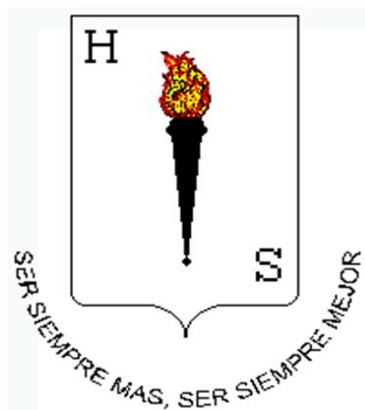


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE
LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS:

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL TRIAGE
OBSTÉTRICO**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

ELVA YARITZA ZAMUDIO GÓMEZ

ASESORA DE TESIS:

LIC.EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

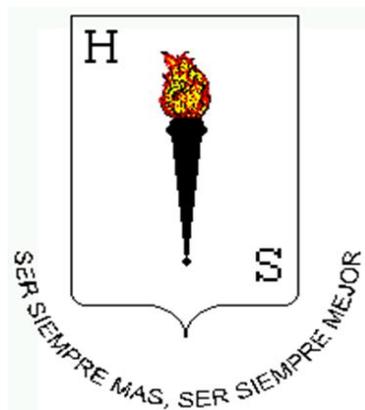
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE
LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS:

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL TRIAGE
OBSTÉTRICO**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

ELVA YARITZA ZAMUDIO GÓMEZ

ASESORA DE TESIS:

LIC.EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN

DEDICATORIAS:

A mis Padres, Elva y Fernando quienes me dieron la vida, me apoyaron para culminar mi carrera y estuvieron conmigo siempre. ¡Los amo!

A mis Hermanas Fernanda y Pamela, mis dos grandes motores para seguir adelante y ser un ejemplo para ellas.

A mis Abuelitos:

Que después de mis Padres han sido las personas que me han apoyado y se preocupan por mí.

A mi Tía Alma que más que una tía es mi amiga y me ha ayudado en todo momento.

A mi profesor Pablo Ramírez Izquierdo con quien tuve la oportunidad de cuidarlo y acompañarlo hasta el último momento. Maestro: Sigo realizando la última tarea que me dejó: "SER FELIZ"

AGRADECIMIENTOS.

Quiero agradecer a Dios por todo lo que me ha dado, por tener una familia, salud y por ser su instrumento y permitirme cumplir este sueño de terminar mi carrera.

Agradezco a mis Padres por forjarme a ser la persona que soy, responsable y luchadora; muchos de mis logros se los debo a ustedes incluyendo la culminación de mi carrera. Me forjaron con reglas y algunas libertades pero sobre todo me motivaron constantemente a alcanzar mis metas.

Agradezco a mis maestros que durante estos cuatro años me han formado y con sus enseñanzas me han demostrado que puedo lograr lo que me proponga.

A mi asesora de Tesis: Gabriela Díaz, gracias por su dedicación y su paciencia para ayudarme con esta investigación.

¡A todos ustedes Gracias!

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO.....	1
1.1 Historia del Triage.....	1
1.1.1 Historia del Triage en México	3
1.1.2 Historia de la Obstetricia.....	4
1.1.3 Emergencias Obstétricas en México.	6
1.2 Definición de Obstetricia.....	7
1.2.1 Objetivo de la Obstetricia.....	8
1.3 Definición de Embarazo.....	8
1.3.1 Embarazo de Alto Riesgo.....	9
1.4 Complicaciones en el Embarazo.....	9
1.4.1 Ruptura Prematura de Membranas.....	10
1.4.2 Parto Prematuro.....	10
1.4.3 Placenta Previa.....	11
1.4.4 Embarazo Prolongado.....	12
1.4.5 Infecciones Durante el Embarazo.....	13
1.5 Mortalidad Materna.....	15
1.5.1 Datos y Cifras de la Mortalidad Materna.....	16
1.5.2 Principales Causas de Muerte Materno-Fetal.....	17
1.6 Definición de Triage.....	18
1.6.1 Tipos de Triage.....	19
1.6.2 Urgencia.....	20
1.6.3 Emergencia.....	20

1.7 Niveles de Prioridad de Atención.....	21
1.8 Proceso de Aceptación de Pacientes para la Atención en Urgencias.....	21
1.8.1 Denominación del Proceso de aceptación de pacientes para la atención en Urgencias.....	21
1.8.2 Flujograma del triage- evaluación rápida.....	26
1.8.3 Criterios de Clasificación de acuerdo a signos y síntomas de los Genitales y del Sistema Reproductor Femenino	27
CAPÍTULO 2: TRIAGE OBSTÉTRICO.....	28
2.1 Triage Obstétrico	28
2.1.1 Tiempos de espera según la clasificación del sistema Triage para Ginecología y Obstetricia.....	31
2.1.2 Equipación necesaria en el Servicio de Urgencias	33
2.1.3 Suministros generales de Ginecología y Obstetricia	34
2.1.4 Equipamiento Necesario.....	36
2.2. Riesgo Obstétrico.	38
2.2.1 Clasificación del Riesgo Obstétrico.	38
2.3 Emergencia Obstétrica.	39
2.4 Funciones de La Licenciada en Enfermería y Obstetricia en el Triage Obstétrico.	41
2.5 Código mater	43
2.5.1 Signos de Alarma	44
2.5.2 Funciones de la Enfermera en el manejo del código mater:.....	44
2.5.3 Funciones Específicas:.....	45
2.5.4 Tipos de Demora en el manejo del Código Mater.....	46
2.6 Obstetricia Crítica	47
2.7 Cuidados intensivos Obstétricos.....	48
2.7.1 Factores de riesgo para ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos..	48
2.7.2 Criterios de selección.	49
2.7.3 Modelos de atención.....	50
2.8 Decálogo de Ética en Enfermería.	53
CAPÍTULO 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	55
3.1 Planteamiento del problema.	55

3.2 Justificación.....	56
3.3 Objetivo General.....	57
3.3.1 Objetivo Específico.....	57
3.4 Hipótesis.....	57
3.5 Estrategia Metodológica.....	58
3.6 Tipo de Investigación.....	58
3.7 Tipo de Método.....	59
3.8 Variables.....	60
CAPÍTULO 4. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS.....	62
CONCLUSIONES	
GLOSARIO	
FUENTES DE CONSULTA	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El Triage Obstétrico es un protocolo de atención de primer contacto en emergencias obstétricas, el cual tiene como propósito clasificar la situación de gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria para preservar la vida de la madre y el feto o bien la viabilidad de un órgano dentro del lapso terapéutico establecido.

En la actualidad la mortalidad materna ha ido aumentando y para prevenir y atacar a esta mortalidad se ha implementado un manejo adecuado para las pacientes obstétricas en cada centro de salud y llevar a buen término el embarazo, para esto se requiere conocer y realizar una correcta intervención ante una emergencia obstétrica.

Es de suma importancia saber distinguir las necesidades en la paciente obstétrica ya que el objetivo es llevar a buen término su embarazo y procurar un bienestar tanto de la madre como del feto.

La mortalidad materna se ha presentado como un problema de salud pública muy importante y esto se debe a una atención obstétrica deficiente, por tal motivo es de vital importancia poder atender a las pacientes en el servicio de urgencias cuya necesidad represente un peligro importante para la vida de la madre y el feto.

En esta investigación se dará a conocer las intervenciones de enfermería en el manejo del triage obstétrico. Es importante que las enfermeras encargadas de manejar el triage obstétrico en su hospital conozcan sus funciones y conocer lo que debe hacer en el tiempo adecuado para una mejor atención en la paciente obstétrica.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se describe los antecedentes históricos del Triage así como el Triage Obstétrico y además se inicia con el marco teórico del tema Intervenciones de Enfermería en triage obstétrico

1.1 Historia del Triage.

A nivel universal la Medicina de Urgencia hizo su aparición desde que nació el ser humano pues siempre ha habido lesiones o enfermedades que requieran atención especial y tratamiento inmediato en especial aquella que amenace la vida o la integridad del individuo poniendo en riesgo algún órgano o miembro.

Ante esta realidad el hombre tuvo que desarrollar sus conocimientos médicos a lo largo de su existencia en la tierra.

Este conocimiento medico se ha dividido en diferentes especialidades, donde cada especialista sabe reaccionar ante las urgencias y emergencias de su especialidad.

Sin embargo, el especialista en Urgencias debe ser quien diagnostique y clasifique las Emergencias, Urgencias y Urgencias menores.

A nivel hospitalario los Servicios de Urgencias, fueron conocidos por muchos años como “la tierra de nadie”, eran atendidos, por las personas menos experimentadas y capacitadas, como residentes de menor jerarquía, médicos internos e incluso estudiantes de medicina.

Las guerras tuvieron importantes avances en las ciencias médicas. Durante la Segunda Guerra Mundial, pero en especial durante y después de los conflictos de Corea y Vietnam se obtuvieron avances muy importantes en la atención médica de lesionados.

Esto llevó a pensar que sería benéfico aplicar los conocimientos adquiridos durante los conflictos bélicos para la atención pre-hospitalaria y hospitalaria a nivel civil en época de paz.

Y fue hasta entonces que se reconoció que se debía contar tanto con personal médico y paramédico especializado en la atención de las urgencias, en especial del trauma, además de equipo electro médico y vehículos que cubrieran ciertos estándares mínimos, por ejemplo, el equipo y el diseño de las ambulancias tanto aéreas como terrestres.

El primer registro de un sistema de transporte para los pacientes de emergencia aparece a finales del siglo XVIII. Dominique Jean Larrey, el médico de mayor confianza de Napoleón Bonaparte, creó lo que se conoció entonces como la "ambulancia volante" para transportar heridos durante las guerras napoleónicas, en 1792.

El diseño de Larrey de un carruaje tirado por caballos que transportaba soldados fue revolucionario para su época, ya que en ese entonces se contaba con un sistema muy utilizado de transporte para los heridos. La invención dio las bases para las ambulancias modernas.

La I Guerra Mundial aplicó criterios de uso de ambulancias motorizadas para desplazar a los heridos más graves. El orden en el que deberían transportarse a las víctimas vino marcado por una clasificación previa.

El tiempo quirúrgico ha sido históricamente el patrón oro de la clasificación. Las limitaciones en los medios obligaron a emplear el quirófano en aquellas víctimas con más posibilidades de sobrevivir.

La combinación de la clasificación con la aproximación de las capacidades quirúrgicas al campo de batalla mediante el despliegue de equipos quirúrgicos avanzados, confirmó la necesidad de aplicar esta técnica de una forma definitiva.

De esta manera nace el Triage a nivel mundial y es un avance importante tanto para Medicina como para toda el área de la salud ya que así se puede conocer las emergencias y urgencias y tratarlas de acuerdo a como se requiere a la persona que lo necesita.

1.1.1 Historia del Triage en México

En todo Latinoamérica, incluido México a pesar de que siempre se han sufrido desastres no se contaba con una preparación formal para manejar el área de Urgencias ni un lugar donde prepararse. Aquel que deseaba conocer sobre este tema tenía que estudiar fuera si contaba con los recursos necesarios.

Sin embargo, en el año de 1985 surgió uno de los sismos más grandes e importantes en la historia de México. El área médica no estuvo a salvo y se perdió infraestructura hospitalaria y a su vez recursos humanos.

Este suceso puso en evidencia que México no estaba preparado para enfrentar un desastre de esta magnitud ya que no se contaba con personal capacitado para brindar atención de urgencias. Tampoco se contaba con la organización ni elementos necesarios para llevar a cabo la atención adecuada.

Todo esto demostró a las autoridades que se necesitaba un cambio, así que se tomó la decisión política de fomentar la formación de recursos humanos, es decir, personal calificado para la atención de urgencias.

De esta manera se inició formalmente la Historia de la Medicina de Urgencias en México. Siendo el fundador el Dr. Ignacio Morales Camporredondo especialista en Medicina Crítica del Hospital Mocel y después se quedaron a cargo el Dr. Mauricio Garduño y la Dra. Ma. Eugenia Ponce de León.

Así mismo nace el Triage en la sala de Urgencias en México ya que de esto se basó para poder formar la clasificación en Urgencias, de acuerdo a la patología del paciente y sus necesidades.

1.1.2 Historia de la Obstetricia.

La Historia de la Obstetricia está ligada a la Historia de la Humanidad. El parto se ha considerado un gran peligro, tanto para la mujer, como para el feto; siendo una causa histórica de mortalidad.

La Obstetricia tiene Tres grandes retos:

I. Tratar de disminuir la mortalidad materna.

Este reto se da gracias a que existe una gran mortalidad materna, neonatal y prenatal.

La mortalidad redujo en los años '50s, con la aparición del parto hospitalario; combinando las técnicas de anestesia, asepsia, antisepsia y transfusiones sanguíneas.

II. Tratar de disminuir la mortalidad perinatal.

Se caracteriza por la reducción de la mortalidad perinatal.

Esto se consigue, en los años '70s, con la introducción de dos grandes técnicas:

- La Monitorización Fetal
- La Ecografía

III. Obtener fetos sin secuelas.

El objetivo no es sólo la supervivencia del niño, sino también su perfección genética y fenotípica. Esto aún no se ha logrado. El feto sigue siendo un mundo desconocido, del cual es necesario conocer la patología fetal y su terapéutica.

Los primeros documentos escritos que llegaron son los papiros egipcios, que tiene una antigüedad cercana a los cuatro mil años. En el papiro de Ebers se consigna que la atención de los partos estaba a cargo de mujeres expertas.

Entre los hebreos, según relata la Tora. En la antigua Grecia las mujeres ejercían la obstetricia y ocultamente la ginecología, que tenía ya verdadera personalidad médica.

Fue Hipócrates de Kos (460 – 370 a.c), conocido como El Padre de la Medicina quien funda la Obstetricia propiamente tal.

El primer comadrón o partero fue Pablo de Egina (652-690), que ejerció en Egipto y Asia Menor y llegó a ser considerado como un oráculo en cuestiones de la reproducción humana.

1.1.3 Emergencias Obstétricas en México.

En 1940 se registraron 4,692 muertes maternas contra 1,207 en el 2009. A través de los años la mejora ha sido notable, pero sigue siendo inadmisibles que muchas mujeres sanas mueran por esta causa.

Se ha comprobado que con medidas sencillas como la planificación familiar, el control prenatal de calidad, el parto institucional y la atención oportuna, especialmente en las pacientes en edad reproductiva con factores de riesgo, se consigue un alto impacto.

Para llegar ahí se requieren también espacios habilitados y personal calificado, aún en zonas de difícil acceso.

La historia del Triage Obstétrico nace de la observación de muchas muertes materno- fetales anteriormente y aunque ya se ha implementado este procedimiento aún no se cumplen con los requisitos necesarios en un hospital para llevar a cabo una atención adecuada.

Las muertes en el embarazo siguen siendo un problema mundial y se requiere personal capacitado para implementar un Triage Obstétrico adecuado a cada paciente y así disminuir el número de muertes.

A continuación se da a conocer el marco teórico donde se desdoblán varios aspectos del Triage Obstétrico como son:

Definición de Obstetricia, objetivo de la obstetricia, definición de Embarazo, Embarazo de Alto Riesgo, Complicaciones en el Embarazo, Mortalidad Materna, Principales causas de muerte materno- fetal.

Definición de Triage, Tipos de Triage, Definición de Urgencia, Definición de emergencia, Niveles de Prioridad de Atención, proceso de aceptación de pacientes para la atención en urgencias, denominación del proceso de aceptación de pacientes para la atención de urgencias, flujograma del triage- evaluación rápida, criterios de clasificación de acuerdo a signos y síntomas de los genitales y del aparato reproductor femenino.

Triage Obstétrico, tiempos de espera según la clasificación del sistema Triage para ginecología y obstetricia, equipación necesaria en el servicio de urgencias, suministros generales de ginecología y obstetricia, equipamiento necesario, riesgo obstétrico, clasificación del riesgo obstétrico, Emergencia Obstétrica, Funciones de La Licenciada en Enfermería y Obstetricia en el Triage Obstétrico, Código Mater, Signos de Alarma, funciones de la enfermera en el manejo del código mater, obstetricia critica, cuidados intensivos obstétricos.

1.2 Definición de Obstetricia.

De acuerdo con los apuntes de la materia de Ginecología y Obstetricia I impartida por el Dr. Alfonso Zamudio Pedraza en el mes de Agosto del año 2016:

Obstetricia proviene del latín Obstetrix- Obstare que significa Mujer que atendía partos.

Es la ciencia, rama de la medicina que se encarga del estudio de la mujer embarazada durante el embarazo, parto y puerperio.

1.2.1 Objetivo de la Obstetricia.

El objetivo principal es Procurar el Bienestar Materno-Fetal hasta el final del embarazo.

Un importante objetivo de la obstetricia es conocer, controlar y mejorar en todo momento la salud materno-fetal.

1.3 Definición de Embarazo.

El Embarazo es un estado Fisiológico y pasajero que se inicia con la unión del óvulo con el espermatozoide lo que se conoce como fecundación y termina con el nacimiento de un nuevo ser.

La especie humana está programada genéticamente para tener solo un producto por embarazo y más de un producto se considera anormal.

Aunque el embarazo es un estado fisiológico, es una entidad capaz de desarrollar patología severa o agrandar enfermedades ya existentes que puede llevar hasta la muerte.

El embarazo consta de 40 Semanas de Gestación lo que equivale a 280 días aproximadamente, nueve meses, tres trimestres y dos mitades.

Si el producto nace entre:

0-20 Semanas de Gestación y tiene un peso alrededor de 0-500 gramos se le denomina Aborto.

De 20- 28 Semanas de Gestación y tiene un peso de 500- 1500 gramos se le denomina Inmaduro.

De 28-37 Semanas de Gestación con un peso de 1500-2500 se le denomina Parto Pre-Termino.

De 37-42 Semanas de Gestación con un peso de 2500 o más se le denomina Parto a Término.

Más de 42 Semanas de Gestación y con un peso desconocido se le denomina Post-Termino.

1.3.1 Embarazo de Alto Riesgo.

Es aquel en que en que la madre, el feto y/o el neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar, de morir o de padecer secuelas antes o después del parto.

El hecho de que en la definición de embarazo se mencione como un estado fisiológico no significa que no se pueda complicar en cualquier etapa y que puede poner en peligro la vida de la madre o el feto.

El embarazo es capaz de producir muchas patologías que van desde las ligeras hasta graves que pueden llevar hasta la muerte.

Se entiende por riesgo en el embarazo la posibilidad de desarrollar o presentar complicaciones maternas o fetales que ponen en peligro la salud de la madre e hijo.

1.4 Complicaciones en el Embarazo

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) las complicaciones más comunes en el embarazo son: Ruptura Prematura de

Membranas, Parto Prematuro, Placenta Previa, Embarazo Prolongado e Infecciones durante el Embarazo, a continuación se da la definición de cada uno de estos conceptos.

1.4.1 Ruptura Prematura de Membranas.

La ruptura prematura de membranas (RPM) es la rotura del saco amniótico antes de que comience el trabajo de parto.

El saco amniótico contiene líquido amniótico y al feto en desarrollo. Al tener Ruptura prematura de membranas el líquido amniótico dentro del saco pierde o sale en grandes cantidades por la vagina, a esto se le conoce comúnmente como “romper fuente”, si se rompe fuente más pronto es más grave para la madre y el feto.

Etiología:

Infecciones del aparato reproductor materno (vaginitis bacteriana, por tricomonas, gonorrea, chlamydia y corioamnioitis oculta, Tabaquismo, abuso de sustancias, estado nutricional y relaciones sexuales); complicaciones obstétricas (embarazo múltiple, hemorragias durante el embarazo y trauma durante el embarazo) y cambios ambientales.

1.4.2 Parto Prematuro.

En el año de 1972 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el Parto Pre-Termino como aquel que se produce antes de la Semana 37 De Gestación o antes de los 259 días a partir del primer día de la última regla.

Se divide en las siguientes categorías:

- Prematuro: nacimiento que se produce entre las 23 y las 37 semanas de gestación.

- Prematuro tardío: nacimiento que se produce entre las semanas 34 y 36 de gestación.

- Prematuro moderado: nacimiento que se produce entre las semanas 32 y 34 de gestación.

- Prematuro extremo: nacimiento que se produce antes de las 32 semanas de gestación.

- Prematuro muy extremo: nacimiento que se produce antes de las 28 semanas de gestación.

Etiología.

La etiología del parto prematuro, no está del todo clara. Se cree que se trata de un complejo de trastorno multifactorial en el que intervienen factores fisiopatológicos, genéticos y ambientales.

Es el resultado de diversas causas, como infección/inflamación, distensión uterina y trastornos vasculares.

1.4.3 Placenta Previa.

La placenta previa es una condición donde la placenta se encuentra baja en el útero y cubre totalmente o parcialmente el cuello uterino. La placenta puede separarse de la pared del útero como el cuello uterino comienza a dilatarse durante el parto.

Etiología.

La etiología de la placenta previa es desconocida, pero se han dado Hipótesis que describen:

1. Uterinas.

Constituidas por todas aquellas que alteran al Endometrio, o bien al Miometrio perturbando la placentación normal. Tales como: Antecedentes de cesárea, legrado uterino, multiparidad, edad sobre 35 años, intervalo intergenésico corto, miomas uterinos, endometritis.

2. Placentarias.

Todas aquellas que favorezcan el aumento del tamaño de la placenta o bien su superficie de implantación. Una reducción en el oxígeno útero placentario promueve un aumento en la superficie placentaria asociado con el desarrollo del segmento uterino inferior. Embarazo gemelar, eritroblastosis, Tabaquismo, Alcoholismo y Drogadicción.

1.4.4 Embarazo Prolongado.

El Embarazo Prolongado se define como aquel que sobrepasa las 42 Semanas de Gestación.

Etiología.

Su etiología es desconocida pero existen factores predisponentes como son:

- 1.- Administración de medicamentos Tocolíticos, que es aquella sustancia o factor que inhibe o detiene el trabajo de parto.
- 2.-Presentar amenaza de aborto durante la primera mitad del embarazo.
- 3.-Sedentarismo o inactividad de la paciente.
- 4.-Mujeres con más de 35 años de edad.
- 5.-Multiparidad.

6.-Obesidad

7.-Diabetes Gestacional.

A su vez existen tres factores que detienen el trabajo de parto los cuales son Factor Hormonal, Factor mecánico y Factor Fetal:

Factor hormonal, la disminución de la producción de estrógenos y progesterona, que alteran la detención del parto.

Factor mecánico, como la disminución del volumen uterino, que impide o retrasa el inicio del trabajo de parto.

Factor fetal, dado que fetos anencefálicos tienden a prolongar su gestación, lo que se explica por los bajos niveles de cortisol, secundario a la insuficiencia suprarrenal provocada por la ausencia de hipófisis.

El diagnóstico para el embarazo prolongado se da en base a la historia clínica completa y se comprueba por un ultrasonido obstétrico donde se encuentra: Disminución del líquido amniótico, Líquido amniótico espeso, denso y con grumos, disminución de movimientos fetales, envejecimiento placentario, calcificación de la placenta y disminución del volumen de la placenta.

1.4.5 Infecciones Durante el Embarazo

La infección se refiere a la invasión y multiplicación de microorganismos en un órgano de un cuerpo vivo. Estos microorganismos pueden ser virus (por ejemplo, la gripe), bacterias (estreptococos o estafilococos en las infecciones cutáneas, Escherichia Coli en las infecciones urinarias), parásitos (protozoos que causan la toxoplasmosis,) hongos o micosis (por ejemplo Cándidas).

El organismo establece los mecanismos de defensa para luchar contra los microorganismos indeseables. Uno de los principales síntomas de la infección es la presencia de fiebre.

Son las complicaciones más frecuentes en el embarazo, muchas de estas son las infecciones de vías urinarias favorecidas por los cambios fisiológicos.

La evolución de una Infección de Vías urinarias inicia con Uretritis, Cistitis, Pielonefritis, Glomerulonefritis, Septicemia, Choque séptico, Falla orgánica múltiple y muerte.

1.4.5.1 Factores Predisponentes a Infecciones de Vías Urinarias:

1. Estasis Urinaria.
2. Menor consumo de líquidos.
3. Dilatación de Uréteres.
4. Dilatación de Pelvis renal y cálices renales.
5. Vejiga Hipotónica.
6. Cambios en el pH.
7. Orina Alcalina.
8. Aumento de excreción de Nutrientes.
9. Aumento de excreción de Glucosa en Orina.
10. Aumento de flujo vaginal.
11. Cercanía de la Uretra con el ano.
12. Uretra corta.
13. Malos hábitos higiénicos.

En la mujer embarazada las Infecciones de Vías Urinarias puede traer complicaciones ocasionando: Amenaza de aborto, amenaza de parto pre-termino, Restricción del crecimiento intrauterino, Niños de bajo peso al nacer, Bajo

coeficiente intelectual, anemia materno-fetal, predisposición a infecciones en el puerperio.

Los datos de Infección de Vías Urinarias en la mujer embarazada son: Polaquiuria (Orina muchas veces en poca cantidad), Tenesmo vesical, Nicturias, Orina concentrada con color amarillo obscuro, dolor supra púbico, astenia, adinamia, anorexia.

1.5 Mortalidad Materna.

Es toda mujer que muere estando embarazada o dentro de los 42 días siguientes al término del embarazo por cualquier causa relacionada o agravada por la gestación o su manejo.

De acuerdo con informes del Gobierno federal de los Estados Unidos Mexicanos la mortalidad materna es un indicador claro de injusticia social, inequidad de género y pobreza.

El que un embarazo o parto desemboque en la muerte de la mujer refleja problemas estructurales tanto de acceso como de atención en la salud.

Al ver el gran impacto que tiene las muertes maternas en México el gobierno estatal y federal ha desarrollado programas prioritarios de asistencia de salud que tienen que ver con el acceso a los servicios de salud y accesibilidad que consisten en:

Acceso a los servicios de salud:

Universalización de la atención de la Emergencia Obstétrica, toda paciente que presente una emergencia y está embarazada se debe atender en cualquier hospital, cero Rechazo, toda paciente que asista a una atención de salud tiene que ser valorada, accesibilidad- oportunidad, tiempo de Espera en Urgencias

1.5.1 Datos y Cifras de la Mortalidad Materna.

De acuerdo con las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud en el 2015:

Cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto.

Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo.

La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres.

En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo.

La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos.

La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015.

La meta de la Agenda de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.

La Prevención de los fallecimientos por estas causas depende principalmente, de la cobertura y la calidad de los servicios de salud, de la detección y tratamiento adecuado, de las complicaciones, así como de la referencia oportuna de las mujeres al hospital que cuente con los recursos para atender la emergencia obstétrica.

Sin embargo existen otros factores sociales que también inciden en la reducción de la mortalidad materna y tienen que ver con el nivel educativo de la madre, el apoyo de la familia, el grupo social y la prevención del embarazo en condiciones de riesgo.

1.5.2 Principales Causas de Muerte Materno-Fetal.

Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), las infecciones (generalmente tras el parto); La hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), Complicaciones en el parto, Los abortos peligrosos.

Las demás están asociadas a enfermedades como el paludismo o la infección por VIH en el embarazo o causadas por las mismas.

1.5.2.1 Hemorragia Obstétrica.

Es la pérdida sanguínea que puede presentarse en el período grávido puerperal, superior a 500 ml post parto, 1000 ml post cesárea proveniente de genitales internos o externos hacia el interior de la cavidad peritoneal o hacia el exterior a través de genitales externos.

Se considera la Primer causa de muerte materna a nivel global y ocupa el tercer lugar en México.

1.5.2.2 Preeclampsia.

La preeclampsia es la manifestación hipertensiva más frecuente en la segunda mitad del embarazo y el puerperio. Se ha caracterizado como

una hipertensión arterial propia del embarazo y secundaria al trofoblasto circulante.

La enfermedad es propia y exclusiva de la especie humana y siempre ha sido caracterizada por la escuela Norteamericana como una entidad que se diagnostica siempre que se encuentre la combinación de hipertensión arterial y proteinuria.

Es una hipertensión arterial aguda y secundaria, que aparece después de la semana 20 del embarazo y desaparece en las primeras 12 semanas del posparto.

1.5.2.3 Eclampsia.

La eclampsia es la presencia de convulsiones o estado de coma en pacientes con preeclampsia después de la semana 20 de gestación, parto o en las primeras 6 semanas, en ausencia de otras causas de convulsiones.

De acuerdo con la Guía De Práctica clínica "Detección y tratamiento de emergencias Obstétricas" El diagnóstico de la Eclampsia se establece cuando la paciente presenta además de hipertensión arterial, edema y proteinuria; la presencia de convulsiones y pérdida del estado de conciencia.

1.6 Definición de Triage.

Se denomina Triage a la elección, selección o clasificación y concretamente el método usado en la práctica pre hospitalaria para clasificar a pacientes víctimas de un suceso con gran número de afectados antes de que reciban la asistencia precisa.

Proviene del vocablo del idioma francés que significa: elegir o clasificar.

Surge de la necesidad de contar con un instrumento que facilite la recepción, clasificación y derivación de pacientes:

- Adecuada atención.
- Optimización de recursos.
- Satisfacción del Paciente y sus familiares.
- Ambiente favorable para el desempeño del Profesional de la Salud.

1.6.1 Tipos de Triage

El Triage se divide en dos tipos donde cada uno se realiza de forma diferente pero con el mismo objetivo de clasificación de urgencias y emergencias. Los tipos de Triage son:

a) Triage Pre hospitalario.

Es un proceso de categorización basado en la urgencia y la posibilidad de supervivencia. El Triage debe pretender hacer lo mejor para el mayor número posible de pacientes.

El Triage Pre Hospitalario es una clasificación que se da ante una urgencia fuera de algún nosocomio, puede ser en la calle o en el hogar de la víctima y posteriormente se debe trasladar a una unidad de atención de salud.

b) Triage Hospitalario.

Método de selección de pacientes, basado en sus requerimientos terapéuticos y recursos disponibles.

1.6.2 Urgencia.

Una Urgencia de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o de sus allegados.

Se puede definir también como toda aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que obligatoriamente su atención no debe retrasarse más de seis horas.

La urgencia es una situación grave pero de se manifiesta de diferentes maneras donde puede avanzar a emergencia o se puede quedar como un problema que necesita atención rápida pero no pone en riesgo la vida del paciente.

1.6.3 Emergencia.

Es toda situación urgente en la que está en peligro la vida de la persona o la función de algún órgano.

Es aquel caso en el que la falta de asistencia sanitaria conduciría a la muerte en minutos y en el que la aplicación de los primeros auxilios por cualquier persona es de importancia primordial.

La emergencia es una situación donde se requiere ayuda e intervención rápida o inmediata para poder salvar la vida del paciente, en este caso madre-hijo.

1.7 Niveles de Prioridad de Atención.

Es una herramienta fundamental para la selección y clasificación de pacientes. Basado en el análisis del motivo de consulta, condición clínica y demanda de acciones para su atención.

Prioridad I (Rojo): Amenaza evidente a la vida o integridad de una extremidad, órgano o sistema fisiológico mayor.

Prioridad II (Amarillo): Paciente estable, con evidencia de enfermedad, alto riesgo de inestabilidad y factores de riesgo.

Prioridad III (Verde): Paciente estable sin riesgo evidente de complicación.

1.8 Proceso de Aceptación de Pacientes para la Atención en Urgencias.

A continuación se desdobra la guía de práctica clínica denominada Proceso de Aceptación de Pacientes para la atención en Urgencias para el manejo del Triage en general, elaborada en el Hospital de Nuestra Señora de la salud con fecha de 12 de mayo del 2015 por la Enfermera Viridiana Martínez Quiroz y el Dr. Lenin García Sánchez, revisado por la Enfermera Ana Silvia Rodríguez J. Y el Dr. Tito Medina Cervantes y autorizado por el director general del hospital el Dr. Guillermo A. Tena Morelos.

1.8.1 Denominación del Proceso de aceptación de pacientes para la atención en Urgencias.

Objetivos.

- Que el 100% de los pacientes que soliciten atención en el servicio de urgencias esperen menos de 15 minutos para ser atendidos.

- Que el proceso de asignación de la prioridad no rebase los cinco minutos.

Alcance: Médicos, Enfermeras, químicos de laboratorio y técnico en Rayos X, Recepcionista y personal de admisión hospitalaria.

Políticas:

1.- Identificar los Niveles de Priorización

La priorización de la atención del paciente comprende tres niveles organizados de mayor a menor complejidad.

2.- El sistema Triage no debe ser convertido en un procedimiento administrativo, pues su objetivo principal es identificar el paciente en estado crítico; los niveles de priorización están diseñados con base en criterios clínicos.

3.- El médico deberá determinar la complejidad de la urgencia del paciente, que permita mayor objetividad en el proceso.

4.-El médico deberá establecer una comunicación inicial con los familiares de los pacientes y proveer información sobre el proceso de atención.

5.- Se aceptarán a todos los pacientes en prioridad uno.

6.- Al activar el alerta roja el personal de Rayos X, laboratorio, admisión, Trabajo social y supervisión de enfermería, deberá presentarse el área de urgencias para su intervención.

7.- Todos los pacientes deberán atenderse hasta su estabilización.

8.- Cuando no se encuentre un familiar responsable y está en peligro la vida, la función y la integridad corporal el médico deberá tomar la decisión de actuar, solicitando la opinión de otro médico y anotará la justificación de su acción en el expediente clínico.

9.- El médico de urgencias deberá asignar médico especialista de acuerdo a las prioridades del paciente, informar al médico especialista y transcribir la indicación en base a la Meta internacional número dos.

Descripción:

El procedimiento de Triage se inicia con una evaluación rápida del paciente en el momento de su llegada al hospital, mediante la aplicación del ABC de la reanimación se obtiene la primer impresión del estado general del paciente y se denomina el registro en el consultorio de Triage o el traslado inmediato al área de tratamiento.

La información está organizada de acuerdo con la severidad y la prioridad de atención en los siguientes grupos: Signos y Síntomas

- Abdominales y Gastrointestinales
- Cardiovasculares
- Respiratorios
- Oculares
- Neurológicos
- Musculo esqueléticos
- Genitales Masculinos
- Oído

- Nariz, Boca y Garganta}
- Urinarios
- De los Genitales y sistema Reproductor Femenino
- Psicológicos
- Del sistema Tegumentario
- Del sistema Endocrino y los Signos Vitales

Para el registro de calidad se llevan a cabo dos formatos que son: Formatos correspondientes y Expediente Clínico.

Descripción del Procedimiento:

Para realizar el procedimiento del Triage en el servicio de urgencias se llevaran a cabo los siguientes pasos:

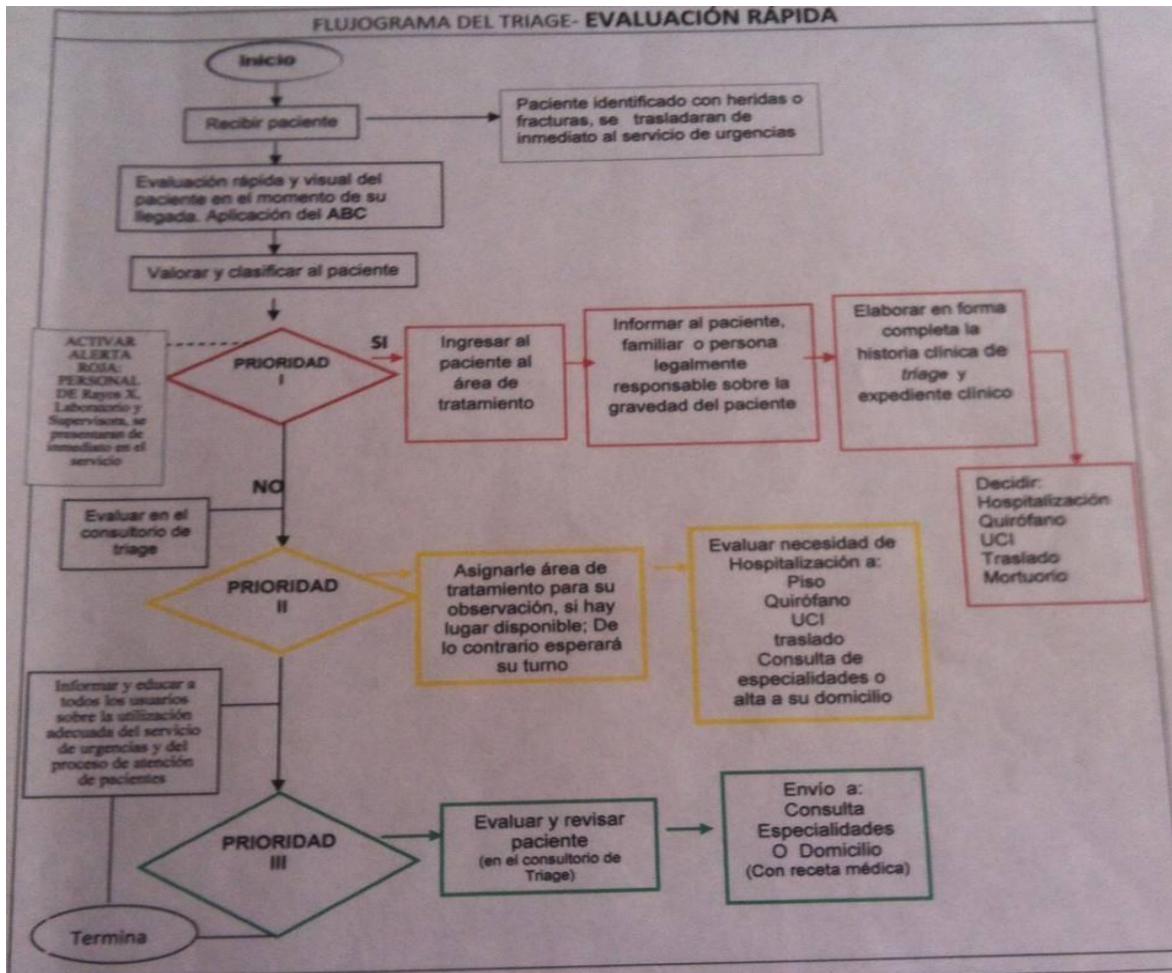
1. Recibir al paciente (el paciente con heridas o fracturas pasa directamente al servicio de urgencias) los responsables son médico y enfermera, se debe realizar una adecuada inmovilización y traslado hasta el área de tratamiento.
2. Evaluación rápida y visual del paciente en el momento de su llegada.
Encargados: Medico, Enfermera y Recepcionista.
Los registros se hacen mediante la aplicación del ABC de la reanimación y así tener la primera impresión del estado general del paciente.
3. Valorar y clasificar al paciente. Responsables: médico y enfermera. Se debe determinar si el paciente, viene en prioridad uno (Si o No), en base a la escala de niveles de priorización.
4. Si: Paciente Prioridad I. Ingresar al paciente en prioridad I al área de tratamiento de urgencias. Responsables: médico y enfermera. Se activa la alerta roja y se instala al paciente en área de reanimación (Cubículo 1)

5. Informar al paciente, familiar o persona legalmente responsable sobre la gravedad del paciente.
6. Elaborar en forma completa la historia clínica de Triage y expediente clínico como son: el formato de Triage, registros médicos y de enfermería.
7. Decidir: Hospitalización, envió a quirófano, Unidad de Cuidados Intensivos, Traslado o Mortuorio.
8. No: Paciente Prioridad II. Se evalúa al paciente en el consultorio de Triage hasta establecer tratamiento.
9. Asignar área de tratamiento para su observación, si hay lugar disponible. De lo contrario esperara su turno. Se hace uso del formato de indicaciones médicas de urgencias; se informara al especialista en base a la prioridad del paciente.
10. Evaluar necesidad de hospitalización a piso, Quirófano, traslado, consulta de especialidades o alta a su domicilio (con receta médica). Responsables: médicos y enfermeras.
11. Paciente en Prioridad III. Evaluar y revisar paciente (en el consultorio de triage).
12. Enviar a consulta de especialidades o a su domicilio con receta médica.
13. Informar y educar a todos los usuarios sobre la utilización adecuada del servicio de urgencias y del proceso de atención de pacientes. Esta información, idealmente será complementada con un instructivo para el paciente.

1.8.2 Flujoograma del triage- evaluación rápida.

En la siguiente imagen se muestra el flujoograma del Triage para una evaluación rápida usado en el Hospital de Nuestra señora de la Salud.

Imagen 1. Flujoograma del Triage



Fuente: Manual de procedimientos del proceso de aceptación de pacientes para la atención de urgencias.

En esta imagen se muestran los pasos a seguir para una atención en el servicio de urgencias desde que el paciente ingresa para darle una correcta clasificación.

1.8.3 Criterios de Clasificación de acuerdo a signos y síntomas de los Genitales y del Sistema Reprodutor Femenino.

A continuación se muestran los signos y síntomas que se toman como criterios de clasificación de cada Prioridad.

Prioridad 1.

Trabajo de parto en curso, Sangrado transvaginal o uretral severo posterior a trauma, Retraso menstrual, dolor abdominal severo o irradiado a hombro, Hemorragia vaginal severa durante el embarazo (más de cuatro toallas por hora), Amenorrea espontanea en el embarazo, Trauma en el embarazo, Hipertensión arterial en el embarazo.

Convulsiones en paciente embarazada, Choque en el embarazo, Abuso sexual menor de 72 horas.

Prioridad 2

Abuso sexual mayor de 72 horas, Sangrado transvaginal (más de diez toallas por día o pulso mayor a 100 por minuto), Sangrado vaginal post aborto o post parto sin hipotensión o taquicardia, Trauma en genitales externos, hematoma o laceración, Cuerpo extraño con molestia.

Dolor severo en mamas y fiebre, Dolor abdominal acompañado de fiebre y flujo vaginal, Dolor abdominal post parto, fiebre y coágulos fétidos, Dolor abdominal postquirúrgico, Signos de infección en la herida quirúrgica, Sintomatología urinaria en mujer embarazada, Disminución de movimientos fetales, Sintomatología urinaria en mujer embarazada.

Prioridad 3

1.-

Prurito vaginal o flujo, Infertilidad, Determinar embarazo, Amenorrea sin sagrado o

dolor, Cuerpo extraño sin molestia, Dismenorrea, Irregularidad en el ciclo menstrual, Prolapso vaginal, Disfunción sexual, Oleadas de calor, Mastalgia.

CAPÍTULO 2: TRIAGE OBSTÉTRICO

En este capítulo se mencionarán las definiciones del Triage Obstétrico sus divisiones, tiempos de espera según la clasificación del sistema Triage para ginecología y Obstetricia, Equipación necesaria en Urgencias,, suministros generales de ginecología y obstetricia, definición del Riesgo obstétrico y su clasificación, emergencia obstétrica, funciones de la licenciada en enfermería y obstetricia en el triage obstétrico

Se mencionara también la definición del código mater, signos de alarma, funciones de la Enfermera en el manejo del código mater, tipos de demora en el manejo del código mater, obstetricia critica, cuidados intensivos obstétricos, factores de riesgo para ingresar a la unidad de cuidados intensivos, criterios de selección, modelos de atención y por ultimo decálogo y ética de enfermería.

2.1 Triage Obstétrico

El Triage Obstétrico es un protocolo de atención de primer contacto en emergencias obstétricas.

Tiene como propósito clasificar la situación de gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria para preservar la vida del binomio o bien la viabilidad de un órgano dentro del lapso terapéutico establecido.

Este sistema se ha adaptado para emplearse en el periodo perinatal (embarazo, parto y puerperio) y en cada contacto de la paciente con el personal de salud. Cuando una paciente es identificada con alguna complicación o

emergencia se enlaza y se activa la ruta crítica para la vigilancia del embarazo (Código mater).

Se clasifica de acuerdo a su condición clínica de la paciente y de acuerdo a su valoración, se manejan dos distintivos de color, rojo y verde (emergencia y no emergencia respectivamente).

Color Rojo: Atención inmediata, se considera que está comprometida la función vital de la mujer o el feto, puede ser debida a Preeclampsia severa, Eclampsia, Desprendimiento Prematuro de placenta, Sepsis puerperal, tromboembolia y embarazadas poli traumatizadas entre otros.

Color Verde: Pacientes sin antecedentes, en procesos agudos estables, su atención será de 30 a 60 minutos.

El triage denominado Gineco-Obstetrico tiene cinco clasificaciones, Triage I, II, III, IV Y V. Las cuales consisten en lo siguiente.

a) Triage I.

La clasificación de Triage I. consite en los signos y sintomas tales como: Trabajo de parto en fase expulsiva con actividad uterina con sensación de pujo, trabajo de parto en fase activa con antecedente de cirugía uterina o antecedente de presentación distócica, verificar grupo obstetrico, transtornos hipertensivos complicados con presión arterial mayor o igual de 160 mm Hg o diastolica mayor de 110 mm Hg o convulsión y amaurosis subita o estado de coma, alteracion del estado de conciencia, epigastralgia severa asociado al embarazo a partir de la semana 20 de gestacion.

Sangrado ginecologico con inestabilidad hemodinamica, Frecuencia cardiaca menor de 40 o mayor a 130 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria

menor de 10 o mayor de 35 por minuto, sangrado obstetrico con o sin compromiso fetal pre o pos parto, Sangrado obstetrico del segundo y tercer trimestre, prolapso de cordon a partir de la semana 20.

Ausencia de movimientos fetales, trabajo de parto o eliminación de liquido en embarazo menor de 37 semanas de gestación, amenaza de parto pretérmino, trauma de tórax o abdomen en la embarazada, sangrado transvaginal ginecologico agudo con riesgo de inestabilidad hemodinamica, abuso sexual.

b) TRIAGE II.

Trauma en genitales externos o internos con lesión anatómica que requiere corrección o acompañado de sangrado o hematoma, disminución de movimientos fetales, sintomatología urinaria en mujer embarazada acompañada de compromiso sistémico, trabajo de parto en fase activa de embarazo a término.

Dolor tipo contracción uterina antes de la semana 37, actividad uterina regular en embarazo pretérmino, transtornos hipertensivos no complicados con presión arterial sistolica mayor o igual a de 140 a 160 mmHg y diastólica mayor de 90 a 110 mmHg.

Dismenorrea incapacitante, escala de dolor mayor a 8, embarazada con dolor pélvico agudo con escala de dolor mayor a 8, sin sangrado, sangrado obstétrico del primer trimestre sin inestabilidad hemodinámica.

c) TRIAGE III.

Dolor severo en mamas asociado a síntomas locales relacionados con el embarazo y puerperio, dolores pélvicos moderados con escala menor a 5, sangrado genital anormal en edad reproductiva con o sin amenorrea sin inestabilidad hemodinámica.

Cualquier paciente de alto riesgo obstétrico teniendo en cuenta el motivo de consulta, embarazo o cualquier postparto febril, dolor moderado en escala de dolor 5 a 7 perineal asociado a síntomas locales y masa, hiperémesis gravídica con o sin deshidratación.

d) TRIAGE IV.

Trastornos menstruales no asociados al embarazo, amenorrea, dismenorrea no incapacitante, leucorrea, galactorrea.

e) TRIAGE V.

Consultas por trámites administrativos.

2.1.1 Tiempos de espera según la clasificación del sistema Triage para Ginecología y Obstetricia.

a) TRIAGE I.

Paciente quien presenta una condición que amenaza la vida y que requiere atención inmediata.

b) TRIAGE II.

Condición que representa una amenaza potencial para la vida o pérdida de una extremidad u órgano si la paciente no recibe una intervención médica rápida. Requiere atención antes de veinte minutos.

c) TRIAGE III.

Condiciones médicas que pueden progresar a problemas serios que amenacen la vida o extremidad; riesgo de complicaciones o secuelas de la enfermedad.

Dolor severo de escala 8-10 que requiere analgesia y su tiempo de atención no debe ser mayor a sesenta minutos.

d) TRIAGE IV

Condiciones médicas agudas, pero no comprometen el estado general de la paciente y no representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de extremidad; existe riesgo de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe atención de urgencias.

Dolor moderado de escala 4-7 y su atención no debe ser mayor a los doscientos cuarenta minutos (tres horas).

e) TRIAGE V.

Condiciones que hacen parte de problemas crónicos sin evidencia de deterioro o agudos que no comprometen el estado general de la paciente y no representa un riesgo evidente para la madre o feto y que su atención no debe extenderse a los setecientos veinte minutos (6 horas).

2.1.2 Equipación necesaria en el Servicio de Urgencias

La especialidad de obstetricia y ginecología se confía mucho a las evaluaciones clínicas, siendo mínima la cantidad de apoyo tecnológico con la que se cuenta.

La localización del equipamiento necesario en un servicio de urgencias siempre resulta un problema constante. Con una mínima inversión en equipación y material, unido a un sistema rápido de acceso a estos equipos cuando se necesitan, puede proveerse de una dotación completa de elementos de urgencia obstétrica/ginecológica a un servicio de urgencias.

A continuación se muestran algunas recomendaciones dadas por Benrubi en el libro Urgencias obstétricas y ginecológicas para aumentar la eficacia en el servicio de urgencias donde se atiende a la mujer obstétrica:

1. Centralizar los recursos en un área única.

La mayor parte de los servicios de urgencia están diseñados con una única sala o un grupo de salas denominadas como “salas ginecológicas”

Los suministros que se ocupan en esta área, no se encuentra en ninguna otra es decir, si se requiere o se da la circunstancia de tender a la paciente en otra área, esta no cuenta con el equipo necesario para dar una atención adecuada, por eso la importancia de centralizar todos los recursos donde se va a atender a la paciente y no estarlos moviendo de un área a otra.

2. Centralizar la responsabilidad de la equipación y el mantenimiento de los suministros.

Debe haber una o dos personas dentro del servicio responsables del mantenimiento adecuado del material. Estas personas deben dar las instrucciones

pertinentes acerca del tipo de material que se desea, niveles apropiados de reservas almacenadas y personas que tienen acceso a estos materiales.

3. Desalentar la falsa economía.

Existen algunos materiales básicos de los que se necesita disponer en abundancia. El espéculo vaginal es barato y se gasta más dinero cuando el personal especializado pierde el tiempo buscando lo adecuado que cuando hay plena disponibilidad de tamaños y tipos diferentes.

2.1.3 Suministros generales de Ginecología y Obstetricia.

Para el estudio básico ginecológico y obstétrico se requiere muy poco. Los guantes deben estar fácilmente disponibles, así como unos guantes que no sean de látex, para cuando sean necesarios.

El portaobjetos y el hidróxido de potasio son materiales básicos para las exploraciones ginecológicas.

Debe disponerse de microscopio dentro del área, para evaluar las muestras de flujo vaginal. Asimismo, debe haber en dicha sala tomndas de aerobios y anaerobios, así como de medios de transporte para virus y la prueba de elección para gonorrea y chlamydia.

Dado que con frecuencia se producen sangrados importantes, debe disponerse de una amplia dotación de torundas de algodón. Las torundas rectales funcionan bien, pero puede necesitarse un tallo más corto para manipularlas convenientemente.

Las almohadillas perineales con fijación adhesiva se prefieren, por lo general, a otros modelos más antiguos que requieren un cinturón para sujetarse.

Debe tenerse siempre a mano un amplio surtido de espéculos. Algunos prefieren los desechables de plástico por su bajo coste, por el riesgo infeccioso de los otros tipos y por conveniencia, pero son más difíciles de utilizar que los de acero inoxidable, y existen más problemas de rotura y de pellizcamiento.

Si se emplea un espéculo de acero inoxidable, deberá existir un surtido de tamaños de Graves (pico de pato) y Pedersen (recto). En la mayoría de las mujeres multíparas se utilizarán los Graves de tamaño medio, mientras que una mujer nulípara probablemente requiera un Pedersen pequeño o mediano. Las mujeres extremadamente altas u obesas necesitan probablemente unos Graves grandes.

Por último, debe disponerse de Pedersen pediátricos ya en la sala ginecológica o en la pediátrica. Algunas pacientes que hayan recibido irradiación pélvica tal vez sólo puedan acomodarse a un espéculo pediátrico.

Debe disponerse de alguna bandeja de atención a un parto precipitado. Ésta debe incluir como mínimo un aspirador, dos pinzas de Kelly, un par de tijeras y un paño.

El personal del servicio de urgencias debe disponer de un equipo de Doppler portátil para auscultar los tonos fetales, así como de una tira de nitracina para valorar la rotura de membranas amnióticas.

La realización de un hemocultivo se hace con frecuencia junto a la exploración pélvica, por lo que debe disponerse de placas y revelador.

Particularmente en obstetricia, la capacidad de sumergir una tira de orina puede suponer una capacidad discriminatoria diagnóstica importante; por tanto, debe disponerse de tiras reactivas de orina.

Un tenáculo de un solo diente puede ser de utilidad en la visualización del cérvix, y la pinza larga de anillo resulta el instrumento ideal para agarrar el tejido que asoma por el orificio cervical.

Debe disponerse de un desinfectante cutáneo como el “betadine”.

También debe disponerse de bisturí y tubos de drenaje para evacuar los abscesos de la glándula de Bartholin.

De igual modo, para reparar pequeñas laceraciones debe disponerse de un pequeño surtido de suturas. La mayor parte de los obstetras emplean Vicryl o catgut crómico, y los tamaños más comunes para las reparaciones del periné oscilan entre el 0 y 3-0. Con la sutura se necesita un porta agujas y una pinza fina de disección con dientes, como “Adsons”.

Por último, algunos servicios de urgencia piensan que se mejora el servicio si se realizan allí los test de embarazo cualitativos en orina. Estos equipos son relativamente baratos y fáciles de utilizar.

El hecho de que se encuentren permanentemente a mano disminuye el tiempo de espera y permite la respuesta inmediata a una pregunta vital.

2.1.4 Equipamiento Necesario.

Una mesa de exploración con estribos es importante ya que mejora la visión y, por tanto, la precisión en el diagnóstico.

Es importante el confort y la durabilidad de la mesa de exploración. También resulta importante el disponer de un buen foco de luz que se pueda dirigir con facilidad.

Esta es la única pieza de equipación utilizada de forma universal por obstetras y ginecólogos para la asistencia y con capacidad diagnóstica y pronóstica.

Los servicios de urgencia de grandes centros pueden establecer relación con los departamentos de radiología para disponer de métodos de exploración tanto por vía abdominal como por vía transvaginal durante las 24 horas.

Los servicios más pequeños pueden tener en sus consultores obstétricos la realización de exploraciones y disponer de máquinas portátiles.

Existen una serie de diagnósticos diferenciales críticos que no pueden realizarse si no es posible realizar una ecografía por vía transvaginal de forma que en algunos programas se debe optar por adquirir la equipación, por realizar un acuerdo con un servicio de radiología o por considerar el traslado a un centro de apoyo.

Si se adquiere el equipo hay que prestar un cuidado especial en proteger sus componentes frágiles del desgaste por uso inadecuado y de la rotura.

Suministros Farmacológicos:

Las medicaciones que emplean los ginecólogos en urgencias suelen ser pocas pero, en general, son bastante específicas de su campo.

Se debe mantener el almacén con unos niveles adecuados. Las medicaciones utilizadas con mayor frecuencia en urgencias son anestésicos locales.

Methergin, oxitocina, antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos frente a gonococo y chlamydia, y anticonceptivos orales.

2.2. Riesgo Obstétrico.

Un embarazo es de alto riesgo cuando existen condiciones que podrían comprometer la salud o la vida de la madre y feto. El riesgo de sufrir complicaciones obstétricas se puede presentar por primera vez durante el embarazo en mujeres perfectamente sanas o se puede predecir para un embarazo futuro en mujeres portadoras de enfermedades médicas de severidad considerable.

2.2.1 Clasificación del Riesgo Obstétrico.

De acuerdo a la exposición en el Octavo congreso de Enfermería Obstétrica y Neonatal con el lema: Cuidados de Enfermería que salvan vidas en la emergencia Obstétrica y Neonatal. Los días 18 y 19 de Febrero del año 2016:

Riesgo Bajo.

Anomalía pelviana identificada, Baja estatura materna menor a 1.5 metros, Cardiopatía I: que no limita su actividad física, condiciones socioeconómicas desfavorables, Control insuficiente de la gestación menor a 4 visitas, edad extrema menor a 16 o mayor a 35 años, embarazo no deseado, esterilidad previa: dos años o más, fumadora habitual.

Riesgo Alto.

Anemia grave (Hemoglobina menor a 9 g/dl o hematocrito menor a 25 %), Cardiopatía II: Paciente obligada a una limitación física, cirugía uterina previa, Diabetes Gestacional, Embarazo Gemelar, Embarazo prolongado (más de 42

semanas de Gestación), Endocrinopatía (Tiroidea, suprarrenal, hipotalámica), Hemorragia de segundo o tercer trimestre.

Hidramnios u Oligoamnios, Historia obstétrica desfavorable (dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, deficiencia mental o sensorial de probable origen obstétrico, antecedentes de restricción del crecimiento intra uterino), Infecciones maternas (Hepatitis B o C, toxoplasmosis, Pielonefritis, Rubeola, Sífilis, VIH, Estreptococo B), Obesidad Mórbida, Preeclampsia leve: Presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg.

Sospecha de malformaciones fetales, Presentación anómala constatada tras la semana 38 de gestación.

Riesgo Muy Alto.

Amenaza de parto prematuro antes de la semana 37, Cardiopatías II o IV: paciente obligada a una limitación acentuada de su actividad física o en la que esta provoca su descompensación.

Diabetes pre gestacional, Drogadicción y alcoholismo, Gestación Múltiple, Incompetencia cervical, Isoinmunización materno-fetal, malformación fetal confirmada, muerte perinatal recurrente, Placenta previa, Preeclampsia: Presión arterial diastólica mayor o igual a 110 mm Hg o sistólica mayor o igual a 160 mm Hg, Patología asociada grave, Restricción del crecimiento intra uterino, Ruptura prematura de membranas, SIDA clínico.

2.3 Emergencia Obstétrica.

Se define a la Emergencia Obstétrica como una complicación médica o quirúrgica que se presenta durante el periodo de gestación, el parto o el puerperio

que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.

La atención de la emergencia obstétrica que debe brindar el personal de salud debe ser garantizando la resolución inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continua las 24 horas y todos los días del año.

De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica "Detección y Tratamiento inicial de las Emergencias Obstétricas" las entidades Nosocologicas que pueden generar una emergencia obstétrica derivada de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio son:

A)

En cualquier momento del embarazo, parto o puerperio.

- Hígado Graso agudo del embarazo
- Enfermedad trombo embolica venosa
- Hipertiroidismo con crisis hipertensivas
- Embarazo y Cardiopatía

B.)

Primera mitad del embarazo

- Aborto séptico
- Embarazo Ectópico

C.)

Segunda mitad del embarazo.

- Preeclampsia severa complicada con:
 - Hemorragia cerebral
 - Síndrome de Hellp
 - Hematoma o ruptura hepática
 - Coagulación intravascular diseminada
 - Insuficiencia Renal aguda
 - Eclampsia

- Hemorragia Obstétrica.
 - Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
 - Placenta Previa

D.)

Complicaciones Posteriores al evento obstétrico.

- Hemorragia Obstétrica.
- Ruptura uterina
- Atonía Uterina
- Hemorragia Intraabdominal posquirúrgica de cesárea o histerectomía.
- Sepsis puerperal, variedades clínicas de la deciduomiotritis o pelviperitonitis.
- Inversión uterina que requiera reducción quirúrgica.
- Embolia de líquido amniótico.
- Otra patológica medica u Obstétrica aguda o crónica que comprometa la vida de la madre o del producto de la concepción y que requiere recibir atención de emergencia.

2.4 Funciones de La Licenciada en Enfermería y Obstetricia en el Triage Obstétrico.

- Participar en el manejo oportuno y adecuado en la atención de la paciente obstétrica, así como realizar la clasificación de acuerdo al Triage obstétrico establecido.
- Toma y valoración de signos vitales, monitoreo de glucosa en sangre, detección de proteínas en orina, así como realizar los procedimientos necesarios para la correcta clasificación inicial de las pacientes de acuerdo a los signos y síntomas encontrados.

- Realizar una cuidadosa y puntual exploración física, para coadyuvar a determinar tempranamente el diagnóstico médico; así como valorar el ingreso hospitalario, tratamiento ambulatorio o en su caso referencia a otra unidad.
- Conocer y aplicar al 100% el Triage Obstétrico.
- Realizar el registro del 100% de las pacientes que son atendidas en el módulo de valoración inmediata.
- Respetar la normatividad de ingreso del paciente a urgencias como:
 - 1.- Respetar Módulo de Valoración Inmediata para solicitar el servicio.
 - 2.- Solicitar al familiar registro en admisión.
 - 3.- Solicitar a la paciente y/o familiar datos personales.
 - 4.- Realizar registro en bitácora.
 - 5.-Toma signos vitales, interrogar sobre datos indicativos de alarma obstétrica.
 - 6.- De acuerdo a los datos recabados realizar Triage Obstétrico, colocar distintivo de color correspondiente. Color rojo, notificar de inmediato al médico Gineco- Obstetra
 - 7.- Brindar apoyo emocional a la paciente, explicar las acciones a seguir y en su caso ingresarla al servicio de Admisión de Toco cirugía.

La licenciada en enfermería y Obstetricia es de mucha importancia para la realización de triage y sobretodo ayudar a la paciente y brindarle un ambiente cómodo y seguro así como sus funciones específicas las cuales se describirán más adelante.

2.5 Código mater

El Código Mater es un sistema de atención de respuesta rápida, concebida como una estrategia hospitalaria para la atención multidisciplinaria de la urgencia obstétrica.

Lo compone el Equipo multidisciplinario de profesionales de la salud cuya función es optimizar el sistema de atención y los recursos hospitalarios (Medico, enfermera, médico intensivista-internista, pediatra, anestesiólogo, trabajadora social, entre otros), capacitados en urgencias obstétricas, está sustentado en un Proceso ABC.

Cuando una paciente es identificada con alguna complicación o emergencia se enlaza y se activa la ruta crítica para la vigilancia del embarazo.

El Código Mater tiene como objetivo prevenir y disminuir la mortalidad materna y perinatal mediante tres acciones: Identificar, tratar y trasladar.

Para la correcta realización del código mater se utiliza un método denominado “Ruta Critica” la cual consiste en realizar cinco pasos, los cuales son:

1. Ingresar la paciente por sus propios medios o por personal de ambulancia.
2. Es valorada por personal del Triage Obstétrico, quien activa el código Mater mediante alarma sonora o voceo por cinco veces consecutivas.
3. Inicia el tratamiento de acuerdo a Guías Clínicas.
4. Traslado para manejo complementario a Quirófano o a la Unidad Toco-Quirúrgica, Unidad de Choque o Cuidados Intensivos Obstétricos.
5. Retroalimentación permanente del sistema mediante capacitaciones, evaluación crítica de resultados y revisión periódica de la evidencia científica.

2.5.1 Signos de Alarma

Los signos de alarma se dividen en diferentes tipos y para estos se utiliza un manejo establecido para dar la atención y tratar las diferentes patologías.

A)

- Hipertensión o hipotensión arterial.
- Convulsiones tónico-clónicas.
- Alteraciones del sensorio o estado de coma.
- Sangrado Transvaginal o de otra vía.
- Taquicardia, Taquipnea, Cianosis, Hipertermia > 38.5 °C.

B)

- Signos y síntomas de Choque.

C)

Manejo de:

Pre eclampsia-eclampsia., Sangrado obstétrico, Sepsis.

- Trasladar a la paciente al área adecuada de atención.

2.5.2 Funciones de la Enfermera en el manejo del código mater:

Por ser el personal de primer contacto junto con el médico Gineco-obstetra es quien vocea o activa el código mater con indicación previa.

Durante la activación de un código mater aproximadamente colaboran cuatro enfermeras; cada una tiene destinadas funciones diferentes, lo cual da por objetivo: lograr una intervención rápida, oportuna y eficaz a la paciente que presente una urgencia obstétrica.

Las funciones de enfermería consiste en dar atención inmediata en medidas generales y tratamiento médico el cual consiste en:

Valoración de signos vitales, Presión arterial cada 15 minutos, Frecuencia cardiaca, Pulso, Respiración, Temperatura, Valoración del estado de conciencia., Instalación de acceso venoso periférico con catéter de calibre grueso, Instalación de acceso venoso central, Toma de muestras sanguíneas.

Administración de medicamentos; una o dos enfermeras son las encargadas de pasar los medicamentos y otra únicamente de registrarlos en la hoja de enfermería con los datos correctos donde se utiliza: Paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, hora correcta y vía correcta.

Reducción de estímulos que puedan provocar una convulsión, Valoración de la presencia de edema, Vendaje compresivo de miembros pélvicos, Instalación sonda vesical para tomar muestra de EGO y cuantificación de líquidos, Valorar características de la orina.

Colocar oxigenación con puntas nasales, Colocar a la paciente en la posición más óptima para el binomio, Valorar Frecuencia Cardiaca Fetal, Valorar reflejos osteotendinosos y Valorar presencia de sangrado transvaginal o de otros sitios.

2.5.3 Funciones Específicas:

Se da la valoración integral materno – fetal donde se localizan los puntos mencionados a continuación:

- Estado de conciencia.
- Estado Cardiopulmonar.
- Reflejos osteotendinosos.

- Frotis de sangre periférica.
- Rastreo ultrasonográfico básico (vitalidad fetal, localización placentaria y calidad del líquido amniótico).
- Exploración pelvi-genital.
- Resolución obstétrica quirúrgica

2.5.4 Tipos de Demora en el manejo del Código Mater.

Los servicios de salud deben concentrarse primero en abordar tres tipos de demora con el fin de asegurar que se cuente con el equipamiento y la capacidad necesaria para asistir a las mujeres antes de presentar un cuadro obstétrico grave y pasar a una Obstetricia Crítica.

Los tres tipos de demora son los siguientes:

Primer Tipo:

Demora en la decisión de buscar atención. La causa del primer tipo es porque no se reconoce que la mujer necesita Atención Materna de Emergencia, Decisiones tomadas por las familias respecto al nacimiento.

Las medidas principales que el personal de salud debe tomar son: Mejorar el reconocimiento de los signos de riesgo obstétrico entre las mujeres, los hombres y las familias, Fomentar la participación de las asistentes de parto tradicionales en el reconocimiento temprano y la oportuna derivación de mujeres con Emergencias Maternas.

Segundo Tipo:

Demora para llegar a una unidad de salud. Las causas más frecuentes para el desarrollo de demora del segundo tipo son:

La mujer llega tarde al centro de salud, Falta de recursos, Infraestructura Deficiente, Carencia de Centros de Salud apropiados.

Las medidas principales que debe tomar el personal de salud ante la demora de segundo tipo son:

Mejorar el sistema de derivaciones, incluyendo la capacidad de comunicación y los mecanismos de transporte, Implementar a nivel comunitario sistema de financiación y de transporte.

Tercer tipo:

Demora en recibir intervenciones conducentes a salvar la vida una vez en la unidad de salud.

Las causas del tercer tipo de demora son: La unidad de salud no contar con el personal ni los equipos para brindar Atención Materna de Emergencia, La mujer no puede acceder a los servicios al llegar al lugar.

Las medidas que se deben brindar son: Mejorar la cobertura de Atención Materna de Emergencia para satisfacer los requisitos mínimos, Mejorar el uso de los servicios de Atención Materna de Emergencia reduciendo las barreras y garantizando un acceso equitativo, Lograr la satisfacción de las usuarias.

2.6 Obstetricia Crítica

Es la expresión abreviada de Medicina Crítica en Obstetricia, entendiéndose por crítico aquello que se vincula con la crisis, en este caso, todo cambio repentino desfavorable en la evolución de una enfermedad, o bien su periodo agudo de manifestación.

La mujer gestante que presente una complicación grave requerirá de un equipo asistencial con conocimientos especializados sobre patología del embarazo.

En estas circunstancias, necesitará de Cuidados Intensivos y en muchas oportunidades de Terapia Intensiva. Sin embargo, la Obstetricia Crítica excede el ámbito del médico intensivista, quien desempeñará un rol protagónico dentro del equipo multidisciplinario integrado por médicos obstetras, anestesiólogos, neonatólogos y cirujanos generales, personal de enfermería entre otros.

También representa la última oportunidad que madre e hijo afrontan para salvar sus vidas, cuando otras medidas fracasaron en el intento de eludir una complicación que pudo resultar previsible y evitable.

2.7 Cuidados intensivos Obstétricos.

La Unidad de Cuidados Intensivos es una unidad de internación para pacientes con posibilidad de recuperación parcial o total, que requieran para su supervivencia de atención médica y de enfermería en forma constante. Esto incluye:

- Pacientes recuperables en estado crítico con riesgo potencial de muerte.
- Necesidad de efectuar procedimientos especiales de diagnóstico y tratamiento.
- Necesidad de efectuar monitoreo permanente y/o atención de enfermería constante.

2.7.1 Factores de riesgo para ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Fueron considerados factores de riesgo para la admisión en la UCI una edad materna mayor de 35 años o menores de 14 años, asistencia previa en hospitales de baja complejidad, transferencia a centros de bajo nivel, embarazo múltiple 2,3 y multiparidad (Ancel 1998, Karnad 2004).

La mayor parte de las admisiones en la UCI corresponden al periodo post-parto, mientras que la patología asistida durante la etapa gestacional involucra al 12% a 45% del total. (Karnad, 2004)

Las afecciones generales son predominantes en el último grupo, en particular las infecciones urinarias y las respiratorias, además de las corioamnionitis como causa de sepsis; mientras que la patología obstétrica lo es en el post-parto: hemorragias obstétricas, preeclampsia y sepsis puerperal.

2.7.2 Criterios de selección.

El criterio para ingresar pacientes obstétricas en la UCI puede diferir entre los diferentes centros asistenciales, y esta diferencia está vinculada principalmente con la estructura hospitalaria.

Se debe contar con una residencia médica de obstetricia que permite crear un área de cuidados especiales dentro del que pueden llevarse a cabo diversos procedimientos.

Es así como pacientes con preeclampsia grave, asintomáticas u oligosintomáticas, son pasibles de monitorear durante la infusión de antihipertensivos y sulfato de magnesio, que en algunas instituciones se efectúa fuera del ámbito de la UCI cuando el daño de órganos está ausente y se dispone de los medios para llevar a cabo un control apropiado.

Otros casos son las pacientes que requieren control en el trans post-operatorio luego de sufrir hemorragias obstétricas graves, una vez que la estabilidad hemodinámica fue lograda sin afectación de órganos.

Los modelos predictivos de mortalidad fueron utilizados dentro de la UCI pero nunca para determinar la admisión a la unidad. Los criterios de admisión en la UCI deberán tomar en consideración anomalías específicas en el examen físico, los signos vitales y los valores de laboratorio, más que el diagnóstico de admisión (ACOG 2009).

2.7.3 Modelos de atención.

Se reconocen varios modelos de atención de la paciente en la UCI. (Rothschild 2001, ACOG 2009)

Modelo “abierto”: en este caso la paciente es ingresada a la UCI bajo el cuidado directo del médico obstetra y enfermera, mientras que el intensivista queda disponible en caso de solicitársele la consulta. El intensivista podrá asumir un rol primario en determinadas circunstancias, pero con la debida autorización.

Modelo “compartido”: en este caso la consulta con el médico intensivista es mandataria y pasa a ser responsable de la atención de la enferma.

Modelo “cerrado”: La paciente es aceptada en la UCI luego de ser evaluada por el intensivista, quien toma el manejo del caso a tiempo completo.

Modelo “mixto”: resulta de variaciones de los modelos, en función de la actividad y del grado de responsabilidad que desempeña el médico intensivista.

La medicina materno-fetal fue reconocida como subespecialidad de la obstetricia por el “American Board of Obstetrics and Gynecology” en 1972 (Naylor 2003). En 1990 Hales & Johnson publicaron en los EEUU “Intensive Caring: New Hope for High-Risk Pregnancy” en el que se trataron los avances en los cuidados de las pacientes obstétricas de alto riesgo, dando impulso a esta especialidad, también conocida como perinatología (Johnson 2009).

Se propuso un programa para el adiestramiento de los encargados en medicina materno-fetal durante su rotación en el área de cuidados intensivos:

Tópicos a desarrollar:

- Generalidades sobre cuidados críticos obstétricos
- Principios de oxigenoterapia
- Fundamentos de la ventilación mecánica
- Hemoterapia
- Coagulopatías
- Síndrome de distrés respiratorio del adulto
- Monitoreo hemodinámico y cateterismo arterial pulmonar
- Sepsis y shock séptico
- Soporte nutricional
- Insuficiencia renal aguda
- Sedación y analgesia
- Transporte pre, inter e intrahospitalario
- Traumatismo en el embarazo
- Manejo de los recursos en la crisis

Aprendizaje de Técnicas:

- Manejo de la vía aérea
- Ventilación con máscara / bolsa
- Máscara laríngea
- Intubación endotraqueal
- Cricotiroidectomía
- Accesos vasculares
- Canulación arteria radial
- Acceso venoso central: vía subclavia y yugular interna.

Es importante que se conozca las acciones dentro del área de urgencias y cuando la paciente está en piso o en terapia intensiva para de esta manera aplicar los métodos necesarios y brindar una atención procurando siempre buscar la prioridad y otorgar los cuidados específicos para cada patología o el manejo de tratamiento ante complicaciones que se presenten en el embarazo, parto y puerperio.

El servicio de urgencias es un sitio particularmente difícil para aprender o mantener unas buenas técnicas de comunicación, pero es además, no obstante, uno de los sitios donde estas habilidades son más apreciadas.

Es esencial la atención a los aspectos más globales del cuidado de la paciente para asegurar la aceptación, continuidad y satisfacción de la misma. Las habilidades no son necesariamente intuitivas y, en verdad, tampoco se enseñan o enfatizan en las facultades de medicina, pero pueden ser aprendidas si son valoradas.

Existen muchas fuentes de las que se pueden aprender estas habilidades, incluyendo libros de texto, cuyas referencias aquí se incluyen, así como un buen aprendizaje directo de un médico que sea respetado por sus habilidades en comunicación.

Todo esfuerzo se verá ampliamente recompensado viendo cómo las interacciones con las pacientes son más breves y menos conflictivas, y

comprobando que la aceptación del tratamiento prescrito por parte de la paciente es mucho mejor.

2.8 Decálogo de Ética en Enfermería.

A continuación se describe el decálogo de ética de Enfermería:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.

2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.

3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.

5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.

6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.

7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.

8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.

9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.

10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

El decálogo de ética de enfermería es de gran importancia para la profesión. Explica perfectamente lo que enfermería tiene que realizar y así poder llevar una buena relación con los pacientes para el logro de un desarrollo integral de la sociedad y buscar un bienestar de toda la ciudadanía.

El marco teórico implementado en esta investigación sirve como ayuda para preparar el trabajo de una forma más rigurosa con conceptos científicos del tema triage obstétrico por lo cual tiene como propósito dar a la investigación un sistema coordinado y coherente de conceptos y proposiciones que permitan abordar el problema.

Sirve para tener una teoría o modelo teórico para saber qué es lo que se quiere saber y analizar los datos de la investigación.

CAPÍTULO 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el siguiente capítulo se desdobra el planteamiento del problema, justificación, objetivos tanto general como específicos, hipótesis y variables.

3.1 Planteamiento del problema.

La pregunta principal de esta investigación es:

¿Cuáles son las Intervenciones de Enfermería en el Triage Obstétrico en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en el periodo de enero- abril del año 2016?

A pesar de que el embarazo es un proceso fisiológico normal y pasajero en ocasiones genera un riesgo para la salud materno-fetal.

La mayoría de los riesgos obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del feto pueden ser detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos para la atención del embarazo.

A pesar de las varias iniciativas de solución, que se han realizado en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud por la Jefa de Enfermería Ana Silvia Rodríguez, que han sido promovidas en Enero del año 2015 hasta la fecha de abril del año 2016, la muerte de mujeres durante el embarazo, el alumbramiento, y el postparto sigue siendo un problema grave.

El número de muertes maternas ha estado disminuyendo desde el año 2000, sin embargo, la tasa aún se encuentra lejos del objetivo de las Metas del Milenio ya que en muchos hospitales no se cuenta con la atención adecuada que deben recibir las pacientes durante su embarazo.

Se requiere utilizar actividades como enunciar, analizar, aplicar y comprobar a todo el Personal de Enfermería que trabaja en el Hospital de Nuestra

Señora de la Salud, sobre el Triage Obstétrico y las Intervenciones que La Enfermera debe realizar.

3.2 Justificación.

El Triage Obstétrico es un procedimiento para clasificar las necesidades de la mujer embarazada y diferenciar urgencias y emergencias.

La mayor parte del tiempo en el Servicio de Urgencias se refleja:

Deficiencia en la atención, tiempos de espera prolongados para atención de una patología percibida como urgente, insatisfacción de los usuarios.

Esto es a manera general, pero en el área de Urgencias Obstétricas es igual la atención siendo que las mujeres que requieren de esto deben ser valoradas adecuadamente en el menor tiempo posible para evitar alguna complicación en su gestación tanto para ella como para el feto.

Es por esto la importancia de conocer las Intervenciones de la Enfermera en el manejo del Triage Obstétrico, desde el momento que la paciente ingresa al servicio el saber lo que se tiene que realizar y en qué orden ayuda a brindar una atención de calidad y en el menor tiempo posible.

Esto se realizará en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en el tiempo del mes de Septiembre 2015 a Mayo 2016, donde se beneficiara a todo el Personal de Enfermería para que tenga capacidades de realizar dichas Intervenciones y por lo tanto a las Pacientes que ingresen al servicio de Urgencias del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

3.3 Objetivo General.

Identificar las acciones de la enfermera para la paciente en estado crítico y brindarle la atención oportuna de acuerdo a niveles de prioridad procurando el bienestar materno- fetal implementando un modelo de atención con calidad, seguridad y mayor capacidad resolutive.

3.3.1 Objetivo Específico.

- Identificar a la paciente en estado crítico.
- Valorar a la paciente en estado crítico y asignar un área de tratamiento.
- Informar a la Enfermera para que conozca los protocolos de atención.
- Contribuir en beneficio a la relación del Equipo que forma parte del Triage Obstétrico y Enfermera-Paciente.

3.4 Hipótesis.

El personal de Enfermería debe intervenir oportunamente en el Triage obstétrico adecuadamente teniendo conocimientos específicos para identificar y clasificar de acuerdo a los niveles de prioridad Emergencias y Urgencias en la paciente embarazada.

Si se da una intervención adecuada al momento que la paciente ingrese al servicio de Urgencias se reducirá el número de muertes materno-fetales en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Variables Independientes

- A mayor conocimiento de la enfermera

- A mejor intervención oportuna

Variables Dependientes.

- Menores factores de riesgo para la paciente embarazada
- Menor número de muertes materno-fetales.

3.5 Estrategia Metodológica.

En este apartado se da a conocer las estrategias metodológicas que serán de utilidad, donde se describe el tipo de investigación, el tipo de método, las variables y los medios que se van a utilizar.

Es importante indagar sobre la intervención de la enfermera en el Triage Obstétrico para conocer si este es oportuno y con calidad.

Por esa razón se va a realizar una consulta con el propósito de observar el trabajo de las enfermeras en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud durante el Triage Obstétrico, su forma de tratar a la paciente, su clasificación en las necesidades de cada una y el tiempo en que realiza los procedimientos.

3.6 Tipo de Investigación.

Cualitativa

El tipo de Investigación en este tema es cualitativa, por medio de cuestionamientos se quiere llegar a conocer si las enfermeras del Hospital de Nuestra Señora de la Salud poseen los conocimientos necesarios para conocer y clasificar las necesidades de la paciente embarazada e intervenir rápida y adecuadamente ante una emergencia.

Se realizaran consultas y entrevistas a la propia enfermera, gracias a esto se podrá saber cuántas de ellas poseen los conocimientos y cuantas requieren de una capacitación especial para que intervengan correctamente ayudándolas a diferenciar entre una paciente que asiste por una urgencia a una paciente que asiste por una emergencia y que necesita ser atendida inmediatamente.

3.7 Tipo de Método.

El tipo de método que se utilizara en esta investigación será Hipotético Descriptivo.

Este método es el camino que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica. Mediante la observación de lo que se va a estudiar, hipótesis verificación de la verdad de lo que se plantea comparándolo con la experiencia propia.

El objetivo de esta investigación como ya se mencionó es el identificar las acciones de la enfermera para la paciente en estado crítico y brindarle la atención oportuna de acuerdo a niveles de prioridad procurando el bienestar materno- fetal implementando un modelo de atención con calidad, seguridad y mayor capacidad resolutive.

Para lograr el objetivo se utilizará la técnica de consulta y como instrumento el diseño de una lista de cotejo y cuestionario para el personal de enfermería que trabaja en el Hospital de nuestra señora de la salud en el periodo de Enero- Abril del año 2016.

3.8 Variables.

A mayor conocimiento de la enfermera.

En esta variable se pretende saber si la Enfermera tiene los conocimientos necesarios del Triage Obstétrico, si conoce sus acciones y sus intervenciones en este procedimiento.

Gracias a esto se llevara a cabo el objetivo de identificar las acciones de la enfermera para la paciente en estado crítico y con esto se brindara la atención oportuna de acuerdo a niveles de prioridad procurando el bienestar materno- fetal implementando un modelo de atención con calidad, seguridad y mayor capacidad resolutive.

A mejor intervención oportuna.

Se conocerá si se da una intervención oportuna en el Hospital de Nuestra Señora de La Salud ante alguna emergencia obstétrica por parte del personal de Enfermería y si ellas la realizan de acuerdo a las necesidades de la paciente que acude al servicio.

Menores factores de riesgo para la paciente embarazada.

En esta variable se sabrá si la Enfermera conoce los principales Factores de Riesgo, la forma en que realiza sus acciones para disminuirlos. Lo que se va a lograr con esta variable es que la enfermera sea la persona que brinde atención a la paciente obstétrica con orientación para disminuir los factores de riesgo mediante medidas preventivas.

Menor número de muertes materno-fetales.

Con esta variable se quiere tener una reducción de número de muertes materno fetales con ayuda de una intervención adecuada durante el Triage Obstétrico y en el mínimo tiempo posible.

Si se aplican las variables anteriores correctamente se beneficiara y disminuirá un gran porcentaje de muertes materno-fetales.

Evaluación.

“Proceso sistemático, diseñado intencional y técnicamente, de recogida de información, que ha de ser valorada mediante la aplicación de criterios y referencias como base para la posterior toma de decisiones de mejora, tanto del personal como del propio programa”.

En esta investigación la evaluación se aplica recapitulando datos e información al final para dar una crítica correcta y saber si se logró el objetivo, la forma en que se realizó para llegar a la conclusión y de qué forma se puede mejorar donde existan fallas en la intervención de enfermería en el manejo del triage obstétrico.

CAPÍTULO 4. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

En este cuarto capítulo se desdobra el análisis e interpretación de la información que se obtuvo de los cuestionarios y lista de cotejo del tema de investigación "Intervención de Enfermería en el Triage Obstétrico" y en base a los resultados se presenta una tabla donde se desdobra la información obtenida.

Variables.

Las variables en esta investigación, antes mencionadas en Capítulo 3 son las siguientes:

- A mayor conocimiento de la enfermera.
- A mejor intervención oportuna.
- Menores factores de riesgo para la paciente embarazada.
- Menor número de muertes materno-fetales.

A continuación se muestra la variable número uno que lleva por nombre "Conocimiento de la Enfermera" y sus respectivos resultados considerando 20 enfermeras como el 100%.

Cuadro 1: Variable 1.

A mayor conocimiento de la enfermera.

No.	Pregunta	SI	NO
1.	¿Conoce o ha escuchado hablar sobre el Triage Obstétrico?	60%	40%
2.	¿Ha escuchado hablar del Código Mater?	13%	87%
3.	¿Utiliza el Código Mater?	13%	87%

En la pregunta número uno de la lista de cotejo el 60 % de las enfermeras que trabajan en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud si conocen o han escuchado hablar sobre el Triage Obstétrico y solo el 40 % no lo conoce.

Sólo el 13% de las enfermeras han escuchado hablar sobre el código mater y el 87% no lo conoce. En la pregunta número 3 se pregunta si utilizan el Código Mater y solo el 13% lo utiliza y el 87% no.

El tema del Triage Obstétrico es muy importante para el Hospital de Nuestra Señora de la Salud así, se evitarían muchas complicaciones para la paciente obstétrica que se han presentado.

El personal de Enfermería está obligado a conocer este método y el código mater, hace falta más iniciativa por parte de los administrativos para hacer que todo el personal tanto médico, enfermeras y alumnas conozcan el tema del Triage Obstétrico y cómo actuar.

La segunda variable de nombre **A mejor intervención oportuna**, se obtuvieron los resultados siguientes:

Cuadro 2

No.	Pregunta	SI	NO	A VECES
4.	¿Sabe usted si en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud se implementa el Triage Obstétrico?	13%	60%	27%
5.	¿Sabe usted identificar una Urgencia y Emergencia en la mujer embarazada?	53%	7%	40%

En la pregunta número cuatro se busca saber si en el Hospital de Nuestra Señora de la salud se implementa el Triage Obstétrico y de acuerdo a los resultados con el instrumento lista de cotejo aplicados, la mayoría si lo lleva a cabo, un 60% de las enfermeras dijeron que no se implementa, un 13% si lo implemente y el 27% a veces.

Un 53% de las enfermeras del Hospital de Nuestra Señora de la Salud saben identificar entre una urgencia y una emergencia en la mujer embarazada, un 40% contestaron que a veces saben identificarlo, no siempre y solo un 7% No saben identificar.

Lamentablemente más de la mitad del personal de Enfermería no conocen un plan para manejar el Triage Obstétrico y en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud no han dado una guía, es por eso que las enfermeras desconocen si se implementa este método en el hospital donde trabajan.

Es de gran importancia que el personal de enfermería que trabaja en el Hospital de Nuestra Señora de la salud conozca cómo identificar una urgencia y una emergencia en la mujer embarazada, para así, aunque no se conoce exactamente cómo implementar el Triage Obstétrico, tengan iniciativa para dar una acción correcta y a tiempo ante una necesidad y más de la mitad de enfermeras entrevistadas si lo saben identificar

La tercera variable **Menores factores de riesgo para la paciente embarazada** se cuestionó a 20 enfermeras de igual forma donde se obtuvieron los siguientes resultados ante las preguntas en base a la variable.

Cuadro 3

No.	Pregunta	Si	No	Tal Vez
6.	¿Sabe cuáles son los factores de Riesgo de la mujer embarazada?	87%	13%	0%
7.	¿Conoce las Funciones de Enfermería durante el Triage Obstétrico?	40%	53%	7%

La mayoría del personal de Enfermería conoce los factores de riesgo de la mujer embarazada con un porcentaje de 87% que conoce los factores de riesgo y solo un 13% no lo saben.

Un 53% del personal no conoce las funciones de la Enfermera durante el Triage Obstétrico, un 40% si y un 7% solo a veces.

Para lograr un Triage Obstétrico correcto, es muy importante que todo el personal que trabaja en el identifique los factores de riesgo antes, y en este caso como el personal de Enfermería es uno de los primeros en tener contacto con la paciente desde su llegada al servicio de urgencias hasta que es dada de alta es necesario que conozca perfectamente las funciones que debe realizar en esta situación.

Más de la mitad de las enfermeras no conoce sus funciones durante el triage obstétrico ya que lo que realizan es rutinario y lo ven como cualquier otro paciente que recurre a estos servicios sin darse cuenta que necesitan una atención un poco diferente ya que se trata de una paciente obstétrica.

Por último se menciona la variable de **Menor índice de muertes materno-fetales**, que no se conoce actualmente si en realidad se disminuyó.

Pero si se da una intervención oportuna y el conocimiento de las enfermeras en primera instancia y el de todo el personal que participa en el procedimiento se puede disminuir los índices y se recomienda dar continuidad a lo que se propone dándole un seguimiento y cerciorarse si realmente se disminuyó el índice de muertes materno- fetales en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud o no.

En el guion de Entrevista aplicado al personal de Enfermería que trabaja en el Hospital de Nuestra señora de la salud se aplicó a 20 enfermeras donde se obtuvo la siguiente información.

En la primera pregunta se decidió cuestionar a las enfermeras si consideran que el embarazo puede poner en riesgo la vida de la madre para de ahí seguir con las demás preguntas en base a las variables donde se obtuvo la siguiente información.

Dieciséis Enfermeras contestaron que no tiene que implicar riesgos y las otras cuatro dijeron que si puede poner en riesgo la vida tanto de la madre como el feto.

Las enfermeras que dijeron que no, consideran al embarazo como un proceso natural donde no especifican que implica riesgos, sin embargo las demás refieren que el embarazo es un proceso donde existe un cuerpo extraño al organismo de la mujer y por lo tanto implica riesgos para ella.

Variable 1: A mayor conocimiento de la Enfermera.

Trece de ellas conocen el Triage Obstétrico mientras que siete de ellas no lo conocen.

El que las enfermeras conozcan el Triage Obstétrico es una gran ventaja, porque así tienen una idea de cómo se utiliza y los métodos que sirven para realizarlos

Fue un complemento de la pregunta número 1 de la lista de cotejo donde las enfermeras describen lo que es el Triage Obstétrico y la mayoría aunque con diferentes palabras tiene una idea de lo que consiste.

Dos enfermeras conocen el objetivo sobre el procedimiento del Triage Obstétrico y las otras dieciocho no lo conocen.

Variable 2. A mayor intervención Oportuna

Diecinueve enfermeras aseguran que en el Hospital de Nuestra señora de la salud nunca se interviene de forma rápida ante una Emergencia y solo una contestó que si se interviene de forma rápida.

Las veinte enfermeras entrevistadas acertaron en el tiempo en el que se debe realizar el triage obstétrico, cuanto tiempo tiene que estar la paciente en el servicio de urgencias y en cuanto tiempo se debe actuar para atender alguna urgencia y emergencia.

Cuatro enfermeras conocen perfectamente las intervenciones de Enfermería en el triage Obstétrico y mencionaron las más importantes, tres de ellas se acercaron a la respuesta pero con otro tipo de procedimiento, una no contestó y las otras doce no las conocen.

La intervención oportuna en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud ante una urgencia de cualquier tipo se ha venido implementando más a inicios del año 2014 y a finales del año 2015 se marcó más esta intervención en pacientes Gineco- Obstétricas.

Por el poco tiempo que se lleva implementando el tiempo en que deben ser atendidas una urgencia o emergencia no se ha visto gran diferencia aunque esto siempre ha estado es hasta en estas fechas donde se supervisa si se respeta este procedimiento

Variable 3: Menores factores de riesgo para la paciente embarazada.

Nueve enfermeras tienen el conocimiento de los factores de riesgo, los que realmente son, cinco de ellas tienen una aproximación en sus respuestas de factores de riesgo y seis de ellas no los conocen exactamente.

Las enfermeras no conocen exactamente los factores de riesgo de la paciente embarazada porque por parte del hospital no han tenido una clase para especificarles cuales son.

Se han dado conferencias dentro del Hospital de Nuestra Señora de la Salud pero solo los médicos han asistido, falta que se dé una capacitación a las enfermeras sobre este tema para que ellas conozcan y tengan la capacidad de intervenir, ya que son las primeras en tener contacto con la paciente.

Enfermería es un punto clave para ayudar a disminuir los factores de riesgo, ya que sabiendo ellas cuales son pueden explicarle a las pacientes las medidas de prevención que deben tomar para evitar alguna complicación, o bien, ayudar a las pacientes a que conozcan los signos de alarma y no se esperen a que pase más tiempo y así evitar que se compliquen llegando a urgencias con pocas posibilidades de sobrevivir.

Variable 4: Menor índice de muertes materno-fetales.

Se les cuestiono de forma verbal a las enfermeras que trabajan en el Hospital de nuestra señora de la salud si conocían o estaban enteradas que existía una Guía de Práctica Clínica ante Emergencias Obstétricas por lo que se obtuvo la siguiente información:

Solo tres enfermeras sabían que existía una Guía de Práctica Clínica ante emergencias Obstétricas en el Hospital de Nuestra señora de la salud.

Las tres enfermeras que conocían de su existencia fueron las encargadas de indagar en la elaboración de la Guía de Práctica Clínica y las otras enfermeras que trabajan y no participaron en su elaboración, no sabían de la existencia de la misma.

Inclusive las tituladas del Servicio de Urgencias que es donde se encuentra la Guía no sabían que se encontraba en este servicio, al momento de pedirles prestada la guía se tuvo que solicitar a la supervisora para encontrarla, la cual fue quien dijo dónde estaba y en ese momento las enfermeras se percataron de la existencia de la guía.

En esta variable se da a entender que si el número de enfermeras que trabajan en el hospital de nuestra señora de la salud aumentan para conocer la guía de práctica clínica ante emergencias obstétricas y realizan correctamente sus funciones disminuye el riesgo y el índice de muertes materno-fetales.

La pregunta de investigación se realizó como problema ya que existe una deficiencia en la capacitación de las enfermeras que trabajan en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud debido a la falta de información para realizar correctamente el manejo del triage obstétrico.

Las enfermeras que realizan el triage obstétrico en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud la mayor parte del tiempo lo realiza empíricamente, de acuerdo a como ellas creen que es la forma correcta o como ven que las demás compañeras lo manejan pero nunca se ha tenido una explicación por parte de personal capacitado para que cada una conozca su función y las actividades que debe realizar siguiendo los protocolos de atención.

CONCLUSIÓN

Desde el inicio de la investigación se pudo comprobar que no existe mucha información del tema del Triage Obstétrico, ya que la mayoría de los libros y páginas consultadas no definían correctamente el manejo, si no por investigaciones pasadas y con ayuda de médicos obstetras se logró completar el marco teórico.

En los últimos años ha disminuido la tasa de mortalidad materna y gracias a la implementación del triage obstétrico en este ultimo año 2015-2016 se ha dado la atención oportuna a las pacientes que lo requieren y así se ayudó a disminuir la tasa de mortalidad materno-fetal.

Para ayudar a disminuir aún más este problema se requiere que el personal este completamente capacitado para realizar sus respectivas acciones ante una urgencia o emergencia o bien para dar un trato digno en el área de urgencias o consultorio para la paciente obstétrica.

Se comprobó que la deficiencia en la atención en pacientes durante el embarazo, parto y puerperio ha disminuido demasiado en el hospital de nuestra señora de la salud aunque aún falta mucho por hacer ya que el servicio de urgencias cuenta con solo un cubículo para la atención de pacientes obstétricas.

Más sin embargo, se ha luchado por prevenir infecciones o enfermedades en el embarazo o controlar las ya existentes para evitar alguna complicación así como dar información a la paciente para prevenir alguna patología que pueda poner en riesgo la vida de madre e hijo.

El manejo del triage obstétrico y las intervenciones de enfermería son los mejores métodos para ayudar ante una emergencia obstétrica, se demostró que en el Hospital de Nuestra Señora de la salud ya exististe más preocupación por brindar una atención correcta en el manejo del triage obstétrico.

GLOSARIO.

Amaurosis.- Ceguera transitoria causada por una afección del nervio óptico o los centros nerviosos.

Atonía.- Falta de tono muscular y de la tensión o vigor normal de ciertos tejidos orgánicos, especialmente los contráctiles.

Corioamnionitis.- Es una patología propia del embarazo, que se manifiesta por medio de diferentes síntomas, tanto en la madre como en el feto.

Cricotiroidectomía.- Abertura quirúrgica en la membrana cricotiroidea para colocar una vía aérea.

Crisis tónico-clónicas.- Tipo de convulsión más frecuentemente asociadas a epilepsia y con las convulsiones en general,

Distocia.- Parto lento, laborioso y difícil.

Distrés respiratorio.- Insuficiencia respiratoria grave, debida a edema pulmonar no cardiogénico

Endometrio.- Membrana mucosa que recubre la cavidad del útero.

Espéculo.- Instrumento médico destinado a dilatar la entrada de ciertas cavidades del cuerpo para facilitar su exploración.

Estasis.- Detención o estancamiento de la progresión de la sangre u otra sustancia en un órgano del cuerpo.

Hidramnios.- Presencia excesiva o aumento de líquido amniótico.

Intervalo intergenesico.- Período de tiempo comprendido entre dos nacidos vivos consecutivos.

Miomas.- Tumor sólido de tejido fibroso.

Miometrio.- Capa muscular intermedia entre la serosa peritoneal y la mucosa glandular que constituye el grueso del espesor de la pared del cuerpo uterino.

Nicturía.- Expulsión involuntaria de orina durante la noche.

Oligoamnios.- Término médico que significa poco líquido amniótico.

Patología.-Enfermedad física o mental que padece una persona.

Tenáculo.- Instrumento en forma de gancho para levantar las arterias y permitir su ligadura.

Tenesmo.- Contracción violenta y dolorosa que sufre un órgano.

Tocolítico.- Medicamentos (beta-bloqueadores) que se utilizan para interrumpir las contracciones uterinas.

FUENTES DE CONSULTA.

Documentos:

Carlos Vallejos Sologuren, D. F. (2007). Guías de práctica clínica para la atención de emergencias. Lima, Perú: Sinco.

ED, D. J. (2004). Obstetric Triage and Emergency Care Protocols. California: MD FACOG.

ED., L. (1987). Obstetrics and gynecology in the emergency room. philadelphia: Obstet Gynecol.

Jimenez J, R. P. (s.f.). Manual para la implementación de un sistema de triage para los cuartos de urgencias. Washington DC: Organización panamericana de la salud.

Mara Jose Esteban Zarraoa, J. m. (2008). Mejora de la calidad del trabajo en el servicio de urgencias mediante la utilización de Triage. Donostia.

Reyes-Flores AG. "Triage en la Sala de Urgencias". Secretaría de Salud de Tamaulipas. salud.tamaulipas.gob.mx (Fecha de consulta: 2-02-16)

Secretaria de Salud. Diagnóstico y tratamiento de emergencia obstétrica. (2009). México:

Viridiana Martinez, J. L. (2015). Manual de proceso de aceptación de pacientes para la atención en urgencias. Morelia.

Páginas Web:

<http://www.smme.org.mx/historia.html> (Fecha de consulta: 18-12-15)

<http://www.medigraphic.com/> (Fecha de consulta: 18-12-15)

<http://www.spps.gob.mx/-universalizacion-de-emergencias-obstetricas>. (Fecha de consulta 10-01-2016)

http://www.cenetec.salud.gob._Emergencias__obstetricas/GRR_Emergencias_obs txtricas.pdf (Fecha de Consulta: 16-01-2016)

Archivos PDF:

Guy h Benrubi, M. (s.f.). Urgencias Obstétricas y Ginecológicas. EUA.

Flores, A. G. (2010). Triage en la sala de urgencias. Tamaulipas: Secretaria de salud de Tamaulipas.

S., V. (1995). Protocolo de Triage en Urgencias. Bogotá.

Delgado, A. (s.f.). Amanece Código Mater. México: Instituto Carlos Slim de la Salud, AC. (Fecha de Consulta : 26- 03-2016)



Anexo 1. Personal de Enfermería

Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Octavo semestre

Seminario de Tesis

No.	Pregunta	Si	No	A veces
1.	¿Conoce o ha escuchado hablar sobre el Triage Obstétrico?			
2.	¿Ha escuchado hablar del Código Mater?			
3.	¿Utiliza el Código Mater?			
4.	¿Sabe usted si en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud se implementa el Triage Obstétrico?			
5.	¿Sabe usted identificar una Urgencia y Emergencia en la mujer embarazada?			
6.	¿Sabe cuáles son los factores de Riesgo de la mujer embarazada?			
7.	¿Conoce las Funciones de Enfermería durante el Triage Obstétrico?			



Anexo 2. Personal de Enfermería

Hospital de Nuestra Señora de la Salud

Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de
la Salud

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México Licenciatura
en Enfermería y Obstetricia

Octavo semestre

Seminario de Tesis

Personal de Enfermería

(Cuestionario)

Datos de Identificación

Nombre. _____

Edad. _____

Servicio. _____

Cuestionario

1.- ¿Considera que el Embarazo puede poner en riesgo la vida de la
Paciente?

2.- De acuerdo a sus conocimientos, para usted ¿Qué es el Triage
Obstétrico?

3.- ¿Sabe usted si en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud se implementa el Triage Obstétrico?

4.- ¿Conoce el Objetivo de este procedimiento?

5.- ¿Cree que en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud se interviene de forma rápida para una Emergencia?

6.- ¿En cuánto tiempo se tiene que realizar este procedimiento?

7.- ¿Cuáles son las principales Intervenciones de Enfermería en el Triage Obstétrico? Mencione 3

8.- ¿Sabe cuáles son los factores de Riesgo de la mujer embarazada? Mencione 3 de ellos.

“Gracias por su colaboración”

Nombre del aplicador: _____

Lugar y fecha: _____