

1.1 ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

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

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

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.

1.1.1 Objetivos

Reducir la probabilidad de morir a causa de las principales complicaciones durante el embarazo parto y posparto.

1.1.2 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 resolutive, 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.

1.1.3 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.

1.1.4 Descripción

1.1.4.1 Hemorragia obstétrica posparto

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

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

- Administrar oxitocina 10 UI por vía intramuscular como medicamento de elección para profilaxis durante el alumbramiento en mujeres que tengan parto por vía vaginal.
- Cuando exista un acceso venoso permeable, puede administrarse oxitocina 5 UI o 10 UI en infusión lenta diluida en 10 ml de cristaloides en un tiempo no inferior a 3 minutos.
- Se recomienda el uso de 600 mcg de misoprostol por vía sublingual para profilaxis durante el alumbramiento cuando la oxitocina no esté disponible. No se recomienda la administración por vía intrarectal.
- Tracción controlada del cordón¹.
- Realizar pinzamiento de acuerdo con los criterios definidos en la sección de alumbramiento.
- Verificar cada 15 minutos que el útero esté contraído.

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.
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.

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

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 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 (+).

En caso de sospecha de coagulopatía (PTT prolongados o INR > 1.5) y si existe disponibilidad, considere la transfusión temprana de plasma fresco congelado (PFC) en una de relación de 1 unidad de PFC por cada 1.5 unidades de Glóbulos Rojos Empaquetados (GRE).

Se debe indicar 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).

Si no se dispone de sangre, remita una vez haya realizado las medidas iniciales de reanimación y para tratar la causa de acuerdo con la nemotecnia de las 4T:

- a) Tono Uterino.
- b) Trauma
- c) Tejido
- d) Trombina

a) Tono Uterino (atonía o hipotonía uterina):

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

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

Realizar manejo simultáneo con:

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

- 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.
- 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).

1.1.4.2 Manejo de las urgencias y emergencias hipertensivas del embarazo

En primera instancia se considerará a toda gestante con criterio de hipertensión debe ser remitida como urgencia a un nivel superior de complejidad donde se puedan estudiar la afectación en órgano blanco y manejar las complicaciones maternas y fetales.

a) Preeclampsia severa

Se define como cuadro clínico en el que hay hipertensión relacionada con el embarazo (un embarazo ≥ 20 semanas o en las primeras 4 semanas del puerperio con Tensión Arterial Sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o diastólica mayor o igual a 90 mmHg), y además alguno criterio de severidad:

- TAS ≥ 160 mmHg y/o TAD ≥ 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 de 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: se debe realizar examen físico completo, incluyendo evaluación de vitalidad fetal por auscultación o empleo de doppler fetal, además:

- i. Asegurar 2 accesos venosos con catéter 16 o 18.

- ii. 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.
- iii. Colocar sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16).
- iv. Iniciar cristaloides 1 cc/kg/h (como volumen total administrado incluido el goteo de sulfato de magnesio).
- v. Iniciar sulfato de magnesio ampollas al 20% x 10 ml (2 g):
 - a. Impregnación: 2 ampollas + 150 mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4 g).
 - b. 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.
- vi. Se deberá ajustar la dosis según monitorización de reflejos osteotendinosos, gasto urinario, sensorio y frecuencia respiratoria.
- vii. En caso de toxicidad por sulfato de magnesio aplique 1 gramo endovenoso de gluconato de calcio en 10 minutos.
- viii. Si la TAS \geq 150 mmHg y/o TAD \geq 100 mmHg (pero TAS < 160 mmHg /TAD < 110 mmHg) inicie terapia antihipertensiva: Si la TAS \geq 150 y/o TAD \geq 100 mmHg (pero < 160/110) inicie terapia antihipertensiva:
 - i. Nifedipino tabletas x 30 mg 1 tableta VO cada 8 horas o tabletas x 10 mg 1 tableta VO cada 6 horas.
- ix. Tome exámenes de laboratorio: hemograma con recuento de plaquetas, pruebas hepáticas (lactato deshidrogenasa LDH, transaminasas AST y ALT) y creatinina.

b) Crisis hipertensiva

Se define como un caso en el que durante el embarazo o el puerperio presente TAS \geq 160 mmHg y/o TAD \geq 110 mmHg en una toma con o sin síntomas premonitorios de eclampsia. Ante esta situación se deberá:

- i. Realizar examen físico completo, incluyendo evaluación de vitalidad fetal por auscultación o empleo de doppler fetal.
- ii. Asegurar 2 accesos venosos con catéter 16 o 18.
- iii. 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.
- iv. Colocar sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16).
- v. Iniciar cristaloides 1 cc/kg/h (como volumen total administrado incluido el goteo de sulfato de magnesio).
- vi. Iniciar manejo antihipertensivo de inmediato hasta lograr TAS entre 140 - 150 mmHg y TAD entre 90 - 100 mmHg,
 - a. Labetalol ampollas de 100 mg/20cc: 20 mg (4 cc) endovenosos cada 20 minutos, y si no hay respuesta aumentar a 40 mg (8 mL), luego a 80 mg (16 mL) hasta dosis acumulada de 300 mg/día. Dejar en terapia de mantenimiento con: Nifedipino cápsulas o tabletas x 10 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 6 horas o Nifedipino cápsulas o tabletas x 30 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 8 horas.
 - b. Si se dispone de Hidralazina, se puede usar como medicamento de primera línea en bolo IV de 5 mg. Cada 20 minutos Si con la dosis de 20 mg IV no hay respuesta, debe pasarse a otro antihipertensivo.
 - c. Nifedipina cápsulas o tabletas de 10 mg cada 20 minutos por 3 dosis y luego 10 mg cada 6 horas. Si no se dispone de vía venosa.

- d. Inicie maduración pulmonar fetal con betametasona 12 mg IM cada 24 horas si edad gestacional es de 26 a 34 semanas.
 - e. Si no se alcanza control de cifras tensionales se deberá remitir a la mujer, al mayor nivel de complejidad de acuerdo con las condiciones de la paciente.
- vii. Inicie sulfato de magnesio ampollas al 20%-10 ml (2 g) de la siguiente forma:
- i. Impregnación: 2 ampollas + 150 mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4 g) y continuar.
 - ii. 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.
- viii. Tomar exámenes de laboratorio: hemograma con recuento de plaquetas, pruebas hepáticas (lactato deshidrogenasa LDH, transaminasas AST y ALT) y creatinina.

c) Eclampsia

Se define como un caso de gestante con embarazo de 20 semanas o más o en las primeras tres semanas del puerperio con criterios de trastorno hipertensivo del embarazo que presenta convulsión o coma.

En este caso se deberá:

Iniciar 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 (4 g) 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.

En presencia de crisis hipertensiva iniciar manejo antihipertensivo de inmediato, hasta lograr TAS entre 140 - 150 mmHg y TAD entre 90 - 100 mmHg con:

- a. Labetalol ampollas de 100 mg/20cc: 20 mg (4 cc) endovenosos cada 20 minutos, y si no hay respuesta aumentar a 40 mg (8 mL), luego a 80 mg (16 mL) hasta dosis acumulada de 300 mg/día. Dejar en terapia de mantenimiento con: Nifedipino cápsulas o tabletas x 10 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 6 horas o Nifedipino cápsulas o tabletas x 30 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 8 horas.
- b. Si se dispone de Hidralazina, se puede usar como medicamento de primera línea en bolo IV de 5 mg. Cada 20 minutos Si con la dosis de 20 mg IV no hay respuesta, debe pasarse a otro antihipertensivo.
- c. Nifedipina cápsulas o tabletas de 10 mg cada 20 minutos por 3 dosis y luego 10 mg cada 6 horas. Si no se dispone de vía venosa.
- d. Inicie maduración pulmonar fetal con betametasona 12 mg IM cada 24 horas si edad gestacional es de 26 a 34 semanas.
- e. Si no se alcanza control de cifras tensionales se deberá remitir a la mujer, al mayor nivel de complejidad de acuerdo con las condiciones de la paciente.

Ante la ausencia de crisis hipertensiva se deberá garantizar manejo antihipertensivo con:

- Nifedipina cápsulas o tabletas de 10 mg 1 VO cada 6 horas o Nifedipina tabletas de 30 mg 1 VO cada 8 horas.

Una vez estabilizada la paciente, se remitirá a un nivel superior que garantice la atención por especialista tanto a la madre como al neonato. El traslado se realizará en ambulancia con profesional de medicina o de enfermería o paramédico que:

- Vigile continuamente los 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 %satO₂ > 95 si se dispone de oximetría de pulso o a 3Lt/minuto por cánula nasal.
- Evalúe continuamente la presencia de síntomas premonitorios o de encefalopatía hipertensiva. Así mismo que controle y registre diuresis horaria.
- Aplique protocolo de crisis hipertensiva, si TAS ≥ 160mmHg y/o TAD ≥ 110mmHg.
- 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, si presenta episodio convulsivo (eclampsia),

1.1.4.3 Sepsis y choque séptico

Además de la definición de SIRS, se tendrá en cuenta la definición de **SEPSIS**. Para esto se adopta el uso de las escalas qSOFA y SOFA² de la siguiente manera:

- Se diagnostica **Sepsis probable** con la presencia de **DOS O MAS** de los criterios de qSOFA:
 - o Estado de conciencia alterado, definido como una puntuación en la escala de Glasgow ≤ 13
 - o Frecuencia respiratoria ≥ 22 x minuto
 - o Presión arterial sistólica ≤ 100 mmHg

Un qSOFA positivo (≥ 2) obliga la búsqueda por medios clínicos y paraclínicos de la presencia de disfunción de uno o más órganos usando la escala SOFA:

Escala de SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment)

	0	1	2	3	4
Respiratorio PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	>400	<400	<300	<200	<100
Coagulación Plaquetas 10 ³ /mm ³	>150	<150	<100	<50	<20
Hepático Bilirrubina (mg/dL)	<1,2	1,2-1,9	2,0-5,9	6,0-11,9	>12,0
	PAM ≥ 70 mmHg	PAM ≤ 70 mmHg	Dopamina <5ug/kg/min o	Dopamina 5,1-15	Dopamina >15 ug/kg/min o

² Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score

Cardiovascular Presión arterial			Dobutamina (Cualquier dosis)	ug/kg/min o Epinefrina ≤ 0,1 ug/kg/min o Norepinefrina ≤ 0,1 ug/kg/min	Epinefrina > 0,1 ug/kg/min o Norepinefrina > 0,1 ug/kg/min
Sistema Nervioso Central Escala de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal Creatinina o flujo urinario	<1,2	1,2-1,9	2,0-3,4	3,5-4,9 <500	>5,0 <200

Una puntuación de SOFA ≥ 2 refleja un riesgo de mortalidad global de aproximadamente un 10% en la población general y es definido como **SEPSIS confirmada**.

Choque séptico:

Se define como Sepsis asociada a signos de hipoperfusión (lactato $>2\text{mmol/L}$) e hipotensión (TAS $< 90\text{mmHg}$ o TAM $< 65\text{mmHg}$) que no revierte con la administración de una reanimación inicial de cristaloides de 30mL/kg administrados en bolos de 300mL cada 15 minutos.

Si al momento de la evaluación hay criterios de sepsis o choque, realice las siguientes intervenciones de ser posible en los tiempos específicos aquí descritos desde el momento del diagnóstico:

Hora 0.

1. Momento en el triage de urgencia o cuando se hace el diagnóstico del proceso infeccioso y de la sepsis. Si viene remitida de otra institución, este momento lo determinará la presencia en la historia clínica de criterios de sepsis.

Hora 1.

2. Evalúe permeabilidad de la vía aérea.
3. Suministre suplemento de oxígeno: si dispone de oximetría de pulso proporcione oxígeno suplementario para alcanzar $\% \text{satO}_2 \geq 95$. Si no dispone, administre oxígeno por cánula nasal a 3Lt/minuto .
4. Canalice 2 venas con catéter venoso No. 16 o 18.
5. Coloque sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16) para vigilancia de gasto urinario.
6. Inicie manejo con líquidos endovenosos (preferiblemente Hartman): bolos de 300mL cada 15 minutos para mantener TAM $\geq 65\text{mmHg}$ y sensorio normal, y continuar aporte de mantenimiento a 1cc/kg/h de acuerdo con respuesta clínica y metas alcanzadas.

7. Inicie antibiótico: Ampicilina/Sulbactam endovenosos 3g (o el antibiótico que se defina institucionalmente en el comité de infecciones). en la primera hora y continúe según protocolo de la institución local o de referencia.
8. Proporcione protección gástrica: Ranitidina ampollas x 50mg 1 ampolla endovenosa cada 12h u Omeprazol ampollas x 20mg 1 ampolla endovenosa cada 12h.
9. Toma de paraclínicos: hemograma, PCR, Hemocultivos x 2, 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 choque se deberá:

Movilizar equipo de emergencia, asegurar respuesta rápida de equipo multidisciplinario e iniciar inmediatamente acciones de supervivencia que incluyen:

1. Reanimar guiado por los siguientes parámetros como meta:
 - a. Lactato sérico $\leq 2\text{mmol/L}$
 - b. TAM $\geq 65\text{mmHg}$.
2. Iniciar antibiótico de amplio espectro en la primera hora, previa toma de muestras para cultivos.
3. Identificar y controlar foco infeccioso.
4. Evaluar permeabilidad de la vía aérea y suministrar suplemento de oxígeno: si dispone de oximetría de pulso proporcione oxígeno suplementario para alcanzar %satO₂ > 95. Si no dispone, administre oxígeno por cánula nasal a 3Lt/minuto. En caso de Glasgow < 9, con pobre protección de la vía aérea o insuficiencia respiratoria realice intubación orotraqueal y ventilación mecánica.
5. Canalizar 2 venas con catéter venoso No. 16 o 18.
6. Realizar paso de catéter venoso central bilumen, si se requiere la colocación de medicamentos vasopresores, esto si tiene experiencia y disponibilidad de este.
7. Colocar sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16) para vigilancia de gasto urinario.
8. Iniciar manejo con líquidos endovenosos (Hartman): bolos de 300mL cada 15 minutos para mantener TAM $\geq 65\text{mmHg}$ y sensorio normal; continuar aporte de mantenimiento a 1cc/kg/hr de acuerdo con la respuesta clínica y las metas alcanzadas.
9. Si la TAM persiste < 65mmHg después de un adecuado reto de líquidos (30mL/kg en bolos de 300mL cada 15 minutos), se sugiere iniciar cuanto antes infusión de agentes vasoactivos: Norepinefrina a 35 mcg/minuto que se va incrementando cada 5 minutos hasta alcanzar la meta (TAM $\geq 65\text{mmHg}$) o una dosis de 90 mcg/min.
10. Iniciar antibiótico empírico en la primera hora de reconocimiento del diagnóstico de la Sepsis de acuerdo con el foco sospechado, generalmente con PiperacilinaTazobactam 4.5 gramos endovenosos cada 6 horas (o el antibiótico que se defina institucionalmente en el comité de infecciones). Esta indicación debe revalorarse cada 12 horas hasta que se tenga reporte de los cultivos para definir continuidad de este o su suspensión si se descarta infección.
11. Proporcionar protección gástrica: Ranitidina ampollas x 50mg 1 ampolla endovenosa cada 12h u Omeprazol ampollas x 20mg 1 ampolla endovenosa cada 12h.
12. Tomar paraclínicos: hemograma, PCR, hemocultivos, cultivos locales según etiología del probable foco, pruebas hepáticas y renales, glucometrías cada 4h,

gases arteriales y ácido láctico. Este último se debe medir nuevamente si el valor inicial (**hora 0**) está elevado (Lactato sérico $\geq 2\text{mmol/L}$), entre las 3-6 horas para identificar el logro de las metas durante la reanimación.

13. Manejar terapia antitrombótica con Heparina en el nivel de mayor complejidad.

1.1.5 Instrumentos insumos y dispositivos

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

El contenido del Kit de emergencia obstétrica básico se presenta en el anexo 7.

