

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> <small>SAN ANTONIO</small>	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 96
	Protocolo de Manejo de las Usuarias con Pérdidas Reproductivas Menores de 24 Semanas de Gestación	Edición: primera
		Página: 1 de 8
		Fecha: Enero 2023

## Protocolo de Manejo de las Usuarias con Pérdidas Reproductivas Menores de 24 Semanas de Gestación

<p><b>Confeccionado por:</b>          Marcela Araya T.          Médico Ginecólogo - Obstetra          Comité de Medicina Materno Fetal          HCV</p> <p><i>PP.</i></p>	<p><b>Revisado y Autorizado por:</b>          Alejandro Hernández R.          Matrona Gestante de la Maternidad</p> <p><i>[Circular Stamp: SERVICIO DE SALUD DE VALPARAISO SAN ANTONIO]</i></p> <p>Ximena Núñez G.          Of. Seguridad y calidad del paciente.</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p><b>Aprobado por:</b>          Alfonso Fuentes L.          Jefe C.C Obstetricia y Ginecología</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><b>L. ALFONSO FUENTES LOPEZ</b>          GINECO - OBSTETRA          6.464.654-2</p>
Fecha: enero 2023	Fecha: enero 2023	Fecha: enero 2023

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> <small>SAN ANTONIO</small>	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 96
		Edición: primera
	Protocolo de Manejo de las Usuarias con Perdidas Reproductivas Menores de 24 Semanas de Gestación	Página: 2 de 8
		Fecha: Enero 2023

## Índice

<b>Item</b>	<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
1.	Objetivos	3
2.	Alcance	3
3.	Documentos relacionados	3
4.	Responsables	3
5.	Definiciones	4
6.	Desarrollo	4
7.	Criterios de calidad	6
8.	Flujograma	6
9.	Distribución	7
10.	Anexo	7
11.	Formulario de control de cambio	7

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> <small>SAN ANTONIO</small>	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 96
	Protocolo de Manejo de las Usuarias con Perdidas Reproductivas Menores de 24 Semanas de Gestación	Edición: primera
		Página: 3 de 8
		Fecha: Enero 2023

## 1. Objetivo

Establecer y normar los criterios de derivación, control y manejo de pacientes con pérdidas reproductivas hasta las 24 semanas, en el Hospital Claudio Vicuña.

## 2. Alcance

- Este protocolo deberá aplicarse a todas las gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología y/o Servicio de Urgencia del Hospital que cursen con pérdidas reproductivas menores de 24 semanas de gestación, promoviendo la reducción de la morbilidad Materna, tanto física y psicológicamente.
- Deberá ser conocido y aplicado por todos los médicos obstetras y ginecólogos que trabajan en el Hospital Claudio Vicuña, así como matronas (es), médicos reemplazantes y médicos en etapa de formación de la especialidad (Becados).

## 3. Documentos relacionados

- Guía Clínica Perinatal, Dr E. Oyarzun. Dr J. Poblete. Segunda Edición, 2013: 223-230.
- Guía Clínica MINSAL, 2015.
- Manual de Práctica Clínica para un Aborto Seguro, **OMS, 2014**
- Actualizaciones Clínicas en salud reproductiva. **Ipas, Enero 2017.**
- Directrices sobre el aborto para ayudar a los países para prestar una atención que salven vidas, **OMS actualización año 2022**
- Ley Dominga, **N° 21371**, 2021
- Ley IVE, **N° 21030**, 2017
- Ley Mila, **N° 21372**, octubre 2021.

## 4. Responsables de la ejecución

Responsable	Actividad
Jefe de C.C. Obstetricia y Ginecología	Supervisión y control de la aplicación del protocolo.
Médicos Gineco-Obstetras	Control y manejo de las usuarias portadoras de una pérdida reproductiva menores de 24 semanas de gestación.
Matrona gestora de la Matronería y Jefe de C.C. Obstetricia y Ginecología	Evaluación y monitoreo del protocolo.
Matrona encargada de calidad UEGO	Evaluación y monitoreo del protocolo
Matronas del C.C de Obstetricia y Ginecología	Control y manejo de las usuarias portadoras de una pérdida reproductiva menores de 24 semanas de gestación.

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SAN ANTONIO	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 96
		Edición: primera
	Protocolo de Manejo de las Usuarias con Perdidas Reproductivas Menores de 24 Semanas de Gestación	Página: 4 de 8
		Fecha: Enero 2023

## 5. Definiciones

- **Aborto Retenido de primer trimestre:** interrupción espontánea de la gestación con pérdida de la vitalidad embrionaria/fetal antes de las 14 semanas, sin síntomas de evacuación uterina (dolor-sangrado genital), confirmado con la realización de 2 exámenes de Ultrasonido Transvaginal separados por al menos 7 días y de acuerdo a Guías de Ultrasonido:  
Hallazgos ecográficos diagnósticos de aborto:
  - a) Embrión con LCN  $\geq 7$  mm y ausencia de latidos cardiofetales.
  - b) Saco gestacional vacío (sin embrión o saco vitelino evidente)  $\geq 25$  mm.
  - c) Embrión sin latidos cardiofetales visualizado en ecografía después de un intervalo  $\geq 14$  días, cuando inicialmente se observó saco gestacional vacío (sin saco vitelino y sin embrión).
  - d) Embrión sin latidos cardiofetales visualizado en ecografía después de un intervalo  $\geq 11$  días, cuando inicialmente se observó saco gestacional con saco gestacional con saco vitelino (sin embrión).
- **Restos de Aborto:** retención en la cavidad endometrial y/o canal cervical de productos de la concepción luego de un Aborto Clínico con cérvix permeable.
- **Aborto Medico:** uso de fármacos para provocar la evacuación uterina.
- **Aspiración por Vacío:** método mecánico para evacuar el contenido uterino (AMEU)
- **Perdidas Reproductivas:** interrupción espontánea de la gestación
- **Aborto retenido segundo Trimestre (menos de 24 semanas)** interrupción espontánea de la gestación con pérdida de la vitalidad embrionaria/fetal entre las 14 a 24 semanas de gestación, sin síntomas de evacuación uterina (dolor-sangrado genital), confirmado con la realización de 2 exámenes de Ultrasonido Transvaginal y/o abdominal donde se constata ausencia de latidos cardiofetales, de acuerdo a Guías de Ultrasonido.

## 6. Desarrollo

### 6.1 Usuaria con Diagnostico de Aborto retenido de primer trimestre y segundo trimestre inferior a 24 semanas gestacionales:

La usuaria debe ser **derivada a policlínico de Alto Riesgo Obstétrico** con hoja de **Interconsulta, desde APS o Urgencia de Maternidad**. En Unidad de alto riesgo obstétrico, se certificara el diagnóstico y registrara en ficha clínica los 2 exámenes de ultrasonido con el diagnóstico y edad gestacional. El medico evaluara los antecedentes y comorbilidades, solicitara los exámenes de control: Grupo y Rh, Hto-Hb, HIV, VDRL, Chagas y Hepatitis B. Informará y ofrecerá a la paciente las **dos alternativas de manejo:**

- **Expectante: solo en menores de 14 semanas gestacionales**
- **Inducción de aborto con medicamentos.**

Derivara a control en policlínico con Psicólogo para manejo del duelo. En cualquiera de las opciones se firmara el consentimiento informado.

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> <small>SAN ANTONIO</small>	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 96
	Protocolo de Manejo de las Usuarias con Perdidas Reproductivas Menores de 24 Semanas de Gestación	Edición: primera
		Página: 5 de 8
		Fecha: Enero 2023

### 6.1.1 Usuaria con conducta expectante:

Se espera la evacuación espontánea en un lapso de 4 semanas; frente al inicio del aborto, la paciente deberá concurrir a Urgencia de Maternidad para la evaluación y confirmación del proceso. Se citara a control en Policlínico en la 5° semana e indicara inducción del Aborto con medicamentos si no hay evacuación. Se registrara en ficha clínica la indicación y en caso de resolución espontánea se firmara el alta.

### 6.1.2 Usuaria en Inducción con Medicamentos:

En caso de gestaciones con tamaño hasta 13 semanas:

- ✓ Se iniciara **Mifepristona 200 mg** oral por una vez.
- ✓ 24-48hrs. después: **Misoprostol 600 a 800 mcg** vestibular, vaginal o sublingual, sino hay evacuación repetir dosis cada seis u ocho horas con un máximo 3200mcg por día.

En caso de gestaciones con tamaño entre 13 y 24 semanas:

- ✓ **Mifepristona 200 mg** oral por una vez
- ✓ 24-48 hrs después: **Misoprostol 800 mcg**. Oral, vestibular o sublingual, seguido de **400 a 800 mcg** vaginal o sublingual, cada 8 horas, hasta la expulsión con una dosis máxima de 3200 mcg día.

En todos los casos se indicará la **Mifepristona** en el policlínico, se confeccionara la receta (Anexo N° 1) por el médico, retirará la TENS y **en la Unidad de Urgencia Ginecoobstétrica usuaria ingerirá medicamento vía oral frente** a la matrona y/o médico quienes certificarán la ingesta de este, registrando en ficha clínica. Se indicará la hospitalización de la usuaria dentro de 24 a 48 horas post administración, para el manejo del dolor y control del sangrado genital. En caso de ser necesaria la evacuación de restos, se indicará la aspiración o el legrado uterino. Aplicar protocolo del manejo del duelo para perdidas reproductivas, al alta se derivará a control y consejería de MAC en APS.

## 6.2 Consideraciones

### 6.2.1 Contraindicaciones

1. Insuficiencia renal, puede ser necesario un ajuste de dosis. En pacientes con insuficiencia renal grave, se debe iniciar el tratamiento con dosis baja.
2. Asma descompensada.
3. Hipersensibilidad al misotrol.
4. Sospecha de ectópico.
5. Inestabilidad hemodinámica.
6. Sospecha de infección pélvica o sepsis.

### 6.2.2 Manejo con cicatriz de cesárea anterior

En gestaciones inferiores de 20 semanas, no existe contraindicación al respecto, el antecedente de una o más cicatrices de cesáreas no es contraindicación, para el uso de misotrol o mifepristona.

 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> <small>SAN ANTONIO</small>	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 96
	Protocolo de Manejo de las Usuarias con Perdas Reproductivas Menores de 24 Semanas de Gestación	Edición: primera
		Página: 6 de 8
		Fecha: Enero 2023

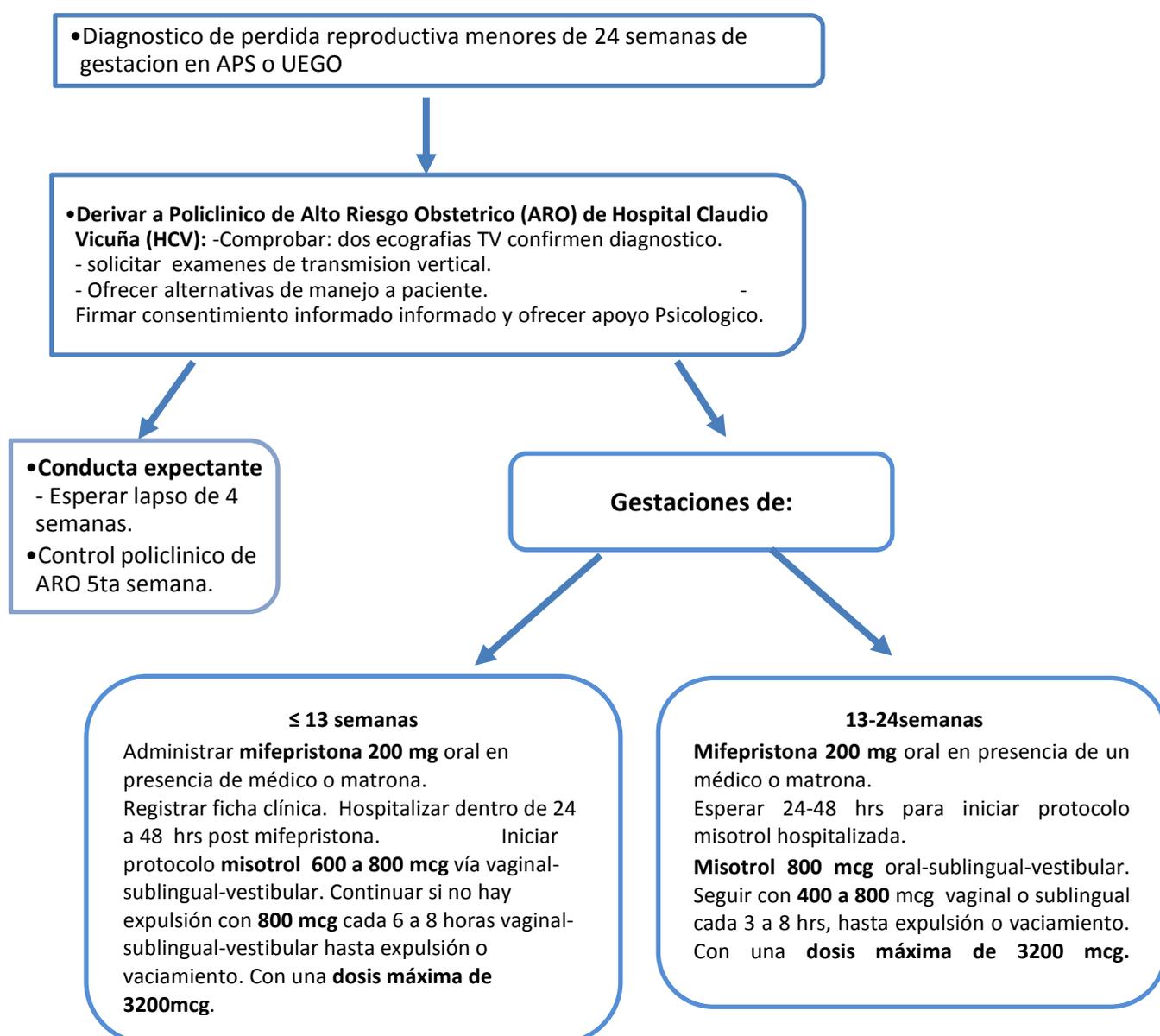
### 6.2.3 Reacciones adversas al Misotrol

1. Reacción anafiláctica
2. Mareos, cefaleas
3. Diarrea, dolor abdominal, estreñimiento, dispepsia, flatulencia, nausea y vomito
4. Erupción cutánea
5. Pirexia y escalofrío

### 7. Criterios de Calidad

N/A

### 8. Flujograma





 <b>HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA</b> SAN ANTONIO	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 96
	Protocolo de Manejo de las Usuarías con Perdidas Reproductivas Menores de 24 Semanas de Gestación	Edición: primera
		Fecha: Enero 2023

### 11. Formulario de control de cambios

Número de edición	Cambios	Fecha	Firma