



Protocolo Clínico de Atención Integral a Personas Usuarias con Pérdida Gestacional Temprana

Código: PAC.GM.DDSS.AAIP.PNSM.170523
Versión 01

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Médica
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
Área de Atención Integral a las Personas
Programa de Normalización de la Atención de la Mujer

2023

Equipo elaborador	<ul style="list-style-type: none"> - Dra. Andrea Salazar Sandí, Médico Gineco-obstetra, Hospital Nacional de las Mujeres Adolfo Carit Eva - Dra. Ileana Azofeifa Hernández, Médico Gineco-obstetra, Hospital Nacional de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva - Dr. Oscar Durán Soto, Médico Gineco-obstetra, Hospital México 	
Equipo conductor metodológico	<ul style="list-style-type: none"> - Dra. Angélica Vargas Campos, Médica Gineco-obstetra, Coordinadora, Programa de Normalización Atención a la Mujer, Área de Atención Integral a las Personas - Dra. Carla Verónica Gríos, Médica Gineco-obstetra, Asesora de Despacho, Gerencia Médica - M.Sc. Andrea Brenes Quirós, Psicóloga Clínica, Programa de Normalización Atención a la Mujer, Área de Atención Integral a las Personas 	
Colaboradores	<ul style="list-style-type: none"> - Dr. Franklin Escobar Zárate, Médico especialista em Ginecobstetricia, subespecialista en Perinatología, Hospital San Vicente de Paul - Dr. Sebastián Morera Vega, Psicólogo Clínico, Hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera. 	
Validado por:	<ul style="list-style-type: none"> - Dra. María José González Alvarez - Dra. Mercedes Céspedes Chacón - Dra. Leylin Esquivel Alvarado - Dra. Alejandra María Mendieta Espinoza - Dr. Milton Arce Barrantes - Dra. Nancy María Chinchilla Calvo - Dra. Violeta Fajardo Chaves - Dra. Ana Karen González Venegas - Dra. Katiana Diala Carballo Solís - Dra. Hellen Varela Barboza - Dra. Adriana Paola Pérez Hernández - Dr. Pablo Gómez Esquivel - Dr. José Francisco Anchía Cortes - Dra. Wendy Karina Rojas Ureña - Dr. Luis Carlos Valverde Ávila - Dr. Hanss Ramos Camacho - Dra. Karla Vanessa Herrera Garita - Dra. Andrea García Angulo - Dra. Mónica Fernanda Sabatier Carmona - Dra. Jazmín Rebeca García Navarrete - Dr. Gustavo Adolfo Calderón Céspedes - Dra. Glenda Dinnorah Arriola Jiménez - Dra. María Elena Murillo Echeverría - Dr. Astuam Morales Aguilera - Dr. Carlos Andrés Cambronero 	<ul style="list-style-type: none"> - Dr. Jose Eduardo Morales Bonilla - Dr. Mildher Alonso Arce Bermudez - Dr. Mauro André Martínez Brenes - Dra. Maricel Villarreal Barrantes - Dra. Maily Ulate Chaves - Dr. Jeison Joaquín Mora Granados - Dra. Cameng Fong Xiao - Dra. Elnida María Acevedo Castellón - Dr. Eddy Rolando Montero Mora - Dra. Sugelylin Castillo Salas - Dra. Cristina Adela Espinoza Madrigal - Dra. María Silvia Baltodano Macotelo - Dra. Laura Montserrat Elizondo Rodríguez - Dr. Allan Gerardo Rodríguez Artavia - Dra. Hilda Sanchez Vallejos - Dr. Jeffrey Eduardo Jiménez Salas - Dra. Tashana Shakira Scoh Sotrrell - Dra. Judith del Carmen Díaz Muñoz - Dra. Floribeth Flores Calderón - Dr. Alvaro Francisco Ugalde Salazar - Dra. Lía del Carmen Villegas Rodríguez - Dra. María Dunia Castillo Blanco - Dra. María Cristina Guevara Mora - Dra. Lauzahnned Matamoros Solís - Dr. Jimmy Hong Micó - Dr. José Sebastián Núñez Palma

Arguedas

- Dra. Yesenia Delgado Rodríguez
- Dra. Kattia Vanessa Alfaro Díaz
- Dra. Andrés Felipe Chacón Chaves
- Dra. Cindy Vanessa Castro Mora
- Dr. Rafael Angel Arroyo Venegas
- Dra. Ingrid Vanessa López Alvarez
- Dra. Jahaira Aguilar Murillo
- Dra. Ana Silvia Granados Brenes
- Dra. Karol Dayana Rodríguez Marín
- Dra. Kattia Vanessa Alfaro Díaz
- Dra. Ninfa Salas González
- Dra. Lilly Eugenia Espinoza Alvarez
- Dr. Jesús Barrantes Villafuente
- Dra. Lilliana Duarte Obregón
- Dra. Marcela Vallejos Noguera
- Dra. María Andrea Garro Ramírez
- Dra. María del Rosario Camacho Camacho
- Dra. Wendy Paola Arias Rodríguez
- Dra. Patricia Obando Cubillo
- Dra. Delsa Elena Azofeifa Cubero
- Dra. Rose Mary Delgado Barrera
- Dra. Jéssica Mileydi Valle Villegas
- Dra. Anabelle Castillo Villalobos
- Dra. Carolina Gonzalez Rojas
- Dr. Randol Astorga Castro
- Dra. Milagrito Campos Baltodano
- Dra. Vielka Ilse Matarrita Ramírez
- Dra. Hellen Ofelia Jiménez Hidalgo
- Dra. Andrea Vasquez Saenz
- Dr. Donald Gerardo Solórzano Araya
- Dra. Ana Graciela Diaz Meza
- Dra. Adriana Matarrita Vargas
- Dr. Jousser Gerardo Cruz Badilla
- Dra. Karla Gabriela Villalobos Carrillo
- Dr. Joao Carlo Briceño Bonilla
- Dra. Adriana Marlene Venegas Oses
- Dra. Betsy Hernandez Gutierrez
- Dra. Jessica de los Angeles García Cordero
- Dra. Jessie Núñez Rivas
- Dr. Damaso Antonio Hernández Diaz

- Dra. Karina de los Angeles Morera Solís
- Dra. Pamela Rosales Arrieta
- Dra. Indira del Carmen Montenegro Soto
- Dra. Susan Priscila Cambronero Molina
- Dra. Karina Mora Venegas
- Dr. Jeimmy Torres Quirós
- Dra. Marissa Muñoz Fernández
- Dra. María Mayela Ramirez Chavarría
- Dra. Dania Agüero Villalobos
- Dra. Alice del Socorro Calvo Maroto
- Dra. Sandra Hernández Aguero
- Dra. Johanna Ugarte Bonilla
- Dra. Kattia Francela Rojas León
- Dra. Sulma María Sánchez Carrillo
- Dra. Wendy Sagrario López Andrade
- Dra. Maritza Chaves Castro
- Dr. Tomas Royal Alderete
- Dr. Ronald Adolfo Montes González
- Dr. Jose Guillermo Guevara González
- Dra. Shirley Reñazco Martínez
- Dra. Aleyda Obando Briceño
- Dra. Crosby Johnson Harvey
- Dra. Alberto José Madrigal Vega
- Dra. Ivonne Rojas Castillo
- Dr. Richard Esquivel Castillo
- Dra. Rebeca Mechoulam Villalobos
- Dra. Mariela María Aguilar Rodríguez
- Dra. Mónica Menocal Villalobos
- Dra. Flory Sanchez Godinez
- Dr. Wilmer Duván Taborda Cano
- Dra. Noily Fressy Quesada Chacón
- Dr. Henry Javier Ampié Henríquez
- Dr. Esteban de Jesús Badilla Vargas
- Dra. Yerlin Tatiana Lacayo Arguedas
- Dr. Rafael Eduardo Matamoros Morales
- Dra. Marlene Salazar Umaña
- Dra. Angélica Cruz González
- Dra. Joyce Lawson Porras
- Dra. María del Rosario Rojas Brenes

	<ul style="list-style-type: none"> - Dra. Grettel Solano Quesada - Dra. Margarita Emilia Contreras Castillo - Dra. Kristel Andrea Navarro Morales - Dr. Joaquín Alfonso Bustillos Villavicencio - Dr. Carlos Iván Sosa Quesada - Dr. Asdrúbal Gerardo Vega Rodríguez 	<ul style="list-style-type: none"> - Dra. Johnnie Chi Chein Deng Tong - Dra. Marta Iris Núñez Jiménez - Dr. Kenneth Bermúdez Salas - Dra. Sharon Ivonne Valverde Hidalgo - Dr. Jean Carlo Canales Mejicano - Dra. Isabel Sing Benneth - Dr. Ronald Leiva Roldan
Revisado por:	<ul style="list-style-type: none"> - Área de Bioética - Comité Central de Farmacoterapia 	
Aprobado por:	Dr. José Miguel Angulo Área de Atención Integral a las Personas	
Avalado por:	Dr. Randall Álvarez Juárez, Médico. Gerente, Gerencia Médica	
Aprobación	Año 2023	
Revisión:	Año 2028	
Observaciones	<p>La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento.</p> <p>No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.</p> <p>El equipo constructor de este documento declara que no ha existido ningún tipo de conflicto de interés en su realización. Que no poseen relación directa con fines comerciales con la industria sanitaria en dicho tema, no han recibido dinero procedente de la investigación o promoción de dicho tema. Además, declaran no haber recibido ninguna directriz de parte del solicitante o pagador (CCSS) para variar técnicamente los resultados presentados en este documento.</p>	
Declaración de Interés	<p>Las personas que desarrollaron este protocolo declaran que no ha existido ningún tipo de conflicto de interés en su realización, ya que no tienen relación directa con fines comerciales con las acciones aquí descritas, ni han recibido dinero procedente de la investigación o promoción de dicho tema. Además, declaran no haber recibido ninguna directriz de parte del solicitante o pagador (CCSS) para direccionar técnicamente los resultados presentados en este documento. Cada colaborador llenó su respectivo formulario de declaración de intereses, el cual fue analizado por el Equipo Técnico, los formularios serán custodiados por 5 años</p>	

Contenido

Contenido	4
Presentación	6
Introducción	7
Definiciones y abreviaturas	8
Definiciones	8
Abreviaturas	11
Referencias normativas	13
Alcance y campo de aplicación	14
Objetivos	15
Objetivo General:	15
Objetivos Específicos:	15
Población diana o beneficiada	15
Personal que interviene	16
Contenido	17
Módulo 1: Identificación de la usuaria y sospecha diagnóstica en el Primer Nivel (EBAIS)	17
Módulo 2: Diagnóstico en el Segundo y Tercer Nivel de Atención (Urgencias/Emergencias)	21
Figura 1: Flujograma de Manejo del Sangrado en el I Trimestre	26
Figura 2: Flujograma de Manejo de Embarazo de Localización Desconocida	27
Módulo 3: El Manejo de la Pérdida Gestacional en el Segundo y Tercer Nivel de Atención	28
Figura 3: Flujograma de Manejo de la Hemorragia Obstétrica	39
Módulo 4: Abordaje Integral de la persona usuaria, una mirada con sensibilidad psicosocial	40
Módulo 5: Abordaje posterior al evento obstétrico: Consejería, Recomendaciones y Referencias	50
Aspectos Bioéticos y de Derechos Humanos	57
Declaración de Intereses	58
Contacto en orden alfabético para consultas	59
Anexos	60
Anexo 1: Oficio de AVAL de Gerencia Médica	60
Anexo 2: Criterios ultrasonográficos para diagnóstico o para sospecha de Pérdida gestacional	61
Anexo 3: Distintivo para habitación diferenciada	62
Anexo 4: Manejo mediante AMEU	63
Anexo 5: Atención de sospecha razonable de maltrato o abuso en contra de persona menor de edad y Atención de presunta violencia en contra de persona adulta	65
Anexo 6: Entregable: Signos y Síntomas de alarma posteriores al evento obstétrico	66
Anexo 7: Solicitud de la familia para entrega de fetos macroscópicamente visibles	67
Anexo 8: Certificado de Defunción Fetal	68
Anexo 9: Solicitud de Cariotipo Prenatal	69

Anexo 10: Solicitud de Cariotipo Postnatal _____	70
Monitoreo y auditoria del Protocolo de Atención Clínica _____	71
Indicador 1: Manejo por AMEU _____	71
Indicador 2: Manejo mediante Dilatación y Curetaje _____	72
Indicador 3: Disconformidad de la persona usuaria con el trato durante la atención de la pérdida gestacional _____	73

Presentación

La Gerencia Médica y sus dependencias, la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, el Área de Atención Integral a las Personas y el Programa de Normalización de la Atención de la Salud de la Mujer, en respuesta a las necesidades particulares de las personas usuarias de todas las edades con pérdidas gestacionales tempranas y a la importancia de brindar una atención en salud que reconozca dichas necesidades, realiza la actualización de la Guía a la Atención de las Mujeres en el Postaborto del 2006¹ mediante la construcción del presente Protocolo Clínico de Atención Integral a personas usuarias con Pérdidas Gestacionales Tempranas.

La Institución, en total respeto de los Derechos Humanos y los principios Bioéticos, busca constantemente la mejora de los servicios y la estandarización de prácticas de alta calidad, basadas en la mejor evidencia científica disponible y en experiencias exitosas para la atención en salud que se han llevado a cabo a nivel nacional, además promueve la atención en red, el abordaje integral y la incorporación de alianzas estratégicas con la sociedad civil en beneficio de las personas usuarias de los servicios.

Basado en estos mismos principios, la Caja Costarricense de Seguro Social presenta este Protocolo Clínico de Atención de Personas usuarias con Pérdida Gestacional Temprana, que busca, desde una mirada sensible con la situación de pérdida de una gestación, brindar una atención interdisciplinaria y un abordaje integral a las personas usuarias en esta situación.

Este instrumento busca contribuir a la salud de las usuarias de todas las edades, particularmente a la reducción de las complicaciones físicas y emocionales relacionadas a una pérdida gestacional incluyendo la posibilidad de una muerte materna, buscando así tener un impacto positivo en la sociedad costarricense y aportando al compromiso nacional sobre el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible² con relación a la salud materna y equidad de género.

Este Protocolo instruye acciones para el abordaje integral de la persona usuaria de cualquier edad con pérdida gestacional temprana, contempla la experiencia biopsicosocial de la persona y procura un abordaje de aspectos médicos, psicológicos y sociales.

Por todo lo anterior, nos es grato brindar este instrumento a todas las personas funcionarias de la Caja Costarricense de Seguro Social que son pilar fundamental en la atención de las usuarias que se enfrentan a esta situación.

GERENCIA MEDICA
Dr. Randal Álvarez Juárez.
Gerente Médico.



Introducción

El presente documento constituye un Protocolo de Atención Integral de Personas Usuarias con Pérdida Gestacional Temprana, es decir, aquella que ocurre antes de las 22 semanas de embarazo con un peso aproximado de 500gr o una talla de 22 cm³; y busca dar acompañamiento integral, así como brindar las mejores opciones terapéuticas para la persona usuaria en este proceso.

El interés en el desarrollo de este documento es actualizar la Guía de Atención de Mujeres en el Pos-aborto del año 2006 y primordialmente estandarizar las acciones clínicas y técnicas para la atención integral de las personas usuarias que transitan por la experiencia de una pérdida gestacional temprana y que, con frecuencia, por prácticas socialmente establecidas, ven minimizado el apoyo emocional y su proceso de duelo. Por lo anterior se desarrolla este documento desde el marco de los Derechos Humanos y los Principios Bioéticos, de forma que se promueva la atención integral, respetuosa, cálida y digna tanto de los requerimientos físicos como de la validación y acompañamiento emocional a estas personas en la red de servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Para desarrollar el presente documento se contó con un equipo de profesionales con experiencia en el abordaje de personas usuarias que atraviesan esta situación y sus familias, se realizó una validación estratificada, por parte de instancias y equipos interdisciplinarios y finalmente se utilizó el método Prospectivo de Delphi como instrumento de validación de expertos mediante cuestionarios, que permitió contar con la opinión acerca del Protocolo por parte de 146 profesionales de diferentes disciplinas y niveles de atención. En esta validación se obtuvo una calificación promedio de 8.3 de 9, lo que corresponde a la categoría de muy apropiado, lo que implica que el documento superó la calificación por consenso absoluto en una primera ronda de validación.

El resultado es un Protocolo cuya información e instrucciones de atención se organizan en 5 módulos referentes al abordaje de la sospecha diagnóstica (módulo 1), el diagnóstico de la pérdida gestacional en el II o III Nivel de Atención (módulo 2), al Manejo Médico de la pérdida gestacional (módulo 3), el abordaje integral y psicosocial de la usuaria (módulo 4) y finalmente, los aspectos relacionados al abordaje posterior al evento obstétrico (módulo 5). Además, cuenta con los apartados correspondientes a los aspectos bioéticos e indicadores, entre otros.

Mediante las intervenciones y la visión, se busca una atención oportuna, de calidad y con calidez, así como aportar Objetivos de Desarrollo Sostenible², que, entre otros, plantean garantizar una vida sana y promover el bienestar para las personas de todas las edades, lograr igualdad de género y empoderar a las mujeres, adolescentes y niñas. Lo que incluye aumentar la atención prenatal asegurando el acceso a métodos anticonceptivos y disminuyendo la mortalidad materna.



Definiciones y abreviaturas

Definiciones

- **Aloinmunización Rh:** exposición de una persona Rh- a células rojas Rh+ que desarrollan anticuerpos AntiD⁴.
- **Atención calificada:** es una atención fundamental para que el proceso reproductivo sea lo más seguro posible y libre de riesgo; comprende personal calificado y un entorno habilitante⁵.
- **Amenaza de pérdida gestacional:** es la presencia de sangrado proveniente del interior del útero que se presenta antes de la semana 22 completada de un embarazo viable. La paciente puede o no percibir dolor o espasmos; sin embargo, no se presenta la expulsión de los productos de la concepción ni hay dilatación cervical³.
- **Atención integral de la usuaria con pérdida gestacional temprana:** Es aquella atención integral que contemple la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de la persona usuaria, esto teniendo en cuenta la salud mental y física de la persona usuaria, su pareja y su familia se puede ver afectada por una pérdida gestacional temprana⁵.
- **Bolsa o Caja de la Memoria:** Es una estrategia facilitadora de la elaboración del duelo gestacional, promueve la validación de la existencia del embarazo, de la experiencia vivida y de su derecho a recordarlo, así como de sentir y expresar sus emociones al respecto.
- **Crisis:** Es un estado temporal de trastorno o desorganización caracterizado por la incapacidad de la persona por para enfrentar una situación adversa, manejar adecuadamente las emociones, enfocar el pensamiento y la conducta en resolver el problema mediante los métodos acostumbrados. Hay crisis circunstanciales típicamente asociadas a sucesos ambientales, como podría ser la muerte de un ser querido, y crisis del desarrollo que son las que se viven en la transición de una etapa de la vida a otra^{6 7}.
- **Dinoprostona:** Es una prostaglandina E2 que promueve cambios bioquímicos y biofísicos que conllevan a la apertura cervical y aumento de la contractibilidad miometrial⁸.
- **Duelo:** es el proceso de adaptación a una pérdida, es una experiencia universal en tanto es vivida por las personas en múltiples momentos de la vida ante pérdidas de distinta índole, suele conllevar sufrimiento y aflicción, y es proceso de duración variable^{9 10}.
- **Duelo gestacional:** Es aquel que acontece tras la pérdida de un embarazo y que socialmente es frecuentemente silenciado y desautorizado por lo que suele tener poca comprensión en lo familiar, lo social y por parte del equipo de atención en salud, lo que lo hace difícil de elaborar¹¹.



- **Enfoque intercultural:** propone una atención que se base en la complementación de las prácticas y saberes del equipo de salud y de la medicina tradicional indígena en salud perinatal, siempre y cuando estas sean impulsadas y apoyadas por la comunidad, sus líderes, las madres o sanadoras tradicionales¹²
- **Embarazo anembriónico:** Se refiere a embarazo no viable con la presencia de saco gestacional sin presentar embrión o vesícula vitelina. Se diagnostica cuando se observa saco gestacional mayor o igual de 25mm de diámetro sacular medio en ultrasonido vaginal y abdominal sin presencia de embrión¹³.
- **Embarazo de localización incierta:** situación en la que la persona usuaria tiene una HCG positiva sin embargo no se logra visualizar el embarazo ni intra ni extrauterino por ecografía transvaginal¹³.
- **Embarazo ectópico:** embarazo que se da fuera de la cavidad endometrial¹⁴
- **Embarazo molar:** embarazo que se caracteriza por el crecimiento anómalo del trofoblasto¹⁵
- **Entorno habilitante:** hace referencia al ambiente, clima o contexto que ofrece reconocimiento, libre ejercicio, protección, respaldo y eficacia a la sociedad en el desarrollo de sus capacidades, iniciativas y labores cívicas, en relación a una serie de mecanismos mediante los cuales se dedican esfuerzos sostenidos a la realización efectiva de todos los derechos humanos y la práctica de consensos sociales, políticos y culturales, basados en la confianza, la construcción de la paz y un diálogo permanente que acepta las críticas y el disenso. Debe ser en el contexto de la atención calificada para el embarazo¹².
- **Factores de riesgo de pérdida gestacional temprana:** son características frecuentemente asociadas a la pérdida gestacional temprana, y suelen ser la edad de la madre (mayores de 35 años), factores ambientales (exposición a radiación ionizante, arsénico y plomo), pérdida gestacional previa, morbilidad materna no compensadas (endocrinopatías, diabetes, obesidad, infecciones), uso de sustancias psicoactivas, entre otros¹⁶.
- **Laminaria:** Dilatador cervical osmótico hecho de material natural (algas) o material sintético, están diseñados para absorber la humedad y gradualmente expanden el canal cervical¹³.
- **Manejo expectante, conservador o ambulatorio:** Implica que la persona usuaria espere para la expulsión de los restos ovulares. Es aquel manejo que se brinda con el fin de lograr la expulsión de los productos de la concepción en un lapso no mayor a 8 semanas del diagnóstico. Se recomienda para embarazos que se encuentren en el primer trimestre¹³.
- **Manejo médico:** Es terapia médica administrada de manera local o sistémica con el fin de lograr la expulsión de los productos de la concepción¹³.
- **Manejo quirúrgico:** Es la aspiración del útero que se realiza de manera manual con sistemas de aspiración, para las personas que presentan una pérdida gestacional temprana con retención de restos ovulares. Las usuarias que presentan hemorragia,



inestabilidad hemodinámica o signos de infección se deben de tratar con evacuación quirúrgica. También se puede considerar la evacuación quirúrgica en caso de que la paciente presente anemia severa, desórdenes de la coagulación o enfermedad cardiovascular¹³.

- **Oxitocina:** es un medicamento de la clase de hormonas oxitócicas que funciona al estimular las contracciones del útero¹⁷.
- **Pérdida gestacional completa:** es la expulsión de la totalidad de los productos de la concepción antes de la semana 22 completada de gestación, idealmente con endometrio menos a 27mm según la edad gestacional¹³.
- **Pérdida gestacional espontánea:** es la expulsión de los productos de menos de 22 semanas de gestación. Implica la perdida espontánea de un embrión o feto cuyo peso es menor de 500 gr¹³.
- **Pérdida gestacional incompleta:** es la expulsión de solo algunos de los productos de la concepción antes de la semana 22 completada de gestación, con endometrios superiores a los 27mm dependiendo de la edad gestacional¹³.
- **Pérdida gestacional inevitable o en evolución:** se refiere al sangrado del interior del útero antes de la semana 22, con dilatación del cuello uterino, pero con expulsión de los productos de la concepción¹³.
- **Pérdida gestacional molar:** embarazo que se caracteriza por el crecimiento anómalo del trofoblasto¹⁵
- **Pérdida gestacional recurrente** Pérdida de dos o más productos antes de la viabilidad, puede definirse como primaria sin antecedentes de embarazos exitosos previos o secundaria con antecedentes de embarazos exitosos previos¹⁴.
- **Pérdida gestacional retenida:** embarazo no viable que se ha retenido en el útero sin dilatación cervical y sin la expulsión espontánea de los productos de la concepción¹³.
- **Pérdida gestacional séptica:** Se refiere a cualquier tipo de aborto que se complica con la infección uterina¹³.
- **Pérdida gestacional temprana:** es la pérdida de una gestación antes de las 22 semanas contando del primer día de la última menstruación normal, con peso aproximado de 500gr o talla de 22 cm¹³
- **Planificación familiar en casos de pérdida gestacional:** conjunto de métodos o sustancias utilizados para evitar la fecundación y por consiguiente el embarazo, en el caso de personas usuarias con pérdida gestacional, la anticoncepción puede iniciar tan pronto como haya evacuado el útero. Se puede colocar un DIU inmediatamente después del tratamiento quirúrgico siempre y cuando no se sospeche de aborto séptico. La información brindada acerca de la anticoncepción es indispensable porque la persona posterior a una pérdida gestacional recupera rápidamente la fertilidad¹³.
- **Primeros auxilios psicológicos:** es una estrategia breve e inmediata de intervención en crisis que se brinda a una persona durante los primeros minutos y horas después de una crisis en busca de reestablecer el afrontamiento inmediato, proporcionar



apoyo, reducir el peligro, brindar herramientas de afrontamiento y conectar a la persona en crisis con los recursos de ayuda, y puede ser brindada por cualquier persona que esté presente durante el momento de la crisis⁷.

Abreviaturas

ABREVIATURAS	SIGNIFICADO
AAIP	Área de Atención Integral a las Personas
AMEU	Aspiración Manual Endouterina
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CEDEAW	Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer
CIE	Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
DDSS	Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
EBAIS	Equipo Básico de Atención Integral en Salud
FHR	Frecuencia Cardíaca Fetal
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
HCG	Hormona Gonadotropina Coriónica
LUI	Legrado Uterino Instrumental
MACP	Métodos Anticonceptivos y de Protección Sexual
MS	Ministerio de Salud
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PENSPA	Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes
PUL	Embarazo de localización desconocida (siglas en inglés)
Rh	Rhesus (grupo sanguíneo)
RRPC	Riesgo Reproductivo Preconcepcional
LCR	Líquido Craneocaudal
SUA	Sangrado Uterino Anormal



Metodología

Para el proceso de elaboración de este Protocolo de Atención Clínica, se conformó un equipo de profesionales especialistas de la institución con expertis e interés en la temática, se elaboró una revisión de bibliografía actualizada, se utilizaron los insumos institucionales, como la Guía de Atención a las Mujeres en el Postaborto del 2006 y otros documentos normativos de interés, además, se realizó una revisión y sistematización de prácticas exitosas a nivel institucional.

El proceso de validación de este documento se realizó de manera estratificada, por lo que en una primera fase fue revisado y retroalimentado por instancias técnicas institucionales como las Coordinaciones Nacionales de Enfermería, Psicología y Trabajo Social. Posteriormente, en el periodo del 28 de marzo al 28 de abril del 2023 se aplicó el método de validación Delphi modificado, para lo cual fue enviado vía correo electrónico el Protocolo en formato PDF junto con una encuesta en formato Forms, donde la persona experta calificaba cada ítem con una puntuación de 1 a 9 que equivale a los calificativos “extremadamente inapropiado” y “extremadamente apropiado”, respectivamente. En esta validación se alcanzó una participación de 146 funcionarios profesionales en Medicina, Enfermería, Psicología, Trabajo Social y Microbiología de la Caja Costarricense de Seguro Social. El resultado arrojó calificaciones promedio de 8.2 para los apartados de Introducción y Metodología, 8.3 en los Apartados de Presentación, Referencias Normativas, Objetivos, Personal que Interviene, Contenido y Anexos, mientras que se obtuvo una puntuación de 8.4 para los apartados Definiciones y Abreviaturas, así como para Aspectos Bioéticos y Derechos Humanos, y una puntuación de 8.5 para el Apartado Población Diana. La calificación global obtenida fue de 8.3 lo que evidencia que el Protocolo fue considerado por la mayoría como “muy apropiado”. Por lo anterior, este documento superó la calificación por consenso absoluto en una primera ronda de validación. Finalmente, fue revisado y retroalimentado por el Área de Bioética y el Comité Central de Farmacoterapia.

Con el resultado de esta validación de expertos, se incorporaron las observaciones y recomendaciones recopiladas en esta etapa del proceso y consideradas pertinentes por el equipo desarrollador, emitiéndose la versión final de Protocolo de Atención Clínica. Además, se contempla la actualización de este en un plazo de 5 años.

El Protocolo obtuvo el “aval bioético correspondiente” mediante el oficio CENDEISS-AB-0295-2023 del 23 de mayo del 2023 y el Comité Central de Farmacoterapia validó los ítems que involucran uso de medicamentos a través del oficio GM-CCF-2568-2023 del 24 de mayo del 2023.

Posterior a estos procesos se generó la versión final de este protocolo.



Referencias normativas

Documento	Año
Resolución N.º 30437 – 2022 Sala Constitucional	2022
Ley 10081 Derechos de la Mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto y posparto y atención del recién nacido	2022
Protocolo de Atención Integral del Embarazo Parto y Posparto	2022
Circular GM-6154-2022 acompañamiento a embarazadas en los servicios de obstetricia	2022
Política Nacional de Salud Mental.	2012-2021
Manual Metodológico para el Desarrollo Arquitectónico de los servicios de obstetricia con base en el Modelo de Atención calificada del embarazo, parto y posparto.	2020
Lineamiento técnico para la atención de mujeres embarazadas durante la pandemia COVID -19 en los servicios de salud de la CCSS	2020
Lineamiento para la consejería y prescripción de métodos anticonceptivos y de protección como parte de la atención integral de salud a personas adolescentes en los establecimientos de salud de la de la CCSS.	2019
Decreto Ejecutivo 41.741-S Norma Nacional para la Atención de las Mujeres con pérdida gestacional Temprana	2019
Política institucional de atención integral a la adolescencia	2018
Modelo de Atención Calificada en el Embarazo, Parto, Posparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Socia	2017
Ley 9406: Ley de “Fortalecimiento de la protección legal de las niñas y las adolescentes mujeres ante situaciones de violencia de género asociadas a relaciones abusivas, reforma Código Penal, Código de Familia, Ley Orgánica TSE y Registro Civil y Código Civil	2017
Norma Nacional para la Atención Integral a las Mujeres Embarazadas en Post parto	2015
Lineamiento de Acompañamiento Integral en el proceso del nacimiento (L.GM.DDSS.ARS.DT.CNE.081015)	2015
Norma Nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente de salud sexual y salud N° 39088-S	2015
Lineamiento del acompañamiento Integral en el proceso del nacimiento.	2015
Guía de Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Abuso	2012
Política Institucional para la Igualdad y Equidad de Género	2010-2020



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA

Protocolo Clínico de Atención Integral
a personas usuarias con Pérdidas
Gestacionales Tempranas

Código:
GM.DDSS.AAIP.PSM.170523

Versión: 01

Página: 14 de 77

Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto	2009
Protocolo interinstitucional de atención integral a víctimas de violación sexual en edad joven y adulta	2008
Ley N° 8612 Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes	2007
Ley N° 8589 Penalización de la violencia contra las mujeres	2007
Ley N° 7735 Ley General de Protección a la Madre Adolescente, 1998 y modificada a partir de la Ley N°8312	2002
Ley N° 8261 Ley General de la Persona Joven	2002
Ley General de Protección a la Madres Adolescente y sus reformas	1998
Ley N° 7739 Código de la niñez y la adolescencia	1998
Ley N° 7586 Ley Contra la violencia doméstica	1996
Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer	1995
Convención sobre los Derechos del Niño	1990
Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer	1981

Alcance y campo de aplicación

El presente documento normativo contiene instrucciones dirigidas a personas funcionarias de distintas disciplinas de la Red de Servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social, que participan en la atención de personas usuarias de todas las edades con pérdida gestacional temprana, desde el momento de la sospecha médica hasta el manejo de la pérdida y el abordaje post evento obstétrico.



Objetivos

Objetivo General:

Estandarizar las acciones clínicas y técnicas básicas para la atención integral de las personas usuarias de todas las edades con una pérdida gestacional temprana desde un marco de Derechos Humanos y principios Bioéticos, para promover una atención integral, respetuosa y digna en toda la red de servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Objetivos Específicos:

- Establecer los criterios y acciones a seguir para el diagnóstico de pérdida gestacional temprana, así como, guiar intervenciones oportunas para la atención de las personas usuarias en esta situación.
- Instituir las acciones para la toma de decisiones y manejo apropiado -cálido, oportuno y de calidad- de la persona usuaria con diagnóstico de pérdida gestacional temprana.
- Definir el abordaje psicosocial de la persona usuaria con pérdida gestacional temprana y el manejo del duelo de forma sensible, cálida, integral y de calidad.
- Establecer las acciones para el abordaje posterior al evento obstétrico de personas usuarias con pérdida gestacional temprana.

Población diana o beneficiada

La población diana serán todas las personas usuarias de la Red de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social que presenten signos y síntomas compatibles con pérdidas gestacionales tempranas.

En caso de usuarias que se encuentran en valoración para una interrupción terapéutica del embarazo la intervención debe guiarse por el Protocolo correspondiente.



Personal que interviene

Para la ejecución de la atención de calidad a lo largo de la Red de servicios de la CCSS se requiere de la labor de todos y todas las funcionarias a cargo de la atención de las personas usuarias con sospecha o con pérdida gestacional en los tres Niveles de atención:

- Personal de Redes.
- Personal Auxiliar de Enfermería.
- Profesionales de Enfermería general, Enfermería en Ginecobstetricia y Enfermería en Salud Mental.
- Profesionales de Medicina General, Medicina Familiar, Medicina de Emergencias y Medicina en Gineco obstetricia.
- Profesionales de Farmacia.
- Profesional de Microbiología.
- Profesional de Psicología.
- Profesional de Trabajo Social.
- Otros.



Contenido

Este apartado describe las acciones específicas que se instruyen realizar a lo largo de todo el proceso de atención de la persona usuaria con pérdida gestacional temprana y se divide en módulos según el momento de la atención.

Módulo 1: Identificación de la usuaria y sospecha diagnóstica en el Primer Nivel (EBAIS)

Lugar: Consultorio Médico de I Nivel de Atención (EBAIS)

Personal que interviene: Funcionarios de Redes, Auxiliar de Enfermería, Profesional de Enfermería general y enfermería con especialidad en Obstetricia, Profesional en Medicina.

Insumos: Consultorio médico equipado, que asegure la privacidad, confidencialidad y la atención diferenciada a la usuaria obstétrica, tal como lo dicta el Manual Metodológico para el Desarrollo Arquitectónico de los servicios de obstetricia con base en el Modelo de Atención calificada del embarazo, parto y posparto.

Descripción de Actividades		
INTERVENCIÓN	INDICACIONES	PERSONAL QUE INTERVIENE
1.1 Recepción de la usuaria	Recepción por personal de seguridad: <ul style="list-style-type: none">- Asegurar el trato digno.- Brindar información pertinente y oportuna.- Recordar que toda usuaria embarazada tiene derecho a contar con acompañamiento durante todos los momentos de su atención. Verificación de datos por registros médicos: <ul style="list-style-type: none">- Recibir la documentación- Verificar documentos	Funcionarios de REDES
1.2 Preconsulta	Valoración <ul style="list-style-type: none">- Toma de signos vitales- Toma de peso y talla- Registro de historia de enfermería- Remitir a la consulta- Asegurar el trato digno, brindar información pertinente y oportuna.- Recordar a la usuaria que tiene derecho a estar acompañada si así lo desea.	Auxiliar de enfermería



1.3 Consulta médica para realizar una valoración integral del estado de la usuaria	Establecer un ambiente de confianza con la usuaria: <ul style="list-style-type: none">- Realizar la presentación del profesional.- Asegurar las condiciones físicas adecuadas, tales como privacidad, un ambiente adecuado, confortable y agradable.- Explicar a la usuaria que se le deben realizar algunas preguntas y algunos exámenes que ameritan contacto físico para precisar lo que ocurre.- Promover la bidireccionalidad y la comunicación entre el profesional y la usuaria- Establecer un diálogo para ayudar a disminuir la ansiedad.- Mirar a la usuaria y llamarla por su nombre.- Tomar en cuenta que ella puede desconocer lo que le pasa.- Recordar a la usuaria que tiene derecho a estar acompañada si así lo desea.- Preguntar a la usuaria si desea que se le informe a su familiar o persona acompañante.- Permitir que el familiar o la persona acompañante se mantenga a su lado, antes y durante la consulta, a menos que la usuaria solicite lo contrario.- Ofrecer el apoyo de un intérprete o asesor cultural en caso de que se trate de una persona indígena y consignarlo en el expediente.- En casos de personas usuarias con discapacidad mental o psicosocial, asegurar la presencia de un garante si es que cuenta con este.	Profesional en medicina Profesional de Enfermería especializado en obstetricia Auxiliar de enfermería
	Realizar la historia clínica completa y, además, indagar con la usuaria: <ul style="list-style-type: none">- Motivo de consulta.- Fecha de última regla.- Ausencia, fallo o uso inadecuado de método anticonceptivo.- Síntomas presuntivos de embarazo.- Historia de sangrado vaginal y caracterización del dolor en caso de que esté presente.	Profesional en medicina



	<p>Realizar examen físico</p> <ul style="list-style-type: none">- Signos presuntivos de embarazo.- Exploración abdominal para descartar masas, útero aumentado de tamaño y/o presencia de dolor.- Examen ginecológico: Presencia o evidencia de sangrado vaginal con o sin expulsión de restos ovulares.- Revisar características de cérvix para identificar si tiene o no dilatación o si hay presencia de lesiones o cuerpos extraños.- Verificar signos de infección: fiebre, hipertermia vaginal, secreción vaginal fétida.	<p>Profesional en medicina</p>
<p>1.4 Establecer la sospecha Diagnóstica y comunicarla a la usuaria</p>	<p>Establecer la sospecha diagnóstica</p> <ul style="list-style-type: none">- Tenga en cuenta que una noticia de sospecha de pérdida gestacional suele ser impactante para la usuaria, su pareja y/o familia.- Informar a la persona usuaria (y a su familiar o persona acompañante), con palabras sencillas, evitando discursos extensos y técnicos, la sospecha de diagnóstico de pérdida gestacional, aclarando que el diagnóstico definitivo se hará en el nivel superior de atención, tenga en cuenta que retrasar la noticia o la información pertinente suele generar más incertidumbre y angustia²³.- Preguntar a la usuaria y pedir que exprese en sus propias palabras la información que se le ha comunicado, para valorar la comprensión de lo que está ocurriendo y aclarar lo que sea requerido.- Valorar la respuesta emocional de la usuaria acerca de lo que está ocurriendo.	<p>Profesional en medicina</p>
	<p>Indagar el estado emocional de la persona usuaria.</p> <ul style="list-style-type: none">- Orientar con respeto a la usuaria y brindarle apoyo.- Si la usuaria asistió sola a consulta, facilitar la posibilidad de que contacte a una persona de su confianza que pueda acompañarla y apoyarla en los pasos subsiguientes.- Orientar al familiar o a la persona acompañante	<p>Profesional en medicina</p>



	<p>para que ofrezca un apoyo eficaz.</p> <ul style="list-style-type: none">- Identificar síntomas de ansiedad o alguna otra respuesta emocional y brindar apoyo.- Brindar un espacio para consultas. Se debe preguntar: Dígame en sus palabras, ¿qué está entendiendo? ¿Qué dudas tiene?	
1.5 Realizar referencias	<p>Realizar referencia a un nivel superior de atención</p> <ul style="list-style-type: none">- Referencia con datos completos.- Explicar sospecha diagnóstica y estado clínico y emocional de la usuaria.- En caso de inestabilidad hemodinámica (sangrado profuso, taquicardia) trasladar en ambulancia previa coordinación y manejo inicial de sangrado obstétrico para evitar shock hipovolémico, colocar vía y solución fisiológica. (Ver Figura 3: Flujograma de Manejo de Hemorragia Obstétrica)	Profesional en medicina



Módulo 2: Diagnóstico en el Segundo y Tercer Nivel de Atención (Urgencias/Emergencias)

Lugar: Consultorio Médico en Sala de Emergencias o Sala de Shock que cumpla con las recomendaciones institucionales sobre acceso, ubicación en el primer piso, espacio para el abordaje de personas usuarias con sospecha o diagnóstico de pérdida gestacional y habitación del duelo en aquellos hospitales que cuenten con el recurso. Unidad de emergencias ginecoobstétricas en maternidades con más de 2000 partos por año y en Unidades con menos de 2000 partos anuales un consultorio diferenciado, cada uno con personal diferenciado y calificado según lo describe el Modelo de Atención Calificada y al Manual Metodológico para el desarrollo arquitectónico de los servicios de obstetricia con base en el Modelo de Atención Calificada en el embarazo, parto y posparto.

Personal que interviene: Funcionarios(as) de Redes, Auxiliar de Enfermería, Profesional de Enfermería, Profesional en Medicina General, Gineco-obstetricia, Medicina familiar y Medicina de Emergencias.

Insumos: Consultorio médico equipado con espacios amplios y con iluminación natural o artificial adecuada, así como ventilación y regulación térmica, equipo de laboratorio e insumos de farmacia requeridos. En todos los espacios, los profesionales involucrados en la atención deben asegurar el derecho a la privacidad.

Descripción de Actividades		
INTERVENCIÓN	INDICACIONES	PERSONAL QUE INTERVIENE
2.1 Recepción de la usuaria	<p>Recepción por personal de seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none">- Asegurar el trato digno y brindar la información pertinente, oportuna y proactivo en busca de un espacio adecuado para la usuaria.- Recordar que toda usuaria embarazada tiene derecho a contar con acompañamiento durante todos los momentos de su atención, durante las 24 horas y los siete días de la semana y dependerá de la condición y evolución de la usuaria. <p>Verificación:</p> <ul style="list-style-type: none">- Recibir la documentación.- Verificar documentos.	Funcionarios de REDES



2.2 Preconsulta	Valoración <ul style="list-style-type: none">- Toma de signos vitales.- Toma de peso y talla.- Registro de historia de enfermería.- Remitir a la valoración médica- Asegurar el trato digno y brindar la información pertinente, oportuna.- Ser proactivo en busca de un espacio adecuado para la usuaria.- Recordar que toda usuaria embarazada tiene derecho a contar con acompañamiento durante todos los momentos de su atención, las 24 horas y los siete días de la semana y dependerá de la condición y evolución de la usuaria.	Auxiliar de enfermería
2.3 Consulta médica para realizar una valoración integral del estado de la usuaria	Establecer un ambiente de confianza con la persona usuaria (Ver 1.3) Realizar la historia clínica completa (Ver 1.3) Realizar examen físico (Ver 1.3) Enviar los siguientes exámenes de laboratorio y gabinete para confirmar diagnóstico y manejo posterior: <ul style="list-style-type: none">- Hormona Gonadotropina Coriónica.- Sub- unidad beta (hCG-β) cuantitativa en caso necesario.- Ultrasonido obstétrico.- Hemograma completo, grupo y Rh.- En caso de Rh negativo realizar Prueba Coombs Indirecto.	Profesional en medicina
2.4 Establecer Diagnóstico	Interpretación de exámenes de laboratorio y gabinete según las siguientes indicaciones: <ul style="list-style-type: none">- Sub-unidad beta negativa: se descarta embarazo.- Sub-unidad beta positiva: realizar ultrasonido transvaginal.- Interpretar resultados ultrasonográficos.- Valorar seguimiento con hCG-β cuantificada en caso necesario.	Profesional en medicina
	Realizar el procedimiento para establecer el diagnóstico de embarazo viable, sospecha o pérdida gestacional: <ul style="list-style-type: none">- Seguir Figura 1: Flujoograma de Manejo de la	Profesional en medicina



	<p>paciente con sangrado en el Primer Trimestre.</p> <ul style="list-style-type: none">- Seguir Figura 2: Flujograma de embarazo de localización desconocida.	
	<p>Clasificar tipo de pérdida:</p> <ul style="list-style-type: none">- Aborto espontáneo (O 03.9).- Amenaza de aborto (O 20.0).- Aborto completo (O 03.9).- Aborto incompleto (O 03.4).- Aborto inevitable o en evolución (O 20.0).- Aborto retenido, fallido o diferido (O 12.1).- Embarazo anembriónico.- Aborto séptico o infectado: cualquier tipo de aborto con sospecha de infección (O 03.5).- Aborto molar (O 01.9).	<p>Profesional en medicina</p>
<p>2.5 Realizar un abordaje integral y sensible con la situación de la usuaria</p>	<p>Comunicar y explicar el tipo de pérdida gestacional a la usuaria.</p> <ul style="list-style-type: none">- Utilizar la habitación para la atención en crisis y duelo en los Hospitales donde esté disponible o usar un espacio distinto a la sala en que se ubican otras usuarias con embarazos viables o donde están los bebés recién nacidos.- Tener en cuenta que la noticia de una pérdida gestacional suele ser impactante para la usuaria, su pareja y la familia gestante.- Informar a la usuaria, así como a su familiar o acompañante, con palabras sencillas, evitando discursos extensos y técnicos, el diagnóstico de pérdida gestacional.- Preguntar a la usuaria y pedir que exprese en sus propias palabras la información que se le ha comunicado para valorar la comprensión de lo que está ocurriendo y aclarar lo que sea requerido.- Evitar generar sentimientos de culpa al explicar las posibles causas de la pérdida gestacional, recalcar que las causas generalmente son genéticas o espontáneas.- Valorar la respuesta emocional de la usuaria acerca de lo que está ocurriendo.- Indagar la posible presencia de manifestaciones de violencia intrafamiliar o de cualquier índole,	<p>Profesional en medicina</p>



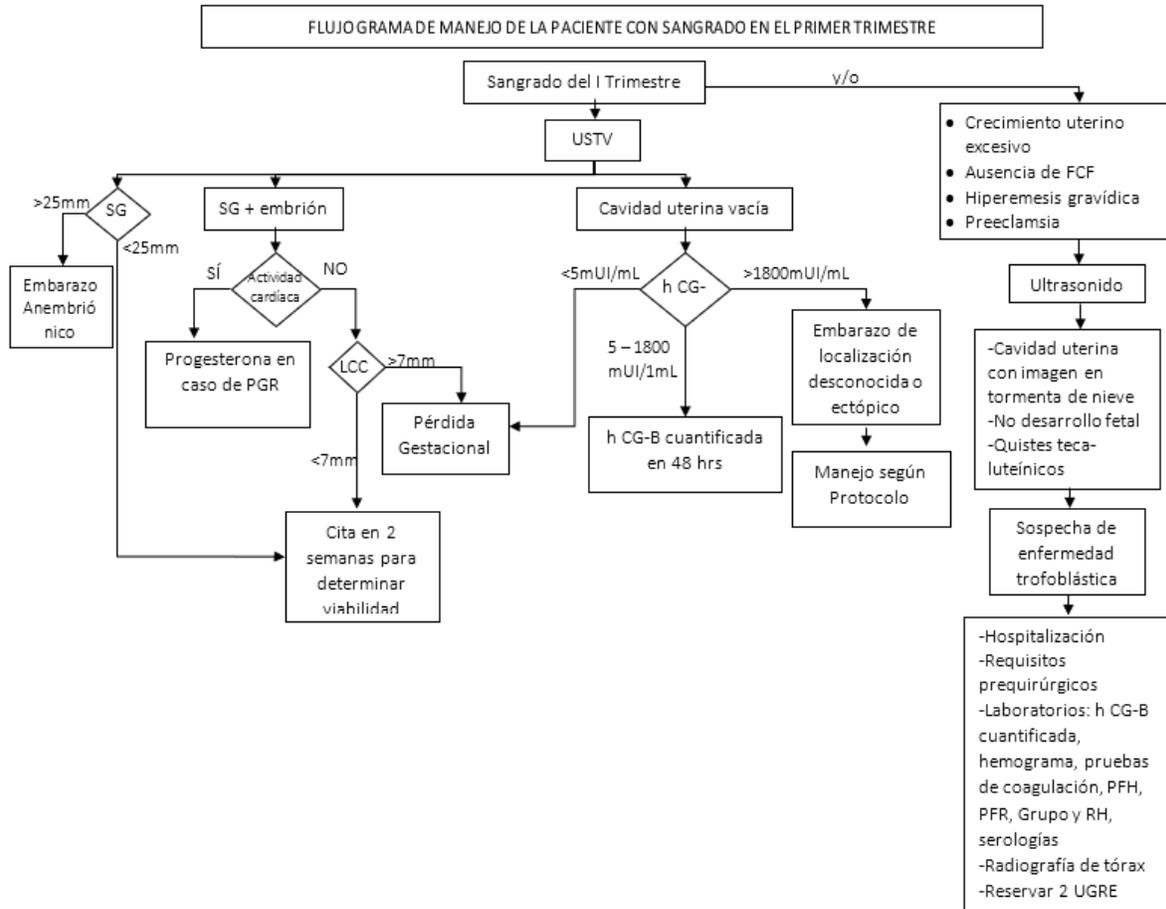
	<p>que puedan estar vinculadas a la pérdida gestacional (Ver Anexo N° 5: Atención de sospecha razonable de maltrato o abuso en contra de persona menor de edad y Atención de presunta violencia en contra de persona adulta).</p> <ul style="list-style-type: none">- Si identifica o tiene sospecha de que la usuaria es víctima de violencia el/la profesional que identifica debe iniciar inmediatamente las siguientes acciones:<ul style="list-style-type: none">• Referencia se realiza al Ministerio Público (Fiscalía).• Referencia al Organismo de Investigación Judicial.• Realizar reporte en boleta VE-01.• Reportar a la Comisión Local de Violencia.• Referir a Trabajo Social, Psicología y Enfermería en Salud Mental, según criterios de referencia.• En caso de ser una persona menor de edad, además de lo anterior, se debe reportar al PANI y referir al CEINNA local.	
	<p>Indagar el estado emocional de la persona usuaria (Ver en apartado 1.4) Recuerde:</p> <ul style="list-style-type: none">- Indagar lo que la persona usuaria está pensando puede señalarle qué aspectos o temas debe aclarar, profundizar o reiterar. Este espacio puede ser una oportunidad para completar el diagnóstico de una forma más integral, ya sea confirmando datos o identificando nueva información.- Evaluar la posible presencia de una crisis y en tal caso realizar Primeros Auxilios Psicológicos (Ver módulo 4)- Realizar referencia a los servicios de psicología, o enfermería en salud mental cuando se requiera.	<p>Profesional en medicina</p>



	<ul style="list-style-type: none">- Realizar referencia al servicio de trabajo social en los siguientes casos:<ul style="list-style-type: none">• Personas menores de edad (niñas y adolescentes) que enfrentan pérdida gestacional.• Personas menores de edad (niñas y adolescentes) con sospecha razonable de maltrato o abuso en su contra.• Personas menores de edad (niñas y adolescentes) con sospecha de relación impropia.• Personas menores de edad (niñas y adolescentes) sin red de apoyo o red de apoyo inadecuada para su egreso hospitalario.• Persona menor de edad y adulta en presunta situación de violencia (en sus diferentes manifestaciones) en su contra.• Personas que requieren intervención en crisis.• Personas que requieren intervención por duelo	
--	---	--

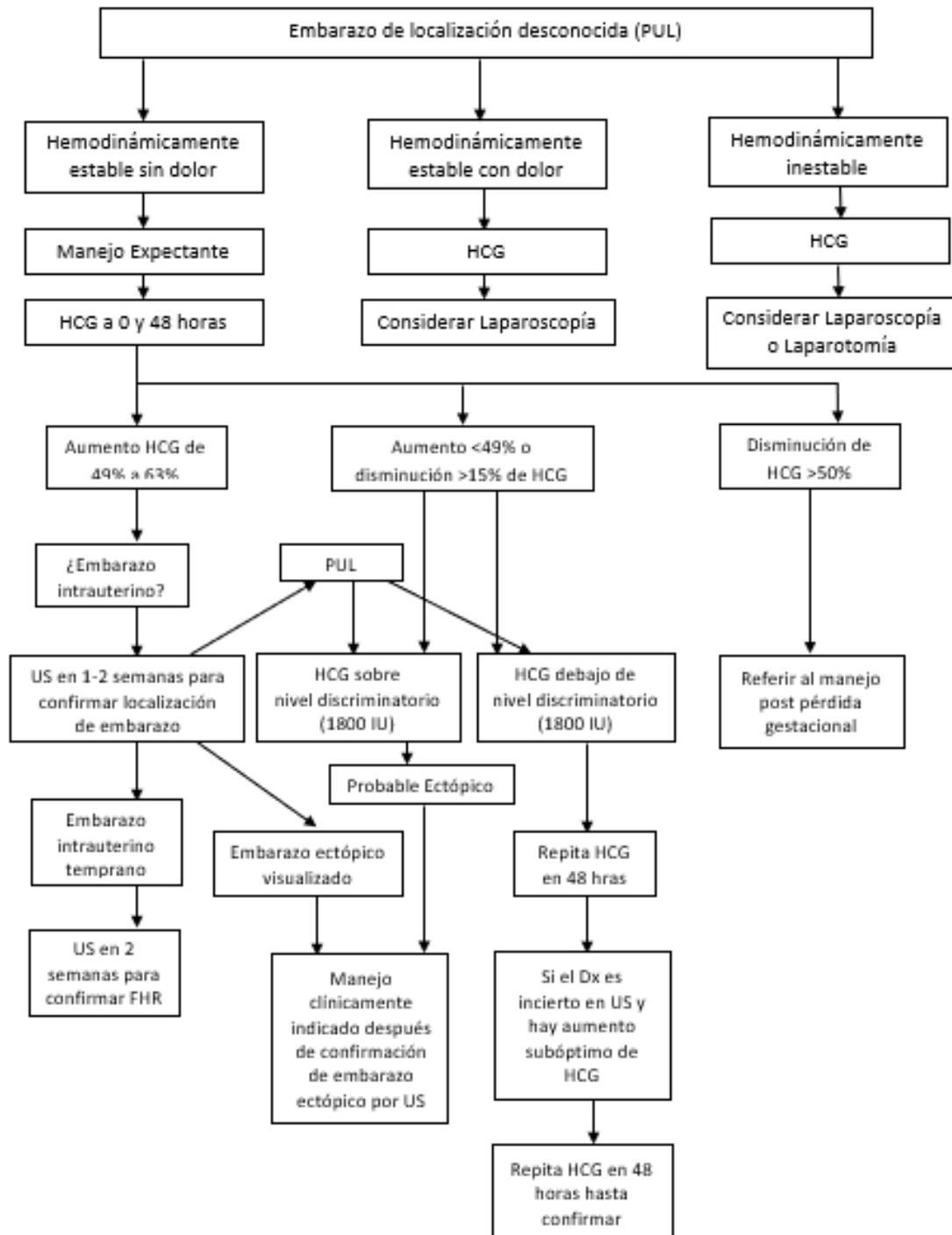


Figura 1: Flujoograma de Manejo del Sangrado en el I Trimestre



Adaptado de¹⁸

Figura 2: Flujoograma de Manejo de Embarazo de Localización Desconocida





Módulo 3: El Manejo de la Pérdida Gestacional en el Segundo y Tercer Nivel de Atención

El presente módulo instruye las acciones a realizar tanto para el manejo de la pérdida antes de las 13 semanas de gestación o menos, así como de la pérdida gestacional de las 13 a 22 semanas, por ende, en el manejo médico se describen algunas diferencias según estos períodos gestacionales.

Lugar: Consultorio Médico en Unidad de Emergencias Ginecoobstétricas o consultorio de atención diferenciada obstétrica, Salones de Internamiento (se recomienda internar a estas usuarias en salones de ginecología), Sala de operaciones de II y III Nivel, los espacios deben cumplir, en la medida de las posibilidades, con las recomendaciones institucionales vigentes sobre acceso, espacio para el abordaje de personas usuarias con pérdida gestacional. Además, en los hospitales donde se cuenten con el recurso, se debe utilizar la habitación del duelo según sea pertinente. Unidad de emergencias ginecoobstétricas en maternidades con más de 2000 partos por año y en Unidades con menos de 2000 partos por año un consultorio diferenciado, cada uno con personal diferenciado y calificado según lo describe el Modelo de Atención Calificada.

Personal que interviene: Funcionarios de Redes, Auxiliar de Enfermería, Profesional de Enfermería general, Enfermera en salud mental y enfermería obstétrica, Profesional en Medicina General y con especialidad en Gineco-obstetricia, Medicina de Emergencias, Medicina Familiar, Anestesiología.

Insumos: Consultorio médico equipado y/o sala de operaciones con espacios amplios y con iluminación natural o artificial adecuada, así como ventilación y regulación térmica. Equipo de laboratorio, insumos de farmacia. En todos los espacios, los profesionales involucrados en la atención deben asegurar el derecho a la privacidad.

INTERVENCIÓN	INDICACIONES	PERSONA QUE INTERVIENE
3.1 Valorar los posibles tipos de manejo según la condición de la usuaria	En este subapartado se exponen los distintos tipos de manejo de pérdida gestacional temprana disponibles en la institución. Los profesionales tratantes deben evaluar según la condición emocional y clínica de la persona usuaria, los posibles tipos de manejo que son viables y comunicárselos teniendo en cuenta las recomendaciones del apartado 3.2. Siempre que la condición clínica lo permita, debe promoverse la toma de decisión conjunta sobre el manejo de la pérdida gestacional temprana, incentivando y respetando la participación de la persona usuaria	Profesional en Medicina especialista en gineco obstetricia



en conjunto con el profesional en medicina tratante.

Valorar si la paciente se encuentra hemodinámicamente estable o inestable, para establecer la priorización en el manejo. (ver Figura 3)

Tipos de Manejo de la Pérdida Gestacional:

- **Manejo Expectante**
 - Se limita a gestaciones en el I trimestre, por un período de 4 a 8 semanas después del diagnóstico, según particularidades del caso.
 - Se darán citas de seguimiento cada 7 o 15 días máximo para controles de ultrasonido o según indicación médica, se recomienda que este seguimiento se lleve a cabo en el servicio de emergencias ginecoobstétricas o en área que asigne el servicio correspondiente y que cumpla con los requerimientos.
 - Se puede brindar incapacidad según la condición de la usuaria, criterio clínico, duración del manejo expectante y reglamento vigente.
 - Pueden prescribirse medicamentos para el dolor.
 - Educar a la usuaria indicando que deberá consultar al servicio de emergencias si presenta las siguientes condiciones:
 - Sangrado abundante: si llena dos toallas nocturnas en una hora por dos horas seguidas.
 - Sangrado vaginal fétido.
 - Dolor abdominal o pélvico.
 - Fiebre o sensación febril.
 - Inestabilidad hemodinámica
 - Cambios abruptos del estado de ánimo.



	<ul style="list-style-type: none">• Alteración del sueño- Se considera una expulsión completa la ausencia de saco gestacional y un grosor endometrial de 20 mm a 30mm, sin embargo, el elemento decisivo fundamental debe ser la condición clínica.- Se ofrecerá intervención por parte del Servicio Psicología si la paciente lo requiere y lo desea. En caso de que sea así, se deberá emitir una referencia o interconsulta a este servicio describiendo la casuística y los signos y síntomas emocionales asociados.- Se considerará falla del manejo expectante si después de un período de 4 a 8 semanas posterior al diagnóstico no se logra la expulsión, por lo que se debe considerar otra alternativa^{13 20}.- Manejo Médico:<ul style="list-style-type: none">- Busca inducir maduración cervical.- Se debe realizar en los siguientes casos:<ul style="list-style-type: none">• Con usuarias con embarazos menores de 13 semanas que no respondan al manejo expectante.• Cuando la usuaria no desea el manejo expectante.• Tomar en cuenta que la usuaria debe tener una placenta de inserción normal.- Se puede realizar con:<ul style="list-style-type: none">- Laminarias:<ul style="list-style-type: none">Son un insumo de dilatación mecánica.Son un dilatador cervical osmótico que produce una dilatación suave y gradual.Se debe utilizar en personas usuarias con embarazos a partir de 13 semanas.	
--	---	--

Además de las Laminarias, se puede inducir la maduración cervical con dos medicamentos:



- ***Dinoprostona:***

Se debe utilizar en pérdidas gestacionales de 13 a 22 semanas. Esta se encuentra disponible en la institución para uso en embarazos mayores a 12 semanas, según la circular CCF AMT-0001-01-2015 y es de uso exclusivo restringido a especialistas en un contexto hospitalario (clave HRE).

Dosis recomendada 2gr vaginal.

Se encuentra a disposición como parte de la LOM de la CCSS para uso obstétrico en la presentación de 2 mg./2,5 mL (3 gramos) de gel vaginal en jeringa precargada para aplicación vaginal o 10mg en sistema de liberación vaginal en un sobre de aluminio / polietileno.

Los esquemas utilizados contemplan: 1-2mg cada 6 horas intravaginal (en el caso de utilizar dinoprostona en su presentación en gel)⁸.

- ***Oxitocina:***

Se debe utilizar solo en pérdidas gestacionales a partir de 13 semanas.

Dosis recomendada: se inicia 20 a 100 unidades IV a pasar en 3 horas, luego se suspende durante 1 hora y observar diuresis, la dosis puede irse aumentando paulatinamente, hasta máximo 300 U en 3 horas. Se puede repetir la inducción con el mismo esquema durante un segundo día si las condiciones clínicas y psicológicas de la persona usuaria lo permiten.

En caso de persistencia de restos



	<p>ovulares, considerar manejo quirúrgico.</p> <ul style="list-style-type: none">- Sondas de maduración cervical: En caso de cérvix desfavorable en embarazos mayores a 12 semanas se sugiere maduración cervical más expulsión de los productos de la concepción (dependiendo de la edad gestacional) previo a evacuación uterina. Este se realiza bajo la colocación de sondas o dispositivos de dilatación cervical, como la sonda Foley o los balones de Cook, estos se colocan de forma concomitante con oxitocina o prostaglandinas por periodos idealmente no mayores a las 12 horas²¹.- Manejo Quirúrgico:<ul style="list-style-type: none">- Debe ser utilizado en caso de usuarias con hemorragia, inestabilidad hemodinámica, signos de infección, comorbilidades médicas como anemia severa, desórdenes de la coagulación, enfermedad cardiovascular, embarazo molar o cuando hay una expulsión incompleta.- También debe utilizarse en aquellos casos en que la usuaria no acepte el manejo médico o expectante, o que estos no funcionen.- En caso de usuarias que requieran hospitalización se les debe ubicar en un espacio físico diferente al que utilizan las usuarias embarazadas o en posparto (incluyendo los servicios sanitarios que estas utilizan) y donde no tengan contacto con bebés recién nacidos,	
--	---	--



además, se recomienda de preferencia que debe estar en una zona poco transitada y estar identificada por fuera con una alarma visual (Ver Anexo 3), de ser posible con ventilación natural o en su defecto debe estar apropiadamente climatizada, así como contar preferiblemente con conexión visual al exterior y una silla disponible para el familiar o la persona acompañante²².

- Para cumplir con lo anterior se recomienda que estas usuarias estén internadas en Ginecología.
- El procedimiento debe realizarse en las primeras 24 a 48 horas de ingreso hospitalario.

Se pueden realizar los siguientes métodos de evacuación endouterina:

- ***Aspiración Manual Endouterina (AMEU)***
(Ver detalles en el Anexo 3)
 - Es el Método recomendado por OMS, tiene un éxito el 98% de los casos y reduce significativamente el riesgo de complicaciones asociadas con la Dilatación y Curetaje²³.
 - Se puede realizar de manera ambulatoria o en hospitalización de acuerdo con las condiciones de la usuaria y del centro de atención.
 - Se recomienda como primera elección institucional de evacuación quirúrgica para manejo de la pérdida gestacional temprana¹⁵.
 - En caso de embarazo molar esta es la técnica de evacuación recomendada, la evacuación uterina debe realizarse al momento



	<p>del diagnóstico, no debe llevarse a cabo manejo expectante o médico.</p> <ul style="list-style-type: none">- Se recomienda realizar con sedación siempre que se disponga de anesthesiólogo o utilizar el Bloqueo para cervical.- Se recomienda la profilaxis con antibiótico (Doxiciclina 200mg vía oral) previo al procedimiento y la analgesia coadyuvante, bloqueo cervical en caso necesario.- Recuerde, que estos procedimientos pueden implicar experiencias de dolor, por lo que se debe explicar claramente a la persona usuaria como parte del consentimiento y tomar la decisión conjunta, siempre y cuando su condición clínica y emocional lo permita.- Cuando hay retención de restos ovulares posterior a un AMEU se puede realizar el procedimiento una segunda vez, siempre y cuando las condiciones emocionales y físicas de la usuaria lo permitan y ella dé su consentimiento, en caso contrario se debe realizar Dilatación y Curetaje. <p>- Dilatación y curetaje (DyC):</p> <ul style="list-style-type: none">- Este procedimiento debe ser utilizado en los siguientes casos:<ul style="list-style-type: none">• Cuando el AMEU no se logró realizar.• Cuando hay retención de restos ovulares posterior al AMEU.- Se puede realizar en hospitalización o de manera ambulatoria según las condiciones clínicas de la usuaria (el	
--	--	--



	estado emocional y la aceptación y preferencia de la usuaria) y del centro de atención.	
3.2 Comunicar a la usuaria los tipos de manejo	<p>En caso de que la persona usuaria se encuentre hemodinámicamente estable, explicar los diferentes manejos que son viables para la condición de la usuaria que se realizan a nivel institucional.</p> <p>Promover la toma de decisión conjunta sobre el manejo de la pérdida gestacional, siempre que la condición clínica lo permita, incentivando y respetando la participación de la usuaria en conjunto con el profesional en medicina tratante.</p> <p>Se debe informar a la persona usuaria que, si lo desea, tiene derecho de solicitar la entrega del feto siempre que la condición de este lo permita y que sea macroscópicamente visible y en caso afirmativo indicarle los requerimientos y anotarlo en el expediente (Ver apartado 5.5 Entrega de fetos macroscópicamente visibles).</p> <p>En cualquiera de los casos, se debe brindar a la persona usuaria información detallada sobre las técnicas, así como sus beneficios y posibles complicaciones. Es importante asegurarse de que la persona usuaria comprendió la información.</p> <p>Incentivar la participación de la persona usuaria en la toma de decisiones siempre que su condición clínica lo permita.</p> <p>En caso de decidir el manejo quirúrgico, informar a la persona usuaria que va a ser ingresada para realizarle un procedimiento de evacuación endouterina que se llevará a cabo en un período no mayor de 24 horas a 48 horas.</p> <p>Recuerde:</p> <ul style="list-style-type: none">- La persona usuaria tiene derecho de estar	Profesional de medicina en gineco obstetricia



	<p>acompañada por una persona de su elección durante todo el proceso previo a la sala de operaciones y en los salones de internamiento, asimismo al apoyo de un intérprete, asesor cultural o un garante cuando así se requiera.</p> <ul style="list-style-type: none">- Cerciorarse de que la persona usuaria comprende lo que se le está explicando.- Solicitar a la persona usuaria que le explique en sus propias palabras lo que está comprendiendo de la información recibida y aclare lo que considere necesario.- Valorar la diversidad de emociones que puede presentar la persona usuaria con una pérdida gestacional en curso y los manejos propuestos.- Explicar a la persona usuaria las posibles causas de la pérdida gestacional (tenga en cuenta que esto es muy importante, para no despertar o sostener sentimientos de culpa).	
<p>3.3 Decidir el manejo que se realizará</p>	<p>Decidir el manejo en conjunto con la persona usuaria si su condición clínica lo permite, esto en respeto de su autonomía, en concordancia con la Ley 10081²⁴</p> <p>Recordar las siguientes premisas:</p> <ul style="list-style-type: none">- El manejo debe ser lo menos invasivo posible.- De ser posible se debe dar prioridad al manejo ambulatorio.- En caso de requerir hospitalización, hasta donde sea posible, se debe ubicar a la usuaria en un espacio físico diferenciado al utilizado por las embarazadas, en posparto y en el que no tenga contacto con los bebés recién nacidos ni con elementos o insumos de trabajo relacionados a neonatos (se recomienda internar a la usuaria en Ginecología).- Este espacio diferenciado debe proteger la	<p>Profesional de medicina en gineco obstetricia</p>



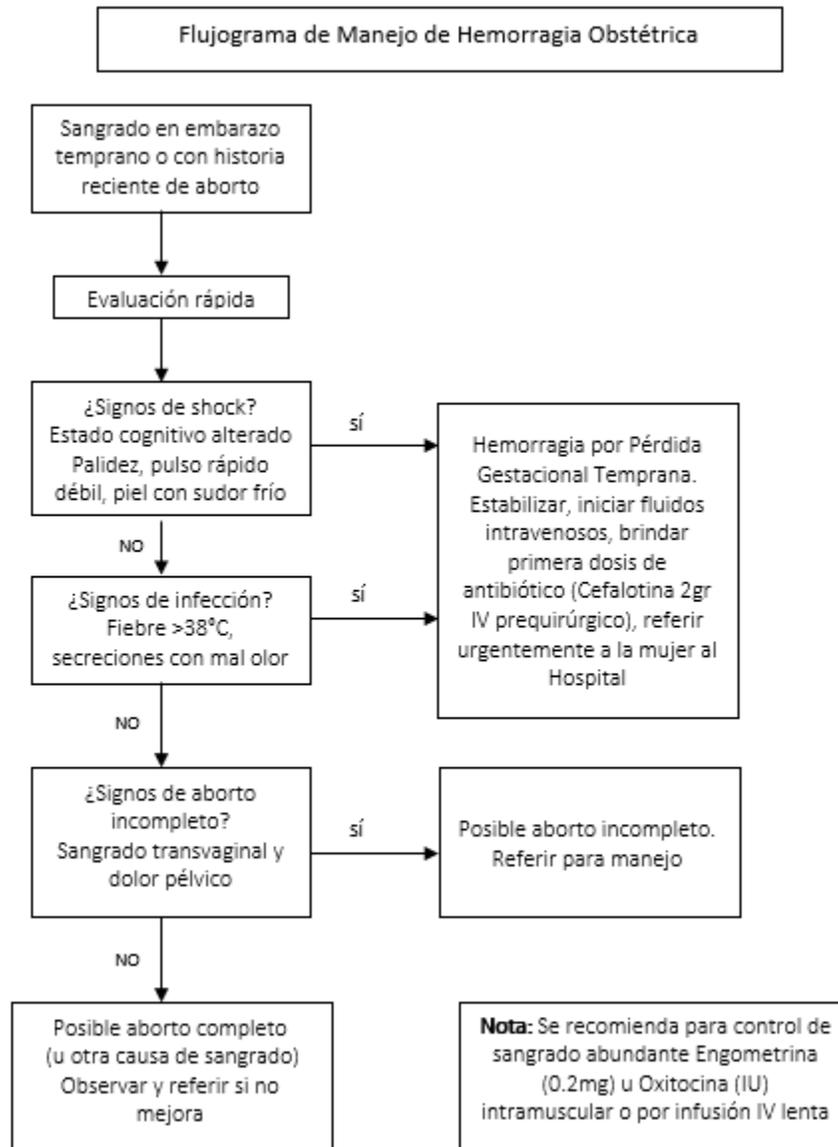
	<p>intimidad, privacidad y confidencialidad de la persona usuaria, por lo que debe de estar identificado por fuera para tal fin, por esto se recomienda colocar en la puerta de la habitación el distintivo del Anexo 3 de este Protocolo.</p> <ul style="list-style-type: none">- Durante su estancia en el espacio diferenciado tiene derecho a estar acompañada por un familiar o persona que ella elija para ese fin, así como del intérprete, asesor cultural o un garante cuando lo requiera.- La hospitalización debe durar el menor tiempo posible y el procedimiento debe realizarse en un periodo no mayor de 24 a 48 horas posteriores al ingreso de la usuaria al centro.- Independientemente del manejo a realizar en caso de Rh Negativo debe aplicar la Inmunoglobulina RHO(D).	
<p>3.4 Consentimiento informado</p>	<p>Firmar el consentimiento informado en su formulario general código 4-70-03-0560, disponible en SIES</p> <ul style="list-style-type: none">- La explicación del procedimiento y sus riesgos para obtener el consentimiento informado de persona usuaria y la posterior firma del formulario de Consentimiento Informado (CI) o Asentimiento Informado (AI) cuando corresponda (procedimientos que suponen riesgos e inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud de la persona usuaria, según el Reglamento de CI en la práctica asistencial de la CCSS) son acciones indispensables que documentan y respaldan la autonomía de la persona usuaria y el derecho a participar en la toma de decisiones sobre su atención.- Con la firma del formulario de CI/AI la persona usuaria manifiesta que ella entiende y aprueba el procedimiento que previamente se le explicó y con el que va a	<p>Profesional de medicina en gineco obstetricia</p>



	<p>ser intervenida.</p> <ul style="list-style-type: none">- En caso de personas usuarias menores de edad y mayores de 12 años debe respetarse su autonomía, mediante la aplicación y firma del Asentimiento Informado (AI).- Debe informar a la persona usuaria que podrá rechazar el procedimiento clínico propuesto o revocar el CI o AI otorgado previamente, en cualquier momento sin que ello implique sanción alguna o pérdida de derechos. <p>Consignar en el expediente digital cada una de las acciones realizadas.</p> <p>Indexar el formulario de CI/AI firmado en el EDUS.</p>	
3.5 En caso de inestabilidad hemodinámica	<p>En caso de que en algún momento de la atención la usuaria desarrolle inestabilidad hemodinámica se debe activar el protocolo de manejo de shock. (Ver Figura N°3: Flujograma Manejo de la Hemorragia Obstétrica)</p>	Profesional de medicina general u otros capacitados
3.6 Proceder con el manejo seleccionado	<ul style="list-style-type: none">- Manejo Conservador.- Manejo Médico.- Manejo Quirúrgico. <p>Tenga en cuenta que:</p> <p>En el caso de que el Manejo Quirúrgico se lleve a cabo, si hay Rh Negativo y una prueba Coombs negativa se debe aplicar la Inmunoglobulina antiD.</p>	Profesional de medicina en gineco obstetricia



Figura 3: Flujograma de Manejo de la Hemorragia Obstétrica





Módulo 4: Abordaje Integral de la persona usuaria, una mirada con sensibilidad psicosocial

Lugar:

Consultorio Médico en Sala de Emergencias o Sala de Shock que cumpla con las recomendaciones institucionales sobre acceso, ubicación en el primer piso, espacio para el abordaje de persona usuaria con sospecha o diagnóstico de pérdida gestacional y habitación del duelo en aquellos hospitales que cuenten con el recurso o una habitación con adecuada privacidad, comodidad, confort, amplitud para participación familiar, climatización, iluminación, entre otras. Consultorio de Psicología, consultorio de Trabajo Social o consultorio de Enfermería con especialidad en Salud Mental, según sea el requerimiento y disponibilidad. Unidad de Emergencias Gineco o emergencias ginecoobstétricas en maternidades con más de 2000 partos anuales y en Unidades con menos de 2000 partos anuales un consultorio diferenciado, cada uno con personal diferenciado y calificado según lo describe el Modelo de Atención Calificada y el Manual Metodológico para el desarrollo arquitectónico de los servicios de obstetricia con base en el Modelo de Atención Calificada en el embarazo, parto y posparto.

Personal que interviene: funcionarios de Redes, Auxiliar de Enfermería, Profesional de Enfermería (General, con especialidad en Ginecoobstetricia o en Salud Mental), Profesional en Medicina (General o con especialidad en Gineco-obstetricia, Medicina de Emergencias, Medicina Familiar), Profesional de Psicología, Profesional de Trabajo Social.

Insumos: Consultorio médico o profesional debidamente equipado con los insumos de evaluación e intervención propios de cada disciplina. En todos los espacios, los profesionales involucrados en la atención deben asegurar el derecho a la privacidad.

	Descripción de Actividades	
INTERVENCIÓN	INDICACIONES	PERSONAL QUE INTERVIENE
4.1 Identificación de la Crisis	La persona usuaria que está enfrentando la sospecha o confirmación de una pérdida gestacional, eventualmente puede presentar una crisis, es decir, que tenga: 1) el estado de desorganización y 2) un trastorno en el afrontamiento. Esta condición le hace perder la capacidad para abordar, decidir y resolver determinadas situaciones cotidianas con los métodos y recursos que solía hacerlo ⁶ .	-Profesional en Medicina -Profesional de enfermería general, -Profesional de enfermería



	<p>Observar y/o indagar a la persona usuaria con una pérdida gestacional temprana para identificar la posible presencia de una crisis caracterizada, entre otros, por la siguiente sintomatología^{6 28}:</p> <ul style="list-style-type: none">-Sintomatología cognitiva: como, por ejemplo, dificultades para tomar decisiones sencillas o típicamente cotidianas, confusión para elegir quien la puede acompañar, dificultades para realizar una llamada, mostrarse desorganizada o desorientada, tomar decisiones impulsivas o que ese momento concreto no son viables, entre otras.-Sintomatología emocional: enojo, culpa, tristeza, ansiedad, angustia, estado de shock, cansancio y agotamiento, sentimiento de desamparo y/o inadecuación, entre otros.-Sintomatología conductual: llanto de variable intensidad, temblor, sudoración, agitación, o incluso, una falta de reacción o respuesta, es decir, no logra responder (emocional y conductualmente) a la situación que enfrenta u otros. <p>Si se identifica la presencia de esta sintomatología en la usuaria, es probable que esté en una crisis.</p> <p>Recuerde: El vínculo de la madre, padre y/o la familia gestante con el bebé en desarrollo se puede construir desde el inicio de este, hecho que ha sido reforzado con los avances en las imágenes ecográficas, por lo tanto, indistintamente del tiempo del embarazo de una persona usuaria con pérdida gestacional, puede presentarse o no, un impacto emocional, una crisis y/o duelo por la pérdida de la gestación, es decir, la edad de la persona usuaria o las semanas de gestación no establece el valor ni la intensidad del</p>	<p>en obstetricia, Profesional de enfermería salud mental -Profesional de Psicología -Profesional de Trabajo Social -Otros.</p>
--	--	---



	<p>impacto emocional por lo que el personal de salud debe validar sus emociones para no agudizar su dolor o reacción por la pérdida²⁶.</p> <p>Ante la presencia de una crisis tenga en cuenta las recomendaciones del siguiente apartado</p>	
<p>4.2 Intervención en Crisis de Primer Orden o Primeros Auxilios Psicológicos</p>	<p>Realizar primeros auxilios psicológicos: esta es una intervención que puede ser llevado a cabo por aquel profesional que tenga el contacto con la persona usuaria, es decir, pueden realizarla personas funcionarias de distintas disciplinas²⁷. Esta intervención solo debe llevarse a cabo si la usuaria lo requiere y lo desea, porque no todas las personas que afrontan una situación estresante o crítica necesitan o quieren esta intervención²⁸.</p> <p>Tomar en cuenta los pasos aquí descritos^{7 29}:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Realizar contacto empático, profesional y respetuoso, direccionado a generar confianza.<ul style="list-style-type: none">- Escuchar activamente y sin juicios lo que la usuaria exprese (hechos, pensamientos, sentimientos, emociones).- Permitir la expresión de emociones de la usuaria, su pareja y/o familia.- Acompañar.- Brindar, en la medida de lo posible, un ambiente tranquilo y privado.- Ayudar a entender lo que está ocurriendo.- Si se expresa algo, hacerlo con interés genuino y teniendo en cuenta la necesidad y experiencia particular de la usuaria/pareja y familia gestante que vive la pérdida, porque cada una es diferente.- No existen frases infalibles, pero puede tener en cuenta las siguientes:<ul style="list-style-type: none">• Entiendo que su experiencia puede ser muy dolorosa.• No puedo imaginar su dolor, pero estoy aquí.• Tiene derecho a sentir y expresar su	<p>-Profesional en Medicina o -Profesional de enfermería o -Profesional de Psicología o -Profesional de Trabajo Social Enfermería en Salud Mental, Otros.</p>



	<p>pérdida y lo que siente.</p> <ul style="list-style-type: none">• Puede expresar lo que siente cuando lo necesite.• Puede buscar apoyo en personas de su confianza que la escuchen.• Puede llorar si lo necesita. <p>- Evitar cambiar de tema cuando la persona usuaria haga preguntas sobre lo ocurrido, hable del embarazo o de bebé.</p> <p>- No forzar o presionar a la usuaria a hablar de detalles o de la pérdida gestacional si ella no lo desea.</p> <p>- Evitar decir frases como las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Todo pasa por algo.• Ahora su bebé está en un mejor lugar.• Ahora tiene un ángel que la cuida.• El tiempo lo cura todo.• Al menos no llegó a encariñarse.• Mejor ahora que cuando tuviera más meses de embarazo.• Hay que seguir adelante.• Sea fuerte, no llore.• Pronto tendrá otro embarazo.• Aún es joven.• Tranquila que ya tiene o tendrá otros hijos.• Lo va a superar.• Esto les pasa a muchas personas.• Una pérdida no es nada, hay personas que han tenido varias.• A partir de ahora esfuércese y piense en otra cosa.• Ya pasó, debería dejarlo atrás.• Dios sabe por qué hace las cosas• Mejor así, tal vez venía con problemas o malformaciones <p>2. Analizar la dimensión del problema, es decir, se debe identificar la magnitud percibida por la</p>	
--	--	--



	<p>usuaria del problema central y la capacidad de afrontamiento, además, realizar una valoración de riesgo de la integridad y la vida de la usuaria como de otras personas, ya que la presencia de desorganización eventualmente puede conllevar riesgo suicida u homicida.</p> <ul style="list-style-type: none">- Identificar el detonante inmediato de la crisis.- Promover la identificación tanto de las debilidades o necesidades, como de las fortalezas o recursos que tiene la persona (acompañamiento, un lugar al que acudir, posibilidades de comunicación de la situación a alguna persona de apoyo, etc.).- Ayudar a discernir entre:<ul style="list-style-type: none">a) <i>Necesidades inmediatas</i>: por ejemplo, una llamada telefónica, identificar una persona de apoyo de su entorno que la puede acompañar, obtener información sobre los trámites administrativos y hospitalarios relacionados con el fallecimiento y el proceso que debe llevarse a cabo, el tiempo aproximado de duración, los documentos que se le deben entregar, valorar los recursos de la usuaria y/o la familia para realizar los ritos funerarios) y orientar a la persona usuaria o familia que presenta dificultades económicas para asumir los costos de los rituales fúnebres, inhumación o cremación, para que acuda a sus recursos de apoyo y gestione ante la Sucursal de la CCSS que le corresponde, el pago de estos gastos al presentar la factura de la funeraria, entre otras.b) <i>Necesidades que puede esperar</i>: por ejemplo, decisiones sobre la maternidad o futuros embarazos, entre otros.- Buscar establecer un orden jerárquico de las necesidades de la usuaria, diferenciando entre los conflictos o situaciones que necesitan manejarse de manera inmediata y aquellos que pueden dejarse para después.	
--	---	--



	<p>3. Sondear e identificar las posibles soluciones basándose en la jerarquización y las necesidades inmediatas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Preguntar a la usuaria qué soluciones ha ejecutado.- Instar a la usuaria a generar soluciones alternativas a las que ya ha realizado.- Añadir y sugerir, como personal que interviene, otras alternativas de solución a las necesidades inmediatas identificadas, que sean consistentes y estén dentro del margen de posibilidades de la realidad social de la usuaria. <p>4. Asistir en la ejecución de pasos concretos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Facilitar recursos para que la usuaria ejecute la acción específica y concreta según la situación (por ejemplo, facilitarle acceso a un teléfono si lo requiere).- Promover, si la capacidad de afrontamiento lo permite, la priorización y ejecución de acciones que la misma usuaria pueda llevar a cabo (por ejemplo, fomentar que sea ella quien realice llamadas y comunique lo ocurrido, que utilice y accione sus propios recursos o redes de apoyo).- Si las circunstancias lo requieren y la capacidad de afrontamiento de la usuaria continúa comprometida, puede tomarse un papel más directivo para la ejecución de acciones (por ejemplo, contactar directamente a quien se requiere, buscar recursos de apoyo que pueda brindar la institución o la comunidad, entre otros.). <p>5. Realizar el seguimiento para verificar el proceso:</p> <ul style="list-style-type: none">- Verificar la implementación de las acciones del plan. <p>Se insta a las Direcciones de Hospitales y Jefaturas de los diferentes servicios que incentiven y autoricen a las personas funcionarias de diversas disciplinas a capacitarse en Primeros Auxilios Psicológicos o Intervención en Crisis de Primer Orden</p>	
--	--	--



<p>4.3 Identificación del Duelo Gestacional</p>	<p>Indagar e identificar la posible presencia de un duelo gestacional. Tener en cuenta lo siguiente:</p> <p>El duelo es un proceso natural de adaptación que suele presentarse posterior a una pérdida de cualquier índole⁷ y en el caso particular del duelo por pérdida gestacional, es posible que la persona usuaria, la pareja y la familia gestante pueda experimentar (o no) un duelo por la pérdida de las expectativas y de la proyección particular del futuro que se planeaba construir junto al nuevo hijo(a)³⁰. Sin embargo, uno de los aspectos centrales y problemáticos del duelo gestacional temprano, es que suele ser socialmente invalidado y silenciado, por ello es apremiante reconocerlo y validarlo desde los servicios de atención en salud, para promover su expresión ante la familia, la sociedad y los servicios de salud, de forma que se realice un abordaje oportuno y apropiado y se alcance una resolución más sana del duelo gestacional.²⁹</p> <p>Por todo esto, cuando se realice alguna intervención o abordaje con una persona usuaria con pérdida gestacional temprana, se debe considerar la posible presencia de un duelo gestacional, pero siempre tener en cuenta que este puede ser típico o no, porque suele ser particular para cada familia.</p> <p>Observar e indagar la presencia de lo siguiente⁹:</p> <ul style="list-style-type: none">- Sentimientos: Tristeza, enfado, culpa, ansiedad, soledad, fatiga, impotencia, “shock”, anhelo, alivio, inestabilidad.- Sensaciones físicas: Vacío en el estómago, opresión en el pecho, opresión en la garganta, hipersensibilidad al ruido, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía, sequedad en la boca.- Cogniciones: Incredulidad, confusión, preocupación por los siguientes embarazos,	<ul style="list-style-type: none">-Profesional en Medicina-Profesional de enfermería- Profesional de enfermería especialista en obstetricia o salud mental-Profesional de Psicología-Profesional de Trabajo Social-Otros.
---	--	--



	<p>indefensión, sentido de presencia del embarazo o del bebé, alucinaciones, sensación de despersonalización, sueños con el fallecido.</p> <ul style="list-style-type: none">- Conductas: Trastornos del sueño, trastornos alimentarios, conducta distraída, aislamiento social, conductas evitativas sobre el bebé fallecido o la pérdida gestacional, hiperactividad, desasosiego. <p>Si identifica la experiencia de duelo gestacional realizar una interconsulta y referencia al Servicio de Psicología y consignarlo en el expediente.</p>	
<p>4.4 Intervención del Duelo Gestacional</p>	<p>El Profesional en Psicología debe implementar acciones relacionadas con la valoración e intervención psicológica en torno al proceso de duelo gestacional y consignarlas en el expediente de la usuaria.</p> <p>La intervención y estrategia psicológica serán acorde con las necesidades reales de la usuaria. La modalidad de intervención psicológica debe ser elegida por el profesional en psicología a cargo, pudiendo optar por la modalidad individual, pareja, familiar o grupal según las necesidades detectadas en cada caso en particular, ya sea en el escenario intrahospitalario o en consulta externa.</p> <p>Las intervenciones clínicas que debe contemplar el profesional de psicología, sin menoscabo de otras intervenciones que respondan a aspectos que puedan aparecer durante la entrevista, pueden ser las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">- Propiciar la expresión emocional.- Validar sentimientos.- Identificar una red de apoyo.- Acompañar en la búsqueda activa de apoyo.- Realizar abordaje de la pérdida.- Propiciar la reorganización del proyecto de vida tras la pérdida.- Propiciar de forma empática que la persona usuaria aumente la realidad de la pérdida.	<p>Profesional en Psicología</p>



	<ul style="list-style-type: none">- En caso de antecedente de trastorno y de la conducta con diagnóstico identificado en el expediente de salud y de acuerdo con el estado de salud de la paciente, historia clínica, estado de su examen mental y antecedentes psicopatológicos, se recomienda solicitar interconsulta a psiquiatría.- Documentar en el expediente todas las acciones realizadas <p>Se insta a las Direcciones de Hospitales y Jefaturas de los Servicios de Psicología que incentiven y autoricen a las personas profesionales en Psicología a capacitarse en atención del Duelo Gestacional</p>	
<p>4.5 Actividad facilitadora de la elaboración del Duelo</p>	<ul style="list-style-type: none">- Confección y entrega de la Bolsa de la Memoria o caja del recuerdo <p>Una de las características que tienen las pérdidas gestacionales tempranas es que suelen ser silenciadas y el manejo tanto a nivel social como en los centros de salud, generalmente, no le da espacio a ritos validados y asignados a otras muertes que permitan legitimar el dolor¹¹, por esto, sin dejar de tomar en cuenta que cada caso y vivencia de la experiencia de la pérdida por parte de la persona usuaria, pareja y familia gestante es única y particular, se busca promover un cambio de esta práctica y se instruyen las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none">- Explicar a la usuaria, su pareja y/o familia que la “bolsa o caja de la memoria” es una forma de visibilizar la existencia del embarazo, de procesar su pérdida y de hacer un rito de despedida del bebé.- Si la persona usuaria, la pareja o la familia lo acepta, construir o disponer la “<i>bolsa o caja de la memoria</i>”, que consiste en un sobre, caja, funda o contenedor apropiado para este fin, para recolectar y depositar en esta, elementos físicos y/o simbólicos de la existencia del embarazo que no fue viable,	<p>Profesional de Enfermería en obstetricia, Enfermería en Salud Mental</p>



	<p>por ejemplo, un mechón de cabello de bebé fallecido o la huella de la mano o el pie impresa (cuando sea clínicamente posible), el nombre que le sería asignado al bebé fallecido, una manta o ropa que puede proveer el centro o la familia, tarjetas enviadas por personas allegadas (familia o amigos), las medidas de peso y longitud, una foto de ecografía, la historia clínica del embarazo, así como números de contacto, direcciones electrónicas, páginas de redes sociales de grupos de apoyo para madres y familias con pérdidas gestacional o el contacto de otros progenitores con experiencias similares que hayan dado el consentimiento para tal fin, panfletos informativos sobre duelo, información sobre lugares comunitarios o institucionales a los que se puede acudir a buscar ayuda, alguna frase, poema o referencia literaria, entre otros que cada centro considere pertinente.</p> <ul style="list-style-type: none">- Si la persona usuaria, pareja y familia desea recibir la “bolsa o caja de la memoria”, entregársela, señalándole que es una herramienta o ejercicio de validación de la existencia del embarazo, de la experiencia vivida y de su derecho a recordarlo, así como de sentir y expresar sus emociones al respecto.	
--	--	--



Módulo 5: Abordaje posterior al evento obstétrico: Consejería, Recomendaciones y Referencias

Lugar: Consultorio Médico en el I, II o III Nivel de Atención, salones de hospitalización. Las acciones descritas se deben realizar previo al egreso en el centro en el que se atendió el evento obstétrico o en las consultas subsecuentes en el nivel de atención correspondiente. Los espacios deben cumplir, en la medida de las posibilidades, con las recomendaciones institucionales vigentes sobre acceso y espacio para el abordaje de las personas usuarias con pérdida gestacional. Los hospitales que cuenten con el recurso deben utilizar la habitación del duelo cuando lo amerite.

Personal que interviene: Profesional de Enfermería, Profesional en Medicina (General, Gineco-obstetricia, Medicina Familiar).

Insumos: Consultorio médico equipado, equipo de laboratorio, insumos de farmacia.

INTERVENCIÓN	INDICACIONES	PERSONAL QUE INTERVIENE
5.1 Informar y educar acerca de los signos de alarma	<p>Explicar a la persona usuaria los signos y síntomas de alarma posteriores al evento obstétrico e indicar que debe acudir al servicio de Emergencias o Urgencias si se presentan cualquiera de ellos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Cambios abruptos de ánimo.- Alteraciones del sueño. (insomnio o dificultad para mantenerse despierta)- Sangrado vaginal abundante (llenar 2 toallas nocturnas por hora en periodo de dos horas) y/o fétido.- Fiebre o sensación febril.- Dolor abdominal y/o pélvico. <p>Entregar la infografía del Anexo 6</p> <p>Recuerde:</p> <ul style="list-style-type: none">- Asegurarse si a la usuaria le quedó claro cuando estos signos y síntomas requieren que ella consulte.- Solicitar a la usuaria que le explique en sus propias palabras lo comprendido y aclarar lo que considere necesario.- Abrir espacio para dudas y consultas.	Profesional en medicina, Profesionales en Enfermería con énfasis en obstetricia



5.2 Evaluar requerimiento de incapacidad	La Incapacidad laboral se realizará según criterio médico, la edad gestacional al momento de la pérdida, requerimientos de la usuaria y de acuerdo con el reglamento vigente.	Profesional en medicina
5.3 Brindar consejería y prescripción de MACP	Consejería y Prescripción de Métodos Anticonceptivos y de Protección (MACP): La consejería y prescripción para la anticoncepción postpérdida gestacional se debe brindar de preferencia y con prioridad en el centro en el que se atendió el evento obstétrico. En caso de no poderse realizar en este centro, se debe llevar a cabo en el I Nivel de Atención, Área de Salud o Centro de adscripción correspondiente. En caso de que la usuaria desee intentar nuevamente un embarazo de forma inmediata, si no tiene contraindicación médica, no requiere posponerlo, no existen estudios que demuestren que retrasarlo sea benéfico en cuanto a prevenir otra pérdida gestacional. Se debe respetar la decisión autónoma e informada de la usuaria. En el establecimiento de salud donde se lleve a cabo la prescripción se debe realizar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">- Indagar si utilizaba algún método anticonceptivo y/o de protección.- Indagar la percepción e intención de la usuaria de utilizar anticoncepción inmediatamente después de que se le dé de alta.- Brindar información detallada, basada en evidencia y tomando en cuenta las características de la usuaria sobre los métodos anticonceptivos y de protección disponibles en la oferta institucional³¹ :<ul style="list-style-type: none">✓ Anticonceptivos orales: Iniciallo inmediatamente después del evento obstétrico.✓ Anticonceptivo inyectable trimestral: Iniciallo inmediatamente después del	Profesional en medicina, Profesionales en Enfermería con especialidad en obstetricia



	<p>evento obstétrico, solo en aquellas pacientes que tengan indicación.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Etonogestrel micronizado 68 mg (implante subdérmico, unidosis): código 1-10-36-6730: se puede utilizar con personas usuarias menores de 20 años y colocar inmediatamente después del evento obstétrico. Se recuerda que según la Lista Oficial de Medicamentos el implante tiene Clave HR, por lo que la administración debe realizarse por profesionales prescriptores debidamente capacitados y dentro de las instalaciones de los centros médicos, según los lineamientos institucionales para terapia contraceptiva. Usuario: 1A.✓ Dispositivo intrauterino (T de cobre): Código 36-6740. Clave M. Usuario 1A. Indicar a la usuaria la posibilidad de colocarlo inmediatamente después, si el procedimiento a realizar es el AMEU o Legrado, lo que debe ser informado a la usuaria previo al procedimiento.✓ Esterilización quirúrgica: Corroborar e indicar que debe tener la charla de Salud Sexual y Reproductiva.✓ Preservativos masculinos y femeninos: Debe brindarlos, de preferencia, como protección dual, es decir, junto a cualquier otro método anticonceptivo elegido. <ul style="list-style-type: none">- Asegurarse de que las explicaciones sobre los métodos anticonceptivos no despierten en la usuaria temores de esterilidad o de que todos sus futuros embarazos terminarán en otras pérdidas.- Decidir, en conjunto con la usuaria, el método anticonceptivo y de protección que más se ajuste a sus características personales, factores de riesgo, etapa del desarrollo y circunstancias psicosociales.- Explicar a la usuaria el uso correcto del método anticonceptivo o de protección elegido.	
--	---	--



	<ul style="list-style-type: none">- Prescribir el método anticonceptivo y de protección elegido previo al egreso.- Abrir espacio para dudas y consultas.- Referir a consulta regular del centro de adscripción para seguimiento en caso necesario. <p>Recuerde que la persona usuaria adolescente debe egresar del centro de atención con un método de planificación de su escogencia y que se le debe brindar toda la consejería necesaria para tales efectos.</p>	
5.4 Referir a los servicios en los que requiera seguimiento	<p>Realizar el Seguimiento y Referencias de acuerdo con los requerimientos de la persona usuaria:</p> <ul style="list-style-type: none">- Referencia al primer nivel de atención para seguimiento según criterio clínico.- Referencia al Servicio de Psicología de su centro de adscripción, para abordaje del duelo o para seguimiento si requirió interconsulta de psicológica a nivel hospitalario durante la intervención.- Realizar referencia o interconsulta a Trabajo Social del mismo establecimiento de salud.- Realizar una epicrisis detallando la condición de la persona usuaria al EBAIS correspondiente para el seguimiento de la condición posevento obstétrico.- Referencia a profesionales en medicina con especialidad en ginecología en caso de personas usuarias con pérdidas gestacionales recurrentes (Ver apartado 5.6).	<p>Profesional en medicina</p> <p>Profesional en Psicología</p> <p>Profesional en Trabajo Social</p> <p>Profesional en enfermería obstétrica</p>
5.5 Manejo de restos ovulares y entrega de fetos	<p>Manejo de restos ovulares</p> <ul style="list-style-type: none">- Debe enviarse para el estudio anatomopatológico el feto y la placenta.- Comunicar a la persona usuaria el objetivo del estudio y el manejo que se hará con el material biológico, asegurando que no se usará para otros fines que no sean los comentados a la usuaria y que tendrá posibilidad de conocer los resultados de dichos estudios.	<p>Profesional en Medicina con especialidad en patología</p>



	<ul style="list-style-type: none">- Si el feto no es solicitado por parte de la familia debe permanecer en custodia de la institución por 6 meses o hasta que se cierre el resultado de la biopsia.- En caso de que el feto no sea solicitado, será responsabilidad del servicio de salud realizar la disposición final, de acuerdo con lo establecido institucionalmente y a las normativas nacionales vigentes. <p>Entrega de fetos macroscópicamente visibles⁵ Solo se pueden entregar a la familia los fetos que sean macroscópicamente visibles. Se deben seguir las siguientes indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none">- Informar a la madre y/o padre que tienen derecho de solicitar la entrega de los fetos y las disposiciones para la inhumación. Se debe aclarar que la solicitud debe ser por escrito. (Ver Anexo 7).- Informar a la familia que, por disposición del Decreto Ejecutivo 41.741-S⁵, en los casos de fallecimiento de la madre y ausencia del padre, la abuela materna podrá hacer la solicitud.- La solicitud de los restos ovulares debe consignarse en el expediente de la usuaria.- El tiempo para la entrega del feto a la familia debe ser de 1 a 7 días naturales a partir del momento de recepción en patología y posterior al análisis macroscópico y la toma de muestras en caso de ser necesario, aunque aún no se cuente con los resultados de la biopsia.- En caso de que la madre deba permanecer hospitalizada, coordinar la entrega del feto con el egreso hospitalario, a fin de que pueda participar en los ritos funerarios.- Para la entrega de los fetos se utilizará el certificado de defunción fetal (Anexo 8), en el cual deberá estar claramente escrita la edad gestacional del mismo, esto con la finalidad de agilizar el trámite de la familia para la sepultura.- La institución debe remitir el certificado de	
--	--	--



	<p>defunción fetal al INEC para su procesamiento.</p> <ul style="list-style-type: none">- Antes de entregar el feto debe informarse a la madre, padre o familiar sobre la apariencia de este, para reducir el impacto que puede ocasionar.- El feto debe ser entregado a la familia en el servicio de patología del centro de salud, de forma digna, en un ataúd brindado por la familia, en un recipiente apropiado para este efecto o cuando clínicamente sea posible envuelto en una frazada, mantilla, u otro, que debe ser aprobado previamente por la familia.- Brindar información a la madre, padre o persona autorizada sobre los resultados de la biopsia, como medio para mitigar el duelo y para colaborar como insumo que facilite la toma de decisiones en futuros embarazos.- La madre, padre o familiar que debe presentar al servicio de salud la evidencia de que el feto será sepultado en el cementerio correspondiente.	
<p>5.6 Exámenes y estudios de seguimiento en caso de Pérdida Gestacional Recurrente (dos o más pérdidas gestacionales)</p>	<p>Después de una pérdida gestacional temprana recurrente deben realizar estudios para tratar de identificar causas prevenibles de aborto. Después de dos o más pérdidas gestacionales se deben completar al menos los siguientes estudios básicos de pérdida gestacional recurrente.</p> <ul style="list-style-type: none">- Realizar examen físico ginecológico y ultrasonido posterior a la evacuación para determinar la normalidad de la anatomía ginecológica de la persona usuaria si no se ha realizado ninguno previo al manejo de la pérdida.- Previo al egreso hospitalario realizar cariotipo a los restos ovulares obtenidos post evacuación y biopsia de tejido del producto de la gestación. <p>En relación con el cariotipo:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Si el envío es inmediato sólo se coloca la muestra en frasco estéril.	<p>Profesional en medicina con especialidad en ginecología.</p>



	<p>2. Caso contrario, colocar la muestra en suero fisiológico y mantener en refrigeración (no congelación) hasta su envío.</p> <p>3. No colocar muestra en formalina.</p> <p>4. Enviar con la solicitud correspondiente de Cariotipo Prenatal (anexo 9) al Laboratorio de Citogenética en el Hospital Nacional de Niños</p> <ul style="list-style-type: none">- En consulta externa del servicio de ginecología al que la usuaria fue referida previamente se deben realizar estudios básicos de enfermedad crónica, descartar Diabetes mellitus, hipotiroidismo, ANTI TPO, ANA, patología renal o hepática en la pareja, incluyendo espermograma y HCG cuantificada en caso necesario.- Serologías, Urocultivo y TORCH- Estudios de Trombofilias Adquiridas, anticuerpos anti cardiolipinas, B2 Glicoproteína y anticoagulante Lúpico. Estudios de trombofilias congénitas no se recomiendan.- Finalmente, si todos los estudios son normales, realizar cariotipo de la pareja para descartar causas cromosómicas. Para tal efecto enviarlos con la solicitud correspondiente de Cariotipo Postnatal (anexo 10) al Laboratorio Clínico en el Hospital Nacional de Niños. Se llena una boleta para cada progenitor.<ul style="list-style-type: none">• Si el resultado del cariotipo se reporta alterado en alguno de los dos, referir a la Consulta de Genética de Adultos del Servicio de Genética del Hospital Nacional de Niños para asesoramiento respectivo sobre el riesgo de recurrencia. <p>Es importante que la evaluación de la persona usuaria y su pareja sea integral y acorde con sus necesidades, incluyendo el duelo y el temor que causaron las</p>	
--	--	--



	pérdidas gestacionales.	
--	-------------------------	--

Aspectos Bioéticos y de Derechos Humanos

Para garantizar la dignidad de las personas usuarias de los servicios de salud y particularmente las personas que han sufrido una pérdida gestacional, la Caja Costarricense de Seguro Social en apego al marco de Derechos Humanos promueve un trato digno mediante la prestación de servicios que respeten la igualdad y la libertad, por ello se giran instrucciones que, en congruencia con estos principios y colocando a la usuaria como ente activo en la toma de decisiones, promueven la atención desde una perspectiva integral, que comprenda, contemple y aborde la experiencia emocional de las personas usuarias ante estas situaciones. Los principios bioéticos que se contemplan en este Protocolo serán los que describen:

✓ Autonomía:

Es la capacidad de una persona de deliberar sobre sus elecciones personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar, libre de coacción, cualidad que debe asegurarse durante la atención de personas usuarias con pérdida gestacional temprana. Por esta razón, el presente protocolo enfatiza en sus distintos módulos la necesidad de brindarle a la usuaria un proceso educativo e informativo constante.

Para lograrlo el personal de salud, debe informar, asesorar, escuchar activamente, acompañar, aclarar dudas y promover que la persona usuaria sea un ente activo tomador de decisiones y no un simple receptor pasivo de los procedimientos médicos instruidos de manera unidireccional.

Otro elemento fundamental por considerar es la existencia de particularidades, como por ejemplo la edad, la capacidad de comprensión, el idioma, el nivel de escolaridad, la interculturalidad, las expectativas acerca del embarazo y su influencia en la vivencia de la pérdida gestacional. Previo a realizar los procedimientos invasivos (AMEU y Legrado) se debe realizar el proceso de Asentimiento Informado (AI) en caso de personas menores de edad mayores de 12 años y de Consentimiento Informado (CI) cuando se trate de personas de 18 años y más, que culmina con la firma de los formularios de AI o CI, la cual debe estar precedida por información acerca de los riesgos y beneficios del procedimiento, acción que debe realizarse por el profesional que realizará dicho procedimiento. Se debe dejar claro a la persona usuaria con pérdida gestacional, que si en algún momento revoca su consentimiento no será sancionada y no le será negada la continuidad de la atención.

Además, intrínsecamente se debe asegurar el derecho a la confidencialidad, por lo que cada funcionario institucional que tenga acceso a la información sobre la condición de salud de la persona usuaria tiene prohibido compartir dicha información con personas que no están directamente relacionadas con su atención.



✓ Beneficencia / No maleficencia

Este protocolo instruye una serie de acciones que permiten a las personas prestatarias de los servicios de salud de toda la Red de Servicios, tomar decisiones que procuren el mayor beneficio para la persona usuaria ante una pérdida gestacional temprana, evitando procedimientos invasivos y proponiendo intervenciones puntuales, antes, durante y después de la pérdida gestacional, que impactarían positivamente en la condición de salud de la usuaria, minimizando riesgos y potencializando beneficios para su salud física y emocional.

Además, se tiene en cuenta que el contexto cultural suele asignar un rol preponderante a la maternidad, lo que genera que la pérdida gestacional se viva frecuentemente con una carga emocional dolorosa. Por ello, y para potenciar el beneficio de la atención, este protocolo promueve un abordaje integral de esta situación que toma en cuenta la experiencia emocional, el duelo gestacional y otros aspectos que potencian el beneficio de la atención de la usuaria.

✓ Justicia

Este PAC persigue la normalización de la práctica clínica calificada, sensible, cálida y oportuna, mediante la aplicación de estándares basados en la mejor evidencia científica disponible que evite la variabilidad azarosa y por ende las desigualdades que comprometen el acceso justo a los servicios.

Amparados en la legislación actual, las personas en condición de embarazo tienen derecho a acceder al servicio de salud público, por lo que la usuaria con sospecha de pérdida gestacional temprana recibirá la atención requerida y específica de este proceso. El presente documento estandariza la atención de esta población, y con ello, promueve un servicio respetuoso del principio de la justicia.

Declaración de Intereses

Los autores de este documento declaran que no ha existido ningún tipo de conflicto de interés en su realización. Que no poseen relación directa con fines comerciales con la industria sanitaria en dicho tema, no han recibido dinero procedente de la investigación o promoción de dicho tema. Además, declaran no haber recibido ninguna directriz de parte



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA

Protocolo Clínico de Atención Integral
a personas usuarias con Pérdidas
Gestacionales Tempranas

Código:
GM.DDSS.AAIP.PSM.170523

Versión: 01

Página: 59 de 77

del solicitante o pagador (CCSS) para variar técnicamente los resultados presentados en este documento. Cada colaborador llenó su respectivo formulario de declaración de intereses, el cual fue analizado por el ETCM y tomó las debidas acciones; los formularios serán custodiados por 5 años.

Contacto en orden alfabético para consultas

Dra. Andrea Salazar Sandí, Médico especialista en Gineco-obstetricia, Hospital de las Mujeres.

Correo: amsalazas@ccss.sa.cr

Dra. Carla Gríos Dávila, Médico especialista en Gineco-obstetricia, Coordinadora del Programa de Normalización de la Atención de la Mujer, Correo: cvgrios@ccss.sa.cr

Dr. Franklin Escobar Zárate, Médico especialista en Gineco-obstetricia, subespecialista en Perinatología, Hospital San Vicente de Paul. Correo: fescobarz@ccss.sa.cr

Dra. Ileana Azofeifa Hernández Médico especialista en Gineco-obstetricia, Hospital de las Mujeres.

Correo: iazofehe@ccss.sa.cr

Dr. Oscar Durán Soto, Médico especialista en Gineco-obstetricia, Hospital México. Correo:

oiduran@ccsss.sa.cr



Anexos

Anexo 1: Oficio de AVAL de Gerencia Médica

Se incorporará posterior a la Validación, cuando se obtenga el Aval de la gerencia Médica



Anexo 2: Criterios ultrasonográficos para diagnóstico o para sospecha de Pérdida gestacional³²

Hallazgos diagnósticos de pérdida gestacional temprana	Hallazgos para sospecha, pero no diagnóstico, de pérdida gestacional temprana
LCR de 7 mm o más sin fetocardia	LCR de menos 7 mm sin fetocardia
Diámetro sacular medio de 25 mm o más sin evidenciar embrión	Diámetro sacular medio entre 16 y 24 mm sin embrión
Ausencia de embrión con fetocardia 2 semanas o más después de que un saco gestacional sin saco vitelino haya sido visualizado	Ausencia de embrión con fetocardia después de 7-10 días después de un ultrasonido en el que se observó saco gestacional sin saco vitelino
Ausencia de embrión con fetocardia 11 días o más de que se haya visualizado saco gestacional con vesícula vitelina	Ausencia de embrión con fetocardia después de 7-10 días después de que el ultrasonido haya mostrado saco gestacional con vesícula vitelina
	Ausencia de embrión 6 semanas o más después de la FUR
	Saco amniótico vacío (amnión al lado de vesícula vitelina sin que se observe contenido en su interior)
	Saco vitelino de más de 7 mm
	Saco gestacional pequeño en relación con el tamaño del embrión (menos de 5 mm de diferencia entre el diámetro sacular medio y el CRL).



Anexo 3: Distintivo para habitación diferenciada

Instrucción: Imprimir y colocar el siguiente distintivo en el espacio físico o en la puerta de la habitación en la que se ubique a la usuaria con pérdida gestacional temprana





Anexo 4: Manejo mediante AMEU³³

Previo a la realización del AMEU es importante determinar el Rh de la madre. Si el Rh es negativo se debe de ofrecer la inmunoglobulina Anti-D al momento de la aspiración o dentro de las 72 h siguientes al procedimiento. Para las personas usuarias que han tenido historia de anemia o que presentan riesgos para anemia se pueden estudiar con la realización de un hemograma antes del procedimiento.

Técnica

1. Posicionar a la persona en litotomía dorsal con sus miembros inferiores apoyados por piñeras. Las caderas de la paciente deben de ser colocadas en el borde final de la mesa con sus glúteos un poco hacia afuera del borde de la mesa.
2. Se debe de realizar un examen pélvico bimanual para verificar el tamaño y la posición del útero.
3. Se coloca un espéculo para visualizar el cérvix. De existir dificultad para visualizar el cérvix, se puede realizar la maniobra de rodillas hacia el pecho.
4. Es opcional preparar la vagina y el cérvix con Clorexidina o yodo.
5. Se colocan 2 mL de lidocaína al 0.5%-1.0% superficial en la zona en donde se colocará la pinza de cérvix.
6. Colocar la pinza de cuello. Se puede colocar en el labio cervical anterior, sin embargo, si el útero se encuentra en retroflexión marcada, se puede colocar en el labio posterior. Se debe de pinzar al menos un centímetro de tejido cervical para lograr ejercer una tracción adecuada para poder rectificar el canal cervical y disminuir la posibilidad de desgarros cervicales. La pinza se puede colocar de manera horizontal o vertical.
7. Realizar un bloqueo paracervical. Existen varias técnicas descritas. Una solución que se utiliza comúnmente es Lidocaína al 2% (20 mg por frasco), dosis máxima de Lidocaína en adultos 200mg) La zona de punción es en la reflexión generada entre el cérvix y la mucosa vaginal. Se puede colocar a las 2, 4, 8 y 10 horas. La solución se debe de inyectar lentamente conforme se mete y saca la aguja. Recordar siempre aspirar previo a inyectar la lidocaína para asegurar que no se está colocando directamente en un vaso sanguíneo.
8. Dilatación Cervical. Se debe de utilizar una técnica estéril modificada a lo largo de todo el procedimiento para mantener la esterilidad de la cavidad uterina. Los dilatadores se manipulan solamente del centro. Como regla general, se debe de dilatar hasta el número en milímetros que se iguale a la edad gestacional en semanas.
9. No es necesario realizar histerometría directa previo al procedimiento. Para dilatar el cérvix es necesario traccionar el cérvix para rectificarlo y evitar generar una falsa vía. Si el cérvix se siente "tallado", el dilatador se debe de dejar en el sitio por 10 a 20 segundos antes



de avanzar al de siguiente tamaño. Se continúa dilatando hasta llegar a la dilatación de la cánula que se va a utilizar para el procedimiento.

10. Aspiración por vacío: Mantener la punta de la cánula estéril, se inserta la cánula por el orificio cervical hacia la cavidad uterina. Algunos van a avanzar la cánula hasta el fondo mientras que otros prefieren llevar la cánula a la cavidad sin que esta toque el fondo para disminuir las posibilidades de una perforación. Hay quienes prefieren insertar la cánula al aparato de succión previo a entrar a cavidad endometrial, mientras que otros, prefieren insertar la cánula y luego ensamblar el resto del equipo. Si el aspirador al vacío está unido a la cánula, hay que tener cuidado de que la aspiración no se encuentre encendida al momento de la introducción de la cánula.

a. Los aspiradores manuales van a generar un vacío después del cierre de las válvulas y la tracción hacia atrás del émbolo. Una vez que la cánula está inserta dentro del útero, se abren las válvulas para generar la succión.

b. Aspiradores al vacío eléctricos: La aspiración debe de estar apagada mientras se introduce al útero, una vez adentro, se puede encender la aspiración.

c. Para las pacientes que tienen un útero muy anulado, se puede considerar el procedimiento guiado por ultrasonido para disminuir las posibilidades de una perforación uterina.

11. Se va a aspirar la cavidad endometrial en su totalidad utilizando un movimiento circular, hacia adelante y hacia atrás estando consciente de la localización del fondo uterino para evitar dolor excesivo y disminuir las posibilidades de una perforación. Se debe de continuar con la aspiración hasta lograr el “llanto uterino” o el sangrado espumoso y dejen de pasar restos ovulares por la cánula del AMEU.

12. Evaluar los productos de la concepción. Este paso es importante para asegurar que el procedimiento se ha concluido y disminuye el riesgo de que la paciente quede con restos ovulares dentro de la cavidad.

13. Se retira la pinza de cuello. Se seca cualquier exceso de sangre y retire el espejuelo.

14. Observe a la paciente por sangrado o dolor por los siguientes 15 minutos después del procedimiento.

En cuanto al antibiótico profiláctico, una única dosis de Doxiciclina 200mg hasta 12 horas previo al procedimiento es recomendado para prevenir infecciones del tracto genital superior. Se puede utilizar Metronidazol en lugar de la Doxiciclina, sin embargo, hay menos evidencia para apoyar su eficacia en disminuir infecciones.



Anexo 5: Atención de sospecha razonable de maltrato o abuso en contra de persona menor de edad y Atención de presunta violencia en contra de persona adulta

I. Atención de sospecha razonable de maltrato o abuso en contra de persona menor de edad

1. Valoración del riesgo
2. Referencia al **Ministerio Público, OIJ y PANI**, la cual debe realizar en todas las circunstancias, **por parte de la primera persona funcionaria que detecta** la situación. Artículo 49 Código de Niñez y Adolescencia. La referencia debe remitirse de manera inmediata por los medios formales determinados en los establecimientos de salud. En ningún caso esta referencia debe entregarse a los progenitores o cuidadores (as) de la persona menor de edad para que realicen el trámite de entrega en la instancia correspondiente.
3. Reporte en la boleta VE-01. Lineamiento LT.GM.DDSS. AAIP.PNAV 050819.
4. Reporte al CEINNAA local.
5. Referencia o interconsulta a Trabajo Social, Psicología y Enfermería en Salud Mental.
6. Trabajo Social, Psicología y Enfermería en Salud Mental aplican la regulación técnica disciplinaria o interdisciplinaria para valoración y seguimiento del caso.
7. En caso de hospitalización de una persona menor de edad el egreso se da conforme resolución del PANI.

II. Atención de presunta violencia en contra de persona adulta

1. Valoración del riesgo
2. Orientación respecto a denuncia y solicitud de medidas de protección.
3. Referencia al Ministerio Público y al OIJ para reporte de la presunta situación de violencia.
4. Reporte en la boleta VE-01. Lineamiento LT.GM.DDSS. AAIP.PNAV 050819.
5. Reporte a la Comisión de Violencia Local.
6. Referencia o interconsulta a Trabajo Social, Psicología y Enfermería en Salud Mental según corresponda.
7. Trabajo Social, Psicología y Enfermería en Salud Mental aplican la regulación técnica disciplinaria o interdisciplinaria para valoración y seguimiento del caso.
8. En caso de persona hospitalizada en espera de medidas de protección, para el egreso se procede conforme instrucción del Juzgado de Violencia Doméstica.



Anexo 6: Entregable: Signos y Síntomas de alarma posteriores al evento obstétrico

Instrucción: Recortar y entregar uno a cada usuaria con pérdida gestacional temprana.

ATENCIÓN

Si posterior a su pérdida gestacional presenta al menos uno de los siguientes signos y síntomas:

- Cambios abruptos de ánimo
- Alteración del sueño (insomnio o dificultad para estar despierta)
- Fiebre o sensación febril
- Sangrado vaginal fétido (con mal olor)
- Sangrado vaginal abundante (llenar 2 toallas nocturnas por hora en dos horas)
- Dolor abdominal y/o pélvico

Debe acudir al Servicio de Emergencias o Urgencias

Caja Costarricense de Seguro Social



Anexo 7: Solicitud de la familia para entrega de fetos macroscópicamente visibles

Instrucción: Imprimir y entregar a la madre, padre o abuela materna (en caso de ausencia de los dos anteriores) para ser llenado en caso de solicitud de fetos macroscópicamente visibles tal como se describe en el apartado de entrega de fetos macroscópicamente visibles.

Caja Costarricense de Seguro Social
Solicitud familiar de entrega de fetos por pérdida gestacional temprana
(menos de 22 semanas de gestación)

La(el) suscrita (o) _____ Cédula número _____, solicito en calidad de _____ (madre/padre/abuela materna) el cuerpo del feto con _____ semanas de gestación nacido el día _____ del mes _____ del año _____.

Manifiesto que se me ha informado sobre las disposiciones para la inhumación y que reconozco que según lo indica el Decreto de la República 41.741-S “Norma Nacional para la Atención de Personas Usuarias con Pérdidas Gestacionales Tempranas” debo presentar al servicio de salud la evidencia de que el feto será sepultado en el cementerio.

Reconozco que con la firma de este documento el día _____ a las _____ horas, acepto el cumplimiento de las disposiciones antes descritas.

Firma: _____

Cédula: _____



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA**

Protocolo Clínico de Atención Integral a personas usuarias con Pérdidas Gestacionales Tempranas

Código:
GM.DDSS.AAIP.PSM.170523

Versión: 01

Página: 69 de 77

Anexo 9: Solicitud de Cariotipo Prenatal

	Solicitud de Cariotipo Prenatal	R-C-003
		Versión 03
		Emisión: 24 Sept 19
		Consecutivo:
Laboratorio Clínico - Hospital Nacional de Niños.		

Datos del Paciente			
Nombre de la madre:		N° de identificación:	
Fecha de nacimiento de la madre:		Edad gestacional según ultrasonido:	
Gesta:	Para:	Abortos:	
Fecha probable de parto:		Fenotipo fetal:	
Lugar de residencia:		N° de teléfono:	
Datos de la Muestra			
Fecha y hora de toma de muestra:		Responsable de toma de muestra:	
Volumen de muestra:		Número de tubos enviados:	
Tipo de Muestra			
() Líquido amniótico () Cordón umbilical () Vellosidades coriónicas () Productos de concepción () Otro: _____			
Observaciones en el Ultrasonido Obstétrico			
Datos del Centro de Atención Médica			
Nombre del centro de atención:		Servicio	
Nombre del Médico:	Firma y código:	Especialidad:	Sello
N° de teléfono y fax del centro de atención:			
<small>Nota: Transferir a Temperatura ambiente, tan pronto como sea posible al Laboratorio de Citogenética, ubicado en el 4to piso del Edificio de Prevención de Discapacidades, Hospital Nacional de Niños. Teléfonos: 25233714 o 25233800 ext 2410, 2402. Correo electrónico: hnnccitogenetica@gmail.com Productos de concepción o tejidos embrionarios enviar en frasco y solución salina estéril.</small>			

Uso exclusivo Laboratorio de Citogenética		
Recibido por:	Fecha:	Hora:
Resultado de Análisis de Cariotipo:		

Elaborado por (versión 01)	Aprobado por	Revisado por	Aprobado por
Dra. Patricia Velasco	Dra. Geórgina Meador	Dra. Candy Alfaro H.	Dra. Marlen Campos C.
Jefe Lab. Citogenética	SECCI de Citogenética	Gerente de Laboratorio	Subdirectora

La versión vigente de este documento es la versión electrónica ubicada en el sistema electrónico de gestión documental.
Cualquier copia, electrónica o impresa, se considerará "copia no controlada"



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
GERENCIA DIVISIÓN MÉDICA

Protocolo Clínico de Atención Integral
a personas usuarias con Pérdidas
Gestacionales Tempranas

Código:
GM.DDSS.AAIP.PSM.170523

Versión: 01

Página: 70 de 77

Anexo 10: Solicitud de Cariotipo Postnatal

	Solicitud de Cariotipo Postnatal	R-C-001
		Versión: 06
		Emisión: 28 Mayo 2020
		Consecutivo:
Laboratorio Clínico - Hospital Nacional de Niños		

Datos del paciente		Datos de la muestra	
N° de Expediente o identificación:		Fecha de solicitud:	
Nombre:		Fecha de toma de muestra:	
Fecha de nacimiento:	Sexo: F () M ()	Hora de la toma de muestra:	
Nombre de la madre:		() Sangre Periférica	
Lugar de Residencia:	N° de teléfono:	() Otro. Especifique: _____	

Diagnóstico		
() Dimorfismo	() Síndrome de Klinefelter	() Anormalidades múltiples u otros. Descripción clínica:
() Ambigüedad genital	() Síndrome de Angelman	
() Confirmación prenatal	() Síndrome Cri-du-chat	
() T-21	() Síndrome de Di George	
() T-18	() Síndrome de Turner	
() T-13	() Discapacidad Intelectual	
() Síndrome de Prader-Willi	() Retraso en desarrollo psicomotor	

FISH			
() 15q11-q13 Angelman	() 15q11-q13 Prader-Willi	() 13q14.1 Retinoblastoma	() T-18 () Otro. Especifique: _____
() 5p15.2 Cri-du-chat	() 7q11.23 Williams	() Síndrome de Turner (45X)	
() 22q11.2 DiGeorge / VCF	() 4p16.3 Wolf-Hirschhorn	() T-21	
() 17p13.3 Miller-Dieker	() Yp11.3 SRY	() T-13	

Datos del centro de atención médica		
Nombre del centro de atención:		
Servicio:	N° de Teléfono y Fax del Centro de atención:	
Nombre del Médico:	Firma y código :	Especialidad:

Nota: Sangre periférica: Tomar de 2 a 5ml. en un tubo estéril con heparina de sodio (tipón verde) y mezclar por inversión suavemente. Preferiblemente enviar muestras los días Lunes, Martes, y Viernes. Trasladar a Temperatura ambiente, tan pronto como sea posible al Laboratorio de Citogenética, ubicado en el 4to piso del Edificio de Prevención de Discapacidades. Teléfonos: 25233714 o 25233600 ext 2410 ó 2402. Correo electrónico: hnnccitogenetica@gmail.com

Uso exclusivo de Laboratorio de Citogenética				
N° de consecutivo:	N° de LabCore	Recibido por:	Fecha y hora:	
Teléfono:	Medicamentos:	Fecha de cita médica:	() URGENTE	
Siembra		Cosecha		
Fecha:	Fecha:	Responsable:	Colcemicid:	KCL:
Responsable:	T incubación:	Crecimiento:	N° de Láminas:	Bandeo:
Resultado de Análisis de Cariotipo:				

Elaborado por (versión 01) Dra. Patricia Vargas Jefe Lab. Citogenética	Actualizado por Dra. Jéssica Masón A. Méd. Lab. Citogenética	Revisado por Dra. Carolina Alfaro B. Gerente de Calidad	Aprobado por Dra. María Carmen G. Subdirectora
--	--	---	--

La versión original de este documento es la versión electrónica almacenada en el sistema electrónico de gestión documental. Cualquier copia, electrónica o impresa, se considerará "copia no controlada".



Monitoreo y auditoria del Protocolo de Atención Clínica

Indicador 1: Manejo por AMEU

Nombre del Indicador	Manejo por AMEU
Definición	Este indicador permite conocer la tendencia de utilización de los distintos tipos de manejo que se pueden realizar en la institución, particularmente la utilización de AMEU.
Objetivo	Identificar el porcentaje correspondiente a cada tipo de manejo de la pérdida gestacional que se lleva a cabo en la institución
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Total de personas usuarias con abortos a las que se les realiza procedimiento de AMEU}}{\text{Total de personas usuarias con abortos}} \times 100$
Fuentes de datos	EDUS
Periodicidad	Semestral
Interpretación	El dato obtenido hace referencia al porcentaje de personas usuarias con pérdida gestacional a las que se les realiza un manejo mediante AMEU
Estándar (nivel de referencia)	Crear la línea base
Responsable de generar el indicador	Estadística, Cubos diagnósticos de abortos y de procedimientos
Ámbito de aplicación	II y III Nivel de Atención.



Indicador 2: Manejo mediante Dilatación y Curetaje

Nombre del Indicador	Manejo mediante Legrado
Definición	Este indicador permite conocer la tendencia de utilización de los distintos tipos de manejo que se pueden realizar en la institución, particularmente la utilización del Legrado.
Objetivo	Identificar el porcentaje correspondiente a cada tipo de manejo de la pérdida gestacional que se lleva a cabo en la institución
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Total de personas usuarias con abortos a las que se les realiza procedimiento de Dilatación y Curetaje}}{\text{Total de usuarias con abortos}} \times 100$
Fuentes de datos	EDUS
Periodicidad	Semestral
Interpretación	El dato obtenido hace referencia al porcentaje de personas usuarias con pérdida gestacional a las que se les realiza un manejo mediante
Estándar (nivel de referencia)	Crear línea base
Responsable de generar el indicador	Estadística y Cubos
Ámbito de aplicación	II y III Nivel de Atención.



Indicador 3: Disconformidad de la persona usuaria con el trato durante la atención de la pérdida gestacional

Nombre del Indicador	Disconformidad de la persona usuaria con el trato durante la atención de la pérdida gestacional
Definición	Este indicador hace referencia a la percepción de disconformidad de la persona usuaria acerca del trato recibido durante la atención de la pérdida gestacional
Objetivo	Identificar el porcentaje de personas usuarias que interponen quejas ante la jefatura de servicio, direcciones de hospitales o Contraloría de Servicios relacionadas a disconformidad del trato recibido durante la atención de la pérdida gestacional
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Número de quejas interpuestas en la jefatura de servicio, direcciones de Hospitales o Contraloría de Servicios por disconformidad en la atención de la pérdida gestacional temprana}}{\text{Número total de personas usuarias con pérdidas gestacional temprana}}$
Fuentes de datos	Jefatura de servicio, direcciones de Hospitales o Contraloría de Servicios
Periodicidad	Semestral
Interpretación	El dato obtenido indica el porcentaje de personas usuarias con disconformidad en la atención de la pérdida gestacional temprana
Estándar (nivel de referencia)	Crear la línea base
Responsable de generar el indicador	Direcciones de Hospitales
Ámbito de aplicación	II y III Nivel de Atención.



Referencias

- ¹ Caja Costarricense de Seguro Social. (2006). Guía de atención a las mujeres en el Postaborto. San José, Costa Rica.
- ² Organización Naciones Unidas. (2013). Resolución aprobada por la Asamblea General el 19 de septiembre de 2016. Enlace: https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_es.pdf
- ³ Organización Mundial de la Salud. (2022). Para que cada bebé cuente: Auditoria y examen de las muertes prenatales y neonatales. Ginebra, Suiza
- ⁴ Borrell, A. (2014). Guía Clínica: Isoinmunización. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia y Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona.
- ⁵ Poder Ejecutivo. (2019). Decreto 41.741-S Norma Nacional para la atención de las mujeres con pérdidas gestacionales tempranas. San José, Costa Rica.
- ⁶ Slaikeu, K. (1996). Intervención en crisis. (2ª ed.) México: Manual Moderno.
- ⁷ Vigil, A. O. (2017). Primeros auxilios psicológicos. Integración académica en psicología
- ⁸ Caja Costarricense de Seguro Social. (2015). Protocolo para el uso institucional de Dinoprostona 1-10-37-2540. San José, Costa Rica.
- ⁹ Llácer, L. A., Campos, M. R., Martín, P. B., & Marín, M. P. (2019). Modelos psicológicos del duelo: una revisión teórica. Calidad de vida y salud, 12(1).
- ¹⁰ Dávalos, E. G. M., García, S., Gómez, A. T., Castillo, L., Suárez, S. S., & Silva, B. M. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 13(1), 28-31.
- ¹¹ Di Campli, E. (2020). Discurso de mujeres con pérdidas gestacionales menores a 20 semanas. Revista Neuronum, 6(1), 21-43.



¹² Caja Costarricense de Seguro Social. (2020). Manual Metodológico para el desarrollo arquitectónico de los servicios de obstetricia con base en el Modelo de Atención Calificada en el embarazo, parto y posparto. San José, Costa Rica.

¹³ American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). Early pregnancy loss practice bulletin number 200.

¹⁴ American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Tubal Ectopic Pregnancy Practice Bulletin No. 193.

¹⁵ Soper, J. T. (2021). Gestational trophoblastic disease: current evaluation and management. *Obstetrics and Gynecology*, 137(2), 355.

¹⁶ Chester, M. R., Tirlapur, A., & Jayaprakasan, K. (2022). Current management of recurrent pregnancy loss. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 24(4), 260-271.

¹⁷ American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics and the Society for Maternal-Fetal Medicine. (2018) Oxitocyn Protocole.

¹⁸ Ledezma Fonseca V, et al. (2022). Protocolo de Manejo Multidisciplinario de la Hemorragia Obstétrica. Material no publicado. San José, Costa Rica

¹⁹ Raje, G. (2022) Guidelines on the Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy and Pregnancy of Unknown Location (PUL)

²⁰ National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Ectopic Pregnancy And Miscarriage: Diagnosis And Initial Management, Guideline

²¹ ACOG. (2013). Second-Trimester Abortion Practice Bulletin Number 35

²² Manejo De La Perdida Gestacional De Primer Trimestre, Hospital Clinic De Barcelona, 1 Julio 2019, Peguero, Ana et al

²³ Organización Mundial de la Salud. (2014). Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Montevideo, Uruguay.

²⁴ Poder Legislativo. (2022). Ley 10081 Derechos de la Mujer durante la Atención calificada, Digna y respetuosa durante el embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido.



²⁵ Organización Mundial de la Salud. (2005). Sexually transmitted and other reproductive tract infections. Suiza.

²⁶ López García de Madinabeitia, A. P. (2011). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 53-70.

²⁷ Romero-Heredia, N. A., & Guarnizo-Chávez, A. J. (2022). Enseñanza y formación de primeros auxilios psicológicos a profesionales de la salud. *Acta Médica Colombiana*, 47(3).

²⁸ Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional. (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*.

²⁹ Jové, R., Armengau, M. À. C., Álvarez, M., & Leal, E. S. (2009). La cuna vacía: el doloroso proceso de perder un embarazo. *La esfera de los libros*.

³⁰ Fernández-Alcántara, Manuel, Cruz-Quintana, Francisco, Pérez-Marfil, Nieves, & Robles-Ortega, Humbelina. (2012). Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 48-52.

³¹ Caja Costarricense de Seguro Social, Comité Central de Farmacoterapia (2018). *Protocolo para uso de anticonceptivos en la CCSS*. San José, Costa Rica

³² Doubilet, P. M., Benson, C. B., Bourne, T., & Blaivas, M. (2013). Diagnostic Criteria for Nonviable Pregnancy Early in the First Trimester. *New England Journal of Medicine*, 369(15), 1443–1451. doi:10.1056/nejmra1302417

³³ Yonke, N., & Leeman, L. M. (2013). First-Trimester Surgical Abortion Technique. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 40(4), 647–670.

³⁴ Laboratorio Clínico, Hospital Nacional de Niños. (2019). *Solicitud de Cariotipo Prenatal*. Material no publicado. San José, Costa Rica

³⁵ Laboratorio Clínico, Hospital Nacional de Niños. (2019). *Solicitud de Cariotipo Prenatal*. Material no publicado. San José, Costa Rica