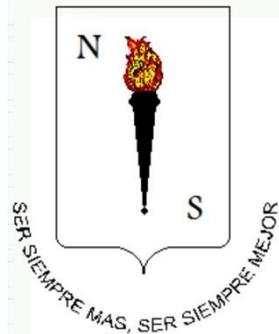


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA EN LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO MATER EN
EL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD EN MUJERES DE 23 A 35
AÑOS.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

VANESSA RUBÍ CHÁVEZ BENÍTEZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2024

Agradecimientos

Quiero agradecer a Dios por todo lo que me ha dado a lo largo de la vida, por brindarme una familia que me apoya en todo momento, por gozar de buena salud y por brindarme a mis mejores amigas durante estos cuatro años de carrera.

A mis padres por forjarme en la persona que soy ahora con valores y brindarme la mejor educación que me ha permitido lograr una de mis metas que es culminar mi carrera.

Agradezco profundamente a la Escuela de Enfermería de Nuestra señora de la Salud por brindarme la oportunidad de ser parte de su institución, por brindarme la oportunidad de formarme académicamente, como ser humano y como profesionalista.

Agradezco a todos los maestros que me impartieron clases que durante estos cuatro años me han formado y brindado conocimientos para ser una buen Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

A mi asesor de tesis: Pedro Osornio Gutiérrez, gracias por su dedicación, paciencia y orientación para culminar con un buen trabajo de investigación.

Dedicatoria

A mis padres Silvia y Juan quienes me dieron la vida llena de valores y amor que me han forjado en la persona que soy ahora, quienes me apoyaron con su corazón para culminar mi carrera, por quienes he luchado por ser la mejor para ellos.

A mi hermano Javier quien es mi alma gemela y mi motor para seguir luchando, para darle lo mejor y ser un ejemplo por seguir para él.

A mis abuelos Dominga y Norberto quienes siempre me han apoyado en todo momento. Mi abuelito Manuel que vive en mi corazón, quien fue como mi segundo papá que no pudo ver que he logrado mi sueño de ser enfermera, pero siempre trato de ser mejor persona cada día como tú me enseñaste.

A mis amigas Susan, Diana y Falcón quienes han sido mi apoyo, con las que hemos pasado por muchos momentos de alegría, tristeza, aventuras. No importa el camino que cada una tome, siempre las tendré en mi corazón.

Contenido	
Introducción	1
Antecedentes	2
Planteamiento del problema	3
Pregunta de investigación	3
Objetivos	3
Justificación	4
Marco teórico	4
Capítulo I. Mortalidad materna	4
1.1 Definición	4
1.2 Historia de la muerte materna	6
1.3 Principales causas de mortalidad materna	7
1.4 Medidas de prevención	11
Capítulo II Triage obstétrico	14
2.1 Definición	14
2.2 Antecedentes del Triage obstétrico	14
2.3 Políticas	16
2.4 Ámbito de aplicación del Triage obstétrico	17
2.5 Clasificación del Triage obstétrico	17
2.5.1 Código rojo	20
2.5.2 código amarillo.....	21
2.5.3 Código verde.....	22
2.6 Recursos de implementación	23
2.6.1 Área física.....	24
2.6.2 Recursos humanos	25
2.6.3 Recursos materiales	25
2.6.4 Funciones de la Licenciada en enfermería y obstetricia	25
Capítulo III. Código mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO)	26
3.1 Definición	26

3.2 Integrantes del equipo:	28
3.3 Recursos materiales, que incluye en el área de choque:	28
3.4 Proceso de atención.....	29
3.5 Código mater.....	30
3.5.1 Definición	30
3.5.2 Procedimiento en la activación del código mater	32
4. Proceso ABC	32
Capítulo IV Control prenatal como prevención de la mortalidad materna	37
4.1 control prenatal	37
4.2 Objetivos de control prenatal	38
4.3 Consulta preconcepcional	39
4.3.1 Exámenes básicos de la consulta preconcepcional	40
4.4 Consultas en el embarazo	45
4.5 Consulta inicial	46
4.5.1 Actividades el control prenatal	47
4.5.2 Antecedentes gineco-obstétricos.....	49
4.5.3 Historia clínica.....	50
4.5.4 Anamnesis.....	51
4.5.5 Exploración física	54
4.5.6 Valoración diagnóstica.....	56
Análisis de datos	58
Conclusiones	72
Sugerencias	74
Anexos	75
Bibliografía	82

Introducción

En la actualidad es indispensable saber el protocolo de enfermería en la activación del código mater. Debido a que la tasa de muertes maternas es alta esto por las complicaciones que se presentan durante el embarazo, parto y puerperio, estas cifras son verdaderamente alarmantes ya que no solo es un problema en México sino un problema a nivel mundial.

El punto central del trabajo de investigación es reconocer la importancia que tiene que el personal de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud conozca el método de triage obstétrico. Realmente no todo el personal sabe el protocolo que se debe seguir para poder actuar de manera rápida para salvaguardar la vida de ambos tanto madre e hijo, por lo que es alarmante ya que se ven afectados por factores externos que se basan en la calidad de los servicios de salud que brinda el personal de enfermería.

En muchas ocasiones por no poder identificar una emergencia obstétrica se hace esperar a la mujer embarazada, lo que conlleva a que sufra una complicación que le pueda dejar secuelas de por vida e incluso la muerte de ambos.

Lo que se pretende es mejorar la respuesta de atención médica acorde a las necesidades de las mujeres embarazadas, el poder establecer la prioridad de atención obstétrica asistencial, de acuerdo al nivel de gravedad y riesgos identificados en cada paciente ya que cada una se le debe brindar cuidados y vigilancia distinta, reducir la duración de los tiempos de espera y claro que los servicios de urgencias o en este caso los de obstetricia cuenten con todo el equipo necesario para poder prestar la atención oportuna y eficaz.

Es necesario tener un sistema de llamado de alerta, simple, estandarizado, continuo y único ante una emergencia obstétrica.

En este trabajo de investigación se reflejará las intervenciones llevadas a cabo por el personal de enfermería, sus funciones específicas. Se dará a conocer la importancia de llevar a cabo una consulta preconcepcional cómo control prenatal

para la prevención de enfermedades que conlleven a un riesgo para el binomio y así reducir la mortalidad materna.

Antecedentes

Con el paso de los años, se ha visto un notable incremento en las muertes maternas que ha preocupado al personal de salud. De esta manera, la secretaría de salud (2022), a través, “informe semanal de notificación inmediata de muerte materna, semana 45”, en México la mortalidad materna es de 30.1 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados lo que representa una disminución del 41.9% en la razón respecto a la misma semana epidemiológica del año anterior, siendo México una de las entidades con más defunciones maternas con un total de 58. Esto a pesar de que se hizo una disminución se valla a no querer implementar alternativas para evitar lo más posibles la muerte materna en cualquier caso que se presente.

Lo anterior mencionado tiene como objeto el ofrecer un panorama acerca de que tan frecuente son las muertes maternas y centrar la atención porque es un problema de salud pública así mismo detectar cualquier factor de riesgo para la mujer embarazada, así como las causadas de esta misma.

Una segunda investigación de la universidad autónoma metropolitana unidad Xochimilco se denomina: “apego el protocolo de atención ante la activación del código Mater por parte del equipo de respuesta inmediata obstétrica en la unidad toco quirúrgica de un hospital de segundo nivel en Ciudad de México”, (Ruiz Altamirano, 2022).

el cual menciona que la mortalidad materna es un término estadístico en el cual va a describir la muerte de una mujer durante el embarazo el parto o puerperio y que aproximadamente el 15% de las mujeres embarazadas presentan alguna patología

agregada con riesgo para su vida y el producto de la gestación por lo cual se precisa el cuidado obstétrico calificado.

Planteamiento del problema

Actualmente la mortalidad es un problema nivel país, sino nivel mundial. Que en tiempos pasados esto se veía sólo en mujeres mayores de edad más sin embargo hoy en día está afectando en gran medida en mujeres jóvenes. Sin embargo, en el Hospital de Nuestra Señora de La salud, han incrementado la tasa de muertes maternas.

Pregunta de investigación

¿Cuál debe ser el protocolo de Triage obstétrico y código mater que debe seguir el personal de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud para reducir la mortalidad materna?

Objetivos

1. Reducir en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud la tasa de morbimortalidad materna.
2. Identificar protocolos establecidos al personal de enfermería en las que contribuyan a individualizar la atención de la mujer embarazada.
3. Contribuir a que el personal de enfermería en el hospital de Nuestra Señora de la Salud aplique adecuadamente el Triage obstétrico.

4. Evitar que el personal de enfermería cometa iatrogenias en las que pongan en riesgo la vida de la mujer embarazada.

Justificación

Las cifras son alarmantes, ya que no debería de haber tanta muerte materna es cualquier de los casos, pero, sin duda algunas de estas se dan cuando se activa el código mater. Por eso es de suma importancia conocer los focos rojos y poder actuar tanto con precisión como con los conocimientos en cómo llevarlo de manera correcta sin dejar ningún tipo de secuela. El personal de salud debe estar altamente capacitado por lo anterior dicho, el personal debe de estar actualizado para la toma de decisiones oportunas, la adquisición de conocimientos para reducir la mortalidad materna. Y así mismo hacer evaluaciones al personal de salud en todos los servicios, en las cuales se puedan identificar cuáles son las deficiencias y así mismo poder adecuarlas o mejorarlas para dar una calidad de atención y por lo tanto reducir la activación de códigos mater y que tanto la madre como su hijo no les queden secuelas.

De ahí la importancia de la evaluación del personal de salud tanto tituladas como las estudiantes y en todos los servicios por que no sólo en la sala de urgencias u obstetricia puede pasar sino, en cualquier servicio del hospital este o no este internada.

Marco teórico

Capítulo I. Mortalidad materna

1.1 Definición

Para E, O., & Kusanovic, P. J. (2011). Urgencias en obstetricia. Revista Médica Clínica Las Condes menciona que: “Tradicionalmente, el embarazo es considerado

un evento fisiológico”, sabemos que cada familia considera que el embarazo es normal y que puede cursar sin complicaciones, pero alrededor de todo el mundo mueren miles de mujeres embarazadas, que a lo largo de su embarazo desarrollan enfermedades obstétricas que si no son atendidas a tiempo estas se asocian a mortalidad materna y perinatal. Esto debido a múltiples factores que conllevan a un problema de salud que puede dejar secuelas o incluso la muerte.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2016), la mortalidad materna se define como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no a causas accidentales”.

Desafortunadamente, un gran número de mujeres embarazadas que no tienen factores de riesgo, por lo que se hace de gran relevancia la prevención y ser capaz el personal de salud de identificar e intervenir a tiempo contra eventos que pongan en juego la vida del binomio. Ya que aproximadamente un 20% de las embarazadas desarrollan a lo largo de su embarazo patologías obstétricas que se asocian con la mortalidad materna y perinatal.

En la actualidad la mortalidad materna es un problema de salud pública, y que se puede presentar en el embarazo, parto y dentro de los 42 días después de su terminación. A pesar de que se han desarrollado metas para poder reducirla, no se ha logrado con éxito, aun existiendo avances y con ellos protocolos que incitan a dar una atención de calidad y actuación rápida para evitar las complicaciones obstétricas.

La mayoría de estas complicaciones se desarrollan durante el embarazo y la mayoría son prevenibles o tratables. Pueden existir otras complicaciones antes del embarazo, pero empeoran durante el embarazo, especialmente si no se tratan como parte del cuidado de la mujer. (Mortalidad materna: nivel y tendencias, 2017).

Entre el 2016 y 2030, como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), E el objetivo es reducir la tasa global de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. (Salud materna, OPS. 2016). En lo cual se espera que

dentro de estos años se logre disminuir la tasa de mortalidad materna, para esto se hicieron 17 objetivos, en los cuales ayudan y prestan la posibilidad de que se apliquen los conocimientos necesarios al personal de enfermería para contribuir a evitar el fallecimiento del binomio.

1.2 Historia de la muerte materna

Dr. G. Manuel Marrón-Peña (2018) refleja los antecedentes históricos de la muerte materna:

En ese siglo XVII, el llamado «Rey Sol» de nombre Luis XIV en Francia, muy famoso por sus obras y por su intensa vida romántica y sexual, decide la incorporación de los hombres, médicos de profesión, al arte de la atención de los partos para proteger a las mujeres que en esa época eran atendidas solamente por las célebres y afamadas matronas o comadronas, aunque tenían un importante porcentaje de muertes maternas si el parto se complicaba. (p. 60)

La muerte materna está presente desde épocas pasadas y que a lo largo de los años se han implementado estrategias para disminuirla, las matronas estaban durante el embarazo, parto, puerperio hasta la infancia del niño. Se tenía considerada a la comadrona “la segunda mamá” ya que incluso seguía viendo por los niños en sus primeros años de vida para ver su evolución y si no tenía enfermedades. Pero, aun así, en muchas circunstancias se llegaba a complicar dando así a muerte materna. La matrona también tenía una tarea muy importante, que era darle a conocer signos de alarma durante su embarazo, que debía informar e ingresar a un centro de salud. Pero esto se veía imposibilitado por la falta económica, falta de acceso a transporte, la distancia e incluso la cultura.

1.3 Principales causas de mortalidad materna

“La MMR es multicausal y hay factores biológicos, sociales y culturales que también lo condicionan” (L. Cabrero Roura y M.L. Cañete Paloma, 2016, p. 708). Cabe precisar que estos factores son cruciales, ya que predisponen a un embarazo fuera de riesgos. Estos factores favorecen a la muerte materna, que muchos de estos son la adolescencia, embarazo no planificado, la pobreza, la cultura, la situación geográfica y por ende la escasez de los servicios de salud, falta de conocimiento y falta de consultas prenatales. Factores biológicos por mencionar algunos de estos tenemos:

- Edad extrema (menos a 14 años o mayor a 35 años) ya que no sólo existen riesgo de para la madre si no, que existirán complicaciones en el recién nacido los cuales son: bajo peso al nacer (BPN), prematuridad, óbito, dos tres respiratorio entre otros.
- obesidad o desnutrición materna
- antecedentes obstétricos: abortos, malformaciones congénitas
- Enfermedades crónicas maternas: Diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial, enfermedades inmunológicas, enfermedades cardíacas

El observatorio de muerte materna en el informe semanal de notificación inmediata de muerte materna, en la semana Epidemiología 7, plantea que las principales causas de mortalidad materna son:

Hemorragia obstétrica (31.3%), enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el Puerperio (12.5%), otras enfermedades y afecciones que complican el embarazo, parto y puerperio (12.5%), embolia obstétrica, enfermedad del sistema circulatorio, del sistema digestivo, choque anafiláctico y Sepsis (2023).

La Hemorragia severa después el parto puede matar a una mujer sana en cuestión de dos horas si no se atiende inmediatamente. En lo cual es la principal causa de

muerte y lo más común, y es por eso que es indispensable que todo el personal de enfermería sepa lo normal de sangrado que llega a tener una mujer después del parto, ya que el personal de enfermería es el que está más en contacto con la paciente obstétrica.

El Dr. De Caestecker agrega FIGO (La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), “La prevención y el tratamiento oportuno de la hemorragia posparto, la reducción del aborto inseguro y el acceso a métodos anticonceptivos efectivos son intervenciones clave para reducir la mortalidad materna y la morbilidad grave “ por lo que los datos arrojan que la prevención y el adecuado tratamiento en la Hemorragia ayuda considerablemente para que tanto la madre como el feto no sufran daños y queden secuelas. Ya que la, Hemorragia es la primera causa de mortalidad materna, se tiene que hacer medidas preventivas para erradicarlas.

Dice la Dra. Linda De Caestecker, Directora Adjunta del Proyecto FIGO PPIUID, que los proyectos de FIGO involucran a obstetras y ginecólogos, en asociación con parteras y otros profesionales, esto con la tarea de garantizar que más mujeres en todo el mundo tengan fácil acceso a estas intervenciones, dirigidas a proteger a las madres y los recién nacidos de muertes y enfermedades prevenibles, En la actualidad el trabajo de las parteras en zonas alejadas de los centros de salud son muy importantes, hoy en día las parteras tienen que estar certificadas y saber cómo actuar ante cualquier emergencia en lo que se hace el traslado a una unidad médica. Sabemos que muchas de las muertes maternas se deben precisamente a que las mujeres que viven en pueblos lejos de la ciudad son las que se presentan emergencias obstétricas y que muchas de estas mujeres fallecen por falta de acceso a los hospitales, sea por lo económico, por la distancia, transporte o creencias.

FIGO (La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), En su artículo nos menciona algunos proyectos innovadores para reducir la mortalidad materna que son las siguientes:

- 1) Iniciativa del DIU posparto, que hace mención de que se reduce cuando las mujeres separan sus embarazos con más de dos años de diferencia. “Los DIU

(dispositivos intrauterinos – “espirales”) insertados inmediatamente después del parto son seguros, efectivos y reversibles” hay una gran controversia porque en muchos artículos nos hace mención en que no es recomendable ya que el útero en post parto sigue en involución uterina por lo que no se llega a colocar adecuadamente, y muchas veces no funciona por lo mismo ya que al contraerse no queda colocado en donde debería ser. Pero si bien es cierto es que, son de gran utilidad en cuando la reducción de la muerte materna porque se deja un buen espacio intergenésico lo cual ayuda a reducir la probabilidad de padecer patologías en las cuales requiere de una emergencia o activación de código mater.

Siguiendo con las causas de la muerte materna, la segunda causa de muerte materna son las crisis hipertensivas, la Preeclampsia que es una enfermedad propia del embarazo, que es un desorden o problemas inducidos por factores dependientes de la presencia de la placenta. Así que el primer problema en que la placenta se ve inmiscuida es el endotelio vascular, lo cual desarrolla complicaciones en el sistema vascular como lo son en la coagulación intravascular sangramiento e hipoperfusión, es de 6 hasta 8 veces más frecuente en las primíparas que en las múltiparas (Acosta Aguirre et al. 2017, p.64).

La Preeclampsia es un problema que no se debe de dejar desapercibido, ya que puede traer complicaciones más graves. Si la Preeclampsia no se trata y esta se complica se le conoce como eclampsia aquí se afecta la función el cerebro y causan convulsiones su estado de coma en la ausencia de otras causas. (Saudan, p., Brown, M. A., Buddle, M. L., & Nones, M. 1988). Estas enfermedades son cada vez más comunes, en el Hospital de Nuestra Señora de la salud, se presenta con frecuencia pacientes con enfermedad hipertensiva en el embarazo, que en muchas ocasiones terminan con la activación del código mater por complicaciones por no tener un previo control prenatal o por vivir en comunidades alejadas de los centros de salud.

En la atención del puerperio mediato y tardío todo personal de salud debe informarle que se le proporcionaran 2 consultas, la inicial dentro de los primeros 15 días y la

segunda al final del puerperio. Esto con el objetivo de vigilar la involución uterina, los loquios, la presión arterial, frecuencia cardíaca y la temperatura ya que muchas de las patologías que no se llegaron a diagnosticar durante el embarazo se identifiquen en ese período de días (corioamnionitis, pelviperitonitis, etc.) en los que se puede actuar de manera rápida y prevenir la mortalidad materna.

Pará el autor Rojas Pérez (2019), menciona que, si se realiza un diagnóstico apropiado, se puede llevar a cabo un manejo adecuado y disminuir las complicaciones que pudieran presentarse.

La muerte materna tiene dos clasificaciones de acuerdo con las causas:

Muerte materna directa para los autores Jesús Carlos Briones Garduño y Manuel Díaz de León Ponce son:

Un indicador de la pobreza, del subdesarrollo, de la falta de una educación oportuna y suficiente, de falta de medios de transporte y de caminos adecuados, de preparación inadecuada en problemas de salud Nacional del médico recién graduado, de falta de médicos en las regiones apartadas (2013).

No es propia del embarazo, son aquellas que derivan de una enfermedad previamente existente y que se agravó por el propio embarazo. También esto se debe a factores sociales en las que deja en descubierto una serie de acontecimientos que hacen a la mujer embarazada tenga una brecha que ponga en peligro su vida.

Muerte materna directa: están son las muertes obstétricas que resultan de complicaciones ya sea del embarazo, parto y puerperio, de las intervenciones que se hacen o al igual que las omisiones del personal de salud, una iatrogenia en la administración de medicamentos.

Ambas clasificaciones con respecto a la muerte materna son prevenibles, pero por la falta de los ingresos económicos, la falta de educación y vivir en comunidades lejos de los centros de salud son un potencial predisponente para que una mujer embarazada no tenga una buena atención prenatal, que sepa los signos de alarma de un embarazo de alto riesgo y qué hacer cuando se presenten los síntomas.

Muchas de las mujeres embarazadas lo consideran normal del embarazo o siguen los consejos de familiares con respecto a remedios caseros en los cuales les aseguran el mejoramiento de sus padecimientos sin afectar al bebé, pero mucho de esto lleva a que no valla a un médico para revisión médica.

1.4 Medidas de prevención

Existen tres demoras en la atención de las complicaciones maternas que son de suma importancia, y que predisponen a tener o no una atención oportuna.

Primera demora: tiene referencia a que existe un retraso en la búsqueda de atención médica, esto debido a que las mujeres embarazadas no tienen conocimiento de las señales de alarma durante el embarazo y que por ende pone en riesgo su vida y la de su bebé. Esto incluso influye la cultura y creencias, ya que muchas veces niegan la atención médica si es por un Doctor. Al igual que de alguna manera existe un desinterés por su salud, ya que visualizan a sus antepasados que no tenían que ir a un médico ya que muchas veces llegaban a tener a sus hijos ellas mismas y a simple vista creían que no tenían consecuencias al no tener una atención especializada en la atención obstétrica.

Segunda demora: se ve reflejada por falta de acceso a los servicios de salud, esto al transporte o a las distancias las cuales no le permite llegar a tiempo en cuanto hay una emergencia obstétrica, esto sin contar con la falta de recursos económicos. Esto se ve reflejado en zonas rurales, que tienen que trasladar a la mujer embarazada a distancias muy largas y que el paso del tiempo es un factor clave para salvar la vida tanto de la madre como del bebé. También se han reportado que las mujeres embarazadas no quieren acudir a un servicio de salud porque han escuchado hablar a familiares y personas allegadas de malas experiencias que han tenido en los servicios de salud, los cuales le causan temor de que les pase lo mismo.

Tercera demora: el tratamiento médico que se le brinda a la mujer embarazada es el inadecuado e incluso inoportuno, se encuentra un aumento en la espera de atención médica ya sea porque desconocen los protocolos a seguir y poder identificar una emergencia obstétrica o por falta de interés del personal de salud y una falta de mobiliario, monitores y medicamentos que son esenciales para salvaguardar la vida de la mujer embarazada.

Analizando lo anterior, son prevenibles las muertes maternas, pero hay un escaso interés en el sector salud ya que se debería haber centros de salud en las comunidades alejadas que den información a las mujeres embarazadas en los riesgos que pueden haber durante el embarazo que afecten su equilibrio así como también hacer énfasis en la importancia en el control prenatal desde que saben que se retan del embarazo para así identificar anomalías y poder tratarla, así mismo se estaría implementado la educación en salud y no solamente en la mujer embarazada si no en la comunidad. La familia sabría cómo actuar en casos de riesgo y saber cuándo actuar de una manera rápida para acudir a los servicios de salud. Las mujeres dentro de los 15-35 años tienden a presentar menor tasa de mortalidad por lo que llevando una alimentación adecuada y un buen control prenatal se disminuiría la mortalidad materna.

Esta problemática también podría ser disminuida con la educación a la población con respecto al embarazo, si bien es un evento natural, tiene complicaciones que muchas de estas no son del conocimiento y que son de suma importancia que se den a conocer ya que, si no se lleva un buen control prenatal, una buena alimentación se dará entonces complicaciones que comprometan la salud de la madre y el feto.

El asesoramiento sobre hábitos saludables de alimentación, nutrición óptima y qué vitaminas o minerales deben tomar las mujeres durante el embarazo puede contribuir sobremanera a ayudar a que las mujeres y sus niños en desarrollo se mantengan sanos a lo largo del embarazo y después de él, indicó el Dr. Francesco Branca, director del Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS.

Los requerimientos nutrición les aumentan durante el embarazo y en amamantamiento. Sin embargo, muchas de las mujeres embarazadas aumentan más de la cantidad recomendada, lo que ocasiona problemas como retención peso postparto y la obesidad posterior. La alimentación en la embarazada es fundamental, debe tener una buena ingesta de proteínas, minerales y grasas que no sólo la benefician a ella, sino que también benefician a un buen crecimiento fetal.

Pero esto sigue siendo un factor de riesgo importante ya que también va implicado la falta de recursos necesarios para la ingesta adecuada, la madre mexicana tiene una buena alimentación en relación con cantidad, pero en calidad en la alimentación, es decir, no siempre con los requerimientos que deben ser, así mismo tiene carencia de los nutrimentos esenciales.

Viendo la problemática que se vive día a día, se muestra que no todas las mujeres viven el proceso reproductivo de la misma manera, ya que sea por situación económica o cultural deja en visto que existe un riesgo alto en que exista complicación durante su embarazo o durante el parto que ponga en riesgo la vida del binomio. Por eso el personal de salud deben de tener un criterio amplio en el cómo poder ayudar y acompañar en cada situación particular que se presente. Por eso es necesario difundir la importancia de un buen control prenatal para así mismo detectar futuras complicaciones en el proceso biológico, la frecuencia del control prenatal se va a determinar por los factores de riesgo que se detectan durante la gestación y así mismo se necesitarán tantos controles como la patología detectada lo requiera.

Por el alto riesgo de la morbilidad y la mortalidad perinatales, toda mujer embarazada que curse con 41 semanas o más, si va a un primer nivel (promoción y prevención de la salud) se debe derivar a un segundo nivel de atención, para su valoración y atención, pero, si este no cuenta con lo necesario como mobiliario, insumos, infraestructura y dependiendo la causa se derivará de forma inmediata a un tercer nivel de atención (especialidad).

Capítulo II Triage obstétrico

2.1 Definición

La secretaría de Salud de Gobierno de México (2016) lo define al Triage obstétrico como: “El Triage obstétrico es un proceso de valoración técnico-médica rápida de las pacientes obstétricas mediante la aplicación de sistemas 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” (2016:9).

Su aplicación objetiva y lógica, permite la planificación de la atención inmediata del personal de salud, así como la satisfacción a la demanda, como también a la contribución de la reducción de la mortalidad materno-fetal. En el Hospital de Nuestra Señora de la Salud es aplicada en los servicios de urgencias, en tóco cirugía. Esta clasificación se debe aplicar de manera eficiente ya que se debe hacer una clasificación para valorar el estado gravedad en la cual presente una complicación y así mismo actuar con precisión para preservar el binomio. Por consiguiente, es de gran prioridad hacer una buena aplicación de Triage obstétrico ya que al personal de salud quien participa ayudando a la disminución de mortalidad materna.

2.2 Antecedentes del Triage obstétrico

La palabra “triage”, proviene del verbo francés “Trier”, que significa clasificar o seleccionar, esto un proceso de valoración rápida y minuciosa de las pacientes obstétricas, en la cual se aplican escalas, las cuales permite clasificarlas en función de su gravedad/emergencia a fin de recibir inmediata atención médica o su espera segura para recibir ésta. Esta clasificación permite actuar de manera rápida al

personal de salud cuando se presenta una paciente obstétrica de riesgo, así mismo con la adecuada clasificación se llega a reducir la mortalidad materna.

Esta es una valoración crucial en la atención de la mujer embarazada, ya que al personal de salud le permite poder clasificar de acuerdo a la gravedad en que se encuentre y así mismo poder actuar de manera rápida dando así una atención de calidad, oportuna y segura, que garantice salvar la vida de la mujer embarazada. El Triage no sólo se utiliza en los servicios de urgencias, sino también en el área de la unidad de toco cirugía e incluso una vez que la paciente haya ingresado a piso a su habitación, ya que en cualquiera de los servicios pueden ocurrir las emergencias obstétricas.

Por lo anterior mencionado el Triage obstétrico es un protocolo en la atención de primer contacto en el servicio de emergencias, el cual tiene como objetivo principal, en que el profesional de salud sea veraz en clasificar la situación de la gravedad de cada paciente así como el precisar una buena acción necesaria para poder preservar la vida de la madre y el feto, es por eso que todo el personal de salud debe estar capacitado para poder llevar a cabo este protocolo que es indispensable para dar servicios de salud de calidad e individuales a las necesidades de las pacientes.

En la actualidad en los servicios del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, se continúa aplicando el Triage en los servicios de urgencias, obstetricia y tococirugía valorando así las necesidades de cada paciente obstétrica para dar un apropiado tratamiento que lleve a la restauración de su salud y así previniendo la muerte del binomio como consecuencia de una mala clasificación de Triage obstétrico. Reiterando entonces que, el Triage obstétrico permite garantizar y mantener una organización sistemática en los servicios que cuenta el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en los servicios antes mencionados.

2.3 Políticas

- El personal directivo de todas las delegaciones realizará la difusión del Triage obstétrico en cuál se va a describir, vigilará, supervisará y evaluará su implementación y cumplimiento correspondiente a lo establecido.
- El director de la unidad hospitalaria de segundo o tercer nivel de atención será el responsable con la participación de su cuerpo de gobierno de apoyar e impulsar la capacitación, asesoría y/o adiestramiento en servicio del personal involucrado en la aplicación del Triage obstétrico señalado en este lineamiento, así como de su supervisión, evaluación y seguimiento.
- 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 su seguimiento al personal involucrado, en la aplicación del Triage Obstétrico señalado en este lineamiento.
- El personal de salud otorgará atención médica a la paciente, respetando sus derechos humanos y sus características individuales considerando la interculturalidad.
- El personal de salud otorgará información y orientación sencilla, veraz y entendible a la paciente y su familia, sobre el tiempo de espera para la atención y las condicionantes de salud del binomio madre-hijo.
- El personal de salud con formación académica: médica/o especialista gineco-obstétricos, médica/o especialista en medicina familiar, médica/o general, licenciada/o en enfermería y obstetricia, licenciada/o en enfermería u otro personal de salud, podrá realizar el Triage obstétrico previa capacitación. No deberá realizarlo personal médico ni de enfermería en formación.
- El Triage obstétrico debe funcionar las 24 horas, los 365 días del año sin ningún tipo de excepción, ya que las emergencias ocurren todo el tiempo a cada hora.

- En ningún caso la paciente abandonará la unidad de salud sin haber recibido atención por el personal médico, posterior a la valoración.

2.4 Ámbito de aplicación del Triage obstétrico

El procedimiento se verá iniciado una vez con la recepción de las pacientes obstétricas en el área de Triage y termina con su derivación al área correspondiente, dependiendo del código establecido.

- Primeramente, se recibe a la mujer embarazada que en este caso llega por propios medios o en ambulancia, al momento de que no pueda deambular se le brindaran los medios para el traslado al área de Triage.
- **Los camilleros** apoyan a las mujeres embarazadas al traslado a la instalación del triage
- **Los responsables del triage** la reciben y empiezan a hacer su valoración y se determinan el área correspondiente dependiendo del código asignado:

2.5 Clasificación del Triage obstétrico

Un embarazo que es considerado de alto riesgo cuando existen algunas complicaciones que pueden comprometer la salud la vida del binomio. Por lo que hay riesgo de que sufran complicaciones puede ocurrir en cualquier momento del embarazo y que a veces la mujer embarazada cursa con buena salud, o puede predecir se un futuro embarazado con complicaciones en mujeres portadoras de enfermedad de gravedad o crónico degenerativas. Es por eso que la paciente obstétrica se clasifica de manera eficaz, en el cual le permite al personal de salud el identificar y poder derivará al servicio de obstetricia, en el cual se llevan a cabo

cuidados integrales por parte del personal de enfermería y son responsables de manejar el sistema de atención de respuesta inmediata.

Las profesionales de enfermería son los líderes encargados de iniciar el tratamiento acorde a las guías de práctica clínica, así como ser capaces de poder observar algún signo de alerta.

Esta clasificación se basa en una puntuación, en la cual el personal de salud por medio de métodos de la utilización de mediciones se identifica a las pacientes obstétricas en riesgo, los cuales estos elementos son los siguientes:

- 1) observación de la paciente obstétrica
- 2) Es de suma importancia para poder clasificar en el Triage obstétrico, ya que hay datos específicos en los cuales se deben de basar.

3) Interrogatorio

La anamnesis puede ser directa o indirecta según el estado de conciencia de la mujer embarazada, ya que en ocasiones pueden llegar totalmente conscientes de lo que les ocurre y otras en su estado de conciencia se vea alterada o por consecuencia se encuentre inconsciente. Así que tendríamos que hacer el interrogatorio al familiar / acompañante que llevó a la paciente al servicio de urgencias.

4) Signos vitales

Medir los signos vitales es relevante al momento de la clasificación ya que nos indica cómo se encuentra hemodinámicamente la mujer embarazada, en el cual se medirá la tensión arterial, frecuencia cardíaca fetal, frecuencia respiratoria y su temperatura.

Anexo 1. Sistema de evaluación del Triage obstétrico

La clasificación facilita la atención al personal de salud, la asistencia oportuna, así como individualizada para cada paciente obstétrica. En la cual se basan en elementos de evaluación de rutina (exploración física) que permitirá observar los

signos de alarma que presente la paciente a su llegada al servicio de urgencias, así como la anamnesis (interrogatorio), en el cual permitirá al personal de salud conocer datos de importancia que podrían condicionar algún peligro para la gestante. También es de suma importancia las constantes vitales, ya que permite realizar la clasificación del Triage obstétrico de acuerdo con los parámetros obtenidos de la misma y así realizar de manera acertada e inmediata intervención.

La forma de actuar del personal de salud es la siguiente:

1. Motivo de consulta al servicio de urgencias, sabes cuales son los síntomas de la paciente obstétrica, sabes la intensidad, tiempo y duración de los mismos en lo cual de acuerdo con el autor Perales es fundamental saber los siguientes aspectos:

Edad materna, número de embarazos y partos, fecha estimada de parto, edad estacional, tratamiento actual y posibles alergias a medicamentos, signos vitales maternos, frecuencia cardíaca fetal, presencia o ausencia de movimientos fetales, presencia o ausencia de sangrado vaginal, contracciones uterinas (2016).

Estos datos son de gran relevancia, ya que son un factor de riesgo para la gestante. Es de relevancia indagar más allá, con respecto a la frecuencia cardíaca fetal saber si están aumentado o disminuidos o en defecto no siente los movimientos de su bebé. En las contracciones uterinas, preguntarle la frecuencia, intensidad y duración, así como el inicio de estas. Presencia de sangrado transvaginal, saber hace cuanto fue, la cantidad de este sangrado, color, presencia o no de coágulos. Si existió ruptura de membranas, preguntarle la hora y características del líquido amniótico. Preguntarle si tiene epigastralgia.

2. Tomar las constantes vitales, que permitirá saber si hay un problema o un desequilibrio en la economía de la mujer embarazada

3. Exploración física que permita ver datos que pongan en peligro la vida materno-fetal.
4. Con lo anterior, se procede a clasificarla de acuerdo con el Triage obstétrico esto de una manera individualizada.
5. Por consiguiente, dar información a la paciente obstétrica y familiar el tiempo de espera aproximado de acuerdo a nivel de gravedad y así mismo derivaría de acuerdo a las normas del servicio de urgencias.

Aspectos fundamentales que el profesional de salud evalúa en el Triage obstétrico para el autor Perales (2016) Menciona que:

- Edad materna
- Número de embarazos y partos, fecha estimada de parto
- Edad gestacional
- Tratamiento actual y posibles alergias a medicamentos
- Hora de la última ingesta de líquidos o alimentos
- Signos vitales maternos
- Frecuencia cardíaca fetal y características de esta
- Presencia o ausencia de movimientos fetales

2.5.1 Código rojo

Secretaría de salud (2018) define el código rojo como: “Es toda condición de la paciente obstétrica en la que se presenta alguna complicación médica o quirúrgica, 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 debe de ser inmediata, ya que se puede comprometer un órgano vital que pueda comprometer la función vital o la muerte de la mujer embarazada y el

feto. Esto se debe a complicaciones como: preeclampsia con datos de severidad, eclampsia, síndrome de HELLP, desprendimiento prematuro de placenta, sepsis puerperal, trombo embolia y embarazadas politraumatizadas.

Pará poder saber si es un código rojo, al momento de la observación se podrá divisar: Hemorragia transvaginal que puede ser abundante; el estado de conciencia en la que la paciente llega somnoliento, estuporosa o inconsciente; si la paciente presenta crisis convulsivas o si presenta alteraciones respiratorias que a su vez generen cianosis.

Ver anexo 2: cuadro de Clasificación código rojo

2.5.2 código amarillo

Para la Secretaría de salud del Gobierno de México define el código amarillo como:

Es toda condición en la paciente obstétrica que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención ante la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable (urgencia calificada). Entrega personalmente a la paciente para su valoración obstétrica integral por el personal médico (2018).

El código amarillo es una emergencia calificada, es decir, esta es valorada en los próximos minutos al ingreso de la paciente en el servicio de urgencias.

Ver anexo 3: cuadro de clasificación código amarillo

2.5.3 Código verde

En este código nos llegarán pacientes embarazadas sin antecedentes, en los cuales sus procesos agudos son estables y en la cual su atención será de 30 a 60 minutos, pero eso sí, dejándola en un lugar cercano en donde la podamos visualizar ante cualquier cambio.

Ver anexo 4: cuadro de clasificación código verde

Al ingresar la paciente al servicio de urgencias, la enfermera obstétrica o licenciada en enfermería es la que establece el primer contacto con la gestante, en primera estancia se le procede a tomar sus signos vitales, luego de tomarlos se procede a hacerle el anamnesis o interrogatorio para así mismo poder detectar antecedentes gineco-obstétricos de relevancia que puedan poner en riesgo al binomio entre los cuales tenemos: cefalea, hipertensión, hemorragias, alteración en el estado de conciencia, entre otros. Se le indica una muestra de orina para poder llevar a cabo un estudio básico, se determina el peso y la talla de la gestante.

Luego que se determina que la paciente embarazada no tiene ningún riesgo se pasa a la paciente a sala de espera para recibir atención por personal médico de acuerdo con el turno de llegada.

Registra las acciones y datos requeridos en el formato del sistema de evaluación del Triage obstétrico (hoja). Después se integra el formato del sistema de evaluación del Triage obstétrico al expediente clínico.

El Triage obstétrico se ha adaptado para poder emplearse en la mujer embarazada durante el embarazo, parto y puerperio, y que en cada visita a control prenatal. Así mismo consta de una clasificación de acuerdo según el tiempo de espera el cual tiene cinco rubros importantes que ayudarán a una buena clasificación de las pacientes obstétricas.

Triage I, esta clasificación se van a valorar y dar una atención inmediata a todas aquellas mujeres embarazadas que presentan una condición que compromete la vida o un órgano vital. Algunos de los ejemplos en los que podemos ver son: trabajo

de parto en fase expulsiva, sangrado obstétrico no diagnosticado, trastornos hipertensión complicados, trauma de tórax o de abdomen.

Triage II, es toda aquella condición que es una amenaza potencial la vida o pérdida de alguna extremidad u órgano si no se brinda atención antes de los (20) minutos. Estos pueden ser como tramas geniales (externos, internos), disminución de frecuencia de movimientos fetales, sangrado obstétrico del primer trimestre, entre otros.

Triage III, son algunas condiciones que no son graves pero que pueden evolucionar a problemas serios que pongan en riesgo la vida de la mujer embarazada y que pueden dejar secuelas, por lo que la atención no debe ser manos a (60) minutos). Algunos de las complicaciones pueden ser sangrado genital anormal en edad reproductiva con o sin amenorrea, dolor pélvico en escala EVA de 5 a 7, hiperémesis gravídica con o sin deshidratación, entre otros.

Triage IV, es una afección médica aguda, pero estas no comprometen la vida o la función de un órgano vital de la paciente, existe la posibilidad de quedar secuelas. Su atención no debe ser mayor a (180) minutos. Algunas de estas afecciones pueden ser trastornos que no están asociados con el embarazo, amenorrea, galactorrea, entre otros.

Triage V, son condiciones médicas debido a enfermedades crónicas y que no comprometen el estado general de la paciente obstétrica. La atención no debe de exceder (360) minutos a 6 horas.

2.6 Recursos de implementación

En el Triage obstétrico, código mater y equipo de respuesta inmediata obstétrica (2016) menciona que:

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.

2.6.1 Área física

Es un área de un hospital con ciertas características para su buen funcionamiento, se debe de tener una buena iluminación, el área tiene que estar señalizada para que las ambulancias sepan a donde ingresar a la paciente al igual que debe de tener un acceso directo a la sala de espera, tiene que estar cerca al servicio de urgencias, al área de choque y de la unidad toco quirúrgica; por si se llegara a presentar un parto o cesárea de emergencia.

ES importante que un hospital tenga ese tipo de características ya que reduce el tiempo tanto de búsqueda como el tiempo de traslado, ya que mucho de las emergencias que se presentan en las mujeres embarazadas deben de ser tratadas con rapidez para salvaguardar el binomio.

ES así que los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas deben contar con espacios habilitados, así como equipo e instalaciones adecuadas, tener los insumos y medicamentos necesarios para el manejo de la mujer gestante, además de contar con servicio en todos las unidades hospitalarias de transfusión sanguínea o banco de sangre con hemoderivados y laboratorio para procesamiento de muestra y claro que estas funcionen las 24 horas del día los 365 días del año.

2.6.2 Recursos humanos

En el Triage obstétrico, código mater y equipo de respuesta inmediata obstétrica (2016) dice que los recursos humanos están conformados por:

Formación académica: licenciada/o en Enfermería, Licenciada/o en Enfermería y Obstetricia, Enfermera/o Perinatal, Médica/o General, Médica/o Especialista en Ginecología y Obstetricia. Todo el personal designado debe estar capacitado en Triage obstétrico (p. 25)

2.6.3 Recursos materiales

Están conformados por el mobiliario de un servicio, escritorio, sillas, Bau manómetro, estetoscopio, termómetro, glucómetro, tubos de muestra de sangre, vaso para la muestra de orina. Son indispensables para poder brindar a la paciente gestante un buen diagnóstico por el cual va al servicio de urgencias.

2.6.4 Funciones de la Licenciada en enfermería y obstetricia

- La Licenciada en enfermería y obstetricia, debe de participar en el manejo adecuado y oportuno del protocolo de Triage obstétrico y que este sea individualizado para cada paciente obstétrica.
- Que sea capaz de poder clasificar de acuerdo con el Triage obstétrico, por medio de los signos vitales, la interpretación de los estudios (glucosa, orina, sangre) y así como el poder realizar procedimientos que se requieran.
- La Licenciada en Enfermería y obstetricia debe de conocer y por lo tanto aplicar en un 100% el Triage obstétrico.

- De acuerdo con los datos que se recabó para realizar el Triage, poner el distintivo de color correspondiente.
- Si fue código rojo, la enfermera debe de notificar de inmediato al equipo de respuesta inmediata.

Capítulo III. Código mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO)

3.1 Definición

La atención del equipo de respuesta inmediata obstétrica (ERIO) 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 causan atención de emergencia.

De acuerdo con la Secretaría de Salud del Gobierno de México (2009) define a la urgencia obstétrica como:

“La urgencia o emergencia obstétrica se define como aquel estado de salud que en peligro la vida de la mujer y/o producto y que además requiere de atención médica y/o quirúrgica de manera inmediata” (2013:2).

Son todas aquellas situaciones en las cuales requieren de una atención inmediata por parte del personal de salud tanto de enfermeras como médicos especialistas, para que en conjunto prevengan la muerte del binomio y dar una atención de calidad.

El equipo interdisciplinario incluye no solo al personal médico y paramédico de diferentes especialidades y/o servicios, que participan en la valoración integral y/o en el tratamiento médico o quirúrgico de la paciente para atender la gestación.

Está constituido por personal de salud de diferentes especialidades, que brinda cuidados a la paciente obstétrica en estado crítico, en el lugar que se requiera en el ámbito hospitalario, como respuesta a la activación de una alerta visual y/o sonora que se conoce como Código Mater, para agilizar la estabilización de la paciente con una adecuada coordinación y comunicación entre los integrantes y ellos deben de estar conscientes de la gran responsabilidad.

El ERIO deben de estar disponibles las 24 horas del día los 365 días del año ya que como se ven las complicaciones obstétricas son muy comunes debido a varios factores que afectan a la mujer embarazadas que la ponen en peligro. En caso de que no se pueda cubrir este requerimiento, el personal directivo médico valorará las mejores opciones para integrar este equipo en su hospital. Se deben designar suplentes del equipo primario, para cubrir ausencias de algún integrante o responder a un segundo llamado en forma simultánea. Los miembros del ERIO, deben asumir el papel de docentes y participar en la formación de todo el personal.

En un hospital, se debe contar con personal de salud capacitado en los cuales se encuentran: gineco-obstetra, enfermeras, médico intensivista, pediatra, anestesiólogo, trabajadora social, laboratorio y ultrasonido esto último deben estar a disposición al servicio de urgencias, ya que se descartan o confirman un diagnóstico y así mismo poder actuar. Los estudios de laboratorios en una mujer embarazada son de suma importancia ya que nos indican cualquier alteración en el organismo que la lleve a su estado actual y el ultrasonido es confirmatoria a patologías como: embarazo ectópico, abrupción placentaria, desprendimiento prematuro de placenta, aborto, entre otros.

3.2 Integrantes del equipo:

1. jefa/e o Subjefa/e de Enfermeras.
2. Médico Especialista en Gineco-Obstetricia.
3. Médico Especialista en Cuidados Intensivos o en Anestesiología
4. Médico Especialista en Neonatología o en Pediatría.
5. Médico Especialista en Cirugía General.
6. Personal de Enfermería.
7. Personal de Trabajo Social.
8. Personal de Laboratorio.
9. Personal de Banco de Sangre o servicio de transfusión.
10. Personal de Rayos X.
11. Camilleros

3.3 Recursos materiales, que incluye en el área de choque:

Es todo aquel mobiliario y equipo de acuerdo con 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) y caja roja; en todas las demás áreas: carro rojo con desfibrilador y caja roja.

3.4 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 activados el Código Mater.

La atención obstétrica de emergencias que brinda el personal de salud este debe de garantizar la resolución inmediata y correcta de una complicación obstétrica de manera continua las 24 horas del día los 365 días del año,

De acuerdo con la guía de práctica clínica Detección y Tratamiento inicial de emergencias obstétricas, “las entidades nosológicas que pueden generar una emergencia obstétricas derivada y complicaciones en el embarazo, parto y puerperio”

En el procedimiento de atención que sigue el Triage es el siguiente:

- El personal administrativo, recibe a la paciente obstétrica (llega por su cuenta ambulancia o familiar), en este caso si ella llega caminando por su cuenta se le informa en donde está el área de servicio de urgencias y se le da información al familiar en donde poder hacer su registro. Si la paciente obstétrica no puede deambular se le brindará cualquier medio para trasladarla al servicio de urgencias (camilla, silla de ruedas).
- Camilleros, ellos apoyarán en el traslado de la paciente obstétrica al área de urgencias.
- Responsables del Triage obstétrico, es el encargado de recibir a la paciente, en cuanto hace se recepción procede a valorarla y determina el traslado al área correspondiente dependiendo el código que le asignó.

Rojo: Activa código mater (anexos)

Amarillo: se hace entrega de la paciente para posterior valoración obstétrica por el personal médico.

Verde: se le va a orientar a la paciente y pasa a la paciente obstétrica a la sala de espera para recibir atención y se manera en vigilancia por cualquier cambio de código.

- Así mismo se van a registrar las acciones y los datos que se requieren en el formato de evaluación del Triage obstétrico
- Se va a integrar el formato al expediente clínico.
- Fin den proceso.

Ver Anexo 5: Diagrama de flujo del Proceso del Triage obstétrico

3.5 Código mater

3.5.1 Definición

Código mater es un sistema de atención de respuesta rápida, en la cual es concebida como una estrategia hospitalaria para la atención multidisciplinaria de la urgencia obstétrica (hipertensión arterial, sangrado y sepsis). Por lo tanto, es la activación de un mecanismo llamado al personal del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), cuya función es optimizar el sistema de atención y los recursos hospitalarios como lo son el personal de salud, capacitados en urgencias obstétricas para salvaguardar la salud de la mujer embarazada y el producto, y que está sustentado en un Proceso ABC.

Este es un proceso vital en cada hospital en el cual debe de ser confiable y que todo el personal de salud tenga la capacidad de llevarlo a cabo, y que no sólo lo realicen en los servicios de urgencias, si no en todos los servicios esto con la finalidad de que no se propicien errores en el llamado y por lo tanto se debe implementar en todos los turnos.

Pará poder realizar adecuadamente el código mater se utiliza un método el cual es llamado “Ruta crítica” para la vigilancia que consiste en cinco pasos:

1. Ingresar la paciente por su propia cuenta o por personal de ambulancia.

2. El personal del Triage obstétrico procede a valorarla, y quienes activan el código mater mediante boceo.
3. Se inicia el protocolo de tratamiento de acuerdo con guías de práctica clínica
4. Traslado para un manejo en caso de que se requiera la unidad de tococirugía, cuidados intensivos obstétricos.
5. Una retroalimentación permanente del protocolo de la activación del código mater.

En la activación del código mater el hospital debe de contar con un equipo de voceo o alerta Sonora en la cual se permita la comunicación de la emergencia al equipo multidisciplinario del hospital.

Entre las causas que activan el Código Mater están:

1. La enfermedad hipertensiva en el embarazo, la cual principal causa de muerte materna a nivel mundial es la
2. Hemorragias obstétricas que causan 25% de las muertes maternas en el mundo. De ellas, la hemorragia postparto se presenta (en el 75% de los casos) por un puerperio patológico.
3. Placenta previa
4. Desprendimiento prematuro de la placenta
5. Trauma obstétrico
6. Sepsis puerperal
7. Complicaciones venosas en el puerperio
8. Embolia obstétrica
9. Complicaciones del puerperio, no clasificadas

3.5.2 Procedimiento en la activación del código mater

El procedimiento que debe de llevar a cabo ante la presencia de una paciente con emergencia obstétrica en código rojo y termina al decidir el manejo definitivo de la paciente obstétrica de manera individualizada en el menor tiempo posible.

Esta tabla muestra el proceso de atención en el código Mater que se basa en cuanto a la clasificación del área y la persona en donde se individualiza su intervención Entonces el personal de salud interviene en base a las actividades designadas, así como la descripción del procedimiento protocolo realizar conforme al responsable del equipo de respuesta inmediata para garantizar una buena atención.

Anexo 6: Diagrama de flujo del proceso Código Mater-ERIO

4. Proceso ABC

Ingresa la paciente por sus propios medios o por personal de ambulancia. Es valorada por personal triage, quien activa código MATER mediante alarma Sonora dentro de un hospital, en la cual alertan a todos los integrantes de la ERIO para su inmediata llegada al servicio de urgencias. El proceso ABC está clasificada en tres elementos fundamentales:

A Identificar (signos de alarma):

- Hipertensión >160/110 o hipotensión arterial 89/50
- Convulsiones tónico-clónicas.
- Alteraciones del sensorio o estado de coma.
- Sangrado transvaginal o de otra vía.
- Taquicardia - taquipnea, cianosis, hipertermia > 38.5 °C.
- Signos y síntomas de Choque (hipotensión, diaforesis,

B Tratar (Seguir guías clínicas establecidas) para el manejo de:

- Preeclampsia-eclampsia.
- Sangrado obstétrico.
- Sepsis.

Las cuales son principales causas de mortalidad materna, y que cada vez el índice es mayor, esto debido a que las mujeres embarazadas no tenían conocimiento de que padecían estas enfermedades que, si no son tratadas a tiempo provocan la muerte.

C Trasladar De acuerdo con el caso:

- al servicio de Admisión de Toco cirugía, de acuerdo con el diagnóstico así mismo se realizará cesárea o trabajo de parto.
- Unidad de choque
- cuidados intensivos obstétricos.

Ver anexo 7: Formato de entrega de paciente con emergencia (código rojo) por el personal del Triage obstétrico.

Funciones específicas del ERIO

Pará el autor Salvador (2012) menciona que:

“se define las siguientes responsabilidades y funciones, las cuales deberán estar acordes con los manuales de organización y procedimientos específicos” (2012:8).

Jefa/e o Subjefa/e de Enfermeras

Es el encargado de entablar una comunicación en la cual se acepten las pacientes obstétricas al hospital en coordinación con el personal médico encargada del área, también es la que está pendiente de que se siga el protocolo como se debe de realizar, al igual que en todo momento está reportando las actividades que realiza el ERIO, en caso de que el equipo descarta la emergencia obstétrica, la deja de enfermeras consigna en la nota médica el diagnóstico probable, las actividades que se realiza y el área en donde se va a designar la paciente. En dado caso de que se requiera traslado hace lo correspondiente, al igual que está al pendiente de la disponibilidad de todos los insumos que se van a requerir y también es encargada de seleccionar eficazmente al grupo ERIO.

Médico Gineco-obstetra: valoración integral materno – fetal

Van a valorar el estado de conciencia (consciente, inconsciente, estupor isa, somnolienta), estado Cardiopulmonar, reflejos osteotendinosos, ultrasonográfico básico (vitalidad fetal, localización placentaria y calidad del líquido amniótico), exploración pelvi-genital, la resolución obstétrica quirúrgica.

Médico Especialista en Cuidados Intensivos o en Anestesiología

El médico debe ser el mejor capacitado para poder realizar el protocolo de reanimación, es quien dirige activamente en la atención de la paciente obstetricia, al igual el participa en la selección del equipo ERIO y verifica que estén lo mejor capacitados, es también quien informa al familiar el estado de salud de la paciente obstétrica y registra todas las actividades del ERIO.

Licenciada en Enfermería y obstetricia

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.

Enfermera / brazo izquierdo (encargada de monitorización)

Es encargada de la toma y valoración de signos vitales: en los cuales se es preciso que el personal de salud conozca los parámetros normales y los de alto riesgo de una mujer embarazada. Ya que estos nos permiten valorar o estimar la efectividad de la circulación, el intercambio de gases y de las funciones neurológicas.

- presión arterial cada 15 minutos: es indispensable tener un control adecuado sobre la tensión arterial, ya que muchas de las patologías que ponen en riesgo a las mujeres embarazadas tienden a tener una presión arterias con cifras altas.
- frecuencia cardiaca: durante el embarazo provoca una tensión en el corazón, por lo que el volumen de sangre aumenta entre 30 a 45% para poder nutrir al feto en crecimiento.
- respiración: durante el embarazo podría existir un aumento en la frecuencia respiratoria debido por estimulación del centro respiratorio esto debido a que existen altos niveles de progesterona.
- temperatura.
- Valorar Frecuencia Cardiaca Fetal, es importante que la enfermera tenga un control sobre la frecuencia cardíaca fetal, ya que muchas de las patologías que se presentan en cualquier edad gestacional puede provocar sufrimiento fetal en la cual se llegan a tomar decisiones de acuerdo con la gravedad de la madre.

También asistirá para intubar, aspira secreciones, encargada de hacer fijación de cánula Endotraqueal, también en la colocación de sonda Foley (cuantificación de orina) y nasogástrica, asistencia de catéter venoso central, al igual que forma parte de la entrega del paciente al servicio que corresponde.

- Valoración del estado de conciencia, como lo plantea (Valerio, 2015): “los trastornos metabólicos más frecuentes pueden causar un deterioro del estado de conciencia como hipoglucemia, deshidratación y alteraciones de potasio, sodio, calcio y magnesio”.

Enfermera / brazo derecho (circulatorio)

son las encargadas de pasarlos medicamentos, encargada de buscar vías (buscar venas), cuando encuentre la vena toma muestra de laboratorio, toma la glucosa, prueba de EGO, realiza vendaje de miembros inferiores y vigila su estado neurológico.

Enfermera / circulante

Se encargan de preparar medicamentos, se encarga de juntar y dar material que se ocupe, prepara soluciones y maneja el carro rojo y la caja roja.

Enfermera / administrativa

Encargada del control de medicamentos, soluciones y hemoderivados que se le administren a la paciente obstétrica, realiza registro de datos, control de los tiempos, de colocar pulsera de identificación de la paciente.

Personal de laboratorio

Son los que realizan los exámenes correspondientes e indicados por el personal de salud, pero con carácter “urgente”.

Personal de Banco de Sangre o servicio de transfusión

Se mueve de manera rápida para la tipificación y el abastecimiento oportuno de los hemoderivados.

Personal de Rayos X

Encargados de efectuar estudio de imagenología requerido por el personal de salud.

Camilleros

Encargados de trasladar a las pacientes obstétricas a servicio correspondiente.

Capítulo IV Control prenatal como prevención de la mortalidad materna

4.1 control prenatal

Dicho por la autora Flor de María Cáceres (2017) control prenatal es:

“Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar morbimortalidad materna perinatal “(2017:2).

El control prenatal son una serie de visitas de la mujer embarazada, para llevar un control seguro de su embarazo. El problema radica en que muchas mujeres no saben que es indispensable ya que con ellas ayudan a prevenir futuras complicaciones que se podrían manifestar y de así serlo llevar un tratamiento adecuado en el que no ponga en riesgo la vida del binomio. Así como detectar enfermedades tanto de la madre como del bebé.

La consulta prenatal incluye dos tipos de controles

- 1) Los controles básicos que se efectúan a todas las gestantes
- 2) Los controles específicos que se efectuarán unos sobre todas las gestantes, los cribados prenatales; otros en gestantes con riesgos altos.

El programa asistencial básico lo contempla su cartilla de Embarazada y lo recoge el Documento de la consejería que se le a indicado con anterioridad que incluye:

- Cumplimentación de la Historia Clínica, con exploración general y ginecológica, incluyendo una citología vaginal
- Control mensual del aumento de peso, de la tensión arterial y de la presencia de proteínas, glucosa y acetona en orina.
- Control mensual, a partir del quinto mes del crecimiento del fondo uterino, de la presencia de edemas en los tobillos,
- De movimientos fetales, con auscultación clínica fetal.
- Determinación de Grupo sanguíneo y del Rh, de anticuerpos irregulares, la glucemia, creatinina, ácido úrico y del hemograma, así como la situación de defensas o de afectación por algunas infecciones: rubeola, sífilis, toxoplasma, hepatitis B y SIDA al inicio del embarazo.
- Estudios de la analítica sanguínea de anticuerpos irregulares, glucosa, creatinina, ácido úrico, y Hemograma en la semana 28.
- Cultivo rectal y vaginal para detectar la presencia del estreptococo B en la semana 36

4.2 Objetivos de control prenatal

- Evaluar el estado de salud de la madre y el feto
- Prevenir posibles complicaciones que afecten la vida del binomio
- Que la gestante asista a las consultas subsecuentes (actividades a realizar por parte del personal de salud en las consultas subsecuentes son el permitir a la embarazada exponer sus dudas y síntomas. Aclararle las dudas con

lenguaje comprensible y tomar en cuenta todos los signos y síntomas que manifieste.

4.3 Consulta preconcepcional

El control preconcepcional involucra el compromiso conjunto de los profesionales encargados de la salud y bienestar de las mujeres en edad fértil que planean la concepción en trabajo multidisciplinario e interdisciplinario y de la mujer y su pareja, de quienes dependerá alcanzar la concepción en el estado de salud más idóneo posible.

Se basa en la prevención primaria, que tiene como objetivo evitar la posible aparición de enfermedades en la cual ponga peligro la vida o deje secuelas graves en el binomio.

Ya que el órgano génesis comienza antes de que la mujer se dé cuenta de que está embarazada con la consulta preconcepcional tiene la oportunidad de prevenir futuras afecciones para su bebé y para ella.

La asistencia previa a la gestación debe formar parte de la asistencia prenatal de cada una de las mujeres.

¿Cuándo realizar consulta preconcepcional?

Una vez que la pareja ha decidido que en un futuro próximo o inmediato va a empezar a buscar el embarazo, es aconsejable acudir a una consulta preconcepcional.

En la visita preconcepcional, se debe brindar información sobre los cuidados de la persona recién nacida, lactancia, tamiz metabólico neonatal, estimulación temprana y aplicación de vacunas, prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias.

En los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado, que no cuenten con el servicio de atención de urgencias obstétricas, se debe procurar en la medida de su capacidad resolutoria, auxiliar a las mujeres embarazadas en situación de urgencia, y una vez resuelto el problema inmediato y

estabilizado y que no esté en peligro la vida de la madre y la persona recién nacida, se debe proceder a su referencia a un establecimiento para la atención médica que cuente con los recursos humanos y el equipamiento necesario para la atención de la madre y de la persona recién nacida.

En la consulta preconcepcional toda mujer en edad reproductiva que desee embarazarse debe acudir acompañada de su pareja de preferencia para la atención médica y que esté también enterado de lo que se requiere o lo que se debe hacer antes de que su pareja se embarazase para que no corra ningún riesgo, idealmente tres meses antes de intentar el embarazo. En este periodo es importante iniciar la suplementación de ácido fólico para la prevención de defectos del tubo neural y continuarla durante el embarazo.

La atención debe ser integral y enfocada a considerar la reproducción humana como una expresión de los derechos reproductivos, para que sea libremente escogida y segura. Al igual se le da información acerca de que es importante espaciales embarazos tanto para avistar riesgos en la madre como lo son placenta previa, ruptura uterina, ruptura prematura de membranas, entre otros, así como complicaciones para su hijo como lo son: ser prematuro, pequeño para la edad gestacional, problemas de distraes respiratorio, entre otras.

4.3.1 Exámenes básicos de la consulta preconcepcional

1) Diabetes mellitus e Hiperglicemia

La prevaecía de la diabetes gestacional va en aumento en la última década, esta enfermedad que si no es detectada y se da tratamiento y se embaraza tendrá complicaciones tanto para ella como para su bebé, que algunas de las complicaciones para el bebé serían:

- Macrosomía que causa graves problemas para la madre ya que causan Traumatismos maternos
- Hipoxia
- Síndrome de dificultad respiratoria

- Ictericia
- Aborto

Los defectos que causan y que se deben de tener en consideración son:

- La hiperglicemia es teratogénica en la organogénesis del bebé de la cuarta a la décima semana de gestación por efecto pueden cursar con las formaciones congénitas.
- Esta patología incrementa el riesgo de padecer abortos, muerte fetal y tener un parto pretérmino
- El bebé que haya nacido de una mujer con diabetes mellitus correrá el riesgo de padecer diabetes mellitus durante la vida adulta.

Es por eso que lo más recomendable es que durante el control preconcepcional se le deben de solicitar hemoglobina glicosilada (HbA1c) iniciar el tratamiento.

La Asociación Americana de Diabetes (ADA), recomienda llevar HbA1c a menos de 7% previo a la concepción

A todas las mujeres embarazadas se debe realizar la prueba de detección para DG entre la semana 24 y 28 del embarazo, aunque las mujeres con mayor riesgo pueden ser estudiadas desde antes. Las mujeres con diagnóstico de diabetes gestacional deben ser referidas a un establecimiento para la atención médica de 2º. O 3er. Nivel de atención en donde puedan recibir un manejo inmediato especializado. Entre las 6 y 12 semanas posteriores al término de la gestación a toda mujer con diagnóstico de diabetes gestacional se le debe realizar una CTG a fin de identificar a las mujeres con diabetes mellitus; así como para proporcionar el seguimiento especializado a su hija/o.

Que los valores normales de la glicemia preconcepcional son de:

“En ayunas o antes de las comidas no debe superar los 95 mg/dL, una hora después de la comida será menor de 140 mg/dL y dos horas después de comer menor de 120 mg/dL”

2) Hipertensión arterial

Esta enfermedad se asocia con complicaciones para el binomio que dentro de estas se encuentran: Preeclampsia, eclampsia, Hemorragia cerebral para la madre, falla renal, muerte fetal, edema pulmonar, etc. Pero afortunadamente estas complicaciones se ven reducidas por el uso de antihipertensivos por lo cual es obligatorio comunicar a la futura mamá los riesgos y por ende cambio de la medicación existente por otros que no dañan al bebé, ya que no se deben de tomar antihipertensivos IECA y ARA2.

The American Collage of Obstricians and Gynecologists (ACOG) recomienda como primera línea de tratamiento Labetalol, nifedipino o metildopa. Ya que estos medicamentos no causan problemas severos en el feto durante el embarazo, el Labetalol su atraviesa la barrera placentaria, es poco frecuente, pero este puede causar hipertensión, bradicardia e incluso hipoglucemia en el feto y el recién nacido. El Labetalol durante el embarazo o el parto, pero no durante la lactancia está se ha asociado con hipoglucemia neonatal (Munshi, 1992).

3) Obesidad

La OMS la define como: “La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC)”. En la gestante, hay aumento en el riesgo de resultados adversos como: diabetes mellitus gestacional, Preeclampsia, nacimiento pretérmino iatrogénico, complicaciones del posparto y también anomalías congénitas defectos del tubo neural, defectos cardiovasculares, labio y paladar hendido y macrosomía La meta es alcanzar un peso normal antes de la concepción y, una vez alcanzada la concepción, no se recomienda seguir perdiendo peso. Sin embargo, si la mujer se mantiene obesa o en sobrepeso, se recomienda evitar una excesiva ganancia de peso.

Como persona de salud es vital identificar factores de riesgo para diabetes gestacional como lo son: padres con diabetes mellitus o familiares en primer grado

antecedente de diabetes gestacional edad mayor de 25 años, obesidad igual o mayor que 90Kg.

-El consumo de alcohol en la gestación puede llevar al síndrome alcohólico fetal, ya que tiene papel teratogénico en el desarrollo del sistema nervioso (microcefalia, retardo mental, alteraciones comportamentales), di morfogénesis craneofacial (oídos anormales y pequeñas fisuras palpebrales) y también se asocia a aborto y a restricción del crecimiento intrauterino.

4) enfermedades de transmisión sexual

Es importante que, si una mujer que quiere quedar embarazada se hagan estudios sobre enfermedades de transmisión sexual, ya que se vuelve un factor importante ya que muchas de estas complican el embarazo y afectan al feto llegándole a transmitir la enfermedad por el canal de parto o por que atraviesa la barrera placentaria.

Un examen que se hace es el VDRL, este es para detectar sífilis mide sustancias (proteínas). Pará detectar anomalías en el cuello uterino como cambios precancerosos que pueden ser causados por el virus de papiloma humano e incluso por flujos anormales que lleven a patologías como clamidia o gonorrea.

5) Estado de inmunización

A todas las mujeres que asisten a consulta preconcepcional es de suma importancia que se les evalué su estado de inmunización y verificar si tienen vacunas contra difteria, tétanos, tos ferina, vacuna triple viral (sarampión, rubeola y parotiditis), varicela, virus del papiloma humano, hepatitis B e influenza, la vacuna triple viral a las mujeres en edad reproductiva que no hayan sido vacunadas o no hayan alcanzado la inmunidad y, dado que la vacuna está constituida por virus atenuados, se debe postergar el embarazo hasta 3 meses luego de la aplicación. El

antecedente de parto pretérmino o recién nacido con bajo peso al nacer es un factor predisponente para que este evento ocurra nuevamente. Por lo anterior, se deben identificar las causas probables (enfermedades preexistentes). La vacuna de TDPA o Tétanos se les aplica después de las 20 semanas de gestación, pero no se debe aplicar o no se recomienda que lo hagan a finales de su embarazo ya que la vacuna actúa después de tres meses. Aplicar la primera dosis de toxoide antitetánico preferentemente antes de la semana 14 y la segunda, entre 4 y 8 semanas después de la primera aplicación. Así mismo se le dará a conocer la importancia del ácido fólico que la dosis recomendada es de 5 mg está ayuda a prevenir defectos del tubo neural, y micronutrientes desde el periodo, mínimo tres meses previos a la primera consulta y durante todo el embarazo.

6) Antecedentes reproductivos

Si tiene antecedentes de haber padecido partos pretérminos, abortos, recién nacido con bajo peso al nacer, placenta previa, placenta percreta, parto prematuro, etcétera. Por lo anterior mencionado se deben buscar las causas que lo causó ya sea por enfermedades preexistentes, por sustancias nocivas, medicamentos y así llegar a una solución antes de la gestación.

7) Historia familiar genética

Un aspecto muy importante es el genético para poder considerar la consanguinidad de la pareja, ya que hay mayor riesgo de que los hijos presenten enfermedades hereditarias. Así que se debe indagar no sólo a la pareja si no al resto de la familia hasta tres generaciones de ambos miembros, remitiendo la consejería genética en dado caso de que se encuentren factores de riesgo potenciales para poder hacer una determinación del futuro embarazo.

Así pues, tenemos que el control preconcepcional debe de orientarse en la comunicación y que tanto la futura madre como la pareja entiendan de las recomendaciones que se dan para alcanzar una concepción y gestación sin riesgos que puedan poner en peligro la vida del binomio.

4.4 Consultas en el embarazo

¿Qué es la consulta de vigilancia prenatal? Es aquella en la que el médico y tú interactúan para obtener la mayor información sobre tu estado de salud, la evolución del embarazo y desarrollo del bebé.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que el número de contactos que debe tener la embarazada con los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo se incrementa de cuatro a ocho. Señaló el Dr. Anthony Costello, director del Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente de la OMS. ««La atención prenatal resulta fundamental para las madres primerizas, pues determinará cómo la utilizarán en embarazos futuros»»

Se debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo atendiendo al siguiente calendario:

- Cada 4 semanas durante las primeras 28 semanas
- Cada 2–3 semanas entre la semana 28 a la semana 36
- Semanalmente después de las 36 semanas

En relación con el esquema recomendado en el Manual Ministerio de Salud menciona que: “la periodicidad del control prenatal dependerá del grado de riesgo obstétrico evaluado en el primer control, idealmente antes de las 20 semanas y de los controles posteriores a las 25-30-34-37-40 semanas” (2008).

Se plantean citas conforme avanza el embarazo, pero si la mujer embarazada se encuentra en riesgo algo, el médico puede cambiar la periodicidad de las consultas prenatales dependiendo su criterio.

La consulta prenatal debe ser efectiva y periódica, el personal de salud debe brindar a la mujer gestante, información clara, veraz y clara basada en evidencia científica, sobre aspectos importantes de salud durante el embarazo, esto con el propósito de que conozca sobre los factores de riesgo, estilos de vida saludable, aspectos nutricionales que la mejoren, lactancia materna exclusiva y planificación familiar.

Como personal de enfermería recalcar sobre la atención ante posibles complicaciones que pueden poner en riesgo la vida del binomio y si es así buscar ayuda inmediata al hospital más cercano.

La consulta prenatal debe ofrecer la oportunidad de aclarar dudas a la embarazada, ya que tienen muchas inquietudes y temores acerca de su embarazo en cuestión de si le dolerá, si su hijo está bien y como nacerá (sin/con complicaciones) especialmente para aquéllas que cursan su primer embarazo; es por eso que durante todo el embarazo se deben efectuar acciones para prevenir o detectar la presencia de enfermedades preexistentes o subclínicas, quedando registrado en el expediente clínico.

4.5 Consulta inicial

En muchas ocasiones es la concluya más larga de todo el control prenatal ya que el personal de salud encargado realiza historia clínica completa de la mujer embarazada en la cual va acompañada de exploración física, así como pruebas de laboratorio. Se debe llevar a cabo en cuanto la mujer sepa que está embarazada, es recomendable que asista de manera temprana para ver aspectos también de nutrición, ejercicio y metas de aumento de peso.

4.5.1 Actividades el control prenatal

Para el Manual Ministerio de Salud, el Objetivo general del Control Prenatal es:

1. Controlar la evolución de la gestación
2. Fomentar estilos de vida saludables
3. Prevenir complicaciones
4. Diagnosticar y tratar oportunamente la patología
5. Derivar a niveles de mayor complejidad cuando corresponda
6. Preparar a la madre, su pareja y familia, física y psíquicamente para el parto nacimiento, ayudándoles a desarrollar sus respectivos roles parentales (2018)

El personal de enfermería esta todo el tiempo en contacto Otras de las actividades a realizar es que se va a elaborar y registrar la historia clínica en un expediente con los datos relevantes, el carnet prenatal, como también la ficha de identificación con todos los datos correspondientes de la mujer embarazada.

Se identificarán antecedentes heredo familiares, personales patológicos y personales no patológicos que son importantes para la historia clínica. En caso de que la mujer embarazada tenga dudas o no recuerde su fecha de última menstruación (FUM), el ultrasonido es puede ayudar para la estimar la edad gestacional.

Se tiene que promover a la mujer embarazada para que acuda a consulta prenatal y no la deje perder, de preferencia se le menciona que puede ir con su pareja, para que se integre al control y vigilancia del embarazo, para que sepa los datos de riesgo que pongan en peligro o que cuando se suscite una emergencia y su pareja no responda saber cómo actuar y también para garantizar que alguien de confianza la apoye en el proceso. Informarle la relevancia que tiene realizarse ultrasonidos obstétricos en cada trimestre del embarazo, para poder verificar el bienestar fetal y que no se encuentre alguna anomalía. El primero ultrasonido se llega a realizar en las semanas 11 a 13.6 y así se puede establecer la vitalidad, probable edad gestacional o si el embarazo es múltiple, el segundo ultrasonido se realiza entre las 18 y 22 semanas y el último ultrasonido entre las 29 y 30 semanas de gestación.

Al igual se le va a educar a la madre que la lactancia materna exclusiva es importante en los primeros meses de vida de su bebé aportándole así los nutrientes esenciales y una cierta protección contra enfermedades y claro informarle que en los casos medicamente justificados como los son el de madre VIH positiva, en los cuales, se recomendará sucedáneos

Identificar e informar a la mujer embarazada, sobre el alto riesgo que representan las adicciones a sustancias químicas, la automedicación, la exposición de fármacos, tabaco, marihuana, alcohol o sustancias psicoactivas o psicotrópicas y otras drogas con efectos potencialmente agresivos para la madre y el producto.

Proporcionar a la gestante, un carnet perinatal, cartilla o la guía básica para la mujer embarazada, que contenga los siguientes datos: ficha de identificación; antecedentes heredo familiares; antecedentes personales patológicos; antecedentes gineco-obstétricos; factores de riesgo obstétrico; evolución del embarazo en cada consulta incluyendo; fecha; edad gestacional; peso; presión arterial; fondo uterino; frecuencia cardiaca fetal; resultados de exámenes de laboratorio; observaciones; resultado de la atención obstétrica. Es este carnet en cada cita prenatal que asista se le estará poniendo las semanas de gestación que tiene, el peso ganado hasta esa consulta como también hay un apartado de vacunas como la TDPA que se aplica después de la semana 20 de gestación en la cual debe de estar sellada esta vacuna se puede aplicar con la de la influenza no ocurre ningún riesgo, pero al igual debe de estar sellada con fecha. Debe se tener la fecha de última menstruación para así mismo que en dado caso que los médicos no pongan en el carnet prenatal las semanas de gestación y la mujer embarazada no se acuerda uno como personal de enfermería poder hacer la cuenta de semanas de gestación y fecha probable de parto.

4.5.2 Antecedentes gineco-obstétricos

Los antecedentes obstétricos desfavorables son situaciones vividas relacionadas con complicaciones del embarazo o gestaciones no exitosas. Estas experiencias aumentan, en la mayoría de los casos, el riesgo en gestaciones futuras.

Este apartado se debe precisar la edad de la primera menstruación, la fecha de la última menstruación y describir sus características: duración, cantidad de sangre, frecuencia y presencia de dolor. Precisar si hay presencia de otras secreciones vaginales. Obtener información de embarazos previos; número de embarazos, número de partos, número de abortos y número de cesáreas. Preguntar sobre uso de anticonceptivos, fecha del último frotis cervical y enfermedades de transmisión sexual. Preguntar sobre los siguientes datos: edad de aparición de caracteres sexuales, inicio de actividad sexual, tipo, frecuencia, número de parejas, métodos anticonceptivos y problemas sexuales.

- ¿A qué edad tuvo su primera menstruación?
- ¿Cuándo fue su última menstruación?
- ¿Cuántos días le dura su menstruación?
- ¿Siente algún tipo de dolor durante su menstruación?
- ¿Hay presencia de otras secreciones vaginales?
- ¿Ha estado alguna vez embarazada?
- ¿Cuántas veces?
- ¿Cuántos hijos viven?
- ¿Ha sufrido alguna vez un aborto?
- ¿Cuántos?
- ¿Qué métodos anticonceptivos usa?
- ¿Cuándo se realizó por última vez frotis cervical?
- ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad de transmisión sexual?
- ¿A qué edad tuvo la aparición de sus caracteres sexuales?

- ¿A qué edad inició su actividad sexual? - ¿Tipo de actividad sexual? - ¿Frecuencia de actividad sexual? - ¿Número de parejas?
- ¿Sangra después del coito?
- ¿Ha dejado de menstruar?
- ¿Se acompañó su transición a la menopausia de algún tipo de síntoma?
- ¿Ha tenido algún sangrado desde entonces?

Estas preguntas son de relevancia porque dejan ver si hay probables factores de riesgo que puedan desequilibrar la buena evolución del embarazo, así mismo poder hacer intervenciones adecuadas y también ayudan tanto a instruir a la mujer embarazada como a su pareja y conjuntamente poder ingresar al médico de manera oportuna en cualquier anomalía que se llegara a presentar y no pasarlo por alto.

4.5.3 Historia clínica

El instrumento más importante del control prenatal es la historia clínica. En general, se prefieren los formatos reestructurados, como la historia clínica perinatal base del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Es un documento obligatorio y necesario en el desarrollo de las prácticas de atención sanitarias de personas humanas y tiene diversas funciones que la constituyen en una herramienta fundamental de un buen desarrollo de la práctica médica.

En este documento se deben registrar los datos relevantes con claridad, uno no se puede equivocar al momento de plasmar los datos ya que es un documento legal.

Secciones de la historia clínica. Dado que la historia clínica debe contener un registro unificado de la atención médica del paciente por las distintas áreas de un centro asistencial, lo habitual es que la historia clínica presente las siguientes secciones: historia clínica de acuerdo con el hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Identificación

Se deben de registrar su nombre completo, dirección actual, teléfono en donde contactarlo, edad, fecha de la primera consulta y el médico que lleva su control prenatal. Esto para tener la información detallada y al momento de hacer el expediente no equivocarse y tener datos erróneos.

4.5.4 Anamnesis

Antecedentes personales: médicos, quirúrgicos, traumáticos y tóxicos alérgicos. Es importante hacer énfasis en las patologías que haya presentado la paciente durante los 6 meses previos y la gestación, sus complicaciones y los tratamientos recibidos.

Si presenta enfermedades crónicas, el pronóstico durante la gestación es más favorable cuando las pacientes han estado asintomáticas por 6 meses antes del embarazo y no presentan ningún daño en órgano blanco.

Durante el embarazo, la suspensión o cambio de una medicación debe ser individualizada esto depende de las condiciones de la mujer embarazada y a la edad del embarazo.

Hábitos: indagar acerca de los aspectos nutricionales, actividad física, sexualidad, patrón de sueño, tabaquismo, alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas, abuso de fármacos en general; exposición a tóxicos e irradiación y otros que puedan perjudicar el embarazo. En general, durante el embarazo es recomendable la realización de ejercicio de intensidad moderada o realizar ejercicio de bajo impacto como es el caminar y no se encuentran contraindicadas las relaciones sexuales, solo si hay factor de riesgo de abortos.

En caso de consumir sustancias como lo son el tabaco, alcohol y drogas psicoactivas por el potencial daño al feto de en evitarse a toda costa.

El tabaquismo puede provocar en el feto, hipoxia crónica, bajo coeficiente intelectual, amenaza de aborto, parto pretérmino y bajo peso al nacer.

Si se consume alcohol puede provocar, restricción de crecimiento intrauterino (RCIU), disfunción del sistema nervioso central, microcefalia, malformaciones en cara, aborto y el síndrome de alcoholismo fetal, caracterizado por restricción en el crecimiento fetal, alteraciones de la conducta, anomalías craneofaciales y defectos cardíacos y del sistema nervioso central.

El consumo de sustancias psicoactivas provocas habitación del feto provocación así supresión, temblores, taquicardia, convulsiones, llanto estridente, hiperventilación, taquipnea.

Las mujeres embarazadas pueden continuar trabajando, evitando el ejercicio extremo, cargar pesado o la exposición a elementos teratogénicos biológicos, químicos o físicos.

Durante los viajes largos, es importante identificar los probables puntos de atención en salud en caso de necesidad y tener en cuenta el mayor riesgo de trombosis venosa por la quietud, por lo que se recomienda una adecuada hidratación, el uso de medias elásticas de compresión media, la realización de ejercicios isométricos de pantorrilla.

A) Anamnesis en el primer control prenatal

- Se va a identificar a la mujer y su pareja con los siguientes datos:
Nombre completo, edad, domicilio actual, trabajo, nivel educacional, etnia de pertenencia, estado civil, etc.

B) Anamnesis remota personal

- Se identificará antecedentes mórbidos, antecedentes quirúrgicos de todo tipo, hábitos, alergias conocidas.

C) Anamnesis remota familiar

- Son los antecedentes mórbidos de carácter hereditario como cáncer de mama, ovario, Colón, diabetes, obesidad, hipertensión arterial, etc.

Antecedentes familiares

Se obtiene información sobre la existencia dentro de la pareja, hijos ya nacidos, y parientes de primer grado tanto de la mujer embarazada como el padre, de cualquier enfermedad hereditaria que se haya presentado en su familia y que pueden repercutir en el embarazo actual.

Antecedentes médicos

Se registran los datos médicos y antecedentes quirúrgicos de la mujer, esto con el fin de indagar enfermedades en las que pueda complicar el embarazo. Estas pueden ser, cardiopatías, diabetes, epilepsia, enfermedades de transmisión sexual, etc. Se debe indagar sobre medicamentos que consume con y sin indicación médica.

Antecedentes obstétricos, el cual es una recopilación sobre la salud reproductiva de una mujer, aparte vienen otros antecedentes de relevancia como períodos menstruales, complicaciones como aborto habitual, crecimiento intrauterino restringido, parto pretérmino (PP), cesáreas previas, etc.

1. Historia detallada de partos previos (MUY IMPORTANTE): número de embarazos, año y lugar del parto, así como espacio intergenésico entre cada embarazo, complicaciones del embarazo, edad gestacional al parto, vía de parto: vaginal, cesárea, o si se utilizaron fórceps, patología del puerperio. Y se obtiene datos del RN: peso, talla, sexo, APGAR y salud actual.

2. Historia detallada de abortos previos: Año y lugar en que ocurrió, espontáneo o provocado, necesidad de legrado uterino, complicaciones posteriores al aborto.

anamnesis respecto del embarazo actual

Fecha de última menstruación (FUM): es importante saberlo ya que de ahí sacamos la fecha probable de parto: FUM + 7 días - 3 meses

- FUM Segura: aquélla en que la paciente obstétrica recuerda la fecha con precisión.
- FUM Confiable: es aquélla que predice confiablemente que desde la menstruación hasta la ovulación pasaron 15 días. (no es confiable si tiene ciclos menstruales irregulares)
- FUM operacional: corresponde a una FUM “creada” para el cálculo correcto de la edad gestacional. Esta se basa en la ecografía.

4.5.5 Exploración física

Busca cualquier indicio de patología sistémica con énfasis en el sistema cardiovascular, que enfrenta una importante sobrecarga durante el embarazo. Peso, talla, presión arterial. Examen gineco-obstétrico, revisar mamas, visualizar cuello del útero con espéculo, realizar Papanicolaou si éste no está vigente. Si se detecta flujo vaginal sintomático, estudiarlo y tratarlo. En pacientes asintomáticas de bajo riesgo, sin historia de partos prematuros, el tratamiento de vaginitis bacteriana no ha mostrado utilidad.

Puede realizarse tacto bimanual para identificar características del cuerpo y cuello uterino y tumoraciones, aunque mucha de esta información puede ser obtenida a través del examen de ultrasonido, por lo cual no se recomienda de rutina. Evaluar pelvis ósea, vagina y periné.

El examen obstétrico abdominal adquiere importancia desde las 12 semanas, ya que el útero comienza a aparecer sobre el pubis y es posible escuchar LCF con ultrasonido. La auscultación de latidos con estetoscopio de Pinard puede realizarse a partir de las 18 semanas.

La altura uterina puede ser medida para estimar el crecimiento fetal a partir de las 20 semanas, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta la parte más alta del fondo del útero. La altura del útero en centímetros entre las 18–32 semanas, es prácticamente igual a la edad gestacional en semanas. Diferencias de más de 3 cm deberían ser estudiadas con ultrasonido para evaluar volumen de líquido amniótico y crecimiento fetal. Existen tablas con las mediciones para cada edad gestacional en las cuales es posible evaluar grado de normalidad de las mediciones efectuadas. Considerar, además, que en la altura uterina puede influir el peso materno, el llene vesical, la presencia de miomas uterinos, el embarazo múltiple y la presentación fetal

Medición de la presión arterial; la medición de esta debe realizarse en reposo la paciente obstétrica en el brazo derecho colocado en la altura del corazón, usando el brazalete con el adecuado diámetro.

Evaluación del fondo uterino: la medición se realiza del borde superior del fondo de la sínfisis del pubis, cuando se dispone de una edad gestacional confiable, es un medio indirecto de evaluar clínica ente el crecimiento fetal.

Evaluación de la frecuencia cardíaca fetal, la cual es la evaluación de la frecuencia fetal mediante auscultación es posible entre las 20 y 22 semanas y es de gran utilidad para confirmar la vitalidad fetal. La frecuencia cardíaca fetal normalmente es de 120 a 160 latidos por minuto, mayor a 160 se considera sufrimiento fetal y puede causar varias complicaciones para el bebé.

Valoración de la presentación y situación fetal: en el tercer trimestre se puede verificar cínicamente la situación y presentación del feto mediante maniobras las cuales son conocidas como “maniobras de Leopold”. Cuando un embarazo cursa de manera normal, es apropiado que en la semana 36 o en caso de que se sospeche

de situación transversa u oblicua o presentación pélvica, se recomienda realizar un examen obstétrico para confirmar las sospechas.

Evaluación dental, algunos autores han asociado los problemas de tales con enfermedades periodontales con desenlaces perinatal es adversos, como hipertensión inducida por el embarazo, parto prematuro y bajo peso al nacer, entonces es importante derivar a la gestante a una evaluación de tal durante la primera visita prenatal.

Evaluación ginecológica, durante la primera consulta prenatal, se recomienda realizar un examen de senos y genitales femeninos, esto con el objetivo de descartar patología cervical e infecciones cervicovaginales. La citología vaginal debe realizarse durante la visita prenatal si no ha habido una en el último año.

4.5.6 Valoración diagnóstica

Exámenes de laboratorio

- Grupo Rh y Coombs:

Esta prueba permite identificar a pacientes Rh negativo y establecer si están o no sensibilizados, esto con el objetivo de determinar estrategias de prevención (en las pacientes no sensibilizadas) o manejo (en las sensibilizadas) en las madres Rh positivas permite la identificación de portadoras de otros anticuerpos irregulares. Ya que ocurren situaciones en las que por problemas del Rh las madres rechazan el embarazo porque el sistema lo ve como extraño, por lo que se corren riesgos de abortos. De acuerdo a esto a las gestantes Rho (D) negativas, con persona recién nacida Rho positivo y con prueba de Coombs indirecta negativa, se les aplicarán 300 µg de globulina inmune anti-Rho, dentro de las primeras 72 horas posparto o cuando se realice otro evento obstétrico o procedimiento invasivo

capaz de ocasionar hemorragia feto-materna y que pueda condicionar en la madre inmunización al antígeno “D o la muerte.

- Hemograma: La serie blanca permitiría identificar eventuales infecciones y enfermedades de baja frecuencia, pero muy importantes, como leucemias. El recuento de plaquetas puede detectar trombocitopenia.
- Glicemia: En ayunas en el primer control para identificar pacientes con diabetes pregestacional (tipo I y II).
- Sedimento orina y urocultivo: Para identificar pacientes con infección urinaria y bacteriuria asintomática y así disminuir riesgo de pielonefritis.
- VDRL o RPR: Permite diagnóstico de embarazadas con sífilis y tratamiento oportuno para prevenir la infección fetal o reducir el daño.
- VIH: Para el diagnóstico de madres portadoras de VIH, con el fin de prevenir la transmisión vertical. Este examen debe repetirse entre las 32–34 semanas en pacientes con conductas sexuales de riesgo. Debe hacerse consejería abreviada pre y post examen con énfasis en el diagnóstico y tratamiento .
- Hepatitis B: Antígeno de superficie, para detectar pacientes portadoras y prevenir el contagio del recién nacido, mediante la administración de la vacuna de Hepatitis que se le aplica a los recién nacidos antes de los 7 días de nacidos.

Análisis de datos

Se encuestaron a 10 estudiantes de la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud, así que en el siguiente apartado se muestran los resultados de medición utilizados como análisis en base a los conocimientos y opiniones de las encuestadas. A los cuales se les realizó el siguiente cuestionario:

1. ¿Qué sabe acerca del código mater?

2. ¿Crees que sea fundamental que enfermería sepa el protocolo de la activación del código mater?

Sí **No**

3. ¿Crees que todo el profesional de la ENSS sabe aplicar el protocolo de la activación del código mater?

Sí **No**

4. ¿Crees que la mortalidad materna se deba a que no se clasifica eficazmente el Triage obstétrico?

Sí **No**

5. ¿Sabe quién integra el Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica?

Sí **No**

6. ¿Sabe cuáles son los servicios en el hospital de Nuestra Señora de la Salud en donde se aplica el manejo de Triage obstétrico?

Sí **No**

7. ¿Conoce cuáles son las intervenciones que se deben efectuar en la consulta prenatal?

Sí No

8. ¿Usted creé que la consulta preconcepcional sea importante para prevenir muertes materno-fetales en un futuro?

Sí No

9. ¿Qué es el control prenatal?

10. Menciona, ¿Cuántas consultas de control prenatal debe de tener una mujer embarazada de bajo riesgo?

1 consulta 5 consultas 8 consultas

1.- ¿QUÉ SABES ACERCA DEL CÓDIGO MATER?



Se clasifica en 3, código rojo atención 3n menos de 5 minutos, amarillo de 5 a 30 minutos y verde de 30 a 2 horas en caso de haber mucho trabajo

Es un código por el cual señala una emergencia obstétrica, donde el equipo de salud debe saber actuar

Es un protocolo que activa cuando ocurre una emergencia materna que concluye con el llamado de un equipo multidisciplinario que está capacitado para tratar con emergencias obstétricas

Es un plan de acciones acerca de una emergencia obstétrica

Que es un código estandarizado el cual se utiliza en una emergencia obstétrica

Es Código que se activa con madres embarazadas que cumplen ciertos parámetros para su atención inmediata con equipo multidisciplinario

Es la activación de un mecanismo de llamado al equipo para atender una emergencia y poder salvar la vida de la madre y el feto

Es aquella activación de un equipo multidisciplinario que se encargará de atender alguna emergencia obstétrica

También se conoce como código dorado. Se activa cuando hay una embarazada con clasificación roja del Triage obstétrico
--

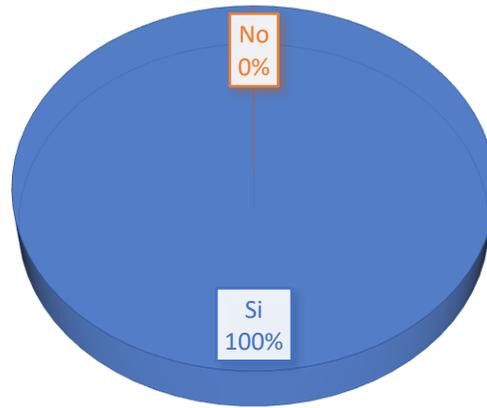
Es la activación de un protocolo de emergencia en el que interviene el ERIO para salvaguardar la vida del binomio madre e hijo
--

En el presente cuadro, en el cual se encuestaron a estudiantes de la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud, se les cuestionó acerca de que si sabían que era el código rojo por lo que todas las encuestadas saben que es, quienes son el equipo de salud que interviene, así como en las situaciones en que activa. También nombraron el tiempo de espera del Triage obstétrico, al igual se han estado actualizando con respecto a que el código rojo ahora se le conoce como código dorado, aun así, se tienen los mismos criterios.

En la respuesta número uno menciona la clasificación del triage obstétrico en cuanto al tiempo de atención del personal del ERIO, si bien va encaminado un poco en cuestión del código rojo en el tiempo de espera que en si debe ser inmediato. No corresponde a lo preguntado. En la respuesta número dos en comparación con las demás respuestas en efecto es una emergencia en la cual se debe actuar con rapidez y que hay un equipo especializado el cual actúa frente estas emergencias obstétricas

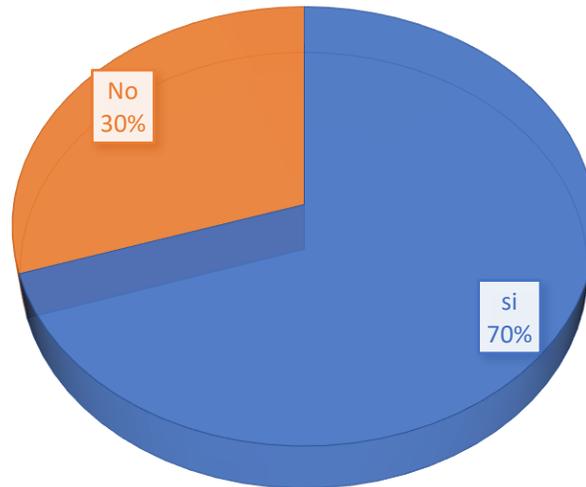
En los resultados de la encuesta realizada a las estudiantes enfermeras, era para saber que tanto sabían del código rojo, a lo cual cada una de ellas tienen una noción de lo que es, ya que en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en el área de urgencias se encuentra un cubículo que es de emergencias obstétricas, muchas veces se llega a presentar una emergencia obstétrica por lo cual es de suma importancia que todo el personal no sólo el ERIO tenga conocimiento de como actuar ante este tipo de emergencias y que no sólo se pueden presentar en urgencias sino también en obstetricia general u obstetricia general.

2.- ¿CREES QUE SEA FUNDAMENTAL QUE ENFERMERÍA SEPA EL PROTOCOLO DE LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO MATER?



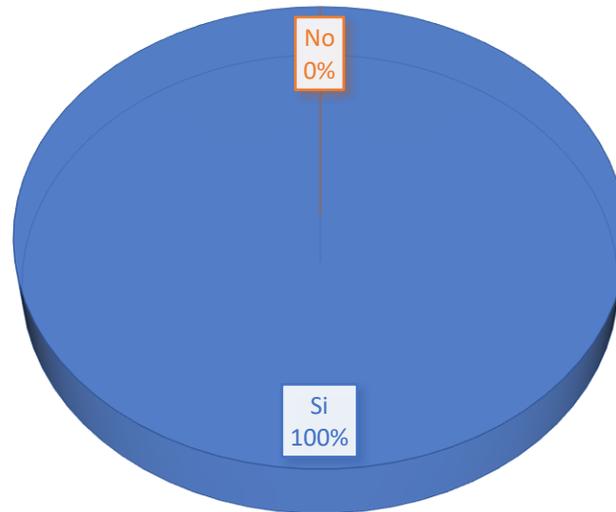
En la gráfica se muestra el resultado de las encuestadas, el cual muestra que las 10 estudiantes de enfermería creen que es fundamental que todo el personal tanto tituladas como estudiantes conozcan el protocolo a seguir en la activación del código mater.

3.-¿CREES QUE TODO EL PROFESIONAL DE LA ENSS SABE APLICAR EL PROTOCOLO EN LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO MATER?



En la gráfica se observa una preocupante situación en la que un 70% de las encuestadas refieren que no todo el personal de enfermería como el personal médico no sabe aplicar adecuadamente el protocolo de código mater. Lo que es de suma importancia implementar acciones en las que todo el personal tenga conocimiento y que lo aplique de una manera veraz y de calidad.

4.- ¿CREES QUÉ LA MORTALIDAD MATERNA SE DEBA A QUE NO SE CLASIFICA EFICAZMENTE EL TRIAGE OBSTÉTRICO?



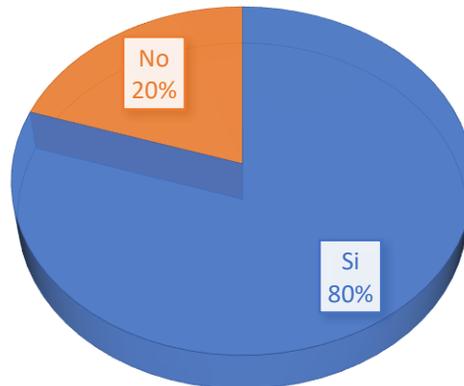
En la presente gráfica se muestra que las 10 estudiantes de enfermería de Nuestra Señora de la Salud que es un 100 %, están de acuerdo en que cuando no se clasifica correctamente el Triage obstétrico en las mujeres gestantes la mortalidad se haga presente y esto vaya en aumento subiendo así alarmantemente el porcentaje de no solo muerte materna si no que en muchas ocasiones el producto queda con graves secuelas que en el futuro o puede causarle la muerte.

5.- ¿SABE QUIÉN INTEGRA EL EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA OBSTÉTRICA?



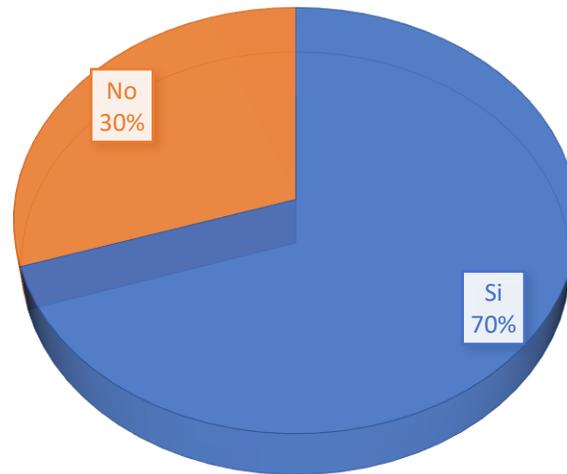
En la presente gráfica nos muestra que el 100% de las encuestadas tiene el conocimiento de quienes son los que integra el Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), esto es importante ya que así mismo tiene el conocimiento de que es un equipo multidisciplinario que en conjunto hacen intervenciones en la cual ayudan al binomio.

6.- ¿SABE CUÁLES SON LOS SERVICIOS EN EL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD EN DONDE SE APLICA EL MANEJO DEL TRIAGE OBSTÉTRICO?



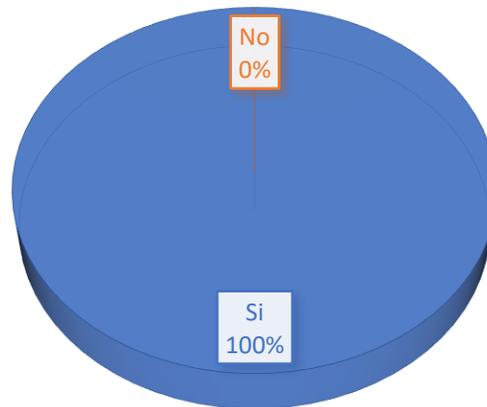
En la presente gráfica en 80% de las estudiantes de enfermería conocen los servicios en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, en los cuales se aplica el triage obstétrico, el otro 20% no conocen los servicios en los que se aplican por lo que es necesario que todas las estudiantes conozcan esta información.

7.- ¿CONOCE CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES QUE SE DEBEN EFECTUAR EN LA CONSULTA PRENATAL?



En la gráfica se muestra que el 70% de las estudiantes enfermeras conocen las intervenciones de la consulta prenatal que uno como personal efectúa, ya que muchas de las ocasiones las mujeres gestantes tienen un poco más de confianza en las enfermeras por lo que es sumamente importante que sepamos cada una de ellas para encaminar de manera eficaz a la mujer gestante a un embarazo seguro y darle signos de alarma durante su gestación con lo que se dará información en qué momento acudir a los servicios de emergencia.

8.- ¿USTED CREE QUE LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL SEA IMPORTANTE PARA PREVENIR MUERTES MATERNO-FETALES EN UN FUTURO?



En la gráfica se muestra que el 100% de las encuestadas están de acuerdo con que la consulta preconcepcional es importante para prevenir la muerte del binomio, ya que la mujer se prepara desde antes de la concepción en relación a dieta, a realizar los estudios convenientes para descubrir posibles afecciones en las cuales pueda tener el futuro producto, y así mismo en cuanto a lo que puede tomar antes para llevar un embarazo seguro en los primeros meses. Si esto se llevará acabo y que todas las mujeres tuvieran el conocimiento la mortalidad materna y perinatal disminuiría considerablemente.

9.- ¿QUÉ ES EL CONTROL PRENATAL?



Control de citas médicas durante el embarazo

Son solo cuidados o asesoramiento que se realizan durante el embarazo

Es una serie de consultas con las que la mujer embarazada debe de contar ya que son indispensable para prevenir las enfermedades gineco-obstétricas y conservar la salud materno y fetal

Es una serie de consultas médicas con la finalidad de ir monitorizando el embarazo, tanto la salud materna y la del feto, con la finalidad de detectar anomalías o malformaciones

Es una serie de consultas o entrevistas que se hacen para ver el estado de la madre y el feto

Conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones al igual que su madre, desde el punto de vista físico y mental

Son las intervenciones/actividades que se desarrollan durante el embarazo para poder llevar un embarazo saludable y llevar un control sobre el desarrollo del feto

Control prenatal es una serie de consultas en las cuales debe acudir la embarazada y que es importante para garantizar un embarazo saludable y seguro, tanto para la madre como para el feto

Un monitoreo constante que se realiza a la mujer durante el embarazo para vigilar la evolución de este evitar o identificar complicaciones de forma oportuna

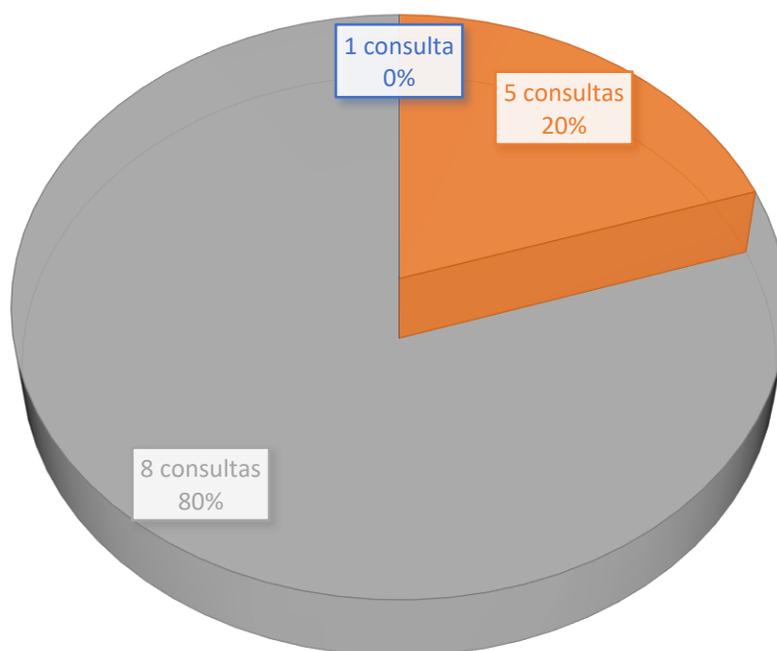
Serie de consultas para llevar un control de la estabilidad de salud de la mujer embarazada para detectar a tiempo una complicación

En la encuesta se visualiza que el 100% sabe que es el control prenatal, en la respuesta número uno menciona que son citas médicas que se llevan a cabo durante el embarazo lo cual es acertado, pero, no todas las mujeres que están embarazadas saben que deben tener estas consultas lo que conlleva a un gran número de complicaciones durante cualquier período de la gestación.

Se muestra que para ellas son una serie de cuidados o asesoramiento que realiza un profesional de la salud en conjunto con enfermería para encaminar bien el embarazo, en la cual se monitoriza no sólo a la madre si no al feto en la cual por medio de actividades que se realizan se detectan a tiempo anomalías o se dan aviso de malformaciones congénitas.

Esto no sólo quiere decir que sólo se va a valorar el estado físico o patologías que puedan desarrollar sino también la salud mental de cada una de las mujeres gestantes, no sólo ellas también la pareja o la familia dependiendo e la situación que lo requiera. Se puede comprobar que todas las encuestadas tienen la misma visión del control prenatal por lo que es bueno ya que como personal de enfermería esto puede llevar a que se le dé información adecuada a las mujeres embarazadas que vallan a consulta prenatal en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, en la que puedan hacer carteles de promoción y que se le dé a conocer a las personas que el control prenatal es fundamental. Aunque cabe mencionar que muchas de las mujeres embarazadas que acuden al servicio de consulta externa para su revisión, vienen de pueblos lejos y en los cuales tiene poca accesibilidad a transportes y por lo tanto muchas de las mujeres de su comunidad no pueden sea por el transporte o el problema de la economía no llegan a tener posibilidad de llevar un buen control prenatal.

10.- ¿CUÁNTAS CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL DEBE DE TENER UNA MUJER EMBARAZADA DE BAJO RIESGO?



En la presente grafica podemos observar que el 20% considera que deberían ser 5 consultas si bien es cierto que, lo mínimo se consultas deben ser esas consultas. El 80% considera que son 8 por lo cual están en lo verdadero ya que son las recomendadas para poder llevar bien un buen control prenatal de bajo riesgo. Mas de esas consultas son en las pacientes de alto riesgo, pero eso se valora con el médico al que asiste para las consultas prenatales y dependiendo del riesgo así mismo son las consultas.

Conclusiones

En este trabajo de investigación se concluyó que es importante que todo el personal de enfermería tenga conocimiento del protocolo del Triage obstétrico y la activación del código mater, en el cual saber cómo clasificar adecuadamente en el triage a cada mujer gestante de manera individualizada que ingrese al servicio de urgencias del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, aplicando los protocolos establecidos en la atención y en general todo lo que engloba en cuanto a las intervenciones de enfermería.

Por lo anterior mencionado, en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud la aplicación del Triage obstétrico es responsabilidad del profesional de enfermería, en la cual desee que ingresa la paciente al servicio en este caso de urgencias poder inmediatamente visualizar cualquier dato significativo que nos permita clasificarla esto claro también de la mano de los signos vitales, historia clínica, exploración física. De acuerdo con la pregunta de investigación que se planteo para hacer este trabajo de investigación que es acerca de ¿cuál debe ser el protocolo de Triage obstétrico y Código Mater que se debe seguir el personal de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud para reducir la muerte materna?, uno de los puntos es que para reducir la incidencia de casos de mortalidad materna es que toso el personal tanto tituladas como estudiantes del mismo hospital conozcan estos protocolos que al igual en el servicio de urgencias y en el área de obstetricia piden encontrar el diagrama de flujo de la clasificación del Triage y proceso de código Mater-ERIO. Pues está demostrado que la falla en la aplicación de estos protocolos provoca graves secuelas no sólo en el binomio si no en su familia, ya que se pone en peligro la vida de la paciente por resultado ya sea de una mala clasificación o error en a la activación del código mater.

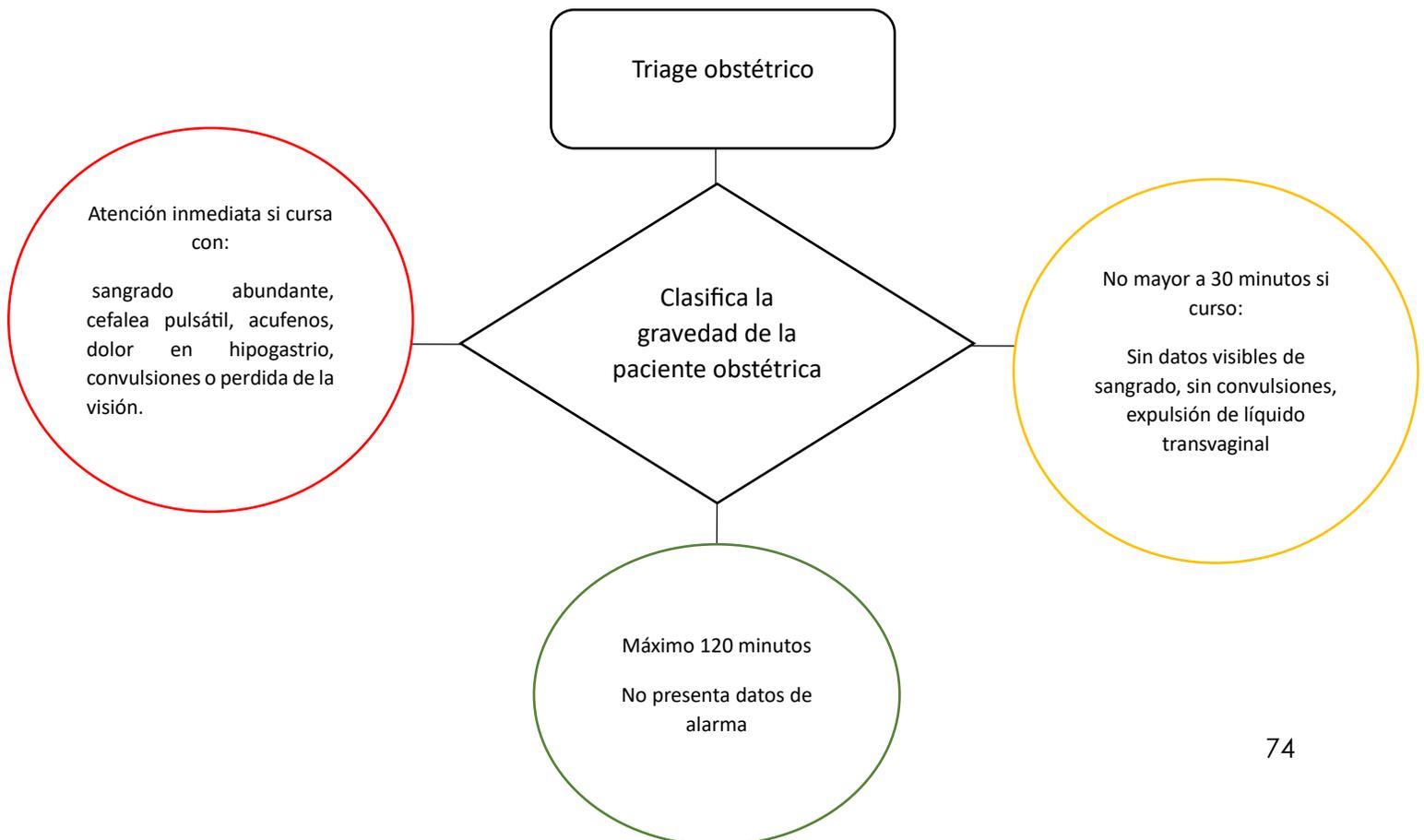
El Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), es responsable de que estas muertes maternas vallan en reducción, ya que si siguen como es el protocolo y tienen los conocimientos adecuados en cuanto como valorar a la paciente de acuerdo con el interrogatorio, observación y medición de constantes vitales puede llegar a salvar muchas vidas de mujeres obstétricas.

En la actualidad se vive algo preocupante, la mortalidad si bien es cierto a reducido considerablemente con el pasar de los años esto no implica que no se debería de hacer algo o buscar intervenciones en las cuales se reduzca a lo menos posible, la mortalidad materna es considerada una emergencia de salud pública, no sólo en el México hay gran prevalencia sino en todo el mundo. Por lo cual uno de mis objetivos en el trabajo de investigación es reducir la mortalidad materna en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Se es de interés que el personal de enfermería de a conocer los riesgos que lleva el que no se tenga en consideración el control prenatal, ya que si bien la problemática aquí es que muchas de las pacientes obstétricas que llegan al Hospital de Nuestra Señora de la Salud son gestantes que viven en comunidades que muchas veces solo van 2 consultas e ingresan al hospital ya que es la fecha del parto, esto sin duda es porque refieren que el vivir lejos muchas veces es impedimento ya que el acceso a esa zona es muy escasa, el transporte no pasa todos los días debido a que sea una zona de peligro como de difícil acceso, la situación económica no les permite el trasladarse o incluso tener una buena alimentación, higiene entre otros. Incluso muchos de estos pueblos no llega la información sobre la problemática descrita, por lo que muchas de estas mujeres no conocen los factores de riesgo que eso implica, por lo que tienen a sus bebés solas, sin espacios intergenésico cortos, su alimentación es escasa, su higiene no es la adecuada y tuvo antecedentes de familiares de primera línea que durante su embarazo tuvo complicaciones o incluso tuvo hipertensión arterial o diabetes gestacional, que es grave si no se trata o se lleva un control. Al igual por esta falta de información muchas de estas mujeres no se vacunan y piensan que su embarazo cursará de manera adecuada. Es por eso que concluyo este trabajo con que, desde todas las perspectivas, todo el personal de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, debe conocer muy bien el protocolo del Triage obstétrico y activación de código mater, esto para que cuando se presente este tipo de emergencias sepan actuar de manera oportuna veraz y dando cuidados de calidad.

Sugerencias

Se deberían de llevar a cabo promoción en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en el área de consulta externa, en donde se den pláticas a las mujeres acerca de las consultas prenatales, sobre factores y riesgo que deben de evitar para llevar un embarazo en equilibrio, darles información sobre signos de alarma, así como también resolviendo sus dudas. Poner carteles informativos acerca de todo lo que tenga que ver con su embarazo, siempre decirles que pueden ir acompañadas de su pareja ya que es un trabajo en equipo y que también es importante que sepa la información. Por eso considero importante realizar folletos para dar a todas las alumnas de todos los grados de la Escuela de Enfermería De nuestra Señora de la Salud para que tengan conocimiento acerca de cómo clasificar adecuadamente a las mujeres gestantes que lleguen al servicio de urgencias, y que si notan que por ejemplo la están clasificando mal ella poder argumentarse y plantear los parámetros de cada uno de los rubros en que se clasifica y así mismo se podrá dar una buena atención y poco a poco se cumpliría los objetivos de reducir la muerte materna y perinatal.



Anexos

Anexo 1. Sistema de evaluación del Triage obstétrico

Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre (s):
Fecha de la atención:	Hora:	No. Expediente:
Fecha de nacimiento:		

	OBSERVACIÓN		
	CÓDIGO ROJO (EMERGENCIA)	CÓDIGO AMARILLO (urgencia calificada)	CÓDIGO VERDE (urgencia no calificada)
Estado de conciencia	Alteraciones (somnolienta, estuporosa, inconsciente)	Consciente	Consciente
Hemorragia	Visible o abundante	No visible o moderada	No visible o escasa
Crisis convulsivas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Respiración	Alterada (frecuencia y profundidad)	Normal	Normal
Color de la piel	Cianótica/acompañada de alteraciones en la respiración	Pálida	Normal

	INTERROGATORIO		
Sangrado transvaginal	Abundante	Escaso/moderado	Ausente
Crisis convulsivas	Presentes	Negadas	Negadas
Cefalea*	Presente	Ausente/presente No pulsátil	Ausente
Acúfenos/Fosfenos*	Presentes	Ausentes	Ausente
Epigastralgia/Amaurosis*	Presente	Ausentes	Ausente
Síndrome febril		Presente	Ausente
Salida de líquido amniótico		Claro/verdoso	Negado
Motilidad fetal		Ausente	Presente

*Asociados a algún otro síntoma o signo de la tabla

	SIGNOS VITALES		
Tensión arterial (Hipertensión)	Igual o mayor a 160 /110 mmHg	Menor a 159/109 mmHg y mayor a 131/91 mmHg	Menor a 130/90 mmHg y mayor a 100/60 mmHg
Tensión arterial (Hipotensión)	Igual o menor a 89/50 mmHg	Menor a 90/51 mmHg y mayor a 99/59 mmHg	
Frecuencia cardíaca	Menor a 45 o mayor a 125 latidos por minuto	Menor a 80/100 latidos por minuto y mayor a 50/60 latidos por minuto	60-80 lpm
Índice de Choque (Frecuencia cardíaca/presión sistólica)	Mayor a 0.8	Entre 0.7 y 0.8	Menor a 0.7
Frecuencia respiratoria	Menor a 16 o mayor a 20 respiraciones por minuto		16 a 20
Temperatura	Menor a 35°C Mayor a 39°C	37.5°C a 38.9°C	Mayor a 35° C Menor a 37.5° C

Nombre de quien evalúa:	Categoría:
-------------------------	------------

Fuente: captura de pantalla en base en el documento de la Secretaría de salud de México, 2017.

Anexo 2. Cuadro de clasificación código rojo (emergencia)

Elementos	Criterios de valoración
Observación	La paciente se encuentra somnolienta, estuporosa o con pérdida de la consciencia, con datos visibles de Hemorragia, con crisis convulsivas en el momento de la llegada, respiración alterada o cianosis.
Interrogatorio	Antecedente reciente de convulsiones, pérdida de la visión, sangrado transvaginal abundante, cefalea pulsátil, amaurosis, epigastralgia, acufenos, fosfenos.
Signos vitales	Cambios graves en sus cifras: <ul style="list-style-type: none"> • En caso de hipertensión la tensión arterial igual o mayor 160/110mm Hg, correlacionar con la frecuencia cardíaca. • Índice de choque > 0.8. Frecuencia cardíaca ente la tensión arterial sistólica • Frecuencia cardíaca, menor a 45 o mayor a 125 latidos por minuto (lpm), siempre correlacionar con cifras de atención arterial. • Temperatura mayor a 39°C, o menor a 35°C. • Frecuencia respiratoria se encuentra por debajo de 16 o por arriba de 20 respiraciones por minuto.

Fuente: Elaboración propia en base del documento de la Secretaría de Salud de México, 2017.

Anexo 3. Cuadro de clasificación código amarillo (urgencia calificada)

Elementos	Criterios de valoración
Observación	La paciente se encuentra consciente, sin datos visibles de hemorragia, sin crisis convulsivas en el momento de la llegada no existen alteraciones en la ventilación, existe palidez, puede estar ansiosa por su condición clínica.
Interrogatorio	Puede manifestar datos relacionados con actividad uterina regular, expulsión de líquido transvaginal puede referir hipo motilidad fetal, responde positivamente a unos o varios datos de alarma de los siguientes: sangrado transvaginal escaso/ moderado, cefalea no pulsátil, fiebre no cuantificada.
Signos vitales	Cambios graves en sus cifras: <ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="776 1142 1490 1339">• Tensión arterial está entre 159/109mm Hg, en caso de hipotensión, la tensión arterial está entre 90/51 y 99/59 mmHg, correlacionar con la frecuencia cardíaca.<li data-bbox="776 1360 1490 1558">• Frecuencia cardíaca, con mínima entre 50 y 60 y máxima entre 80-100 latidos por minuto, siempre correlacionar con cifras de tensión arterial.<li data-bbox="776 1579 1490 1675">• Índice de choque (0.7 a 0.8). Frecuencia cardíaca entre la tensión arterial sistólica.<li data-bbox="776 1696 1490 1730">• Temperatura de 37.5°C a 38.9°C.

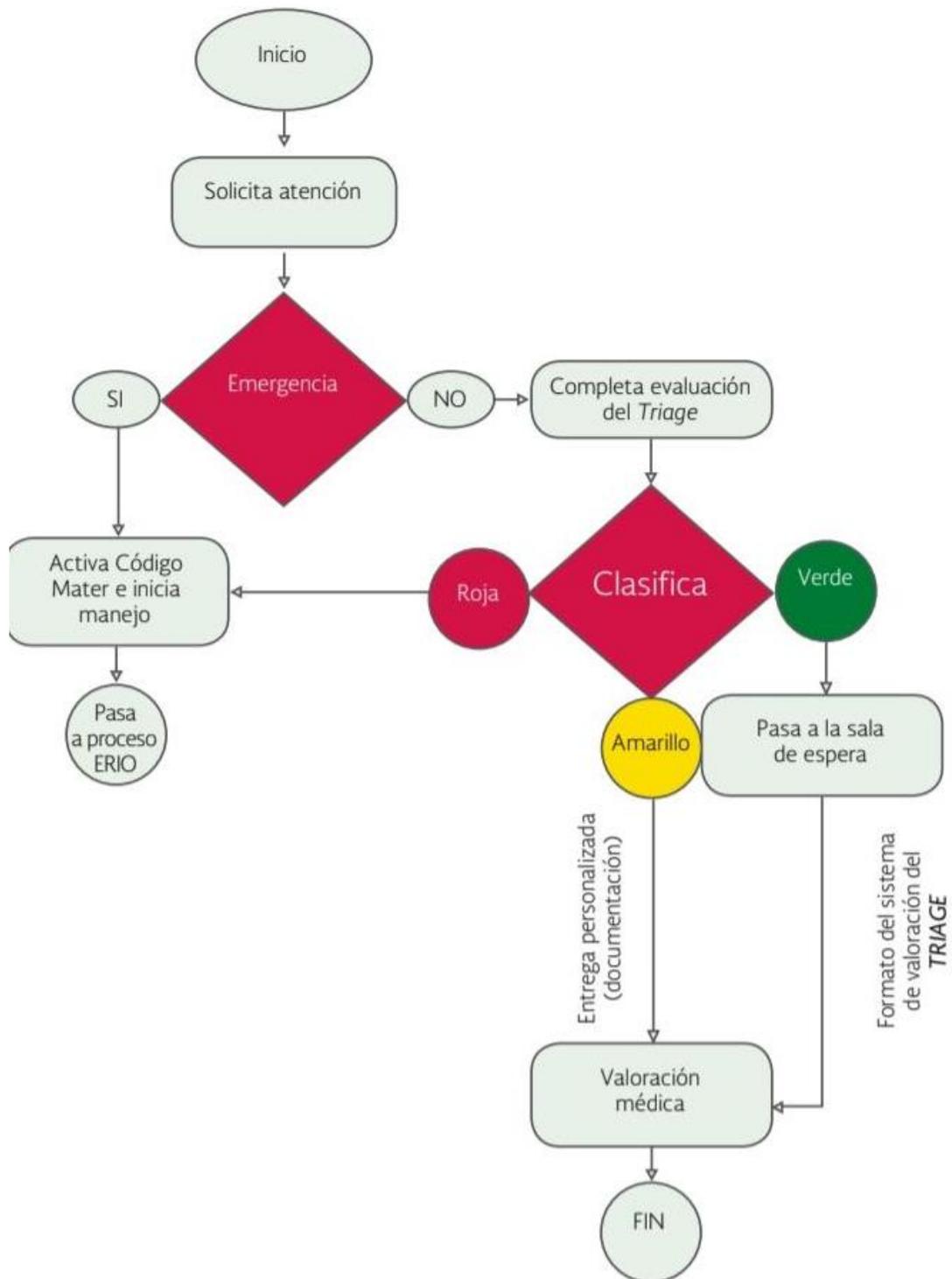
Fuente: Elaboración propia en base del documento de la Secretaría de Salud de México, 2017.

Anexo 4. Cuadro de clasificación código verde (urgencia no calificada)

Elementos	Criterios de valoración
Observación	La paciente se encuentra consciente, sin datos visibles de hemorragia, sin crisis convulsivas en el momento de llegada. No existen alteraciones en la ventilación. No existe coloración cianótica en la piel. No existen datos visibles de alarma obstétrica grave.
Interrogatorio	Puede manifestar datos relacionados con actividad uterina regular, expulsión de moco, con producto con edad gestacional referida de término o cercana al término, motilidad fetal normal. Responde negativamente interrogatorio a datos de alarma obstétrica.
Signos vitales	Se encuentra dentro de la normalidad, no existe datos de hipertensión, hipotensión, taquicardia ni fiebre. .

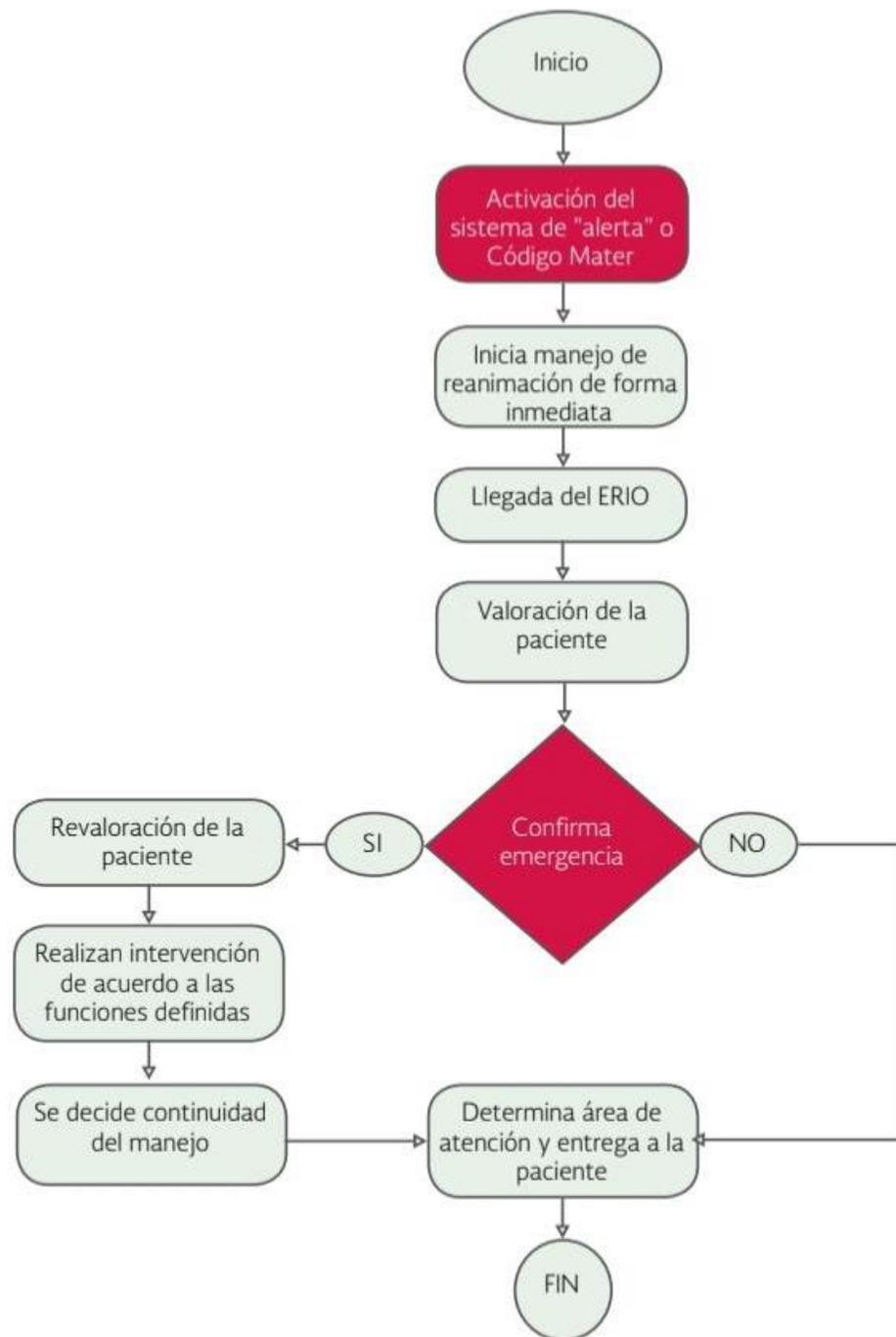
Fuente: Elaboración propia en base del documento de la Secretaría de Salud de México, 2017.

Anexo 5. Diagrama de flujo del Proceso del Triage obstétrico



Fuente: captura de pantalla en base en el documento de la Secretaría de salud de México, 2017)

Anexo 6. Diagrama de flujo del proceso código Mater-ERIO



Fuente: captura de pantalla en base en el documento de la Secretaría de salud de México, 2017.

Anexo 7. Formato de entrega de paciente con emergencia (código rojo) por el personal del Triage obstétrico

Identificación	Nombre: _____ Apellidos: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Problema principal: _____
Antecedentes	Embarazo de: _____ semanas Patologías asociadas: Diabetes Mellitus: _____ Hipertensión arterial crónica: _____ Cardiopatía: _____ Enf. Tiroidea: _____ Enf. Renal: _____ Otras patologías: _____ Especifique: _____ Problema obstétrico actual: Amenaza de aborto: _____ Amenaza de parto pretérmino: _____ Embarazo de término en trabajo de parto: _____ Actualmente con complicaciones del embarazo del grupo: Enfermedad Hipertensiva del Embarazo: _____ Hemorragia: _____ Sepsis: _____ Otros: _____ Sintomatología: _____ _____ Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardiaca: _____ Frecuencia respiratoria: _____ Temperatura: _____ Índice de choque (Frecuencia cardiaca/presión sistólica): _____
Evaluación	Diagnóstico probable: _____ _____ _____
Plan Terapéutico	_____ _____ _____
	Nombre del evaluador: _____ Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Fuente: captura de pantalla en base en el documento de la Secretaría de salud de México, 2017.

Bibliografía

- http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/121_GP_C_NUTRICION_PARENTERAL_PED/Ssa_121_08_grr.pdf.
- http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/442_GP_C_Emergencias_obstetricas/GER_Emergencias_obstetricas.pdf
- Alvarado Barrueta, Rosa María (2015) Enfermería Universitaria. Manejo del Traje Obstétrico y Código Mater en el Estado de México, Volumen 9, Num.2, México, p.91 E, O., & Kusanovic, P. J. (2011). Urgencias en obstetricia. Revista Médica Clínica Las Condes, 22(3), 316-331.
- García-Molina FE, Pérez-Santín M, Rodríguez-Tapia A, Sil-Jaimes PA. Triage obstétrico, herramienta en la atención y seguridad de la paciente embarazada y en la reducción de tiempos de espera en el servicio de urgencias de un hospital de Concentración. 9º. Foro Nacional y 6º. Internacional por la Calidad en Salud, 7al 9 de nov 2017, México, D.F
- Salinas-Arnau A., Villegas-Jiménez M. Guía técnica para El funcionamiento del código mater en las unidades hospitalarias de segundo nivel de atención médica del Instituto de salud del Estado de México. Toluca, Estado de México. Diciembre 2017
- Vivaldo Mendoza, Itzel (2016) Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica. Ciudad de México: Derechos Inmediata Obstétrica. 89

- Instituto Mexicano del Seguro Social (2017) control prenatal con atención centrada en la paciente: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>
#
- Pruyne SC, Phelan JP, Buchanan GC. Long-term propranolol therapy in pregnancy: maternal and fetal outcome. Am J Obstet Gynecol 1979;135: 485–9.
- Salvador (2012) guía técnica para la elaboración de manuales
- Secretaria de salud (2019) Instituto de salud del Estado de México.
Defunciones maternas y razón de mortalidad materna total
- Alleyne M, Horne MK, Miller JL. Individualized treatment for iron-deficiency anemia in adults. Am J Med. 2008;121:943-948.
- Secretaria de Salud. Diagnostico y tratamiento de emergencia obstétrica. (2009)
- Organización mundial de la salud (2023) mortalidad materna
- Marrón-Peña GM (2018) Mortalidad materna: un enfoque histórico
- Jesús Carlos Briones Garduño (2013) Mortalidad materna