

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 1 de 35

TABLA DE CONTENIDO

1. PROTOCOLO DE ATENCION CÓDIGO ROJO - PROTOCOLO E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA.....	3
2. DEFINICIONES.....	4
3. OBJETIVOS	6
4. TALENTO HUMANO	7
5. POBLACIÓN OBJETO.....	8
6. MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO EN ATENCIÓN DEL PARTO	9
6.1 Medidas de prevención y detección precoz.....	9
7. HEMORRAGIA OBSTÉTRICA POSPARTO	10
7.1 Atención inmediata	10
7.1.1 Tono uterino (atonía o hipotonía uterina)	11
7.1.2 Trauma (desgarros del cérvix o canal vaginal)	12
7.1.3 Tejido inversión uterina.....	13
7.1.4 Placenta retenida o retención de restos placentarios	13
8. ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO.....	15
8.1. Organización del equipo de trabajo - médicos	15
8.2. Organización del equipo de trabajo – enfermera /auxiliar	16
9. SECUENCIA TEMPORAL DE ATENCIÓN DEL CODIGO ROJO.....	18
9.1. Principios de manejo	18
9.2. Secuencia temporal – Acciones.....	18
9.2.1. Minuto 0: activación	18
9.2.2. Minuto 1 a 20: reanimación	18
9.2.3. minutos 20-60: estabilización	19
9.2.4. 60 minutos y más: manejo avanzado	21
10. BALON HIDROSTATICO O BALON BAKRY.....	22

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 2 de 35

10.1.	Preparación y colocación.....	22
10.2.	Indicaciones y contraindicaciones.....	23
10.3.	Cuidados.....	24
10.4.	Complicaciones.....	24
10.5.	Confección y aplicación del dispositivo de taponamiento uterino artesanal..	24
10.5.1.	Materiales	24
10.5.2.	Procedimiento.....	25
11.	TRAJE ANTICHOQUE NO NEUMATICO	27
11.1.	Indicaciones	28
11.2.	Colocación.....	28
12.	RECOMENDACIONES.....	29
13.	REMISIÓN EN CONDICIONES SEGURAS	31
14.	ANEXOS.....	32
15.	BIBLIOGRAFÍA.....	35

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 3 de 35

1. PROTOCOLO DE ATENCION CÓDIGO ROJO - PROTOCOLO E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA

Disponer de una herramienta técnica que permita al equipo de salud cumplir el lineamiento dispuesto por la Resolución 3280 de 2018 para la atención de la Hemorragia obstétrica posparto considerada como frecuente entre las emergencias obstétricas.

Las acciones que se deberán desarrollar para la atención inicial de la emergencia obstétrica requieren del cumplimiento de las medidas de prevención y detección precoz definida; tal es el caso del manejo activo del alumbramiento.

Es un hecho reconocido a nivel mundial que la oportunidad y la calidad de la atención en el manejo de la hemorragia obstétrica son fundamentales para disminuir las complicaciones y la mortalidad.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 4 de 35

2. DEFINICIONES

EL “**CÓDIGO ROJO**” consiste en ejecutar un esquema de trabajo organizado de tal manera que cuando se presente una hemorragia obstétrica le permita al equipo asistencial seguir los pasos indicados sin desviarse del objetivo, trabajar de manera ordenada y coordinada y que pueda ser replicada en cada situación específica, logrando así disminuir la morbilidad generada por esta causa.

HEMORRAGIA OBSTETRICA POSPARTO

Se considera hemorragia posparto como puerperio inmediato donde se presenta alguna de las siguientes situaciones:

- Pérdida estimada de más de 500 cm³ de sangre en el posparto vaginal o más de 1.000 cm³ poscesárea o menor con signos de choque o sangrado vaginal persistente y continuo o sangrado repentino abundante con presencia de inestabilidad hemodinámica.
- Pérdida de todo el volumen sanguíneo en 24 horas.
- Sangrado mayor a 150 cm³ /min.
- Pérdida del 50% del volumen en 20 minutos.
- Descenso del hematocrito mayor o igual al 10%.

CRITERIOS DE CHOQUE

El diagnóstico del choque es fácil en los casos extremos, pero puede ser difícil en sus fases iniciales. Se calcula que la cantidad de sangre perdida puede ser subestimada hasta en un 50%, por lo que se recomienda clasificar el choque de acuerdo con el peor parámetro encontrado (no se recomienda hacerlo solo de acuerdo con la percepción subjetiva de la pérdida sanguínea).

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 5 de 35

Los signos, síntomas (sensorio, perfusión, pulso y presión arterial) y su relación con el grado de pérdida sanguínea y choque hipovolémico.

ATONIA /HIPOTENIA UTERINA - CRITERIOS

La atonía uterina se define como la incapacidad del útero de contraerse tras el alumbramiento, lo que conlleva una falta de hemostasia del lecho placentario, con la consiguiente hemorragia excesiva en el postparto inmediato.

- Observamos sangrado excesivo, el fondo del útero blando y alto que tiende a relajarse. La hemorragia puede ser torrencial por lo que la actuación debe ser rápida.
- El diagnóstico se realiza mediante la **exploración física**. Tras el parto a la palpación del abdomen el útero está blando y aumentado de tamaño: Al realizar un masaje uterino sobre el abdomen se observa la salida de sangre y coágulos “a bocanadas” por los genitales.
- Clínica: Taquicardia y vasoconstricción compensatoria que mantiene la tensión arterial, tardíamente se originará hipotensión.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 6 de 35

3. OBJETIVOS

Implementar protocolo que unifique diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto y que contribuya a disminuir la mortalidad materna asociada a hemorragia.

3.1. Objetivos específicos

- Protocolizar las mejores prácticas para el manejo de la hemorragia posparto.
- Facilitar el reconocimiento de la paciente con hemorragia posparto e introducir el diagnóstico rutinario y objetivo del choque hipovolémico.
- Disminuir la tasa de morbilidad materna y perinatal en los casos de hemorragia durante la atención del parto.
- Proporcionar las herramientas y sensibilizar a los profesionales de salud para que los tratamientos se realicen de la forma más oportuna y adecuada.
- Establecer medidas universales para la prevención de la hemorragia posparto.
- Estabilizar la paciente y remitirla prioritariamente a una institución complementaria con capacidad resolutive, en donde sea valorada por un equipo multidisciplinario de Ginecología y obstetricia, Anestesiología, Cuidados Intensivos y los demás perfiles que sean necesarios.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 7 de 35

4. TALENTO HUMANO

La atención del parto requiere un equipo interdisciplinario que pueda brindar seguridad y apoyo a la gestante, su familia o acompañante, liderado por el profesional de medicina. Es el médico general o Ginecoobstetra, el responsable de estabilizar la paciente y remitirla prioritariamente a una institución complementaria con capacidad resolutive, en donde sea valorada por un equipo multidisciplinario de Ginecología y obstetricia.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 8 de 35

5. POBLACIÓN OBJETO

Todas las mujeres gestantes o en puerperio atendidas en la E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA de Neiva, que presenten hemorragia obstétrica.

COPIA CONTROLADA ESE CEO

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 9 de 35

6. MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO EN ATENCIÓN DEL PARTO

6.1 Medidas de prevención y detección precoz

Garantizar durante la atención del parto el manejo activo del alumbramiento que incluye:

1. Al minuto del nacimiento palpar el abdomen para descartar la presencia de otro feto.
2. Administrar oxitocina (como uterotónico) 10 UI por vía intramuscular, de elección para profilaxis durante el alumbramiento en mujeres que tengan parto por vía vaginal.
3. Si se tiene acceso venoso permeable, puede administrarse oxitocina 5 UI o 10 UI en infusión lenta diluida en 10 ml de cristaloides en un tiempo no inferior a 3 minutos.
4. Se recomienda el uso de 600 mcg de misoprostol por vía sublingual para profilaxis durante el alumbramiento cuando la oxitocina no esté disponible. No se recomienda la administración por vía intrarectal.
5. Tracción controlada del cordón. (Sólo cuando verifique que el útero esté bien contraído.) (No está recomendada en lugares donde la atención se realice por talento humano no capacitado).
6. Realizar pinzamiento de acuerdo con los criterios definidos en la sección de alumbramiento. (Pinzamiento temprano, menor a 1 minuto, recomendado en sospecha de asfixia perinatal, desprendimiento de placenta, ruptura uterina, desgarro del cordón o paro cardíaco materno).
7. Verificar cada 15 minutos que el útero esté contraído. (para la identificación temprana de la atonía uterina).
8. En mujeres con parto por cesárea, adicionar una infusión de 30 UI de Oxitocina en 500 mL de cristaloides para pasar en 4 horas, inmediatamente después de la administración del bolo inicial de 5 UI de Oxitocina.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 10 de 35

7. HEMORRAGIA OBSTÉTRICA POSPARTO

7.1 Atención inmediata

1. Determinar el choque aplicando el cuadro diagnóstico del código rojo obstétrico, utilizando para ello el parámetro más alterado (sensorio, perfusión y signos vitales completos).
2. Activar código rojo obstétrico cuando la evaluación permita establecer algún grado de choque, notificar al segundo médico, enfermera, auxiliares de apoyo, central de referencia y al nivel de mayor complejidad.
3. Realizar ABC a la paciente (evalúe y garantice vía aérea permeable, ventilación y circulación).
4. Si se dispone de oximetría de pulso se deberá proporcionar oxígeno suplementario para alcanzar saturación de Oxígeno > 95 %. Si no se dispone de oximetría, administrar oxígeno por cánula nasal a 3 L/minuto.
5. Levantar las piernas de la paciente a 15 grados.
6. Canalizar 2 venas con catéter venoso No. 14, 16 o 18, al menos una con catéter 14 o 16.
7. Realizar toma de muestras (cuadro hemático, hemoclasificación, TP, TPT).
8. Reanimar con líquidos endovenosos cristaloides (SSN 0.9% o Hartman) preferentemente a 39 °C, con 4 bolos iniciales de 500 mL sucesivos titulando cada 5 minutos la respuesta basada en los signos de choque:
 - a. Sensorio conservado.
 - b. Pulso radial presente.
 - c. Presión arterial sistólica mayor de 90 mm Hg.
 - d. Llenado capilar < 3 segundos.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 11 de 35

9. Evaluar el grado de choque aplicando el cuadro diagnóstico del código rojo obstétrico, utilizando para ello el parámetro más alterado (sensorio, perfusión y signos vitales completos).
10. Insertar sonda Foley 14 o 16 F para drenaje vesical, y para monitorear volumen urinario.
11. Evitar la hipotermia con sábanas o mantas precalentadas y la administración de todos los líquidos endovenosos (cristaloides) a 39 °C.
12. Aplicar traje antichoque no neumático.
13. Aplicar ácido tranexámico dentro de las primeras 3 horas posteriores al parto, a dosis fija de 1 gr (100 mg/ml) IV a velocidad de 1ml por minuto, con una segunda dosis de 1gr IV si el sangrado continuo después de 30 minutos o si el sangrado reaparece dentro de las 24 horas de aplicada la primera dosis.
14. Realizar las medidas iniciales de reanimación y para tratar la causa de acuerdo con la nemotecnia de las 4T:
 - a. Tono Uterino.
 - b. Trauma.
 - c. Tejido.
 - d. Trombina.
15. Remitir a institución de mayor nivel de complejidad.

7.1.1 Tono uterino (atonía o hipotonía uterina)

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

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 12 de 35

- En casos de masaje uterino bimanual se aplicará antibiótico profiláctico endovenoso: Ampicilina o cefalosporina de primera generación 2 g en dosis única o Clindamicina 600 mg + Gentamicina 80 mg (en casos de alergia a la penicilina).
- Realizar manejo simultáneo con: administración de 5 UI de Oxitocina por vía IV lenta, mientras se inicia una infusión de 30 UI de Oxitocina diluida en 500 ml de cristaloides para pasar en 4 horas.
- Administración de Ergometrina 0.2 mg por vía IM. Repetir una sola dosis adicional después de 20 minutos. Puede continuarse 0.2 mg cada 4 a 6 horas, máximo 5 ampollas en 24 horas (contraindicada en mujeres con hipertensión).
- Misoprostol 800 mcg por vía sublingual, solo si no se cuenta con Oxitocina o Maleato de Metilergonovina.
- Si los uterotónicos no han controlado el sangrado o no están disponibles, se recomienda el taponamiento uterino con balón hemostático (balón bakry incluido dispositivo de sonda condón) en atonía uterina. *No es recomendable el empaquetamiento uterino para el manejo de la HPP por atonía uterina (taponamiento uterino con gasa).*

7.1.2 Trauma (desgarros del cérvix o canal vaginal)

- Realizar manejo inicial para la hemorragia postparto ya anotado.
- Realizar sutura de los desgarrs con catgut cromado 2-0.
- Aplicar antibiótico profiláctico IV: Ampicilina o cefalosporina de primera generación 2 g en dosis única o Clindamicina 600 mg + Gentamicina 80 mg (en alergia a la penicilina).
- En caso de inestabilidad hemodinámica, o no disponibilidad de sutura o dificultad por tamaño de la lesión se deberá hacer taponamiento vaginal con compresas húmedas.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 13 de 35

7.1.3 Tejido inversión uterina

- Hacer reposición uterina según indicaciones para la atención de emergencias obstétricas (Igual manejo de atonía/hipotonía uterina).
- Aplicar antibiótico profiláctico IV: Ampicilina o cefalosporina de primera generación 2 g en dosis única o Clindamicina 600 mg + Gentamicina 80 mg (en alergia a la penicilina).

7.1.4 Placenta retenida o retención de restos placentarios

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

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

Si se trata de un choque moderado, se deberá notificar tempranamente la necesidad de paquete de transfusión de glóbulos rojos de emergencia: 2 unidades de glóbulos rojos compatibles sin pruebas cruzadas u O (–) en presencia de choque hemorrágico moderado; si no se dispone de estos se utilizara O (+).

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 14 de 35

Tabla 1. Estimación de las pérdidas de acuerdo con la evaluación del estado de choque

Clasificación del choque hipovolémico					
Pérdida de volumen (%) y ml para una mujer entre 50-70 kg	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión arterial sistólica (mm/hg)	Grado del choque
10-15% 500-1.000 mL	Normal	Normal	60-90	>90	Compensado
16-25% 1.000-1.500 mL	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve
26-35% 1.500-2.000 mL	Agitada	Palidez, frialdad más sudoración	101-120	70-79	Moderado
>35% >2.000 mL	Letárgica o inconsciente	Palidez, frialdad más sudoración y llenado capilar >3 segundos	>120	<70	Severo

Fuente: Baskett (7).

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92





 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 15 de 35

8. ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

8.1. Organización del equipo de trabajo - médicos

MEDICO PRINCIPAL (COORDINADOR) lado derecho o frente al perina de la paciente.

Actividades:

- Buscar la causa del choque hemorragico e iniciar tratamiento.
- En hemorragia posparto causas basadas en las “4Ts” (tono, trauma, tejido, trombina).
- Clasificar el estado de choque inicial y reclasifique según evolucion durante la reanimacion.
- Evacue la vejiga y deje sonda de foley.
- Practicar revision uterina y cervicovaginal.
- Hacer masaje uterino bimanual.
- Tomar decisiones de remision de manera temprana.
- Verificar continuamente que los asistentes cumplan con sus funciones.
- Ordenar la administracio de los medicamentos que sean necesarios.
- Envie infromacionpara los familiares o acompañantes por medio de la persona asignada.

MEDICO DE APOYO cabecera de la paciente.

Actividades:

- Explicar los procedimientos a seguir y brindar confianza.
- Garantizar via aerea permeable y suministro de oxigeno suplementario.
- Cubrir a la paciente para evitar la hipotermia.
- Realizar registro de la temperatura.
- Toma de presion arterial y pulso radial.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 16 de 35

- Auscultación del corazón y campos pulmonares.
- Monitorización con oximetría de pulso.
- Reevaluación cada 5 minutos de la condición de la usuaria e informar al coordinador.
- Realizar registro de los eventos y medicamentos aplicados.
- Monitorización continua ininterrumpida y cuidado de la vía aérea.

8.2. Organización del equipo de trabajo – enfermera /auxiliar

ENFERMERA PROFESIONAL lado izquierdo de la paciente.

Actividades:

- Garantizar acceso y funcionamiento de dos vías venosas catéter 14 o 16.
- Aplicar y registrar medicamentos de primera línea sin solicitar orden médica escrita o verbal.
- Tomar muestras sanguíneas en los tres tubos.
- Iniciar suministro de cristaloides a 39°C 500cc cada 5 minutos hasta que el coordinador médico brinde indicaciones diferentes.
- Realizar órdenes de laboratorio para hemoglobina, hematocrito, plaquetas, TP, TPT, hemoclasificación.
- Colocar sonda vesical a cistoflo.
- Supervisar las funciones del personal auxiliar de enfermería.
- Aplicar y registrar medicamentos de segunda línea de acuerdo con orden verbal del médico coordinador cada vez que vaya a aplicar un medicamento.
- Colaborar con el coordinador en la realización de los procedimientos que sean requeridos sin descuidar vigilancia permeable de los accesos venosos.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 17 de 35

AUXILIAR DE ENFERMERÍA CIRCULANTE apoyo general donde sea requerido.

Actividades:

- Suministrar canasta de código rojo.
- Iniciar calentamiento de líquidos a 39°C.
- Canalizar segunda vía de acceso venoso calibre 14 o 16.
- Pasar lactato de ringer 500cc en bolo, caliente y continuar infusión de acuerdo con la orden verbal del médico coordinador.
- Alertar al segundo médico, enfermera profesional, auxiliares de apoyo, laboratorio y central de referencia.
- Apoyar con el coordinador la realización de procedimientos en caso de ser requerido sin descuidar vigilancia de la permeabilidad de los accesos venosos.
- Establecer contacto con los familiares o acompañantes de la usuaria y mantenerlos informados sobre las actividades y condición de la usuaria.
- Anotar los eventos con registros de tiempo en el formato de activación de código rojo.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad


LÍNEA AMIGA
863 2828


WHATSAPP
304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 18 de 35

9. SECUENCIA TEMPORAL DE ATENCIÓN DEL CODIGO ROJO

9.1. Principios de manejo

- Reposición adecuada de cristaloides de acuerdo con la clasificación del estadio de choque. (nivel de evidencia 1, grado de recomendación A).
- Considerar coagulación intravascular diseminada por consumo después de una hora de choque.
- Decisión oportuna del manejo quirúrgico (nivel de evidencia 2, grado de recomendación).

9.2. Secuencia temporal – Acciones

9.2.1. Minuto 0: activación

- Activar el sistema de código ROJO de la institución. Entere inmediatamente al personal de la emergencia.
- Determinar sensorio, perfusión, pulso, presión arterial y oximetría.
- Clasificar el choque.
- Alertar al operador de radio, enfermera jefe, primer y segundo médico, auxiliares de enfermería, laboratorio clínico.

9.2.2. Minuto 1 a 20: reanimación

- Oxígeno por cánula a 3 L/min.
- Canalizar 2 venas calibre grueso, catéter 14 o 16.
- Tomar muestras (CH, hemoclasificación, TP, TPT).

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92





 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 19 de 35

- Iniciar infusión de 500 mL de cristaloides calientes y continuar con bolos de 300 a 500 cm³ de acuerdo con la respuesta hemodinámica.
- Pasar sonda vesical a cistoflo para drenaje vesical y cuantificar diuresis.
- Realizar masaje uterino bimanual.
- Revisión uterina bajo anestesia general: establezca diagnóstico etiológico (Nemotecnia 4'Ts).
- Aplicar medicamentos de primera línea: oxitocina, misoprostol, metilergonovina.
 - Oxitocina: a 40 U diluidas en 500 mL de cristaloides (para pasar en 4 horas a 125 mL/hora) (9) (nivel de evidencia 1).
 - Metilergonovina amp. x 0,2 mg: 1 ampolla IM (10) (nivel de evidencia 1).
 - Misoprostol tabletas x 200 mcg 5 tabletas intrarrectales (11,12).
- Evite la hipotermia: utilice sábanas o mantas precalentadas y todos los cristaloides adminístrelos calientes.

NOTA: En la baja complejidad, toda paciente en quienes se activó un código rojo deben ser trasladadas al nivel de mediana o alta complejidad más cercano **de forma inmediata posterior al manejo inicial.**

En choque severo requiere transfusión inmediata con las dos primeras unidades de sangre sin cruzar O negativo; si no está disponible, puede usar O positivo–, y solicite las unidades adicionales cruzadas.

9.2.3. minutos 20-60: estabilización

- Conservar volumen circulante.
- Atonía uterina: masaje uterino permanente.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 20 de 35

- Usar oxitocina, misoprostol o metilergonovina con dosis adicionales de acuerdo con criterio clínico.
- El ácido tranexámico se debe administrar en dosis de 1 g por vía IV cada 6 horas, mínimo 4 dosis, en las siguientes situaciones:
 - Hemorragia posparto secundaria a traumatismo del canal del parto.
 - Sospecha de trastornos de la coagulación por historia clínica.
 - Hemorragia posparto que no ceda al manejo médico después de la aplicación de las medidas iniciales.
- Iniciar inotrópicos y vasoactivos si persiste la hipotensión.

ESTABILIDAD HEMODINÁMICA

Si la paciente mejora con el manejo inicial, estabilidad hemodinámica y sangrado escaso:

- Vigile el sangrado vaginal y el tono uterino cada 15 minutos, durante 4 horas.
- Evalúe signos de perfusión (sensorio, llenado, oximetría, pulso y tensión arterial, cada 15 minutos).
- Si fue una hemorragia por atonía, vigile el tono uterino cada 15 minutos.
- Continúe los líquidos IV a razón de 200 mL/hora.
- Continúe los uterotónicos por 24 horas; si fue una atonía: 10 unidades de oxitocina en cada 500 cm³ de L. Ringer.
- Mantenga la oxigenación.
- Aplicación de antibiótico profiláctico de acuerdo con el protocolo institucional.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 21 de 35

9.2.4. 60 minutos y más: manejo avanzado

- Pasado este tiempo se considera que la paciente cursa con coagulación intravascular diseminada (CID) de consumo. Iniciar plasma fresco y plaquetas, relación glóbulos rojos 1: plasma 1: plaquetas 1.
- En caso de hemotransfusión masiva (mayor de 6 unidades de glóbulos rojos), iniciar
- plasma fresco y plaquetas, relación glóbulos rojos 1: plasma 1: plaquetas: 1.
- Manejarla en unidad de cuidados intermedios y verificar si cumple criterios de ingreso a unidad de cuidados intensivos.
- Conservar volumen circulatorio.
- Valorar gasto urinario.

COPIA CONTROLADA

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 22 de 35

10. BALON HIDROSTATICO O BALON BAKRY

El balón de Bakri, también llamado Surgical Obstetric Silicone o SOS consiste en un balón de silicona con una sonda de doble luz de 58 cm de largo. Su capacidad es de 800 ml, pero lo recomendado es llenarlo hasta 500 ml como máximo (de 250 a 500 ml, dependiendo del tamaño del útero).

La diferencia de este tipo de balón, con otros que cumplen la misma función, es que el balón de Bakri tiene en el extremo de la sonda un canal de drenaje para evacuar los restos que quedan en el útero, lo que permite medir el sangrado y la efectividad de este dispositivo. Otra diferencia consiste en la longitud de la sonda, que es menor a la de otros dispositivos, por tanto, se produce más contacto entre el fondo del útero y la zona distal del balón y por ende mayor hemostasia.

10.1. Preparación y colocación

1. En la colocación transvaginal, realizar previa limpieza la zona y dejarla aséptica.
2. Utilizando las valvas del equipo de revisión útero vaginal visualice el cuello uterino
3. Mediante la utilización de una pinza de foerster, realice la introducción del balón deshinchado.
4. Una vez colocado en la zona correcta, inicie la inyección de suero salino fisiológico calentado a temperatura corporal, hasta la cantidad necesaria según las características uterinas, nunca más de 500 ml.
5. Una vez colocado, realice el *test de taponamiento*: insuflar el balón hasta que el útero deje de sangrar. Este test será positivo si se consigue controlar la hemorragia, y si no es el caso, se considerará negativo y habrá que valorar la realización de cirugía.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 23 de 35

6. Una vez conseguido el test positivo, compruebe nuevamente la correcta colocación y drenaje.
7. Coloque una bolsa colectora (de orina) para que se quede ahí el líquido drenado.
8. Realice fijación del catéter a la pierna de la paciente, para evitar tirones y por tanto la pérdida del dispositivo.
9. Ante una cesárea en la cual no cede el sangrado, el balón se colocará a través de la histerotomía, colocándolo en el fondo del útero y sacando el catéter de drenado a través de la vagina al exterior. Desde el exterior, se realizará el llenado del balón con la técnica anteriormente explicada.

10.2. Indicaciones y contraindicaciones

El balón de Bakri estará indicado en aquella hemorragia postparto que no cesa con fármacos uterotónicos, evitando así una cirugía más agresiva y manteniendo la fertilidad de la mujer.

El balón bakri estará contraindicado en casos entre las que encontramos:

- Alergia a la silicona.
- Retención de productos placentarios.
- Rotura uterina o sospecha de esta.
- Infección vaginal o uterina.
- Indicación de histerectomía.
- Hemorragia producida por lesión arterial.
- Cáncer de cuello de útero.
- Anomalías en la morfología del útero.
- Coagulación intravascular diseminada (CID).

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 24 de 35

10.3. Cuidados

- Vigilar que no se deshinche (sangrado excesivo) o un hinchado excesivo (dolor hipogástrico).
- Controlar el buen funcionamiento de éste vigilando que drene adecuadamente.

10.4. Complicaciones

En la colocación y mantenimiento de éste se puede encontrar:

- Perforación de la pared uterina.
- Dolor hipogástrico por inflado excesivo.
- Punción del balón.
- Infección.
- Retraso al realizar otros procedimientos.

10.5. Confección y aplicación del dispositivo de taponamiento uterino artesanal

10.5.1. Materiales

- Equipo de revisión uterina.
- 1 condón o preservativo.
- 1 sonda de Foley N° 12.
- 1 sonda de Nelaton N° 16.
- 1 Sutura de seda 2.0.
- 1 Equipo macrogoteo.
- 1 Solución fisiológica 0,9 % x 500ml.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92





 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 25 de 35

- Bisturí o tijera.
- 1 Bolsa recolectora.
- 1 Jeringa 10 ml.

10.5.2. Procedimiento

1. Realice insuflación del balón de llenado de la sonda Foley con el fin de identificarlo y proceda a cortar el extremo distal eliminándolo.
2. Abra el estuche del condón, sacándolo y procediendo a colocar la punta de la sonda Foley en contacto con el final del reservorio del condón, desplegándolo a través del cuerpo de la sonda.
3. Realice una medición de 10 cm desde la punta hacia el extremo proximal de la sonda y proceda a realizar un nudo continuo alrededor de la misma con sutura de seda.
4. Aplique vueltas y tensión lo suficientemente fuerte para evitar la salida del líquido y lo suficientemente suave para no obturar la luz del catéter y permitir el llenado.
5. Como futuro sistema de drenaje, utilice la sonda de Nelaton, fijándola con sutura de seda a nivel del nudo realizado sobre la superficie del condón y dejando libre el orificio distal.
6. Prepare un equipo de macrogoteo unido a una bolsa de 500 cc de solución fisiológica y realice conexión al extremo de la sonda Foley, fijando esta conexión con un nudo fuerte para evitar fugas.
7. En colocación transvaginal, realice previa asepsia y antisepsia de la zona.
8. Utilizando las valvas del equipo de revisión visualice el cuello uterino
9. Mediante la utilización de una pinza de foerster, realice la introducción del dispositivo deshinchado.
10. Aplique presión positiva sobre la bolsa de solución y a favor de gravedad para llenar el condón con 500 cc.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92





 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 26 de 35

- 11.** Realice cierre de la luz de la sonda a través de la cual se realizó el llenado.
- 12.** Proceda a colocar una bolsa recolectora para drenaje en la sonda Nelaton.
- 13.** Continúe con el proceso de verificación según lo descrito anteriormente.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 27 de 35

11. TRAJE ANTICHOQUE NO NEUMATICO

El Traje Antichoque No Neumático es una herramienta efectiva y comprobada para el manejo de la hemorragia postparto (HPP), ya que previene o revierte el shock, mejora los resultados maternos y reduce la mortalidad.

Es la primera estrategia de manejo en pacientes con choque hipovolémico porque aplica contrapresión circunferencial reduciendo la tasa de pérdida sanguínea por la presión sobre el lecho mesentérico, revierte el choque derivando la sangre a los órganos vitales por aumento de la precarga, disminuye el número de transfusiones sanguíneas e intervenciones quirúrgicas y es la estrategia de elección para el transporte y referencia en HPP.

Permite acceso completo al peritoneo por lo cual puede ser utilizado antes o después de procedimientos vía abdominal. Y durante la realización de procedimientos vaginales.

Este traje está hecho en neopreno, con 6 segmentos que se cierran alrededor de los tobillos, las pantorrillas, los muslos, la pelvis y el abdomen que incluye una pequeña esfera de espuma que aplica presión sobre el útero para disminuir el sangrado y tiene tiras de velcro que ayudan a mantener ajustado el traje. Todo lo cual ayuda a estabilizar los signos vitales de la puerpera y resolver un shock hipovolémico.

Es lavable y reutilizable (más de 70 veces) y puede empacarse fácilmente en una bolsa para su almacenamiento.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 28 de 35

11.1. Indicaciones

- Tiene como función comprimir la parte inferior del cuerpo y abdomen, garantizando el suministro de sangre a pulmones, corazón y cerebro.
- Se utiliza cuando la pérdida de sangrado vaginal es mayor a 750ml con una frecuencia cardiaca mayor a 100lpm, hipotensión.

11.2. Colocación

Está conformado por cinco piezas fundamentales: componente pélvico(4), componente abdominal(5-6) y el componente de tensión-fijación (1-3), las cuales cierran herméticamente con velcro.

- Se inicia por la porción distal, a un tiempo ambos componentes de cada pierna del 1 al 3.
- Luego el componente pélvico 4.
- Finalmente la bola del componente 5 se acoplan sobre el cuerpo uterino y se fija con el componente 6, lo pueden colocar una o dos personas.
- La presión circunferencial debe ser la mayor posible (excepto del componente 6 que deberá colocarse sin ejercer demasiada presión).
- El traje se ha dejado colocado incluso durante 48 horas, sin que en ese lapso se haya originado algún efecto adverso.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 29 de 35

12. RECOMENDACIONES

Se recomienda que cuando se diagnostique hemorragia posparto con cualquier grado de choque, se active el protocolo de código rojo obstétrico y simultáneamente acciones en cuatro áreas de intervención: comunicación, resucitación, monitoreo e investigación de la causa y control del sangrado. (GPC) alertar al personal de salud entrenado en código rojo obstétrico.

Valoración y registro cada 15 minutos del pulso, presión arterial y frecuencia respiratoria una vez estabilizada la paciente y realizado las medidas iniciales de reanimación para tratar la causa de acuerdo con la nemotecnia de las "4T" remitir a un nivel de mayor complejidad que garantice la atención adecuada.

Se recomienda administrar dosis única parenteral de cefalosporina de primera generación inmediatamente antes de insertar el balón. En caso de alergia documentada a los betalactámicos, se recomienda administrar clindamicina más gentamicina en dosis única.

Se recomienda dejar una infusión de oxitocina de 30 UI diluidas en 500 ml de cristaloides para pasar en 4 horas. Se recomienda dejar el balón por un tiempo máximo de 24 horas y retirar en sitio donde se cuente con recurso humano calificado de hemoderivados y quirófano.

Si la placenta no se separa con las medidas habituales, se recomienda no intentar separarla y remitir a una institución con capacidad resolutoria. El manejo médico o la histerectomía con placenta in situ están asociados con menor pérdida sanguínea que tratar de separarla.

Si la placenta se separa parcialmente, se recomienda que la porción desprendida sea extraída y la hemorragia que se presente, manejar la de acuerdo a las recomendaciones planteadas. Las porciones que no se desprenden pueden ser dejadas en su lugar, pero la pérdida de

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 30 de 35

sangre en tales circunstancias puede ser mayor y requiere el manejo de una hemorragia masiva de manera oportuna.

Se recomienda que el manejo de la hemorragia obstétrica por abrupcio de placenta se realice en un nivel de alta complejidad, búsqueda y tratamiento activo de la coagulopatía (considerar protocolo de transfusión masiva) y soporte vital avanzado.

Transporte inmediato al centro de atención de mediana o alta complejidad más cercano, de preferencia en ambulancia medicalizada, con el equipo humano acompañante entrenado en código rojo y que continúe durante el desplazamiento con la aplicación del código.

Con el fin de evitar el caos durante la asistencia a una situación crítica como es la hemorragia obstétrica con choque hipovolémico, es necesario organizar el equipo humano disponible, asignándole funciones específicas, las cuales deben ser previamente conocidas y estudiadas en los entrenamientos institucionales y pueden ser asimiladas con la ayuda de la lista de chequeo del código rojo. La organización del equipo mejora las condiciones de trabajo y facilita la realización de las funciones para la recuperación y mantenimiento de la vida de la mujer en choque. Cada miembro participante en el código rojo debe cumplir sus funciones, con el fin de evitar la duplicación o la omisión de alguna actividad. La activación del código la hace la primera persona que entra en contacto con la paciente que está sangrando.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 31 de 35

13. REMISIÓN EN CONDICIONES SEGURAS

Remitir a nivel de mayor complejidad que garantice presencia de especialista en ginecología y obstetricia, anestesiología, uso de medicamentos y transfusión sanguínea. Trasladarla en ambulancia con acompañamiento médico (junto a la camilla de la paciente) y de enfermería o paramédico entrenado que:

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

Se debe tener en cuenta que al momento de la remisión se debe trasladar a la usuaria con el balón hidrostático y el traje antichoque no neumático hasta el sitio de la remisión en los casos donde fue necesaria la aplicación o colocación de estos.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92





 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO		
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2 PÁGINA 32 de 35

14. ANEXOS

1. KIT ATENCION CODIGO ROJO

KIT ATENCIÓN CODIGO ROJO HEMORRAGIA POST PARTO		
MEDICAMENTOS	UNIDAD	CANTIDAD
Oxitocina ampolla 10u	Ampolla	20
Methergin (ergometrina) ampolla 200mcg (0.2mg)	Ampolla	5
Misoprostol 200mcg frasco 28 tableta	Frasco	1
Solución salina al 0.9% (y/o hartmann) 500ml	Bolsa	10
Ácido tranexámico ampolla x 500mg	Ampolla	4
Ampicilina	Ampolla 1gr	2
Cefalosporina (cefalotina, cefradina)	Ampolla 1gr	2
Clindamicina 600 mg	Ampolla	1
Gentamicina 80 mg	Ampolla	1
Dopamina ampolla 200 mg (200.000 microgramos)	Ampolla	1
Norepinefrina (noradrenalina) ampolla 4mg	Ampolla	1
EQUIPOS-SUMINISTROS	UNIDAD	CANTIDAD
Mascarilla con bolsa de reservorio adulto suministrar oxigeno	Mascarilla alto flujo	1
Canula nasal para suministro de oxigeno	Canula adulto	1
Ventury sistema 35%	Ventury	1
Ventury sistema 50%	Ventury	1
Oxímetro de pulso adulto	Unidad	1
Cateter venoso 14	Unidad	2
Cateter venoso 16	Unidad	2
Cateter venoso 18	Unidad	2
Macro goteo equipo	Unidad	3
Micro goteo equipo	Unidad	3
Sondafoley 14	Unidad	1

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 33 de 35

Sondafoley 16	Unidad	1
Seda trenzada sobre 2/0	Unidad	2
Balón de taponamiento uterino (bakri)	Unidad	1
Traje antichoque no neumatico	Unidad	1
Guantes extralargos para ginecología (revisar cavidad) par	Par	2
Guantes quirúrgicos par	Par	2
Preservativos	Unidad	3

2. EQUIPO DE REVISIÓN UTERO VAGINAL

EQUIPO REVISIÓN DESGARRO UTERO-VAGINAL CÓDIGO ROJO	
ITEM	CANTIDAD
Valvas vaginales	2
Pinza de foerster	4
Porta agujas largo	1
Pinza de disección con garra larga	1
Catgut cromado 2/0	2

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 34 de 35

3. ACTIVIDADES EQUIPO DE TRABAJO

ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

MEDICO PRINCIPAL (COORDINADOR)

Ubicación: lado derecho o frente al periné de la paciente.

Buscar la causa del choque Hemorrágico e Inicie tratamiento.

En Hemorragia Post parto causas basadas en las "4Ts" (Tono, Trauma, Tejido, Trombina).
Clasificar el estado de choque Inicial y reclasifique Según Evolución durante la reanimación.

Evacúe la Vejiga y deje Sonda de Foley.
Practicar revisión uterina y cervicovaginal.
Hacer masaje uterino bimanual.
Tome Decisión Temprana de Remitir.
Verifique continuamente que los Asistentes cumplan Sus Funciones.
Ordene la Aplicación de Medicamentos necesarios.
Envíe la Información para los Familiares o acompañantes por Medio de la Persona asignada.

ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

MEDICO DE APOYO

Ubicación: Cabecera de la Paciente, Explicar los Procedimientos a Seguir y Brindar Confianza.

Garantice Vía Aérea Permeable.
Suministre Oxígeno Suplementario.

Cubra la Paciente para Evitar la Hipotermia.
Registre Temperatura.
Tome la Presión Arterial y el Pulso Radial.
Ausculte Corazón y Campos Pulmonares.
Monitoree con Oximetría de Pulso.

Cada 5 minutos Reevalúe la condición de la paciente e informe al coordinador.

Anote todos los Eventos y Medicamentos aplicados.
No Abandone el Cuidado de la Vía Aérea.

ENFERMERA JEFE

Ubicación: lado izquierdo de la paciente.

Garantice Acceso y Funcionamiento de Dos Vías Venosas. Catéter 14 o 16.

Aplicar y registrar medicamentos de primera línea sin solicitar orden médica escrita o verbal.
Tome muestras Sanguíneas en Tres Tubos
Inicie el Suministro de Cristaloides a 39°C 500cc cada 5 minutos hasta que coordinador Médico indique algo diferente.

Realice Ordenes de Laboratorio para Hemoglobina, Hematocrito, Plaquetas, TP, TPT. Hemoclasificar.
Colocar sonda vesical a cistoflo.
Supervisar las funciones del personal auxiliar de enfermería.

Aplicar y registrar medicamentos de segunda línea de acuerdo con orden verbal del médico coordinador.
Informe al Médico Coordinador cada vez que vaya a aplicar un medicamento.
Colabore con el coordinador en la Realización de Procedimientos si se es requerido sin descuidar vigilancia de permeabilidad de accesos venosos.

ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

AUXILIAR CIRCULANTE

Suministrar canasta de código rojo.
Iniciar calentamiento de líquidos. A 39° C

Canalizar segunda vía de acceso venoso calibre 14 o 16.
Pasar Lactato de Ringer 500 cm3 en bolo, caliente, y continuar infusión de acuerdo con la orden verbal del médico coordinador.
Alertar a segundo médico, enfermera jefe, auxiliares de apoyo, laboratorio, Central de Referencia.

Colabore con el coordinador en la Realización de Procedimientos si se es requerido sin descuidar vigilancia de permeabilidad de accesos venosos.
Establezca Contacto con la Familia y Manténgala Informada.
Anotar los eventos con registro de tiempo en el formato de activación de código rojo.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO CÓDIGO ROJO			
PROCESO: GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	CÓDIGO: SH-S2-D1	VIGENCIA: 26/10/2023	V2	PÁGINA 35 de 35

15. BIBLIOGRAFÍA

1. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL RESOLUCIÓN NÚMERO 3280 DE 2018 Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.
2. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Guía No. 11-15 Bogotá. Colombia Abril de 2013.
3. El balón de Bakri. Conceptos básicos para enfermería. 18 noviembre 2021. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-balon-de-bakri-conceptos-basicos-para-enfermeria/>
4. Taponamiento uterino artesanal con condón e innovador sistema de drenaje en el manejo de hemorragia posparto: a propósito de un caso. Rev Obstet Ginecol Venez. 2021; 81 (1): 86-91 <https://doi.org/10.51288/00810112>
5. GUIA MEDICA DE HEMORRAGIA POSTPARTO (HPP). Plan de choque de reducción de mortalidad materna.



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

DOCUMENTO DE APOYO
PROTOCOLO CÓDIGO ROJO



PROCESO: GESTIÓN EN
ATENCIÓN HOSPITALARIA

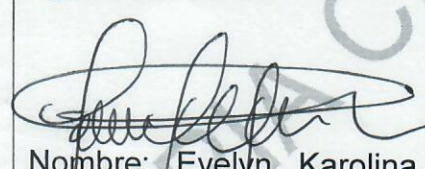
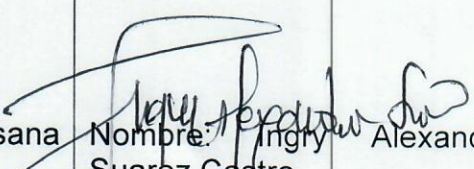
CÓDIGO: SH-S2-D1

VIGENCIA: 26/10/2023

V2

PÁGINA 1 de 1

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Descripción el cambio	Fecha de aprobación
1	Elaboración del documento:	01/10/2012
2	Modificación del documento: Se modifica documento con el fin de obtener una mejora continua en el subproceso "Obstetricia baja complejidad", se realizaron los siguientes ajustes: 1. Actualización de la vigencia. 2. Modificación del contenido en general. 3. Ajustes estructurales.	26/10/2023
 Nombre: Raúl Pérez Salazar. Agremiado Asistir.		
 Nombre: Marly Daniela Muñoz Bolaños Agremiada Asistir.		
 Nombre: Evelyn Karolina García Polanco Agremiada Asistir.	 Nombre: Irma Susana Bermúdez Acosta. Contratista área Garantía de la Calidad.	 Nombre: Ingrid Alexandra Suárez Castro. Cargo: Subgerente Técnico Científica.
Elaboró	Revisó	Aprobó

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

f i o
ESE Carmen Emilia Ospina