

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS:

ACCIONES DE ENFERMERÍA ANTE LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO MATER,  
CORRECTO MANEJO DE TRIAGE OBSTÉTRICO Y EQUIPO DE RESPUESTA  
INMEDIATA OBSTÉTRICA.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:  
GUADALUPE ANDREINA FABELA FLORES

ASESORA DE TESIS:  
LIC. EN ENF. MARÍA ELVA CORTÉS RANGEL

MORELIA, MICHOACÁN 2023



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.

## Agradecimientos

A mi madre; mi incondicional por siempre, mi fiel compañera y mi mejor protectora esto es de ella y para ella. Te amo.

A mi hermana; mi persona, mi mejor amiga por y para siempre, mi mejor defensora, mi confidente y compañera de vida. Te amo

A mi padre; por la motivación familiar de salir adelante y ser alguien en la vida, teniendo que hacer sacrificios y limitaciones constantes. Te amo

A mi flaca; que estuvo, está y estará en mi vida, acompañándome y motivándome, por ser parte de esta etapa en mi vida y ser apoyo incondicional. Te amo.

A mi fiel compañera de desvelos, recostada a un lado mío, no dejándome sola y acompañándome para cumplir un sueño de vida.

Agradezco a la vida y el universo por poderme permitir continuar mis estudios y ser la persona que ahora soy, por crecer personal y profesionalmente.

## Dedicatoria

Al universo, mi hermana y mis padres quienes han sido la guía y el camino para poder llegar a este punto de mi carrera, que con su ejemplo, dedicación y palabras de aliento nunca bajaron los brazos para que los míos tampoco lo hicieran. Los amo.

Dedico esta tesis a cada uno de mis seres queridos, quienes han sido mi pilar para salir adelante. Es para mí una gran satisfacción poder hacerlo, que con trabajo y mucho esfuerzo lo logramos.

## Índice

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
ANTECEDENTES .....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	7
OBJETIVOS .....	8
Objetivos generales .....	8
Objetivos específicos .....	9
HIPÓTESIS .....	11
JUSTIFICACIÓN.....	12
MARCO TEÓRICO.....	16
CAPITULO I. Acciones de enfermería para la seguridad del paciente.....	16
1.1 Descripción general.....	16
1.2 Identificación del paciente.....	18
1.3 Comunicación afectiva.....	18
1.4 Seguridad en el proceso de medicación.....	19
1.5 Seguridad en los procesos.....	19
1.6 Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud.....	20
1.7 Reducción de riesgo de daño al paciente por causa de caídas .....	20
1.8 Registro de análisis de los eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas.....	20
1.9 Cultura de seguridad de paciente .....	24
CAPÍTULO II Triage obstétrico.....	25
2.1 Descripción general.....	25
2.2 Propósitos del Triage .....	25
2.3 Ejemplos de respuesta en atención y evaluación.....	26
2.4 Urgencias no calificada .....	26
2.5 Urgencia calificada .....	27
2.6 Emergencia.....	28
2.7 Recursos para la implementación del Triage .....	29
2.8 Modelos de las tres demoras .....	29
CAPITULO III Código mater .....	32
3.1 Descripción general.....	32
3.2 Objetivos de la activación.....	32

3.3 Procedimiento para activación.....	33
3.4 Ámbito de aplicación .....	33
3.5 Responsable de activación .....	33
CAPÍTULO IV Equipo de respuesta inmediata obstétrica .....	34
4.1 Descripción general.....	34
4.2 Políticas hospitalarias .....	34
4.3 Recursos físicos.....	35
4.4 Recursos materiales.....	35
4.5 Recursos humanos.....	36
4.6 Responsabilidades y funciones del personal de salud.....	37
4.7 Proceso de atención.....	43
ANÁLISIS DE DATOS .....	44
CONCLUSIONES.....	73
SUGERENCIAS.....	74
ANEXOS .....	76
BIBLIOGRAFÍA.....	83

## **INTRODUCCIÓN**

Como lo ha señalado el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud, la mortalidad materna y la morbilidad asociada a sus factores determinantes, continúa constituyendo un grave problema de salud pública en nuestra Región. Asimismo, revela algunas de las más profundas inequidades en las condiciones de vida y es un reflejo del estado de salud de las mujeres en edad reproductiva, ya que se encuentra sensiblemente asociada a la falta de acceso a servicios adecuados de salud y a la baja calidad de la atención que reciben, lo cual conlleva a defunciones y daños a la salud materna que podrían ser evitables mediante un adecuado control y atención.

En nuestro país, la Mortalidad Materna y los factores asociados a ella, se han colocado en la Agenda prioritaria de la Administración Federal y de los Gobiernos Estatales por lo que cada dependencia, dentro de las atribuciones de su competencia, debe contribuir a fortalecer las acciones tendientes a reducir la Razón de Mortalidad Materna en su ámbito de acción.

Con ese propósito, la Comisión de Operación Sanitaria de la COFEPRIS en el marco de su competencia de definir las políticas y procedimientos a que se sujetarán las autoridades sanitarias del país para el control sanitario y en los términos de los acuerdos de coordinación del Sistema Federal Sanitario

La mortalidad materna es uno de los indicadores más sensibles del desarrollo de una nación, dado los niveles elevados en éste, evidencian inequidad, falta de acceso y deficiente calidad de la atención obstétrica.

En nuestro país persiste como un grave problema sanitario y constituye un reto enorme para el Sistema de Salud Pública. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2015, murieron alrededor de 303 mil mujeres en el mundo por complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

La mayor parte de estas muertes, se presentó en países con bajos ingresos económicos y la mayoría de estas defunciones pudieron haberse evitado. En México en el año 2014 ocurrieron 872 muertes maternas (2.3 muertes por día), 71.2% de estas defunciones se concentraron básicamente en 12 entidades federativas. La mortalidad materna en el país ha disminuido paulatinamente, de una razón de muerte materna de 89 en 1990 a 38.9 para el 2014.



## ANTECEDENTES

### Florence Nightingale

A su llegada al territorio de Crimea constató cuáles eran las condiciones por las que morían los soldados ingleses. Observó que los hospitales no contaban con agua potable, los pisos y las instalaciones estaban sucios, había un número de soldados mayor al que el propio hospital podía permitir y estaban muriendo más de enfermedades epidémicas como la tifoidea, la disentería y el cólera, que de las heridas de guerra. (Luisa Santillán, 2020)

“Empezó a hacer mejoras cualitativamente importantes en materia de higiene y seguridad para los enfermos, y a poner en práctica medidas que hoy en día son básicas para el control de epidemias como el lavado de manos, que no lo practicaban ni los médicos y que originó una confrontación con ellos con tal de que lo implementaran, así como que establecieran una alimentación adecuada para cada persona.” (Luisa Santillán, 2020)

Asimismo, guiaba a las enfermeras que la acompañaban para que pudieran asumir que su función era el cuidado del enfermo y no ser ayudantes de los médicos han transcurrido dos siglos desde que Nightingale impulsaba este tipo de enseñanza, aún sigue siendo una idea recurrente en muchas instituciones en el mundo. (Luisa Santillán, 2020)

A su regreso de Crimea, Florence escribió un libro sobre cómo controlar las epidemias, el cual además de estar dirigido al personal de enfermería también era para las madres de familia, quienes eran las responsables de atender a los enfermos en casa y, por lo tanto, podían controlar todos los elementos del entorno, como el agua limpia, el lavado de manos, la ventilación, el aire puro y el control de excretas, que Nightingale detectó que eran las principales causas de las epidemias. (Luisa Santillán, 2020)

Aunque a Nightingale se le conoce como la promotora de la enfermería moderna, esto no significa que antes de ella no existieran escuelas de enfermería, sin embargo, en aquel entonces no se tenía una clara definición de hacia dónde estaba dirigida su formación.. (Luisa Santillán, 2020)

Por sus aportaciones a Nightingale se le conoce como la primera teórica del cuidado. Una de las características que la identificaba es que reconocía que nunca le habían enseñado nada sobre la naturaleza de la enfermedad. (Luisa Santillán, 2020)

Todo lo había aprendido a través de la experiencia, la observación y la reflexión, por lo tanto, al intentar educar a sus alumnas quiso reproducir las condiciones en las que ella había aprendido la realidad de la enfermedad. (Luisa Santillán, 2020)

Además, propuso la teoría de enfermería, que posteriormente sería conocida como la teoría del entorno y que consistía en identificar esos elementos que debía controlar la enfermera del ambiente, tales como la luz, el ruido, la ventilación, el aire fresco, agua limpia y potable y la correcta eliminación de excretas, que eran benéficos para la salud. (Luisa Santillán, 2020)

Se consideraba positivista y creía en el conocimiento de la ciencia a partir del método experimental. Por tal motivo pensaba que el aprendizaje y la formación estaban

basados en la experiencia, la cual estaba mediada por la observación fina y la observación física, así como por la estadística para analizar y reflexionar sobre los datos y sacar conclusiones (Luisa Santillán, 2020).

“Nightingale definió a la enfermería como una profesión ética, así como las prácticas éticas integradas en esta disciplina. Presentó pautas para la relación profesional con los pacientes, como el principio de confidencialidad y la toma de decisiones que potencialmente pudieran afectarlo; ideas que hoy tienen vigencia en la práctica profesional de la enfermería contemporánea” (Luisa Santillán, 2020)

Además de apoyarme con herramientas adicionales como lo es las guías de práctica clínica en manejo de activación de código meter y yendo de la mano con la Norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. (oficial, 2016)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los sangrados graves tras el parto pueden matar a una mujer sana en 2 horas, si no recibe la atención adecuada. Las infecciones tras el parto pueden eliminarse con una buena higiene y reconociendo y tratando a tiempo los signos tempranos de infección.

La hipertensión durante el embarazo debe detectarse y tratarse adecuadamente antes de la aparición de convulsiones u otras complicaciones potencialmente mortales.

Para evitar la muerte materna también es fundamental que se eviten los embarazos no deseados o a edades demasiado tempranas. Todas las mujeres, y en particular las adolescentes, deben tener acceso a métodos de planificación familiar.

La presente investigación está dirigida al personal estudiantil y de enfermería del Hospital De Nuestra señora de la salud del estado de Michoacán.

Actualmente, se estima que aproximadamente 15% de las mujeres embarazadas presenta alguna patología agregada con riesgo para su vida y la del producto de la gestación, por lo que requerirá cuidado obstétrico calificado. El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva reportó que para el año 2008, 84% de las muertes maternas estuvieron relacionadas con la deficiente calidad de la atención obstétrica y el retardo en recibir un tratamiento adecuado a nivel hospitalario, en donde se ubica la tercera demora.

Basándome en el registro y control del archivo hospitalario de la institución tomando inicio de investigación año 2008 hasta el año actual se tiene el registro de 8 muertes maternas en el hospital todas analizadas por COFEPRIS

## PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Dentro de nuestro hospital se sigue de manera correcta el protocolo de activación código mater, y correcta valoración de Triage obstétrico?

# OBJETIVOS

## Objetivos generales

Dar a conocer los protocolos y estrategias establecidos en el Hospital de nuestra señora de la salud "Morelia" en el Estado de Michoacán que contribuyen a agilizar la atención en la gestante y coadyuvan en la disminución de la mortalidad materna.

Salvaguardar la vida de la paciente, protegiéndola y manteniendo una correcta atención.

Identificar los protocolos y estrategias establecidos por la (OMS) al personal de enfermería, que contribuyen a establecer la atención con la gestante, adquiriendo sensibilización de la importancia de fomentar la práctica de dichos protocolos.

Capacitar al personal de Enfermería, Equipo de respuesta inmediata obstétrica, Médico y de apoyo (Gineco obstetra, Licenciada en Enfermería, Pediatra, UTI, UCIN, Laboratoristas, Medicina interna) para una pronta adecuada y oportuna organización ante la activación del código.

Tener una organización ya establecida sobre las personas capacitadas para el puesto en cual van a desempeñar una de las tantas funciones para lograr el objetivo principal, salvar y cuidar la vida materna, sin que la paciente tenga secuelas de este episodio.

Disminuir la mortalidad materna a consecuencia de patologías, reacciones y/o negligencias hospitalarias.

Mantener un sistema de vigilancia epidemiológica que genere información oportuna de las defunciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, así como de las defunciones maternas tardías y por secuelas. (Epidemiológicos).

## Objetivos específicos

- Describir las principales manifestaciones clínicas y criterios diagnósticos de la crisis hipertensiva en el embarazo.
- Identificar las intervenciones más eficaces y seguras para el tratamiento inicial de la crisis hipertensiva en el embarazo.
- Describir las principales manifestaciones clínicas y criterios diagnósticos de la hiperémesis gravídica.
- Identificar las intervenciones más eficaces y seguras para el tratamiento inicial de la hiperémesis gravídica.
- Describir las principales manifestaciones clínicas y criterios diagnósticos del infarto agudo de miocardio en el embarazo.
- Identificar las intervenciones más eficaces y seguras para el tratamiento inicial del infarto agudo de miocardio en el embarazo.
- Describir las principales manifestaciones clínicas y criterios diagnósticos del prolapso de cordón umbilical.

- Identificar las intervenciones con mayor utilidad clínica para el tratamiento inicial del prolapso de cordón umbilical.
- Lo anterior, favorecerá la mejora en la calidad y efectividad de la atención a la salud contribuyendo al bienestar de las personas, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.
- Proporcionar información epidemiológica en todos los niveles operativos, que sirva de orientación para la instrumentación de actividades de prevención y control.
- Identificar riesgos a la salud materna y proporcionar información suficiente para la alerta temprana
- Aportar datos para el análisis y difusión de la información en tiempo real de captura para la toma de decisiones
- Proporcionar la herramienta informática de registro sistemático y ordenado con resguardo de información histórica a partir del 2010
- Fortalecer la coordinación interestatal y local, e intersectorial (CNEGSR, DGIS y COFEPRIS)
- Ser un sistema de alerta temprana que permita detonar acciones del resto de los componentes que generan acciones de prevención de muertes maternas e identificación de los factores contribuyentes que pueden ser mitigables. (Epidemiológicos).



## HIPÓTESIS

Es necesario que todo el personal de enfermería y hospitalario conozcan y promuevan las intervenciones ante los protocolos de Triage obstétrico y código mater, para para brindar una atención y tratamiento ideal y así mismo prevenir y evitar la tasa de mortalidad materna.

Todo el personal de salud de la unidad, debe concientizarse en que la integración del ERIO permite salvaguardar la vida de una mujer y su hija o hijo; indirectamente apoya al personal médico tratante al otorgar atención conjunta y recibir adiestramiento.

El Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica de la Unidad, no sustituye en ningún caso, la responsabilidad del personal médico tratante, es decir, el equipo será el apoyo a la atención que otorga el personal médico tratante, no en lugar de él.

Los miembros del equipo de respuesta inmediata obstétrica, deben estar disponibles, tener las habilidades en cuidados críticos, actitud de servicio y de participación en equipo.

En cada unidad hospitalaria, de acuerdo a sus recursos y a su normatividad se establecerá una “alerta” denominada Código Mater (en el IMSS Código rojo), que podrá activarse desde cualquier sitio del hospital en donde se presente la emergencia obstétrica.

Continuamente se deben realizar simulacros, que permitan la identificación de áreas de oportunidad y la implementación de programas de mejora continua. Proporcionar atención médica oportuna, integral y de calidad a mujeres derechohabientes y no derechohabientes, con emergencia obstétrica, por equipos multidisciplinarios de alta competencia y con criterios uniformes, que coadyuven a la disminución de la complicación de la morbilidad obstétrica y a la reducción de la mortalidad materna.

## JUSTIFICACIÓN

Con la presente investigación se pretende como meta principal sistematizar los criterios generales para la implementación de Triage obstétrico en el personal de enfermería y hospitalario, con el objetivo de difundir los protocolos y estrategias optimizando y garantizando la correcta organización de las mujeres en estado gravídico puerperal que solicitan la atención de los servicios de hospital y la derivación oportuna del área en donde se le dará atención adecuada y oportuna para la continuación del código mater como estrategia para el llamado de la emergencia obstétrica y del equipo de respuesta inmediata obstétrica (ERIO) para la atención segura y oportuna del personal de enfermería calificado para desarrollar los protocolos y acciones a realizar al momento de la activación del mismo.

Este fenómeno está íntimamente relacionado con dos aspectos importantes; el primero es la injusticia social, la inequidad de género y la pobreza, y el segundo con problemas en la clasificación que se le da a una emergencia obstétrica por parte del personal hospitalario a cargo.

En ese sentido el personal de salud y enfermería deben llevar un rol protagónico en reforzar las estrategias de atención de primer contacto en emergencias obstétricas.

Por lo tanto, se dará a conocer cómo es que el personal hospitalario y de enfermería deben fundamentalmente trabajar de manera integral y multisectorial, a fin de poder actuar sobre los determinantes estructurales y de atención con estrategias específicas que mejoren la calidad de atención.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la mortalidad materna representa un grave problema de salud pública y se ha observado que en el 80% de los casos las causas son prevenibles, es por eso que en el informe Objetivos de Desarrollo del Milenio se establece el acceso universal a la atención de la salud reproductiva, incluida la planificación familiar, como punto de partida para la salud materna.

Dentro de los factores que se han reconocido como contribuyentes a la ocurrencia de muerte materna están la deficiencia en la identificación oportuna de complicaciones y el retraso para proporcionar atención efectiva.

Por lo anterior se implementó en algunas Unidades de Salud, el *Triage Obstétrico* el cual es un sistema de clasificación que permite identificar rápidamente la presencia de alguna complicación, catalogar su gravedad y establecer acciones inmediatas.<sup>14</sup> Para el año 2002, en el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) inicia la política de "*cero rechazo*" que significa el no rechazar a ninguna mujer embarazada (tenga o no seguro popular), para lo cual se crea el MVI (módulo de valoración individual), atendido por enfermeras perinatales y licenciadas en enfermería y obstetricia.

Cada día mueren en todo el mundo alrededor de 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. Hay grandes disparidades entre los países, pero también las hay al interior de un mismo país entre personas con ingresos altos y bajos, y entre población rural y urbana.

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes menores de 15 años de edad, en donde las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte en la mayoría de los países en desarrollo.

Atendiendo a las estadísticas, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que se encuentran en mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida.

Muchas mujeres fallecen por complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. Tan sólo en 2013 murieron en el mundo 289 000 mujeres y prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y un alto porcentaje de éstas podrían haberse evitado. Desde el año 2006 ha realizado la vigilancia de las condiciones sanitarias de los establecimientos públicos y privados que han presentado casos de muerte materna.

A partir de enero de 2009 se emitieron Lineamientos para el fortalecimiento de la Vigilancia de los Riesgos Sanitarios de Muerte Materna en Establecimientos de Atención Médica que presentan casos de muerte materna o que están relacionados con la atención previa a dichos casos.

Durante el 2010, se coordinaron Instituciones como la Dirección General de Epidemiología, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud y COFEPRIS, para crear una Plataforma de Información de Mortalidad Materna y obtener información de manera oportuna, ésta inició con la notificación de los casos el mes de octubre del 2011.

Con esto se ha agilizado la obtención de los datos de los casos, permitiendo así la acción de la verificación sanitaria en forma más expedita

A partir del año 2012 a la fecha se ha continuado el control sanitario mediante visitas de verificación a los establecimientos de atención médica que han reportado casos de

muerte materna, presentando en promedio una cobertura hasta el 2017 por encima del 80%, como se muestra en la siguiente gráfica:

De acuerdo al “Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva”, la mortalidad materna en el país ha disminuido paulatinamente, de una razón de muerte materna de 89 en 1990 a 38.9 para el 2014

La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Las principales complicaciones causantes de 80% de las muertes maternas son: sangrados graves (en su mayoría tras el parto), infecciones (generalmente tras el parto), hipertensión durante el embarazo –preeclampsia- y abortos peligrosos; el 20% restante se asocia a enfermedades como el paludismo o la infección por VIH en el embarazo.

# MARCO TEÓRICO

## CAPITULO I. Acciones de enfermería para la seguridad del paciente

### 1.1 Descripción general

Es bien sabido que la falta de seguridad en el proceso de atención a la salud produce daño a los pacientes, que en algunas ocasiones ha llegado a cobrar vidas y en otras ha dejado secuelas que llegan a ser muy graves, generando afecciones personales, familiares y laborales, cuya remediación genera un costo.

Para atender este problema se han impulsado diversas acciones a nivel internacional, sin embargo, no se ha logrado avanzar lo suficiente a pesar de diversas campañas, acciones y metas y demás estrategias que se han puesto en marcha.

Las acciones esenciales para la seguridad del paciente se encuentran inmersas de manera transversal dentro del modelo de gestión de calidad, permitiéndole a los establecimientos ir desarrollando y madurando sus procesos para alcanzar los estándares tanto de acreditación como de certificación y lograr los cinco resultados de valor que establece el propio modelo: Salud en la población, acceso efectivo, organizaciones confiables y seguras, experiencia satisfactoria al transitar por el sistema.

La Seguridad del Paciente (SP) es el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica.

Según la OMS la seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de las disciplinas de la salud es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos.

La seguridad del paciente es fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad. De hecho, existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces y seguros y estar centrados en las personas. Además, para que los beneficios de una atención sanitaria de calidad sean efectivos, los servicios de salud deben prestarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente (Dr, 2008)

## 1.2 Identificación del paciente

El personal de salud debe identificar al paciente desde el momento en que se solicita la atención con al menos dos indicadores, que serán nombre completo del paciente y su fecha de nacimiento (Día, mes y año); en su caso adicionalmente podrán agregarse otros determinados en la normativa de la institución.

Todos los documentos que se generen durante el proceso de atención, incluyendo el expediente clínico, recetas médicas solicitudes y resultados de laboratorio y gabinete deben contener el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento

No se debe incluir en los datos de identificación en número de la cama, número de la habitación o el servicio en el que se encuentra, horario de la atención ni diagnóstico (Dr, 2008)

## 1.3 Comunicación afectiva

Las órdenes verbales o telefónicas presentan un mayor margen de error que las órdenes escritas o los anuncios que se indican por correo electrónico, la interpretación de las órdenes verbales es problemática debido a los diferentes acentos dialectos y pronunciamientos. El ruido de fondo, las interrupciones u los nombres desconocidos de los medicamentos (Dr, 2008)



## 1.4 Seguridad en el proceso de medicación

Los medicamentos constituyen el recurso terapéutico más utilizado en los países desarrollados. En consecuencia, no es de extrañar que los errores de medicación sean una de las causas más frecuentes de los acontecimientos adversos ligados a la atención médica

En EEUU el primer informe del instituto de medicina informo que los errores por medicación eran de los de mayor prevalencia en hospitales. (Dr, 2008)

## 1.5 Seguridad en los procesos

En México durante el 2009 la dirección general de evaluación del desempeño de la secretaria de salud realizo un estudio de prevalencia de eventos adversos “Evaluación de seguridad quirúrgica” entre los principales resultados encontrados fueron que uno de cada 25 pacientes que fue intervenido quirúrgicamente en las instituciones públicas del país presento un evento. (Dr, 2008)

## 1.6 Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud

La OMS en 2005 lanzó el primer reto mundial “una atención más limpia es una atención más segura encaminado a que todos los profesionales de la salud realicen la higiene de manos como parte de los procesos de atención de la salud constituyéndolo como una medida primordial para disminuir con las infecciones asociadas a ellos” (Dr, 2008)

## 1.7 Reducción de riesgo de daño al paciente por causa de caídas

La comisión permanente de enfermería, en colaboración con representantes de diversas instituciones del sistema nacional de salud, coordinó los trabajos para el desarrollo de una herramienta técnica que definiera una escala para valorar el grado de riesgo de caída del paciente hospitalizado. (Dr, 2008)

## 1.8 Registro de análisis de los eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas

La organización mundial de la salud (OMS) refiere que, para emprender iniciativas de seguridad adecuadamente orientadas, es fundamental comprender los problemas y los factores que contribuyen a crearlos. El principal objetivo de los sistemas de notificación obligatoria es proporcionar información centrada en los errores asociados con errores graves o la muerte.

- Cuasi falla: Error en la medicación que es detectado previo a su administración al paciente.
- Error en un procedimiento/cirugía que se detecta previo a iniciar dicho procedimiento.
- Técnica de cuidado de catéter incorrecta que aún no ha ocasionado una flebitis.
- Error u Omisión de técnicas para la prevención de Úlceras por Decúbito, que aún no ha ocasionado una úlcera por decúbito
- Error en la Identificación de paciente (registro de datos en los formatos, preguntar al paciente, revisar brazalete, etc.) que se detecta previo o durante el proceso con el paciente
- Omisión en la identificación de Recién Nacido, que se detecta antes de salir de la Sala de Atención del Parto/Cesárea
- Omisión de cualquier paso de la Comunicación Efectiva detectada durante el proceso de atención de paciente.

- Evento adverso: Error en la administración de un medicamento que no cumple con el criterio de Evento Centinela (muerte o daño físico).
- Flebitis en cualquier catéter.
- Úlcera por decúbito.
- Omisión de la identificación de Recién Nacidos al momento.
- Falla de equipo médico
- Error en el manejo de medicamentos de alto riesgo
- Se encuentra almacenado equipo re esterilizado por más de 28 días o caduco.
- Paciente con riesgo de caídas sin medidas de protección ambiental.
- Derrame de Líquidos/sustancias corporales (por ejemplo, sangre).
- Error u Omisión en el Consentimiento Informado.
- Falta de lavado de manos de acuerdo a la técnica
- Retraso en el tratamiento del paciente.
- Infección asociada a la atención en salud
- Uso de equipo reesterilizado con defectos que NO ocasiona daños en el paciente.
- Uso de equipo re esterilizado con defectos que SÍ ocasiona daños en el paciente.
- Reacción adversa asociada a transfusión.
- Reacción adversa relacionada a la sedación o anestesia
- Reacción adversa a medicamentos.
- Discrepancias importantes de los diagnósticos pre y postoperatorio

- Evento centinela: Muerte no asociada directamente a la razón de internamiento.
- Pérdida de la Función de un órgano o extremidad no asociada directamente a la razón de internamiento
- Error en la realización de un procedimiento/cirugía.
- Muerte materna
- Paciente al cual se le administra un medicamento por error y es necesario activar código azul (aún si no se dio RCP).
- Paciente al que por un error médico fue necesario aplicar maniobras de RCP y sobrevive
- Suicidio dentro del área hospitalaria.
- Violación, maltrato u homicidio de cualquier paciente.
- Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemocomponentes o trasplantes de órganos o tejidos.
- Robo de infante
- Complicación quirúrgica grave.
- Retención de material o instrumentación en quirófano.
- Trauma al nacimiento.
- Lesión vaginal durante el parto.

(Dr, 2008)

## 1.9 Cultura de seguridad de paciente

Medir la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, con el propósito de favorecer la toma de decisiones para establecer acciones de mejora continua del clima de seguridad en los hospitales del sistema nacional de salud. (Dr, 2008)

## CAPÍTULO II Triage obstétrico

### 2.1 Descripción general

El Triage obstétrico es un proceso de valoración técnico-médica rápida de las pacientes obstétricas, mediante la aplicación del sistema de escalas, que permite clasificarlas en función de su gravedad/emergencia a fin de recibir inmediata atención médica o su espera segura para recibir ésta.

19 Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica Se utiliza en los servicios de urgencias obstétricas o en el área de admisión de la unidad de toco cirugía (Salud, 2016)

### 2.2 Propósitos del Triage

- Identifica rápidamente a las usuarias en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado o normalizado de clasificación.
- Asegura la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica de la usuaria.
- Asegura la reevaluación periódica de las usuarias que no presentan condiciones de riesgo vital.
- Determina el área más adecuada para tratar una paciente que se presenta en el servicio de urgencias.
- Disminuye la saturación del servicio, mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio.
- Proporciona información que ayuda a definir la complejidad del servicio. (Salud, 2016)

## 2.3 Ejemplos de respuesta en atención y evaluación

La operación y funcionamiento del Triage, se adecuará considerando el marco normativo de las instituciones que conforman el sector salud en sus diferentes apartados de dotación de recursos humanos, infraestructura médica y recursos y a las características particulares de cada institución, para lo cual se deberá planear y gestionar ante las diferentes instancias rectoras, el capítulo de los recursos humanos, insumos e infraestructura que garanticen la funcionalidad del Triage con las adecuaciones en su implementación.

Es conveniente para operar este servicio, que cuente con: Área física Se requiere de un área con adecuada iluminación, señalizada, con acceso directo desde la sala de espera, al módulo de recepción y control, cercana al consultorio de valoración del servicio de urgencias obstétricas, al área de choque y a la unidad de toco cirugía.

## 2.4 Urgencias no calificada

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

Al ingresar la paciente al servicio de urgencias Obstétricas, la enfermera perinatal y/o la licenciada en enfermería y obstetricia establecen el primer contacto con la gestante y como primera acción se le toman sus signos vitales, se le realiza un interrogatorio para detectar antecedentes ginecobstétricos de importancia como cefalea, hipertensión, hemorragias, alteración en el estado de alerta, etc.



Se toma una muestra de orina para realizar un estudio básico (bililastix), se determina talla y peso.

Los datos recabados sirven para llenar las hojas de *Triage Obstétrico*, con base en esto se determina si el caso es código rojo o verde para pasar a la revisión médica, si se identificara un código rojo la atención médica será inmediata para ser tratado como una urgencia.

## 2.5 Urgencia calificada

Código amarillo: Pacientes con antecedentes en proceso o agudos, su atención será de 15 a 30 minutos.

Al ingresar al servicio de urgencias obstétricas, la enfermera perinatal y/o la licenciada en enfermería y obstetricia establece el primer contacto con la gestante como es el registro y toma de signos vitales, interrogatorio para detectar antecedentes obstétricos de importancia como cefalea, hipertensión, hemorragias, alteración en el estado de alerta.

Se toman muestras de laboratorio y gabinete

Los datos recabados sirven para llenar las hojas de *Triage Obstétrico*, con base en esto se determina si el caso es código rojo o verde para pasar a la revisión médica, si se identificara un código rojo la atención médica será inmediata para ser tratado como una urgencia.

## 2.6 Emergencia

Código rojo: notificar de inmediato al médico gineco-obstetra. Brindar apoyo emocional a la paciente, explicar las acciones a seguir y en su caso ingresarla al servicio de Admisión de Toco cirugía.

Todo el personal que labora en el hospital debe conocer el programa de *Cero Rechazo* en Urgencias.

Una expresión de esta estrategia aplicada en el estado de México se apreció en la disminución de la razón de mortalidad materna del 2005 al 2007 de 76.4 a 46.7 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, que representa una disminución de 38.8% en la RM, sin embargo, con base en estas cifras, faltan 27.9 puntos para alcanzar la meta del milenio, lo que equivale a disminuir 3.5 puntos por año.

Se han realizado múltiples acciones en las unidades hospitalarias para coadyuvar en la disminución de la mortalidad materna; en junio del 2007,<sup>9</sup> el Hospital de nuestra Señora de la Salud le propone a la secretaria de salud la implementación del Código Mater siendo la misma quien autoriza que se lleve a cabo.

El Director, Dr. Guillermo Tena Moreno ha respaldado la implementación desde su inicio a la actualidad, aunque la aplicación del Código Mater ha presentado modificaciones importantes en cuanto a sus políticas en función de los resultados deseados y los compromisos que se asumen, los siguientes son dos ejemplos de esto.<sup>16</sup>

Del año 2007 al 2009 el Compromiso fue: "Disminuir la Muerte Materna Hospitalaria".

En el año 2011 existieron dos versiones en donde el compromiso fue: "Cero muertes maternas".

## 2.7 Recursos para la implementación del Triage

La operación y funcionamiento del Triage, se adecuará considerando el marco normativo de las instituciones que conforman el sector salud en sus diferentes apartados de dotación de recursos humanos, infraestructura médica y recursos y a las características particulares de cada institución, para lo cual se deberá planear y gestionar ante las diferentes instancias rectoras, el capítulo de los recursos humanos, insumos e infraestructura que garanticen la funcionalidad del Triage con las adecuaciones en su implementación.

## 2.8 Modelos de las tres demoras

El Modelo de las Tres Demoras permite analizar problemas relacionados con la búsqueda de atención médica, el acceso al cuidado médico, la toma de decisiones y la calidad de cuidado recibida durante el parto o cualquier emergencia obstétrica. Identifica demoras relacionadas con tres aspectos diferentes: la decisión de buscar atención médica, el traslado hacia el centro de atención, y la efectiva atención recibida en la institución.

Primera demora: El reconocimiento de una necesidad de atención médica y la decisión de recibirla, la primera demora mide el tiempo entre que se presenta la complicación hasta la decisión de buscar ayuda médica. Algunos de los ejemplos de esta demora son la incapacidad de reconocer síntomas peligrosos, la falta de dinero o la resistencia de recibir atención médica por ciertas limitaciones culturales.

Ejemplos de primera demora: Valoración por la salud de la mujer, incapacidad de tomar decisiones, ningún familiar o amigo para cuidar de los demás hijos (pequeños), ignorancia respecto de los servicios disponibles.

Segunda demora: El traslado hacia el centro de atención, luego de tomar la decisión de ir en búsqueda de atención, puede haber demoras en el traslado de la institución. Esta segunda demora suele estar determinada por limitaciones sociales, por ejemplo, la distancia de la vivienda de la mujer hasta llegar al centro de atención, la falta de transportes de emergencia o de apoyo a la comunidad.

Ejemplos de segunda demora: Caminos en mal estado, distancia desde la vivienda de la mujer hasta la institución.

Tercera demora: La atención médica recibida, una vez que la mujer identificó el riesgo y llegó al centro de atención, puede haber demoras en la institución que lleven a muertes maternas. Esto se conoce como tercera demora. Algunos ejemplos incluyen falta de personal o fallas en la derivación de pacientes.

Ejemplos de tercera demora: Falta de competencia y equipos por parte de los prestadores de salud para tratar emergencias obstétricas, falta de consideración de género por parte de los prestadores de salud, falta de suministros como medicamentos de emergencia o sangre.

Para el año 2002, en el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) inicia la política de "*cero rechazos*" que significa el no rechazar a ninguna mujer embarazada (tenga o no seguro popular), para lo cual se crea el MVI (módulo de valoración individual), atendido por enfermeras perinatales y licenciadas en enfermería y obstetricia.

Para prevenir la muerte materna, la Secretaría de Salud de Guanajuato impulsa acciones en beneficio de la población con la política de Cero Rechazo a Mujeres Embarazadas en los servicios de salud del estado, informó el Secretario del ramo, Ignacio Ortiz Aldana.

Precisó que se exhorta a este sector a acudir a la unidad médica más cercana previo a la gestación para llevar un correcto control prenatal, con el fin de que la madre y el menor reciban la atención médica adecuada para prevenir enfermedades, detectarlas y tratarlas con éxito.

El funcionario señaló que, durante el 2015, la SSG otorgó un total de 400 mil 587 consultas de control prenatal.

## CAPITULO III Código mater

### 3.1 Descripción general

El Código Mater es la activación de un mecanismo de alerta o de llamado al personal del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y el producto de la gestación.<sup>46,47</sup> Es un proceso vital que debe ser simple, confiable, fácil de recordar, llegar a todos los espacios físicos de la unidad, no propiciar errores en el llamado, especificar el lugar de donde se está dando la alerta (Triage, choque, urgencias, tococirugía, hospitalización o quirófano) y deberá funcionar en todos los turnos. (Salud, 2016)

### 3.2 Objetivos de la activación

Informar al personal de salud sobre la emergencia que se está presentando en ese momento, priorizar necesidades, como la presentación física de los elementos que conforman el equipo de respuesta inmediata obstétrica, así como alertar a los demás servicios sobre lo antes mencionado, para tener la facilidad en cuanto a equipo y material que no se encuentren en el área en donde se realiza la activación.

Ofrecer una atención de calidad a la paciente de riesgo, preservar la vida del binomio, trabajando en conjunto todo el personal de salud.

Reducir e erradicar el riesgo de muerte materna.

Contar con un sistema de llamado de alerta, simple, estandarizado, continuo y único ante una emergencia obstétrica. (Salud, 2016)

### 3.3 Procedimiento para activación

Cada unidad establecerá el protocolo de llamado de acuerdo a las características estructurales y a los recursos con los que cuente, estando obligados a difundir entre todo el personal el procedimiento establecido. El responsable de la activación de “alerta” o Código Mater es cualquier médica o médico, enfermera o enfermero que detecte datos de alarma en la paciente obstétrica clasificados como código rojo no importando el área de la unidad en donde se encuentre la paciente. (Salud, 2016)

### 3.4 Ámbito de aplicación

La implementación del Código Mater, es de observancia en todas las unidades médicas de segundo y tercer nivel del sector salud en las que se brinde atención obstétrica. (Salud, 2016)

### 3.5 Responsable de activación

Dentro del ámbito y área hospitalaria se otorga el poder de activación de código mater /código rojo o código de oro según sea conocido e identificado en su institución, a toda persona que esté en contacto directo con la paciente y la cual sea identificada por el mismo como con sintomatología de alto riesgo o que pueda poner en riesgo la vida de la paciente misma o del binomio. (Salud, 2016)

## CAPÍTULO IV Equipo de respuesta inmediata obstétrica

### 4.1 Descripción general

La atención del equipo de respuesta inmediata obstétrica en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención, está dirigida a la detección, control y tratamiento inmediato e integral de las emergencias obstétricas, de las enfermedades preexistentes, intercurrentes o concomitantes que se presentan durante el embarazo, el trabajo de parto, parto y/o puerperio y que necesitan atención de emergencia. (ORDAZ, 2018)

### 4.2 Políticas hospitalarias

El personal directivo estatal, delegacional y jurisdiccional realizará la difusión del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, descrito en este lineamiento y vigilará, supervisará y evaluará su implantación y cumplimiento de acuerdo a los criterios aquí descritos en su ámbito de competencia. (Salud, 2016)

El personal directivo de los cuerpos de gobierno de las unidades hospitalarias, será el responsable de apoyar la capacitación, proporcionar asesoría y/o adiestramiento en servicio y realizar simulacros y su seguimiento, al personal involucrado, en la aplicación del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, señalado en este lineamiento. (Salud, 2016)



El personal de salud otorgará atención médica a la paciente respetando los derechos humanos y las características interculturales e individuales de la paciente.

Cada integrante del equipo deberá tener funciones definidas y referidas en los protocolos de la unidad. (Salud, 2016)

Se mantendrá informado al familiar o responsable de la paciente obstétrica sobre el estado de salud de la misma, al término de la intervención del equipo (ERIO) y durante la atención. (Salud, 2016)

### 4.3 Recursos físicos

Cualquier área en donde se encuentre la paciente con emergencia obstétrica. Cuando el criterio de activación se presenta en el servicio de urgencias, el área de choque es ideal para el manejo de la paciente. Dependiendo de las condiciones de la paciente se deberá valorar el riesgo-beneficio de iniciar las maniobras en el lugar o transferirla al área más cercana y adecuada. (Salud, 2016)

### 4.4 Recursos materiales

En el área de choque: Mobiliario y equipo de acuerdo a las especificaciones del Apéndice Normativo “Q” de la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada (incluye carro rojo).

Caja roja.

En todas las demás áreas:

Carro rojo con desfibrilador.

Caja roja. (Salud, 2016)

## 4.5 Recursos humanos

Cada unidad deberá conformar su Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), de acuerdo a sus recursos disponibles teniendo como objetivo principal la atención inmediata de la paciente con emergencia.

Integrantes del equipo:

1. Subdirectora/or Médica/o Asistente de Dirección y Jefa/e o Subjefe de Enfermeras.
2. Personal Médico Especialista en Gineco-Obstetricia.
3. Personal Médico Especialista en Cuidados Intensivos o en Anestesiología (en su caso una Médica o Médico Especialista en Medicina Interna o Gineco-Obstetra con especialización en Medicina Crítica).
4. Personal Médico Especialista en Neonatología o en Pediatría.
5. Personal Médico Especialista en Cirugía General.
6. Personal de Enfermería.
7. Personal de Trabajado Social.
8. Personal de Laboratorio.
9. Personal de Banco de Sangre o servicio de transfusión.
10. Personal de Rayos X
- . 11. Camilleros. (Salud, 2016)

## 4.6 Responsabilidades y funciones del personal de salud

### 1. Coordinadora/o, Subdirectora/or Médica/o cargo administrativo similar

Establece comunicación para la aceptación de pacientes obstétricas al hospital, siempre en coordinación con el personal médico encargado del área.

Verifica que se cumpla en forma adecuada el proceso de atención de la paciente.

Documenta en bitácora y/o reporte específico las actividades del equipo.

Si el ERIO descarta una emergencia obstétrica, la coordinadora o coordinador consigna en la nota médica el diagnóstico probable, las medidas implementadas y el área a donde se derivará a la paciente realizándose la entrega personalizada.

Establece coordinación para el traslado de la paciente en caso necesario. P

Verifica la asistencia completa del personal involucrado en el equipo.

Gestiona la disponibilidad de todos los insumos requeridos.

Realiza monitoreo y evaluación del proceso.

Participa en la selección de los integrantes del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO). (Salud, 2016)

2. Líder del Equipo: Personal Médico Especialista en Cuidados Intensivos (en su caso un Médico/a Especialista en Medicina Interna o Gineco-Obstetricia con Especialización en Medicina Crítica). 35 Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica

Debe ser la persona mejor capacitada del equipo en protocolos de reanimación.

Dirige y participa activamente en la atención médica de la paciente.

Realiza valoración neurológica, cardio-hemodinámica, hematológica, respiratoria, renal y metabólica de la paciente.

Inicia medidas de apoyo órgano funcional y tratamiento multi-orgánico.

Participa en la selección del personal que participará en el Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica

Verifica que el personal se encuentre debidamente capacitado, evaluándolo en forma permanente.

Informa al familiar o responsable de la paciente, del estado de salud al término de la intervención del equipo (ERIO). P Registra las actividades del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO) en el formato correspondiente, mismo que será incorporado al expediente clínico. (Salud, 2016)

### 3. Personal Médico Especialista en Gineco-Obstetricia

Maneja el problema de su área, desde la fase diagnóstica hasta el establecimiento del plan de manejo integral en conjunto con los demás integrantes del equipo, estableciendo prioridades del protocolo a seguir.

Realiza el rastreo ultrasonográfico básico (vitalidad fetal, localización placentaria y líquido amniótico, en su caso).

Efectúa exploración de la pelvis genital, maneja la condición del embarazo de acuerdo al diagnóstico (conservador y/o resolutivo o del estado puerperal).  
(Salud, 2016)

### 4. Personal Médico Especialista en Anestesiología

Conoce las condiciones materno-fetales y adecúa manejo anestésico.

Efectúa intubación oro o naso traqueal en caso necesario.

Realiza procedimiento anestésico de urgencia.

Participa activamente en la reanimación hemodinámica.

(Salud, 2016)

### 5. Personal Médico Especialista en Neonatología (o Médico Especialista en Pediatría)

Revisa los antecedentes sobre la evolución del embarazo y patología que lo complica.

Identifica las condiciones fetales y prepara el área para la reanimación fetal.

(Salud, 2016)

## 6. Personal Médico Especialista en Cirugía General

Evalúa la participación conjunta con el Gineco-obstetra para la resolución definitiva del problema, Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (Salud, 2016)

## 7. Enfermería\* A. Enfermera /o brazo izquierdo (monitoreo hemodinámico)

Toma y valoración de signos vitales: presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y oximetría.

Da asistencia para intubación.

Efectúa aspiración de secreciones.

Efectúa fijación de cánula endo-traqueal.

Efectúa instalación de invasivos, sonda Foley y sonda nasogástrica.

Otorga asistencia para la instalación de catéter venoso central.

Coloca cánula nasal y/o mascarilla facial.

Forma parte del equipo para la entrega del paciente al servicio correspondiente.

(Salud, 2016)

## 8. Enfermera/o brazo derecho (circulatorio)

Canaliza vena o permeabiliza accesos venosos.

Toma de muestras de laboratorio.

Toma de glucometría capilar.

Realiza prueba multirreactiva de orina.

Ministra medicamentos.

Efectúa vendaje de miembros pélvicos.

Da vigilancia del estado neurológico.

Ministra hemoderivados.

Coloca pantalón antichoque, en su caso C. Enfermera/o circulante

Prepara medicamentos.

Provee material de curación.

Prepara soluciones.

Maneja el carro rojo y caja roja. D. Enfermera/o administrativa

Efectúa control de los medicamentos, soluciones y hemoderivados administrados a la paciente.

Realiza registros clínicos (datos completos).

Efectúa control de tiempos.

Coloca la pulsera de identificación. \* En caso de no contar con suficiente personal o si por protocolo en la unidad deciden incluir en el equipo tres o incluso dos enfermeras, las actividades deberán ser reestructuradas Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica

Efectúa ficha de identificación.

Requisita la hoja de evaluación inicial.

Registra los censos del servicio Personal de Laboratorio de Análisis Clínicos

Realiza exámenes de laboratorio solicitados con carácter "urgente". (Salud, 2016)

9. Personal de Banco de Sangre o Servicio de Transfusión P Agiliza la tipificación y abastecimiento oportuno de hemocomponentes. (Salud, 2016)

10. Personal de Imagenología P Realiza rastreo abdominal y pélvico. P Efectúa algún otro estudio de imagen requerido de acuerdo a la patología de la paciente. (Salud, 2016)

11. Trabajadora/or Social P Realiza vinculación con los familiares de las pacientes y con otros hospitales o servicios. P Informa al familiar responsable sobre el estado de salud de la paciente. P Consentimiento informado. (Salud, 2016)

12. Camilleros P Traslado de pacientes. (Salud, 2016)



## 4.7 Proceso de atención

El proceso inicia con la activación del Código Mater ante la presencia de una paciente con emergencia obstétrica (código rojo) y termina al decidir el manejo definitivo una vez lograda la mejor estabilización posible. El tiempo de llegada del equipo no deberá ser mayor de tres minutos una vez activado el Código Mater. (ORDAZ, 2018)

## ANÁLISIS DE DATOS

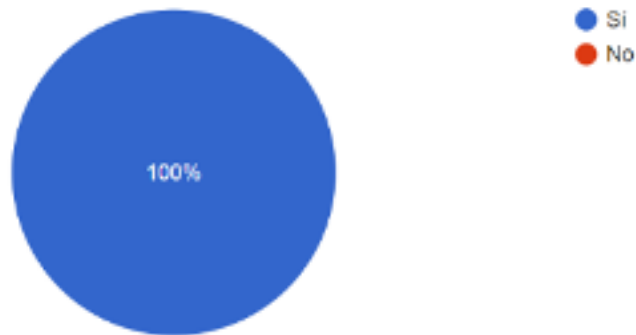
Dentro de los análisis obtenidos por encuesta realizada a personal de salud se obtuvo gran índice de pruebas que demuestran que aún no se realiza la correcta valoración del registro de valoración de Triage obstétrico y de igual manera aún no se realiza la correcta activación de código mater principalmente por negación por parte del personal de ginecología.

Aun sabiendo que enfermería es acreedor a la autoridad de hacer la activación del mismo, solamente con la observación o medición con un solo dato de alarma o sintomatología presentada por la paciente.

---

¿Sabes que es el expediente clínico?

26 respuestas



---

La primera pregunta de mi investigación fue sobre el expediente clínico ya que es uno de los principales conocimientos que se nos imparte dentro de nuestra formación académica.

Además de la importancia legal que se no impone al estar y tener contacto con información y tramites médico-legales.

Conocer y saber identificar que el expediente clínico está incluido dentro de las normas oficiales mexicanas y respaldado por la misma.

¿Sabes que el expediente clínico se considera como documentación legal?

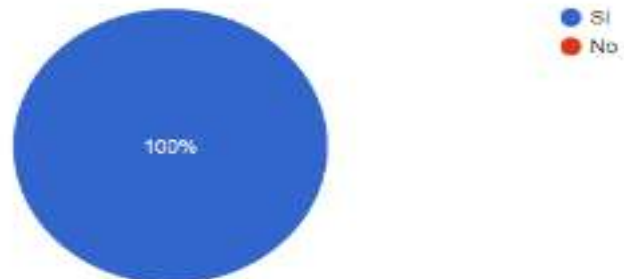
26 respuestas



Mi pregunta numero dos la relacione y adentre al ámbito legal ya que algunas veces pasamos desapercibido el hecho de que nuestro registro, reporte y valoración deben ser detallados a profundidad para beneficio del paciente y respaldo nuestro.

¿Has escuchado hablar del código mater?

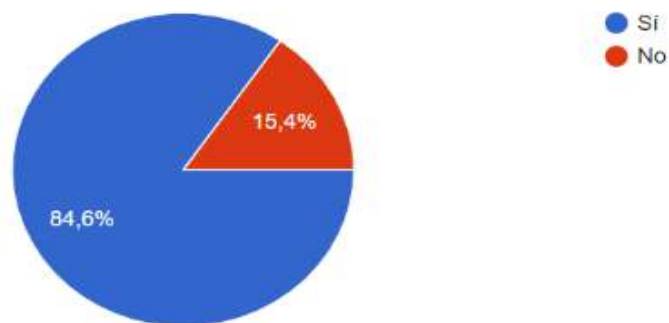
26 respuestas



La pregunta número tres se empieza a adentrar con el tema de investigación siendo una pregunta directa y de conocimiento general para todo el personal relacionado con el área de la salud.

¿Sabes que es el ERIO?

26 respuestas

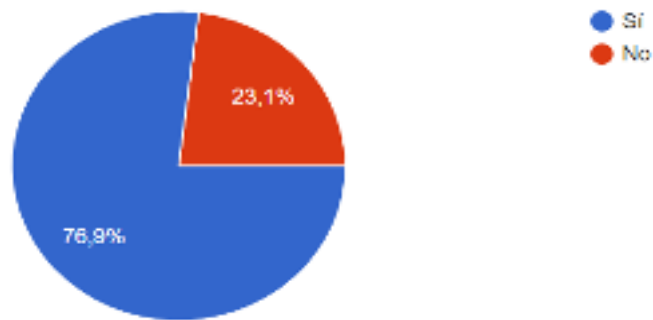


Encontré la primera variación del conocimiento de nuestro personal ya que a nivel hospitalario de segundo nivel debería ser un conocimiento general y obligatorio.

Puesto que es uno de los requisitos a nivel hospitalario, el contar con el equipo de emergencia para facilitar la atención y proporcionar un trato de calidad.

¿Sabes cuantas personas conforman al ERIO?

26 respuestas

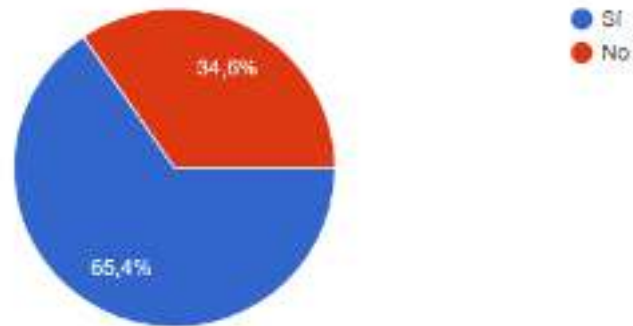


Al tener los resultados confirme lo que se sospechaba de la primera nuestro personal no está capacitado ni orientado sobre las diversas actividades ni la integración del ERIO hospitalario.

Comparando resultados de encuestas de las mismas personas no se cuenta con la capacitación o información necesaria.

¿Sabes las funciones de cada uno de sus integrantes?

26 respuestas

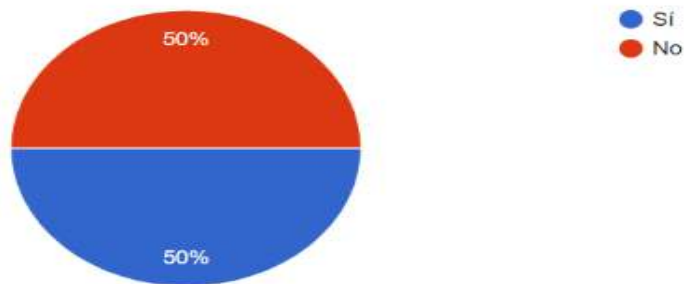


Los resultados obtenidos arrojaron que aproximadamente más de la mitad de los entrevistados conocen las funciones generales y específicas que se requiere para el correcto funcionamiento y organización del equipo.



¿Tu hospital cuenta con uno?

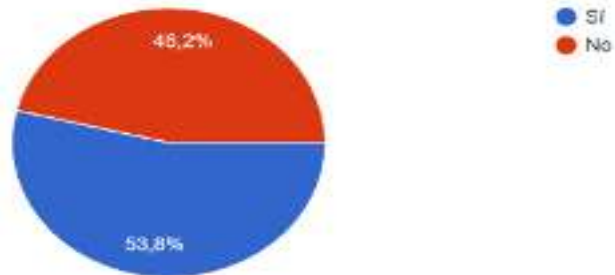
26 respuestas



La observación en la división de respuestas es significativa y de atención ya que la mitad de información con respuestas si fueron otorgadas por personal hospitalario y la mitad de respuestas no fue proporcionado por personal estudiantil ya que por lo general no contamos con información de las personas que lo conforman.

¿Sabes cuál es la función del líder del equipo?

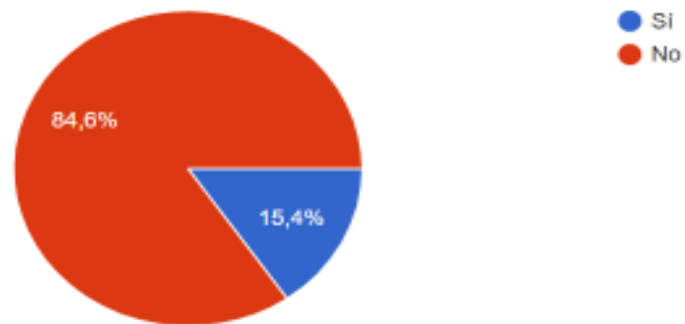
26 respuestas



Por lo general ambos personales de salud tanto hospitalarios y estudiantiles desconocen las verdaderas funciones del líder de equipo de respuesta inmediata obstétrica teniendo en cuenta la no capacitación de personal en el tema.

### ¿Tu escuela cuenta con un ERIO?

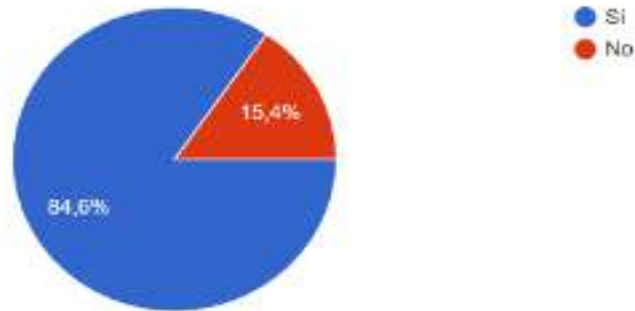
26 respuestas



Fue una de las más interesantes desde mi punto de vista, ya que este cuestionamiento se basó de acuerdo a la idea obtenida a inicios de mi investigación, idea que se comunicó a mis compañeras de generación y por la cual la controversia de los resultados obtenidos ya que las personas que tuvieron una respuesta en no, fue porque aún no era de su conocimiento el proyecto estudiantil.

¿Reconoce las clasificaciones del Triage?

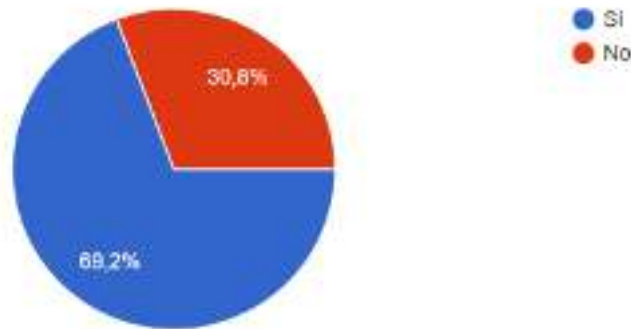
26 respuestas



El propósito del cuestionamiento fue el de saber si mis compañeras tenían el conocimiento acertado de las clasificaciones de Triage obstétrico ya que por lo general este en algunas ocasiones se llega a confundir con la valoración de riesgo.

¿Sabes la clasificación que se le da al código mater?

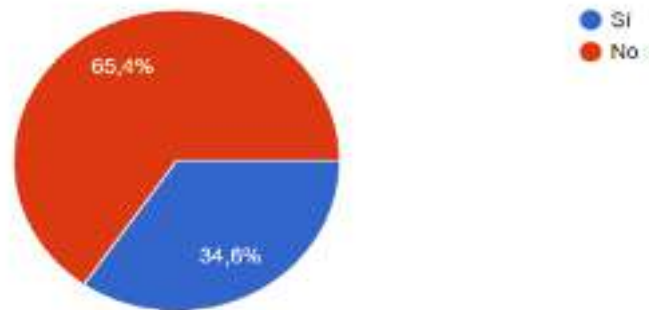
25 respuestas



Esta ciertamente relacionada con la anterior ya que de acuerdo a mi investigación identifique que estos dos factores son altamente confundidos entre sí, por lo que me di a la tarea de general la información correspondiente a mis compañeras para generar el conocimiento a nivel de enfermería y poder implementar la comunicación a el personal de medicina sobre los seguimientos y protocolos que se deben seguir para una correcta atención estando enterada/os sobre que nuestro trabajo se ve reflejado a nivel de nuestro paciente y en expediente clínico, documentación que es bien sabido es legal.

¿Has tenido oportunidad de estar en la activación de un código mater?

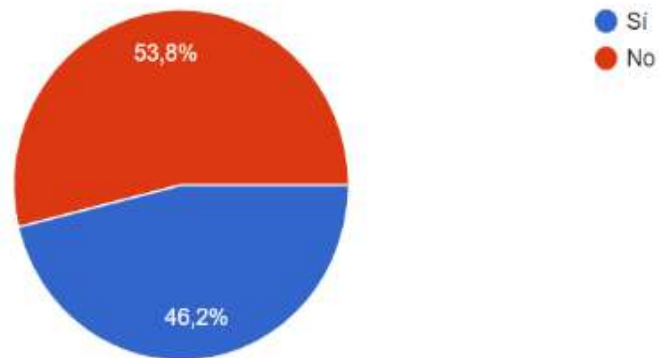
26 respuestas



Fu el saber cómo es que nuestro personal tanto estudiantil como hospitalario ha tenido la oportunidad de estar presente durante la activación de un código mater y de ser así, saber cómo es que es la organización.

¿Conoces la principal causa de inactivación de código mater en nuestro hospital?

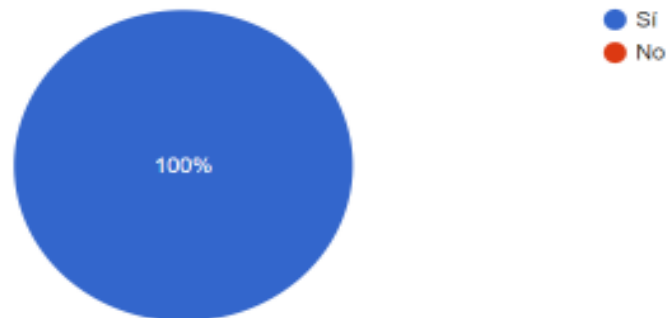
26 respuestas



Mi objetivo es si el resultado de la respuesta de la pregunta era la misma que la que se menciona o se comenta dentro de las áreas hospitalarias y que por lo general no es tema que se discute o se llega a un acuerdo con el personal de medicina.

¿Sabes que es la muerte materna?

26 respuestas

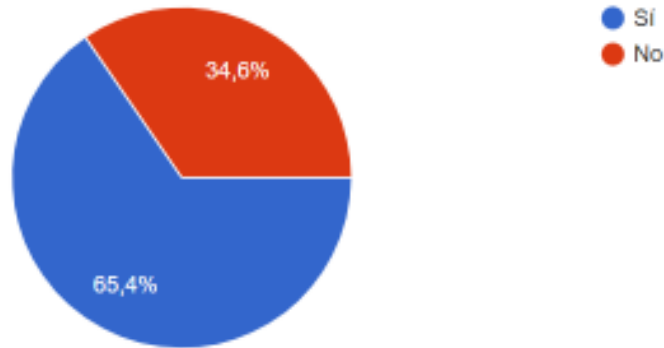


Está relacionada con el correcto manejo de las emergencias obstétricas y principalmente si nuestro personal está capacitado para el manejo de una situación de esta magnitud, de igual manera para crear conciencia sobre la realidad de la muerte materna y la importancia de reducirla.



¿Sabes el periodo en el que se clasifica como muerte materna?

26 respuestas

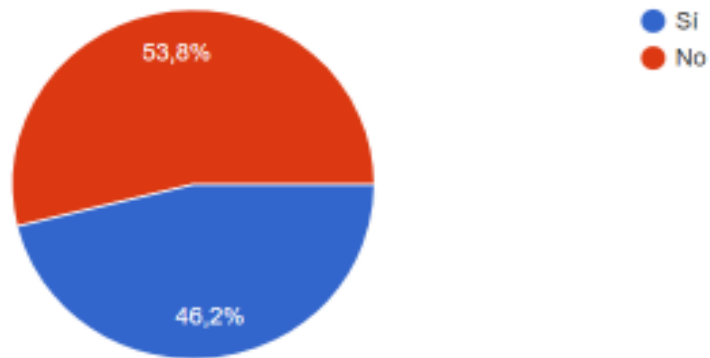


Encontramos que por lo general no tenemos un conocimiento general del periodo que interfiere para hacer el registro exacto de una muerte materna ya que muchas veces lo podemos confundir con un periodo de muerte materna general y no especifica por lo que decidí incluir esta pregunta dentro de los cuestionamientos de investigación.

Así como también el informar a la población encuestada sobre los periodos en los cuales se comprende la muerte materna y algunas de las razones por las cuales se puede presentar.

¿Sabes que es la comisión nacional de muertes maternas?

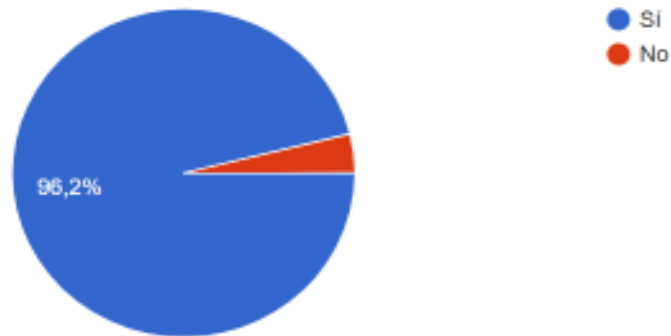
26 respuestas



Se plantea el saber si nuestro personal de salud es conocedor de las instituciones que protegen a la mujer y de igual manera saber si aun sabiendo la normativa de seguridad sobre el expediente clínico y además de las repercusiones legales que nuestras acciones pudieran desencadenar teniendo un resultado de evolución no favorable para nuestra paciente.

¿Conoces la principal causa de muerte materna?

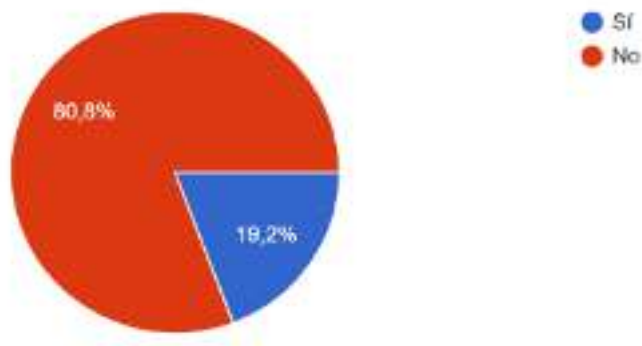
26 respuestas



Decidí incluirla a mi investigación por la reciente pandemia vivida misma que vino a alterar cifras de muerte materna y la cual logro posicionarse dentro de las primeras causas yendo casi a la par con le hemorragia obstétrica y con las enfermedades hipertensivas del embarazo.

¿Dentro de tu área hospitalaria has estado presente durante una muerte materna?

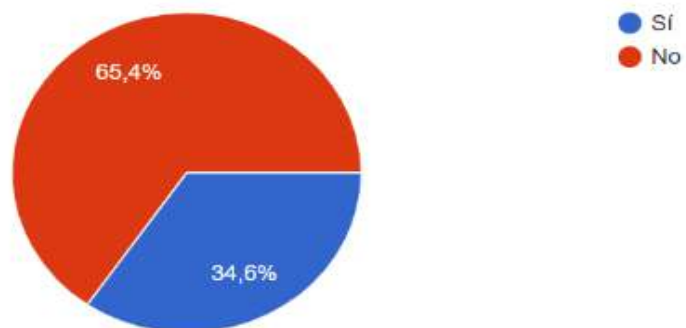
26 respuestas



Por lo general no todas hemos tenido la oportunidad de estar presente durante la activación de un código mater durante nuestra formación laboral y práctico. Ya sea por la diferencia de servicios en donde se nos designa o simplemente por el hecho de que no hay la activación del mismo.

¿Conoces el proceso de investigación ante el registro de una muerte materna?

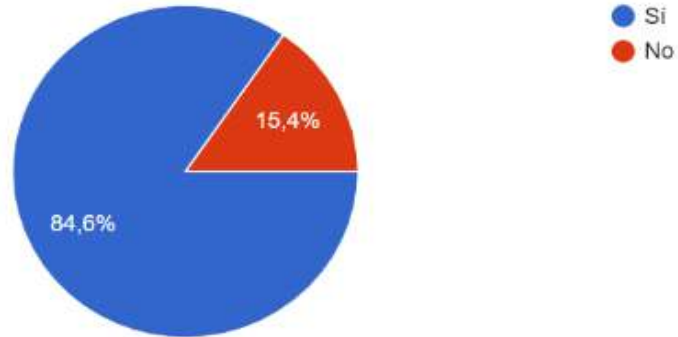
26 respuestas



Por lo general no tenemos un conocimiento extenso sobre el tema y la gravedad de la muerte materna, tanto a nivel hospitalario, personal, laboral y legal por lo que decidí incluirla dentro de los cuestionamientos que se plantearon para así poder tener un mejor conocimiento sobre el tema.

¿Sabes que la muerte materna injustificada está penada?

26 respuestas



Dentro de las justificaciones de muerte materna dentro de un área hospitalaria está el poder ser capaz de saber cómo y porque pasaron las cosas y de esa manera poder dar solución a lo acontecido y de igual manera poder tener conocimiento sobre las nuevas situaciones a las que vamos a estar expuestas estando consciente que nuestras acciones pueden tener repercusiones legales.

¿Sabe que es el Triage?

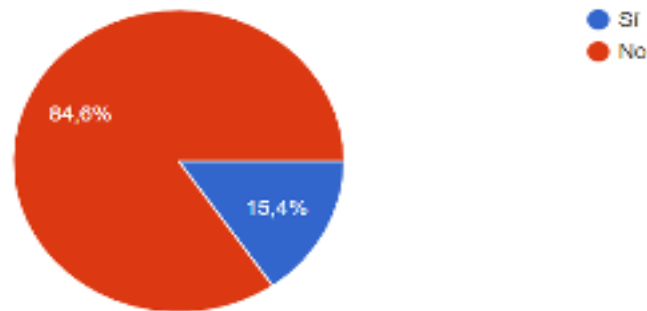
26 respuestas



Esta pregunta dentro de mis cuestionamientos era fundamental, por lo que fue para conocimiento y confirmación generalmente propia, pero al momento de estar registrando los resultados le di cuenta que hay personal dentro de nuestra unidad que desconoce sobre el tema.

Por parte de tu hospital, ¿Has recibido alguna capacitación sobre el tema?

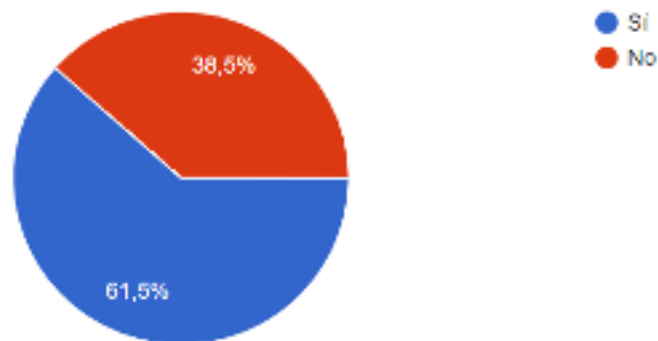
26 respuestas



Actualmente las conferencias y capacitaciones sobre actualizaciones y mejoras para nuestro hospital solamente se imparten al personal trabajador del mismo, aun no contando con capacitaciones generales para el personal estudiantil.

¿Conoces las clasificaciones de riesgo?

26 respuestas

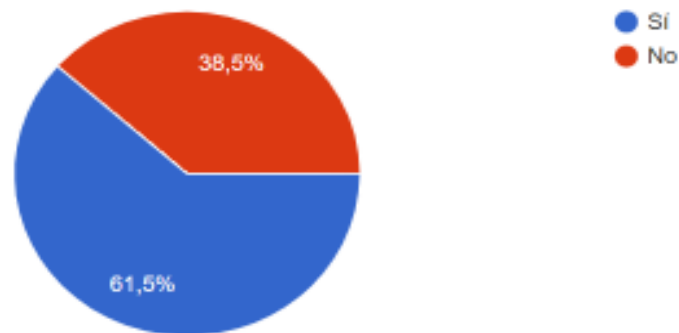


Por lo general se confunde la valoración del Triage obstétrico con las clasificaciones por lo que decidí incluirla dentro de los cuestionamientos para tener un mayor registro de si nuestro personal conoce las diferencias.



¿Conoces el proceso de activación del código?

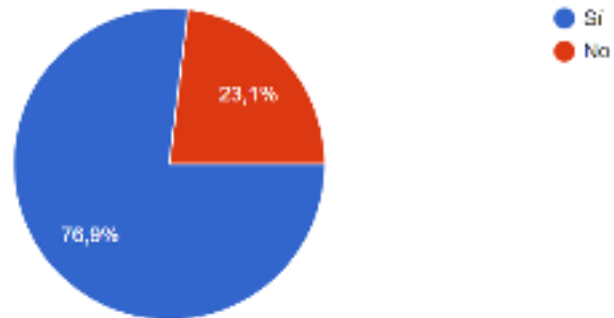
26 respuestas



La mayoría de las personas a las que se les realizó la encuesta tuvieron una respuesta positiva acerca de la pregunta planteada, relacionándola con la pregunta ¿Haz estado en una activación de código mater? por lo tanto la respuesta negativa en esta es porque no han tenido la oportunidad de estar presentes en uno.

¿Sabías que enfermería puede activarlo?

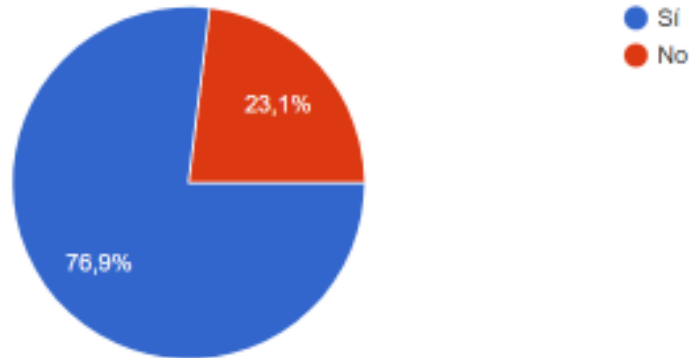
26 respuestas:



Desafortunadamente tenemos una idea equivocada sobre quien o quienes son los responsables en la activación de un código mater, teniendo como resultado que la activación del mismo ya no se trata de quien es el encargado de hacerlo sino más bien de responsabilidades entendiendo que cualquier persona que esté en contacto con paciente que tenga sintomatología de riesgo puede y debe activarlo.

¿Sabes que es la caja rosa?

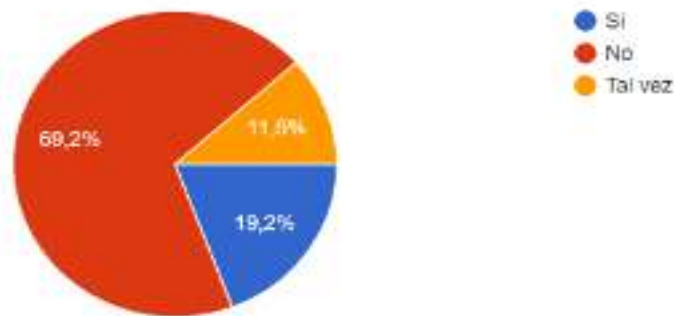
26 respuestas



Este instrumento de uso básico y requerimiento ahora entrando en los lineamientos como requisitos de un área hospitalaria generalmente se encuentra dentro del área de toco- cirugía. Se implementó en nuestro hospital para beneficencia de nuestras pacientes y para estar dentro de los lineamientos hospitalarios por lo mismo algún personal tanto hospitalario como estudiantil que no ha rotado por dicho servicio lo es de su conocimiento su existencia.

¿Conoces la función del pantalón anti-choque?

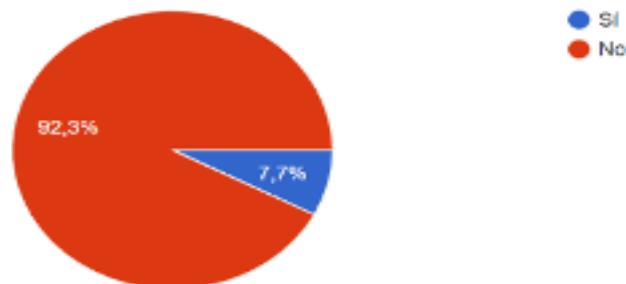
26 respuestas



En esta pregunta decidí incluir la variación de tal vez tomando en cuenta que es tema que no es mencionado en nuestro saber superficial de la respuesta a una activación de código mater ni tampoco forma parte de nuestros materiales físicos.

¿Sabes como es que se coloca el pantalón anti-choque

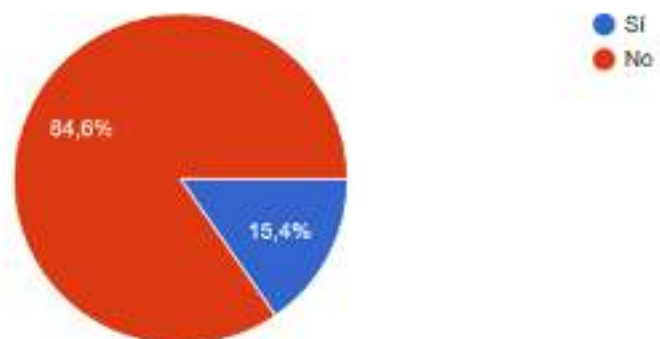
26 respuestas



Esta información es importante, especialmente por la consecuencia de daño que podamos ocasionar a nuestra paciente, ya que desconocemos la técnica de aplicación del mismo y de igual manera la técnica correcta para retirarlo.

Conoces los riesgos de una mala técnica de retiro de el pantalón de anti-choque

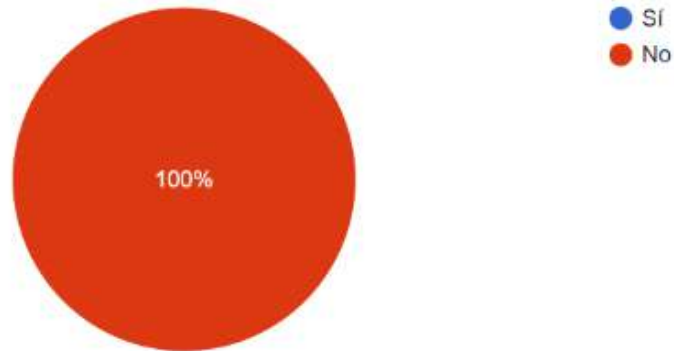
26 respuestas



Por lo mismo que la pregunta es material que nuestro hospital no cuenta no es de la mayoría de conocimiento el eso de este material.

¿Tu hospital cuenta con uno?

26 respuestas



Dentro de mi periodo de tiempo de investigación decidí cuestionarme sobre si era necesario o estaba bien el implementar el uso de pantalón antichoque y recabando información llegué a la conclusión de que no, ya que es un material que generalmente se usa para personal militar y que es complicada y peligrosa la forma en que se coloca y se retira.

Mas sin en cambio siendo sector privado la institución debería contar con todos los requisitos y diversos instrumentos de apoyo ante una emergencia.

## CONCLUSIONES

Por lo anteriormente expuesto, y estando incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México con el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia cabe señalar, que la función del obstétrico es fundamental en el sistema de salud, tanto en el control prenatal realizado en el primer nivel de atención, como en el control del seguimiento del trabajo de embarazo, parto y puerperio.

El obstétrico es una herramienta necesaria para la reducción de la tasa de mortalidad materna, su rol no debe ser menospreciado por el contrario debe ser promocionado dentro de la población de embarazadas, por ser el responsable de captar las causas que ponen en riesgo la vida de las pacientes.

## SUGERENCIAS

Dentro de nuestro hospital, el Hospital de nuestra señora de la salud desafortunadamente se encuentra en una no actualización y mejoramiento por lo que decidí hacer una investigación dedicada solo a el área de obstetricia la cual lleva datos fundamentales del ingreso de la paciente obstétrica a nuestro nosocomio es decir desde el primer servicio en donde se le otorga atención continuando con su tratamiento médico en el área de obstetricia todo esto orientada con el departamento de calidad de nuestro hospital. Y no solo eso, sino que emprendí una nueva idea.

A nivel hospitalario se inició con el registro y evaluación del personal de salud incluyendo a médicos y enfermeras siendo estos los principales objetivos de investigación valorando diferentes objetivos como lo es, la correcta valoración de la paciente obstétrica al ingreso de la institución, la valoración y observación de todo el personal al ingreso de servicio de urgencias.

Y lo más importante la correcta valoración del Triage obstétrico, el tiempo y la frecuencia con la que se actualiza la información de Triage obstétrico por lo cual inicié con una tabla de valoración en donde mi objetivo era el revisar solamente dos únicas hojas del expediente de la paciente obstétrica hospitalizada en ese momento las



cuales eran únicamente la hoja frontal y la hoja de valoración de Triage, pero los resultados obtenidos al inicio de la investigación no fue la esperada.

Encontré diferentes fallas, principalmente protagonizadas por el personal de medicina, fallas que probablemente para ellos eran mínimas, pero afortunadamente para mí no, por lo que mi investigación se convirtió en una más profunda y por lo cual ya no solo seguí con la revisión de esas dos hojas de expediente clínico sino que ahora ya lo hacía del expediente completo, cosa que para mi sorpresa fue aún más desconcertante, encontrando ahora deficiencias de ambas ramas medicina y enfermería errores como, faltas de ortografía, no coincidencia en registro de formatos de horarios y la no actualización de registro de Triage, y durante el llenado del formato de hojas de Triage observe el registro incompleto de llenado de información y datos sobre las personas participantes en la situación recabando su nombre completo y firma.

Dentro del área estudiantil comencé con una idea a inicio de esta investigación como fue el comenzar con un Equipo De Respuesta Inmediata Obstétrica Estudiantil idea que se le planteo a la Licenciada Martha Alcaraz Ortega directora de nuestra institución y la cual le pareció innovadora y por lo tanto me confió la responsabilidad y confianza para seguir con el procedimiento, proceso que después de un año de esfuerzo para la implementación del primer equipo de respuesta inmediata obstétrica estudiantil se logró, teniendo la autorización de todos y cada uno de mis directivos y teniendo su consentimiento y autorización para el proceso de esta investigación.

## ANEXOS

Dentro de la investigación realice diversas encuestas a personas pertenecientes a el área de la salud es decir mi encuesta consta de 26 preguntas en donde se dividió. 13 preguntas se le realizaron a personal hospitalario titulado o personas que están dentro de su preparación es decir personal que actualmente está cursando su periodo de liberación servicio social

Y la otra mitad resultados de encuesta se le realizaron a personal estudiantil de nuestra institución tomando en cuenta a señoritas desde primer año hasta compañeras de nuestra misma generación.

¿Sabes que es el expediente clínico ?	26 Respuestas Si	0 Respuestas NO
¿Sabes que el expediente clínico se considera como documentación legal?	26 Respuestas Si	0 Respuestas No
¿Has escuchado hablar del código mater?	26 Respuestas Si	0 Respuestas No
¿Sabes que es el ERIO?	22 Respuestas Si	4 Respuestas No
¿Sabes cuantas personas conforman al ERIO?	24 Respuestas Si	6 Respuestas No
¿Sabes las funciones de cada uno de sus integrantes?	17 Respuestas Si	9 Respuestas No
¿Tu hospital cuenta con uno?	13 Respuestas Si	13 Respuestas No

¿Sabes cuál es la función del líder del equipo?	14 Respuestas Si	12 Respuestas No
¿Tu escuela cuenta con un ERIO?	4 Respuestas Si	22 Respuestas No
¿Reconoce las clasificaciones del Triage?	22 Respuestas Si	4 Respuestas No
¿Sabes la clasificación que se le da al código mater?	18 Respuestas Si	8 Respuestas No
¿Has tenido oportunidad de estar en la activación de un código mater?	9 Respuestas Si	17 Respuestas No
¿Conoces la principal causa de inactivación de código mater en nuestro hospital?	14 Respuestas Si	12 Respuestas No
¿Sabes que es la muerte materna?	26 Respuestas Si	0 Respuestas No
¿Sabes el periodo en el que se clasifica como muerte materna?	17 Respuestas Si	9 Respuestas No
¿Sabes que es la comisión nacional de muertes maternas?	12 Respuestas Si	14 Respuestas No
¿Conoces la principal causa de muerte materna?	25 Respuestas Si	1 Respuesta No
¿Dentro de tu área hospitalaria has estado presente durante una muerte materna?	5 Respuestas Si	21 Respuestas No
¿Conoces el proceso de investigación ante el registro de una muerte materna?	9 Respuestas Si	17 Respuestas No
¿Sabes que la muerte materna injustificada está penada?	22 Respuestas Si	4 Respuestas No
¿Sabe que es el Triage?	25 Respuestas Si	1 Respuestas No
Por parte de tu hospital, ¿Has recibido alguna capacitación sobre el tema?	4 Respuestas Si	22 Respuestas No
¿Conoces las clasificaciones de riesgo?	16 Respuestas Si	10 Respuestas No
¿Conoces el proceso de activación del código?	16 Respuestas Si	19 Respuestas No
¿Sabías que enfermería puede activarlo?	20 Respuestas Si	6 Respuestas No

¿Sabes que es la caja rosa?	20 Respuestas Si	6 Respuestas No
¿Conoces la función del pantalón anti-choque?	21 Respuestas Si	5 Respuestas No
¿Sabes cómo es que se coloca el pantalón anti-choque?	24 Respuestas Si	2 Respuestas No
Conoces los riesgos de una mala técnica de retiro del pantalón de anti-choque	4 Respuestas Si	22 Respuestas No
¿Tu hospital cuenta con uno?	0 Respuestas Si	26 Respuestas No

## GLOSARIO

1. **Adolescencia:** La adolescencia es un periodo de desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad.
2. **Código Mater, Código de oro:** El Triage obstétrico es un proceso de valoración técnico-médica rápida de las pacientes obstétricas, mediante la aplicación del sistema de escalas, que permite clasificarlas en función de su gravedad/emergencia a fin de recibir inmediata atención médica o su espera segura para recibir ésta.
3. **Embarazo:** A la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del “conceptus” en el endometrio y termina con el nacimiento.
4. **Emergencia obstétrica:** serie de eventos perinatales, de origen tanto materno como fetal y que se constituyen como un peligro inminente para la vida de uno o de ambos, lo que requiere una conducta rápida del obstetra y el anesthesiólogo actuantes.
5. **Enfermedad:** Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.

6. ERIO: Equipo de respuesta inmediata obstétrica
  
7. IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social
  
8. ISEM: Instituto de Salud del Estado de México
  
9. Mortalidad materna: La mortalidad materna o muerte materna es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el posparto.
  
10. MVI: Módulo de valoración individual
  
11. Obstetricia: Rama de la medicina que estudia a la mujer durante en el embarazo parto y puerperio
  
12. OMS: Organización mundial de la salud
  
13. Patología: Parte de la medicina que estudia los trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos y los órganos enfermos, así como los síntomas y signos

a través de los cuales se manifiestan las enfermedades y las causas que las producen.

14. Perinatal: La pediatría es la especialidad médica y es la rama de la medicina que involucra la atención médica de bebés, niños y adolescentes.

15. Puerperio inmediato, al periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto.

16. Puerperio mediato, al periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto.

17. Puerperio normal, al periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatomo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pre gestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

18. Puerperio tardío, al periodo que comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto

19. Recién nacido: Un neonato o recién nacido es un bebe que tiene 27 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea.

20. Salud Materna: La salud materna es la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el periodo posparto. Abarca las dimensiones de

planificación familiar, preconcepción, cuidado prenatal y cuidado posparto para reducir la morbilidad y mortalidad materna.

21. Triage obstétrico: Es un proceso de valoración técnico-médica rápida de las pacientes obstétricas, mediante la aplicación del sistema de escalas, que permite clasificarlas en función de su gravedad/emergencia a fin de recibir inmediata atención médica o su espera segura.

22. UCIN: Unidad de cuidados intensivos neonatales

23. Urgencia obstétrica: A la complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, 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.

24. UTI: Unidad de terapia intensiva



## BIBLIOGRAFÍA

[NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida \(www.gob.mx\)](#)

<http://ciencia.unam.mx/leer/1027/florence-nightingale-teorica-del-cuidado-y-la-enfermeria>

[Acciones Esenciales Seguridad Paciente.pdf \(salud.gob.mx\)](#)

[Triage obstétrico - Bing](#)

[Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica. | Secretaría de Salud | Gobierno | gob.mx \(www.gob.mx\)](#)

[web\\_TriageObstetricoCM.pdf \(www.gob.mx\)](#)

[Microsoft Word - 2430-003-039.doc \(imss.gob.mx\)](#)

[Manejo del Triage Obstétrico y Código Mater en el Estado de México \(scielo.org.mx\)](#)

[CÓDIGO MATER \(wordpress.com\)](#)

[Seguridad del paciente, cuasi fallas, evento adverso y evento centinela \(yoamoenfermeriablog.com\)](#)

[Impulsan acciones para reducir muerte materna | Secretaría de Salud | Gobierno | gob.mx \(www.gob.mx\)](#)