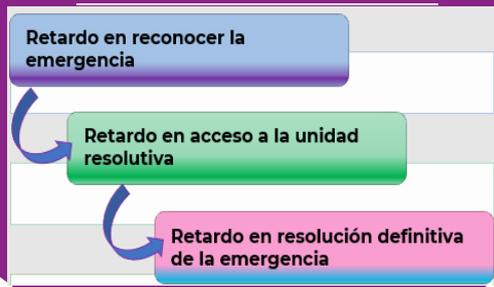


MODELO DE LOS 3 RETARDOS



EMERGENCIA OBSTÉTRICA

Estado nosológico que pone en peligro la vida de la mujer durante la etapa grávido-puerperal y/o al producto de la gestación que requiere de atención médica y/o quirúrgica inmediata por personal de salud calificado.



TRIAGE OBSTÉTRICO, CÓDIGO MATER Y EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA OBSTÉTRICA

Lineamiento Técnico

EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

CAUSAS DE MUERTE MATERNA

DIRECTAS	INDIRECTAS
Causadas por complicaciones obstétricas en el embarazo, parto o puerperio, debido a intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o debidas a una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de los casos.	Resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de enfermedades que evolucionaron durante el embarazo, no debidas a causas obstétricas directas, pero que fueron agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.
Preeclampsia, Eclampsia, Hemorragia, Sepsis puerperal.	Cardiopatía, nefropatía, procesos neoplásicos, Sars Cov 2

TRIAGE OBSTÉTRICO

Proceso de valoración mediante la aplicación de escalas, que permite clasificarlas en función de su gravedad/emergencia a fin de recibir inmediata atención médica o su espera segura para recibir ésta.

FORMATO DE TRIAGE OBSTÉTRICO

Unidad hospitalaria: _____

Nombre de la paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Feto

Antecedentes ~~obstétricos~~: Gestas: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____

FUM: _____ FPP: _____

Diagnostico presuntivo: _____

	SIGNO	ROJO	AMARILLO	VERDE
OBSERVO	Estado de consciencia	Somnolencia Estupor Inconsciente	Consciente ansiosa	Consciente
	Hemorragia	Visible o abundante		No se observa
	Crisis Convulsivas	Presentes al momento		No se observa
	Respiración	Dificultad respiratoria evidente		Normal
	Piel y tegumentos	Cianosis	Palidez ictericia	Normal
INTERROGO	Convulsiones	En avance Recurrentes		Negadas
	Alteraciones visuales	Amaurosis Fosfenos		Negadas
	Hemorragia	Abundante		Negada
	Cefalea	Furtil		Negada
	Epigastralgia	Presente		Negada
	Acufenos	Presente		Negados
	Actividad uterina	N/A	Regular	Ocasional o Irregular
	Perdidas transvaginales	Fétido y/o Purulento	Líquido franco	Moco
	Movimientos fetales	N/A	Disminuidos o Ausentes	Normales
	Fiebre	N/A	Referida o no cuantificada	Negada
MIDO	Tensión arterial	Hipertensión $\geq 160/110$ Hipotensión $\leq 85/50$	Entre 131/91 y 159/109 Entre 90/51 y 99/59	100/60 - 130/90
	Frecuencia cardiaca	Alta >125 Baja <45	Alta 81 - 124 Baja 46 - 59	60 - 80
	Índice de choque	≤ 1	0.7 - 0.99	<0.7
	Temperatura	<36 y >39	37.5 - 38.9	35.1 - 37.4
	Frecuencia respiratoria	Alta >20 Baja <16		17-19
	Saturación de oxígeno	$\leq 94\%$		$> 94\%$

CÓDIGO: _____

CÓDIGO MATER

Definición: Activación de un mecanismo de alerta o de llamado al ERIO para atender una emergencia obstétrica, debe funcionar en todos los turnos y áreas los 365 días del año.

INTEGRANTES DEL ERIO

Ginecobstetra.
Especialista en Medicina Crítica o Anestesiólogo.(Médico Internista).
Pediatra o Neonatólogo.
Enfermería.
Trabajo Social.
Rayos X.
Camillero.
Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
Subdirector médico o asistente de la dirección y jefe o supervisora de enfermeras.

ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

ENFERMERA A “ Brazo Izquierdo Monitoreo hemodinámico

1. Toma y valoración de signos vitales: presión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y oximetría.
2. Da asistencia para intubación.
3. Efectúa aspiración de secreciones
4. Efectúa fijación de cánula endotraqueal.
5. Efectúa instalación de invasivos, sonda Foley y sonda nasogástrica.
6. Otorga asistencia para la instalación de catéter venoso central.
7. Coloca cánula nasal y/o mascarilla facial.
8. Forma parte del equipo para la entrega del paciente al servicio correspondiente.

ENFERMERA “C” circulante

1. Prepara medicamentos
2. Provee material de curación
3. Prepara soluciones
4. Maneja el carro rojo y caja roja.

ENFERMERA B “Brazo Derecho” circulatorio

- 1) Canaliza vena o permeabiliza accesos venosos
- 2) Toma de muestras de laboratorio
- 3) Toma de glucometría capilar
- 4) Realiza prueba multi-reactiva de orina
- 5) Ministra medicamentos
- 6) Efectúa vendaje de miembros pélvicos
- 7) Da vigilancia del estado neurológico
- 8) Ministra hemoderivados
- 9) Coloca pantalón anti-choque, en su caso.

ENFERMERA “D” administrativa

- 1.Efectúa control de los medicamentos, soluciones y hemoderivados administrados a la paciente
- 2.Realiza registros clínicos (datos completos)
3. Efectúa control de tiempos
- 4.Coloca la pulsera de identificación
- 5.Efectúa ficha de identificación
6. Requisita la hoja de evaluación inicial
- 7.Registra los censos del servicio

HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS

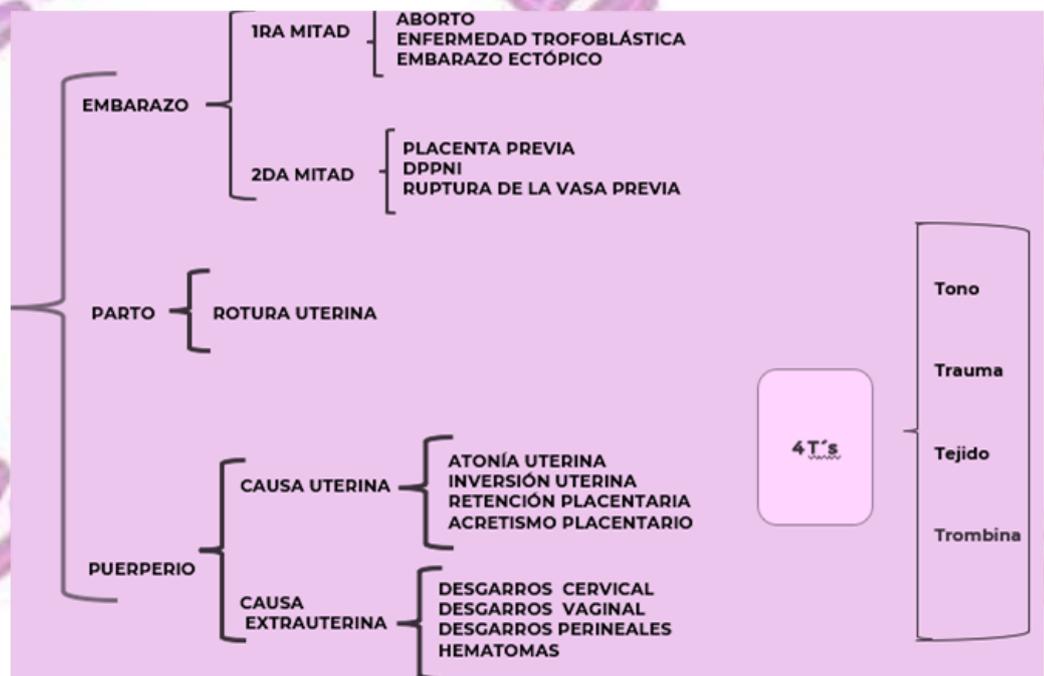
La Organización Mundial de la Salud define la HPP como una pérdida de sangre de 500 ml o más en el término de 24 horas después del parto, mientras que la HPP grave se define como una pérdida de sangre de 1000 ml o más dentro del mismo marco temporal.

(WHO, 2018; Henríquez DDCA, 2019)

Por lo anterior se considera como definición de HPP en esta Guía de Práctica Clínica la del programa ReVITALize del "Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos" que define la hemorragia posparto como pérdida de sangre mayor o igual a 1000 ml o pérdida de sangre con signos o síntomas de hipovolemia dentro de las 24 horas posteriores al parto, ya sea cesárea o parto vaginal.

(Sharp HT, 2017)

CLASIFICACIÓN DE HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS



1. Intervenciones ABCDE**

- A:** Pida Ayuda (Activar código *Mater*)
- B:** Asegurar la vía aérea, Oxígeno FiO₂ >40% y SaO₂ >90%.
- C:** Circulación (Restitución de líquidos y hemoderivados)
- D:** Medicamentos Uterotónicos y evaluación estado neurológico
- E:** Control del ambiente: Temperatura
- **Exámenes de laboratorio** (Biometría hemática completa, pruebas de coagulación, fibrinógeno, urea y electrolitos).
- **Solicitar Cruce sanguíneo**
- **Si la unidad no cuenta con recursos materiales, banco de sangre, humanos e infraestructura, aplicar técnica Zea y enviar a una unidad con capacidad resolutive.**

AGENTES UTEROTONICOS USADOS EN LA HPP

Fármaco	Tiempo de inicio	Vida media	Dosis terapéutica	Veces de aplicación	Cada cuanto tiempo se puede aplicar	Dosis máxima
Oxitocina	IV: inmediato IM: 3-5 min	5 min	IM: 10 UI IV: 10-40 UI en 500- 1000 ml a infusión continua	Continuo	Dosis de acuerdo a respuesta	40 UI
Ergonovina	IV: 1 min IM: 2-3 min	IV: 45 min IM: 3 hrs	IM: 0.2 mg	Dosis respuesta	2- 4 hrs	1mg/24 hrs
Misoprostol	SL: 3-5 min VR: 6-8min	30 – 40 min	800 – 1600 mcg sublingual, rectal	Dosis única	Dosis única	1600 mcg
Carbetocina	2 min	60 - 120 min	IV: 100 mcg	Dosis única	Dosis única	100 mcg

(Committee on Practice Bulletins-Obstetrics, 2017)

CAJAS DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS

TARJETA DE RECEPCION DE CAJA ROJA PARA ATENCION DE PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA

MEDICAMENTO	PRESENTACION	CANTIDAD
BICARBONATO DE SODIO	AMPULAS DE 10 ML. AL 7.5%	10 AMPULAS
DEXAMETASONA	AMPULAS DE 8 MG./2 ML.	2 AMPULAS
FENITOINA	AMPULAS DE 250 MG./5 ML.	4 AMPULAS
FUROSEMIDE	AMPULAS DE 20 MG./2 ML.	5 AMPULAS
GLUCONATO DE CALCIO	AMPULAS DE 10 ML. AL 10%	10 AMPULAS
HIDRALAZINA	AMPULAS DE 20 MG./ML.	5 AMPULAS
NIFEDIPINA	CAPSULAS DE 10 MG.	1 CAJA
SULFATO DE MAGNESIO	AMPULAS DE 1 GR./10 ML.	20 AMPULAS

TARJETA DE RECEPCION DE CAJA ROSA PARA ATENCION DE HEMORRAGIA OBSTETRICA

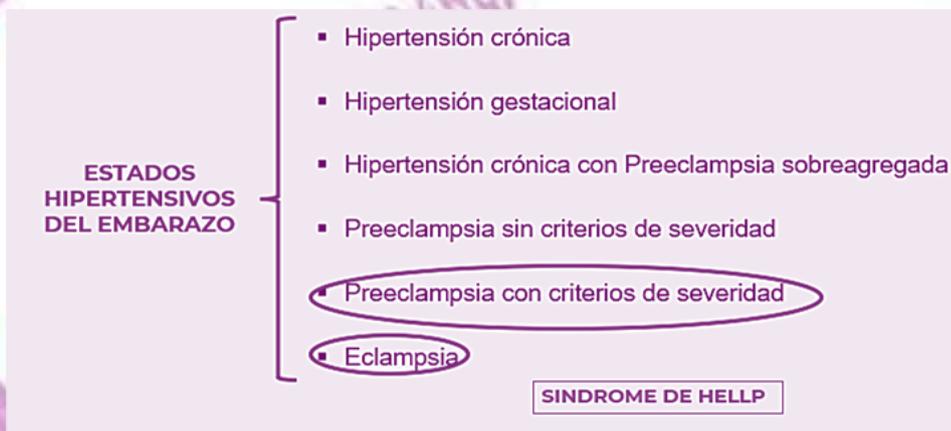
CANTIDAD	MATERIAL
1	FRASCO DE TIRAS REACTIVAS PARA SANGRE, GLUCOSA Y ALBUMINA
2	AMPULAS DE DIAZEPAM 10 MG.
1	CAJA DE NIFEDIPINO DE 10 MG.
10	AMPULAS DE SULFATO DE MAGNESIO 1 GR.
10	AMPULAS DE BICARBONATO DE SODIO AL 7.5%
10	AMPULAS DE GLUCONATO DE CALCIO 1 GR.
5	AMPULAS DE HIDRALAZINA 20 MG.
6	AMPULAS DE LABETALOL 100 MG.
2	AMPULAS DE FENITOINA 250 MG.
2	AMPULAS DE DEXAMETASONA 8 MG.
1	AMPULA DE ERGOMETRINA 0.2 MG.
1	AMPULA DE FITOMENADIONA (VIT. K) 2 MG.
1	AMPULA DE CARBETOCINA 100 MCG.
1	CAJA DE MISOPROSTOL 200 MCG. TAB.
2	JERINGAS DE 3 ML. ESTERILES
2	PIEZAS PUNZOCATH # 18
2	FRASCOS DE SOL. GLUCOSADA AL 10% 1000 ML.
2	FRASCOS DE SOL. HARTMAN 1000 ML.
1	FRASCO DE ALCOHOL EN GEL
1	PAQUETE DE ALGODÓN EN LAMINAS
1	ROLLO DE TELA ADHESIVA DE 5 CM.
2	FRASCOS DE POLIMERIZADO DE GELATINA AL 3.5%
1	PIEZA DE TORNIQUETE DE LATEX
2	EQUIPOS NORMOGOTEROS

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO

Los trastornos hipertensivos del embarazo representan la complicación más común en el embarazo, afectando aproximadamente el 15% de los embarazos y representan casi el 18% de todas las muertes maternas en el mundo.

PREECLAMPSIA CON DATOS DE SEVERIDAD, HIPERTENSIÓN CRÓNICA CON PREECLAMPSIA SOBRE AGREGADA Ó ECLAMPSIA ESTADO POSTICTAL...

CÓDIGO MATER



- ♥ **10:** Aplicar oxígeno suplementario con mascarilla a concentraciones de 10 litros x minuto, para mantener una saturación por oximetría de pulso de 94-98%. (valorar Glasgow)
- ♥ **14:** colocación de catéter periférico corto 14-16 Fr.
- ♥ **14:** colocación de catéter corto y grueso periférico 14-16 Fr. (toma de labs, ministración de fármacos I.V, hemoderivados)
- ♥ **16:** colocación de sonda Foley a derivación 16 Fr, cuantificación horaria uresis (toma de prueba)

*Colocación de vendaje de miembros pélvicos

En **Eclampsia** además de lo anterior: realizar aspiración de secreciones, proteger vía aérea.

MANEJO ANTIHIPERTENSIVO

Nifedipino 10 mg vía oral cada 20 minutos hasta una dosis máxima de 40 mg.

Hidralazina 5 mg IV pasar en 3-5 minutos, cada 20 minutos, no más de 20 mg.

Labetalol 20-40-80-80 c/10 min (máximo 220 mg)

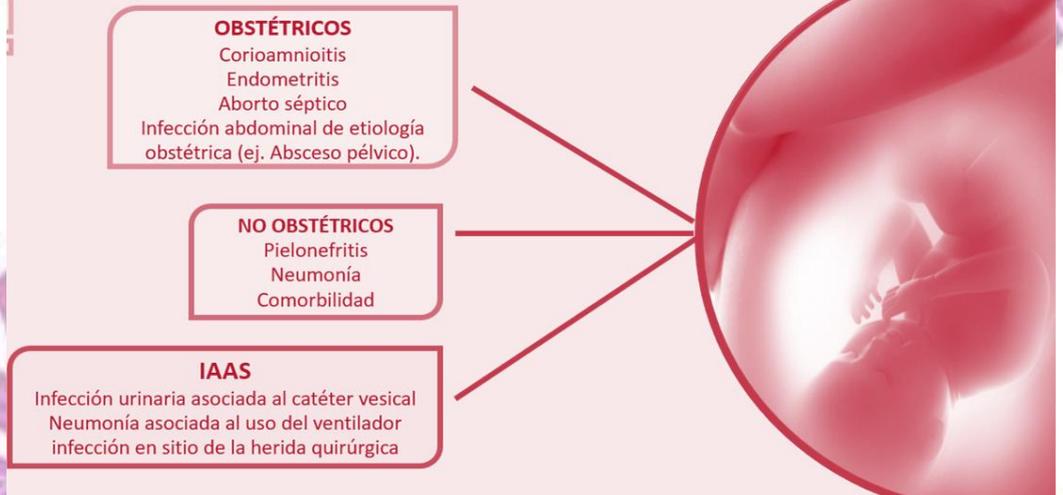


Descender la TAD "paulatinamente" a menos de 105, no menos de 90 o descender la PAM 15% en las primeras 2 hrs con una TAD >110

SEPSIS MATERNA

Una afección potencialmente mortal definida como disfunción orgánica que resulta de una infección durante el embarazo, parto, postaborto o posparto". OMS, 2018.

PRINCIPALES CAUSAS DE SEPSIS MATERNA



Las infecciones maternas son más frecuentes de lo que cree

Esté atento a signos alarmantes:



Organización Mundial de la Salud

hrp
 human reproduction programme
 research for impact

¿CUÁLES SON LOS SIGNOS?

La sepsis puede tomar muchas formas:

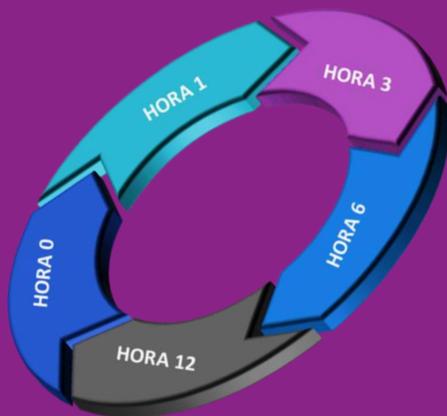
- FIEBRE O HIPOTERMIA
- + CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES:
- ALTA FRECUENCIA CARDÍACA
- BAJA PRESIÓN ARTERIAL
- DIFICULTADES PARA RESPIRAR
- ICTERICIA
- REDUCCIÓN EN LA PRODUCCIÓN DE ORINA
- ESTADO MENTAL ALTERADO

MANEJO

- ♥ Se recomienda iniciar el tratamiento antibiótico intravenoso empírico en cuanto se establezca la sospecha de sepsis o choque séptico en el plazo máximo de una hora.
- ♥ Dentro de las primeras tres horas, se recomienda iniciar la reanimación con 30 ml/kg de soluciones cristaloides por vía intravenosa.
- ♥ Ante la sospecha de sepsis materna, es útil tomar cultivos microbiológicos adecuados antes de comenzar el tratamiento antibiótico, sin retrasar el inicio del mismo

LIQUIDOS	VASOPRESORES
<ul style="list-style-type: none"> • 30 ML/KG DE SOLUCIÓN CRISTALOIDE EN 3 HORAS CON LA FINALIDAD DE OPTIMIZAR EL VOLUMEN SANGUÍNEO CIRCULANTE • MANEJO GUIADO EN URESIS (MANTENER > 0.5 ML/KG/HRA) • MANTENER UN BALANCE NEUTRO O NEGATIVO • INDIVIDUALIZAR CADA CASO 	<ul style="list-style-type: none"> • NOREPINEFRINA Agonista Alfa 1 adrenérgico dosis 0.01 - 0.3 máximo 0.5mcg/kg/min • VASOPRESINA Inicial: ≤ 0.03 UI/minuto además de norepinefrina para alcanzar PAM objetivo o disminuir dosis de norepinefrina

2. Monitorización de SaO_2 , TA, EKG, FC, T°, FCF
3. Coloque oxígeno para lograr $SaO_2 > 95\%$
4. Toma de laboratorios y cultivos
5. Sonda vesical, monitoreo de orina
6. Canalice 2 venas e inicie reanimación
7. Inicie antibióticos de amplio espectro
8. Inicie vasopresores por hipotensión persistente



MIRA MIRIAM FRANK