



NUMERO JCO 59-M301-2021

MEMORANDO

PARA : Lic. Carlos Alfredo Castillo, Oficial de Información/OIR
DE : Lic. Jorge Alberto Morán Funes, Jefe Unidad Jurídica
FECHA : 14 de octubre del 2021
ASUNTO : Referente a requerimiento de información según Memorándum 2021-6017-0046

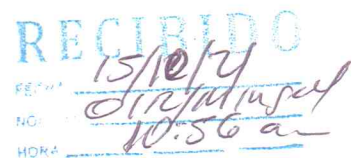


En relación a Memorándum 2021-6017-0833 de fecha 5 de octubre del 2021, en el cual mediante solicitud 2021/979, se requiere lo siguiente:

- Cantidad de mujeres atendidas por complicaciones obstétricas en el Hospital entre 2010-2020
- *Protocolo de atención para mujeres que sufren abortos en Hospitales Nacionales*
- *Tratamiento de casos de mujeres que sufren complicaciones obstétricas y abortos en Hospitales Nacionales (se anexa flujogramas de manejo).*

Al respecto remito la siguiente información,

Atentamente,





HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER

DIVISION MÉDICA

San Salvador 12 de octubre del 2021

Dr. René Mauricio Arévalo Mata.

Director.

Presente.

Por este medio tengo a bien saludarle y al mismo tiempo envío respuesta a Memorándum N° 2021-6017-833 de la Oficina de Información Requerida (OIR), en el cual solicitan:

1. Cantidad de mujeres atendidas por complicaciones obstétricas en el hospital entre 2010-2020.

Año	N° de complicaciones
2010	767
2011	963
2012	647
2013	648
2014	653
2015	1027
2016	1154
2017	1230
2018	952
2019	1047
2020	922

Fuente: Sistema Nacional de Salud
Morbimortalidad+Estadísticos Vitales
Ministerio de Salud El Salvador (SIMMOW)

2. Protocolo de atención para mujeres que sufren abortos en hospitales nacionales.

“Lineamiento Técnico para la atención de la mujer en el periodo pre-concepcional, parto, puerperio y al recién nacido”. Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres. 2021 desde página: n°29. (Anexo)



MINISTERIO
DE SALUD

**Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período
preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido.
Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres.**

San Salvador, El Salvador, 2021

MINISTERIO DE SALUD DE EL SALVADOR

**LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ATENCIÓN DE
LA MUJER EN EL PERÍODO PRECONCEPCIONAL,
PARTO, PUERPERIO Y AL RECIÉN NACIDO**

San Salvador, agosto de 2011

Ministerio de Salud



MINISTERIO DE SALUD DE EL SALVADOR

Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia

Ministerio de Salud



San Salvador, febrero de 2012.

<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes menstruales • Signos o síntomas de trastornos tiroideos, de la prolactina, de tolerancia a la glucosa e hiperandrogenos (incluyendo SOP). • Antecedentes personal y familiar de trombosis u otras microangiopatías. • Edad de la pareja: Hombre mayor 50 años, mujer mayor 40 años. • Otros trastornos auto inmunitarios • Exposiciones ambientales, uso de fármacos comunes o drogas (en particular cafeína, alcohol, cigarrillos) • Consanguinidad en primera línea en la pareja. • Antecedente familiar de aborto recurrente espontaneo, complicaciones obstétricas (trastornos hipertensivos) o cualquier síndrome vinculado con pérdida embrionaria o fetal. • Pruebas diagnósticas y tratamientos previos relacionados con el aborto habitual. 	X	X	X
Examen físico			
3. Realice un examen físico general, con atención particular a: <ul style="list-style-type: none"> • Obesidad • Hirsutismo y acantosis • Examen tiroideo • Examen mamario y galactorrea • Examen pélvico: <ul style="list-style-type: none"> ○ Anomalías anatómicas uterinas ○ Signos de incompetencia cervical. ○ infección 	X	X	X
Diagnóstico. de laboratorio y gabinete			
4. Biometría hemática con plaquetas	X	X	X
5. Investigar causas infecciosas: sífilis (VDRL), toxoplasmosis, citomegalovirus, hepatitis.		X	X
6. Cifras de hormona estimulante del tiroides (TSH) y prolactina sérica, si están indicadas		X	X
7. Cifra de anticuerpos anticardiolipina			X
8. Anticoagulante lúpico (tiempo parcial de tromboplastina activado)			X
9. Ultrasonografía pélvica e histerosonografía.			X
10. Histerosalpingografía, histeroscopia o laparoscopia, si están indicadas			X
11. Biopsia endometrial en fase luteínica.			X
12. Cariotipo a la pareja en sangre periférica			X
Criterios de referencia a segundo y tercer nivel de atención			
13. Los estudios clínicos deben iniciarse después de 2 abortos consecutivos cuando la mujer es mayor de 35 años e infertilidad.		X	X
14. Toda paciente con diagnóstico. de aborto recurrente debe ser referida con método de planificación familiar.		X	X
Tratamiento			
De acuerdo a la patología causante			
15. Anomalías anatómicas. <ul style="list-style-type: none"> • Histeroscopia (mioma submucoso, tabiques, sinequias) • Cerclaje (incompetencia cervical o anomalías de la cavidad uterina). 		X	X
16. Anomalías endocrinas. Tratar la causa <ul style="list-style-type: none"> • progesterona en Deficiencia de fase lútea, SOP. • Bromocriptina en hiperprolactinemia. • Controlar la endocrinopatía de base. 		X	X
17. Síndrome antifosfolípidos. Individualizar cada caso.			X

2. Aborto recurrente o aborto habitual.

CIE 10-N 96.

2.1 Definición.

Una mujer tiene abortos a repetición cuando sufre tres o más abortos espontáneos consecutivos.

2.2 Epidemiología.

Los abortos a repetición afectan al 0.5 al 1% de las mujeres embarazadas.

2.3 Etiología.

Las anomalías cromosómicas paternas y las complicaciones trombóticas del síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (APAS) son las únicas no disputadas de aborto recurrente. Aunque el porcentaje exacto puede variar, se han establecido otras relaciones con anomalías anatómicas (12 a 16%), problemas endocrinos (17 al 20%), infecciones (0.5 al 5%) y factores inmunitarios, incluyendo los relacionados con APAS (20 al 50%).

Entre las causas posibles se encuentran factores genéticos, anatómicos, endocrinos, inmunológicos, infecciosos y medioambientales.

2.4 Diagnóstico.

Anamnesis: antecedentes de tres abortos consecutivos.

Historia clínica completa.

Examen físico.

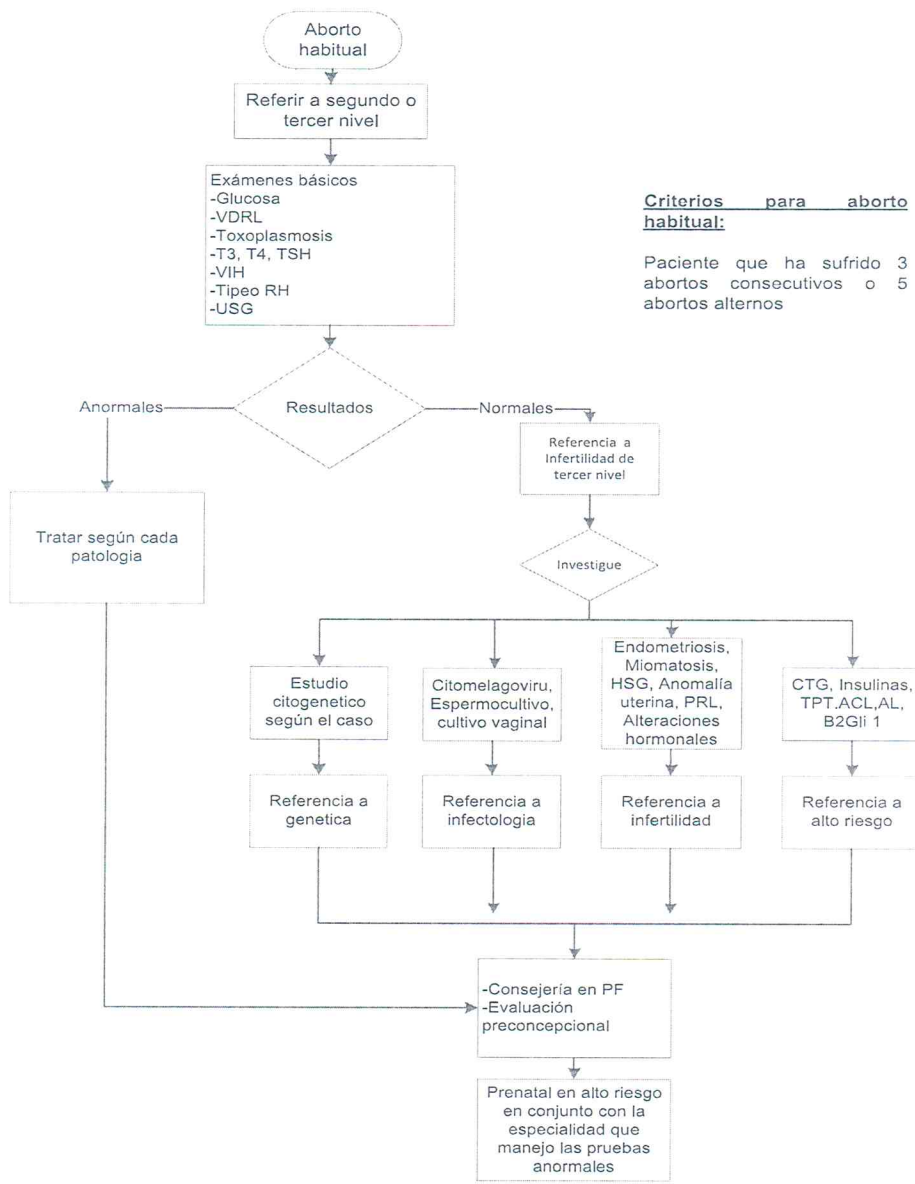
- Descartar anomalías anatómicas.
- Descartar enfermedades sistémicas endocrinológicas e inmunológicas.

Diagnóstico de laboratorio y gabinete.

- Glicemia
- Hormonas tiroideas, anticoagulante lúpico y anticuerpos anticardiolipinas.
- Ultrasonografía pélvica, histerosalpingografía, histerosonografía, histeroscopia o laparoscopia diagnóstica.
- Estudio de la pareja.
- Cariotipo.

Aborto recurrente	NIVEL DE ATENCIÓN		
	I	II	III
Intervenciones			
Anamnesis			
1. Atienda con calidad y calidez a la paciente, escúchela y permita aclarar dudas.	X	X	X
2. Realice una buena historia clínica con descripción de todos los embarazos previos: <ul style="list-style-type: none">• Tipo, trimestre y características de las pérdidas gestacionales previas.• Antecedente de infertilidad secundaria.			

3. Flujograma



Criterios para aborto habitual:

Paciente que ha sufrido 3 abortos consecutivos o 5 abortos alternos

18. Infecciosos. Si se diagnostica infección, se debe instaurar el tratamiento adecuado.	X	X	X
19. Anomalías genéticas. Habiendo descartado otra patología y ante la sospecha de esta causa, deberá referirse.			X
Educación.			
20. Recomendar hábitos saludables de vida dieta adecuada, evitar tabaco, bebidas alcohólicas y ejercicios regulares.	X	X	X
21. Indicar suplementos de ácido fólico 5 mg cada día	X	X	X
22. Si la paciente se encuentra expuesta a sustancias tóxicas ambientales, la exposición debe ser eliminada o, al menos reducida.	X	X	X
23. Ofrecer terapia de apoyo	X	X	X

El seguimiento y control debe ser complementario entre el Ecos familiar y especializado, según dispensarización

EXAMENES DE GABINETE	palpación (TV)		anexos		
	Signos de peritonitis	no	no	sí	sí
	Signos de Shock	no	no	no	sí
	USG	Restos	Restos	Restos / Colecciones pélvicas	Restos / Colecciones pélvicas

Clasificación CIE-10

- O20.0: Amenaza de aborto
- O02, 1: Aborto fallido
- O03: Aborto espontáneo
- O06: Aborto no especificado
- O08: Complicaciones consecutivas al aborto

Atención de pacientes con amenaza de aborto	Nivel de atención		
	I	II	III
1. Historia clínica: Mujer que consulta por amenorrea + sangrado leve + dolor.	X	X	X
2. Examen físico: • Toma de signos vitales. • Evaluación obstétrica: ○ Busque FCF (si embarazo mayor de 12 semanas). ○ Examen con espéculo vaginal: Puede o no haber sangrado leve. Descarte causa local de sangrado. Constate que el cérvix está cerrado. ○ Tacto vaginal: Verifique que el tamaño del útero sea acorde con la amenorrea.	X	X	X
3. Diagnóstico diferencial: • Infección de vías urinarias • Embarazo ectópico • Apendicitis • Colitis • Enfermedad gestacional del trofoblasto.	X	X	X
4. Verifique en la Historia Clínica Perinatal(HCP) o en el carnet materno, si han sido tomados exámenes del perfil prenatal. Solicite exámenes que no consten en la HCP.	X	X	X

V.2 Obstetricia

8. Aborto.

8.1 Definición.

Es la pérdida espontánea o provocada de un embarazo intrauterino de 22 semanas o menos de edad gestacional o con un feto de 500 gramos de peso o menos.

8.2 Clasificación del aborto.

Aborto espontáneo: Aborto en el cual no hay intervención externa física o medicamentosa para la terminación del embarazo.

Aborto fallido: Aborto en el que se produce la muerte del producto de la concepción sin su expulsión.

Aborto inminente: Aborto en el que se ha producido dilatación cervical, pero no se han expulsado los productos de la gestación ni se han roto las membranas ovulares.

Aborto inevitable: Aborto que se caracteriza por la presencia de dilatación cervical y de ruptura de las membranas ovulares.

Aborto incompleto: Aborto en el que se ha expulsado parcialmente los productos de la gestación.

Aborto séptico: Aborto que cursa con una infección intrauterina y que se caracteriza por la presencia de fiebre y la expulsión de restos ovulares fétidos.

Clasificación del aborto séptico según grados

Grado	Extensión
GRADO 1	Infección afecta sólo al útero.
GRADO 2	Infección afecta útero y anexos.
GRADO 3	Infección afecta pelvis y abdomen.
GRADO 4	Shock séptico.

Clasificación clínica del aborto séptico. Hallazgos.

Tipo de aborto séptico		GRADO I	GRADO II	GRADO III	GRADO IV
HISTORIA CLÍNICA – EXAMEN FÍSICO	Cuadro clínico de aborto	sí	sí	sí	sí
	Factores predisponentes	sí/ no	sí/ no	sí/ no	sí/ no
	FIEBRE (Temp. >38° C)	sí	sí	sí	sí
	Secreción uterina purulenta	sí	sí/ no	sí/ no	sí/ no
	Sensibilidad a la	útero	útero y	generalizada	generalizada

Diagnóstico de aborto por clasificación clínica

TIPO DE ABORTO	AMENAZA DE ABORTO	ABORTO INMINENTE	ABORTO INEVITABLE	ABORTO INCOMPLETO	ABORTO COMPLETO	ABORTO FALLIDO	ABORTO SÉPTICO
E.G. / TAMAÑO UTERINO	Acorde	Acorde	Acorde	Menor	Menor	Menor	Mayor o blando
HISTORIA CLÍNICA - EXAMEN FÍSICO							
ACTIVIDAD UT. / DOLOR	+	+ / ++	+++	++	-	+ / -	++
SANGRADO	+ / -	+ / ++	+++	++	+ / -	+ / -	+ / - PUS MAL OLOR
CAMBIOS CERVICALES	NO	SI	SI	SI	SI/ NO	NO	SI
EXPULSIÓN DE RESTOS	NO	NO	SI / NO	SI	NO	NO	SI MAL OLOR
EXÁMENES							
β-HCG	+	+	+	+	+/- baja	+	+
U / S	FCF (+)	FCF (+)	FCF +/- Líquido amniótico ausente	RESTOS	ÚTERO VACÍO	FCF (-) Edad gestacional menor amenorrea	RESTOS

	Tratamiento del aborto fallido			Nivel de atención		
	I	II	III	I	II	III
1. Historia clínica: Mujer que consulta por amenorrea + sangrado oscuro leve + dolor pélvico leve.				X	X	X
2. Examen físico: <ul style="list-style-type: none"> Tome signos vitales. Realice evaluación obstétrica: <ul style="list-style-type: none"> FCF (-). Examen con espéculo vaginal: Generalmente se encuentra el cérvix cerrado y sangrado leve de color café. Tacto vaginal: tamaño uterino es menor que la amenorrea. 				X	X	X
3. Refiera o ingrese a II ó III nivel ante sospecha clínica de aborto fallido.				X	X	X
4. Solicite ultrasonografía. Hallazgos: <ul style="list-style-type: none"> Embarazo intrauterino con embrión o feto muerto. El saco gestacional puede estar vacío. El cérvix está cerrado. 				X	X	
5. Informe a la paciente sobre su condición. Aclare sus dudas. Bríndele apoyo emocional. Explíquela que existe manejo expectante o activo. Permítale optar por uno de ellos. Llene consentimiento informado.					X	X

5. Solicite ultrasonografía.	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Hallazgos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Embarazo intrauterino con embrión o feto vivo. ○ Cérvix cerrado. ○ Busque hemorragia subcorial. 			
6. Informe a la paciente sobre su condición. Aclare sus dudas. Brinde apoyo emocional.	X	X	X
7. Refiera al II nivel si no cuenta con recursos o tecnologías adecuadas.			
8. La amenaza de aborto se maneja ambulatoriamente si el sangrado es leve. De alta con las siguientes recomendaciones:	X	X	X
<ul style="list-style-type: none"> • Guardar reposo • No relaciones sexuales • Acetaminofen (Tableta 500 mg) 1 tableta vía oral cada 6 horas. • Prescriba tratamiento si existe IVU, sífilis o infecciones vaginales. • No administre de rutina tratamiento hormonal (Progesterona) ni tocolíticos (Indometacina), pues no impiden un aborto. • En caso de mujer Rh (-) sin antecedente de isoinmunización o de administración profiláctica previa de Gamma-Globulina anti-D, cumpla 300 µgr IM #1. • Cite a la mujer en 7 días para re-evaluarla en la Unidad de Emergencia. • Explique a la paciente sobre signos de alarma que la deben hacer consultar inmediatamente: Incremento de sangrado o de dolor; expulsión de restos ovulares, fetidez, fiebre. 			
9. Indicaciones especiales de ingreso en caso de amenaza de aborto:	X	X	
<ul style="list-style-type: none"> • Mujer que presenta sangrado moderado o severo. • Mujer con amenaza de aborto que vive lejos. • Si la mujer tiene antecedente de abortos consecutivos previos: Descarte incompetencia cervical y realice estudio de aborto habitual. 			
10. Tome ultrasonografía de control en 2 semanas, si en la anterior encontró:	x	x	
<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia subcorial. • Saco gestacional regular vacío. • Discordancia entre edad gestacional y amenorrea. 			
11. Al ceder sangrado, refiera a control prenatal especializado.	x	x	

- Incremento de sangrado o de dolor; expulsión de restos ovulares, fetidez, fiebre.
- Refiera a consulta externa para control post-legrado en 4 semanas.
- El seguimiento y control debe ser complementario entre el Ecos familiar y especializado, según dispensarización

Manejo del aborto inminente, inevitable e incompleto	Nivel de atención		
	I	II	III
1. Historia clínica: Mujer que consulta por amenorrea + sangrado vaginal + dolor pélvico o lumbo-pélvico moderado a severo.	X	X	X
2. Examen físico: <ul style="list-style-type: none"> • Toma de signos vitales: TA, FC, FR y temperatura. • Evalúe estado de conciencia. • Evaluación obstétrica: <ul style="list-style-type: none"> ○ Busque FCF (Si el embarazo es mayor 12 semanas) ○ Examen con espéculo vaginal: Evalúe severidad del sangrado, dilatación cervical, salida de líquido amniótico, expulsión de restos ovulares. ○ Tacto vaginal: Estime tamaño uterino. 	X	X	X
3. Si hay signos clínicos de choque hipovolémico, establezca a la paciente según protocolo de atención.	X	X	X
4. Refiera o ingrese a II ó III Nivel (según severidad del sangrado y capacidad resolutive) ante sospecha clínica de aborto inminente o incompleto. Envíela acompañada por personal médico y con hoja de referencia correcta y completamente llena.	X	X	X
5. Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> • Por clínica: Amenorrea + sangrado transvaginal + dolor • Por ultrasonografía. Hallazgos: <ul style="list-style-type: none"> ○ A. inminente: Cérvix abierto. FCF (+). ○ A. inevitable: Cérvix abierto. FCF (+/-). Ausencia de líquido amniótico. ○ A. incompleto: Sólo se observan restos ovulares. • Por exámenes de laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> ○ β-HCG (+) 	X	X	
6. Informe a la paciente sobre su condición. Aclare sus dudas. Bríndele apoyo emocional. Explíquela los pasos a seguir.	X	X	
Aborto inminente			
7. En caso de aborto inminente con feto vivo:	X	X	

Si la mujer selecciona el manejo expectante:			
6. Manejo:		x	x
<ul style="list-style-type: none"> • Control semanal con exámenes: Hemograma completo, tiempo de protrombina, fibrinógeno. • Realizar legrado por (Aspiración Manual Endouterina) AMEU o instrumental al expulsar producto. • Instruya sobre signos de alarma. 			
Si la mujer selecciona el manejo activo:			
7. Manejo:		x	x
<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso • Dieta corriente. Suspender vía oral cuando inicie expulsión de restos. • Reposo relativo • Misoprostol (Tableta 200 microgramos): <ul style="list-style-type: none"> ○ Útero menor de 12 semanas: 1 tableta vía oral o vaginal cada 6 horas #3 ○ Útero ≥12 semanas: 1 tableta vía oral o vaginal cada 6 horas hasta expulsar producto o haber dilatación y reblandecimiento cervical. • Analgesia: Diclofenac o Ibuprofeno (una tableta vía oral cada 8 horas) • Exámenes de laboratorio: Hemograma completo, tpeo-Rh, glicemia, VDRL (o RPR), EGO, tiempo de protrombina, fibrinógeno. • Brinde tratamiento si existe IVU, sífilis o infecciones vaginales. • Realice legrado, por AMEU o instrumental, al expulsar producto de la concepción. Antes del procedimiento, explique a la paciente que es probable que se requiera un segundo legrado para limpiar completamente la cavidad uterina. • Envíe producto de la concepción extraído para estudio anatómico-patológico. 			
Indicaciones post-legrado:			
<ul style="list-style-type: none"> • Nada por boca y reposo por 6 horas. • Vigilar sangramiento • Solución de Hartman 1 litro IV a 40 gotas por minuto # 1 • Analgesia: Diclofenac 1 ampolla IM # 1 • Si mujer es Rh (-) y no hay antecedente de isoimmunización o de administración profiláctica de Gamma-Globulina anti-D, cumpla 300 µgr IM #1. 		x	x
Al dar alta:			
<ul style="list-style-type: none"> • De consejería sobre planificación familiar. Inicie método si así lo decide la paciente. Recomiende intervalo intergénésico mayor de 6 meses. • Instruya a la mujer que debe consultar inmediatamente si presenta: 		x	x

se reporta anemia: Transfundir glóbulos rojos empacados si Hb menor de 10 gr/dl. (Cada unidad de GR empacados incrementa Hb en 1.0- 1.5 gr/dl)

- Si la paciente está hemodinámicamente estable, el sangrado es leve, pero hay enfermedades crónicas concomitantes: Realice interconsulta con Medicina Interna o Anestesiología para evaluación pre-operatoria.
- SIEMPRE envíe producto de la concepción extraído durante el legrado para estudio anatómo-patológico.

12. Indicaciones post-legrado:

X X

- Nada por boca y reposo por 6 horas
- Signos vitales cada 15 minutos por 2 horas.
- Vigilar sangramiento.
- Solución de Hartman 1 litro IV a 40 gotas por minuto # 1
- Analgesia: Diclofenac 1 ampolla IM # 1
- Revise resultado de exámenes indicados al ingreso antes de dar el alta.
- Brinde tratamiento si existe IVU, sífilis o infecciones vaginales.
- En mujer Rh (-) sin antecedente de isoimmunización o de administración profiláctica de Gamma-Globulina anti Rh, cumpla 300 µgr IM #1.

13. Al dar alta:

X X

- De consejería sobre planificación familiar. Inicie método si así lo decide la paciente. Recomiende intervalo intergénésico mayor de 6 meses.
- Instruya a la paciente sobre los signos de alarma que la deben hacer consultar inmediatamente: sangrado o dolor intenso; expulsión de restos ovulares, fetidez, fiebre.
- Programar control en 7 días en Unidad de Emergencia para evaluar evolución del caso.
- Refiera a Consulta Externa para control post-legrado en 4 semanas.
- El seguimiento y control debe ser complementario entre el Ecos familiar y especializado, según dispensarización

	NIVEL DE ATENCIÓN		
	I	II	III
Manejo de aborto séptico			
1. Historia clínica: Mujer con historia de amenorrea o embarazo temprano + proceso febril + dolor pélvico + expulsión o no de restos ovulares fétidos.	X	X	X
2. Examen físico:	X	X	X
• Tome signos vitales: TA, FC, FR y temperatura.			
• Evalúe estado de conciencia.			
• Estado abdominal: La irritación peritoneal puede estar presente en caso			

<ul style="list-style-type: none"> • Observe evolución del caso • Realice cerclaje, si existe incompetencia cervical. 			
<p>8. En caso de aborto inminente con feto muerto. Manejo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conducción (Hartman 1 litro + 20 UI de Oxitocina IV. Inicie infusión a 20 gotas/minuto. • Analgesia: Diclofenac 1 ampolla IM cada 12 horas • Realice legrado al expulsar feto. NO olvide pesarlo. 	X	X	
Aborto inevitable	I	II	III
<p>9. En caso de aborto inevitable</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescriba misoprostol (Tableta 200 microgramos). Dosis: <ul style="list-style-type: none"> ○ Útero menor de 12 semanas: 1 tableta vía oral o vaginal cada 6 horas #3 ○ Útero \geq12 semanas: 1 tableta vía oral o vaginal cada 6 horas hasta expulsar producto o haber dilatación y reblandecimiento cervical. • Si las condiciones cervicales son favorables y el útero es mayor de 12 semanas: Indique Hartman 1 litro + 20 UI de Oxitocina IV, idealmente en bomba de infusión. Inicie a 1 cc (20 gotas) / minuto. • Analgesia: Diclofenac 1 ampolla IM cada 12 horas • Tome exámenes de Ruptura de Membranas (Hemograma, Proteína C reactiva, eritrosedimentación) • Realice legrado al expulsar feto. NO olvide pesarlo. • Vigile apareamiento de signos de infección. 	X	X	
Aborto incompleto			
<p>10. En caso de aborto incompleto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Canalice 1 ó 2 vías endovenosas con catéter # 18 • Envíe muestras sanguíneas para realización de exámenes de laboratorio: Hemograma, Tipeo-Rh y prueba cruzada, Tiempo de protrombina, glicemia. • Cumpla uterotónicos si el sangrado es profuso: <ul style="list-style-type: none"> ○ Solución de Hartman 1 litro + 20 UI de Oxitocina IV ○ Misoprostol 4 tabletas vía rectal • Prescriba analgésicos: Diclofenac 1 ampolla IM # 1 • Realice legrado por aspiración (AMEU) o instrumental. • Transfunda hemoderivados, si el caso lo amerita. 	X	X	
<p>11. Momento para realizar el legrado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la paciente está hemodinámicamente inestable y el sangrado es profuso: Realice inmediatamente expansión volumétrica, transfusión sanguínea e inicie infusión de Oxitocina. Pase a Sala de Operaciones para legrado al estabilizarla o en las mejores condiciones posibles. • Si la paciente está hemodinámicamente estable y el sangrado es leve: Legrado al cumplir ayuno mínimo de 6 horas y tener exámenes reportados. • Si la paciente está hemodinámicamente estable, el sangrado es leve, pero 	X	X	

- Gentamicina 80 mg IM cada 12 horas ó
- Amikacina 500 mg IM cada 12 horas

Se debe monitorear creatinina sérica si usa aminoglucósidos.

- Realice legrado endouterino.
- Siempre se debe enviar el producto de la concepción extraído durante el legrado para estudio de anatomía patológica.
- Vigile aparecimiento de complicaciones: CID, choque séptico, trombosis venosa pélvica.
- Verifique si está vigente el esquema de vacunación antitetánica. Si es necesario, inicie esquema o actualícelo
- Si mujer es Rh (-) y no hay antecedente de isoinmunización o de administración profiláctica de Gamma-Globulina anti-D, cumpla 300 µgr IM #1.

Aborto séptico grado 2:

- Ingreso
- Nada por boca
- Monitoreo de signos vitales cada hora
- Sonda vesical permanente + colector
- Balance hídrico y diuresis cada hora (Debe ser ≥ 30 cc/hora)
- Canalice 1-2 vías endovenosas. Use soluciones cristaloides: Solución de Hartman 1 litro IV, 500 cc a chorro, resto a 40 gotas por minuto.
- Tome exámenes de laboratorio: Hemograma completo, Típo-Rh, TP, TPT, fibrinógeno, prueba del tubo, HIV, VDRL, EGO, creatinina.
- Si hay fiebre (Temperatura $\geq 38^{\circ}$ C) aplique medios físicos o antipiréticos.
- Anticoagulación profiláctica: Heparina 5,000 U SC cada 12 horas.
- Antibióticoterapia:
 - 1^{er} escoge: Ceftriaxona 1 gramo IV cada 12 horas
 - 2^o escoge: Ampicilina 1 gramo IV cada 6 horas + gentamicina 80 mg IM cada 12 horas ó amikacina 500 mg IM cada 12 horas.
- Realice legrado al tener exámenes y tener estabilizada a la paciente.
- Siempre envíe producto de la concepción extraído durante el legrado para estudio de anatomía patológica.
- Vigile aparecimiento de complicaciones: CID, choque séptico, trombosis venosa pélvica.
- Verifique vigencia de esquema de vacunación antitetánica. Si es necesario, cumpla dosis de dT.
- En mujer Rh (-) cumpla 300 µgr Gamma-Globulina anti-D IM #1.

X X

- Gentamicina 80 mg IM cada 12 horas ó
- Amikacina 500 mg IM cada 12 horas

Se debe monitorear creatinina sérica si usa aminoglucósidos.

- Realice legrado endouterino.
- Siempre se debe enviar el producto de la concepción extraído durante el legrado para estudio de anatomía patológica.
- Vigile aparecimiento de complicaciones: CID, choque séptico, trombosis venosa pélvica.
- Verifique si está vigente el esquema de vacunación antitetánica. Si es necesario, inicie esquema o actualícelo
- Si mujer es Rh (-) y no hay antecedente de isoimmunización o de administración profiláctica de Gamma-Globulina anti-D, cumpla 300 µgr IM #1.

Aborto séptico grado 2:

- Ingreso
- Nada por boca
- Monitoreo de signos vitales cada hora
- Sonda vesical permanente + colector
- Balance hídrico y diuresis cada hora (Debe ser ≥ 30 cc/hora)
- Canalice 1-2 vías endovenosas. Use soluciones cristaloides: Solución de Hartman 1 litro IV, 500 cc a chorro, resto a 40 gotas por minuto.
- Tome exámenes de laboratorio: Hemograma completo, Típeo-Rh, TP, TPT, fibrinógeno, prueba del tubo, HIV, VDRL, EGO, creatinina.
- Si hay fiebre (Temperatura $\geq 38^{\circ}$ C) aplique medios físicos o antipiréticos.
- Anticoagulación profiláctica: Heparina 5,000 U SC cada 12 horas.
- Antibióticoterapia:
 - 1^{er} escoge: Ceftriaxona 1 gramo IV cada 12 horas
 - 2^o escoge: Ampicilina 1 gramo IV cada 6 horas + gentamicina 80 mg IM cada 12 horas ó amikacina 500 mg IM cada 12 horas.
- Realice legrado al tener exámenes y tener estabilizada a la paciente.
- Siempre envíe producto de la concepción extraído durante el legrado para estudio de anatomía patológica.
- Vigile aparecimiento de complicaciones: CID, choque séptico, trombosis venosa pélvica.
- Verifique vigencia de esquema de vacunación antitetánica. Si es necesario, cumpla dosis de dT.
- En mujer Rh (-) cumpla 300 µgr Gamma-Globulina anti-D IM #1.

X X

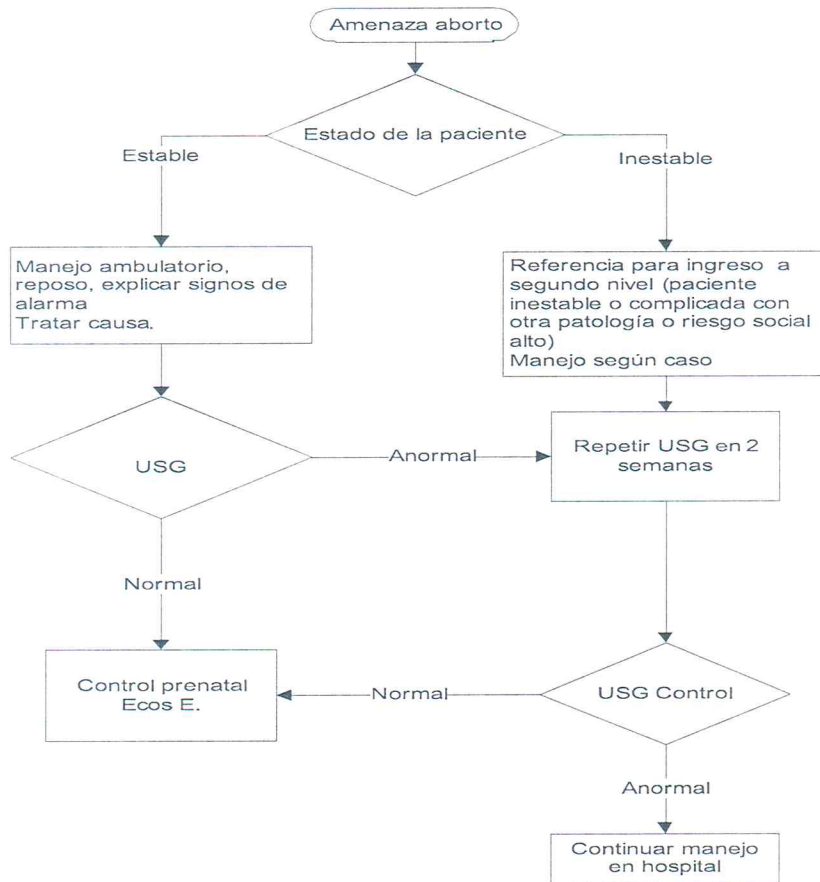
Aborto séptico grado 3 y 4

Manejo:

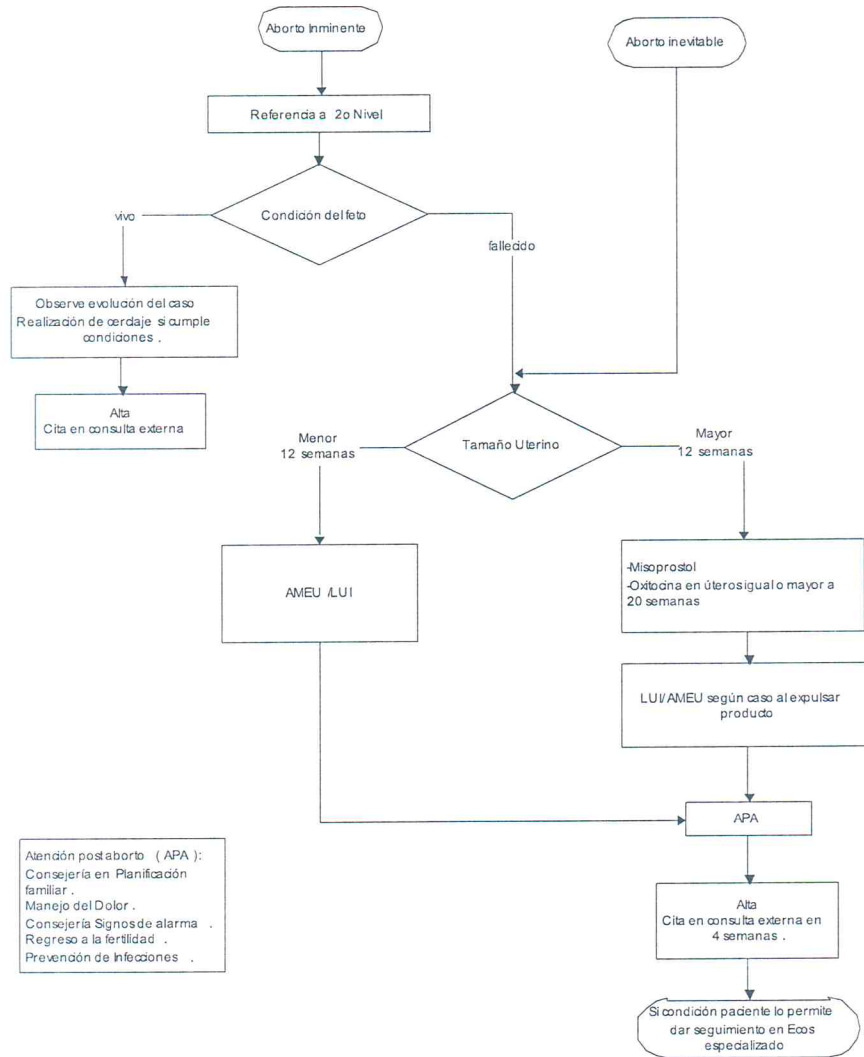
X X

- Ingreso
- Nada por boca
- Monitoreo de signos vitales.
- Evalúe si existen signos clínicos de choque séptico: Hipotensión, taquipnea, oliguria, confusión mental.
- Canalice 2 vías endovenosas con catéter # 18.
- Realice expansión volumétrica. Use soluciones cristaloides: Hartman, SSN.
- Solicite exámenes de laboratorio:
 - Hemograma completo,
 - Típo-Rh y prueba cruzada
 - Pruebas de coagulación: TP, TPT, fibrinógeno, prueba del tubo.
 - Pruebas renales: ácido úrico, creatinina, nitrógeno uréico.
 - Pruebas hepáticas: TGO, TGP, bilirrubina.
 - Electrolitos
 - Examen general de orina
 - Prueba rápida para el HIV
 - VDRL
 - Glicemia
 - Urocultivo y hemocultivos
- Brinde soporte ventilatorio, si es necesario.
- Coloque sonda vesical permanente + colector
- Realice balance hídrico y cuantifique diuresis cada hora (Debe ser ≥ 30 cc/hora)
- Cumpla primera dosis de antibiótico:
 - Ceftriaxona 1 gramo IV + Metronidazol 500 mg IV
- Refiera a III Nivel
- Mantener antibióticos por 10 días posterior a caída de fiebre.
- El seguimiento y control debe ser complementario entre el Ecos familiar y especializado, según dispensarización

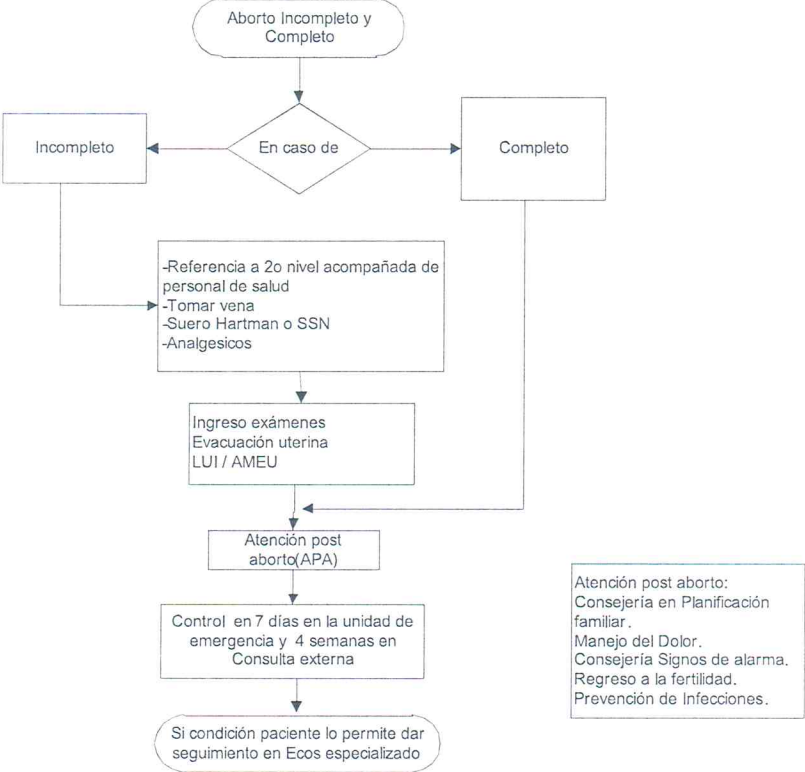
8.3 Flujograma amenaza de aborto.



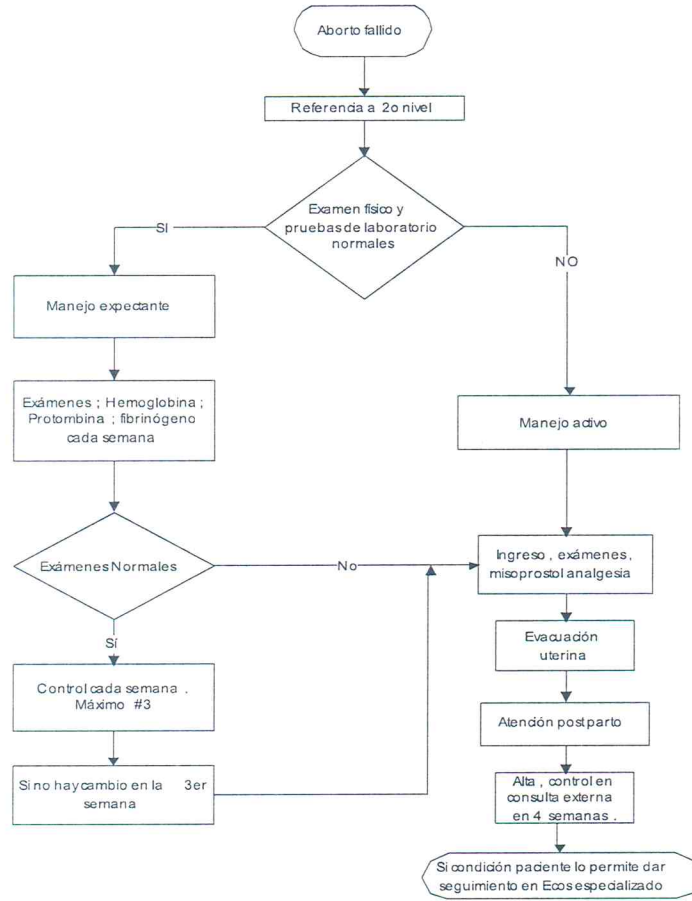
Flujograma aborto en curso

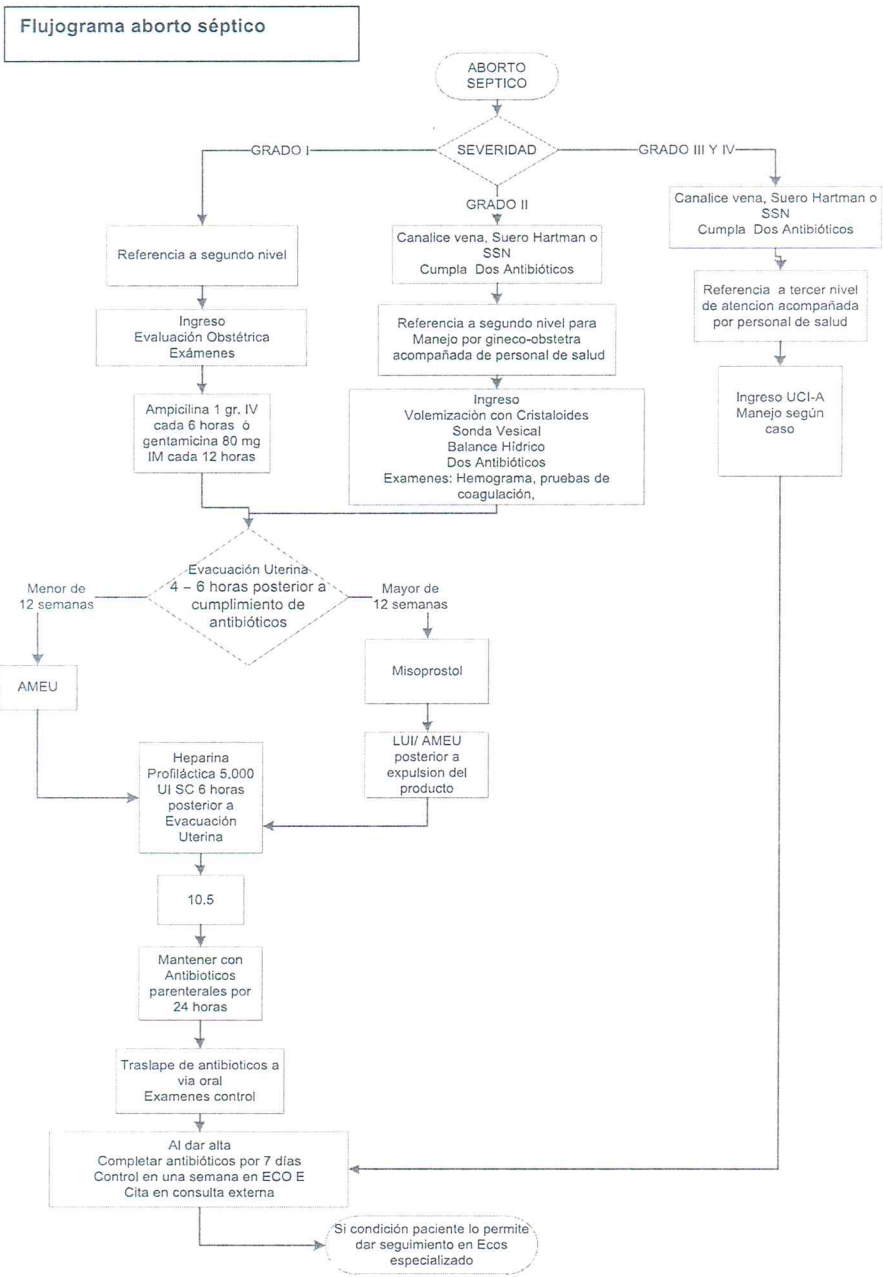


Flujograma aborto incompleto y completo



Flujograma aborto fallido





2017

**ANÁLISIS SOBRE ESTUDIO DE COMPLICACIONES EN
HEMORRAGIA POSPARTO Y OBSERVACIONES CON
RECOMENDACIONES AL LINEAMIENTO DE
CODIGO ROJO**



División Médica

**Hospital Nacional de la
Mujer "Dra. María Isabel
Rodríguez".**

JUNIO 2017

PASO 3: TRANSFUSION	- 2U / GLOBULOS ROJOS EMPACADOS (250cc x U), se administra de forma boleada. - 2U / PLAQUETAS (50cc x U) - 2U / PLASMA FRESCO CONGELADO (250-300cc x U) POR MULTIPLES HEMODERIVADOS AGREGAR		
PASO 4: PROFILAXIS DE POLITRANSFUSION	- HIDROCORTISONA 100 Mg IV CADA 8 Hrs No. 3 - CLORFENIRAMINA 10 Mg IV CADA 8 Hrs No. 3		
PASO 5: ESTABLECER CAUSA (4T)	TONO TEJIDO TRAUMA TROMBINA		
de 20 a 60 MINUTOS			
PARAMETROS PARA DETERMINAR REPUESTA DE REANIMACION HIDRICA INICIAL	TA DIURESIS SatO2	FC PULSO	FR PVC
PARAMETROS PARA CONSIDERAR UNA FLUIDOTERAPIA EFICAZ	A) DISMINUCION DE FC 10 Lat/min B) AUMENTO SOSTENIDO DE PA Y PVC C) AUMENTO DE GASTO URINARIO 0.5 cc/ kg /hora D) AUMENTO DE SAT O2 E) LLENADO CAPILAR F) MEJORA ESTADO DE CONCIENCIA		
FLUIDOTERAPIA INEFICAZ	REEVALUAR CONTROL CAUSA DE SANGRAMIENTO REVISION DE CANAL EN SALA DE OPERACIONES TRATAR CAUSA 4 T: TONO-TRAUMA-TEJIDO-TROMBINA MANEJO MEDICO O QUIRRUGICO		
SHOCK NO CONTROLADO (SEGUNDA REANIMACION)	USO DE COLOIDES: 1cc x c/ 2cc de cristaloides, máximo 1 litro		
DESPUES DE 60 MINUTOS			
<input checked="" type="checkbox"/> REEVALUAR ESTADO HEMODINAMICO <input checked="" type="checkbox"/> REPORTE DE EXAMENES DE LABORATORIO <input checked="" type="checkbox"/> RECLASIFICAR ESTADO DE PACIENTE			
COAGULOPATIA DE CONSUMO	Considerar con respuesta de exámenes: GRE: Si Hb menor a 7 gr y lactato mayor a 2 Plaquetas debajo de 50,000 Fibrinógeno < 200 o PFC: TT y TPT 1.5 veces su valor 4U x CADA 6 U de GRE transfundidas Reevaluar hemoderivados		
MEDICAMENTOS	OXITOCINA: Diluir 10 UI/2amp de Oxitocina (5UI/1mL) en 8 cc SSN. 1. Cumplir 3 UI (3 cc en 1 min), reevalúe respuesta en 3 min, si persiste atonía cumpla 2. segunda dosis de (3 cc/min), reevalúe nuevamente, cumpla 3. 3ª y última dosis de 3 cc/min. Luego 4. Continúe con infusión endovenosa así: 40 UI diluidas en 500 mL a razón de 125 mL/hora (10 UI/h) 5. Luego 10 UI IM t/8 horas # 2 ERGONOVINA: 0.2 mg EV c/15 min #2, luego 0.20 mg IM c/ 8 horas MISOPROSTOL: 1000 mcg vía rectal #1 NORADRENALINA: Diluir 2 amp (8 mg/8cc) en 92cc de SSN o Dw5%. Iniciar 3.5 cc/hora (5mcg/min) Dosis 1 – 20 mcg/min ACIDO TRANEXAMICO: 1 gr en 250 cc de SSN EV a pasar en 1 hora		

GUIA DE APLICACIÓN DE CODIGO ROJO HNM

REANIMACION : CODIGO ROJO	Identificación y datos generales																																																							
HORA CERO	Estado hemodinámica de la paciente a su ingreso Exámenes de laboratorio indicados a su ingreso y gases arteriales.																																																							
CLASIFICACION	Se clasifica el estado de choque según parámetros encontrados en la paciente: <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">Estimación de las pérdidas de acuerdo a la evaluación del estado de choque</th> </tr> <tr> <th>Paciente embarazada con peso entre 50 a 70 Kg</th> <th>CLASE I</th> <th>CLASE II</th> <th>CLASE III</th> <th>CLASE IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PERDIDA SANGUÍNEA: PORCENTAJE VOLUMEN (mL)</td> <td>10-15% 500 -1000</td> <td>15-30 % 1000-1500</td> <td>30-40 % 1500-2000</td> <td>> 40 % >2000</td> </tr> <tr> <td>SENSORIO</td> <td>NORMAL</td> <td>NORMAL y/o AGITADA</td> <td>AGITADA</td> <td>LETARGICA INCONSCIENTE</td> </tr> <tr> <td>PERFUSION</td> <td>NORMAL</td> <td>PALIDEZ FRIALDAD</td> <td>PALIDEZ, FRIALDAD MAS SUDORACION</td> <td>PALIDEZ, FRIALDAD MAS SUDORACION, MAS LLENADO CAPILAR > 3 SEG</td> </tr> <tr> <td>PULSO</td> <td>60 – 90</td> <td>91 – 100</td> <td>101 – 120</td> <td>> 120</td> </tr> <tr> <td>PRESION ARTERIAL SISTOLICA</td> <td>NORMAL</td> <td>80 - 90</td> <td>70 - 80</td> <td>< 70</td> </tr> <tr> <td>GRADO DE CHOQUE</td> <td>COMPENSADO</td> <td>LEVE</td> <td>MODERADO</td> <td>SEVERO</td> </tr> <tr> <td>CANTIDAD DE CRISTALOIDE A REPONER EN 24 horas (ml)</td> <td>NINGUNA</td> <td>3000 – 4000</td> <td>4500 -6000</td> <td>> 6000</td> </tr> <tr> <td>FRECUENCIA RESPIRATORIA</td> <td>Normal</td> <td>Normal</td> <td>Taquipnea (>20/min)</td> <td>Taquipnea (>20/min)</td> </tr> <tr> <td>DIURESIS (mL/h)</td> <td>>30</td> <td>20-30</td> <td>10-20</td> <td>0-10</td> </tr> </tbody> </table>	Estimación de las pérdidas de acuerdo a la evaluación del estado de choque					Paciente embarazada con peso entre 50 a 70 Kg	CLASE I	CLASE II	CLASE III	CLASE IV	PERDIDA SANGUÍNEA: PORCENTAJE VOLUMEN (mL)	10-15% 500 -1000	15-30 % 1000-1500	30-40 % 1500-2000	> 40 % >2000	SENSORIO	NORMAL	NORMAL y/o AGITADA	AGITADA	LETARGICA INCONSCIENTE	PERFUSION	NORMAL	PALIDEZ FRIALDAD	PALIDEZ, FRIALDAD MAS SUDORACION	PALIDEZ, FRIALDAD MAS SUDORACION, MAS LLENADO CAPILAR > 3 SEG	PULSO	60 – 90	91 – 100	101 – 120	> 120	PRESION ARTERIAL SISTOLICA	NORMAL	80 - 90	70 - 80	< 70	GRADO DE CHOQUE	COMPENSADO	LEVE	MODERADO	SEVERO	CANTIDAD DE CRISTALOIDE A REPONER EN 24 horas (ml)	NINGUNA	3000 – 4000	4500 -6000	> 6000	FRECUENCIA RESPIRATORIA	Normal	Normal	Taquipnea (>20/min)	Taquipnea (>20/min)	DIURESIS (mL/h)	>30	20-30	10-20	0-10
Estimación de las pérdidas de acuerdo a la evaluación del estado de choque																																																								
Paciente embarazada con peso entre 50 a 70 Kg	CLASE I	CLASE II	CLASE III	CLASE IV																																																				
PERDIDA SANGUÍNEA: PORCENTAJE VOLUMEN (mL)	10-15% 500 -1000	15-30 % 1000-1500	30-40 % 1500-2000	> 40 % >2000																																																				
SENSORIO	NORMAL	NORMAL y/o AGITADA	AGITADA	LETARGICA INCONSCIENTE																																																				
PERFUSION	NORMAL	PALIDEZ FRIALDAD	PALIDEZ, FRIALDAD MAS SUDORACION	PALIDEZ, FRIALDAD MAS SUDORACION, MAS LLENADO CAPILAR > 3 SEG																																																				
PULSO	60 – 90	91 – 100	101 – 120	> 120																																																				
PRESION ARTERIAL SISTOLICA	NORMAL	80 - 90	70 - 80	< 70																																																				
GRADO DE CHOQUE	COMPENSADO	LEVE	MODERADO	SEVERO																																																				
CANTIDAD DE CRISTALOIDE A REPONER EN 24 horas (ml)	NINGUNA	3000 – 4000	4500 -6000	> 6000																																																				
FRECUENCIA RESPIRATORIA	Normal	Normal	Taquipnea (>20/min)	Taquipnea (>20/min)																																																				
DIURESIS (mL/h)	>30	20-30	10-20	0-10																																																				
De 0 a 20 MINUTOS																																																								
PASO 1: RESUCITACION HIDRICA																																																								
CATETER	CATETER 16 o 18 Tomar 2 VENAS PERIFERICAS 18: 75 – 125 ML/min (VOLUMEN DE INFUSION MIN-MAX) 16: 130 – 220 ML/min																																																							
TEMPERATURA CORPORAL	Evitar la hipotermia: <ul style="list-style-type: none"> mantener temperatura corporal entre 36-37°C uso de sabana térmica LEV a temperatura de 37 - 38°C 																																																							
TIPO DE FLUIDO	CRISTALOIDES 1ª elección: HARTMANN, MAX 2.7 LITROS 2ª elección: SSN 0.9%, MAX 1.5 LITROS																																																							
RESTITUCION DE VOLUMEN EN 24 HORAS	POR CADA CC DE SANGRE PERDIDA: 3 CC DE CRISTALOIDES. TOTAL DE PERDIDAS A REPONER EN 24 HORAS																																																							
VELOCIDAD	CARGA INICIAL: EN PRIMEROS 15 MIN (20-30 ML x KG) Ej: 70 Kg 1400 – 2100 ml/15 min RECORDAR QUE EL 80% DE LO REPUESTO PASA AL TERCER ESPACIO																																																							
PASO 2: OXIGENOTERAPIA	Bigotera a 5 L/min ofrece una FiO2 max de 35% Mascarilla Venturi a 5L/min ofrece FiO2 max de 50% Mascarilla con reservorio a 15L/min FiO2 max de 80-90% Intubación : * Toda paciente con Sat O2 menor de 70%, Transfunda 2 U GRE																																																							

D E 20 A	PASO 6	♦TA: _____ PAM _____	RECLASIFICACION
		♦FC: _____ SVcO2 _____	PERDIDA DE VOLUMEN:
		♦FR: _____ PVC _____	1500 - 2000 cc <input type="checkbox"/>
		♦T°: _____	> DE 2000 cc <input type="checkbox"/>
		♦DIURESIS: _____ cc/h	PERDIDA CUANTIFICADA: _____ CC
		♦BH: _____	
		♦COLOR DE PIEL: _____	
		♦LLENADO CAPILAR: _____	
		♦OXIMETRIA PULSO: _____ %	
		♦SENSORIO: _____	

D E 60 M I N U T O S	REPOSICION DE VOLUMEN (2a REANIMACION)	COLOIDES (1cc x c/ 2cc de cristaloides, maximo 1 litro) CRISTALOIDES			
	MANEJO MEDICO QUIRURGICO				
	1. MASAJE UTERINO	SI	NO	B-LYNCH	SI NO
	2. TECNICA ZEA	SI	NO	LIGADURA A. UTERINA	SI NO
	3. BALON INTRAUTERO	SI	NO	LIGADURA A. HIPOGASTRICA	SI NO
	4. SUTURA DESGARROS	SI	NO	HAT	SI NO
	5. LEGRADO UTERINO	SI	NO	CIRUGIA DE CONTROL DE DAÑOS	
	6. UTEROTONICOS	OXITOCINA ENDOVENOSO		DOSIS:	
	ERGONOVINA INTRAMUSCULAR		DOSIS:		
	MISOPROSTOL RECTAL		DOSIS:		
	ACIDO TRANEXAMICO EV		DOSIS:		

D E S P U E S	♦TA: _____ PAM _____	2a TOMA DE EXAMENES		♦Na ⁺ : _____ K ⁺ : _____
	♦FC: _____ SVcO2 _____	♦LACTATO: _____	♦Cl ⁻ : _____ Ca ⁺⁺ : _____	♦LACTATO: _____
	♦FR: _____ PVC _____	♦SVcO2: _____	♦PH: _____	♦PCR: _____
	♦T: _____	♦HCO3: _____	♦CO2: _____	♦FIBRINOGENO: _____
	♦DIURESIS: _____ cc/h	♦PO2: _____	♦FiO2: _____	♦PLAQUETAS: _____
	♦BH: _____	♦SaT O2: _____	♦EB: _____	♦TP: _____
	♦COLOR DE PIEL: _____	♦KIRBY: _____		♦TP Ta: _____
	♦LLENADO CAPILAR: _____			♦INR: _____
	♦OXIMETRIA PULSO: _____			♦TIPO: _____
	♦SENSORIO: _____			

D E 60 M I N U T O S	C O A G U L O P A T I A	C O N S U M O	CHOQUE RESUELTO	PERSISTE CHOQUE	COAGULOPATIA DE CONSUMO
			CANTIDAD		
			PLAQUETAS (menor de 50,000) 1 U/10Kg		
			CRIOPRECIPITADOS (Fibrinogeno < de 100) 1 U/10Kg		
			PFC (TPT o TP 1.5 o sin coagular) o Prueba del tubo indefinida 15-20ml/kg		
			VASOPRESORES: NORADRENALINA Diluir 2 amp (8 mg/8cc) en 92cc de SSN o Dw5%. Iniciar 3.5 cc/hora (5mcg/min) Dosis 1 - 20 mcg/min		
COLOCACION DE LINEA ARTERIAL PRESIONES ARTERIALES MEDIAS > 65MM Hg					

PLAN DE MANEJO:

RESPONSABLE: _____ NOMBRE Y FIRMA

R1 R2 R3 J.R. AGREGADO

CODIGO ROJO

RESUSCITACION PRECOZ ORIENTADA POR METAS EN LA PRIMERAS 6 HORAS

DEL PACIENTE:

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRES

REGISTRO:

FECHA: / /

HORA: am pm

EDAD:

REFERIDO DE

RESUSCITACION INICIAL

ETAS: PVC + 8-12 mmHg (12 - 15 con VM)
IC PAS + 80-90 mmHg

GASTO URINARIO > 0.5-1.0 ml/kg/hr
LACTATO SERICO < 10% INICIAL

SVO² + 70-80%

I. CONDICION HEMODINAMICA (MIN CERO)	EXAMENES	PERDIDA VOLUMEN	GSA
♦ TA: PAM ♦ FC: Sat O2 ♦ FR: DIURESIS ♦ T°: OXIMETRIA ♦ PULSO: ♦ COLOR DE PIEL: ♦ LLENADO CAPILAR: ♦ PERFUSION: NORMAL PALIDA FRIA SUDOROSA ♦ SENSORIO: NORMAL ANSIOSO CONFUSO LETARGIA	♦ Hb: H.L. ♦ LEUCOCITOS: N: % ♦ PCR: ♦ LACTATO: ♦ FIBRINOGENO: ♦ PLAQUETAS: ♦ TP: ♦ TPT: ♦ INR: ♦ TIPO:	PERDIDA DE VOLUMEN 1500 - 2000 cc <input type="checkbox"/> Grado III > de 2000 cc <input type="checkbox"/> Grado IV	♦ PH: ♦ HCO ³ : ♦ CO ² : ♦ PO ² : ♦ Fi O ² : ♦ Sat O ² : ♦ EB: ♦ KIRBY:

CLASIFICACION DEL SHOCK:

MODERADO (grado III)

SEVERO (grado IV)

PASO	RESUSCITACION HIDRICA	CRISTALOIDES (30 ml x Kg)	DOSIS:	CANT:	VELOCIDAD
PASO 1					
PASO 2	OXIGENOTERAPIA	BIGOTERA (5L/min, FiO2 35%)		MASCARILLA VENTURY (5L/min, FiO2 50%)	
		MASCARILLA RESERVORIO (15L/min, FiO2 80-90%)		INTUBACION	
PASO 3	GLOB ROJOS EMP	2U			
	PLAQUETAS	2U			
	PLASMA FC	2U			
PASO 4	MEDICAMENTOS	HIDROCORTISONA 100 MG EV C/8H # 3. HORA INICIAL:			
		CLORFENIRAMINA 10 MG EV C/8H # 3. HORA INICIAL:			
PASO 5	TONO:	NORMOTONICO	HIPOTONICO	ATONICO	
	TRAUMA:	*DESGARRO Sitio anatómico: Cervix Fornix Vagina Labios Grado:	HEMATOMA Sitio anatómico:	INVERSION UTERINA	RUPTURA UTERINA
4T	TEJIDO:	RESTOS PLACENTARIOS		PLACENTA RETENIDA	ACRETISMO
		SI NO	CANTIDAD: ESCALA MODERADA: ABUNDANTE.	SI NO	SI NO
	TROMBINA:	SI NO	CAUSA:		