



## Resolución Directoral

Lima, 28 de marzo..... del 2014.

### VISTO:

El Registro N° 13-22893-11, que contiene el Memorando N° 238-2014-DEOG/INMP, del Director Ejecutivo de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología, sobre la propuesta de la Directiva del Manejo de Emergencias Obstétricas mediante el uso de claves para la Declaratoria de Alarmas Obstétricas Institucionales en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

### CONSIDERANDO:

Que, el Instituto Nacional Materno Perinatal es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, categorizado como establecimiento de salud III-2, el de mayor complejidad médico quirúrgica en la atención materno perinatal, con la misión de investigar, desarrollar enseñar y brindar asistencia médica especializada y altamente especializada en el ámbito nacional;

Que, en su condición de instituto especializado en la salud materna perinatal, tiene la responsabilidad directa de implementar los lineamientos de política del sector para la atención obstétrica y neonatal en el país. Con este fin, establece acciones conjuntas con organizaciones del sector y otras entidades nacionales e internacionales, potenciando la respuesta del país para reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, mejorando su atención;

Que, mediante el documento de visto, el Director Ejecutivo de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología presenta la Propuesta de Directiva de "Declaratoria de Alarma Institucional en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Mediante el Uso de Claves para el Manejo de Emergencias Obstétricas" el cual tiene la finalidad de brindar una atención inmediata, oportuna, eficaz, altamente especializada y de calidad, en forma coordinada durante las emergencias obstétricas, estableciendo para ello, el uso de claves para la declaratoria de la alarma obstétrica como respuesta a las emergencias obstétricas que comprometan la vida de nuestras usuarias durante el embarazo, parto y puerperio y así contribuir a la disminución de la morbilidad materna;

Que, evaluada la propuesta de la Directiva de "Declaratoria de Alarma Institucional en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Mediante el Uso de Claves para el Manejo de Emergencias Obstétricas" se hace necesario expedir el acto resolutorio de aprobación;

Con la opinión favorable del Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Obstetricia y Ginecología, contando con las visaciones del Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Neonatología, Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Apoyo a Especialidades Médicas y Servicios Complementarios y el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y, en armonía con las facultades conferidas por la Resolución Ministerial N° 504-2010/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional Materno Perinatal;

### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR LA DIRECTIVA N° 002 - DG-INMP-14, DECLARATORIA DE ALARMA INSTITUCIONAL MEDIANTE EL USO DE CLAVES PARA EL MANEJO DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉRICAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL**, que en anexo forma parte integrante de la presente resolución.



**ARTÍCULO SEGUNDO.-** DISPONER que los Órganos de Línea, difundan y supervisen la implementación de la presente directiva en sus órganos dependientes.

**ARTÍCULO TERCERO.-** La Oficina de Estadística e Informática publique la presente resolución en el Portal de Transparencia del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Regístrese y comuníquese.



J. CARRION N.



MINISTERIO DE SALUD  
Instituto Nacional Materno Perinatal

*Pedro Masco Sánchez*  
Dr. Pedro Masco Sánchez  
DIRECTOR GENERAL  
C.M.R. 10617 S.N.E. 3301

PAMS/JACV  
c.c:

- NEO
- DEOG
- DEEMSC
- OEA
- OAJ
- Archivo



## DIRECTIVA Nº 002-DG-INMP-14

### “DECLARATORIA DE ALARMA INSTITUCIONAL EN EL INMP MEDIANTE EL USO DE CLAVES PARA EL MANEJO DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS”

#### I. FINALIDAD

Brindar una atención inmediata, oportuna, eficaz, altamente especializada y de calidad, en forma coordinada, a las pacientes durante las emergencias obstétricas en el INMP.

#### II. OBJETIVO

Establecer el uso de claves para la declaratoria de la Alarma Obstétrica Institucional como respuesta a las emergencias obstétricas que comprometan la vida de nuestras usuarias durante el embarazo, parto y puerperio y así contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna en el INMP.

#### III. AMBITO DE APLICACION

La presente Directiva es de aplicación obligatoria para el personal médico, cualquiera sea su condición y que labora en Áreas Críticas, Centro quirúrgico, Hospitalización o Consulta externa del INMP.

#### IV. BASE LEGAL

- ROF Institucional aprobado con Resolución Ministerial Nº 699-2003-SA/AM el 13 de junio del 2003.
- Directiva Nº 036-2004-OGDN/MINSA-V.O.1: Declaratorias de Alertas en Situaciones de Emergencia y Desastres.
- D.S. Nº 013-2006-SA: Aprueban reglamento de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Ley General de Salud Nº 26842
- Ley Nº 27604: Obligación de los Establecimientos de Salud a dar atención médica en casos de emergencia y partos.
- R.M. N1 386-2006/MINSA: “Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia”,
- MINSA 2006: Avanzando hacia una maternidad Segura.



## V. DISPOSICIONES GENERALES

### DEFINICIONES.

**Alerta:** Es la situación declarada por la autoridad de salud con el fin de adoptar las medidas que aseguren la atención adecuada y oportuna de los daños de la salud de la población, así como la protección de la infraestructura y la operatividad de los establecimientos de salud ante la ocurrencia de emergencia o desastre, y está normado por la **Directiva Ministerial N° 036-004-OGDN/MINSA-V.01** en las que se definen las variables operacionales: Alerta verde, Alerta amarilla y Alerta Roja.

**Alarma:** Es la presencia de un evento adverso o emergencia interna. Se dará la alarma respectiva mediante uso de altavoces, sistema de perifoneo, e incluso hasta la sirena de la ambulancia, a partir de la cual se efectuarán inmediatamente las acciones de respuesta respectiva.

**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 al INMP

**Clave:** Es el código que se utiliza para identificar una alarma obstétrica según el tipo de evento grave que presenten las usuarias, sea shock hemorrágico, T.H.E. (eclampsia) o shock Séptico

**Clave Roja:** Respuesta inmediata ante el daño identificado de Shock Hipovolémico por causa obstétrica en el INMP.

**Clave Azul:** Respuesta inmediata ante el daño identificado de eclampsia, que se presenta en gestantes o púerperas en el INMP.

**Clave Amarilla:** Respuesta inmediata ante el daño identificado de Shock Séptico de causa obstétrica en el INMP.

**Equipos de Guardia:** Personal asistencia del INMP, programado en turnos de 12 horas, las 24 horas del día de acuerdo al reglamento de Administración de Servicios Hospitalarios (R.M. N° 0573-92-SA/AM,

**Jefe de Guardia:** Medico responsable del equipo de guardia programado en turnos de 12 horas, con capacidad de manejo y resolución de casos médicos y administrativos, que presenten las usuarias del INMP.

**Perifoneo Institucional:** Mecanismo de alarma permanente vía telefónica, por altoparlante durante las 24 horas para las áreas asistenciales y administrativas del INMP.

**Equipo de salud de respuesta inmediata:** Conformado por el Médico Jefe de Guardia, Médico Gineco Obstetra de turno, Médico Intensivista, Médico Anestesiólogo, Enfermera, Obstetrix, Personal de Banco de Sangre, Técnico de Laboratorio, Técnico de Enfermería.



## VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1 La alarma obstétrica se declarará en el INMP, luego de la evaluación y diagnóstico del caso obstétrico en el Servicio de Emergencia, Centro Obstétrico, Unidad de Cuidados Intensivos Maternos, Sala de Operaciones o en los Servicios de hospitalización de Ginecología y Obstetricia, ante los siguientes problemas:

- 6.1.1. Clave Roja: Shock hemorrágico de causa obstétrica.
- 6.1.2. Clave Azul: Eclampsia en gestantes o púerperas.
- 6.1.3. Clave Amarilla: Shock séptico relacionado a infección durante el embarazo, parto o puerperio.

6.2 Una vez identificado el evento los responsables de declarar la alarma serán:

- 6.2.1 Médico Jefe de Guardia o Médico Asistente Gineco-Obstetra de guardia programado.
- 6.2.2 Médico jefe de Servicio Médicos Asistentes Gineco-Obstetra programados en servicio
- 6.2.3 Médicos Intensivistas programados
- 6.2.4 Médicos Anestesiólogos programados
- 6.2.5 El profesional de salud que identifique el caso de manera inmediata (Enfermera, Obstetrix u otro profesional de salud).

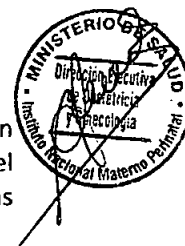
6.3 El responsable de declarar la alarma se comunicará con la central Telefónica para que difunda mediante perifoneo Institucional, la Alarma Obstétrica, utilizando la palabra: Clave Roja, Azul o Amarilla, de acuerdo al caso, identificando al Servicio que origina la misma.

6.4 El Médico Jefe de guardia, así como el equipo de salud de respuesta inmediata escuchar el perifoneo institucional de la Clave obstétrica acudirán al sector respectivo de forma inmediata.

6.5 Luego de la evaluación y diagnóstico respectivo, en coordinación con el Jefe de Servicio y/o el médico asistente del sector donde se originó la alarma obstétrica, el médico Jefe de guardia y/o quien este profesional haya designado, determinará el tratamiento médico (UCIM) 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.

- 6.5.1 Tener en cuenta el manejo del Cuadro Clínico de acuerdo a lo establecido en las Guías Clínicas y procedimientos en obstetricia y perinatología – 2014 – INMP.
- 6.5.2 De ser el caso quirúrgico, en Sala de operaciones el personal de salud programado, actuara de acuerdo a las normas vigentes y brindara las facilidades del caso para la mejor resolución de la Patología asociada en el menor tiempo posible.

6.6 Si el médico Jefe de Servicio, en su área de origen, detecta la alarma Obstétrica, coordinara con el Médico Jefe de Guardia programado, la mejor solución posible, y de ser necesario convocará a una Junta Médica, además indicará al personal de obstetricia y/o enfermeras el inicio del tratamiento médico de acuerdo a las guías clínicas vigentes.



6.7. El médico asistente G.O. (que no está de guardia) en servicio de Hospitalización o en consulta externa detecta una alarma obstétrica, comunicará a su jefe inmediato, iniciando el tratamiento médico de acuerdo al caso, en estricto cumplimiento de las Guías Clínicas vigentes.

6.8. Si el médico asistente G. O. que está de Guardia Hospitalaria, detecta el alarma obstétrica, comunicara al Jefe de guardia, iniciando el tratamiento médico, de acuerdo a las Guías Clínicas autorizadas.

6.9. La Obstetrix asistencial, ante la presunción de cualquier alarma obstétrica comunicará el caso clínico al médico asistente y/o Jefe de Servicio para declarar la alarma respectiva, iniciando el tratamiento impartido por el médico tratante.

6.10. La Enfermera asistencial ante la sospecha de cualquier alarma obstétrica, comunicará el caso al médico asistente, médico de guardia y/o médico Jefe de Servicio, iniciando el tratamiento de acuerdo al caso, por indicación médica.

6.11. El Técnico en enfermería coordinará con la Enfermera u Obstetrix asistencial, el cumplimiento de las indicaciones médicas impartidas, y de acuerdo al caso, conducir a la paciente al Servicio de Cuidados Intensivos Materno o a Sala de Operaciones.

6.12. Para la aplicación de estos protocolos es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- Requiere de trabajo en equipo que permita responder en forma organizada y priorizando procedimientos.
- Estas complicaciones pueden presentarse en cualquier servicio del instituto: Servicio de Emergencia, Centro Obstétrico, Sala de Operaciones, Hospitalización de Obstetricia o Ginecología.
- Requiere que se cumplan tres condiciones:
  - Conocimiento de los procedimientos a realizar.
  - Destreza para realizar los procedimientos y
  - Abastecimiento con los medicamentos, materiales e insumos requeridos
- No es indispensable determinar el diagnóstico:
  - En el caso de clave roja sólo requiere determinar el momento en que se presenta la hemorragia y las funciones vitales.
  - En el caso de clave azul se basa en signos y síntomas.
  - En el caso de clave amarilla, tiene en cuenta signos y síntomas así como antecedentes de importancia.
- Priorizar la estabilización y referencia de la paciente.
- La aplicación se activará en el momento que cualquier proveedor que identificara la emergencia diera la voz de alarma: "CLAVE ROJA"; "CLAVE AZUL" o "CLAVE AMARILLA", según el caso; utilizando el perifoneo del instituto para dar la alerta de la clave al personal de turno o de guardia.
- El personal de turno o de guardia deberá constituirse de inmediato al lugar de la emergencia y procederá de acuerdo a cada protocolo.

**6.13 La clasificación de las claves será como sigue:**

**A. CLAVE ROJA**

Es un protocolo que da las pautas en orden de prioridad para el manejo inmediato del shock hipovolémico de causa Gineco obstétrica, cuyo objetivo es mejorar la atención inmediata de la gestante o puerpera en estado crítico por shock



hipovolémico. Hemorrágico obstétrico, y optimizar la estructura y los procesos de atención de las gestantes o púerperas con shock hipovolémico hemorrágico obstétrico que se encuentran en estado crítico.

A.1 Definición: La Clave Roja forma parte de una estrategia que busca disminuir la mortalidad materna producida por el shock hipovolémico hemorrágico obstétrico en gestantes o púerperas, mediante la estandarización de procedimientos en el manejo inmediato de esta entidad en los diferentes servicios de atención del instituto.

A.2 Indicaciones:

- En todo caso de hemorragia severa a consecuencia de complicación del embarazo, parto o puerperio, con sangrado visible o no visible y con signos de shock hipovolémico: Taquicardia mayor de 100 latidos por minuto, presión arterial sistólica igual o menor de 90 mm Hg, palidez marcada de piel y mucosas, compromiso del sensorio, FR > 20 Diuresis < 30 ml/hora.
- En todo caso de complicaciones obstétricas con sangrado oculto y con signos de shock hipovolémico

A.3 kit de clave roja

MEDICAMENTOS, INSUMOS	CANTIDAD
Cloruro de Sodio 9‰ 1000 CC	5
Coloide frasco 1000 cc	2
Equipo de venoclisis	2
Catéter endovenoso N° 18	2
Ocitocina 10 UI	10
Ergonovina 0.2 mg (Ergotrate)	3
Misoprostol 200 ug	5
Ácido Tranexámico (inyectable)	1
Jeringas 5 cc	5
Jeringa 50 cc	1
Sonda Foley N° 14	2
Bolsa colectora de orina	1
Guantes estériles	10
Tubo de mayo	1
Bombilla de aspiración	1
Mascarilla de oxígeno con reservorio	1
Relación pormenorizada del contenido del KIT, pegada en el reverso de la tapa.	

A.4 Ubicación del kit de clave roja

- Emergencia:
  - Shock Trauma
  - Consultorios de triaje
  - Sala de Observación



- Centro obstétrico
  - Salas de dilatación y partos
  - Sala de observación de puerperio inmediato.
- Hospitalización de obstetricia y ginecología
- Ambulancias

#### A.5 Procedimiento de clave roja

##### A.5.1 VIGILANTE

1. Orientar a la paciente o familiares hacia los consultorios de triaje o sala de shock trauma o sala de observación y avisar al obstetra o enfermera.

##### A.5.2 TÉCNICA DE ENFERMERÍA

1. Alcanzar Kit clave roja
2. Alcanzar oxígeno y aspirador
3. Alistar el equipo de resucitación
4. Llamar al médico y cumplir indicaciones

##### A.5.3 ENFERMERA

1. Verificar y mantener vía aérea permeable
2. Elevar el mentón y desplazar la mandíbula inferior hacia adelante
3. Verificar presencia de cuerpo extraño
4. Aspirar secreciones con aspirador o bombilla
5. Colocar tubo de mayo de ser necesario
6. Poner oxígeno 4-5 litros/min
7. Canalizar vía con solución salina al 9% 1000 cc y pasar 200 cc a chorro y luego continuar con 1 gota por minuto
8. Canalizar vía con solución salina al 9% 1000 cc y en caso de puerpera con atonía uterina agregar oxitocina 20 UI
9. En caso de puerpera con atonía uterina pese a la administración de oxitocina administrar ergometrina 0.2 mg. IM
10. En caso de puerpera con atonía uterina pese a la administración de oxitocina y ergometrina, administrar Misoprostol 800 ug sublingual (de acuerdo a las Guías Clínicas vigentes).
11. Monitorizar las funciones vitales permanentemente.
12. Tomar nota de los medicamentos administrados.
13. Colocar sonda Foley con bolsa colectora y medir diuresis horaria.

##### A.5.4 MÉDICO

1. Iniciar las medidas de resucitación inicial con el objetivo de Estabilizar funciones vitales.
2. Evaluar a la paciente:
  - a. Funciones vitales





- b. Estado de conciencia
  - c. Examen clínico general
  - d. Evaluación obstétrica y de bienestar fetal
3. Definir severidad del cuadro
  4. Dar indicaciones siguiendo las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos de Obstetricia y Perinatología del INMP
  5. Informar a los familiares del estado de la paciente, severidad del caso y conducta a seguir.

#### **A.5.6 OBSTETRIZ/OBSTETRA**

1. Si es gestante: Monitoreo obstétrico fetal con doppler
2. Si es gestante: Monitoreo de contracciones uterinas
3. Si es gestante evaluar presencia de sangrado
4. En caso de púerpera con sangrado proceder a realizar masaje uterino bimanual permanente.

#### **A.5.7 TÉCNICO DE LABORATORIO**

1. Tomar muestras de sangre para hemoglobina-hematocrito, Grupo sanguíneo y Factor Rh, Hemograma, Perfil de coagulación (Plaquetas, Fibrinógeno, Tiempo de Protrombina y Tiempo Parcial de Tromboplastina y Pruebas cruzadas para transfusión de sangre
2. Entregar con prontitud los resultados obtenidos al médico de guardia y procesar los hemoderivados requeridos.

A.6 Las acciones de técnicos, enfermeras, obstétricas/obstetras y médicos deben coordinarse adecuadamente, para interactuar simultáneamente brindando una atención oportuna y eficiente. El equipo será dirigido por el Jefe de Guardia o el Médico Gineco Obstetra de mayor experiencia.

### **B. CLAVE AZUL**

Es un protocolo que da las pautas en orden de prioridad para el manejo inmediato de la gestante en estado crítico por pre-eclampsia severa, eclampsia o síndrome de HELLP.

B.1 Definición: La Clave azul forma parte de una estrategia que busca disminuir la mortalidad materna producida por la pre-eclampsia severa, eclampsia o Síndrome HELLP mediante la estandarización de procedimientos en el manejo inmediato de esta entidad en los diferentes servicios de atención del instituto.

B.2 Indicaciones: La clave azul se aplicará en todo caso de gestante o púerpera con cuadro de Hipertensión Inducida por el Embarazo complicada con:

- Pre-eclampsia severa
- Eclampsia
- Síndrome de HELLP

B.3 Kit de clave azul



MEDICAMENTOS, INSUMOS	CANTIDAD
Cloruro de sodio 9%o 1000 cc frasco	2
Equipo de venoclisis	2
Llave de doble vía	1
Equipo de Volutrol 100 cc	2
Bránula # 18	2
Tubo de mayo	1
Bombilla de aspiración	1
Mascarilla de oxígeno con reservorio	1
Sonda Foley # 16	1
Bolsa colectora de orina	1
Sonda de aspiración	1
Sulfato de Magnesio 20% ampolla	6
Gluconato de Calcio 10% ampolla	2
Nifedipino 10 mg tableta	3
Jeringa 20 cc	2
Jeringas de 10 cc	2
Agujas descartables # 18	2
Agujas descartables # 21	2
Guantes	2
Paquetes de gasa mediana	2
Relación pormenorizada del contenido del KIT, pegada en el reverso de la tapa.	

#### B.4 Ubicación del kit de clave azul

- Emergencia:
  - Shock Trauma
  - Consultorios de triaje
  - Sala de Observación
- Centro obstétrico
  - Salas de dilatación y partos
  - Sala de observación de puerperio inmediato.
- Hospitalización de obstetricia y ginecología
- Ambulancias

#### B.5 Procedimiento clave azul

##### B.5.1 VIGILANTE:

Orientar a la paciente o familiares hacia los consultorios de triaje o sala de shock trauma o sala de observación y avisar al obstetra o enfermera.

##### B.5.2 TECNICA DE ENFERMERIA

- Alcanzar Kit clave azul
- Alcanzar oxígeno y aspirador.
- Alistar el equipo de resucitación
- Llamar al médico y cumplir indicaciones



### B.5.3 ENFERMERA

1. Verificar y mantener vía aérea permeable
2. Esperar que terminen las convulsiones
3. Elevar el mentón y desplazar la mandíbula inferior hacia adelante
4. Verificar presencia de cuerpo extraño
5. Aspirar secreciones con aspirador o bombilla
6. Colocar tubo de mayo de ser necesario
7. Poner oxígeno 4-5 litros/min
8. Canalizar vía con solución salina al 9% 50 cc y Sulfato de magnesio 20% 50 cc (5 ampollas) con catéter venoso N° 18; llave de doble vía y Volutrol; e iniciar una dosis de carga de Sulfato de Magnesio 4 gr (40 cc) EV en 20 minutos y luego continuar con una dosis de mantenimiento de Sulfato de Magnesio 1 gr (10 cc) EV por hora durante 24 horas.
9. Canalizar vía con solución salina al 9% 1000 cc y pasar 15 gotas por Minuto.
10. Tomar y monitorizar las funciones vitales
11. Administrar Nifedipino 10 mg vía oral si hipertensión arterial persiste luego de administrado el sulfato de magnesio.
12. Tomar nota de los medicamentos administrados.
13. Colocar sonda Foley con bolsa colectora. Con la orina que evacúe tome muestra para examen completo de orina y para albuminuria con ácido sulfosalicílico, haga inmediatamente la prueba y reportar el resultado al médico.
14. Medir diuresis horaria

### B.5.4 MEDICO

1. Estabilizar funciones vitales
2. Evaluar a la paciente:
  - a. Funciones vitales
  - b. Estado de conciencia
  - c. Examen clínico general
  - d. Evaluación obstétrica y de bienestar fetal
3. Definir severidad del cuadro
4. Dar indicaciones siguiendo las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos de Obstetricia y Perinatología del INMP
5. Informar a los familiares del estado de la paciente, severidad del caso y conducta a seguir

### B.5.5 OBSTETRIZ/OBSTETRA

1. Si es gestante: Monitoreo obstétrico fetal con doppler
2. Si es gestante: Monitoreo de contracciones uterinas
3. Si es gestante evaluar presencia de sangrado
4. En caso de púrpura con sangrado proceder a realizar masaje uterino bimanual permanente.



### B.5.6 TECNICO DE LABORATORIO

1. Tomar muestras de sangre para hemoglobina-hematocrito, Grupo sanguíneo y Factor Rh, Hemograma, Perfil de coagulación (Plaquetas, Fibrinógeno, Tiempo de Protrombina y Tiempo Parcial de Tromboplastina)
2. Procesar la muestra de orina para ácido sulfosalicílico
3. Entregar con prontitud los resultados obtenidos al médico de guardia

B.6 Las acciones de técnicos, enfermeras, obstetricas/obstetras y médicos deben coordinarse adecuadamente, para interactuar simultáneamente brindando una atención oportuna y eficiente

### C. CLAVE AMARILLA

Es un protocolo que da las pautas en orden de prioridad para el manejo inmediato de la gestante o púérpera en estado crítico por sepsis severa o shock séptico obstétrico.

C.1 Definición: La clave amarilla forma parte de una estrategia que busca disminuir la mortalidad materna producida por la sepsis severa o el shock séptico obstétrico en gestantes o púérperas, mediante la estandarización de procedimientos en el manejo inmediato de esta entidad en los diferentes servicios de atención del instituto.

#### C.2 Indicaciones

- Aborto infectado, pielonefritis, corioamnionitis y endometritis puerperal que lleva a una sepsis severa o shock séptico.

#### C.3 Kit de clave amarilla

MEDICAMENTOS, INSUMOS	CANTIDAD
Cloruro de Sodio 9%o 1000 CC	5
Coloide frasco 1000 cc	2
Equipo de venocclisis	2
Catéter endovenoso N° 18	2
Oxitocina 10 UI	10
Ceftriaxona 1 gr ampolla	1
Amikacina 500 mg frasco	2
Clindamicina 600 mg frasco	1
Metamizol 1 gr	2
Jeringas 5 cc	5
Jeringa 50 cc	1
Sonda Foley N° 14	2
Bolsa colectora de orina	1
Guantes estériles	5
Equipo de Volútol 100 cc	1
Tubo de mayo	1
Bombilla de aspiración	1
Mascarilla de oxígeno con reservorio	1
<i>Relación pormenorizada del contenido del KIT, pegada en el reverso de la tapa.</i>	



#### C.4 Ubicación del kit de clave amarilla

- Emergencia:
  - Shock Trauma
  - Consultorios de triaje
  - Sala de Observación
  
- Centro obstétrico
  - Salas de dilatación y partos
  - Sala de observación de puerperio inmediato.
  
- Hospitalización de obstetricia y ginecología
- Ambulancias

#### C.5 Procedimiento clave amarilla

##### C.5.1 VIGILANTE

1. Orientar a la paciente o familiares hacia los consultorios de triaje o sala de shock trauma o sala de observación y avisar al obstetra o enfermera.

##### C.5.2 TECNICA DE ENFERMERIA

1. Alcanzar Kit clave amarilla
2. Alcanzar oxígeno y aspirador
3. Alistar el equipo de resucitación
4. Llamar al médico y cumplir indicaciones

##### C.5.3 ENFERMERA

1. Verificar y mantener vía aérea permeable
2. Elevar el mentón y desplazar la mandíbula inferior hacia adelante
3. Verificar presencia de cuerpo extraño en la vía aérea.
4. Aspirar secreciones con aspirador o bombilla
5. Colocar tubo de mayo de ser necesario.
6. Poner oxígeno 4-5 litros/min
7. Canalizar vía con solución salina al 9% 1000 cc y pasar 500 a 1000 cc en 30 minutos
8. Canalizar vía con solución salina al 9% 1000 cc y en caso de púerpera con atonía uterina agregar oxitocina 20 UI
9. Administrar Ceftriaxona 2 gr EV
10. Administrar Amikacina 1 gr EV
11. Administrar Clindamicina 600 mg EV por volutrol
12. Administrar Metamizol 1 EV si temperatura es mayor de 38.5°C
13. Monitorizar las funciones vitales
14. Tomar nota de los medicamentos administrados.
15. Colocar sonda Foley con bolsa colectora.



16. Medir diuresis horaria
17. Tomar la frecuencia cardíaca fetal

#### **C.5.4 MEDICO**

1. Estabilizar funciones vitales
2. Evaluar a la paciente:
  - a. Funciones vitales
  - b. Estado de conciencia
  - c. Examen clínico general
  - d. Evaluación obstétrica y de bienestar fetal
3. Definir severidad del cuadro
4. Dar indicaciones siguiendo las Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos de Obstetricia y Perinatología del INMP
5. Informar a los familiares del estado de la paciente, severidad del caso y conducta a seguir.

#### **C.5.5 OBSTETRIZ/OBSTETRA**

1. Si es gestante: Monitoreo obstétrico fetal con doppler
2. Si es gestante: Monitoreo de contracciones uterinas
3. Si es gestante evaluar presencia de sangrado
4. En caso de puerpera con sangrado proceder a realizar masaje uterino bimanual permanente.

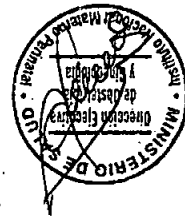
#### **C.5.6 TECNICO DE LABORATORIO**

1. Tomar muestras de sangre para hemoglobina-hematocrito, Grupo sanguíneo y Factor Rh, Hemograma, Perfil de coagulación (Plaquetas, Fibrinógeno, Tiempo de Protrombina y Tiempo Parcial de Tromboplastina) Pruebas cruzadas para transfusión de sangre, creatinina, urea, transaminasas, bilirrubinas totales y fraccionadas
2. Entregar con prontitud los resultados obtenidos al médico de guardia

C.6 Las acciones de técnicos, enfermeras, obstétrices/obstetras y médicos deben coordinarse adecuadamente, para interactuar simultáneamente brindando una atención oportuna y eficiente.

### **VII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS**

- La Dirección ejecutiva de Obstetricia y ginecología, se hace responsable de difundir, asesorar y capacitar la aplicación de la presente Directiva en el ámbito de su competencia.



- Los Departamentos de Obstetricia y Ginecología y Cuidados Críticos son responsables del Monitoreo y supervisión de la aplicación para la precitada Directiva.
- Los Departamentos de Obstetricia, Ginecología y Cuidados Críticos llevarán un registro de la alarma obstétrica que ocurra en el INMP.

### VIII. DISPOSICIONES FINALES

El incumplimiento de lo dispuesto en la presente Directiva acarrea responsabilidad administrativa del profesional de salud y personal en general del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Lima, 28 de marzo de 2014

