



**“PROCEDIMIENTO DE PERTINENCIA DE SALPINGECTOMÍA POST EVENTO
OSBTÉRICO EN EL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN”**

PROCESO: CENTRO OBSTÉTRICO

SUBPROCESO: NO APLICA

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Elaborado por:	Dra. Karen García Salazar	Responsable de la Gestión de Especialidades Clínico Quirúrgicas	
	Lcda. Marisol Basantes	Responsable de la Gestión de Calidad	
Revisado por:	Ing. Stalin Vinueza	Analista de Calidad 1	
	Lcda. Carolina Caizaluisa	Responsable de la Gestión de Enfermería	
Validado por:	Dr. Danny Flores	Director Asistencial	
Aprobado por:	Dra. Malena Ortiz	Gerente General	

23 de febrero 2023

“Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración / revisión de este procedimiento”

ÍNDICE

1. OBJETIVOS:	3
2. ALCANCE:	3
3. RESPONSABLES:	3
4. DEFINICIONES:	3
5. DESCRIPCIÓN	5
5.1 Diagrama del Procedimiento	5
5.2 Desarrollo del Procedimiento	6
6. INDICADORES	10
7. REFERENCIAS	10
8. CONTROL DE CAMBIOS	10
9. ANEXOS	10

1. OBJETIVOS:

Estandarizar un procedimiento de elaboración, entrega y recepción de parte operatorio, para pacientes que solicitan la Salpingectomía quirúrgica como método anticonceptivo definitivo, post evento obstétrico.

2. ALCANCE:

Se aplicará este procedimiento en los procesos de Centro Obstétrico, Hospitalización de Ginecología, Emergencia donde se atienden pacientes obstétricas.

3. RESPONSABLES:

Responsable de la Supervisión: Responsable Técnico Médico y de enfermería del servicio de Centro Obstétrico.

Responsable de la Aplicación: Equipo de salud asistencial, Médicos Especialistas en Ginecología y Obstetricia, Especialistas en Anestesiología que laboran en el proceso de Centro obstétrico

Responsable del Monitoreo del Indicador: Gestión de Calidad, Dirección Asistencial. Responsable de la Gestión de especialidades Clínico-Quirúrgicas.

4. DEFINICIONES:

Parte Operatorio: Documento de solicitud de intervención quirúrgica, que incluye

Evento Obstétrico: Situación médica de una paciente que en un contexto de edad reproductiva con o sin amenorrea, embarazo confirmado, puede culminar con salida de un producto vivo o muerto en un parto, cesárea, aborto en curso, incompleto, mola o embarazo ectópico.

Salpingectomía Quirúrgica: Proceso operatorio donde se reseca un segmento o la totalidad de las trompas de falopio bilateralmente, para evitar la concepción.[1]

Puerperio o postparto: El puerperio es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario para que el cuerpo materno —incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino— vuelva a las condiciones pregestacionales.

Salpingectomía en puerperio Inmediato: Procedimiento quirúrgico donde se procura la Salpingectomía parcial o total, realizada cuando la mujer está todavía en la sala de partos o durante la primera etapa del puerperio de 24 a 48 horas luego del parto cuando el útero aún no ha avanzado en su proceso de involución, mientras continúa hospitalizada, es sencilla desde el punto de vista quirúrgico y segura desde el punto de vista médico, no afecta adversamente la lactancia, puede ser abierta o laparoscópica, sin embargo; la técnica abierta es más recomendada dependiendo de la experticia del cirujano y produce menor posibilidad de complicaciones. Rutinariamente se realiza en postparto una Salpingectomía parcial bilateral. [2] [3][4]

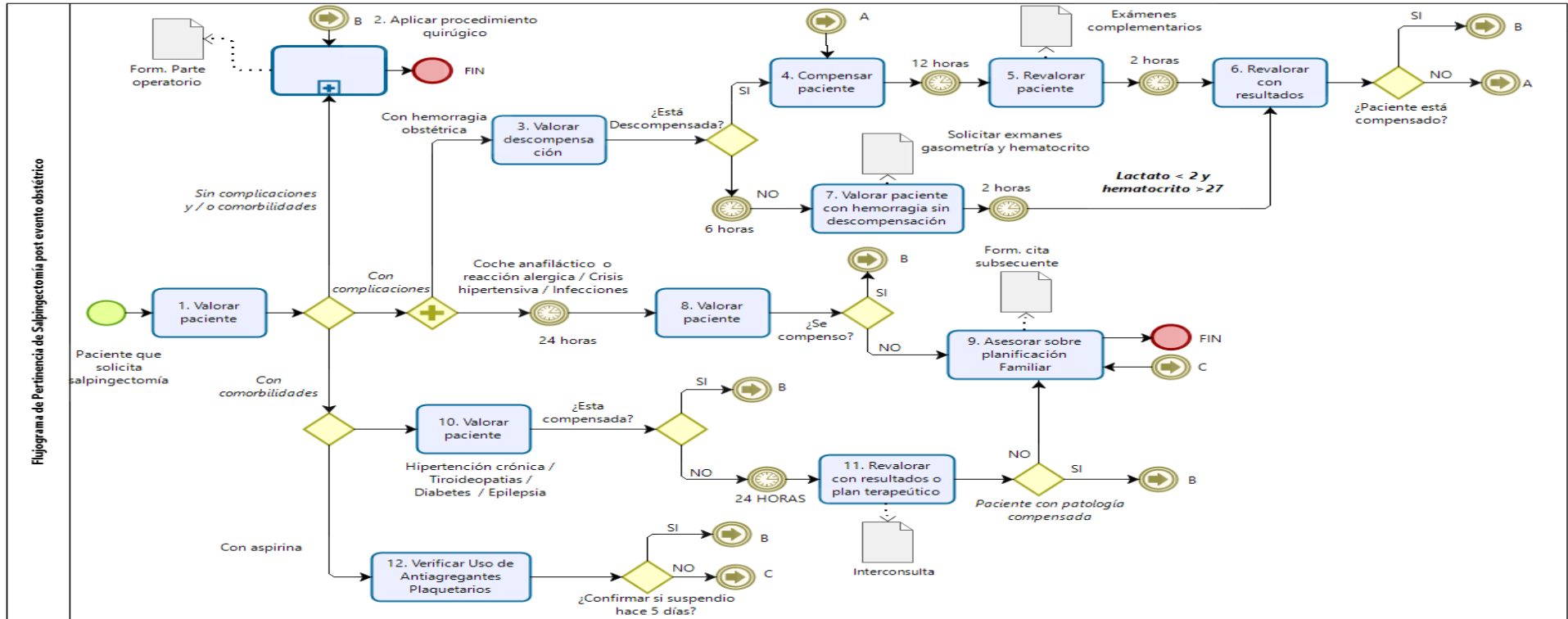
Solicitud previo consentimiento informado: El único requisito necesario para la esterilización post evento obstétrico es la solicitud expresa de la paciente, todo esto previa asesoría sobre métodos de larga data, esterilización masculina y demás métodos de planificación familiar.[3][5]

Evaluación preoperatoria: Se debe realizar una evaluación del riesgo quirúrgico y las comorbilidades médicas, que incluyen diabetes, hipotiroidismo, obesidad, dificultad técnica por cirugías previas, las pruebas preoperatorias adecuadas, que incluyen los exámenes de las pacientes al ingreso. [2][6] Se maneja un intervalo de 12 horas como prudente para retrasar el procedimiento una vez resueltas las complicaciones peri parto que aumentan el riesgo quirúrgico, como hemorragia, infección o preeclampsia. [3]

5. DESCRIPCIÓN

5.1 Diagrama del Procedimiento:

https://drive.google.com/file/d/1jj1tOIJ8A6u2te43I0pYwZ7R_2Mclje7/view?usp=share_link



Flujo de pertinencia de salpingectomía post evento

Autor:	Lcda. Marisol Basantes / Calidad
Versión:	01
Descripción:	Procedimiento de pertinencia de salpingectomía pos evento obstétrico

5.2 Desarrollo del Procedimiento

N° de Actividad	Responsable	Actividades realizadas	Salidas Críticas
	Disparador	Paciente que solicita Salpingectomía pos evento obstétrico	Paciente con esterilización quirúrgica definitiva
1	Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia	<p>VALORAR PACIENTE</p> <p>Se realiza una valoración médica, examen físico, anamnesis, verificación de antecedentes, evaluación de complicaciones en el evento obstétrico, toma de decisión quirúrgica previo consentimiento informado.</p> <p>Verificar si la paciente presenta complicaciones y/o Comorbilidades</p> <p>No tiene complicaciones obstétricas Pasa a la actividad 2</p> <p>Si tiene complicaciones como: Hemorragia obstétrica Pasa a las actividades 3</p> <p>Tiene choque anafiláctico/ Crisis hipertensiva / infecciones Pasa a la actividad 9</p> <p>Tiene comorbilidades Pasa a la actividad 11</p> <p>Otras comorbilidades con uso de aspirina Pasa a la actividad 13</p>	Paciente valorado
2	Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia O	<p>APLICAR PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO</p> <p>Si médico al valorar decide que la paciente cumple los criterios para procedimiento quirúrgico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hematocrito igual o mayor a 27 • Elaborar parte operatorio y entregar a anestesiología. <p>FIN</p>	Parte operatorio

3	Médico Especialista Anestesiólogo	<p>VALORAR DESCOMPENSACIÓN</p> <p>Si la paciente presenta hemorragia obstétrica, valorar estado hemodinámico</p> <p>Si hay descompensación Pase a la actividad 4</p> <p>No hay descompensación Pasa a la actividad 7</p>	Firma parte operatorio, registro en Hoja de anestesia
4	Ginecólogo Obstetra	<p>COMPENSAR PACIENTE</p> <p>Equipo de salud para el manejo de la paciente sigue el proceso correspondiente como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Protocolo de manejo de hemorragia obstétrica 2. En paciente con hemorragia obstétrica actuar según los protocolos GPC Hemorragia Obstétrica, score mama y claves obstétricas, hasta estabilizar a la paciente. 3. En 12 horas se debe revalorar a la paciente <p>Pasa a la actividad 5.</p>	Paciente compensado
5	Ginecólogo Obstetra	<p>REVALORAR A LA PACIENTE</p> <p>Luego de observación por 12 horas, evaluar estado hemodinámico y sangrado, solicitar estudio de laboratorio con evaluación de hemoglobina hematocrito y gasometría arterial de control.</p> <p>Pase a la actividad 6</p>	Seguimiento de condición
6	Ginecólogo Obstetra	<p>REVALORAR CON RESULTADOS</p> <p>Posterior a 2 horas con resultados de los exámenes complementarios, confirmar estabilización de la paciente con valores de hematocrito igual o mayor que 27 y lactato igual o menor que 2, se confirmara que la paciente esta compensada.</p> <p>Si Pasa a la actividad B y continúa con el proceso correspondiente.</p>	Seguimiento de condición con exámenes

		No Pasa a la actividad A y continúa con el proceso de compensación.	
7	Ginecólogo Obstetra	VALORAR PACIENTE CON HEMORRAGIA OBSTETRICA NO DESCOMPENSADA En 6 horas posteriores a la hemorragia aplicando los protocolos, GPC Hemorragia Obstétrica, SCORE MAMA y claves obstétricas y Cuando la paciente con hemorragia obstétrica no presenta descompensación hemodinámica y el sangrado ha cesado, se realiza una evaluación médica de su estado hemodinámica, solicitar gasometría y hematocrito de control para posterior revaloración. Pasa a la actividad 6 y continua con el proceso.	Aplicar clave obstétrica
8	Ginecólogo Obstetra	VALORAR PACIENTE CON COMPLICACIÓN OBSTÉTRICA DE CRISIS HIPERTENSIVAS, REACCIONES ALÉRGICAS, O PATOLOGÍAS INFECCIOSAS Cuando la complicación obstétrica incluya reacción anafiláctica, alérgica, crisis hipertensiva, sepsis, compensar y observar a la paciente durante un intervalo de 24 horas, y verificar si hay mejoría o deterioro. Se compenso Pasar a la actividad B y continua con el proceso quirúrgico. No hay compensación Pasa a la actividad 9	Seguimiento de paciente
9	Ginecólogo Obstetra	ASESORAR SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Médico especialista valora la condición de la paciente y de acuerdo a los criterios de elegibilidad decide en conjunto con la paciente el método: 1. ligadura de intervalo. 2. Otro método anticonceptivo tanto en hospitalización como en consulta externa. FIN	Paciente con planificación familiar

10	Ginecólogo Obstetra	<p>VALORAR PACIENTE CON COMORBILIDADES CRONICAS</p> <p>Paciente con comorbilidades crónicas, diabetes, hipertensión crónica, insuficiencia renal, tiroideopatías, cardiopatías, neuropatías etc. evaluar condición médica:</p> <p>En paciente compensadas Pasar a actividad B y continuar con el procedimiento quirúrgico y chequeo pre quirúrgico</p> <p>No está compensada Pasa a la actividad 11</p>	Paciente compensada
11	Ginecólogo Obstetra	<p>REVALORAR CON RESULTADOS O PLAN TERAPEÚTICO</p> <p>Cuando la paciente tiene una comorbilidad crónica descompensada se debe realizar durante 24 horas una nueva evaluación y solicitar exámenes complementarios y de ser el caso interconsulta a la especialidad que lo requiera. Evaluar si se compenso la patología</p> <p>Si Pasa a la actividad B y continua con el proceso</p> <p>No Pasa a la actividad C y continua con el proceso</p>	Paciente con plan terapéutico
12	Ginecólogo Obstetra	<p>VERIFICAR USO DE ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS</p> <p>Para pacientes en uso de antiagregantes plaquetarios como aspirina, verificar el tiempo de suspensión del medicamento antes del evento obstétrico</p> <p>Si se suspendió 5 días antes Pasar a la actividad B y continua con el proceso</p> <p>No suspendió Pase a la actividad C y continua con el proceso.</p>	Conciliación de medicamentos

6. INDICADORES

Nro.	Indicador	Dimensión	Frecuencia	Cálculo
1	Eficiencia	Porcentaje	Mensual	Número de Salpingectomía realizadas / Número de Salpingectomía solicitados x 100

7. REFERENCIAS

1. Akila Subramaniam, MD, MPH1, Christina T Blanchard, MS1, Britt K Erickson, MD2, Jeff Szychowski, PhD1, Charles A Leath, MD, MSPH3, Joseph R Biggio, MD, MS1, 4, and Warner K Huh M. Feasibility of Complete Salpingectomy Compared With Standard Postpartum Tubal Ligation at Cesarean Delivery: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* 2018;132(1):20–7.
2. Byrne JJ, Smith EM, Saucedo AM, Doody KA, Holcomb DS, Spong CY. Examining the association of obesity with postpartum tubal ligation. *Obstet Gynecol.* 2020;136(2):342–8.
3. Henkel A, Beshar I, Goldthwaite LM. Postpartum permanent contraception. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2021; Publish Ahead of Print:1–30.
4. Edelman A, Micks E, Bartz D. Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists Benefits and Risks of Sterilization. *Obstet Gynecol.* 2019;208.
5. Kavita Shah ARORA, MD, MBE1, Barbara WILKINSON, MD, MA2, Emily VERBUS, BS2, Mary MONTAGUE, BS2, Jane MORRIS, MD1, Mustafa ASCHA, MS3, and Brian M. MERCER M. Medicaid and Fulfillment of Desired Postpartum Sterilization Kavita. *Contraception.* 2018;97(6):559–64.
6. Neha A. Deshpandea,*, Amanda Laboraa, b, Mary D. Sammela, c, Courtney A. Schreiber SS. Relationship between body mass index and operative time in women receiving immediate postpartum tubal ligation. *contraception J.* 2019;100(2):106–10.

8. CONTROL DE CAMBIOS

Fecha	Descripción del cambio	Sección que cambia	Versión
23/02/2023	Nuevo	N/A	001

9. ANEXOS

N/A