



---

# ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

---

MADELEINE DIAZ FRANCO  
GERENTE



2025

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

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	28-MAYO-2025
<b>PROTOCOLO PARA HEMORRAGIA POSTPARTO</b>	<b>CÓDIGO:</b>	HNSC-GCC-P-048
	<b>PAGINA</b>	Página 1 de 11

## JUSTIFICACIÓN

En este lineamiento se incluye la atención para las emergencias obstétricas más frecuentes:  
Hemorragia obstétrica posparto.

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

## TALENTO HUMANO

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

## ATENCIONES INCLUIDAS

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

- Hemorragia Obstétrica posparto
- Urgencias y emergencias hipertensivas del embarazo
- Sepsis.

## ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

### Descripción

#### Hemorragia obstétrica posparto

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

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

 E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	 Gobernación del <b>MAGDALENA</b>	<b>VERSION:</b>	02
		<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	28-MAYO-2025
<b>PROTOCOLO PARA HEMORRAGIA POSTPARTO</b>		<b>CÓDIGO:</b>	HNSC-GCC-P-048
		<b>PAGINA</b>	Página 2 de 11

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

‡ Tracción controlada del cordón<sup>1</sup>.

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

### **Tracción.**

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

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

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

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

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

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

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

<sup>1</sup> Tracción controlada de cordón: sólo cuando verifique que el útero esté bien contraído

 E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	 Gobernación del <b>MAGDALENA</b>	<b>VERSION:</b>	02
		<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	28-MAYO-2025
<b>PROTOCOLO PARA HEMORRAGIA POSTPARTO</b>		<b>CÓDIGO:</b>	HNSC-GCC-P-048
		<b>PAGINA</b>	Página 3 de 11

2. Activar código rojo obstétrico cuando la evaluación permita establecer algún grado de choque y notificar al nivel de mayor complejidad.
3. Realizar ABC a la paciente (evalúe y garantice vía aérea permeable, ventilación y circulación).
4. Si se dispone de oximetría de pulso se deberá proporcionar oxígeno suplementario para alcanzar saturación de Oxígeno > 95 %. Si no se dispone de oximetría, administrar oxígeno por cánula nasal a 3 L/minuto.
5. Levantar las piernas de la paciente a 15 grados.
6. Canalizar 2 venas con catéter venoso Nos. 14, 16 o 18, al menos una con catéter 14 o 16.
7. Insertar sonda Foley 14 o 16 F para drenaje vesical.
8. Reanimar con líquidos endovenosos cristaloides (SSN 0.9% o Hartman) preferentemente a 39°C, con bolos iniciales de 500 mL sucesivos titulando cada 5 minutos la respuesta basada en los signos de choque: sensorio conservado, pulso radial presente, presión arterial sistólica mayor de 90 mm Hg y llenado capilar < 3 seg con bolos de 500mL si alguno de los parámetros se encuentra alterado.
9. Evitar la hipotermia con sábanas o mantas precalentadas y la administración de todos los líquidos endovenosos (cristaloides) a 39°C.
10. Aplicar traje antichoque no neumático.
11. Aplicar ácido tranexámico dentro de las primeras 3 horas posteriores al parto, a dosis fija de 1 gr (100 mg/ml) IV a velocidad de 1ml por minuto, con una segunda dosis de 1gr IV si el sangrado continuo después de 30 minutos o si el sangrado reaparece dentro de las 24 horas de aplicada la primera dosis.

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

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

- a) Tono Uterino.
- b) Trauma

 E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	 Gobernación del <b>MAGDALENA</b>	<b>VERSION:</b>	02
		<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	28-MAYO-2025
<b>PROTOCOLO PARA HEMORRAGIA POSTPARTO</b>		<b>CÓDIGO:</b>	HNSC-GCC-P-048
		<b>PAGINA</b>	Página 4 de 11

- c) Tejido
- d) Trombina

a. Tono Uterino (atonía o hipotonía uterina):

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

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

Realizar manejo simultáneo con:

- Administración de 5 UI de Oxitocina por vía IV lenta, mientras se inicia una infusión de 30 UI de Oxitocina diluida en 500 ml de cristaloides para pasar en 4 horas.
- Administración de Ergometrina 0.2 mg por 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.

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

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

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

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

 E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	 Gobernación del <b>MAGDALENA</b>	<b>VERSION:</b>	02
		<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	28-MAYO-2025
<b>PROTOCOLO PARA HEMORRAGIA POSTPARTO</b>		<b>CÓDIGO:</b>	HNSC-GCC-P-048
		<b>PAGINA</b>	Página 5 de 11

- Realice vigilancia continua de signos vitales cada 15-30 minutos (presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria), diuresis horaria y evaluación permanente del tono uterino.
- Garantice permeabilidad de dos (2) venas periféricas en extremidades diferentes con catéter Nos. 14, 16 o 18.
- Asegure y controle el manejo con cristaloides: a mantenimiento 150 cc/hora, o lo necesario para mantener TAS  $\geq$  90 mmHg, sensorio normal y pulso radial firme, e infusión de mantenimiento a 100 mL/h o a 17 gotas/minuto (por macrogotero de 10 gotas = 1 mL) si estas metas son alcanzadas.
- Remita en presencia de transfusión de glóbulos rojos si estos fueron requeridos y están disponibles.
- Evite la hipotermia con uso de sábanas o mantas precalentadas.
- Realice masaje uterino cada 15 minutos.
- Realice masaje bimanual continuo, en caso de presentarse un nuevo episodio de sangrado, realizar masaje bimanual continuo, compresión extrínseca de la aorta y aplique una ampolla intramuscular de Methergin.

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

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

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

c. Tejido. Inversión uterina

- Hacer reposición uterina según indicaciones contenidas en los diagramas de flujo para la atención de emergencias obstétricas.
- Igual manejo de atonía/hipotonía uterina.

 E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	 Gobernación del <b>MAGDALENA</b>	<b>VERSION:</b>	02
		<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	28-MAYO-2025
<b>PROTOCOLO PARA HEMORRAGIA POSTPARTO</b>		<b>CÓDIGO:</b>	HNSC-GCC-P-048
		<b>PAGINA</b>	Página 6 de 11

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

d. Placenta retenida o retención de restos placentarios.

- Hacer extracción manual de la placenta teniendo presente el riesgo potencial de un acretismo placentario.
- Practicar la revisión manual de la cavidad uterina idealmente bajo anestesia.
- Aplicar antibiótico profiláctico IV: Ampicilina o cefalosporina de primera generación 2 g en dosis única o Clindamicina 600 mg + Gentamicina 80 mg (en alergia a la penicilina).

### **INSTRUMENTOS INSUMOS Y DISPOSITIVOS**

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

 <b>E.S.E HOSPITAL</b> NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	 <b>Gobernación del</b> <b>MAGDALENA</b>	<b>VERSION:</b>	02
		<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	28-MAYO-2025
<b>PROTOCOLO PARA HEMORRAGIA POSTPARTO</b>		<b>CÓDIGO:</b>	HNSC-GCC-P-048
		<b>PAGINA</b>	Página 7 de 11

## CLASIFICACIÓN DE CHOQUE Y EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA

Pérdida de volumen (%) y ml para una mujer entre 50-70 Kg	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión Arterial Sistólica (mm/Hg)	Grado de choque	Trasfusión
10 - 15% 500 - 1000 mL	Normal	Normal	60-90	>90	Compensado	Usualmente no requerida
16 - 25% 1000 - 1500 mL	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve	Posible
26-35% 1500 - 2000 mL	Agitada	Palidez, frialdad, Más sudoración	101-120	70-79	Moderado	Usualmente requerida
35% 2000 mL	Letárgica o inconsciente	Palidez, frialdad, Más sudoración y llenado capilar > 3 segundos	> 120	< 70	Severo	Trasfusión Masiva probable

 E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	 Gobernación del <b>MAGDALENA</b>	<b>VERSION:</b>	02
		<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	28-MAYO-2025
<b>PROTOCOLO PARA HEMORRAGIA POSTPARTO</b>		<b>CÓDIGO:</b>	HNSC-GCC-P-048
		<b>PAGINA</b>	Página 8 de 11

<b>Párametros de evaluación</b>	<b>Rápida respuesta</b>	<b>Respuesta transitoria</b>	<b>No Respuesta</b>
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

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	28-MAYO-2025
<b>PROTOCOLO PARA HEMORRAGIA POSTPARTO</b>	<b>CÓDIGO:</b>	HNSC-GCC-P-048
	<b>PAGINA</b>	Página 9 de 11

## Contenido del Kit de Emergencia obstétrica para instituciones de baja complejidad

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

**FUENTE:** Resolución número 3280 de 2018

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

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

### MEDICIÓN DE ADHERENCIA A LA GUÍA MÉDICA:

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

### ACTUALIZACIÓN

A nivel institucional cada cuatro años.

 E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	 Gobernación del <b>MAGDALENA</b>	<b>VERSION:</b>	02
		<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	28-MAYO-2025
<b>PROTOCOLO PARA HEMORRAGIA POSTPARTO</b>		<b>CÓDIGO:</b>	HNSC-GCC-P-048
		<b>PAGINA</b>	Página 10 de 11

## BIBLIOGRAFIA

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

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

 E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	 Gobernación del <b>MAGDALENA</b>	<b>VERSION:</b>	02
		<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	28-MAYO-2025
<b>PROTOCOLO PARA HEMORRAGIA POSTPARTO</b>		<b>CÓDIGO:</b>	HNSC-GCC-P-048
		<b>PAGINA</b>	Página 11 de 11

**Proyectado por:**

**OMAR RICARDO MEDINA RAMIREZ**

Técnico área de la salud - calidad  
 28-MAYO-2025.

**Revisado por:**

**YESENIA FIGUEROA CAMARGO**

Profesional apoyo coordinación medica  
 28-MAYO-2025.

**Aprobó:**

**MADELEINE DIAZ FRANCO**

Gerente E.S.E.  
 28-MAYO-2025

**“GESTION Y CONTROL DE LA CALIDAD”**

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

**28-MAY-2025.**

**27-MAY-2019.**