



MINISTERIO  
DE SALUD

# **Protocolos para el manejo de la hemorragia en el primer, segundo y tercer trimestre de embarazo**

**El Salvador, 2025**



GOBIERNO DE  
EL SALVADOR

MINISTERIO  
DE SALUD

# **Protocolos para el manejo de la hemorragia en el primer, segundo y tercer trimestre de embarazo**

**El Salvador 2025**

## 2025 Ministerio de Salud



Atribución-NoComercial-SinDerivadas  
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede Consultarse en el Centro Virtual de Documentación Regulatoria en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Ministerio de Salud  
Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2591 7000  
**Página oficial:** <http://www.salud.gob.sv>

## **Autoridades**

**Dr. Francisco José Alabi Montoya**  
**Ministro de Salud *Ad honorem***

**Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza**  
**Viceministro de Gestión y Desarrollo en Salud *Ad honorem***

**Dra. Karla Marina Díaz de Naves**  
**Viceministra de Operaciones en Salud *Ad honorem***

## Equipo técnico

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Dr. Juan Antonio Morales              | Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez                |
| Dr. Roberto Águila Cerón              | Unidad Materno Perinatal                                    |
| Dra. Diana García López               |   |
| Dra. Natalie Stephanie Guevara        |   |
| Dra. Rebeca Alejandra Martínez        | Dirección Nacional de Hospitales                            |
| Dra. María de los Ángeles Avilés      | Dirección de Primer Nivel de Atención                       |
| Dra. Graciela Angélica Baires Escobar | Dirección de Regulación                                     |
| Dra. María de los Ángeles Romualdo    | Hospital Nacional San Juan de Dios, Santa Ana               |
| Dra. Katherine Elizabeth Durán        | Hospital Nacional General San Rafael                        |
| Dr. Jose Manuel Salinas               | Instituto Nacional del Seguro Social                        |
| Dra. Karina Iraheta de Herrera        |   |
| Dra. Ericka L. Palacios               |   |
| Dra. Mayra Rebeca Doñan               | Hospital Materno Infantil 1° de Mayo, ISSS                  |
| Dra. Ruth Lorena Zelada               | Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” |

## Comité consultivo

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Dra. Ana Gabriela Gómez        | Dirección del Sistema de Emergencias Médicas                      |
| Dra. Katia Mariela Deras       | Hospital Nacional Nueva Guadalupe                                 |
| Dra. Ana del Carmen Campos     | Hospital Nacional San Juan de Dios, San Miguel                    |
| Dra. Diana Flores Rosales      | Hospital Nacional “Enf. Angélica Najarro” San Bartolo             |
| Dr. Oscar Alexis Martínez      | Hospital Nacional de la Mujer “ Dra. María Isabel Rodríguez”      |
| Dra. Rebeca Michelle Guzmán    | Hospital Nacional “ Dr. Juan José Fernández” Zacamil              |
| Dra. Roxana Gerardina Iraheta  | Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima, Cojutepeque           |
| Dra. Evelyn Saggeth Guardado   | Hospital Nacional General Dr. Jorge Mazzini Villacorta, Sonsonate |
| Dra. Claudia Valencia Aráuz    | Dirección de Salud Central  |
| Dra. Blanca Leticia Cuyuch     | Dirección de Salud Occidental                                     |
| Dra. Rosa Ana Mujica           | SIBASI Santa Ana  |
| Dra. Patricia Elizabeth Cortéz | SIBASI La Libertad  |
| Dra. Bessy Yesenia Vega        | SIBASI Cuscatlán  |
| Dr. Francisco Cerna Castillo   | SIBASI La Paz   |

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Dra. Ana Susana Calderón              | SIBASI Centro                                       |
| Dra. Nery Alexander Osorio            | SIBASI Sonsonate                                    |
| Dr. Roberto Carlos Amaya              | SIBASI San Miguel                                   |
| Dra. Katia Mariela Deras              | SIBASI Chalatenango                                 |
| Dra. Ana Patricia Cruz                | Unidad de Salud Especializada Verapaz               |
| Dra. Carolina Yamileth Monterrosa     | Unidad de Salud Especializada Guarjila              |
| Dra. Lilian Margarita Fuentes         | Unidad de Salud Especializada Puerto de la Libertad |
| Dra. Claudia Josefina Cruz            | Unidad de Salud Especializada Concepción Batres     |
| Dra. Claudia Liessel Molina de Aragón | Unidad de Salud Ciudad Mujer Morazán                |
| Dra. Wandee Carolina Mira             | Unidad de Salud Especializada San Jacinto           |
| Dra. Andrea Martínez                  | Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial      |
| Dra. Julia Vanessa Menjivar           | Hospital Policlínico Zacamil, ISSS                  |
| Dr. Mario G. Sandoval                 | Hospital Regional Santa Ana, ISSS                   |
| Dr. Samuel Edgardo Aguilar            | Hospital Regional Sonsonate, ISSS                   |
| Dra. Lucia Rivas Baiza                | Comando de Sanidad Militar                          |

# Índice

|              |  |    |
|--------------|--|----|
| Acuerdo      |  | 1  |
| <b>I.</b>    | Introducción   | 2  |
| <b>II.</b>   | Objetivos  | 3  |
| <b>III.</b>  | Ámbito de aplicación   | 3  |
| <b>IV.</b>   | Protocolos para la atención de las hemorragias del primer trimestre del embarazo | 3  |
|              | A. Aborto espontáneo   | 3  |
|              | B. Embarazo ectópico   | 11 |
|              | C. Enfermedad gestacional del trofoblasto  | 16 |
|              | D. Embarazo de ubicación desconocida   | 19 |
| <b>V.</b>    | Protocolos de las hemorragias del segundo y tercer trimestre del embarazo        | 20 |
|              | A. Placenta previa   | 20 |
|              | B. Desprendimiento prematuro de placenta   | 22 |
|              | C. Acretismo placentario   | 23 |
| <b>VII.</b>  | Monitoreo  | 25 |
| <b>VIII.</b> | Disposiciones finales  | 26 |
| <b>IX.</b>   | Vigencia   | 26 |
| <b>X.</b>    | Referencias bibliográficas   | 27 |
| <b>XI.</b>   | Anexos   | 28 |





Distrito de San Salvador y Capital de la República, 15 de mayo de 2025.

## **Acuerdo n.º 1430**

### **El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud**

#### **Considerando:**

- I. Que el artículo 65 de la *Constitución* determina que: “la salud de los habitantes constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento”.
- II. Que el numeral 2 del artículo 42 del *Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo* establece que compete al Ministerio de Salud: “Dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población”.
- III. Que el artículo 17 de la *Ley Crecer Juntos para la Protección Integral de la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia* establece que el Estado deberá crear políticas, programas, proyectos y servicios, con acceso y cobertura universal e inclusiva, que garanticen la atención preconcepcional, prenatal, perinatal, posparto, neonatal, pediátrica y de los adolescentes; así como realizar intervenciones que permitan la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la reducción de la morbilidad y mortalidad materno-infantil, de la niñez y de la adolescencia.
- IV. Que el artículo 1 de la *Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido* tiene por objeto garantizar y proteger los derechos de la mujer desde el embarazo, parto y puerperio, así como los derechos de las niñas y niños desde la gestación, durante el nacimiento y la etapa de recién nacido, a través del establecimiento de los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional integrado de Salud.
- V. Que en los artículos 3, 13 y 14 literal e), de la Ley del Sistema Nacional Integrado en Salud, establecen que El Sistema, está constituido por las instituciones públicas y privadas que de manera directa e indirecta se relacionan con la salud, siendo el Ministerio de Salud, el ente rector, por lo que está facultado para coordinar, integrar y regular el mismo; además tiene la atribución de promover la adopción de los modelos de atención, gestión, provisión, financiamiento y rehabilitación en salud, coordinando su implementación progresiva.
- VI. Que en virtud de las leyes descritas y con el objeto de regular las disposiciones técnicas para estandarizar el manejo de las hemorragias del primer, segundo y tercer trimestre en mujeres embarazadas en los establecimientos de salud del SNIS, se hace necesario emitir el presente instrumento.

**Por tanto**, en uso de las facultades legales, **Acuerda** emitir los siguientes:

### **Protocolos para el manejo de la hemorragia en el primer, segundo y tercer trimestre de embarazo**

# I. Introducción

A nivel mundial, se registra que del 20 al 25% de las mujeres embarazadas sangran en el primer trimestre y es una de las principales causas de consulta en el servicio de emergencias. Del total de embarazos, el 50% se interrumpen de manera espontánea. A nivel mundial, entre los embarazos que evolucionan, se observa que la tasa de mortalidad perinatal se ha incrementado en 1.3 a 5% de la basal y la tasa de prematuridad se ha incrementado en 1.2 a 2.3%<sup>1</sup>.

Las etiologías más frecuentes de las hemorragias del primer y segundo trimestre son el embarazo ectópico, aborto espontáneo, embarazo de ubicación desconocida y enfermedad gestacional del trofoblasto. La historia clínica y el examen físico en la mayoría de mujeres logran evidenciar la causa de sangrado; es importante confirmar el origen y realizar examen físico completo con especuloscopia para descartar otras causas de sangrado como cervicitis, vaginitis, trauma o pólipos. Cuando la historia clínica no es suficiente, la ultrasonografía transvaginal y la cuantificación de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica humana permiten distinguir entre estas posibilidades diagnósticas y evaluar el pronóstico de la gestación.

La hemorragia vaginal es común en el primer trimestre del embarazo. Es resultado usualmente de la disrupción de vasos sanguíneos de la decidua o por lesiones vaginales y/o cervicales discretas. En Estados Unidos se estima que el sangrado vaginal o “spotting” ocurre en el 25% de los embarazos en el primer trimestre, sin embargo, el sangrado puede estar asociado con un resultado adverso del embarazo o un embarazo ectópico que puede poner en peligro la vida. Es menos común el apareamiento de sangrado vaginal en el segundo trimestre de gestación, ocurriendo en 1 a 2% de los embarazos<sup>2</sup>.

Se estima que el 8.2% de las mujeres que dan a luz en América Latina, sufrirán una hemorragia grave durante el parto o posparto que requerirá una transfusión<sup>3</sup>, las causas que están asociadas con mayor riesgo de sangrado durante el embarazo incluyen la placenta previa y el acretismo placentario.

En El Salvador, en el año 2023, se registraron 4,378 abortos espontáneos que representan el 6.3% de los embarazos y es la principal causa de hemorragia del primer trimestre en el país. Además, se registraron 1,539 casos de embarazos con placenta previa total o parcial en el mismo periodo. Por lo enunciado previamente, resulta extremadamente necesario una atención oportuna y humanizada de las mujeres que consultan con estas patologías para disminuir la morbilidad materna grave y la mortalidad materno-perinatal del país.

Los presentes protocolos estandarizan en los diferentes niveles de atención del SNIS, el abordaje, prevención, etiología, factores de riesgo, presentación clínica, diagnóstico y tratamiento para las hemorragias obstétricas durante el primero, segundo y tercer trimestre del embarazo.

---

<sup>1</sup> Arthuis C, Ploteau S. Metrorragias del primer trimestre del embarazo. EMC - Ginecología - Obstetricia; 2022.

<sup>2</sup> Norwitz E, Shin P.J. Evaluation and differential diagnosis of vaginal bleeding before 20 weeks of gestation. FACOG. Mayo de 2024

## II. Objetivos

### General

Establecer las disposiciones técnicas para estandarizar el manejo de las hemorragias del primer, segundo y tercer trimestre en mujeres embarazadas en los establecimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

### Específicos

1. Definir las disposiciones técnicas para la atención de las mujeres embarazadas que desarrollen hemorragias del primer, segundo y tercer trimestre en los establecimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).
2. Implementar instrumentos de monitoreo, supervisión y evaluación del presente protocolo para los establecimientos de salud del SNIS.

## III. Ámbito de aplicación

Están sujetos al cumplimiento de los presentes protocolos el personal de salud de los diferentes niveles de atención del SNIS.

## IV. Protocolos de las hemorragias del primer trimestre del embarazo

### A. Aborto espontáneo

#### 1. Definición

El aborto se define como la pérdida espontánea del embarazo en las primeras 20 semanas o un peso fetal menor a 500 gramos. Para efectos del presente protocolo, el personal del SNIS considerará la definición del aborto con base al peso fetal.

#### 2. Etiología y factores de riesgo

La causa más común de aborto espontáneo del primer trimestre incluye las anomalías cromosómicas y genéticas que comprenden el 70% del total de abortos espontáneos, anomalías anatómicas maternas (fibromas, pólipos, adherencias o septos) y trauma.

Los factores de riesgo más importantes son la edad materna avanzada y el antecedente de aborto espontáneo previo. Otros factores de riesgo que pueden contribuir al aborto espontáneo se incluyen en la siguiente tabla:

**Tabla 1. Factores de riesgo para hemorragia del primer trimestre**

| Factores demográficos        | Factores obstétricos                                  | Factores uterinos  | Otros                      |
|------------------------------|---|--------------------|----------------------------|
| Edad Materna mayor a 35 años | Antecedente de aborto previo                          | Anomalías Uterinas | Medicamentos psiquiátricos |
| Obesidad                     | Antecedente de enfermedad gestacional del trofoblasto | Miomatosis         | Abuso de sustancias        |
|                              | Antecedente de embarazo ectópico                      | Uso de DIU         | Enfermedades tiroideas     |
|                              |   |                    | Diabetes Mellitus          |
|                              |   |                    | Trombofilias               |
|                              |   |                    | Infecciones                |

**Fuente:** Evaluation and differential diagnosis of vaginal bleeding before 20 weeks of gestation. UpToDate 2024.

### 3. Presentación clínica

Historia clínica: sangrado transvaginal más dolor pélvico en mujeres en edad reproductiva con una amenorrea de al menos 5 semanas.

Examen físico: a toda mujer que consulte con sangrado se debe colocar espéculo para confirmar el origen del sangrado. Si el sangrado proviene de cavidad uterina, debe registrarse en el expediente clínico o electrónico: cantidad (leve, moderado o severo), color (café-marrón o rojo), ausencia o presencia de restos ovulares. Examen bimanual para evaluar el tamaño uterino y la presencia o ausencia de masas pélvicas.

### 4. Diagnóstico diferencial

En toda mujer en edad reproductiva con amenorrea, sangrado transvaginal y dolor pélvico debe descartarse la posibilidad de:

- a) Embarazo ectópico.
- b) Enfermedad gestacional del trofoblasto.

Además, considerar que el sangrado puede provenir de otros sitios que no sean en la cavidad uterina por causas como cistitis, traumas vaginales, cervicitis y malignidad.

### 5. Clasificación

El aborto espontáneo se puede clasificar en los siguientes:

- a) Amenaza de aborto.
- b) Aborto completo.
- c) Aborto incompleto.
- d) Aborto fallido o anembriónico.
- e) Aborto séptico.

El aborto inevitable, que implica que la mujer embarazada se presenta con dilatación y/o ruptura de membranas, es un diagnóstico transitorio por lo que ya no se recomienda su uso.

### 6. Diagnóstico

El personal del SNIS, al atender una mujer en edad fértil con historia de sangrado vaginal, dolor pélvico y amenorrea debe indicar los siguientes estudios y consignarlos en el expediente clínico formato papel o digital:

- a) Prueba de embarazo en sangre, en caso que la mujer ya cuente con prueba de embarazo en sangre, no es necesario repetir el examen.
- b) Si la prueba está positiva, realizar ultrasonido transvaginal.
- c) Si el ultrasonido confirma amenaza de aborto o aborto, realizar tipeo sanguíneo.

A todas las mujeres con embarazo confirmado que consultan por dolor y sangrado, se les debe realizar un ultrasonido de emergencia, idealmente el mismo día de la consulta.

Si cumple con los criterios para activación de código rojo o amarillo se debe seguir lo establecido en los *“Protocolos para la atención integral de hemorragia posparto, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis en obstetricia”*, brindar el manejo oportuno y referir al nivel correspondiente.

A todas las mujeres con embarazo confirmado que consultan por dolor y sangrado, se les debe realizar un ultrasonido de emergencia, idealmente el mismo día de la consulta.

Si cumple con los criterios para activación de código rojo o amarillo se debe seguir lo establecido en los *“Protocolos para la atención integral de hemorragia posparto, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis en obstetricia”*, brindar el manejo oportuno y referir al nivel correspondiente.

Si el establecimiento no cuenta con la posibilidad de realizar estas pruebas, se debe referir al establecimiento de salud con capacidad instalada más cercano, para realizar los estudios en el menor tiempo posible.

## 7. Manejo 7.1 Amenaza de aborto

El estudio ultrasonográfico demuestra un embarazo intrauterino viable (saco gestacional intrauterino, embrión con frecuencia cardíaca positiva).

En estos casos se recomienda la siguiente consejería:

- a) Evitar relaciones sexuales vaginales mientras se encuentra sangrando.
- b) Consultar nuevamente, si el sangrado es persistente o incrementa.
- c) Consultar nuevamente, si presenta dolor pélvico de fuerte intensidad.
- d) Consultar nuevamente, si presenta fiebre en los siguientes 7 días.
- e) En caso de dolor pélvico, pueden utilizarse analgésicos vía oral: acetaminofén 500 mg VO cada 6 horas o ibuprofeno 400 mg VO cada 8 horas.
- f) Incapacidad, según criterio médico y si aplica en SNIS.

No está recomendado el uso de progesterona micronizada para el manejo de amenaza de aborto.

## 7.2 Aborto completo

En estos casos, ya se contaba con estudio ultrasonográfico previo que demostraba saco gestacional intrauterino y en el ultrasonido actual, ya no se evidencia saco gestacional intrauterino.

Se recomienda la siguiente consejería:

- a) Evitar relaciones sexuales vaginales, mientras se encuentra sangrando.
- b) Consultar nuevamente, si el sangrado es persistente o incrementa.
- c) Consultar nuevamente, si presenta dolor pélvico de fuerte intensidad.
- d) Consultar nuevamente, si presenta fiebre en los siguientes 7 días.
- e) En caso de dolor pélvico pueden utilizarse analgésicos vía oral: Acetaminofén 500 mg VO cada 6 horas o Ibuprofeno 400 mg VO cada 8 horas.
- f) Brindar consejería sobre métodos de planificación familiar según criterios de elegibilidad se debe recordar que la ovulación ocurrirá en las próximas dos a tres semanas por lo que idealmente el método se debe iniciar el mismo día del diagnóstico o a más tardar, en los próximos siete días. Indicar el método de planificación familiar elegido por la mujer.
- g) Referencia a psicología según *"Lineamientos para atención psicosocial de duelo perinatal y de la primera infancia"* vigente.
- h) Referir a consulta preconcepcional o consulta de alto riesgo reproductivo (CARR) según lineamientos vigentes.
- i) Referencia a consulta externa de ginecología si amerita.

## 7.3 Aborto incompleto

El diagnóstico de aborto incompleto se realiza por la presencia de restos ovulares al examen físico con espéculo o ultrasonido que evidencia restos ovulares intrauterinos.

El manejo del aborto incompleto puede ser: expectante, médico o quirúrgico.

Dichos manejos están descritos en el apartado de aborto fallido.

## 7.4 Aborto fallido o anembriónico

Los criterios ultrasonográficos para el diagnóstico de aborto fallido son:

**Tabla 2. Criterios ultrasonográficos para el diagnóstico del aborto fallido y anembriónico**

|  |
|--|
| Diámetro medio del saco gestacional mayor o igual a 25 mm y sin evidencia de embrión                                       |
| Ausencia de frecuencia cardíaca en un embrión mayor o igual a 7 mm   |
| Ausencia de embrión luego de 2 semanas o más después de una exploración que mostró un saco gestacional sin embrión         |
| Ausencia de embrión con latido cardíaco 11 días o más después de una exploración que mostró un embrión sin latido cardíaco |

**Fuente:** Tomado y Adaptado de Doubilet PM, Benson CB, Bourne T, et al. Diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester. *N Engl J Med* 2013; 369:1443. Copyright © 2013 Massachusetts Medical Society. Reprinted with permission from Massachusetts Medical Society.

El manejo del aborto fallido puede ser expectante, médico o quirúrgico. En el presente protocolo se describirán los manejos expectante y médico, el manejo quirúrgico está descrito en los “*Lineamientos técnicos de procedimientos y técnicas quirúrgicas en obstetricia*” vigente.

Los tres manejos tienen una efectividad similar, por lo que, la mujer es quien debe tomar una decisión informada sobre cuál de los tres manejos elegirá. A continuación, se describen la efectividad y las posibles complicaciones de cada uno de los tres manejos:

**Tabla 3. Eficacia y complicaciones del manejo expectante, médico y quirúrgico del aborto espontáneo del primer trimestre**

|                | Manejo expectante   | Manejo médico  | Manejo quirúrgico   |
|----------------|---|--|---|
| Eficacia       | 70 – 80%  | 80 – 90%   | 95%   |
| Complicaciones | -Retención de restos: se puede dar manejo médico o quirúrgico<br>-Infección: el riesgo incrementa con el tiempo (mayor si es más de 4 semanas sin expulsión)<br>-Hemorragia<br>-Coagulación intravascular diseminada: el riesgo es del 10% si no se ha expulsado después de 4 semanas | -Retención de restos: ocurre en 5 a 20% de casos<br>-Infección: muy rara<br>-Hemorragia: ocurre en 2% de casos<br>-Efectos secundarios del misoprostol: gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarrea, fiebre) | -Retención de restos: ocurre en 1% de casos<br>-Infección: en menos del 1% de casos<br>-Hemorragia: ocurre en 2.6% de casos<br>-Trauma cervical: ocurre en 3.3% de casos<br>-Perforación uterina: en menos del 1% de casos<br>-Adherencias intrauterinas: son raras |

**Fuente:** Evaluation and differential diagnosis of vaginal bleeding before 20 weeks of gestation. Uptodate 2024.

## 7.4 Generalidades del manejo

El personal de salud del SNIS al confirmar el diagnóstico debe realizar lo siguiente:

- Los establecimientos del Primer Nivel de Atención deben referir todos los casos al Segundo o Tercer Nivel de Atención según corresponda.
- Explicar las opciones de manejo con base a efectividad y posibles complicaciones descritas en la tabla 3 y utilizar el manejo elegido por la mujer.

- c) Llenar formato único de consentimiento informado vigente, que describa el manejo elegido por la mujer según la comprensión de los riesgos/beneficios explicados.
- d) Dejar evidencia de todo lo anterior en expediente clínico en formato papel o electrónico.
- e) En caso de evidencia de restos de la concepción en la vagina a la colocación de espéculo o extracción de restos ovulares por manejo quirúrgico, se deben enviar a estudio histopatológico, para descartar otras anomalías durante el embarazo como: enfermedad gestacional del trofoblasto o neoplasia gestacional del trofoblasto.
- f) Si cumple con los criterios para activación de código rojo o amarillo se debe seguir lo establecido en los *“Protocolos para la atención integral de hemorragia posparto, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis en obstetricia”* para brindar el manejo oportuno y referir al nivel correspondiente.
- g) En mujeres con aborto completo, incompleto, fallido o séptico del primer y segundo trimestre y embarazo ectópico, con reporte de Rh negativo, se debe indicar Coombs indirecto. Si este es negativo, se debe administrar gammaglobulina anti –D 300 mcg o 1500 UI IM, independiente del tipo de manejo.

## 7.5 Manejo expectante

El personal de salud del SNIS debe brindar manejo expectante en embarazos menores a 12 semanas, el cual consiste en:

- a) Explicar a la mujer que debe esperar la expulsión espontánea.
- b) Se hará seguimiento en el hospital cada 7 a 14 días para verificar por historia clínica o examen físico si ya hubo expulsión de restos ovulares.
- c) En caso que no se produzca la expulsión completa posterior a 4 semanas, se debe ofrecer a las pacientes las otras opciones terapéuticas (tratamiento médico o tratamiento quirúrgico)<sup>4</sup>
- d) Dar analgesia: acetaminofén 500 mg a 1 gramo vía oral cada 6 horas o ibuprofeno 400 mg 1 tableta vía oral cada 8 horas.
- e) Al alta, se recomienda la siguiente consejería:
  - Consultar nuevamente, si el sangrado es persistente o incrementa.
  - Consultar nuevamente, si presenta dolor pélvico de fuerte intensidad.
  - Consultar nuevamente, si presenta fiebre en los siguientes 7 días.
- f) Contraindicaciones para manejo expectante.
  - Infección intrauterina (fiebre, secreción o sangrado fétido).
  - Hemorragia intensa.
  - Inestabilidad hemodinámica.
  - Embarazos mayores a 12 semanas.
  - Riesgo social y geográfico.
  - Gestación con DIU in situ.
- g) Para el manejo expectante, no es necesario el seguimiento de rutina posterior a la expulsión.
- h) Una mujer con sangrado transvaginal menor que regla, sin dolor pélvico, ni signos de infección (fiebre), posterior a la expulsión, se considera que el manejo expectante fue exitoso.
- i) No es necesario tomar ultrasonido control de seguimiento. En caso de indicar a criterio médico un ultrasonido control, se debe tomar posterior a 10 días de la expulsión.
- j) En caso de indicar un ultrasonido control y en este no se visualiza saco gestacional, el endometrio es menor a 30 mm y la mujer no tiene sangrado activo, dolor pélvico intenso, ni fiebre, se considera que el manejo expectante fue exitoso.
- k) En todos los casos se debe dar referencia a salud mental según *“Lineamientos para atención psicosocial de duelo perinatal y de la primera infancia”*.
- l) Referir a consulta preconcepcional o consulta de alto riesgo reproductivo (CARR) según lineamientos vigentes.
- m) Se debe ofrecer método de planificación familiar según criterios de elegibilidad: dar consejería a la mujer especificando que, después de un aborto del primer trimestre, la ovulación inicia entre 2 a 3

---

<sup>4</sup> Evaluation and differential diagnosis of vaginal bleeding before 20 weeks of gestation. Uptodate 2024.

semanas pos aborto, por lo que existe riesgo de embarazo en el siguiente ciclo. Además, no se recomienda embarazo en los próximos 6 meses.

## 7.6 Manejo médico ( anexo 1)

El personal de salud del SNIS para el manejo médico del aborto incompleto, fallido o anembriónico debe administrar misoprostol según la siguiente tabla:

**Tabla 4. Recomendaciones de uso de misoprostol, según dosis FIGO 2023 para manejo médico del aborto espontáneo menor a 12 semanas.**

| Clasificación                 | Dosis y vía de misoprostol                                  |
|-------------------------------|---|
| Aborto fallido o anembriónico | Misoprostol 800 µg BU/SL/VV cada 3 horas hasta la expulsión |
| Aborto incompleto             | Misoprostol 400 µg SL o 600 µg VO o 800 µg BU dosis única   |

BU: Bucal, SL: Sublingual, VV: Vía vaginal, VO: vía oral.

**Fuente:** <https://www.figo.org/sites/default/files/2023-11/FIGO-Miso-Chart-11-2023%20FINAL.pdf>

- a) Valorar ingreso hospitalario o manejo ambulatorio según riesgo social y la cantidad de dosis de medicamento a administrar.
- b) Dar analgesia: acetaminofén 500 mg a 1 gramo vía oral cada 6 horas o ibuprofeno 400 mg 1 tableta vía oral cada 8 horas.
- c) Contraindicaciones para manejo médico.
  - Infección intrauterina (fiebre, secreción o sangrado fétido).
  - Hemorragia intensa.
  - Inestabilidad hemodinámica.
  - Embarazos mayores a 12 semanas.
  - Gestación con DIU in situ.
  - Contraindicaciones para el uso de misoprostol:
    - Glaucoma, asma grave, insuficiencia suprarrenal crónica, alergia al medicamento.

Considerar que, en mujeres con anemia (Hb menor a 9 gr/dl) o con terapia anticoagulante es preferible el manejo quirúrgico.
- d) Informar a la mujer que, posterior a la administración de misoprostol, presentará dolor pélvico y sangrado transvaginal los cuales disminuyen cuando se expulsan los restos ovulares.
- e) Se debe comunicar a la mujer que, el manejo con misoprostol, puede presentar los siguientes efectos adversos: sintomatología gastrointestinal (diarrea, náuseas y vómitos), febrícula o fiebre y escalofríos, exantema y prurito en palmas o plantas de los pies.
- f) Al alta, se recomienda la siguiente consejería:
  - Consultar nuevamente, si el sangrado es persistente o incrementa.
  - Consultar nuevamente, si presenta dolor pélvico de fuerte intensidad.
  - Consultar nuevamente, si presenta fiebre en los siguientes 7 días.
- g) Para el manejo médico, no es necesario el seguimiento de rutina posterior a la expulsión.
- h) Una mujer con sangrado transvaginal menor que regla, sin dolor pélvico, ni signos de infección (fiebre), posterior a la expulsión, se considera que el manejo médico fue exitoso.
- i) No es necesario tomar ultrasonido control de seguimiento. En caso de indicar a criterio médico un ultrasonido control, se debe tomar posterior a 10 días de la expulsión.
- j) En caso de indicar un ultrasonido control y en este no se visualiza saco gestacional, el endometrio es menor a 30 mm y la mujer no tiene sangrado activo, dolor pélvico intenso, ni fiebre, se considera que el manejo médico fue exitoso.
- k) En todos los casos se debe dar referencia a salud mental según “Lineamientos para atención psicosocial de duelo perinatal y de la primera infancia”.

- l) Referir a consulta preconcepcional o consulta de alto riesgo reproductivo (CARR) según lineamientos vigentes.
- m) Se debe ofrecer método de planificación familiar: dar consejería a la mujer especificando que, después de un aborto del primer trimestre, la ovulación inicia entre 2 a 3 semanas pos aborto, por lo que existe riesgo de embarazo en el siguiente ciclo. Además, no se recomienda embarazo en los próximos 6 meses.

## 7.7 Manejo quirúrgico

- a) El manejo quirúrgico se encuentra descrito en “*Lineamientos técnicos de procedimientos y técnicas quirúrgicas en obstetricia*” vigente.
- b) El personal de salud debe indicar doxiciclina 200 mg vía oral en dosis única, una hora previa al procedimiento quirúrgico. Otras alternativas incluyen metronidazol 500 mg vía oral en dosis única o azitromicina 500 mg vía oral en dosis única.
- c) Se debe indicar analgesia parenteral a todas las mujeres, en una sola dosis, treinta minutos previos al procedimiento. Idealmente se deben utilizar AINES como ketorolaco 30 mg endovenoso o diclofenaco 75 mg intramuscular.
- d) El tiempo de recuperación posterior al procedimiento quirúrgico debe ser 1 a 2 horas según amerite el caso, evaluando a la paciente en busca de signos vitales estables, sangrado vaginal, control adecuado del dolor y capacidad de caminar de forma independiente previo al alta.
- e) En todos los casos se debe dar referencia a salud mental según “*Lineamientos para atención psicosocial de duelo perinatal y de la primera infancia*”.
- f) Se debe ofrecer método de planificación familiar: dar consejería a la mujer especificando que, después de un aborto del primer trimestre, la ovulación inicia entre 2 a 3 semanas pos aborto, por lo que existe riesgo de embarazo en el siguiente ciclo. Además, no se recomienda embarazo en los próximos 6 meses.

## 8. Aborto séptico

El personal del SNIS debe hacer diagnóstico de aborto séptico en presencia de aborto incompleto o fallido y una o más de las siguientes:

- a) Fiebre.
- b) Sensibilidad uterina.
- c) Sangrado vaginal fétido y salida de material purulento por el orificio cervical externo.
- d) Leucocitosis (mayor a 15,000 por campo).

Siempre que se haga diagnóstico de aborto séptico, se debe hacer tamizaje para sepsis según lo establecido en los “*Protocolos para el manejo integral de la hemorragia post parto, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis en obstetricia*”.

El personal de salud del SNIS ante el diagnóstico de aborto séptico debe realizar lo siguiente:

- a) Ingreso hospitalario.
- b) Evaluar el estado hemodinámico.
- c) Consignar en el expediente clínico examen físico completo, estableciendo los siguientes parámetros:
  - ✓ Cardiovascular: Signos vitales, llenado capilar, calcular índice de choque.
  - ✓ Neurológico: estado de conciencia mediante la escala de Glasgow.
  - ✓ Pulmonar: Frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.
  - ✓ Abdomen: identificar dolor a la palpación, signos de irritación peritoneal, distensión abdominal, masas abdomino pélvicas.
  - ✓ Realizar especuloscopía previo consentimiento de la mujer: verificar sangrado de cavidad uterina, características del sangrado (olor, color y cantidad) y estimar la pérdida sanguínea. Características del cérvix. Realizar tacto bimanual previo a la autorización de la mujer: determinar tamaño uterino, dolor a la movilización de cérvix, sensibilidad uterina y masas pélvicas.
- d) Iniciar antibioticoterapia de forma inmediata:
  - ✓ Clindamicina 900 mg EV cada 8 horas más gentamicina 2 mg/kg EV de impregnación, luego 5 mg/kg cada 24 horas más doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas.
  - ✓ La antibioticoterapia debe durar de 10 a 14 días según criterio clínico.

- ✓ Los antibióticos se deben mantener por vía parenteral hasta tener 48 horas afebril, luego hacer el traslape a la vía oral.
- e) Realizar evacuación uterina urgente, en las primeras 6 horas: Aspirado manual endouterino (AMEU) en embarazos menores de 12 semanas o dilatación y legrado en abortos del segundo trimestre.
- f) En caso de no tener mejoría clínica, síndrome de dificultad respiratoria aguda, peritonitis o abscesos pélvicos, CID o falla multiorgánica se debe proceder con laparotomía exploradora e histerectomía abdominal total.

A la alta médica se debe:

- a) Brindar consejería sobre los signos y síntomas de alarma y cuando consultar nuevamente: sangrado vaginal, dolor pélvico que persiste y empeora a pesar de los analgésicos y fiebre.
- b) Indicar analgésicos: acetaminofén 500 mg VO cada 6 horas o ibuprofeno 400 mg VO cada 8 horas por tres días.
- c) Ofrecer método de planificación familiar según los criterios médicos de elegibilidad, con el objetivo de retrasar un nuevo embarazo como mínimo 6 meses.
- d) Dar referencia a atención de salud mental según *“Lineamientos para atención psicosocial de duelo perinatal y de la primera infancia”*.
- e) Referencia a consulta Preconcepcional o de Alto Riesgo Reproductivo o consulta externa de ginecología según corresponda.

## **9. Aborto del segundo trimestre**

### **9.1 Aborto fallido del segundo trimestre**

El diagnóstico de pérdida gestacional se debe de realizar en un embarazo mayor a 12 semanas y un bebé con un peso menor de 500 gramos, con hallazgo ultrasonográfico de feto sin latido cardíaco.

### **9.2 Aborto incompleto del segundo trimestre**

El personal de salud del SNIS debe diagnosticar aborto incompleto cuando se presenta una mujer con una edad gestacional mayor a 12 semanas, bebé que nació con un peso menor de 500 g y las siguientes características:

- a) Embarazo confirmado y con ultrasonografía previa que identificaba embarazo intrauterino más: al examen físico el orificio cervical abierto y sangrado vaginal.
- b) Contracciones uterinas y/o dolor pélvico.
- c) Se pueden visualizar restos ovulares a través de orificio cervical o en vagina.

Si cumple con los criterios para activación de código rojo o amarillo se debe seguir lo establecido en los *“Protocolos para la atención integral de hemorragia posparto, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis en obstetricia”* para brindar el manejo oportuno y referir al nivel correspondiente.

### 9.3 Manejo de aborto del segundo trimestre

El personal de salud del SNIS, ante diagnóstico de aborto del segundo trimestre debe realizar:

- a) Ingreso a hospitalización.
- b) Realizar historia clínica completa incluyendo los antecedentes gineco-obstetricos
- c) Realizar examen físico completo con énfasis en:
  - ✓ Cardiovascular: Signos vitales, llenado capilar, calcular índice de choque.
  - ✓ Neurológico: estado de conciencia mediante de escala de Glasgow.
  - ✓ Pulmonar: Frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.
  - ✓ Pelvis: Realizar especuloscopia previo consentimiento de la mujer: verificar sangrado de cavidad uterina, características del sangrado (olor, color y cantidad) y estimar la pérdida sanguínea. Características del cérvix. Realizar tacto bimanual previo consentimiento de la mujer: determinar tamaño uterino.
- d) Para manejo del aborto incompleto del segundo trimestre, se debe realizar manejo quirúrgico con legrado instrumental.
- e) En los abortos fallidos del segundo trimestre, se deben utilizar dosis de misoprostol según lo recomendado por FIGO:  
Misoprostol 400 mcg cada 3 horas vía bucal/sublingual/vaginal hasta la expulsión (máximo 5 dosis por día)  
Posterior a la expulsión, indicar manejo quirúrgico con legrado manual o instrumental, según aplique.  
En caso que se verifique expulsión completa de la placenta, no amerita legrado.
- f) Se debe indicar analgésicos según criterio médico.
- g) Se debe ofertar método anticonceptivo según criterios médicos de elegibilidad .
- h) En todos los casos se debe dar atención a salud mental según *“Lineamientos para atención psicosocial de duelo perinatal y de la primera infancia”*.
- i) Al alta dar referencia a Clínica Preconcepcional o de Alto Riesgo Reproductivo.
- j) Orientar sobre los síntomas y signos de alarma por los cuales debe consultar nuevamente: fiebre, sangrado abundante, secreción vaginal fétida o dolor pélvico intenso.
- k) Se debe realizar seguimiento en Primer Nivel de Atención siete días posterior al alta médica para verificar: sangrado vaginal, involución uterina, presencia de fiebre, dolor pélvico o abdominal.

## B. Embarazo ectópico

### 1. Definición

Un embarazo ectópico es un embarazo extrauterino. La mayoría ocurren en la trompa de Falopio, su localización es tubárica en más del 90% de los casos<sup>5</sup>, concretamente en la región ampular (80%).

Las 6 principales localizaciones de las gestaciones ectópicas no tubáricas son: cervical, intersticial, cornual, sobre cicatriz de cesárea, ovárica y abdominal. En muy raros casos, una gestación múltiple puede ser heterotópica, que incluye un embarazo intrauterino y uno extrauterino<sup>6</sup>.

### 2. Factores de riesgo

El personal de salud debe evaluar los factores de riesgo, descritos en la siguiente tabla:

---

5 Torres M, Urrego M. Hemorragias durante el primer trimestre del embarazo: revisión narrativa. Ginecol Obstet Mex. 2022;90(7):590-8.

6 Tulandi T. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis. FACOG. Enero de 2024

**Tabla 5. Factores de riesgo del embarazo ectópico**

| Leve                         | Moderado   | Alto                      |
|------------------------------|--|---------------------------|
| Infertilidad                 | Tabaquismo   | Embarazo ectópico previo  |
| Edad mayor o igual a 40 años | EPIA   | Cirugía previa tubárica   |
| Apendicetomía previa         | Uso recurrente de estrógenos y progestina oral                       | Patologías tubáricas      |
|                              | Cirugías pélvicas o abdominales                                      | Esterilización quirúrgica |
|                              | Antecedente de infección de transmisión sexual: Gonorrea y Clamidia. | Fertilización in vitro    |

Fuente: Adaptado de tabla de factores de riesgo para embarazo ectópico comparada con estudio de controles. Uptodate 2024.

### 3. Diagnóstico

El personal de salud del SNIS debe realizar diagnóstico de embarazo ectópico cuando se presente una mujer en edad reproductiva con dolor abdominal, amenorrea y sangrado más prueba de embarazo en sangre positiva, con las siguientes características:

- Ultrasonografía transvaginal que no reporta embarazo intrauterino.
- Masa anexial (según características ultrasonográficas citadas en la Tabla 6).
- Inestabilidad hemodinámica y abdomen agudo que no se explica por otro diagnóstico.

Si el establecimiento de salud no cuenta con ultrasonografía se debe referir al establecimiento con capacidad resolutive más cercano.

**Tabla 6: Diagnóstico ultrasonográfico de embarazo ectópico**

| Diagnóstico ultrasonográfico definitivo   | Hallazgos sugestivos  |
|---|---|
| Saco gestacional con un saco vitelino con un embrión con o sin latido cardíaco fuera del útero. | Masa anexial no homogénea compleja                            |
|   | Masa anexial que contiene un saco gestacional vacío           |
|   | Líquido libre en fondo de saco de Douglas o cavidad abdominal |

Fuente: Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis. Uptodate 2024.

## 4. Manejo

### 4.1 Generalidades

El personal de salud del SNIS, ante el diagnóstico de embarazo ectópico, debe realizar las siguientes acciones:

- Ingreso hospitalario.
- Evaluar estado hemodinámico, en caso de inestabilidad hemodinámica, proceder a activar código rojo según lo establecido en el “Protocolo para el manejo integral de la hemorragia posparto, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis en obstetricia” y realizar manejo quirúrgico inmediatamente.
- Consignar en el expediente clínico examen físico completo, estableciendo los siguientes parámetros:
  - ✓ Cardiovascular: Signos vitales, llenado capilar, calcular índice de choque.
  - ✓ Neurológico: estado de conciencia mediante la escala de Glasgow.
  - ✓ Pulmonar: Frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.
  - ✓ Abdomen: identificar dolor a la palpación, signos de irritación peritoneal, distensión abdominal.
  - ✓ Realizar especuloscopia con el consentimiento de la mujer: verificar sangrado de cavidad uterina, características del sangrado (olor, color y cantidad), estimar la pérdida sanguínea, ver las características del cérvix.
  - ✓ Realizar tacto bimanual para determinar tamaño uterino y presencia de masas pélvicas.
- Toma de exámenes de laboratorio: Hemograma, Tipo Rh, prueba cruzada, fracción B de la hormona gonadotropina coriónica humana (cuantitativa)

- e) Consignar en expediente clínico que se explica a la mujer y familiar la condición médica, el diagnóstico, las opciones de tratamiento, pronóstico y complicaciones detalladamente.
- f) Si la mujer esta hemodinámicamente estable, se pueden ofrecer los siguientes manejos: expectante, médico o quirúrgico.
- g) Una vez la mujer haya aceptado uno de los tres manejos con base a la información brindada por el médico tratante, deberá llenar y firmar el formulario de consentimiento informado.
- h) Se debe referir al nivel correspondiente con capacidad resolutoria a toda mujer que cumpla criterios y desee manejo expectante o médico, detallados a continuación.

## 4.2 Manejo expectante

Las indicaciones del manejo expectante son las siguientes:

- a) Asintomáticas sin inestabilidad hemodinámica.
- b) Fracción B de la hormona gonadotropina coriónica humana menor a 200 UI/L.
- c) Ausencia de sangre en el fondo de saco de Douglas por ultrasonido.
- d) Que la mujer sea capaz de asistir al establecimiento de salud para el seguimiento con exámenes de laboratorio.
- e) Acceso a un establecimiento de salud más cercano (ubicación geográfica, vehículo) en caso de iniciar sintomatología de alarma, asegurándose que la mujer haya comprendido cuándo consultar nuevamente.

El personal de salud del SNIS debe realizar el seguimiento de la siguiente forma:

- a) Cuantificación de B-hCG cada tres días.
- b) Si se reporta disminución de más del 10% respecto a la anterior durante dos mediciones consecutivas, se continuarán seguimientos semanales hasta que la B-hCG sea indetectable (menor a 5 UI/L).
- c) Se debe asegurar el uso de método anticonceptivo durante todo el periodo de seguimiento con B-hCG.
- d) No es necesario seguimiento con ultrasonido, exceptuando los casos que presenten sintomatología como dolor abdominal.
- e) Se debe suspender el manejo expectante e indicar manejo médico o quirúrgico en caso que aparezcan síntomas o los niveles de B-hCG aumenten o no disminuyan adecuadamente.

## 4.3 Manejo médico

El personal de salud del SNIS indicará tratamiento médico en mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico en los siguientes casos:

- a) Paciente hemodinámicamente estable.
- b) Ausencia de dolor abdominal severo o persistente.
- c) Función hepática y renal normal.
- d) Diámetro del embarazo ectópico inferior a 4 cm por ecografía (relativa, no contraindica el manejo médico).
- e) B-hCG inferior a 5,000 UI/L.
- f) Que tenga la capacidad de apegarse al seguimiento hasta que se resuelva el proceso.
- g) Haber firmado el formulario de consentimiento informado.

El tratamiento médico se realiza con metotrexato. Para utilizarlo, el personal de salud del SNIS debe realizar lo siguiente:

- a) Indicar pruebas hepáticas y renales: transaminasas, bilirrubina total, directa e indirecta y creatinina sérica.
- b) Calcular inicialmente la superficie corporal (m<sup>2</sup>) mediante la siguiente fórmula:

$$\frac{\sqrt{\text{Peso(Kg)} \times \text{Talla(cm)}}}{3,600}$$

- c) Posteriormente se debe calcular la dosis de metotrexato (ampolla de 50 mg/2mL) y administrar 50 mg/m<sup>2</sup> intramuscular dosis única. Una vez calculada la dosis en miligramos se convertirá a mililitros para su administración.

Posterior a la administración del metotrexato, el personal de salud del SNIS realizará el seguimiento de la siguiente manera:

- a) En los días 4 y 7 se debe tomar nuevamente prueba B-hCG cuantitativa y si ha disminuido menos del 15 % entre esos días, se debe dar una segunda dosis de metotrexato a 50 mg/m<sup>2</sup>.
- b) Si en los días 4 y 7 se reportan pruebas B-hCG cuantitativas con disminuciones mayores al 15%, se debe continuar con toma semanal de B-hCG hasta alcanzar menos de 15 UI/mL o valores indetectables.
- c) Si los niveles de B-hCG disminuyen menos del 15% entre las tomas de los días 7 y 14, se debe administrar una tercera dosis de metotrexato, siempre a dosis de 50 mg/m<sup>2</sup>.
- d) Si la concentración de B-HCG está aumentando en cualquiera de las tomas, se debe evaluar manejo quirúrgico<sup>7</sup>.

Contraindicaciones de uso de metotrexato:

- a) Gestaciones intrauterinas.
- b) Hemoperitoneo.
- c) Antecedente de gestación ectópica homolateral con tratamiento conservador previo.
- d) Gestación ectópica heterotópica.
- e) Inmunodeficiencias.
- f) Leucopenia, anemia o plaquetopenia moderada a severa.
- g) Sensibilidad al metotrexato.
- h) Enfermedad pulmonar activa.
- i) Úlcera gástrica activa.
- j) Alcoholismo.
- k) Hepatopatía.
- l) Nefropatía.
- m) Lactancia materna.

#### **4.4 Tratamiento quirúrgico**

El personal de salud del SNIS debe indicar tratamiento quirúrgico en las siguientes situaciones:

- a) Diámetro de gestación ectópica mayor a 4cm por ultrasonografía (relativa).
- b) B-hCG superior a 5,000 UI/L.
- c) Presencia de hemoperitoneo.
- d) Gestación heterotópica.
- e) Antecedente de gestación ectópica homolateral tratada de manera conservadora.
- f) Dificultad de seguimiento posterior de la paciente.
- g) Contraindicación al uso de metotrexato.
- h) Cuando la paciente no desee tratamiento conservador o médico.
- i) Deseo de esterilización de la mujer.

El tratamiento quirúrgico puede ser salpingectomía o salpingostomía, ambos procedimientos han mostrado efectividad similar, el criterio médico, deseo de fertilidad posterior y habilidad quirúrgica deben ser considerados para la elección del manejo. La vía laparoscópica es de elección si está disponible. Si no está disponible se debe realizar laparotomía exploradora. El procedimiento está descrito en el *“Lineamientos técnicos de procedimientos y técnicas quirúrgicas en obstetricia”*.

En caso de inestabilidad hemodinámica debe manejarse según el *“Protocolo para la atención integral de hemorragia posparto, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis en obstetricia”*.

## **5. Ubicaciones poco frecuentes de embarazo ectópico**

### **5.1 Embarazo ectópico cervical**

---

<sup>7</sup> Tulandi T. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis. FACOG. Enero de 2024

El personal del SNIS ante la sospecha de embarazo ectópico cervical debe referir a Tercer Nivel Atención para su manejo.

De confirmar diagnóstico de embarazo ectópico cervical se debe individualizar cada caso, si la mujer esta hemodinámicamente estable considerar la posibilidad de uso de metotrexato.

- a) En caso de sangrado vaginal abundante se debe realizar dilatación y legrado endocervical urgente.
- b) Si la mujer se encuentra con inestabilidad hemodinámica se debe realizar histerectomía abdominal y dar manejo según *“Protocolo para la atención integral de hemorragia posparto, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis en obstetricia”*.
- c) Se debe realizar interconsulta con psicología en el ingreso hospitalario y seguimiento en consulta externa posterior al alta.

## 5.2 Embarazo ectópico intersticial o cornual

El personal del SNIS ante la sospecha de embarazo ectópico intersticial debe:

- a) En caso de rotura uterina con inestabilidad hemodinámica se debe realizar una cornuostomía o la resección en cuña.
- b) En caso de sangrado incontrolable, paridad satisfecha o de no tener posibilidad de tratamiento quirúrgico conservador, se debe realizar histerectomía abdominal.
- c) Se debe realizar interconsulta con psicología en el ingreso hospitalario y seguimiento en consulta externa posterior al alta.
- d) Si la mujer se encuentra con inestabilidad hemodinámica debe realizar histerectomía abdominal y dar manejo según *“Protocolo para la atención integral de hemorragia posparto, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis en obstetricia”*.

Al alta médica, en todos los casos de embarazo ectópico, independientemente del manejo, se debe:

- a) Brindar consejería sobre los signos y síntomas de alarma, así mismo cuando consultar nuevamente: sangrado vaginal, dolor pélvico que persiste y empeora a pesar de los analgésicos y fiebre.
- b) Indicar acetaminofén 500 mg vo cada 6 horas o ibuprofeno 400 mg vo cada 8 horas por tres días.
- c) Ofrecer método anticonceptivo con el objetivo de retrasar un nuevo embarazo como mínimo 12 meses.
- d) Dar referencia a atención de salud mental según *“Lineamientos para atención psicosocial de duelo perinatal y de la primera infancia”*.
- e) Dar referencia a Consulta de Alto Riesgo Reproductivo.
- f) En los casos de embarazo ectópico cornual, se recomienda un periodo intergenésico de al menos 12 meses. Cuando ocurra el próximo embarazo, debe llevar controles especializados con ginecólogo y programar la realización de una cesárea electiva a las 36 semanas.

## 6. Monitoreo

Las instituciones del SNIS realizaran el monitoreo y seguimiento al cumplimiento de los presentes protocolos y deben cumplir lo siguiente:

- a) Monitoreo mensual utilizando el Instrumento (Anexo 2).
- b) Enviar informe del monitoreo el décimo día hábil de cada mes a la Unidad Materno Perinatal con el análisis y compromisos de mejora.

## C. Enfermedad gestacional del trofoblasto (EGT)

### 1. Definición

La enfermedad gestacional del trofoblasto se compone de un grupo de enfermedades que se derivan de la proliferación trofoblástica anormal de la placenta con potencial de malignidad del 20%, pudiendo invadir el útero y hacer metástasis.

### 2. Clasificación

La clasificación de la enfermedad gestacional del trofoblasto (EGT) es la siguiente:

- a) Enfermedades no neoplásicas (pre malignas) o EGT:

- ✓ Mola hidatidiforme (puede ser completa o parcial).
  - ✓ Reacción exagerada del sitio placentario.
  - ✓ Nódulos del sitio placentario.
- b) Enfermedades malignas neoplásicas o neoplasia gestacional del trofoblasto (NGT):
- ✓ Coriocarcinoma.
  - ✓ Tumor del lecho placentario.
  - ✓ Tumor trofoblástico epitelioide.

La mola hidatidiforme se clasifica en:

- a) Parcial (presencia de feto).
- b) Completa (ausencia de feto).

Las principales características de cada una están descritas en la Tabla 7.

**Tabla 7. Principales características de la mola completa y parcial**

| Características   | Mola completa   | Mola parcial   |
|---|---|--|
| Presentación clínica  | Sangrado vaginal en segundo trimestre, útero aumentado de tamaño                                  | Sangrado vaginal, aborto subclínico o incompleto en el final del primer trimestre o inicio del segundo trimestre |
| bHCG sérica   | Mayor 100.000 bh/ml   | Menor 100.000 mIU/ml   |
| Desarrollo fetal  | Ausente   | Ocasional  |
| Riesgo de desarrollo de coriocarcinoma  | 2-3%  | Muy bajo   |
| Estroma vellositario  | Muy edematoso, frecuentes cisternas e inclusiones trofoblásticas. Ausencia de desarrollo vascular | Ocasionales cisternas, pseudo inclusiones trofoblásticas. Desarrollo vascular.                                   |
| La mola completa temprana suele presentarse como aborto subclínico en las 6-12 primeras semanas de gestación. |   |  |

**Fuente:** Adaptado de tabla de características de mola completa y parcial. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Enfermedad trofoblástica gestacional. Prog Obstet Ginecol 2020; 63 (3): 165-184.

### 3. Factores de riesgo

El factor de riesgo más importante para la mola hidatidiforme es la edad materna avanzada (mayor 40 años), antecedente de gestación molar previa y abortos a repetición.

### 4. Diagnóstico

El personal de salud del SNIS debe sospechar el diagnóstico de enfermedad gestacional del trofoblasto cuando se presente una mujer en edad fértil con prueba de embarazo en sangre positiva con los siguientes síntomas:

- a) Sangrado.
- b) Dolor pélvico.
- c) Amenorrea.
- d) Expulsión de vesículas hidrópicas a través de la vagina.
- e) Otros síntomas pueden incluir: anemia, preeclampsia que debuta antes de las 20 semanas, hiperémesis gravídica y distrés respiratorio.<sup>8</sup>

El personal de salud del SNIS debe hacer diagnóstico ultrasonográfico de enfermedad gestacional del trofoblasto con los siguientes criterios:

**Tabla 8. Características ecográficas sugestivas de mola hidatidiforme**

<sup>8</sup> Hydatidiform mole: Epidemiology, clinical features and diagnosis. Uptodate 2024.

| <b>Mola completa</b>  | <b>Mola parcial</b>  |
|---|--|
| Ausencia de embrión o feto  | Se puede identificar un embrión o feto concomitante a una imagen heterogénea correspondiente a masa trofoblástica. |
| Ausencia de líquido amniótico   | Hay líquido amniótico pero el volumen esta reducido  |
| Masa central heterogénea con numerosos espacios anecoicos discretos (patrón de “Tormenta de nieve” o “Queso suizo”) | Placenta con uno o más hallazgos anormales: espacios quísticos agrandados y ecogenidad aumentada                   |
| Quistes tecaluteínicos  | Aumento del diámetro transversal del saco gestacional  |
|   | Ausencia de quistes tecaluteínicos.  |

**Fuente:** Hydatidiform mole: Epidemiology, clinical features and diagnosis. Uptodate 2024.

En el Primer Nivel de Atención, ante el diagnóstico de mola hidatidiforme se debe referir a Segundo o Tercer Nivel de Atención, según capacidad resolutive.

## 5. Manejo

El personal de salud del SNIS, ante el diagnóstico de EGT, debe ingresar a la mujer para manejo intrahospitalario, indicando los siguientes exámenes de laboratorio:

- a) Hemograma.
- b) Grupo sanguíneo.
- c) Determinación de B-hCG cuantitativa.
- d) Complementar con exámenes de gabinete según evaluación clínica y sintomatología de la mujer:
  - ✓ Radiografía de tórax, si hay sintomatología pulmonar o respiratoria.
  - ✓ Pruebas tiroideas, si hay sintomatología de hipertiroidismo.
  - ✓ Pruebas renales, hepáticas y de coagulación, si se sospecha trastorno hipertensivo del embarazo. Si cumple con los criterios para activación de código naranja se debe seguir lo establecido en los “*Protocolos para la atención integral de hemorragia posparto, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis en obstetricia*” para brindar el manejo oportuno.
  - ✓ Electrolitos si hay presencia de intolerancia a la vía oral.

### 5.1 Aspiración uterina

Ante el diagnóstico de mola hidatidiforme se debe realizar evacuación uterina de manera inmediata, independientemente del reporte de B-hCG cuantitativa. Las EGT se consideran pre malignas, con un potencial de malignizarse del 20%, por lo que la evacuación uterina debe realizarse prontamente.

En todos los casos, la mujer debe firmar el consentimiento informado habiéndole explicado el procedimiento y sus posibles complicaciones.

El tratamiento de elección es el legrado aspirativo con la cánula en función del volumen del contenido endouterino y la edad gestacional estimada. En embarazos con útero menor a 12 semanas, la aspiración puede ser manual (AMEU); en úteros mayores a 12 semanas siempre debe utilizarse aspiración eléctrica. Se debe realizar legrado instrumental tras la aspiración, con la finalidad de asegurar una evacuación completa.

En la EGT está contraindicado el uso de misoprostol previo a la aspiración; en caso de encontrarse el cuello cerrado, debe realizarse dilatación mecánica previa a la aspiración. No está contraindicado el uso de oxitocina (20-40 UI diluidas en un litro de Suero Hartmann) durante el procedimiento para minimizar el sangrado durante la aspiración.

Se debe indicar doxiciclina 200 mg vía oral, dosis única, una hora previa al legrado.

Siempre debe enviarse muestra de tejido a estudio anatomopatológico posterior al procedimiento quirúrgico.

### 5.2 Histerectomía

El personal del SNIS debe realizar, como tratamiento inicial, histerectomía y salpingectomía (no se debe realizar ooforectomía de rutina) en los casos de mujeres con diagnóstico de EGT que cumplan las siguientes condiciones:

- a) Peri menopáusicas o que no desean preservación de la fertilidad.

- b) Mola completa conocida o presunta con los siguientes factores de riesgo de neoplasia trofoblástica gestacional: tamaño uterino mayor de edad gestacional, niveles de B-hCG mayor de 100,000 UI/ml o quistes tecaluteínicos mayor a 6 cm.
- c) Evidencia de invasión miometrial en estudio de diagnóstico por imagen.

### 5.3 Alta y seguimiento

Al alta médica se debe:

- a) Brindar consejería sobre los signos y síntomas de alarma y cuando consultar nuevamente: sangrado vaginal, dolor pélvico que persiste y empeora a pesar de los analgésicos y fiebre.
- b) Analgesia con acetaminofén 500 mg VO cada 6 horas y/o ibuprofeno 400 mg VO cada 8 horas.
- c) Se debe ofrecer método anticonceptivo según criterios médicos de elegibilidad, con el objetivo de retrasar un nuevo embarazo.
- d) Dar referencia a atención de salud mental según los lineamientos vigentes.
- e) Referencia a Consulta de Alto Riesgo Reproductivo.
- f) Cita en consulta externa de ginecología para reporte de estudio histopatológico.
- g) En mujeres con antecedente de EGT que se embaraza posterior al evento, independiente del periodo intergenésico, se deben medir valores de B-hCG cuantitativa 6 semanas después de finalizar el embarazo (parto o aborto), para excluir la presencia de NGT.

Posterior al alta, el seguimiento debe realizarse en el Tercer Nivel de Atención y debe incluir la toma de B-hCG cuantitativa en los días 7, 14 y 21 posterior a la evacuación uterina, donde se espera una disminución de al menos 10% del valor inicial en cada ocasión. Si esto se cumple, se continua con toma de B-hCG cuantitativa una vez al mes durante 6 meses. Se dará de alta cuando la B-hCG ha regresado a la normalidad en al menos dos reportes consecutivos. El seguimiento de la EGT es con B-hCG cuantitativa, no es de utilidad el seguimiento con ultrasonido.

### 5.4 Diagnóstico de NGT

Los criterios diagnósticos de neoplasia gestacional del trofoblasto (NGT) son:

- a) Meseta (disminución de la B-hCG menor al 10%) en los niveles de B-hCG al menos durante 4 medidas, en un periodo de 3 semanas o superior.
- b) Aumento de B-hCG cuantitativa en 3 medidas semanales consecutivas en un periodo de al menos 2 semanas o más.
- c) Si hay diagnóstico histopatológico.

Ante el diagnóstico de NGT, el personal de salud del SNIS debe referir a la mujer al Tercer Nivel de Atención, para ingreso hospitalario, indicación de estudios de laboratorio e imágenes (pruebas renales, hepáticas, tiroideas, radiografía de tórax, ultrasonido abdominal y pélvico) e interconsulta con oncología ginecológica para que sean ellos quienes establezcan el manejo y seguimiento.

## D. Embarazo de ubicación desconocida (PUL)

### 1. Diagnóstico

El personal de salud del SNIS debe hacer diagnóstico de embarazo de ubicación desconocida (PUL, por sus siglas en inglés) cuando:

Se presente una mujer con prueba de embarazo en sangre positiva que tiene un reporte ultrasonográfico donde no hay evidencia de embarazo intrauterino, ni ectópico.

### 2. Manejo

El personal de salud del SNIS, al realizar diagnóstico de PUL, debe hacer lo siguiente:

- a) Referir al establecimiento de salud que cuente con especialista en ginecología.
- b) Se debe realizar prueba cuantitativa de hormona gonadotropina coriónica humana o referir al establecimiento de salud más cercano que cuente con dicha prueba.

- c) Se debe ingresar según el riesgo geográfico o dar manejo ambulatorio, según el caso.
- d) Indicar la prueba cuantitativa de hormona gonadotropina coriónica humana inicial y luego una prueba control a las 48-72 horas.
- e) Una vez tomadas las dos pruebas con 48-72 horas de diferencia, el manejo será según lo establecido en la Tabla 9.

**Tabla 9. Manejo del PUL según valores de B-hCG**

| Porcentaje de variación entre tomas de B-hCG | Diagnóstico       | Manejo  |
|--|-------------------|---|
| Incremento mayor al 35%                      | Embarazo viable   | Toma semanal de B-hCG<br><br>Al alcanzar la zona discriminatoria de B-hCG (3510 mUI/ml), realizar ultrasonido transvaginal para confirmar embarazo intrauterino.              |
| Incremento menor al 35%                      | Embarazo ectópico | Realizar estudios de imagen (si persiste sin localizarse con ultrasonido transvaginal, complementar con TAC o RM abdomino-pélvica)<br><br>Manejo médico del embarazo ectópico |
| Disminución                                  | Aborto completo   | Toma semanal de B-hCG<br><br>Alta al alcanzar valores menores a 5 mUI/ml  |

**Fuente:** Ministerio de Salud, 2025.

## V. Protocolos de las hemorragias del segundo y tercer trimestre del embarazo

### A. Placenta previa

#### 1. Definición

Se define como la presencia de tejido placentario que se extiende sobre el orificio cervical interno, parcialmente o en su totalidad.

#### 2. Factores de riesgo

**Tabla 10. Factores de riesgo para placenta previa**

| Principales                    | Otros                                   |
|--------------------------------|---|
| Antecedente de placenta previa | Procedimiento quirúrgico uterino previo |
| Antecedente de cesárea         | Edad materna avanzada                   |
| Gestación múltiple             | Tratamiento de infertilidad             |
|                                | Endometriosis                           |
|                                | Aborto                                  |

**Fuente:** Placenta previa: epidemiology, clinical features, diagnosis, morbidity and mortality. Uptodate 2024.

#### 3. Diagnóstico

El personal de salud del SNIS debe hacer diagnóstico de placenta previa por ultrasonografía transvaginal en el segundo o tercer trimestre, según los siguientes criterios:

- Placenta previa: evidencia de tejido placentario que cubre el orificio cervical interno.
- Placenta de inserción baja: cuando el borde placentario está a 20 mm o menos del orificio cervical interno.

Los términos “placenta marginal” o “placenta previa parcial” ya no son utilizados en la actualidad para describir esta patología.

Si se confirma placenta previa durante el análisis ultrasonográfico de rutina, sin síntomas clínicos, se debe referir al especialista en ginecología y obstetricia de Segundo Nivel de Atención para continuar controles prenatales en dicho centro.

En todos los casos de placenta previa se debe descartar acretismo placentario a través del estudio Doppler ultrasonográfico entre las 18 – 24 semanas de gestación, independiente si tiene o no tiene cesárea anterior. Además, se debe realizar estudio doppler ultrasonográfico en todos los casos de cesárea anterior y placenta anterior. En caso de no contar con la capacidad instalada para realizar dicho estudio, se debe referir a la mujer embarazada al lugar correspondiente.

Se deben dar las siguientes recomendaciones:

- a) Reposo relativo o incapacidad según criterio médico en caso de placenta previa sangrante
- b) Evitar cualquier relación sexual que produzca orgasmos .
- c) No colocar ningún objeto en la vagina.
- d) El personal de salud debe evitar realizar tactos vaginales.
- e) Evitar ejercicios físicos moderados o intensos.
- f) Evitar levantar objetos pesados (20 libras o más).
- g) Evitar permanecer de pie (más de 4 horas).
- h) Informar a la paciente sobre la posibilidad de sangrado vaginal espontáneo y la importancia de asistir al hospital si esto ocurre.
- i) Prevención de anemia materna.

## **4. Manejo**

### **4.1 Placenta previa asintomática**

Si a las 28 semanas se confirma el diagnóstico, se deben reforzar las recomendaciones y programar seguimiento ultrasonográfico mensual.

A las 36 semanas se realizará valoración de la vía del parto y del momento de finalización con una cesárea electiva entre las 36 y las 37.6 semanas.

### **4.2 Placenta previa sangrante**

Los objetivos del manejo de una placenta previa sangrante son:

- a) Lograr y mantener la estabilidad hemodinámica
- b) Determinar si es necesaria una cesárea de emergencia

Ante la evidencia clínica de sangrado vaginal sin dolor acompañado de hallazgo ultrasonográfico de placenta de inserción baja o placenta previa en una mujer con embarazo menor a las 37 semanas, el personal de salud del SNIS debe ingresar a la mujer y dar el siguiente manejo:

- a) Ingreso a Unidad Nacer con Cariño (UNCC).
- b) Consignar el expediente clínico el examen físico completo, estableciendo los siguientes parámetros:
  - ✓ Cardiovascular: Signos vitales, llenado capilar, índice de choque.
  - ✓ Neurológico: estado de conciencia mediante la escala de Glasgow.
  - ✓ Pulmonar: Frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.
  - ✓ Abdomen: identificar signos de irritación peritoneal como dolor a la palpación profunda, rebote, distensión abdominal, evitar tactos vaginales.
  - ✓ Medir diuresis.
- c) Tomar los siguientes exámenes de laboratorio:
  - ✓ Hemograma.
  - ✓ Tiempos de coagulación y fibrinógeno.
  - ✓ Prueba cruzada.
  - ✓ Completar exámenes de perfil prenatal si no los tiene completos a la fecha.
- d) Valorar necesidad de transfusión de hemocomponentes.
- e) Monitorización materna: signos vitales cada hora.
- f) Monitoreo continuo de la frecuencia cardiaca fetal en gestaciones mayores a 24 semanas, se puede complementar con estudio ultrasonográfico con perfil biofísico.

- g) Tocólisis: si se presentan contracciones uterinas en embarazos menores de 34 semanas de edad gestacional, se debe indicar tocólisis con nifedipina según los “*Protocolos para la prevención, diagnóstico y manejo de la amenaza de parto prematuro y la ruptura prematura de membranas*”. No deben utilizarse AINES como tocolítics, ya que inhiben la agregación plaquetaria y pueden aumentar el sangrado.
- h) Maduración pulmonar: entre las 24 y 33.6 semanas en todos los casos según “*Protocolos para la prevención, diagnóstico y manejo de la amenaza de parto prematuro y la ruptura prematura de membranas*”.
- i) Neuro protección con sulfato de magnesio entre las 24 y 31.6 semanas en todos los casos según “*Protocolos para la prevención, diagnóstico y manejo de la amenaza de parto prematuro y la ruptura prematura de membranas*”.
- j) Reposo absoluto hasta conseguir estabilización del cuadro clínico.

Indicaciones de finalización del embarazo:

- a) Trabajo de parto.
- b) Pérdida de bienestar fetal (Monitoreo fetal categoría III o Monitoreo fetal categoría II persistente).
- c) Sangrado vaginal severo o persistente que amenaza la estabilidad hemodinámica.
- d) Sangrado vaginal que no amenaza la estabilidad hemodinámica, pero es significativo y ocurre en embarazos de 34 semanas o más.

Si la mujer se encuentra con hemorragia obstétrica se debe dar manejo según “*Protocolo para la atención integral de hemorragia posparto, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis en obstetricia*”.

En caso que el hospital no cuente con la capacidad instalada para el manejo adecuado de placenta previa, debe referir al establecimiento de salud con capacidad resolutive.

## B. Desprendimiento prematuro de placenta

### 1. Definición

Es la separación parcial o completa de la placenta respecto a la pared uterina que ocurre después de la semana 20 y antes del parto, también conocido como abrupcio placentae. Es considerada una urgencia obstétrica que requiere la finalización inmediata de la gestación.

### 2. Diagnóstico

El personal de salud del SNIS debe hacer diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta por clínica, cuando se presente una mujer embarazada con los siguientes signos:

- a) Sangrado vaginal más Contracciones uterinas que pueden incluir sensibilidad uterina y dolor abdominal.
- b) Si lo anterior se acompaña de muerte fetal, el monitoreo fetal electrónico patológico<sup>9</sup> y/o coagulación intravascular diseminada (CID) ayudan a confirmar el diagnóstico.

La ultrasonografía obstétrica puede ser de utilidad para confirmación del diagnóstico a través de la visualización de un hematoma retro placentario, pero se debe recordar que este no se visualiza en un 25% a 60% de las mujeres embarazadas. También ayuda a descartar otras causas de sangrado como placenta previa.

### 3. Manejo

El personal de salud del SNIS ante la sospecha de desprendimiento prematuro de placenta debe de:

- a) Referir a Segundo o Tercer Nivel de Atención para evaluación y manejo de caso.
- b) En caso de inestabilidad hemodinámica o hemorragia severa debe de seguir los “*Protocolo para la atención integral de hemorragia posparto, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis en obstetricia*”.

En Segundo o Tercer Nivel de Atención ante la sospecha de desprendimiento prematuro de placenta debe de:

<sup>9</sup> Lockwood C, Russo-Stieglitz K. Placenta previa: Epidemiology, clinical features, diagnosis, morbidity and mortality. FACOG. junio de 2024

- a) Ingreso hospitalario.
- b) Identificar la edad gestacional correcta según lo establecido en los lineamientos vigentes.
- c) Realizar historia clínica completa incluyendo los antecedentes gineco-obstétricos.
- d) Realizar examen físico completo con énfasis en:
  - ✓ Cardiovascular: Signos vitales, llenado capilar, calcular índice de choque.
  - ✓ Neurológico: estado de conciencia mediante de escala de Glasgow.
  - ✓ Pulmonar: Frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.
  - ✓ Abdomen: identificar taquisistolia, irritabilidad uterina, hipertonía y frecuencia cardíaca fetal.
- e) Realizar examen vaginal previo consentimiento de la mujer: verificar sangrado de cavidad uterina, características del sangrado (olor, color y cantidad), estimar la pérdida sanguínea y completar con tacto vaginal.
- f) Comprobación de bienestar fetal según edad gestacional y estado clínico de la paciente.
- g) Tomar exámenes de laboratorio: Hemograma, tiempos de coagulación, fibrinógeno, prueba cruzada urgentes.
- h) Si el estado fetal y materno lo permiten, se realizará evaluación ecográfica.
- i) Finalización del embarazo mediante cesárea urgente.

Si se diagnostica muerte fetal intrauterina y la madre está hemodinámicamente estable se optará por vía vaginal, si el parto es inminente y las condiciones obstétricas lo permiten, de lo contrario se debe optar por evacuación vía abdominal.

Si la mujer presenta hemorragia obstétrica se debe seguir el *“Protocolo para la atención integral de hemorragia posparto, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis en obstetricia”*.

## C. Acretismo placentario

### 1. Definición

El espectro de placenta acreta es un término utilizado que describe la invasión trofoblástica anormal en el miometrio y algunas veces en la serosa o más allá de esta. Es clínicamente importante porque la placenta no se separa espontáneamente durante el nacimiento y el intento de extracción manual resulta en hemorragia que puede amenazar la vida de la mujer y que necesita histerectomía.

### 2. Clasificación

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia clasifica el espectro de placenta acreta de la siguiente forma:

- a) Grado 1: placenta acreta – las vellosidades coriónicas se adhieren al miometrio.
- b) Grado 2: placenta increta – las vellosidades coriónicas penetran el miometrio.
- c) Grado 3: placenta percreta .
  - ✓ Subtipo 3a: las vellosidades coriónicas penetran hasta la serosa.
  - ✓ Subtipo 3b: las vellosidades coriónicas invaden la vejiga.
  - ✓ Subtipo 3c: las vellosidades coriónicas invaden otros tejidos u órganos.

### 3. Factores de riesgo

- a) Cesárea anterior más placenta previa.
- b) Placenta previa o anterior con inserción baja.
- c) Legrado uterino.
- d) Ablación endometrial.
- e) Edad materna mayor a 35 años.
- f) Multiparidad.
- g) Historia de radiación pélvica.
- h) Procedimientos de asistencia reproductiva.
- i) Gestaciones múltiples.

## 4. Diagnóstico

### 4.1 Diagnóstico ecográfico

El diagnóstico de acretismo placentario se debe realizar idealmente en los controles prenatales de rutina de la siguiente forma: en todos los casos de placenta previa se debe descartar acretismo placentario a través del estudio Doppler ultrasonográfico entre las 18 – 24 semanas de gestación, independiente si tiene o no tiene cesárea anterior. Además, se debe realizar estudio Doppler ultrasonográfico en todos los casos de cesárea anterior y placenta anterior. En caso de no contar con la capacidad instalada para realizar dicho estudio, se debe referir a la mujer embarazada al lugar correspondiente.

Los hallazgos ultrasonográficos de acretismo placentario son:

- a) Pérdida de la “clear zone” o pérdida de interfase miometrio-placenta
- b) Lagunas vasculares.
- c) Adelgazamiento miometrial.
- d) Interrupción de la pared vesical.
- e) Bulto placentario.
- f) Masa exofítica focal.
- g) Hipervascularización uterovesical.
- h) Hipervascularización uteroplacentaria.
- i) Vasos puentes.

Ante duda diagnóstica por ultrasonido, valorar el uso de resonancia magnética para confirmar o descartar el diagnóstico de placenta acreta.

### 4.2 Diagnóstico post parto

El personal de salud del SNIS debe de sospechar acretismo placentario cuando ocurre retención placentaria definida como la falta de alumbramiento de placenta después de 30 minutos del nacimiento del bebé, al intentar realizar extracción manual de placenta, la placenta permanece firmemente adherida a la cavidad uterina.

Si la placenta se percibe firmemente adherida no se debe intentar extraer, se debe dar manejo según el “Protocolo para la atención integral de hemorragia posparto, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis en obstetricia” y realizar histerectomía. No está justificado extraer la placenta en fragmentos.

## 5. Manejo

Ante la sospecha de acretismo placentario por ultrasonografía de rutina el personal de salud del SNIS debe referir a la mujer a Tercer Nivel de Atención para continuar controles prenatales, completar estudios y programación de cirugía electiva con equipo multidisciplinario.

En el Tercer Nivel de Atención se deben realizar las siguientes acciones:

En embarazos menores a 32 semanas debe ser evaluada por Medicina Materno Fetal para establecer seguimiento de caso.

En embarazos mayores a 32 semanas se debe realizar ingreso hospitalario para estudios complementarios, valoración por equipo multidisciplinario y evaluación pre anestésica.

- a) Durante dicho ingreso se debe realizar un consenso interdisciplinario con equipo de Medicina Materno Fetal, Neonatología, Obstetricia Crítica, Enfermería, Psicología, Sala de Operaciones y Banco de Sangre para planificar el día de finalización del embarazo.
- b) Se deben tener disponibles para el momento operatorio glóbulos rojos empacados y plasmas frescos congelados compatibles.
- c) Firma de consentimiento informado describiendo posibles complicaciones y el tratamiento definitivo.
- d) Se debe de considerar el riesgo social de cada mujer y la dificultad para acceder a servicios de salud, individualizando el ingreso para cada caso.
- e) La finalización programada no urgente se debe realizar entre las 35 y 37 semanas.
- f) La cesárea-histerectomía total es el tratamiento de elección, en todos los casos de acretismo placentario.

- g) En mujeres con sangrado frecuente que ha ameritado ingreso hospitalario o dinámica uterina frecuente se debe realizar finalización electiva a partir de las 34 semanas.
- h) En caso de sangrado activo y abundante, actividad uterina que no cede, ruptura de membranas, pérdida de bienestar fetal, sospecha de infección intraamniótica, preeclampsia con signos de gravedad o inestabilidad hemodinámica, se debe finalizar el embarazo urgente independientemente de la edad gestacional.
- i) Consensuar tipo de postoperatorio inmediato más adecuado para la mujer en Unidad de Cuidados Intensivos o Especiales.
- j) Ante activación de código rojo se debe dar el manejo según el *“Protocolo para la atención integral de hemorragia posparto, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis en obstetricia”*.

## **VII. Monitoreo**

Las instituciones del SNIS realizaran el monitoreo y seguimiento al cumplimiento de los presentes protocolos y deben cumplir lo siguiente:

- a) Monitoreo mensual utilizando los Instrumentos estandarizados:
  - ✓ Instrumento de monitoreo estandarizado para la atención de la mujer con aborto espontáneo.(Anexo 2)
  - ✓ Instrumento de monitoreo estandarizado para la atención de la mujer con embarazo ectópico. (Anexo 3)
  - ✓ Instrumento de monitoreo estandarizado para la atención de hemorragias del segundo y tercer trimestre del embarazo.(Anexo 4)
- b) Enviar informe del monitoreo el décimo día hábil de cada mes a la Unidad Materno Perinatal con el análisis y compromisos de mejora.
- c) Participar en las jornadas de evaluación semestrales convocadas por la Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez.

## VIII. Disposiciones finales

### a) Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad del personal multidisciplinario de salud del MINSAL, dar cumplimiento a los presentes protocolos, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

### b) Revisión y actualización

Los presentes protocolos serán revisados y actualizados cuando existan cambios o avances en los tratamientos y abordajes, o en la estructura orgánica o funcionamiento del MINSAL, o cuando se determine necesario por parte del Titular.

### c) De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto en los presentes protocolos, se resolverá a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

### d) Derogatoria

Deróganse la Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia de fecha 13 de febrero de 2012.

## IX. Vigencia

Los presentes protocolos entrarán en vigencia a partir de la fecha de su firma, por parte del Titular de esta Cartera de Estado.

Comuníquese,

A handwritten signature in blue ink is written over a circular official stamp. The stamp contains the text "MINISTERIO DE SALUD" at the top, "SAN SALVADOR" in the center, and "C.A. DE EL SALVADOR" at the bottom. The signature is a cursive script that extends across the width of the stamp.

**Dr. Francisco José Alabi Montoya**  
**Ministro de Salud *Ad honorem***

## X. Referencias bibliográficas

1. Arthuis C, Ploteau S. Metrorragias del primer trimestre del embarazo. EMC - Ginecología - Obstetricia; 2022.
2. Norwitz E, Shin P J. Evaluation and differential diagnosis of vaginal bleeding before 20 weeks of gestation. FACOG. Mayo de 2024.
3. Protocolo: Manejo de la pérdida gestacional precoz. Clin Barc St Jean Déu Barc - Hosp.
4. Hendriks E, MacNaughton H, MacKenzie M. First trimester bleeding: evaluation and management. Am Fam Physician. 2019;99(3):166-74.
5. Doubilet P, Benson C, Bourne T. Diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester. Massachusetts Med Society. 2013;369:1443.
6. Evaluation and differential diagnosis of vaginal bleeding before 20 weeks of gestation. Uptodate 2024.
7. Hendriks E, MacNaughton H, MacKenzie M. First trimester bleeding: evaluation and management. Am Fam Physician. 2019;99(3):166-74.
8. Prager S, Micks E, Dalton V. Septic abortion: Clinical presentation and management. FACOG. 29 de mayo de 2024.
9. Torres M, Urrego M. Hemorragias durante el primer trimestre del embarazo: revisión narrativa. Ginecol Obstet Mex. 2022;90(7):590-8
10. Tulandi T. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis. FACOG. Enero de 2024
11. Hydatidiform mole: Epidemiology, clinical features and diagnosis. Uptodate 2024.
12. Tidy J, Seckl M, Hancock B. Management of gestational trophoblastic disease. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. agosto de 2020;128(1):1-27.
13. Hydatidiform mole: Treatment and follow-up. UptoDate 2024.
14. Lockwood C, Russo-Stieglitz K. Placenta previa: Epidemiology, clinical features, diagnosis, morbidity and mortality. FACOG. junio de 2024
15. Placenta accreta spectrum: Clinical features, diagnosis and potencial consequences. Uptodate 2024.

## **XI. Anexos**

## Anexo 1



MINISTERIO  
DE SALUD

### Recomendaciones de uso de Misoprostol, según dosis FIGO 2023

| < 12 semanas   | 13 – 17 semanas   | 18-24 semanas  | 25 – 27 semanas   | >28 semanas   | Uso Postparto   |
|--|---|--|---|---|---|
| Finalización de embarazo<br><br>Misoprostol 800 µg BU/SL/VV cada 3 horas hasta la expulsión.       | Finalización de embarazo<br><br>Misoprostol 400 µg BU/SL/VV cada 3 horas hasta la expulsión         | Finalización de embarazo<br><br>Misoprostol 400 µg BU/SL/VV cada 3 horas hasta la expulsión  | Finalización de embarazo<br><br>Misoprostol 200 µg cada 4 horas BU / SL / VV hasta la expulsión         | Finalización de embarazo<br><br>Misoprostol 25-50 µg cada 4 horas VV o 50 -100 µg cada 2 horas VO       | Profilaxis Hemorragia post parto<br><br>Misoprostol 600 µg SL X 1     |
| Aborto fallido o anembrionario<br><br>Misoprostol 800 µg BU/SL/VV cada 3 horas hasta la expulsión. | Aborto fallido<br><br>Misoprostol 400 µg cada 3 horas BU/SL / VV hasta la expulsión                 | Muerte Fetal<br><br>Misoprostol 400 µg BU/SL/VV cada 3 horas hasta la expulsión  | Muerte fetal<br><br>Misoprostol 200 µg cada 4 horas BU / SL / VV hasta la expulsión                     | Muerte fetal<br><br>Misoprostol 25-50 µg cada 4 horas VV o 50 -100 µg cada 2 horas VO                   | Tratamiento de Hemorragia post parto<br><br>Misoprostol 800 µg SL x 1 |
| Aborto incompleto<br><br>Misoprostol 400 µg SL x 1<br>600 µg VO x 1<br>800 µg BU x 1               | Aborto incompleto<br><br>Misoprostol 400 µg cada 3 horas BU/SL hasta la expulsión                   | Aborto incompleto<br><br>Misoprostol 400 µg cada 3 horas BU/SL hasta la expulsión  | Inducción del trabajo de parto<br><br>Misoprostol 25-50 µg cada 4 horas VV o 50 -100 µg cada 2 horas VO | Inducción del trabajo de parto<br><br>Misoprostol 25-50 µg cada 4 horas VV o 50 -100 µg cada 2 horas VO |   |
| No requiere preparación cervical para realizar aspiración  | Preparación cervical previo AMEU<br><br>Misoprostol 400 µg BU/SL/VV 1-2 horas previo procedimiento. | Preparación Cervical Previo D&E<br><br>Dilatadores osmóticos 1-2 días antes y misoprostol 400 µg BU /SL/VV 1-2 horas antes del procedimiento |   |   |   |

BU: Bucal, SL: Sublingual, VV: Vía vaginal, VO: vía oral. D&E dilatación y evacuación

**Fuente:** <https://www.figo.org/sites/default/files/2023-11/FIGO-Miso-Chart-11-2023%20FINAL.pdf>

## Anexo 2.



MINISTERIO  
DE SALUD

### Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez Instrumento de monitoreo estandarizado para la atención de la mujer con aborto espontáneo

**I. Objetivo:** realizar el monitoreo en todas la instituciones del SNIS.

#### II. Identificación

Institución: \_\_\_\_\_

Supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de la atención: \_\_\_\_\_

Evaluación realizada por: Ginecólogo  Residente de ginecología  Médico general  Otro

Especificar: \_\_\_\_\_

FUR: \_\_\_\_\_ FPP: \_\_\_\_\_ EG: \_\_\_\_\_

¿Cómo clasifico el aborto? Amenaza de aborto  Aborto completo  Aborto incompleto  Aborto fallido o anembrionico  Aborto séptico

#### III. Desarrollo

| Intervención   | Si | No |
|--|----|----|
| Se realiza diagnóstico de amenaza de aborto con los siguientes criterios:<br>a) Mujer con embarazo confirmado que consulta por dolor y sangrado<br>b) Ultrasonido que demuestra embarazo uterino viable  |    |    |
| Si se realiza diagnóstico de amenaza de aborto se registra recomendaciones de signos y síntomas de alarma y se indican analgésicos según protocolo.  |    |    |
| Se realiza diagnóstico de aborto completo con los siguientes criterios:<br>a) Mujer con embarazo confirmado que consulta con dolor y sangrado<br>b) En estudio ultrasonográfico previo se demuestra saco gestacional intrauterino y, en el ultrasonido actual, ya no se evidencia saco gestacional intrauterino.   |    |    |
| Si se realiza diagnóstico de aborto completo se brindaron recomendaciones de signos y síntomas de alarma.  |    |    |
| Se realiza diagnóstico de aborto incompleto con los siguientes criterios:<br>a) Mujer con embarazo confirmado que consulta por dolor y sangrado más<br>b) Presencia de restos ovulares al examen físico con especulo<br>o<br>c) Ultrasonido que evidencia restos ovulares intrauterinos  |    |    |
| Se realiza diagnóstico de embarazo fallido o anembrionico con los siguientes criterios:<br>a) Hallazgo ultrasonográfico de Longitud Cráneo-Rabadilla mayor o igual a 7 mm y sin latido cardíaco<br>b) Diámetro medio del saco gestacional mayor o igual a 25 mm y sin embrión<br>c) Ausencia de embrión con latido cardíaco luego de 2 semanas o más de una exploración que mostró un saco gestacional sin saco vitelino.<br>d) Ausencia de embrión con latido cardíaco 11 días o más de una exploración que mostró un saco gestacional con un saco vitelino |    |    |
| ¿La mujer eligió el manejo? ¿Se llenó formato único de consentimiento informado describiendo el manejo según la comprensión de riesgo/beneficios explicados?   |    |    |

|   |  |  |
|---|--|--|
| En el caso de elegir manejo expectante, se indicó cita de seguimiento cada 7 a 14 días para verificar por historia clínica o examen físico si ya hubo expulsión de restos ovulares.   |  |  |
| En caso de elegir manejo médico, se indicó misoprostol según las siguientes dosis:<br>a) Aborto fallido o anembrionico: Misoprostol 800 mcg BU/SL/VV cada 3 horas hasta la expulsión<br>b) Aborto incompleto: misoprostol 400 mcg SL o 600 mcg VO o 800 mcg BU dosis única                                |  |  |
| En caso de elegir manejo quirúrgico, se indicó doxiciclina 200 mg via oral en dosis única, una hora previa al procedimiento quirúrgico y se indicó analgesia parenteral.  |  |  |
| Al alta se ofreció método de planificación familiar y se registró consejería en expediente clínico.   |  |  |
| Se dio referencia a salud mental  |  |  |
| Se brindan recomendaciones sobre signos y síntomas de alarma  |  |  |
| Si se realiza diagnóstico de aborto séptico, en presencia de aborto incompleto o fallido y una o más de las siguientes:<br>1. Fiebre<br>2. Sensibilidad uterina<br>3. Sangrado vaginal fétido y salida de material purulento por el orificio cervical externo<br>4. Leucocitosis mayor a 15,000 por campo |  |  |
| Si se realiza diagnóstico de aborto séptico se da manejo con: clindamicina 900 mg EV cada 8 horas más gentamicina 2 mg/kg/ EV de impregnación, luego 5 mg/kg cada 24 horas más doxiciclina 100 mg vo cada 12 horas.   |  |  |
| Ante el diagnóstico de aborto séptico se realizó manejo quirúrgico urgente  |  |  |

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Conclusiones:

El manejo fue según lo recomendado: Si  No

Si la respuesta es "No", explique por qué:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Anexo 3.



MINISTERIO  
DE SALUD

### Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez Instrumento de monitoreo estandarizado para la atención de la mujer con embarazo ectópico

#### I. Objetivo:

Realizar el monitoreo estandarizado para la atención de la mujer con embarazo ectópico.

#### II. Identificación

Institución: \_\_\_\_\_

Supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de la atención: \_\_\_\_\_

Evaluación realizada por: Ginecólogo  Residente de ginecología  Médico general  Otro

Especificar: \_\_\_\_\_

#### III. Desarrollo

| Intervención   | Si | No |
|--|----|----|
| Se realiza diagnóstico ultrasonográfico de embarazo ectópico con uno de los siguientes:<br>a) Saco gestacional con un saco vitelino con un embrión con o sin latido cardiaco fuera del útero<br>b) Masa anexial heterogénea compleja<br>c) Masa anexial que contiene un saco gestacional vacío<br>d) Líquido libre en fondo de saco de Douglas o cavidad abdominal |    |    |
| Se llenó formato único de consentimiento informado explicando el tratamiento y sus posibles complicaciones, dejando constancia que la mujer entiende y acepta el tratamiento descrito.   |    |    |
| En caso de elegir manejo expectante, se realizó seguimiento con cuantificación de B-hCG cada tres días hasta negativizar.  |    |    |
| En caso de elegir manejo médico, se verificó que cumplía los parámetros para indicar manejo médico.  |    |    |
| En caso de elegir manejo médico, se indicaron exámenes para evaluar la función hepática y renal.   |    |    |
| ¿Se calculó dosis de metotrexato por superficie corporal según lo establecido?   |    |    |
| En caso de elegir manejo médico, se realizó el seguimiento en los días 4, 7 y 14 con cuantificación de B-hCG.  |    |    |
| En caso de elegir manejo quirúrgico, se verificó que cumplía los parámetros para indicar manejo quirúrgico.  |    |    |
| En caso de elegir manejo quirúrgico, se realizó salpingectomía o salpingostomía.   |    |    |
| Al alta se ofreció método de planificación familiar y se registró consejería en expediente clínico.  |    |    |
| Se dio referencia a salud mental   |    |    |
| Se brindan recomendaciones sobre signos y síntomas de alarma   |    |    |

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Conclusiones:

El manejo fue según lo recomendado:      Si       No

Si la respuesta es "No", explique por qué:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Anexo 4



MINISTERIO  
DE SALUD

### Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez

#### Instrumento de monitoreo estandarizado para la atención de hemorragias del segundo y tercer trimestre del embarazo

##### I. Objetivo:

Realizar monitoreo estandarizado para la atención de hemorragias del segundo y tercer trimestre del embarazo.

##### II. Identificación

Institución: \_\_\_\_\_

Supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de la atención: \_\_\_\_\_

Evaluación realizada por: Ginecólogo  Residente de ginecología  Médico general  Otro

Especificar: \_\_\_\_\_

##### III. Desarrollo

| Intervención  | Si | No |
|---|----|----|
| <b>Placenta previa</b>  |    |    |
| Se realiza diagnóstico de placenta previa con los siguientes criterios:<br>Ultrasonografía transvaginal del segundo o tercer trimestre que demuestra tejido placentario que cubre el orificio cervical interno o que el borde placentario se encuentra a 20 mm o menos del orificio cervical interno.   |    |    |
| Se descartó acretismo placentario a través del estudio Doppler ultrasonográfico entre las 18-24 semanas de gestación.   |    |    |
| En caso de placenta previa asintomática, se decidió finalización del embarazo con una cesárea electiva entre las 36 y 37.6 semanas.   |    |    |
| En caso de placenta previa sangrante se tomaron los siguientes exámenes de laboratorio: Hemograma, tiempos de coagulación, fibrinógeno y prueba cruzada   |    |    |
| Ante el diagnóstico de placenta previa sangrante con contracciones uterinas en embarazo menor a 34 semanas, se indicó tocólisis con nifedipina.   |    |    |
| Ante el diagnóstico de placenta previa sangrante entre las 24 y 33.6 semanas se indicó maduración pulmonar según lo establecido en los protocolos.  |    |    |
| Ante el diagnóstico de placenta previa sangrante en embarazos entre los 24 y 31.6 semanas se cumplió neuroprotección con sulfato de magnesio antes del nacimiento.  |    |    |
| En caso de placenta previa sangrante, se indicó finalización del embarazo ante cualquiera de los siguientes:<br>a) Trabajo de parto<br>b) Pérdida de bienestar fetal<br>c) Sangrado vaginal severo o persistente que amenaza la estabilidad hemodinámica<br>d) Sangrado vaginal que no amenaza la estabilidad hemodinámica pero es significativo y ocurre en embarazos de 34 o más. |    |    |

| <b>Desprendimiento prematuro de placenta</b>  |  |  |
|---|--|--|
| Se realiza diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta con los siguientes signos:<br>a) Sangrado vaginal más<br>b) Contracciones uterinas que pueden incluir sensibilidad uterina y dolor abdominal o<br>c) Muerte fetal, monitoreo fetal patológico o coagulación intravascular diseminada. |  |  |
| Ante el diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta se tomaron los siguientes exámenes: Hemograma, tiempos de coagulación, fibrinógeno y prueba cruzada.   |  |  |
| Ante el diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta se realizó finalización del embarazo mediante cesárea urgente.   |  |  |
| <b>Acretismo placentario</b>  |  |  |
| Se realiza diagnóstico prenatal de acretismo placentario con el estudio Doppler ultrasonográfico entre las 18 a 24 semanas de gestación en los casos de placenta previa o los casos de placenta anterior con cesárea previa.  |  |  |
| Se realiza diagnóstico post parto de acretismo placentario cuando ocurre retención placentaria y no es posible realizar extracción manual de placenta.  |  |  |
| Ante el diagnóstico de acretismo placentario prenatal, la mujer embarazada fue referida a tercer nivel de atención para evaluación por medico subespecialista de medicina materno fetal.  |  |  |
| Ante el diagnóstico prenatal de acretismo placentario, se realizó evaluación por equipo multidisciplinario previo a la finalización del embarazo.   |  |  |
| La finalización del embarazo programada no urgente se realizó entre las 35 y 37 semanas   |  |  |
| Se llenó formato único de consentimiento informado explicando el tratamiento y las posibles complicaciones relacionadas en todos los casos.   |  |  |

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conclusiones:

El manejo fue según lo recomendado: Si  No

Si la respuesta es "No", explique por qué:

\_\_\_\_\_