



Manejo de las Principales Causas de Emergencias Obstétricas y Reanimación Neonatal en Sala de Partos

Esta guía representa un avance fundamental en la atención de emergencias obstétricas y neonatales en Paraguay. Desarrollada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social con el apoyo de agencias internacionales, establece protocolos estandarizados para identificar, compensar y tratar las principales causas de mortalidad materna y neonatal.

El documento forma parte de la estrategia Código Rojo, diseñada para reducir las demoras en la atención que pueden resultar fatales. A través de métodos rápidos y efectivos, esta guía capacita a los equipos de salud para responder de manera coordinada ante hemorragias graves, preeclampsia severa, sepsis obstétrica y situaciones que requieren reanimación neonatal.

Estrategia Código Rojo: Visión General

La estrategia Código Rojo representa un cambio paradigmático en la atención de emergencias obstétricas en Paraguay. Basada en evidencia internacional y adaptada al contexto local, esta iniciativa aborda sistemáticamente las cuatro demoras críticas que conducen a la mortalidad materna: identificación tardía, compensación inadecuada, tratamiento demorado y traslado inoportuno.

Identificación Precoz

Utilización de la Escala de Alerta Precoz Obstétrica (EAPO) para detectar rápidamente signos de deterioro hemodinámico mediante un sistema de colores intuitivo.

Compensación Inmediata

Protocolo estandarizado de seis pasos para estabilizar a la paciente: asegurar vías aéreas, administrar oxígeno, establecer accesos venosos, prevenir hipotermia, iniciar hidratación y controlar diuresis.

Tratamiento Específico

Manejo dirigido según la causa: hemorragia grave, preeclampsia severa/eclampsia, o sepsis obstétrica, con protocolos claros para cada condición.

Traslado Oportuno

Sistema coordinado de referencia cuando la capacidad resolutiva del servicio es insuficiente, asegurando continuidad en la atención.

"El objetivo de la estrategia CÓDIGO ROJO es contribuir a la disminución de la mortalidad materna y neonatal mediante la intervención sobre las tres demoras que retrasan la atención de la embarazada."

Escala de Alerta Precoz Obstétrica (EAPO)

La EAPO constituye la herramienta fundamental para la identificación temprana de emergencias obstétricas. Este sistema de triaje utiliza un código de colores (rojo, amarillo, verde) para clasificar rápidamente el estado hemodinámico de la paciente, permitiendo una respuesta inmediata y proporcional a la gravedad de la situación.

	<h3>Clasificación Roja</h3> <p>Inestabilidad hemodinámica o emergencia. Requiere activación inmediata del equipo de emergencia. Un solo parámetro en rojo es suficiente para activar el protocolo. Control cada 5-10 minutos.</p>		<h3>Clasificación Amarilla</h3> <p>Condición clínica potencialmente grave. Requiere valoración cuidadosa, estudios paraclínicos y monitoreo estrecho. Control cada 15-20 minutos.</p>		<h3>Clasificación Verde</h3> <p>Estabilidad hemodinámica. Controles de rutina según protocolos establecidos. Todos los parámetros deben estar en verde. Control cada 1-2 horas.</p>
---	---	---	---	---	---

La EAPO evalúa múltiples parámetros incluyendo aspecto general, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica y diastólica, respuesta neurológica, diuresis, proteinuria, sangrado genital, flujo purulento, cefalea, convulsiones y dolor abdominal. Esta evaluación integral permite detectar precozmente el deterioro clínico antes de que se manifiesten signos evidentes de shock.

Trabajo en Equipo y Dinámica de Respuesta

El éxito en la atención de emergencias obstétricas depende críticamente de un equipo multidisciplinario bien coordinado. La estrategia Código Rojo establece roles específicos y protocolos de comunicación que optimizan la respuesta ante situaciones críticas.

1

Coordinador del Equipo

Organiza al grupo, supervisa actuaciones individuales, coordina la respuesta integral, facilita explicaciones y se centra en el cuidado completo de la paciente. Lee el protocolo como ayuda cognitiva durante la atención.

2

Asistente 1

Responsable de vías aéreas, ventilación, control de signos vitales y registro en la EAPO. Realiza procedimientos según designación del coordinador.

3

Asistente 2

Encargado de canalización de vías periféricas, hidratación parenteral, prevención de hipotermia y otros procedimientos asignados.

4

Circulante

Facilita insumos del kit de emergencia, alerta a la red de servicios, lleva registro de acciones y comunica al servicio de sangre cuando se activa Código Rojo.



Comunicación en Asa Cerrada

El coordinador da una orden nombrando al miembro del equipo. El receptor confirma con contacto visual. El coordinador espera confirmación de que la tarea se completó antes de asignar la siguiente. Este método asegura que todos los pasos se ejecuten correctamente.

Los elementos clave de un equipo eficaz incluyen mensajes claros y concisos, funciones bien definidas, conocimiento de las limitaciones propias, compartir información constantemente, intervención constructiva cuando sea necesario, reevaluación periódica y respeto mutuo entre todos los miembros.

Hemorragia Obstétrica: Identificación y Manejo Inicial

La hemorragia obstétrica es la principal causa de mortalidad materna prevenible. El tiempo es crítico: después de 20 minutos sin intervención, la supervivencia disminuye al 60%, y después de 40-60 minutos, con coagulación intravascular diseminada establecida, cae por debajo del 20%.

Clasificación del Shock Hipovolémico

Compensado	10-15%	60-90	>90
Leve	16-25%	91-100	80-90
Moderado	26-35%	101-120	70-79
Severo	>35%	>120	<70

Prevención

Administrar oxitocina 10 UI IM durante el alumbramiento en todos los partos. Si se dispone de carbetocina, usar 100 mcg IV en bolo después del parto.

Realizar tracción controlada del cordón umbilical cuando el personal esté capacitado.

1

2

3

Hidratación

Bolos de 250-500cc de solución fisiológica tibia hasta 2000cc, manteniendo PAS \geq 90 mmHg

Control Hemorragia

Compresión aórtica, TANN, pinzamiento vaginal, compresión bimanual, taponamiento con balón

Protocolo Transfusión

Ácido tranexámico 1g, crioprecipitados, CGR, PFC según respuesta

"Solo el 20% del volumen de solución electrolítica administrada por vía IV es hemodinámicamente efectiva al cabo de una hora. La reposición debe ser guiada por la respuesta hemodinámica."

Preeclampsia Severa y Eclampsia: Protocolo de Atención

Los trastornos hipertensivos del embarazo requieren identificación temprana y manejo agresivo para prevenir complicaciones cerebrovasculares y cardiovasculares. La preeclampsia severa se caracteriza por crisis hipertensivas (PAS \geq 160 o PAD \geq 110 mmHg) con o sin síntomas vasoespásticos.

Criterios de Gravedad

- Crisis hipertensiva: PAS >160 y/o PAD >110 mmHg
- Síntomas neurológicos: cefalea persistente, alteraciones visuales, hiperreflexia
- Alteraciones hepáticas: epigastralgia, náuseas, dolor en cuadrante superior
- Oliguria <400 cc/24 horas
- Síndrome HELLP, edema cerebral o pulmonar
- Proteinuria >5 g/24 horas

Manejo con Sulfato de Magnesio

Dosis de ataque: 4g (8cc) de SMg al 50% IV en 5-20 minutos

Mantenimiento: 5g (10cc) IM cada 4 horas o 1g/hora IV

Duración: Hasta 24 horas post-parto o última convulsión

Vigilar intoxicación: FR <12/min, ROT ausentes, diuresis <30cc/h

Antídoto: Gluconato de calcio 1g al 10% IV en 3 minutos

Control de Crisis Hipertensiva

Labetalol: Primera línea si no hay contraindicaciones (asma, falla cardíaca)

- Dosis inicial: 20mg IV en 10 minutos
- Si no responde en 15 min: 40mg
- Luego: 80mg cada 15 min (máximo 4 dosis)

Objetivo: Mantener PAD >90 mmHg, nunca bajar más

Alternativa: Nifedipina

En pacientes conscientes sin acceso IV:

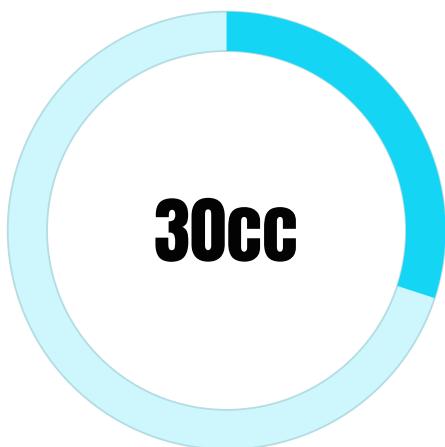
- 20mg VO inicial
- Repetir cada 20 min si no responde (máximo 3 veces)
- Si controla: 20mg cada 6 horas
- Dosis máxima: 120mg/día

Recordatorio Crítico

La interrupción del embarazo es el tratamiento definitivo. Realizar cuando la paciente esté estabilizada, idealmente 12 horas después del diagnóstico si las condiciones lo permiten. En hipertensión grave refractaria, considerar interrupción inmediata.

Sepsis Obstétrica y Reanimación Cardiopulmonar

La sepsis obstétrica requiere reconocimiento precoz en las primeras seis horas para mejorar significativamente la supervivencia. El nuevo enfoque diagnóstico utiliza el score SOFA y qSOFA para identificar pacientes de alto riesgo.



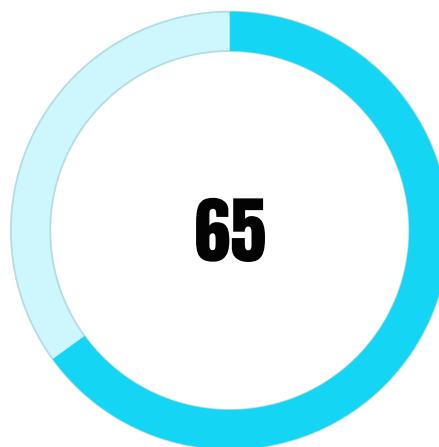
Hidratación Inicial

30cc/kg/hora de cristaloides en la primera hora para pacientes con sepsis



Antibióticos

Iniciar antibioticoterapia empírica de amplio espectro dentro de la primera hora del diagnóstico



PAM Objetivo

Mantener presión arterial media ≥ 65 mmHg con vasopresores si es necesario

Criterios qSOFA (Quick SOFA)

Presencia de 2 o más criterios indica alto riesgo:



Frecuencia Respiratoria ≥ 22 /minuto



Alteración del Estado Mental



Presión Arterial Sistólica ≤ 100 mmHg

Reanimación Cardiopulmonar Materna

En caso de paro cardiorrespiratorio en embarazadas con altura uterina a nivel o sobre el ombligo, es fundamental lateralizar el útero manualmente o inclinar la camilla 15-30° para eliminar la compresión aortocava. Si no se logra retorno de circulación espontánea en 4 minutos, considerar cesárea perimortem para salvar la vida materna y/o fetal.

01	02	03
Verificar ausencia de respuesta, respiración y pulso (máximo 10 segundos)	Activar sistema de emergencia y solicitar DEA	Iniciar compresiones torácicas 100-120/min, profundidad 5cm (ciclos 30:2)
04	05	
Ventilar con bolsa-mascarilla, lateralizar útero si procede	Evaluar ritmo cada 2 minutos, administrar adrenalina 1mg cada 3-5 minutos	

Reanimación Neonatal en Sala de Partos

Aproximadamente el 10% de los recién nacidos requiere algún tipo de asistencia para iniciar la respiración, y menos del 1% necesita maniobras avanzadas. La clave del éxito es la preparación anticipada y la ejecución rápida del algoritmo de reanimación.

Evaluación Inicial (0 segundos)

¿Es de término? ¿Tiene buen tono?
¿Respira o llora? Si todas las respuestas son SÍ, realizar cuidados de rutina con la madre

1

Ventilación (30-60 segundos)

Si FC <100 o apnea: iniciar VPP 40-60/min. Evaluar movimiento torácico. Aplicar pasos correctivos MR SOPA si es necesario

2

Pasos Iniciales (0-30 segundos)

C-P-A-S-E: Calor, Posición, Aspiración (si necesario), Secado, Estimulación. Evaluar respiración y frecuencia cardíaca

3

Medicación (si FC persiste <60)

Adrenalina 0.1-0.3 cc/kg de dilución 1:10,000 IV/IO cada 3-5 min. Considerar expansión con SF 10cc/kg si no responde

4

Compresiones (60+ segundos)

Si FC <60 después de 30 seg de VPP efectiva: iniciar compresiones torácicas (técnica dos pulgares), relación 3:1, oxígeno 100%

Pasos Correctivos: MR SOPA

- **Máscara:** reajustar, técnica dos manos
- **Reposicionar vía aérea:** posición neutral
- **Succión:** boca y nariz
- **O:** boca abierta, mandíbula adelante
- **Presión:** aumentar 5-10 cm H₂O
- **A:** vía aérea alternativa (tubo/máscara laríngea)

Objetivos de Saturación

1 min	60-65
2 min	65-70
3 min	70-75
4 min	75-80
5 min	80-85
10 min	85-95

"El minuto de oro: 60 segundos para completar pasos iniciales, reevaluar e iniciar ventilación si es necesaria. La ventilación efectiva es el paso más importante para una reanimación exitosa."

Consideraciones Especiales

En recién nacidos con líquido meconial y deprimidos, no se recomienda intubación y aspiración rutinaria. El énfasis está en iniciar ventilación dentro del primer minuto. La intubación se limita a casos con sospecha de obstrucción traqueal.

Para prematuros extremos, considerar uso de bolsa de plástico para prevenir hipotermia y mantener temperatura entre 36.5-37.5°C durante la reanimación.