N° DE ACTA: 1	**FECHA:** 08/07/2026
REUNIÓN: ACTA DE SOCIALIZACIÓN MANEJO DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA – CÓDIGO ROJO	

ASISTENTES: CONDUCTORES, AUXILIARES, TECNOLOGOS EN APH, MEDICOS Y DEMAS TRIPULANTES DEL PROGRAMA DE ATENCION PREHOSPITALARIA

NOMBRE	CARGO	ÁREA/ENTIDAD
Dr. Néstor Giraldo	Referente Ginecología	APH Subred Norte
Karen Jazmín Poveda Bermúdez	Profesional de enlace	APH Subred Norte

ORDEN DEL DÍA / AGENDA

1. Verificación del quórum
2. Lectura del acta anterior
3. Revisión de compromisos
4. Temas a tratar
5. Varios

REVISIÓN COMPROMISOS ANTERIORES

Responsable	Fecha	Cumplimiento		Causa
		SI _____	NO _____	
		SI _____	NO _____	
		SI _____	NO _____	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. OBJETIVO

Socializar con las tripulaciones de Atención Prehospitalaria (médicos, auxiliares de enfermería y conductores) los protocolos de identificación, activación y manejo inicial de la emergencia obstétrica – Código Rojo, con el fin de estandarizar la respuesta asistencial, reducir errores, mejorar los tiempos de reacción y fortalecer la seguridad de la paciente gestante durante la atención y el traslado.

2. INTRODUCCION

La hemorragia postparto, los trastornos hipertensivos del embarazo y la sepsis obstétrica constituyen las principales causas de morbimortalidad materna evitable en el contexto prehospitalario. En línea con los lineamientos del CRUE y con el compromiso institucional de la Subred Norte con la seguridad del paciente, se desarrolló una jornada de socialización dirigida a las tripulaciones APH, orientada a

la protocolización de la atención de estas emergencias mediante el uso de listas de chequeo, definiciones operativas y esquemas de manejo estandarizados.

3. METODOLOGIA

- ✓ Presentación magistral apoyada en diapositivas institucionales, con definiciones clínicas, clasificación, criterios de severidad y esquemas de tratamiento.
- ✓ Revisión de listas de chequeo para la atención de emergencias obstétricas (identificación del paciente, ABCD, monitorización, accesos venosos, medicación protocolizada, traslado seguro y comunicación con el equipo y la familia).
- ✓ Aplicación de un caso clínico simulado para contextualizar la identificación temprana de signos de alarma.
- ✓ Aplicación de una encuesta de percepción individual y anónima al finalizar la sesión, con preguntas cerradas (escala 1 a 5) y preguntas abiertas sobre aprendizajes y aspectos a reforzar.

4. TEMAS SOCIALIZADO

4.1 Protocolización de la atención de emergencias obstétricas

- ✓ Estandarización de la atención para reducir errores, mejorar tiempos de respuesta y aumentar la seguridad materna.
- ✓ Lista de chequeo general: identificación del paciente, diagnóstico claro, activación del equipo, ABCD, monitorización de signos vitales, accesos venosos y líquidos, medicación protocolizada, seguimiento de metas clínicas y comunicación con el equipo y la familia.

4.2 Hemorragia postparto – Código Rojo

- ✓ Definición: sangrado vaginal en el puerperio inmediato superior a 500 cc en parto vaginal, 1.000 cc en cesárea, 1.500 cc en cesárea repetida más histerectomía y 3.500 cc en histerectomía de urgencia, o sangrado persistente/abundante con inestabilidad hemodinámica.
- ✓ Activación del código, identificación de causas y manejo escalonado según los tiempos y metas del protocolo institucional.

4.3 Trastornos hipertensivos del embarazo

- ✓ Definición: tensión arterial sistólica ≥140 y/o diastólica ≥90 mmHg en dos tomas separadas por 6 horas, después de la semana 20 de gestación.

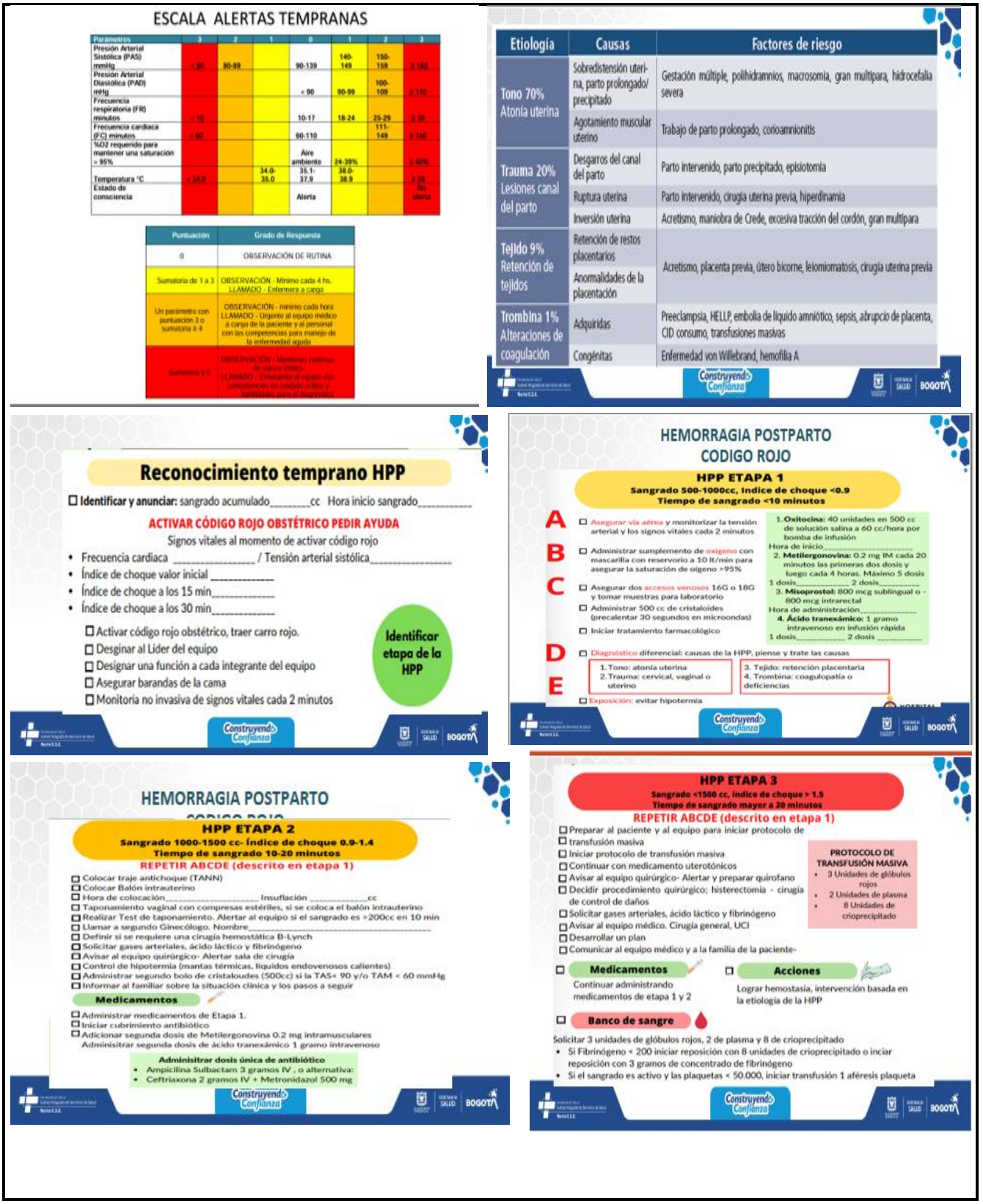
- ✓ Clasificación: hipertensión gestacional, hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, HTA crónica con preeclampsia sobreagregada y síndrome HELLP.
- ✓ Criterios de severidad: TAS >160 / TAD >110 mmHg, compromiso neurológico (cefalea severa, visión borrosa, fosfenos, epigastralgia, clonus), alteraciones paraclínicas (plaquetas <100.000, creatinina >1.2 mg/dl, transaminasas elevadas) y compromiso fetal (RCIU).
- ✓ Manejo: canalización de dos venas con catéter 16, cristaloides, oximetría de pulso, sonda vesical, esquema de sulfato de magnesio, manejo de crisis hipertensiva (labetalol, nifedipino, nitroprusiato) y maduración pulmonar con betametasona entre las semanas 26 y 34.
- ✓ Eclampsia: convulsiones o coma en gestante mayor de 20 semanas o hasta 3 semanas posparto; manejo con sulfato de magnesio en bolo e infusión, garantizando ABC y esquema de crisis hipertensiva.

4.4 Sepsis en obstetricia

- ✓ Principales focos: endometritis postparto, infección urinaria, aborto séptico, pielonefritis, corioamnionitis, fascitis necrosante y síndrome de shock tóxico.
- ✓ Criterios clínicos Q-SOFA (Glasgow ≤13, TAS <100 mmHg, frecuencia respiratoria ≥22/min) y escala SOFA para disfunción orgánica.
- ✓ Shock séptico: lactato ≥2 mmol/L e hipotensión persistente (TAS <90 mmHg o TAM <65 mmHg) pese a reanimación adecuada con líquidos; manejo guiado por metas de lactato y tensión arterial media, uso de norepinefrina y reevaluación en 3 a 6 horas.






ESCALA ALERTAS TEMPRANAS
Parámetros
Presión Arterial Sistólica (PAS) mmHg
Presión Arterial Diastólica (PAD) mHg
Frecuencia respiratoria (FR) minutos
Frecuencia cardiaca (FC) minutos
%O2 requerido para mantener una saturación > 95%
Temperatura °C
Estado de consciencia
Alerta
Puntuación
Grado de Respuesta
0
OBSERVACIÓN DE RUTINA
Sumatoria de 1 a 3
OBSERVACIÓN - Mínimo cada 4 hs.
LLAMADO - Enfermera a cargo
Un parámetro con puntuación 3 o sumatoria ≥ 4
OBSERVACIÓN - mínimo cada hora
LLAMADO - Urgente al equipo médico a cargo de la paciente y al personal con las competencias para manejo de la enfermedad aguda
Etiología
Causas
Factores de riesgo
Tono 70% Atonía uterina
Sobredistensión uterina, parto prolongado/ precipitado
Gestación múltiple, polihidramnios, macrosomia, gran multipara, hidrocefalia severa
Agotamiento muscular uterino
Trabajo de parto prolongado, corioamnionitis
Trauma 20% Lesiones canal del parto
Desgarros del canal del parto
Parto intervenido, parto precipitado, episiotomía
Ruptura uterina
Parto intervenido, cirugía uterina previa, hiperdinamia
Inversión uterina
Acretismo, maniobra de Crede, excesiva tracción del cordón, gran multipara
Tejido 9% Retención de tejidos
Retención de restos placentarios
Acretismo, placenta previa, útero bicorne, leiomiomatosis, cirugía uterina previa
Anormalidades de la placentación
Trombina 1% Alteraciones de coagulación
Adquiridas
Preeclampsia, HELLP, embolia de líquido amniótico, sepsis, abrupcio de placenta, CID consumo, transfusiones masivas
Congénitas
Enfermedad von Willebrand, hemofilia A
Construyendo Confianza
BOGOTÁ
Reconocimiento temprano HPP
Identificar y anunciar: sangrado acumulado_____cc Hora inicio sangrado_____
ACTIVAR CÓDIGO ROJO OBSTÉTRICO PEDIR AYUDA
Signos vitales al momento de activar código rojo
Frecuencia cardiaca _____ / Tensión arterial sistólica_____
Índice de choque valor inicial _____
Índice de choque a los 15 min_____
Índice de choque a los 30 min_____
Activar código rojo obstétrico, traer carro rojo.
Designar al Líder del equipo
Designar una función a cada integrante del equipo
Asegurar barandas de la cama
Monitoría no invasiva de signos vitales cada 2 minutos
Identificar etapa de la HPP
HEMORRAGIA POSTPARTO
CODIGO ROJO
HPP ETAPA 1
Sangrado 500-1000cc, Índice de choque <0.9
Tiempo de sangrado <10 minutos
A
Asegurar vía aérea y monitorizar la tensión arterial y los signos vitales cada 2 minutos
B
Administrar suplemento de oxigeno con mascarilla con reservorio a 10 lt/min para asegurar la saturación de oigeno >95%
C
Asegurar dos accesos venosos 16G o 18G y tomar muestras para laboratorio
Administrar 500 cc de cristaloides (precalentar 30 segundos en microondas)
Iniciar tratamiento farmacológico
1. Oxitocina: 40 unidades en 500 cc de solución salina a 60 cc/hora por bomba de infusión
Hora de inicio_____
2. Metilergonovina: 0.2 mg IM cada 20 minutos las primeras dos dosis y luego cada 4 horas. Máximo 5 dosis
1 dosis_____ 2 dosis_____
3. Misoprostol: 800 mcg sublingual o - 800 mcg intrarectal
Hora de administración_____
4. Ácido tranexámico: 1 gramo intravenoso en infusión rápida
1 dosis_____ 2 dosis _____
D
Diagnóstico diferencial: causas de la HPP, piense y trate las causas
1. Tono: atonía uterina
2. Trauma: cervical, vaginal o uterino
3. Tejido: retención placentaria
4. Trombina: coagulopatía o deficiencias
E
Exposición: evitar hipotermia
HEMORRAGIA POSTPARTO
HPP ETAPA 2
Sangrado 1000-1500 cc- Índice de choque 0.9-1.4
Tiempo de sangrado 10-20 minutos
REPETIR ABCDE (descrito en etapa 1)
Colocar traje antichoque (TANN)
Colocar Balón intrauterino
Hora de colocación_____ Insuflación _____cc
Taponamiento vaginal con compresas estériles, si se coloca el balón intrauterino
Realizar Test de taponamiento. Alertar al equipo si el sangrado es >200cc en 10 min
Llamar a segundo Ginecólogo. Nombre_____
Definir si se requiere una cirugía hemostática B-Lynch
Solicitar gases arteriales, ácido láctico y fibrinógeno
Avisar al equipo quirúrgico- Alertar sala de cirugía
Control de hipotermia (mantas térmicas, líquidos endovenosos calientes)
Administrar segundo bolo de cristaloudes (500cc) si la TAS< 90 y/o TAM < 60 mmHg
Informar al familiar sobre la situación clínica y los pasos a seguir
Medicamentos
Administrar medicamentos de Etapa 1.
Iniciar cubrimiento antibiótico
Adicionar segunda dosis de Metilergonovina 0.2 mg intramusculares
Administrar segunda dosis de ácido tranexámico 1 gramo intravenoso
Administrar dosis única de antibiótico
Ampicilina Sulbactam 3 gramos IV , o alternativa:
Ceftriaxona 2 gramos IV + Metronidazol 500 mg
HPP ETAPA 3
Sangrado <1500 cc, índice de choque > 1.5
Tiempo de sangrado mayor a 20 minutos
REPETIR ABCDE (descrito en etapa 1)
Preparar al paciente y al equipo para iniciar protocolo de transfusión masiva
Iniciar protocolo de transfusión masiva
Continuar con medicamento uterotónicos
Avisar al equipo quirúrgico- Alertar y preparar quirofano
Decidir procedimiento quirúrgico; histerectomía - cirugía de control de daños
Solicitar gases arteriales, ácido láctico y fibrinógeno
Avisar al equipo médico. Cirugía general, UCI
Desarrollar un plan
Comunicar al equipo médico y a la familia de la paciente-
PROTOCOLO DE TRANSFUSIÓN MASIVA
3 Unidades de glóbulos rojos
2 Unidades de plasma
8 Unidades de crioprecipitado
Medicamentos
Continuar administrando medicamentos de etapa 1 y 2
Acciones
Lograr hemostasia, intervención basada en la etiología de la HPP
Banco de sangre
Solicitar 3 unidades de glóbulos rojos, 2 de plasma y 8 de crioprecipitado
Si Fibrinógeno < 200 iniciar reposición con 8 unidades de crioprecipitado o iniciar reposición con 3 gramos de concentrado de fibrinógeno
Si el sangrado es activo y las plaquetas < 50.000, iniciar transfusión 1 aféresis plaqueta

5. ASISTENCIA Y CARACTERIZACION DE LOS PARTICIPANTES

Se registraron 50 asistentes a la socialización, distribuidos por perfil profesional de la siguiente manera:

Perfil	N.º de asistentes	% del total
Auxiliares de enfermería (TAM)	18	36%
Conductores y otro personal de tripulación	18	36%
Médicos generales	13	26%
Enfermería jefe	1	2%
Total	**50**	**100%**

6. RESULTADOS DE LA EVALUACION DE PERCEPCIÓN

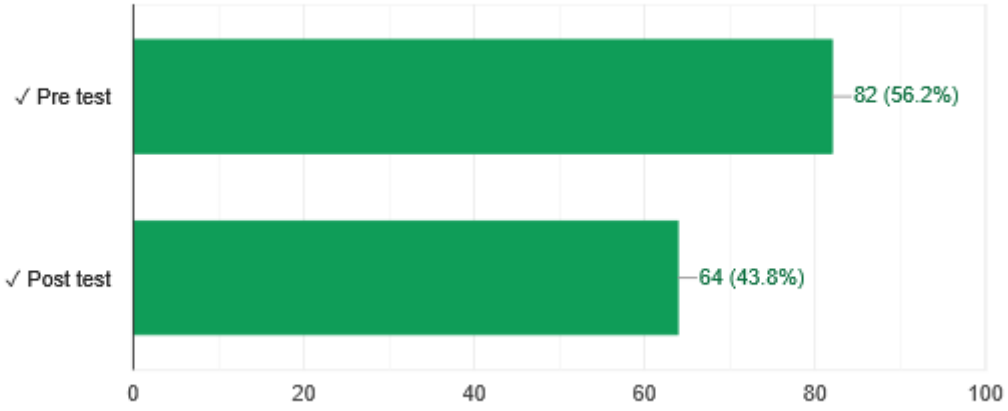
Al finalizar la socialización se aplicó una encuesta de percepción individual (escala de 1: Muy mal a 5: Excelente), respondida por los 50 asistentes. Los resultados promedio por ítem fueron los siguientes:

Ítem evaluado	Promedio (1–5)
Identifiqué correctamente las alertas tempranas	4.16
Participé oportunamente en la activación de la emergencia y el manejo inicial	4.26
Me sentí cómodo comunicándome con mi equipo	4.30
Comprendí mi rol y actividades durante el tratamiento	4.42
Me sentí apoyado por el equipo durante el ejercicio	4.38
Considero que esta simulación me ayudó a mejorar	4.36
Promedio general	**4.31**

El ítem mejor valorado corresponde a la comprensión del rol y las actividades durante el tratamiento (4.42), mientras que el de menor calificación —aunque

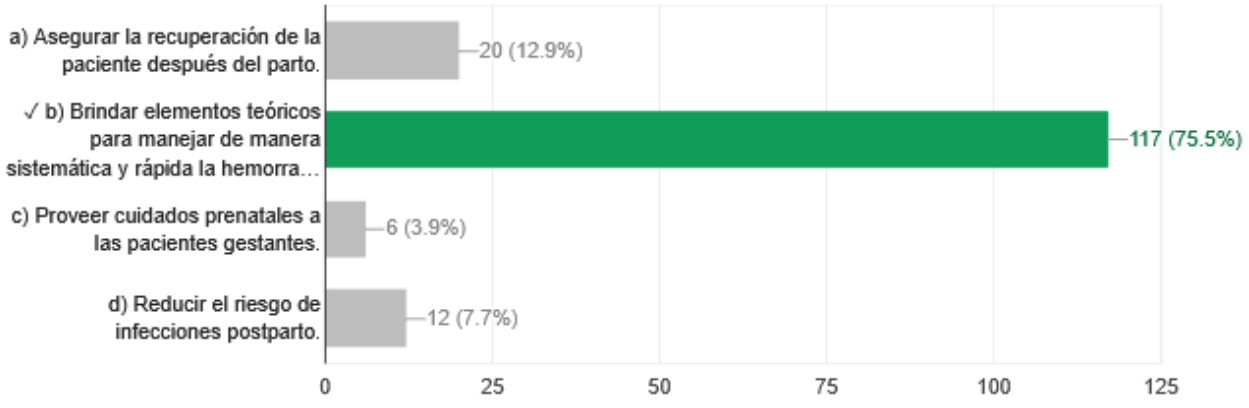
igualmente favorable— fue la identificación de alertas tempranas (4.16), lo que señala una oportunidad de refuerzo puntual.

146/146 respuestas correctas



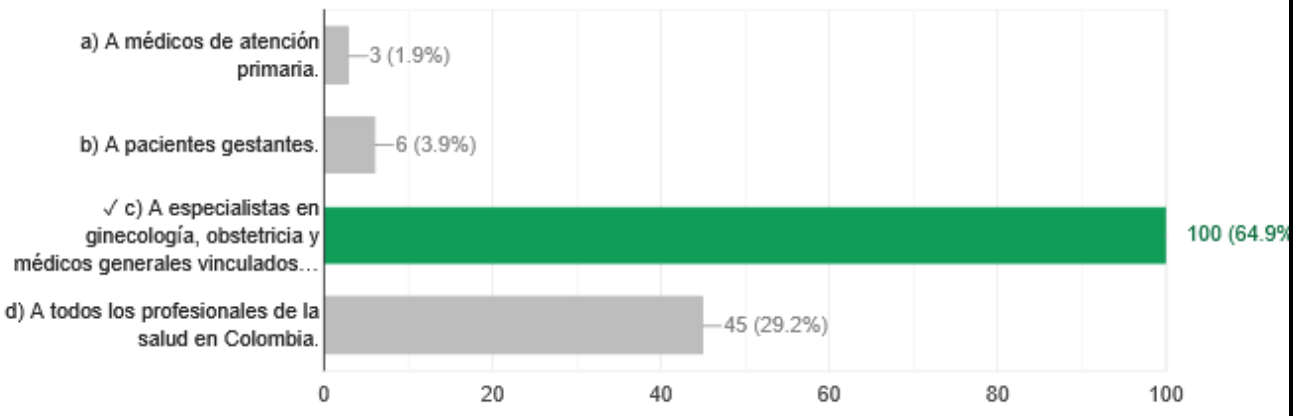
1. ¿Cuál es el objetivo principal del Protocolo de Atención Código Rojo Obstétrico?

117/155 respuestas correctas



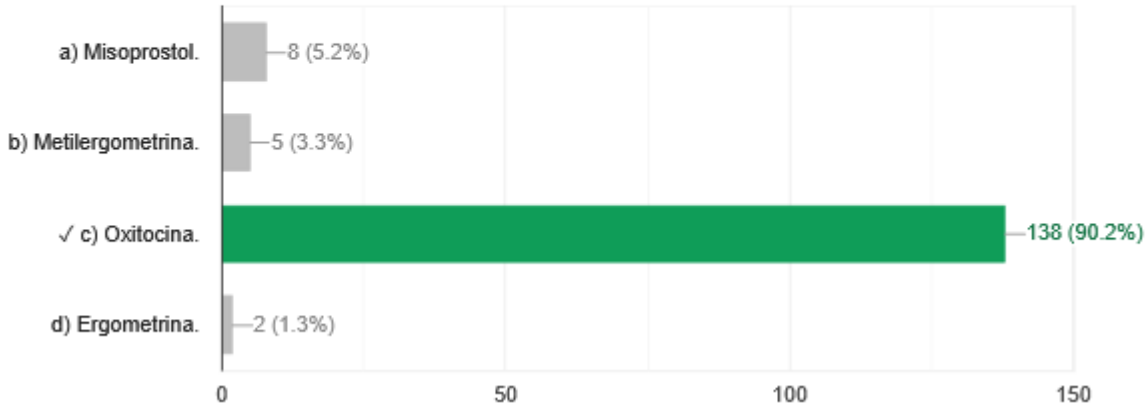
2. ¿A quién está dirigido este protocolo de atención institucional?

100/154 respuestas correctas



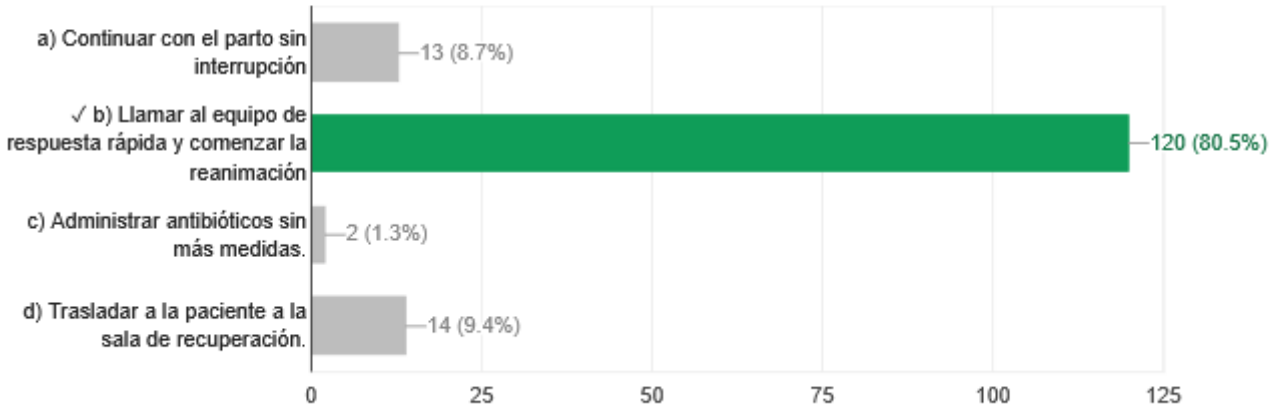
3. ¿Que medicamento es el de eleccion para el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto en la prevención de la hemorragia postparto?

138/153 respuestas correctas



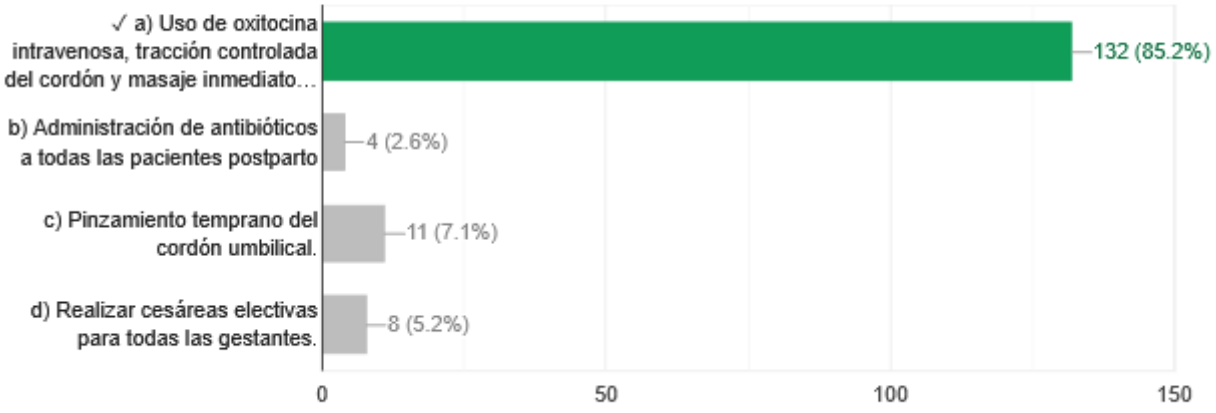
4. Según el protocolo, ¿qué debe hacer el equipo en caso de que la paciente esté experimentando un choque hipovolémico?

120/149 respuestas correctas



5. ¿Qué medida está recomendada para evitar la hemorragia postparto según el protocolo?

132/155 respuestas correctas



7. APRENDIZAJES DESTACADOS POR LOS PARTICIPANTES

De las respuestas abiertas registradas en la encuesta, se destacan los siguientes aprendizajes reportados por los asistentes:

- La importancia de la atención temprana y de identificar oportunamente los signos de alarma en la paciente gestante.
- Protocolos de manejo del código rojo y de la hemorragia postparto.
- Claridad sobre el rol y las actividades que cada integrante de la tripulación debe desempeñar durante la atención.
- Manejo del shock hipovolémico y de la paciente obstétrica inestable.
- Importancia del trabajo en equipo y de la comunicación efectiva durante la atención de la emergencia.
- Actualización de protocolos y escalas de alerta temprana para urgencias obstétricas.

8. ASPECTOS IDENTIFICADOS PARA REFORZAR

Los participantes señalaron los siguientes temas como prioritarios para futuras jornadas de refuerzo:

- ✓ Escalas de alerta temprana y su aplicación práctica en el escenario prehospitalario.
- ✓ Tipos y causas de hemorragia vaginal, y su diferenciación en pacientes primigestantes y multíparas.
- ✓ Manejo de medicamentos protocolizados (sulfato de magnesio, antihipertensivos y uterotónicos).
- ✓ Procedimientos específicos de la atención prehospitalaria (APH) y del traslado seguro de la paciente.
- ✓ Retroalimentación periódica con el equipo de trabajo y práctica adicional mediante simulacros.

COMPROMISOS DE ESTA REUNIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Reforzar el módulo de identificación de alertas tempranas y escalas en una jornada de refuerzo específica	Líder APH y referente de seguridad del paciente.	Julio 2026
Divulgar y dejar disponibles las guías actualizadas de manejo de código rojo, trastornos hipertensivos y sepsis obstétrica en las unidades móviles	Líder APH y referente de seguridad del paciente	Permanente
Programar simulacro práctico de código rojo con la participación conjunta de médicos, auxiliares de enfermería y conductores	Líder APH y referente de seguridad del paciente	Permanente
Verificar disponibilidad y manejo de medicamentos protocolizados (sulfato de magnesio, antihipertensivos, uterotónicos) en cada unidad móvil	Líder APH y referente de seguridad del paciente	Permanente

DECISIONES / CONCLUSIONES

- ✓ La socialización cumplió su objetivo de fortalecer el conocimiento de las tripulaciones APH sobre la identificación, activación y manejo inicial del código rojo y las emergencias obstétricas asociadas (trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis obstétrica).
- ✓ La percepción general de los participantes fue positiva, con un promedio de 4.31 sobre 5 en los seis ítems evaluados, evidenciando buena comprensión de los contenidos y del trabajo en equipo durante el ejercicio.
- ✓ La identificación temprana de alertas y signos de alarma se confirma como el eje de mayor oportunidad de mejora, tanto en la calificación cuantitativa como en los comentarios cualitativos de los asistentes.
- ✓ La participación de médicos, auxiliares de enfermería y conductores en una misma jornada refuerza el enfoque de tripulación como equipo integral responsable de la seguridad de la paciente durante toda la atención y el traslado.
- ✓ Se evidencia la necesidad de mantener la periodicidad de estas socializaciones y de reforzar el manejo de medicamentos protocolizados y las escalas de alerta temprana en próximas jornadas.

Cierre del compromiso:

"Las acciones acordadas buscan fortalecer la cultura de Seguridad del Paciente en el programa de Atención Pre hospitalaria, promoviendo una comunicación efectiva entre los equipos de trabajo y contribuyendo a una atención segura, oportuna y de calidad para los usuarios."

1. **FIRMAS DE LOS ASISTENTES -** Este campo deberá diligenciarse cuando el acta se realiza en físico.

2. NOMBRE	3. FIRMA	4. CORREO ELECTRÓNICO
Se adjunta lista de asistencia		