ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

MADELEINE DIAZ FRANCO
GERENTE



2025
E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
GUAMAL - MAGDALENA

JUSTIFICACIÓN

En este lineamiento se incluye la atención para las emergencias obstétricas más frecuentes:

Hemorragia obstétrica posparto.

Las acciones que se deberán desarrollar para la atención inicial en las emergencias obstétricas requieren del cumplimiento de cada una de las medidas de prevención y detección precoz que se han definido y descrito en los procedimientos anteriores; tal es el caso del manejo activo del alumbramiento, la suplementación de calcio, la toma de tensión arterial o la formulación de ácido acetil salicílico para las mujeres de alto riesgo de preeclampsia.

TALENTO HUMANO

El conjunto de procedimientos de atención del parto requiere un equipo interdisciplinario que pueda brindar seguimiento y apoyo a la gestante, su familia o acompañante, liderado por el profesional de medicina. En estos casos es responsabilidad del médico general estabilizar la paciente y remitirla prioritariamente a una institución complementaria con capacidad resolutiva, en donde sea valorada por un equipo multidisciplinario de Ginecología y obstetricia, Medicina Materno Fetal, Anestesiología, Cuidados Intensivos y los demás perfiles que sean necesarios.

ATENCIONES INCLUIDAS

Valoración y manejo integral de la mujer gestante y el feto o recién nacido con los siguientes eventos:

- Hemorragia Obstétrica posparto

- Urgencias y emergencias hipertensivas del embarazo

- Sepsis.

ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

Descripción

Hemorragia obstétrica posparto

En primer lugar, se deberá garantizar durante la atención del parto el manejo activo del alumbramiento que incluye:

‡ Al minuto después del nacimiento palpar el abdomen para descartar la presencia de otro feto y administrar un medicamento uterotónico:

- Administrar oxitocina 10 UI por vía intramuscular como medicamento de elección para profilaxis durante el alumbramiento en mujeres que tengan parto por vía vaginal.
- Cuando exista un acceso venoso permeable, puede administrarse oxitocina 5 UI o 10 UI en infusión lenta diluida en 10 ml de cristaloides en un tiempo no inferior a 3 minutos.
- Se recomienda el uso de 600 mcg de misoprostol por vía sublingual para profilaxis durante el alumbramiento cuando la oxitocina no esté disponible. No se recomienda la administración por vía intrarectal.

‡ Tracción controlada del cordón[1].

- Realizar pinzamiento de acuerdo con los criterios definidos en la sección de alumbramiento.
- Verificar cada 15 minutos que el útero esté contraído.

Tracción.

En mujeres con parto por cesárea, adicionar una infusión de 30 UI de Oxitocina en 500 mL de cristaloides para pasar en 4 horas, inmediatamente después de la administración del bolo inicial de 5 UI de Oxitocina.

La tracción controlada del cordón no está recomendada en lugares donde la atención se realice por talento humano no capacitado.

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.

Se deberá realizar en todos los casos la determinación del tono uterino en el posparto para la identificación temprana de la atonía uterina.

La Hemorragia Primaria Postparto se define como Puerperio inmediato con sangrado vaginal de más de 500 ml (o sangrado vaginal persistente y continuo o sangrado repentino abundante con presencia de inestabilidad hemodinámica) en el puerperio inmediato.

Para la atención inmediata en estos casos se deberá garantizar de manera inmediata:

1. Evaluar el grado de choque aplicando el cuadro diagnóstico del código rojo obstétrico, utilizando para ello el parámetro más alterado.

[1] Tracción controlada de cordón: sólo cuando verifique que el útero esté bien contraído

2. Activar código rojo obstétrico cuando la evaluación permita establecer algún grado de choque y notificar al nivel de mayor complejidad.

3. Realizar ABC a la paciente (evalúe y garantice vía aérea permeable, ventilación y circulación).

4. Si se dispone de oximetría de pulso se deberá proporcionar oxígeno suplementario para alcanzar saturación de Oxígeno > 95 %. Si no se dispone de oximetría, administrar oxígeno por cánula nasal a 3 L/minuto.

5. Levantar las piernas de la paciente a 15 grados.

6. Canalizar 2 venas con catéter venoso Nos. 14, 16 o 18, al menos una con catéter 14 o 16.

7. Insertar sonda Foley 14 o 16 F para drenaje vesical.

8. Reanimar con líquidos endovenosos cristaloides (SSN 0.9% o Hartman) preferentemente a 39ºC, con bolos iniciales de 500 mL sucesivos titulando cada 5 minutos la respuesta basada en los signos de choque: sensorio conservado, pulso radial presente, presión arterial sistólica mayor de 90 mm Hg y llenado capilar < 3 seg con bolos de 500mL si alguno de los parámetros se encuentra alterado.

9. Evitar la hipotermia con sábanas o mantas precalentadas y la administración de todos los líquidos endovenosos (cristaloides) a 39ºC.

10. Aplicar traje antichoque no neumático.

11. Aplicar ácido tranexámico dentro de las primeras 3 horas posteriores al parto, a dosis fija de 1 gr (100 mg/ml) IV a velocidad de 1ml por minuto, con una segunda dosis de 1gr IV si el sangrado continuo después de 30 minutos o si el sangrado reaparece dentro de las 24 horas de aplicada la primera dosis.

La evaluación del nivel de choque, así como la evaluación de la respuesta a la reanimación se hará teniendo en cuenta las tablas del código rojo anexas a este lineamiento.

Si se trata de un choque moderado, se deberá ordenar remisión a una IPS de mayor nivel que cuente con disponibilidad de sangre, una vez haya realizado las medidas iniciales de reanimación y para tratar la causa de acuerdo con la nemotecnia de las 4T:

a) Tono Uterino.
b) Trauma

c) Tejido
d) Trombina

a. Tono Uterino (atonía o hipotonía uterina):

Realizar masaje uterino externo de forma continua y permanente durante el manejo integral y hasta cuando el sangrado haya cedido. En caso de que el masaje uterino externo haya sido ineficaz, es necesario realizar masaje uterino bimanual durante al menos 20 minutos o hasta cuando haya cedido el sangrado.

En casos de masaje uterino bimanual se aplicará antibiótico profiláctico endovenoso: Ampicilina o cefalosporina de primera generación 2 g en dosis única o Clindamicina 600 mg + Gentamicina 80 mg (en casos de alergia a la penicilina).

Realizar manejo simultáneo con:

- Administración de 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.

- Administración de Ergometrina 0.2 mg por via 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.

Si los uterotónicos no han controlado el sangrado o no están disponibles, se recomienda el taponamiento uterino con balón hemostático (incluido dispositivo de sonda condón) en atonía uterina.

No es recomendable el empaquetamiento uterino para el manejo de la HPP por atonía uterina.

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

Remisión en condiciones seguras: remitir a nivel de mayor complejidad que garantice presencia de especialista en ginecología y obstetricia, anestesiología, uso de medicamentos y transfusión sanguínea. Trasladarla en ambulancia medicalizada con profesional de medicina y de enfermería o paramédico entrenado que:

- Realice vigilancia continua de signos vitales cada 15-30 minutos (presión arterial, frecuencia cardiaca 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: a mantenimiento 150 cc/hora, o lo necesario para mantener TAS ≥ 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.

- Realice masaje bimanual continuo, en caso de presentarse un nuevo episodio de sangrado, realizar masaje bimanual continuo, compresión extrínseca de la aorta y aplique una ampolla intramuscular de Methergin.

b. Trauma (Desgarros del cérvix o canal vaginal):

Realizar manejo inicial para la hemorragia postparto ya anotado y realizar sutura de estos con catgut cromado 2-0. Aplicar antibiótico profiláctico IV: Ampicilina o cefalosporina de primera generación 2 g en dosis única o Clindamicina 600 mg + Gentamicina 80 mg (en alergia a la penicilina).

En caso de inestabilidad hemodinámica, o no disponibilidad de sutura o dificultad por tamaño de la lesión se deberá hacer taponamiento vaginal con compresas húmedas.

c. Tejido. Inversión uterina

- Hacer reposición uterina según indicaciones contenidas en los diagramas de flujo para la atención de emergencias obstétricas.

- Igual manejo de atonía/hipotonía uterina.

- Aplicar antibiótico profiláctico IV: Ampicilina o cefalosporina de primera generación 2 g en dosis única o Clindamicina 600 mg + Gentamicina 80 mg (en alergia a la penicilina).

d. Placenta retenida o retención de restos placentarios.

- Hacer extracción manual de la placenta teniendo presente el riesgo potencial de un acretismo placentario.

- Practicar la revisión manual de la cavidad uterina idealmente bajo anestesia.

- Aplicar antibiótico profiláctico IV: Ampicilina o cefalosporina de primera generación 2 g en dosis única o Clindamicina 600 mg + Gentamicina 80 mg (en alergia a la penicilina).

INSTRUMENTOS INSUMOS Y DISPOSITIVOS

Computador para el ingreso administrativo, Bomba de infusión, Monitor de signos vitales, Carro de paro, Doppler fetal, Kit para el manejo de la emergencia obstétrica, Laboratorio básico y bioquímico, Transporte medicalizado, Dispositivos institucionales para la identificación de pacientes, identificación de alergias y riesgo de caídas (brazaletes), Guías y protocolos adoptados formalmente por la IPS, Diagramas de flujo para el manejo de la emergencia obstétrica, Traje Antichoque no neumático y balones hemostáticos (Bakri o Sonda condón).

CLASIFICACIÓN DE CHOQUE Y EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA

Pérdida de volumen (%) y ml para una mujer entre 50-70 Kg	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión Arterial Sistólica (mm/Hg)	Grado de choque	Trasfusión
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
26-35% 1500 - 2000 mL	Agitada	Palidez, frialdad, Más sudoración	101-120	70-79	Moderado	Usualmente requerida
35% 2000 mL	Letárgica o inconsciente	Palidez, frialdad, Más sudoración y llenado capilar > 3 segundos	> 120	< 70	Severo	Transfusión Masiva probable

Párametros de evaluación	Rápida respuesta	Respuesta transitoria	No Respuesta
Signos vitales (las metas son: PAS >90 mmHg, sensorio normal y pulso radial firme)	Retoman a lo normal	Hipotensión recurrente (PAS <90mmHg); sensorio comprometido; pulso radial débil; taquicardia	Permanecen anormales o no se consiguen metas en ningún momento
Pérdida sanguinea estimada (% del volumen circulante o mL)	10-25% ó 500-1500mL (choque compensado o leve)	25-40% ó 1500-2000 mL (choque moderado)	>40% ó >2000 mL (choque severo)
Cristaloides adicionales	Improbable	Sí	Sí
Necesidad de transfusión	Poco probable, casi siempre NO necesaria	Probable (paquete globular de emergencia: 2 UGRE)	Paquete transfunsional de emergencia: 4 UGRE/6U PFC/6U PLT, ABO compatibles
Preparación de la 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

Contenido del Kit de Emergencia obstétrica para instituciones de baja complejidad

INSUMO	CANTIDAD
Angiocat 16	5
Angiocat 18	5
Equipo de macrogoteo	5
Equipo de microgoteo	5
Solución Hartmann (500 ml)	10
Solución salina normal (500 ml)	10
Sulfato de Magnesio ampollas x 2 gr	20
Labetalol frascos x 100 mg	1
Hidralazina ampolla x 20 mg	1
Nifedipino tab o cap x 10 mg caja	1
Nifedipino tab o cap x 30mg caja	1
Oxitocina ampollas x 10 UI	20
Metilergonovina ampollas x 0.2 mg	5
Misoprostol tabletas x 200 mcg frasco x 28 tab	1
Ampicilina sulbactam ampolla x 1gr	4
Betametasona ampolla x 4 mg	6
Gluconato de calcio al 10 % ampollas por 10 ml (1 gramos).	2
Balón de Bakri o Balón de Belfort Dildy o Balón Guardian para hemoragia posparto o Condón, seda trenzada y sonda de Nelaton N 14 con euipo de venoclisis).	1
Traje Antichoque no neumático (Non Neumatic Antishock Garment)	1

FUENTE: Resolución número 3280 de 2018

INTERVENCIÓN DE LA ADHERENCIA DEL PACIENTE Y LA FAMILIA A LAS RECOMENDACIONES DE LA GPC

Cuando se identifique falta de adherencia del paciente y/o familiares en seguir las recomendaciones o formulación médica, se realizará una intervención a través de trabajo social institucional y una notificación al asegurador, con el fin de que despliegue acciones de seguimiento que faciliten el compromiso.

MEDICIÓN DE ADHERENCIA A LA GUÍA MÉDICA:

La medición de la adherencia a la guía se realizará según lo definido por la dirección médica institucional.

ACTUALIZACIÓN

A nivel institucional cada cuatro años.

BIBLIOGRAFIA

RESOLUCION NUMERO 3280 DE 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.

LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL, Ministerio de Salud y Protección Social. Noviembre de 2017.

Proyectado por:

OMAR RICARDO MEDINA RAMIREZ
Técnico área de la salud - calidad
28-MAYO-2025.

Revisado por:

YESENIA FIGUEROA CAMARGO
Profesional apoyo coordinación medica
28-MAYO-2025.

Aprobó:

MADELEINE DIAZ FRANCO
Gerente E.S.E.
28-MAYO-2025

"GESTION Y CONTROL DE LA CALIDAD"

Historia del Cambio: Segunda Versión, Actualización de normatividad y derogación de la Resoluciones 412 de 2000.

28-MAY-2025.
27-MAY-2019.