of nitroglycerine infusion versus sublingual nifedipine in severe preeclampsia: a randomized, triple-blind, controlled trial. *Clin Exp Pharmacol Physiol.* 2008; 35(5- 6):580-5. Epub 2007/12/12.

27. Mello G, Parretti E, Fatini C, Riviello C, Gensini F, Marchionni M, et al. Low-molecularweight heparin lowers the recurrence rate of preeclampsia and restores the physiological vascular changes in angiotensin-converting enzyme DD women. *Hypertension*. 2005; 45 (1):86-91. Epub 2004/11/24.
28. Menzies J, Magee LA, Macnab YC, Ansermino JM, Li J, Douglas MJ, et al. Current CHS and NHBPEP criteria for severe preeclampsia do not uniformly predict adverse maternal or perinatal outcomes. *Hypertens Pregnancy*. 2007; 26 (4):447-62. Epub 2007/12/11.
29. Nisell H, Palm K, Wolff K. Prediction of maternal and fetal complications in preeclampsia. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000; 79(1):19-23. Epub 2000/01/26.
30. Organización Mundial de la Salud (OMS), Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preclamsia y la eclampsia. 2014. ISBN 978 92 4 354833.
31. Protocolos de Atención de las Principales Emergencias Obstétricas. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Altagracia (HUMNSA). República Dominicana, 2014.

32. Koopmans CM, Bijlenga D, Groen H et al. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): a multicentre, open-label randomized controlled trial. *Lancet*. 2009; 374: 979–988.
33. Saikul S, Wiriyasirivaj B, Charoenchinont P. First 4-hour urinary protein - creatinine ratio for diagnosis of significant proteinuria in preeclampsia. *J Med Assoc Thai*. 2006; 89 Suppl 4:S42- Epub 2007/08/30.
34. Sibai BM, Gordon T, Thom E, Caritis SN, Klebanoff M, McNellis D, et al. Risk factors for preeclampsia in healthy nulliparous women: a prospective multicenter study. The National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units. *Am J Obstet Gynecol*. 1995; 172(2 Pt 1):642-8. Epub 1995/02/01.
35. Sibai BM, Koch MA, Freire S, Pinto e Silva JL, Rudge MV, Martins-Costa S, et al. Serum inhibin A and angiogenic factor levels in pregnancies with previous preeclampsia and/or chronic hypertension: are they useful markers for prediction of subsequent preeclampsia? *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 199(3):268 e1-9. Epub 2008/09/06.
36. Stamilio DM SH, Morgan MA, Propert K, Macones GA. Can antenatal clinical and biochemical markers predict the development of severe preeclampsia? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2000; 182(589-94).

37. Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. *Lancet*, 2010, 21; 376(9741):631–44.
38. Thangaratinam S, Koopmans CM, Iyengar S, Zamora J, Ismail KM, Mol BW, et al. Accuracy of liver function tests for predicting adverse maternal and fetal outcomes in women with preeclampsia: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011; 90(6):574-85. Epub 2011/03/02.
39. Thangaratinam S, Gallos ID, Meah N, Usman S, Ismail KM, Khan KS. How accurate are maternal symptoms in predicting impending complications in women with preeclampsia? A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011; 90(6):564-73. Epub 2011/03/02.
40. Wen SW, Chen XK, Rodger M, White RR, Yang Q, Smith GN, et al. Folic acid supplementation in early second trimester and the risk of preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 198(1): 45 e1-7. Epub 2008/01/02.
41. Wheeler TL, 2nd, Blackhurst DW, Dellinger EH, Ramsey PS. Usage of spot urine protein to creatinine ratios in the evaluation of preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. 2007; 196 (5):465 e1-4. Epub 2007/05/01.

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN
DURANTE EL PARTO NORMAL**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DURANTE EL PARTO NORMAL

INTRODUCCIÓN

El parto normal es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término. Su inicio es espontáneo y culmina con el alumbramiento del recién nacido. No necesita de más intervención que el apoyo integral y respetuoso del equipo de profesionales de la salud.

En República Dominicana se están produciendo cambios conceptuales, tanto en la atención obstétrica en general como en la asistencia al proceso del parto en particular. Este cambio tiene por eje fundamental la disminución significativa de la morbilidad materna y perinatal, con el propósito de garantizar los derechos en salud de las mujeres y de sus hijos, con la gestante como centro de la asistencia recibida.

La atención institucional del parto es una medida de primer orden, considerando que, en el país, más del 98 % de éstos son realizados en establecimientos sanitarios, según la Encuesta Demográfica y Salud (ENDESA) 2013. En este sentido, se hace necesario establecer parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, los procedimientos y las intervenciones que conforman el proceso de atención.

1. **OBJETIVO**

Proporcionar al personal de salud los lineamientos básicos de la atención integral a mujeres durante el proceso de parto normal, haciendo énfasis en intervenciones de un ambiente seguro y respetuoso de sus derechos humanos, sexuales y reproductivos para disminuir la morbilidad y mortalidad materna.

2. **EVIDENCIAS**

Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.

3. **USUARIOS DEL PROTOCOLO**

Médicos y médicas generales; especialistas en Obstetricia, Medicina Familiar y Emergenciología; bioanalistas y personal de Enfermería y Consejería.

4. **POBLACIÓN DIANA**

Mujeres embarazadas en labor de parto.

5. **DEFINICIÓN**

El parto normal es el proceso mediante el cual se produce la salida del feto y los anexos desde la cavidad uterina al exterior, a través del canal vaginal, desde las 21 semanas de gestación contadas desde el primer día de la última menstruación o con un feto que presenta un peso de 500 gramos o más.

6. **DIAGNÓSTICO**

a. **Anamnesis**

Evalúe el aspecto general de la paciente y registre los datos observados.

b. **Examen físico:**

Con la paciente acostada en decúbito lateral y luego sentada:

1. Tome y registre: TA, FC, pulso y FR.
2. Ausculte los pulmones e identifique si tienen ruidos patológicos agregados.
3. Ausculte el corazón e identifique si presenta ruidos cardiacos anormales o soplos, características y tipo.

c. **Examen obstétrico: palpación abdominal**

Establezca el diagnóstico de inicio de la labor de parto, a partir de las acciones siguientes:

- Mida la altura uterina con una cinta métrica normal o con la recomendada por el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR), si dispone de ella.
- Palpe el abdomen y determine:
 - Número de fetos.
 - Qué parte del feto ocupa el fondo uterino (maniobras de Leopold).
 - Dorso del feto.
 - Presentación fetal.
 - Situación fetal.
 - Posición fetal.
 - Identifique la altura de la presentación por vía suprapúbica.

- Establezca la duración, la frecuencia y la intensidad de las contracciones uterinas, por tiempo no menor de 10 minutos.

d. Ausculte la frecuencia cardiaca fetal

- Identifique la frecuencia cardiaca fetal (FCF) basal por auscultación, con estetoscopio o Doppler, por un tiempo no menor de un minuto.
- Asegúrese de auscultar antes, durante y después de una contracción. La auscultación intermitente puede ser tan eficiente como el monitoreo electrónico en el parto fisiológico.

e. Trabajo de parto

Establezca el inicio del trabajo de parto tomando en consideración los siguientes criterios:

- Presencia de contracciones uterinas periódicas y regulares, percibidas por la madre o por un observador, por lo menos durante dos horas
- La frecuencia de las contracciones uterinas es de dos o más en 10 minutos.
- El borramiento cervical es de 60 % o más y la dilatación cervical es de 3 cm o más en las nulíparas o se encuentra en progreso en las múltiparas.
- Ingrese a la paciente al área de parto si presenta uno o más de los criterios señalados anteriormente.

f. Clasifique en qué periodo del parto se encuentra la paciente:

- **Primer periodo:** dilatación. Comprende desde el inicio de las contracciones hasta completar la dilatación del cérvix

- **Segundo periodo:** expulsivo. Comprende desde la dilatación cervical completa hasta la expulsión del feto.
- **Tercer periodo: alumbramiento.** Comprende desde la expulsión del feto hasta la salida de la placenta.

g. Exámenes de laboratorio:

- Hemograma.
- Examen de orina.
- Tipificación y RH (si no los trae).
- Si no trae con ella los análisis del control prenatal, repetirle HIV, VDRL, HbsAg y HCV.
- Sonografía obstétrica (en caso necesario).

7. CRITERIOS DE INGRESO:

Se establece arbitrariamente que, el trabajo de parto se ha iniciado cuando:

- Hay contracciones uterinas periódicas y regulares, percibidas por la madre o por un observador, por lo menos durante dos horas.
- Las contracciones tienen una frecuencia de 2 o más cada 10 minutos.
- El cuello uterino está al menos parcialmente borrado.
- La dilatación es mayor a 2 cm en las nulíparas o se encuentra en progreso en las múltiparas
- A los fines del ingreso solicite el expediente con la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB), si ha realizado su control prenatal en el centro de salud.
- Si no se ha chequeado en el centro elabore la HCPB tomando el Carnet Perinatal que tiene la embarazada
- Incluya en el expediente la hoja de partograma

8. TRABAJO DE PARTO

Durante la labor de parto:

- Provea un trato humanizado. Llame a la señora por su nombre, mírela a los ojos e informe sobre su estado de salud
- Brinde apoyo emocional.
- Motive la higiene personal.
- Promueva el acompañamiento de la persona que elija la parturienta.
- Promueva la libre posición y la hidratación vía oral.
- Identifique y describa el estado físico general de la paciente.
- Tome y registre la presión arterial cada una hora.
- Tome y registre el pulso materno cada una hora.
- Ausculte los pulmones y la frecuencia cardiaca cada una hora.
- Registre la temperatura corporal cada cuatro horas.
- Verifique presencia o ausencia de edema y várices.
- Ofrezca información sobre el proceso, tanto a la mujer como a sus acompañantes.
- Evite el uso rutinario de analgésicos, sedantes y anestésicos.

8.1 Examen vaginal

Explique en detalle el procedimiento a la mujer y realice el examen vaginal con guantes estériles y las medidas de asepsia necesarias. Describa:

- Temperatura de la vagina.
- Posición y consistencia del cuello uterino, dilatación y borramiento.
- Condición de las membranas ovulares.

- Presentación del polo fetal, variedad de posición y altura de la presentación.
- Presencia o no de sangrado genital.
- Condiciones de la pelvis materna.
- Tras la evaluación inicial, determine si procede el ingreso.
- En caso de manejo ambulatorio, asegure que la mujer y sus acompañantes han recibido y entendido las informaciones relacionadas a la condición clínica, necesidades, signos y síntomas de alarma en la paciente; así como del plan de reevaluación.

9. ATENCIÓN DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO

- Explique a la mujer y a sus acompañantes la condición obstétrica y perinatal en que ésta se encuentra, así como la necesidad de ingreso; e informe sobre el lugar en dónde será ingresada.
- Facilite el consentimiento informado y asegúrese de que la mujer y sus acompañantes lo conozcan y lo firmen.
- Durante la atención a la labor de parto, la embarazada debe recibir un trato humanizado. Otorgue facilidades para que la parturienta esté acompañada por la persona que ella seleccione: Llame a la señora por su nombre, mírela a los ojos e informe sobre su estado de salud
- Brinde apoyo emocional durante todo el proceso; asegure un ambiente tranquilo y un trato amable.
- Motive la independencia e higiene personal de la mujer durante el proceso.

- Promueva la posición libre: la elegida por la mujer para su comodidad.
- Facilite la hidratación por vía oral y la alimentación suave durante la atención.
- Identifique y registre los siguientes signos y síntomas de alarma durante el periodo de dilatación:
 - Alteración de la dinámica uterina.
 - Cambios importantes en la FCF.
 - Sangrado vaginal anormal.
 - Prolapso del cordón umbilical
 - Líquido amniótico meconial.
 - Distocia de presentación.
 - Prolapso de miembros.
 - Trabajo de parto prolongado por más de 14 horas.
 - Convulsiones.
 - RPM mayor de 12 horas.

9.1 Durante la labor de parto normal no aplique de manera rutinaria lo siguiente:

- Suspensión de la vía oral.
- Uso de oxitocina o misoprostol en presencia de patrón contráctil regular.
- Ruptura de las membranas sin clara indicación. y de rutina con fines de abreviar trabajo de parto
- Rasurado de área genital.
- Enemas periparto.
- Soluciones por vía endovenosa de forma rutinaria.
- Inmovilización en cama.

9.2 Registre en el partograma todos los eventos relacionados con la labor de parto.

Verifique las siguientes variables:

- Frecuencia cardiaca fetal durante un minuto (en periodos fraccionados) antes, durante y después de una contracción uterina, cada 30 minutos.
- Condición cervical, cada tres horas. En presencia de membranas rotas, espaciar la evaluación pélvica.
- Características del líquido amniótico. En presencia de meconio, redoblar la vigilancia de la FCF.
- Descenso de la presentación fetal.
- Características de las contracciones uterinas, patrón en 10 minutos, cada 30 minutos. Graficarlas en el partograma.
- Presión arterial, cada una hora o según la evolución.
- Pulso materno, cada 30 minutos.
- Temperatura, cada cuatro horas.
- Registro de la administración de medicamentos: tipo, dosis, vía, concentración y frecuencia.
- Resultados de uroanálisis.

10. ATENCIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO

- a) Traslade la mujer a la sala de expulsivo o prepare la cama para la atención:
 - Cuando tenga un borramiento cervical del 100%.
 - Dilatación cervical de 10 cm.
 - Presentación a -2 de plano de De Lee (primigestas); y, en multíparas, cuando presenten un borramiento cervical del 100% y una dilatación de 8 a 9 cm. en caso de multípara.
- b) Asegure que el instrumental de atención esté debidamente esterilizado y disponga de campos e insumos básicos (jabón antiséptico, gasas, material para eventual sutura, paños estériles y suaves para recibir al bebé).

- c) Antes de tocar la parturiente, lávese las manos, efectúe una asepsia y una antisepsia rigurosas de los genitales externos y asegure la superficie y el área de asistencia al parto limpio. Estimule la evacuación vesical espontánea y el pujo.
- d) El equipo de atención debe estar integrado por al menos dos proveedores de servicios de salud.
- e) En el periodo expulsivo, atienda a la parturienta garantizándole un trato humanizado (llame a la señora por su nombre, mírela a los ojos e informe sobre su estado de salud), con calidez, calidad e intervenciones de parto limpio.
- f) No realice la episiotomía de forma rutinaria. Si es necesario efectuar el procedimiento, informe a la mujer. La protección del perineo es la principal medida preventiva para evitar desgarros.
- g) Durante el periodo expulsivo, identifique y registre los siguientes signos y síntomas de alarma:
- Cese repentino de las contracciones uterinas.
 - Descenso significativo de la FCF.
 - Periodo expulsivo mayor de una hora.
 - Sangrado vaginal abundante.
- h) Durante la atención del recién nacido, asegure una temperatura corporal adecuada y evite procedimientos innecesarios. Consulte el Protocolo de Atención al Recién Nacido Sano.

11. ATENCIÓN AL ALUMBRAMIENTO O TERCER PERIODO DEL PARTO

Para la atención al alumbramiento placentario:

- a. **Realice el manejo activo del tercer periodo del parto y desarrolle los pasos siguientes:**
 - Asegúrese de que está en presencia de un solo feto.
 - Administre 10 UI. de oxitocina por vía intramuscular (IM) y espere a que el cordón deje de latir.
 - Efectúe una tracción sostenida del cordón umbilical contra una tracción del útero, hasta facilitar la expulsión de la placenta.
 - Un auxiliar debe dar masajes al útero durante un período de tres a cinco minutos.
 - Revise la placenta para asegurarse de que los cotiledones y las membranas ovulares estén completos.
 - Efectúe una revisión visual del canal del parto, el cérvix y el periné en busca de laceraciones o desgarros. No haga una revisión uterina de forma rutinaria en ausencia de sospecha de restos de placenta.
- b. **Repare los desgarros en caso de que los hubiere**
- c. **Identifique y registre los siguientes signos y síntomas de alarma durante el periodo de alumbramiento:**
 - Retención de placenta por más de 30 minutos.
 - Sangrado vaginal abundante.
 - Signos de choque.
- d. **Pinzamiento tardío del cordón umbilical**
 - Espere a que el cordón umbilical deje de latir para pinzar y cortar o espere 2 a 3 minutos antes de cortarlo.

- Tome muestra de sangre del cordón para la realización de los exámenes correspondientes.
 - Disponga del cordón y de la placenta según las normas internas del centro.
 - El uso de tejidos del cordón o de la placenta con fines de investigación o terapia debe contar con la expresa autorización de la madre y de sus acompañantes.
- e. Amamantamiento precoz**
- Coloque al bebé en el seno materno inmediatamente después del nacimiento si tiene un Apgar igual o mayor de 8 al minuto
 - Asegure el contacto inmediato de piel con piel entre el recién nacido y la madre.
 - Verifique las siguientes variables:
 - Útero contraído.
 - Sangrado escaso o nulo.
 - Pulso, presión arterial y respiración normales.
 - Consigne los datos correspondientes a los resultados del parto en la historia clínica perinatal y en el carné perinatal.
 - Enfatique la consejería sobre la planificación familiar posparto.
- f. Seguimiento al posparto**
- Vigile que:
- Útero este contraído
 - Sangrado cada 15 minutos por las 2 primeras horas y luego cada 30 minutos por 2 horas más, en busca de hemorragia y signos de shock hipovolémico.

- Pulso, presión arterial y respiración sean normales.
 - En caso de hipotonía uterina maneje según protocolo de complicaciones del parto
- g. Traslade a la mujer junto a su bebé a sala de puerperio, si las condiciones del recién nacido lo permiten.**

12. CRITERIO DE EGRESO

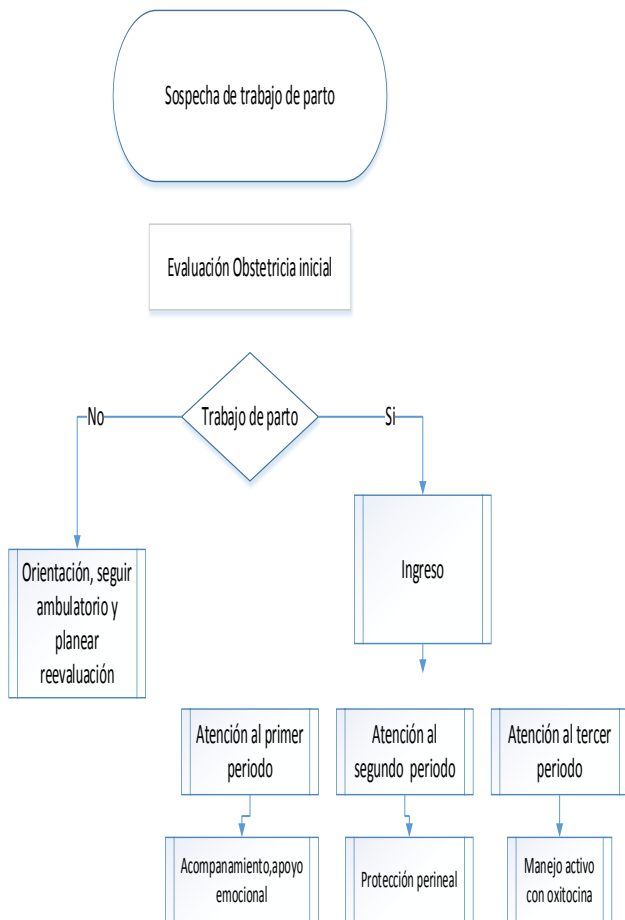
De no presentarse complicaciones en el intra parto ni en el puerperio el alta debe darse a partir de las 12 horas posparto. Seguida de visita domiciliaria durante las primeras 72 horas

13. INFORMACION A LA USUARIA Y FAMILIARES:

Informar a la madre y familiares sobre:

- Importancia de mantener la alimentación del recién nacido solo con leche materna
- Cuidados e higiene del cordón umbilical
- Los signos de alarma de enfermedad del recién nacido y la propia madre.
- Planes de vacuna
- Controles durante el puerperio.
- Enfaticé a la familia la apertura con los integrantes de la UNAP de su territorio y la importancia de cooperar con la visita domiciliaria.

14. ALGORITMO DE SEGUIMIENTO A LA LABOR DE PARTO



15. BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10.
2. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre atención al parto normal. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010 [citado 03/03/2014]. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01. URL: www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Partto_Normal_Osteba_compl.pdf
3. Palacios-González J, Moreno-Rodríguez MC, Oliva-Delgado A, Román-Rodríguez M, Antolín-Suárez L, Estévez-Campos RM, et al. Evaluación y promoción de competencias parentales en el Sistema Sanitario Público Andaluz: embarazo, parto y puerperio [Internet]. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; Universidad de Sevilla; 2014 [citado 21/02/2014]. URL: www.repositoriosalud.es/handle/10668/1465.

4. Alwan N. A., D. C. Greenwood, N. A. Simpson, H. J. McArdle, K. M. Godfrey, and J. E. Cade. Dietary iron intake during early pregnancy and birth outcomes in a cohort of British women. *Hum Reprod* 26 (4):911-919, 2011.
5. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.
6. G. Prema Priya P.Veena. Un ensayo controlado aleatorio de misoprostol sublingual y la oxitocina intramuscular para la prevención de la hemorragia potparo. *Materno-Fetal. Archivo de Ginecología y Obstetricia* , 12 2015, Volumen 292, número 6, pp 1231-1237.
7. Begley CM 1, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Semanas A. Manejo Activo frente conducta expectante para las mujeres en la tercera etapa del trabajo de parto Base de Datos Cochrane Syst Rev. 2015.
8. Gina Westhoff , Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage ,Cochrane library 2013.
9. Hersh S, Megregian M, Emeis C. intermittent auscultation of the fetal heart rate during labor: an opportunity for shared decision making. *J Midwifery Womens Health*. 2014 May-Jun;59(3):344-9.

