

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL
DISTRITO FEDERAL CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M**

TESINA

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

PRESENTA

**INTERVENCIONES DE LA LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA EN EL CÓDIGO MATER**

NOMBRE DE LA ALUMNA

VALLES MATA GABRIELA

DIRECTORA DE TESINA

L.E.O. JOSEFINA MARTÍNEZ VARGAS

MÉXICO, D.F. 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



SECRETARÍA DE SALUD
 Dirección de Educación e Investigación
 Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud
 Escuela de Enfermería

SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN
 ANEXO 13

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

M.C. RAMIRO JESÚS SANDOVAL
DIRECTOR GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
P R E S E N T E.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: **INTERVENCIONES DE LA LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA EN EL CÓDIGO MATER**

Elaborado por:

1. **VALLES MATA GABRIELA** Núm. de expediente: **409511107**
2. _____
3. _____

Apellido paterno Materno Nombre Núm. de cuenta

Alumna de la carrera de: **LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**
 Reúne (n) los requisitos para su impresión.

México D. F., a 4 de septiembre de 2014

Lic. Josefina Martínez Vargas
 Nombre y firma del Asesora

Lic. Enf. Silvia Vega Hernández
 Nombre y firma de la
 Directora Técnica de la Carrera



Calzada México Tacuba N°. 595 3er Piso Col. Popotla C.F. 11410
 Delegación Miguel Hidalgo Tels. 53421251 y 53418126

df.gob.mx
 salud.df.gob.mx

ÍNDICE

Índice	2
Introducción	6
Justificación	8
Objetivo General	9
Objetivo Especifico	10
CAPÍTULO I	
1. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE MUERTE MATERNA EN MÉXICO	
1.1 Muerte Materna.....	11
1.2 Razón de Mortalidad Materna.....	14
1.3 Organización Mundial de la Salud.....	16
CAPÍTULO II	
2. EMERGENCIA OBSTÉTRICA	
2.1 Emergencia del Primer Trimestre del Embarazo.....	18
2.2 Emergencia del Segundo y Tercer Trimestre del Embarazo.....	19
2.3 Emergencia Puerperal.....	20
2.3.1 Principales Patologías en el Primer Trimestre del Embarazo.....	24
2.3.2 Patologías en el Segundo y Tercer Trimestre del Embarazo.....	31

2.3.3 Hemorragia Puerperal.....	41
---------------------------------	----

CAPÍTULO III

3. TRIAGE OBSTÉTRICO.....	48
----------------------------------	-----------

3.1 Estandarización del Proceso de Triage.....	50
--	----

3.1 Triage Obstétrico.....	51
----------------------------	----

3.2.1 Clasificación del Triage.....	51
-------------------------------------	----

3.3 Elementos Rápidos para la Valoración de las Paciente.....	53
---	----

3.4 Elementos Necesarios para Establecer un Sistema de Triage.....	54
--	----

3.5 Personal Asistencial Entrenado.....	55
---	----

3.6 Material y Equipo.....	56
----------------------------	----

3.7 Protocolos Asistenciales Previos.....	57
---	----

3.8 Método Utilizado por la Enfermera.....	58
--	----

3.9 Valoración del Triage.....	61
--------------------------------	----

3.10 Sistema de Urgencia que Mejora la Atención y la Resolución (SUMAR)	61
--	----

3.11 Identificación del Riesgo.....	62
-------------------------------------	----

3.12 Diseño de la Hoja de Triage Obstétrico.....	64
--	----

3.13 Ruta de Atención en el Triage Obstétrico.....	66
--	----

3.13.1 Actividades del Triage Obstétrico.....	66
---	----

CAPÍTULO IV

CÓDIGO MATER

4 Concepto Código Mater.....	68
------------------------------	----

4.1 Equipo Multidisciplinario.....	69
------------------------------------	----

4.2 Acciones del Grupo Mater.....	70
-----------------------------------	----

4.3 Proceso ABC.....	72
----------------------	----

4.4 Recursos Materiales “Caja Roja”.....	73
4.4.1 Recursos Materiales “Caja Amarilla”.....	75
4.5 Desarrollo de las Actividades.....	76
4.6 Fluxograma de Código Mater.....	78
4.7 Emergencia Obstétricas en el Código Mater.....	79
4.7.1 Desarrollo de las Actividades en Enfermedad Hipertensiva Del Embarazo.....	79
4.7.2 Manejo de Choque Hipovolémico en la Gestante.....	84
CAPÍTULO V	
5. MARCO DISCIPLINAR EN ENFERMERÍA	
5. Evolución Histórico del Cuidado.....	86
5.1 Conceptualización del Cuidado de Enfermería.....	88
5.2 Dimensiones del Cuidado.....	89
5.3 El arte del Cuidado.....	90
5.4 Enfermería como Ciencia.....	90
5.4.1 Etapas de Enfermería.....	91
5.5 Cuidados como Objeto del Conocimiento de Enfermería.....	94
5.6 Tipos de Cuidado.....	95
5.7 To Care, To cure.....	96
5.8 Enfermería como Disciplina.....	97
5.8.1 Disciplina Profesional.....	98
5.8.2 Enfermería como Profesión.....	98
5.9 Proceso Enfermería.....	99
5.9.1 Etapas del Proceso Enfermero.....	102
5.10 Plan de Cuidados de Salud de Enfermería “PLACES”.....	112

6. Anexos

6 Marco Legal.....	148
6.1 Ley General de Salud.....	148
6.2 Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993 Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y Atención al Recién Nacido ...	150
Conclusión.....	152
Bibliografía.....	153

INTRODUCCIÓN

El Sistema de Salud en México se enfrenta a uno de los grandes retos en la mortalidad materna ya que es un grave problema de salud pública que puede y debe evitarse a través de su priorización, por los serios problemas que en materia de calidad del servicio sobre todo de las urgencias obstétricas y la necesidad de incrementar programas a la atención materna oportuna temprana que se deben de abordar en la población con la intención de disminuir los factores de riesgo y favorecer el descenso importante de esta mortalidad, con esto en nuestro país se ha beneficiado un descenso importante con un 40% en su población general femenina y en 50% en los municipios de alta marginación evitando 200 muertes maternas, comprometiéndose a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre los años de 1990 y 2015, lo que significa que para el año 2015 se haya disminuido la Razón de Mortalidad Materna a 22 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos estimadas.

A través de la historia, la enfermera se ha preocupado por adquirir nuevos conocimientos que fundamenten las acciones de enfermería para brindar a las pacientes una mejor calidad de atención sin que se ponga en riesgo su salud e integridad. Florence Nightingale, la primera persona de salud que se preocupó por registrar cada procedimiento y técnica ejecutada en las pacientes incorporando herramientas estadísticas que permitieron obtener buenos resultados. Los hechos a través de la historia han cambiado y actualmente en la atención de pacientes, se establecen cinco niveles de gravedad que son fiables en la atención y clasificación de las embarazadas ante una urgencia obstétrica a fin de mejorar los servicios a la población materno-infantil y reducir con ello la mortalidad materna, así mismo en las instituciones se han desarrollado normas, protocolos para la atención en la materia, como lo es el Triage Obstétrico.

En el Estado de México, en las Instituciones de Salud se ha implementado que cuando una paciente es identificada con alguna de las tres principales causas de complicación en la gestación, como lo es la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, la Hemorragia Obstétrica y Sepsis Puerperal se vincula y se activa la respuesta rápida de atención denominado Código Mater que tiene como finalidad preservar la vida del binomio y la aplicación

del equipo multidisciplinario de salud, es así, que se debe preparar enfermeras que tengan una visión de su profesión como disciplina científica, que se preocupen por el bien fundamental de la humanidad y que sean capaces de brindar cuidados oportunos, de calidad y libres de riesgo ya que como lo refiere la Organización Mundial de la Salud, esta es la clave para la resolución de numerosos problemas sanitarios en la atención brindada al usuario de los servicios de salud y cero rechazo a la población en general.

En la Secretaria de Salud del Distrito Federal, en las unidades hospitalarias se ha implementado como estrategia de atención ante una emergencia obstétrica el servicio y unidad de Triage obstétrico y Código Mater teniendo como evidencia el Segundo Congreso de Enfermería; “Visión del Profesional de Enfermería en la Transición Epidemiológica y Calidad de Vida 2014”. Informando las actualizaciones, los cambios en la atención oportuna del Licenciado en Obstetricia y Enfermería en la implementación del Código Mater en el Distrito Federal.

JUSTIFICACIÓN

El desempeño ante una emergencia obstétrica debe de estar regulada mediante una organización de intervención interna hospitalaria que establezca la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia para la organización y funcionamiento del operativo marcando las líneas de actuación y responsabilidad de cada una de las funciones desempeñadas.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, prevalecen las tres principales causas de Razón de Mortalidad Materna como son: Los trastornos hipertensivos del embarazo, Las hemorragias durante el evento obstétrico y Sepsis asociadas con infecciones puerperales siendo esto un problema de salud que demanda la población; Es por ello que se ha implementado una serie de protocolos, estrategias, sistemas de atención de respuesta rápida para proveer a las mujeres embarazadas con atención oportuna a la detección de factores de riesgo que determinen un diagnóstico y tratamiento temprano para la clasificación del riesgo y así contribuir a reducir la mortalidad materna. Basándose en la capacitación continúa que deberá de ser conocido, aprendido, practicado y aceptado por el equipo multidisciplinario de salud para responder a las emergencias obstétricas con un marco legal.

La presente investigación servirá para dar a conocer la participación específica ante una emergencia obstétrica de forma estructurada y sistematizada así como las intervenciones del Licenciado de Enfermería y Obstetricia en Código Mater; no obstante en la red hospitalaria del Distrito Federal no se cuenta con el área destinada específicamente para brindar la atención por falta de recursos humanos, recursos materiales y recurso físico.

OBJETIVO GENERAL

El Licenciado de enfermería y Obstetricia analizará la importancia que tienen las acciones de este en Código Mater, considerando los factores de riesgo con que llevan a una emergencia obstétrica con el fin de garantizar los cuidados de enfermería en la atención del proceso de atención con las técnicas procedimientos que favorezcan la atención integral a la paciente obstetra.

OBJETIVO ESPECIFICO

Proporcionar una atención de enfermería de calidad, profesional, durante el proceso de una emergencia obstétrica, mediante la realización de acciones oportunas y asertivas que conduzcan a un parto seguro y un puerperio sin complicaciones.

Participar de forma rápida y segura en la clasificación del Triage obstétrico ante una emergencia obstétrica del primer, segundo y tercer trimestre priorizando la emergencia obstétrica.

Integrar un marco de conocimientos sobre las acciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el Código Mater.

CAPÍTULO I

1. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE MUERTE MATERNA EN MÉXICO

El Sistema Nacional de Salud ha tenido avances significativos que se han visto reflejados en un incremento importante en la disminución de la mortalidad materna en un 43.0%. De acuerdo a la información de la Secretaria de Salud, el mejoramiento de la salud materna, la promoción de las consultas prenatales y la creación de protocolos estandarizados sistemáticamente en las unidades hospitalarias están constituidos como derechos fundamentales para garantizar la protección a la salud tal como se establece en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Los líderes mundiales congregados de la Organización de las Naciones Unidas reafirmaron el compromiso y la convicción de que las metas en mejora para la salud materna sean alcanzables.

El gobierno de la república Mexicana se ha comprometido, como parte de los objetivos de desarrollo del milenio a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, lo que significa que para el año 2015 se haya disminuirá la Razón de Muerte Materna a 22 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos estimados. Este gobierno se ha empeñado en disminuir la mortalidad materna en un 40% de su población femenina creando programas, protocolos y sobretodo como un derecho de salud maternal.

El índice del desarrollo humano de un país se mide con tres indicadores de suma importancia:

1. Salud
2. Educación
3. El producto interno bruto

Dentro de la salud se encuentra la mortalidad materna, indicador que observa una compleja interacción de factores propios de la población, así como la capacidad de respuesta de los servicios de salud.

1.1 Muerte Materna:

Es la ocurrida a una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo de una compleja interacción de factores propios de la población, así como de la capacidad de respuesta de los servicios de salud. La muerte materna en México¹, es una tragedia que afecta a 1300 mujeres anualmente, a sus familias y muy especialmente a su progenitor ya que se trunca el proyecto de vida de la mujer, se desintegra la familia, los huérfanos quedan expuestos a un elevado riesgo de enfermar y morir, la hija mayor asume el rol de tareas maternas truncado su propio proyecto de vida, las hijas adolescentes quedan expuestas al acoso sexual y al incesto, deserción escolar y pobre futuro laboral.

El 07 de abril 2005 la Organización Mundial de la Salud conmemora el Día Mundial de la Salud, dando a conocer datos que impactan en todo el mundo:

- Ⓢ Cada cinco minutos muere una mujer
- Ⓢ 1,400 madres mueren al día
- Ⓢ Más de medio millón mueren al año
- Ⓢ Por cada dos personas que mueren por accidentes de tráfico, muere una madre y 20 niños
- Ⓢ 99% de las muertes acontecen en países subdesarrollados
- Ⓢ 22 mil mujeres mueren anualmente por causas relacionadas con el embarazo y el parto
- Ⓢ La razón de mortalidad materna es de 16 por cada 10 mil nacidos vivos
- Ⓢ El riesgo de muerte materna es de 1 en 160
- Ⓢ Alrededor de los 50 mil niños quedan huérfanos por muertes maternas
- Ⓢ Alrededor de 30 mujeres quedan con lesiones irreversibles en su salud después del parto

¹ Secretaria de Salud. (2013) Mortalidad Materna y Perinatal. Acciones para su reducción México.

Lo antes mencionado genera un alto costo social ocasionando el incremento de violencia intrafamiliar, presencia de niños en situación de calle asociado a drogadicción y la sustitución de roles maternos por hijos mayores.

Se han realizado múltiples acciones en las Unidades Hospitalarias para coadyuvar en la disminución de la mortalidad materna, es así que en el año 2007 en el Estado de México el Hospital General de las Américas, le propone a la Secretaria de Salud implementar en las unidades un servicio de respuesta rápida, avanzado a la inmediata atención a la mujer embarazada nombrándole,

“El Código Mater” siendo este la primera unidad que protocoliza una emergencia Obstétrica.



El sistema de salud de México se enfrenta a uno de los grandes retos en la mortalidad materna ya que es un grave problema de salud pública que puede y debe evitarse a través de su priorización por los serios problemas en materia de calidad del servicio sobre todo de las urgencias obstétricas y la necesidad de incrementar programas a la atención materna oportuna temprana en factores de riesgo ya que con esto se ha favorecido un descenso importante con un 40% en su población general y en 50% en los municipios de alta marginación evitando 200 muertes maternas, comprometiéndose a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, lo que significa que para el 2015 se haya disminuido la Razón de Mortalidad Materna a 22 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos estimados; las estadísticas de la mortalidad materna se expresa como una razón.²

² Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2014.

1.2 LA RAZÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA RMM³

Definida como el número de defunciones de mujeres mientras se encuentren embarazadas o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo y debida a cualquier causa relacionada con, o agravada por, el embarazo mismo o su atención (excluyendo las muertes accidentales) en un determinado año y por cada 100 mil nacidos vivos.

Este Panorama Epidemiológico tanto a nivel Nacional como Institucional, ha permitido identificar la edad promedio a la muerte materna que es de 30 años dado que la esperanza de vida de la mujer es de 78 años, la defunción significa 40 años potenciales de vida perdidos.

Es por ello que se pretende mejorar los niveles educativos de la población para participar en forma activa en el auto cuidado de su salud; con el inicio temprano de la vigilancia prenatal, la continuidad satisfactoria de las embarazadas, la difusión de hábitos nocivos para la salud materna y perinatal, control de salud reproductiva, el uso oportuno de los servicios médicos ante la presencia de signos y síntomas de alarma y la asistencia sistemática a la atención durante el puerperio.

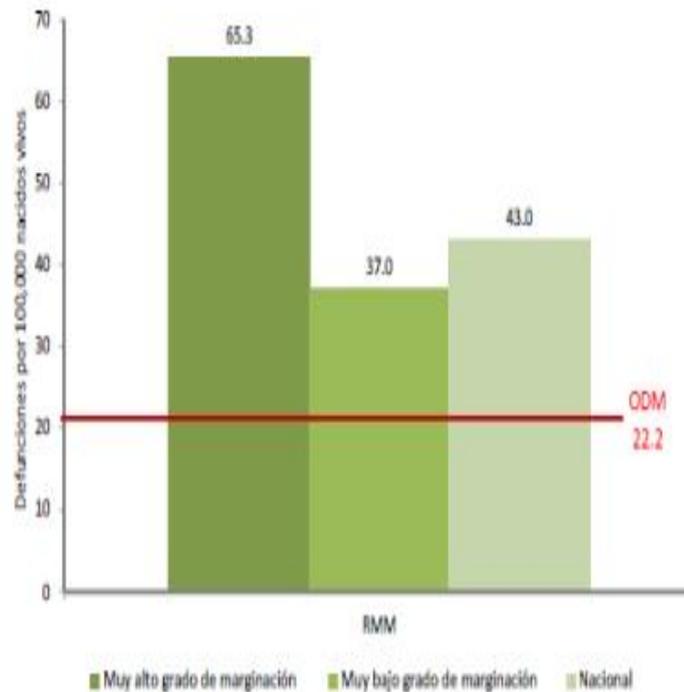
La atención profesional y /o institucional al parto tienen un claro impacto en la disminución de la mortalidad materna ya que actualmente se cuentan los servicios de planificación familiar de calidad, atención competente durante el embarazo, el parto y el primer mes después del alumbramiento o servicios de atención postaborto y en donde este permitido, servicios de aborto seguros, a pesar de que existen diferenciales socioeconómicos.

La Organización de las Naciones Unidas; señala que el parto y los meses alrededor del parto siguen siendo un riesgo mortal para las mujeres que viven en zonas rurales y en comunidades pobres y que si no se llega a la Razón de Muerte Materna de 22% en el año 2015, es prácticamente imposible que se alcance el nivel de los países desarrollados para el año 2030; ya que se percibe como extremadamente difícil (sino que imposible) la meta de 10 % por cien mil para la Razón de Muerte Materna que es muy probable que se alcanzará después del año 2030 y tal vez hasta el año 2050.

³ Observatorio de Mortalidad Materna México 2014.

En la grafica siguiente se muestra la RMM.⁴

Razón de mortalidad materna nacional y para entidades federativas de muy alto grado de marginación y muy bajo grado de marginación, México 2011
(Defunciones por 100,000 nacidos vivos)



Nota: Según CONAPO las entidades federativas de muy alta marginación son Oaxaca, Chiapas y Guerrero; las entidades de muy baja marginación son el Distrito Federal, Nuevo León, Coahuila y Baja California.

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI/SS (2012a) y Objetivos de Desarrollo del Milenio (2013)

⁴ Base de datos de la Muerte Materna de la Dirección General de información de Salud.

1.3 ORGANIZACIÓN MUNDIAL PARA LA SALUD O.M.S.

La mejora de la salud materna es una de las prioridades de la Organización Mundial Para la Salud comprometiéndose a lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio ofreciendo orientación e instrumentos para aumentar la disponibilidad de servicios de salud de calidad para las embarazadas, elaborando directrices clínicas para el tratamiento de complicaciones antes, durante y después del parto basadas en datos científicos fijando normas sobre intervenciones que den continuidad asistencial a las madres y a los recién nacidos, así mismo promueve la participación de los individuos, las familias y las comunidades para aumentar el acceso a una atención de calidad prestando apoyo técnico en talleres de orientación para los gestores de los programas sanitarios y así reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna, ya que cada día mueren en todo el mundo 1000 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo y parto ya que la mayoría de estas muertes son evitables Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto coadyuvando con la Organización Panamericana de la Salud OPS, la mortalidad materna representa un grave problema de salud pública y se ha observado que el 80% de los casos las causas son prevenibles, es por eso que en el informe del Objetivo de Desarrollo del Milenio se establece el acceso universal a la atención de salud reproductiva, incluida la planificación familiar, como punto de partida para la salud materna. Dentro de los factores que se han reconocido como contribuyentes a la ocurrencia de la muerte materna están las deficiencias en la identificación oportuna de complicaciones y el retraso para proporcionar la atención afectiva por lo anterior se implemento en algunas unidades de salud, el Triage obstétrico para el año 2002, el instituto de salud del estado de México ISEM inicia la política de “Cero rechazo” aunque no goce del programa “Seguro Popular”, para lo cual se crea el Modulo de Valoración Individual, atendido por enfermeras perinatales y licenciadas en enfermería y obstetricia.



Objetivo

Prevenir y disminuir la mortalidad materna mediante tres acciones Identificando signos de alarma, Tratar de inmediato las emergencias obstétricas y Trasladar a otra unidad especializada a la paciente para salvar la vida del binomio.

Lineamientos

1. La paciente es responsabilidad de todo el personal del hospital
2. Los embarazos de alto riesgo tienen prioridad en todos los servicios
3. Toda paciente embarazada será valorada a un Triage obstétrico y tendrá prioridad en todos los servicios
4. La atención será de acuerdo a la capacidad resolutive del hospital “cero rechazo”
5. En caso de que requiera la paciente ser referida a otra unidad de atención especializada; el traslado será de forma oportuna.

CAPÍTULO II

2. EMERGENCIA OBSTÉTRICA

El sistema de salud de México se enfrenta a uno de los grandes retos en la mortalidad materna preexistiendo un grave problema de salud pública que puede y debe evitarse a través de su priorización en las emergencias obstétricas y la necesidad de incrementar protocolos y programas a la atención materna oportuna temprana en factores de riesgo ya que con esto se ha favorecido un descenso importante con un 40% en su población general y en 50% en los municipios de alta marginación evitando 200 muertes maternas, comprometiéndose a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes a partir del año 1990 al 2015, es por ello que se pretende mejorar los niveles educativos de la población para participar en forma activa en el auto cuidado de su salud con el inicio temprano de la vigilancia prenatal, la continuidad satisfactoria del embarazo, la difusión de hábitos nocivos para la salud materna y perinatal, control de salud reproductiva, el uso oportuno de los servicios médicos ante la presencia de signos y síntomas de alarma y la asistencia sistemática a la atención durante el puerperio, la atención profesional e institucional al parto tiene un claro impacto en la disminución de la mortalidad materna ya que actualmente se cuenta con los servicios de atención competente durante el embarazo el parto y el primer mes después del alumbramiento.

La Organización Mundial de la Salud calcula que anualmente a nivel mundial de un 15% a 20% de embarazos pueden complicarse aún sin causa aparente, siendo esto en porcentajes que el 99% de las muertes maternas es a nivel mundial y que en su mayoría son inevitables favoreciendo una emergencia obstétrica.



La emergencia obstétrica es aquel estado de salud que pone en peligro la vida de la madre, del producto o ambos acrecentándose repentinamente con

una serie de eventos perinatales de origen materno o fetal que puede desarrollarse como una complicación y requiere de una acción y atención inmediata.⁵ Ya que la hemorragia puede estar presente en los tres trimestres del embarazo.

Como definición tenemos lo siguiente:

HEMORRAGIA OBSTÉTRICA:

Es la pérdida aguda de sangre circulante durante el embarazo, parto o puerperio proveniente de genitales internos o externos mayor a 500ml.⁶

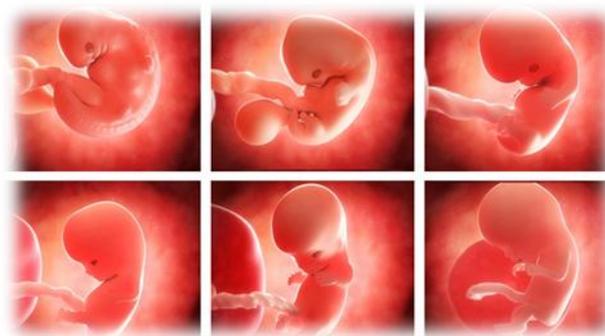
En el periodo gravídico es superior a 500ml.

En el postparto 1000 ml.

2.1 EMERGENCIA DEL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

Considerando que todo embarazo es potencialmente de riesgo y de acuerdo a los trimestres el sangrado vaginal en las primeras semanas de gestación⁷ afecta en un 20% de las emergencias obstétricas las causas principales que se producen en el primer trimestre son:

Metrorragia: Es todo sangrado genital de una mujer embarazada de menos de 12 semanas de amenorrea.



Amenaza de Aborto: Es la presencia de hemorragia y/ o contractilidad uterina en un embarazo viable de 20 semanas o menos de gestación con ausencia de modificaciones cervicales.

Aborto: Es la interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr.

⁵ Secretaria de Salud y La Organización Mundial de Salud 2013-2018

⁶ Zarpadiel, G.I (2010). *Guía Práctica de Emergencia en Obstetricia y Ginecología*. Ediciones: SEGÓ

⁷ Durruty, G.V (2010) *Metrorragia del primer trimestre*. Ediciones: Gandhi

Aborto Completo: Es la expulsión total del contenido uterino.

Aborto Incompleto: Es la eliminación parcial del contenido uterino.

Aborto Séptico: Es la expulsión total o parcial del producto y las complicaciones infecciosas graves del aborto.

Embarazo Ectópico: Es la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina.⁸

Enfermedad del Trofoblásto: Trastorno del embarazo caracterizado por la presencia de un crecimiento anormal que contiene un embrión no viable implantado y proliferante en el útero



2.2 EMERGENCIA EN EL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

A partir de las 22 semanas de gestación el 2.5% de las embarazadas presentan hemorragia, por lo general esto implica que existe un problema con la placenta hay dos causas más comunes que requiera una atención para una emergencia obstétrica:

Placenta Previa: Es la inserción de la placenta en el segmento inferior que se antepone a la presencia fetal ocluyendo parcial o totalmente el orificio cervical con más de 22 semanas de gestación.

Desprendimiento Prematuro de Placenta: Es la separación parcial o total de la placenta normalmente insertada en la cavidad uterina que ocurre desde las 21 semanas de gestación hasta el nacimiento. de su implantación uterina previo al nacimiento o de que haya terminado el periodo expulsivo.⁹

⁸ Cabero, R. L. (2011) *Manual de Maniobras y Procedimientos en Obstétrica*. Ediciones: Culturales.

⁹ *Protocolos Asistenciales en Obstetricia y Trastornos Hipertensivos del Embarazo*.

Trastornos Hipertensivos del Embarazo

Hipertensión Gestacional: Es la aparición de hipertensión arterial, sin tener un diagnóstico previo en una gestante de 20 semanas de embarazo; está parecida tardíamente en el embarazo es leve o moderada sin presencia de proteínas en la orina y desaparece después del parto.

Hipertensión Inducida por el Embarazo

Preeclampsia: Es el aumento de la tensión arterial de 140/90 mm/Hg, la presencia de altos niveles de proteínas en la orina y por lo general después de la semana 20 de gestación y suele desaparecer después del parto.

Preeclampsia Leve: Es el aumento de la presión arterial mayor o igual que 140/90 mm/Hg, Edema por la acumulación excesiva de líquidos en los tejidos y Proteinuria.

Preeclampsia Severa: La presencia de preeclampsia y una o más de las siguientes características:

* Presión arterial mayor o igual a 160/110 mm/Hg.

* Proteinuria superior en 24 horas

*Compromiso de órganos que se manifiestan por oliguria, elevación de creatinina sérica, edema pulmonar, disfunción hepática, trastorno de la coagulación, cefalea.

Eclampsia: Constituye un proceso agudo propio de la mujer gestante en fase puerperal que se caracteriza por la aparición de convulsiones tónico-clónicas durante las cuales hay pérdida de la conciencia seguida por el estado de coma.

Síndrome de Hellp: Es una complicación de la preeclampsia manifestándose por la disminución de plaquetas menor de 150 000/mm, enzimas hepáticas elevadas, presencia de hemoglobina libre en plasma, hemoglobinuria.

El término HELP significa:

H----- HEMÓLISIS

EL----- ENZIMAS HEPÁTICAS ELEVADAS

LP----- PLAQUETAS BAJAS

Ruptura Prematura de Membranas: Es la salida espontánea de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto que puede ocurrir en cualquier momento de la gestación, pero se asocia a mayor morbilidad cuando ocurre en el embarazo de pre término.

Amenaza de Parto Pretérmino: Es la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia e intensidad superior a los patrones normales para la edad gestacional entre 22 o 36 semanas provocando modificaciones cervicales.



2.3 EMERGENCIA PUERPERAL

La hemorragia postparto constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud ocupando el segundo lugar en México.¹⁰

Hemorragia Post-Parto:

Es la pérdida sanguínea mayor a 500ml consecutiva a la expulsión de la placenta y el parto y más de 1000 ml por cesárea; cuando ocurre dentro de las 24 horas que siguen después del parto se considera hemorragia del puerperio inmediato, cuando la hemorragia sucede en las primeras semanas se le denomina hemorragia del puerperio.

Hemorragia del Puerperio: Es la pérdida hemática genital que sucede después de 24 horas del post-parto ya que ocurren con mayor frecuencia entre los 10 a 20 días del puerperio.

Atonía Uterina: Es la ausencia de las contracciones del útero tras el parto expulsión del producto y alumbramiento ocasionado por la pérdida del tono de la musculatura del útero y por consecuencia hay un retraso en la involución uterina.

Ruptura Uterina: Es un acontecimiento del rompimiento del útero de forma activa por trauma directo (manipulaciones sobre el cuello, tracción forzada, o trauma pasiva (por hiperdistensión desigual o brusca). puede ocurrir en las 38 semanas de gestación, parto.

Retención de Placenta: La placenta se queda detenida en el segmento inferior del útero o no se desprende en un tiempo de 15min, por trastornos dinámicos uterinas no puede ser expulsada.

Inversión Uterina: Es una invaginación del fondo uterino que puede prolapsar a través del cuello hasta la vagina e incluso a la vulva acompañada de una pérdida profusa de sangre y estado de choque está puede ser completa si el fondo uterino rebasa el orificio cervical e incompleta si se encuentra a nivel del orificio cervical.

¹⁰ Investigación del Observatorio de Mortalidad Materna en México. 2013-2018

Sepsis Puerperal: Es el proceso infeccioso del tracto genital que ocurre entre la rotura prematura de membranas o el nacimiento y los 42 días posteriores con la presencia de uno o más de los siguientes síntomas; dolor pélvico, flujo vaginal anormal, retraso en la involución uterina y fiebre.

Es por ello que resulta de gran importancia en el enfoque de la atención de las emergencias obstétricas amerite atención inmediata priorizándose estas necesidades a partir del perfil epidemiológico.¹¹

La hemorragia gravídica se divide en hemorragias de la primera mitad y la segunda mitad de la gestación, porque ambas tienen un origen, un diagnóstico y un tratamiento diferente además se debe de tomar en cuenta, que el sangrado que se presenta durante el embarazo, pueden tener causas extra genitales, A continuación se presenta una breve información de cada una de las principales patologías consideradas dentro de una Emergencia Obstétrica.

2.3.1 PRINCIPALES PATOLOGIAS DEL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO.

Amenaza de Aborto

Concepto Es la presencia de sangrado uterino en un embarazo viable de 20 semanas o menos de gestación con ausencia de modificaciones cervicales.

Causas

- Ⓜ Enfermedades generalizadas sistémicas
- Ⓜ Abuso de drogas psicoactivas
- Ⓜ Enfermedades infecciosas
- Ⓜ Radiaciones



Anatomía Patológica En su mayoría, el sangrado es ocasionado por la implantación trofoblástica en el endometrio.

Cuadro Clínico

- Ⓜ Metrorragia
- Ⓜ Dolores hipogástricos y lumbares sin modificación cervical
- Ⓜ Edad menor de 18 años y mayor a 35 años

¹¹ Arenas, J.B. (s.f.) *Fundamentos de Ginecología*. Ediciones: Panamericana.

Diagnóstico Diferencial

Al momento de presentación verificar si se trata de una gestación potencialmente viable (amenaza de aborto), ó de una gestación no viable (ovulo anembrionico).¹² Desde la muerte embrionaria hasta los primeros síntomas pueden transcurrir de 3 a 4 semanas.

- Ⓞ Ecografía para corroborar localización del embarazo, presencia de embrión, latido cardiaco, edad gestacional
- Ⓞ Examen de beta Gonadotropina Coriònica Humana cuantitativa durante un periodo de días o semanas para confirmar si el embarazo continúa

Tratamiento de Emergencia Obstétrica

- Ⓞ Reposo relativo
- Ⓞ Vigilancia estrecha de sangrado o eliminación de tejido
- Ⓞ Abstinencia de coito¹³
- Ⓞ Restricción de actividades bruscas



ABORTO

Concepto. Es la interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr.

Causa:

- Ⓞ Edad materna menor de 15 años o mayor de 35 años
- Ⓞ Multiparidad
- Ⓞ Antecedentes de aborto previo
- Ⓞ Malformaciones genéticas en 70% de abortos espontáneos
- Ⓞ Infecciones agudas de compromiso sistémico
- Ⓞ Deficiencia hormonal
- Ⓞ Patología uterina que compromete su cavidad
- Ⓞ Enfermedades crónicas
- Ⓞ Condiciones socioeconómicas bajas
- Ⓞ Embarazos no deseados

Anatomía Patológica: Varía de acuerdo a la edad gestacional ocurre días o semanas antes de la muerte del embrión.

¹² Salivar, R. D. () *Obstetricia y Medicina Fetal*. Ediciones: Panamericana.

¹³ *Obstetricia Manual Materno Fetal*. Ediciones: Gandhi

- Ⓞ Hemorragia decidual basal hemorragia vaginal
- Ⓞ Cambios necróticos por desprendimiento de la pared uterina total parcial
- Ⓞ Infiltración leucocitaria
- Ⓞ Cuerpo extraño que estimula a la contracción uterina y cambios en el cuello y dilatación total para la expulsión parcial.

Cuadro Clínico:

- Ⓞ Sangrado transvaginal rojizo
- Ⓞ Dolor tipo Hipogástrico
- Ⓞ Cuello uterino cerrado o abierto
- Ⓞ Presencia de material o tejido embrionario en canal cervical o vaginal
- Ⓞ Palidez de mucosas
- Ⓞ Diaforesis
- Ⓞ Con expulsión de coágulos, hasta llegar a un sangrado transvaginal

Diagnóstico Diferencial:

- Ⓞ Hemograma
- Ⓞ Ecografía abdominal
- Ⓞ Ecografía transvaginales

Tratamiento en Emergencia Obstétrica:

- Ⓞ Legrado o aspiración manual uterina (AMEU)

ABORTO COMPLETO

Concepto. Es la expulsión total del producto.

Causa:

- Ⓞ Amenaza de aborto
- Ⓞ Bajas condiciones socioeconómicas
- Ⓞ Anemia
- Ⓞ Infección
- Ⓞ Traumatismo o caídas

Anatomía Patológica: Por lo general la pérdida fetal temprana puede ser originada por anomalías genéticas, cromosómicas, autoinmunes, anomalías uterinas, alteraciones inmunológicas, enfermedades maternas.

Cuadro Clínico:

- Ⓢ Sangrado mínimo
- Ⓢ Expulsión completa placentaria y fetal.

Diagnóstico Diferencial:

- Ⓢ Ecografía para corroborar localización del embarazo, presencia de embrión, latido cardíaco, edad gestacional.¹⁴
- Ⓢ Examen de beta Gonadotropina Coriònica Humana cuantitativa durante un periodo de días o semanas para confirmar si el embarazo continúa

Tratamiento en Emergencia Obstétrica:

- Ⓢ Legrado
- Ⓢ Revisión de cavidad.



ABORTO INCOMPLETO:

Concepto: Es la eliminación parcial del contenido uterino.

Causas: Pueden ser multifactoriales, y la mayoría de las veces no se llegan a saber, pero las más frecuentes se deben a:

Causas Fetales:

- Ⓢ Anomalías congénitas del feto, con frecuencia fallos cromosómicos en los primeros estadios de gestación y anomalías del trofoblàsto

Causas Maternas:

- Ⓢ Alteraciones uterinas (miomas, insuficiencia cervical, anomalías congénitas, etc.)
- Ⓢ Infecciones
- Ⓢ Endocrinopatías (patología tiroidea, déficit de progesterona)
- Ⓢ Agresiones externas (radiaciones, toxicomanías, factores ambientales, traumatismos)
- Ⓢ Inmunológicas
- Ⓢ Estados de desnutrición
- Ⓢ Enfermedad sistémica o infecciosa.

Anatomía Patológica: Cuando el organismo de la madre impide la nutrición y desarrollo del huevo se produce la degeneración y muerte del embrión y su trofoblàsto.¹⁵

¹⁴ Rece, A. (2011) *Obstetricia Clínica*. Ediciones: Panamericana.

- Ⓢ Anomalías cromosómicas
- Ⓢ Insuficiencias del cuerpo lúteo
- Ⓢ Estilo de vida
- Ⓢ Enfermedad hipertensiva del embarazo



Cuadro Clínico:

- Ⓢ Metrorragia acompañada de dolor en hipogastrio tipo cólico
- Ⓢ Eliminación de un poco de tejido
- Ⓢ Sospecha o evidencia de pérdida parcial del contenido uterino
- Ⓢ Sangrado persistente que pone en peligro la vida de la paciente.

Diagnóstico Diferencial:

- Ⓢ Ecografía para evaluar la viabilidad fetal
- Ⓢ Falta de progresión de fondo uterino.

Tratamiento de Emergencia Obstétrica:

- Ⓢ Reposo en cama
- Ⓢ Valoración de la cantidad del sangrado la observación de la eliminación de tejidos
- Ⓢ Si el cuello uterino está cerrado madurar con prostaglandinas
- Ⓢ Si el cuello uterino está dilatado realizar legrado uterino previa dilatación.

ABORTO SÉPTICO

Concepto. Es la expulsión total del producto o parcial del productos y sus las complicaciones infecciosas graves del aborto.

Causa:

- Ⓢ Abortos provocados
- Ⓢ endometritis

Cuadro clínico:

- Ⓢ Fiebre
- Ⓢ Sangrado o secreción purulenta con olor fétido
- Ⓢ Dolor en bajo vientre
- Ⓢ Hipotensión
- Ⓢ Shock hipovolémico



¹⁵ Ramírez, A.F. (2002) *Obstetricia para la Enfermera Profesional*. México Ediciones: Manual Moderno.

Diagnóstico Diferencial:

Examen General

Examen ginecológico; buscando signos de manipulación cervical y /o vaginal, observando un cuello uterino pálido y muy cianótico, restos ovulares o flujo

Tratamiento de Emergencia Obstétrica:

- ⓐ Legrado uterino
- ⓐ antibioterapia

EMBARAZO ECTÓPICO

Concepto: Es la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina.¹⁶

Causas:

- ⓐ Presencia de obstáculos para la migración e implantación del huevo fecundado en la cavidad uterina
- ⓐ Enfermedad pélvica inflamatoria
- ⓐ Antecedente de embarazo ectópico
- ⓐ Uso de dispositivo intrauterino (DIU)

Anatomía Patológica: La implantación ocurre con mayor frecuencia en alguna porción de las trompas de Falopio, otros sitios , aunque raros, son los ovarios, la cavidad abdominal y el cuello del útero.

Las células del trofoblasto erosionan los vasos sanguíneos, debilitan su tejido y lo rompen, de modo que se puede presentar una hemorragia.

Cuadro Clínico:

- ⓐ Dolor abdomino-pelvico agudo
- ⓐ Hipotensión, taquicardia
- ⓐ Distensión abdominal
- ⓐ Hemorragia uterina disfuncional con periodos de amenorrea previos

¹⁶ Ramírez, A.F. (2002) *Obstetricia para la Enfermera Profesional*. México Ediciones: Manual Moderno.

Diagnóstico Diferencial:

- Ⓢ Examen de subunidad beta de gonadotropina coriònica humana en cantidad mayor de 1,500 UI/ml y ausencia de saco intrauterino en la ecografía transvaginal (en un embarazo normal cada tercer día ya se duplica la subunidad de gonadotropina coriònica humana)
- Ⓢ La ecografía revela útero con:
Decidua hiperplasia, saco gestacional fuera de la cavidad uterina y líquido (sangre) en el fondo de saco



Tratamiento de Emergencia Obstétrica:

- Ⓢ Valorar el estado hemodinámica
- Ⓢ Tratamiento quirúrgico: salpingectomía, laparotomía exploratoria

ENFERMEDAD TROFOBLÀSTICA GESTACIONAL

Concepto. Trastorno del embarazo caracterizado por la presencia de un crecimiento anormal que contiene un embrión no viable implantado y proliferante en el útero

Causa: Se desconoce sin embargo los factores predisponentes pueden ser por óvulos defectuosos, edad materna, paridad, mala nutrición.

Anatomía Patológica: Las proteínas placentarias y los elementos inmunitarios de la madre están aumentadas si no están interrumpidos por estas proteínas, la célula trofoblàstica se hipertrofia inmunológicamente tenderán a ser una reacción y es rechazado las formaciones trofoblàsticas.

Cuadro Clínico:

- Ⓢ Náuseas y vomito frecuentes
- Ⓢ Aumento del tamaño del útero en mayor proporción que las semanas de gestación
- Ⓢ Útero blando
- Ⓢ Sangrado vaginal ya sea intermitente o abundante de color pardusco
- Ⓢ Aumento desproporcionado de la gonadotropina coriònica

Diagnóstico Diferencial:

- Ⓢ Palpación del útero para confirmación de consistencia
- Ⓢ Presencia de foco fetal
- Ⓢ Hemograma
- Ⓢ Prueba de confirmación de embarazo en orina y sangre

- Ⓢ Ecografía para revelar restos en cavidad uterina, ausencia de signos de vitalidad fetal o áreas de desprendimiento

Tratamiento de Emergencia Obstétrica: Procedimiento quirúrgico, mediante la dilatación y legrado o aspiración manual y tratar las complicaciones de esta patología y antibioterapia.

2.3.2 PATOLÒGIAS SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

La hemorragia en la segunda mitad del embarazo es aquella que se produce en las 21 semanas de gestación sus causas más comunes son:

PLACENTA PREVIA

Concepto: Es la inserción de la placenta en el segmento inferior que se antepone a la presencia fetal ocluyendo parcial o totalmente el orificio cervical interno en una mujer con más de 22 semanas de gestación, con o sin trabajo de parto.

Causas: hay varios factores de riesgo que se asocian

- Ⓢ Mujeres mayores de 35 años
- Ⓢ Útero con fibromas
- Ⓢ Embarazos múltiples
- Ⓢ Antecedentes de placenta previa
- Ⓢ Crecimiento fetal retardado
- Ⓢ Implantación anormal de la placenta
- Ⓢ Nacimiento prematuro.



Anatomía Patológica: Si la placenta se inserta en el segmento más bajo del útero, es posible que una porción de la placenta se desgarre causando sangrado, por lo general abundante. La inserción placentaria se ve interrumpida a medida que la porción inferior del útero se adelgaza en preparación para el inicio del trabajo de parto. Cuando esto ocurre, el sangrado a nivel del sitio de implantación placentaria se incrementa y las posteriores contracciones uterinas no son suficientes para detener el sangrado por no comprimir los vasos rotos.

Cuadro Clínico:

- Ⓢ Sangrado transvaginales variable (intermitente o a chorro) sin dolor después de las 20 semanas de gestación
- Ⓢ Útero blando, feto palpable con frecuencia cardiaca presente
- Ⓢ Ausencia de los signos de despegamiento placentario
- Ⓢ Puede haber contracciones uterinas

Diagnóstico Diferencial:

- Ⓔ Hemograma
- Ⓔ Ecografía obstétrica se observará
- Ⓔ Ausencia de decidua basal entre las vellosidades y el miometrio

Tratamiento de Emergencia Obstétrica:

- Ⓔ Posición decúbito lateral izquierdo
- Ⓔ Monitoreo hemodinámica materno-fetal
- Ⓔ Madurez pulmonar fetal
- Ⓔ Vigilancia de contracciones uterinas
- Ⓔ Interrupción del embarazo por vía cesárea si el sangrado no cede.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

Concepto: Es la separación parcial o total de la placenta normalmente insertada en la cavidad uterina que ocurre desde las 21 semanas de gestación hasta el nacimiento de su implantación uterina previa la nacimiento o de que haya terminado el periodo expulsivo.

Causas:

- Ⓔ Hipertensión
- Ⓔ Edad de la madre
- Ⓔ Multiparidad
- Ⓔ Gestación múltiple
- Ⓔ Deficiencia de ácido fólico
- Ⓔ Rotura prematura de membrana

Anatomía Patológica: Los vasos sanguíneos de la decidua se rompen y se produce una hemorragia en el espacio retro placentario; otro mecanismo implica un aumento del tono muscular y la presión intramiometrial con lo que se produce el prolapso de las venas de esta manera la sangre que llega al útero tiene dificultades para ser evacuada esto hace que aumente la presión sanguínea dentro de los espacios intervellosos alcanzando valores muy altos, hasta que se rompen y dan origen a un hematoma y al desprendimiento.

Cuadro Clínico:

- Ⓔ Sangrado transvaginales oscuro
- Ⓔ Rigidez uterina
- Ⓔ Dolor abdominal intenso
- Ⓔ Sufrimiento fetal

Diagnóstico Diferencial:

- Ⓒ Es fundamental una ecografía para observar la localización del desprendimiento de la placenta.
- Ⓒ En el monitoreo fetal se observara una pérdida de la variabilidad y desaceleraciones tardías.
- Ⓒ Pruebas de laboratorio

Tratamiento de Emergencia Obstétrica:

- Ⓒ Inducción del parto inmediato

HIPERTENSION GESTACIONAL

Concepto: Es la aparición de hipertensión arterial, sin tener un diagnóstico previo en una gestante de 20 semanas de embarazo; está puede ser leve o de comienzo tardío sin presencia de proteínas en la orina y desaparece después del parto.

La hipertensión gestacional leve es la presión arterial sistólica igual o mayor de 140mm/Hg o la presión arterial diastólica igual o mayor a 90mm/Hg sin Proteinuria medidas en dos ocasiones separadas por al menos en seis horas durante un periodo no superior a por siete días después de las 20 semanas de edad gestacional.

Hipertensión gestacional grave se define como una presión arterial sistólica sostenida igual o mayor a 160mm/Hg o una presión arterial diastólica igual o mayor a 110mm/Hg

Causa:

- Ⓒ Alteraciones de la reactividad vascular y riego sanguíneo
- Ⓒ Disminución del volumen vascular y filtración glomerular
- Ⓒ Inmunológicas
- Ⓒ Edad

Anatomía Patológica: Se basa en el daño de las células endoteliales porque el trofoblàsto con deficiencia de riego sanguíneo produce un agente que es toxico para las células endoteliales.

Hipertensión Arterial Inducida por el Embarazo

Preeclampsia: Es el aumento de la tensión arterial de 140/90 mm/Hg, la presencia de altos niveles de proteínas en la orina y por lo general después de la semana 20 de gestación y suele desaparecer después del parto.

Preeclampsia Leve: Es el aumento de la presión arterial mayor o igual que 140/90 mm/Hg, Edema por la acumulación excesiva de líquidos en los tejidos y Proteinuria.

Preeclampsia Severa: La presencia de preeclampsia y una o más de las siguientes características:

* Presión arterial mayor o igual a 160/110 mm/Hg.

* Proteinuria superior en 24 horas

*Compromiso de órganos que se manifiestan por oliguria, elevación de creatinina sérica, edema pulmonar, disfunción hepática, trastorno de la coagulación, cefalea.

Tratamiento:

Medicamento antihipertensivo

ANTIHIPERTENSIVOS	INDICACIONES
Nifedipino	Administrar 10mg por vía sublingual Solo en caso de continuar la presión arterial diastólica mayor o igual 110mmHg se repetirá la dosis cada 10 a 30 min. por la misma vía
En caso de no contar con antihipertensivos	Nifedipino administrar los siguientes
Alfametildopa	500mg cada 6 horas
Hidralazina	50mg cada 6 horas
Dezametazona	16mg I.V. dosis única en caso necesario continuar cada 8 mg 8horas
Fenobarbital	Aplicar una ampolleta 0333g I.M cada 12 horas

ECLAMPSIA

Concepto: Constituye un proceso agudo propio de la mujer gestante que se caracteriza por la aparición de convulsiones tónico-clónicas durante las cuales hay pérdida de la conciencia seguida por el estado de coma

Causas:

- Ⓢ La sobre distensión uterina
- Ⓢ El aumento de la presión intrabdominal
- Ⓢ La isquemia útero placentaria con liberación de aminopresores
- Ⓢ La alteración del equilibrio renina-angiotensina-aldosterona

Anatomía Patológica: La alteración de la función renal al nivel de renina – angiotensina produce un vaso espasmo generalizando en riñón, cerebro, hígado, corazón y unión útero placentario disminuyendo la circulación manifestándose sintomáticamente en todos los órganos y sistemas de la economía materna.¹⁷

Cuadro Clínico:

- Ⓢ Cefalea
- Ⓢ Acufenos
- Ⓢ Fosfenos
- Ⓢ Oliguria/anuria
- Ⓢ Hipertensión arterial
- Ⓢ Edema
- Ⓢ Proteinuria
- Ⓢ Convulsiones tónico-clónicas
- Ⓢ Alteraciones en el estado de vigilia
- Ⓢ Estado de coma

Diagnóstico Diferencial.

- Ⓢ Aparte de observar la sintomatología de la paciente embarazada
- Ⓢ Monitorización de presión arterial
- Ⓢ Toma de laboratorio para evaluar los niveles de ácido úrico, creatinina y plaquetas

Tratamiento en Emergencia Obstétrica:

Consiste en aumentar el flujo sanguíneo de la madre para que llegue correctamente al cerebro, sedando a la paciente y reduciendo su presión arterial, si el embarazo está suficientemente avanzado con más de 28 semanas se interrumpirá la gestación por vía cesárea.

- Ⓢ Administración de medicamentos anticonvulsivos e antihipertensivos
Medicamento anticonvulsionantes

Diazepam	10 a 20mg I.V lento repetir cuantas veces sea necesario
Fenobarbital	Administrar una ampolleta I.M 0.333mg cada 8 horas de acuerdo al grado de sedación
Sulfato de magnesio	

¹⁷ Báez, F. (2011) *Manual de Maniobras y Procedimientos*. Ediciones: Mc Graw Hill

- Ⓢ La interrupción del embarazo por vía abdominal (es una urgencia sin importar la edad gestacional).

SINDROME DE HELLP

Concepto: Es una complicación de la preeclampsia manifestándose por la disminución de plaquetas menor de 150 000/mm, enzimas hepáticas elevadas, presencia de hemoglobina libre en plasma, hemoglobinuria.¹⁸

El término HELLP significa:

H----- HEMÓLISIS
EL----- ENZIMAS HEPÁTICAS ELEVADAS
LP----- PLAQUETAS BAJAS

Causa: este síndrome se presenta en mujeres con preeclampsia o eclampsia grave.

Anatomía Patológica: El inicio del proceso de la enfermedad es el daño en la capa íntima endotelial, causado por mecanismos aún inciertos pero que se ha asociado a alteraciones en la placenta, complejos inmunes y a la misma hipertensión.

Cuadro Clínico.

- Ⓢ Retención de líquidos
- Ⓢ Dolor en hipocondrio derecho y epigastrio
- Ⓢ Náuseo o vómito
- Ⓢ epistaxis
- Ⓢ Cefalea
- Ⓢ Visión borrosa
- Ⓢ Convulsiones
- Ⓢ Presión arterial 160/100 mmhg
- Ⓢ Proteinuria

Diagnóstico Diferencial. En la auscultación

- Ⓢ Agrandamiento del hígado
- Ⓢ Sensibilidad abdominal especialmente en el cuadrante superior derecho
- Ⓢ Medición de la presión sanguínea
- Ⓢ Hipertensión arterial
- Ⓢ Edema en cara y extremidades

¹⁸ Torres, M. (2010) *Tratado de Cuidados Críticos y Emergencia*. Ediciones: Gandhi

- Ⓢ Recuento de glóbulos rojos
- Ⓢ Nivel de Bilirrubina
- Ⓢ Estudios de la función hepática y recuento de plaquetas
- Ⓢ Análisis de orina para evaluar las proteínas

Tratamiento de Emergencia Obstétrica

- Ⓢ El monitoreo de la frecuencias cardiaca fetal
- Ⓢ Estudios del flujo por Doppler (tipo de ecografía que utiliza ondas sonoras para medir el flujo de sangre a través de un vaso sanguíneo)
- Ⓢ Medicamentos (corticosteroides) que puedan ayudar a que los pulmones del feto maduren (la inmadurez pulmonar)
- Ⓢ Interrupción del embarazo
- Ⓢ uso de medicamentos antihipertensivos
- Ⓢ transfusiones de componentes sanguíneos

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS CORIOAMNIÓTICAS:

Concepto: Es la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad espontánea de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto puede ocurrir en cualquier momento de la gestación, pero se asocia a mayor morbilidad cuando ocurre en el embarazo de pretérmino.

Causas:

- Ⓢ Cuello uterino incompetente
- Ⓢ Infecciones intrauterinas
- Ⓢ Placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta
- Ⓢ Sepsis fetal
- Ⓢ Prolapso de cordón umbilical
- Ⓢ Aumento de la tensión intrauterina por embarazo múltiple
- Ⓢ Infecciones cervico vaginales o intrauterina
- Ⓢ Coito previo

Anatomía Patológica: Se debe al adelgazamiento de la capa trofoblástica y decidua que reduce una zona de morfología alterada extrema, caracterizada por un engrosamiento de la capa compacta, fibroblástica, esponjosa y reticular reflejando desorganización y deficiencia del colágeno y edema.¹⁹

Cuadro Clínico

- Ⓢ Pérdida de líquido amniótico con olor característico a semen, incoloro
- Ⓢ Cambio de color del líquido que puede estar teñido de meconio o ser sanguinolento.
- Ⓢ La cantidad depende del grado de rotura y del volumen del líquido

¹⁹ Ramírez, A. F. (2011) *Obstetricia para la Enfermera Profesional*. Ediciones: Manual Moderno.

- Ⓢ Taquicardia materna
- Ⓢ Dolor abdominal supra pùblico a la palpaci3n
- Ⓢ Contracciones uterinas
- Ⓢ fiebre

Diagn3stico Diferencial: La evaluaci3n inicial es con la toma de una ecografía en donde se apreciará

- Ⓢ Edad gestacional
- Ⓢ Peso fetal
- Ⓢ Presentaci3n fetal
- Ⓢ Y se establece el índice de líquido amni3tico
- Ⓢ En vagina cubierta de leucorrea
- Ⓢ Incontinencia urinaria

Tratamiento de Emergencia Obstétrico

- Ⓢ Cuando la ruptura prematura de membranas ocurre a las 25 semanas o menos, será la interrupci3n de la gestaci3n.
- Ⓢ Entre las 6 y 33 semanas se indicara reposo y antibióticos e inductores de la maduraci3n pulmonar
- Ⓢ A las gestantes con 34 a 36 semanas y cálculo de peso fetal 1800g se le puede realizar una toma vaginal del líquido para determinar y saber si existe maduraci3n pulmonar fetal; si el feto es inmaduro se administrará inductores de la maduraci3n fetal y se inducirá el parto en 48 horas.
- Ⓢ Con más de 38 semanas se indica la inducci3n después de un periodo de observaci3n de 12 a 24 horas y se busca la posibilidad del trabajo de parto espontáneo.



AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

Concepto: Es la presencia de contracciones uterinas con una frecuencia e intensidad superior a los patrones normales para la edad gestacional entre 22 o 36 semanas, que puede provocar modificaciones cervicales.

Causas:

- Ⓢ Activaci3n endocrina fetal precoz
- Ⓢ Sobre distenci3n uterina
- Ⓢ Hemorragia decidua e intrauterina
- Ⓢ Infecciones durante el embarazo
- Ⓢ Embarazo gemelar
- Ⓢ Enfermedades del embarazo

- Ⓢ Estrés de la madre
- Ⓢ Adicciones (el consumo del tabaco, cocaína y el exceso de alcohol durante el embarazo contribuye de manera significativa al parto de un recién nacido de bajo peso al nacer).

Anatomía Patológica:

- Ⓢ Endocrinos hormonal por la síntesis de mediadores químicos de una prematura activación del eje hipotálamo hipófisis materno fetal.
- Ⓢ Isquémico infeccioso, anormal desarrollo vascular útero placentario
- Ⓢ Mecánico por una sobre distensión uterina

Cuadro Clínico:

- Ⓢ Contracciones uterinas
- Ⓢ Acortamiento del cuello del útero y borramiento del mismo
- Ⓢ Expulsión del tapón vaginal
- Ⓢ Rotura de membranas amnióticas

Diagnóstico Diferencial: Presencia de contracciones uterinas con frecuencia:

- Ⓢ De 2 contracciones en 10 minutos
- Ⓢ 4 contracciones en 20 minutos
- Ⓢ 8 contracciones en 60 minutos.
- Ⓢ Rotura de membranas amnióticas
- Ⓢ Dilatación cervical ≤ 3 cm
- Ⓢ Borramiento $\leq 50\%$



Tratamiento de Emergencia Obstétrica:

- Ⓢ Retardar el nacimiento prematuro
- Ⓢ Reposo absoluto
- Ⓢ Mantener una posición horizontal ya que reduce la presión cervical, lo que permite estar más alargada por más tiempo reduciendo la irritación uterina producida por movimientos innecesarios
- Ⓢ Administración de glucocorticoides(para la maduración pulmonar fetal)

2.3.3 HEMORRAGIA PUERPERAL

HEMORRAGIA POST-PARTO

Concepto: Es la pérdida sanguínea mayor a 500ml consecutiva a la expulsión de la placenta y el parto y más de 1000 ml por cesárea.

La hemorragia post-parto es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna si ocurre dentro de las 24 horas que siguen después del

parto se considera hemorragia del puerperio inmediato, cuando la hemorragia sucede en las primeras semanas se le denomina hemorragia del puerperio.

Causa:

- Ⓔ Persistencia de restos placentarios
- Ⓔ Infección puerperal
- Ⓔ Atonía uterina

Cuadro Clínico:

- Ⓔ Sangrado vaginal abundante
- Ⓔ Hipotensión arterial
- Ⓔ Hemorragia intensa procedente del canal vaginal sin haberse desprendido la placenta



Diagnóstico Diferencial (siguiente tabla)

	Desgarro	Desprendimiento Parcial
Inicio	Solo sale el feto	Después
Sangre	Roja abundante	Obscura venosa escasa
Útero	Normal, contraído después de la expulsión fetal	Alterado de forma alto lateralizado hacia la derecha
Etiología	Traumatismo, parto, instrumental	Maniobras intempestivas para desprender la placenta.

Tratamiento de Emergencia Obstétrica:

- Ⓔ Masaje uterino externo y bimanual
- Ⓔ Monitoreo estricto de funciones vitales
- Ⓔ Extracción manual de coágulos del útero
- Ⓔ Corrección de volemia

HEMORRAGIA DEL PUERPERIO

Concepto: Es la perdida hemática genital que sucede después de 24 horas del post-parto ya que ocurren con mayor frecuencia entre los 10 a 20 días del puerperio.

Causa:

- ⓐ Retención de fragmentos de placenta o membranas
- ⓐ Presencia de coágulos
- ⓐ Revitalización incorrecta de lechos placentarios

Cuadro Clínico:

- ⓐ Loquios hemáticos rojizos fétidos
- ⓐ Sub-involución uterina
- ⓐ Fiebre

Tratamiento de Emergencia Obstétrica:

- ⓐ Revisión de cavidad
- ⓐ Corrección de volemia
- ⓐ antibioterapia

ATONIA UTERINA

Concepto. Se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero y por consecuencia hay un retraso en la involución del útero el cual conlleva a la ausencia de contracción del útero tras el parto expulsión del producto ocasionando hemorragia con presencia de hematoma en labios superiores y un intenso dolor con acumulación de coágulos internos.

Causa:

- ⓐ Retención de placenta adherida por más de 30 ` minutos
- ⓐ Retención de restos placentarios y /o membranas
- ⓐ Distensión uterina extrema

Anatomía Patológica: Hay una disminución o perdida normal del tono muscular del miometrio que comprimen los vasos sanguíneos desgarrados durante el parto, reduciendo el flujo en la pared uterina por lo tanto una carencia de contracciones.

Cuadro Clínico:

- ⓐ Sangrado vaginal abundante
- ⓐ Útero aumentado de tamaño que no se contrae

Tratamiento de Emergencia Obstétrica:

- ⓐ Revisión manual de cavidad uterina y extracción de coágulos y restos placentarios
- ⓐ Masaje uterino



- Ⓢ Tratamiento quirúrgico
- Ⓢ Inserción de una sonda en los vasos hipogástricos o en los uterinos para identificar el sitio de sangrado o histerectomía)

RUPTURA UTERINA

Concepto: Es un acontecimiento del rompimiento del útero de forma activa por trauma directo (manipulaciones sobre el cuello, accidentes, tracción forzada, liberación de los hombros) o trauma pasiva (por hiperdistensión desigual o brusca). puede ocurrir en las 38 semanas de gestación, parto.

Causa

- Ⓢ Malformaciones uterinas
- Ⓢ Debilitamiento de la pared uterina
- Ⓢ Producto macrosómico
- Ⓢ Útero de gran multiparidad
- Ⓢ Cesáreas previas
- Ⓢ Embarazo gemelar



Anatomía Patológica: En la pared uterina generalmente en el segmento uterino inferior se desgarran o estalla al ser estirado o distendido por el producto y se puede debilitar la musculatura.

Cuadro Clínico: Los síntomas son poco llamativos

- Ⓢ Abombamiento del útero
- Ⓢ No hay presencia de movimientos fetales
- Ⓢ Hemorragia interna

Tratamiento de Emergencia Obstétrica:

- Ⓢ Intervención quirúrgica que puede terminar en histerotomía.

RETENCIÓN PLACENTARIA

Concepto. Es la situación en la cual transcurridos 15 minutos no ocurre el alumbramiento

Causas: Se debe a la falta de contracciones uterinas o por una anormal adherencia de la placenta en los tejidos maternos.

Anatomía Patológica: Se debe a la deficiente formación de las membranas (capa fibrinoide que separa al trofoblasto de los tejidos maternos)

Cuadro Clínico:

- ⓐ Ausencia de los signos de desprendimiento placentario
- ⓐ Alumbramiento retardado
- ⓐ Sangrado transvaginal de intensidad variable
- ⓐ Shock hipovolémico
- ⓐ Dolor intenso
- ⓐ Protrusión uterina hacia la cara anterior del abdomen

Diagnóstico Diferencial:

- ⓐ Ecografía obstétrica se observará
- ⓐ Ausencia de decidua basal entre las vellosidades y el miometrio

Tratamiento de Emergencia Obstétrica:

- ⓐ Revisión manual de cavidad uterina
- ⓐ Masaje uterino
- ⓐ Administración de oxitócicos
- ⓐ Extracción manual de coágulos y restos

INVERSIÓN UTERINA

Concepto: Es una invaginación del fondo uterino que puede prolapsar a través del cuello hasta la vagina e incluso a la vulva acompañada de una pérdida profusa de sangre y estado de choque está puede ser completa si el fondo uterino rebasa el orificio cervical e incompleta si se encuentra a nivel del orificio cervical.

Causa:

- ⓐ La implantación placentaria en el fondo del útero
- ⓐ Tracción excesiva del cordón
- ⓐ Presión excesiva sobre el fondo
- ⓐ Macrosomía fetal
- ⓐ Hipotonía o atonía uterina
- ⓐ Adherencia normal de la placenta

Anatomía Patológica: El útero no se encuentra contraído cuando expulsa la placenta y se realiza la maniobra de forma inadecuada.

Cuadro Clínico:

- ⓐ Hemorragia transvaginales
- ⓐ Dolor intenso

Diagnóstico Diferencial: se observa una masa roja en el canal del parto que es el desplazamiento del útero a través de la vagina durante el alumbramiento, asociada a hemorragia posparto y estado de choque.²⁰

Tratamiento de Emergencia Obstétrica: El manejo de la inversión uterina tiene dos componentes importantes:

- ⓐ El tratamiento inmediato del estado de choque
- ⓐ La restitución uterina de forma manual, a través de la vagina
- ⓐ Reversión manual del útero empujando el fondo con la punta de los dedos con la palma hacia arriba
- ⓐ Tratamiento farmacológico para el dolor
- ⓐ De no lograr restablecer el útero realizar histerectomía total abdominal evidencias ecográficas de restos endouterinos, proceder al legrado uterino.²¹

SEPSIS PUERPERAL

La sepsis puerperal es más frecuente en pacientes con infecciones después de una cesárea y aun cuando se demuestra bacteriemia.

Concepto: Es el proceso infeccioso del tracto genital que ocurre entre la rotura prematura de membranas o el nacimiento y los 42 días posteriores con la presencia de uno más de los siguientes síntomas; dolor pélvico, flujo vaginal anormal, flujo fétido transvaginales, retraso en la involución uterina, fiebre.

Causa: principalmente una bacteriemia o shock séptico por

- ⓐ Parto prolongado
- ⓐ Rotura prematura de membranas
- ⓐ Condiciones higiénicas deficientes
- ⓐ Procedimientos invasivos de cavidad uterina
- ⓐ Exploraciones vaginales consecutivas
- ⓐ Infección de vías urinarias
- ⓐ Hemorragia obstétrica
- ⓐ En la cesárea técnica quirúrgica inadecuada y tiempo quirúrgico prolongado.

²⁰ Burroughs. (s.f) *Enfermería Materno infantil. (7ª ed.)* Ediciones: Mcgraw-Hill

²¹ Félix, B. C.(2006) *Manual de Maniobras y Procedimientos en Obstetricia.* Ediciones: McGraw-Hill

Anatomía patológica: La comunicación que existe con la cavidad uterina y la circulación sanguínea es factible que penetren agentes infecciosos por una mala higiene.

Cuadro clínico:

- Ⓢ Escalofrío intenso
- Ⓢ Fiebre
- Ⓢ Taquicardia
- Ⓢ Dolor pélvico
- Ⓢ Sangrado o secreción fétida transvaginales
- Ⓢ Cefalea

ETAPAS CLÍNICAS DE LA INFECCIÓN

Infección	Respuesta inflamatoria ante la invasión de tejidos normalmente estériles por microorganismos patógenos
Bacteriemia	Presencia de bacterias en la sangre, demostrada por hemocultivo
Sepsis leve	Respuesta sistémica a la infección con fiebre, taquipnea, leucocitos,
Sepsis intensa	Datos de sepsis aunados a disfunción orgánica múltiple, hipo perfusión, hipotensión arterial
Choque séptico	Hipotensión arterial intensa, hipo perfusión generalizada, oliguria, alteración de la conciencia
Disfunción orgánica múltiple	Falla orgánica en pacientes séptica cuya homeostasis no puede mantenerse sin apoyo terapéutico intensivo

Diagnóstico Diferencial: Es fundamentalmente clínico sin embargo se deben de solicitar estudios de laboratorio complementarios para determinar la gravedad de la infección las condiciones generales del paciente identificando los focos de infección.

- Ⓢ Toma de cultivos de secreción purulenta del cuello uterino

Tratamiento en Emergencia Obstétrica:

- Ⓢ La restauración del volumen circulante para asegurar una adecuada perfusión visceral
- Ⓢ Corrección de una acidosis
- Ⓢ Antimicrobianos.



CAPÍTULO III

3. TRIAGE OBSTÉTRICO

En el servicio de urgencias surge la necesidad de contar con un programa de atención universal a la emergencia obstétrica confiable que proporcione y permita determinar la complejidad de la gestación y al mismo tiempo dar mayor objetividad al proceso y facilitar el desarrollo de las habilidades del licenciado en enfermería y obstetricia para la evaluación de la paciente obstétrica estableciendo prioridades de atención que comprende un sistema de clasificación en tres niveles de complejidad y disponer de un protocolo para la toma de decisiones en la estandarización de los procesos.

El embarazo, el alumbramiento, y el posparto sigue siendo un problema grave, el número de muertes maternas ha estado disminuyendo desde el año 2000, sin embargo la tasa aún se encuentra lejos del Objetivo de las Metas del Milenio de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud prevalecen las tres principales causas de mortalidad materna:

- Ⓞ Trastornos hipertensivos del embarazo
- Ⓞ Las hemorragias durante el evento obstétrico
- Ⓞ Sepsis y otras infecciones puerperales

El Triage es el pilar fundamental de una organización de la respuesta que aporta calidad a las acciones que se van tomando como estrategia para resolver la situación con el beneficio de la mayoría y seguridad para las pacientes embarazadas y para el personal encargado de asistir; pudiendo existir muchas situaciones de emergencia con mayor o menor magnitud que alteren la capacidad asistencial.



Actualmente en los hospitales se han adaptado los patrones del Triage por ejemplo:

- ② El SET (2003) que es el Sistema Español de Triage, resulta de una adaptación del “MAT” Modelo Andorrano de Triage y en él hay 650 motivos de consulta distribuidos en 32 categorías sistemáticas, que con datos del interrogatorio y unos datos exploratorios básicos, clasifican 5 niveles de emergencia.
- ② El “Manchester” (1996), basado en el sistema del mismo nombre del Reino Unido a partir de 51 motivos de consulta y a través de unas preguntas dirigidas en un diagrama se produce la clasificación con 5 niveles de gravedad.
- ② El consejo Mexicano de Triage es una asociación civil dedicada a la difusión, capacitación e implementación del sistema de Manchester Triage en el sector salud, debido al aumento constante de la demanda de los servicios de urgencias y a menudo una constante presión sobre las instituciones, profesionales y directivos.

Siendo este el primer sistema protocolizado a nivel nacional y reconocido por instituciones del sector salud mexicano.



La urgencia es la principal causa de insatisfacción de la población que utiliza los sistemas de servicios de salud en México, como en muchos países las áreas de urgencias de los hospitales públicos son insuficientes para todos aquellos pacientes que llegan a sus salas, la atención del paciente es deficiente en la mayoría de los casos, el largo tiempo de espera, la falta de capacidad en instalaciones y la poca información que recibe el paciente son las quejas más comunes que presentan los usuarios de estos servicios, la

falta de formalización y sistematización de los procesos del área de urgencias hace más difícil la optimización de de sus servicios.²²

La tendencia actual en la mayoría de los hospitales es la de establecer 5 niveles de gravedad fiable, valido, útil, relevante y reproducible según la posible demora en la atención y disponibilidad de una estructura física, profesional, tecnológica en los servicios, dispositivos y centros donde se atienden las urgencias y emergencias que permitan hacer el Triage en las pacientes según el modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable a hora bien la mortalidad materna es un indicador de impacto que mide la equidad, calidad y oportunidades de los servicios de salud que se les otorga a las pacientes obstétricas.

La meta es facilitar los resultados que evitaren complicaciones a las pacientes, la facilitación se logra mediante el trabajo en equipo y la organización del sistema de recursos humanos.

3.1 ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO DE TRIAGE

Al ser el Triage un proceso de aún reciente incorporación a los servicios de urgencias hospitalario obstétrica es un elemento de discusión habitual que necesita de más estudios y trabajos para su evaluación y perfeccionamiento, la estandarización comprende el fluxograma que describe la ruta del paciente de acuerdo con la prioridad de atención, el responsable de la atención, las actividades y los algoritmos ayudan a complementar el protocolo además sirve de guía para aquellas enfermeras no entrenadas para la realización del Triage, estos algoritmos deberán de ser realizados por la enfermera del servicio y estarán adaptados al mismo, posteriormente serán evaluados y validados por la práctica.

Se comenzará la elaboración de estos documentos empezando por las de mayor prioridad e importancia y se irá incorporando al protocolo del Triage abriendo la puerta a nuevas posibilidades de investigación de enfermería, desde la evaluación del protocolo hasta la repercusión del Triage en la organización y estructura del servicio, la elaboración de un poster informativo para las pacientes y acompañantes favorece de una manera sencilla el proceso asistencial, la elaboración de vías clínicas consensuadas con otros servicios desde el Triage.

²² Quiroz. (2010) *Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias*. Ediciones:Gandhi.

3.2 TRIAGE OBSTÈTRICO

Concepto: Triage (del francés Triage) Es un sistema de clasificación que permite distinguir a las mujeres embarazadas con mayor o menor riesgo de presentar complicaciones durante la gestación que pueden ocasionar tanto la muerte materna como fetal o neonatal; basados en las prioridades de atención y las necesidades terapéuticas privilegiando la posibilidad de supervivencia de ambos (madre-producto) permitiendo agilizar la atención en una urgencia y/o emergencia obstétrica tratando de evitar que se retrase la atención de la paciente que empeoraría su pronóstico por la demora.

Objetivo del Triage Obstétrico

Es un protocolo de atención de primer contacto en emergencias obstétricas, el cual tiene como propósito de clasificar la situación de gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria para preservar la vida del binomio o bien la viabilidad de un órgano dentro del lapso terapéutico establecido. Este sistema se ha adaptado para emplearse en el periodo perinatal (embarazo, parto y puerperio y en cada contacto de la paciente con el personal de salud.²³

3.2.1 CLASIFICACIÓN DEL TRIAGE OBSTÈTRICO POR CÒDIGOS

Se deberá de tomar un juicio clínico al método, usado en la práctica hospitalaria para establecer la prioridad asistencial de acuerdo con el nivel de gravedad sobre las diversas complicaciones que puede ocurrir durante el embarazo, el parto o el puerperio con un código de colores estos organismos han categorizado ciertas emergencias dentro de cada grupo para orientarnos al momento de evaluar y el orden de prioridad de los procedimientos. De esta manera se distinguirán las clasificaciones o prioridades.

²³ Acosta, B. (2013) *Procedimientos en Atención al Triage*. Ediciones: Gandhi.

Código Rojo o Prioridad I: Son todas aquellas condiciones que presentan una situación que amenaza la vida o compromete la integridad, la atención debe de ser de forma inmediata y pasan directamente al área de choque.

La clasificación del Triage se debe de hacer dentro del tiempo establecido antes de 15 minutos de la recepción del paciente.

El objetivo que persigue es controlar las vías respiratorias, detener hemorragias y aplicar medidas de reanimación cardiopulmonar, utilizando equipos básicos de primeros auxilios y de tarjetas de Triage.

Código Naranja o Prioridad II: Son pacientes que sufren hemorragias, lesiones graves como fracturas o que convulsionaron minutos antes puede demorarse en un lapso menor 10 minutos.

El objetivo que persigue evaluar prioridades, aplicar tratamiento pre-hospitalario, estabilización de lesionados, establecer la magnitud del problema y solicitar ayuda, utilizando equipos avanzados para la atención de pacientes y sistemas de comunicación.

Código Amarillo o Prioridad III: Son aquellas pacientes con estabilidad ventiladora, hemodinámica y neurológica cuyo problema representa un riesgo evidente de inestabilidad o complicación que requiera una urgencia pero que no compromete la vida, la atención puede demorarse hasta 60 minutos.

Código Verde o Prioridad IV: Son las pacientes con estabilidad ventiladora, hemodinámica y neurológica sin riesgo de inestabilidad o complicación la atención puede demorarse 120 minutos.

Código Azul o Prioridad V: Pacientes que presentan lesiones mínimas, contusiones leves o enfermedades respiratorias puede demorarse hasta 240 minutos.

En el Triage obstétrico se deberán de colocar distintivos de color correspondiente y notificar al medico gineco-obstetra de inmediato.

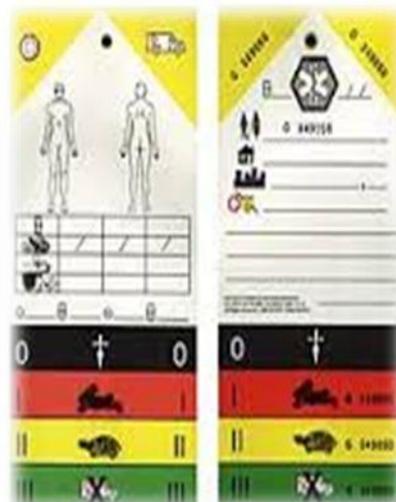
NIVEL DE URGENCIA	TIPO DE URGENCIA	COLOR	TIEMPO DE ESPERA
1	RESUCITACION	ROJO	ATENCION DE FORMA INMEDIATA
2	EMERGENCIA	NARANJA	10 A 15 MINUTOS
3	URGENCIA	AMARILLO	60 MINUTOS
4	URGENCIA MENOR	VERDE	2 HORAS
5	SIN URGENCIA	AZUL	4 HORAS

3.3 ELEMENTOS RÁPIDOS PARA LA VALORACIÓN A LAS PACIENTES

Las pacientes se clasifican según la complicación que se deberá de efectuar un reconocimiento sencillo, completo y rápido con un criterio en cuatro categorías básicas muy graves, graves, menos graves, e irreversibles asignándole cada una de estas categorías una cadena de tratamiento, incluyendo en ello su prioridad, medio y ruta de transporte.

Las tres acciones que condicionan su clasificación:

Inspección → ver
Evaluación → juzgar
Decisión → actuar



Todo paciente clasificado deberá de ser etiquetado, es decir deberá de portar un etiquetado o un elemento diferenciador del grado de gravedad que se le ha identificado; la clasificación se repetirá en cada uno de los puntos de asistencia por los que pasará la paciente en su cadena de evacuación hasta su asistencia definitiva y cada uno de ellos será revaluado continuamente, una buena clasificación precisa una disciplina de trabajo rigurosa y mantenida, la clasificación es siempre previa a cualquier tratamiento individualizado y debe de tener las siguientes características:

Personalizada: al individuo en todos los afectados.

Dinámica: mantener una cadena de atención ininterrumpida, eficiente, regular en el tiempo empleado en cada uno de los afectados, sin interrupciones dilatadas en el análisis de ninguno de ellos.

Permanente: en toda cadena asistencial, reevaluando permanentemente a cada paciente, cada vez que entra en una estación asistencial nueva

Adaptada: al número de pacientes, la distancia a los centros asistenciales, el número de medios de transporte y la capacidad asistencial en la zona.

Socialmente Aceptable: siempre que las circunstancias lo permitan, mantener los núcleos familiares y sociales dentro de áreas próximas en su lugar de residencia.²⁴

Inspección

Localización y visualización de la paciente, posición, identificación y monitorización de los signos vitales, estado de conciencia y movimientos espontáneos.

Evaluación

Valoración hemodinámica sencilla, que considere la integridad del aparato respiratorio y circulatorio, la presencia de sangrados o lesiones que afecten directamente algunos de estos órganos de forma inmediata, lesiones cervicales que los afectaran de forma inmediata, integridad neurológica, lesiones musculo esqueléticas (presencia, frecuencia, amplitud y ritmo de caja torácica), la presión del pulso informa de la bomba cardiaca en sus parámetros de precarga, frecuencia y contractilidad, elementos básicos para valorar la volemia de forma inmediata. El llenado capilar nos da una visión global de aspectos de la respiración mantenida, ventilación, volemia, consumo de oxígeno, gasto cardiaco.

3.4 ELEMENTOS NECESARIOS PARA ESTABLECER UN SISTEMA DE TRIAGE

Espacio Físico

Deberá de ser seguro, próximo al punto de ingreso con fácil acceso a las ambulancias, las unidades de atención hospitalaria en donde se canaliza el tratamiento definitivo como son:

- Ⓜ Unidades especiales de estabilización
- Ⓜ Trauma choque
- Ⓜ Urgencias
- Ⓜ Unidad de cuidados intensivos



Módulo de Atención para la Realización del Triage

Se requiere de una enfermera perinatal o licenciada en enfermería y obstetricia para aplicar perfectamente la escala, realizar una rápida evaluación clínica registrar los datos expresados por la paciente y dirigir la entrevista cuando sea necesario, para objetivar al máximo el motivo clínico de consulta y la situación fisiológica de la paciente mediante: La aplicación

²⁴ López. A. (2011) *Enfermería hacia un Modelo de Triage*. Ediciones:Panamericana.

de esta evaluación se debe hacer de manera efectiva ya que este resultado depende el plan de cuidado, ya sea para vigilancia y prevención de complicaciones o para el ingreso al servicio de ginecología para llevar su seguimiento hasta corregir alguna anomalía.

3.5 Personal Asistencial Entrenado

Funciones de la enfermera perinatal y/o licenciada en enfermería y obstétricas

El profesional de enfermería con vastos conocimientos obstétricos y capacidad para realizar acciones con alto grado de competencia en la atención centralizada de la mujer gestante, incluye la atención expedita en caso de urgencias. Apego siempre a las evidencias científicas, al marco ético de la profesión, normatividad y programas institucionales como son:

- Ⓢ Participar en el manejo oportuno y adecuado en la atención de la paciente obstétrica, así como realizar la clasificación de acuerdo al Triage obstétrico establecido.
- Ⓢ Toma y valoración de signos vitales, monitoreo de glucosa en sangre, detección de proteínas en orina, así como realizar los procedimientos necesarios para la correcta clasificación inicial de las pacientes de acuerdo a los signos y síntomas encontrados.
- Ⓢ Realizar una cuidadosa y puntual exploración física, para coadyuvar a determinar tempranamente el diagnóstico médico; así como valorar el ingreso hospitalario, tratamiento ambulatorio o en su caso referencia a otra unidad.
- Ⓢ Conocer y aplicar al 100% el Triage Obstétrico.
- Ⓢ Realizar el registro del 100% de las pacientes que son atendidas en el módulo de valoración inmediata.
- Ⓢ En caso de que la paciente tenga una emergencia obstétrica se enlaza y se activa la ruta de vigilancia.



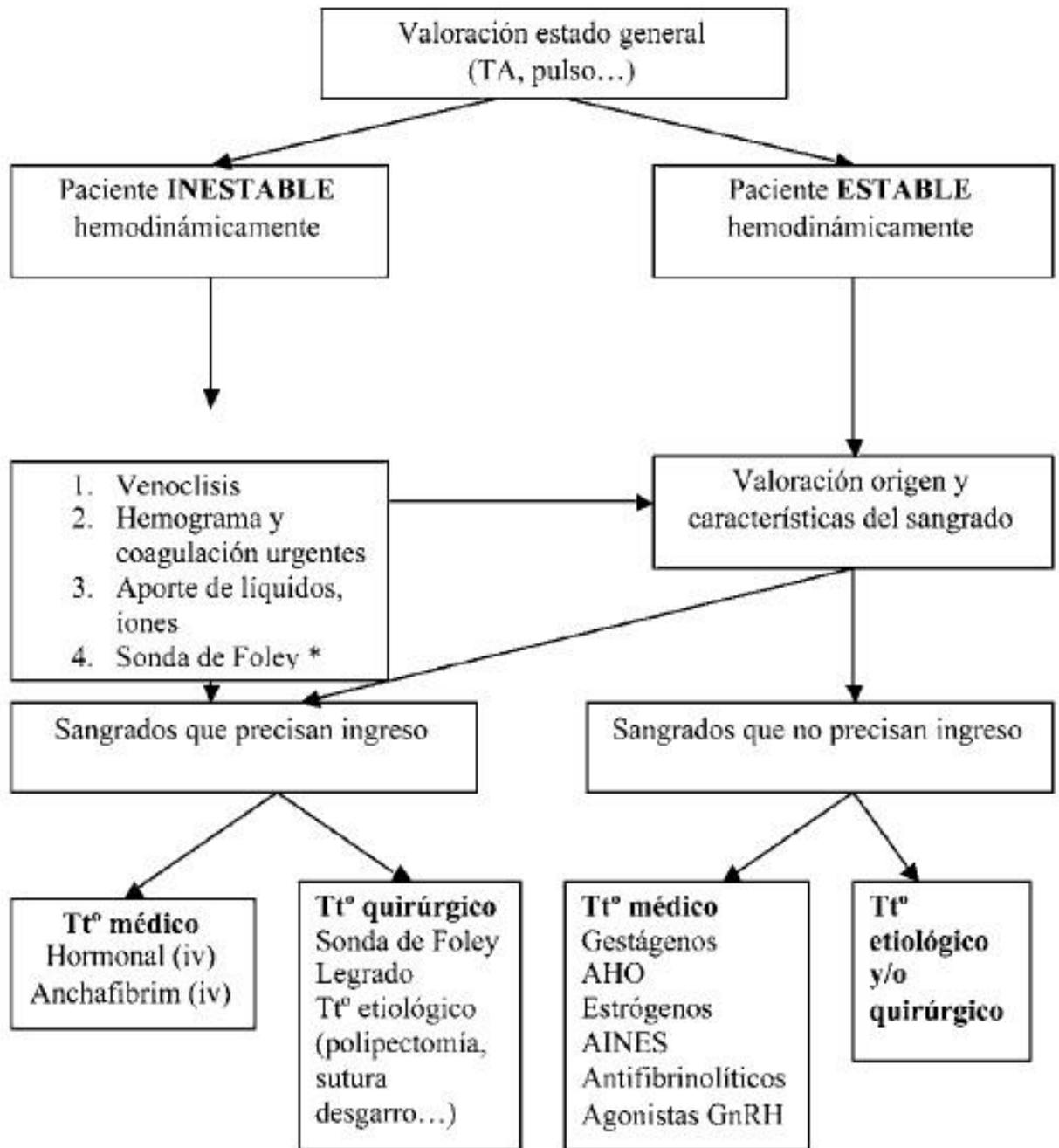
3.6 Material y Equipo

Para manejar a las pacientes una vez clasificados se deberá de contar con un Stock básico para el manejo de urgencias obstétricas con el propósito de responder de manera efectiva a las principales emergencias obstétricas.



Nº	DOTACION FIJA	CONCEPTO	PRESENTACION
1	4	Nifedipino 10 mgs	Capsulas
2	4	Hidralazina 20 mg	Ámpula 1ml
3	2	Diazepam 10mg	Ámpula 2ml
4	10	Sulfato de magnesio 1g	Ámpula 10ml
5	2	Gluconato de Calcio 1.000g	Ámpula 10ml
6	4	Oxitocina 5 UI	Ámpula 1ml
7	1	Ergonovina 0.2 mg	Ámpula 1ml
8	1	Carbetocina 100mcg	Ámpula 1ml
9	2	Sol. Hartman 1000cc	Bolsa
10	2	Sol. Glucosada 5% 1000cc	Bolsa
11	2	Polimerizado de gelatina 3.5% 100cc	Frasco
12	1	Albumina Humana 50cc	Frasco

3.7 Protocolos Asistenciales Previo



* En ocasiones si el sangrado es de origen uterino y la paciente esta inestable puede colocarse una sonda intrauterina cohibiendo la hemorragia hasta conseguir estabilizar a la paciente.

Circunstancias que Dificultan la Clasificación

- Ⓢ Improvisación
- Ⓢ Dramatismo
- Ⓢ La rapidez de la respuesta
- Ⓢ Ausencia del personal seleccionado
- Ⓢ Ausencia de protocolos asistenciales
- Ⓢ Las dificultades de la documentación
- Ⓢ Condiciones ambientales: luz, lluvia, etc.



3.8 MÉTODO UTILIZADO POR LA ENFERMERA

Recepción:

Es el momento en el cual se establece la primera relación asistencial como respuesta a la demanda con la paciente.

Acogida:

Es el modo relacional el que se desarrolla el primer encuentro sanitario que conlleva la puesta en práctica de todo el conjunto de valores humanos hacia la paciente y la familia desde la personalidad de la enfermera predispone favorablemente a la relación terapéutica positiva.

Interrogatorio:

Nombre, edad, motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes relevantes. Calificar los síntomas en términos de severidad, duración, (agudo, crónico, intermitente, continuo) y progreso. Si los síntomas recientes han aparecido dentro del contexto de una enfermedad crónica.

Examen Físico:

Limitado al órgano o sistema según la queja principal. Debido al poco tiempo y la dinámica del Triage, se reemplaza el examen físico completo y minucioso por la revisión por sistemas.

- Ⓢ Estado mental y grado de conciencia
- Ⓢ Apariencia general; facies, postura, marcha, lenguaje, aspecto
- Ⓢ Signos vitales; presión arterial, pulso, respiración, temperatura, medición de la saturación de oxígeno y glucometría.

Clasificación de la Emergencia:

Determina una toma de decisiones en cuanto a la asistencia de la paciente en relación al estado de salud, adecuado esa toma de decisiones a las capacidades del servicio y de respuesta material y humana, que presenta cada unidad asistencial.

La clasificación se realizará en función de los signos y manifestaciones subjetivas de la paciente o acompañante hacia una priorización en la atención médica y cuidados de enfermería.

En esta evaluación se iniciará la prestación de cuidados inmediatos ofreciendo un abordaje integral de la persona en cuanto a las manifestaciones físicas, emocionales y cognitivo. Cuando a una paciente se le identifica alguna complicación o emergencia se enlaza y se activa la ruta crítica para la vigilancia del embarazo.

CLASIFICACIÓN DEL TRIAGE OBSTÉTRICO

TRIAGE I	TRIAGE II	TRIAGE III	TRIAGE IV
<p>Trauma genital con lesión anatómica acompañado de sangrado o hematoma sin inestabilidad hemodinámica.</p> <p>*Disminución o ausencia de movimientos fetales.</p> <p>*Trabajo de parto fase activa embarazo a término.</p> <p>*Embarazada con dolor pélvico agudo sin sangrado.</p> <p>*Trabajo de parto en fase activa con antecedentes de cirugía uterina.</p> <p>*Amenaza de parto pre termino con ruptura prematura de membranas.</p> <p>*Hiperémesis gravídica severa.</p>	<p>*Trastornos hipertensivos no complicados tensión arterial</p> <p>*Hiperémesis gravídica leve.</p> <p>*Mastalgia severa asociado al embarazo.</p> <p>*Paciente de alto riesgo obstétrico según motivo de consulta(antecedentes por parto pre termino, abortos continuos, retardo en el crecimiento uterino)</p> <p>*Hemorragia del primer trimestre sin compromiso hemodinamico.</p> <p>*Cefalea y embarazo.</p>	<p>Hemorragia uterina anormal o disfuncional sin inestabilidad hemodinámica</p> <p>*Dolor pélvico o lumbar en embarazo no incapacitan té.</p> <p>*Infección urinaria sin compromiso sistémico en embarazo.</p> <p>*Síndrome febril en embarazo o post parto.</p> <p>*Leucorrea</p>	<p>Consultas por Trámites administrativos</p>

3.9 VALORACIÓN DEL TRIAGE OBSTÉTRICO

Se requiere de una enfermera perinatal o licenciada en enfermería y obstetricia sean quienes lleven a cabo el Triage obstétrico, así como los registros correspondientes en la bitácora de ingresos

Se debe de valorar a la paciente gestante a través del interrogatorio y exploración física:

- Ⓢ Monitorización de los signos vitales para descartar la presencia de pre eclampsia o eclampsia.
- Ⓢ Estado físico, mental y emocional para confirmar o descartar el diagnóstico o situación hemodinámica.
- Ⓢ La condición de reflejos osteotendinosos.
- Ⓢ Valorar los síntomas de acufenos, cefalea, fosfenos.
- Ⓢ Identificar datos de sufrimiento fetal como taquicardia, bradicardia, salida de meconio.
- Ⓢ Identificar posibles causas de sangrado transvaginales para normar la conducta a seguir en caso de alguna de las principales patologías durante la gestación.

Estas profesionales deberán reconocer y aplicar perfectamente la escala, realizar una rápida evaluación clínica, registrar los datos expresados por la paciente y dirigir la entrevista, cuando sea necesario, para objetivar al máximo el motivo clínico de consulta y la situación fisiológica.

El responsable del servicio de urgencias, está obligado a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración medica de la usuaria y establecer el tratamiento completo de urgencia o la estabilización de sus condiciones generales para que pueda ser transferida.

3.10 SISTEMA DE URGENCIA QUE MEJORA LA ATENCIÓN Y LA RESOLUCIÓN (SUMAR)

La Secretaria de Salud ha desarrollado estrategias que permiten establecer una guía necesaria para contar como instrumento confiable que facilita y permita determinar la complejidad del padecimiento, al mismo tiempo dar objetividad al desarrollo del personal de enfermería para la evaluación del paciente en el servicio de urgencias de cada hospital; el Triage que actualmente se apega estrictamente al eje principal de la línea de acción SUMAR; Sistema de Urgencia que mejoran la Atención y la Resolución en el marco de SICALIDAD.²⁵

- a) Mejorar la efectividad y la resolución; homologar criterios para la atención de pacientes en base a severidad y complejidad con fundamento en la herramienta de clasificación de Triage
- b) Apoyar a derivación de pacientes; el programa SUMAR propone reforzar la continuidad de atención y derivación de pacientes con el debido respaldo y justificación.
- c) Impulsar un modelo de gestión en el área de urgencias mejora en la organización y uso de guías de prácticas clínicas.
- d) Promover la atención digna en los servicios de urgencias, promover medidas para proporcionar trato digno y derecho a la información clara.

3.11 IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

Se requiere de un conocimiento amplio sobre las diversas complicaciones que puedan ocurrir durante el embarazo, el parto o el puerperio ya que se deberá de detectar el problema potencial para tratarlo y prevenir complicaciones, la detección se efectuará durante el control prenatal, el cual debe de ser temprano, orientando a la educación de la gestante, su pareja y su familia; y así se determinará el riesgo obtenido mediante un seguimiento materno de signos y síntomas, los cuales permitan clasificar algunas condiciones de riesgo fetal.²⁶ Como son:

- Ⓜ **Edad:** adolescentes o mujeres mayores de 35 años tienen un mayor riesgo.

²⁵ Dirección General de Educación en Salud Si Calidad 2010.

²⁶ Queman, J. Atención del Embarazo de Alto Riesgo. (2ªed.) Ediciones: Manual Moderno

Ⓢ Paridad

- ✓ **Primigesta:** tiene la mayor probabilidad de originar problemas inmunológicos durante la implantación, repercute en una mayor incidencia de pre-eclampsia y eclampsia, parto pre terminado, abortos.
- ✓ **Multigesta:** mujeres con aporte inadecuado de nutrientes, desgaste físico, embarazos no deseados.
- ✓ **Condición Socioeconómica:** La mortalidad materna y perinatal está directamente relacionada a poblaciones con bajos recursos, la gestante mal nutrida, enfermedades infecciosas, abortos, partos pre terminado.
- ✓ **Historia Obstétrica:** Antecedentes de abortos, embarazos ectópicos, partos preterminó, atonía uterina, diabetes gestacional, cesárea previa.
- ✓ **Trastornos Nutricionales:** La gestante requiere en total de peso a lo largo de la gestación entre 10.5 a 11Kgr.²⁷



²⁷ Burroughs. *Materno infantil*. (7ª ed.) Ediciones: McGraw-Hill

3.12 DISEÑO DE HOJA DE TRIAGE OBSTÉTRICO

Por la necesidad de establecer un procedimiento que permitiera agilizar la atención a la paciente embarazada y considerar un instrumento de valoración y clasificación de Triage obstétrico, se diseñó una hoja de enfermería que evidenciaría las clasificaciones, intervenciones como herramienta para la reducción de tiempo de espera en los servicios de urgencias. Su vigilancia implica identificar las mejores prácticas médicas y administrativas para su reducción.²⁸

Objetivo:

- Ⓢ Abatir la muerte materna
- Ⓢ Valoración rápida y ordenada de la paciente embarazada
- Ⓢ Priorizar la atención en caso de una urgencia médica real

Todas las hojas de enfermería de urgencia llevarán registrada la hora de la primera valoración.

1. Los pacientes serán atendidos por la enfermera de Triage menos de 15 minutos.
2. Todas las pacientes llevarán registrado el nivel de gravedad, resultado de la clasificación.
3. El nivel de gravedad asignado será acorde con el nivel de gravedad real.
4. Ninguna paciente abandonará el servicio sin ser evaluado por la enfermera de Triage.

²⁸ Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. ISEMM.

Instrumento de Valoración en el Triage Obstétrico

CONCENTRACION				
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS		Ejemplo		
HOJA DE TRIAGE OBSTETRICO				
PACIENTE:	FECHA:	EDAD:	CLAVE ISSEMYM:	
TURNO:	HORA:	HORA:	EDAD GESTACIONAL:	
SIGNOS Y SINTOMAS	PARAMETROS			
	VERDE	AMARILLO	ROJO	
PRESION ARTERIAL	BRITOLICA	MENOR DE 140		MAJOR 140
	DIABTOLICA	MENOR DE 90		MAJOR 90
CEFALEA, ACUFENOS Y/O FOSFENOS	NO			SI
PERCEPCION DE MOVIMIENTOS FETALES	PRESENTES			DISMINUCIDOS O AUSENTES
ESTADO DE CONCIENCIA	DESPIERTA Y ORIENTADA			SOMNOLENCIA O INCONSCIENTE
DOLOR ABDOMINAL	AUSENTE	MESOGASTRICO Y/O PELVICO		EN BARRA
HEMORRAGIA VAGINAL	AUSENTE	SOLO MANCHADO Y/O RESIDUAL		ABUNDANTE Y/O ROJO BRILLANTE
CONTRACCIONES	0	DE 3 A 5 EN 1 HR		MAS DE 6 EN 1 HR O CONTRACCIONES SOSTENIDAS
COMULSIONES	NO			PRESENTES Y/O RECIENTES
SALIDA DE LIQUIDO	NO	ESCASO (HUMEDOS)		ABUNDANTE (ESCORRIMIENTO)
FIEBRE	36 A 38°C	MAJOR DE 38°C		
PULSERA ROJA	NO	SI (SIN OTRO SINTOMA)		SI (CON OTRO SINTOMA)
OBSERVACIONES				
CODIGOS Y CRITERIO DE CLASIFICACION				
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="width: 20px; height: 10px; background-color: red; border: 1px solid black;"></div> 1. O MAS SINTOMAS CLASIFICADOS COMO ROJO </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="width: 20px; height: 10px; background-color: yellow; border: 1px solid black;"></div> 2. O MAS SINTOMAS AMARILLOS </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="width: 20px; height: 10px; background-color: yellow; border: 1px solid black;"></div> CON UN SOLO CRITERIO AMARILLO </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="width: 20px; height: 10px; background-color: green; border: 1px solid black;"></div> SOLO CRITERIOS VERDES </div>				
VALORADO POR:	ENTERADO:			
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO	NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE			

Hoja de TRIAGE Obstétrico		FOLIO:	
UNIDAD MEDICA	FECHA	HORA	
NOMBRES DEL PACIENTE (APellido PATERNO, MATEO Y NOMBRES)	EDAD	GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	
SEÑALE CON UNA "X" EL MOTIVO DE LA CONSULTA. EN CASO DE PRESENTAR UNA OPCION SEÑALADA EN ROJO DEL 1 AL 6 "REQUIERE ATENCIÓN INMEDIATA" Y REALIZA DETERMINACIÓN DE PROTECTORIA.			
	VERDE	ROJO	
1. SIGNOS VITALES			
TA	110/70 - 120/80	MAS DE 140 / MAS DE 90 O MENOS DE 30	
FC	60 - 100 POR MINUTO	MAS DE 100 POR MINUTO	
FR	18 - 24 POR MINUTO	MENOS DE 18 O MAS DE 24 POR MINUTO	
TEMPERATURA	MENOS DE 38°C	MAS DE 38°C	
2. ESTADO DE CONCIENCIA (somnolencia, Estopor y Coma)	NORMAL	ALTERADO	
3. HEMORRAGIA TRANSVAGINAL	AUSENTE	PRESENTE	
4. CRISIS CONVULSIVAS	AUSENTE	PRESENTE	
5. SÍNTOMAS VASOSPÁSMICOS (Cefalea, náuseas, hinchazón, vértigo, adema)	AUSENTES	PRESENTES	
6. DOLOR EN CUADRANTE SUPERIOR DERECHO O ERGASTRICO	AUSENTE	PRESENTE	
7. SALIDA DE LIQUIDO AMNIOTICO	AUSENTE	PRESENTE	
8. ACTIVIDAD UTERINA (trabajo de parto)	AUSENTE	PRESENTE	
9. MOVIMIENTOS FETALES	PRESENTES	AUSENTES	
10. EDAD GESTACIONAL MÁS TRABAJO DE PARTO	MENOS DE 36 SEMANAS SIN TRABAJO DE PARTO	MENOS DE 36 SEMANAS MÁS TRABAJO DE PARTO	

REALIZÓ

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

SIGNATURE

3.13 RUTA DE ATENCIÓN EN EL TRIAGE OBSTÈTRICO

La paciente ingresa al hospital mediante un registro lo cual lo realiza el familiar acompañante, mientras la licenciada en enfermería y obstetricia realiza la clasificación Triage y deriva a los servicios hospitalarios de acuerdo a la clasificación, le comunica al médico si es atención de urgencia se es acompañado rápidamente alertando al personal de la llegada de la paciente, puesto que la atención que requiere es inmediata, se tomaran las medidas para su estabilización, se continua con el protocolo de actuación contando con el personal mínimo para atender a la paciente que constará:

- Ⓢ 1 medico gineco obstetra
- Ⓢ 2 licenciadas en enfermería
- Ⓢ 1 auxiliar de enfermería
- Ⓢ 1 camillero

Una vez realizado el Triage, la licenciada en enfermería envía a la especialidad correspondiente para la atención médica necesaria.

3.13.1 Actividades de Triage

1. Evaluar y clasificar a la paciente según sea su condición clínica.
2. Recibir la paciente gineco-obstetrica evaluarla y trasladarla al área de tratamiento.
3. Ingresar a la paciente al área de tratamiento, cuando su condición clínica lo requiera e informara al médico y enfermera responsable.
4. Diligenciar el formato de Triage.
5. Iniciar y mantener con el paciente y la familia.
6. Proporcionar información acerca del proceso de atención y tiempo de espera, de acuerdo con la prioridad y el volumen de pacientes en el servicio.
7. Evaluar frecuentemente los pacientes que se encuentran en sala de espera.
8. Realizar seguimiento a los reportes de laboratorio y medios de diagnostico de las pacientes, informar al médico obstetra.

9. Informar a la paciente en el momento en el cual se reciben los reportes de medios de diagnóstico y el procedimiento a seguir.
10. Recibir y resolver inquietudes de las pacientes y/o familiares acerca de los procedimientos a seguir.
11. Evaluar al equipo de salud acerca del cumplimiento de los procesos establecidos en el servicio.
12. Mantener una relación cordial con el grupo de trabajo.
13. Brindar un trato cálido, cordial, amable y respetuoso a las pacientes y los familiares.

Respetar la normatividad de ingreso del paciente a urgencias como:

- a) Respetar módulo de valoración inmediata para solicitar al servicio.
- b) Solicitar al familiar registro en admisión.
- c) Solicitar a la paciente y/o familiar datos personales.
- d) Realizar registro en bitácora.
- e) Toma de signos vitales, interrogatorio breve de datos indicativos de alarma obstétrica.
- f) De acuerdo a los datos recabados, realizar Triage obstétrico, colocar distintivo de color correspondiente.
- g) Brindar apoyo emocional a la paciente, explicar las acciones a seguir y en su caso ingresar al servicio que corresponda.



CAPÍTULO IV

CÓDIGO MATER

4 Concepto de Código Mater

Es un sistema de atención de respuesta rápida, concebida como una estrategia hospitalaria con un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud cuya función es optimizar el sistema de atención y los recursos hospitalarios capacitados en urgencia obstétrica ya sea por:

- Ⓢ Enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Ⓢ Choque hipovolémico
- Ⓢ Sepsis.

Cuando una paciente es identificada con alguna complicación se enlaza y se activa la ruta crítica para la vigilancia del embarazo. A fin de mejorar los servicios a la población materno-infantil, en algunas instituciones se han desarrollado normas, protocolos para la atención en la materia en respuesta a estos conceptos se propone que en cada unidad hospitalaria en donde se brinde la atención obstétrica se implemente un equipo de respuesta rápida para la atención y en obstetricia se ha denominado Código Mater.



Objetivo

Prevenir y disminuir la mortalidad materna mediante tres acciones Identificando signos de alarma, Tratar de inmediato las emergencias obstétricas y Trasladar a otra unidad especializada a la paciente para salvar la vida del binomio.

Lineamientos

1. La paciente es responsabilidad de todo el personal del hospital
2. Los embarazos de alto riesgo tienen prioridad en todos los servicios
3. Toda paciente embarazada será valorada a un Triage obstétrico y tendrá prioridad en todos los servicios
4. La atención será de acuerdo a la capacidad resolutive del hospital “cero rechazo”
5. En caso de que requiera la paciente ser referida a otra unidad de atención especializada; el traslado será de forma oportuna.



4.1 Equipo multidisciplinario

De profesionales de la salud cuya función es optimizar el sistema de atención y los recursos hospitalarios, capacitados en urgencias obstétricas.

1. Médico Gineco-Obstetra (1)
2. Licenciada en Enfermería y Obstetricia (3)
3. Médico Intensivista-internista(1)
4. Médico Pediatra (1)
5. Anestesiólogo (1)
6. Trabajador social (1)
7. Laboratorio (1)
8. Admisión (1)



4.2 ACCIONES DEL GRUPO MATER

Gineco-Obstetra:

Lidera al grupo mater y valoración integral materno-fetal con la exploración pélvica, genital, iniciará el tratamiento acorde con el diagnóstico mediante guías clínico-terapéuticas, correspondientes y resolución obstétrica quirúrgica.

Personal de Enfermería:

Por ser el personal de primer contacto junto con el médico obstetra, es quien vocea o activa el código mater con indicación previa durante la activación del código mater aproximadamente colaboran tres enfermeras que cada una tienen sus funciones diferentes, lo cual da como objetivo brindar la atención rápida oportuna a la paciente que presenta una emergencia obstétrica.

Enfermera “A”

- Ⓢ Valoración de signos vitales con monitorización de cada 15 minutos tensión arterial, frecuencia cardíaca y fetal frecuencia respiratoria, temperatura.
- Ⓢ Valoración del estado de conciencia
- Ⓢ Instalación de acceso venoso periférico calibre grueso e instalación de acceso venoso central
- Ⓢ Toma de muestras sanguíneas
- Ⓢ Administración de medicamentos

Enfermera “B Y C”

Son las responsables de pasar los medicamentos y registrar en la hoja de enfermería con los datos correctos, medicamento, vía, dosis.

- Ⓢ Reducción de estímulos que puedan provocar una convulsión
- Ⓢ Valoración de presencia de edema
- Ⓢ Vendaje compresivo en miembros pélvicos
- Ⓢ Colocar a la paciente en posición más óptima para el binomio
- Ⓢ Monitorización de la frecuencia cardíaca fetal

Médico Intensivista-internista

- Ⓢ Valoración neurológica ,hemodinámica y metabólica
- Ⓢ Gasto cardiaco y resistencias vasculares periféricas
- Ⓢ Función hepatorenal, hidroelectrolíticas y ácido-base
- Ⓢ Niveles de glicemia
- Ⓢ Apoyo órgano funcional y tratamiento multiòrganico
- Ⓢ Apoyo ventilatorio.

Anestesiólogo: Conocer las condiciones maternas y fetales y adecuar manejo anestésico

- Ⓢ Intubación oro traqueal
- Ⓢ Anestesia general inhaladora
- Ⓢ Reanimación hemodinámica con cristaloides, coloide y hemoderivados.

Pediatra: Conocer las condiciones fetales y preparar reanimación neonatal

- Ⓢ Aplicación de surfactante exógeno
- Ⓢ Apoyo ventilatorio y mecánico
- Ⓢ Reanimación básica y avanzada
- Ⓢ Tratamiento integral del recién nacido

Trabajador social: Vinculación con los familiares de las pacientes y con otros hospitales o servicios.

- Ⓢ Información sobre el estado de salud
- Ⓢ Consentimiento informado para diversos procedimientos
- Ⓢ Trámites administrativos diversos
- Ⓢ Vinculación con centros hospitalarios o servicios en otras unidades medicas.

Laboratorio: Realizar exámenes solicitados con carácter de urgencia en un lapso menor a 30 minutos.

- Ⓞ Biometría hemática con cuenta de plaquetas
- Ⓞ Pruebas de coagulación: tiempos de protrombina, trombina y tromboplastina parcial
- Ⓞ Determinación de glucosa, ácido úrico y creatinina sérica
- Ⓞ Gasometría arterial o venosa
- Ⓞ Electrolitos séricos; sodio, potasio y cloro
- Ⓞ Prueba de compatibilidad sanguíneas, grupo sanguíneo y factor Rh

Ultrasonido: Rastreo ultrasonografico básico abdominal y pélvico.

- Ⓞ Vitalidad fetal; monitorización de frecuencia cardíaca fetal, movimientos somáticos,
- Ⓞ Presentación, sitio de inserción placentaria y características morfológicas de la misma
- Ⓞ Apreciación semicuantitativa y calidad del líquido amniótico.
- Ⓞ Valoración de reactividad fetal mediante cardiotocografía externa.

4.3 PROCESO ABC

Con el fin de prevenir y disminuir la mortalidad materna se deberá de sustentar en el proceso A B C.

A – Identificar Signos y síntomas de alarma, hipertensión o hipotensión arterial, pre eclampsia y eclampsia, sangrados transvaginales u otra vía, choque.

B- Tratar de seguir guías clínicas, lineamientos clínicos establecidos en las unidades de urgencias.

C- Trasladar oportunamente a la unidad de choque, cuidados intensivos o a la unidad toco quirúrgica.

Se clasifica de acuerdo a su condición clínica de la paciente y de acuerdo a su valoración se manejan dos distintivos de color Rojo emergencia y Verde no emergencia respectivamente

Color Rojo:

Atención Inmediata, se considera que está comprometida la función vital de la mujer o el feto, puede ser debida a pre eclampsia severa, eclampsia ,

desprendimiento prematuro de placenta sepsis puerperal, tromboembolia y embarazadas poli traumatizadas por mencionar algunos.

Color Verde:

Paciente sin antecedentes en procesos agudos estables, su atención será de 30 a 60 minutos.

Como se muestra en el siguiente cuadro con la codificación de colores el tiempo de espera y el estado de la paciente.

Nivel de Triage	Tiempo Máximo de espera
EMERGENCIA	LA PACIENTE REQUIERE TRATAMIENTO INMEDIATO CODIGO MATER
SIN URGENCIA	La paciente deberá de ser tratada dentro de sus 30 a 60 minutos.

Al ingresar la paciente al servicio de urgencias obstétricas, la enfermera perinatal y/o licenciada en enfermería y obstetricia recabará los datos en la hoja de Triage obstétrico, con base en esto se determina si el caso es código rojo o código verde para pasar a la revisión médica, si se identificará un código rojo la atención medica será inmediata para ser tratada como una urgencia.

4.4 Recursos materiales

Caja roja

Es utilizada principalmente para el manejo de la pre eclampsia, eclampsia durante el embarazo y parto o posibles complicaciones, se encuentra ubicada principalmente en los servicios de urgencias, unidad toco quirúrgica y gineco obstetricia.

Características

Es una caja movable de material plástico de lato impacto con dimensiones no mayores de 30cm altura 60 de longitud, 12 de ancho

*Con agarraderas para su fácil desplazamiento

*Con compartimentos para la clasificación y separación de los medicamentos

*Con mecanismo de seguridad de cerradura general

Objetivo

Concentrar de manera ordenada los medicamentos que está contiene, para iniciar rápida y oportunamente las maniobras que la paciente requiera.

Medicamentos, Presentación y Cantidad

Sulfato de magnesio Sol.iny.de 1g/10ml

furosemida Sol.iny.20mg/10ml

Bicarbonato de sodio Sol.iny. 50ml 7.5%

Gluconato de calcio Sol.iny.10%

Nifedipina Caps.de gelatina blanda 10mg

Dexametasona Sol.iny.8mg/2ml

Hidralazina Sol.iny. de 20 mg/ml

Fenitoina Sol.iny.de 250mg/5ml

Diazepam 10mg ámpulas

**Soluciones 1000cc
cristaloides**



4.4.1 Caja Amarilla

Es utilizada principalmente para el manejo de la hemorragia obstétrica durante el embarazo y parto o posibles complicaciones, que deberá estar localizada primordialmente en los servicios de urgencias, unidad toco quirúrgica y gineco obstetricia.

Características

Es una caja movable de material plástico de lato impacto con dimensiones no mayores de 30cm altura 60 de longitud, 12 de ancho

*Con agarraderas para su fácil desplazamiento

*Con compartimentos para la clasificación y separación de los medicamentos

*Con mecanismo de seguridad de cerradura general

Objetivo

Concentrar de manera ordenada los medicamentos que está contiene, para iniciar rápida y oportunamente las maniobras que la paciente requiera.

Medicamentos, Presentación y Cantidad

Carbetocina	100 mg
--------------------	---------------

Oxitóica	40 -120 mU/ puede aumentarse hasta 200mU/min:20 u/500 pasar desde 30 a 60ml/hora	Dosis máxima 6 ámpulas en 24 hrs.
-----------------	---	--

Ergonovina	0.2mg IM, repetir en 20 min, puede continuarse cada 4-6 horas	Máximo 5 ampolletas (1mg) en 24 hrs.
-------------------	--	---

Fitomenadiona	10 mg/ 1ml
----------------------	-------------------

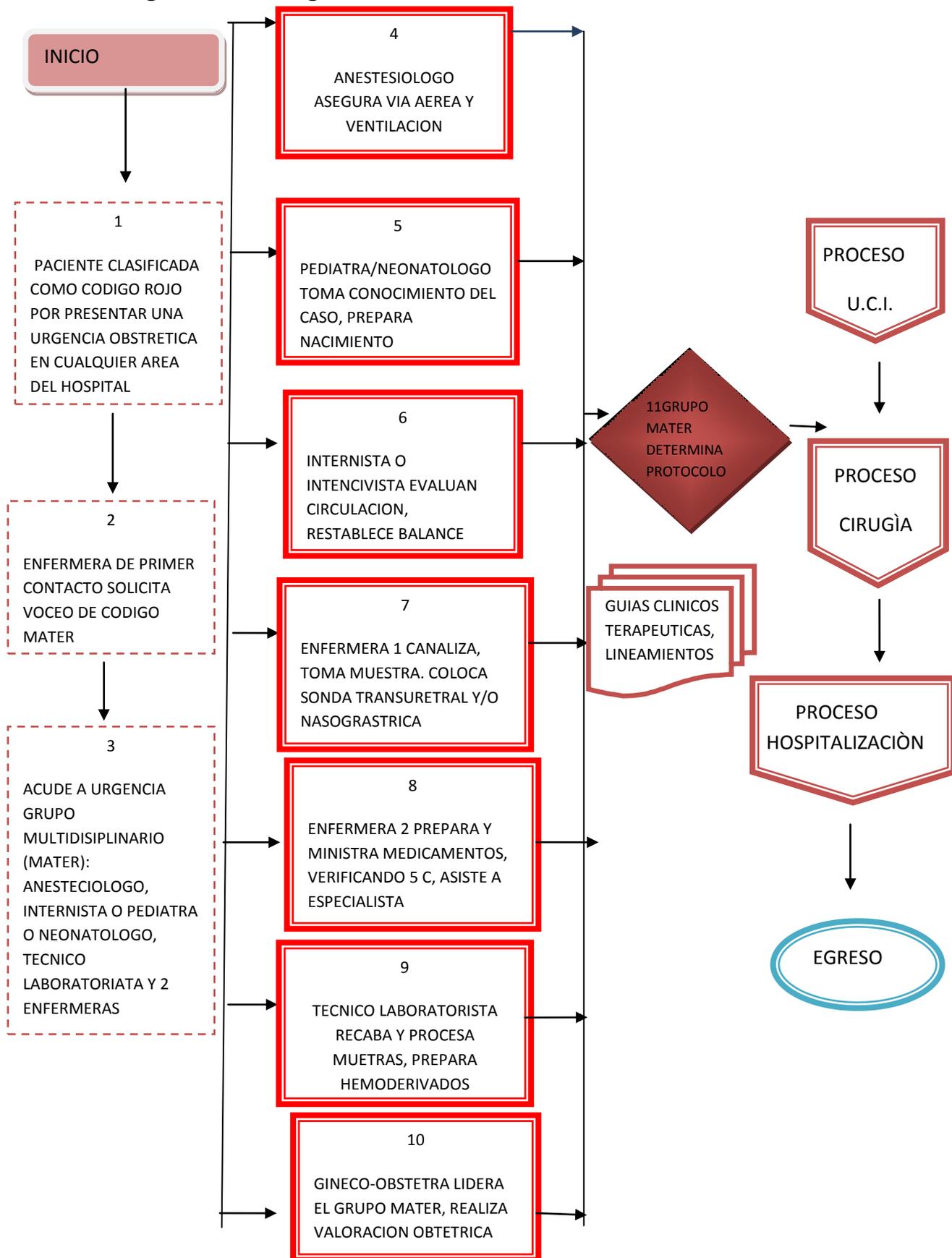
4.5 DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Paciente	Presenta una urgencia obstétrica en cualquier área del hospital (código rojo)
2	Enfermera de primer contacto	Activa mediante voceo 5 veces Código Mater. Valoración de signos vitales con monitorización de cada 15 minutos tensión arterial, frecuencia cardiaca y fetal frecuencia respiratoria, temperatura Valoración del estado de conciencia Instalación de acceso venoso periférico calibre grueso e instalación de acceso venoso central Toma de muestras sanguíneas Administración de medicamentos inmediatos.
3	Equipo Multidisciplinario	Acude al área de choque de manera inmediata en respuesta al voceo
4	Anestesiólogo	Realiza evaluación de las condiciones maternas y fetales, del estado de conciencia, asegura la vía aérea por el método más conveniente, garantiza la ventilación de la paciente y realiza monitoreo no invasivo
5	Pediatra o Neonatología	Toma conocimiento del nacimiento en su caso, dispone lo necesario para la atención integral del recién nacido.

6	Internista, Intensivista o Urgenciològo	Toma las acciones necesarias para la estabilización de la paciente en ambos aspectos, realizando una evaluación y Apoyo órgano funcional y tratamiento multiòrganico, y si es el caso apoyo mecánico ventilatorio.
7	Enfermera I	Se encarga de canalizar una o dos venas periféricas según el caso además de instalación de catéter vesical y vendaje de extremidades inferiores en la paciente de ser necesario valorando la presencia de edema, y colocar a la paciente en posición más óptima para el binomio.
8	Enfermera 2	Prepara y administra los medicamentos solicitados, por el médico mediante un sistema redundante, verificando siempre, la regla de oro. Monitorización hemodinámica no invasiva de los signos vitales de la madre y monitorización de la frecuencia cardiaca fetal.
9	Técnico Laboratorista	Recaba y procesa las muestras para laboratorio, entrega al médico los resultados en un lapso menor a 30 minutos de carácter urgente como son: Biometría hemática, Pruebas de coagulación, Glucemia, Gasometría arterial o venosa, Electrólitos, Prueba de compatibilidad sanguíneas, Grupo Sanguíneo y Factor Rh.

10	Gineco-Obstetra	Lidera el grupo Mater, realiza valoración integral materno-fetal e iniciará el tratamiento acorde con el diagnóstico mediante guías clínico-terapéuticas, correspondientes y resolución obstétrica quirúrgica.
11	Grupo Mater	Determina protocolo de manejo de la paciente; Se enlaza con el proceso de la unidad de Cuidados Intensivos, Cirugía u Hospitalización al cual finalmente todas las pacientes tienen que acceder, para posteriormente egresar.

4.6 Fluxograma de Código Mater



4.7 Emergencia Obstétrica en el Código Mater

Son todas las complicaciones que se presentan en el embarazo, parto o puerperio.

La hemorragia Obstétrica es la primera causa de muerte materna en el mundo con una incidencia del 25 % de los casos a nivel mundial; segunda causa de muerte materna es la enfermedad hipertensiva del embarazo; Cuando concurre un evento de código rojo continuamente es asociada con signos de choque y es necesario que el equipo asistente este actualizado con las mejores técnicas y estrategias para salvar la vida, que trabaje de manera coordinada y con lógica, hacia objetivos concretos como son:

- Ⓢ Salvar a la madre y en lo posible al producto
- Ⓢ Disminuir la mortalidad resultante del proceso hemorrágico
- Ⓢ O de las mismas acciones de reanimación

4.7.1 Desarrollo de las Actividades en Enfermedad Hipertensiva del Embarazo

Preeclampsia

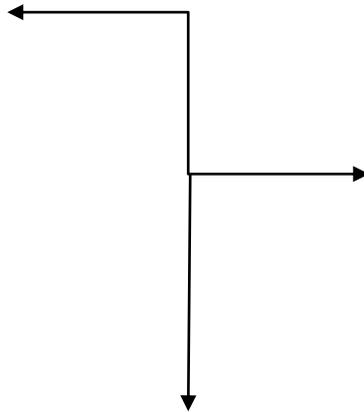
A Identificar hipertensión, hipotensión arterial, convulsiones tipo ya sean clónicas o tónicas u ambas, alteración del estado de conciencia, Sangrado transvaginal u otra vía, taquicardia, taquipnea, cianosis, Hipertermia, choque.

B Tratar la pre eclampsia, eclampsia, sangrado obstétrico o sepsis.

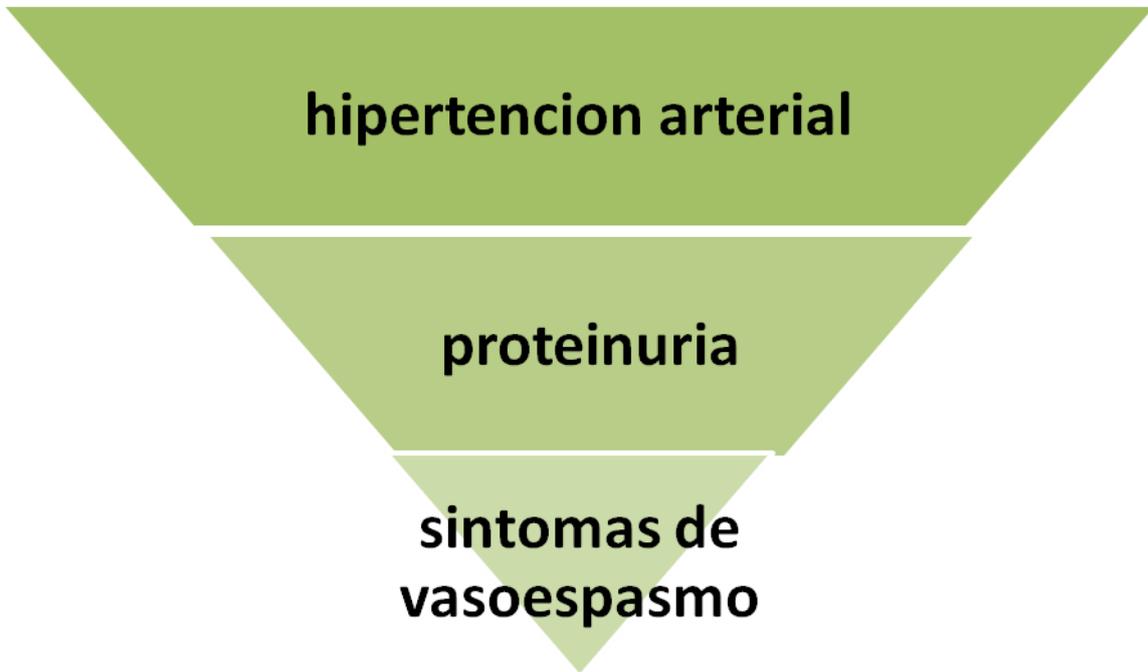
C Trasladar a la unidad de choque, cuidados intensivos obstétricos o al área toco quirúrgica.



**Pre eclampsia
Leve**

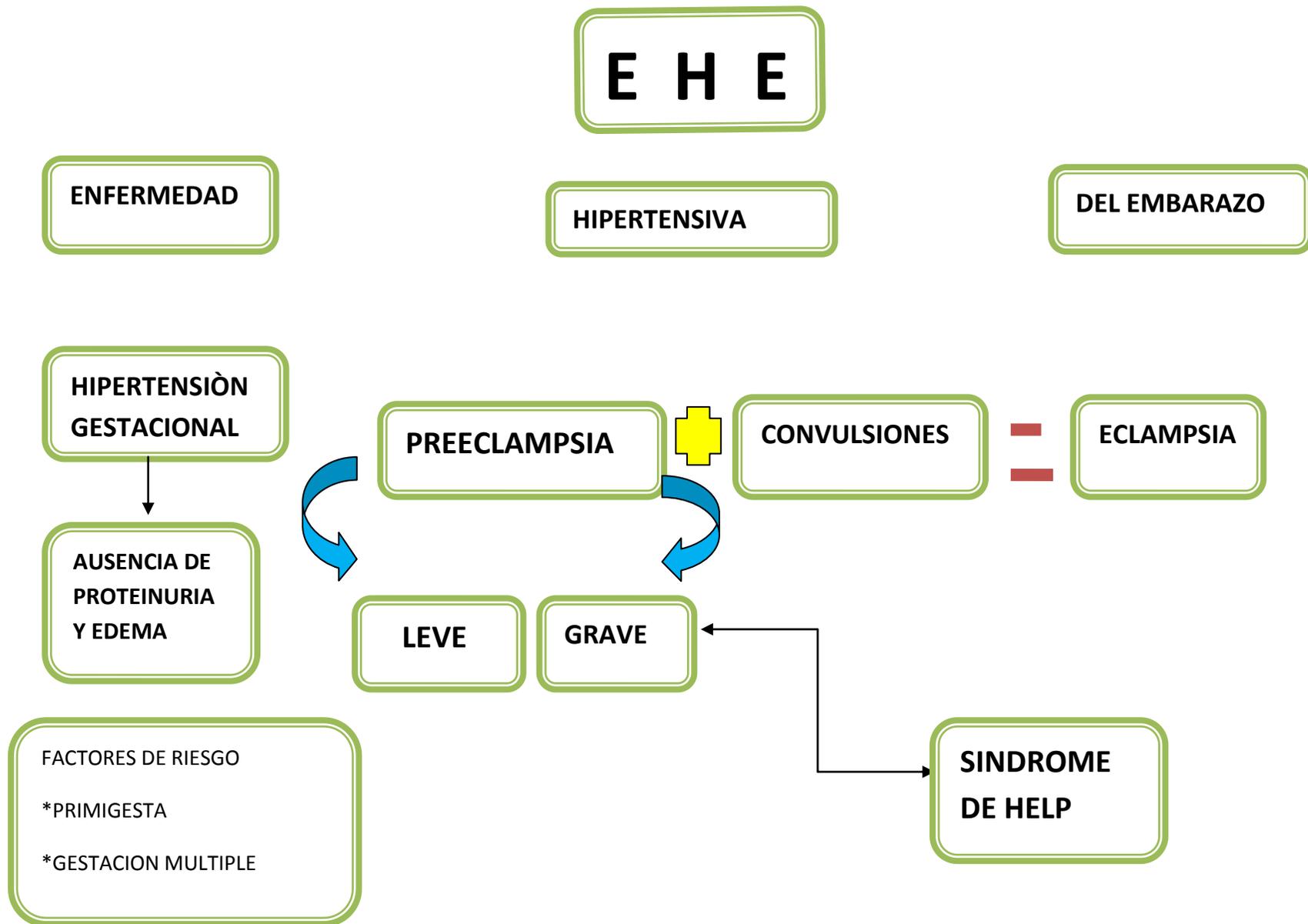


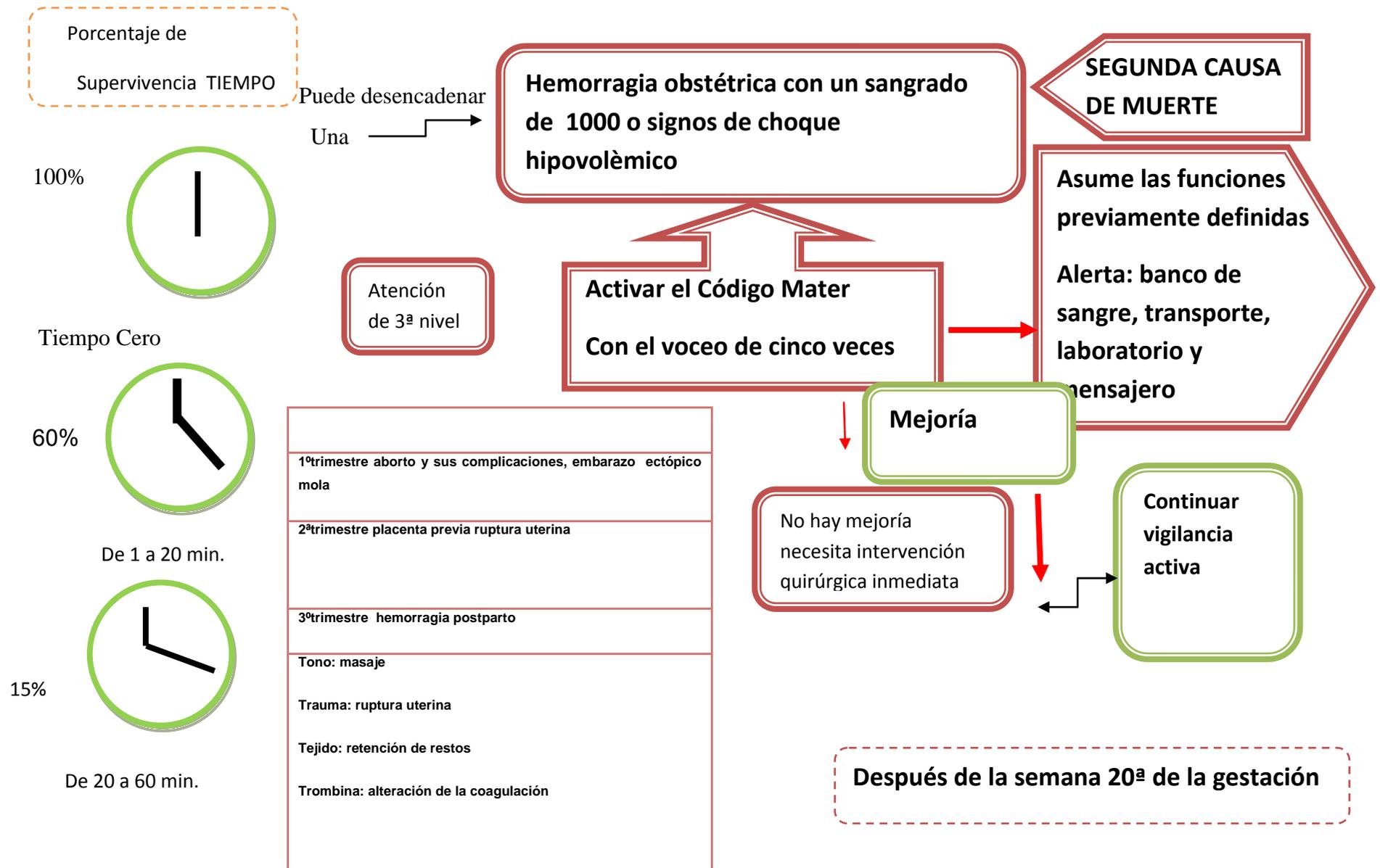
**Pre eclampsia
Grave**



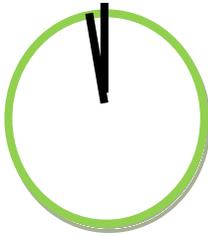
HOSPITAL MATERNO-INFANTIL

“IGUARAN”





15%



- **Suministración de oxígeno**
- **Canalización de dos vías periféricas**
- **Tomar muestras de laboratorio**
- **Reponer líquidos iniciando con 200ml de soluciones cristaloides**
- **Clasificar el estado de choque**
- **Continuar con la reposición de cristaloides 3 a 1**

Si es choque grave iniciar con 2 paquetes globulares

- **Mantener la temperatura corporal**
- **Evacuar vejiga y llevar control de líquidos**

De 1 a 20 minutos

Remitir

Transporte adecuado
 Personal capacitado
 Líquidos + medicamentos

De 20 a 60 min.

Si el choque es grave suministrar paquetes globulares

Una vez haya recuperado a la paciente del estado de choque conservar el volumen a 300ml/hr de cristaloides

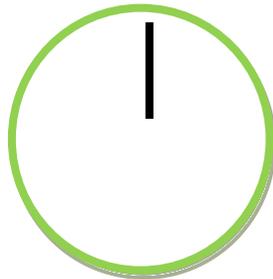
Continuar con actividades de hemostasia; masaje uterino

Monitorizar la respuesta clínica signos vitales

Si persiste la hipotensión reevalúe volemia y considere con soporte inotrópico y vasopresor

No hay mejoría o no se encuentra la unidad con las condiciones

10%



La unidad no cuenta con las condiciones asumir al 3ª nivel.

Remita

TIEMPO DE 60 MIN.

MUERTE

Guía Técnica para el funcionamiento del Código Mater en las Unidades Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención Médica del ISEMM.

4.7.2 MANEJO DEL CHOQUE HIPOVOLÈMICO EN LA GESTANTE

Se debe de aplicar los principios básicos en la gestante:

1. Priorizar siempre la condición materna sobre la fetal
2. Trabajar siempre en equipo previamente sensibilizado y capacitado
3. Hacer un reemplazo adecuado del volumen perdido calculado por los signos y síntomas del choque hipovolémico.
4. Detener el sangrado los primeros 20 min.
5. El documento de Código Mater debe de existir de forma física para que después sea consultado para garantizar un buen manejo.
6. Garantizar conocimientos y entrenamientos adecuado para una mejor capacitación permanente y simulacros periódicos.
7. Respaldo del Código por parte de las instituciones con el fin de garantizar los recursos disponibles y necesarios sin bloqueos administrativos, coordinar actividades con el banco de sangre, terapia de transfusiones y disponibilidad de equipo de la unidad tóco quirúrgica.
8. Las maniobras de monitoreo e investigación de la causa de hemorragia se debe de realizar simultáneamente y en los posibles detener el origen del sangrado en los primeros 20 minutos.

Capítulo V

MARCO DISCIPLINAR DE ENFERMERÍA

5. Evolución Histórica del Cuidado

Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, ya que es necesario “ocuparse” de la vida para que esta pueda persistir. Los hombres, como todos seres vivos, han tenido siempre la necesidad de cuidados, porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe, se desarrolle y de ese modo, luchar contra la muerte: la muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie.

Es decir que, durante millares de años, los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión. Eran los actos de cualquier persona que ayudara a otra asegurarle todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la vida del grupo.

La historia del cuidado se perfila alrededor de los dos grandes ejes que originan dos orientaciones:

1. Asegurar la continuidad de la vida, del grupo y de la especie que sigue siendo un hecho cotidiano, de ahí una de las más antiguas expresiones de la historia del mundo:

Cuidar de: las mujeres de parto, cuidar de los niños, cuidar de los vivos, pero también de los muertos. Todo esto daba lugar también cuidar el fuego para que no se apagara, cuidar de las plantas, de los instrumentos de caza, de las pieles, mas tarde de la cosecha, de los animales domésticos, etc.²⁹

Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo. Esto ha sido y seguirá siendo el fundamento de todos los cuidados.

2. Enfrentarse a la muerte. Es un fenómeno natural, inherente a la condición humana, que comparte aspectos biológicos, sociales, culturales, así como psicológicos-emocionales teniendo un impacto emocional ya que era percibida como algo cercano y familiar en donde de forma concreta se hacían rituales para acompañar a los muertos y así liberar al enfermo de su enfermedad.

²⁹ Leakey, R.(1980) *Los orígenes del hombre*, Paris, Ediciones: Panamericana.

Las dos orientaciones anteriormente mencionadas han influido en considerar a la enfermería del siguiente modo:

- ⓐ Identificación de los cuidados de la mujer, desde los tiempos más remotos de la historia de la humanidad, hasta el fin de la media, en la sociedad occidental
- ⓐ Identificación de los cuidados de la mujer consagrada, desde la edad media hasta finales del siglo XIX en Francia
- ⓐ Identificación de los cuidados de la mujer, enfermera auxiliar, medico, desde el principio de siglo XX hasta finales de los años setenta

A través de estas distintas formas de identificar los cuidados, anticipándose a lo que después serán los cuidados de enfermería, se podrá comprobar que hasta principios del siglo XX, el concepto que rige el papel de los que cuida se basa en la primera de las orientaciones: “asegurar todo aquello que contribuye a mantener y conservar la vida”.³⁰ Sin embargo, esta concepción inicia basada en todo lo que le rodea a la fecundidad se modifica profundamente cuando solo se dirige hacia la vida de los seres que sufren, los necesitados, etc. Sea cual sea su transformación, la concepción de los cuidados se encarna en las que los proporciona hasta el punto de llegar a confundirse con ellas y convertirse en uno de los papeles establecidos:

- ⓐ Papel labrado por la herencia cultural de “la mujer que auxilia”
- ⓐ Papel prescrito por las reglas conventuales de “la mujer consagrada”

A principios del siglo XX hubo una verdadera bifurcación del concepto del cuidado dirigida por una corriente medica, que vino a impregnar el concepto transmitido por las mujeres consagradas y a remodelar su función, junto al modelo religioso se asocia el papel de auxiliar del médico, creándose así el papel de la mujer enfermera auxiliar del médico.

5.1 Los Orígenes de los Cuidados de Enfermería

Las relaciones del hombre primitivo esencialmente cazadores que habitaban al aire libre, adaptándose con el medio y tratar de cubrir sus necesidades básicas y perpetuar la especie configuraba una organización social para las actividades del cuidar, durante este periodo los cuidados comienzan a ejercer según un plan, con medios conscientemente útiles, en interés de la existencia del grupo y de la especie, basados en el conocimiento de las condiciones naturales del medio que habitaban y en la regularidad de los fenómenos climatológicos, y su experiencia que proporcionan los principios de la causalidad. El origen de las prácticas de los cuidados están en las actividades de alimentación y de conservación del grupo, relacionadas esencialmente con los aspectos de supervivencia en los que se desarrollaba

³⁰ Verdier, F. (2010) *Cuidados de Enfermería*. Ediciones: Manual Moderno

la vida de los primeros hombres y enmarcadas dentro del concepto de ayuda existente en las sociedades primitivas.³¹

Al llevarse a cabo la conquista, eran desconocidas muchas enfermedades para los indios, por lo tanto carecían de inmunidad y el contagio lo propagaron ocasionando grandes brotes epidémicos y fueron mortíferos, por esta razón, la necesidad de asistencia hospitalaria para indios fue urgente, todas las órdenes religiosas, construyeron enfermerías en los conventos que posteriormente se convirtieron en hospitales siendo está una respuesta a las necesidades del cuidar.³²

Diversos acontecimientos han tenido lugar, anteriores a este siglo y posteriormente a la conquista de México que han dejado testimonio de la participación de enfermería en el cuidado de los enfermeros, considerando a este la máxima inspiración de un grupo de personas dedicadas, primordialmente, a la asistencia hospitalaria en todos aquellos establecimientos creados con este propósito, a partir del siglo XVI.

El cuidado es el más antiguo de los oficios, brindado fundamentalmente por las mujeres y órdenes religiosas de aquellos tiempos y constituye en la actualidad la dimensión social de la enfermería.

Fue Florence Nightingale que trató por primera vez en 1859 la diferencia entre las profesiones de enfermería y médica y recalco que la enfermera no necesitaba saber todo sobre las patologías pero si comprender en la práctica la influencia que el ambiente ejerce sobre el enfermo.³³

Desde mediados del siglo XX otras enfermeras investigadoras han contribuido a esclarecer la naturaleza de la enfermería como lo hizo Virginia Henderson, en la dimensión psicológica de la relación terapéutica enfermera paciente, en las dimensiones holísticas de los cuidados de enfermería y sobre la complejidad cultural de los cuidados y o más importante es que en todos los enfoques coinciden en el objetivo de la praxis en enfermería es el cuidado (to care), en contraste con el objeto de otras profesiones de la salud orientadas a curar (to cure). Para curar se necesita conocer mucho acerca de las enfermedades, para cuidar se requieren profundos conocimientos del ser humano y de su experiencia frente a la salud, la enfermedad, la vida y la muerte y es la clave para establecerse un fuerte vínculo terapéutico entre la

³¹ J.G. La vida Cotidiana. *Historia de la Cultura Material*, Barcelona, Crítica.

³² Venegas, R. C. *Régimen Hospitalario para Indios en la Nueva España*

Instituto Nacional de Antropología e Historia.

³³ Zubizarreta, E.M.(1998) *Bases Conceptuales de Enfermería* .

enfermera y los usuarios de sus servicios y para demostrar niveles de calidad en el cuidado de enfermería.

Con la revisión de la evolución del cuidado de enfermería, hasta la fecha podemos identificar como características actuales del cuidado de enfermería las siguientes:

1. Su naturaleza del cuidado es la conservación y mantenimiento de la vida y la restauración de la salud, dejando de lado lo que hasta ahora ha sido visto como eje de trabajo de enfermería y por muchos como el área que daba sustento al arte de la misma, por considerar el uso de las manos elemento indispensable para su ejecución en la realización de técnicas y procedimientos.
2. Los sujetos de cuidado son el individuo y sus grupos sanos o con alguna alteración de la salud.
3. Sus componentes son los conocimientos derivados de la ciencia y los elementos derivados del arte que son necesarios para establecer una relación interpersonal con el individuo al que se cuida, identificados como:

- Ⓢ Intencionalidad
- Ⓢ Preocupación
- Ⓢ Empatía
- Ⓢ Libertad
- Ⓢ Opción
- Ⓢ Responsabilidad
- Ⓢ Respeto.

El conjunto de estos elementos dentro de la complejidad de la relación enfermera- persona cuidada convierten el cuidado en un acto de vida de dos personas en interacción; es acto de vida para ambos, porque en nuestra interrelación con el otro no nos abstraemos de nuestro propio curso de vida, sino que siendo parte de ella, influimos recíprocamente el momento del cuidado³⁴

5.2 Conceptualización de Cuidado de Enfermería

Cuando es realizado el cuidado por personas capacitadas, la acción de cuidar deja de ser un proceso empírico, instintivo e innato y se convierte en un proceso científico, sistemático y aprendido. Es así que el “cuidado de enfermería” conforma parte de uno de los elementos de enfermería por ello su conceptualización en esta profesión ayudaría a un compromiso de las enfermeras para proporcionar un sencillo objetivo personal y al usuario quien desea servir.(Cada enfermera tiene, desde luego, un marco personal de

³⁴ Martínez, M. (2006) *La relación de la Ciencia y Arte* (2ª ed.) Edición: trillas

referencia o su propio concepto de enfermería, parece bastante imposible no tener una idea de los que significa ser enfermera.³⁵

Virginia Henderson (1978) Clarifica la función de cuidar en enfermería como “ayudar al individuo, sano o enfermo, en la ejecución de las actividades que contribuyan a conservar la salud o su recuperación (o a proporcionar una muerte apacible y tranquila), que sin duda el sujeto llevaría a cabo él solo si pusiera la fuerza necesaria y de los indispensables conocimientos, debiendo desempeñar esta función de tal manera que le ayude además a lograr absoluta independencia cuanto antes.”

5.3 Dimensiones del Cuidado

Históricamente, el conocimiento en salud ha sido construido sobre las bases experimentales del método científico establecido por las ciencias naturales con el predominio de enfoque positiva orientador a la práctica médica y la conceptualización dialogística del proceso salud-enfermedad. Lo social es un elemento esencial en dicho proceso, porque hace referencia a las condiciones de vida material y espiritual donde cobran existencia las manifestaciones de enfermedades de cada grupo o clases sociales.³⁶



El cuidado generalmente se une al concepto de salud, considerando a la enfermería como la ciencia que estudia el cuidado en la experiencia humana de la salud, este enfoque provee a la enfermería el mandato social y el compromiso de cuidar a las personas. Desde una perspectiva del cuidado holístico es importante considerar las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, Por ello la salud debe de ser vista como un proceso que no se reduce solamente “al estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia”.

³⁵ Adam E. (2010) Cuidados de Enfermería. España Edición: Gandhi.

³⁶ Cardona, S. (1999) *Dimensiones del Cuidado de Enfermería*. Medellín.

Considerando que no está en la mera afección corporal y supera criterios exclusivamente somáticos y organicistas, descuidando aspectos de la salud importantes.

La enfermería en la prestación de cuidados engloba los conocimientos con el arte de cuidar, así como la experiencia personal del cuidador; con los conocimientos y habilidades desarrolladas en la práctica profesional, el cuidado se convierte en único, genuino, autentico.

5.4 EL ARTE DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

En el arte de cuidar es necesaria la reflexión de nuestra práctica en función de la autovaloración de los cuidados y los posibles cambios a operar que emergen de este proceso, de esta manera el cuidado no es estático, permanente sino que debe basarse en evidencias que aporten las mejores alternativas de opción al paciente, la integración y confluencia de las creencias y valores a respetar, así como los procesos de reflexión y análisis crítico del cuidado. El desarrollo del concepto de cuidado de enfermería haciendo énfasis en aquello que hasta ahora había permanecido invisible en el quehacer de esta profesión “el arte de la enfermería”, en identificar el buen cuidado de enfermería de acuerdo al grado en que se dan las siguientes características:

- Ⓢ El involucramiento de la enfermera con el usuario
- Ⓢ El contacto físico
- Ⓢ La escucha activa
- Ⓢ Las vivencias compartidas
- Ⓢ El acompañamiento
- Ⓢ La información para el mejoramiento del auto cuidado
- Ⓢ Ayudar a crecer como ser humano
- Ⓢ La preocupación por el bienestar y atención de las necesidades del otro.

5.5 Enfermería como Ciencia

La enfermería se constituye una de la ciencia en su fase inicial de desarrollo por tener elementos integrantes de una actividad investigadora como son:

1. Conocimientos propios que surgen de la confrontación de conocimientos de diversas disciplinas científicas con la realidad específica de enfermería, logrando así un conjunto de conocimientos sistemáticos respectivos al cuidado enfermero.
2. Empleo del método científico durante y para el ejercicio profesional y confirmación de un lenguaje especializado como elemento organizador de los conocimientos.

3. Reuniendo características sistemáticas de la ciencia: paradigma para dar respuesta a los problemas de la enfermería de acuerdo al momento histórico
4. Con normas, métodos, protocolos y técnicas que evolucionan pero al mismo tiempo se complementan.

La enfermería como ciencia humana a la que se le ha denominado “ciencia del cuidado”, considera los siguientes aspectos filosóficos para el estudio de la enfermería:

- Ⓢ La enfermera visualiza a los seres humanos como sujetos de experimentación
- Ⓢ El ser humano se encuentra en continua y estrecha interrelación con su medio ambiente
- Ⓢ La salud es un proceso
- Ⓢ El cambio es continuo. La enfermera y la persona son coparticipantes
- Ⓢ Preocupación por la salud de los individuos y sus grupos
- Ⓢ El cuidado se da en una transacción de cuidado de humano a humano (enfermera –persona)

Es por ello que la práctica debe basarse en el conocimiento de enfermería o ciencia de enfermería que es el cumulo de conocimientos que ayudan a resolver los problemas de la práctica el lograr un significado de la práctica profesional:

- Ⓢ La práctica sola no es enfermería
- Ⓢ La práctica es la expresión de las teorías y de los como las enfermeras utilizamos el conocimiento
- Ⓢ Las actividades que las enfermeras desarrollan son las herramientas de la practica para manejar los fenómenos de la disciplina
- Ⓢ La práctica y la investigación son las que, en ultimas, dan aporte al conocimiento de enfermería
- Ⓢ La naturaleza, profundidad y utilización del conocimiento condicionan la práctica
- Ⓢ El cuidado es la expresión de la practica y ella debe de estar basada en el conocimiento de enfermería o en la ciencia de la enfermería
- Ⓢ Este conocimiento debe reflejar en todo lo que hace la enfermera y en todo lo que habla alrededor de lo que debe hacer
- Ⓢ La comprensión del cuidado es el eje central de la disciplina de enfermería.

5.5.1 Etapas de la Enfermería

La evolución del cuidado enfermero está estrechamente ligada a la consideración concepto salud-enfermedad y se ha caracterizado a cada momento histórico por los distintos estilos de cuidar desde el inicio de la

civilización hasta nuestros días ya que las cuatro etapas de enfermería no tienen límites temporales definidos, pero si corresponden a distintos períodos de la evolución sociocultural en el mundo occidental.³⁷

Etapa Doméstica: se desarrolla en el periodo histórico que comprende de las primeras civilizaciones a la caída del imperio romano. Se le llama doméstica porque la mujer cumple su papel de cuidadora en el hogar, como cuidados básicos, Esta etapa se relaciona con la salud como mantenimiento de la vida, donde el concepto de salud-enfermedad se relaciona con una intervención sobrenatural, considerado como un premio o castigo ante las conductas del hombre.

Para tratar las enfermedades se hacía por medio de rituales espirituales, bajo la responsabilidad de personas que se les atribuí poderes divinos, como chamanes, curanderos, sacerdotes, magos.

Etapa Vocacional: se encuentra en la historia desde el origen del pensamiento cristiano, momento en el que concepto salud-enfermedad adquiere un valor religioso, hasta el final de la edad moderna. Los monasterios se consolidan como centros asistenciales y los monjes sustituyen a las mujeres en el cuidado porque pasaron a considerarse un deber sagrado y adquirió un enfoque humanitario, pero este pensamiento religioso obstaculizo el progreso de los cuidados, dada su estrecha relación con la religión y las órdenes religiosas.

Las primeras cuidadoras fueron:

- Ⓢ Diaconisas donde destaca Febe y Olimpia, eran mujeres de buena cuna y posición social que brindaban el cuidado a los hogares mas necesitados.
- Ⓢ Viudas; este grupo de mujeres desempeñaron un papel importante en la creación de los hospitales, prohibiéndoles volverse a casar
- Ⓢ Vírgenes; mujeres dedicadas con mayor intensidad a las labores eclesiales y ejercicios religiosos
- Ⓢ Matronas romanas mujeres ricas que se dedicaban al cuidado, Marcela, Fabiola y Paula con su dinero dieron origen a los xenodoquios.

Etapa Asistencial o Técnica: Se desarrolla a lo largo del siglo XIX y gran parte del XX, surge del resultado como tipo de atención a la salud predominante en la época, centrada en la lucha contra la enfermedad, en la que el saber médico se enfoca a la persona como enfermo y las personas encargadas de prestar cuidados adquieren un papel de auxiliar del médico.

³⁷ Martínez, M.(2010) *Historia de la Enfermería. Edición: Trillas*

Es la más conocida y con la que se identifica a las enfermeras, tiene como objetivo:

1. En las personas sanas: Conservar la vida, la salud y el bienestar. Fomentar la salud y prevenir enfermedad.
2. En las personas enfermas: la asistencia va dirigida a atender las necesidades básicas en el proceso patológico, proporcionar medidas destinadas a reducir las molestias y alcanzar el mayor grado de bienestar; apoyando el proceso de adaptación mientras dura la enfermedad; ayudar a mantener la motivación mientras se llevan a cabo los procedimientos necesarios para la recuperación de la salud.
3. Ayudar a una muerte digna.

La función asistencial la desarrollan las enfermeras a través del proceso del cuidado.

Etapas Profesionales: Comprende las últimas décadas del siglo XX hasta nuestros días;³⁸ la enfermería se consolida como disciplina y como profesión con una responsabilidad definida en el cuidado de la salud de la población.

Todos los cambios han sido acaecidos han sido muy significativos, desde una actividad basada en el empirismo y centrada en la técnica, se ha pasado a orientar el cuidado en un marco teórico propio, utilizando una metodología lógica y racional, como lo demuestra el uso generalizado del proceso de enfermería y la formulación de diagnósticos enfermeros; De igual forma destacar el impulso de las asociaciones profesionales por su contribución al cambio que se está experimentando por mencionar el de Asociación Americana de Enfermería (A.N.A. en 1965) como El modelo de la enfermera como persona de cultura, y como profesional competente; La profesionalización del cuidado desde que Florence Nightingale estableciera la necesidad de la formación específica de las enfermeras, hasta la década de los años cincuenta y setenta del siglo XX, se produce una interrupción en el desarrollo de la disciplina enfermera. A partir de estos años surgen enfermeras investigadoras como Peplau y Henderson, que inician estudios sobre los contenidos teóricos de la enfermería y al mismo tiempo, enfermeras docentes en las que cabe destacar a Ida J. Orlando, describen métodos de trabajo propios de la actividad profesional, con estos y otros hechos, la actividad de cuidar se convierte en una disciplina diferenciada de otras profesiones de salud.

³⁸ Collière, M.F.(1993) Promover la Vida .Madrid Ediciones: McGraw- Hill

Evolución Histórica del Cuidado

CONCEPTO DE SALUD	PERÌODO	ETAPA DE ENFERMERÌA
Como mantenimiento de la vida	Prehistoria y Edad Antigua	Doméstica
Como valor religioso	Cristianismo	Vocacional
Como lucha contra las enfermedades	Edad Media	Asistencial o Técnica
Equilibrio Hombre-Ambiente	Edad Moderna	Profesional

5.5.2 CUIDADO COMO OBJETO DEL CONOCIMIENTO DE ENFERMERÌA

Se considera a la enfermería como un disciplina profesional que contiene como tal dimensiones históricas que la lleva a poseer un conocimiento propio que respalda la práctica de la enfermería.

El estudio del origen del conocimiento en enfermería se puede afirmar que este se remota a los tiempos en que tanto la explicaciones de lo desconocido por las creencias en los seres sobrenaturales, como la observación de ciertos sucesos de la naturaleza, así como fue el de las plantas y animales para explicar los primeros cuidados, que hoy se puede denominar enfermería, medicina y cirugía primitivas son los “modos de conocer” comunes en todas las ciencias.

La mujer como sujeto de fecundación y, por tanto, transmisora de vida y sabedora y hacedora de los cuidados de supervivencia, mantenía estos conocimientos integrados al mundo de la hechicería y la religión.³⁹

La vasta mayoría de conocimiento generado por enfermería era empírico; las enfermeras sabían cómo reducir y hacer el objetivo el conocimiento, sabían controlar las variables, lo que desconocían era gran parte de los conocimientos filosóficos de la práctica y su conocimiento. La filosofía del cuidado posee:

- ④ Universalidad
- ④ Individualidad

³⁹ Hernández, C. J. (2000) *Fundamentos de la Enfermería Teoría y Método*.

- Ⓢ Humildad
- Ⓢ Ritmos alternos
- Ⓢ Paciencia
- Ⓢ Compromiso
- Ⓢ Creatividad
- Ⓢ Fundamento en el conocimiento
- Ⓢ Presencia autentica
- Ⓢ Comunicación
- Ⓢ Intersubjetividad

5.6 TIPOS DE CUIDADO

El dar el cuidado se requiere de una fundamentación científica sólida y evidenciada ya que la práctica del cuidado es una práctica social y por tanto, un acto comunicativo. El acontecer profesional es entonces la manera sistemática y disciplinada como uno de los interactuantes asume y refiere su participación.

Cuidado de Prevención Primaria: Basados en el fomento a la salud y la autonomía.

Cuidados de Prevención Secundaria: Parten de la detección precoz de los problemas de la salud y de la pérdida de autonomía.

Cuidados de Prevención terciaria: Este tipo de cuidados se aplican cuando el problema está instaurado, en periodo de resolución o camina hacia la cronicidad o el estado terminal, este se aplican cuidados encaminados a la recuperación, cuidados paliativos, etc.

Cuidados Integrales: Es el tipo de cuidados propios del equipo interdisciplinar, y considera toda la realidad física, psíquica, social y funcional que afecta al usuario.

Cuidados Progresivos: Son los cuidados rehabilitadores por excelencia. Van de la dependencia al nivel de autonomía que permita el usuario y sus potencialidades.

Cuidado Coordinado

Es pasar de un sistema enfocado en el cuidado del individuo a un sistema dirigido hacia la salud de la población.

Cambio de Curar a Cuidar

El envejecimiento de la población en la actualidad, las enfermedades crónicas degenerativas, unidades hospitalarias insuficientes para la población enferma van a tener un impacto de cambios nuevos en la enfermería.

Cuidados Genérico

Son aquellos actos de asistencia soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y el desarrollo de las condición humana.

Cuidados Profesionales

Son aquellas acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidas, cognitiva o culturalmente, que permiten o ayudan a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida.

Cuidado Enfermero

Son aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidados orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte.⁴⁰

5.7 Cuidados y Curación “To Care” y “To Cure”

El cuidar es ante todo un acto de vida, un acto individual que uno se da así mismo cuando adquiere autonomía, es un acto de reciprocidad que se da a cualquier persona que requiere ayuda para asumir sus necesidades

El objetivo fundamental de enfermería es cuidar a la persona enferma y ayudar a las personas que desarrollan los cuidados a ejercer adecuadamente su función.

Existen dos tipos de naturaleza diferente:

1. Cuidados de costumbre y habituales en inglés “CARE” (to care que significa cuidar de, ocuparse de...)
2. Cuidados de curación en ingles “CURE” (to cure que quiere decir curar, tratar, suprimir el mal...) Estos están relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida.

Esto no significa que el curar, es decir, el ejercicio de restablecer la salud a una persona, no sea un objetivo de la enfermería. Su especificidad radica en el cuidar, pero el curar constituye también algo muy propio de la enfermería.

Las primeras representan todos los cuidados permanentes y cotidianos cuya única función es mantener o sea reaprovisionarla de energía (ya sea por alimentos, luz, agua, de naturaleza afectiva, estos están basados en los

⁴⁰ (2000) *Cultura de los Cuidados*.

hábitos, costumbres y creencias. Es la constitución de una cultura del grupo que determina lo bueno y, o malo para conservar la vida como alimentarse, moverse, levantarse interacción con otras persona, etc.)

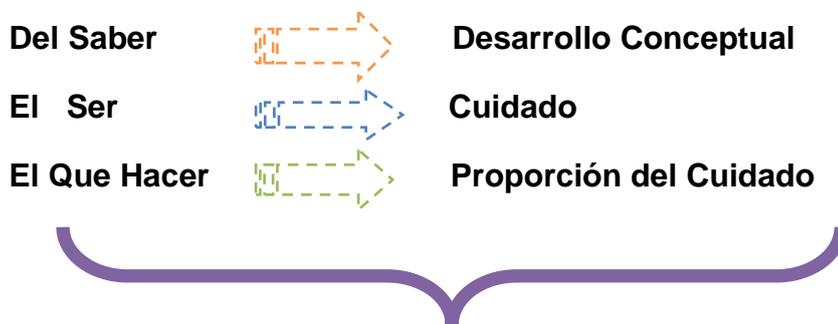
Los segundos garantizan la continuidad de la vida o sea intentan superar los obstáculos o trabas, como el hambre, la falta de recursos, la enfermedad, su objetivo es luchar contra ella, atajar sus causas, limitar la enfermedad. Cuando desgraciadamente prevalece el cure sobre el care, se aniquilan todas las fuerzas vivas de la persona todo aquello que lo hace ser, y ello lleva a un deterioro irreversible.

El dilema entre el cuidar “to care” y el curar “to cure” no debe de considerarse de una forma excluyente, sino complementaria.⁴¹ Por ello es muy importante diferenciar de la naturaleza de estos dos tipos de cuidado ello nos hace llegar a la intersección de las orientaciones y las opciones fundamentales que guían las elecciones no solo con respecto a la función cuidadora del personal sanitario, sino al conjunto de la acción sanitaria y social; La relación entre estos dos tipos de cuidado deberían de ser constantemente objeto de discernimiento respecto a las situaciones que precisan que se dan cuidados y los últimos de enfermería menos que ninguno pude eludir las elecciones sino que deben ser integrantes de ellos

5.8 Enfermería como Disciplina

El reconocimiento de enfermería como una disciplina profesional implica que quienes la ejercen puedan establecer una directa relación entre el cuidado de enfermería, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar el cuidado; de esta manera el ejercicio práctico de la profesión tiene un soporte reflexivo e ideológico que le fundamenta en el saber y el procedimiento de gestión del cuidado al quehacer.

El contexto de enfermería, el desarrollo conceptual ha llevado a la construcción filosófica:



⁴¹ Domínguez. C. (1986) *Los Cuidados y la Profesión Enfermera*. Madrid

5.8.1 DISCIPLINA PROFESIONAL

Es necesario dar un significado de disciplina profesional de enfermería que requiere de:

- Ⓢ Generación y creación de conocimientos propios para resolver los problemas de la práctica profesional de enfermería
- Ⓢ Validación y replanteamiento de los conocimientos disciplinares
- Ⓢ Generación y validación de teorías de tipo descriptivo y prescriptivo
- Ⓢ Realización de investigación científica
- Ⓢ Cualificación de la práctica de enfermería

Se fundamenta en una base de conceptos propios construidos a partir de 1952, año en el que se presentó el trabajo de Hildegart Peplau, considerado como primera teoría de enfermería.

Su objetivo es demostrar que ésta, más que una ocupación basada en la experiencia práctica y en los conocimientos adquiridos empíricamente a través de la repetición continuada de las acciones, es una disciplina con un ser, un saber y un quehacer propio.⁴²

5.8.2 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN

Enfermería como profesión pertenece a un grupo homogéneo organizado, cuyos miembros obedecen ciertas normas de conductas impuestas por la autoridad de un grupo profesional, utilizando un lenguaje común y desempeñan un servicio a la comunidad.

La enfermería es una profesión dinámica, dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas, se ha considerado como arte, ciencia y profesión.

Es intelectual: se basa en conocimientos

Es práctica y dinámica: conlleva responsabilidad personal

Es académica: requiere de un periodo relativamente extenso de formación

Tiene habilidades técnicas basadas en principios generales

Tiene bases éticas: que norman la práctica

Tiene organización interna: trabaja para entregar servicios de calidad

Tiene autonomía: el control se genera con elementos propios de regulación

Es eminentemente social: por la calidad de servicio.

⁴² Revista Colombiana de Enfermería. Volumen 6 año 6 pag73-81

5.9 PROCESO ENFERMERÍA

En las últimas décadas se ha notado entre el gremio de enfermería, un gran avance importante como profesión ya sea entre los docentes que trabajan en facultades y escuelas así como el personal que trabaja en el servicio, en los hospitales de diversas instituciones de salud, existe un gran interés por el estudio, la comprensión y la aplicación de modelos conceptuales de enfermería. Si bien, la enfermería como práctica ha existido desde que hubo enfermos que necesitaran de una persona que los atendiera en su estado de impedimento o necesidad. Fue hasta mediados del siglo XIX con Florencia Nightingale; quien con justa razón es llamada la fundadora de la “Enfermería Moderna”. Que empezó a reconocer la importancia de la contribución de la enfermera, en la prevención de la enfermedad y en la recuperación de la salud.

Así mismo, Florencia Nightingale, por medio de sus escritos y los planes de estudios de las escuelas de enfermería, fundadas por ella, destacó la necesidad de favorecer el pensamiento reflexivo en la enfermera y de impulsar su participación activa en la atención del cuidado individualizado utilizando el ordenamiento sistemático iniciando con una valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y resultado para implementar y poner en práctica un plan de cuidados estandarizado

Definición

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales de un individuo, familia o comunidad.⁴³

Características:

- Ⓜ Es un método; porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera que le permite organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.
- Ⓜ Es Sistemático; por estar conformado por cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados :
 1. Valoración
 2. Diagnóstico

⁴³ Alfaro, R. (2000) Proceso de Enfermería.

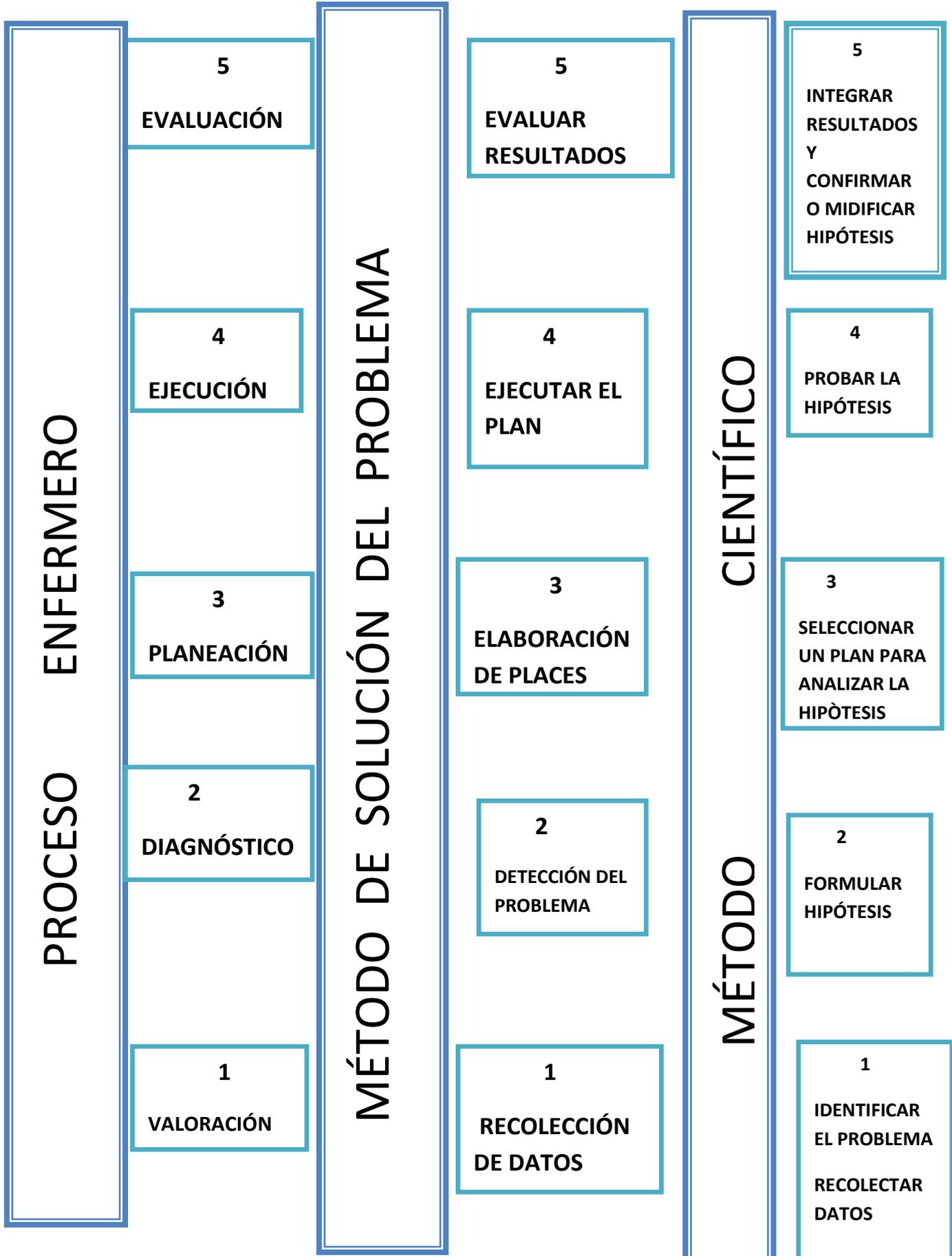
3. Planeación

4. Ejecución

5. Evaluación

- Ⓢ Es Humanista por considerar la hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar
- Ⓢ Es Intencionado; porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades, el desempeño del usuario y el de la propia enfermera).
- Ⓢ Es Dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre
- Ⓢ Es Flexible; porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería
- Ⓢ Es Interactivo; porque requiere e las interrelación humano-humano con el usuario para acordar y lograr objetivos comunes.⁴⁴

⁴⁴Rodríguez, B. A. *Generalidades del Proceso Enfermero*. Guadalajara.



5.9.1 Etapas del Proceso Enfermero

Consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce lo siguiente.

1. Valoración

Es la primera etapa del proceso de enfermería, en esta fase se reúne la mayor información necesaria para determinar el estado de salud del paciente, mediante una historia de enfermería y basándose en un modelo de atención.

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiendo nos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas y de los recursos (capacidades) existentes para conservar y recuperar la salud. Son los tres pasos que se deben de realizar en esta etapa:

- a. Recolección de datos
- b. Validación de datos (información completa)
- c. Registro de la información

a. Recolección de la información: Para obtener la información se recurre Tanto a fuentes directas como indirectas.

Fuentes Directas; primarias del usuario y su familia ellos constituyen la principal fuente de información, los amigos y otros profesionales del área de la salud.

Fuentes Indirectas; de información a las que también se debe de recurrir son el expediente clínico y la bibliografía relevante.

Durante la valoración el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos

Datos Objetivos; Es la información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos.

Datos Subjetivos; Son aquellos datos que el usuario nos refiere y que manifiestan.

Datos Históricos; Se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario.

Datos Actuales; Son hechos que suceden en el momento y que son motivo de consulta u hospitalización.

Toda la información se recolecta por medio de la entrevista y del examen físico. La Entrevista, es una labor compleja que requiere ante todo la habilidad de la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario y tiene como finalidad la obtención de la información necesaria para el diagnóstico y la planeación de actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto y confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre la enfermera y el usuario.

El Examen Físico permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería y médica. Éste debe ser completo, sistemático y preciso, con un modelo de sistemas corporales o de cabeza a pies; para efectuar el examen físico se requieren cuatro técnicas principales:

Inspección; Consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista, el olfato y el oído, es un proceso activo en donde la enfermera debe de saber qué es lo que va inspeccionar y el orden a seguir ya que se puede valorar la forma del cuerpo, expresiones faciales, características de la piel, movimientos realizados, olor y ruidos que emite el usuario.

Palpación; Es el examen del cuerpo utilizando el sentido del tacto, es decir la yemas de los dedos, ya que por su inervación los hace sensibles para determinar textura, temperatura, posición y tamaño de los órganos, pulsos periféricos, la palpación puede ser de forma superficial y profunda.

Percusión; Es un método de valoración en el que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones y se emplea para estimar el tamaño y la forma de órganos, la presencia de líquidos, aire o algún sólido, la percusión puede ser directa al golpear el área que ha de percutir con las yemas de los dedos o indirecta cuando coloca contra la piel el dedo medio de la mano dominante y procede a golpear con la punta del dedo de la otra mano.

Auscultación es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo y sirve para valorar el funcionamiento de diversos órganos, puede ser directa cuando únicamente se emplea el sentido de la audición e indirecta empleando un estetoscopio.

La valoración de las constantes vitales debe considerar el estado de salud previo y actual del usuario y compararse con, los estándares aceptados como normales, esta actividad de enfermería debe de realizarse al ingreso del usuario, cuando esté presente cambios en su salud, y antes y después de realizar cualquier acción de enfermería. La somatometría también permite valorar en forma general el estado de salud del usuario al identificar el crecimiento normal y anormal de la estructura corporal, al mismo tiempo que sirve para calcular la dosis de medicamentos por parte del médico.

b. Validación de la Información; Evita la interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en dirección equivocada.

c. Registro de la información; Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.⁴⁵

⁴⁵ García, G.M. (2000) *El Proceso de Enfermería Y el Modelo de Virginia Henderson*.

2. Diagnóstico

Segunda etapa del proceso de enfermería, se examina el grado de dependencia e independencia del paciente o su familia. Basadas en las respuestas del paciente que puedan de ser de tipo:

- Ⓞ Fisiológico
- Ⓞ Psicológico
- Ⓞ Espirituales y
- Ⓞ Sociales

Apoyándose en datos objetivos y subjetivos que se pueden constatar y debe de ser validado en cada una de las necesidades básicas y los problemas de salud reales o potenciales, se utilizan las categorías diagnosticas de la NANDA.

3. Planeación

Se desarrolla un plan de acción ya sea individual, familiar o comunitario; que incluirá:

- Ⓞ Determinación de prioridades
- Ⓞ Determinación de objetivos
- Ⓞ Actividades de enfermería
- Ⓞ Actividades del paciente y familia que ayudaran a lograr los objetivos que ambos han establecido
- Ⓞ Registros de plan de cuidados
- Ⓞ Plan de acción.

4. Ejecución

Se realizan las actividades prescritas durante la fase de la planeación; Se determinan las intervenciones y actividades de enfermería identificando nuevos posibles problemas o avances para la salud.

5. Evaluación

Es la puesta en práctica de lo planeado en la fase anterior. Las fases de planeación y ejecución tienen, una relación muy estrecha y en la práctica se pueden encontrar dificultad en marcar la diferencia. La evaluación se realiza en base a los objetivos propuestos y se decide si el plan de cuidados ha sido efectivo para el mejoramiento de la salud o si es necesario hacer algún cambio.

De acuerdo a los datos objetivos de las tres causas principales en la emergencia obstétrica se describe la valoración y los planes de cuidados de enfermería.

1. Enfermedad Hipertensiva del Embarazo

Datos Objetivos	Datos Subjetivos
Palidez Generalizada	Cefalea
Hipertensión 160/110	Acufenos
Proteinuria	Dolor en hipocondrio derecho
Edema	Nausea
Oliguria	Epistaxis
Convulsiones tónico /clónicas	Visión borrosa
Perdida de la conciencia	Vértigo
Alteración del estado de vigilia	Agitación
Taquicardia	Adinamia
Taquipnea	

PLAN DE CUIDADOS					
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)	ESCALA DE MEDICIÓN:				
	DESVIACIÓN GRAVE DEL RANGO NORMAL	DESVIACIÓN SUSTANCIAL DEL RANGO NORMAL	DESVIACIÓN MODERADA DEL RANGO NORMAL	DESVIACIÓN LEVE DEL RANGO NORMAL	SIN DESVIACIÓN DEL RANGO NORMAL
	1	2	3	4	5
Dominio: 4 Actividad/ Reposo Clase: 2 Respuesta Cardiovasculares/Pulmonares Código: 00029 Disminución del Gasto Cardíaco R/C Variaciones en la lectura de la Presión Arterial. M/P Alteración del Ritmo Cardíaco	RESULTADO	INDICADOR			PUNTUACIÓN DIANA
		Dominio: Salud Fisiológica II Clase: Regulación Metabólica Código: 0802 SIGNOS VITALES	080201 Temperatura Corporal 080202 Frecuencia del Pulso Apical 080203 Frecuencia del Pulso Radial 080204 Frecuencia Respiratoria 080205 Presión Arterial Sistólica 080206 Presión Arterial Diastólica 080207 Presión del Pulso 80208 Frecuencia Cardíaca Apical	MANTENER	AUMENTAR

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Cuidados en la Emergencia

Campo: Control del Riesgo

Clase: U Control en Caso de Crisis

ACTIVIDADES

1. Actuar rápida y metódicamente proporcionando cuidados en las condiciones más urgentes.
2. Activar el sistema de urgencias medica.
3. Mantener una vía abierta.
4. Observar cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre si fuera el caso.
5. Realizar resucitación cardiopulmonar, si procede
6. Comprobar las etiquetas médicas de alerta.
7. Vigilar los Signos Vitales.
8. Vigilar el nivel de conciencia.
9. Proporcionar seguridad y apoyo emocional a la paciente.

FUNDAMENTACION

La Licenciada en Enfermería y Obstetricia deberá de proporcionar inmediatamente los cuidados que se centran en la emergencia obstétrica de acuerdo a los protocolos de cada unidad hospitalaria a seguir con el equipo multidisciplinario, brindando una atención individual a la madre y a la a familia y vigilando el avance del embarazo, parto o puerperio.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Triage: Centro de Urgencias

Campo: 4 Seguridad

Clase: V Control de Crisis

ACTIVIDADES

FUNDAMENTACION

1. Controlar la respiración y la circulación.
2. Realizar intervenciones urgentes.
3. Disminuir el nerviosismo generalizado.
4. Realizar una exploración física de acuerdo con el problema principal.
5. Clasificar según la agudeza de su estado.
6. Evaluar y trasladar a las mujeres de parto según la emergencia obstétrica que presente.
7. Controlar las hemorragias.

La atención oportuna y eficaz para la clasificación de las pacientes es precisa y segura que llevan a tomar conductas, decisiones en órdenes de prioridad según el compromiso vital.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Manejo de Código de Urgencias

Campo: 4 Seguridad

Clase: V Control de Casos de Crisis:

ACTIVIDADES

1. Asegurar la permeabilidad de vías aéreas, la administración de respiración artificial y la realización de compresiones cardíacas.
2. Denominar un código de acuerdo a las normas.
3. Colocar un monitor cardíaco y determinar el ritmo.
4. Canalizar una vía intravenosa de grueso calibre y administrar líquidos.
5. Asegurar que profesionales específicos prescriban: los medicamentos, interpreten el electrocardiograma y registre los cuidados.
6. Recordar al personal el protocolo.
7. Realizar las acciones realizadas en urgencias vitales para identificar las realizadas correctamente y aquellas que necesitan ser mejoradas.

FUNDAMENTACION

Las acciones del equipo multidisciplinarios de salud que se enfrenta a situaciones de emergencia realizan las acciones de forma unificada y enfocada a la solución de los problemas de salud con un clasificación o Triage temprano identificando los recursos hospitalarios para facilitar la atención.

PLAN DE CUIDADOS						
DIAGNÒSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	ESCALA DE MEDICIÓN:					
	DESVIACION GRAVE DEL RANGO NORMAL 1	DESVIACION SUSTANCIAL DEL RANGO NORMAL 2	DESVIACION MODERADA DEL RANGO NORMAL 3	DESVIACION LEVE DEL RANGO NORMAL 4	SIN DESVIACION DEL RANGO NORMAL 5	
Dominio: 2 Nutrición Clase: 5 Hidratación Código: 00026 Exceso de Volumen de Líquidos R/C Compromiso de los Mecanismos Reguladores M/P Cambio de la Presión Arterial, *Patrón Respiratorio *Edema *Desequilibrio de los Electrolitos	RESULTADO		INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA	
	Dominio: Salud Fisiológica II Clase: Regulación Metabólica Código:082 SIGNOS VITALES		080201 Temperatura Corporal 080202 Frecuencia del pulso Apical 080208 Frecuencia Cardiaca Apical 08023 Frecuencia del Pulso Radial 080204 Frecuencia Respiratoria 080205 Presión Arterial Sistólica 080206 Presión Arterial Diastólica 080209 Presión del Pulso		MANTENER AUMENTAR	

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Monitorización de los Electrolitos

Campo: 2 Fisiológico Complejo

Clase: G Control de Electrolitos y Acido- Base

ACTIVIDADES

1. Observar si se produce desequilibrio ácido-base
2. Identificar posibles causas de desequilibrio de electrolitos.
3. Observar la ventilación adecuada.
4. Observar si hay fuerza muscular.
5. Identificar los tratamientos que puedan alterar el estado de los electrolitos como los diuréticos, antihipertensivos.

FUNDAMENTACION

Los electrolitos son iones en carga eléctrica que se encuentran en los tejidos y en la sangre en forma de sales disueltas que ayudan a hacer entrar a los nutrientes dentro de las células y a eliminar los productos de desecho, mantienen un equilibrio hídrico saludable y ayudan a estabilizar el PH del organismo.

El equilibrio hidroelectrolíticas depende del control adecuado y registro de líquidos ingeridos y eliminados así como del peso corporal.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Monitorización Ácido Base

Campo: 2 Fisiológico Complejo

Clase: G Control de Electrolitos y Acido- Base

ACTIVIDADES

1. Tomar muestras de sangre arterial asegurando una circulación adecuada en las extremidades antes y después de la extracción de la muestra.
2. Observar si hay signos y síntomas de déficit de ácido carbónico y alcalosis respiratoria: bostezos frecuentes, parestesias, contracciones musculares, palpitaciones, entumecimiento y hormigueo, mareo, visión borrosa, diaforesis, boca seca, convulsiones.
3. Observar si hay signos y síntomas de exceso de ácido carbónico y acidosis respiratoria: temblores de las manos con extensión de los brazos, confusión, somnolencia con progresión al coma, jaqueca, respuesta verbal lenta, náusea, vómito, taquicardia, extremidades calientes y sudorosas

FUNDAMENTACION

El cuerpo conserva un equilibrio ácido-base que es compatible con la vida, la sangre contiene amortiguadores químicos que impiden que ocurran cambios importantes en el pH, los mecanismos que ayudan a preservar el equilibrio ácido-base en el cuerpo son :

1. Los mecanismos respiratorios que ayuda a expulsar CO₂.
2. El mecanismo renal que intercambia el ion hidrogeno H⁺ por sodio NA conserva Na, Hco₃

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Supresión de las Contracciones (de parto)

Campo: 5 Familia

Clase: W Cuidados de un Nuevo Bebé

ACTIVIDADES

1. Revisar el historial para determinar los factores del riesgo comúnmente relacionados con el parto prematuro
2. Determinar la edad fetal
3. Preguntar acerca de la aparición de los síntomas de dolores prematuros
4. Determinar el estado de las membranas amnióticas
5. Colocar a la madre de forma lateral para mejorar la perfusión de la placenta
6. Vigilar los signos Vitales
7. Vigilar ingesta y eliminación
8. Determinar el conocimiento de la paciente y de la familia acerca del desarrollo fetal y el nacimiento prematuro así como la motivación para prolongar el embarazo
9. Implicar a la paciente y a la familia en la planificación de los cuidados de casa.
10. Dar comienzo a la enseñanza de los cuidados como regímenes de medicación, registro de actividades, dieta e hidratación, abstinencia sexual y formas de evitar el estreñimiento

FUNDAMENTACION

Las contracciones uterinas son la fuente de fuerza importante que produce el borramiento y dilatación del cuello, hace que el feto se encaje, gire y sea expulsado causando intensas molestias en la madre.

La Licenciada en Enfermería y Obstetricia deberá de enseñar o reforzar las técnicas de respiración para mitigar todas las molestias y el temor.

PLAN DE CUIDADOS						
DIAGNÒSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	ESCALA DE MEDICIÓN:					
	DESVIACION GRAVE DEL RANGO NORMAL 1	DESVIACION SUSTANCIAL DEL RANGO NORMAL 2	DESVIACION MODERADA DEL RANGO NORMAL 3	DESVIACION LEVE DEL RANGO NORMAL 4	SIN DESVIACION DEL RANGO NORMAL 5	
Dominio:4 Actividad / Reposo Clase: 4 Respuesta Cardiovascular/Pulmonar Código:000092 Riesgo de Intolerancia a la Actividad R/C Presión Arterial anormal en la Respuesta Activa	RESULTADO		INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA	
	Dominio: Conocimiento y Conducta de Salud Clase: Conducta de Salud Código: 1602 Conducta de Fomento de la Salud		160201 Utiliza las Conductas para Evitar los Riesgo 16020 Supervisa los riesgos de Conducta 1602 Busca Equilibrio entre descanso, nutrición, ejercicio. 160214 Sigue una Dieta Sana		MANTENER AUMENTAR	

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Manejo de Dolor

Campo: Fisiológico Básico

Clase: E Fomento de la Comunidad Física

ACTIVIDADES

1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad, factores del dolor y factores desencadenantes.
2. Asegurarse de que la paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
3. Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta de la paciente al dolor.
4. Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida.
5. Explorar con la paciente los factores que alivian/ empeoran el dolor.
6. Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que influyen en el historial individual y familiar de dolores o que conlleven discapacidad, si es el caso.
7. Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor.
8. Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad de la paciente y poner en práctica un plan de seguimiento.
9. Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
10. Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas de alivio del dolor.

FUNDAMENTACION

El analizar las medidas alternativas del alivio del dolor pueden reducir la dependencia del tratamiento farmacológico y aumentar la sensación del control del paciente las intervenciones de enfermería no farmacológicas estratégicas ante el dolor pueden reducir la tensión, mitigar el dolor, tolerarlo y la vez utilizar técnicas de relajación ya que el dolor es único en cada paciente, en consecuencia que pueden obtener distintas descripciones debido a las percepciones individualizadas las cuales, las señales no verbales pueden ayudar a evaluar el dolor y la eficacia del tratamiento.

Los fármacos (analgésicos), deben de proporcionar un máximo de alivio a la madre con riesgo mínimo para el feto.

PLAN DE CUIDADOS						
DIAGNÒSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	ESCALA DE MEDICIÒN:					
	DESVIACION GRAVE DEL RANGO NORMAL 1	DESVIACION SUSTANCIAL DEL RANGO NORMAL 2	DESVIACION MODERADA DEL RANGO NORMAL 3	DESVIACION LEVE DEL RANGO NORMAL 4	SIN DESVIACION DEL RANGO NORMAL 5	
Dominio: 4 Actividad /Reposo Clase: 4 Respuesta Cardiovascular/Pulmonar Còdigo:00204 Riesgo de Perfusiòn Renal Ineficaz R/C *Edema *Cambios en la Presiòn Arterial	RESULTADO		INDICADORES		PUNTUACIÒN DIANA	
	DOMINIO: Salud Fisiològica II CLASE: F Eliminaciòn CODIGO:0503 Eliminaciòn Urinaria		050301 Patròn de Eliminaciòn 050302 Color de la Orina 050303 Cantidad de la Orina 050304 Color de la Orina 050306 Claridad de la Orina 050307 Digestiòn de líquidos adecuados 050313 Vacía la Vejiga completamente 050332 Retenciòn Urinaria		MANTENER	AUMENTAR

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Monitorización de los Signos Vitales

Campo: Seguridad 4

Clase: V Control de Riesgos

ACTIVIDADES

1. Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio si procede.
2. Anotar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea.
3. Controlar la presión sanguínea mientras la paciente esta acostada, sentada y de pie antes y después de cambiar de posición.
4. Monitorizar la presión sanguínea.
5. Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
6. Observar si hay sinopsis central y periférica.
7. Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
8. Observar la presencia de los pulsos.
9. Controlar periódicamente los tonos cardíaca.

FUNDAMENTACION

Los signos vitales permiten valorar el estado de salud para establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno.

La frecuencia cardiaca materna por lo general es de 60 latidos por minuto aproximadamente mientras que la del feto es de 140 latidos por minuto, si la frecuencia fetal es lenta, puede ser un signo de sufrimiento fetal.

El desarrollo oportuno de actividades asegura un alto un alto grado de atención a la salud.

PLAN DE CUIDADOS						
DIAGNÒSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	ESCALA DE MEDICIÓN:					
	DESVIACION GRAVE DEL RANGO NORMAL 1	DESVIACION SUSTANCIAL DEL RANGO NORMAL 2	DESVIACION MODERADA DEL RANGO NORMAL 3	DESVIACION LEVE DEL RANGO NORMAL 4	SIN DESVIACION DEL RANGO NORMAL 5	
Dominio: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés	RESULTADO		INDICADORES		PUNTUACIÓN DIANA	
Clase:2 Respuesta de Afrontamiento	Dominio: Salud		12082 Estado de ánimo deprimido		MANTENER	AUMENTAR
Código:00172	Psicosocial III		120827 Eventos Negativos de la Vida			
Riesgo de Duelo Anticipado	Clase: N Bienestar Psicosocial		120805 Expresión de Culpa Inapropiada o Excesiva			
R/C	Código: 1208		102806 Fatiga			
Inestabilidad Emocional	Nivel de Depresión		120807 Expresión de Sentimientos de Indiferencia			
			120809 Insomnio			
			120814 Tristeza			
			120815 Crisis de Llanto			
			120823 Irritabilidad			

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Facilitar el Duelo

Campo: 3 Conductual

Clase: R Ayuda para ser Frente a Situaciones Difíciles

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACION
<ol style="list-style-type: none">1. Identificar la pérdida.2. Ayudar a la paciente a identificar la naturaleza de la unión de la persona perdida.3. Ayudar a la paciente a identificar la reacción inicial a la pérdida. 4. Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida. 5. Escuchar las expresiones de duelo. 6. Afirmaciones enfáticas sobre el duelo. 7. Instruir en fases del proceso de aflicción, si procede. 8. Apoyar la progresión a través de los estadios de aflicción personal. 9. Incluir a los seres queridos en las discusiones y decisiones, si procede.10. Ayudar a la paciente a identificar estrategias personales de resolución de problemas y fomentar la expresión de sentimientos.	<p>La expresión verbal de los sentimientos permite liberar las emociones, lo que tal vez ayude a reducir la angustia mental inicial.</p> <p>La atención de enfermería es importante en el apoyo psicológico e identificando expresiones de sentimientos sobre la pérdida del embarazo o producto fomentando modificaciones necesarias en el estilo de vida y a reducir los problemas que interfieran con la aceptación de la pérdida y tomar las medidas necesarias para afrontar lo que está sucediendo.</p> <p>Los cambios de afrontamiento da la oportunidad para identificar habilidades que pueden ayudar a la paciente a afrontar el duelo y la situación actual.</p>

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Terapia Familiar

Campo:5 Familia

Clase: X Cuidados de la Vida

ACTIVIDADES

1. Compartir el plan de la terapia con la familia.
2. Determinar los roles habituales de la paciente dentro del sistema familiar.
3. Estudiar los límites familiares como forma de intentar cambiar la distancia entre los subsistemas familiares.
4. Observar si se producen respuestas terapéuticas adversas.
5. Planificar las estrategias de conclusión y evaluación.
6. Facilitar el desafío o confrontación de subsistemas familiares, si procede.
7. Ayudar a los miembros de la familia a clarificar que necesitan y esperan unos de otros.
8. Utilizar la espontaneidad terapéutica en la interacción con la familia.
9. Disponer retos dentro del debate familiar para romper o ampliar contextos y para estimular la aparición de nuevas posibilidades.
10. Ayudar en el replanteamiento de metas desde la continuidad de las mismas hacia una forma más competente de manejar la conducta disfuncional.

FUNDAMENTACION

La aplicación de técnicas psicoterapéuticas ayudan a confrontar las conductas de signos y síntomas indeseables como el dolor, culpa, estrés y poder planificar metas futuras para un nuevo embarazo, evaluando el estado físico para alentarla a expresar sus preocupaciones y brindarle información para disminuir su angustia y cubrir las necesidades físicas y emocionales de la paciente allegadas.

Los grupos de apoyo suelen ser muy beneficiosos tanto para la paciente como los allegados, ofreciendo contacto con otras mujeres que han sufrido una pérdida, validando los sentimientos y ayudando a la resolución del problema.

2. HEMORRAGIA OBSTÈTRICA

Datos Objetivos	Datos Subjetivos
Palidez de tegumentos	Adinamia
Bradipnea	Sangrado vaginal abundante
Hipotensión	Ansiedad
Loquios abundantes	Inquietud
Hipovolemia	Alteración del nivel de conciencia
Bradicardia	Escalofríos
Deshidratación	Fatiga
Diaforético	Micciones
Hipotermia	
Fatiga de los músculos respiratorios	
Perfil sanguíneo por debajo del rango normal	

PLAN DE CUIDADOS						
DIAGNÒSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	ESCALA DE MEDICIÒN:					
	DESVIACION GRAVE DEL RANGO NORMAL 1	DESVIACION SUSTANCIAL DEL RANGO NORMAL 2	DESVIACION MODERADA DEL RANGO NORMAL 3	DESVIACION LEVE DEL RANGO NORMAL 4	SIN DESVIACION DEL RANGO NORMAL 5	
Dominio: 8 Sexualidad Clase: 3 Reproducciòn Código: 00209 Alteraciòn de la Diada Materna /Fetal R/C Complicaciones del Embarazo: *Retraso en los Cuidados Prenatales *Compromiso del Transporte de Oxígeno *Hipertensiòn *Convulsiòn	RESULTADO	INDICADORES			PUNTUACIÒN DIANA	
					MANTENER	AUMENTAR
	Dominio: Salud Fisiològica II Clase: E Cardiopulmonar Código: 0413 Severidad de la pèrdida de sangre	041301 Pèrdida Sanguínea Visible 041307 Sangrado Vaginal 041310 Disminuciòn de la Presiòn Arterial Diastòlica 041302 Hematuria 041313 Palidez de las Membranas Cutáneas y Mucosas 041316 Disminuciòn de la hemoglobina 041317 Disminuciòn del hematocrito				

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Cuidados del Embarazo de Alto Riesgo

Campo: 5 Familia

Clase: W Cuidados de un Nuevo Bebé

ACTIVIDADES

1. Monitorización de los signos vitales.
2. Administración de medicamentos.
3. Cuidados del embarazo de alto riesgo.
4. Cuidados prenatales.
5. Manejo del dolor.
6. Manejo del shock.
7. Preparación quirúrgica.
8. Protección contra las infecciones.
9. Supresión de las contracciones de parto.
10. Tratamiento profiláctico de antibioterapia.

FUNDAMENTACION

La atención obstétrica adecuada se debe de iniciar lo más pronto posible.

Muchas mujeres llegan por si solas a la unidad hospitalaria en busca de tratamiento de emergencia; la identificación de algún problema que afecte el embarazo, parto o puerperio proporciona la oportunidad de iniciar en cuanto antes la atención obstétrica.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Escucha Activa

Campo: 3 Conductual

Clase: Q Potenciación de la Comunicación

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACION
<ol style="list-style-type: none">1. Establecer el propósito de la interacción.2. Mostrar interés en la paciente.3. Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.4. Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación.5. Estar atento a las palabras que se evitan, así como los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.6. Estar atento al tiempo, tono, volumen, entonación e inflexión de la voz.7. Utilizar el silencio/ escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.	<p>El estado emocional afecta los sentimientos de la madre embarazada, durante el parto o pérdida del mismo y puede indicar el grado de colaboración que puede esperarse por parte de ella, en este momento se pueden formular objetivos realistas con la participación de la paciente y la familia fomentando y estimulando un diálogo realista sobre los sentimientos y problemas para que la paciente pueda sentirse apoyada en la expresión de sus sentimientos al comprender que las emociones profundas.</p>

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Facilitar el Duelo Muerte Perinatal

Campo: 5 Familia

Clase: Z Cuidado de la Crianza de un Nuevo Bebé

ACTIVIDADES

FUNDAMENTACION

1. Fomentar la participación en la toma de decisión acerca de la interrupción del apoyo vital.
2. Determinar cómo y cuándo se ha diagnosticado la muerte fetal.
3. Identificar la pérdida.
4. Ayudar a la paciente a identificar la reacción inicial de la pérdida.
5. Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.
6. Escuchar las expresiones de duelo.
7. Discutir sobre grupos de apoyo disponibles, si procede.
8. Discutir las características de la aflicción normal y anormal, incluyendo factores desencadenantes que precipiten sentimientos de tristeza.
9. Apoyar los progresos conseguidos en el proceso de aflicción.
10. Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida.

La generalización en cuanto las estrategias para la elaboración del duelo deben considerarse siempre como líneas indicadoras de tendencias puesto que cada persona reacciona de forma individual y de forma diferenciada, el apoyo emocional y la aceptación de la pérdida del bebé es importante para la paciente y la familia; comprendiendo la variabilidad de humor, sentimientos; para poder aliviar la tensión y la angustia.

PLAN DE CUIDADOS						
DIAGNÒSTICOS DE ENFERMERIA (NANDA)	ESCALA DE MEDICIÓN:					
	DESVIACIÓN GRAVE DEL RANGO NORMAL	DESVIACIÓN SUSTANCIAL DEL RANGO NORMAL	DESVIACIÓN MODERADA DEL RANGO NORMAL	DESVIACIÓN LEVE DEL RANGO NORMAL	SIN DESVIACIÓN DEL RANGO NORMAL	
	1	2	3	4	5	
Dominio: 4 Actividades/ Reposo Clase: 4 Respuestas Cardiovasculares/Pulmonares Código: 00029 Disminución del Gasto Cardíaco R/C Alteración de la Frecuencia Cardíaca M/P *Edema * Disminución del índice de Volumen Sistólico	RESULTADO		INDICADOR		PUNTUACIÓN DIANA	
	Dominio: II Salud Fisiológica		04141 Presión arterial		MANTENER	AUMENTAR
	Clase: E Cardiopulmonar		04142 Presión arterial diastólica			
Código: 0414		04143 Ritmo cardíaco				
Estado Cardiopulmonar		041412 Saturación de oxígeno				
		041423 Edema pulmonar				

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: : Prevención de Hemorragia

Campo: 2 Fisiológicos Complejos

Clase: N Control de perfusión Tisular

ACTIVIDADES

1. Anotar los niveles de hemoglobina, hematocrito antes y después de la pérdida de sangre.
2. Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente.
3. Control de los signos vitales.
4. Administra productos sanguíneos (plaquetas, plasma fresco o concentrado, si procede
5. Instruir a la paciente, familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas si se produjera.

FUNDAMENTACION

La vigilancia periódica del estado del fondo uterino, la cantidad de sangre y las características de los loquios permiten a la enfermera identificar una hemorragia desde un inicio, la gravedad del cuadro dependerá de la cantidad de sangre pérdida y de la rapidez con que se produzca.

No obstante debe conservarse la contracción del útero para evitar la hemorragia.

La sintomatología es útil para determinar la gravedad, llevando un control de los signos vitales.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Monitorización de los signos vitales

Campo: 4 Seguridad

Clase: V Control del Riesgo

ACTIVIDADES

1. Controlar periódicamente presión sanguínea, frecuencia cardiaca, temperatura, y estado respiratorio.
2. Anotar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea.
3. Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
4. Observar si hay llenado capilar normal.
5. Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.

FUNDAMENTACION

El conocimiento del estado actual de salud proporciona una base para la enseñanza y la formulación de objetivos durante el embarazo., también se pueden identificar problemas potenciales y hacer planes para su prevención o tratamiento y descubrir lo más pronto posible cualquier desviación en el estado de la paciente y valorar las condiciones de la misma.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Prevención de Shock

Campo: 2 Fisiológicos Complejos

Clase: N Control de perfusión Tisular

ACTIVIDADES

FUNDAMENTACION

1. Comprobar las respuestas tempranas de compensación del shock (presión arterial, frecuencia cardiaca, hipotensión ortostática leve, llenado capilar ligeramente retrasado, piel pálida, fría o enrojecida, taquipnea, náusea, vómito, sed, aumentada y debilitada.
2. Controlar los signos tempranos de compromiso cardiaco, descenso del gasto cardíaco, del gasto urinario.
3. Vigilar las posibles fuentes de pérdida de líquidos.
4. Comprobar el estado circulatorio: presión sanguínea, color y temperatura de la piel, sonidos cardiacos frecuencia y ritmo, presencia y calidad de los pulsos periféricos y repleción capilar.
- 5 Administrar líquidos intravenosos mientras se monitoriza las presiones de carga cardíaca, gasto cardiaco y producción urinaria.
- 6 Administrar concentrados según sea el caso.

La disminución generalizada del volumen de sangre circulante se acompaña al inicio de taquicardia y constricción de los pequeños vasos, si estas persisten se presentan colapsos circulatorio con reducción del trabajo cardíaco, se deberá proporcionar un sistema de apoyo integral para la atención de las necesidades de la familia, previsibles e imprevisibles.

3. Sepsis Puerperal

Datos Objetivos	Datos subjetivos
Fiebre mayor a 38.5°	Piel rojiza
Hipertermia	Escalofríos
Loquios hemáticos fétidos	Confusión o delirio
Deshidratación	Piel caliente
Taquipnea	Secreción sanguinolenta vaginal fétida
Taquicardia	Cefalea
Leucocitosis mayor a 12000 leucocitos	Dolor abdominal
Leucopenia	
Hipoperfusión tisular	
Hipotensión 90/70	
Diuresis	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA					
DIAGNÒSTICO DE ENFERMERIA NANDA	ESCALA DE MEDICION:				
	DESVIACIÓN GRAVE DEL RANGO NORMAL 1	DESVIACIÓN SUSTANCIAL DEL RANGO NORMAL 2	DESVIACIÓN MODERADA DEL RANGO NORMAL 3	DESVIACIÓN LEVA DEL RANGO NORMAL 4	SIN DESVIACIÓN DEL RANGO NORMAL 5
Dominio: 2 Nutrición Clase: 5 Hidratación Código: 00195 Riesgo de Desequilibrio Electrolítico R/C Desequilibrio de Líquidos	RESULTADO	INDICADORES			PUNTUACION DIANA
		Dominio: Salud Fisiológica II Clase: Regulación Metabólica Código: 1908 Detección del Riesgo	190801 Reconoce los signos y síntomas del riesgo 190802 Identifica los posibles riesgos 190803 Coteja los riesgos percibidos 190809 Utiliza los recursos para mantenerse informado sobre los posibles riesgos 190810 Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades 190812 Obtiene información actualizada	MANTENER	AUMENTAR

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Prevención de Shock

Campo: 2 Fisiológicos Complejos

Clase: N Control de perfusión Tisular

ACTIVIDADES

5. Comprobar las respuestas tempranas de compensación del shock (presión arterial, frecuencia cardiaca, hipotensión ortostática leve, llenado capilar ligeramente retrasado, piel pálida, fría o enrojecida, taquipnea, náusea, vómito, sed, aumentada y debilitada.
6. Controlar los signos tempranos de compromiso cardiaco, descenso del gasto cardíaco, del gasto urinario.
7. Vigilar las posibles fuentes de pérdida de líquidos.
8. Comprobar el estado circulatorio: presión sanguínea, color y temperatura de la piel, sonidos cardiacos frecuencia y ritmo, presencia y calidad de los pulsos periféricos y repleción capilar.
- 7 Administrar líquidos intravenosos mientras se monitoriza las presiones de carga cardíaca, gasto cardiaco y producción urinaria.
- 8 Administrar concentrados según sea el caso.

FUNDAMENTACION

La disminución generalizada del volumen de sangre circulante se acompaña al inicio de taquicardia y constricción de los pequeños vasos, si estas persisten se presentan colapsos circulatorio con reducción del trabajo cardiaco, se deberá proporcionar un sistema de apoyo integral para la atención de las necesidades de la familia, previsibles e imprevisibles.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Manejo de Líquidos

Campo: 2 Fisiológicas Complejas

Clase: N Control de la Perfusión

ACTIVIDADES

1. Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.
2. Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado, y presión sanguínea).
3. Controlar resultados de laboratorio relevantes a la retención de líquidos (disminución de hematocrito y aumento de los niveles de osmolaridad de la orina).
4. Monitorizar estado hemodinámica como incluyendo niveles de PVC, PAM, PAP Y PCP, según disponibilidad.
5. Monitorizar signos vitales, si procede.
6. Observar si hay indicios de sobrecarga/ retención de líquidos, crepitaciones, edema, distensión de venas, ascitis.
7. Administrar terapia intravenosa, si procede.
8. Control de líquidos.
9. Administrar los diuréticos prescritos, si procede.
10. Consultar con el médico si los signos y síntomas de exceso de volumen de líquidos persisten o empeoran.

FUNDAMENTACION

La presencia de hipotensión, taquicardia, o aumento de las respiraciones pueden aumentar un déficit de líquidos, aunque una caída de la presión arterial puede ser un signo tardío de déficit de líquidos (pérdida hemorrágica), la ampliación de la tención diferencial se puede producir al inicio, seguido por un estrechamiento, a medida que la hemorragia persiste;

La reposición rápida del volumen circulante reduce las posibilidades de complicaciones por el déficit.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Tratamiento de la Fiebre

Campo: 2 Complejo Fisiológico

Clase: M Termorregulación

ACTIVIDADES

1. Tomar la temperatura lo más frecuentemente que sea oportuno.
2. Vigilar por si hubiera pérdida imperceptible de líquidos.
3. Establecer un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si procede.
4. Observar el color de la piel y la temperatura.
5. Comprobar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede.
6. Vigilar si hubiera descenso de los niveles de consciencia
7. Vigilar por si hubiera actividad de ataques.
8. Comprobar los valores de recuento de leucocitos, hemoglobina.
9. Controlar ingresos y egresos.
10. Monitorizar por si hubiera anormalidades en los electrolitos.

FUNDAMENTACIÓN

El diagnóstico precoz y la acción inmediata para controlar la temperatura son fundamentales para prevenir complicaciones graves o la muerte, pueden ser necesarias irrigaciones frescas, la exposición de las superficies de piel al aire o una manta de enfriamiento ayuda a bajar los procesos infecciosos.

La elevación de la temperatura corporal es ocasionada por las toxinas y pirógenos producidas por las bacterias.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Oxigenoterapia

Campo: 2 Fisiológico : Complejo

Clase: K Control Respiratorio

ACTIVIDADES

1. Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales.
2. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
3. Administrar oxígeno suplementario.
4. Controlar la eficacia de la oxigenoterapia, pulsioximetría, fisioterapia.
5. Comprobar la capacidad de la paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno.

FUNDAMENTACION

La oxigenación es una necesidad básica para realizar los procesos metabólicos; el ingreso de oxígeno y la eliminación de dióxido de carbono en la sangre que fluye a través de los vasos sanguíneos produce un control en la eficacia para la conservación del encéfalo y otros órganos vitales, las respiraciones se pueden volver superficiales a medida que se desarrolla una insuficiencia respiratoria es por ello que la explicación sobre las ventajas de la oxigenoterapia y la participación esperada de la paciente, disminuye el estado emocional.

PLAN DE CUIDADOS					
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)	ESCALA DE MEDICIÓN:				
	DESVIACIÓN GRAVE DEL RANGO NORMAL	DESVIACIÓN SUSTANCIAL DEL RANGO NORMAL	DESVIACIÓN MODERADA DEL RANGO NORMAL	DESVIACIÓN LEVE DEL RANGO NORMAL	SIN DESVIACIÓN DEL RANGO NORMAL
	1	2	3	4	5
Dominio: Seguridad y Protección Clase: 1 Infección Código: 00004 Riesgo de Infección R/C *Defensas Secundarias Inadecuadas * Disminución de la Hemoglobina	RESULTADO		INDICADOR		PUNTUACIÓN DIANA
	Dominio: IV Conocimiento Conducta de Salud Clase: T Control del riesgo y Seguridad Código: 1908 Detección del Riesgo		190801 Reconoce los signos y síntomas que indican riesgo 190802 Identifica los posibles riesgos para la salud 190803 Coteja los riesgos percibidos 190804 Realiza autoevaluaciones 190809 Utiliza los recursos para mantenerse informado sobre riesgos personales.		MANTENER AUMENTAR

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: Cuidados Posparto

Campo: 5 Familia

Clase: W Cuidados de un Nuevo Bebé

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<ol style="list-style-type: none">1. Controlar los signos vitales.2. Vigilar los loquios para la vigilancia.3. Observar si hay signos de infección.4. Comprobar y registrar la altura y firmeza del fundus cada 15 min. /1h, luego cada 30 min./1h, después cada 1h/4h y finalmente cada 4h/24h.5. Masajear suavemente el fundus hasta que está firme, si es necesario.6. Intentar exprimir los coágulos hasta que el fundus este firme.7. Vigilar el estado de episiotomía para ver si hay enrojecimiento, edema, equimosis, supuración y aproximación.8. Reforzar las técnicas de higiene perineal adecuada para evitar infecciones.	<p>El posparto es un periodo de cambios fisiológicos muy rápidos , además a medida que la paciente se adapta a su nuevo rol y a las necesidades de la familia, se puede presentar el estrés psicológico y el agotamiento nervioso el proporcionar los cuidados y atenciones necesarias atenciones necesarias durante el periodo requerido para el establecimiento del organismo a su estado normal previo al embarazo puesto que no puede estar preparada o ser capaz de cuidar a su bebé; por los factores desencadenantes al dolor por el evento quirúrgico.</p>

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Protección Contra Infecciones

Campo: 4 Seguridad

Clase: V Control del Riesgo

ACTIVIDADES

1. Observar el grado de vulnerabilidad de la paciente a las infecciones.
2. Mantener las normas de asepsia para la paciente en riesgo.
3. Instruir a la paciente sobre los signos y síntomas de infección.
4. Enseñar a la paciente a evitar infecciones.
5. Vigilancia de herida quirúrgica (pacientes con cesárea)

FUNDAMENTACION

Todo el equipo y material que se utilice para la atención a la paciente deberá de estar limpio y estéril ya que la identificación precoz del desarrollo de una infección permite intervenir rápidamente evitar una contaminación cruzada, futuras infecciones ya que los microorganismos patógenos pueden ser introducidos en regiones susceptibles a causas o técnicas descuidadas o antihigiénicas; no obstante la piel y mucosas suelen lesionarse por agentes químicos, tienen propiedades bactericidas, mecánicos, térmicos o microbianos; la herida quirúrgica se considera más limpia comparada de la zona circundante.

El fomento meticoloso del lavado de manos por parte de la paciente y del personal de salud, evita la colonización bacteriana.

PLAN DE CUIDADOS

PLAN DE CUIDADOS						
DIAGNÒSTICOS DE ENFERMERIA (NANDA)	ESCALA DE MEDICIÓN:					
	DESVIACIÓN GRAVE DEL RANGO NORMAL 1	DESVIACIÓN SUSTANCIAL DEL RANGO NORMAL 2	DESVIACIÓN MODERADA DEL RANGO NORMAL 3	DESVIACIÓN LEVE DEL RANGO NORMAL 4	SIN DESVIACIÓN DEL RANGO NORMAL 5	
	Dominio:11 Seguridad /Protección Clase: 6 Termorregulación Código: 00007 Hipertermia R/C Deshidratación M/P Aumento de la temperatura Corporal	RESULTADO		INDICADOR		PUNTUACIÓN DIANA
Dominio: Salud Fisiológica II Clase: H Regulación Inmune Código:07003 Severidad de la Infección		070305 Supuración Purulenta 070307 Fiebre 070329 Hipotermia 070308 Dolor 070311 Malestar General 070313 Trastorno cognitivo 070331 Letargia 070326 Aumento de leucocitos		MANTENER	AUMENTAR	

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: Control de Infecciones

Campo: 4 Seguridad

Clase: V Control del Riesgo

ACTIVIDADES

1. Mantener técnicas de aislamiento.
2. Enseñar al personal de cuidado el lavado de manos apropiado.
3. Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.
4. Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos.
5. Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidado de pacientes.
6. Poner en práctica precauciones universales.
7. Limpiar la piel de la paciente con un agente antibacteriano.
8. Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de líneas centrales a pie de cama.
9. Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas.
10. Administrar terapia de antibióticos, si procede.

FUNDAMENTACION

El personal de enfermería deberá de utilizar las precauciones universales para la reducción de los microorganismos patógenos y prevenir la diseminación del proceso infeccioso ya que el agua corriente quita en forma mecánica los microorganismos, el jabón emulsificador de las sustancias y reduce la tensión superficial, el lavado de manos antes y después de entrar en contacto con la paciente es el medio más importante para prevenir la diseminación de infecciones.

El conocimiento de cómo se transmite la enfermedad y la conciencia de las posibilidades de transmisión ayuda a la paciente y la familia a tomar medidas para evitar la infección

6. ANEXOS.

MARCO LEGAL

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

La presente Ley establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.⁴⁶

Artículo 4. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.⁴⁷

6.1 Ley General de Salud

La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona.

Capítulo II Atención Médica⁴⁸

Art.32 Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Art.33 Las actividades de atención médica son:

I. preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;

II. curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y

⁴⁶ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

⁴⁷ Programa Nacional de Salud 2012-2015.

⁴⁸ Ley General de Salud 7Legislación Federal.

III. de rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales.

Capítulo V Atención Materno-Infantil

Art.61 La atención materna infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

- I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio;
- II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna, y
- III. La promoción de la integración y bienestar familiar.

6.2 NORMA OFICIAL MEXICANA-007-SSA2-1993 ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratado con éxito mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades preventivas.⁴⁹

Objetivo

Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.

En los apartados de la Norma oficial NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

Los Criterios y procedimientos para la prestación del servicio instituye:

4.3 Embarazo de Alto Riesgo: Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

4.4 Emergencia Obstétrica: Condición de complicación o interurrencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal.

⁴⁹ Norma Oficial 007-SSA2-1993

5.1.1. Atención de una Mujer con Emergencia Obstétrica: debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.

5.1.5 La Unidad de Atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contra referencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención).

5.2.2 El Control Prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, pre-eclampsia, infecciones cérvico vaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

5.3.1 En todas las Unidades de salud que dan atención obstétrica se deben establecer procedimientos escritos para la prevención, detección oportuna del riesgo y manejo adecuado de la prematurez y el bajo peso al nacimiento (retraso del crecimiento intrauterino).

5.10.1.6. Cuidados durante el embarazo y el puerperio y signos de alarma que requieran atención médica urgente, así como el lugar a donde acudir para la atención.⁵⁰

⁵⁰ Alvarado, B.R.(2009) *Enfermería Universitaria*. ENEO-UNAM. Vol.9 Año 9 N° 2.

CONCLUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud, La Organización Panamericana, La Secretaria de Salud, La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; tutela garantías y derechos específicos que se refieren a la atención materna infantil incrementando una importancia en la esperanza de vida y proponiendo objetivos; sin embargo el índice de mortalidad materna aun es considerada como un problema de salud pública ya que algunas mujeres en estado gravídico (que aun viven en condiciones de vulnerabilidad) desconocen dichos derechos.

El Triage obstétrico se debe de considerar como una evaluación inicial para establecer la prioridad de atención definitiva y no solo una consulta más evitando la mayoría de las muertes maternas, es por ello la importancia de preparar enfermeras (y no necesariamente médicos) que tengan una visión de su profesión como disciplina científica, que se preocupen por el bien fundamental de la humanidad y que respondan a su encargo social a brindar cuidados oportunos, con calidad y libres de riesgo aportando buenos resultados en la oportunidad de atención, en la reducción de los tiempos de espera y sin lugar a dudas permitiendo evitar complicaciones y riesgos ante una emergencia obstétrica.

Como evidencia en Enfermería; se propuso en el segundo congreso implementar en todas las Unidades de Salud del Distrito Federal el Código Mater; esperando todavía con la capacitación, la formación del equipo de salud, los protocolos a seguir, el espacio físico o ruta critica, el recurso material para dicho evento. Sin embargo solo se lleva a cabo actualmente en algunas unidades de la red hospitalaria la atención del Triage Obstétrico atendido por Licenciadas en Enfermería.

Como pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia considere el interés por desarrollar y conocer a qué se refería el código mater logrando mi objetivo académico, aprendiendo a reconocer una emergencia obstétrica y la participación como licenciada en la ruta crítica para ejecutar las intervenciones oportunas basándome en los protocolos de enfermería.

8. BIBLIOGRAFIA

- 1. Acosta, B. (2013) Procedimientos en atención al Triage ed. Gandhi.**
- 2. Adam E. (2010) Cuidados de Enfermería. España ed. Gandhi.**
- 3. Alfaro P. (2000) Proceso de Enfermería.**
- 4. Arenas, J.B (S.F.) Fundamentos de Ginecología. Ediciones:
Panamericana.**
- 5. Báez, F. 2011 Manual de Maniobras y Procedimientos.
Ediciones. Mc Graw Hill.**
- 6. Base de Datos de la Muerte Materna de la Dirección General de
Información de Salud.**
- 7. Burroughs. (S.F.) Enfermería Materna Infantil McGraw-Hill.**
- 8. Cabero. R. L . (2011) Manual de Maniobras y Procedimientos en
Obstetricia.**
- 9. Cardona. S. (1999) Dimensiones del Cuidado de Enfermería. Medellín
Ediciones Culturales.**
- 10. Colliere, M.F (1993) Promover la Vida. Madrid Editorial McGraw Hill.**
- 11. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.**
- 12. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud ISEMM.**
- 13. Dirección General. En Salud SICALIDAD 2010.**
- 14. Domínguez Los Cuidados y La Profesión de Enfermería Madrid.**
- 15. Durruty, G. V. (2010) Metrorragia del primer trimestre, Gandhi.**
- 16. Félix, B. C. 2006) Manual de Maniobras y Procedimientos en
Obstetricia Editorial McGraw Hill.**
- 17. García, G. M (2000) El Proceso de Enfermería y El Modelo de Virginia
Henderson.**
- 18. Hernández, C. J. (2000) Fundamentos de Enfermería y Teoría.**
- 19. Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2014.**

20. **Investigación del Observatorio de Mortalidad Materna en México 2013-2018.**
21. **J.G. La Vida Cotidiana. Historia de la Cultura Material Barcelona, Crítica.**
22. **Leakey, R. (1980) Los Orígenes del Hombre, Paris, Editorial Panamericana.**
23. **Ley General de Salud. Legislación Federal.**
24. **López A. 2011 Enfermería Hacia un Modelo de Triage Editorial Panamericana.**
25. **Martínez. (2010) Historia de Enfermería. Editorial Trillas.**
26. **Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1999.**
28. **Obstetricia Manual Materno Fetal editorial Gandhi.**
29. **Observatorio de Mortalidad Materna México 2014.**
30. **Olmedo, J. (S.F) Clasificación de los Pacientes en los Servicios de Urgencias y Emergencias.**
31. **Protocolos Asistenciales en Obstetricia y Trastornos Hipertensivos del Embarazo.**
32. **programa Nacional de Salud 2012-2015.**
33. **Quiroz. (2010) Manual de Protocolos y Actuación en Urgencia Editorial Gandhi.**
34. **Ramírez, A. F. (2011) Obstetricia para la Enfermería Profesional Editorial Manual Moderno.**
35. **Rece, A. (2011) Obstetricia Clínica Editorial Panamericana.**
36. **Rodríguez B.A Generalidades del Proceso Enfermero Guadalajara.**
37. **Revista Colombiana de Enfermería Volumen 6 años 6 página 73 a 81.**
38. **Saldívar, R.D. Obstetricia y Medicina Fetal Editorial Panamericana.**
39. **Secretaria de Salud 2013 Mortalidad Materna y Perinatal, Acciones**

Para su reducción en México.

- 40. Torres, M. (2010) Tratado de Cuidados Críticos y Emergencia
Ediciones Gandhi.**
- 41. Verdier, F. (2010) Cuidados de Enfermería Editorial Manual Moderno.**
- 42. Zarpadiel, G. I. (2011) Guía Práctica de Emergencia en Obstetricia y
Ginecología Editorial SEGO**
- 43. Zubizarreta, E.M. (1998) Bases Conceptuales de Enfermería.**