RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD Nº37 -GCPS-ESSALUD-2021

Lima, 18 JUN. 2021

VISTA:

La Nota Nº 341 -GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2021 con el Informe N° 214 -GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2021 de la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con lo establecido en el Numeral 1.2 del artículo 1º de la Ley Nº 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud – ESSALUD, tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, en el literal e) del artículo 2° de la Ley Nº 27056 se establece como una de las funciones de ESSALUD, formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que, en el Plan Estratégico Institucional 2020-2024, se establece como segundo objetivo estratégico de ESSALUD, "Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades";

Que, mediante la Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 656-PE-ESSALUD-2014, se aprueba la Nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD y modificatorias, cuyo Texto Actualizado y concordado fue aprobado con la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 y sus modificatorias;

Que, el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD, establece en el artículo 158° que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud es el órgano de línea encargado de elaborar, proponer, monitorear y evaluar el cumplimiento de las políticas, normas y estrategias relacionadas con la atención integral de salud que se brindan a los usuarios a través de las IPRESS propias, de terceros y otras modalidades, así como en salud ambiental, seguridad y salud en el trabajo y medicina complementaria, en el marco de las normas sectoriales;

Que, el literal a) del mismo artículo establece que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud tiene por función formular, proponer, aprobar cuando corresponda al ámbito de su competencia y evaluar las políticas, normas, modelos, prioridades sanitarias y estrategias para la atención de salud de los asegurados a través de la oferta fija y flexible y otras modalidades, así como los criterios de evaluación de resultados e impacto de las intervenciones sanitarias;

Que, mediante Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 78-GCPS-ESSALUD-2013, se aprueba la Directiva N° 01-GCPS-ESSALUD-2013 "Norma para Regular los Comités y Comisiones Técnicas que se constituyan en la Gerencia Central de Prestaciones de Salud", se establece las disposiciones y procedimientos para conformar y regular los Comités y Comisiones Técnicas de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud;

V°B° M. MASCARO C. Sub-Gerente

V°B° Dra. T. PAREDES Q. Gerente

V°B° J. SERIDA M. Gerente Central

EsSalud

BICENTENARIO PERÚ 2021

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"
"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD Nº 37 -GCPS-ESSALUD-2021

Que, conforme al Reglamento de Organización y Funciones es competencia de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud formular y aprobar documentos técnicos normativos de prevención, promoción y rehabilitación de salud;

Que, resulta necesario aprobar el Documento Técnico propuesto por la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud denominado Documento Técnico: "Manual del sistema de alarma de emergencias obstétricas mediante la activación de claves en el Seguro Social de Salud - ESSALUD", con el objeto de mejorar la calidad de la atención en el manejo estandarizado de las emergencias obstétricas, de acuerdo con la normatividad vigente y según niveles de capacidad resolutiva en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) de las Redes Prestacionales/Asistenciales de EsSalud.

Estando a lo expuesto y en uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR**, el Documento Técnico: "Manual del Sistema de Alarma de Emergencias Obstétricas mediante la activación de claves en el Seguro Social de Salud - ESSALUD", que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

2. **DISPONER**, que la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud se encargue de la difusión y asesoría técnica del documento técnico, aprobado por la presente Resolución, de acuerdo a su competencia.

3. **ENCARGAR**, a la Gerencia Central de Operaciones, contribuir al cumplimiento de la implementación del presente Documento Técnico, en el marco de sus funciones.

4. **ENCARGAR,** a la Oficina de Apoyo y Seguimiento de la GCPS remita a la Secretaría General el presente documento técnico para su publicación en el compendio normativo del Seguro Social -EsSalud.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

M. MASCARO C.
Sub-Gerente

Dra. T. PAREDES Q.
Gerenta

Dr. JORGE SERIDA MORISAKI
GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
ESSALUD

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES
DE SALUD Nº 37 -GCPS-ESSALUD-2021

MANUAL DEL SISTEMA DE ALARMA DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS MEDIANTE LA ACTIVACION DE CLAVES EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

	Nombre	CARGO	V°B°
Elaborado por	Marco Mascaró Collantes	Subgerente de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias	
Revisado por	Tania Paredes Quiliche	Gerente de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud	
Aprobado por	Jorge Serida Morisaki	Gerente Central de Prestaciones de Salud	

ÍNDICE

	Pág.
CAPITULO I: DISPOSICIONES INICIALES	3
CAPITULO II: RESPONSABILIDADES	7
CAPITULO III: DISPOSICIONES	
DISPOSICIONES GENERALES	9
DISPOSICIONES ESPECIFICAS	9
CAPITULO IV: DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS	30
ANEXOS	31

VºBº M. MASCO D. C. Sub-Gerente - Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GPNAIS - ESSALUD
VºBº Dra T. PAREDES Q. Gerente - Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GPNAIS - ESSALUD

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES INICIALES

ARTÍCULO 1. OBJETO

Mejorar la calidad de la atención en el manejo estandarizado de las emergencias obstétricas de acuerdo con la normatividad vigente y según niveles de capacidad resolutiva en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) de las Redes Prestacionales/Asistenciales de ESSALUD.

ARTÍCULO 2. FINALIDAD

Contribuir a mejorar los procesos de atención de las emergencias obstétricas para disminuir la morbimortalidad materna y perinatal en el Seguro Social de Salud - ESSALUD.

ARTÍCULO 3. MARCO NORMATIVO

3.1 Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.

3.2 Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud – ESSALUD y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-97-SA y sus ampliatorios y modificatorias.

3.3 Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud – ESSALUD y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 002-99-TR, y sus modificatorias.

3.4 Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley general de salud Nº 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos.

3.5 Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2019-SA.

3.6 Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA que aprueba la NTS N°042-MINSA/DGSP V.01 "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia".

3.7 Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA que aprueba la "Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva y sus 10 anexos".

3.8 Resolución Ministerial N° 539-2009/MINSA, que aprobó la NT N° 031-MINSA/DGSP V.01 "Documento Técnico: Modelo de intervención para mejorar la Disponibilidad, Calidad y Usos de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales".

3.9 Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS Nº 021-MINSA-/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".

3.10 Resolución Ministerial N° 853-2012/MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria Nº 001-MINSA/DGSP-V.02 Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud.

3.11 Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna" y sus modificatorias.

3.12 Resolución Ministerial N° 206-2017/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva en situaciones de emergencia y/o desastres en el sector salud.

3.13 Resolución Ministerial Nº 245-2020-MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria Nº 97-MINSA/2020/DGIESP. "Directiva Sanitaria para la Prevención y Atención de la Gestante y del Recién Nacido con Riesgo o infección por COVID-19.

3.14 Resolución Ministerial Nº450-2021-MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria Nº 131-MINSA/2021/DGIESP "Directiva Sanitaria para la atención en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva durante la pandemia por la COVID-19".

3.15 Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 656-PE-ESSALUD-2014, que aprueba la Nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD y modificatorias, cuyo Texto Actualizado y concordado fue aprobado con la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 y sus modificatorias.

3.16 Resolución de Gerencia General N°69-GG-ESSALUD-2001 Directiva N° 002-GG-ESSALUD-2001 "Normas para la Atención de los pacientes en los Servicios de Emergencia de EsSalud".

3.17 Resolución de Gerencia General N° 587-GG-ESSALUD-2010 Directiva N° 011-GG-ESSALUD-2010 "Normas para la Organización, Implementación y Funcionamiento de la Central de Urgencias y Emergencias en ESSALUD".

3.18 Resolución de Gerencia General N° 464-GG-ESSALUD-2011, que aprueba la Directiva N°10-GG-ESSALUD-2011, "Normas para la Organización y Funcionamiento del Sistema de Emergencias y Urgencias del Seguro Social de Salud – ESSALUD" y su modificatoria.

3.19 Resolución de Gerencia General N° 1471-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva Nº 18-GG-ESSALUD-2013 Definición, características y funciones generales de los establecimientos de salud del Seguro Social de Salud (ESSALUD).

3.20 Resolución de Gerencia General N°1008-GG-ESSALUD-2014, que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 012-GG-ESSALUD-2014, "Programación de las Actividades Asistenciales de los Profesionales y No Profesionales del Seguro Social de Salud - ESSALUD".

3.21 Resolución de Gerencia General N° 900-GG-ESSALUD-2016, que aprueba el Plan Cuidado de la Salud Materna y Perinatal en ESSALUD 2016-2021.

3.22 Resolución de Gerencia General N° 1553-GG-ESSALUD-2020, que aprueba Directiva de Gerencia General Nº 21-GCPP-GG-ESSALUD-2020 V.01 "Norma para la formulación, evaluación, aprobación y actualización de documentos normativos y técnicos- orientadores en ESSALUD"

3.23 Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N" 80-GCPS-ESSALUD-2013, que aprueba la Guía de Práctica Clínica Basada en Evidencias "Clave azul: Enfermedad hipertensiva del embarazo".

3.24 Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N" 81-GCPS-ESSALUD-2012, que aprueba la Guía de Práctica Clínica Basada en Evidencias "Clave roja: Hemorragia de la segunda mitad del embarazo y postparto".

3.25 Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 86-GCPS-ESSALUD-2017, que aprueba la Directiva Nº 002-GCPS-ESSALUD-2017 "Atención Integral de la Salud Materna en las etapas Preconcepcional, Embarazo, Parto y Puerperio en ESSALUD".

3.26 Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud Nº 18-GCPS-ESSALUD-2020, que aprueba el Documento Técnico "Manejo de la gestante y del recién nacido COVID-19".

3.27 Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud Nº 29-GCPS-ESSALUD-2020, que aprueba el Documento Técnico "Salud Materna en el contexto de la pandemia por COVID-19 en ESSALUD".

3.28 Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud Nº 39-GCPS-ESSALUD-2020, que aprueba el Documento Técnico "Atención del parto vertical con enfoque de interculturalidad en ESSALUD".

ARTÍCULO 4. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento técnico es de aplicación y cumplimiento en todas las Redes Asistenciales/Prestacionales, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Seguro Social de Salud-ESSALUD; propias, de terceros o bajo modalidad de Asociación Público-Privada (APP), de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en el contrato suscrito.

ARTÍCULO 5. DEFINICIONES

5.1 **Alarma:** Es la presencia de un evento adverso o emergencia interna. Se dará la alarma respectiva mediante uso de altavoces, sistema de perifoneo, teléfonos móviles, redes sociales por grupos de interés (WhatsApp) e incluso hasta la sirena de la ambulancia, a partir de la cual se efectuarán inmediatamente las acciones de respuesta respectiva.

5.2 **Alarma Obstétrica:** Es la presencia de un evento médico grave durante el embarazo, parto o puerperio, que compromete la vida de las usuarias que acuden a las IPRESS.

5.3 **Atonía uterina**: Incapacidad del útero para contraerse adecuadamente después del nacimiento del producto.

5.4 **Clave Obstétrica:** Es un sistema de "roles y funciones" que permiten la comunicación efectiva y el trabajo coordinado. El sistema de respuesta rápida o claves obstétricas, están conformados por profesionales de la salud capacitados en estas claves que en un accionar coordinado buscan prevenir la muerte materna.

5.5 **Clave Roja Obstétrica:** Alarma y respuesta inmediata ante el daño identificado de shock hipovolémico por causa obstétrica en las IPRESS.

5.6 **Clave Azul Obstétrica**: Alarma y respuesta inmediata ante el daño identificado de enfermedad hipertensiva del embarazo con signos de severidad y las complicaciones agudas que deriven de esta; en gestantes o puérperas en las IPRESS.

5.7 Clave Amarilla Obstétrica: Alarma y respuesta inmediata ante el daño identificado de sepsis severa y shock séptico en gestantes o puérperas en las IPRESS.

5.8 Capacidad resolutiva de una IPRESS: Es la capacidad que tienen las IPRESS de producir el tipo de servicios necesarios de acuerdo con su nivel, para responder y/o solucionar las diversas necesidades de salud de la gestante y del recién nacido en forma oportuna e integral. Se mide considerando: Estructura (Recursos humanos y materiales), Procesos (Procedimientos para cumplir las actividades de las funciones obstétricas y neonatales) y Resultados (Indicadores de resultado por cada actividad de las funciones obstétricas y neonatales).

5.9 Equipo de salud de respuesta inmediata: Según nivel de capacidad resolutiva, personal médico y no médico, programado y de guardia en las IPRESS, que acuden de manera inmediata a la declaratoria de emergencia (activación de las claves obstétricas).

5.10 Eclampsia: Convulsiones que aparecen en una mujer embarazada o puérpera que se asocian a la pre eclampsia.

5.11 Hemorragia posparto (HPP): Pérdida de sangre que supera los 500 ml en un parto vaginal y los 1000 ml en un parto por cesárea. Para fines clínicos, toda pérdida de sangre con posibilidad de producir inestabilidad hemodinámica debe considerarse una HPP.

5.12 Hipertensión en el embarazo: Presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y / o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg, con base en el promedio por lo menos de 2 mediciones, tomadas al menos con 15 minutos de diferencia, utilizando el mismo brazo.

5.13 Hipertensión severa en el embarazo: Presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y/o presión arterial diastólica ≥ 110 mmHg, con base en el promedio por lo menos de 2 mediciones, tomadas al menos con 15 minutos de diferencia, utilizando el mismo brazo.

5.14 Índice de Shock: resultado de dividir la frecuencia cardíaca de la paciente entre la presión sistólica, esto ayuda a identificar pacientes con hemorragia obstétrica importante que pueden beneficiarse con una transfusión de sangre oportuna

5.15 Perifoneo Institucional: mecanismo de alarma permanente solicitado a la central telefónica, y propalado por altoparlante durante las 24 horas para las áreas asistenciales y administrativas de las IPRESS.

5.16 Pre eclampsia con criterios de severidad: Trastorno hipertensivo del embarazo con afectación de órgano blanco.

5.17 Proteinuria gestacional: Presencia de proteínas séricas en la orina.

5.18 Sepsis: Complicación que tiene lugar cuando el organismo produce una respuesta inmunitaria desbalanceada, anómala, frente a una infección. La sepsis es una urgencia médica y si no se diagnostica y trata de forma temprana, puede ocasionar daño irreversible a los tejidos, choque séptico, insuficiencia orgánica múltiple y poner en riesgo la vida.

5.19 Síndrome HELLP: Es una complicación de la pre eclampsia - eclampsia, que se caracteriza por hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetas bajas.

5.20 Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica obstétricamente modificada: Es un síndrome que se caracteriza por la presencia de dos o más de las siguientes variables:

- Temperatura oral <36° C o ≥ 38° C
- Frecuencia cardíaca > 110 latidos por minuto y sostenida durante 15 minutos
- Frecuencia respiratoria > 24 respiraciones por minuto y sostenida durante 15 minutos
- Recuento de glóbulos blancos > 15.000 / mm3 o <4.000 / mm3 o > 10% de neutrófilos inmaduros (bandas).

(Propuesta por California Maternal Quality Care Collaborative para reducir tanto los falsos positivos como casos falsos negativos).

5.21 Shock séptico: Síndrome multisistémico caracterizado por alteraciones celulares y circulatorias originado por un proceso infeccioso.

5.22 Sistemas de Alerta Temprana (Early Warning Systems): Herramienta potencial para reducir la morbimortalidad materna, basados en la identificación de signos clínicos anormales (signos de alarma) para generar una respuesta médica rápida y efectiva.

CAPÍTULO II: RESPONSABILIDADES

ARTÍCULO 6. El Gerente/Director de la Red Prestacional/Asistencial, Gerente de Servicios Prestacionales del nivel I y II, o quien haga sus veces son responsables de:

6.1 Planificar, controlar y evaluar en el ámbito de su competencia las acciones y estrategias para la implementación y cumplimiento del presente documento técnico a nivel de la Red Prestacional /Asistencial.

6.2 Gestionar los requerimientos administrativos y logísticos para asegurar la activación de las Claves Obstétricas en las IPRESS en forma oportuna, así como implementar estrategias para evitar desabastecimiento.

6.3 Gestionar en coordinación con las áreas correspondientes, la implementación de los procesos para la atención de las emergencias obstétricas en la red y mantener su operatividad.

ARTÍCULO 7. El Gerente/ Director de la IPRESS, y su equipo de gestión son responsables de:

7.1 En el ámbito de sus competencias, dirige, planifica, controla, organiza y ejecuta las acciones para la activación de las Claves Obstétricas, de acuerdo a las características y necesidades de la demanda de la IPRESS.

7.2 En coordinación con la Red Prestacional/Asistencial de Red, determina la brecha de recursos humanos.

7.3 Programar acciones para mejorar las competencias del personal de salud en la atención de emergencias obstétricas de acuerdo con su perfil (capacitación, organización de simulacros, evaluación de desempeño, análisis de casos y mejora de la calidad).

7.4 Supervisar y monitorizar el desarrollo de la implementación de la activación de las Claves Obstétricas en la IPRESS.

7.5 Disponer las medidas necesarias (suministro, dispensación y manejo) para la activación del sistema de alarma de las emergencias obstétricas, cuenten con los insumos, productos farmacéuticos y dispositivos médicos en forma oportuna.

ARTÍCULO 8. Jefe de Departamento Gineco-Obstetricia/ Jefe del Departamento Materno Infantil/ Jefe de Servicio de Gineco Obstetricia/ Jefe del Servicio Médico Quirúrgico o su equivalente.

8.1 Realiza la programación del personal competente, en la atención de las emergencias obstétricas.

8.2 A partir del II y III nivel de atención, realiza las coordinaciones para la activación de las Claves Obstétricas en los servicios de emergencia, hospitalización, sala de partos y centro quirúrgico.

8.3 Realiza la coordinación con los jefes de los servicios de Emergencia, Centro quirúrgico, Unidad de cuidados intensivos, Banco de sangre y laboratorio o quien haga de sus veces, para la implementación de la activación de las Claves Obstétricas en las IPRESS.

8.4 Retroalimenta periódicamente al personal de salud de la IPRESS, realiza 03 simulacros de activación de claves obstétricas al año.

ARTÍCULO 9. Jefe de Servicio de Gineco Obstetricia/ Jefe del Servicio Médico Quirúrgico o su equivalente.

9.1 Programa y supervisa las actividades de atención en los Servicios y áreas de emergencia, Hospitalización, Centro obstétrico de acuerdo con el nivel de atención, relacionadas a las emergencias obstétricas

9.2 Implementa y supervisa que se desarrollen las actividades de simulación y análisis de la activación de las Claves Obstétricas.

9.3 Supervisa el cumplimiento de las buenas prácticas de desempeño y de los indicadores establecidos en la activación de las claves obstétricas para la atención de las emergencias en las gestantes y puérperas.

CAPÍTULO III: DISPOSICIONES

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 10. Las IPRESS implementan el sistema de alarma institucional para las emergencias obstétricas mediante la activación de las claves, según su capacidad resolutiva, para lo cual deben desarrollar:

10.1 Acordar un sistema de activación consensuado: perifoneo, altavoz, alarma o timbre y comunicar a todo el equipo de la IPRESS, buscando la mejor forma para que no provoque caos en el resto de pacientes y familiares.

10.2 Asegurar que todos los profesionales de la IPRESS cuenten con una capacitación previa a su implementación.

10.3 Proveer y verificar si la IPRESS posee todos los dispositivos médicos y medicamentos para conformar los kits de emergencias obstétricas.

10.4 Verificar si la IPRESS puede manejar las Claves Obstétricas y definir los roles de cada profesional de salud, según su nivel de atención.

10.5 Realizar simulaciones periódicas, análisis de resultados y actividades de mejora continua. Todo personal de salud que atiende a gestantes y puérperas tiene que estar en capacidad de activar las Claves Obstétricas y de participar activamente en su desarrollo.

10.6 Las IPRESS deben contar con los Kits de emergencias obstétricas vigentes en las áreas críticas de atención de las gestantes y puérperas.

10.7 A nivel de la red funcional materna se deben agilizar las referencias de las emergencias obstétricas estableciendo un sistema de comunicación consensuada para su activación a nivel de la red, coordinando y comunicando oportunamente a las IPRESS de mayor resolución y estableciendo una cadena de comunicación entre las jefaturas de las IPRESS.

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

ARTÍCULO 11. De los procesos de activación de claves y del equipo de respuesta inmediata según nivel de complejidad:

La alarma obstétrica se activa en las IPRESS, luego de la evaluación y diagnóstico del caso obstétrico en las áreas críticas, ante los siguientes problemas:

a. Clave Roja Obstétrica: Shock hemorrágico de causa obstétrica.
b. Clave Azul Obstétrica: Enfermedad hipertensiva del embarazo con signos de gravedad en gestantes o puérperas.
c. Clave Amarilla Obstétrica: Sepsis, Shock séptico relacionado a infección durante el embarazo, parto o puerperio.

Una vez identificado el evento el responsable de declarar la alarma será el profesional que identifique el caso de emergencia obstétrica.

El responsable de declarar la alarma, mediante el sistema de activación consensuado difunde el sistema de Alarma Obstétrica, utilizando la palabra: Clave Roja Obstétrica, Clave Azul Obstétrica o Clave Amarilla Obstétrica, de acuerdo al caso, identificando a la unidad de atención de salud donde se origina la misma.

El Médico Jefe de guardia, así como el equipo de salud de respuesta inmediata, al escuchar la activación institucional de la Clave Obstétrica; acuden al área respectiva de forma inmediata.

Luego de la evaluación y diagnostico respectivo, el profesional responsable del área donde se originó la alarma obstétrica (coordinador):

a. Asigna las funciones preestablecidas al personal del área (Equipo de respuesta inmediata)
b. Determina el tratamiento médico (UCI - UVI) o quirúrgico (Sala de Operaciones) a la emergencia obstétrica detectada, programando el equipo de salud de acuerdo al caso para su manejo resolutivo en relación al daño obstétrico detectado.
c. Determina la referencia de ser necesario.

11.1 Equipo de respuesta inmediata, de acuerdo al nivel de capacidad resolutiva y nivel de atención, está conformado por:

Nivel I: Médico cirujano, enfermera y/o, obstetriz/obstetra.

Nivel II – III:

- Médico Gineco-Obstetra: Determina el tratamiento y conducta a seguir, según la Guías de Práctica Clínica (GPC).
- Médico Anestesiólogo: Si la conducta es quirúrgica realizar las coordinaciones para el ingreso a sala de operaciones (SOP) en el menor tiempo posible.
- Jefe de Emergencia: Identificar el caso y optimizar la estructura y procesos administrativos.
- Médico Intensivista de guardia, médico internista o médico general: De requerir manejo por UCI – UVI, o ingreso a UCI - UVI, realizar las coordinaciones para su ingreso oportuno.
- Obstetriz/obstetra - Enfermera (asignada a la unidad): Aplicar el tratamiento indicado.
- Personal de laboratorio clínico y servicio de transfusión: Toma de muestras para laboratorio y provisión de sangre- donante universal Grupo O, Rh (-)
- Técnicos de enfermería (asignados a la unidad)

11.2 De la organización de los recursos: El equipo de respuesta ante la activación de la clave estará conformado de acuerdo a la disponibilidad y demanda de la IPRESS y su nivel de complejidad.

I- Primer nivel de atención: 2 personas

II-III Segundo y tercer nivel de atención: 2 a 4 personas

Cada miembro del equipo tendrá funciones específicas y se los designará como:

a. Coordinador (a)
b. Asistente 1
c. Asistente 2
d. Circulante

ARTÍCULO 12: ACTIVACIÓN DE LA CLAVE ROJA OBSTÉTRICA

12.1 Criterio para activar la clave roja: Pérdida de cualquier volumen de sangre que cause signos de hipovolemia y/o inestabilidad hemodinámica en la paciente:

a. Índice de shock anormal: > 0.9
b. Diagnóstico de Shock hipovolémico:

TABLA Nº 1

CLASIFICACIÓN DEL SHOCK HIPOVOLÉMICO					
Pérdida de volumen (%) y ml para una mujer entre 50-70 kg	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión arterial sistólica (mm/hg)	Grado del shock
10-15% 500-1000 ml	Normal	Normal	60-90	>90	COMPENSADO
16-25% 1000 ml -1500 ml	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	LEVE
26-35% 1500 - 2000 ml	Agitada	Palidez, frialdad más sudoración	101-120	70-79	MODERADO
>35% >2000ml	Letárgica o Inconsciente	Palidez, frialdad más sudoración y llenado capilar > 3 segundos	>120	<70	SEVERO

Fuente: OMS-OPS

12.2 Organización del Equipo de respuesta rápida:

Coordinador: Deberá ser un profesional de la salud capacitado en Claves Obstétricas, encargado de liderar al grupo. Esta persona debe estar ubicada en la parte inferior del cuerpo de la paciente a nivel de la pelvis (útero). Sus funciones son:

1. Organizar el equipo y verificar continuamente las funciones de los asistentes y del circulante. Definir conductas a seguir, dependiendo de la evolución clínica de la paciente.
2. Determinar con la información de los signos vitales, el grado de choque en el que se encuentra la paciente y su evolución, en el tiempo de reanimación y reemplazo de volumen.
3. Buscar la causa de hemorragia e iniciar tratamiento. (Pasos por etapas para el manejo de la emergencia obstétrica por hemorragia)
4. Tomar la decisión de traslado o de asumir el caso de acuerdo a la causa y capacidad resolutiva de la IPRESS.

5. Ordenar la administración de fluidos, hemoderivados (dependiendo de la disponibilidad) y medicamentos.
6. Evacuar vejiga previa antisepsia y colocar catéter urinario para control de diuresis.
7. Brindar la información requerida para los familiares o acompañantes a través del circulante.
8. Evaluar los parámetros de respuesta.

Asistente 1: Profesional de la salud que se encuentre identificado y capacitado en Claves Obstétricas, se colocará en la cabecera de la paciente y realizará las siguientes funciones:

1. Explicar brevemente los procedimientos a seguir y brindar confianza a la paciente.
2. Verificar permeabilidad de vía área.
3. Tomar la presión arterial, la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno y monitoriza la diuresis y registrar en formato de monitoreo.
4. Suministrar oxígeno suplementario para conseguir saturación mayor a 90 %.
5. Registrar eventos con tiempos en la historia clínica.
6. Reevaluar el estado de shock luego de la infusión de líquidos e informar al coordinador del equipo.
7. Colaborar con dicho coordinador en la realización de procedimientos.
8. Cubrir a la paciente para evitar la hipotermia.
9. Verificar que la paciente esté en posición con desviación uterina a la izquierda, si está embarazada con más de 20 semanas de gestación.

Asistente 2: Profesional de la salud que se encuentre identificado y capacitado en Claves Obstétricas, se colocará **a un lado de la paciente** y realizará las siguientes funciones:

1. Abrir el Kit de Clave Roja.
2. Garantizar el acceso de dos vías venosas con catéter N° 16 o 18, una en cada brazo. (Ideal brazo izquierdo medicación y brazo derecho hidratación o manejo de fluidos)
3. Tomar muestras sanguíneas en los tres tubos (tapa roja, lila y celeste), según disponibilidad.
4. Administrar líquidos, hemoderivados (según disponibilidad) y medicamentos ordenados por el coordinador del equipo.
5. Colaborar con el **coordinador** en la realización de procedimientos.
6. Realizar la prueba de coagulación junto a la cama.

Circulante: Personal de salud que se encuentre identificado y capacitado en claves obstétricas para realizar las siguientes funciones:

1. Activar al servicio de laboratorio y medicina transfusional, según disponibilidad.
2. Marcar los tubos de las muestras sanguíneas y realizar las órdenes de laboratorio.
3. Garantizar que las muestras lleguen al laboratorio y que se inicie el procesamiento.
4. Llamar a más personal de acuerdo al requerimiento del coordinador del equipo.

5. Asistir al coordinador del equipo en un procedimiento.
6. Establecer contacto con la familia de la paciente para mantenerla informada, y la información la define el coordinador del equipo.

Laboratorio- Banco de Sangre: Dispone las 24 horas del día de 2 unidades de sangre Grupo O, Factor Rh negativo (en su defecto Grupo O, Rh positivo) para el manejo del shock hipovolémico. El personal de laboratorio de guardia/turno acudirá al servicio donde se declara la alerta para tomar las muestras de los análisis solicitados, y entregar los resultados en el menor tiempo posible. Al escuchar la alerta de clave roja obstétrica debe acudir al servicio llevando las 2 unidades para su uso inmediato y con los insumos necesarios para realizar pruebas cruzadas para posteriores transfusiones de ser necesario.

12.3 Manejo:

Tiempo Cero: se debe realizar de manera rápida y ordenada:

1. Cuantificar el sangrado de ser posible.
2. Clasificar el grado de choque: ausente, leve, moderado o severo.
3. Determinar el índice de shock.
4. Laboratorio óptimo: perfil de coagulación (TP, TPTP, TC, TS), hemoglobina/hematocrito, fibrinógeno.

Primera Fase: Tiempo de 1 a 20 minutos. Sangrado de 500 a 1000 cc, con índice de shock de 0.9 y un tiempo de sangrado menor a 10 minutos.

Reanimación y diagnóstico: determinar la etiología de la hemorragia para poder tratamiento adecuado. Evaluar las 4 T (tono, trauma, tejido y trombina).

La acción inicial está destinada a la reposición rápida de volumen.

Control de la Vía Aérea, la respiración y la Circulación (A, B, C).

1. Verificar vía aérea permeable.
2. Suministrar O2 100%, 4 a 10 litros/minuto. Mantener saturación 95%.
3. Elevación de miembros inferiores 30° o posición de Trendelemburg.
4. Colocar 2 accesos venosos calibre 14, 16 o 18.
5. Iniciar infusión de fluidos: colocar 500 ml de cristaloides calientes y continuar con bolos de 300 a 500 cc de acuerdo con la respuesta hemodinámica de la paciente.
6. Inicio de drogas uterotónicas: *
    a. Oxitocina: a 40 U diluidas en 500 ml de cristaloides (para pasar en 4 horas a 125 ml/hora) (nivel de evidencia 1).
    b. Ergometrina ampolla. x 0,2 mg: 1 ampolla IM (nivel de evidencia 1).
    c. Misoprostol 800 mcg, vía intrarrectal o sub lingual de acuerdo a estado de conciencia de la paciente.
7. Colocar Ácido tranexámico 1gr: 1 ampolla EV lento, puede repetirse a los 30 minutos dependiendo de la evolución de la paciente.

8. Masaje uterino bimanual.
9. Compresión externa de aorta.
10. Tomar muestras de sangre: Pruebas cruzadas, Hemograma y otras
11. Monitoreo continuo de Frecuencia Cardiaca (FC), Presión Arterial (PA), oximetría de pulso: ideal cada 5 minutos, monitor multiparámetros.
12. Diuresis horaria con sonda vesical.
13. Definir necesidad de transfusión, pruebas cruzadas
14. Evitar la hipotermia: uso de mantas térmicas, mantas precalentadas, bolsas de agua tibia y cristaloides tibios.
15. Mantener informada a la familia.
16. Reevaluar a la paciente buscando los siguientes signos de respuesta hemodinámica:
    a. Pulso que se estabiliza (FC menor de 90 latidos por minuto).
    b. Presión arterial en aumento (PAS >100 mm de Hg).
    c. Mejoría del estado mental (menor confusión y ansiedad).
    d. Gasto urinario en aumento (> 30 ml por hora).

Segunda Fase: Tiempo 20 a 60 minutos. Sangrado entre 1000 a 1500 cc, no mayor de 20 minutos, con índice de shock entre 0.9 a 1.3. Fase de estabilización.

1. Mantener la reposición de líquidos necesarios para mejorar la perfusión y recuperación hemodinámica.
2. Mantener O2 100% 4 a 10 litros/minuto con saturación 95%.
3. Evitar hipotermia.
4. Auscultar pulmón para detectar sobrecarga de volumen.
5. Colocación de Balón intra intrauterino o similares.
6. Uso de traje anti shock no neumático (de contar con dicho recurso).
7. Monitoreo de los signos de perfusión como estado de conciencia, llenado capilar, frecuencia cardiaca (FC), presión arterial (PA) y diuresis.
8. Solicitar gases arteriales, ácido láctico y fibrinógeno.
9. Comunicar que se tenga preparada sala de operaciones (SOP) ante cualquier eventualidad.
10. Continuar con los fármacos uterotónicos de la fase I.
11. Segunda dosis de ácido tranexámico.
12. Banco de sangre: se debe iniciar transfusión inmediata de 2 unidades de sangre sin cruzar Grupo O Rh negativo. Si no está disponible se puede usar Grupo O RH positivo y solicitar las unidades adicionales cruzadas. Si se transfunden 6 unidades o más de glóbulos rojos, se debe mantener la relación 1:1:1, por cada unidad de glóbulos rojos se debe administrar 1 unidad de plasma y 1 unidad de plaquetas.

Una resucitación adecuada requiere la evaluación continua de la respuesta mediante la vigilancia de los signos clínicos y los controles seriados hematológicos, bioquímicos y metabólicos.

Tercera Fase: Tiempo 60 minutos. Manejo avanzado. Sangrado mayor a 1500 cc, con un índice de shock mayor a 1.3 y un tiempo de sangrado de más de 20 minutos.
Si después de una hora continúa el sangrado y la hipoperfusión se debe sospechar la instalación de coagulación intravascular diseminada (CID).

1. Solicitar la participación de clínico y hematólogo, reevaluar valores de coagulación para manejo adecuado de la coagulación intravascular diseminada (CID).
2. Para el tratamiento quirúrgico asegurar plaquetas superiores a 50.000/ml. Histerectomía de emergencia.
3. Usar plasma fresco congelado si tiempo de protrombina (TP) y tiempo de tromboplastina parcial (KPTT) son 1.5 mayor a valor inicial y/o crio precipitados.
4. Iniciar transfusión masiva (reanimación hemostática).
5. Evaluar estado ácido-base, gases en sangre, iono grama y la oxigenación.
6. Mantener monitoreo de criterios clínicos de shock.

12.4 Consideraciones Generales:

1. **Identificar los factores de riesgo**: El diagnóstico de shock hipovolémico, puede ser muy sencillo en etapa avanzada o casos extremos, pero pasa desapercibido y ser no diagnosticado en sus fases iniciales, por lo cual se debe identificar los factores de riesgo de toda gestante/puérpera y registrarse en la historia clínica para estar prevenidos.

2. **Criterios para la transfusión de sangre oportuna:**
   a. Grado compensado: usualmente no requiere
   b. Grado leve: posiblemente se requiera
   c. Grado moderado: usualmente requerida
   d. Grado severo: Probable transfusiones masivas

3. **Determinar el índice de shock**: Resulta de dividir la frecuencia cardíaca de la paciente entre la presión sistólica, esto ayuda a identificar pacientes con hemorragia obstétrica importante que pueden beneficiarse con una transfusión de sangre oportuna.
   Los valores del índice de shock son:
   a. Normal: de 0.5 a 0.9, por los cambios fisiológicos del embarazo.
   b. Anormal: mayor a 0.9.
   c. Si es mayor de 1.3 es indicativo de transfusión masiva.

ARTÍCULO 13: CLAVE AZUL OBSTÉTRICA

El manejo de la Clave Azul es fundamental para disminuir la morbimortalidad materna, por Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, la que constituye la primera causa de mortalidad materna directa en EsSalud.

13.1 Criterios para activar la Clave Azul:

- Pre eclampsia con criterios de severidad (ver tabla 2)
- Eclampsia
- Síndrome HELLP
- Rotura hepática

TABLA N° 2

Criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco en pre eclampsia.

Se describen los criterios para la clasificación de pre eclampsia con signos de severidad. Basta con uno de los parámetros para que se realice el diagnóstico.

Parámetro	Hallazgos
Presión arterial	PA >= 160/110 mmHg*
Plaquetas	Trombocitopenia <100 000/ mc litro
Función hepática	Elevación de las enzimas hepáticas (el doble de lo normal) y/o dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen o a nivel epigástrico que no cede a la medicación y que no se explica con otro diagnóstico.
Función Renal	Insuficiencia renal progresiva, creatinina sérica > a 1.1 mg/dl o el doble de las concentraciones séricas de creatinina basal en ausencia de enfermedad renal.
Integridad pulmonar	Edema pulmonar (no atribuible a otras causas)
Función neurológica	Afectación visual (visión borrosa, escotomas, diplopía, fotofobia, etc.) y/o neurológica (hiperreflexia tendinosa, cefalea persistente, agitación psicomotriz, alteraciones sensoriales, confusión. etc.)

* teniendo como base el promedio de por lo menos 2 mediciones, tomadas al menos con 15 minutos de diferencia, utilizando el mismo brazo PAS: Presión arterial sistólica; PAD: Presión arterial diastólica; mmHg: milímetros de mercurio.

Fuente: American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Hypertension in Pregnancy, author. Hypertension in pregnancy / developed by the Task Force on Hypertension in Pregnancy. Includes bibliographical references. ISBN 978-1-934984-28-4. I. American College of Obstetricians and Gynecologists, issuing body. II. Title. [DNLM: 1. Hypertension, Pregnancy-Induced—Practice Guideline. WQ 244] año 2013

13.2 Organización del equipo:

Coordinador (a): Deberá ser un profesional de la salud capacitado en Claves Obstétricas, encargado de liderar al grupo.

Sus funciones son:

1. Organizar el equipo y verificar continuamente las funciones de los asistentes y del circulante.
2. Definir conductas a seguir dependiendo de la evolución clínica de la paciente.

3. Evaluar el estado de la paciente con la información de los signos vitales cada 15 minutos.
4. Valorar los criterios de severidad.
5. Valorar el bienestar fetal.
6. Tomar la decisión de traslado o de asumir el caso de acuerdo a la capacidad resolutiva del establecimiento de salud.
7. Ordenar la aplicación de los medicamentos y fluidos.
8. Brindar la información requerida para los familiares o acompañantes a través del circulante.
9. Valorar signos de toxicidad por la administración de medicamentos.

Asistente 1: El profesional de la salud que se encuentre identificado y capacitado en Claves Obstétricas para realizar las siguientes funciones:

1. Explicar brevemente a la paciente los procedimientos a seguir y brindar confianza.
2. Si la paciente se encuentra convulsionando, realiza medidas de protección y permeabilidad de vía aérea.

   a. Permeabilizar la vía aérea con elevación de mentón en casos de pacientes con alteración del nivel de conciencia, lateralizarla de ser posible.
   b. Maniobra de elevación de mentón, los dedos de una mano se colocan bajo la mandíbula que jalando un poco hacia arriba lleva 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.

3. Suministrar oxígeno suplementario para conseguir saturación mayor a 93 %. A 8 -10 litros/minuto.
4. Revaluar el estado de la paciente luego de la administración de medicamentos e informar al coordinador del equipo.
5. Colaborar con el coordinador del equipo en la realización de procedimientos.
6. Cubrir a la paciente para evitar hipotermia.
7. Verificar que la paciente esté en posición con desviación uterina a la izquierda (Esto no aplica en posparto).
8. Registrar en la historia clínica eventos con tiempos.

Asistente 2: Profesional de salud que se encuentre identificado y capacitado en claves obstétricas, se colocará a un lado de la paciente y realizará las siguientes funciones:

1. Abrir el KIT DE CLAVE AZUL
2. Tomar la presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno, y en un inicio proteinuria en tira si amerita. Además, monitorizar la diuresis.
3. Garantizar el acceso de dos vías venosas con catéter N° 16 o N° 18, una en cada brazo.

4. Tomar muestras sanguíneas en los tres tubos (tapa roja, lila y celeste) según disponibilidad.
5. Evacuar la vejiga previa antisepsia y colocar catéter urinario para medición de diuresis.
6. Aplicar los líquidos y medicamentos ordenados por el coordinador del equipo.
7. Colaborar con el coordinador del equipo en la realización de procedimientos.

Circulante: Personal de la salud que se encuentre identificado y capacitado en Claves Obstétricas, se colocará al lado izquierdo de la gestante, sin embargo, su posición puede variar según las necesidades del coordinador del equipo.

1. Marcar los tubos de las muestras sanguíneas y realizar las órdenes de laboratorio.
2. Garantizar que las muestras lleguen al laboratorio y que se inicie el procesamiento, según disponibilidad.
3. Garantizar que los profesionales de imagen del establecimiento de salud acuden para la realización de exámenes al lado de la cama, según disponibilidad.
4. Llamar a más personal de acuerdo al requerimiento del coordinador del equipo.
5. Asistir al coordinador del equipo en un procedimiento.
6. Establecer contacto con la familia de la paciente para mantenerla informada, y la información la define el coordinador del equipo.
7. Activar la Red para realizar la transferencia si el caso lo amerita.
8. Llenar el formulario para transferencia, si el caso lo amerita.

13.3 Manejo según nivel de complejidad:

TABLA Nº 3

CLAVE AZUL

Acciones a realizar	**I-Nivel**	**II-Nivel**	**III-Nivel**
1. Identifique a la paciente con signos de gravedad. (tabla)	x	x	x
2. Activar la RED para transferir a la paciente a un establecimiento de mayor complejidad.	x	x	
3. Si la paciente se encuentra convulsionando, realice medidas de protección y permeabilidad de vía aérea.(elevación del mentón y lateralización)	x	x	x
4. Active la CLAVE AZUL y conforme el equipo de acuerdo a la disponibilidad.	x	x	x
5. Realice examen físico completo que incluya signos vitales completos, especialmente la presión arterial.	x	x	x
6. Realice evaluación de la vitalidad fetal con auscultación o Doppler fetal si dispone.	x	x	x

7. Asegure vía aérea: proporcione oxigeno suplementario para conseguir saturación mayor a 93%. Si requiere aspire secreciones. Considere uso de mascarilla laríngea en las siguientes circunstancias: - Si no recupera estado de conciencia pos convulsivo - Si presenta vómito y convulsiones - Si tiene una escala de Glasgow menor a 9	X	X	X
8. Asegure dos accesos venosos con catéter N° 16, N° 18 o N° 20.	X	X	x
9. Coloque catéter urinario con bolsa de recolección.	X	X	X
10. Inicie impregnación con sulfato de magnesio: - Pre eclampsia: 4 g IV en 15 - 20 minutos. - Eclampsia: 6 g IV en 15 - 20 minutos.	X	X	X
11.Continuar con mantenimiento de sulfato de magnesio: Pre eclampsia: 1g / hora en infusión continua Eclampsia: 2g / hora en infusión continua	X	X	X
12. En caso de toxicidad por el sulfato de magnesio, aplicar gluconato de calcio al 10%, 1 g por vía intravenosa en 10 minutos.	X	X	X
13. Iniciar terapia antihipertensiva si PAS ≥ 160 mmHg y PAD ≥ 110mmHg o según signos de severidad: - Nifedipino: 10 mg vía oral cada 20 o 30 minutos según respuesta. o Labetalol (1amp=20ml=100mg). Posología: iniciar la medicación con un bolo EV lento (1-2 minutos) de 20mg. Repetir al cabo de 20 minutos si no se controla la PA doblando la dosis (40, 80, 100 mg). No sobrepasar los 200 mg). Seguir con perfusión continua (dosis comprendida entre 50-400 mg/6h). Si la PA no se controla se puede doblar la perfusión cada 15 minutos hasta llegar a una dosis máxima de 600 mg/6h, aunque con dosis >300 mg/6h se aconseja asociar Nifedipino antes de aumentar perfusión Labetalol. Dosis máxima diaria: 2400 mg = 600mg/6h. Efectos secundarios: bradicardia fetal. En prematuros se ha de alejar el máximo posible del nacimiento. Contraindicaciones: insuficiencia cardíaca congestiva, bradicardia materna <60 latidos/minuto y asma.	X	X	X
14. En caso de convulsiones recurrentes: adicionar un bolo de 2g de sulfato de magnesio en 20 minutos, aumentar la infusión a 2-3 g/hora. No se debe exceder la administración de 8g del sulfato de magnesio como dosis de impregnación, incluidos los bolos adicionales en caso de convulsiones persistentes.	X	X	X
15. Si posterior al bolo de sulfato persisten las convulsiones administrar: Diazepam 5 a 10 mg intravenoso cada 5 a 10 minutos a una velocidad ≤ a 5 mg/min y la dosis máxima de 30 mg.	X	X	X

VºBº M. MASCARO C. Sub-Gerente - Gerencia de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias - GPAS - ESSALUD
VºBº Dra. T. PAREDES Q. Gerente - Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GCPS - ESSALUD

16. Administrar maduración fetal si es un embarazo entre las 24 y 33 semanas 6 días.	X	X	X
17. Revalorar a la paciente cada 15 minutos: Control y registro de signos vitales (PA, FC, FR, SatO2, nivel de conciencia), frecuencia cardiaca fetal y reflejos osteotendinosos - Control y registro de diuresis - Asegurar el suministro de oxígeno suplementario. En caso de eclampsia con mascara facial. - Evaluar continuamente la presencia de signos de gravedad	X	X	X
18. Evaluar el resultado de exámenes para descartar o diagnosticar Síndrome HELLP y valorar bienestar fetal para considerar finalización de la gestación, de acuerdo al nivel de atención.		X	X
Exámenes de laboratorio complementarios: - Si tiene disponibilidad: proteinuria en tira, biometría hemática completa. - Biometría hemática con recuento de plaquetas. - Creatinina, área, ácido úrico, bilirrubinas, transaminasas (TGO, TGP), LDH y frotis sanguíneo. - Proteinuria en tira, relación proteinuria/creatinina en orina al azar	X	X	X
Pruebas de bienestar fetal: - Registro cardiotocográfico - Ecografía obstétrica y Doppler fetal, de acuerdo al caso.		X	X

13.4 Consideraciones Generales:

Impregnación de sulfato de magnesio:

- Pre eclampsia con signos de severidad: 20 ml de sulfato de magnesio al 20% (4 gr) + 80 ml de solución isotónica, pasar a 300 ml/hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclísis en 20 minutos (4 gr en 20 minutos).

- Eclampsia: 30 ml de sulfato de magnesio al 20% (6 gr) + 70 ml de solución isotónica, pasar a 300 ml/hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclísis en 20 minutos (4 gr en 20 minutos).

Mantenimiento del uso de sulfato de magnesio:

- Pre eclampsia con signos de severidad: 50 ml de sulfato de magnesio al 20%(10gr) + 450 ml de solución isotónica, pasar a 50 ml/hora en bomba de infusión o 17 gotas /minuto con equipo de venoclísis (1 gr/hora)

- **Eclampsia:** 100 ml de sulfato de magnesio al 20%(10gr) + 400 ml de solución isotónica, pasar a 50 ml/hora en bomba de infusión o 17 gotas /minuto con equipo de venoclísis (2 gr/hora)

a. Preparación y administración de sulfato de magnesio en pre eclampsia.

El uso de sulfato de magnesio en el posparto puede provocar riesgo de hipotonía o atonía uterina por lo que se recomienda utilizar oxitócicos profilácticos.

b. Sistemas de clasificación del síndrome HELLP.

TABLA Nº 4

Clase HELLP	Clasificación Mississippi	Clasificación de Tennessee
1	Plaquetas < 50,000/ml	Plaquetas < 100,000/ml
	AST o ALT > 70UI/L	AST o ALT > 70UI/L
	LDL > 600UI/L	LDL > 600UI/L
2	Plaquetas 50,000 - 100,000/ml	No Aplica
	AST o ALT > 70UI/L	
	LDL > 600UI/L	
3	Plaquetas 100,000 - 150,000/ml	No Aplica
	AST o ALT > 40UI/L	
	LDL > 600UI/L	
Parcial/Incompleto	No aplica	Pre-eclampsia severa + 1 de los criterios de laboratorio para HEELP

*La clasificación de Missisipi divide al síndrome HELLP en tres grupos de acuerdo al conteo de plaquetas.

**La clasificación Tennessee define al HELLP como completo o verdadero si está presentes todos los criterios de laboratorio, mientras que lo define como incompleto si en una paciente con pre eclampsia severa solo se manifiesta uno de los criterios de laboratorio.

*Ante la presencia de náusea, vómito o dolor epigástrico debe sospecharse del síndrome HELLP. Del 12 al 18 % de pacientes diagnosticadas con síndrome HELLP son normo tensas, y el 13 % no presenta proteinuria, por lo que se debe considerar este síndrome en las pacientes que carecen de los hallazgos clásicos de pre eclampsia.

Fuente: Protocolos Medicina Materno fetal /Hospital Clínic- Hospital Sant Joan De Déu- Universita De Barcelona. www.medicinafetalbarcelona.org. Hipertensión y Gestación. Junio 2020

TABLA Nº 5

Manejo del síndrome HELLP

Acciones a realizar	Primer Nivel	Segundo Nivel	Tercer Nivel
Identifique a la paciente con signos y síntomas sugestivos de Síndrome HELLP	x	x	x
Administrar sulfato de magnesio	x	x	x
La transfusión de plaquetas se realizará de acuerdo al cuadro clínico de la paciente y deberá ser manejada de acuerdo a los criterios establecidos		x	x

Fuente: PROTOCOLOS MEDICINA MATERNOFETAL. HOSPITAL CLÍNIC- HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU-UNIVERSITAT DE BARCELONA.www.medicinafetalbarcelona.org. Hipertensión y Gestación. junio 2020

TABLA Nº 6

Indicaciones para la transfusión plaquetaria en pacientes previo al parto o cesárea

Transfusión de plaquetas en el Síndrome HELLP		
Conteo plaquetario	vaginal	cesárea
<20,000/uL (20x10^3)	si	si
20.000 a 49.000/uL (20 a 49 x 10^3/L)	Considerarlo si:	si
	Sangrado activo excesivo	
	Disfunción plaquetaria conocida	
	Caída rápida del conteo plaquetario	
	Coagulopatía	
>50,000/uL (50310^3/L)	Considerarlo si:	Considerarlo si:
	Sangrado activo excesivo	Sangrado activo excesivo
	Disfunción plaquetaria conocida	Disfunción plaquetaria conocida
	Caída rápida del conteo plaquetario	Caída rápida del conteo plaquetario
	Coagulopatía	Coagulopatía
Para cualquier conteo plaquetario	No se debe transfundir plaquetas si existe una fuerte sospecha de trombocitopénica trombocítica, síndrome urémico hemolítico.	

Fuente: PROTOCOLOS MEDICINA MATERNOFETAL. HOSPITAL CLÍNIC- HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU-UNIVERSITAT DE BARCELONA.www.medicinafetalbarcelona.org. Hipertensión y Gestación. junio 2020

M. MASOARO C. Sub-Gerente - ESSALUD

Dra. T. PAREDES Q. Gerente - ESSALUD

ARTÍCULO 14: CLAVE AMARILLA

El manejo de la Clave Amarilla es fundamental para disminuir la morbimortalidad materna y fetal, por los casos vinculados a sepsis severa y shock séptico de origen obstétrico.

14.1 Criterios para activar la clave amarilla: Gestante o puérpera con una infección conocida o sospechada, que desarrolla signos sistémicos de inflamación o de disfunción orgánica (SIRS obstétricamente modificada): Dos o más de lo siguiente:

a. Temperatura oral < 36 ° C (96,8 ° F) o ≥ 38 ° C (100,4 ° F)
b. Frecuencia cardíaca > 110 latidos por minuto y sostenida durante 15 minutos
c. Frecuencia respiratoria > 24 respiraciones por minuto y sostenida durante 15 minutos
d. Recuento de glóbulos blancos > 15.000 / mm3 o < 4.000 / mm3 o > 10% de neutrófilos inmaduros (bandas)

14.2 Organización del Equipo de respuesta rápida:

1. Coordinador (a): Profesional de la salud capacitado en clave obstétrica, encargado de liderar al grupo. Sus funciones son:

a. Organizar el equipo y verificar continuamente las funciones de los asistentes y del circulante.
b. Definir conductas a seguir dependiendo de la evolución clínica de la paciente.
c. Clasificar el grado de severidad del compromiso de la gestante: Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS modificado), sepsis o shock séptico obstétrico, con la información de los signos vitales.
d. Buscar la causa del Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS modificado), sepsis o shock séptico. Si la paciente estuviere hospitalizada, iniciar con el análisis de la historia clínica y revisión de exámenes.
e. Evacuar vejiga previa antisepsia y colocar catéter urinario para medición de excreta urinaria, y toma de muestra de orina.
f. Ordenar la aplicación de los antibióticos, previa toma de muestra para cultivos que no demoren más de 45 minutos, caso contrario iniciar tratamiento empírico.
g. Brindar la información requerida para los familiares o acompañantes de la paciente a través del circulante.

2. Asistente 1: Profesional de salud que se encuentre identificado y capacitado en Claves Obstétricas, se colocará en la cabecera de la paciente y realizará las siguientes funciones:

a. Explicar a la paciente brevemente los procedimientos a seguir y brindar confianza.
b. Permeabilizar la vía aérea.
c. Suministrar oxígeno suplementario para conseguir saturación mayor a 90 %.
d. Tomar la presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno, diuresis y registrarlos en el formato de monitoreo.
e. Registrar eventos con tiempos en la historia clínica.
f. Revaluar el estado de choque luego de la administración de medicamentos e informar al coordinador del equipo.

g. Colaborar con el coordinador del equipo en la realización de procedimientos y en la revisión de la historia clínica.
h. Cubrir a la paciente para evitar la hipotermia.

3. Asistente 2: Profesional de salud que se encuentre identificado y capacitado en Claves Obstétricas, se coloca a un lado de la paciente y realizará las siguientes funciones:

a. Abrir el KIT AMARILLO.
b. Garantizar el acceso de dos vías venosas con catéter N0 16 o 18, una en cada brazo. (ideal brazo izquierdo medicación brazo derecho hidratación o manejo de fluidos)
c. Tomar muestras sanguíneas en los tres tubos (tapa roja, lila y celeste) y tomar muestras para cultivos.
d. Realizar gasometría.
e. Realizar las órdenes de laboratorio e imagen, de acuerdo al criterio del cuadro infeccioso.
f. Aplicar líquidos y medicamentos ordenados por el coordinador del equipo.
g. Colaborar con el coordinador del equipo en la realización de procedimientos.

4. Circulante: Profesional de salud que se encuentre identificado y capacitado para realizar las siguientes funciones:

a. Marcar los tubos de las muestras sanguíneas y de cultivos.
b. Garantizar que las muestras lleguen al laboratorio y que se inicie el procesamiento.
c. Garantizar que los profesionales de imagen del establecimiento de salud acudan para la realización de exámenes a lado de la cama.
d. Llamar a más personal de acuerdo al requerimiento del coordinador del equipo.
e. Asistir al coordinador del equipo en un procedimiento.
f. Establecer contacto con la familia de la paciente para mantenerla informada, y la información la define el coordinador del equipo.
g. Activar la Red para realizar transferencia, si el caso lo amerita.
h. Llenar el formulario para transferencia, si el caso lo amerita.

14.3 MANEJO

14.3.1 Manejo en el primer nivel de atención (I).

Objetivos:

Identificación temprana de la gestante con foco infeccioso.

Establecer el diagnóstico de sepsis (foco infeccioso + criterios SIRS Obstétricamente modificado).

Brindar manejo inicial y coordinar el traslado de la paciente a un hospital de mayor nivel.

Minuto cero

Gestante o puérpera con sospecha o con infección conocida con 2 o más criterios de SIRS obstétricamente modificado: ACTIVAR CLAVE AMARILLA.

Minuto 60

Definido el diagnóstico de sepsis y probable foco infeccioso.

Manejo inicial en curso y monitoreo de funciones vitales y materno-fetales establecido.

Paciente referida en condiciones adecuadas y con profesional capacitado.

14.3.2 Manejo en la IPRESS del II y III Nivel de Atención.

Objetivos:

Determinar sepsis, identificación del foco séptico, brindar tratamiento inicial.

Determinar sepsis con disfunción orgánica, (mediante Score SOFA).

Establecer si la paciente se encuentra en shock séptico y realizar manejo en unidad de cuidados intensivos y manejo médico-quirúrgico para desfocalización.

Referencia del caso si la IPRESS no cuenta con unidad de cuidados intensivos (UCI) o sala de operaciones disponible.

Cuidado posterior a la desfocalización en la Unidad de Cuidados Intensivos, cada dos horas hasta salir del shock séptico.

Acudir al llamado de equipo de clave amarilla si el médico intensivista lo solicita.

Minuto cero

Paciente que llega con síndrome febril, realizamos anamnesis y examen clínico para determinar estado de la gestación y posible foco infeccioso.

• Establecemos criterios de SIRS obstétricamente modificado

• Si tenemos 2 o más criterios SIRS y la presencia de foco infeccioso en una paciente en condición obstétrica, hacemos el diagnóstico de SEPSIS MATERNA.

• Si la IPRESS del nivel II no cuenta con médico intensivista y/o cuidados intensivos activo y/o sala de operaciones disponible, deberá actuar como IPRESS nivel I

Si la IPRESS del nivel II cuenta con lo necesario para el manejo de la paciente, inicia el tratamiento:

a. Verificamos y manteniendo las vías aéreas permeables. Si hay disponibilidad de oxígeno, administrar por cánula binasal 2 a 4 litros por minuto, o máscara de Venturi 3 a 5 litros por minuto, o por máscara con reservorio 8 a 10 litros por minuto; asegurando que se mantenga una saturación de oxígeno mayor del 95 %.
b. Canalizar vía periférica: Con catéter de grueso calibre, asegurando 1,000 mL de cristaloides (solución salina normal al 0.9 %) en los primeros 20 min y otros 1,000 mL en los siguientes 40 min. Se seguirá infundiendo líquido en volúmenes de 50-70 ml/kg cada 20 min.
c. Considerar no respuesta a la hidratación, si luego de una hora de aplicación de líquidos la paciente presenta:
    - Presión arterial sistólica persistente por debajo de 90 mm Hg,
    - Nivel de conciencia reducido a pesar de la reanimación
    - Frecuencia respiratoria de 25 respiraciones por minuto o necesidad de ventilación mecánica.

d. Continuar la hidratación, si no hay mejora. Tener en cuenta las condiciones preexistentes (por ejemplo, enfermedad cardíaca, enfermedad renal, etc.).8
e. Manejo de la causa infecciosa: Si la sospecha es una infección bacteriana, iniciar antibióticos en forma empírica con lo que cuenta el establecimiento de salud. Si sospechamos una causa diferente a la infección bacteriana, brindar tratamiento según lo establecido en guías clínicas o tratamiento de soporte. Tener en cuenta la toma de muestras para análisis de laboratorio y cultivos previo al tratamiento antibiótico si es posible.
f. Monitoreo materno-fetal: Realizar el monitoreo de las funciones vitales cada 15 minutos y si es gestante, el monitoreo de los latidos cardiacos fetales cada 15 min. Complementando con ecografía y cardiotocografía.
g. Solicitar exámenes de laboratorio: Poniendo énfasis en las muestras de cultivo de sangre y orina, las pruebas necesarias para la evaluación del score SOFA (perfil de coagulación, pruebas hepáticas, pruebas de función renal, análisis de gases arteriales y lactato sérico) previo al inicio de antibióticos.
h. Ecografía obstétrica para la evaluación del bienestar fetal.

Minuto 60

a. Reevaluación del caso con pruebas de laboratorio para la valoración del Score SOFA por médico intensivista y observar respuesta al manejo con fluidos y antibioticoterapia. Verificación del monitoreo de las funciones vitales y los latidos cardiacos fetales.
b. Si no hay respuesta al tratamiento inicial, se observa dificultad para mantener la presión arterial media ≥ 65 mm Hg y necesidad de vasopresores o el nivel de lactato sérico es > 2 mmol/L (18 mg/dL), a pesar de brindar reposición adecuada de volumen, estamos frente a un Shock Séptico, por lo tanto, el personal del establecimiento de salud tiene que activar la Clave Amarilla.

Minuto 180

a. Paciente manejada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
b. Se habrá iniciado el manejo médico-quirúrgico para la eliminación del foco séptico.
c. Se sugiere evaluación cada dos horas por parte del equipo de clave amarilla hasta que se supere el shock séptico.
d. El médico intensivista convocará al equipo de clave amarilla si existe descompensación de la paciente o solicita la reunión del equipo para toma de decisiones posteriores al manejo brindado

14.4 Manejo según nivel de complejidad:

TABLA N°7

CLAVE AMARILLA

Acciones a realizar	1er nivel	2do nivel	3er nivel
1. Identifique signos de Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica obstétricamente modificada, por la presencia de 2 o más de las siguientes variables: • Temperatura oral < 36 ° C (96,8° F) o ≥ 38° C (100, 4° F) • Frecuencia cardíaca > 110 latidos por minuto y sostenida durante 15 minutos • Frecuencia respiratoria > 24 respiraciones por minuto y sostenida durante 15 minutos • Recuento de glóbulos blancos > 15.000 / mm3 o < 4.000 / mm3 o > 10% de neutrófilos inmaduros (bandas)	x	x	x
2. **Active la CLAVE AMARILLA y conforme el equipo de acuerdo a la disponibilidad**	x	x	x
3. Realice examen físico completo que incluya signos vitales y nivel de conciencia	x	x	x
4. Monitoreo continuo de signos vitales cada 15 minutos	x	x	x
5. Realice escala de sepsis obstétrica para determinar si la paciente requiere manejo por unidad de cuidados intensivos. Dependiendo del establecimiento de salud en donde se encuentre, si la paciente requiere unidad de cuidados intensivos, se debe **Activar Inmediatamente la Red** para realizar la TRANSFERENCIA de la paciente (ver Tabla 8)	X	X	
6. En la paciente gestante evaluar la vitalidad fetal mediante auscultación o Doppler fetal si dispone	X	X	X
7. Asegure la vía aérea: proporcione oxigeno suplementario para conseguir saturación mayor a 93 %.	X	X	X
8. Asegure dos accesos venosos con catéter N° 16 o N° 18 o N° 20	X	X	X
9. Coloque catéter urinario a drenaje con bolsa de recolección.	X	X	X
10. Una vez definido el diagnóstico de sepsis establezca las metas de la reanimación dependiendo del nivel de resolución. **No retrase el traslado**. Inicie la reanimación. Metas de reanimación hemodinámica inicial (6 horas) de acuerdo a nivel de complejidad: • Presión arterial media ≥ 65mmHg • Gasto urinario ≥ 0.5 ml/kg/hora	X	X	X
• Saturación venosa central mixta (vena cava superior) > 65%		X	X

• Presión venosa central 8 a 12 mmHg • Lactato sérico < 2 mmol			
11. Iniciar administración de líquidos cristaloides con un bolo inicial de 30 ml/kg en caso de hipotensión o signos de hipoperfusión (lactato >2, piel marmórea, llenado capilar lento >2", confusión) y revalorar la respuesta hemodinámica.(38)	X	X	X
12. Administrar protector gástrico: ranitidina 50 mg IV cada 8 horas u omeprazol 40 mg IV cada 12 horas según disponibilidad		X	X
13. Realizar los siguientes exámenes de laboratorio: • Biometría hemática completa con contaje de plaquetas • Tiempo de protrombina, Tiempo de Tromboplastina parcial. • Grupo sanguíneo y factor Rh • Lactato sérico • Función renal y hepática • Glucemia • Fibrinógeno • Urocultivo Hemocultivo: para anaerobios y aerobios (2 tubos) • Cultivo de nasofaringe y secreción vaginal • Gasometría arterial		X	X
14. Iniciar administración de antibiótico de amplio espectro en la primera hora de atención, sin que la obtención de los cultivos retrase su administración, caso contrario iniciar tratamiento empírico con monoterapia de amplio espectro, según nivel de atención:	X	X	X
Esquema 1: Este es el esquema básico del KIT AMARILLO Penicilina 5 ´000.000 IV cada 4 horas + Metronidazol 500 mg IV c/8h + Gentamicina 80 mg IV cada 8 horas **Transfiera** a la paciente a un establecimiento de mayor complejidad	X	X	X
Esquema 2: Ampicilina 2gr IV cada 6horas + Clindamicina 600mg IV cada 6horas + Gentamicina 1,5mg/kg IV y luego 1mg/kg cada 8horas mg		X	X
Esquema 3: Ceftriaxona (*) 1 g IV cada 12 horas + Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina 600 mg IV cada 6 horas.		X	X
Si a pesar de la administración adecuada de líquidos la hipotensión persiste (PAS menos de 90 mmHg), se deberá considerar la administración de vasopresores. La elección del fármaco vasopresor dependerá del nivel de atención.		X	X
Pruebas de imagen		X	X

Realizar exámenes de imagen de acuerdo a foco infeccioso			
Manejo del feto Paciente crítica: se debe considerar extracción del feto si es beneficioso para la madre y el feto. La decisión sobre el tipo de procedimiento será evaluado por el ginecólogo de mayor experiencia, con la posterior consulta con la madre para la toma de decisión, dependiendo el estado materno, la edad gestacional y la viabilidad fetal.		X	X

(*) Uso de acuerdo a petitorio de EsSalud.

TABLA Nº 8

Escala de riesgo de sepsis en el embarazo

Variable	Rango anormal alto				Normal	Rango anormal bajo			
Puntaje	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Temperatura(ºC)	>40.9	39-40.9		38.5-38.9	36-38.4	34-35.9	32-33.9	30-31.9	<30
PAS(mmHg)					>90		70-90		<70
FC lpm	>179	150-179	130-169	120-129	≤ 119				
FR rpm	>49	35-49		25-34	12--24	10-11	06-9		≤ 5
Saturación O2 (%)					≥ 92	90-91		85-89	<85
Conteo glóbulos blancos(/uL)	>39.9		25-39.9	17-24.9	5.7-6.9	3-5.6	1- 2.9		<1
% neutrófilos inmaduros			≥ 10%		<10%				
Acido láctico (mmol/L)			≥ 2		<2				

Esta escala identifica el riesgo de sepsis en el embarazo. Una suma de ≥ 6 implica alto riesgo de mortalidad y la paciente requiere transferencia a una unidad de cuidados intensivos. Traducido de: Albright CM, Ali TN, Lopes V, Rouse DJ, Anderson BL, 2014 (17). El valor del lactato sérico ha sido modificado de 4 mmol/L a 2 mmol/L tomando en cuenta la última actualización de la campaña de sobrevida de sepsis 2015.

ARTÍCULO 15: INDICADORES

a) Porcentaje de gestantes con hipertensión arterial severa, estabilizadas y referidas de acuerdo a capacidad resolutiva según manual.

b) Porcentaje de gestantes con hemorragia obstétrica moderada o severa, estabilizadas y referidas de acuerdo a capacidad resolutiva según manual.

c) Porcentaje de IPRESS con atención obstétrica hospitalaria de la Red Asistencial / Prestacional con sistema de alarma funcionando.

d) Porcentaje de personal materna capacitado en emergencias obstétricas mediante la activación de las claves obstétricas.

CAPITULO IV
DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

ARTÍCULO 16: MONITOREO Y EVALUACIÓN

16.1 Los indicadores establecidos se monitorean periódicamente para la evaluación de la implementación progresiva del presente manual (Anexo Nº5)

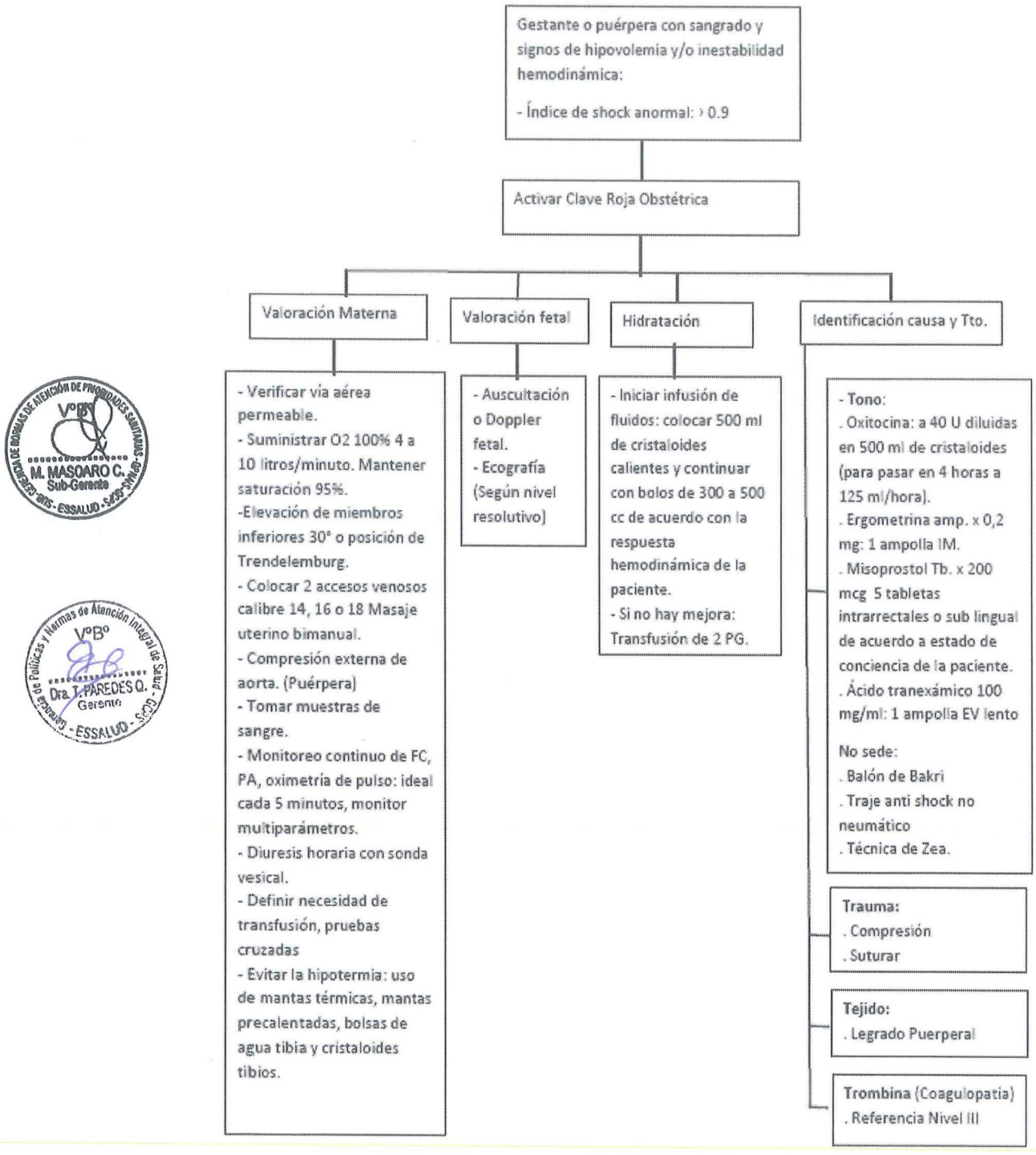
16.2 El incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente manual por parte de los funcionarios, jefes de departamento, jefes de servicio, trabajadores profesionales y no profesionales de la salud, constituye falta de carácter disciplinario.

M. MASOARO C. Sub-Gerente - ESSALUD

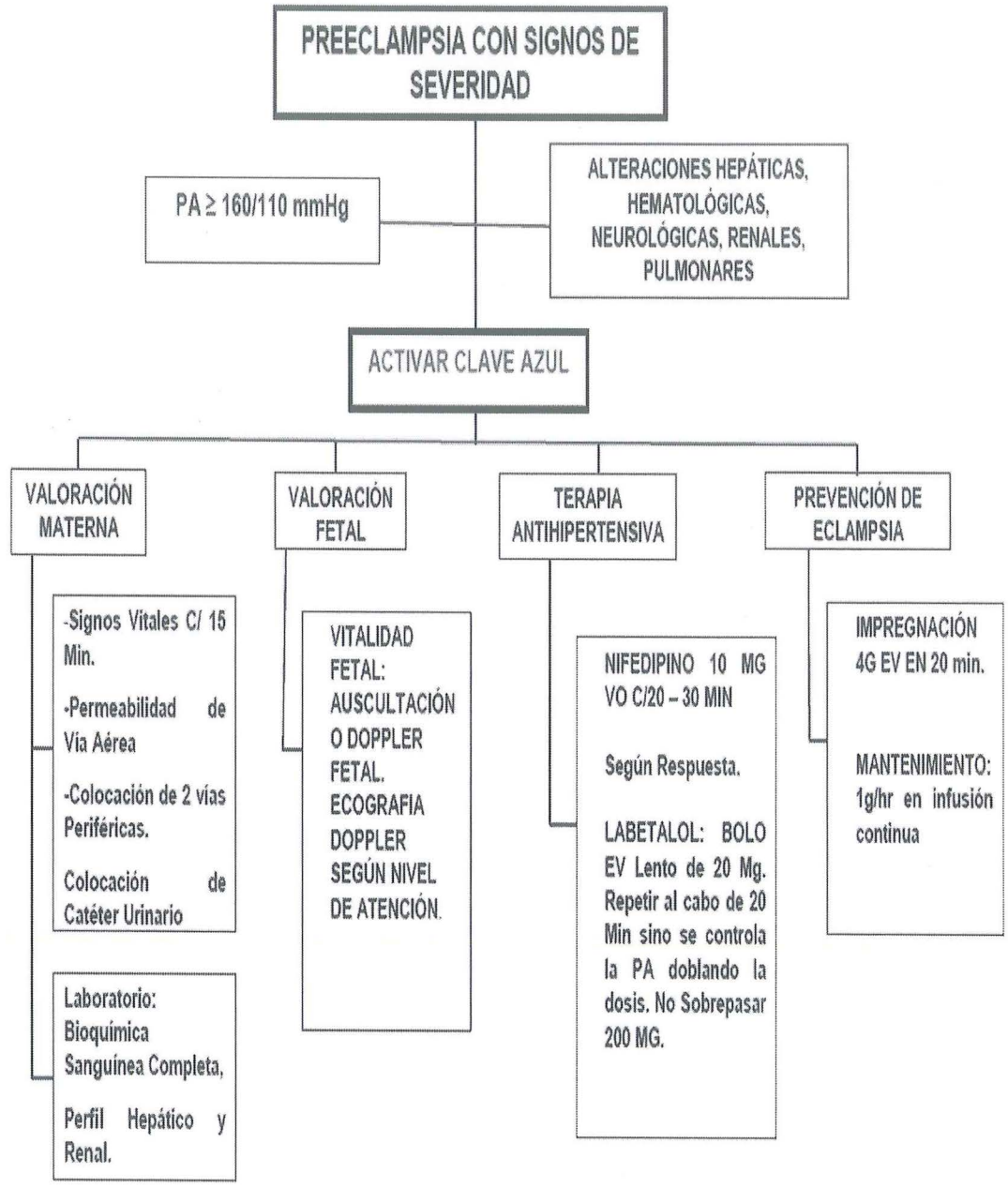
Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - ESSALUD
VºBº
Dra. T. PAREDES Q. Gerente

ANEXOS

ANEXO Nº1 FLUXOGRAMA DE MANEJO: CLAVE ROJA OBSTETRICA



ANEXO Nº2 FLUXOGRAMA DE MANEJO: CLAVE AZUL OBSTETRICA



Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GPNAIS - ESSALUD - V°B°
Dra. T. PAREDES Q.
Gerente
GERENCIA DE POLÍTICAS Y NORMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD - GPNAIS - ESSALUD - V°B°
M. MASOARO C.
Sub-Gerente

ANEXO Nº3 FLUXOGRAMA DE MANEJO CLAVE AMARILLA OBSTETRICA

GESTANTE O PUÉRPERA CON SOSPECHA DE INFECCIÓN

IDENTIFIQUE SEPSIS:
Positivo si se cumplen 2 de 4 criterios:
- Temperatura oral <36 ° C (96,8 ° F) o > 38 ° C (100,4 ° F)
- Frecuencia cardíaca> 110 latidos por minuto
- Frecuencia respiratoria> 24 respiraciones por minuto
- Leucocitos> 15.000 / mm3 o <4.000 / mm3 o bandas> 10%

No → - Manejo de soporte - Observación

Si

IPRESS I NIVEL ↔ **IPRESS II- III NIVEL**

Active la Clave

ACTIVAR RED para realizar referencia a nivel II - III.

Iniciar Medidas de estabilización:
. Realizar examen físico completo
. Monitoreo continuo de funciones vitales
. Monitoreo fetal
. Asegurar vía aérea: Sat. O2 > 93%
. Acceso venoso: 2 vías EV
. Catéter urinario
. Hidratar: Bolo inicial: 30 ml/Kg
. Iniciar antibioticoterapia
. Protector gástrico.
. Exámenes Auxiliares
. Muestras para cultivos

- **Escala de sepsis Obstétrica: ≥ 6**
- **No cumplimiento de metas de reanimación:**
  - Presión arterial media ≥ 65mmHg
  - Gasto urinario ≥ 0.5 ml/kg/hora
  - Sat. venosa central mixta (vena cava superior) > 65%
  - Presión venosa central 8 a 12 mmHg
  - Lactato sérico < 2 mmol

Si → **Active la Clave**

No → - Manejo en UVI - Foco séptico

IPRESS II Nivel ↔ **IPRESS III Nivel**

- Continuar medidas de estabilización
- Inicio de vasopresores (Noradrenalina)

ACTIVAR RED para realizar referencia a nivel III.

- Manejo en UCI
- Foco séptico controlado
- Culminar gestación de ser necesario.

ANEXO N°:4

EQUIPOS, MEDICAMENTOS Y MATERIALES (kits unificado)}

1. Equipos comunes de acuerdo a la capacidad resolutiva:

- Equipos comunes de acuerdo a la capacidad resolutiva:
- Equipo de legrado puerperal y del primer trimestre (AMEU)
- Equipo de revisión de canal del parto y técnica de Zea.
- Bomba de infusión (de acuerdo a número de camas).
- Monitor multiparámetro (de acuerdo a número de camas)
- Equipo de parto.

2. Medicamentos e insumos de disponibilidad inmediata en las áreas de atención de las emergencias obstétricas de acuerdo a nivel de capacidad resolutiva y demanda:

	Nivel II-III	Nivel I
Cloruro de Sodio 0.9% 1000 CC frasco	5	2
Cloruro de Sodio 0.9% 250 CC frasco	5	2
Cloruro de Sodio 0.9% 100 CC frasco	5	2
Poligelina – Coloides 500cc frasco	2	1
Equipo de venoclísis Unidad	4	2
Catéter endovenoso N° 14 – 16	4	2
Llave de doble vía Unidad	4	2
Equipo de Volutrol 100 cc. Unidad	4	2
Jeringas 5 cc Unidad	10	6
Jeringas 10 cc Unidad	10	6
Jeringas 20 cc Unidad	10	6
Jeringa 50 cc Unidad	2	1
Sonda Foley N" 16 Unidad	3	1
Bolsa colectora de orina Unidad	3	1
Guantes estériles pares Unidad	10	6
Tubo de mayo	2	1
Sonda de aspiración Unidad	2	1
Bombilla de aspiración Unidad	2	1
Mascarilla de oxígeno con bolsa de reservorio Unidad	2	1

M. MASOARO C. Sub-Gerente

Dra. T. PAREDES Q. Gerente

3.- Medicamentos e insumos por clave:

Clave Roja Obstétrica

	Nivel II-III	Nivel I
Oxitocina 10 UI ampolla	10	6
Ergometrina 0.2 mg ampolla	3	3
Misoprostol 200 ug tableta	6	6
Ácido Tranexámico 1gr. ampolla	3	2
Balón intrauterino– unidad	1	No

Clave Azul Obstétrica:

	Nivel II-III	Nivel I
Sulfato de Magnesio 20% ampolla	10	4
Gluconato de Calcio 10% ampolla	2	2
Nifedipino 10 mg tableta	6	3
Labetalol 100 mg. ampolla	1	No

Clave Amarilla: Obstétrica

	Nivel II-III	Nivel I
Ceftriaxona 1 gr Frasco-ampolla	2	
Amikacina 500 mg ampolla	2	
Clindamicina 600 mg ampolla	1	
Metamizol 1 gr ampolla	2	1
Coloide x 1000 cc frasco		

Ubicación de los Kits: (de acuerdo con el nivel de capacidad resolutiva)

Emergencia:
- Tópico de Gineco-Obstetricia
- Shock Trauma
- Centro obstétrico
  - Salas de dilatación y partos
  - Sala de observación de puerperio inmediato
- Hospitalización de obstetricia y ginecología
- Centro quirúrgico
- Ambulancia

ANEXO N°5

INDICADORES

INDICADOR	FÓRMULA	1META[1]
Porcentaje de gestantes con hipertensión arterial severa, estabilizadas y referidas de acuerdo a capacidad resolutiva según manual.	N° de gestantes con hipertensión arterial severa, estabilizadas y referidas a IPRESS con capacidad resolutiva x 100 / N° Total de gestantes con hipertensión arterial severa	100%
Porcentaje de gestantes con hemorragia obstétrica moderada o severa, estabilizadas y referidas de acuerdo a capacidad resolutiva según manual.	N° de gestantes con hemorragia obstétrica moderada o severa, estabilizadas y referidas a IPRESS con mayor capacidad resolutiva x 100 / N° Total de gestantes con hemorragia obstétrica moderada o severa	100%
Porcentaje de IPRESS con atención obstétrica hospitalaria de la Red Asistencial/Prestacional con sistema de alarma funcionando.	N° de IPRESS con atención obstétrica hospitalaria de la Red Asistencial/Prestacional con sistema de alarma funcionando x 100 / N° de IPRESS hospitalarias con atención obstétrica	100%
Porcentaje del personal del área materna capacitado en emergencias obstétricas mediante la activación de las claves obstétricas.	N° de personal del área materna de la IPRESS capacitado en emergencias obstétricas mediante la activación de las claves obstétrica x 100 / N° de personal del área materna de la IPRESS	100%

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GCPS - ESSALUD - V°B° Dra. T. PAREDES Q. Gerente

Gerencia de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias - GCPS - ESSALUD - V°B° M. MASCARÓ C. Sub-Gerente

[1] Resolución de Gerencia General N° 1517-GG-ESSALUD-2015, que aprueba la Directiva N° 14-GG-ESSALUD-2015 "Normas para el proceso de Referencia y Contra referencia en ESSALUD"

ANEXO N°6

Referencias Bibliográficas

1. Gibbs R, Bauer M, Olvera L, Sakowski C, Cape V, Main E. Improving Diagnosis and Treatment of Maternal Sepsis: A Quality Improvement Toolkit. Stanford, CA: California Maternal Quality Care Collaborative. January 2020
2. Actualización De Consenso De Obstetricia FASGO 2019 "Hemorragia Postparto".
3. Greer O, Shah NM, Johnson MR. Maternal sepsis update: current management and controversies. The Obstetrician & Gynaecologist 2020;22:45–55. https://doi.org/10.1111/tog.12623
4. Ventilador, Shang-Rong; Liu, ping; Yan, Shao-Mei;Huang, Lei;Liu, Xiao-Ping Nuevo concepto y manejo de la sepsis en el embarazo y el puerperio, Medicina materno-fetal: octubre de 2020-Volumen2-Número4 - p 231-239 doi: 10.1097/ FM9.0000000000000058
5. Peter S, James N, John R, Laurence E, Maurice L, Barbara M, Christine H. National Partnership for Maternal Safety: Consensus Bundle on Severe Hypertension During Pregnancy and the Postpartum Period. Anesth Analg 2017; 125:00–00
6. Pacheco LD, Lozada MJ, Saade GR. The Golden Hour: Early Interventions for Medical Emergencies during Pregnancy. Am J Perinatol. 2020 Nov 26. doi: 10.1055/s-0040-1721393. Epub ahead of print. PMID: 33242907.
7. Ali, A. y Lamont, RF (2019). Avances recientes en el diagnóstico y tratamiento de la sepsis durante el embarazo.F1000Research,8,F1000 Faculty Rev-1546. https://doi.org/10.12688/f1000research.18736.1
8. Bonet M, Pileggi VN, Rijken MJ, Coomarasamy A, Lissauer D, Souze JP, Cimezoglu AM. Toward a consensus definition of maternal sepsis: Results of systemic le: ew and expert consultation. Reproductive Health. 2017; 14: 67.
9. Instituto Nacional Materno Perinatal. Boletín Epidemiológico. Diciembre 2017. Disponible en: http://www.inmp.gob.pe/institucional/boletin-epidemiologico/1421335605
10. Leyton Valencia IB. Paquetes de atención en obstetricia. Rev Peru Ginecol Obstet. 2019;65(1):57-62 DOI: https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2153
11. Keeley A, Hine P, Nsutebu E. The recognition and management of sepsis and septic shock: a guide for non-intensivists. Postgrad Med J 2017; 93:626–634.
12. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Score MAMÁ y claves obstétricas, Protocolo. Quito: Ministerio de Salud Pública, Gerencia Institucional de Implementación de Disminución Mortalidad Materna. 2017.
13. Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, Brunkhorst FM. Assessment of Clical Criseria for Sepsis For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Service Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016; 315(8): 762-774.
14. OMS. OMS | Mortalidad materna [Internet]. WHO. World Health Organization; 2015 [cited 2016 Jul 18]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/
15. NICE. Sepsis: recognition, assessment and early management. NICE guideline 51. Methods, evidence and recommendations. National Institute for Health and Care Excellence, 2016.

16. Guía de hemorragia postparto. Código Rojo. Bogotá Colombia. Secretaria distrital de salud. 2014.

17. Directiva Nº 002 DG-INMP-14. Declaratoria De Alarma Institucional Mediante el uso de claves para el manejo de las emergencias obstétricas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. 2014.

18. Utilidad del índice de choque como valor predictivo para el requerimiento de trasfusión en hemorragia obstétrica. Artículo original Obstet. Mex. 2018 octubre: 86(10):665-674.

19. World Health Organization (WHO). WHO | Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care [Internet]. 3rd ed. WHO. World Health Organization; 2015 [cited 2016 Jul 18]. 184 p. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imca-essential-racticeguide/en/

20. Manejo Estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales: Módulo 1 (Modelo de intervención para mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales) / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva -- Lima: Ministerio de Salud; 2010.

21. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. [Internet]. 2011. Available from: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones&alias=267-plan-de-accion-para-acelerar-la-reduccion-de-lamortalidad-materna-y-la-morbilidad-materna-grave-cd51-12&Itemid=219&lang=es

22. Ministerio de Salud Pública del Perú. Manejo Estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales [Internet]. Lima; 2010. 54 p. Available from: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1138_DGSP275-1.pdf

23. Bowyer L. The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer 2003-2005. The Seventh Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the UK. Obstet Med [Internet]. SAGE Publications; 2008 Sep 1 [cited 2016 Jul 18];1(1):54–54. Available from: http://obmed.rsmjournals.com/cgi/doi/10.1258/om.2008.080017

24. Plaat F, Naik M, Neligan P, Laffey J, Cumberlege J, Fitzsimons K, et al. Critical care in pregnancy. Crit Care [Internet]. BioMed Central; 2011 [cited 2016 Aug 9]; 15(6):1014. Available from: http://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc10479

25. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Bacterial Sepsis in Pregnancy. 1st ed. Green–top Guideline. London; 2012. 1-14 p.

26. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA [Internet]. American Medical Association; 2016 Feb 23 [cited 2016 Jul 26]; 315(8):801. Available from: http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2016.0287

27. Mazza MM, Vallejo CM, González Blanco M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. Rev Obstet Ginecol Venez. Sociedad de obstetricia y ginecología de Venezuela.; 2012; 72(4):233–48.

28. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10th ed. 2008.

29. Sibai BM. HELLP syndrome. UpToDate. 2015;

M. MASGARO C. Sub-Gerente

Dra. I. PAREDES Q. Gerente

30. Albright CM, Ali TN, Lopes V, Rouse DJ, Anderson BL. The Sepsis in Obstetrics Score: a model to identify risk of morbidity from sepsis in pregnancy. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2014 Jul; 211(1): 39.e1-39.e8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24613756

31. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland. CLINICAL PRACTICE GUIDELINE The Irish Maternity Early Warning System. Ireland; 2014. 1-28 p.

32. Nathan HL, Duhig K, Hezelgrave NL, Chappell LC, Shennan AH. Blood pressure measurement in pregnancy. Obstet Gynaecol [Internet]. 2015 Apr; 17(2):91–8. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/tog.12173

33. Foley MR. Maternal cardiovascular and hemodynamic adaptations to pregnancy. UpToDate. 2014; i:1–17.

34. Lowe S, Bowyer L, Lust K, McMahon L, Morton M, North R, et al. The SOMANZ Guideline for the Management of Hypertensive Disorders of Pregnancy. 2014;

35. Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. Pregnancy Hypertens. Elsevier; 2014 Apr;4(2):105–45.

36. Sajadi M, Mackowiak P. Temperature regulation and the pathogenesis of fever. In: Principles and Practice of Infectious Diseases [Internet]. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2015. Available from: http://pennstatehershey.adam.com/content.aspx?productId=82&pid=1&gid=001982

37. Malvino E. Shock Hemorrágico en Obstetricia. Buenos Aires; 2010.

38. Fescina R, B DM, Ei O, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. CLAP/SMR, editor. Montevideo; 2012. 76 p.

39. Baker k. How to... manage primary postpartum harmorrhage | RCM. Midwives Mag [Internet]. 2014;(4). Available from: https://www.rcm.org.uk/news-views-andanalysis/analysis/how-to-manage-primary-postpartum-harmorrhage

40. Petro Urrego GF, Bustamante M, Rubiano G, Martínez E, Peña C, Cabrera T. Guía de hemorragia posparto Código Rojo [Internet]. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá-Colombia; 2014. 1-18 p. Available from: www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&task.

41. Le Bas A, Chandraharan E, Addei A, Arulkumaran S. Use of the "obstetric shock index" as an adjunct in identifying significant blood loss in patients with massive postpartum hemorrhage. Int J Gynecol Obstet [Internet]. International Federation of Gynecology and Obstetrics; 2014;124(3):253–5. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.08.020

42. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, et al. Campaña para sobrevivir a la sepsis: recomendaciones internacionales para el tratamiento de sepsis grave y choque septicémico, 2012. Crit Care Med [Internet]. 2013;41(2):580– 637. Available from: papers2://publication/doi/10.1097/CCM.0b013e31827e83af

43. Derr P, Tardiff J, Mc Evoy M. Emergency medication. In: Critical Care ACLS Guide. 8th ed. Estados Unidos: Jones & Bartlett Learning; 2013. p. 58 y 74.

44. Bakri Y. Intrauterine balloon tamponade for control of postpartum hemorrhage. 2014;500(figure 2). Available from: www.uptodate.com

VºBº M. MASGARÓ C. Sub-Gerente - ESSALUD
VºBº Dra. T. PAREDES O. Gerente - ESSALUD

45. Pileggi-Castro C, Nogueira-Pileggi V, Tunçalp Ö, Oladapo OT, Vogel JP, Souza JP, et al. Non-pneumatic anti-shock garment for improving maternal survival following severe fbfpostpartum haemorrhage: a systematic review. Reprod Health [Internet]. BioMed Central; 2015 Dec 31 [cited 2016 Sep 14];12(1):28. Available from: http://www.reproductive-health-journal.com/content/12/1/28

46. Organización Mundial de la Salud. Manejo De Hemorragia Postparto Con Traje Anti-Shock No Neumático. 2015;

47. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva., Manejo estandarizado de emergencias obstétricas y neonatales, © MINSA, Setiembre 2010, 42-44

48. Bose P, Regan F, Paterson-Brown S. Improving the accuracy of estimated blood loss at obstetric haemorrhage using clinical reconstructions. BJOG An Int J Obstet Gynaecol. 2006;113(8):919–24.

49. Martin JN, Rose CH, Briery CM. Understanding and managing HELLP syndrome: the integral role of aggressive glucocorticoids for mother and child. Am J Obstet Gynecol. 2006 Oct;195(4):914–34.

50. Sibai BM. Diagnosis, controversies, and management of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count. Obstet Gynecol. 2004;103(5 Pt 1):981–91.

51. Medina FL, González IC. Manejo de la sepsis en el embarazo. Revisión de la literatura. Repert Med Cir. https://orcid.org/10.31260/RepertMedCir.01217273.221