



PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED METRORRAGIA DEL EMBARAZO

SERVICIO DE SALUD IQUIQUE 2018 – 2021

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
<p>Dr. José Domingo Marquez Médico gineco-obstetra Hospital Ernesto Torres Galdames</p> <p>Dra. Cecilia Segura Palladín Médico EDF CESFAM Dr. Pedro Pulgar Melgarejo Alto Hospicio</p> <p>Dr. Camilo Montaña Médico EDF CESFAM Dr. Pedro Pulgar Melgarejo Alto Hospicio</p>	<p>Dra. Paloma Ly Sánchez Encargada R y CR Servicio de Salud</p> <p>Yuriko Kuwahara A. Encargada de Calidad Servicio Salud Iquique</p> <p>Mt. Alejandra Aranibar M Encargada (s) programa de la mujer Servicio Salud Iquique</p>	<p>Patricia Quintard R. Directora (s) Servicio Salud Iquique</p>
<p>Fecha elaboración: Mayo 2018</p>	<p>Fecha revisión: Mayo 2018</p>	<p>Fecha próxima revisión: Mayo 2021</p>



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 2 de 25

Vigencia: 3 años

INDICE

DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES	3
INTRODUCCIÓN	3
MAPA DE RED	4
OBJETIVOS	4
ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN	5
RESPONSABLES	5
POBLACIÓN OBJETIVO	6
DEFINICIONES	7
PROCEDIMIENTO O DESARROLLO	19
FLUJOGRAMA	23
RESPONSABLES DE EVALUACIÓN	24
PLAN DE DIFUSION.....	24
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 3 de 25

Vigencia: 3 años

1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.

No se declara conflictos de interés de los autores ni los revisores del siguiente protocolo.

2. INTRODUCCIÓN.

La metrorragia del embarazo corresponde al sangrado que se produce durante la gestación. Presenta gran impacto en la morbilidad materna, siendo causa frecuente de consulta en servicios de atención de urgencia obstétrica y de atención primaria.

La metrorragia del embarazo se divide según se presente antes de las 20 semanas de gestación o metrorragia del primer trimestre, y aquella que se produce después de las 20 semanas de gestación o metrorragia de la segunda mitad del embarazo.

La metrorragia del primer trimestre presenta una prevalencia del 16 al 25 % y su principal diagnóstico diferencial es aborto.

La metrorragia de la segunda mitad del embarazo afecta entre el 2 y 5% de los embarazos y corresponde al sangrado del II y III trimestre. Constituye una de las principales causas de mortalidad materna en nuestro país, además de presentar un factor de riesgo perinatal secundario a prematuridad y asfixia. Sus dos grandes causas son desprendimiento prematuro de placenta previamente normoinserta y placenta previa.

El sangrado genital en cualquier momento del embarazo es motivo de preocupación, pero es sólo después de las 24 semanas de edad gestacional que su manejo se ve marcadamente influenciado por la posibilidad de sobrevida fetal.



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

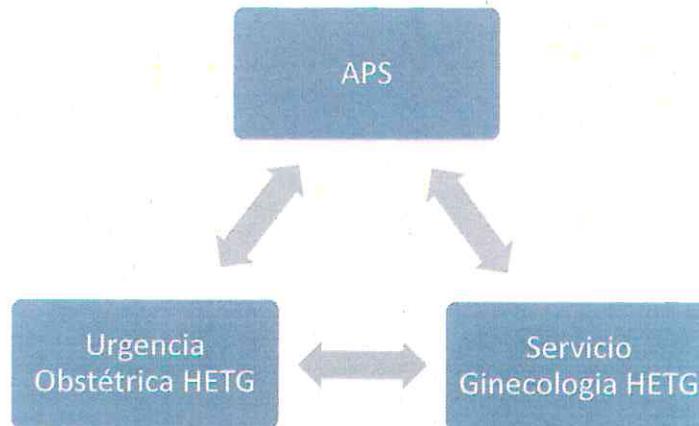
Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 4 de 25

Vigencia: 3 años

3. MAPA DE RED.



4. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

- Establecer un proceso de referencia y contrarreferencia de usuarias con metrorragia del embarazo, que facilite la integración y coordinación eficaz entre los niveles primario, secundario y terciario de atención en salud de la red asistencial de la Región de Tarapacá, dependiente del Servicio de Salud Iquique.
- Instaurar criterios estandarizados de manejo, derivación y priorización de usuarias, que permitan referir y contrarreferir, de forma precoz y pertinente, entre los tres niveles de atención de la red asistencial regional.
- Optimizar los canales de comunicación existentes entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria.



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 5 de 25

Vigencia: 3 años

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entregar criterios de evaluación, manejo y derivación oportuna frente a usuarias con diagnóstico de metrorragia del embarazo.
- Entregar recomendaciones para prevenir complicaciones secundarias a esta patología.

5. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.

El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario, lo que incluye: Postas de Salud Rurales (PSR), Servicios de Urgencia Rurales (SUR), Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Centros de Salud Familiar (CESFAM), y Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH-HETG), respectivamente.

6. RESPONSABLES.

RESPONSABLES DE SU EJECUCION

- Médico APS es responsable de pesquisar, tratar las patologías de manejo en APS y derivar de forma oportuna las patologías que requieran de estudio y manejo por especialista.
- Médico especialista es responsable de realizar estudio diagnóstico e iniciar tratamiento y seguimiento, según corresponda.
- Médico especialista es responsable de realizar la contrarreferencia a APS.



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 6 de 25

Vigencia: 3 años

RESPONSABLE DE EVALUACION Y MONITOREO

- Médico de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al jefe del CAE, HETG.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG.
- Director(a) Hospital E. Torres G. es responsable de informar al Gestor de Red para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y se definan acciones de mejora.

7. POBLACIÓN OBJETIVO.

El protocolo va dirigido a pacientes embarazadas que presenten un cuadro compatible con metrorragia del embarazo.



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 7 de 25

Vigencia: 3 años

8. DEFINICIONES.

- **Metrorragia del primer trimestre:** sangrado genital proveniente de la unidad utero-placentaria, cuello uterino o vagina que se presenta antes de la semana 20 de embarazo.
- **Metrorragia de la segunda mitad del embarazo:** sangrado genital proveniente de la unidad utero-placentaria, cuello uterino o vagina que se presenta después de la semana 20 de embarazo.

8.1.- DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

- **Metrorragia del primer trimestre:**
 - Aborto: orientar evaluación inicial y referencia a descartar aborto como primer diagnóstico diferencial. Manejo según protocolo específico.
 - Embarazo Ectópico
 - Mola
 - Metrorragia disfuncional
- **Metrorragia de la segunda mitad del embarazo:**
 - **Anteparto:**
 - Metrorragia “idiopática”
 - Desprendimiento prematuro de placenta previamente normoinserta
 - Placenta previa
 - Rotura de las membranas
 - **Intraparto:**



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 8 de 25

Vigencia: 3 años

- Desprendimiento prematuro de placenta previamente normoinsera
- Placenta previa
- Rotura uterina
- Vasa previa

8.2.- EVALUACIÓN, ESTUDIO Y/O MANEJO EN APS DE METRORRAGIA DEL EMBARAZO:

- **Metrorragia del primer trimestre (antes de las 20 semanas de gestación):**
- **Presentación clínica:** Sangrado genital asociado o no a dolor abdominal. Lo principal es valorar la cuantía del sangrado para definir conducta.
- **Evaluación del estado general y edad gestacional:**
 - FUR, ecotomografías previas y/o actual (cuando esté disponible y no retrase derivación oportuna). Test de embarazo (positivo, negativo, realizar si está disponible y no se cuenta con test previo).
 - Valoración del estado general de la paciente: PA, pulso, temperatura. Auscultación de latidos cardíofetales (LCF).
- **Examen ginecoobstétrico inicial:**
 - Examen abdominal, altura y tono uterinos.
 - Especuloscopia para precisar cuantía y procedencia del sangrado, para excluir causas ginecológicas.
- **Causas ginecológicas de genitorragia:**
 - Cervicitis
 - Erosiones cervicales
 - Pólipos endocervicales
 - Cáncer cervicouterino
 - Infecciones Vaginales
 - Várices vaginales y/o vulvares



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 9 de 25

Vigencia: 3 años

- Cuerpos extraños
- Laceraciones genitales
- **Ecografía vaginal:** si a la especuloscopia se precisa sangrado procedente del orificio cervical externo (OCE), se debe proceder a la evaluación ecográfica, la cual determinará si se aprecia o no gestación intrauterina o ectópica y la viabilidad fetal.
- **Gestación intrauterina**
 - Morfología normal y edad gestacional acorde: descartar amenaza de aborto (manejo según protocolo específico)
 - Morfología anormal: descartar mola hidatiforme, especialmente si se asocia a hipertensión arterial y clínica similar a hipertiroidismo. Se debe valorar b-HCG.
- **Si no se observa gestación intrauterina**
 - Aborto completo (manejo según protocolo específico)
 - Embarazo ectópico: evaluación ecográfica detallada de anexos y valoración de b-HCG

Edad gestacional menor que la calculada según FUR

B. Metrorragia de la segunda mitad del embarazo:

- **Evaluación del estado general y edad gestacional:**
 - FUR, ecotomografías previas y/o actual (cuando esté disponible y no retrase derivación oportuna).
 - Valoración del estado general de la paciente: en decúbito lateral establecer PA, pulso, temperatura. Auscultación de latidos cardiofetales (LCF).
- **Examen ginecoobstétrico inicial:**
 - Examen abdominal, altura y tono uterinos.
 - Especuloscopia para precisar cuantía y procedencia del sangrado, para excluir causas ginecológicas.



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 10 de 25

Vigencia: 3 años

- No realizar tacto vaginal si no se ha verificado que la placenta esté normoinserta.

- **Causas ginecológicas de genitorragia:**

- Cervicitis
- Erosiones cervicales
- Pólipos endocervicales
- Cáncer cervicouterino
- Infecciones Vaginales
- Várices vaginales y/o vulvares
- Cuerpos extraños
- Laceraciones genitales

- **Historia dirigida a precisar la causa:**

Características de la hemorragia, inicio, color, dolor, contracciones uterinas, antecedentes de traumatismo, presencia de hipertensión arterial, compromiso fetal, episodios previos de genitorragia, resultado del último Papanicolau, antecedentes de cirugías uterinas (cesáreas, miomectomías), consumo de cocaína y tabaquismo. Recordar que la metrorragia puede ser la primera manifestación de una rotura prematura de membranas.



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 11 de 25

Vigencia: 3 años

Tabla 1: Diagnóstico diferencial entre DPPNI, placenta previa y rotura uterina.

	DPPNI	Placenta previa	Rotura uterina
Incidencia	0,5 a 1%	0,2 a 0,5%	inhabitual
Inicio	brusco	insidioso	brusco
Hemorragia	Interna o mixta	externa	Interna o mixta
Sangrado	roja oscura	roja brillante	roja
Hipertensión	frecuente	no	no
Shock	frecuente	ocasional	frecuente
Dolor	si	no	si
Útero	hipertónico	relajado	no se palpa
Feto palpación	palpación difícil	normal	partes superficiales
Cicatriz uterina	no	eventualmente	habitual
Ecografía	placenta normoinserta	placenta previa	variable
Dinámica uterina	si	generalmente no	si
Sufrimiento fetal	variable	infrecuente	frecuente

- **Ecografía:** orientada a precisar localización placentaria, vitalidad fetal, perfil biofísico fetal (PBF), estimación de peso fetal y de la edad gestacional si no se dispone información previa, evaluación del líquido amniótico, localización del cordón umbilical y otros.
- **Manejo inicial y laboratorio:**
 - Via venosa permeable
 - Hospitalización en área de parto, a fin de permitir una observación estricta de la condición hemodinámica (pulso, presión arterial, cuantía de la hemorragia, diuresis, necesidad de monitorizar presión venosa central).
 - Monitorización feta (en gestaciones mayores de 24 semanas, potencialmente viables)
 - Exámenes de laboratorio:
 - Hematocrito, clasificación de grupo y Rh en todas las pacientes.
 - Pruebas cruzadas en caso de necesidad de transfusión.
 - Estudio de coagulación en DPPNI o sospecha de coagulopatía por pérdida de sangre.



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 12 de 25

Vigencia: 3 años

- Recuento plaquetario, tiempo de protrombina (TP, INR), tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPK) y, en los casos de coagulopatía evidente, solicitar fibrinógeno, dímero-D y productos de la degradación del fibrinógeno (PDF) si están disponibles.

- **Manejo específico según la causa de metrorragia:**

1. **Placenta previa:**

- a. Definición:

Es aquella que se inserta en el segmento inferior del útero. Tradicionalmente se ha clasificado dependiendo de su ubicación en relación al orificio cervical interno, la cual es definible en forma simple y precisa mediante la ecografía.

- b. Clasificación ultrasonográfica de la placenta previa:

Tipo	Descripción
Oclusiva total	La placenta cubre completamente el orificio cervical interno y se extiende hacia la pared uterina opuesta
Marginal	El borde placentario se relaciona con el orificio cervical interno, sin sobrepasarlo
Inserción baja	El borde placentario no se relaciona con el orificio cervical interno, pero se encuentra a menos de 30 mm de éste.

- c. Frecuencia y mortalidad:

Se presenta en alrededor del 0,5% del total de los partos. En las ecografías de rutina del segundo trimestre, la placenta puede relacionarse con el orificio cervical interno hasta en un 6% de las mujeres. En ausencia de sintomatología



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 13 de 25

Vigencia: 3 años

este hallazgo no debe considerarse un signo de alarma, pues alrededor del 90% de las placentas previas diagnosticadas antes de las 20 a 24 semanas están normoinsertas al término.

La mortalidad es muy rara y de ocurrir se debe al sangrado masivo con o sin coagulación intravascular diseminada (CID).

a. Factores de riesgo asociados:

- i. Antecedente de cicatrices anteriores por cesárea previa (riesgo aumentado de acretismo)
- ii. Edad mayor a 35 años
- iii. Multiparidad
- iv. Antecedente de legrado uterino
- v. Embarazo gemelar
- vi. Tabaquismo
- vii. Residencia en altura
- viii. Miomas uterinos

b. Cuadro clínico:

El síntoma más frecuente es la pérdida indolora de sangre fresca, de magnitud variable y curso reincidente. Habitualmente no hay compromiso fetal a menos que haya un importante compromiso materno. Mientras más precozmente se presente el primer episodio, mayor es el riesgo perinatal.

f. Diagnóstico:

El diagnóstico anteparto de placenta previa se realiza mediante ecografía transabdominal y/o transvaginal, confirmando la relación del borde placentario con el cuello uterino. El método transvaginal debe preferirse en mujeres obesas y en placentas de localización posterior. La ecografía transvaginal es un método



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 14 de 25

Vigencia: 3 años

seguro, puesto que el transductor no requiere conectarse con el cuello uterino para obtener imágenes adecuadas.

g. Manejo clínico:

a. Hemorragia severa y compromiso hemodinámico: interrupción del embarazo mediante cesárea, independiente de la edad gestacional, la condición fetal o del tipo de placenta previa.

b. Hemorragia moderada y embarazo mayor de 36 semanas: Interrupción del embarazo.

c. Hemorragia moderada y embarazo menor de 36 semanas:

i. Conducta expectante con la paciente hospitalizada para efectuar estricta vigilancia materna y fetal.

ii. Reposo en cama.

iii. Inducción y madurez pulmonar con corticoides si la edad gestacional es menor a 35 semanas.

iv. Tocolisis si hay actividad uterina concomitante.

v. Vigilar hematocrito con el objeto de llegar al parto con valores sobre 28%

vi. Ferroterapia

vii. Medidas para facilitar evacuación intestinal

d. Hemorragia leve o intermitente

i. Privilegiar la hospitalización

ii. En mujeres cuyo sangrado haya cesado por al menos 48 horas se puede plantear el manejo ambulatorio

iii. Interrupción del embarazo a las 36-37 semanas



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 15 de 25

Vigencia: 3 años

iv. Idealmente confirmar madurez pulmonar previo a la interrupción

v. El resto de las indicaciones como el punto anterior

Placenta previa asintomática: cesárea electiva a las 37 semanas si la placenta es oclusiva. En las placentas marginales o de inserción baja se puede esperar el inicio del trabajo de parto espontáneo y decidir la vía de parto según la evolución de cada caso

2. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI):

a. Definición:

Separación de la placenta de su inserción uterina después de las 20 semanas de embarazo y antes del nacimiento del feto.

b. Frecuencia y morbilidad:

Ocurre aproximadamente en el 1 a 2% de todos los embarazos. Puede poner en riesgo la vida de la mujer debido a la hemorragia y/o a la coagulopatía de consumo asociada. La mortalidad perinatal depende de la severidad del DPPNI y la edad gestacional.

c. Factores de riesgo:

- i. Síndrome hipertensivo del embarazo (especialmente preeclampsia e hipertensión crónica severa).
- ii. Traumatismos abdominales
- iii. Tabaquismo
- iv. Abuso de sustancias (cocaína y alcohol)
- v. Descompresión uterina repentina (rotura prematura de membranas, parto del primer gemelo)
- vi. Antecedentes de DPPNI en embarazos previos
- vii. Cordón umbilical corto
- viii. Malformación uterina



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 16 de 25

Vigencia: 3 años

d. Cuadro clínico:

Sangrado oscuro, de inicio brusco, cuantía variable y asociado a dolor abdominal. Contractilidad uterina con polisistolía e hipertono en las formas más graves, lo que ocasiona el compromiso hipóxico fetal. Las formas graves se acompañan de muerte fetal, decompensación hemodinámica materna y coagulación intravascular diseminada. Evidencia ecográfica del DPPNI: imagen retroplacentaria ecorrefringente, heterogénea, que puede aumentar el grosor placentario, con o sin disección de las membranas ovulares. La imagen puede evolucionar hacia la ecolucenicia en la medida que el coágulo se desorganiza.

e. Clasificación operacional:

Tipo	Descripción
Moderado	Hemorragia escasa o moderada con el útero relajado o irritable, pero sin descompensación hemodinámica CID ni compromiso fetal. Puede seguir curso crónico.
Severo	Hemorragia severa o contenida en el hematoma retroplacentario y evidenciada por cuadro clínico y ultrasonido. Hipertonía uterina y descompensación hemodinámica con o sin CID. Compromiso fetal (sufrimiento fetal o muerte).

a. Manejo clínico:

i. DPPNI severo:

1. Metrorragia masiva, descompensación hemodinamica materna, CID, hipertonia uterina y/o sufrimiento fetal (con edad gestacional mayor a 25 semanas).
2. Interrumpir el embarazo inmediatamente por la via más expedita. En caso de óbito fetal, debe favorecerse un



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 17 de 25

Vigencia: 3 años

parto vaginal, pero es importante recordar que la muerte del feto traduce un desprendimiento masivo, con alto riesgo de descompensación hemodinámica y/o alteración significativa de las pruebas de coagulación.

3. Evaluación hemodinámica: administrar cristaloides y valorar la necesidad de transfundir glóbulos rojos. Acompañar una unidad de plasma fresco congelado por cada cuatro unidades de glóbulos rojos para evitar coagulopatía por dilución. Mantener hematocrito sobre 28% y diuresis sobre 30 ml/h.
4. Evaluación hemostática: orientada a manejo de CID.
- ii. DPPNI moderado: el manejo depende de la edad gestacional
 1. Edad gestacional mayor a 35-36 semanas: interrupción del embarazo mediante inducción oxitócica o cesárea según condiciones obstétricas.
 2. Edad gestacional menor a 35-36 semanas: es posible el manejo expectante con vigilancia estricta. Inducción de madurez pulmonar, monitorización de la FCF y PBF cada 48-72 hrs, intercalado con doppler umbilical. Evaluación del líquido amniótico. Amniocentesis si se sospecha infección intrauterina subclínica. Evaluar individualmente la necesidad de tocolísis si hay contractilidad uterina (utilizar nifedipino como primera línea).

Histerectomía: tanto en pacientes sometidas a cesárea como aquellas que resuelven el parto por vía vaginal, pueden sufrir una hemorragia uterina como consecuencia de la infiltración hemática del útero (útero de Couvaliere). La decisión de practicar una histerectomía debe tomarse cuando el útero es



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 18 de 25

Vigencia: 3 años

incapaz de producir retracción y disminución de la hemorragia luego de masaje, oxitocina intramiometrial y precozmente en alteración de la coagulación.

3. Rotura uterina:

a. Definición:

Es la solución de continuidad de la pared uterina. Se denomina completa cuando existe compromiso del peritoneo visceral con frecuente extrusión de partes fetales en la cavidad peritoneal.

La forma incompleta se caracteriza porque la lesión sólo afecta el miometrio, respetando el peritoneo visceral.

b. Factores de riesgo:

- i. Cicatrices uterinas
- ii. Traumatismo uterino
- iii. Trabajo de parto prolongado
- iv. Maniobra de Kristeller

c. Diagnóstico y manejo clínico:

Los signos clásicos son: dolor abdominal brusco, sufrimiento fetal agudo, sangrado genital, shock, detención del trabajo de parto (elevación de la presentación al realizar tacto vaginal), palpación fácil de partes fetales por vía abdominal y muerte fetal. El signo más frecuente de sospecha es la alteración del registro de la frecuencia cardíaca fetal. Su diagnóstico anteparto obliga a una cesárea de urgencia.

La indicación de histerectomía se debe basar en la integridad del útero y en disminuir la incidencia de hemoperitoneo. La



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 19 de 25

Vigencia: 3 años

histerectomía subtotal es una alternativa razonable cuando existen dificultades técnicas o equipo quirúrgico no experimentado.

9. DESARROLLO.

9.1. Conducta a seguir por parte del médico APS:

- Evaluación clínica completa
- En servicios de atención primaria de urgencia en los cuales se encuentre disponible el equipamiento técnico: especuloscopia.
- Derivación oportuna, estimando riesgo vital.

9.2. Derivación de pacientes desde APS a Servicio de Urgencias Ginecológica del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

- *LO PRIMORDIAL ES QUE EL EMBARAZO HAYA SIDO DOCUMENTADO POR ULTRASONIDO, SI SE CONFIRMA EMBARAZO INTRAUTERINO VIVO Y NO PRESENTA FIEBRE SE RECOMIENDA ECOGRAFIA CONTROL EL 7 – 14 DIAS, PARA CERTIFIAR VITALIDAD EMBRIONARIA. SI EL SANGRADO A PESAR DE SER LEVE NO CEDE EN 24 HORAS, NO SE DERIVA A ARO, SINO A URGENCIA DE MATERNIDAD PARA EVALUACION POR ESPECIALISTA.*
- *SI NO SE HA DOCUMENTADO EL EMBARAZO SE DERIVA AL SERVICIO DE URGENCIA GINECOLÓGICA, CON EL FIN DE REALIZAR UNA ECOGRAFIA TRANSVAGINAL PARA UN ADECUADO Y OPORTUNO **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**.*
- Las embarazadas que presenten metrorragia del primer trimestre con genitorragia severa y/o compromiso hemodinámico: estabilizar



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 20 de 25

Vigencia: 3 años

y derivar a urgencia obstétrica del HETG. **DERIVACION INMEDIATA.**

- Las embarazadas que presenten metrorragia de la segunda mitad del embarazo: estabilizar y derivar a la urgencia obstetrica del HETG. No realizar tacto vaginal. **DERIVACION INMEDIATA.**

9.3. Exámenes que debe solicitar el médico APS previo a la derivación al servicio de urgencias.

- No requiere

9.4. Documentos emitidos por el médico tratante de APS:

El médico de APS deberá derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC) al Servicio de Urgencias, que contenga:

- Datos del paciente (nombre, Rut, edad).
- Anamnesis pertinente.
- Hallazgos del examen físico pertinentes.
- Hipótesis diagnóstica.
- Exámenes y sus resultados (hoja impresa o fotocopia adjunta).
- Tratamientos administrados o previos (indicar tipo, fecha, duración), si corresponde.
- Nombre, Rut, firma, timbre del profesional.

9.5. Conducta a seguir por parte del médico ginecólogo:

5 SON LAS PREMISAS PRINCIPALES EN EL MANEJO DE UNA PACIENTE CON METRORRAGIA DEL II Y III TRIMESTRE DE LA GESTACION:

1. ESTABILIZAR A LA MADRE



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 21 de 25

Vigencia: 3 años

2. EVALUAR LA UNIDAD FETO PLACENTARIA.
3. REALIZACION DE EXAMENES DE LABORATORIO.
4. EVENTUALMENTE DEPENDIENDO DE LA EDAD GESTACIONAL USO DE CORTICOIDES.
5. DECIDIR EL MOMENTO DE LA INTERRUPCION. DE MANERA GENERAL:

1. Hospitalizar en prepartos.
2. Reposición de volumen
3. Laboratorio
4. Examen físico obstétrico: Abdominal: Tono uterino, dinámica uterina, palpación de partes fetales, especuloscopia, NO REALIZAR TACTO VAGINAL.
5. Ecografía: Transvaginal (localizar la placenta y cervicometría sobre todo en gestaciones menores a 35 semanas)
6. Obstétrica: Estimación de peso fetal, cuantificación de líquido amniótico, localización del cordón, determinar o reevaluar edad gestacional.
7. Si la paciente es RH negativa no sensibilizada administrar inmunoglobulina anti RhD.

En la evaluación de una paciente con DPPNI el diagnóstico se basa en la clínica, y su interrupción dependerá del grado de compromiso materno y fetal, esta misma debe realizarse por la vía más expedita.

En contraposición a ello la ecografía es el mejor método para el diagnóstico de placenta previa, su manejo varía y depende de la cuantía del sangrado e idealmente puede mantenerse un manejo expectante (siempre vigilantes de hemodinamia materna y la unidad feto placentaria) y se debe interrumpir entre 36 y 37 semanas, siendo la cesárea la vía de elección.



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 22 de 25

Vigencia: 3 años

9.6. Contrarreferencia:

- El médico especialista contra referirá a aquellos pacientes sin criterio de manejo en nivel secundario, habiéndose descartado patología de urgencia.
- Todo paciente evaluado en la atención secundaria, debe ser referido por el médico especialista, mediante el Formulario de Contrarreferencia, el cual debe contener: diagnóstico definitivo, exámenes realizados y resultados, indicaciones de tratamiento, próximos controles en APS y/o nivel secundario, según corresponda. Siempre señalando nombre, Rut, timbre y firma.

9.7. Tiempos de resolución:

- Patologías de Urgencia Obstétricas se resolverán según tiempos establecidos en protocolos internos del Servicio de Urgencia.



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

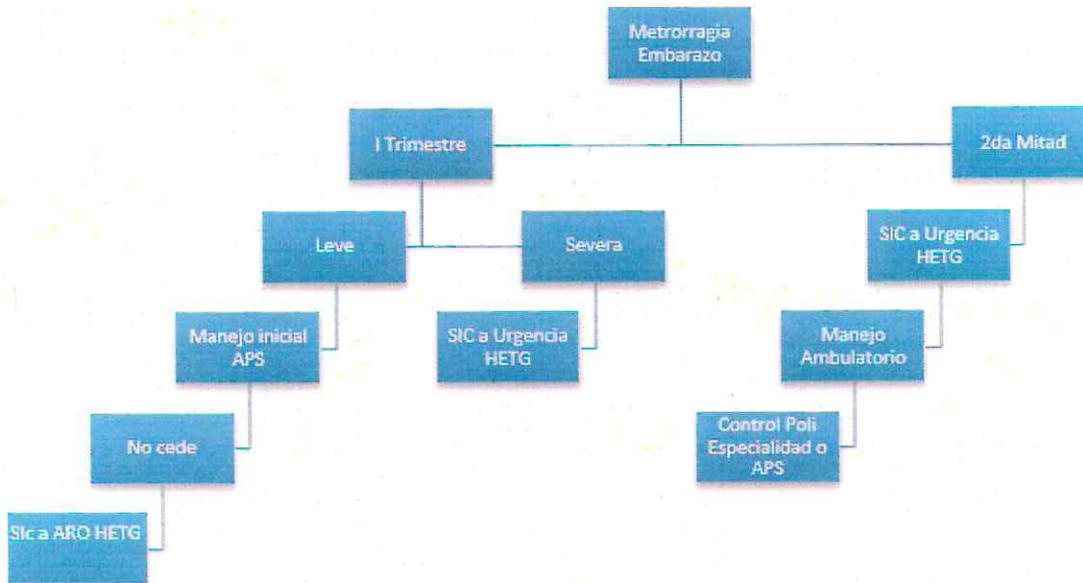
Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 23 de 25

Vigencia: 3 años

10. FLUJOGRAMA.





PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 24 de 25

Vigencia: 3 años

11. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.

- Médico interfase del servicio de Ginecología del Hospital Ernesto Torres Galdames.
- Encargada del programa de Salud de la Mujer del Servicio de Salud.
- Referente de referencia y contrarreferencia del Servicio de Salud de Iquique

12. PLAN DE DIFUSION

La difusión, implementación y evaluación del presente protocolo se desarrollara paulatinamente a lo largo del año, con el fin máximo de que todos los integrantes de la red de salud tengan conocimiento de la estructura y plan de acción de la patología aquí expuesta.

Con el fin realizar un plan de difusión e implementación se realizaran las siguientes actividades:

- Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del servicio de salud Iquique, con su respectiva resolución, con el fin de que todos tengan libre acceso al protocolo.
- Se realizara una primera reunión con médicos interfase de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
- Se realizara una nueva revisión y actualización del protocolo en mayo 2021.
- Se realizaran actualizaciones previas en caso de ser necesario.



PROTOCOLO RYCR
METRORRAGIA DEL EMBARAZO

SERVICIO DE SALUD IQUIQUE

Código: RCR-ARO-027

Edición: Primera

Fecha: Mayo 2018

Página: 25 de 25

Vigencia: 3 años

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Ministerio de Salud. Guía clínica perinatal 2015.
- Guía práctica de urgencias en obstetricia y ginecología. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2008.
- Manual de Obstetricia. Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico de la Universidad de Chile. 2005.