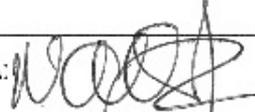
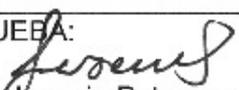
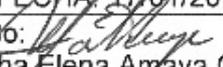


	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 1 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA

ELABORA:  Lucy Paloma Profesional de enfermería	REVISAR:  Nancy Ortiz Rondón Subgerente Asistencial	APRUEBA:  Luis Ignacio Betancourt Silguero Gerente
FECHA: 17/01/2017 Vo.Bo:  Martha Elena Amaya Cruz Oficina de Calidad	FECHA: 01/02/2017 FECHA: 24/01/2017	FECHA: 01/02/2017

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 2 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

CONTENIDO

1.	OBJETIVO.....	3
2.	ALCANCES Y RESPONSABLES	3
3.	GENERALIDADES.....	3
3.1	MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA POSPARTO (HPP).....	3
3.1.1.	Manejo HPP	4
3.1.1.1.	Tono uterino (atonía o hipotonía uterina):.....	6
3.1.1.2	Trauma.....	7
3.1.1.2.1	Desgarros del cérvix o canal vaginal	7
3.1.1.2.2	Inversion Uterina	8
3.1.1.3	Tejido.....	9
3.1.1.3.1	Placenta retenida o retención de restos placentarios	9
3.2	DIAGRAMAS DE FLUJO PARA EL MANEJO DE LAS HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO.....	10
3.3	DIAGRAMAS DE FLUJO PARA EL MANEJO DE LAS HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA A MITAD DEL EMBARAZO.....	10
3.4	DE FLUJO PARA EL MANEJO DE LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO.....	11
3.4.1.	Trastorno hipertensivo del embarazo con criterio de severidad.....	11
3.4.2.	Crisis hipertensiva.....	13
3.4.3.	Eclampsia.....	14
3.5.	SEPSIS Y EMBARAZO	16
3.6.	CODIGO ROJO	19
3.7.	RESULTADOS ESPERADOS Y METAS	27
3.8.	INDICADORES DE SEGUIMIENTO	27
4.	FLUJOGRAMA.....	28
5.	REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	28

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 3 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

1. OBJETIVO

Protocolizar las mejores prácticas para el manejo del código rojo - emergencias obstétricas

Ofrecer a gestantes con emergencias obstétricas las intervenciones que más se ajusten a sus necesidades, contribuyendo a la disminución de la mortalidad materna y demás complicaciones.

Dar una respuesta apropiada a las gestantes con Morbilidad Materna Extrema para preservar su calidad de vida.

2. ALCANCES Y RESPONSABLES

Se refiere al conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a gestantes con situaciones de emergencia obstétrica, las cuales incluyen la identificación de la morbilidad, el manejo inicial y las condiciones para la remisión como urgencia vital cuando sea necesario.

Aplica para el servicio de hospitalización, obstetricia. Participan del proceso el personal médico, enfermería y auxiliar de enfermería.

3. GENERALIDADES

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las intervenciones básicas mínimas que deben ser realizadas por las instituciones responsables de la atención obstétrica, las cuales deben tener capacidad resolutive y un equipo de salud capacitado para brindar atención segura, integral humanizada y de calidad que garantice el adecuado tratamiento de las emergencias obstétricas.

Además de la obligación administrativa y técnica, estas normas implican, por parte de sus ejecutores, un compromiso ético para garantizar intervenciones apropiadas que preserven la vida de la mujer gestante.

El presente anexo técnico incluye las actividades, procedimientos e intervenciones para el manejo de las emergencias obstétricas asociadas a:

- Hemorragia obstétrica posparto (HPP).
- Trastornos hipertensivos del embarazo (THE).
- Sepsis.

3.1 MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA POSPARTO (HPP).

El lineamiento técnico incluye la protocolización del manejo activo del tercer periodo del parto como una actividad para la prevención de la HPP.

MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL PARTO

- 5 a 10 unidades de oxitocina (dependiendo de la presentación) vía intramuscular durante el alumbramiento en todas las mujeres.
- Si la paciente tiene vena canalizada, 5 a 10 unidades en 10 ml para pasar en un tiempo no menor a 3 minutos.
- Tracción controlada del cordón.
- Pinzamiento del cordón según protocolos.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 4 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

- Masaje uterino.

En lugares donde no está disponible la oxitocina, está recomendado el uso de otros uterotónicos inyectables o de misoprostol sublingual (600 mcg).

Perdida de volumen (%) y ml para una mujer entre 50-70 kg	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión Arterial Sistólica (mm/Hg)	Grado de choque	Transfusión
10-15% 500-1000 ml	Normal	Normal	60-90	>90	Compensado	Usualmente no requerida
16-25% 1000-1500 ml	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	leve	Posible
23-35% 1500-2000 ml	Agitada	Palidez, frialdad, Mas sudoración	101-120	70-79	Moderado	Usualmente requerida
35% 2000 ml	Letárgica o inconsciente	Palidez, frialdad, Mas sudoración y llenado capilar >3 segundos	>120	<70	Severo	Transfusión Masiva probable

La tracción controlada del cordón no está recomendada en lugares donde la atención es por personal no médico.

El pinzamiento temprano del cordón (menor a 1 minuto) está recomendado en pacientes con sospecha de asfixia perinatal, desprendimiento de placenta, ruptura uterina, desgarro del cordón o paro cardíaco materno.

La determinación del tono uterino en el posparto para la identificación temprana de la atonía uterina está recomendada en todas las pacientes.

En lugares donde no es posible la atención por personal de salud y no está disponible la oxitocina, la administración de misoprostol por legos de la comunidad, dirigida por personal entrenado vía telefónica, está recomendado para la prevención de la HPP, bajo la consideración de un adecuado entrenamiento y monitoria continua de la administración – distribución del medicamento

3.1.1. Manejo HPP

Puerperio inmediato con sangrado vaginal > 500 mL (o sangrado vaginal lento y continuo o sangrado repentino abundante con inestabilidad hemodinámica.

- Evalúe el grado de choque aplicando el cuadro diagnóstico del **código rojo obstétrico**, utilizando para ello el parámetro más alterado:
- **Active código rojo obstétrico** cuando la evaluación permita establecer algún grado de choque y notifique a nivel de mayor complejidad.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 5 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

- Realice ABC a la paciente (evalúe y garantice, vía aérea, ventilación y circulación).
- Si se dispone de oximetría de pulso proporcione oxígeno suplementario para alcanzar %satO₂ >95. Si no se dispone entonces administre oxígeno por cánula nasal a 3 L/minuto.
- Levante las piernas de la paciente a 15 grados (no trendelenburg).
- Canalice 2 venas con catéter venoso Nos. 14, 16 o 18, al menos una con catéter 14.
- Inserte sonda Foley 14 o 16 F para drenaje vesical.
- Reanime con líquidos endovenosos cristaloides (SSN 0.9% o Hartman) preferentemente a 39 °C, con bolos iniciales de 500 mL cada 30 minutos, los cuales se repetirán hasta alcanzar TAS ≥ 90 mmHg, pulso radial presente y sensorio normal.
- Evite la hipotermia con sábanas o mantas precalentadas y la administración de todos los líquidos endovenosos (cristaloides) a 39 °C.
- Evalúe la respuesta a la reanimación con cristaloides y al levantamiento de las piernas, de la siguiente forma

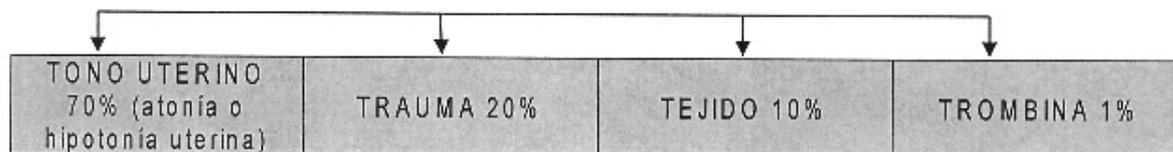
MANEJO HPP



Parámetros de evaluación	Rápida respuesta	Respuesta transitoria	No respuesta
Signos vitales (las metas son: PAS >90 mmHg, sensorio, normal y pulso radial me)	Retoman a lo normal	Hipertensión recurrente (PAS <90 mmHg); sensorio, comprometido; pulso radial débil; taquicardia	Permanecen anormales o no se consiguen metas en ningún momento
Perdida sanguínea estimada (% del volumen circulante o ml)	10-25% o 500-1500 mL (choque compensado o leve)	25-40% o 1500-2000 mL (choque moderado)	>40% o >2000 mL (choque severo)
Cristaloides adicionales	Improbable	Si	Si
Necesidad de transfusión	Poco probable, casi siempre, No necesaria	Probable (paquete globular de emergencia: 2 UGRE)	Paquete transfusional de emergencia: 4 UGRE/6UPFC /6U PLT, ABO compatibles.
Preparación de transfusión	Sangre tipo compatible con pruebas cruzadas (45-60 minutos)	Paquete globular de emergencia tipo específica sin pruebas cruzadas (15 minutos). En caso de no disponibilidad, O- u O+	Inmediato: paquete globular O- (u O+); PFC O- (u O+); PLT o Rh compatibles.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 6 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

De manera simultánea evalúe la causa del sangrado: Nematocnia de 4T



Remita una vez haya realizado las medidas iniciales de reanimación y para tratar la causa como se describe a continuación, a una IPS que tenga disposición de sangre.

3.1.1.1. Tono uterino (atonía o hipotonía uterina):

- Realice masaje uterino externo de forma continua y permanente durante el manejo integral y hasta que el sangrado haya cedido; cuando el masaje uterino externo ha sido ineficaz realice masaje uterino bimanual durante al menos 20 minutos o hasta que haya cedido el sangrado y compresión extrínseca de la aorta.

En casos de masaje uterino bimanual aplique antibiótico profiláctico endovenoso: Ampicilina 2g o Clindamicina 600 mg + Gentamicina 80 mg (en alergia a la penicilina)

Realizar manejo simultáneo con:

- Administrar 5 UI de oxitocina por vía IV lenta, mientras se inicia una infusión de 30 UI de oxitocina diluida en 500 ml de cristaloides para pasar en 4 horas.
- Ergometrina 0.2 mg por vía IM. Repetir una sola dosis adicional después de 20 minutos. Puede continuarse 0.2 mg cada 4 a 6 horas, máximo 5 ampollas en 24 horas. (Contraindicada en mujeres con hipertensión).
- Misoprostol 800 mcg por vía sublingual solo si no se cuenta con oxitocina o maleato de metilergonovina.
- El ácido tranexámico en dosis de 1 g por vía IV, se puede ofrecer como un tratamiento para HPP si la administración de la oxitocina seguido de las opciones de tratamiento de segunda línea y el misoprostol no han logrado detener la hemorragia; o como complemento a la sutura de traumatismos del canal del parto identificados como causa del sangrado.
- Si los uterotónicos no han controlado el sangrado o no están disponibles, se

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 7 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

- recomienda el taponamiento uterino con balón hidrostático en atonía uterina.
- La compresión manual uterina, compresión aórtica y los sistemas neumáticos de compresión son medidas temporales de manejo hasta manejo médico definitivo.
 - No está recomendado el empaquetamiento uterino para el manejo de la HPP por atonía uterina.
 - Evalúe tempranamente la necesidad de paquete globular de emergencia: 2 unidades de glóbulos rojos compatibles sin pruebas cruzadas u O(-) en presencia de choque hemorrágico moderado; si no se dispone de estos utilice 2 unidades de glóbulos rojos O(+).
 - Reanimación con paquete de transfusión masiva en presencia de choque hemorrágico severo con glóbulos rojos 4 unidades, plasma 6 unidades, 1 aféresis de plaquetas (6 unidades de plaquetas).

Remisión en condiciones seguras

Una vez estabilizada la paciente, remita a nivel de mayor complejidad que garantice presencia de ginecólogo, uso de medicamentos y transfusión sanguínea. Trasladarla en ambulancia medicalizada (notificar a la EPS, solicitándola), en caso contrario con médico, enfermera o paramédico entrenado que:

Realice vigilancia continua de signos vitales cada 15-30 minutos (presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), diuresis horaria y evaluación permanente del tono uterino.

Garantice permeabilidad de dos (2) venas periféricas en extremidades diferentes con catéter Nos. 14, 16 o 18.

Asegure y controle el manejo con cristaloides: bolos de 500 mL cada 30 minutos para mantener TAS \geq 90 mmHg, sensorio normal y pulso radial firme, e infusión de mantenimiento a 100 mL/h o a 17 gotas/minuto (por macrogotero de 10 gotas = 1 mL) si estas metas son alcanzadas.

Remita en presencia de transfusión de glóbulos rojos si estos fueron requeridos y están disponibles.

Evite la hipotermia con uso de sábanas o mantas precalentadas. Realice masaje uterino cada 15 minutos.

En caso de presentarse nuevo episodio de sangrado realizar masaje bimanual continuo, compresión extrínseca de la aorta y aplicar una ampolla intramuscular de Methergin.

3.1.1.2 Trauma

3.1.1.2.1 Desgarros del cérvix o canal vaginal

- Tiene catgut Crómico 2-0- Suture
- Reanimación con LEV cristaloides (SSN o Hartman) preferentemente a 39 o C con un bolo inicial de 500 mL cada 30 minutos según signos vitales, los cuales se repetirán hasta alcanzar TAS \geq 90 mmHg, sensorio normal y pulso radial firme.
- Evalúe tempranamente la necesidad de paquete globular de emergencia: 2 unidades de glóbulos rojos compatibles sin pruebas cruzadas u O(-) en presencia de choque

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 8 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

hemorrágico moderado; si no se dispone de estos utilice 2 unidades glóbulos rojos O(+).

- Reanimación con paquete de transfusión masiva en presencia de choque hemorrágico severo con glóbulos rojos 4 unidades, plasma 6 unidades, 1 aféresis de plaquetas (6 unidades de plaquetas).
- Antibiótico profiláctico IV: Ampicilina 2 g o Clindamicina 600 mg + Gentamicina 80 mg (en alergia a la penicilina).

Taponamiento vaginal con compresas húmedas: En caso de inestabilidad hemodinámica, no disponibilidad de sutura o dificultad por tamaño de la lesión.

Remisión en condiciones seguras.

Una vez estabilizada la paciente, remita a nivel de mayor complejidad que garantice presencia de ginecólogo, uso de medicamentos y transfusión sanguínea. trasladar en ambulancia medicalizada (notificar a la EPS, solicitándola), en caso contrario con médico, enfermera o paramédico entrenado que:

Realice vigilancia continua de signos vitales cada 15-30 minutos (presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria) y diuresis horaria.

Garantice permeabilidad de dos (2) venas periféricas en extremidades diferentes con catéter No. 14, 16 o 18.

Asegure y controle el manejo con cristaloides: bolos de 500 mL cada 30 minutos para mantener TAS \geq 90 mmHg, sensorio normal y pulso radial firme, e infusión de mantenimiento a 100 mL/h o a 17 gotas/minuto (por macrogotero de 10 gotas = 1 mL) si estas metas son alcanzadas.

Remita en presencia de transfusión de glóbulos rojos si estos fueron requeridos y están disponibles.

Evite la hipotermia con uso de sabanas o mantas precalentadas.

Mantenga la compresión de vagina con compresas húmedas.

3.1.1.2.2 Inversion Uterina

- Reposición uterina.
- Igual manejo de atonía/hipotonía uterina.



Imágenes reproducidas con Autorización de Avances Life Support in Obstetrics (ALSO®)

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 9 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

Una vez estabilizada la paciente, si es necesario, remita a nivel de mayor complejidad que garantice presencia de ginecólogo, uso de medicamentos y transfusión sanguínea. Trasladar en ambulancia medicalizada (notificar a la EPS, solicitándola), en caso contrario con médico, enfermera o paramédico entrenado que:

Realice vigilancia continua de signos vitales cada 15-30 minutos (presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria) y diuresis horaria.
 Garantice permeabilidad de dos (2) venas periféricas en extremidades diferentes con catéter No. 14, 16 o 18.
 Asegure y controle el manejo con cristaloides: bolos de 500 mL cada 30 minutos para mantener TAS \geq 90 mmHg, sensorio normal y pulso radial firme, e infusión de mantenimiento a 100 mL/h o a 17 gotas/minuto (por macrogotero de 10 gotas = 1 mL) 2 cc/kg/h si estas metas son alcanzadas.
 Remita en presencia de transfusión de glóbulos rojos si estos fueron requeridos y están disponibles.
 Evite la hipotermia con uso de sabanas o mantas precalentadas y la administración de todos los líquidos endovenosos (cristaloides) a 39°C.

3.1.1.3 Tejido

3.1.1.3.1 Placenta retenida o retención de restos placentarios

- Extracción Manual.
- Revisión manual de cavidad uterina.
- Igual manejo de atonia/hipotonía uterina.



Imágenes reproducidas con Autorización de Avances Life Support in Obstetrics [ALSO®]

Una vez estabilizada la paciente, remita a nivel de mayor complejidad que garantice presencia de ginecólogo, uso de medicamentos y transfusión sanguínea. Trasladar en ambulancia medicalizada (notificar a la EPS solicitándola), en caso contrario con médico, enfermera o paramédico entrenado que:

Realice vigilancia continua de signos vitales cada 15 - 30 minutos (presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), diuresis horaria y evaluación permanente del tono uterino.
 Garantice permeabilidad de dos (2) venas periféricas en extremidades diferentes con cateter No. 14, 16 o 18.
 Asegure y controle manejo con cristaloides: bolos de 500 mL cada 30 minutos para mantener TAS 90 mmHg, sensorio normal y pulso radial firme, e infusión de

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 10 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

mantenimiento a 100 mL/h o a 17 gotas/minuto (por macrogotero de 10 gotas = 1 mL) si estas metas son alcanzadas.

Remita en presencia de transfusión de glóbulos rojos si estos fueron requeridos y están disponibles.

Evite la hipotermia con uso de sabanas y mantas precalentadas.

Realice masaje uterino cada 15 minutos.

En caso de presentarse nuevo episodio de sangrado realizar masaje bimanual continuo, compresión extrínseca de la aorta y aplicar una ampolla intramuscular de Methergyn.

Antibiótico profiláctico IV: ampicilina 2 g + metronidazol 500 mg IV o clindamicina 600 mg

Restos placentarios: Revisión manual de cavidad uterina idealmente bajo anestesia

3.2 DIAGRAMAS DE FLUJO PARA EL MANEJO DE LAS HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

Aborto - Embarazo ectópico - Embarazo molar

Embarazo del 1er. trimestre y primera mitad del segundo trimestre con sangrado vaginal y/o dolor pélvico

Remisión en condiciones seguras

Signos vitales estables: **SI**.

Establezca la etiología. Remita para ecografía, BhGC cualitativa y control en Nivel II o III por especialista.

Signos vitales estables: **NO**.

Reanimación con LEV cristaloides (SSN o Hartman) preferentemente a 39 oC con un bolo inicial de 500 mL cada 30 minutos según signos vitales, los cuales se repetirán hasta alcanzar TAS \geq 90 mmHg, sensorio normal y pulso radial firme.

Evalúe tempranamente la necesidad de paquete globular de emergencia: 2 unidades de glóbulos rojos compatibles sin pruebas cruzadas u O(-) en presencia de choque hemorrágico moderado; si no se dispone de estos utilice 2 unidades glóbulos rojos O(+).

Reanimación con paquete de transfusión masiva en presencia de choque hemorrágico severo con glóbulos rojos 6 unidades, plasma 6 unidades, 1 aferesis de plaquetas (6 unidades de plaquetas).

Conducta quirúrgica según indicación: laparotomía vs. laparoscopia, legrado.

Una vez estabilizada la paciente, remita a nivel de mayor complejidad que garantice presencia de ginecólogo, uso de medicamentos y transfusión sanguínea.

3.3 DIAGRAMAS DE FLUJO PARA EL MANEJO DE LAS HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA A MITAD DEL EMBARAZO

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 11 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

Ante la presencia de hemorragia en un embarazo de la segunda mitad del segundo trimestre y tercer trimestre de la gestación proceda de la siguiente manera:

- Evalúe signos vitales: tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, llenado capilar, estado de conciencia, viabilidad fetal con evaluación de fetocardia.
- Evalúe el tono uterino: ausencia de contracciones, contracciones uterinas irregulares o regulares, o hipertonia uterina (contracciones sin periodos de relajación uterina).
- **No realice tacto vaginal**
- Especuloscopia: evalúe procedencia del sangrado (de cervix o de canal cervical; descarte: cáncer de cervix, polipos cervicales, cervicitis), las características del sangrado (escaso, moderado o abundante), el color del sangrado (rojo vivo o achocolatado).

Remision en condiciones seguras

Signos vitales estables: **SI**.

Establezca la etiología. Remita para ecografía, BhGC cualitativa y control en Nivel II o III por especialista.

Signos vitales estables: **NO**.

Reanimación con LEV cristaloides (SSN o Hartman) preferentemente a 39 oC con un bolo inicial de 500 mL cada 30 minutos según signos vitales, los cuales se repetirán hasta alcanzar TAS \geq 90 mmHg, sensorio normal y pulso radial firme.

Evalúe tempranamente la necesidad de paquete globular de emergencia: 2 unidades de glóbulos rojos compatibles sin pruebas cruzadas u O(-) en presencia de choque hemorrágico moderado; si no se dispone de estos utilice 2 unidades glóbulos rojos O(+).

Reanimación con paquete de transfusión masiva en presencia de choque hemorrágico severo con glóbulos rojos 6 unidades, plasma 6 unidades, 1 aferesis de plaquetas (6 unidades de plaquetas).

Conducta obstétrica según indicación materna o fetal: cesárea o parto vaginal.

Una vez estabilizada la paciente, remita a nivel de mayor complejidad que garantice presencia de ginecólogo, uso de medicamentos y transfusión Sanguínea.

3.4 DIAGRAMAS DE FLUJO PARA EL MANEJO DE LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO

3.4.1. Trastorno hipertensivo del embarazo con criterio de severidad

Criterio de Hipertensión: Embarazo \geq 20 semanas o en las primeras 4 semanas del puerperio con TAS \geq 140 mmHg y/o TAD \geq 90 mmHg.

Toda gestante con criterio de hipertensión debe ser remitida a un nivel de atención de mayor complejidad para clasificación del trastorno hipertensivo y manejo.

CRITERIOS DE SEVERIDAD:

- TAS \geq 160 mmHg y/o TAD \geq 110 mmHg.
- Presencia de signos premonitorios: (cefalea global o en "casco", fosfenos o visión borrosa, tinitus); epigastralgia irradiada a hipocondrio derecho; clonus; oliguria (0,5 cc/kg/h en 6 horas).
- Compromiso de órgano blanco materno:

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 12 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

* Paraclínico: hemograma con plaquetas menor 100.000; LDH mayor 600 mg/dl; AST y ALT mayor 70 mg/dl (síndrome HELLP) creatinina mayor 1,2 mg/dl.

* Clínico: edema agudo de pulmón - injuria renal aguda - infarto agudo de miocardio.

- Compromiso fetal: Restricción crecimiento intrauterino.

ANTE LA PRESENCIA DE UNO O MAS CRITERIOS DE SEVERIDAD:

- Realice examen físico completo, incluyendo evaluación de vitalidad fetal por auscultación o empleo de doppler fetal.
- Asegure 2 accesos venosos con catéter 16 o 18.
- Si se dispone de oximetría de pulso, proporcione oxígeno suplementario para alcanzar % satO₂ > 95. Si no se dispone, entonces administre oxígeno por cánula nasal a 3 Lt/minuto.
- Coloque sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16).
- Inicie cristaloides 1 cc/kg/h (como volumen total administrado incluido el goteo de sulfato de magnesio).
- Inicie sulfato de magnesio ampollas al 20% x 10 ml (2g).

Impregnación: 2 ampollas + 150 mL SSN 0,9% en 10 a 15 minutos (4 g).
Mantenimiento: 4 ampollas + 500 mL SSN 0,9% por bomba de infusión a 67 mL/hora (1 g/h) o a 10 gotas/minuto por macrogotero 10 gotas = 1 mL o a 20 gotas/minuto por macrogotero 20 gotas = 1 ml (Ajustar dosis según monitorización de reflejos osteotendinosos, gasto urinario, sensorio y frecuencia respiratoria).

- En caso de toxicidad por sulfato de magnesio: aplique 1 g endovenoso de gluconato de calcio en 10 minutos.

TOXICIDAD POR SULFATO DE MAGNESIO	
CONCENTRACION (mg/dL)	MANIFESTACION CLINICA
< 3 (normal)	Ninguna
4-7 (rango terapéutico)	Ninguna
5-10	Cambios electrocardiográficos
8-12	Perdida de reflejos paterales
10-12	Somnolencia, lenguaje alterado
>15	Paralisis muscular, paro cardiaco

- Si la TAS ≥ 150 y/o TAD ≥ 100 mmHg (pero < 160/110) inicie terapia antihipertensiva: Nifedipino tabletas x 30 mg 1 tableta VO cada 8 horas o tabletas x 10 mg 1 tableta VO cada 6 horas.
- Tome exámenes de laboratorio: Hemograma con recuento de plaquetas, pruebas hepáticas (lactato deshidrogenasa LDH, transaminasas AST y ALT) y creatinina.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 13 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

Una vez estabilizada la paciente, REMITA a un nivel superior que garantice la atención por especialista a la madre y al neonato. Trasladar en ambulancia con médico o personal de enfermería o paramédico que:

Realice vigilancia continua de signos vitales (presión arterial, sensorio, frecuencia cardiaca y respiratoria), frecuencia cardiaca fetal y reflejos osteotendinosos cada 15 minutos.

Asegure el suministro de oxígeno suplementario durante el transporte para mantener %satO₂ > 95 si se dispone de oximetría de pulso o a 3 Lt/minuto por cánula nasal.

Evalúe continuamente la presencia de síntomas premonitorios o de encefalopatía hipertensiva.

Control y registro de diuresis horaria.

Si TAS ≥ 160 mmHg y/o TAD ≥ 110 mmHg aplique protocolo de crisis hipertensiva que está a continuación.

Si presenta episodio convulsivo (eclampsia): garantice ABC (vía aérea-ventilación-circulación), aplique nuevo bolo de sulfato de magnesio 2 ampollas + 150 mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4 g) y continúe infusión o goteo de sulfato de magnesio pero con un incremento a 2 g/h.

3.4.2. Crisis hipertensiva

Gestante que durante el embarazo o el puerperio presente TAS ≥ 160 mmHg y/o TAD ≥ 110 mmHg en una toma con o sin síntomas premonitorios de eclampsia

Ante esta situación:

- Realice examen físico completo, incluyendo evaluación de vitalidad fetal por auscultación o empleo de doppler fetal.
- Asegure 2 accesos venosos con catéter 16 o 18.
- Si se dispone de oximetría de pulso, proporcione oxígeno suplementario para alcanzar %satO₂ > 95. Si no se dispone, entonces administrar oxígeno por cánula nasal a 3 Lt/minuto.
- Coloque sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16).
- Inicie cristaloides 1 cc/kg/h (como volumen total administrado incluido el goteo de sulfato de magnesio).

Inicie manejo antihipertensivo de inmediato hasta lograr tas entre 140 - 150 mmhg y tad entre 90 - 100 mmhg

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 14 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

- Nifedipina cápsulas o tabletas de 10 mg cada 20 minutos por 3 dosis y luego 10 mg cada 6 horas.
- En caso de NO alcanzar meta de presión arterial en la primera hora administre: Labetalol ampollas de 100 mg/20cc: 20 mg (4 cc) endovenosos cada 20 minutos si no hay respuesta aumentar a 40 mg (8 mL), luego a 80 mg (16 mL) hasta dosis acumulada de 300 mg/ día.

Terapia de mantenimiento con:

Nifedipino cápsulas o tabletas x 10 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 6 horas o Nifedipino cápsulas o tabletas x 30 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 8 horas.

- Inicie sulfato de magnesio ampollas al 20%-10 ml (2 g) de la siguiente forma:

Impregnación: 2 ampollas + 150 mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4 g) y continuar. **Mantenimiento:** 4 ampollas + 500 mL SSN 0.9% por bomba de infusión a 67 mL /hora (1 g/h) o a 10 gotas/minuto por macrogotero a 10 gotas = 1 mL o 20 gotas/minuto por macrogotero 20 gotas = 1 mL.

- Tome exámenes de laboratorio: Hemograma con recuento de plaquetas, pruebas hepáticas (lactato deshidrogenasa LDH, transaminasas AST y ALT) y creatinina.

Remisión en condiciones seguras

Una vez estabilizada la paciente, REMITA a un nivel superior que garantice la atención por especialista a la madre y al neonato. Trasladar en ambulancia con médico o personal de enfermería o paramédico que:

Realice vigilancia continua de signos vitales (presión arterial, sensorio, frecuencia cardiaca y respiratoria), frecuencia cardiaca fetal y reflejos osteotendinosos cada 15 minutos.

Asegure el suministro de oxígeno suplementario durante el transporte para mantener %satO₂ > 95 si se dispone de oximetría de pulso o a 3 Lt/minuto por cánula nasal.

Evalúe continuamente la presencia de síntomas premonitorios o de encefalopatía hipertensiva.

Control y registro de diuresis horaria.

Si TAS ≥ 160 mmHg y/o TAD ≥ 110 mmHg aplique protocolo de crisis hipertensiva.

Si presenta episodio convulsivo (eclampsia): Garantice ABC (vía aérea-ventilación-circulación), aplique nuevo bolo de sulfato de magnesio 2 ampollas + 150 mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4 g) y continúe infusión o goteo de sulfato de magnesio pero con un incremento a 2 g/h.

3.4.3. Eclampsia

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 15 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

Gestante con embarazo de 20 semanas o más o en las primeras 4 semanas del puerperio con criterios de trastorno hipertensivo del embarazo que presenta convulsión o coma

- Inicie sulfato de magnesio ampollas al 20%-10 ml (2 g) de la siguiente forma:

Impregnación: 2 ampollas + 150 mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4 g) y continuar.

Mantenimiento: 4 ampollas + 500 mL SSN 0.9% por bomba de infusión a 67 mL/hora (1 g/h) o a 10 gotas/minuto por macrogotero a 10 gotas = 1 mL o 20 gotas/minuto por macrogotero 20 gotas = 1 mL.

En presencia de crisis hipertensiva inicie manejo antihipertensivo de inmediato hasta lograr TAS entre 140 - 150 mmHg y TAD entre 90 - 100 mmHg

- Nifedipina cápsulas o tabletas de 10 mg cada 20 minutos por 3 dosis y luego 10 mg cada 6 horas.
- En caso de NO alcanzar meta de presión arterial en la primera hora administre:

Labetalol ampollas de 100 mg/20cc: 20 mg (4 cc) endovenosos cada 20 minutos si no hay respuesta aumentar a 40 mg (8 mL), luego a 80 mg (16 mL) hasta dosis acumulada de 300 mg/día.

Terapia de mantenimiento con:

Nifedipino cápsulas o tabletas x 10 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 6 horas o Nifedipino cápsulas o tabletas x 30 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 8 horas.

Ante la NO presencia de crisis hipertensiva garantice manejo antihipertensivo con:

- Nifedipina cápsulas o tabletas de 10 mg 1 VO cada 6 horas o Nifedipina tabletas de 30 mg 1 VO cada 8 horas.

Remisión en condiciones seguras

Una vez estabilizada la paciente, REMITA a un nivel superior que

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 16 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

garantice la atención por especialista a la madre y al neonato. Trasladar en ambulancia con médico o personal de enfermería o paramédico que:

Realice vigilancia continua de signos vitales (presión arterial, sensorio, frecuencia cardiaca y respiratoria), frecuencia cardiaca fetal y reflejos osteotendinosos cada 15 minutos.

Asegure el suministro de oxígeno suplementario durante el transporte para mantener %satO₂ > 95 si se dispone de oximetría de pulso o a 3 Lt/minuto por cánula nasal.

Evalúe continuamente la presencia de síntomas premonitorios o de encefalopatía hipertensiva.

Control y registro de diuresis horaria.

Si TAS ≥ 160 mmHg y/o TAD ≥ 110 mmHg aplique protocolo de crisis hipertensiva.

Si presenta episodio convulsivo (eclampsia): garantice ABC (vía aérea-ventilación- circulación), aplique nuevo bolo de sulfato de magnesio 2 ampollas + 150 mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4 g) y continúe infusión o goteo de sulfato de magnesio pero con un incremento a 2 g/h.

3.5. SEPSIS Y EMBARAZO

Mujer en amenorrea con prueba de embarazo (+) o gestante en cualquier trimestre del embarazo o materna durante su etapa de puerperio con signos de SIRS:

Criterios (2 o más):

- T > 38 o < 36
- Fc > 90 x min
- Fr > 20 x min o PaCO₂ < 32 mmHg
- Leuc > 12000 o < 4000 o bandas 10%

Y foco séptico identificado o cultivo positivo

- **Identifique la posible etiología del foco séptico:**

Obstétrico:

- Aborto.
- Coriamnionitis.
- Endometritis.
- Mastitis.
- Infección de episiorrafia.
- Otras.

No obstétrico:

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 17 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

- Neumonía.
- Infección de vías urinarias.
- Apendicitis aguda.
- Pancreatitis aguda.
- Meningitis.
- Infección de tejidos blandos y herida quirúrgica.
- Malaria.
- Dengue.
- Otras.

• **Clasifique el grado de severidad del compromiso de la gestante:**

- Sepsis severa:

• **Disfunción de uno o más órganos:**

- Sistema nervioso central (estado de conciencia alterado).
- Renal (oliguria).
- Pulmonar (taquipnea, dificultad respiratoria).
- Cardiovascular (taquicardia, hipotensión).
- Hepático (hipoglicemia, hiperbilirrubinemia).
- Coagulopatía.
- Acidosis metabólica.

• **Marcadores de hipoperfusión:**

- Ácido láctico mayor de 4, déficit de base > -6.

Choque séptico:

- Sepsis severa asociada a signos de hipoperfusión (lactato >4 mmol/L) e hipotensión (TAS < 90 mmHg o TAM < 65 mmHg) que no revierte con la administración de un desafío de cristaloides de 20-30 mL/kg proporcionado en bolos de 500 mL cada 30 minutos.

Si no tiene disponibilidad de manejo multidisciplinario o disponibilidad de Unidad de Cuidado Intensivo, REMITA a nivel de mayor complejidad que los garantiza, previa estabilización clínica

Si al momento de la evaluación no hay criterios de severidad o choque.

- Asegure permeabilidad de la vía aérea.
- Suministre suplemento de oxígeno: Si dispone de oximetría de pulso proporcione oxígeno suplementario para alcanzar %satO₂ > 95. Si no dispone, administre oxígeno por cánula nasal a 3 Lt/minuto.
- Canalice 2 venas con catéter venoso No. 16 o 18.
- Coloque sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16) para vigilancia de gasto urinario.
- Inicie manejo con líquidos endovenosos (SSN 0.9% o Hartman): bolos de 500 mL.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 18 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

cada 30 minutos para mantener TAM \geq 65 mmHg y sensorio normal, y continuar aporte de mantenimiento a 150-200 mL/h de acuerdo a respuesta clínica y metas alcanzadas.

- Inicie antibiótico: Ampicilina/Sulbactam 3 g endovenosos en la primera hora y continúe según protocolo de la institución local o de referencia.
- Proporcione protección gástrica: Ranitidina ampollas x 50 mg 1 ampolla endovenosa cada 12 h u Omeprazol ampollas x 20 mg 1 ampolla endovenosa cada 12 h.
- Toma de paraclínicos: Hemograma, PCR, Hemocultivos, cultivos locales según etiología del probable foco, pruebas hepáticas y renales, gases arteriales y ácido láctico.

Si al momento de la evaluación hay criterios de severidad o choque:

- Movilice equipo de emergencia, asegure respuesta rápida de equipo multidisciplinario e inicie inmediatamente campaña de supervivencia que incluye:
 - Reanimación inicial guiada por metas (en las primeras 6 h):
 - Presión venosa central entre 8-12 mmHg.
 - TAM \geq 65 mmHg.
 - Saturación venosa central (SatvcO₂) \geq 70
 - Gasto urinario \geq 0.5 mL/kg/h.
- Inicio de antibiótico en la primera hora previa toma de muestras para cultivos.
- Identificación y control de foco infeccioso.
- Asegure permeabilidad de la vía aérea y suministre suplemento de oxígeno: si dispone de oximetría de pulso proporcione oxígeno suplementario para alcanzar %satO₂ > 95. Si no dispone, administre oxígeno por cánula nasal a 3 Lt/minuto. En caso de Glasgow < 9 o insuficiencia respiratoria realice IOT y ventilación mecánica.
- Canalice 2 venas con catéter venoso No. 16 o 18.
- Realice paso de catéter venoso central bilumen, si tiene experiencia y disponibilidad del mismo.
- Coloque sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16) para vigilancia de gasto urinario.
- Inicie manejo con líquidos endovenosos (SSN 0.9% o Hartman): bolos de 500 mL cada 30 minutos para mantener PVC entre 8-12 mmHg, TAM \geq 65 mmHg y sensorio normal; continúe aporte de mantenimiento a 150-200 mL/h de acuerdo a respuesta clínica y metas alcanzadas.
- Si la TAM persiste < 65 mmHg después de un adecuado reto de líquidos (1000 mL en una hora) y PVC entre 8-12 mmHg (si dispone de catéter central para PVC), inicie cuanto antes infusión de agentes vasoactivos: dopamina premezclada a 5 mcg/kg/minuto o norepinefrina a 0.1 mcg/kg/minuto que se van incrementando cada 30 minutos hasta alcanzar la meta (TAM \geq 65 mmHg).
- Tome gases venosos por el catéter venoso central y mida SatvcO₂. Si esta es < 70 inicie dobutamina a 2.5 mcg/kg/minuto.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 19 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

- Inicie antibiótico empírico en la primera hora de reconocimiento del diagnóstico de Sepsis Severa con Ceftriaxona 1 gramo endovenoso cada 12 horas más Metronidazol 500 miligramos endovenosos cada 8 horas o Piperacilina Tazobactam 4.5 gramos endovenosos cada 6 horas.
- Proporcione protección gástrica: Ranitidina ampollas x 50 mg 1 ampolla endovenosa cada 12 h u Omeprazol ampollas x 20 mg 1 ampolla endovenosa cada 12 h.
- Toma de paraclínicos: hemograma, PCR, hemocultivos, cultivos locales según etiología del probable foco, pruebas hepáticas y renales, glucometrías cada 4h, gases arteriales y ácido láctico.
- Manejo de terapia antitrombótica con heparina en el nivel de mayor complejidad.

Remisión en condiciones seguras

Una vez realizado el manejo inicial y estabilizada la paciente, si es necesario REMITIR a un nivel superior, garantice la remisión en una ambulancia con médico, enfermera o paramédico entrenado que:

Asegure permeabilidad de la vía aérea y garantice el suministro de oxígeno suplementario durante el transporte para mantener %satO₂ > 95 si se dispone de oximetría de pulso o a 3 Lt/minuto por cánula nasal si no dispone.

Realice vigilancia continua de signos vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria) y sensorio cada 15 minutos, además de diuresis horaria.

Asegure y controle el manejo con cristaloides: bolos de 500 mL cada 30 minutos para mantener TAM \geq 65 mmHg y sensorio normal, e infusión de mantenimiento 150-200 mL/h si estas metas son alcanzadas.

Realice vigilancia de frecuencia cardiaca fetal (si aplica) con fonendoscopio o doppler cada 15 minutos durante el transporte.

Esté atento a la presencia de ruidos pulmonares sobreagregados (estertores) asociados a oliguria, lo cual indica congestión o edema agudo pulmonar: iniciar manejo con Furosemida 20 mg endovenosos.

3.6. CODIGO ROJO

Tiempo cero: contacto inicial con la paciente

Establecer contacto con la paciente y realizar el diagnóstico de choque con los siguientes parámetros:

1. Estado de conciencia
2. Signos de hipoperfusión periférica: color de la piel, frialdad y sudoración, llenado capilar
3. Pulso
4. Presión arterial

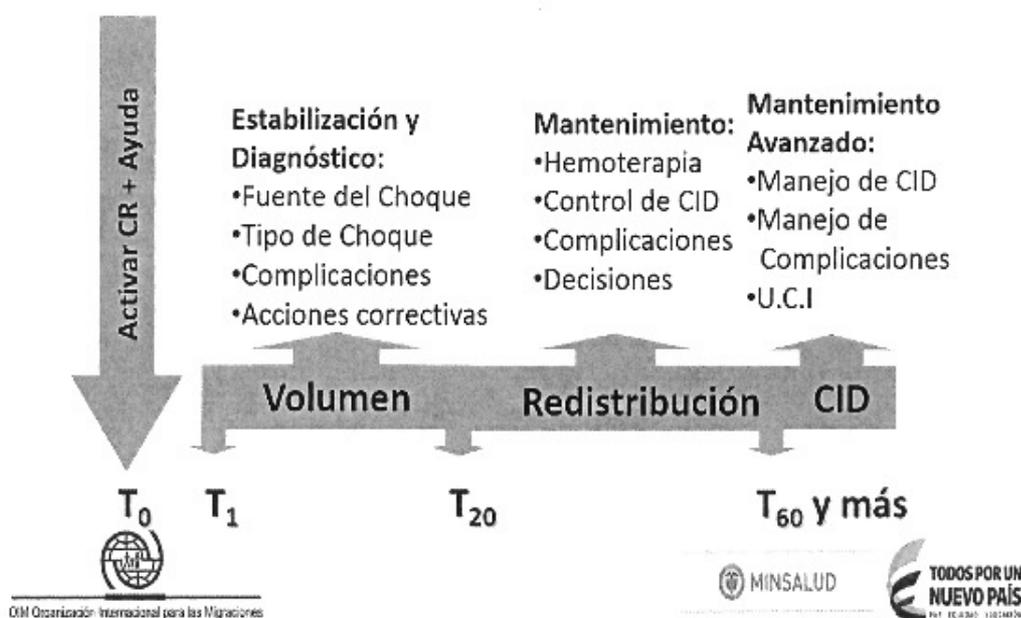
	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 20 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

**Active el Código Rojo Obstétrico!
Solicite ayuda...**

Signos de choque y/o hemorragia > 1000ml

**ACTIVE EL CÓDIGO ROJO OBSTÉTRICO
¡Solicite Ayuda!...**

Evolución del Código Rojo



Primeros 20 minutos: Estabilización y diagnóstico

Recomendación GAI-MS :

- Alertar al personal de salud entrenado en código rojo obstétrico.
- Evaluar sistema respiratorio.
- Administrar oxígeno suplementario con máscara con bolsa reservorio mínimo a 10 litros por minuto. En ausencia de máscara, suministrar oxígeno con cánula nasal a 3 litros por minuto o sistema venturi 35-50%.
- Se debe mantener oximetría de pulso por encima del 95%.
- Asignar a un miembro del equipo, el registro de los procedimientos realizados, la

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 21 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

administración de líquidos, medicamentos y signos vitales; idealmente en formato preestablecido.

- Garantizar la disponibilidad de hemoderivados, alertar al laboratorio y activar el sistema de referencia.
- Garantizar al menos dos accesos venosos permeables de buen calibre. Se recomienda al menos uno con catéter N° 14 o N° 16.
- Mantener caliente a la paciente cubriéndola con mantas y en posición supina.
- Documentación de los procedimientos, balance de líquidos y hemoderivados transfundidos
- Realizar la toma de muestra de sangre para hemograma completo, pruebas cruzadas, pruebas de coagulación incluido fibrinógeno, pruebas de función renal, pruebas de función hepática y gases arteriales.
- Iniciar y continuar infusión de cristaloides calentados a 39°C, titulando cada 5 minutos la respuesta, basada en los signos de choque: sensorio conservado, pulso radial presente, presión arterial sistólica mayor de 90mmHg y llenado capilar < 5 segundos, con bolos de 500ml si alguno de los parámetros se encuentra alterado.
- Inserción de sonda Foley para monitorear volumen urinario.

Si la causa de la hemorragia es la atonía uterina, se recomienda implementar las siguientes medidas hasta que cese el sangrado o se defina la necesidad de otra intervención:

- Inserción de una sonda Foley para evacuar la vejiga.
- Compresión uterina bimanual.
- Administrar 5UI de oxitocina por vía IV lenta, mientras se inicia una infusión de 30UI de oxitocina diluida en 500ml de cristaloides para pasar en 4 horas
- Ergometrina 0.2mg por vía IM. Repetir una sola dosis adicional después de 20 minutos. Puede continuarse 0.2mg cada 4 a 6 horas, máximo 5 ampollas en 24 horas. (Contraindicada en mujeres con hipertensión)
- **Debe remitir:** Garantizar el transporte adecuado (equipo de reanimación, medicamentos, máquina de infusión o bomba para líquidos IV, oxígeno y equipo humano acompañante entrenado)

Tiempo 20 a 60 minutos

Si es hemorragia posparto, debe continuar con las actividades de hemostasia (masaje uterino permanente y vigoroso, uterotónicos), además de la maniobra de compresión externa de la aorta.

Considerar si requiere hemotransfusión con glóbulos rojos. Si tiene sangre específica es preferible, de lo contrario sangre "O negativo u O positivo"

Si ha logrado controlar la hemorragia, mantener un volumen útil circulante de 150-300 ml/hora (precaución con las pacientes con preeclampsia severa, con cardiopatía, obesas y de bajo peso).

¡ Auscultar frecuentemente los campos pulmonares !

Garantizar la vigilancia de signos vitales y funcionales: presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, eliminación urinaria

Se recomienda iniciar medidas de hemostasia quirúrgica lo más pronto posible, si el manejo inicial falla.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 22 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

(Se recomienda que este tiempo no supere nunca los 20 minutos) (C)

Se recomienda el taponamiento uterino con balón hidrostático (incluye condón), como la primera opción quirúrgica para las mujeres con atonía uterina (C).

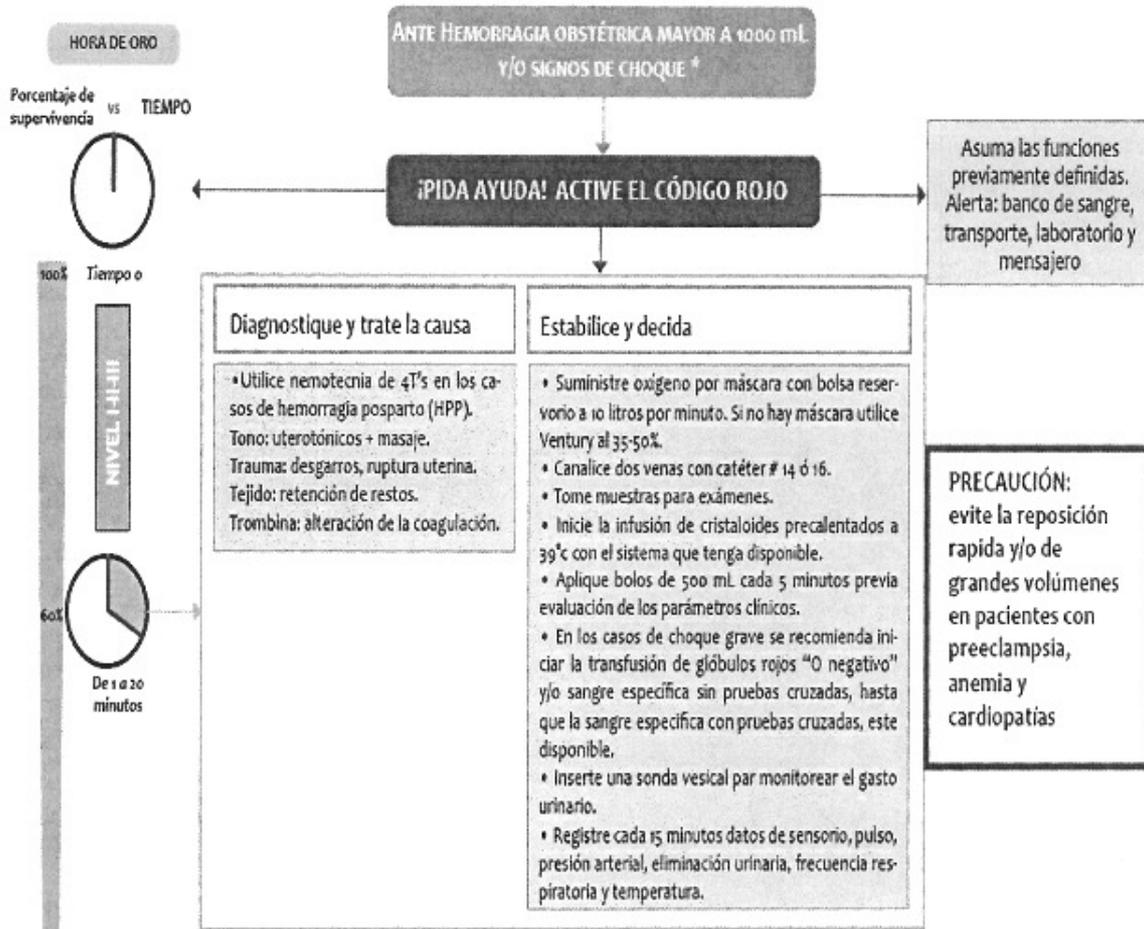
Tiempo superior a 60 minutos

- Continuar vigilancia avanzada para controlar la CID: medir el estado ácido-básico y repetir pruebas de coagulación
- Conservar el volumen útil circulatorio: 150 a 300 ml/hora si la hemorragia ya cesó (precaución preeclampsia severa y cardiopatía)
- Corregir siempre la CID antes de cualquier acto quirúrgico
- Mantener actividades de hemostasia y vigilancia estricta del sangrado durante la remisión o mientras la paciente es llevada a cirugía
- Si la paciente no ha mejorado decidir si se continúa el manejo en el nivel o se remite para cirugía
- **Debe remitir:** Garantizar el transporte adecuado (equipo de reanimación, medicamentos, máquina de infusión o bomba para líquidos IV, oxígeno y equipo humano acompañante entrenado)

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 23 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

Guía para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio [2013 Guía No. 11-15]

Sección 6. Complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo (Hemorragia posparto y complicaciones del choque hemorrágico por placenta previa, abrupcio de placenta y hemorragia posparto)



PARA FUNCIONAMIENTO DEL CODIGO ROJO SE DEBE REALIZAR CAPACITACION Y ASIGNACION DE FUNCIONES A CADA UNO DE LOS INTEGRANTES, SE RECORDARAN LOS SIGUIENTES RECUADROS Y SE ENTREGARAN JUNTO CON EL TURNO.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 24 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

ANEXO:

FICHAS DE FUNCIONES PARA RECORTAR Y ENTREGAR A EL PERSONAL EN CADA TURNO.

Coordinador (médico)	Asistente 1
<p><i>Posicionarse al lado derecho de la paciente o de frente a la región perineal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Busque la causa de choque hemorrágico e inicie el tratamiento de la misma. • Trimestre 1: aborto y sus complicaciones, ectópico, enfermedad molar. • Trimestre 2 y 3: placenta previa, abrupcio de placenta, ruptura uterina. • En hemorragia posparto: causas basadas en el protocolo de las "4T's": Tono, Trauma, Tejido y Trombina. • Evacúe la vejiga y deje sonda Foley • Tome la decisión temprana de remisión o de asumir el caso de acuerdo a la causa y al nivel de atención en el que se encuentre. • Verifique continuamente que los asistentes cumplan sus funciones y defina los cambios a que haya lugar. • Ordene la aplicación de los medicamentos necesarios. • Clasifique el estado de choque inicial y durante la reanimación reclasifique según la evolución del mismo. • Envíe la información para los familiares o acompañantes por medio de la persona asignada a esta función. 	<p><i>Posicionarse a la cabecera de la paciente, explicarle los procedimientos a seguir y brindarle confianza</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministre oxígeno suplementario: máscara o Ventury 35 – 50% o cánula nasal a 4 litros / minuto. • Si la paciente está embarazada con más de 20 semanas, verifique que esté en posición con desviación uterina a la izquierda. No aplica posparto. • Anote los eventos en la hoja de registro del "Código Rojo". • Tome la presión arterial y el pulso • Monitorice con oximetría de pulso, si está disponible. • Registre la temperatura y cubra a la paciente con cobijas para evitar la hipotermia. • Reevalúe el estado de choque luego de la infusión de los líquidos e informe al coordinador. • Colabore con el coordinador en la realización de procedimientos, si se requiere.

NOTA: El asistente 1, es siempre un segundo médico, si lo hay, en caso contrario le corresponde al Enfermer@ jefe.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 25 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

Asistente 2

Posicionarse al lado izquierdo de la paciente

- Garantice acceso y funcionamiento de 2 vías venosas con catéter # 14 ó 16: tome muestras sanguíneas (tres tubos) inicie el suministro de líquidos en bolos de 2.000 ml a 39 grados.
- Realice las órdenes de laboratorio necesarias para hemoglobina, hematocrito, plaquetas, TP, TPT, fibrinógeno, pruebas cruzadas y clasificación sanguínea. En instituciones de alta complejidad: dímero D, ionograma y ph y gases arteriales cuando se requieran.
- En choque severo: solicite 2 U de glóbulos rojos "O" idealmente Rh negativo.
- Aplique los líquidos y medicamentos ordenados por el coordinador.

Circulante

- Comenzar el calentamiento de los líquidos, inicialmente 2.000 ml a 39°C.
- Marque los tubos de muestras sanguíneas. Garantice que las muestras sean recogidas, lleguen al laboratorio y se inicie su procesamiento.
- Llame a más personas de acuerdo al requerimiento del coordinador.
- Puede ser requerido por el coordinador para asistirlo en algún procedimiento (revisión de canal).
- Establezca contacto con la familia y manténgala informada: la información la define el coordinador.

DOCUM

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 26 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

Directorio Código Rojo

	Teléfono	Extensión	Celular
Laboratorio			
Banco de Sangre			
Director médico			
Centro regulador (ambulancia)			

Observaciones:

- Ubicación: siempre en la caja del equipo de Código Rojo
- Siempre visible
- Siempre actualizado.

Los responsables de la atención deben garantizar los mecanismos administrativos y organizacionales en su red de prestadores para una efectiva, ágil, e integral atención de las usuarias y los usuarios. Esto incluye la disponibilidad inmediata y permanente de los diagramas de flujo y los insumos, de acuerdo a la Resolución 2003 de 2014.

Para garantizar la suficiente disponibilidad de los insumos se han dispuesto los kits para el manejo de la emergencia obstétrica, los cuales contienen, que deben ser revisados y entregados en cada turno:

Insumos	Cantidad	Medicamentos	Cantidad
Catéter No. 14	2	Básicos	
Catéter No. 16	2	Oxitocina 10UI ampollas	4
Macrogotero	3	Metergyna 200 mcg amp	2
Solución Salina 0.9% 500 cc	4	Misoprostol 200 mcg tabl	4
Equipo de asepsia	1	Jeringas 5 cc	4
Mascarilla ventury	1	Avanzados	
Sonda vesical Foley N° 14	1	Diazepam ampolla	1
Par de guantes	4	Meperidina ampolla	1
Par de guantes para revisión	1	Dopamina ampolla	1
Preservativos	2	Adrenalina ampolla	1
Tubos para toma de muestras	3	Sulfato de magnesio ampollas por 2 g (20%).	10
Hilo seda o algodón	1	Labetalol Frascos por 100mg/20mL.	1
Ordenes de laboratorio preformadas	2	Nifedipino tabletas por 10 mg.	1
Soluciones de Hartman de 500 mL		Nifedipino tabletas por 30 mg.	1
		Ampicilina/Sulbactam ampollas x 1.5 g.	2
		Betametasona Ampollas por 4 mg.	2

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 27 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

Instrumentos	Cantidad
Valvas vaginales	2
Pinza de Foester	4
Porta agujas largo	1
Pinza de disección con garra larga	1
Catgut cromado 2-0	2

BIOSEGURIDAD	Cantidad
Gafas	4
Batas	4

3.7. RESULTADOS ESPERADOS Y METAS

Con la aplicación de esta norma se espera disminuir la mortalidad materna, en la perspectiva de que al mejorar la oportunidad en el reconocimiento, manejo y remisión de la morbilidad materna extrema, asociada a las condiciones de emergencia obstétrica contenidas en el presente Anexo Técnico, se garantice la atención con calidad y seguridad de la gestante críticamente enferma. Se espera que las instituciones de mediana y alta complejidad sean tributarias de gestantes y puerperas con un menor compromiso de su salud en la medida en que estos diagramas sean aplicados correctamente en todos los niveles de atención, mejorando así la sobrevivencia de las gestantes.

3.8. INDICADORES DE SEGUIMIENTO

Los indicadores definidos para el monitoreo de esta norma técnica son:

- Razón de mortalidad materna.
- Razón de morbilidad materna extrema.
- Índice de mortalidad.
- Relación MME/MM.
- Relación criterio/caso.
- % de gestantes con 3 o más criterios de inclusión de MME.

	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD	Versión 2	Código GUI-HOS-04	Página 28 de 28	
	CODIGO ROJO - EMERGENCIA OBSTETRICA	Fecha Vigencia 2017/02/01	Documento Controlado		

4. FLUJOGRAMA.

PROCEDIMIENTO					
No	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
	Inicio.				
1	Caso de MME	Medico	Urgencias	IPS	Atención clasificación
2	Estabilización gestantes	Medico		Urgencias	
3	Remisión	Medico	Usuaría ha estabilizado	Ambulancia	Desplazamiento al segundo nivel
4	Revisión de stocks	Auxiliar de enfermería		Sala de partos	de
5	Completar stocks	Regente de Auxiliar de farmacia o jefe de enfermería	Solicitud de auxiliar de enfermería o jefe de	farmacia	Entrega de soportes
6	Fin.				

5. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Ministerio de Salud, Diagramas de Flujo para la Atención de Emergencia Obstétrica 2013, Grupo Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información
Guías de practica Clínica Ministerio 2013

CONTROL DE CAMBIO

VERSIÓN No	DESCRIPCIÓN U ORIGEN DEL CAMBIO	APROBÓ	FECHA
	Se elabora la primera versión de la guía para la atención de emergencia obstétrica GUI-HOS-04	Gerencia	03/01/2013
2	Se consolidan las guías GUI-HOS-07 y GUI-HOS-04	Gerencia	01/02/2017