



SHOCK

(Tomado de Manual IMPAC Pág. S-1)

Incapacidad del aparato circulatorio para mantener el riego sanguíneo adecuado de los órganos vitales. **Afección potencialmente mortal que requiere tratamiento inmediato e intensivo.**

Principales signos y síntomas:

- Pulso rápido y débil (110 o más por min).
- Presión sistólica menor de 90 mm Hg.

Otros signos y síntomas:

- Palidez (especialmente interior de párpados, palmas de manos y alrededor de boca).
- Sudoración o piel fría y húmeda.
- Respiración rápida ≥ 30 por min.
- Ansiedad, confusión o inconsciencia.
- Oliguria < 30 ml por hora.

Manejo Inmediato:

- **Pida ayuda.** Movilice urgentemente al personal disponible.
- Monitorree los signos vitales: pulso, PA, respiración, temperatura.
- Coloque a la mujer sobre su lado izquierdo (evita broncoaspiración).
- Abriéguela sin acalorarla.
- Elévele las piernas.

Manejo Específico

- Inicie 2 infusiones IV con bránula 16 o mayor disponible. Tome muestra de sangre para hematócrito, pruebas cruzadas y prueba de coagulación junto a la cama. (1).
- ...Administre SSN o Ringer lactato, 1 Lt en 15-20 min.
- ...Administre al menos 2 Lt de esos líquidos en la 1ª hora. El objetivo es reponer 2-3 veces la pérdida de líquido calculada.
- No administre líquidos por boca a una mujer en Shock.**
- Si **no puede canalizarse una vena**, realice venodisección.
- Monitoree signos vitales cada 15 min y la pérdida de sangre.
- Coloque sonda Foley, vigile ingreso de líquidos y diuresis.
- Dé oxígeno a 6-8 Lt por min por máscara o catéter nasal.

Estabilizada?

No → Determine causa de sangrado

Si → **Sangrado Profuso:** Simultáneamente trate de detener el sangrado: oxitócicos, masaje uterino, compresión bimanual, compresión de aorta abdominal, preparativos para cirugía según causa.

...Transfunda lo más pronto para reponer sangre.

...Determine causa del sangrado e inicie manejo:

...**En primeras 22 semanas de embarazo**, sospeche aborto, embarazo ectópico o molar.

...**Después de 22 semanas o durante trabajo de parto pero antes del mismo**, sospeche placenta previa, DPPNI o rotura uterina.

.....**Después del parto**, sospeche rotura uterina, atonía uterina, desgarros perineales, vaginales y cervicales, retención placentaria o de fragmentos.

...Reevalúe el estado de la mujer para determinar signos de mejoría.

Infección sospechada:

- Tome muestras de sangre, orina, pus para cultivo antes de iniciar antibióticos.
- Administre combinación de antibióticos para aerobios y anaerobios y continúelos hasta que esté sin fiebre por 48 hrs;
- ...**Dosis de Carga:** Ampicilina 4 gr IV ó Penicilina Cristalina 8 millones UI IV. Agregar a cualquiera de estos antibióticos Metronidazol 1 gr IV.
- ...**Dosis Mantenimiento:** -Ampicilina 2 gr IV c/4 hrs ó Penicilina Cristalina 4 millones UI IV c/4 hrs agregar a ambos esquemas Gentamicina 80 mg IV c/8 hrs
- **Otra opción de Mantenimiento es:** Ceftriaxona 500 mg IV c/12 hrs ó 1 gr IV c/24 hrs)
- **Agregar a ambos esquemas** Metronidazol 500 mg IV c/8 hrs por 7 a 10 días. Puede sustituirse Metronidazol por Cloranfenicol 1 gr IV c/8 hrs ó Clindamicina 900 mg IV c/6 hrs.
- No dar antibióticos orales a una mujer en Shock.**
- Reevalúe el estado de la mujer para determinar signos de mejoría.

Trauma sospechado como causa del Shock, prepare para cirugía.

Reevalúe la respuesta de la mujer a líquidos en los 30 min. **Mejora si:**

- ...Pulso se estabiliza: ≤ 90 por min.
- ...Presión sistólica en aumento: ≥ 100 mm Hg.
- ...Mejoría del estado mental: menos confusión y ansiedad.
- ...Producción de orina en aumento: >30 ml por hora.

Condición Mejora

Si → Ajuste la infusión de líquidos IV a 1 Lt en 6 hrs. Continúe manejo para causa del Shock.

No → Si el estado de la mujer no mejora ni se estabiliza, requiere manejo adicional

Manejo Adicional:

- Continúe líquidos IV ajustando a 1 Lt en 6 hrs y mantenga oxígeno a 6-8 Lt por min.
- Monitoree de cerca el estado de la mujer.
- Realice pruebas de laboratorio: hematócrito, Grupo y Rh, pruebas cruzadas.

(1)-Prueba de Coagulación Junto a la Cama (para evaluar estado de coagulación):

- Coloque 2 ml de sangre venosa en un tubo de ensayo pequeño, limpio y seco.
- Sostenga el tubo con el puño cerrado para mantenerlo caliente ($\pm 37^{\circ}$ C).
- Después de 4 min, incline el tubo lentamente para ver si está formando coágulo. Vuelva a inclinarlo cada min hasta que coágulo y tubo se puedan poner boca abajo.
- Coágulo no formado en 7 min, o blando que se deshace fácilmente sugiere coagulopatía.

LA REFERENCIA DE PACIENTES

(Tomado de Normas y Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas, MINSA, Dic. 2006. Pág 337-339)

A. Plan de Referencia: Toda unidad de salud debe contar con plan de referencia estructurado que incluya:

- Disponibilidad de transporte propio y combustible para traslado las 24 hrs del día ó solicitarlo a Policía, Cruz Roja, Ejército, consejos comunitarios u otros.
- Personal que ayudará a transportar a la paciente.
- Disponibilidad de medios de comunicación las 24 hrs (radio, teléfono o telégrafo).
- Insumos / equipos que utilizará en la referencia (maletín de referencia, incluyendo las Normas y protocolos).

B. Coordinación Previa:

- Comunicar a paciente y familiares la necesidad de referencia, estado de salud y riesgos que representa, motivos de referencia, obtener consentimiento informado, familiar adulto que acompañará, idealmente en condiciones de apoyar y donar sangre si es necesario.
- Comunicar previamente el traslado al establecimiento de referencia.
- El traslado debe contar con hoja de referencia establecida llena en todos sus acápite.
- Llevar carné de atención perinatal.

C. Condiciones del Traslado:

- Canalizada con bránula 16 o de mayor calibre. En hemorragia asegurar 2 vías.
- Reposición de líquidos en dependencia del sangrado, manteniendo equilibrio hemodinámico utilizando SSN o lactato Ringer.
- Oxígeno 4 a 6 lts por min por catéter nasal, si se requiere.
- Personal de salud, preferiblemente médico/a irá al lado de paciente, monitoreando signos vitales, evitando que se infiltre la vía y atendiendo cualquier necesidad o complicación.
- En placenta previa trasladar en Trendelenburg.
- En convulsiones, evitar que paciente sufra traumas (almohadas para proteger cabeza, tubo de Mayo o bajalenguas forrado con tela para evitar que se muerda lengua o atragante).

D. Maletín de Referencia: Contar con: Tensiometro, estetoscopio y termómetro; guantes estériles; fetoscopio, martillo de reflejos, tubo de Mayo o bajalenguas envuelto en tela; equipo de atención de parto; reloj y linterna con baterías; expansores plasmáticos: SSN o Ringer; mascarilla para oxígeno en trayecto; algodón, laringoscopio y tubos endotraqueales; bránulas 16 o de mayor calibre, equipo de venoclisis, visión borrosa, escotomas, acúfenos (tinnitus), oliguria (< 30 ml de orina por hora), epigastralgia (signo de Chaussier) e hiperreflexia), no siempre se presentan; por lo que **NO se recomienda el manejo expectante.**

E. La Ambulancia del Establecimiento debe contar con:

Camilla para paciente, tanque de oxígeno, manómetro y aditamentos, portasueros y asiento para personal acompañante.

Manejo de la Preeclampsia Grave y la Eclampsia

(Tomado de Normas y Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas, MINSA, Dic. 2006. Pág 169-190)

Se presentan después de 20 semanas de gestación, en parto o puerperio. Manejar ambas de forma similar. **En Eclampsia:** nacimiento debe producirse dentro de las 12 horas que siguen a la aparición de las convulsiones. **En Preeclampsia Grave:** nacimiento debe producirse dentro de las 24 horas que siguen a la aparición de los síntomas. Retraso del nacimiento para aumentar la madurez fetal significa un riesgo para la vida de la mujer y del feto. **TODOS los casos de Preeclampsia Grave deben recibir manejo activo.** Los signos y síntomas de "inminencia de eclampsia" (Cefalea fronto-occipital que no cede con analgésicos, visión borrosa, escotomas, acúfenos (tinnitus), oliguria (< 30 ml de orina por hora), epigastralgia (signo de Chaussier) e hiperreflexia), no siempre se presentan; por lo que **NO se recomienda el manejo expectante.**

Manejo General

1-Si **PA diastólica ≥ 110 mm Hg**, administrar hidralazina, mantenerla entre 90-99 mm Hg.
2-**Infusión IV** (SSN o lactato Ringer goteo apropiado para estabilización hemodinámica): Use bránula 16 o más gruesa disponible.
3-**Colocar sonda vesical** para monitorear diuresis y proteinuria.
4- **Nunca deje sola a la mujer.**
5-Vigile signos vitales, reflejos y frecuencia cardiaca fetal cada hora.
6-Auscultar bases pulmonares buscando estertores que indiquen edema pulmonar. **Si hay estertores**, restrinja líquidos y administre 40 mg IV de Furosemida una sola dosis (indicado en edema agudo de pulmón e insuficiencia cardíaca).

Exámenes: BHC + plaquetas, EGO, proteinuria con cinta reactiva, TP, TPT, glicemia, creatinina y ácido úrico. Utilice prueba de coagulación Junto a la Cama (1)

Convulsiones o Coma, presión diastólica de 90 mm Hg o más después de 20 Semanas de Gestación, proteinuria 2+ o más. (2)

PA Diastólica ≥ 110 mm Hg en 2 ocasiones con intervalo de 4 hrs ó PA Media ≥ 126 mm Hg (PA Media se calcula 2 PD + PS/3) Proteinuria en cinta reactiva 3+ o más en 2 tomas consecutivas e intervalo de 4 hrs.

Clasifique como Eclampsia (Manejo en UCI)

Clasifique como Pre-Eclampsia Grave (Manejo en ARO o UCI)

Esquema Intravenoso Zuspan de Sulfato de Magnesio - Dosis de Carga:
Sulfato de Magnesio al 10%, 4 g (4 amp) IV en 200 ml SSN, Ringer o DW5% a pasar en 5 a 15 mins.

Convulsión repite después de 15 minutos

Si → Administrar 2 g de Sulfato de Magnesio al 10% (2 amp) en 100 ml de SSN, Ringer o DW5% IV en aprox. 5 minutos.

No →

- **Dosis de Mantenimiento:** En infusión IV 1 g por hora hasta 24 horas después de la última convulsión o después del parto, lo que suceda último, así, para cada 8 hrs.: Sulfato de Magnesio al 10%, 8 g (8 amp) en 420 ml de SSN ó Ringer ó DW5% a 60 microgotas por min o 20 gotas por min.

- Continuar el Sulfato de Magnesio al 10% en infusión IV durante 24 horas después del parto o la última convulsión, cualquiera sea el hecho que se produzca último.

- **Vigile los Signos de Toxicidad del Sulfato de Magnesio:** Frecuencia respiratoria < 13 por min., ausencia de reflejo patelar, oliguria < 30 ml por hora en las 4 horas previas. (3) **El antidoto para la intoxicación por sulfato de magnesio es el Gluconato de Calcio.**

Presión Diastólica ≥ 110 mm Hg.

No → Vigilar la presión arterial cada hora.

Si →

La meta es mantener la PA Diastólica entre 90 y 99 mm Hg. Hidralazina 5 mg IV en bolo lento cada 15 mins, máximo 4 dosis previa valoración de PA. Si no hay Hidralazina o respuesta inadecuada a la misma usar Labetalol 10 mg IV. Si respuesta es inadecuada se puede duplicar dosis cada 10 mins a 20 mg IV, 40 mg y hasta 80 mg. En casos extremos utilice Nifedipina 10 mg PO cada 4 horas (nunca sublingual).

(1) **Prueba de Coagulación junto a la cama:** Coloque 2 ml de sangre venosa en un tubo de ensayo pequeño, limpio y seco.

- Sostenga el tubo con el puño cerrado para mantenerlo caliente ($\pm 37^{\circ}$ C).
- Después de 4 mins, incline el tubo lentamente para ver si se está formando un coágulo. Vuelva a inclinarlo cada minuto hasta que el coágulo y el tubo se puedan poner boca abajo.
- La falta de formación de un coágulo después de 7 minutos o un coágulo blando que se deshace fácilmente sugiere coagulopatía.

(2) **Eclampsia: A veces presentes:** Coma (inconsciencia), otros síntomas y signos de Preeclampsia Grave.

(3) **Gluconato de Calcio:** En caso de paro respiratorio: Ayude a la ventilación (máscara, Ambú, equipo de anestesia, intubación). Administre Gluconato de Calcio 1 g (10 mL de solución al 10%) diluirlo en 10 ml de SSN, pasar IV en 3 mins cada hora, sin pasar de 16 gramos al día.