



Resolución Directoral

Lima, 02 de Noviembre de 2022



Visto:

El expediente N° 07115-22; y

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, se aprueba el documento denominado "Norma Técnica de Salud para la elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud";

Que, el Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia con Nota Informativa N°256-DGO-HONADOMANI.SB.22, solicita al Director General la aprobación de la Guía de Procedimiento Asistencial de Evaluación y Manejo Inicial en la Clave Roja (Emergencia Obstétrica) del Servicio de Medicina Materno Fetal del Departamento de Gineco Obstetricia;

Que, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad con Informe N°044-J-2022-OGC-HONADOMANI-SB de fecha 03 de octubre de 2022, se dirige al Director Adjunto con los fundamentos que expone, emite opinión favorable y continuar con los trámites de aprobación de la Guía de Procedimiento Asistencial de Evaluación y Manejo Inicial en la Clave Roja (Emergencia Obstétrica) del Servicio de Medicina Materno Fetal del Departamento de Gineco Obstetricia;

Que, mediante Nota Informativa N°251-2022-DA-HONADOMANI.SB de fecha 03 de octubre de 2022, el Director Adjunto emite opinión favorable al pedido de aprobación de la Guía de Procedimiento Asistencial que adjunta;

Que, mediante Memorando N° 322.2022.DG.HONADOMANI.SB de fecha 04 de octubre de 2022, el Director General solicita a la jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica proyecte el correspondiente acto resolutivo;

Con la visación de la Dirección Adjunta, de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";





En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial N° 051-2022/MINSA, y del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:



Artículo Primero.- Aprobar la "Guía de Procedimiento Asistencial de Evaluación y Manejo Inicial en la Clave Roja (Emergencia Obstétrica)" del Servicio de Medicina Materno Fetal del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", compuesta de veintiocho (28) folios.

Artículo Segundo.- Disponer que el Departamento de Gineco Obstetricia, implemente la difusión y aplicación interna de la Guía aprobada en el Artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación del acto resolutivo, en la dirección electrónica www.sanbartolome.gob.pe.

Regístrese y Comuníquese,



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"

M.C. SANTIAGO G. CABRERA RAMOS
Director General
C.M.P. 16739, R.N.E. 7427

SGCR/ASP/JORC/JCV0/rpag
c.c.

- DA
- OGC
- DGO
- OAJ
- OEI
- Archivo



HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO “SAN BARTOLOMÉ”

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA

SERVICIO DE MEDICINA MATERNO FETAL

GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE EVALUACIÓN Y MANEJO INICIAL EN LA CLAVE ROJA (EMERGENCIA OBSTÉTRICA)

2022

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1): EVALUACIÓN Y MANEJO INICIAL EN LA CLAVE ROJA (EMERGENCIA OBSTÉTRICA)		
CODIGO (2): 99285.02	VERSION (3): 2022.V.01	DEPARTAMENTO (4): GINECO OBSTETRICIA
DEFINICION(5): Es un conjunto de estrategias que se deben aplicar en los casos de hemorragia obstétrica durante el embarazo, parto y puerperio, cuando se presenten signos de choque hipovolémico y/o cálculo de sangrado superior a 1000cc.		
OBJETIVO (6): <ol style="list-style-type: none"> 1. Estandarizar las actividades asistenciales para la activación y manejo inmediato de las hemorragias obstétricas. 2. Unificar los criterios y homogenizar los manejos terapéuticos y/o quirúrgicos. 3. Establecer la prioridad y el trabajo multidisciplinario en nuestro hospital. 4. Disminuir la Mortalidad Materna (MM) y la Morbilidad Materna Extrema (MME). 		
INDICACIONES (7): <ol style="list-style-type: none"> 1. Hemorragia de primera mitad del embarazo: aborto, embarazo ectópico o enfermedad del trofoblasto. 2. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina, hemorragia ante parto no especificada. 3. Hemorragia Intraparto: rotura uterina, hemorragias no especificadas 4. Hemorragia del tercer periodo del parto: retención placentaria, alumbramiento incompleto, espectro de placenta acreta, inversión uterina 5. Hemorragia post-parto inmediato: Desgarros del canal del parto, hematoma obstétrico, hematoma de ligamento ancho/músculos rectos, hemoperitoneo , atonía uterina 6. Ruptura hepática 7. Defecto de coagulación post parto 		
CONTRAINDICACIONES (8): Hemorragias obstétricas que no cumplan con la definición.		
PERSONAL (9): <ol style="list-style-type: none"> 1. Médico asistente Gineco-Obstetra 2. Médico Anestesiólogo 3. Médico Intensivista 4. Médico patólogo clínico 5. Médico jefe de guardia 6. Médico residente de Ginecología y Obstetricia 7. Licenciada en Enfermería 8. Licenciada en Obstetricia 9. Personal técnico en Enfermería 10. Tecnólogo de banco de sangre 11. Personal técnico de laboratorio 		
RECURSOS MATERIALES		
N°	DENOMINACIÓN	
EQUIPOS BIOMEDICOS (10)		
1	Cama o camilla ginecológica	
2	Mesa rodante para procedimientos	
3	Lámpara de exploración	
4	Tensiómetro	
5	Oxímetro de pulso	
6	Calentador de fluidos	

INSTRUMENTAL (11)		
1	Valvas separadoras de Doyen (02)	
2	Pinzas de anillo Foerster recta (04)	
3	Cureta fenestrada roma, larga para legrado puerperal (01)	
4	Pinza de anillo Foerster curva (02)	
5	Pinza Bozeman (01)	
6	Cureta o cuchara roma de Pinard (01)	
7	Pinza Winter-Nasauer curva para restos placentarios (falsos gérmenes) (1)	
8	Portagujas largo (1)	
9	Pinza de disección Larga sin uñas (1)	
10	Pinzas de Kelly (2)	
DISPOSITIVOS MEDICOS (12)		
1	Equipo Venocllisis (2 un) (*)	
2	Catéter endovenoso N° 14, 16 y 18 (2 de c/u) (*)	
3	Llave triple vía+ extensión 50cm (2 un) (*)	
4	Esparadrappo pequeño (1 un) (*)	
5	Jeringas de 10 cc (3 un) (*)	
6	Jeringa de AGA (1 un) (*)	
7	Sonda Foley N°14 o N°16 (2 un) (*)	
8	Bolsa Colectora 2 litros (2 un) (*)	
9	Mascarilla de O2 c/ reservorio (1 un) (*)	
10	Guantes quirúrgicos (4 pares) (*)	
11	Gasas paquete mediano (5 un) (*)	
12	Tubo de mayo N° 4 (1 un) (*)	
13	Ligadura (1 un) (*)	
14	Algodón en torunda (1 un) (*)	
15	Balón de Bakri (1 un)	
16	Traje antishock (1 un)	
17	Equipo de transfusión sanguínea (1 un*)	
PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)		
N°	DENOMINACION	FORMA FARMA-CEUTICA
1	Cloruro de Sodio 0.9% 1000 ml (2 un) (*)	SOL
2	Poligelina 500ml (2 un) (*)	SOL
3	Cloruro de Sodio 0.9% 100 ml (2 un) (*)	SOL
4	Oxitocina 10 UI ampolla (10 un) (*)	INY
5	Ergometrina maleato 0.2 mg ampolla (2 un) (*)	INY
6	Misoprostol 200 ug tabletas (4 un) (*)	TAB
7	Ácido tranexámico 1gr ampolla (2 un) (*)	INY
8	Alcohol 50cc (1 un) (*)	SOL
9	Oxígeno húmedo	LIT
10	Yodopovidoma (1 fco)	SOL TOP
<p>(*) dispositivos y productos farmacéuticos del Kit de Clave Roja UBICACIÓN DEL KIT DE LA CLAVE ROJA: Los Kits de clave roja deberán estar ubicados en los siguientes ambientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tópico de Emergencia de Ginecología y Obstetricia. - Centro obstétrico - Unidad Cuidados Especiales obstétrico (UCEO). - Centro Quirúrgico - Sala de Hospitalización de Obstetricia (3er piso). - Sala de Hospitalización de Obstetricia (4to piso) 		

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO (14)	
Nº	SECUENCIA DE PASOS
ETAPA: COMUNICACIÓN	
1	<p>Minuto 0: Personal de salud que identifica la clave roja (Médico especialista en Gineco-Obstetricia/ Médico residente G-O / Licenciada en Obstetricia / otro personal de salud) deberá perifonear directamente al anexo 219 para la activación de la clave roja, para ello brindará la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tipo de Clave: Clave Roja. – Servicio o ubicación – Número de cama / camilla de paciente (ANEXO 1)
2	<p>El perifoneo ACTIVARÁ la clave roja de la siguiente forma: Se realizarán 03 perifoneos a través del perifoneo institucional, especificando la ubicación (Servicio y cama) de la paciente. (ANEXO 2) Una vez activada la clave roja, deberán acudir inmediatamente al lugar el siguiente personal:</p> <p style="text-align: center;"><u>Departamento de Ginecología y Obstetricia. (ANEXO 3)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico Asistente de guardia asignado al área del perifoneo. (líder del equipo) ▪ Médico Asistente- Coordinador del equipo de guardia (asistente 1) ▪ Médico Residente 3er y 2do año del equipo de guardia. (asistente 2) ▪ Licenciada en Obstetricia asignada al área del perifoneo. (asistente 3) <p style="text-align: center;"><u>Departamento de Enfermería</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Licenciada en Enfermería asignada al área del perifoneo (asistente 3) ▪ Personal técnico de enfermería (asistente 4) <p style="text-align: center;"><u>Departamento de Apoyo al Diagnóstico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal Técnico de laboratorio. <p>Se realizará el llamado dependiendo del caso para su participación y/o conocimiento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico Asistente Anestesiólogo de guardia (acudirá en Choque Grado III – IV) ▪ Médico Asistente Intensivista de guardia (acudirá en Choque Grado III – IV) ▪ Médico Jefe de Guardia ▪ Supervisora y/o Jefa del Servicio de Enfermería del Dpto. de Gineco-Obstetricia ▪ Tecnólogo de Banco de sangre
ETAPA: REANIMACIÓN	
3	<p>Minuto 1 – 20:</p> <p>a) A los 05 minutos de realizado la activación de la clave roja a través del perifoneo institucional, se realizará el MONITOREO de la llegada del Equipo.</p> <p>De no encontrarse el Equipo completo en el servicio donde ocurre la clave roja, el líder de equipo designará al personal de salud que se realizará una vez más 03 perifoneos, especificando la ubicación (servicio y número de cama) de la paciente.</p> <p>El personal de enfermería/obstetricia se harán responsable de la entrega del Kit de clave Roja.</p>

4	<p>b) El Médico Asistente Gineco-Obstetra de guardia (líder del Equipo) deberá distribuir correctamente las funciones de cada miembro del Equipo, en las acciones hacia el útero, cabeza y brazos de la paciente (ANEXO 3).</p>
5	<p>c) El Médico Asistente Gineco-Obstetra de guardia (líder del equipo) deberá verificar el estado de choque (ANEXO 4) identificar la causa del sangrado. De corresponder, verificará estado de involución del útero y realizar la revisión manual y/o instrumentada de la cavidad uterina.</p>
6	<p>d) Se realizará la evaluación del A-B-C-D-E Con paciente en decúbito dorsal se procede a aplicar los pasos A-B-C-D-E: A: <u>Vía área permeable.</u> (asistente 1 o asistente 2)</p> <p>B: <u>Ventilación adecuada.</u> (asistente 1 o asistente 2) O₂ al 100%: 10-15 litros por minuto por máscara con reservorio o cánula binasal 4 litros por minuto.</p> <p>C: <u>Circulación.</u> Grado I-II de choque:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elevar los miembros inferiores en 30 grados o en posición de Trendelemburg. (asistente 4) ✓ Colocar 02 accesos venosos periféricos percutáneos con catéter calibre N°14, N°16 o N°18 (en un solo antebrazo). (asistente 3) ✓ Recolectar muestra para Análisis de Gases Arteriales (AGA). (asistente 2) ✓ Tomar muestras en frasco con anticoagulante y sin anticoagulante. (Técnico de laboratorio) ▪ 02 Tubos tapa Celeste: Hemoclasificación, pruebas cruzadas, hemograma. ▪ 01 Tubo tapa Roja: Pruebas de coagulación: Tiempo de Protrombina (TP), Tiempo de Tromboplastina (TTP), fibrinógeno, dímero D, recuento de plaquetas. ▪ 02 Tubos tapa Roja: Bioquímica sanguínea: Urea, creatinina. ✓ Fluido terapia: Infusión rápida 500 cc suero salino normal cada 05 minutos y con las metas de mantener el sensorio conservado, la perfusión con un llenado capilar < 2segundos o PS >90 mmHg. (asistente 2, asistente 3) ✓ Monitoreo continuo de frecuencia cardíaca, tensión arterial, pulsioximetría y gasto urinario cada hora. (ANEXO 5) (asistente 1, asistente 2) ✓ Definir rápidamente la necesidad de transfusión sanguínea de acuerdo a grado de shock. Aplicación de protocolo de transfusión en Hemorragia post parto (HPP) severa o transfusión masiva de acuerdo a la evolución. VER ANEXO 2 (Lider del equipo) ▪ Aportar la cantidad adecuada de sangre y hemoderivados según grado de shock. La reanimación temprana inadecuada y la hipoperfusión pueden conducir a acidosis láctica, Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica con disfunción multiorgánica y coagulopatía. (Lider del equipo asistente 1) ▪ Grado III: Dos (02) Paquetes globulares sin pruebas cruzadas, con tipificación de Grupo sanguíneo de ser posible. Iniciar con O RH (-), de no haber O Rh (+).

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grado IV: Dos (02) Paquetes globulares sin pruebas cruzadas, con tipificación de Grupo Sanguíneo de ser posible. Iniciar con O RH (-), de no haber O Rh (+) luego cuatro (04) Paquetes globulares, seis (06) Plasma fresco Congelado (PFC), seis (06) unidades de plaquetas simples, seis (06) unidades de crioprecipitado (CPP), si Fibrinógeno < 200 mg/dl. ✓ Ácido Tranexámico 01 gramo EV diluido en 10 mL de cristaloides en infusión lenta de 01 mL por minuto (100 mg/min). (asistente 2, licenciada en obstetricia/ enfermería). ✓ Sonda Foley con bolsa colectora y medir gasto urinario. (Coordinador, Médico asistente G-O) <p>D: Diagnóstico de las 4 T: Tono (70%), Trauma (20%), Tejido (10%), Trombina (1%). (ANEXO 6)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Atonía uterina: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administración de fármacos útero tónicos: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Oxitocina 40 UI a goteo inicial de 40 gotas/minuto. (asistente 2, asistente 3). ➢ Ergometrina 0.2 mg IM. . (asistente 2, asistente 3). ➢ Misoprostol 800 µg vía rectal. . (asistente 2, asistente 3). ✓ Masaje uterino: Compresión bimanual, continuar si hay respuesta a uterotónicos. . (Lider del equipo, asistente 1) ✓ Trauma: Rápida identificación y reparación de laceraciones. (Lider del equipo, asistente 1) ✓ Placenta: Realizar extracción manual de placenta, y luego complementar con legrado uterino; si no se puede extraer la placenta se procederá a realizar la histerectomía. (Lider del equipo, asistente 1) ✓ Trombina: Se deben considerar dos etiologías específicas más allá de la pérdida de sangre masiva sola: 1) Desprendimiento placentario y 2) Embolia de líquido amniótico. (Lider del equipo, asistente 1) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Iniciar protocolo de transfusión masiva. <p>E:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar hipotermia (cubrir con manta térmicas o cobertores según disponibilidad). (asistente 1, asistente 2) . ✓ Realizar consentimiento informado (ANEXO 7) (asistente 1, asistente 2) . ✓ Información a la paciente y/o familiares de la intervención a realizar y sus posibles complicaciones. (líder del equipo, asistente 1).
ETAPA: ESTABILIZACIÓN	
7	<p>Minuto 20 – 60:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Conservar volumen circulante. (líder del equipo, asistente 1) b) Reponer componentes sanguíneos según necesidad. (líder del equipo, asistente 1) c) Añadir Ergometrina 0.2 mg IM segunda dosis si es necesario luego de 20 minutos de la primera dosis de persistir el cuadro de hemorragia. (asistente 2, asistente 3) d) Administrar Ácido Tranexámico 1 gramo EV diluido en 10 ml de cristaloides en infusión lenta de 1 ml por minuto (100 mg/min),

	<p>repetida a los 30 minutos de la primera dosis de persistir el cuadro de hemorragia. (asistente 2, asistente 3)</p> <p>e) Si el diagnóstico es una atonía uterina, se debe definir la necesidad de realizar procedimientos en orden desde el menos agresivo hasta el mayor, como son: (Lider del equipo, asistente 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prueba de taponamiento uterino (balón de Bakri). - Suturas compresivas (B-Lynch, Hayman, Ho-Cho). - Ligadura selectiva de las arterias uterinas. - Histerectomía. <p>f) Se deben mantener las maniobras de hemostasia, si hay respuesta a uterotónicos continuar con masaje uterino bimanual o la compresión externa de la aorta y uterotónicos. (Lider el equipo, asistente)</p> <p>g) Iniciar inotrópicos y vasoactivos si persiste la hipotensión a pesar de la reposición. El uso de dichos fármacos debe ser en Servicio de Cuidados Críticos. (Médico intensivista, Anestesiólogo).</p>
--	--

ETAPA: RESOLUCIÓN

<p style="text-align: center;">8</p>	<p>Minuto 60:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Evaluar signos de daño orgánico. (líder del equipo, asistente 1). b) Si el sangrado persiste proceder a intervención quirúrgica. . (líder del equipo, asistente 1). c) Considerar que luego de una hora de hemorragia e hipoperfusión, con o sin tratamiento activo, existe una alta probabilidad de una Coagulación Intravascular Diseminada (CID), por lo cual antes de realizar cualquier procedimiento quirúrgico, se debe garantizar la recuperación de la coagulación. Se debe proceder así: <ul style="list-style-type: none"> - Establezca la vigilancia avanzada para controlar la CID con la reevaluación de las pruebas de coagulación como el Tiempo de Protrombina (TP), Tiempo de Tromboplastina (TTP), el fibrinógeno y el dímero D. - Corrija siempre la Coagulación Intravascular Diseminada (CID) antes de la cirugía: <ul style="list-style-type: none"> • Asegúrese que las plaquetas sean superiores a 50.000/ml. Cada unidad de plaquetas de 50 ml aporta 5.000 - 8.000 plaquetas por ml. • Utilice el plasma fresco congelado (PFC) si el Tiempo de Protrombina (TP) y/o el Tiempo de Tromboplastina (TPT) son mayores de 1.5 veces el control. Dosis: 12-15 ml/kg. Cada unidad de 250 ml aporta 150 mg de fibrinógeno y otros factores de la coagulación. • Usar Crioprecipitado si el fibrinógeno es inferior a 100 mg/dl y/o el Tiempo de Protrombina (TP) y el Tiempo de Tromboplastina (TPT) no se corrigen con la administración del plasma fresco congelado (PFC). Una unidad de 10 a 15 ml aporta 200 mg de fibrinógeno, 100 unidades de factor VIII, 80-100 U de factor de Von Willebrand, 50-100 U de factor XIII y fibronectina. Dosis: 2 ml/Kg de peso. - Considere siempre la decisión crítica si se dispone de los recursos necesarios para su manejo o considere su referencia. (coordinador, Médico Asistente de Gineco-Obstetricia, Médico jefe de guardia).
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Después de transfundir 4 unidades de cualquier hemoderivado, deberá administrarse 1 ampolla e.v. de Gluconato de Calcio, para neutralizar el citrato y evitar una coagulopatía por dilución. - Se transfundirán plaquetas solo si disminuyen por debajo de 50 000 o si hay evidencia de sangrado activo. d) Evaluar el estado ácido-básico, los gases y la oxigenación. Recuerde que la coagulación es dependiente del estado ácido-básico, de la oxigenación y de la temperatura. (Asistente 1 , Médico Intensivista). e) Conservar el volumen útil circulatorio, apoyándose siempre en los criterios clínicos de choque. (líder del equipo, asistente 1). f) Mantener las actividades de hemostasia y la vigilancia estricta del sangrado mientras la paciente es trasladada a otra institución, o es llevada a cirugía. . (líder del equipo, asistente 1). g) Objetivos de laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobina > 7.5 g/dL. - Plaquetas > 50.000/mm3. - Fibrinógeno > 100 mg/dL - Tiempo de Protrombina menor que 1.5 veces el valor de control. - Tiempo de Tromboplastina Parcial Activada menor que 1.5 veces el valor de control.
--	---

TRATAMIENTO SEGÚN LA CAUSA

	<p style="text-align: center;"><u>ATONIA UTERINA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Masaje uterino bimanual constante - Instalar vía endovenosa segura con cloruro de sodio 0.9% 1000 ml. - Instalar vía endovenosa segura con cloruro de sodio 0.9% 1000 ml. con oxitocina 40 UI (4 ampollas de 10 UI) e infundir a una velocidad inicial de 40 gotas por minuto (80 mUI), e ir aumentando según el tono uterino y el sangrado - Si el sangrado es abundante colocar retos con ClNa 0.9 % a 39°C en 5 minutos, evaluar la respuesta con las metas de mantener el sensorio conservado, la perfusión con un llenado capilar < de 2 seg y PA sistólica >90 mm Hg. - Hacer maniobras de compresión bimanual externa e interna si persiste el sangrado de acuerdo a la experiencia del cirujano se aplicara el balón de Bakri o catéter de sonda Foley y/o realizar Técnica de ZEA, (pinzamiento vaginal de arterias uterinas). - Si se controla el sangrado con el balón de Bakri, este debe quedar dentro del útero por 24 horas, el retiro se hace 100cc cada 15 minutos. - Administrar Metilergonovina 0.2 mg IM, que se puede repetir a los 20 minutos. - Administrar Misoprostol 800 ugr. vía intra rectal en el tratamiento. - Administrar Ácido Tranexámico 1 gr. diluido en 10 ml. de cristaloides en infusión lenta de 1ml por minuto (100mgr/min) - Realizar revisión manual de la cavidad uterina, extraer coágulos y restos y realizar el masaje uterino bimanual. - Si no cede el sangrado pasar a sala de operaciones, la decisión quirúrgica se tomará de acuerdo a la experiencia del Médico Cirujano y el estado de gravedad de la paciente para realizar:
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sutura compresiva de útero (Técnica de B-LYNCH modificada, Hayman, Cho). ✓ Ligadura de arterias uterinas o hipogástricas según técnica habitual ✓ Histerectomía total/subtotal: Para la toma de decisión de realizar la histerectomía se debe comprometer a un segundo médico asistente y comunicar al jefe de la guardia.
PREVENCIÓN DE LA ATONIA UTERINA	
	<p>Se recomienda el uso de uterotónicos para la prevención de Hemorragia post parto por atonía, durante la tercera etapa del parto, mediante el manejo activo del alumbramiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La administración de un uterotónico como la oxitocina 10 UI intramuscular, si no hay oxitocina se recomienda el misoprostol oral (600 ugr) vía oral. (Recomendación fuerte, pruebas de calidad moderada), en el transcurso del minuto después del nacimiento del recién nacido (primer paso). - Después de clampar el cordón umbilical, la liberación de la placenta mediante la tracción controlada del cordón (jalando el cordón umbilical) con contra tracción sobre el fondo (segundo paso) - Contracción manual externa del fondo del útero después de la liberación de la placenta (tercer paso).
RETENCIÓN DE PLACENTA	
	<p>Se debe realizar una inspección visual detallada de la placenta para ver si está completa después del alumbramiento. Incluso cuando la placenta parece intacta, puede haber cotiledones adicionales restantes (por ejemplo, lóbulo succenturiate) dentro de la cavidad uterina.</p> <p>La ecografía o el examen manual intrauterino generalmente se usan para diagnosticar el tejido placentario retenido.</p> <p>Extracción manual de placenta si falla luego se puede realizar la extracción con pinzas ovales grandes, posteriormente legrado uterino.</p> <p>Acretismo placentario: Se debe sospechar fuertemente de placenta acreta si la placenta no se desprende fácilmente, y no debe haber más intentos de extraer manualmente la placenta en la sala de parto. Se debe aconsejar al paciente sobre la probable necesidad de histerectomía en sala de operaciones, se puede evaluar la extensión (por ejemplo, área y profundidad) de la fijación anormal para determinar el plan (por ejemplo, Legrado, resección en cuña, tratamiento médico o histerectomía).</p> <p>Alumbramiento incompleto: Realizar legrado uterino en sala de operaciones del Centro Quirúrgico.</p>
LACERACIÓN DEL CANAL DEL PARTO	
	<p>Realizar la revisión del canal del parto con valvas de Doyen, identificar el lugar del sangrado y reparar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desgarros perineales y vaginales: Suturar con Catgut Crómico 2/0. ✓ Desgarro cervical: Pinzar con pinzas de anillos los bordes del desgarro y suturar con Catgut Crómico 2/0 puntos separados. <p>a) Hematomas:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Debridarlos y realizar hemostasia en Sala de Operaciones del Centro Quirúrgico.
ROTURA UTERINA	
	<p>Pasar a Sala de Operaciones del Centro Quirúrgico para reparar las laceraciones uterinas o realizar hysterectomía según la extensión de la rotura, su localización, estado de la paciente y sus expectativas reproductivas.</p>
RETENCIÓN DE RESTOS (ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO)	
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instalar vía endovenosa segura con NaCl 0,9 % 1000CC más 20 UI de Oxitocina. ✓ Realizar extracción digital de membranas en Sala de Operaciones del Centro Quirúrgico. ✓ Realizar legrado uterino.
INVERSIÓN UTERINA:	
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pasar a Sala de Operaciones y administrar anestesia general. ✓ Si la placenta aún no se desprendió, realizar la reposición del útero y separarla después. ✓ Reposición manual del útero empujando el fondo uterino con la mano en puño. ✓ Aplicación de las técnicas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ No quirúrgicas: Maniobra de Johnson (reposición manual). ✓ Quirúrgicas abdominal: Procedimientos de Huntington (fijar ligamentos redondos), y Haultin (corte de anillo cervical en cara posterior) ✓ De no lograr reponer el útero, realizar Hysterectomía abdominal total.
PLACENTA PREVIA CON HEMORRAGIA:	
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instalar vía endovenosa con NaCl 0.9% 1000cc. ✓ Identificar signos clínicos de acretismo placentario. ✓ Pasar a Sala de Operaciones para cesárea de emergencia. ✓ Solicitar interconsulta al Servicio de Urología en intraoperatorio si se confirma diagnóstico de acretismo placentario que afecte la vejiga.
HEMORRAGIA POSTPARTO SECUNDARIA:	
	<p>Tratamiento: Debe centrarse en la etiología de la hemorragia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médico : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Agentes útero tónicos. ▪ Antibióticos. ✓ Quirúrgico: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Legrado uterino: La evaluación ecográfica simultánea en el momento del legrado puede ayudar a prevenir la perforación uterina. ▪ Hysterectomía.

CUADRO RESUMEN: PROCEDIMIENTO PARA LA ACTIVACIÓN Y MANEJO INMEDIATO DE LA CLAVE ROJA

N°	PASOS DEL PROCEDIMIENTO DE CLAVE ROJA	RESPONSABLE
MINUTO 0		
01	<p>Identificar la clave roja y comunicarse mediante el anexo 219 para la ACTIVACIÓN de la clave roja, brindando la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Clave: Clave Roja. - Servicio. - Número de cama / camilla de paciente. <p>(ANEXO 1)</p>	<p>Personal de salud / Licenciada en Obstetricia /Licenciada en Enfermeria</p> <p>Médico Especialista en Ginecología y Médico Residente de Ginecologia - Obstetricia</p>
02	<p align="center">Pedir ayuda</p> <p>ACTIVAR la clave roja:</p> <p>Realizar 03 peritoneos a través del perifoneo institucional al anexo 219, especificando la ubicación (servicio y número de cama) de la paciente.</p> <p>Realizar llamado a los anexos institucionales (Ver Anexo N°02) de los siguientes servicios, solicitando al EQUIPO DE RESPUESTA RÁPIDA acudir de forma inmediata al servicio donde ocurre la clave roja:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Departamento de Ginecología y Obstetricia. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico Asistente de guardia asignado al área del perifoneo. (líder del equipo) ▪ Medico Asistente Coordinador del equipo de guardia (asistente 1) ▪ Médico Residente 3er y 2do año del equipo de guardia (asistente 2) ▪ Licenciada de Obstetricia asignada al área del perifoneo.(asistente 3) ✓ Departamento de Enfermería <ul style="list-style-type: none"> ▪ Licenciada de enfermería asignada al área del perifoneo (enfermera 3) ▪ Personal técnico de enfermería (asistente 4) ✓ Departamento de Apoyo al Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal Técnico de laboratorio. <p>Se realizará al llamado dependiendo del caso para su participación y/o conocimiento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Servicio de Cuidados Críticos: 	

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico Especialista en Medicina Intensiva que se encuentra en la Unidad de Cuidados Intensivos Maternos (choque grado III-IV) ✓ Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Banco de Sangre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tecnólogo de laboratorio. <p>Realizar llamado a los anexos institucionales (Ver Anexo N°02) de los siguientes servicios, COMUNICANDO la activación de la clave roja al EQUIPO DE RESPUESTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Servicio de Cuidados Críticos. ✓ Departamento Anestesiología y Centro Quirúrgico. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico Asistente Anestesiólogo de guardia (acudirá choque grado III-IV) ✓ Médico Jefe de Guardia ✓ Supervisora y/o Jefa del Servicio de Enfermería del Dpto. de Gineco Obstetricia ✓ Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Banco de Sangre. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tecnólogo médico 	
		<p>MONITOREO de llegada de Equipo de respuesta:</p> <p>A los 05 minutos de realizado la activación de la clave roja a través del perifoneo institucional, se realizará el MONITOREO de la llegada del equipo del servicio donde ocurre la clave roja.</p> <p>De no encontrarse el Equipo de respuesta rápida, se realizará una vez más 03 peritoneos, especificando la ubicación (Servicio y cama) de la paciente.</p>	
03		Alcanzar el Kit de Clave Roja.	Asistente 3 (Licenciada de Enfermería/ Obstetricia)

04	REANIMACIÓN	(A) Vía aérea	Verificar vía aérea permeable.	Asistente 1 (médico Gineco-Obstetra) ó Asistente 2 (Residente de Gineco-Obstetricia)	
		(B) Ventilación	O2 al 100%, 10-15 litros por minutos por mascara con reservorio	Asistente 1 ó 2	
		(C) Circulación	06	Elevación de los miembros inferiores en 30° o en posición de Trendelenburg.	Asistente 3
				Canalizar dos vías venosas con catéter Nº 16-18 (en un solo antebrazo) Infusión de cristaloides como retos de líquidos por cada acceso venoso (Bolo de 300 a 500 cc).	Asistente 3
				Recolectar muestra para análisis de gases arteriales.	Asistente 2
				Toma de muestra de sangre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 02 Tubos tapa Lila: Hemoclasificación, pruebas cruzadas, hemograma. ▪ 01 Tubo tapa Celeste: Pruebas de coagulación: Tiempo de Protrombina (TP), Tiempo de Tromboplastina (TTP), fibrinógeno. ▪ 02 Tubos tapa Roja: Bioquímica sanguínea: urea, creatinina. ▪ Recepcionar y transportar muestra para análisis de gases arteriales (muestra tomada por Médico Asistente o Residente en Ginecología y Obstetricia). 	Técnico de Laboratorio Asistente 4
				Monitoreo continuo de frecuencia cardiaca, tensión arterial, pulsoximetría y gasto urinario cada hora. Evitar hipotermia.	Asistente 2
07	Definir rápidamente la necesidad de transfusión (realizar índice de choque obstétrico (Ver Anexo Nº02): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grado III: 2 Paquete globulares sin pruebas cruzadas, con tipificación de Grupo sanguíneo de ser posible. Iniciar con O RH (-), de no haber O Rh (+). ▪ Grado IV: (2) Paquete globulares sin pruebas cruzadas, con tipificación de Grupo sanguíneo de ser posible. Iniciar con O RH (-), de 	Lider del equipo, asistente 1 o asistente 2			

			no haber O Rh (+) luego (4) Paquetes globulares, (6) Plasma fresco Congelado (PFC), Un (1) pool de plaquetas (CPL) o (6) unidades de plaquetas simples, (6) unidades de crioprecipitado (CPP), si Fibrinógeno < 200 mg/dl.		
08		(D) Diagnóstico etiológico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atonía uterina: Administración de fármacos útero tónicos por indicación Médica (Ver Anexo N°03) <ul style="list-style-type: none"> - Oxitocina 40 UI a goteo inicial de 40 gotas/minuto. - Añadir ergometrina 0.2 mg IM. - Añadir misoprostol 800 µg vía sublingual o intrarrectal. 	Asistente 3	
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trauma: reparación de lesión (Desgarro cervical, desgarro de pared vaginal, hematoma de pared vaginal, de vulva, de músculos, inversión uterina). ▪ Tejido: Retirar tejido (Retención placentaria, alumbramiento incompleto). ▪ Coagulopatía: Iniciar transfusión. 	Líder del equipo, asistente 1 o asistente 2	
09			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicar Acido Tranexámico 1 gramo EV, diluido en 10 ml de cristaloides en infusión lenta(10 minutos). 	Asistente 3	
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocar Sonda Foley con bolsa colectora y medir diuresis horaria. 	Asistente 2	
10		(E)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar hipotermia. 	Aistente 2, Asistente 3 , asistente 4	
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center; vertical-align: middle;">Una vez controlado el sangrado</td> <td style="padding: 5px;">Definir las siguientes 24 horas de necesidad de tromboprolifaxis.</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 5px;">Realizar Interconsulta al Servicio de Cuidados Críticos y/o referencia según amerite.</td> </tr> </table>	Una vez controlado el sangrado	Definir las siguientes 24 horas de necesidad de tromboprolifaxis.
Una vez controlado el sangrado	Definir las siguientes 24 horas de necesidad de tromboprolifaxis.				
	Realizar Interconsulta al Servicio de Cuidados Críticos y/o referencia según amerite.				
11			Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención a realizar y sus posibles complicaciones (Ver Anexo N°04)	Líder del equipo, Asistente 1	

MINUTO 20: ESTABILIZACIÓN			
12	Conservar volumen circulante		Líder del equipo, asistente 1, asistente 2
13	Reponer componentes sanguíneos según necesidad.		Líder del equipo, asistente 1, asistente 2/ Anestesiólogo
14	Procedimientos	Técnica de ZEA	Realizar técnica de pinzamiento vaginal de arterias uterinas (ZEA).
		Balón hidrostático	Definir rápidamente la colocación de balón de Bakry, condón o sonda de Foley de acuerdo a la disponibilidad institucional.
		Manejo quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Considere sutura hemostática: <ul style="list-style-type: none"> - B-Lynch Sutura. - Haymand. ▪ Considere ligadura de las arterias: <ul style="list-style-type: none"> - Arterias uterinas bilaterales. - Arterias ováricas. - Arterias hipogástricas. ▪ Defina Histerectomía Subtotal o Total.
15	Iniciar inotrópicos y vasoactivos si persiste la hipotensión, debe considerarse pase al Servicio de Cuidados Críticos para uso de dichos fármacos si se controló la hemorragia.		Médico Especialista en Anestesiología / Médico Especialista en Medicina Intensiva / Líder del equipo, asistente 1, asistente 2
MINUTO 60: RESOLUCIÓN			
16	Evalúa signos de daño orgánico.		Líder del equipo, asistente 1, asistente 2
17	Si el sangrado persiste realizar histerectomía o cirugía de control de daños.		Líder del equipo, asistente 1, asistente 2

18	Reponer componentes sanguíneos según necesidad.	Médico Especialista en Anestesiología / Médico Especialista en Medicina Intensiva / Líder del equipo, asistente 1, asistente 2
19	Iniciar inotrópicos y vasoactivos si persiste la hipotensión de considerarse con pase al servicio de UCI para uso de dichos fármacos si se controló la hemorragia.	Médico Especialista en Anestesiología/ Médico Especialista en Medicina Intensiva

COMPLICACIONES (15)

CID	Disfunción hepática Fístulas Infecciones
Distress respiratorio	Sind. Sheehan Tromboembolia Sinequias
IRA	Hematomas Infertilidad Hematometra

REGISTROS (16)

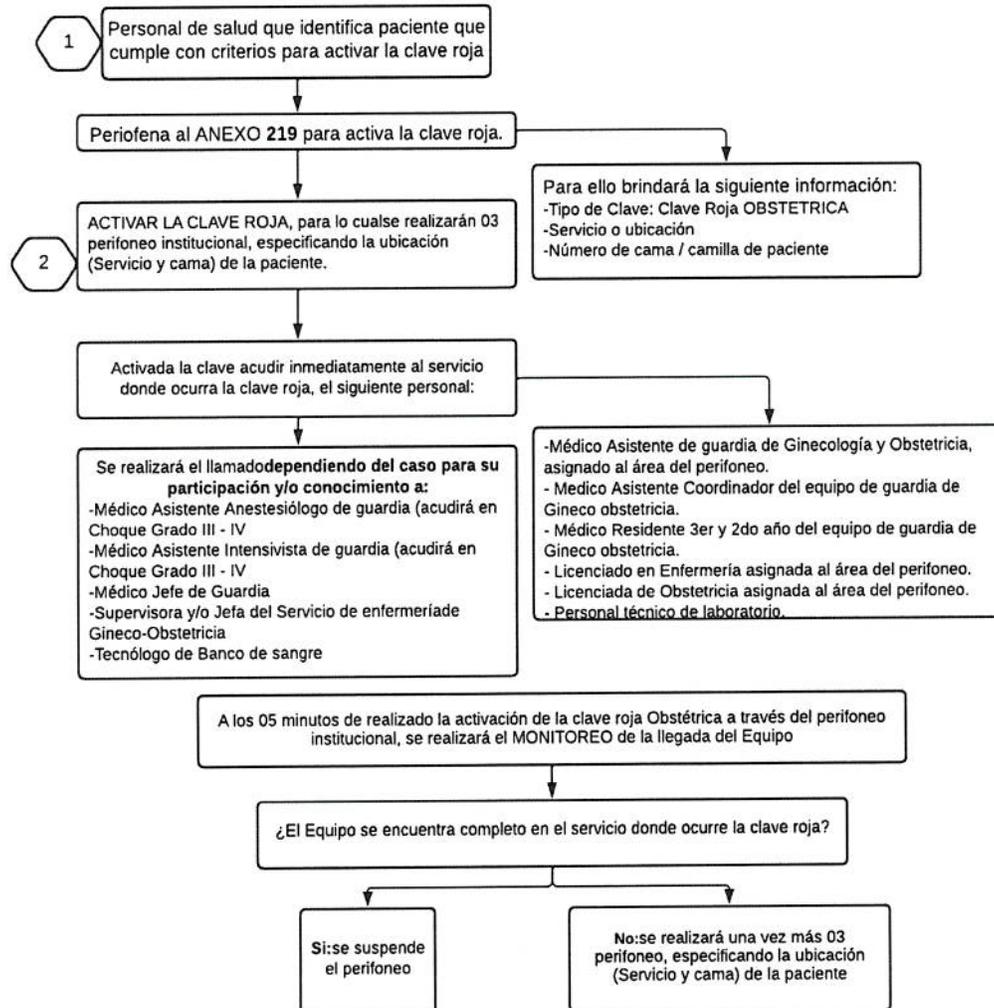
Reporte operatorio en la H.C.
Reporte operatorio en el SIGHOS
Consentimiento informado
Formularios: ordenes de laboratorio, solicitud de requerimiento (hemo componentes), Registro de seguimiento de la clave roja.

ANEXOS (17)

ANEXO N°01

PROCEDIMIENTO DE ACTIVACIÓN DE LA CLAVE ROJA

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



ANEXO N°02
ANEXOS INSTITUCIONALES DEL EQUIPO

SERVICIO		ANEXO	NUMERO
Unidad de Hospitalización de Gineco Obstetricia	Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia (Según servicio donde ocurre la clave roja)	Tópico Emergencia de Gineco Obstetricia:	360
		Unidad control especializado obstétrico (UCEO):	239
		Centro obstétrico:	112
		Unidad de bienestar fetal (UBF):	262
		Hospitalización:	
		Sala B:	358
		Sala G:	246
		Sala C:	251
		Sala D:	280
Servicio de Emergencia	Jefe de Guardia		
	Enfermera Supervisora		988632429
Servicio de Cuidados Críticos	Médico Especialista en Medicina Intensiva		287
Departamento de Anestesiología	Médico Anestesiólogo de guardia		244
Servicio de Apoyo al Diagnóstico y Banco de Sangre	Técnico de laboratorio	Toma de muestra:	238
		Laboratorio de emergencia:	393
Servicio de Cuidados Críticos			287
Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico			244
Servicio de Apoyo al Diagnóstico			238
Banco de Sangre			393

ANEXO 03

LIDER DEL EQUIPO (MEDICO ASISTENTE)

1. Organiza el equipo
2. Con la información de los signos vitales e Índice de Shock clasificará el grado de choque en el que se encuentra la paciente y su evolución en el tiempo de reanimación y reemplazo de volumen
3. Clasifica grado del choque y busca la causa e iniciara tratamiento
4. Previa antisepsia evacua vejiga y coloca zona Foley para medición de excreta urinaria
5. Toma de decisión de traslado o de asumir el caso de acuerdo a la causa y capacidad resolutive de la unidad
6. Ordena la aplicación de fluidos, hemocomponentes y medicamentos
7. Verifica continuamente las funciones de los asistentes y circulante y define cambios a realizar dependiendo de la evolución clínica de la paciente
8. Brindar la información requerida para los familiares o acompañantes a través del circulante
9. Evalúa parámetros de respuesta

ASISTENTE N°01 (MEDICO ASISTENTE)

1. Apertura del kit rojo
2. Se coloca en la cabecera de la paciente
3. Explicar a la paciente brevemente los procedimientos a seguir y brinda confianza
4. Permeabiliza la vía aérea con elevación de mentón en casos de pacientes con alteración del estado de conciencia. Maniobra de elevación de mentón los dedos de una mano se coloca bajo la mandíbula que se jala un poco hacia arriba para llevar el mentón hacia adelante, el pulgar de la misma mano baja el labio inferior para abrir la boca. No se debe sobre extender el cuello
5. Suministra el oxígeno suplementario con mascarilla a 10 litros/minuto o cánula nasal a 4 litros por minuto en caso de no haber mascarilla
6. Reevalúa el estado de choque luego de la infusión de líquidos e informa al líder del equipo
7. Puede colaborar con el líder del equipo en la realización de procedimientos
8. Verifica que se cubra a la paciente para evitar la hipotermia
9. Si la paciente está embarazada con más de 20 semanas de gestación, verifica que este en posición con desviación uterina a la izquierda

ASISTENTE N°02 FIJO- ASISTENTE N°03 (RESIDENTE DE 3ER AÑO/ LICENCIADA)

1. Se coloca a un lado de la paciente
2. Garantizar el acceso de dos vías venosas con catéter N16 o 18, una en cada brazo, (ideal brazo izquierdo medicación brazo derecho hidratación o manejo de fluidos)
3. Verifica la toma muestras sanguíneas en los tres tubos (tapa roja, lila y celeste)
4. Realiza las ordenes de laboratorio (hemoglobina, hematocrito, plaquetas, tp, ttp, fibrinógeno, determinación de grupo sanguíneo Rh, y pruebas cruzadas)
5. Tomar la presión arterial, el pulso, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno y monitoriza eliminación urinaria
6. Registra eventos con tiempos en el formulario de la clave roja
7. En shock severo solicita 2 unidades de glóbulos rojos o Rh-
8. Aplica los líquidos y medicamentos ordenados por el Líder del equipo
9. Puede colaborar con el líder del equipo en la realización de procedimientos

ASISTENTE N°2 CIRCULANTE- ASISTENTE N°03 (RESIDENTE DE 2DO AÑO/ LICENCIADA)

1. Activar al servicio de laboratorio y banco de sangre
2. Verifica los tubos de las muestras sanguíneas
3. Garantiza que las muestras lleguen al laboratorio y que inicie el procesamiento
4. Llama a más personal de acuerdo al requerimiento del líder del equipo
5. Puede ser requerido por el Líder del equipo para asistir en un procedimiento
6. Establece contacto por indicación del Líder del equipo, con la familia para mantenerla informada, y la información la define el líder del equipo
7. Encargado de activar la Red para realizar transferida si el caso lo amerita

ANEXO N°04

TABLA A: INDICE DE CHOQUE HIPOVOLÉMICO



PULSO	PRESION SISTOLICA	INDICE DE CHOQUE
80	100	0.8
80	90	0.9
90	90	1
90	80	1.1
100	90	1.1
110	80	1.4
120	70	1.7

Donde: Mayor de 1 se necesita transfusión sanguínea.

Fuente: Hemorragia Postparto. Donde estamos y hacia dónde vamos? Federación Latinoamericana de Asociaciones de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) 2018

TABLA B: CORRELACIÓN ENTRE PARÁMETROS DE PERFUSIÓN Y SEVERIDAD DEL CHOQUE

GRADO DE CHOQUE	EXCESO DE BASES	INDICE DE CHOQUE	MANEJO
I	≤ -2.0	<0.6	Cristaloides
II	>-2.0 A 6.0	≥ 0.6 a <1	Cristaloides
III	> -6.0 A 10.0	≥ 1 a <1.4	Cristaloides+ Hemoderivados
IV	> 10	≥ 1.4	Cristaloides+ hemoderivados

Fuente: Hemorragia Postparto. Donde estamos y hacia dónde vamos? Federación Latinoamericana de Asociaciones de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) 2018

TABLA C: DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE CHOQUE HIPOVOLÉMICO

GRADO DE CHOQUE	INDICE DE SHOCK (IC) (PULSO/PAS)	PERFUSIÓN	SENSORIO	PULSO	PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (PAS) (mm/Hg)	PERDIDA DE VOLUMEN (%) y ml (PARA MUJER ENTRE 50 - 70Kg)	REPOSICIÓN DE VOLUMEN
Compensado	0.7 - 0.9	Normal	Normal	60 - 90	>90	10 - 15% 500 - 1000ml	
Leve	1 - 1.2	Palidez, frialdad	Normal agitada y/o	91 - 100	80 - 90	16 - 25% 1000 - 1500ml	RETOS DE 500cc EN 5MIN (EVALUAR PULSO/PAS)
Moderado	1.3 - 1.5	Palidez, frialdad, sudoración y llenado capilar < 3"	Agitada	101 - 120	70 - 79	26 - 35% 1500 - 2000ml	DOS PAQUETE GLOBULAR
Severo	>1.5	Palidez, frialdad, sudoración y llenado capilar >3"	Letárgica o inconsciente	>120	< 70	>35% >2000ml	2 PG + 2 PFC + 2 PLAQUETAS + 1 CRIOPRECIPITADO

Fuente: Hemorragia Postparto. Donde estamos y hacia dónde vamos? Federación Latinoamericana de Asociaciones de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) 2018

ANEXO 05- REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE LA CLAVE ROJA

Nombre de la paciente					Número de historia					Fecha de la atención	Día - mes - año			
Hora de ingreso	Hora de activación		Procedencia			Hospitalizada (CO, UCEO, PISO)				Sala/ Piso:		Cama:		
	1° Perifoneo					Emergencia								
	2° Perifoneo					SOP/ UCI								
Coordinador					Retenida (Si / No)									
Asistente 1														
Asistente 2					Banco de sangre		Anestesiólogo		Neonatólogo					
Circulante					Gineco Obstetra				UCE/UCI					
Información general de la paciente	Edad	Condición:		Peso (P)	Código activado por		Nombre							
		1. Gestante (EG)					Cargo							
		2. Intraparto												
		3. Postparto												

Diagnósticos	1.	2.				3.				4.				5.			
	Fase del código	Tiempo cero	Tiempo 1-20 min				Tiempo 20-60 min				Tiempo >60 min				Total		
Estado de choque	Hora evaluación																
	Sensorio																
	Perfusión																
	Pulso (latidos/ min)																
	P/A (mm de Hg)																
	Orina (mL/ hora)																
	Índice de shock (IS)																

HOSPITAL SAN BARTOLOME
 DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA

 Mg. Juan O. Ramirez Cabrera
 Jefe del Dpto. Gineco-Obstetra
 C.M.P. 24474 R.N.E. 14621

agnósticos	1.	2.	3.	4.	5.							
	Fase del código	Tiempo cero	Tiempo 1-20 min				Tiempo 20-60 min				Tiempo > 60 min	Total
Estado de coagulación	Solución salina 0,9%											
	Glóbulos rojos O (negativo)											
	Glóbulos rojos O (positivo)											
	Plaquetas											
	Plasma											
	Crioprecipitado											
	Otros											
Resultados de coagulación	Plaquetas											
	TP/ TPT											
	Fibrinógeno											
	Dímero D											
	Hb/ Hto											
	AGA											

Observaciones- eventos adversos: _____

HOSPITAL SAN BARTOLOME
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA

Mg. Juan O. Ramirez Cabrera
Jefe del Dpto. Gineco-Obstetricia
C.I.P. 24474 RNE 1412

ANEXO N°06

MANEJO MÉDICO AGUDO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO

MEDICAMENTO	DOSIS – VÍA	FRECUENCIA	CONTRAINDICACIONES	EFFECTOS ADVERSOS
Oxitocina	10–40 unidades por 500–1,000 ml- IV	Continua	Raro, hipersensibilidad	Usualmente ninguno. Náuseas, vómitos, hiponatremia con dosis prolongadas
Misoprostol	800 ug via rectal	Dosis única	Raro, hipersensibilidad	Náuseas, vómitos, diarrea , tremor , fiebre (transitoria) dolor de cabeza
Ergometrina	0.2 mg cada 2-4 h IM	Cada 02 a 04 horas Dosis máxima 01 g	Hipertensión, preeclampsia, enfermedad cardiovascular, hipersensibilidad al fármaco.	Náuseas, vómitos, hipertensión severa, particularmente cuando se administra por vía intravenosa

Fuente: Hemorragia Postparto. Donde estamos y hacia dónde vamos? Federación Latinoamericana de Asociaciones de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) 2018.



ANEXO N°07

**DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA – ABRAHAM LUDMIR
GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CLAVE ROJA**

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente _____ H.C.: _____ Edad: _____

He sido amplia y detalladamente informado sobre mi enfermedad por el Médico Tratante:

.....

Siendo _____ mis _____ Diagnósticos:

.....

.....

B. DECLARACION DEL PACIENTE

1. Declaro que se me ha informado amplia, completa y oportuna sobre el diagnóstico que padezco, el tratamiento propuesto para mi enfermedad, las ventajas, los riesgos y posibles consecuencias de este tratamiento, así como las complicaciones y consecuencias del no tratamiento o procedimiento.

Comprendo perfectamente que el procedimiento va a consistir en lo siguiente: (términos sencillos):

.....

.....

Que los beneficios que se espera obtener con la realización de dicho procedimiento son los siguientes:

.....

.....

Y que los posibles riesgos y complicaciones del Procedimiento (reales y potenciales) más importantes son:

.....

.....

Conozco que los principales efectos adversos farmacológicos son los siguientes:

.....

.....

Y que el Pronóstico y recomendaciones posteriores al procedimiento son:

.....

.....

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de (los) este procedimiento, también me han aclarado todas las dudas y se me ha informado los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de tratamiento o procedimiento. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento.

2. Declaro que tengo conocimiento de la enfermedad y de la condición de ésta, y de tener factores de riesgo asociados como son:

.....

..... pueden incrementar el riesgo de complicaciones.

3. Que, al estar plenamente INFORMADO de lo expuesto anteriormente, sin estar bajo presión y en forma voluntaria firmo y otorgo mi consentimiento al médico tratante del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", para proceder con el acto quirúrgico necesario para salvaguardar mi vida; además tengo conocimiento que puedo Revocar el presente documento.
4. Doy mi consentimiento en forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales, físicas y en mi entendimiento libre de coerción o alguna otra influencia indebida y habiendo sido debidamente informado sobre el procedimiento médico quirúrgico a que seré (á) sometido (a) mi representado (a), he procedido a suscribir de puño y letra mi aceptación al proceder para que se me efectúe el procedimiento descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lleven a cabo por lo que firmo el presente Consentimiento Informado.

FIRMA Y/O HUELLA	FIRMA Y/O HUELLA
NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:	NOMBRE DEL FAMILIAR RESPONSABLE:
DNI:	DNI:

FIRMA Y/O HUELLA	
NOMBRE DEL PERSONAL RESPONSABLE DE LA INTERVENCIÓN, PROCEDIMIENTO O ATENCIÓN:	
DNI:	

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____ Don _____ (Doña) _____ identificado(a) con DNI N° _____,

En mi calidad de paciente () Representante Legal del Paciente () en pleno uso de mis facultades mentales y con total conocimiento de los riesgos y peligros de no realizar el tratamiento propuesto por el (los) médico(s) tratante(s), declaro mi revocatoria a mi consentimiento para la realización del procedimiento o intervención quirúrgica eximiendo de toda responsabilidad de las consecuencias de dicha decisión personal a mi médico(s) tratante(s) y al hospital San Bartolomé, de acuerdo a lo establecido en el art. 4° de la ley 26842 Ley General de Salud.

Nombre y Firma del Paciente o Representante Legal
Doc. Identidad:

Hora:
Fecha:

CLÁUSULA DE NO CONSENTIMIENTO

YO, Al firmar la presente cláusula, **DECLARO NO CONSENTIR** voluntaria y plenamente la realización del procedimiento/intervención quirúrgica planteado en el presente documento. Con esta decisión asumo responsablemente los riesgos potenciales que de ella se deriven y exonero de toda responsabilidad al equipo médico y demás profesionales de la salud que venían manejando mi caso, al Centro Quirúrgico, servicio de Anestesiología y al Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

Lima, de del 20.....

FIRMA DEL PACIENTE
O REPRESENTANTE
LEGAL



(HUELLA DIGITAL)
INDICE DERECHO

DNI:.....

*Los analfabetos podrán utilizar su huella digital (dedo índice), en lugar de la firma.
Se exceptúa el Consentimiento Informado en caso de intervenciones de emergencia o la atención de emergencia destinada a enfrentar la situación que pone en peligro inminente la vida o salud del paciente, según lo dispuesto en los artículos 4 y 40 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, respectivamente.*

El Derecho a negarse a recibir o continuar un tratamiento se encuentra contemplado en el Artículo N° 17, del Reglamento de la Ley 29414 que Establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud, aprobado por Decreto Supremo 027 - 2015 - SA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1. Instituto Nacional Materno Perinatal, Ministerio de Salud, Directiva N° 002 DC INMP 2014. Declaratoria de alarma institucional mediante el uso de claves para el manejo de las Emergencias Obstétricas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Resolución Directoral N° 550-2014-DGINMP/MINSA.
2. Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG), Hemorragia postparto. Boletín Práctico del Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG) PostpartumHemorrhage. PracticeBulletinNumber 18 Octubre 2017. Disponible en: <https://condeseo.mx/hemorragia-postparto-boletin-practico-americano-y-nuestros-comentarios-al-respecto/>
3. Ministerio de salud. Directiva administrativa N°193-MINSA-DGSP Metodología para la Mejora del desempeño en base a buenas prácticas para la atención de salud en el primer nivel de atención. Resolución Ministerial N°556-2012- MINSA.
4. Organización mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia postparto. 2014. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf;sessionid=9635DD99B0B49D6B1745CC4EA3C3AAA?sequence=1.
5. Instituto Nacional Materno Perinatal, Ministerio de salud, Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y perinatología: Hemorragia postparto clave roja 2018. Resolución Directoral N° 155-2018-DG-INMP/MINSA.
6. Federación Latinoamericana de Asociaciones de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Hemorragia Postparto. Donde estamos y hacia dónde vamos?2018. p 129. Disponible en: <https://www.flasog.org/static/libros/Hemorragia-Postparto-17-OCTUBRE.pdf>.
7. Guía de Procedimientos para la activación y manejo inmediato de la clave roja en el Hospital de Emergencias “Villa el Salvador”, aprobada el 6 de julio 2021, con RD N°148-2021-DE-HEVES.
8. Int J gynecol Obstet.2022, 157 (suplemento 1) 3 – 50. Recomendaciones FIGO sobre el manejo de la Hemorragia postparto 2022.
9. Perel P, Roberts I. Colloids versus crystalloids for fluid resuscitation in critically ill patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007;(4):CD000567. DOI: 10.1002/14651858.CD000567.pub3.