



Resolución Directoral

Lima, 04 de Febrero de 2026

VISTO: El Expediente Administrativo Registro N° 51515-2025, que contiene, entre otros documentos, el proyecto de documento normativo, denominado "Guía Técnica: Guía de Procedimiento para el Manejo de la Hemorragia Materna Obstétrica (Clave Roja)", del Servicio de Obstetricia, del Departamento de Gineco-Obstetricia, del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que, la protección de la salud es de interés público; y, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; señalando en el primer párrafo del artículo VI, del Título Preliminar que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprueba el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el cual tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, el artículo 9° del precitado Reglamento, y modificatorias, refiere que, los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda;

Que, con Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, de fecha 5 de julio de 2021, se aprobó el Documento denominado: "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud, siendo de observancia obligatoria por los órganos, unidades orgánicas y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud;

Que, el numeral 6.1.3. del citado Documento Normativo, define la Guía Técnica como: "El documento normativo del Ministerio de Salud, con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias. En ella se establecen procedimientos, metodologías, instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso, procedimiento o actividades y al desarrollo de una buena práctica";

Que, el artículo 63°, del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, señala que, el Departamento de

Gineco-Obstetricia, es el órgano encargado de la atención integral de la patología Gineco -obstétrica durante el ciclo reproductivo, pre-concepcional, concepcional y post-concepcional, así como de las enfermedades del sistema de reproducción de la mujer; depende de la Dirección General; y tiene como una de sus funciones: *"f) Proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de atención médica gineco-obstétrica orientados a brindar un servicio eficiente y eficaz"*;

Que, conforme al numeral 4.2.12 del numeral 4.2. del numeral IV, de la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, es función del Comité Institucional de Historias Clínicas: *"Emitir opinión técnica a la Dirección o Jefatura de la IPRESS sobre cualquier cambio propuesto con los formatos de registro de las prestaciones que integran la historia clínica"*;

Que, la Directiva Sanitaria N° 001-HNDM/OGC/2023, Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías de Procedimientos Asistenciales, aprobada mediante Resolución Directoral N° 152-2023/D/HNDM, de fecha 10 de julio de 2023, tiene como objetivo estandarizar el proceso para la elaboración de Guías de Procedimientos Asistenciales en el Hospital Nacional "Dos de Mayo"; y, tiene como finalidad, contribuir a garantizar que los usuarios reciban atención de calidad, avalada por Guías de Procedimientos Asistenciales, elaboradas de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados, que respondan a las prioridades sanitarias nacionales, buscando el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios y, el uso de recursos en el Hospital Nacional "Dos de Mayo";

Que, el proyecto de documento normativo "Guía Técnica: Guía de Procedimiento para el Manejo de la Hemorragia Materna Obstétrica (Clave Roja)", del Servicio de Obstetricia, del Departamento de Gineco-Obstetricia, tiene como finalidad *"implementar estrategias que permitan la reducción de la morbilidad materna producida por la Hemorragia Materna Obstétrica durante el embarazo, el parto y el puerperio de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo mediante la estandarización de la atención médica basado en las evidencias científicas"*;

Que, mediante Informe N° 001-2025-DGO-HNDM, de fecha 15 de diciembre de 2025, el Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia, presenta el sustento técnico para la aprobación del proyecto del documento normativo "Guía Técnica: Guía de Procedimiento para el Manejo de la Hemorragia Materna Obstétrica (Clave Roja)", del Servicio de Obstetricia, del Departamento de Gineco-Obstetricia, del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

Que, con la Nota Informativa N° 237-2025-HNDM/OGC, de fecha 17 de diciembre de 2025, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, señala que el Servicio de Obstetricia, del Departamento de Gineco-Obstetricia, ha elaborado en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad, la mencionada guía, en cumplimiento de la normativa vigente, por lo que emite su opinión favorable para su aprobación mediante acto resolutivo;

Que, mediante Informe N° 007-2026-P-CIHC-HNDM, de fecha 16 de enero de 2026, la Presidenta del Comité Institucional de Historias Clínica, remite el Acta N° 040-2026-CIHC-HNDM, de fecha 6 de enero de 2026, expedido por el Comité Institucional de Historias Clínicas, a través del cual acuerdan por unanimidad brindar opinión favorable para la incorporación en la historia clínica del formato denominado: "Consentimiento Informado Hemorragia Materna Obstétrica (Clave Roja), Denegación o Revocatoria Consentimiento Informado", el mismo que será aprobado a través del presente acto resolutivo, para su incorporación en la historia clínica;

Con las visaciones, del Director Adjunto de la Dirección General, de la Jefa del Departamento de Gineco-Obstetricia, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad; y, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;



Resolución Directoral

Lima, 04 de Febrero de 2026

De conformidad con lo establecido en la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo" y la Resolución Ministerial N° 057-2026/MINSA, de fecha 17 de enero de 2026, que designa temporalmente al Director de Hospital III (CAP-P N° 001), de la Dirección General del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la "GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA MATERNA OBSTÉTRICA (CLAVE ROJA)", del Servicio de Obstetricia, del Departamento de Gineco-Obstetricia, del Hospital Nacional "Dos de Mayo", la misma que consta de treinta y seis (36) páginas y forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Disponer que, la Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia, difunda, monitoree y supervise el cabal cumplimiento de la Guía aprobada mediante el artículo primero de la presente resolución.

Artículo 3°.- Aprobar el siguiente formato, incorporado en la Guía Técnica aprobada en el artículo 1° de la presente resolución:

✓ "Consentimiento Informado Hemorragia Materna Obstétrica (Clave Roja), Denegación o Revocatoria Consentimiento Informado".

Artículo 4°.- Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadísticas e Informática realice la impresión y distribución de los formatos aprobados a través del artículo tercero de la presente resolución.

Artículo 5°.- Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática, convierta el formato aprobado en el artículo tercero de la presente resolución, en formato digital, para su implementación en la historia clínica electrónica del Hospital.

Artículo 6°.- Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática de la Institución publique la presente resolución directoral en el portal institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

Regístrese, comuníquese y publíquese;

CGMS/RVTC/amdcyd

C.c.:
- Dirección General
- Dirección Adjunta
- Ofic. de Control Institucional
- Departamento de Gineco-Obstetricia
- Ofic. de Gestión de la Calidad
- Ofic. Asesoría Jurídica
- Ofic. Estadística e Informática.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

DR. CARLOS GERMAN MEDINA SORIANO
Director General
CMP. N° 16688 RNE. 11414

**HOSPITAL NACIONAL
“DOS DE MAYO”**

**GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE
PROCEDIMIENTO PARA EL
MANEJO DE LA HEMORRAGIA
MATERNA OBSTÉTRICA
(CLAVE ROJA)**

**DEPARTAMENTO DE
GINECO – OBSTETRICIA**

SERVICIO DE OBSTETRICIA

2025

DIRECTIVO

Dr. Víctor GONZALES PEREZ

Directora General del Hospital Nacional Dos de Mayo

Ing. LUIS CERRO OLIVARES

Director Administrativo del Hospital Nacional Dos de Mayo

Dra. Glicería LAVADO DE LA FLOR

Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad

Dr. Urso Severo PARRA SALDAÑA

Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia

DEPARTAMENTO DE GÍNECO – OBSTETRICIA

SERVICIO DE OBSTETRICIA

JEFATURA

Dr. Jorge Cruz Valverde Ocaña
Jefe del Servicio de Obstetricia

EQUIPO ELABORADOR

Dra. Nelly Ruth Salgado Zambrano
Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia

Dr. Fernando Liberato Felles
Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia

Dra. Susana Macaria Bernable Zavaleta
Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia

DEPARTAMENTOS EN CONSENSO CLINICO

Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico

Jefe del Departamento de Banco de Sangre y Hemoterapia

Jefe del Departamento Emergencias y Cuidados Críticos

Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica

Jefe del Departamento de Pediatría

Jefe del Departamento de Enfermería

Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

EQUIPO DE INTEGRANTES DE SERVICIO

Dra. Nelly Ruth Salgado Zambrano
Médico Especialista en Ginecología y
Obstetricia

Dr. Fernando Liberato Felles
Médico Especialista en Ginecología y
Obstetricia

Dr. Jorge Aparicio Ponce
Médico Especialista en Ginecología y
Obstetricia

Dra. Susana Macaria Bernable Zavaleta
Médico Especialista en Ginecología y
Obstetricia

Dr. Mario Cuevas De La Cruz
Médico Especialista en Ginecología y
Obstetricia

Dr. Rubén Huaraz Loyola
Médico Especialista en Ginecología y
Obstetricia

Dr. Alex Alfredo De La Cruz Ferruzo
Médico Especialista en Ginecología y
Obstetricia

Dr. Edwin Soto Cortez
Médico Especialista en Ginecología y
Obstetricia

Dra. Clara Yábar Varas
Médico Especialista en Ginecología y
Obstetricia

Dra. Raida Vicuña Segura
Médico Especialista en Ginecología y
Obstetricia

Dr. Jorge Minchola Vega
Médico Especialista en Ginecología y
Obstetricia

Dra. Karina Del Aguila Salgado
Médico Especialista en Ginecología y
Obstetricia

Dr. Adrián Núñez Valencia
Médico Especialista en Ginecología y
Obstetricia

Dr. Félix Marrufo López
Médico Especialista en Ginecología y
Obstetricia

Dr. Deyvis Pinao Egocheaga
Médico Especialista en Ginecología y
Obstetricia

Dra. Sandra Mariñas Flores
Médico Especialista en Ginecología y
Obstetricia

Dr. Ricardo Vargas Luján
Médico Especialista en Ginecología y
Obstetricia

Dra. Gladys Bravo Jara
Médico Especialista en Ginecología y
Obstetricia

Dra. Rosa Asmat Aquije
Médico Especialista en Ginecología y
Obstetricia

ÍNDICE

	Pág.
I. Finalidad	01
II. Objetivos	01
III. Ámbito de aplicación	01
IV. Nombre del procedimiento a estandarizar	02
V. Consideraciones Generales	
5.1. Acrónimos, Siglas y Abreviaturas	02
5.2. Definiciones Operativas	03
5.3. Conceptos básicos	04
5.4. Requerimientos básicos	06
5.5. Consentimiento informado	10
VI. Consideraciones Específicas	
6.1 Indicaciones	11
6.2. Contraindicaciones	12
6.3. Descripción detallada del procedimiento	12
6.4. Complicaciones	20
VII. Recomendaciones	20
VIII. Anexos	22
IX. Bibliografía	35



Título:

GUÍA TÉCNICA:
**GUÍA DE PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA MATERNA
OBSTÉTRICA (CLAVE ROJA)**

I. FINALIDAD

Implementar estrategias que permitan la reducción de la morbilidad materna producida por la Hemorragia Materna Obstétrica durante el embarazo, el parto y el puerperio de las gestantes atendidas en Hospital Nacional Dos de Mayo mediante la estandarización de la atención médica basado en las evidencias científicas.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Implementar la estandarización del manejo multidisciplinario de la Hemorragia Materna Obstétrica (Clave Roja) de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo, considerando que esta patología continúa siendo la primera causa de muerte materna a nivel nacional.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estandarizar el manejo multidisciplinario de la CLAVE ROJA en mujeres en edad fértil con sospecha de embarazo intrauterino o extrauterino que presenten hemorragia materna obstétrica.
- Estandarizar el manejo multidisciplinario de la CLAVE ROJA en mujeres gestantes con hemorragia materna obstétrica durante el embarazo, parto y puerperio.
- Socializar la presente Guía Técnica CLAVE ROJA al personal profesional y no profesional de Hospital Nacional Dos de Mayo.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía técnica es de aplicación y cumplimiento obligatorio para los Departamentos y Servicios que conforman el equipo de respuesta inmediata de la Hemorragia Materna Obstétrica (Clave Roja) en el Hospital Nacional Dos de Mayo e integrado por el Médico Jefe de Guardia, los Médicos Gineco-Obstetras de guardia, el Médico Emergenciólogo de Emergencia y de Trauma Shock, los Médicos Intensivistas de Cuidados Críticos, los Médicos Anestesiólogos de guardia, los Médicos Neonatólogos de guardia, las Licenciadas Enfermeras de guardia, las Licenciadas Obstetras de guardia, Personal de Patología Clínica, Personal de Banco de Sangre, Técnicos de Laboratorio y Técnicos de Enfermería.

POBLACION OBJETIVO: Mujeres en edad fértil con sospecha de embarazo intrauterino o extrauterino y gestantes, que presenten Hemorragias Materna Obstétrica que complican el curso normal del embarazo, el parto o el puerperio, atendidas en el Hospital Nacional "Dos de Mayo".

IV. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1. NOMBRE:

- Procedimiento Asistencial: Evaluación y manejo inicial en la CLAVE ROJA (Prioridad I)

4.2. CÓDIGO CPMS: Código de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud APROBADO SEGUN RM 860-2021/MINSA

- Código CPMS: 99285.02

Denominación: Evaluación y manejo inicial en la Clave Roja (emergencia obstétrica)

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 ACRÓNIMOS, SIGLAS Y ABREVIATURAS

- **AGA** Análisis de Gases Arteriales.
- **CID** Coagulación Intravascular Diseminada
- **CPU** Unidad Central de Procesamiento.
- **DNI** Documento Nacional de Identidad.
- **DPP** Desprendimiento Prematuro de Placenta
- **GC** Gasto Cardíaco.
- **HELLP** Síndrome de HELLP: complicación obstétrica que consiste en hemólisis (H), elevación de las enzimas hepáticas (EL), plaquetopenia (LP), considerada como una complicación de la preeclampsia.
- **HMO** Hemorragia Materna Obstétrica.
- **HPP** Hemorragia Post Parto
- **IC** Índice de Choque
- **TP** Tiempo de Protrombina
- **TPP** Tiempo Parcial de Tromboplastina
- **UCEO** Sala de Cuidados Especiales Obstétricos.
- **UCI** Unidad de Cuidados Intensivos
- **URPA** Sala de Recuperación Post Anestésica.



5.2 DEFINICIONES OPERATIVAS (1,2,3)

- 5.2.1. Alarma:** Presencia de un evento médico grave o de emergencia en un establecimiento de salud. Se dará la alarma respectiva mediante el 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.
- 5.2.2. Alarma Obstétrica:** Evento obstétrico grave durante el embarazo, parto o puerperio que compromete la vida de la paciente que acude al Hospital Nacional Dos de Mayo.
- 5.2.3. Clave:** Conjunto de procedimientos médicos multidisciplinarios y estandarizados que se realizan inmediatamente cuando se identifica una alarma obstétrica. Esta va a estar en función del tipo de evento grave: shock hemorrágico, pre eclampsia o shock séptico.
- 5.2.4. Estado de Shock:** Estado grave y potencialmente mortal de hipoperfusión tisular e hipoxia celular, caracterizado por el inadecuado suministro de oxígeno y otros sustratos metabólicos esenciales para la integridad celular y el adecuado funcionamiento de órganos vitales. Existen varios tipos de shock: hipovolémico, cardiogénico, obstructivo y distributivo.
- 5.2.5. Shock Hipovolémico:** Condición médica de emergencia en la cual la pérdida de sangre o de otro tipo de líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. La pérdida de volumen puede deberse a hemorragias graves o a una deshidratación severa.
- 5.2.6. Shock Hemorrágico:** Shock hipovolémico causado por hemorragias graves como traumatismos severos (heridas de bala, de arma blanca, fracturas de huesos largos o pelvis), lesiones internas (ruptura de órganos sólidos del abdomen como bazo e hígado y aneurismas rotos), complicaciones de procedimientos quirúrgicos, patologías obstétricas y hemorragias gastrointestinales. Es el tipo más común de shock.
- 5.2.7. Shock Hemorrágico Obstétrico o Hemorragia Materna Obstétrica (HMO):** Estado de shock hipovolémico causado por patologías obstétricas que producen pérdidas agudas y masivas de sangre e inestabilidad hemodinámica. La hemorragia puede ser externa (sangrado vaginal abundante) o interna u oculta (hemoperitoneo y hematoma retroplacentario) en la mujer en edad fértil con sospecha de embarazo, la gestante o la puerpera. Se considera una emergencia que requiere una atención médica inmediata.
- 5.2.8. Signos de alarma de la Hemorragia Materna Obstétrica:**
- Alteraciones del sensorio desde ansiedad hasta letargia y coma.
 - Taquicardia (Frecuencia cardíaca > 90 latidos por minuto).
 - Hipotensión (Presión arterial < 90 mm Hg).
 - Sangrado vaginal abundante o sangrado oculto (hemoperitoneo).
 - Taquipnea (Frecuencia respiratoria > 20 respiraciones por minuto).
 - Palidez
 - Diaforesis
 - Oliguria (Diuresis < 500 mL/24 horas o < 0,5 mL/kg/hora).
 - Hipotermia.
 - Llenado capilar prolongado (mayor de 2 segundos).
- 5.2.9. Clave Roja:** Conjunto de procedimientos médicos multidisciplinarios estandarizados de respuesta inmediata frente a una hemorragia materna obstétrica que pone en peligro de muerte a una mujer durante el embarazo, parto o puerperio en el Hospital Nacional Dos de Mayo. (Ver Anexos N° 01,



N° 02 y N° 03) Se inicia la activación de la CLAVE ROJA mediante el perifoneo o tocar el timbre de Clave Roja o sirena de la ambulancia o cadena de llamada telefónica.

5.2.10. Equipo de respuesta inmediata de Hemorragia Materna Obstétrica (HMO): Equipo multidisciplinario encargado de realizar la atención médica inmediata frente a una Hemorragia Materna Obstétrica y conformado por el Médico Jefe de Guardia, los Médicos Gineco-Obstetras de guardia, el Médico Emergenciólogo de Trauma Shock, los Médicos Intensivistas de Cuidados Críticos, los Médicos Anestesiólogos de guardia, los Médicos Neonatólogos de guardia, las Licenciadas Enfermeras de guardia, las Licenciadas Obstetras de guardia, Personal de Patología Clínica, Personal de Banco de Sangre, Técnicos de Laboratorio y Técnicos de Enfermería.

5.2.11. Encargado de dar la alarma: Profesional de salud que identifique la Hemorragia Materna Obstétrica en el Hospital Nacional Dos de Mayo.



5.3 CONCEPTOS BÁSICOS ^(1,2)

5.3.1. HEMORRAGIA MATERNA OBSTÉTRICA (HMO): Durante el embarazo se producen cambios fisiológicos que incrementan el volumen sanguíneo entre un 30% y un 50%. Como consecuencia, la gestante puede perder hasta el 20% de su volemia sin manifestar alteraciones hemodinámicas relevantes. Sin embargo, cuando la pérdida sanguínea es significativa y supera los 1,000 cc, aparecen los signos clásicos de shock hipovolémico, como taquicardia e hipotensión. Es importante considerar que, pese a la magnitud de la hemorragia, los niveles de hemoglobina y hematocrito no reflejan de inmediato la pérdida, y su disminución suele evidenciarse varias horas después del evento hemorrágico.

La hemorragia materna obstétrica puede presentarse desde las primeras semanas de gestación con resultados fatales. Así, una mujer que desconoce de embarazo durante el primer trimestre puede tener una hemorragia interna masiva (hemoperitoneo) si el embarazo es extrauterino, comprometiendo gravemente su estado de salud.

En toda gestante es fundamental evaluar de manera sistemática los factores de riesgo y las patologías que puedan complicar el embarazo, el parto o el puerperio, con el objetivo de prevenir la aparición de hemorragia materna obstétrica. Sin embargo, si llega a producirse una HMO, una valoración clínica precisa y un manejo oportuno e inmediato del shock hipovolémico resultan esenciales para evitar complicaciones graves e incluso la muerte materna.

5.3.2. HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: Son aquellas hemorragias que se producen durante las primeras 20 semanas de gestación. Se debe determinar embarazo en toda mujer en edad fértil en estado de shock que ingresa al Hospital Nacional Dos de Mayo, ya que puede tener un embarazo extrauterino o intrauterino, por lo que se realiza:

- Prueba cualitativa de embarazo (Tira de prueba rápida de embarazo en orina) y/o
- Ecofast para identificar líquido libre en abdomen y ubicación del embarazo.

Las patologías de la primera mitad del embarazo son:

- a) **Embarazo ectópico complicado:** Embarazo extrauterino, que implica una ruptura de la trompa uterina y una hemorragia interna grave (hemoperitoneo), lo que lo convierte en una emergencia médica que requiere atención inmediata.



- b) **Aborto incompleto complicado:** Embarazo intrauterino, que se expulsa por vía vaginal antes de las 20 semanas de gestación, que se convierte en una emergencia médica si el sangrado vaginal es profuso comprometiendo el estado hemodinámico de la paciente.
- c) **Enfermedad trofoblástica gestacional:** Degeneración hidrópica de la placenta de un embarazo intrauterino, que se caracteriza por un incremento del tamaño uterino y eliminación de vesículas por vía vaginal. La forma más frecuente en el 90% de los casos corresponde a la mola hidatiforme.

5.3.3. HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO: Son aquellas hemorragias que se producen después de las 20 semanas de gestación hasta antes de la labor de parto. El diagnóstico es clínico y ecográfico.

- a) **Desprendimiento prematuro de placenta:** La separación parcial o completa de la placenta normalmente inserta antes del parto produce sangrado detrás de la placenta, formándose el hematoma retroplacentario (sangrado oculto) y produciéndose sangrado vaginal rojo vinoso. El feto se ve afectado porque se deja de proporcionar oxígeno y nutrientes, que puede incluso llevarlo a la muerte intrauterina. Si la hemorragia es extensa se infiltra el miometrio y la serosa del útero lo que se denomina útero de Couvelaire.
- b) **Placenta previa complicada:** Cuando la placenta se inserta total o parcialmente sobre la el orificio cervical interno y causa sangrado vaginal abundante durante el embarazo, que compromete la vida de la madre y del feto.

5.3.4. HEMORRAGIA INTRAPARTO: Es aquella hemorragia que se produce al inicio o durante la labor de parto debido a la rotura uterina.

- a) **Rotura uterina:** Desgarro completo de la pared uterina debido a un incremento en la intensidad de las contracciones uterinas que causa hemorragia hacia la cavidad peritoneal (hemoperitoneo).

5.3.5. HEMORRAGIA POSTPARTO: Hemorragia que se produce inmediatamente después del parto. Hemorragia mayor a 500 mL en un parto vaginal y mayor a 1,000 mL en una cesárea. Es producida por etiologías conocidas como las 4 "T", siendo la principal causa la atonía uterina hasta en un 70% de los casos.

- a) **T tono: Atonía Uterina:** Flaccidez del músculo uterino, por falta de contractibilidad.
- b) **T trauma: Lesión del Canal de Parto:** Lesiones que se producen en el canal de parto: rotura uterina, desgarro del cuello uterino, desgarro vaginal, desgarro perineal y/o hematomas del canal del parto. También se considera a la inversión uterina parcial o total.
- c) **T tejido: Retención de Restos Placentarios y/o restos de membranas:** Retención en la cavidad uterina de placenta (retención de placenta), de cotiledones o parte de membranas ovulares o alumbramiento incompleto. También se considera al acretismo placentario, en sus diferentes grados.
- d) **T trombina Alteraciones de la coagulación:** Producidas por enfermedades congénitas o adquiridas antes del embarazo o secundarias a patologías del embarazo.



5.4 REQUERIMIENTOS BÁSICOS.

5.4.1. RECURSOS HUMANOS:

- Un (01) médico jefe de Guardia especialista en Emergencia y Desastres
- Dos (02) médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia.
- Un (01) médico especialista en Emergencias y Desastres.
- Un (01) médico especialista en Medicina Intensiva.
- Un (01) médico especialista en Neonatología.
- Un (01) médico especialista en Anestesiología.
- Un (01) médico especialista en Patología Clínica.
- Un (01) médico especialista en Hematología.
- Dos (02) Licenciadas en Obstetricia.
- Dos (02) Licenciadas en Enfermería.
- Dos (02) Licenciadas en Tecnología Médica.
- Un (01) Técnico en Laboratorio Clínico.
- Dos (02) Técnicas de Enfermería



5.4.2. RECURSOS MATERIALES:

a) Material médico no fungible:

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Desinfectantes para la piel sana y soluciones desinfectantes para el equipo quirúrgico	Frasco	02

b) Material fungible:

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Equipos de protección para el personal profesional y no profesional que asiste a paciente.	Unidad	06
Equipos de protección para los profesionales que realizan la intervención quirúrgica.	Unidad	04
Cobertura desechable para el mobiliario y el quirófano.	Unidad	01
Kit de Campos estériles	Unidad	04
Guantes de exploración y cirugía. 6 1/2	Unidad	02

Guía Técnica:
Guía de procedimiento para el manejo de la hemorragia materna obstétrica (clave roja)

Guantes de exploración y cirugía. 7	Unidad	04
Guantes de exploración y cirugía 7 1/2	Unidad	03
Guantes de exploración y cirugía 8	Unidad	02

c) Medicamentos y dispositivos médicos: Kit de Clave Roja

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Cloruro de Sodio 0.9% 1,000 cc	Frasco	05
Coloide 1,000 cc	Frasco	02
Oxitocina 10 UI	Ampolla	10
Ergometrina 0.2mg	Ampolla	03
Misoprostol 200 µgr	Tabletas	05
Ácido tranexámico 1gr	Ampolla	03
Equipo de venoclisis	Unidad	02
Equipo de transfusión	Unidad	02
Catéter endovenoso # 16G x 1¼"	Unidad	03
Catéter endovenoso # 18G x 1¼"	Unidad	03
Llave de triple vía con extensión 50 cm	Unidad	02
Jeringa descartable de 5 ml con aguja 21 ½	Unidad	05
Jeringa descartable de 20 ml con aguja 21 ½	Unidad	02
Jeringa de AGA	Unidad	01
Sonda Foley N°14	Unidad	02
Bolsa colectora de orina	Unidad	02
Mascarilla de oxígeno con bolsa de reservorio para adulto	Unidad	01
Gasas medianas 10x10 cm de 8 pliegues x 5 unidades	Paquete	05
Compresas grandes de 48 x 48 x 5 unidades	Paquete	02
Guantes de exploración y cirugía # 6 ½	Par	02
Guantes de exploración y cirugía # 7	Par	03



Guía Técnica:
Guía de procedimiento para el manejo de la hemorragia materna obstétrica (clave roja)



DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Guantes de exploración y cirugía # 7 ½	Par	03
Guantes de exploración y cirugía # 8	Par	02
Manta térmica 2.16 m x 0.94 m	Unidad	01
Alcohol 120 cc	Frasco	01
Algodón en torunda x 10 unidades	Paquete	01
Ligadura	Unidad	01
Preservativos	Unidad	02
Tira de prueba rápida de embarazo en orina (gonadotropina coriónica humana).	Unidad	02

El Kit de Clave Roja debe estar presente en todos los servicios donde se atiendan mujeres en edad fértil: Emergencia/Trauma Shock, Tópico de Emergencia de Gineco-Obstetricia, Centro Obstétrico, Sala de Hospitalización de Obstetricia H2.



d) Equipos:

• **Equipos biomédicos:**

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Bomba de infusión	Unidad	01
Oxímetro	Unidad	01
Ecógrafo	Unidad	01
Monitores de funciones vitales	Unidad	01
Unidades electro quirúrgicas	Unidad	01
Termohigrómetros digitales para quirófanos	Unidad	01
Unidades para anestesia	Unidad	01
Unidad de recuperación post anestésica	Unidad	01
Camas hospitalarias	Unidad	01
Oxígeno 10m ³	Balón	01
Ambú	Unidad	01

Guía Técnica:
Guía de procedimiento para el manejo de la hemorragia materna obstétrica (clave roja)

• **Instrumental:**

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Caja instrumental de parto	Unidad	01
Caja instrumental de cesárea	Unidad	01
Caja instrumental de legrado uterino	Unidad	01
Caja de laparotomía exploratoria	Unidad	01



• **Equipos de cómputo:**

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
CPU (Unidad Central de Procesamiento)	Unidad	01
Monitor	Unidad	01
Teclado	Unidad	01
Impresora	Unidad	01



• **Mobiliario:**

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Mesa de operaciones	Unidad	01
Cialítica	Unidad	02
Mesa auxiliar	Unidad	03
Banqueta	Unidad	02

• **Infraestructura**

DESCRIPCION	Unidad de Medida	Cantidad
Sala de Operaciones de Centro Obstétrico (Sala X)	Unidad	01
Sala de Operaciones de Emergencia	Unidad	01
Sala de Cuidados Especiales Obstétricos (UCEO)	Unidad	01

Sala de Recuperación Post anestésica (URPA)	Unidad	01
---	--------	----

5.5

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Este documento es una herramienta legal y ética que garantiza que la paciente esté adecuadamente informada sobre su atención médica y que su autonomía y derechos son respetados, así como fortalecer las buenas prácticas profesionales.

El médico debe proporcionar información clara y completa a la paciente y/o al familiar responsable o representante legal acerca del diagnóstico de hemorragia materna obstétrica (HMO) y de la necesidad de instaurar procedimientos médicos y/o quirúrgicos orientados a preservar la vida de la paciente y, de encontrarse con vida, la del feto. Asimismo, se debe detallar los beneficios de realizar dichas intervenciones de manera inmediata, enfatizando su impacto en la reducción de morbilidad y mortalidad.

De igual modo, el profesional de salud debe informar los riesgos reales y potenciales asociados a los procedimientos, así como los posibles efectos adversos derivados de su aplicación.

Una vez que el médico ha proporcionado la información correspondiente, la paciente y/o el familiar responsable o representante legal deberá manifestar de manera libre, consciente y voluntaria su aceptación o negación respecto al manejo de la Hemorragia Materna Obstétrica (HMO), registrándolo en el Formato de Consentimiento Informado. En dicho documento deberá consignarse la información personal requerida, así como la firma y huella digital de quien otorga el consentimiento (Anexo N.º 07).

La suscripción de este consentimiento acredita que la paciente y/o el familiar responsable o representante legal ha recibido información clara, suficiente y comprensible sobre el manejo de la Hemorragia Materna Obstétrica: CLAVE ROJA, incluyendo su naturaleza, riesgos, beneficios.

En caso de que la paciente y/o el familiar responsable o representante legal niegue su consentimiento para la realización del tratamiento médico o quirúrgico indispensable para la protección de su vida o salud, el médico informante, o en su defecto el establecimiento de salud, deberá comunicar de manera inmediata dicha negativa a la autoridad judicial competente. Esta comunicación tiene por finalidad habilitar las acciones legales que resulten pertinentes para garantizar la salvaguarda de la vida, la integridad y la salud de la paciente, conforme a los principios constitucionales del derecho a la vida, interés superior en situaciones de emergencia y continuidad de la atención médica.

Sin perjuicio de lo señalado, cuando la paciente se encuentre en una situación de emergencia o en condición crítica que comprometa su vida o integridad, el médico podrá prescindir del consentimiento informado, actuando conforme a lo dispuesto por la Ley y los principios de necesidad, proporcionalidad y protección de la vida.

Concluida la atención, el médico deberá emitir un informe detallado que consigne los procedimientos efectuados, su justificación clínica y las posibles repercusiones derivadas de estos. Asimismo, deberá comunicar el pronóstico de la Hemorragia Materna Obstétrica (HMO) y las recomendaciones pertinentes para el seguimiento, vigilancia y atención posterior a los procedimientos.



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

6.1. INDICACIONES

6.1.1. INDICACIONES ABSOLUTAS: ⁽⁴⁾

1	Hemorragia de la primera mitad del embarazo:	• Aborto. • Embarazo ectópico. • Enfermedad trofoblástica gestacional.
2	Hemorragia de la segunda mitad del embarazo:	• Placenta previa. • Placenta previa con hemorragia. • Desprendimiento prematuro de la placenta (abruptio placentae). • Desprendimiento prematuro de la placenta con defecto de la coagulación. Otros desprendimientos prematuros de la placenta. Desprendimiento prematuro de la placenta, sin otra especificación Hemorragia anteparto, no clasificada en otra parte. Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación Otras hemorragias anteparto. • Hemorragia ante parto, no especificada. • Ruptura del útero antes del inicio del trabajo de parto.
3	Hemorragia intraparto:	• Ruptura del útero durante el trabajo de parto. • Trabajo de parto complicado por hemorragia intraparto, no clasificados en otra parte. • Hemorragia intraparto con defectos de la coagulación. • Hemorragia intraparto, no especificada.
4	Hemorragia del tercer periodo del parto:	• Retención placentaria. • Alumbramiento incompleto. • Acretismo placentario.
5.	Hemorragia post parto inmediata:	• Atonía o hipotonía uterina. • Desgarro perineal durante el parto. • Desgarro perineal de primer grado durante el parto. • Desgarro perineal de segundo grado durante el parto. • Desgarro perineal de tercer grado durante el parto. • Desgarro perineal de cuarto grado durante el parto. • Desgarro obstétrico del cuello uterino. • Desgarro vaginal obstétrico alto, solo. • Hematoma obstétrico de la pelvis. • Hematoma Labial. • Hematoma Vaginal. • Hematoma Ligamento ancho. • Hematoma Retroperitoneo. • Inversión del útero, posparto. • Otro trauma obstétrico. • Defecto de la coagulación posparto.
6.	Hemorragia postparto secundaria o tardía.	
7.	Ruptura hepática.	
8.	Hemoperitoneo.	
9.	Hematoma de ligamento ancho, músculos rectos.	



6.1.2. INDICACIONES RELATIVAS: ⁽⁴⁾

- Hematomas de pared abdominal que se diagnostican mediante la ecografía, y podrán ser objeto de una conducta expectante mientras no irrumpen en la cavidad abdominal.
- El legrado de la cavidad uterina podrá asociarse con sangrado profuso en presencia de acretismo o malformaciones arteriovenosas.
- La causa más frecuente de hematoma hepático es el síndrome de HELLP, que podrá manifestarse por dolor en hipocondrio derecho o epigastrio. La ecografía confirma su localización y tamaño
- Más de la mitad de las disecciones aórticas abdominales en el embarazo se presentan en pacientes con enfermedad de Marfan.
- La arteria esplénica es la más frecuentemente afectada por rupturas aneurismáticas en el curso del embarazo, que ocasiona hemoperitoneo masivo.



6.2. CONTRAINDICACIONES:

- No aplica.

6.3. DESCRIPCION DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO:

6.3.1. ETAPAS:

- A. Activación
- B. Reanimación
- C. Identificación y manejo etiológico
 - C1:** Identificación y manejo etiológico de la HMO de la Primera Mitad del Embarazo.
 - C2:** Identificación y manejo etiológico de la HMO de la Segunda Mitad del Embarazo.
 - C3:** Identificación y manejo de la HMO de la hemorragia Post Parto.
- D. Manejo avanzado de la HMO.

6.3.2. DURACIÓN APROXIMADA DEL PROCEDIMIENTO: Una (1) hora.



6.3.3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO EN HMO

A. ETAPA: ACTIVACIÓN

Nº	Detalle de la Actividad	Responsable	Duración
1	1. Profesional de salud que identifica la HEMORRAGIA MATERNA OBSTÉTRICA realiza la ACTIVACIÓN DE LA CLAVE ROJA informando la ubicación (servicio y cama) de la paciente. 2. Perifonear (3 veces) o tocar el timbre de CLAVE ROJA (3 veces) (o sirena de la ambulancia o cadena de llamada telefónica) para el AVISAR al Equipo de Respuesta Inmediata Institucional de HMO, para la ATENCIÓN INMEDIATA. 3. Comunicar al Médico Jefe de Guardia. 4. Realizar el consentimiento informado.	Si la paciente se encuentra en: 1. Emergencia/Trauma Shock: Médico Emergenciólogo. 2. Tópico de Emergencia de Gineco-Obstetricia: Médico Gineco-Obstetra. 3. Centro Obstétrico (Dilatación, Puerperio inmediato SOP, URPA o UCEO): Médico Gineco-Obstetra. 4. Hospitalización H2 Servicio de Obstetricia: Médico Gineco-Obstetra.	Minuto 0
2	Activación del Equipo de Respuesta Inmediata de la Hemorragia Materna Obstétrica del Hospital Nacional Dos de Mayo.	Si la paciente se encuentra en: 1. Emergencia/Trauma Shock: Médico Jefe de Guardia, Médico Especialista en Medicina de Emergencia y Desastres, Médico Anestesiólogo, Médico Gineco-Obstetra, Licenciada Enfermera, Técnica de enfermería. 2. Tópico de Emergencia de Gineco-Obstetricia: Médico Jefe de Guardia, Médico Gineco-Obstetra, Médico Anestesiólogo, Licenciada Obstetra, Técnica de enfermería. 3. Centro Obstétrico (Dilatación, Puerperio inmediato SOP, URPA o UCEO): Médico Jefe de Guardia, Médico Gineco-Obstetra, Médico Neonatólogo, Médico Anestesiólogo, Licenciada Obstetra, Licenciada Enfermera, Técnica de enfermería. 4. Hospitalización H2 Servicio de Obstetricia: Médico Jefe de Guardia, Médico Gineco-Obstetra, Médico Anestesiólogo, Licenciada Obstetra, Técnica de enfermería. En todos los casos se requiere del Técnico de Laboratorio del Servicio de Patología Clínica y del Servicio de Banco de Sangre.	Minuto 0-2

Guía Técnica:
Guía de procedimiento para el manejo de la hemorragia materna obstétrica (clave roja)

	Si no hay respuesta del Equipo de Respuesta Inmediata de HMO, se realizarán tres perifoneos adicionales o tres toques de timbre adicionales indicando la ubicación (servicio y cama) de la paciente.	- Jefe de Guardia, - Equipo de Monitoreo de Emergencias y Desastres	Minuto 3-4
	DESACTIVACIÓN de la CLAVE ROJA.	Ocurrirá con la verificación de la presencia del Equipo de Respuesta Inmediata de HMO y el jefe de Guardia deberá brindar su identificación personal (DNI).	Minuto 5

B. ETAPA: REANIMACIÓN

Nº	Detalle de la Actividad	Responsable	Duración
3	Alcanzar el kit de Clave Roja	- Licenciada Obstetra - Licenciada Enfermera - Técnica de Enfermería	Minuto 1- 20
4	A.- VÍA AÉREA Verificar vía aérea permeable.	- Médico Gineco- Obstetra - Medico Emergenciólogo - Licenciada Obstetra - Licenciada Enfermera	
5	B.- VENTILACIÓN Usar O2 al 100%, 10-15 litros/minuto por máscara de reservorio, o 4-8 l por Venturi.	- Licenciada Obstetra - Licenciada Enfermera	
6	C.- CIRCULACIÓN - Canalizar 2 vías EV con catéter N°16-18, en el mismo antebrazo. - Infundir cristaloides en bolos de 300-500 cc en 10 minutos y repetir según estado hemodinámico. - Elevar MMII a 30°, posición antishock o Trendelenburg.	- Licenciada Obstetricia - Licenciada Enfermera	
7	- Recolectar muestra para gases arteriales. - Solicitar: hemograma, grupo sanguíneo y Rh, perfil de coagulación. - Solicitar pruebas cruzadas.	- Médico Gineco-Obstetra - Medico Emergenciólogo	
8	- Tomar y transportar muestras de sangre para hemograma, grupo sanguíneo y Rh, pruebas cruzadas, perfil de coagulación. - Transportar muestra para gases arteriales.	Técnico de Laboratorio	
9	- Colocar en monitor de funciones vitales. - Colocar manta térmica para evitar hipotermia. - Colocar sonda Foley con bolsa colectora para medir diuresis horaria.	- Licenciada Obstetra - Licenciada Enfermera	
10	Valorar necesidad de transfusión con: - Índice de choque > 1 (Anexo N° 04) - Clasificación del Grado de Choque (Anexo N° 01, N° 02, N° 03 y N° 05)	- Médico Gineco-Obstetra - Medico Emergenciólogo - Médico Anestesiólogo	



C. ETAPA: IDENTIFICACIÓN Y MANEJO ETIOLÓGICO

C1: IDENTIFICACIÓN Y MANEJO ETIOLÓGICO DE LA HMO DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

Nº	Detalle de la Actividad	Responsable	Duración
11	Determinar si una mujer en edad fértil en estado de shock está embarazada, ya sea un embarazo intrauterino o extrauterino, por lo que realiza: • Prueba cualitativa de embarazo (Tira de prueba rápida de embarazo en orina) y/o • Ecofast para identificar líquido libre en abdomen y ubicación del embarazo. Ante los diagnósticos de: 1. Embarazo ectópico complicado: Abdomen con signos de irritación peritoneal, sangrado vaginal escaso, con prueba rápida positiva de embarazo y/o, ecofast con masa anexial y líquido libre en regular cantidad (hemoperitoneo) y hemodinámicamente inestable. 2. Aborto incompleto complicado: Sangrado vaginal abundante, útero aumentado de tamaño con orificios cervicales abiertos o cerrados, con prueba rápida positiva de embarazo, ecografía obstétrica con endometrio heterogéneo engrosado y hemodinámicamente inestable. 3. Enfermedad trofoblástica gestacional complicada: Sangrado vaginal en regular cantidad con vesículas, útero aumentado de tamaño, con orificios cervicales cerrados o abiertos con prueba rápida positiva de embarazo, ecografía con útero aumentado de tamaño, endometrio engrosado con imágenes anecogénicas o "copos de nieve" y hemodinámicamente inestable	Si la paciente se encuentra en: 1. Emergencia/Trauma Shock: Médico Emergenciólogo. 2. Tópico de Emergencia de Gineco-Obstetricia: Médico Gineco-Obstetra.	Minuto 1-20
	• Si la paciente se encuentra en Trauma Shock con HMO, comunicar a Médico Gineco-Obstetra de guardia para el manejo quirúrgico.		
12	• Comunicar al Médico Anestesiólogo de guardia para el manejo quirúrgico de acuerdo a la causa de la HMO. • Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares acerca de las posibles intervenciones que requiera y sus complicaciones (Anexo N° 07). • Continuar etapa de Reanimación.		

Guía Técnica:
Guía de procedimiento para el manejo de la hemorragia materna obstétrica (clave roja)

13	- Realizar procedimiento quirúrgico de acuerdo a la causa: (Anexo N° 01) 1. Embarazo ectópico complicado: laparotomía exploratoria. 2. Aborto Incompleto complicado: legrado uterino. 3. Enfermedad trofoblástica gestacional: legrado uterino.	- Médico Gineco-Obstetra - Médico Anestesiólogo	Minuto 21-60
14	Realizar el reporte operatorio incluyendo resultados adversos.	Médico Gineco-Obstetra	
15	- Evaluar si la paciente tiene mejoría del estado hemodinámico luego del procedimiento quirúrgico: - Estable: pasar a URPA/Hospitalización. - Inestable: trasladar a UCI para manejo avanzado.	- Médico Gineco-Obstetra - Médico Anestesiólogo	
TIEMPO TOTAL ESTIMADO			60 MINUTOS



C2: IDENTIFICACIÓN Y MANEJO ETIOLOGICO DE LA HMO DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

N°	Detalle de la Actividad	Responsable	Duración
	- Identificar la causa de la HMO entre las 20 a 40 semanas de embarazo o durante el parto: 1. Desprendimiento prematuro de placenta: Sangrado vaginal escaso o en regular cantidad con feto vivo o muerto y útero hipertónico. Ecografía obstétrica con placenta normoinsera y coágulo retroplacentario. Hemodinámicamente inestable. Se puede asociar a enfermedad hipertensiva del embarazo. 2. Placenta previa: Sangrado vaginal en regular cantidad, con feto vivo y útero normotónico.. Ecografía obstétrica con placenta previa. Hemodinámicamente inestable 3. Rotura uterina: Sangrado vaginal escaso, con feto vivo o muerto, con dinámica uterina intensa o hiperdinamia que forma anillo de Bandl, antes o durante el parto, con signos de irritación peritoneal. Ecografía obstétrica con signos de líquido libre en cavidad peritoneal (hemoperitoneo).	Médico Gineco-Obstetra	Minuto 1-20
12	- Comunicar al Médico Anestesiólogo de guardia para el manejo quirúrgico de acuerdo a la causa de la HMO. - Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares acerca de las posibles intervenciones que requiera y sus complicaciones (Anexo N° 07). - Comunicar al Médico Neonatólogo si el feto está vivo. - Continuar etapa de Reanimación.	Médico Gineco-Obstetra	



Guía Técnica:
Guía de procedimiento para el manejo de la hemorragia materna obstétrica (clave roja)

13	- Realizar procedimiento quirúrgico de acuerdo a la causa: (Anexo N° 02) 1. Placenta previa: cesárea para extracción de feto vivo o muerto. Si hay acretismo placentario histerectomía según criterio médico. 2. Desprendimiento prematuro de placenta: cesárea para extracción de feto vivo o muerto. Si hay útero de Couvalier, histerectomía según criterio médico. 3. Rotura uterina: laparotomía exploratoria, extracción de feto vivo o muerto y sutura de desgarro uterino. Si la rotura uterina es de gran magnitud, histerectomía según criterio médico.	- Médico Gineco-Obstetra - Médico Anestesiólogo	Minuto 21-60
	Realizar la atención del recién nacido vivo durante el procedimiento quirúrgico.	Médico Neonatólogo	
	Realizar el reporte operatorio incluyendo resultados adversos.	Médico Gineco-Obstetra	
14	Realizar el reporte operatorio incluyendo resultados adversos.	Médico Gineco-Obstetra	
15	- Evaluar si la paciente tiene mejoría del estado hemodinámico luego del procedimiento quirúrgico: - Estable: pasa a URPA/Hospitalización. - Inestable: trasladar a UCI para manejo avanzado.	- Médico Gineco-Obstetra - Médico Anestesiólogo	
TIEMPO TOTAL ESTIMADO			60 MINUTOS



**C3. IDENTIFICACIÓN Y MANEJO ETIOLÓGICO DE LA HMO
HEMORRAGIA POST PARTO**

Nº	Detalle de la Actividad	Responsable	Duración
11	- Identificar la causa de la HMO en puerperio inmediato considerando las 4 T: Tono (70%) Trauma (20%), Tejido (10%), Trombina (1%). 1.T: Atonía Uterina: Sangrado vaginal abundante, útero aumentado de tamaño que no se contrae. 2.T: Lesión del Canal de Parto: Sangrado continuo con útero contraído y placenta completa. 3.T: Retención de Restos Placentarios y/o restos de membranas: Sangrado vaginal abundante, uterino poco contraído, alumbramiento incompleto por falta de cotiledones o membranas ovulares. Retención de Placenta: Placenta adherida por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos en alumbramiento dirigido. 4.T: Trombina, defectos de coagulación congénitos o adquiridos (considerar en DPP o pre eclampsia).	Médico Gineco-Obstetra	Minuto 1-20

Guía Técnica:
Guía de procedimiento para el manejo de la hemorragia materna obstétrica (clave roja)

	- Comunicar al Médico Anestesiólogo de guardia para el manejo quirúrgico de acuerdo a la causa de la HMO. - Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares acerca de las posibles intervenciones que requiera y sus complicaciones (Anexo N° 07). - Continuar etapa de Reanimación.	Médico Gineco-Obstetra	
12	Realizar procedimiento médico quirúrgico de acuerdo a la causa: (Anexos N° 03 y N° 06) T: Atonía uterina: usar fármacos Uterotónicos: - Oxitocina 40 UI en NaCl 0.9% 1000cc a 40 gotas por minuto (80 mUI/min) que equivale a 125 ml/hora. - Ergometrina 0.2 mg IM, repetir a los 20 minutos. - Misoprostol 800 µg dosis única transrectal. T: Trauma: reparar desgarros del canal de parto: cérvix, vagina, vulva, periné. T: Tejido: - Alumbramiento incompleto: legrado puerperal. - Retención de placenta: extracción manual de placenta. T: Trombina: realizar transfusión de hemoderivados de acuerdo a la patología hematológica.	- Médico Gineco-Obstetra - Médico Anestesiólogo	Minuto 1-20
	Usar antifibrinolítico: Ácido tranexámico 1 gr diluido en 10cc EV pasar en 10 minutos. Segunda dosis a los 30 minutos si persiste el sangrado.	- Médico Gineco-Obstetra - Médico Anestesiólogo	
13	- Si la Atonía uterina no se resuelve con fármacos uterotónicos, realizar procedimiento quirúrgico según criterio médico: (Anexos N° 03 y N° 06) - Suturas compresivas uterinas (Técnica de B- Lynch o Hayman) y/o - Histerectomía	- Médico Gineco-Obstetra - Médico Anestesiólogo	
14	Realizar el reporte operatorio incluyendo resultados adversos	Médico Gineco-Obstetra	Minuto 21-60
15	- Evaluar si la paciente tiene mejoría del estado hemodinámico luego del procedimiento médico quirúrgico: - Estable: pasa a UCEO/URPA/Hospitalización. - Inestable: trasladar a UCI para manejo avanzado.	- Médico Gineco-Obstetra - Médico Anestesiólogo	
TIEMPO TOTAL ESTIMADO			60 MINUTOS

D. ETAPA: MANEJO AVANZADO DE LA HMO

Nº	Detalle de la Actividad	Responsable	Duración
16	Realizar manejo médico de paciente con shock hipovolémico en UCI, que después del manejo médico quirúrgico aún continúa inestable.	Médico Intensivista	Minuto ≥ 60
	Valorar transfusión con: - Clasificación del Grado de Choque III o IV (Anexo N° 01, N° 02, N° 03 y N° 05) En grado III: - Paquetes globulares (PG): Dos unidades sin pruebas cruzadas O Rh negativo de preferencia u O Rh positivo si no se tipificó. - Plasma fresco Congelado (PFC): Una unidad - Considerar crioprecipitado (CRP), Una unidad de 10-15 ml, si fibrinógeno < 200 mg/dl. En grado IV: - Paquetes globulares: Seis unidades sin pruebas cruzadas O Rh negativo de preferencia u O Rh positivo si no se tipificó. - Plasma fresco Congelado (PFC): Seis unidades - Concentrado de Plaquetas (CPL): Una unidad de aféresis o seis unidades de plaquetas simple. - Considerar crioprecipitado (CPP), Dos unidades de 10-15 ml si Fibrinógeno < 100 mg/dl.	Médico Intensivista	
17	- Evaluar equilibrio ácido-básico. - Evaluar trastorno de coagulación. - Continuar fluidoterapia con cristaloideos.	Médico Intensivista	
18	- Iniciar uso de vasopresores, si mantiene hipotensión. - Colocar vía central.	Médico Intensivista	
19	- Mantener: - Hemoglobina > 7.5gr/dl - Plaquetas > 50,000/m³ - Fibrinógeno > 100mg/dl - Tiempo de protrombina y Tromboplastina parcial activada < 1.5 veces el valor control.	Médico Intensivista	
	- Evaluar falla orgánica multisistémica. - Evaluar CID.	Médico Intensivista	
20	- Evaluar si la paciente tiene mejoría: a. Estable: pasa a UCEO/Hospitalización. b. Inestable: continúa en UCI.	Médico Intensivista	



6.4. COMPLICACIONES:

6.4.1. COMPLICACIONES INMEDIATAS (4,5,6,7)

COMPLICACIONES	ACCIONES POR REALIZAR
1) Paro Cardiorrespiratorio	- Compresiones torácicas de buena calidad, 2 pulgadas por encima del punto esternal habitual. - Desviación manual uterina 15° a la izquierda. - Medicamentos y desfibrilación igual que en población no obstétrica. - Manejo avanzado de vía aérea. - Cuidados post-resucitación óptimos para madre y neonato. - Realización de simulacros y uso de ayudas cognitivas como las listas de chequeo para minimizar la posibilidad de omisión de pasos críticos durante la reanimación.
2) Coagulación intravascular diseminada	Si se produce Prolongación de tiempos de coagulación (TP, TPT), plaquetas y consumo de fibrinógeno: Se debe reponer con hemoderivados para no correr el riesgo de perpetuar el sangrado.
3) Falla orgánica multisistémica	Manejo de Unidad de Cuidados intensivos.
4) Anemia aguda severa	Reponer paquetes globulares de acuerdo con necesidad y manejo conjunto con Hematología.
5) Alteración del sensorio	
6) Insuficiencia Renal	Manejo de la especialidad, multidisciplinario y UCI en caso necesario.
7) Isquemia de Miocardio.	Manejo de la especialidad, multidisciplinario y UCI en caso necesario.
8) Síndrome de Dificultad Respiratoria.	Manejo de la especialidad, multidisciplinario y UCI en caso necesario.
9) Insuficiencia hepática	Manejo de la especialidad, multidisciplinario y UCI en caso necesario.
10) Muerte	

6.4.2. COMPLICACIONES TARDÍAS (4,5,6,7)

COMPLICACIONES	ACCIONES POR REALIZAR
1) Panhipopituitarismo (Síndrome de Sheehan).	Manejo de la especialidad.
2) Insuficiencia renal crónica	Manejo de la especialidad.



3) Fístulas génito-urinarias o entéricas	Reparación posterior a 3 meses del evento por Gineco-Obstetricia.
4) Gangrena de extremidades	Amputaciones.
5) Infertilidad	Si requirió de histerectomía.
6) Daño cerebral con grandes limitaciones	Tratamiento de la especialidad.
7) Muerte materna	

VII. RECOMENDACIONES:

Recomendaciones FIGO (2022) para la prevención de la hemorragia posparto

- a) Se recomienda el uso de uterotónicos para la prevención de la HPP durante el alumbramiento en todos los partos. Se recomienda oxitocina (10 UI por vía intravenosa/intramuscular [IV/IM]) para la prevención de la HPP en el parto vaginal y la cesárea. En entornos donde se usa oxitocina, se debe prestar atención a la cadena de frío de la oxitocina.
- b) En entornos donde no se disponga de oxitocina o no se pueda garantizar su calidad, el uso de otros uterotónicos inyectables, si corresponde, ergometrina/metilergometrina 0.2 mg IM/IV; excluyendo los trastornos hipertensivos antes de su uso, o misoprostol oral (400 – 600 µg por vía oral) o carbetocina 100 µg IM/IV se recomienda para la prevención de la HPP.
- c) Las combinaciones de ergometrina más oxitocina o misoprostol más oxitocina pueden ser estrategias de fármacos uterotónicos más eficaces para la prevención de la HPP ≥ 500 ml en comparación con el estándar actual, la oxitocina. Esto se produce a expensas de un mayor riesgo de efectos adversos (vómitos e hipertensión con ergometrina y fiebre con misoprostol).
- d) En entornos donde no hay parteras capacitadas para administrar uterotónicos inyectables y no se dispone de oxitocina, se recomienda la administración de misoprostol (400–600 µg por vía oral) por parte de trabajadores de salud comunitarios y trabajadores de salud legos para la prevención de la HPP.
- e) En entornos donde no se dispone de personal capacitado, no se recomienda la tracción controlada del cordón (TCC).
- f) No se recomienda el masaje uterino sostenido como intervención para prevenir la HPP en mujeres que han recibido oxitocina profiláctica.
- g) Se recomienda para todas las mujeres la evaluación del tono uterino abdominal posparto para la identificación temprana de la atonía uterina.
- h) La oxitocina (IV o IM) y TCC es el método recomendado para la extracción de la placenta para la prevención de la HPP en el parto por cesárea.

Recomendaciones FIGO (2022) para el tratamiento de la hemorragia posparto

- a) La oxitocina intravenosa sola es el fármaco uterotónico de primera línea recomendado para el tratamiento de la HPP.
- b) Si no se dispone de oxitocina intravenosa, o si el sangrado no responde a la oxitocina, se recomienda el uso de ergometrina intramuscular, dosis fija de oxitocina-ergometrina o un fármaco de prostaglandina (incluido el misoprostol sublingual, 800



Guía Técnica:
Guía de procedimiento para el manejo de la hemorragia materna obstétrica (clave roja)

µg).

- c) No hay evidencia sobre la seguridad y eficacia de una dosis adicional de 800 µg de misoprostol para el tratamiento de la HPP cuando se administra a mujeres que ya han recibido 600 µg de misoprostol profiláctico por vía oral.
- d) Se recomienda el uso de cristaloides isotónicos con preferencia al uso de coloides para la reanimación inicial con líquidos intravenosos de mujeres con HPP.
- e) Se recomienda el uso temprano de ácido tranexámico intravenoso tan pronto como se diagnostique HPP, pero dentro de las 3 h posteriores al nacimiento, además de la atención estándar, para mujeres con HPP clínicamente diagnosticada después de un parto vaginal o parto por cesárea. Administración de 1 g (100 mg/ml) de ácido tranexámico por vía intravenosa a razón de 1 ml/min (es decir, administrado durante 10 min), con una segunda dosis de 1 g por vía intravenosa si el sangrado continúa después de 30 min, o si el sangrado se reinicia dentro de las 24 h de haber finalizado la primera dosis. La reducción de las muertes maternas por hemorragia mediante el aumento del ácido tranexámico para el tratamiento de la HPP podría tener un impacto positivo en la equidad en salud y mejorar los resultados entre las mujeres desfavorecidas, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos.
- f) Se recomienda el masaje uterino para el tratamiento de la HPP.
- g) Se recomienda el uso de compresión uterina bimanual o compresión aórtica externa para el tratamiento de la HPP debida a atonía uterina después del parto vaginal como medida provisional hasta que se disponga de la atención adecuada.
- h) Si las mujeres no responden al tratamiento con uterotónicos, o si los uterotónicos no están disponibles, se recomienda el uso de taponamiento con balón uterino como una técnica no quirúrgica efectiva que puede mejorar potencialmente la supervivencia en mujeres con HPP debido a atonía uterina después de descartar productos retenidos de concepción o ruptura uterina como factor contribuyente.
- i) Se recomienda el uso de prendas antichoque no neumáticas como medida temporal hasta que se disponga del cuidado adecuado.
- j) No se recomienda el uso de taponamiento uterino para el tratamiento de la HPP debida a atonía uterina después del parto vaginal.
- k) La embolización de la arteria uterina puede ser otra medida de manejo conservador para la HPP si se cuenta con las condiciones técnicas y recursos humanos capacitados para su uso.
- l) Si el sangrado no se detiene a pesar del tratamiento con uterotónicos y otras intervenciones conservadoras disponibles (por ejemplo, masaje uterino, taponamiento con balón), se recomienda el uso de intervenciones quirúrgicas. Las intervenciones quirúrgicas incluyen el uso de técnicas de sutura de compresión, ligadura de arterias uterinas e hipogástricas e histerectomía.
- m) La prioridad es detener el sangrado antes de que el paciente desarrolle problemas de coagulación y daño orgánico por falta de perfusión. Primero se deben intentar enfoques conservadores, pasando rápidamente a procedimientos más invasivos si estos no funcionan.

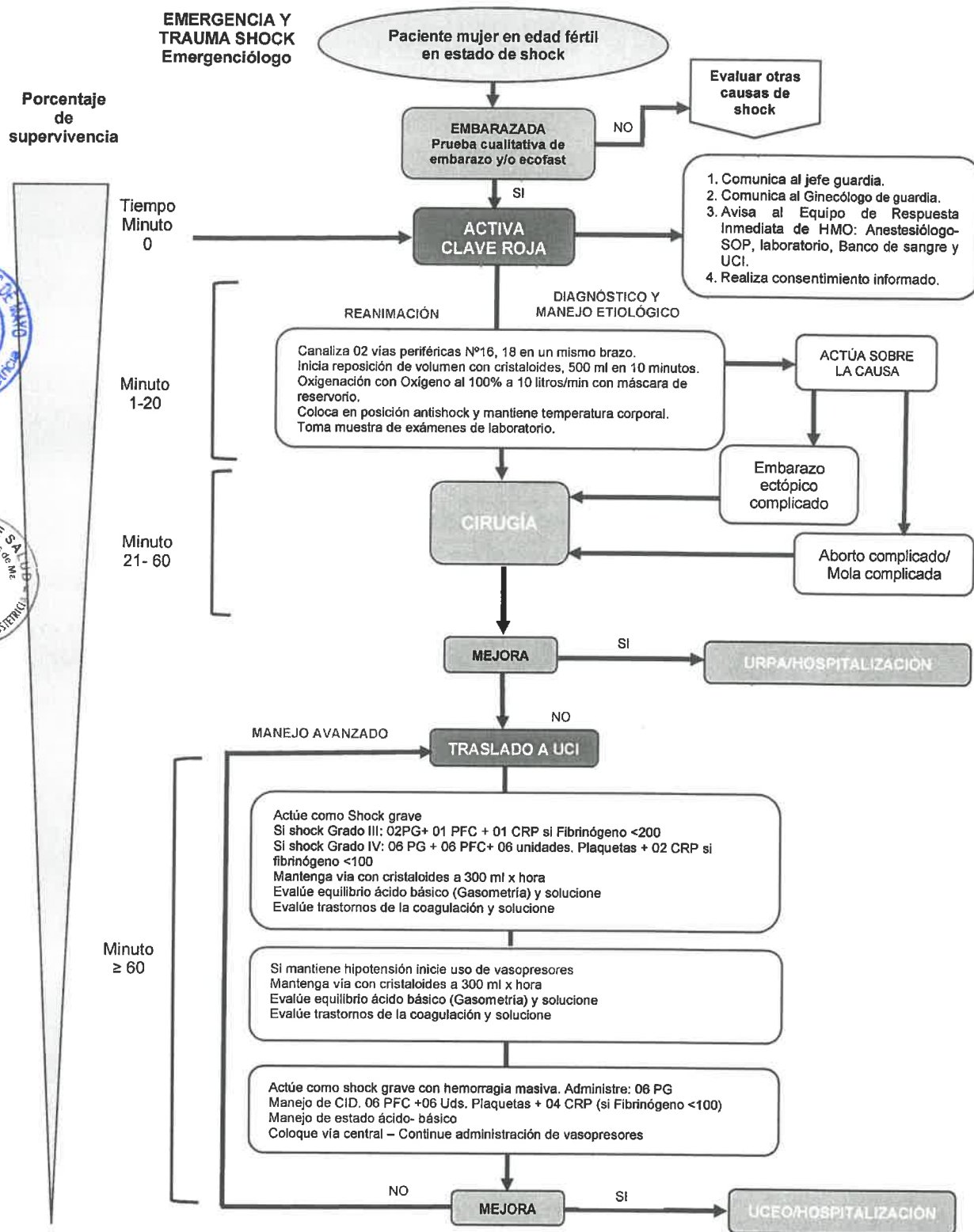


VIII. ANEXOS

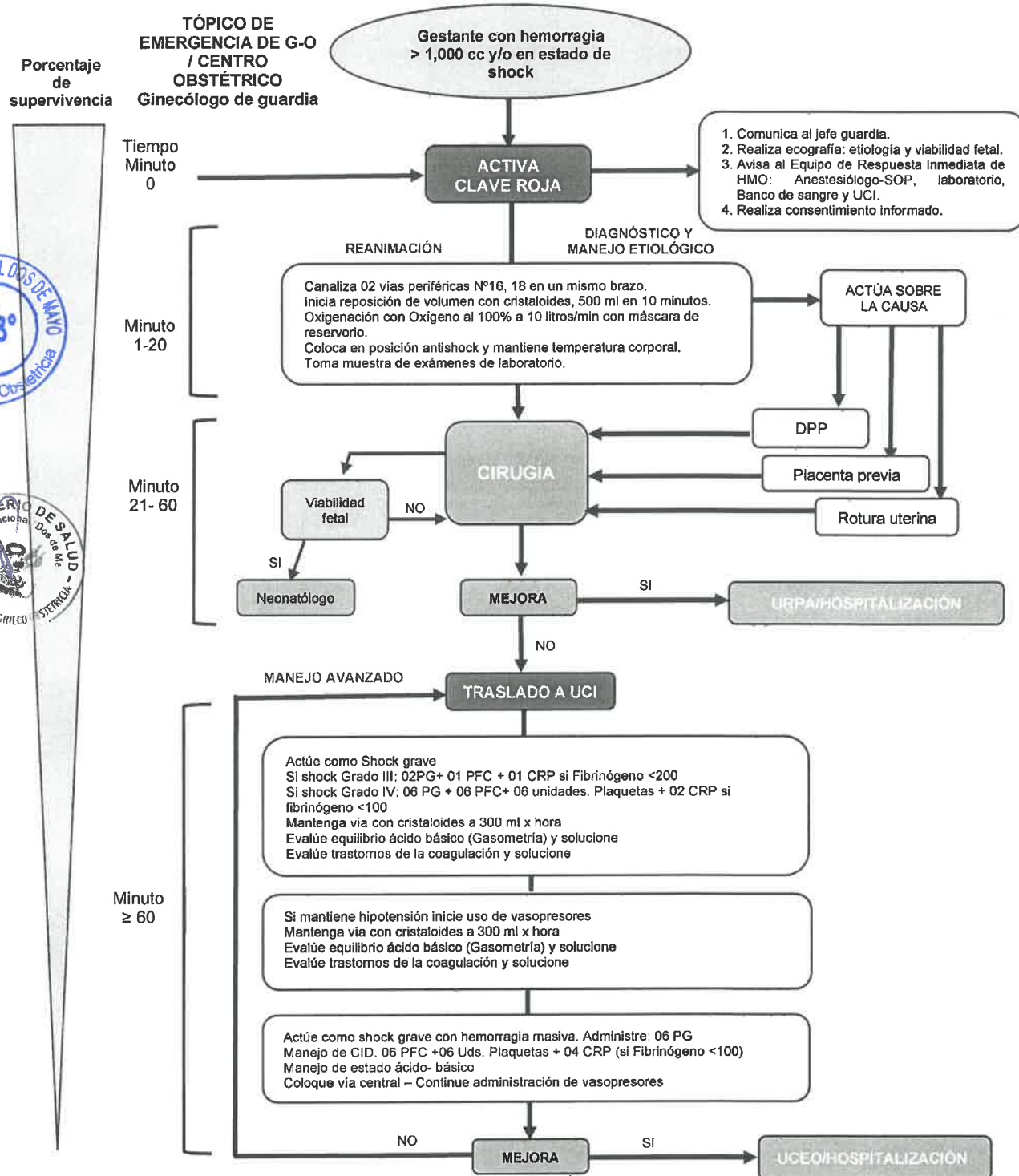
- **Anexo N° 01:** Flujograma de atención Clave Roja: primera mitad del embarazo
- **Anexo N° 02:** Flujograma de atención Clave Roja: segunda mitad del embarazo.
- **Anexo N° 03** Flujograma de atención Clave Roja: hemorragia postparto
- **Anexo N° 04** Índice de choque en Obstetricia
- **Anexo N° 05:** Clasificación del grado de choque y soporte hemodinámico.
- **Anexo N° 06:** Manejo médico agudo de la Hemorragia Postparto. Contraindicaciones y efectos adversos.
- **Anexo N° 07:** Consentimiento informado para el Procedimiento de Clave Roja.
- **Anexo N° 08** Formato de adherencia al Procedimiento para el manejo de la Hemorragia Materna Obstétrica: Clave roja.
- **Anexo N° 09:** Declaración de conflicto de intereses



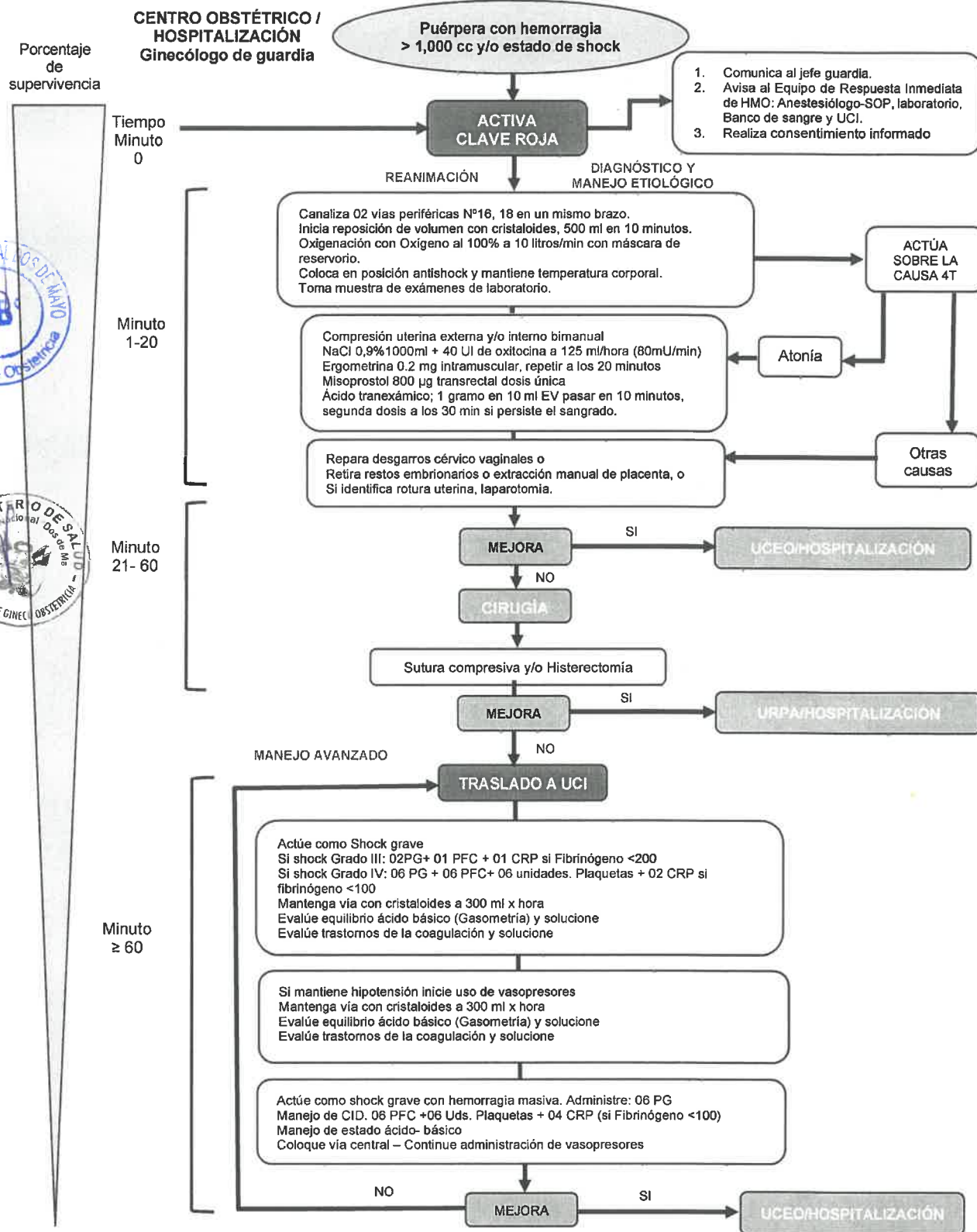
**ANEXO N° 01: FLUJOGRAMA DE ATENCION CLAVE ROJA
PRIMERA MITAD DE EMBARAZO**



**ANEXO N° 02: FLUJOGRAMA DE ATENCION CLAVE ROJA
SEGUNDA MITAD DE EMBARAZO**



**ANEXO Nº 03: FLUJOGRAMA DE ATENCION CLAVE ROJA –
HEMORRAGIA POSTPARTO**



ANEXO N° 04

ÍNDICE DE CHOQUE EN OBSTETRICIA (IC)

Herramienta sencilla y rápida para establecer la severidad de una hemorragia obstétrica y la gravedad del shock hipovolémico. Identifica que mujeres gestantes o púrpas requieren una atención urgente, ya que si el shock hipovolémico es severo puede llevar a complicaciones graves e incluso la muerte materna. Por lo que indica la necesidad de transfusiones sanguíneas y/o de intervenciones quirúrgicas urgentes.

Se calcula:



$$\text{Índice de choque} = \frac{\text{Frecuencia cardíaca}}{\text{Presión arterial sistólica}}$$

Siendo la valoración de su resultados:

- 0.7 – 0.89 = probablemente no requiere trasfusión
- ≥ 0.9 – 1.2 = es posible que requiera transfusión
- ≥ 1.3 = requiere reposición de sangre y posiblemente de hemoderivados



FRECUENCIA CARDIACA	PRESIÓN SISTÓLICA	INDICE DE CHOQUE
80	100	0.8
80	90	0.9
90	90	1
90	80	1.1
100	90	1.1
110	80	1.4
120	70	1.7

Índice de Choque > 1 indica que requiere transfusión sanguínea.

Fuente: Hemorragia Postparto. ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos? Federación Latinoamericana de asociaciones de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG 2018)

ANEXO N° 05

CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE CHOQUE Y SOPORTE HEMODINÁMICO

PARAMETRO	GRADOS DEL SHOCK				
	Compensada (No shock)	Grado I (LEVE)	Grado II (MODERADO)	Grado III (SEVERO)	Grado IV Pérdida masiva de sangre
Pérdida de Volumen (%) Mujer de 50-70 kg	10-15%	16-25%	26-35%	35-40%	>40%
Pérdida de Volumen (ml) Mujer de 50-70 kg	500-1000 ml	1000-1500 ml	1500-2000 ml	2000- 2500 ml	>2500
Necesidad de transfusión	No requiere	Usualmente no requiere	Posible	Usualmente se requiere	Transfusión masiva
Frecuencia cardiaca x minuto	60-90	91-100	101-120	120-139	≥140
Presión arterial sistólica (mm Hg)	>90	80-90	70-79	60-79	<60
Frecuencia Respiratoria x minuto	14-20	20-29	30-39	>40	Irregular Apneica
Sensorio	Normal	Normal y/o agitada Ansiedad leve	Agitada Ansiedad moderada	Letárgica y/o Ansiedad intensa	Inconsciente
Perfusión tisular (llenado capilar)	Normal 1-2 segundos	Palidez- Frialidad	Palidez- Frialidad más Sudoración 2-3 segundos	Palidez- Frialidad Sudoración Más >3 segundos	Palidez-Frialidad Sudoración Más >4 segundos
Perfusión tisular (color y temperatura cutánea)	Normal	Usualmente normal	Pálida y fría	Pálida, fría y sudorosa	Puede ser cianótica
Diuresis (ml x hora)	>30	20-30	10-15	5-15	<5
Déficit de Bases En mmol /L	≤2 mmol/L	2-6 mmol/L	6-10 mmol/L	>10 mmol/L	>10 mmol/L
Reposición de Volumen perdido	No requiere	Cristaloides	Cristaloides Probable transfusión	Transfusión de PG y hemoderivados	Transfusión masiva

Modificado de: ATLS Advance Trauma Life Support. American College of Surgeons. 2018

Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas-2ª ed. Organización Panamericana de la Salud 2019.

ANEXO N° 06

MANEJO MÉDICO AGUDO DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO
CONTRAINDICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS

MEDICAMENTO	DOSIS - VIA	FRECUENCIA	CONTRAINDICACIONES	EFECTOS ADVERSOS
Oxitocina	10 - 40 Unidades por 500 - 1000 ml Vía endovenosa	Continua	Raro, hipersensibilidad	Usualmente ninguno. Náuseas, vómitos, hiponatremia con dosis prolongada
Misoprostol	800 - 1000 ug Vía sublingual o rectal	Dosis única	Raro, hipersensibilidad	Náuseas, vómitos, diarrea, tremor, fiebre (transitoria), dolor de cabeza
Ergometrina	0.2 mg cada 2 - 4 horas Vía intramuscular	Cada 02 a 04 horas Dosis máxima 1 g.	Hipertensión, preeclampsia, enfermedad cardiovascular, hipersensibilidad al fármaco.	Náuseas, vómitos, hipertensión severa, particularmente cuando se administra por vía endovenosa.

Fuente: Hemorragia Postparto. ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos? Federación Latinoamericana de asociaciones de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) 2018

ANEXO N° 07

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO HEMORRAGIA MATERNA OBSTÉTRICA
(CLAVE ROJA)

- I. **DATOS PACIENTE:** Instrucciones; para ser llenado por el MEDICO, quien informa al Paciente/ Padre/ apoderado y/o representante legal, apoyo y/o salvaguarda, sobre el procedimiento, y registra datos según corresponda.

Fecha: ____/____/20__ ; Hora: ____:____ Hs. N° de Historia Clínica:

Nombres y Apellidos del Paciente:

de..... años de edad,

Registrar si tiene alguna discapacidad: Física () Mental (), ¿cuál?

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	HEMORRAGIA MATERNA OBSTÉTRICA (CLAVE ROJA)
----------------------------------	---

- II. **INFORMACIÓN PACIENTE:** Instrucciones; para ser llenado por el PACIENTE() / PADRE/MADRE() / APODERADO() / REPRESENTANTE: LEGAL() / APOYO() / SALVAGUARDA(), quien posterior a recibir información médica deberá de registrar sus datos, y según lo considere completará la declaración, con su firma y huella.

DECLARO:

Que el/la Dr. (a).
me ha brindado información de manera completa sobre MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA: CLAVE ROJA y he comprendido lo siguiente:

a) **INFORMACION GENERAL:**

Tengo el diagnóstico de Hemorragia Materna Obstétrica, y se requiere de procedimientos rápidos y oportunos para salvaguardar mi vida. De acuerdo a ello puedo requerir de transfusiones masivas, medicamentos especiales y cirugías necesarias como legrado uterino (aborto), laparotomía exploratoria (embarazo ectópico y otras hemorragias internas), cesárea, ligaduras compresivas, histerectomía, hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos y las que puedan derivar de las complicaciones de mi caso. El/La Dr. (a) me ha explicado que en caso de no aceptar el/los procedimientos para manejo de la Hemorragia Materna Obstétrica se puede producir la muerte del feto (si es el caso) o de la madre.

b) **DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:**

El /La Dr. (a) me ha explicado () o al apoderado () que la gravedad de mi caso amerita que antes de **UNA HORA** se tomen las medidas necesarias para salvar mi vida y/o la de mi hijo(en caso de que hubiere) . Por tanto, la/ las decisiones médicas y/o quirúrgicas sobre el manejo se irán tomando de acuerdo a la respuesta a los tratamientos aplicados. Por ello al culminar el/ los procedimientos realizados se me informarán las medidas llevadas a cabo y sus posibles complicaciones derivadas del esfuerzo por salvaguardar mi vida o la de mi producto de ser el caso. Entiendo que la severidad de mi diagnóstico puede llevar a la muerte materna y/o fetal.

c) **RIESGOS REALES Y POTENCIALES:**

- **Antes del procedimiento:** anemia severa, shock, paro cardiorrespiratorio, muerte materna o fetal.
- **Durante el procedimiento:** shock, paro cardiorrespiratorio, CID, muerte materna o fetal.
- **Después del procedimiento:** CID, paro cardiorrespiratorio, muerte materna o fetal, daño de órganos vitales, fístulas, gangrena de extremidades, secuelas neurológicas, muerte.

Guía Técnica:
Guía de procedimiento para el manejo de la hemorragia materna obstétrica (clave roja)

- d) **EFFECTOS ADVERSOS:** se me explicó y/o (apoderado) la posibilidad de experimentar reacciones adversas por fármacos o productos de transfusión sanguínea utilizados en el manejo de Hemorragia Materna Obstétrica como fiebre, cefalea, edema, anafilaxia por hemoderivados.

Por uso de oxitócicos bradicardia, taquicardia, arritmias, daño cerebral, sobrecarga hídrica; En caso de uso de misoprostol: diarrea y dolor abdominal, dolor de cabeza, náuseas, anafilaxia rara vez.

Por el uso de ácido tranexámico: anomalías visuales, náuseas, vómitos, diarrea, hipotensión si se aplica rápidamente.

Metilergonovina: náuseas y vómitos, mareos, dolor de cabeza, tinnitus, palpitaciones, dolor torácico transitorio, disnea, trombocitopenia

Asimismo, informo (paciente y/o apoderado) al personal médico de alergias o anafilaxias conocidas a antibióticos y anestésicos que pudieran utilizarse en el acto médico.

- e) **PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:**

He sido informada paciente () o apoderado () que si el manejo de la Hemorragia Materna Obstétrica es de fácil resolución, el pronóstico suele ser bueno. La necesidad de avanzar en su control, con procedimientos quirúrgicos más complejos puede derivar en las complicaciones reseñadas con anterioridad.

Asumo que necesitare evaluación periódica y manejo multidisciplinario, después del evento.

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues, de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

SI (...), NO (...) ACEPTO el procedimiento de Manejo de la Hemorragia Materna Obstétrica, como parte del tratamiento ofrecido por los médicos del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Lima, de..... del 20.....

Firma del paciente() / padre/madre() /
apoderado() / representante: legal() /
apoyo() / salvaguarda(),

Huella digital

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre:

Nombre:

DNI:

CMP:RNE.....

Guía Técnica:
Guía de procedimiento para el manejo de la hemorragia materna obstétrica (clave roja)



DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO

DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO

- I. DATOS PACIENTE:** Instrucciones; para ser llenado por el MEDICO, quien informa al Paciente/ Padre/ apoderado y/o representante legal, apoyo y/o salvaguarda, sobre el procedimiento, y registrará los datos solicitados, según corresponda.



Fecha: ____/____/20____; Hora: ____:____ Hs. N° de Historia Clínica:
Nombres y Apellidos del Paciente:

..... de..... años de edad,

Registrar si tiene alguna discapacidad: Física () Mental (), ¿cuál?

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	HEMORRAGIA MATERNA OBSTÉTRICA (CLAVE ROJA)
----------------------------------	---

- II. INFORMACIÓN PACIENTE:** Instrucciones; para ser llenado por el PACIENTE() / PADRE/MADRE () / APODERADO() / REPRESENTANTE: LEGAL() / APOYO() / SALVAGUARDA(), quien posterior a recibir información médica deberá de registrar sus datos, y según lo considere completará la declaración, con su firma y huella.

Yo.....



de..... años de edad, Identificado con DNI/CE/ otros..... N°
en mi calidad de: Paciente () / Padre/Madre () / apoderado () / Representante: Legal () / Apoyo () / Salvaguarda (). Describa si tiene algún tipo de Parentesco:

En caso de no ser el paciente, la causa de representación es por ser: Menor de edad (), incapacidad / Discapacidad: Física (), Discapacidad Mental () ¿cuál?:

y en ejercicio de mi capacidad de discernimiento, y de mis derechos de salud; en cumplimiento de la Ley N° 26842-Ley General de Salud.

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi **DENEGACIÓN (....) /REVOCACIÓN (....)** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al Hospital Nacional Dos de Mayo.



Huella digital

Firma del paciente() / padre/madre() / apoderado() / representante: legal() / apoyo() / salvaguarda(),

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre:

Nombre:

DNI:

CMP: RNE:.....

ANEXO N° 08

FORMATO DE ADHERENCIA AL PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE LA
HEMORRAGIA MATERNA OBSTETRICA: CLAVE ROJA



INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A
GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES

Departamento:		Servicio:			
Fecha de evaluación:		N° Historia Clínica:			
Profesional que evalúa:					
Procedimiento Evaluado					
Fecha del Procedimiento					
CRITERIOS SEGÚN GUIA DE PROCEDIMIENTOS		CUMPLIMIENTO		NO APLICA	OBSERVACIONES
		SI	NO		
1.	Registro de los Datos del Paciente				
2.	Motivo de Intervención: CLAVE ROJA				
3.	Consentimiento Informado				
4.	Detalle del Procedimiento				
5.	Manejo médico				
6.	Manejo quirúrgico único				
7.	Manejo quirúrgico complejo				
8.	Complicaciones si hubiera				
9.	Indicaciones Post Procedimiento				
10.	Firma y Sello del Médico Asistente				

Instructivo: Corroborar que cada uno de los criterios se corresponde con los consignados en la Guía de Procedimientos.

CRITERIOS EVALUADOS	
CRITERIOS CUMPLIDOS	
% CRITERIOS CUMPLIDOS	

FIRMA Y SELLO DEL
EVALUADOR

ANEXO N.º 09
DECLARACION DE CONFLICTOS DE INTERES

El equipo de trabajo, desarrollador de la presente Guía de Procedimiento DECLARA NO TENER CONFLICTO DE INTERÉS, de lo siguiente:

1. No tener relación como Empleo y/o consultorías con alguna organización con el área objeto del presente grupo de trabajo.
2. No apoyar en investigación, como financiamiento, colaboración, pago de viajes a reuniones de trabajo, adquisición de equipos de trabajo, auspicio y otro tipo de transferencia de fondos valoradas.
3. No tener Interés de inversión. No tener inversiones en una institución comercial con intereses relacionados al área de estudio del presente grupo de trabajo.
4. No tener propiedad intelectual, patente, marcas, o derechos de autor (incluyendo solicitudes pendientes), tener derechos sobre propiedad intelectual relacionados al área de estudio del presente grupo de trabajo.
5. No haber proveído una opinión o testimonio, posiciones o declaraciones públicas de experto relacionado al área de estudio del presente grupo de trabajo.



IX. BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud. 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). 2010. [Internet]. [Consultado 10 dic 2025] Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/391207/Manejo_estandarizado_de_las_emergencias_obst%C3%A9tricas_y_neonatales20191017-26355-10970sn.pdf?v=1571312389
2. Instituto Nacional Materno Perinatal. Directiva N° 002-DG-INMP-14 "Declaratoria de alarma institucional en el INMP mediante el uso de claves para el manejo de las emergencias obstétricas". 2014. [Internet]. [Consultado 10 dic 2025] Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/2701t.pdf>
3. Hospital de Emergencias Villa el Salvador. Resolución Directoral N°148-2021-DE-HEVES: Guía de Procedimiento para la Activación y Manejo Inmediato de la Clave Roja. 2021. [Internet]. [Consultado 10 dic 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3732497/RD-148-2021-DE-HEVES.pdf.pdf>
4. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. Williams Obstetricia. 26 Edición. Mac Graw Hill profesional. 2022
5. Instituto Nacional Materno Perinatal, Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. 2023; 20-38. [Internet]. [Consultado 10 dic 2025]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
6. Robinson D, Basso M, Chan C, Duckitt K, Lett R. Guideline no. 431: Postpartum hemorrhage and hemorrhagic shock. J Obstet Gynaecol Can. [Internet] 2022;44(12):1293-1310.e1. [Consultado 10 dic 2025]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2022.10.002>
7. López, M; Hernández, S; Ferrer, P; Almeida, L; Serra, M; Figueras, F; Gómez-Roig, M; Magaldi, M; Plaza, A; Beltrán, J; Prieto, A; Arranz, A; Pagès, P; Fornells, J; Pereira, A; Garcia, E. Protocolo: hemorràgia postpart: prevenció i tractament. Hospital Clínic-Hospital Sant Joan De Déu- Universitat De Barcelona. [Internet]. 2019. [Consultado 10 dic 2025]. Disponible en <https://fetalmedicinebarcelona.org/protocolos/protocolo-hemorragia-post-parto-cat/>
8. Snavelly C, Chan. C. Resuscitation of the Obstetric Patient. Emergency Medicine Clinics of North America. [Internet] 2022; (41) 323–335. [Consultado 10 dic 2025]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.emc.2022.12.005>
9. Zeng KW, Ovenell KJ, Alholm Z, Foley MR. Postpartum hemorrhage management and blood component therapy. Obstet Gynecol Clin North Am. [Internet]. 2022; 49(3):397–421. [Consultado 10 dic 2025]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889854522000134>
10. Gallagher G, Gantner D. Shock: Causes, Initial Assessment, and investigations. Anaesth Intensive Care Med. [Internet]. 2020;21(3):127–32. [Consultado 10 dic 2025]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1472029919302966>
11. Ossé L, Nebout S, Filippov J, Keita H. Hemorragias obstétricas. EMC – Anest Reanim. [Internet]. 2017;43(3):1–8. [Consultado 10 dic 2025]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1280470317856292>



Guía Técnica:
Guía de procedimiento para el manejo de la hemorragia materna obstétrica (clave roja)

12. Hess JR. Massive blood transfusion. Uptodate: Lynne Uhl; 2024. [Internet]. [Consultado 10 dic 2025]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/massive-blood-transfusion>
13. Belfort AM. Overview of Postpartum Hemorrhage. Uptodate: Dena Goffman; 2024. [Internet]. [Consultado 15 nov 2025]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage>
14. Escobar MF, Nassar AH, Theron G, Barnea ER, Nicholson W, Ramasauskaitė D, et al. Recomendaciones FIGO sobre el manejo de la hemorragia posparto 2022. Int J Gynecol Obstet. [Internet]. 2022; 157 (1): 3–50. [Consultado 10 dic 2024]. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/toc/18793479/2022/157/S1>
15. Clínica Universidad de Navarra. Choque [Internet]. <https://www.cun.es>. 2023 [Consultado 10 dic 2025]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/shock>
16. Lozano A, Martínez F, Santana S, Coto R, García G. Diagnóstico precoz de embarazo en la atención primaria mediante determinación cualitativa de gonadotropina coriónica humana. Rev Cub Med Gen Integr [Internet] 1998; 14(5):434-9. [Consultado 10 dic 2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000500005
17. Chaudhary M, Maitra N, Sheth T, Vaishnav P. Shock index in the prediction of adverse maternal outcome. J Obstet Gynaecol India [Internet] 2020; 70(5):355-359. [Consultado 10 dic 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7515997/#:~:text=descarte%20%5B%2010%20%5D.-,Conclusi%C3%B3n,IS%20en%20estos%20dos%20grupos.>
18. Velásquez N. Pruebas para diagnóstico de embarazo. Rev Obstet Ginecol Venez. [Internet]. 2009; 69(3):186-192. [consultado 10 dic 2025] Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322009000300007&lng=es.](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322009000300007&lng=es)



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



PERU

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional
Dos de Mayo

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO HEMORRAGIA MATERNA OBSTÉTRICA (CLAVE ROJA)

- I. **DATOS PACIENTE:** *Instrucciones:* para ser llenado por el MEDICO, quien informa al Paciente/ Padre/ apoderado y/o representante legal, apoyo y/o salvaguarda, sobre el procedimiento, y registra datos según corresponda.

Fecha: ____/____/20____; Hora: ____:____ Hs. N° de Historia Clínica:

Nombres y Apellidos del Paciente:

..... de..... años de edad,

Registrar si tiene alguna discapacidad: Física () Mental (), ¿cuál?

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	HEMORRAGIA MATERNA OBSTÉTRICA (CLAVE ROJA)
----------------------------------	---

- II. **INFORMACIÓN PACIENTE:** *Instrucciones:* para ser llenado por el PACIENTE() / PADRE/MADRE() / APODERADO() / REPRESENTANTE: LEGAL() / APOYO() / SALVAGUARDA(), quien posterior a recibir información médica deberá de registrar sus datos, y según lo considere completará la declaración, con su firma y huella.

DECLARO:

Que el/la Dr. (a)
me ha brindado información de manera completa sobre MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA: CLAVE ROJA y he comprendido lo siguiente:

a) INFORMACION GENERAL:

Tengo el diagnóstico de Hemorragia Materna Obstétrica, y se requiere de procedimientos rápidos y oportunos para salvaguardar mi vida. De acuerdo a ello puedo requerir de transfusiones masivas, medicamentos especiales y cirugías necesarias como legrado uterino (aborto), laparotomía exploratoria (embarazo ectópico y otras hemorragias internas), cesárea, ligaduras compresivas, histerectomía, hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos y las que puedan derivar de las complicaciones de mi caso. El/La Dr. (a) me ha explicado que en caso de no aceptar el/los procedimientos para manejo de la Hemorragia Materna Obstétrica se puede producir la muerte del feto (si es el caso) o de la madre.

b) DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

El /La Dr. (a) me ha explicado () o al apoderado () que la gravedad de mi caso amerita que antes de UNA HORA se tomen las medidas necesarias para salvar mi vida y/o la de mi hijo(en caso de que hubiere) . Por tanto, la/ las decisiones médicas y/o quirúrgicas sobre el manejo se irán tomando de acuerdo a la respuesta a los tratamientos aplicados.

Por ello al culminar el/ los procedimientos realizados se me informarán las medidas llevadas a cabo y sus posibles complicaciones derivadas del esfuerzo por salvaguardar mi vida o la de mi producto de ser el caso. Entiendo que la severidad de mi diagnóstico puede llevar a la muerte materna y/o fetal.

c) RIESGOS REALES Y POTENCIALES:

- **Antes del procedimiento:** anemia severa, shock, paro cardiorrespiratorio, muerte materna o fetal.
- **Durante el procedimiento:** shock, paro cardiorrespiratorio, CID, muerte materna o fetal.
- **Después del procedimiento:** CID, paro cardiorrespiratorio, muerte materna o fetal, daño de órganos vitales, fistulas, gangrena de extremidades, secuelas neurológicas, muerte,

- d) **EFFECTOS ADVERSOS:** se me explicó y/o (apoderado) la posibilidad de experimentar reacciones adversas por fármacos o productos de transfusión sanguínea utilizados en el manejo de Hemorragia Materna Obstétrica como fiebre, cefalea, edema, anafilaxia por hemoderivados.

Por uso de oxitócicos bradicardia, taquicardia, arritmias, daño cerebral, sobrecarga hídrica;
En caso de uso de misoprostol: diarrea y dolor abdominal, dolor de cabeza, náuseas, anafilaxia rara vez.

Por el uso de ácido tranexámico: anomalías visuales, náuseas, vómitos, diarrea, hipotensión si se aplica rápidamente.

Metilergonovina: náuseas y vómitos, mareos, dolor de cabeza, tinnitus, palpitaciones, dolor torácico transitorio, disnea, trombocitopenia

Asimismo, informo (paciente y/o apoderado) al personal médico de alergias o anafilaxias conocidas a antibióticos y anestésicos que pudieran utilizarse en el acto médico.

e) **PRONÓSTICO Y RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:**

He sido informada paciente () o apoderado () que si el manejo de la Hemorragia Materna Obstétrica es de fácil resolución, el pronóstico suele ser bueno. La necesidad de avanzar en su control, con procedimientos quirúrgicos más complejos puede derivar en las complicaciones reseñadas con anterioridad.

Asumo que necesitare evaluación periódica y manejo multidisciplinario, después del evento.

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, así pues, de forma libre y voluntaria he leído el consentimiento informado y recibido además explicaciones sobre la naturaleza, efectos y riesgos previsibles de este acto médico, así como toda duda que haya necesitado consultar, por lo que en tales condiciones:

Si (...), NO (...) **ACEPTO** el procedimiento de Manejo de la Hemorragia Materna Obstétrica, como parte del tratamiento ofrecido por los médicos del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Lima, de del 20.....

Firma del paciente() / padre/madre(y
apoderado() / representante legal() /
apoyo() / salvaguarda().



Huella digital

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre:

Nombre:

DNI:

CMP:RNE.....

DENEGACIÓN O REVOCATORIA CONSENTIMIENTO INFORMADO

- I. **DATOS PACIENTE:** Instrucciones: para ser llenado por el MEDICO, quien informa al Paciente/ Padre/ apoderado y/o representante legal, apoyo y/o salvaguarda, sobre el procedimiento, y registrará los datos solicitados, según corresponda.

Fecha: ____/____/20____; Hora: ____:____ Hs. N° de Historia Clínica:

Nombres y Apellidos del Paciente:

..... de años de edad,

Registrar si tiene alguna discapacidad: Física () Mental (), ¿cuál?

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	HEMORRAGIA MATERNA OBSTÉTRICA (CLAVE ROJA)
---------------------------	--

- II. **INFORMACIÓN PACIENTE:** Instrucciones: para ser llenado por el PACIENTE() / PADRE/MADRE () / APODERADO() / REPRESENTANTE: LEGAL() / APOYO() / SALVAGUARDA(), quien posterior a recibir información médica deberá de registrar sus datos, y según lo considere completará la declaración, con su firma y huella.

Yo

de años de edad, identificado con DNI/CE/ otros..... N°

En mi calidad de: Paciente () / Padre/Madre () / apoderado () / Representante: Legal () / Apoyo

() / Salvaguarda (). Describa si tiene algún tipo de Parentesco:

En caso de no ser el paciente, la causa de representación es por ser: Menor de edad ().

Incapacidad / Discapacidad: Física (), Discapacidad Mental () ¿cuál?:

y en ejercicio de mi capacidad de discernimiento, y de mis derechos de salud; en cumplimiento de la Ley N° 26842-Ley General de Salud.

Luego de haber sido informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre mi **DENEGACIÓN (....) /REVOCACIÓN (....)** para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de mi decisión, exonerando de responsabilidad al Hospital Nacional Dos de Mayo.

Huella dactil

Firma del paciente() / padre/madre() /
apoderado() / representante: legal() /
apoyo() / salvaguarda(),

Firma y Sello del Médico Informante

Nombre:

Nombre:

DNI:

CMP:RNE: