



Ministerio de Salud
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio
Hospital Claudio Vicuña de San Antonio
LEC/DJB/dia



RESOLUCIÓN EXENTA Nº 03037 *09.11.2020

SAN ANTONIO,

VISTOS: "Guía Clínica Perinatal. Dr E. Oyarzun. Dr J. Poblete. Segunda Edición"; "Manual de Práctica Clínica para un Aborto Seguro, OMS"; "Actualizaciones Clínicas en salud reproductiva"; Las disposiciones contenidas en Ley 19.937 del 24 de Febrero 2004 del Ministerio de Salud; Decreto con Fuerza de Ley Nº1, 2005, del Ministerio de Salud que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº 2763 de 1979 ; D.S. Nº 38 / 2005, que Aprueba el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos Autogestionados en Red y en lo previsto en la Resolución Exenta Nº 06 / 2019 de la Contraloría General de la República, la Resolución Exenta Nº 3416 25-05-2016 y Resolución Exenta Nº 318 02-09-2019 del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

CONSIDERANDO:

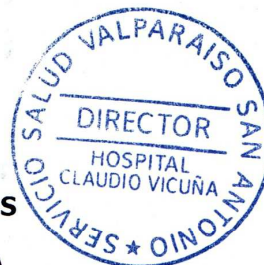
Establecer y normar los criterios de derivación, control y manejo de pacientes con Aborto retenido del Primer Trimestre en el Hospital.

RESUELVO:

APRUEBESE; "Protocolo de Manejo de la Paciente con Aborto Retenido en el primer Trimestre de la Gestación", en su primera edición.

Notifíquese y difúndase

LILIANA ECHEVERRÍA CORTES
DIRECTORA
HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA



DISTRIBUCIÓN:

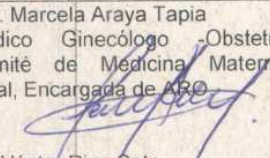
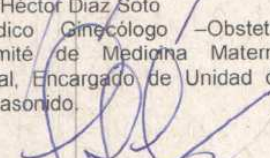
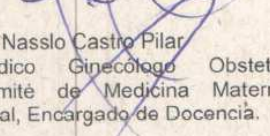
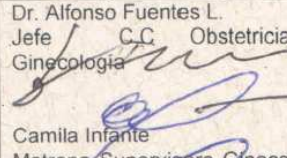
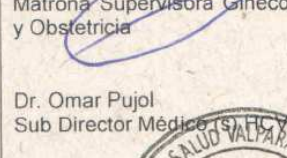
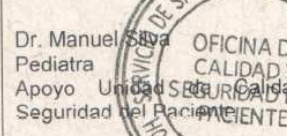
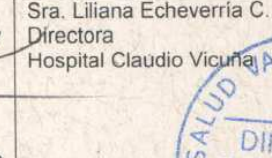
Dirección
SDM
Of. De Calidad y Seg del Paciente
Gestión del Cuidado de Matronería

Oficina de Partes
Unidad Control de Gestión
CAE Gineco Obstetra
Urgencia Gineco Obstetra

CC Bloque Medico Quirúrgico y Gineco Obstétrico

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 29
		Edición: Primera
	Protocolo De Manejo de la Paciente con Aborto Retenido en el primer Trimestre de la Gestación	Página: 1 de 7 Fecha: octubre 2020

Protocolo De Manejo de la Paciente con Aborto Retenido en el primer Trimestre de la Gestación

Elaborado por: Dra. Marcela Araya Tapia Medico Ginecólogo -Obstetra Comité de Medicina Materno Fetal, Encargada de ABO  Dr. Héctor Díaz Soto Medico Ginecólogo -Obstetra Comité de Medicina Materno Fetal, Encargado de Unidad de Ultrasonido.  Dr. Nasslo Castro Pilar Medico Ginecólogo Obstetra Comité de Medicina Materno Fetal, Encargado de Docencia. 	Revisado y Autorizado por: Dr. Alfonso Fuentes L. Jefe C.C. Obstetricia y Ginecología  Camila Infante Matrona Supervisora Ginecología y Obstetricia  Dr. Omar Pujol Sub Director Médico (S. H. V.)  Dr. Manuel Silva Pediatra Apoyo Unidad de Seguridad del Paciente 	Aprobado por: Sra. Liliana Echeverría C. Directora Hospital Claudio Vicuña   
Fecha: mayo 2020	Fecha: octubre 2020	Fecha: octubre 2020

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 29
		Edición: Primera
	Protocolo De Manejo de la Paciente con Aborto Retenido en el primer Trimestre de la Gestación	Página: 2 de 7
		Fecha: octubre 2020

Índice

Ítem	Contenido	Página
1.	Objetivos	3
2.	Alcance	3
3.	Documentos relacionados	3
4.	Responsable de la ejecución	3
5.	Definiciones	3
6.	Desarrollo	4
6.1	Paciente con Diagnóstico de Aborto retenido de primer trimestre menor de 14 semanas	4
6.1.1	Paciente con conducta expectante	4
6.1.2	Paciente en Inducción con Medicamentos	4
6.2	Consideraciones	5
6.2.1	Contraindicaciones	5
6.2.2	Manejo con cicatriz de cesárea anterior	5
6.2.3	Reacciones adversas al misotrol	5
7.	Flujograma	6
8.	Indicadores	7
9.	Distribución	8
10.	Formulario control de cambio	8

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 29
		Edición: Primera
	Protocolo De Manejo de la Paciente con Aborto Retenido en el primer Trimestre de la Gestación	Página: 3 de 7
		Fecha: octubre 2020

1. Objetivo

- Establecer y normar los criterios de derivación, control y manejo de pacientes con Aborto retenido del Primer Trimestre en el Hospital Claudio Vicuña.

2. Alcance

- Este protocolo deberá aplicarse a todas las gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología, y Servicio de Urgencia del Hospital, que sean portadoras de un Aborto Retenido del primer trimestre promoviendo la reducción de la morbilidad Materna, tanto física y psicológica.
- Deberá ser conocido y aplicado por todos los médicos obstetras y ginecólogos que trabajan en el Hospital, 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.
- Manual de Práctica Clínica para un Aborto Seguro, OMS, 2014
- Actualizaciones Clínicas en salud reproductiva. Ipas, Enero 2017

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 pacientes portadoras de una Aborto retenido de 1ª Trimestre.
Matrona encargada de calidad y Jefe de C.C. Obstetricia y Ginecología	Evaluación y monitoreo del protocolo.
Matronas del C.C de Obstetricia y Ginecología	Control y manejo de la paciente con Aborto Retenido de 1º trimestre.

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:

- Embrión con LCN ≥ 7 mm, y ausencia de latidos cardíofetales.
- Saco gestacional vacío (sin embrión o saco vitelino evidente) ≥ 25 mm.
- Embrión sin latidos cardíofetales visualizado en ecografía después de un intervalo ≥ 14 días, cuando inicialmente se observó saco gestacional vacío (sin saco vitelino y sin embrión).
- Embrión sin latidos cardíofetales visualizado en ecografía después de un intervalo ≥ 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.

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 29
		Edición: Primera
	Protocolo De Manejo de la Paciente con Aborto Retenido en el primer Trimestre de la Gestación	Página: 4 de 7
		Fecha: octubre 2020

- **Aborto Medico:** uso de fármacos para provocar la evacuación uterina.
- **Aspiración por Vacío:** método mecánico para evacuar el contenido uterino (AMEU)

6. Desarrollo

6.1 Paciente con Diagnóstico de Aborto retenido de primer trimestre menor de 14 semanas:

La paciente debe ser **derivada a policlínico de Alto Riesgo Obstétrico** con hoja de **Interconsulta, desde APS o Urgencia de Maternidad**. En ARO se certificará el diagnóstico y registrará en ficha clínica los 2 exámenes de ultrasonido con el diagnóstico y edad gestacional. El médico evaluará los antecedentes y comorbilidades, solicitará exámenes básicos de control (Grupo y Rh, Hto-Hb, HIV, VDRL) e informará y ofrecerá a la paciente las **dos alternativas de manejo, expectante e inducción del aborto con medicamentos**. Derivará a control en policlínico con Psicólogo para manejo del duelo. En cualquiera de las opciones debe firmar el consentimiento informado.

6.1.1 Paciente 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 citará a control en policlínico en la 5° semana e indicará inducción del Aborto con medicamentos si no hay evacuación. Se registrará en ficha clínica la indicación y en caso de resolución espontánea se firmará el alta.

6.1.2 Paciente en Inducción con Medicamentos:

En caso de gestaciones con tamaño hasta 9 semanas, se indicará **Mifepristona 200 mg** oral, en dosis única. Luego 24-48 hrs. después, **Misoprostol 800 ug** vestibular, vaginal o sublingual, dosis Única. En caso de un tamaño menor a 7 semanas dosis única de **Misoprostol 400 ug**. Oral.

En caso de gestaciones con tamaño entre 9-14 semanas **Mifepristona 200 mg** oral, dosis única. Luego 36-48 hrs después, **Misoprostol 800 ug**. Oral, vestibular o sublingual, seguido de **400 ug** vaginal. Continuar vaginal o sublingual cada 3 horas con 400 mg, hasta la expulsión o hasta 5 dosis.

En todos los casos se indicará la **Mifepristona** en el policlínico, se confeccionará la receta por el médico, retirará la TENS y la matrona y/o médico certificarán la ingesta del medicamento, registrando en ficha clínica. Se indicará la hospitalización de la paciente para el día siguiente, 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. Al alta se derivará a control y consejería de MAC (método anticonceptivo) en APS.

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 29
		Edición: Primera
	Protocolo De Manejo de la Paciente con Aborto Retenido en el primer Trimestre de la Gestación	Página: 5 de 7 Fecha: octubre 2020

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

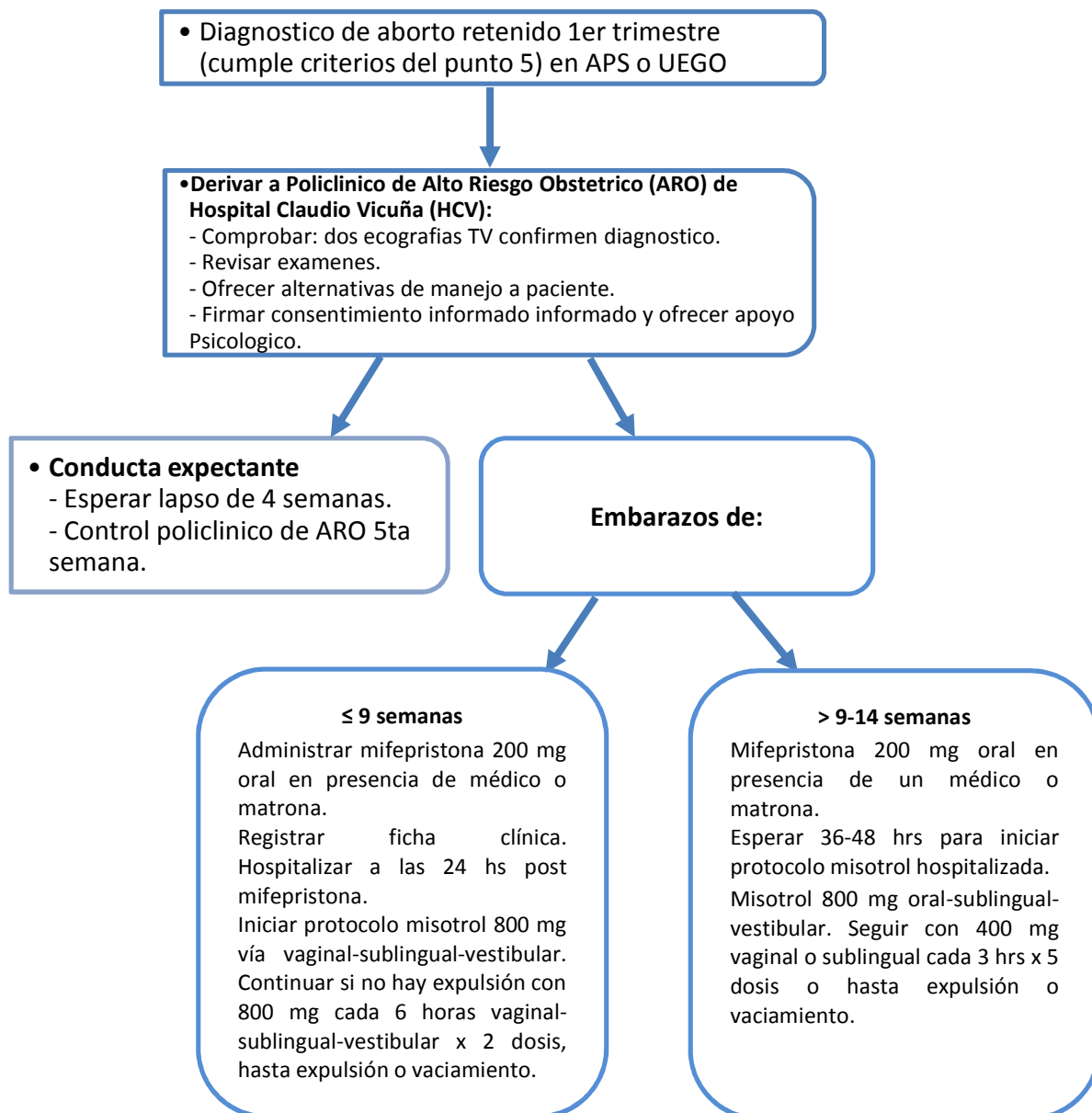
En el primer trimestre no existe contraindicación al respecto al antecedente de o más cicatrices de cesáreas anteriores para el uso de misotrol o mifepristona.

6.2.3 Reacciones adversas al misotrol

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

	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 29
		Edición: Primera
	Protocolo De Manejo de la Paciente con Aborto Retenido en el primer Trimestre de la Gestación	Página: 6 de 7
		Fecha: octubre 2020

7. Flujograma



	Hospital Claudio Vicuña	Código: GD 29
		Edición: Primera
	Protocolo De Manejo de la Paciente con Aborto Retenido en el primer Trimestre de la Gestación	Página: 7 de 7
		Fecha: octubre 2020

8. Indicadores

Característica	
Título	Protocolo de manejo de pacientes portadoras de un Aborto retenido del 1º Trimestre.
Descripción y Racionalidad	Existe evidencia que las pacientes portadoras de una Aborto retenido presentan una evacuación espontánea en más del 80% de los casos dentro de las primeras 4 semanas del diagnóstico. Además hay pacientes que le es insostenible realizar una conducta expectante y se le debe ofrecer métodos farmacológicos para la evacuación El objetivo es disminuir las potenciales complicaciones de una espera más allá de las 4 semanas, el riesgo de un legrado instrumental y el impacto Psicológico de un duelo no manejado adecuadamente.
Tipo indicador	Nº de Abortos retenidos manejados de acuerdo al Protocolo
Numerador	Número de Pacientes con aborto retenido manejados de acuerdo a Protocolo x 100
Denominador	Número total de Abortos
Fuente de datos	Fichas Clínicas-Hojas de UEGO-Recetas-Hoja de Protocolo
Área de aplicación	Gineco Obstetricia Pensionado
Metodología	A mes vencido se revisa, ficha clínica Registro Estadístico del Policlínico de Alto Riesgo, desde donde se extrae el universo de pacientes con un Aborto retenido del mes a medir. Se revisan registros de atención y se aplica la pauta de cotejo.
Tamaño de la muestra	Todas las pacientes con un Aborto Retenido
Periodicidad	Mensual
Evaluación	Trimestral
Umbral de cumplimiento	50%
Responsables	Médico Jefe de Servicio/Matrona encargada de calidad.

9. Distribución

- Centro Costo Gineco – Obstetra.
- Urgencia Gineco – Obstetra

10. Formulario Control de cambio

Número de edición	Cambios	Fecha	Firma