

# Diagramas de flujo para la Atención de Emergencia Obstétrica



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

## Diagramas de Flujo para la Atención de Emergencia Obstétrica

Grupo Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información

**ISBN: XXXX XXXXX XXXXX**

**Diagramas de flujo para la atención de Emergencia Obstétrica**

© Ministerio de Salud y Protección Social

**Coordinación editorial**

**Diseño, diagramación e impresión**

Imprenta Nacional de Colombia

**2013**

**Bogotá D.C., Colombia**



ALEJANDRO GAVIRIA URIBE  
Ministro de Salud y Protección Social

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ  
Viceministro de Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ  
Viceministro de Salud Pública y Prestación de  
Servicios

ELKIN OSORIO SALDARRIAGA  
Director Promoción y Prevención

RICARDO LUQUE NÚÑEZ  
Coordinador Sexualidad y Derechos Sexuales  
y Reproductivos



## **Autores**

Arturo Cardona Ospina  
Carlos Alberto Quintero J.  
Catalina Valencia González  
Édgar Iván Ortiz Lizcano  
Eduardo Romero Vélez  
Héctor Augusto González Galindo  
Gustavo Adolfo Vásquez Zapata  
Javier Enrique Fonseca Pérez  
José Antonio Rojas Suárez  
Jorge Andrés Rubio Romero  
Jorge Hernán Gutiérrez Marín  
Jorge Mejía López  
Julián Delgado Gutiérrez  
Luis Alfonso López Jiménez  
María Fernanda Escobar Vidarte  
Mauricio Vasco Ramírez  
Mónica Beltrán Avendaño  
Sandra Ximena Olaya Garay  
Virna Patricia Medina Palmezano

## Contenido

1. Introducción	6
2. Objetivos	6
3. Población beneficiaria	7
4. Definición	7
5. Características de la atención	7
5.1. Diagramas de flujo para el manejo de la hemorragia obstétrica posparto (HPP)	8
5.1.1. Manejo HPP	9
5.1.1.1. Tono uterino (atonía o hipotonía uterina):	11
5.1.1.2. Trauma	13
5.1.1.2.1. Desgarros del cérvix o canal vaginal	13
5.1.1.2.2. Inversión uterina	15
5.1.1.3. Tejido	16
5.1.1.3.1 Placenta retenida o retención de restos placentarios	16
5.2. Diagramas de flujo para el manejo de las hemorragias de la primera mitad del embarazo	17
5.3. Diagramas de flujo para el manejo de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo	18
5.4. Diagramas de flujo para el manejo de las urgencias y emergencias hipertensivas del embarazo	19
5.4.1. Trastorno hipertensivo del embarazo con criterio de severidad	19
5.4.2. Crisis hipertensiva	21
5.4.3. Eclampsia	23
5.5. Sepsis y embarazo	25
6. Organización administrativa y responsabilidad de los actores	29
7. Resultados esperados y metas	30
8. Indicadores de seguimiento	31

## 1. Introducción

A partir de la implementación de la Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema en Colombia, iniciativa auspiciada desde el año 2007 por el Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, el proceso de notificación de casos se ha incrementado paulatinamente hasta obtener en el año 2010 una muestra que permitió un análisis agregado de casos para la caracterización del evento en nuestro país.

Esta caracterización facilitó el reconocimiento de los eventos causales y la elaboración de indicadores de compromiso de la salud de la gestante identificada como Morbilidad Materna Extrema, concluyéndose que la severidad está relacionada con la oportunidad con que se reconoce la emergencia obstétrica y con la pertinencia del manejo inicial de esta condición, especialmente cuando la gestante requiere ser remitida para manejo en una institución de mediana o alta complejidad.

En ese orden de ideas, el Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas y la asesoría técnica de la Corporación Científica Pediátrica acordaron la elaboración de los diagramas de flujo para el manejo de las emergencias obstétricas y como complemento se optó por la conformación del kit para el manejo de estas emergencias, el cual contiene los insumos y medicamentos necesarios para el cumplimiento de lo previsto en los diagramas de flujo, de tal manera que se garantice el manejo inicial más adecuado de la condición que compromete la salud de la mujer gestante y en caso necesario la remisión a mayor nivel de complejidad en condiciones que salven vidas.

Se espera, que en la medida en que las direcciones territoriales de salud garanticen la capacitación de sus equipos de salud en los contenidos contemplados en el presente lineamiento técnico "Diagramas de flujo para el manejo de la emergencia obstétrica" y promuevan el uso de los insumos que conforman el kit, disminuya la severidad del compromiso de la salud de la mujer gestante y se mejore la oportunidad de sobrevivida al momento de ser intervenida con Morbilidad Materna Extrema en las instituciones de referencia, lográndose un gran impacto en la reducción de las muertes maternas en Colombia.

Este lineamiento técnico corresponde con las guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana, y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

## 2. Objetivos

- Protocolizar las mejores prácticas para el manejo de las 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.

### 3. Población beneficiaria

Las beneficiarias de este lineamiento técnico son todas las mujeres gestantes en el territorio nacional de manera independiente al mecanismo de vinculación al SGSSS y es de obligatoria aplicación para aquellos proveedores que dispensen atención en casos de emergencia obstétrica.

### 4. Definición

Este anexo técnico 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.

### 5. 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 resolutoria 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.

## 5.1. Diagramas de flujo para el manejo de la hemorragia obstétrica 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 (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.
- Masaje uterino.

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

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	Trasfusión 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.

### 5.1.1. 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.
- 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 %satO<sub>2</sub> > 95. Si no se dispone entonces administre oxígeno por cánula nasal a 3L/minuto.
- Levante las piernas de la paciente a 15 grados (no trendelemburg).
- 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:

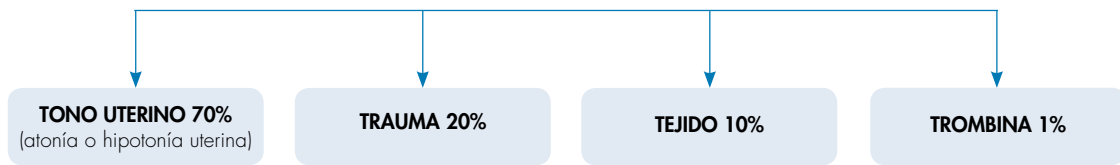
## MANEJO HPP



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 sanguínea 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 transfusional 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

### Si dispone de sangre proceda como se describe a continuación:

- Evalúe tempranamente la necesidad de paquete de transfusión de glóbulos rojos 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 O(+). Considere la transfusión temprana de plasma fresco congelado (si existe disponibilidad) en relación 1:1.5 en caso de datos de coagulopatía (PTT o INR > 1.5).
- Reanimación con paquete de transfusión masiva en HPP en presencia de choque hemorrágico severo con glóbulos rojos 6 unidades (incluidas 2 unidades O(-)), plasma 6 unidades, 1 aféresis de plaquetas (o 6 unidades de plaquetas).
  - › De manera simultánea evalúe la causa del sangrado: Nemotecnia de 4T.



**Si no dispone de sangre remita una vez haya realizado las medidas iniciales de reanimación y para tratar la causa como se describe a continuación**

#### 5.1.1.1. 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 cesado; cuando el masaje uterino externo ha sido ineficaz realice masaje uterino bimanual durante al menos 20 minutos o hasta que haya cesado 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 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 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 500mL cada 30 minutos para mantener TAS  $\geq$  90mmHg, sensorio normal y pulso radial firme, e infusión de mantenimiento a 100mL/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.

### 5.1.1.2. Trauma

#### 5.1.1.2.1. Desgarros del cérvix o canal vaginal

- Tiene catgut Crómico 2-0 – Suture
- Reanimación con LEV cristaloides (SSN o Hartman) preferentemente a 39°C con un bolo inicial de 500mL cada 30 minutos según signos vitales, los cuales se repetirán hasta alcanzar TAS  $\geq$  90mmHg, 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 4 unidades, plasma 6 unidades, 1 aféresis de plaquetas (6 unidades de plaquetas).
- Antibiótico profiláctico IV: Ampicilina 2g o Clindamicina 600mg + Gentamicina 80mg (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 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 500mL cada 30 minutos para mantener TAS  $\geq$  90mmHg, sensorio normal y pulso radial firme, e infusión de mantenimiento a 100mL/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.

Mantenga la compresión de vagina con compresas húmedas.

### 5.1.1.2.2. *Inversión uterina*

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



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

### Remisión en condiciones seguras

**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 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 sábanas o mantas precalentadas y la administración de todos los líquidos endovenosos (cristaloides) a 39°C.

### 5.1.1.3. Tejido

#### 5.1.1.3.1 Placenta retenida o retención de restos placentarios

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



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

### 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 con médico, enfermera 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 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 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 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 2g + metronidazol 500 mg IV o clindamicina 600 mg**

**Restos placentarios: Revisión manual de cavidad uterina idealmente bajo anestesia**

## **5.2. 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: **SÍ.**

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°C con un bolo inicial de 500ml cada 30 minutos según signos vitales, los cuales se repetirán hasta alcanzar TAS  $\geq$  90mmHg, 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 aféresis 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.**

### 5.3. Diagramas de flujo para el manejo de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo

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 cérvix o de canal cervical; descarte: cáncer de cérvix, pólipos cervicales, cervicitis), las características del sangrado (escaso, moderado o abundante), el color del sangrado (rojo vivo o achocolatado).

#### Remisión en condiciones seguras

Signos vitales estables: **SÍ.**

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°C con un bolo inicial de 500mL cada 30 minutos según signos vitales, los cuales se repetirán hasta alcanzar TAS  $\geq$  90mmHg, 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 aféresis 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.**

## 5.4. Diagramas de flujo para el manejo de las urgencias y emergencias hipertensivas del embarazo

### 5.4.1. 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:
  - › 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 más 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 %satO<sub>2</sub> > 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

CONCENTRACIÓN (mg/dL)	MANIFESTACIÓN CLÍNICA
<3 (normal)	Ninguna
4-7 (rango terapéutico)	Ninguna
5-10	Cambios electrocardiográficos
8-12	Pérdida de reflejos patelares
10-12	Somnolencia, lenguaje alterado
<15	Parálisis muscular, paro cardíaco

- Si la TAS  $\geq$  150 y/o TAD  $\geq$  100 mmHg (pero  $<$  160/110) inicie terapia anti-hipertensiva: 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.

**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 %satO<sub>2</sub> > 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  $\geq$  160mmHg y/o TAD  $\geq$  110mmHg 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 + 150mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4g) y continúe infusión o goteo de sulfato de magnesio pero con un incremento a 2g/h.

### 5.4.2. Crisis hipertensiva

**Gestante que durante el embarazo o el puerperio presente TAS  $\geq$  160mmHg y/o TAD  $\geq$  110mmHg 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 %satO<sub>2</sub> > 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**

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

**Terapia de mantenimiento con:**

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

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

**Impregnación:** 2 ampollas + 150 mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4g) 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 %satO<sub>2</sub> > 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  $\geq$  160 mmHg y/o TAD  $\geq$  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 (4g) y continúe infusión o goteo de sulfato de magnesio pero con un incremento a 2g/h.

### 5.4.3. Eclampsia

**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 (4g) y continuar.

**Mantenimiento:** 4 ampollas + 500 mL SSN 0.9% por bomba de infusión a 67 mL /hora (1g/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 10mg cada 20 minutos por 3 dosis y luego 10mg 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 (4cc) endovenosos cada 20 minutos si no hay respuesta aumentar a 40mg (8 mL), luego a 80mg (16 mL) hasta dosis acumulada de 300mg/día.

***Terapia de mantenimiento con:***

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



## 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 %satO<sub>2</sub> > 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  $\geq$  160 mmHg y/o TAD  $\geq$  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 (4g) y continúe infusión o goteo de sulfato de magnesio pero con un incremento a 2g/h.

### 5.5. 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 PaCO<sub>2</sub> < 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:***

- › 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 garantice, 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 %satO<sub>2</sub>  $> 95$ . 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 cada 30 minutos para mantener TAM  $\geq 65$  mmHg y sensorio normal, y continuar aporte de mantenimiento a 1.50-200 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 (SatvcO<sub>2</sub>)  $\geq$  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 %satO<sub>2</sub> > 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 SatvcO<sub>2</sub>. Si esta es < 70 inicie dobutamina a 2.5 mcg/kg/minuto.
  - 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 4 h, 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 %satO<sub>2</sub> > 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 cardíaca, 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 ≥ 65 mmHg y sensorio normal, e infusión de mantenimiento 150-200 mL/h si estas metas son alcanzadas.

Realice vigilancia de frecuencia cardíaca 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.

## 6. Organización administrativa y responsabilidad de los actores

Para una atención integral, estas actividades, procedimientos e intervenciones deben realizarse en todos los niveles de atención, de acuerdo al grado de complejidad. Los niveles mayores podrán brindarlas en su totalidad.

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 1441 de 2013.

Para garantizar la suficiente disponibilidad de los insumos se han dispuesto los kits para el manejo de la emergencia obstétrica los cuales contienen:

- Angiocat 14 - 16 -18.
- Macrogotero.
- Microgotero.
- Equipos de transfusión.
- Soluciones de Hartman de 500 mL.
- Solución salina de 500 mL.
- Sulfato de magnesio ampollas por 2 g (20%).
- Labetalol Frascos por 100mg/20mL.
- Nifedipino tabletas por 10 mg.
- Nifedipino tabletas por 30 mg.
- Oxitocina ampollas por 10 unidades.
- Metilergonovina ampollas por 0.2 miligramos.
- Misoprostol tabletas por 200 microgramos.
- Ampicilina/Sulbactam ampollas x 1.5g.
- Betametasona Ampollas por 4 mg.

En todo caso, las acciones previstas en esta norma se soportan en la garantía de una red de servicios competente en la atención de la emergencia obstétrica. La disponibilidad real de los insumos que conforman el kit para el manejo de la emergencia obstétrica es uno de los elementos más importantes en el logro de los resultados esperados de este lineamiento técnico.

## 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 púerperas 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 sobrevida de las gestantes.

## 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.



Carrera 66 No. 24-09  
PBX: (57-1) 4578000  
[www.imprenta.gov.co](http://www.imprenta.gov.co)